



©Maren Beler / pixelio.de

Reflexionen zu Palliativmedizin, Sterben und Salutogenese

THEODOR DIERK PETZOLD

Für viele Menschen erscheint der Tod als Konsequenz und Endpunkt einer Krankheit. Aus dieser Perspektive betrachtet würde die Entstehung von Gesundheit vor dem Tod mit der Krankheit aufhören. Aus dieser Sicht übernimmt dann die zum Tod führende Krankheit die Regie und ist stärker als alle salutogenetischen Bemühungen.

Gibt es demgegenüber eine Sichtweise, die im Sterbeprozess auch einen gesunden Aspekt wahrnimmt und anerkennt? Haben Palliativmedizin und Sterbebegleitung möglicherweise doch etwas mit der Entstehung von Gesundheit, mit Salutogenese, zu tun?

Wie heilsam kann der Tod sein?

Die Menschen, die Sterbende begleitet haben (gleich ob Laien oder professionelle Helfer), haben meist eine Gewissheit oder zumindest eine Ahnung davon erlangt, dass der Tod etwas sehr Heilsames hat bzw. haben kann. Gleichzeitig ist es sehr schwierig dies auszusprechen, weil doch für viele der Tod etwas ist, was sie um jeden Preis vermeiden wollen. Insbesondere ÄrztInnen möchten oft gerne Lebensretter sein und erleben Sterben meist auch als Versagen ihrer Bemühungen. Angesichts von Menschen, die mit dem Tod ringen, angesichts von klagenden und trauernden Angehörigen würde es ggf. rücksichtslos und für einige so-

gar zynisch erscheinen, von einem ‚gesunden‘ Sterben zu sprechen. Und trotzdem empfinden gerade Hospizhelfer den Augenblick des Überganges oft als etwas Heilendes. Viele berichten, dass ein Gefühl von Frieden und Ruhe eingeleitet ist. Nicht selten heilen kurz vor dem Tod noch alte Wunden, wie ein Dekubitus, der lange offen war. Das Leid ist dann bisweilen mehr bei den Angehörigen. Oft allerdings können auch diese durch eine gute Verarbeitung Frieden im Abschied finden. Und in der Folge können sie zu einer neuen Stimmigkeit ohne den Verstorbenen finden und ein neues Kohärenzgefühl in ihrem sozialen Gefüge aufbauen. Der Fotograf Walter Schels hat berührende Portraits in seinem Buch ‚Noch mal leben vor dem Tod‘ zusammengestellt, die er von Menschen gemacht hat zum einen vor ihrem Tod in der Hospiz und dann direkt nach dem Tod. Die Schönheit und Stimmigkeit der Gesichter nach dem Tod habe ich zu meist als sehr berührend und beeindruckend empfunden.

Ein Gefühl von überpersönlicher Stimmigkeit – im Sterbenden

Wenn wir diese Eindrücke wirken lassen, können wir ein Gefühl von Stimmigkeit in Bezug zum Sterben bekommen. Dieses Gefühl von Stimmigkeit ist für mich verwandt dem Kohärenzgefühl, das Antonovsky ins Zentrum seines Saluto-

genesekonzeptes gestellt hat: einem „Vertrauen mit globaler Orientierung“ (also überpersönlich, transpersonal). Eine salutogenetisch orientierte Palliativmedizin hat für mich dann eben zum Ziel, bewusst diese Stimmigkeit im Tod herzustellen, zunächst im Sterbeprozess in und mit dem Sterbenden selbst und weiter mit den Angehörigen auch noch nach dem Tod.

Zur Stimmigkeit mit dem Sterbenden hat für mich immer gehört, dass dieser irgendwie einverstanden war mit seinem Tod, dass er diesen möglichst auch bewusst angenommen hat. D.h. dass ich vor seinem Tod mit ihm und meist auch den Angehörigen schon mindestens einmal übers Sterben geredet hatte. Dann ist es meist viel leichter, mit auftretenden Abschiedsproblemen, wie Angst, Trauer und Schmerz umzugehen. Dann kann gemeinsam entschieden werden, ob im fieberhaften Infekt wie z.B. einer Lungenentzündung ein stimmiger Helfer im Sterbeprozess gesehen wird, oder ob man ihn z.B. mit einem Antibiotika bekämpft, weil die Betroffenen noch etwas erleben möchten. Oder ob der Sterbende reden möchte oder einfach nur seine Hand gehalten haben möchte – vielleicht um Mut zum Übergang zu finden.

Dieses Gefühl von Stimmigkeit ist zunächst sehr subjektiv. Die Anerkennung des Subjektes und die Ausrichtung auf das subjektive Wohlbefinden gehören zu einer salutogenetischen Orientierung. Diese Ausrichtung auf die subjektive Lebensqualität ist auch in der Palliativmedizin wichtiger als auf medizinische Parameter. Dieser Fokus ist der Palliativmedizin und der salutogenetischen Orientierung gemeinsam. Das bedeutet: Der Mensch steht im Mittelpunkt der Bemühungen.

Wenn wir über die subjektive Stimmigkeit mit Betroffenen und KollegInnen austauschen, können wir feststellen, dass viele ganz ähnliche Empfindungen haben, dann bekommen diese Wahrnehmungen einen höheren Grad von Stimmigkeit und Wahrheit, auch wenn sie in die wissenschaftliche Medizin noch keinen Eingang gefunden haben.

Glauben und Sterbe-Kultur

Im Kontakt mit Sterbenden und auch ihren Angehörigen habe ich sehr unterschiedliche Erfahrungen machen dürfen. Nur selten war das Gefühl des Versagens vorherrschend, auch wenn es häufiger kurz auftauchte. Schnell machte sich das Bewusstsein breit, dass über den Tod und das Leben letztendlich eine größere Macht bestimmt als ich. Angesichts des Todes wird diese übermenschliche, transpersonale Macht deutlicher gegenwärtig. So sind auch die Themen, die im Laufe einer lebensbedrohlichen Erkrankung und im Sterbeprozess zur Sprache kommen, viel häufiger mit transpersonalen Fragen beschäftigt. Z.B.: Welchen Sinn hat das Leben? Wie kann ich Erkrankung und Tod verstehen? Hat es eine Bedeutung? Manche von der christlichen Tradition geprägte Menschen fragen nach einer Schuld. Gibt es ein Leben nach dem Tod?

Obwohl im Sterben jeder Mensch ganz für sich und allein dem Tod begegnet, ist der Umgang mit dem Tod vorher und hinterher sehr stark kulturell und religiös bestimmt. Es ist ein großer Unterschied, ob wir glauben, dass mit dem Tod alles Leben vorbei ist, oder ob es dabei zu einem Übergang in ein freies geistiges Leben in einer neuen Dimension kommt.

Die christliche Lehre zum Tod ist da nicht ganz eindeutig. Einerseits versteht sie den Tod als Erlösung vom irdischen Leiden und als Übergang in den Himmel bzw. die Hölle. Auf der anderen Seite sagt sie nichts darüber, was dabei nun geschieht, was stirbt und was weiterlebt. Vielmehr ist die moderne Theologie hier den modernen Naturwissenschaften entgegengekommen und hält auch ein vollständiges Sterben des Menschen für wahrscheinlich. Diese offizielle Theologie ist allerdings bei den meisten gläubigen Christen nicht recht angekommen.

In anderen Religionen wie dem Buddhismus und Hinduismus sowie auch in der Anthroposophie ist die Lehre der Reinkarnation verbreitet. Diese besagt, dass eine nichtmaterielle geistige Entität („reines Bewusstsein“, Seele) ewig lebt und immer wieder in einen Körper inkarniert wird. Nach dieser Anschauung ist diese geistige Entität lernfähig und gewinnt mit jedem Leben und Sterben an Erfahrung dazu. Laut Umfragen (Bertelsmann-Stiftung; Shell Jugendstudie) glauben etwa 30-50% der Erwachsenen in Deutschland an eine Reinkarnation und über 60% an ein Leben nach dem Tode. So bestünde also bei mindestens der Hälfte der Menschen seitens des Glaubenssystems kein Anlass zur Angst oder Trauer, sondern eher zu Hoffnung oder gar zur Freude auf ein neues besseres Leben – es sei denn, man erwartet die Hölle.

Glauben und Schmerzbehandlung

Diese unterschiedlichen auch individuellen Glaubenssysteme sollten wir nach Möglichkeit auch in der nichtreligiösen Sterbebegleitung, in der Palliativmedizin, beachten. Die unterschiedlichen Glaubenssysteme sollten uns nicht daran hindern, dieses Thema offen anzusprechen, damit wir eben individuell pietätvoll damit umgehen können. Für uns steht der Mensch mitsamt all seinen subjektiven Gefühlen, Theorien und seinem Glauben im Mittelpunkt der Behandlung. So habe ich von Menschen, die an ein Leben nach dem Tode und an Reinkarnation glauben, oft gehört, dass sie möglichst kein Betäubungsmittel im Sterbeprozess wollen und auch sonst möglichst wenig Schmerzmittel, weil sie glauben, dass sie dann sich nicht recht von ihrem Körper verabschieden und die letzten Körperempfindungen und Probleme mit in ihr nächstes Leben nehmen, und dass Betäubungsmittel beim Sterben das Risiko einer Drogenabhängigkeit im nächsten Leben erhöhe. Sie verstehen unter ‚würdevoll sterben‘, sich allen Schmerzen und allem Abschied möglichst bewusst zu stellen und zu erleben. Sie ru-

fen dann seltener den Arzt mit dem Wunsch nach Schmerz-
bekämpfung.

Andere, die diese Perspektive der Reinkarnation nicht ha-
ben, sehen kaum einen Sinn darin, durch Schmerzen und
Leid hindurch zu gehen mit der Aussicht, im Leid zu lernen
und zu reifen. Für sie geht mit dem Tod alles Leben und je-
des Leid zu Ende. Für sie sollen die Ärzte dafür sorgen, ih-
nen das Leiden möglichst zu nehmen. So haben sie häufiger
eine Forderungshaltung in Bezug auf Analgetika und Betäu-
bungsmittel.

Tod oder Leben für die Gesellschaft?

– Wer bringt das Opfer?

Leider gibt es auch immer wieder Todesfälle, die uns von
außen betrachtet unstimmig erscheinen. Ein Sterbender
„hat noch so viel vorgehabt“. Ein anderer hat Frau und zwei
kleine Kinder zurückgelassen. Extrem deutlich wird es bei
jungen Menschen wie z.B. SoldatInnen, die im Krieg oder
einem anderen Einsatz oder auch bei einem Unfall sterben.
Bei jedem Tod wird der Grund für den Einsatz neu überprüft:
Ist der Tod für die Gesellschaft erforderlich und stimmig? Ist
das individuelle Opfer zu rechtfertigen? Wem oder was soll
es dienen?

Oder auch andersherum ist heute die Frage fast noch häu-
figer und Anlass für viele Menschen, eine Patientenverfü-
gung zu verfassen: Kann das Aufrechterhalten der biologischen
Vitalfunktionen auch bei Verlust autonomer geistiger
und sozialer Fähigkeiten und Lebensqualität gerechtfertigt
werden? Wer bringt hier das Opfer: der zum Vegetieren ge-
zwungene? Die pflegenden Angehörigen? Die professionellen
Pflegekräfte? Die Solidargemeinschaft der Versicherten?
Oder vereinigen sich alle im Leid mangels Vertrauen in ei-
nen größeren Zusammenhang – profan gesehen als eine
groß angelegte moralisch begründete ‚Arbeitsbeschaf-
fungsmaßnahme‘?

‚Apoptose‘ für gesunde gesellschaftliche Entwicklung?

Nicht nur bei gewaltsamem Tod von SoldatInnen sondern
auch bei natürlichem Tod können wir nach einer Bedeutung
für das gesellschaftliche Übersystem fragen. Welche Rolle
hat der Verstorbene in seiner und für seine Gemeinschaft
gespielt? Welche Bedeutung hat er für einzelne Menschen,
für die Gemeinschaft und vielleicht für die Kultur, die Um-
welt und die Evolution gehabt? Wie geht es oder wie ginge
es ohne ihn weiter? Wie ginge es weiter bei einem Men-
schen, der ständig auf viel Versorgung angewiesen ist?

In den Zellverbänden eines Organs sterben immer einzelne
Zellen. Dieses individuelle Zellsterben - ‚Apoptose‘ genannt
- ist erforderlich, um die gesunde Entwicklung des Organs
aufrechtzuerhalten. Gilt das analog auch für menschliche
Gesellschaften? Wenn das ‚Apoptose-Programm‘, das der
Zelle innewohnt, nicht mehr funktioniert, besteht eine er-
höhte Gefahr für eine Krebserkrankung des Organs. Ist eine



©Thomas Max Müller / pixelio.de

analoge Betrachtung für die Gesellschaft und ihre Indivi-
duen erlaubt? Dabei ist zu beachten, dass nicht das Organ
die Zelle tötet, sondern dass die Zelle in ihrem funktionalen
Verbund abstirbt. Trotzdem möchte ich dazu einige provo-
kative Fragen stellen.

‚Leben wie im Pflegeheim‘?

Gibt es analoge Gefahren für unsere Gesellschaft, wenn
wir die sterbewilligen Menschen nicht sterben lassen? Gibt
es z.B. die Gefahr, dass wir unsere Lebensweise einer kon-
sumierenden Versorgungsmentalität anpassen, die wohl
den Bedürfnissen der zwanghaft am Leben gehaltenen
Menschen entsprechen mag, aber sicher nicht denen, die
noch aktiv leben wollen? Dass also sich die normale alltä-
gliche Lebenskultur in die Richtung des Lebensstils im Alten-
Pflegeheim entwickelt: den ganzen Tag versorgt werden,
fernsehen, zwischendurch essen und trinken, Blutdruck
messen u.ä. und für wenige: ab und zu etwas aktiv spielen,
basteln oder singen – wer das noch kann. Ist diese Art zu
leben wie im Pflegeheim nicht schon jetzt weit verbreitet
in unserer Gesellschaft und führt dazu, dass schon immer
jüngere Menschen fettleibig und unbeweglich werden und
Alterserkrankungen wie ‚Altersdiabetes‘ bekommen? Dass
schon viele junge Menschen sich regelmäßig mit verschie-
denen Drogen betäuben – ganz ähnlich, wie wir es mit den

Menschen im Altenheim und im Sterbeprozess machen? Ist das nicht irgendwie auch eine Anpassung der Individuen an eine womöglich pathogene Normalität von gut gemeinter medizinischer Versorgung wie ‚Schmerztherapie‘?

Ist das ein gesellschaftliches Leben, das wir mit der Palliativmedizin kultivieren sollten? Ist das ein Leben, das wir auf Dauer leben wollen und können? Oder gäbe es einen alternativen Umgang mit kranken Alten und Sterbenden als Aufgabe der Palliativmedizin?

Das Sterben – ein Spiegelbild auf das Leben? Ansätze und Fragen zum Ausblick

Dies ist sicher eine ethisch schwierige Frage, die wir nicht einfach beantworten können. Aber wir müssen uns heute angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin dieser Frage stellen und sie offen und möglichst breit ohne schnelle Moralkeule diskutieren und dabei wohl unseren ethischen Prinzipien treu bleiben. Nur so können wir uns einer gesunden – für alle Betroffenen stimmigen - Lösung vorsichtig annähern.

Dezentrale wohnortnahe Lösungen, die individuellen Bedürfnissen angemessen sind, wie sie z.B. auch von Klaus Dörner unterstützt werden, lassen alternative Umgangsformen entstehen, neue Kulturen des Altwerdens, bei denen Versorgung nur ein und meist nicht der Hauptaspekt ist. Dörner spricht z.B. auch bei alten Menschen nicht nur von einem Hilfs- sondern auch von einem Helfensbedürfnis (DER MENSCH 39 S. 11). Das fördert eine gesunde Autonomie weit mehr.

Wegweisend sind weiter m. E. die folgenden Fragen:

An erster Stelle steht die Stimmigkeit im alten und ggf. kranken und sterbenden Menschen selbst: Was will er? Welche Motive bewegen ihn? Was ist Würde für ihn – im Leben und im Sterben? Die Diskussion um die Patientenautonomie und -verfügung in den letzten Jahren hat hier schon einen kleinen und guten Anfang gemacht. Es besteht noch weiter großer Bedarf an Klärung: Wer kann, darf und soll mit dem Sterbenden die Stimmigkeit des Lebens und des Sterbens klären? Gibt es Kriterien dafür – ggf. welche?

Dann steht die Frage nach der Stimmigkeit im Abschied bei den Angehörigen.

Und als letztes ist auch eine Übereinstimmung mit gesellschaftlichen Belangen zu klären: Gibt es übergeordnete Gründe, die für oder gegen ein Ableben sprechen? Diese Frage ist in Deutschland sicher mit ganz besonderer Vorsicht anzugehen, weil wir nach der Euthanasie im Nationalsozialismus in einer besonderen Verpflichtung zu ethischer Sorgfalt stehen. Aber wir können uns vor dieser Frage nicht drücken, sie steht heute mit der Bezahlbarkeit von medizinischen Leistungen mehr oder weniger offen schon zur Diskussion. Wer soll darüber entscheiden? Nur der Patient selbst? Auch der Arzt? Ein Geistlicher, Angehörige, Vertreter der Kommune oder der Gerichtsbarkeit? Eine zu bildende ‚Ethikkommission‘? ■

Die Vielzahl der offenen Fragen mag ein Indiz dafür sein, dass wir heute noch ganz am Anfang des Prozesses sind, in dem wir uns einem salutogenetisch orientierten Umgang mit dem Sterben annähern – dabei erscheint mir die Reflexion des Umgangs mit dem Sterben irgendwie auch als ein Blick in den Spiegel unseres Umgangs mit dem Leben.



©kerry 3 / pixelio.de