

Zeitschrift: Infokara Deutschschweiz
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin
Band: - (1994)
Heft: 34

Artikel: "Nicht zum Aushalten ..." : Schmerz und Leben mit der Krankheit
Autor: Illhardt, F.J.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091563>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

2116 9

No 34 - Juni 1994

DEUTSCHSCHWEIZ



Redaktion : Noémi de Stoutz, Aerztin
Irène Bachmann, Krankenschwester und Erwachsenenbildnerin
Kantonsspital - 9007 St-Gallen
Tél. 071 26 11 11

"Nicht zum Aushalten ...": Schmerz und Leben mit der Krankheit

PD Dr F.J. Illhardt, Freiburg (Deutschland)¹

*Text des Vortrags gehalten ander Weiterbildung vom 7. April 1994,
Palliative Schmerztherapie bei terminal Kranken
Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin, Sektion Basel.*

Daß Medizin dem Menschen zu leben und zu überleben hilft, klingt wie eine Binsenweisheit; aber gerade beim Phänomen «Schmerz» scheint diese Binsenweisheit infrage gestellt zu werden. Es gibt Situationen im Leben eines Menschen, in denen alles darauf ankommt, einem Menschen, der Schmerzen hat, Schutz zu bieten, ihm - greifen wir auf die ursprüngliche Bedeutung des lateinischen Wortes «pallium» (= Mantel) zurück - diesen schützenden Mantel zu geben. "Nicht zum Aushalten" lautete die Überschrift des renommierten Blattes DIE ZEIT vom Januar dieses Jahres [4]: Schmerzen können nicht zum Aushalten sein, nicht zum Aushalten ist aber auch die Weigerung in der Medizin, unerträgliche Schmerzen ausreichend zu therapieren. Was spricht eigentlich dagegen?

Natürlich wie immer der Mißbrauch. Schon Paracelsus, 1527 Stadtphysikus und Medizinprofessor in Basel, wußte daß es nur "die Dosis mache, daß ein Ding kein Gift sei" [zit. nach 13, S. 116]. Auch Schmerzmittel konnten in kleiner Dosis Schmerzen lindern, in größerer Dosis töten. Nicht zuletzt deswegen, weil Ärzte das ausnützten, galten sie in Mittelalter und Antike als unbestrafte Mörder. Auch die Ideologie verhinderte, Menschen, die unter Schmerzen leiden, den schützenden Mantel der Schmerzlinderung zu geben. Es ist sicher differenzierter, aber die vermeintlich

¹PD Dr. F.J. Illhardt, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Abteilung Medizinische Ethik, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg (D)

christliche Haltung besagt, daß "Schmerz, den der Gläubige auf Erden erdulden muß, ... eine Vorbedingung zur Erlangung des ewigen Glücks" [18, S. 952] ist. Mit solchen religiösen Versatzstückchen läßt sich jede Grausamkeit dekorieren bis hin zu muffigen Erziehungsidealen wie "Was uns nicht umbringt, macht uns hart" und "Indianer weinen nicht". Wichtig, weil besonders aktuell, ist schließlich die Einstellung der Helfer. Für viele ist klar, wenn sie ihren Behandlungsplan auf palliativ zurückstutzen, geben sie auf. Man nimmt enttäuscht zur Kenntnis, daß in der therapeutischen Szene genau diese Einstellung immer noch besteht. Sie soll in diesem Referat intensiv reflektiert werden.

Francis Bacon zu Beginn des 17. Jahrhunderts unterstützte diese Haltung, vielleicht legte er sogar den Grundstein dafür, weil er eine Neuorganisation aller Wissenschaften, auch der Medizin für die gesamte Folgezeit bis heute festlegte. Jedenfalls brachte er jene Ärzte in Mißkredit, die - wie er das ausdrückte - eine «euthanasia interior» machten, also einem Kranken das Sterben erleichterten, aber nichts gegen das Sterben taten. Sein Grund [1; 15] war infam: Nichtstun bedeute Eingestehen, daß die Medizin nichts kann

Bacon irrt, wenn er das sagt, und mit ihm irren alle, die ähnliches nachbeten. Von ihm stammt der Satz, daß Wissen Macht sei. Er verschweigt jedoch, daß Wissen nicht nur Macht, sondern auch viele Fragen nach sich zieht, und daß Wissen nicht bedeutet, daß man es auch anwenden muß. Schlagendes Beispiel: die Atomkraft, man durchschaut ihre Mechanismen, aber die Frage, ob und wie man sie anwendet, bringt die Menschen auf die Barrikaden und die Sozialmoral ins Fernsehen. Auch die Medizin fragt, ob sie «darf», was sie «kann». Alle, die diese Frage teilen, sollen daran erinnert werden, daß Bacon und mit ihm die moderne Einstellung in der Medizin einige sehr falsche Voraussetzungen machen; denn

- 1) geht es in der Medizin nicht nur um das, was der Helfer kann, sondern auch darum, was Patienten brauchen und wollen,
- 2) kann die Medizin, auch wenn sie anscheinend am Ende ist, mehr als man meint,
- 3) Auch Nichtstun ist eine Form des Tuns und
- 4) Nichtstun setzt oft die Überlegung voraus, daß die üblichen Aktivitäten nicht gut sind und man sie darum besser unterläßt.

Nichts-Tun ist also kein Zeichen von Schwäche oder Nichts-Können, sondern Zeichen von Wissen, wo und warum es sinnvoll ist, etwas zu tun. Das trifft insbesondere auf den Schmerz zu.

I. Das Phänomen «Schmerz»

Es gibt bei der Erforschung der Suizidursachen im höheren Lebensalter deutliche Hinweise darauf, daß Schmerzen, insbesondere "Erkrankungen mit hoher Schmerzbelastung und fehlender Heilungsaussicht" [16, 573] ein wichtiger Einflußfaktor sind. Schmerzen können so belastend werden, daß jemand mehr und mehr glaubt, daß Leben absurd sei, sie können einen umbringen.

Der Schmerz kommt zunächst aus bestimmten Teilen des Körpers, wird aber dann je nach Intensität und Ort des Schmerzes als Bedrohung erlebt. Schmerzhaben läßt sich

dann nicht mehr auf bestimmte Körperbezirke eingrenzen. Es bekommt damit die Qualität des Leidens und erzeugt die "Angst, die wir nicht nur als Druck erfahren, die Situation zu verändern, sondern als Bedrohung unserer Zuversicht, unserer Integrität und der Erfüllung unserer Ziele" [11, S. 117]. Folgende Punkte muß man herausstreichen, die den Schmerz zu einem so bedeutungsvollen Phänomen machen:

1. Schmerz als Ende aller Interessen
2. Schmerz macht das Leben zur Last
3. Schmerz blockiert die Macht des Ich

Schmerz sei immer etwas in sich Schlechtes, sagt Thomas von Aquin, es sei denn, er ist ein Zeichen für den Heilungsprozeß (restitutio) [14]. Aber wenn es keine Heilung mehr gibt, kann eine Therapie im kurativen Sinne nicht mehr sinnvoll sein. Eine Therapie ist indiziert, die sich umorientiert, nicht heilen, sondern leben helfen soll. Das nennt man eine «palliative» Schmerztherapie, weil sie: 1. auf ursächliche Behandlung verzichtet und 2. sich am Leben mit der Krankheit orientiert. Zwei Fragen stellen sich:

1. Was sind Krankheiten, bei denen man nicht ursächlich therapieren muß?

Im Vordergrund dieser Krankheit stehen Maßstäbe, die sich nicht am Modell der Akutkrankheit orientieren, sondern an den Kriterien für Chronizität. Eine Krankheit ist nicht mehr akut, wenn sie sich einer akuten Therapie entzieht. Stattdessen treten folgende Merkmale in den Vordergrund [nach 2]:

KRITERIEN EINER «CHRONISCHEN» KRANKHEIT (NACH R. FOX)	«PALLIATIVE» BEHANDLUNG, WENN ...
Dauer	> mehrere (3 - 6) Monate
Beeinträchtigung	Nach Einschätzung des Patienten wesentlicher Verlust an Lebensqualität
Verarbeitung durch den Patienten	Coping wird wichtiger
Art der Behandlung: also mehr, <u>daß</u> überhaupt behandelt wird und das Setting	Kurative Maßnahmen bringen keine Veränderung
Irreversibler Verlauf der Krankheit	Aussichtslosigkeit (Futility) [5]
Soziale und politische Unterstützung	Betroffenheit der Umwelt

2. Was heißt «Leben mit der Krankheit»?

Leben mit der Krankheit weist auf die bereits oben aufgestellte Prioritätensetzung hin. Danach ergibt sich folgendes Schema:

PHÄNOMENE DES SCHMERZES	ZIELE DER SCHMERZBEKÄMPFUNG
Ende aller Interessen	Entdecken von «passenden» Zielen
Leben ist Last	Glücksfähigkeit
Ichleere	Ich- und Umweltkontrolle

Aus dieser Gegenüberstellung wird deutlich: «Leben mit der Krankheit» hat eine unbedingte Voraussetzung, nämlich Freiheit von Angst und Schmerz bzw. deren Bewältigung. Erst diese Freiheit läßt Leben glücken.

II. Schmerztherapie - Moral der doppelten Wirkung

Die klassische Fallkonstellation ist die der indirekten Euthanasie: Man will Schmerzen beseitigen und dosiert das Schmerzmittel dafür ausreichend hoch, nimmt dabei aber in Kauf, daß der Patient stirbt (Atemdepression). Das klingt zunächst wie Selbstbetrug, weil man weiß, wie wenig eindeutig die eigenen Intentionen sind. Aber warum diese Unsicherheit gegenüber unseren Intentionen? Sicher sind Intentionen zu schwammig für ein Gericht, aber doch nicht für unsere moralischen Dispute. Von einem Arzt, der sich aus dieser Doppelmoral freizumachen glaubte, stammt folgendes anonyme Bekennerschreiben, das 1988 im Journal der Amerikanischen Medizinischen Vereinigung stand und Furore machte

Ich glaube, ein Helfer darf nicht aktiv die Beendigung eines schwerkranken Lebens betreiben, erst recht nicht, wenn er den Patienten kaum kennt wie in dem obigen Fall. Gegen dieses anonyme Bekennerschreiben habe ich einzuwenden, daß es halbherzig ist, gleichsam mit Vollbremsung in die Zukunft will, zwar sagt, was es für richtig hält, aber sich versteckt. Was den meisten an dieser Geschichte jedoch sehr imponiert, ist die klare Priorität: Wichtiger als alles andere kann sein, die miserable Situation des Schmerzenshabens zu beenden; denn die Gefahr besteht, daß jemand, der unter starken Schmerzen leidet, nur noch seinen Schmerz wahrnimmt und sonst nichts mehr. Der Helfer muß spüren, daß Schmerzen aus dem Leben eine Horrorszene machen können. Schmerzbeseitigung ist ein hohes Gut, sonst könnte in der alten Moraltradition nicht das Sterben eines Patienten für das Erreichen von Schmerzfreiheit in Kauf genommen werden. Die Tradition stand auch in ihren religiösesten Zeiten ganz in der Nähe der Weisheit der Alten, die sich in der epikuräischen wie auch in der stoischen Moral niederschlug: die Weisheit nämlich, daß Schmerzen jede aktive Lebensgestaltung ruinieren und daß Freisein von Schmerz eine moralische Basisidee ist [3].

It's over, Debbie - Es ist vorbei

Der Anruf kam gegen Mitternacht. Als gynäkologischer Assistent rotierte ich durch die Abteilungen eines großen, privaten Krankenhauses ... Ich ging auf meinem Weg zum Krankenzimmer an der Station vorbei, von wo die Schwester angerufen hatte, und schnappte mir die Krankenakte. Die Schwester gab mir eilig ein paar Details: Ein 20 Jahre altes Mädchen namens Debbie, Finalstadium eines Ovarialkarzinoms. Sie hatte eine nicht nachlassende Übelkeit, offensichtlich das Ergebnis eines alkoholhaltigen Präparats, das ihr zur Beruhigung verordnet wurde ... Als ich zum Raum kam, hörte ich lautes, mühsames Atmen. Ich trat ein und sah eine ausgemergelte, dunkelhaarige Frau, die sehr viel älter als 20 aussah. Sie bekam Sauerstoff, hatte einen IV-Anschluß. Vor Luftnot saß sie im Bett. Ihr Gewicht auf der Karte betrug 40 Kg. Eine zweite Frau, ebenso dunkelhaarig, aber Mitte 40, stand rechts von ihr und hielt ihre Hand. Beide schauten auf, als ich kam. Der Raum schien voll von den Mühen der Patientin zu überleben. Ihre Augen waren hohl, und sie hatte suprasternale und interkostale Retraktionen wegen ihrer erhöhten Atemfrequenz. Sie hatte in den letzten zwei Tagen weder gegessen noch geschlafen. Sie sprach nicht auf Chemotherapie an, und bekam nur noch unterstützende Pflege. Es war eine Horrorszene, ein höhnisches Spiel mit ihrer Jugend und ihrem ungelebten Leben. Sie sagte zu mir nur: "Bringen wir es hinter uns."

... Die Patientin war müde und brauchte Schlaf. Gesundheit konnte ich ihr nicht geben, aber Ruhe. Ich bat die Schwester, mir eine 20 mg Spritze mit Morphin-Sulfat aufzuziehen. Das reicht für diesen Zweck, dachte ich. Ich nahm die Spritze mit in den Raum und sagte den beiden Frauen, daß ich Debbie etwas geben würde, das sie für immer Ruhe finden ließe. Debbie schaute auf die Spritze, dann ließ sie ihren Kopf mit offenen Augen ins Kissen zurücksinken und schaute auf ihre klein gewordene Welt. Ich injizierte das Morphin i.v. und paßte auf, daß alles so eintreten würde, wie ich es berechnet hatte. Innerhalb von Sekunden verlangsamte sich ihr Atem auf einen normalen Rhythmus, ihre Augen schlossen sich, und ihre Gesichtszüge wurden weich, sobald sie endlich Ruhe zu finden schien. Die ältere Frau strich das Haar der jetzt schlafenden Patientin zurück ... Es ist vorbei, Debbie.

Übers. aus: Anonymous resident (1988) It's over, Debbie.
Journal of the American Medical Association 249: 272.

Absolut gültige Herausforderung für heute ist die Hochschätzung der Schmerzfreiheit.

Schmerzen - ein Drama der Identität

Schmerzen sind für unser Sprachempfinden etwas, was einen bestimmten Ort im Körper hat. Aber sobald Lokalisierung nicht mehr möglich ist, wird aus Schmerz Leid. In anderem Zusammenhang, aber durchaus übertragbar, definiert W.F. May [9, S. 11], ein amerikanischer Bioethiker: *"Leiden zerquetscht die Gestalt des innersten Selbst oder spaltet sie"*. Ein Gefühl für Identität ist nicht mehr möglich, Persönlichkeitsspaltung liegt näher. Ein wichtiges Kennzeichen der Identität nach Erikson ist [zit. nach 7] "die Bereitschaft, die Würde der eigenen Lebensform... zu verteidigen". Was heißt das beim terminal Kranken? Wo kein Selbst und kein Gefühl für seine Würde, dort kann er seine

Situation nicht mehr als für ihn selbst wichtige Situation erleben. Die zunehmende Tendenz, in den meisten Gesetzgebungen der westlichen Welt, den Suizid des Sterbenden oder seine indirekte Tötung zu legalisieren, spiegelt den unzureichenden Zustand der Schmerztherapie beim terminalen Kranken wieder. Terminal Kranke, von Schmerzen gepeinigt und in die Enge getrieben, fordern ihren Tod, klagen ihr sogenanntes Recht auf den Tod ein. Was bleibt ihnen auch anderes übrig, wenn sie es vor Schmerz und Leid - oder nur aus Angst, daß Schmerz und Leid schrecklich sein werden - nicht aushalten? Diesen unzureichenden Zustand beklagte nicht nur E. Kübler-Ross, sondern auch Praktiker aus dem normalen Klinikbetrieb tun es [8]. Es ist unerträglich, daß der Schmerz nach einigen Tausend Jahren Erfahrung mit dem Schmerz immer noch nicht in seiner ganzen Tragweite akzeptiert wird. Wer zur palliativen Schmerztherapie bei terminal Kranken nicht bereit ist, hat nicht verstanden, was Schmerz im Selbst des Menschen anrichten kann.

IV. Bedeutung der Gegenwart - Hoffnung trotzdem

Der Medizingeschichtler Seidler [12] betont sehr stark die Aufgabe der medizinischen Helfer, nicht einfach von der therapeutischen Szene abzudrehen, wenn man kurativ nichts mehr machen kann. Für die Medizin muß erste Priorität haben, was der Patient braucht. Wenn seine Krankheit nicht mehr heilbar ist, bedeutet das, daß so gut wie keine Heilhoffnung mehr besteht.

Aber jenseits dieser Aussichtslosigkeit gibt es durchaus noch Hoffnung, vielleicht nicht mehr die Hoffnung auf dies und jenes, eher eine Hoffnung trotzdem. Um in einem Bild vom Kartenspieler zu sprechen, das der Philosoph C.S. Pierce brauchte, als er den pragmatischen Hintergrund der Hoffnung demonstrieren wollte [10, S. 179]: Die Hoffnung auf bestimmte gute Spielzüge trägt nicht mehr, aber die Zuversicht, daß Kartenspielen schön sein kann, ist unabdingbar. Ihr Gegenstand ist die Bedeutung des Augenblicks. Aufgabe der Medizin ist es, dem Patienten, wenn er es will und kann, den Sinn für die Bedeutung des Augenblicks zu öffnen. Eine Notiz aus dem Tagebuch der jungen Treya Wilber mit Mamma-CA nach zwei Rezidiven [17, S. 141] (Abb. 2) soll das zeigen.

Für die totkranke Treya waren das auf ihrer emotionalen Achterbahn des Krebses oft vitale Ziele, manchmal auch nur ein Sich-vollaufen-Lassen mit Eindrücken; aber der Augenblick war wichtig, nicht die Zukunft. In der Hospicebewegung spielte genau das eine wichtige Rolle: Den terminalen Patienten immer jenseits der Schmerzgrenze halten,

Eine Zeit des Entdeckens und der Offenheit im Dienst der Heilung ... Möglich wird das durch ein immer tieferes Gefühl, daß Leben und Tod wohl doch nicht die gewaltigen Themen sind, zu denen man sie immer aufbläht ... Ich achte nicht mehr so darauf, am Leben festzuhalten ... Daß die Qualität des Lebens wichtiger ist als seine Länge - das sagt mir mehr. Jetzt möchte ich meine Entscheidungen nicht mehr aus Angst treffen, lieber aus Begeisterung und Abenteuerlust.

damit er frei ist für das sog. Goal setting, d.h. für ein sehr einfaches, aber auch sehr einfühlsames Unternehmen: Mit dem Patienten zusammen Ziele planen, die er erreichen kann und die ihm etwas bedeuten. Aus

Erfahrung wissen wir, daß Schmerzen gerade die Dimension des bedeutungsvollen Augenblicks verstellen können. Palliative Schmerztherapie kann diesen Zugang freilegen.

Literatur

- [1] Bacon F.: De dignitate et augmentis scientiarum (1623). Buch IV, Kap. II. siehe Wallach
- [2] Dekkers W.: Chronic disorders Moving towards a Conceptual Framework. Journal of Health Care, Medicine & Community 3: 9-20, 1993
- [3] Forschner M.: Über das Glück des Menschen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1993
- [4] Hassenstein T.: Nicht zum Aushalten. Die Zeit vom 7.1.1994, S. 33
- [5] Heiss H.W., Illhardt F.J.: Intensivmedizinische Maßnahmen beim älteren Menschen: Ethische Überlegungen zur Indikationsstellung. Intensivmedizin und Notfallmedizin 30: 343-349, 1993
- [6] Illhardt F.J.: Lebensqualität Tumorkranker. Philosophisch und ethisch gesehen. Informationsblatt des Arbeitskreises *Arzt und Patient in Südtirol* / Bolletino d'informazione del gruppo di lavoro *medico e paziente in alto adige*: Rivista di politica, etica, scienza e cultura nella sanità. Zeitschrift für Politik. Ethik, Wissenschaft und Kultur im Gesundheitswesen 6: 58-63, 1993
- [7] Kemper J.: Psychotherapie in der zweiten Lebenshälfte - Anthropologische und ethische Aspekte. Referat: 2. Donaueschinger Fachtage für Verhalötenmedizin, 27.-28.3. 1992. Maschinenschrift
- [8] Lutterotti M. v.: Der Arzt und das Tötungsverbot. Medizinrecht 10 (Heft 1): 7-14, 1992
- [9] May W.F.: The Molested. Hastings Center Report Vol. 21, May-June 1991 (No. 3): 9-17, 1991
- [10] Peirce C.S.: The Three Kindes of Goodness / Die drei Arten des Guten (Vorlesung / Lectures V. In: Lectures on Pragmatism / Vorlesungen über Pragmatismus. Englisch-deutsch. Philosophische Bibliothek Bd. 281. Hamburg: F. Meiner, 156-197
- [11] Reich W.T.: Models of Pain and Suffering: Foundations for an Ethics of Compassion. Acta Neurochirurgica 38: 117-122, 1987
- [12] Seidler E.: Ethische Probleme im Umgang mit chronischem Kranksein und Unheilbarkeit. In: Ethische Probleme des ärztlichen Alltags. Hrsg. Marquard O, Seidler E., Staudinger H. Ethik der Wissenschaften Bd. 7. Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh/Fink 1988, 40-51
- [13] Seidler E.: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 6. Aufl. von "Geschichte der Pflege des kranken Menschen". Stuttgart usw.: Kohlhammer, 6. Aufl. 1993

- [14] Thomas von Aquin: Summa Theologica I/II, q 35
- [15] Wallach W.: Baco von Verulam über die Medizin. Ins Deutsche übertr. aus De dignitate et augmentis scientiarum (1623), Buch IV, Kap. II. Archiv für Geschichte der Medizin 18: 113-129, 1926
- [16] Weber I. et al.: Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen - Fakten - Perspektiven. Baden Baden: Nomos 1990
- [17] Wilber K.: Mut und Gnade (Grace and Grit <dt>). Übers. Eggert J. München: Scherz-Verlag 1991
- [18] Zimmermann M.: Schmerz. In: Lexikon Medizin - Ethik - Recht. Hrsg. Eser A., Lutterotti M. v., Sporken P. Unter Mitwirkung von Illhardt F.J., H.-G. Koch. Freiburg, Basel, Wien: Herder 1989, 949-963

* * *

Interdisziplinäre Weiterbildung

PALLIATIVE CARE: Behandlung, Pflege und Begleitung chronisch kranker und sterbender Menschen

Kursbeginn 26. September 1994

Dauer 15 Kurstage

Zielgruppe Pflegepersonen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen, Ergo-, Physio- und MusiktherapeutInnen

Ziel Vertiefen und Erweitern von Wissen und Kompetenz im Umgang mit Bedürfnissen von chronischkranken und sterbenden Menschen und seinen Nächsten.

Information Schweizerische Krebsliga, Monbijoustrasse 61, 3001 Bern, Frau Ch. Zahnd, Tel: 031 372 27 67