



„Wir wollen achtsame Partner des Sterbenden sein“

Holger Nagels stirbt im Alter von 59 Jahren an Lungenkrebs, liebevoll betreut von Verwandten und Pflegern.

Jens Nagels

Das Hauptproblem für Sterbende ist die Angst. Der Schmerztherapeut und Buddhist Dr. Peter Tamme spricht im Interview über Sterbehilfe, Dosierung von Medikamenten, Achtsamkeit und die spirituelle Praxis am Ende des Lebens.

Interview Dr. Peter Tamme von Birgit Stratmann

Frage: Unter welchen Umständen sterben Menschen heute?

Antwort: Die häufigste Todesursache sind Herz- und Kreislauferkrankungen. Die Betroffenen sterben z.B. durch einen Schlaganfall, ohne Vorankündigung. An zweiter Stelle steht Krebs, hier liegen oft Monate oder Jahre zwischen der Diagnose und dem Tod.

Es ist selten, dass Patienten in einer behüteten Atmosphäre zu Hause sterben und sich in einer guten sozialen und spirituellen Verfassung befinden. Das andere Extrem ist ebenso selten, dass Menschen die letzte Zeit ihres Lebens völlig vereinsamt durchstehen müssen, womöglich abgeschoben ins Badezimmer eines Krankenhauses. Für die unheilbar Kranken ist das Sterben humaner geworden, auch dank der vielen Möglichkeiten der Palliativmedizin.

Das Hauptproblem für die Sterbenden ist die Angst. Die Ärzte lösen dieses Problem, indem sie sedierende [beruhigende] Mittel verabreichen. Man muss allerdings wissen, dass dadurch die Angst nicht wirklich beseitigt wird. Sie ist weiterhin tief im Bewusstsein des Patienten vorhanden, er kann sie aufgrund der Medikamente nur nicht mehr äußern. Ich halte das für Augenwischerei, denn was nützt es dem Betroffenen, wenn er ruhig gestellt ist, aber weiterhin Angst empfindet? Die Sedierung nutzt dann eher den Begleitern, da sie nicht mehr mit den starken Emotionen konfrontiert werden.

Frage: Was würde passieren, wenn man keine Beruhigungsmittel gäbe?

Antwort: Die Frage ist, wie weit ich mich als Begleiter empathisch mit dem Sterbenden verbinden kann. Die Ange-

hörigen, die ja auch verunsichert sind, wollen am liebsten „action“ sehen, der Arzt soll Spritzen geben, Infusionen anlegen, Flaschen anhängen usw. Das wird als Kriterium für sein Können bewertet. Die Ärzte treten auf als „Macher“. Und natürlich benötigt der Patient die medizinische Betreuung. Vor allem aber braucht er Zuwendung und Kontakt. Die Kernfrage ist: Wie kann ich sein Vertrauen gewinnen, so dass er sich aufgehoben fühlt?

Der Patient nimmt wahr, dass er einer großen Gefahr ausgesetzt ist, und auch alle, die ihn umgeben, sind sich dessen bewusst. Daher ist es wichtig, sich auch um die Angehörigen zu kümmern, denen die Situation ja ebenfalls Angst macht. Pflegepersonal und Angehörige müssen zum Wohle des Patienten zusammenwirken, so dass sie instan-



de sind, den Kranken in seinem Sterbeprozess zu begleiten und zu unterstützen. Wenn die Situation eskaliert, ist dies sehr nachteilig für den Patienten.

Als Arzt kann ich durch die Sedierung die Symptome lindern, aber ich kann in dieser akuten Situation auch in Bezug auf die Angst kausal etwas tun. Ich habe Kollegen erlebt, die als ruhiger, verständnisvoller Partner des Sterbenden viel erreicht haben, einfach durch ihre Präsenz. Vertrauen kann sich innerhalb weniger Sekunden bilden und mehr helfen als Beruhigungsmittel. Wir wollen achtsame Partner des Sterbenden sein. In der Palliativmedizin fragen wir: Was braucht der Patient in diesem Moment? Was äußert er? Wir werden Helfer und Partner des Patienten.

Frage: Heißt das auch, dass der Patient mehr Eigenverantwortung hat?

Antwort: Ja, und diese trägt er gern. Er

„Es ist möglich, schmerzfrei zu sterben.“

Frage: Man hört immer, das Ziel sei, ohne Schmerzen zu sterben. Ist es überhaupt realistisch, schmerzfrei zu sterben, gerade bei Krebs?

Antwort: Ja, es ist möglich, schmerzfrei zu sterben. Aber es hat seinen Preis, denn schmerzlindernde Opiate verkürzen das Leben und vernebeln den Geist. Es gibt Situationen, in denen der Schmerz so groß ist, dass er nur in nar-koseähnlichen Zuständen nicht mehr wahrgenommen wird. Der Patient muss entscheiden. Ich spreche das offen an und erkläre die Alternativen: entweder Schmerzen ertragen und bei wachem Bewusstsein bleiben oder Schmerzen lindern – auf die Gefahr hin, das Leben um ein paar Tage zu verkürzen.

Frage: Wie wirken schmerzlindernde

weg, bei dem wir ein bestimmtes Maß an Schmerz und an Müdigkeit tolerieren. Das ist von Patient zu Patient unterschiedlich. Es gibt die verschiedensten Arten von Tumoren, etwa solche, die aus dem Körper herauswachsen, und trotzdem haben die Patienten keine Schmerzen. Andere Kranke sind äußerlich nicht beeinträchtigt und erleben doch unbeschreibliche Qualen. Die Frage ist: Ist es Schmerz oder ist es Leiden, ist es physisch oder mental? Ist es nur ein elektrischer Impuls auf der Schmerzleitungsbahn, oder ist es das, was als Gefühl, als Reaktion auf diese Schmerzmeldung im Gehirn entsteht und was ich als Leiden bezeichne?

Wenn ein Mensch früh genug im Leben Achtsamkeit als Methode in sich verankern kann, ist das ungemein hilfreich, weil er dann selbst differenzieren kann, was eigentlich schmerzt. Ist es

„Beruhigungsmittel verhindern nicht, dass die Angst tief im Bewusstsein des Sterbenden bleibt. Die Sedierung nützt vor allem den Begleitern, da sie nicht mehr mit den starken Emotionen konfrontiert werden.“

äußert seine Wünsche sehr präzise, wenn Raum dafür da ist. Zum Beispiel kann es sein, dass ein Sterbender mit einem Notar sprechen möchte, ein anderer will ein Bad nehmen, obwohl er einen offenen Bauch hat. Und ich muss mir überlegen, wie ich das umsetzen kann. Der Fokus liegt nicht darauf, was ich davon halte, ob das z.B. für den Patienten gut wäre, sondern auf dem, was er selbst wünscht und äußert. Der Arzt als solcher tritt zurück, er wird zum Helfer und Begleiter.

Wenn der Patient merkt, dass der Therapeut sich wirklich ernsthaft darum bemüht, seine Wünsche zu erfüllen, entsteht eine feste Gemeinschaft. Eine intensive Beziehung entsteht, und ein Gefühlsaustausch findet statt. Es ist auch für den Arzt eine Erleichterung, wenn nicht mehr von ihm erwartet wird, dass er einen aussichtslosen Kampf fortsetzt, und es hilft den Angehörigen, die Situation zu akzeptieren.

Medikamente, was machen sie mit dem Geist?

Antwort: Schmerzlindernde Medikamente sind zentral wirkende Medikamente, das heißt, die Konzentrations- und Denkfähigkeit verlangsamen sich. Die Mittel nehmen mir zwar nicht meinen Intellekt, aber er funktioniert langsamer. Ich betreute einmal einen Kranken, der den starken Wunsch hatte, noch zu meditieren. Er wollte nur so viele Medikamente, dass ihm dies noch möglich war. Das bedarf einer engen Kooperation zwischen Arzt und Patienten, denn der Betroffene muss sich mitteilen und Auskunft über sein Schmerzempfinden und seine Wachheit geben.

Frage: Was wäre die Alternative zu sedierenden Medikamenten? Kann man starken Schmerzen geistig beikommen, oder würde man sich zu viel zumuten?

Antwort: Die Annahme, man könne bei starken Schmerzen meditieren, ist ein Fehlschluss. Wir brauchen einen Mittel-

dieser krampfartige Oberbauchschmerz, oder ist es das leidvolle Gefühl, dass dieser körperliche Schmerz die unausweichliche Trennung ankündigt und mit der Ungewissheit einhergeht, was danach kommt? Indem ich es anschau, sehe ich die eigenen Anteile. Ich kann erkennen, in welchem Ausmaß mein körperlicher Schmerz durch seelische Faktoren wie Wehmut, Angst und Trauer verstärkt wird, ich sehe, was mein Geist aus dem Signal macht.

Ich untersuche das Gesamtpaket meines Leidens. Wenn die seelischen Anteile überwiegen, bringt es nichts, den Schmerz mit Opiaten unterdrücken zu wollen. Herrschen Angst oder Depression vor, wäre pharmakologische Hilfe möglich. Wenn man die Achtsamkeitspraxis geübt hat, ist dies nicht notwendig. Wenn Therapeut und Patient gemeinsam dieses Gefühl betrachten, wird das Leid transformiert, und der Betroffene will gar keine Spritze mehr.



*Die Frage ist,
in wieweit ich mich
als Begleiter auf den
Sterbenden einlassen
und mich empathisch
mit ihm verbinden
kann. Erst wenn
er Vertrauen hat und
sich aufgehoben fühlt,
erfährt er weniger
Angst.“*

Früher habe ich den Patienten gefragt, wo auf einer Skala von eins bis zehn er seinen Schmerz einordnet. Bei Schmerzstufe acht habe ich das Opiat entsprechend dosiert. Wenn der Patient seinen Schmerz heute als „acht“ einstuft, setze ich mich zu ihm, lasse eine Pause entstehen und rede mit ihm. Ich bitte ihn, das Leiden zu beschreiben. Empfindet er den Schmerz als „schneidend, hämmernd, pochend,“ so sind dies sensorische Beschreibungen. Schmerzen dieser Art können mit Medikamenten behandelt werden. Wenn er aber antwortet: „Der Schmerz ist entsetzlich, mörderisch, grausam,“ so sind dies affektive, wertende Beschreibungen, und ich komme mit Medikamenten nicht weiter. Ich frage ihn: „Welche Farbe hat das Gefühl, wie groß ist der Schmerz – wie ein Tennisball oder ein Fußball? Wie groß wäre er hier im Raum?“, und so erhalte ich eine plastische Darstellung seines Schmerzerlebens. Der Patient weint und ich weine, wir halten uns an der Hand. Diese Nähe ermöglicht Linderung.

Achtsamkeit – das Element einer buddhistischen Palliativmedizin

Frage: Was wäre eine buddhistische Palliativmedizin?

Antwort: In einer buddhistischen Palliativmedizin wäre die Praxis der Achtsamkeit das zentrale Element. Ich finde die sonst in der Palliativmedizin verbreiteten „Trostgespräche“ nicht hilfreich. Wie soll ich jemanden trösten, der stirbt? Es ist unauthentisch, fast wie ein Schauspiel, das Arzt und Patient sich gegenseitig bieten.

Hilfreicher ist es, wenn Arzt und Patient die Gefühle im Licht der Achtsamkeit anschauen. Die Achtsamkeitspraxis hat verschiedene Elemente: Am Anfang steht das nicht wertende Beobachten, das dazu führt, dass wir uns der Gefühle, Gedanken und körperlichen Verspannungen gewahr werden. Das bloße Wahrnehmen, ohne zu urteilen, mündet in die Disidentifikation: „Ich spüre Schmerz, aber ich bin nicht der Schmerz, ich bin nicht der

Körper. Ich spüre Angst, aber ich bin nicht dieses Gefühl.“ Ganz natürlich entsteht daraus Akzeptanz: Ich habe nicht mehr das Verlangen, die Situation zu verändern und nehme sie an, wie sie ist. Diese Schritte münden in das Loslassen. Ich lasse mein bisheriges Leben los und bereite mich auf den Übergang vor. Patient und Arzt durchlaufen diese Stufen, und auch die Angehörigen sollten diese Schritte mitgehen. Dazu muss man kein Buddhist sein.

Frage: Wir hatten über die Problematik der Sterbehilfe im Zusammenhang mit hoher Dosierung von Beruhigungsmitteln gesprochen. Was ist aktive, was passive Sterbehilfe?

Antwort: Aktive Sterbehilfe ist eine aktive Handlung durch eine andere Person, die direkt den Tod des Patienten herbeiführt. Sie ist in Deutschland verboten, was übrigens auch für den Tatbestand der Tötung auf Verlangen gilt. Bei der passiven Sterbehilfe lässt man den Tod eines Schwerkranken zu, indem man zum Beispiel lebensverlängernde Maßnahmen beendet oder gar nicht erst aufnimmt. Bei der indirekten Sterbehilfe unterlasse ich eine Therapie oder verabreiche Medikamente, welche zwar die Qualität des Lebens verbessern, aber das Risiko beinhalten, dass sie das Leben verkürzen.

Die aktive Sterbehilfe, die man aufgrund von unerträglichen Schmerzen wünscht, ist unnötig geworden, da wir

die Palliativmedizin haben. Diese ist in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren flächendeckend vorhanden und stellt sicher, dass schwerkranke Menschen keine körperlichen Schmerzen mehr erleiden müssen. Alles, was im Sterbeprozess physisch als quälend empfunden wird, kann gelindert werden.

Die passive Sterbehilfe setzt voraus, dass wir den Willen des Patienten kennen und sein Einverständnis haben, z.B. durch eine Patientenverfügung, die er selbst verfasst hat, oder durch eine Vorsorgevollmacht, aufgrund derer ein Nahestehender entscheiden kann. Es reicht nicht aus, dass die Angehörigen aus Überforderung nach Wegen suchen, endlich dem Leiden – nicht zuletzt ihrem eigenen Leiden – ein Ende zu setzen. Eine solch frustrierende Situation wäre ein Versagen der Palliativmedizin. Ein Behandlungsabbruch ist immer dann problematisch, wenn kein Patientenwille erkennbar oder bekannt ist.

Frage: Wie treffen wir die richtige Entscheidung?

Antwort: Das hängt von der Motivation ab. Mein Ziel als Arzt sollte sein, die Lebensqualität des Kranken zu verbessern, und hier kann indirekte Sterbehilfe geraten sein. Wenn ein Patient unter Atemnot leidet und Angst hat zu ersticken, können wir diese Symptome mit Medikamenten lindern. Kein Mensch muss einen Erstickungstod sterben, der als die schlimmste Art zu sterben gilt. Die Gabe von Medikamenten kann allerdings dazu führen, dass das Leben verkürzt wird.

Frage: Wie ist die Sterbehilfe aus buddhistischer Sicht zu beurteilen?

Antwort: Eine buddhistische Sterbehilfe von seiten des Arztes sollte sich an der buddhistischen Ethik ausrichten: die Bejahung des menschlichen Lebens und das Nicht-Verletzen. Eine aktive Tötung mit meinem Zutun ist damit ausgeschlossen, das gilt auch für die Beihilfe zum Selbstmord. Passive und indirekte Sterbehilfe wären möglich. Das Tolerieren eines Selbstmords müsste man differenzierter sehen. Jeder Mensch hat die Verantwortung für sein eigenes Leben. Nehmen wir als Beispiel einen Menschen mit einer fortschreitenden



und irreversiblen Schädigung der Nervenzellen. Er hat Lähmungen, und diese steigen im Laufe der Zeit den Körper hoch, bis er nicht mehr schlucken und irgendwann auch nicht mehr atmen kann.

Als Arzt darf ich ihm Schmerzmittel für einen Monat verschreiben, ich weiß natürlich nicht, ob er nicht die ganze Monatsdosis auf ein Mal nimmt, um sich zu töten. Doch das würde ich als Buddhist und Arzt in diesem Fall tolerieren. Die oberste Prämisse, an der wir uns orientieren sollten, ist der Wille des

Frage: Sie haben schon viele Menschen sterben sehen. Was hilft in diesem Prozess am meisten?

Antwort: Es ist wichtig, gerade weil z.B. bei Herzinfarkt oder Schlaganfall der Sterbeprozess ganz plötzlich einsetzen kann, sich schon im Leben mit dem Tod und Sterben auseinander zu setzen. Es hilft auch, wenn man weiß, dass man Fürsorge getroffen hat für die Menschen, die einem nahe stehen. Am meisten hilft eine spirituelle Praxis, ganz gleich in welcher Religion, an die ich mich im Leben gewöhnt habe und auf

für mich eine Weichenstellung, obwohl ich nur eine kurze Zeit mit ihm zusammen war. Ich habe ihn als Arzt ja erst in den Wochen seines Sterbens kennengelernt. Geshe-la hat in gewisser Weise vorgegeben, in welche Richtung mein Leben weitergehen soll, vor allem durch die Art, wie er mit dem Sterben umging.

Alle Menschen in dieser Situation, die ich bisher erlebt habe, waren verstrickt in den Prozess von Krankheit, Trennung und Sterben. Sie hatten keine Freiheit und pendelten zwischen Anhaftung an dieses Leben und Ablehnung, zwischen Nichtwahrhabenwollen ihrer derzeitigen Lage und Angst vor dem Ungewissen. Dieses Wechselspiel wird nirgends so deutlich wie im Sterben.

Bei Geshe-la war das nicht zu beobachten, er zeigte völligen Gleichmut, auch wenn er noch vieles ausprobierte, um sein Leben zu verlängern. Es hat mich so berührt, dass er – schon an der Grenze des Todes – sich noch um mich gekümmert hat, mehr als ich mich um ihn. Er hatte eine unglaublich starke Intuition für das, was der andere empfindet. In der Begegnung mit ihm habe ich „Liebe“ ganz neu entdeckt. Ich empfand zum ersten Mal eine Liebe frei von Anhaftung, ohne Sexualität, ohne Elternliebe. Ich habe zum ersten Mal das Ausmaß meiner Liebesfähigkeit erkannt, und diese Begegnung hat mich bis ins Mark erschüttert. Ein Moment der Liebe kann alles verwandeln.

Frage: Könnten Sie sterben wie er?

Antwort: Nein, nicht so würdevoll, bei mir hätte das Sterben sicher viele jämmerliche Facetten. Ich bereite mich eher darauf vor wie ein Sportler auf die Olympiade. ▀

Kranken. Entscheidend für mich ist dabei meine aufrichtige Motivation, dem anderen helfen zu wollen.

Frage: Würden Sie selbst in so einer Situation Ihrem Leben ein Ende bereiten?

Antwort: Nein, das würde ich nicht. Ich würde es annehmen als eine Aufgabe, die ich bewältigen muss, und mir gegenwärtigen, dass es mein Karma ist.

Frage: Gäbe es keine Situation, in der Sie sich selbst töten würden?

Antwort: Nein, das wäre gegen meine buddhistische Ethik. Außerdem habe ich einen Sohn, und das könnte ich ihm nicht antun. Im Buddhismus wird die Eigenverantwortung stark betont, und danach handle ich.

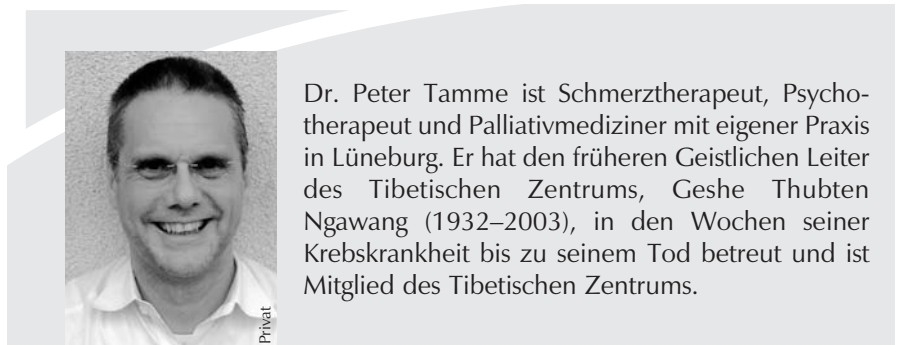
die ich dann zurückgreifen kann.

Frage: Wie haben Sie das Sterben Geshe Thubten Ngawang (1932–2003) erlebt, den Sie in seinen letzten Wochen als Arzt betreut haben?

Antwort: Die Begegnung mit ihm war



Dr. Tamme, der Geshe Thubten Ngawang (1932–2003) in den letzten sechs Wochen seines Sterbens mit betreut hat, sagt: „Geshe-la zeigte in seinem Sterben nicht die sonst übliche Verstrickung in Anhaftung und Abneigung, sondern völligen Gleichmut.“



Dr. Peter Tamme ist Schmerztherapeut, Psychotherapeut und Palliativmediziner mit eigener Praxis in Lüneburg. Er hat den früheren Geistlichen Leiter des Tibetischen Zentrums, Geshe Thubten Ngawang (1932–2003), in den Wochen seiner Krebskrankheit bis zu seinem Tod betreut und ist Mitglied des Tibetischen Zentrums.