



REDEN ÜBER SCHMERZ

*Hrsg. von
Elena Ibello
Anne Rüffer*

REDEN ÜBER SCHMERZ

*Hrsg. von
Elena Ibello
Anne Rüffer*

Die Herausgeberinnen und der Verlag bedanken sich für die großzügige Unterstützung bei

Kulturpark Zürich-West, www.kulturpark.ch



Der rüffer & rub Sachbuchverlag wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2016–2020 unterstützt.

Erste Auflage Herbst 2018
Alle Rechte vorbehalten
Copyright © 2018 by rüffer & rub Sachbuchverlag GmbH, Zürich
info@ruefferundrub.ch | www.ruefferundrub.ch

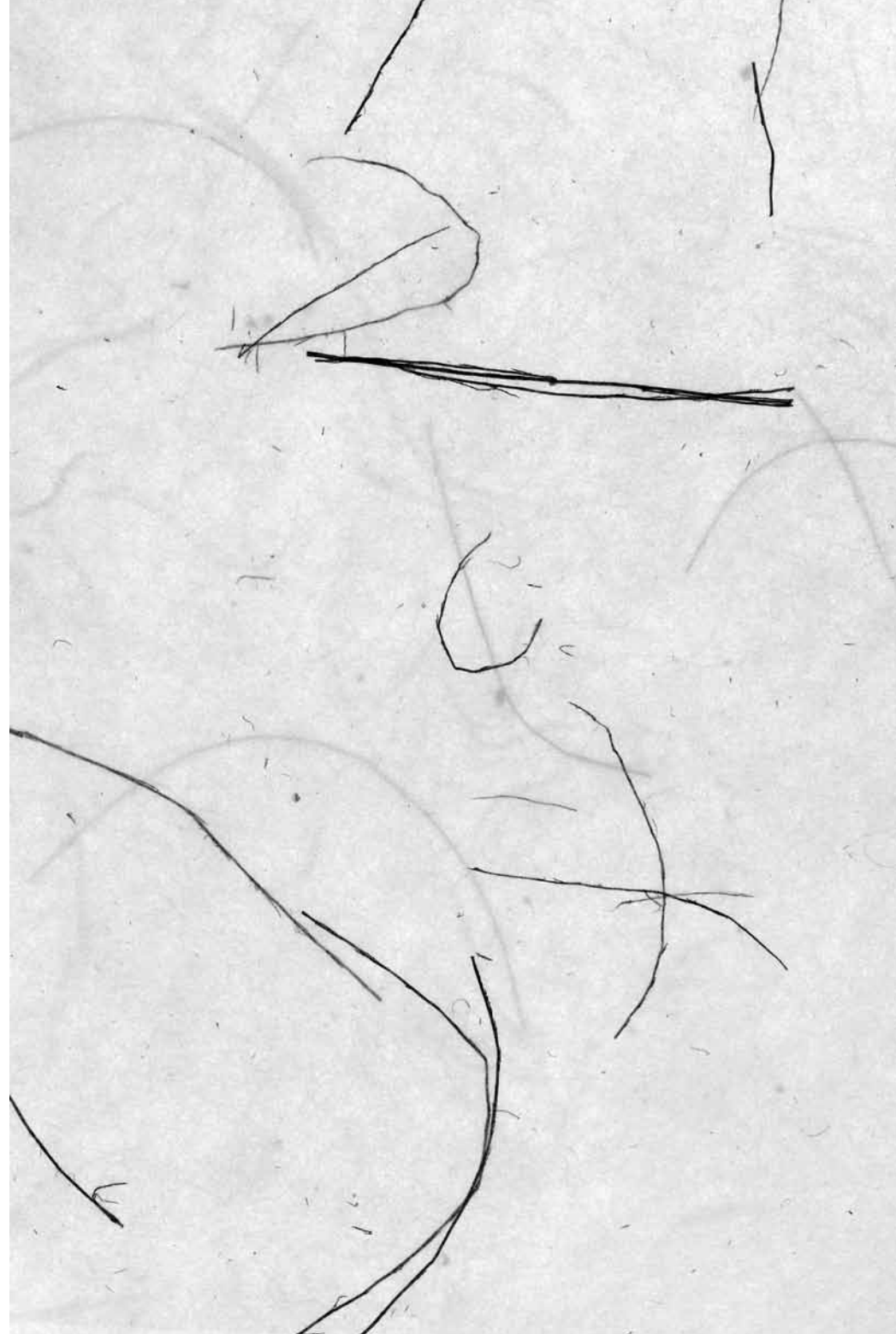
Umschlag: © 123rf.com | akiyoko
Porträt Elena Ibello: © Irene Stiefel
Porträt Anne Rüffer: © Mali Lazell

Schrift: Filo Pro
Druck und Bindung: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm
Papier: Fly 05, spezialweiß, 115 g/m², 1.2

ISBN 978-3-906304-22-9

Vorwort	
<i>Monika Obrist</i>	08
Was ist Schmerz?	
<i>Heidi Dazzi</i>	10
»Schmerzen und Gedanken sind eng verzahnt« – Interview mit Monika Jaquenod-Linder, Schmerzspezialistin und Palliativmedizinerin	
<i>Sabine Arnold</i>	26
Ein unliebsamer Gast: Dem Schmerz begegnen	
<i>Dorothea Elmenthaler Saurer</i>	38
Seelischer Schmerz am Lebensende	
<i>Alberto Dietrich</i>	58
Leid als existentielle Herausforderung	
<i>Dorothee Bürgi</i>	68
»pain, my pain«	
<i>Bruno Kissling, Esther Quarroz</i>	82
<i>Bruno Kissling, Esther Quarroz [Performance], Andreas Fahrni [Fotos]</i>	84

Die Zeichen des Schmerzes lesen	
<i>Sabine Arnold</i>	102
»Wir gehen mit, was auch immer kommt« - Einblicke in den Pflegealltag im Zürcher Lighthouse	
<i>Felix Ghezzi</i>	111
<hr/>	
<i>Anhang</i>	128
Ohne Schmerzen zu Ende leben - palliative zh+sh	129
Anmerkungen/Bibliografie	132
Biografien	135



Vorwort

Monika Obrist

Zur Welt kommen ist mit Schmerz verbunden. Sterben ist mit Schmerz verbunden. Von früher Kindheit bis zum Tod erleben wir Schmerz, während des ganzen Lebens, immer wieder, in unzähligen Situationen und unter verschiedensten Umständen. Schmerz ist offenbar etwas dem Leben Zugehöriges. Und erst recht scheint Schmerz etwas zum Leiden und zum Lebensende Zugehöriges zu sein. In der Palliative Care ist das Leiden an Schmerzen und die Linderung von Schmerzen ein prioritäres Thema.

Was ist überhaupt Schmerz? Wovon reden wir? Beim Versuch, Schmerz zu beschreiben, zu messen und damit objektivierbar und sichtbar zu machen, wird deutlich, dass Schmerz charakteristisch stets subjektiv ist. Halten wir uns die eindrücklichen Schmerz-Bilder von Frida Kahlo, die Kriegsbilder von Käthe Kollwitz oder den »Schrei« von Edvard Munch vor Augen, verstehen wir: Sowohl die Interpretation von Schmerz ist subjektiver Natur als auch das Schmerzerlebnis selbst.

Der Schmerz ist im Kopf, im Herzen, in den Beinen, im Bauch, in den Ohren, am Rücken, im Nacken, an den Füßen, in der Seele, in den Gedanken, in der Erinnerung, in der Vergangenheit, der Gegenwart und in der Zukunft. Wenn der Schmerz

uns gefangen nimmt, können wir ihm nicht entfliehen. Er trifft uns existenziell, nimmt uns den Boden unter den Füßen, lässt Lebensperspektiven wertlos erscheinen, raubt unsere Integrität und schließlich unseren Lebenssinn.

Gibt es überhaupt Worte für diese Schmerzwelt, dieses Phänomen mit tausend Gesichtern und Fangarmen, das uns in den Würgegriff nimmt? Können Worte diese Schmerzwelt fassen und in Schranken weisen, ihr etwas entgegenhalten? Stimmt es, dass geteiltes Leid halbes Leid ist? Wir meinen, ja. Unbedingt. Wir sind davon überzeugt, dass die kalte Einsamkeit der Schmerzwelt durch die zuhörende Kompetenz eines menschlichen Gegenübers gelindert werden kann.

Reden über Schmerz macht einen entscheidenden Unterschied. Diese Anteilnahme beginnt mit der einfachen Aufforderung: »Schildere mir deinen Schmerz.« Sie öffnet ein Tor, um dem Schmerz gemeinsam zu begegnen, ihn zu fassen und letztlich zu überwinden.

Das vorliegende Buch betrachtet das Phänomen Schmerz aus der Perspektive der kompetenten Anteilnahme und des Gesprächs. Reden über Schmerz, das Orten und Identifizieren des Schmerzes und das Anvertrauen an ein zuständiges Gegenüber ist die eigentliche Voraussetzung für ein zielführendes Handeln. Ob sich der Schmerz als quälende Erinnerung, als schmerzender Körper, als existenzielle Verlorenheit, Perspektivlosigkeit, Identitätsverlust oder Sinnlosigkeit äußert – das Reden über den Schmerz ist der Anfang, ihn zu überwinden. Unsere Autorinnen und Autoren beschreiben eindrücklich, wie Reden über Schmerz in der Palliative Care Wege zu einem befreiten Leben eröffnet.

»Schmerzen und Gedanken sind eng verzahnt«

Sabine Arnold

Monika Jaquenod-Linder weiß, wie man Schmerzen beeinflussen oder betäuben kann. Die 54-Jährige ist Schmerzspezialistin und Palliativmedizinerin. In einer Gruppenpraxis in der Hirslanden-Klinik in Zürich behandelt sie Menschen mit chronischen Schmerzen. Als Belegärztin im gleichen Spital und als beratende Ärztin der Zürcher Stiftung Onko Plus, einem mobilen Palliative-Care-Team, betreut sie Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit und unter komplexen Symptomen leiden, in der Folge Palliativpatientinnen und -patienten genannt.

Sind Palliativpatienten und Patienten mit chronischen Schmerzen nicht zwei komplett unterschiedliche Zielgruppen?

Monika Jaquenod-Linder: Es gibt Parallelen: Bei beiden Gruppen muss ich bio-psycho-soziale Faktoren in die Schmerztherapie einbeziehen, sonst bleibt sie unvollständig. Bei beiden hat das Zuhören und Nachfragen eine große Bedeutung. Beide leiden, und es treten bei beiden stets Fragen nach dem Sinn des Leidens auf.

Gleichzeitig gibt es klare Unterschiede. Bei Tumorpatientinnen findet man häufiger eine eindeutige Ursache für den Schmerz, zum Beispiel drückt eine Metastase auf Nerven. Bei chronischen Schmerzen ist dies nicht immer so; in diesen Fällen finden sich lediglich Annahmen für eine mögliche Schmerzursache. Schmerzmedikamente dosieren wir in der palliativen Situation in der Regel höher als bei chronischen Patienten, denn die Gewöhnung, die sogenannte Toleranz, spielt eine untergeordnete Rolle. Wir kommen beim Steigern des Medikaments selten an Grenzen. Bei chronischen Schmerzpatientinnen hingegen, die wir vielleicht über die nächsten zwanzig Jahre behandeln, stellt sich die Frage nach der Dosisobergrenze.

Das heißt also, bei begrenzter Lebenszeit spielt Abhängigkeit keine Rolle mehr?

MJ: Einen Teil der Patienten machen wir abhängig, das ist in gewissen Situationen nichts Negatives, im Gegenteil. Weniger Schmerz führt zu höherer Lebensqualität, vermindert Leiden, und die Menschen können aktiver am Leben teilnehmen. Sie können im wahrsten Sinn des Wortes *zu Ende leben*. Das primäre Ziel in Palliativsituationen ist eine hervorragende Schmerztherapie, auch wenn viele Medikamente dazu notwendig sind.

Gibt es weitere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen?

MJ: Bei Palliativpatientinnen messe ich regelmäßig die Intensität des Schmerzes. Sie ist wichtig, weil sie möglichst minimal sein soll. Bei den Nicht-Palliativpatienten genügt die momentane Schmerzstärke nicht, um die Medikamente zu steigern, denn wir haben eine Limite nach oben. Wir fragen in solchen Fällen eher nach anderen Kriterien für die Lebensqualität, nach Freude, nach körperlicher und sozialer Aktivität.

»Es tut einfach weh«

Monika Jaquenod-Linder ist ursprünglich Anästhesistin. Sie bezeichnet diese Fachrichtung als »die potenteste Schmerztherapie überhaupt«, ein chirurgischer Reiz sei einer der stärksten Reize überhaupt. Narkose-Ärztinnen müssen diesen mit größter Sicherheit – zu hundert Prozent – behandeln können. Erwacht der Patient nach der Operation, dauert der Schmerz an. »Die postoperativen Schmerzen haben mich immer auch interessiert«, sagt sie.

Als sie 1995 ihre Anästhesie-Ausbildung beendet hatte, ging sie ans größte Schmerzzentrum der Welt, nach Sydney. Dort lernte sie die multidisziplinäre Arbeitsweise kennen. In diese Klinik waren damals bereits vier Disziplinen integriert, die der Ärztinnen und Ärzte, jene der Pflege, der Psychologie und der Physiotherapie. Je eine Vertreterin saß stets am runden Tisch, an dem die Fälle besprochen wurden. Heute praktizieren die meisten Schmerzkliniken weltweit diese Arbeitsweise. Jaquenod-Linder gefiel die enge Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus anderen Berufen, der gegenseitige Respekt und die große Hilfsbereitschaft der Australierinnen und Australier. Sie brachte ihre Erfahrungen zurück ans Universitätsspital Zürich und half dort mit, die ambulante Schmerzklinik aufzubauen.

Können Ihre Patientinnen und Patienten ihren Schmerz gut beschreiben?

MJ: Einige ja. Es ist jedoch ein gewisser Wortschatz dazu nötig. Hat ein Schmerz eine eindeutige Qualität, ist er zum Beispiel elektrisierend, können das die meisten ausdrücken. Wenn der Schmerz aber dumpf oder diffus ist, fällt die Beschreibung schwerer. Manche Menschen sagen dann: »Es tut einfach weh, Sie verstehen mich doch!« Sie können nicht begreifen, dass

mir weitere Kriterien helfen, die Ursache herauszufinden. Ich muss hartnäckig nachfragen, wie sich der Schmerz tatsächlich gestaltet und wo er sich befindet. Weitere Kriterien sind Dauer, Beeinflussbarkeit und Stärke der Schmerzen.

Messen Sie Letztere mit einer Skala von null bis zehn?

MJ: Meistens ja. Wenn jemand nichts mit diesem numerischen Maßstab anzufangen weiß, kann man auch nach wenig, mäßig, stark und sehr stark einteilen. Diejenigen, die schon bei vielen Spezialistinnen waren, wissen sofort, wonach ich frage. »Mein Schmerz ist eine Sechs«, sagen sie dann. Immer wieder gibt es übrigens Patienten, die ihr großes Leiden mit einer Zahl über zehn angeben.

Ist es für die Linderung des Schmerzes wichtig zu wissen, wie er entstanden ist?

MJ: Auf jeden Fall, für Ärztin und Patient. Findet sich keine klare Ursache oder keine Ursache, die sich einfach behandeln lässt, führt das bei einigen Patientinnen zu teilweise riskantem *doctor shopping*. Sie konsultieren Arzt um Arzt, bis sie jemanden finden, der irgendetwas konstruiert, was sie glauben können, oder sie operiert. Ich kann das bis zu einem gewissen Grad nachvollziehen.

Wenn etwas ganz schief läuft im Körper

Schmerz ist eine der wichtigsten körperlichen Funktionen, ohne die wir nicht lange überleben könnten. Schmerz schützt uns vor vielem – der akute Schmerz jedenfalls. Man merkt bei einem Herzinfarkt zum Beispiel nur wegen des Schmerzes, dass man ein kardiales Problem hat, und kann deshalb darauf reagieren. Der Schmerz macht uns darauf aufmerksam, wenn etwas ganz schief läuft im Körper. Der chronische Schmerz

hingegen hat diese Schutzfunktion verloren. Er führe zu einem enormen Leiden, sagt Monika Jaquenod-Linder.

Der Schmerzspezialistin gefällt die Definition der Welt-Gesundheitsorganisation WHO, die besagt, dass Schmerz »ein unangenehmes Gefühlserlebnis« ist. Schmerz ist eine Emotion, das heißt, die ganze Schmerzwahrnehmung läuft im Gehirn ab, wo auch unsere Gedanken entstehen. »Schmerzen und Gedanken sind eng verzahnt«, sagt sie. Darum könne es auch nicht nur ein einziges Medikament zur Lösung des Schmerzproblems geben.

Sind die Medikamente dieselben, die Sie bei chronischen Patientinnen und Palliativpatienten anwenden?

MJ: Jein. Die Klassen sind dieselben, wie und in welcher Form ich sie anwende, unterscheidet sich hingegen. Beispielsweise sollte man den Nicht-Palliativpatientinnen wegen der Abhängigkeitsgefahr möglichst keine kurzwirksamen Opioide – synthetisch hergestellte Opiate – abgeben. Als Opiate werden die aus dem Schlafmohn gewonnenen Stoffe bezeichnet. Zwar tritt auch bei verlangsamt freisetzenden Präparaten eine körperliche Abhängigkeit ein, man kann die Mittel aber langsam reduzieren und mit der Zeit wieder absetzen.

Bei den Tumorpatienten arbeite ich im Gegensatz dazu häufig mit kurzwirksamen Opioiden, weil sie viele Vorteile haben, etwa eine schnelle und klare Schmerzlinderung, zudem können sie zu einer psychischen Stabilisierung und Funktionalität führen, die wir gerne annehmen.

Erleben Sie dennoch Palliativpatientinnen und -patienten, die Morphin zum Beispiel wegen der Suchtgefahr ablehnen?

MJ: Ja, häufig. Gerade in der Palliativmedizin haben Opioide ein noch größeres Stigma als anderswo, denn Patientinnen

denken: Wenn ich damit beginne, sterbe ich bald. Sie wissen, dass die ferne Verwandte kurz vor dem Tod Opioide bekommen hat. Zudem fürchten sie, dass das Denken mit diesen Medikamenten eingeschränkt wird. Hier ist viel Aufklärungsarbeit nötig. Opioide sind für Palliativpatienten gute Medikamente mit meist wenigen Nebenwirkungen.

Sind Opioide denn bessere Schmerzmittel als herkömmliche Medikamente, die jedermann rezeptfrei kaufen kann?

MJ: Rezeptfreie Schmerzmedikamente können gefährliche Nebenwirkungen haben. *Entzündungshemmende Rheuma-Medikamente* etwa sind magen-, darm- und herztoxisch und beeinflussen die Blutgerinnung. Opioide haben weniger schwerwiegende Nebenwirkungen auf die Organe, das heißt, sie greifen weder Leber, Niere, Magen noch Blutgerinnung an. Zu Beginn können Opioide unangenehme Nebenwirkungen wie Übelkeit haben. Alle Medikamente müssen längerfristig mit gutem Grund und den Kenntnissen der Nebenwirkungen klug eingesetzt werden.

Jede dritte Amerikanerin nimmt heute opioidhaltige Medikamente, stellte eine Studie fest: 2,6 Millionen Menschen sind in den USA abhängig. Bei uns ist das Problem deutlich kleiner, dennoch steht die Schweiz weltweit an siebter Stelle, wenn es um den Pro-Kopf-Konsum von Opioiden geht. Weshalb ist das so?

MJ: Ich lege Wert auf die Feststellung, dass das Problem nicht bei den palliativen Patienten besteht. Ja, ich begegne Schmerzpatientinnen, deren Opioidkonsum aus den Fugen geraten ist, doch die Situation ist nicht vergleichbar mit den USA. In unsere Verschreibungspraxis sind höhere Hürden eingebaut, so braucht es etwa ein Betäubungsmittelrezept. Die Behörden kontrollieren Apotheken und Ärztinnen genau. Nur ein Arzt

sollte die Opioide verschreiben und die Abgabe immer kontrollieren.

In den USA war es bisher einfacher, an Opioide ohne Verschreibung zu kommen. Zudem hatten dort die Ärztinnen bessere Ratings, wenn sie großzügig und unkritisch solche Schmerzmittel abgaben. Diese schnelle Medizin – im Stil von *Bonbons verteilen* – geht natürlich nicht auf.

Bei den chronischen Schmerzpatienten braucht es neben der klaren Verschreibungspraxis eine gute Patientenführung, welche auch zeitlich anspruchsvoll sein kann.

Der Opioidkonsum ist in der Schweiz sicher auch wegen der erwähnten, beträchtlichen Toxizität anderer Schmerzmittel angestiegen, die über die letzten Jahre festgestellt wurde. Dann stehen uns fast nur noch Opioide zur Verfügung.

Alle fragen nach Cannabis und Methadon

In Monika Jaquenod-Linders Praxis ist Cannabis als Heilmittel ein großes Thema. Jede zweite Schmerzpatientin möchte Informationen darüber. Insbesondere, weil es ein pflanzliches Mittel sei, und die Medien es als Wundermittel anpreisen würden, sagt sie. Sie verfolge die Cannabis-Debatte schon lange. »Wir setzten Cannabis bereits vor zwanzig Jahren in der Tumorschmerz-Therapie ein und stellten fest, dass es wenig Wirkung hatte.« Heute brauche sie es wieder mehr, weil einerseits die Nachfrage gestiegen sei, sie andererseits Erfahrungen mit neuen Produkten sammeln konnte.

Im medizinischen Bereich sind zwei im Cannabis enthaltene Substanzen zugelassen – Cannabidiol (CBD) und Tetrahydrocannabinol (THC). Das CBD, das auf dem Markt mittlerweile frei erhältlich ist, hat laut der Schmerzspezialistin praktisch keine Wirkung auf den Schmerz. Der eigentliche medizinische Wirkstoff ist das THC. Dafür ist eine Sonderbewilligung

vom Bundesamt für Gesundheit nötig. Laut Jaquenod-Linder wird diese Bewilligung bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung erteilt. Die Krankenkassen hingegen würden die Kostengutsprache in den meisten Fällen ablehnen. »Verständlich, denn die Studienlage ist nach wie vor zu schlecht für eine breite Anwendung.« THC sei sehr teuer: Nimmt man es täglich, komme man auf Behandlungskosten von bis zu 600 Franken im Monat. Man darf nach dem Einnehmen länger nicht Autofahren, und es kann psychotrope Nebenwirkungen haben, so werden bei regelmäßigem Konsum etwa Psychosen beschrieben. Den Effekt auf den Schmerz bezeichnet sie als gering – viel kleiner als bei Opioiden –, einige Patienten berichten von einer entspannenden Wirkung.

Ein weiterer Nachteil ist laut der Spezialistin, dass die aktuellen Produkte auf dem Markt Tropfen oder Mundsprays sind. Schluckt man den Wirkstoff, werden 90 Prozent davon nicht aufgenommen, sondern von der Leber abgefangen. »Man müsste das Cannabis rauchen und nicht schlucken«, sagt Jaquenod-Linder. Momentan werde intensiv an einer bukkalen Form geforscht, bei der man die Wirkstoffe über die Mundschleimhaut aufnimmt und so die Leber umgeht. Wegen der Gefahr von Psychosen müsse man vor regelmäßigem, längerfristigem Cannabis-Konsum warnen.

Eine andere große Diskussion entspann sich um den Einsatz des Opioids Methadon bei Tumorpatienten. Die Fernsehshow »Plusminus« auf ARD stellte die Studie einer Forscherin aus Ulm vor, die belegt haben will, dass Methadon in Kombination mit einer Chemotherapie das Tumorstadium bremse. Monika Jaquenod-Linder sagt, diese Studie sei wegen ihrer geringen Größe nicht verwertbar, man könne keine Aussage zu dieser Wirksamkeit machen. Patientinnen verlangten zum Teil trotzdem nach dem Medikament. »Wenn jemand

Schmerzen hat, habe ich überhaupt kein Problem, Methadon zu verschreiben. Denn es ist ein sehr gutes Opioid«, sagt sie.

Wie beeinflusst die Psyche den Schmerz?

MJ: Man weiß mittlerweile, dass Angst und Panik im Gehirn am gleichen Ort abgelegt werden wie der Schmerz, das heißt, sie weisen große Parallelen auf. Die Abbildungen von Depression und Schmerz im Gehirn überlappen sich außerdem. Es gibt auch hier Wechselwirkungen.

Raten Sie Ihren Patienten also zu einer psychologischen Behandlung?

MJ: Einige bekunden große Mühe damit, wenn man die Interaktion der Psyche nur schon anspricht. Sie fühlen sich abgestempelt oder wünschen eine einfachere Lösung, um den Schmerz zu eliminieren. Andere sind offen, denn sie merken, dass die Psyche die Schmerzen beeinflusst, sind bereit, professionell daran zu arbeiten, und haben dadurch auch eine bessere Prognose. Wir kennen das doch alle aus unserem Alltag: Wenn wir uns aufregen oder Angst haben, verschlimmern sich bestehende Schmerzen. Schmerzen können so viel Leid verursachen, dass eine psychologische Begleitung viel Sinn machen kann.

Verstärkt die psychische Komponente bei Palliativpatientinnen den Schmerz zusätzlich?

MJ: Das ist wahrscheinlich, auch wenn klare somatische Befunde dominieren. Gerade diejenigen, die unter Angst und Panik leiden, haben mehr Schmerzen. Angst ist bei Tumorpatienten häufig. Spüren sie einen Schmerz, überlegen sie sich: Ist das eine neue Metastase? Sie verlieren das Vertrauen in ihren Körper. Den chronischen Patientinnen kann ich zu mehr Vertrauen in ihren Körper raten und sagen: Ihre Wirbelsäule ist

stark. Patienten mit einer metastasierenden Erkrankung hingegen müssen mit dieser Black Box leben und stellen sich die Frage, was als Nächstes hinzukommen könnte.

Außerdem dürfte bei Palliativpatienten auf der sozialen Ebene auch vieles im Argen liegen. Schließllich sterben sie bald, und ihre Angehörigen leiden mit.

MJ: Ja, ganz klar. Wenn wir die Patienten zu Hause betreuen, stellen wir häufig sogar fest, dass ihre Angehörigen, die sie eng begleiten, unter denselben Symptomen leiden wie sie. Sie haben ebenfalls Bauchschmerzen, Atemnot oder Erstickungsgefühle. Das wurde sogar in funktionellen MRIs dokumentiert. Wir fragen die Angehörigen deshalb immer gezielt, ob sie auch Beschwerden haben. Die meisten würden das von sich aus nicht sagen.

Wie ist das zu erklären? Aus reiner Empathie?

MJ: Dafür sind teilweise neurobiologische Prozesse verantwortlich: Im Gehirn der Angehörigen ist ebenfalls eine Aktivierung der Schmerzregion nachzuweisen, verursacht durch den Schmerz, den sie tagtäglich vorgeführt bekommen.

Tut sterben weh?

MJ: Nein. Kurz vor dem Sterben tritt häufig Ruhe ein. Die Schmerzen oder die Unruhe verschwinden, die Atmung wird unregelmäßig und gerade, wenn die Angehörigen den Sterbeprozess ebenfalls zulassen, kann sich ein tiefer Friede einstellen. Auch Patienten, die sich lange gegen das Sterben gewehrt haben, äußern sich, dass es nun *gut sei zu gehen*.

Diesen Prozess wollen wir möglichst nicht stören und möchten in diesem Moment einen Transport, das Versterben in der Ambulanz oder in der Notfallstation vermeiden.

Aus Nahtoderlebnissen wird berichtet, dass diese Phase von großer Glückseligkeit begleitet wird. Mit dem Sterben scheint das Leiden aufzuhören. Das würden wir uns ja alle wünschen.

Jederzeit zu erreichen

Die ambulante Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten ist wenig prestigeträchtig und aufwändig. Monika Jaquenod-Linder hat das Mobiltelefon immer für Notfälle dabei, denn sie behandelt schwer kranke Patienten, bei denen jederzeit Probleme auftreten können, die nicht rasch lösbar sind. Sie sagt, man könne diese Arbeit nicht halbherzig tun. Die Begleitung von schwer kranken Patientinnen bestehe nicht in »nur schnell vorbeigehen und Morphin verabreichen«, sondern sie muss die ganze bio-psycho-soziale Dimension des Patienten erfassen und sein Umfeld miteinbeziehen. Dabei erfährt sie häufig intensive Lebensgeschichten. Das Lebensende hält sie für »eine der reichsten Lebensphasen«.

Spezialisierte Palliativ-Pflegefachpersonen übernehmen eine zentrale Rolle in der ambulanten Betreuung. Sie sind Tag und Nacht für Patientinnen und Angehörige erreichbar. Durch ihr großes Fachwissen und ihre Erfahrung würden sie auch in schwierigen Situationen Zuversicht und Sicherheit vermitteln, sagt Jaquenod-Linder. »Ohne diese Spezialisten könnte ich meine Arbeit nicht machen, das große Engagement dieser Teams beeindruckt mich.«

Die Palliativmedizinerin erlebt zudem viel Dankbarkeit von den Angehörigen und Patienten, was ebenfalls zu ihrer Motivation beiträgt.

Ist unsere Gesellschaft wehleidiger als früher?

MJ: Die Erwartungshaltung ist enorm gestiegen, weil so vieles machbar geworden ist. Patientinnen verstehen häufig nicht,

dass ihr Schmerz nicht einfach mit einer starken Tablette behandelbar ist. Einige wenige Patienten mit chronischen Schmerzen, bei denen es nicht immer möglich ist, eine gute Schmerztherapie anzubieten, reagieren mit Unverständnis. Sie fühlen sich alleingelassen. Ich betone jeweils, dass ich sie weiterhin engagiert begleiten werde.

Gibt es Schmerzen, die man einfach aushalten muss?

MJ: Ja, vor allem bei Schmerzen, die nicht von einem Tumor herrühren, gibt es nicht immer eine gute Lösung. So muss man kreativ sein und Wege suchen, damit das Leben trotzdem noch Qualität behält.