

11 Ruhiges Sterben in der Palliative Care

Das Ideal des ruhigen Sterbens, wie es in Kapitel 8.1 anhand einer Codierung einer Vorstellung vom Sterbeprozess ausgearbeitet wurde, soll nun weiter differenziert und kontextualisiert werden.

Beim Ideal des ruhigen Sterbens handelt es sich in den Daten nicht um das einzige Ideal eines Sterbeprozesses in den untersuchten Daten. Es finden sich auch der Typus des »medizinisch korrekten Sterbens« und des »natürlichen Sterbens«¹ und andere. In Bezug auf alternative Religiosität nimmt jedoch das ruhige Sterben einen hohen Stellenwert ein.

Es wird von den Mitarbeitenden im Forschungsfeld als Beschreibung der Sterbeprozesse verstanden. Trotzdem ist es implizit normativ aufgeladen: Das Sterben *soll* so ablaufen, man versucht es in diese Richtung zu beeinflussen. Die Wertung ist implizit, weil sie nur in den wenigsten Fällen als solche erkannt wird und von den Interviewten meistens als Beschreibung des realen Sterbeverlaufs angesehen wird.² Diese Prozesse werden je nach Epoche und Disziplin aus verschiedenen Blickwinkeln beschrieben:

Die vorhandenen Beschreibungen [von Sterbeprozessen] sind weder reine Resultate biologisch-naturwissenschaftlicher Erkenntnisse, noch sind sie frei von Wertvorstellungen und historischen bzw. soziokulturellen Einflüssen. [...] Was die Eckpunkte des Sterbeprozesses sind, wann das Sterben einsetzt, welches Kriterium den Todeszeitpunkt markiert und was wir demzufolge unter einem »Sterbenden« verstehen, wird durch medizinisch-biologische Modelle, aber auch durch religiöse und ethische, gesellschaftliche und kulturelle, historische und rechtliche Konstruktionen und vielfältige Wechselwirkungen dieser Einflussgrößen (mit)bestimmt. (Groß u. a. 2010: 17).

1 Vgl. z. B. Salis Gross 2001; Dreßke 2012; Dreßke 2005; Dreßke 2008: 230; Streckeisen 2001 oder Walter 1996b.

2 Dasselbe beobachten auch Salis Gross (2001: 195–197) und Dreßke (2005: 164–210): Der Sterbeverlauf wird oft erst nach dessen Abschluss als friedlich oder chaotisch deklariert und gedeutet.

Die Wahrnehmung von Sterbeprozessen basiert zwar auf dem feststellbaren Zerfall des menschlichen Körpers, die Konzepte dazu bilden sich jedoch aus dessen Reflexion und Interpretation. Eine Unterteilung in verschiedene Phasen des Sterbens fand beispielsweise erst in den 1970er Jahren im Rahmen der Sterbeforschung u. a. durch Kübler-Ross statt (vgl. Groß u. a. 2010: 25). Ebenso ist die medizinische Sicht auf die Frage, wann ein Sterbeprozess beginnt und wann er mit dem Tod endet, durch eine lange Debatte geprägt (vgl. ebd.: 27). Die Unterteilung in »präterminal«, »terminal« und »final« ist heute typisch für die Palliative Care (vgl. Jonen-Thielemann 2012), die Phasen sind jedoch nicht klar definierbar (vgl. Kaiser u. a. 2010: 9). Auf der sozialwissenschaftlichen Ebene gibt es dementsprechend eine Vielfalt unterschiedlicher Ansätze, je nachdem, welche Thematik im Fokus steht und welches der Hintergrund des Forschungsprojekts ist.

Im vorliegenden Projekt ist u. a. das Zusammenspiel der Unterteilung in präterminal, terminal und final mit dem ruhigen Sterbens von Interesse. Die Unterteilung wird von den Interviewten nur selten ausgesprochen, aber dennoch werden die Handlungen darauf ausgerichtet und dadurch ein solcher Verlauf des Sterbeprozesses implizit vorausgesetzt. Die Idee des ruhigen Sterbens fügt diesen drei Phasen eine vierte hinzu, die postmortale. Dadurch, dass der ruhige Sterbeprozess auf ein Ziel hinarbeitet, nämlich das Loslassen, wird die unsterbliche Komponente des Menschen als Teil des Sterbeprozesses eingebracht und es braucht eine Erklärung, was nach dem Loslassen mit den Verstorbenen geschieht.

Das Ideal des ruhigen Sterbens im Kontext der Palliative Care soll nun weiter ausgeführt werden. In welchem Verhältnis steht es zur Unterteilung in die Sterbephasen und zu welchem Zeitpunkt wird es eingesetzt?

11.1 Abhängigkeit des Sterbeideals vom Zustand der Sterbenden

Das Ideal des ruhigen Sterbens zeigt sich vor allem in der Wirkung, die die Mitarbeitenden den Handlungsstrategien zuschreiben. Wie in Abbildung 10 (s. Kap. 9.1) aufgezeigt, werden die unterschiedlichen alternativ-religiösen Handlungsstrategien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Sterbeprozess eingesetzt. In einer Analyse der Wirkung, die den Handlungsstrategien zugeschrieben wird, lässt sich diese Unterscheidung verfeinern: Je näher die Sterbenden dem Tod zu stehen scheinen, umso eher werden Handlungsstrategien eingesetzt, die das »Loslassen« unterstützen sollen. Werden sie in der präterminalen Phase verortet, dann bezwecken die Interventionen eher eine Steigerung der Lebensqualität. Daraus lässt sich schließen, dass das Ideal des ruhigen Sterbens hauptsächlich in der terminalen und der finalen Phase zum Tragen kommt.

Das zeigt sich zum Beispiel an der Wirkung, die aromatherapeutischen Handlungsstrategien beigemessen wird. Sie können gemäß den spitalinternen Wei-

sungen sowohl die Behebung körperlicher Beschwerden bezwecken als auch Beruhigung und Entspannung der PatientInnen, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die entsprechende Aktion ausgeführt wird. In den Interviews zeigte sich, dass in der präterminalen Phase mehr auf körperliche Beschwerden eingegangen wird. Der Aromatherapie wird dabei eine ähnliche Wirkung wie schulmedizinischen Mitteln zugeschrieben – auch wenn die Wirkungsweise nicht unbedingt dieselbe sei, denn einerseits werde der Erfolg über die chemischen Bestandteile des Mittels provoziert, andererseits durch die menschliche Nähe, die bei der Anwendung nötig sei. In der terminalen Phase liegt der Fokus in der Umsetzung der Aromatherapie hingegen auf der positiven Beeinflussung der Atmosphäre und der Förderung des »Loslassens«. Auch die Handlungsstrategien, die unter »Dasein« gefasst werden und hauptsächlich auf den ruhigen Sterbeprozess ausgerichtet sind, werden in der terminalen und finalen Phase eingesetzt.

Ähnliches lässt sich in den Beschreibungen der Körpertherapie beobachten: Die Anwendungen der Körpertherapie, die symptomlindernd wirken sollen, werden eher dann eingesetzt, wenn die PatientInnen noch über Heilungschancen verfügen oder noch nicht unmittelbar vor dem Tod zu stehen scheinen. Sie sollen laut KT1 hauptsächlich das »Wohlbefinden«, also die Lebensqualität unterstützen. Es wird damit bezweckt, dass den PatientInnen etwas »gut tut«, dass Schmerzen gemildert werden können und dass der Körper sich entspannen kann. Je näher eine sterbende Person dem Tod kommt, umso weniger soll sie jedoch berührt werden. Dann werden eher Gespräche eingesetzt, die förderlich für das »Loslassen« sind. Es wird also auch in der Körpertherapie in der terminalen Phase das Ideal des ruhigen Sterbens verfolgt.

Es gibt jedoch auch Fälle, in denen das Ideal schon früher auftritt, wenn die Pflegenden davon ausgehen, dass die Sterbenden noch nicht unmittelbar vor dem Tod stehen: Viele der Gespräche, von welchen die befragten PsychologInnen und Seelsorgenden berichten, werden schon in der präterminalen Phase eingesetzt und werden trotzdem mit dem Ziel des »Loslassens« geführt. Sie sollen diesen Prozess in dem Sinne unterstützen, als dass Konflikte aus dem Leben geklärt werden. Es handelt sich dabei eher um psychologische Gespräche. In Anlehnung an das Modell von Kübler-Ross ist diese frühere Sterbephase nötig, um schließlich zur Akzeptanz zu gelangen. In wenigen Fällen wurde erwähnt, dass auch körperliche Voraussetzungen wie die Schmerzfreiheit eine Grundlage für eine Entwicklung vor dem Tod darstellen. Aus dieser Sichtweise werden sogar medizinische Handlungsstrategien zur Schmerzlinderung als Beitrag zu einem ruhigen Sterbelaufgang gesehen. Dies war in den untersuchten Fällen jedoch nur selten der Fall.

Die beschriebenen reinigenden Handlungen nach dem Tod können ebenfalls mit dem ruhigen Sterben in Verbindung gebracht werden. Die Reinigung soll den »guten« Übergang in den Tod gewährleisten. Sie dient ebenfalls dazu, dass die

verstorbene Person »gehen kann«, beziehen sich aber auf die immaterielle Komponente des Menschen.

Es zeigt sich, dass das Ideal des ruhigen Sterbens zwar hauptsächlich in der terminalen und der finalen Phase zu erreichen versucht wird, je nach Weltbild wird es in manchen Fällen aber auch als Element in der präterminalen oder der postmortalen Phase aufgenommen.

11.2 Das ruhige Sterben als Leitidee im Umgang mit Sterbenden

Das Ideal des ruhigen Sterbens steht im Kontrast zur Idee der Lebensqualität, dem eingangs vorgestellten Ziel der Palliative Care. Auch wenn in der öffentlichen Kommunikation die »Lebensqualität bis zum Schluss« hochgehalten wird,³ zielen die Interventionen, die in Todesnähe ausgeführt werden, darauf hin, den Sterbenden zu einem ruhigen Sterben zu verhelfen.

Der Begriff der Lebensqualität wird in den Sozialwissenschaften und in der Medizin eingesetzt und lässt sich vor allem durch seinen Verwendungskontext vom ähnlichen Begriff des Wohlbefindens abgrenzen, der eher im Kontext der Psychologie benutzt wird (vgl. Berth u. a. 2011: 54). Er bezieht im Sinne der World Health Organization nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch den psychischen Zustand und soziale Beziehungen mit ein.⁴ Trotzdem wird im Zusammenhang mit KrebspatientInnen oft der Karnofsky-Index verwendet, der sich auf Krankheitssymptome und Selbstständigkeit beschränkt (vgl. ebd.: 56 f.).⁵

Alternativ-religiöse Handlungsstrategien in der präterminalen Phase dienen eher der Symptomlinderung, was im Kontext der Lebensqualität steht. Handlungsstrategien in unmittelbarer Todesnähe hingegen stehen dem diametral gegenüber. Das Ideal des ruhigen Sterbens und des Loslassens des Lebens ist ein scharfer Kontrast zur lebensbejahenden Ausrichtung auf die Qualität des verbleibenden Lebens.

3 Vgl. von Wartburg u. a. 2012: 7; Dreßke 2008: 218.

4 »WHO defines Quality of Life as individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment« (World Health Organization 1997). Diese Definition wurde auch vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit übernommen (vgl. www.bag.admin.ch/transplantation/00692/02582/12400/index.html?lang=de, zuletzt geprüft am 20.02.2016).

5 Dies, obwohl auch verschiedenste Forschung zur Spiritualität als Einflussfaktor auf Wohlbefinden und Lebensqualität besteht (Zwingmann u. a. 2011: 78–82). Zur Umsetzung des Konzepts der Lebensqualität s. z. B. Dreßke (2008: 224).

Das Ideal des ruhigen Sterbens kann mittels des Konzepts der Leitidee von Rainer M. Lepsius weiter untersucht werden: Nach Lepsius (2013: 27) gibt es kontextspezifische Ideen, die das Verhalten in einem bestimmten Kontext prägen und strukturieren. Eine davon ist die dominante »Leitidee«, welche die anderen Ideen prägt.⁶ An diese wiederum sind »Rationalitätskriterien« geknüpft, die ihrerseits an den bestimmten Handlungskontext gebunden sind. Mit »Rationalitätskriterien« werden die Argumente bezeichnet, welche die Handlungsstrategien legitimieren. Diese Kriterien gelten nur unter bestimmten Umständen, die typisch für die jeweilige Leitidee sind: »Im Zuge ihrer Institutionalisierung werden Wertvorstellungen und Leitideen konkretisiert durch die Ausbildung von Rationalitätskriterien« (Lepsius 2013: 27). Wie viel Relevanz eine Leitidee hat, zeigt sich daran, inwiefern sich das Handeln der Akteure an deren Rationalitätskriterien orientiert.⁷

Lepsius hat sich mit seiner Theorie auf politische Institutionen und Systeme konzentriert, sie lässt sich aber durchaus auch auf die Leitideen innerhalb der untersuchten Spitäler anwenden: Innerhalb eines Spitals können aus dieser Perspektive verschiedene Leitideen vertreten werden und dieselbe Idee kann in mehreren Organisationen⁸ vorkommen. Innerhalb der Organisationen können dementsprechend Konflikte zwischen den Leitideen bestehen (vgl. ebd.: 30; Lepsius 1995: 394).

Kann das ruhige Sterben die zentrale Leitidee im Umgang mit Sterben und Tod sein und somit auch zur Leitidee der Palliative Care werden? Und würde das bedeuten, dass sie mit der zunehmenden Institutionalisierung der Palliative Care ebenfalls institutionalisiert wird? Unter dem Aspekt einer gemeinsamen Leitidee der Palliative Care können die Daten in ein neues Licht gerückt werden. Das ermöglicht eine neue Sicht auf das Zusammenspiel von Vorstellung, Legitimierung und Handlung, also jenen Elementen, die in der Datenauswertung herausgearbeitet und in Kapitel 9 zusammengefasst wurden.

6 Die Vermittlungsprozesse zwischen Leitideen und Verhalten nennt Lepsius »Institutionen«. Im Folgenden wird lediglich das Konzept der Leitidee aufgenommen und ihr Zusammenhang mit Rationalitätskriterien und Handlungskontexten. Die Bezeichnung »Institution« wird nicht von Lepsius übernommen, sondern wie bisher weitergeführt.

7 Für Lepsius haben die »Institutionen« noch mehr Dimensionen, nicht nur die Rationalitätskriterien und den Handlungskontext, sondern auch »die Entwicklung von Sanktionsmitteln zur Durchsetzung ihrer Geltung gegenüber andern Leitideen, die Verarbeitung von Folgen und Kontingenzen, die durch Institutionalisierungsprozesse ausgelöst werden, und die Konfliktaustragung und Vermittlung zwischen verschiedenen und gegensätzlichen institutionalisierten Leitideen« (Lepsius 1995: 399 f.). Dies wird im vorliegenden Kontext jedoch nicht beachtet, da solche Sanktionsmittel in den analysierten Daten nicht identifiziert wurden.

8 Die Spitäler selbst würde Lepsius nicht als »Institutionen«, sondern als »Organisationen« bezeichnen.

Der Zusammenhang von Handlungsstrategien, Vorstellungen und Legitimierungsstrategien kann in Anlehnung an Lepsius' Institutionsverständnis wie folgt analysiert werden: Innerhalb der Spitäler kann es verschiedene Leitideen geben. Eine davon ist die Vorstellung des ruhigen Sterbens. Der Handlungskontext des ruhigen Sterbens ist die palliative Situation in unmittelbarer Todesnähe, sobald nicht mehr medizinische oder berufsspezifische Handlungsstrategien ausgeführt werden können und somit eine von Unsicherheit geprägte Situation vorliegt,⁹ die nicht zum heilungsorientierten Selbstverständnis der Spitäler passt.¹⁰ Diese Situation bedingt die spitälerübergreifende Leitidee in der Palliative Care. Gemäß den erhobenen Daten herrscht die Leitidee des friedlichen Sterbens ab einem gewissen Zeitpunkt im Sterbeprozess vor, während vorher die Erhaltung der Lebensqualität angestrebt wird.¹¹ Die Idee und deren Handlungskontext werden zusammen mit der Institutionalisierung der Palliative Care ins Gesundheitssystem aufgenommen. Der Handlungskontext des Sterbens wird Teil des Spitals. Diese Leitidee wird von den Akteuren u. a. mit religiösen Handlungsstrategien verknüpft und auch mit der Vorstellung einer unsterblichen Komponente.

Die zur Leitidee des ruhigen Sterbens zugehörige Rationalisierungsstrategie ist die Referenz auf das eigene Gefühl und die persönliche Erfahrung. Diese passt in den beschriebenen Handlungskontext, weil nur wenige bis keine Vorschriften einzuhalten sind. Die Palliative Care ist insbesondere im Spital ohne Palliativstation nur schwach verankert, was dazu führt, dass die Handlungsstrategien zur Förderung des ruhigen Sterbens vorwiegend auf der individuellen Ebene ausgeführt und vom Spital nicht institutionell unterstützt werden. Die dazugehörige Rationalisierungsstrategie basiert ebenfalls auf dem Individuum und ist nur wenig reflektiert. In Spital Rotach sind die Handlungsstrategien mit dem Ziel des ruhigen Sterbens stärker in der Struktur verankert, obwohl in den Leitlinien die Lebensqualität an erster Stelle steht. Das heißt, dass das Spital solche Interventionen vorschlägt und sie institutionell unterstützt. Dennoch ist diese Leitidee auch auf der Palliativstation in Spital Rotach noch größtenteils implizit, da sie ausgehend von den mitarbeitenden Personen nur langsam in die Institution einfließt und nur wenig reflektiert ist. Im folgenden Kapitel wird gezeigt werden, dass im besagten Spital einige Abläufe aus der individuellen Praxis in die Institution übernommen wurden. Dennoch nimmt das ruhige Sterben in der Kommunikation nach außen keine zentrale Rolle ein. Es scheint zwar im Zitat von Saunders in der Informationsbroschüre auf, aber ansonsten fokussiert der Inhalt auf die Lebensqualität. Im Alltag auf der Station zeigt sie sich in kleinen Dingen, wie zum Beispiel in Ausdrücken wie »gehen können« anstatt »sterben«. Erst in den Inter-

9 Hier ist einschränkend anzumerken, dass medizinische Handlungen nicht analysiert wurden.

10 Mehr dazu in Kapitel 13.

11 Die Leitidee der kurativen Medizin ist demnach das Gesundwerden.

views konnte die Tragweite des Konzepts erfasst werden. Dass in den untersuchten Spitälern das ruhige Sterben meistens nicht als Ideal erkannt, sondern als der reale Prozess des Sterbens wahrgenommen wird, lässt darauf schließen, dass der wissenschaftliche Diskurs zum guten Sterben und zu idealen Sterbeprozessen in der Praxis bislang nur wenig reflektiert wird.

