



WISSENSRAUM NR. 20

DREI KÖRPER, FÜNF HÜLLEN

Eine Landkarte für das Unsichtbare in der Palliative Care

„Die Karte schult weniger das Deuten als das Wahrnehmen.“

AKADEMIE DER WEISHEIT — WISSENSRÄUME

♦ 1. Was sichtbar wird — und was dennoch da ist

Was an einem kranken Menschen sichtbar wird, verlangt Aufmerksamkeit. Doch es ist nicht alles, was da ist.

Palliative Care beginnt in der Regel dort, wo etwas sichtbar wird. Ein Schmerz lässt sich beschreiben und auf einer Skala verorten, Atemnot lässt sich beobachten, und Übelkeit, Schwäche, Gewichtsverlust, eine Wunde oder ein verändertes Aussehen fordern Zuwendung und verlangen nach Handlung. Das ist kein Mangel des Blicks, sondern seine Verantwortung. Wer leidet, soll zuerst Linderung erfahren, und Linderung braucht eine Genauigkeit, die sich an dem ausrichtet, was sich zeigt.

Doch ein Mensch leidet nicht nur dort, wo etwas gemessen, gelagert, behandelt oder durch Medikamente beeinflusst werden kann. Neben dem Schmerz steht manchmal eine Angst, nach der niemand gefragt hat, neben der Atemnot die Sorge zu ersticken, neben der körperlichen Schwäche die Scham über einen Leib, den man nicht mehr wiedererkennt. Hinter dem Rückzug kann die Frage nach der Schuld liegen, hinter dem Schweigen die Sehnsucht nach Versöhnung. Und mitten in einer schweren Erkrankung kann sich ein Augenblick von Ruhe einstellen, der sich medizinisch kaum erklären lässt: ein Lied, die Hand eines vertrauten Menschen, der Blick aus dem Fenster in einen Garten, ein Gebet oder eine Stille, die für einen Moment nichts verlangt.

Diese verborgenen Belastungen und Augenblicke von Frieden gehören ebenso zum Erleben dieses Menschen, sie sind nur leiser. Sie ordnen sich keinem Messverfahren zu, sie melden sich nicht von selbst, und sie gehen leicht unter in einem Alltag, der von Dienstplänen, Visiten und Dokumentation getaktet ist. Dieser Wissensraum fragt deshalb nach einer Sorgfalt des Wahrnehmens: Was übersehen wir, wenn wir einen sterbenden Menschen nur dort sehen, wo etwas sichtbar, behandelbar oder benennbar wird?

„Was sich nicht meldet, ist deshalb nicht abwesend.“

♦ 2. Eine Landkarte, die kleiner ist als das Gebiet

Wer ein Gelände erkunden will, das sich nicht überblicken lässt, braucht eine Karte — und das Wissen, dass sie nur eine Karte ist.

Die Palliative Care hat für das Vielschichtige des Leidens früh eine Sprache gefunden. Das Konzept des Total Pain beschreibt, dass Leiden körperliche, seelische, soziale und spirituelle Anteile zugleich besitzt und dass sich diese Anteile im Erleben nicht voneinander lösen lassen. Es hat die Wahrnehmung am Lebensende nachhaltig verändert, und der Wissensraum Nr. 19 —

Palliative Care – Krankheit, Leid, Tod und Spiritualität entfaltet es ausführlich. Das Modell, dem dieser Wissensraum folgt, betrachtet denselben Menschen aus einer anderen Richtung. Es ordnet die Dimensionen des Erlebens nicht nebeneinander, sondern von außen nach innen, wie die Schichten einer Zwiebel, die vom Sichtbaren über das Feinere bis zu dem führen, was sich kaum noch in Worte fassen lässt.

Es ist keine Alternative zur medizinischen oder pflegerischen Betrachtung und kein Ersatz für sie. Es ist eine zusätzliche Karte, die dort weiterhilft, wo der gewohnte Blick an seine Grenze kommt. Und wie jede Karte ist sie kleiner als das Gebiet, das sie darstellen möchte. Wer ihr zu sehr vertraut, sieht am Ende nur noch, was auf ihr verzeichnet ist, und wer sie ganz verwirft, geht ohne Orientierung durch ein Land, das er nicht kennt. Ihr Wert liegt darin, den Blick zu schärfen: Sie erinnert daran, welche Gegenden des Menschen wir noch nicht betreten haben, und sie lädt dazu ein, dort behutsam hinzuhören, statt dort etwas festzustellen.

„Eine Karte ist dazu da, den Blick zu schärfen, nicht das Gelände zu ersetzen.“

◆ 3. Eine alte Landkarte des Menschen

Die Vorstellung, dass der Mensch von Schichten umgeben ist, die nach innen immer feiner werden, ist älter als jede moderne Pflege-theorie.

Die Lehre von den fünf Hüllen stammt aus der indischen Philosophie. Sie findet sich bereits in den Upanishaden, philosophischen Texten, die mehr als zweitausend Jahre alt sind, und wurde später in der Lehre des Vedanta mit der Vorstellung von drei Körpern verbunden. Das Bild dahinter ist einfach: Der Mensch ist wie von Schichten umgeben, ähnlich einer Zwiebel oder einer Matroschka-Puppe. Außen liegt der sichtbare Körper. Nach innen werden die Schichten feiner, bis zum innersten Kern, dem Selbst. Jede Schicht beschreibt eine Erfahrungsdimension des Menschen und ist für die Begleitung bedeutsam, aber keine beschreibt den ganzen Menschen.

Das Wort „Körper“ bezeichnet dabei mehr als das Organische. Es meint eine Ebene des Menschseins. Der grobstoffliche Körper ist der sichtbare, greifbare Leib, den wir berühren, waschen, lagern und behandeln. Der feinstoffliche Körper umfasst alles Lebendige, das sich nicht anfassen lässt und das sich doch im Leib auswirkt: die Lebenskraft, die Gefühle, die Gedanken, das Unterscheidungsvermögen. Der sogenannte Ursachenkörper bezeichnet innerhalb dieser Lehre eine subtile Ursachenebene, die mit Nichtwissen, Prägungen und dem Zustand tiefen, traumlosen Schlafes in Verbindung gebracht wird. Den drei Körpern ordnet die Lehre fünf

Hüllen zu: die körperliche, die energetische, die geistige, die Hülle der Weisheit und die Hülle der Glückseligkeit.

Für die Palliative Care muss daraus kein metaphysisches Bekenntnis werden. Sein Wert beginnt mit einer sehr einfachen Frage: Was nehme ich wahr, wenn ich den Menschen nicht nur dort betrachte, wo sein Körper erkrankt ist? Die fünf Hüllen lassen sich in diesem Sinn als fünf Blickrichtungen verstehen, nicht als Rangordnung, nicht als Entwicklungsstufen und nicht als Beweis einer bestimmten Weltanschauung. Jede von ihnen fragt nach einem anderen Ausschnitt desselben Menschen.

„Jede Schicht beschreibt eine Erfahrungsdimension, und keine beschreibt den ganzen Menschen.“

◆ 4. Der Leib und der Atem

In den beiden äußeren Hüllen zeigt sich, was ein Mensch trägt, noch ehe er davon spricht: sein Körper und seine Kraft.

Die körperliche Hülle ist der Leib, der von Nahrung lebt, mit seinen Organen, seiner Haut, seinen Muskeln und Sinnen. Hier zeigen sich Schmerz, Übelkeit, Schwäche, Appetitverlust, Wunden und die Veränderungen des Aussehens, die eine schwere Erkrankung mit sich bringt. Palliative Pflege beginnt hier mit einer konsequenten Symptomkontrolle nach ärztlicher Verordnung, mit sorgfältiger Mundpflege, bequemer Lagerung, achtsamer Berührung und dem Schutz der Intimsphäre. Und doch ist Körperpflege nie nur Körperpflege. Wer einen geschwächten Menschen wäscht, berührt zugleich dessen Schamgrenzen, sein Selbstbild, seine Abhängigkeit und seine Würde. Die Frage lautet darum nicht allein, was dieser Körper braucht, sondern ebenso, wie dieser Mensch seinen Körper jetzt erlebt.

Eine Schicht weiter innen liegt die energetische Hülle, die Lebenskraft, die den Körper belebt. Spürbar wird sie im Atem, in der Vitalität und im Wechsel von Wachen und Ruhen. Atemnot, Erschöpfung, Unruhe und gestörter Schlaf sind im palliativen Alltag häufig eng miteinander verwoben. Pflege kann hier bedeuten, Belastungen über den Tag zu verteilen und Pausen einzuplanen, durch geeignete Lagerung und einen auf das Gesicht gerichteten kühlen Luftzug, etwa mit einem Handventilator, die Atemnot zu lindern und die vorhandene Kraft für das zu bewahren, was dem Menschen selbst wichtig ist. Weitere pflegerische Maßnahmen können individuell ergänzend eingesetzt werden.

Mit dieser Schicht verändert sich die Leitfrage, und mit ihr der Blick. Sie lautet nicht mehr, was jemand noch schafft, sondern wofür er seine Kraft heute einsetzen möchte. Damit verschiebt sich die Aufmerksamkeit von der Leistung zur Bedeutung.

„Wer wenig Kraft hat, soll sie für das einsetzen dürfen, was ihm wichtig ist.“

◆ 5. Wo Fühlen und Denken wohnen

In der geistigen Hülle zeigt sich am deutlichsten, wie eng die Schichten des Menschen miteinander verwoben sind.

Zur geistigen Hülle gehören Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Erinnern, das innere Erleben von Moment zu Moment. Hier wohnen die Angst, die Sorge, die Traurigkeit und die Wut, das nächtliche Grübeln und manchmal die Verwirrtheit, aber ebenso die Hoffnung, die Zärtlichkeit und der Humor, der auch am Krankenbett nicht verschwindet. Gerade diese Schicht macht sichtbar, dass die Hüllen keine getrennten Räume sind. Atemnot kann Angst auslösen, und Angst verstärkt die Atemnot. Unruhe kann den Schlaf verhindern, und Schlafmangel kann die Angst verstärken. Das Modell trennt diese Erscheinungen nicht voneinander, es macht vielmehr ihre Wechselwirkung sichtbar.

Begleitung bedeutet in dieser Schicht oft weniger, etwas zu lösen, als etwas tragen zu helfen. Sie besteht darin zuzuhören, dem Menschen zu erlauben, seine Gefühle auszusprechen, im gewünschten Maß ehrlich zu informieren und durch Anwesenheit Sicherheit zu geben. Eine Angst vor dem Ersticken wird ernster genommen, wenn sie angesprochen werden darf und wenn jemand erklärt, was im Fall von Atemnot getan wird, welche Bedarfsmedikation bereitliegt und wie der Notfallplan aussieht.

Zugleich verlangt diese Schicht fachliche Sorgfalt. Nicht jede Unruhe ist seelisch zu verstehen, und nicht jede Verwirrtheit ist Ausdruck innerer Auseinandersetzung. Sie kann Zeichen eines Delirs sein, einer Depression, einer unbehandelten Angst oder unzureichend gelinderter Beschwerden, und das gehört zuerst ärztlich und pflegerisch geklärt.

„Nicht alles, was ein Mensch trägt, lässt sich ihm abnehmen. Manches lässt sich mittragen.“

◆ 6. Wo Leben Bedeutung bekommt

In der Hülle der Weisheit stellt ein Mensch die Fragen, die kein Befund beantwortet.

Die vierte Hülle bezeichnet die innere Instanz, die unterscheidet, bewertet, glaubt, zweifelt und das eigene Leben deutet. Hier liegen Werte und Überzeugungen, Glaube und Lebensbilanz. Hier können Fragen aufbrechen, die jahrzehntelang keinen Platz brauchten: Warum ich? War mein Leben richtig? Habe ich etwas versäumt? Muss ich jemandem noch etwas sagen? Gibt es etwas, das vergeben werden müsste? Was bleibt von mir? Und was trägt mich, wenn so vieles ins Wanken gerät?

Gerade hier liegt eine besondere Verantwortung der Begleitenden. Ein Satz wie „Gott straft mich“ ist keine Einladung zur theologischen Korrektur. Er ist zunächst eine Mitteilung. Vielleicht liegt darin Angst, vielleicht Schuld, vielleicht eine religiöse Deutung oder ein Thema, das ein Mensch sein Leben lang getragen hat. Die pflegerische Aufgabe besteht darin wahrzunehmen, was der Mensch selbst sagt, und seine Worte weder vorschnell zu bestätigen noch zu widerlegen oder in eine eigene Deutung zu übersetzen. Wer die Sprache des anderen aufnimmt, statt ihm eine eigene aufzudrängen, lässt ihm den Raum, in dem er seine Frage weiterführen kann. Ein Satz wie „Das klingt, als würden Sie schon lange etwas mit sich tragen“ öffnet diesen Raum, ohne zu behaupten, was darin liegt. Und wo ein Mensch es wünscht, kann später die Seelsorge angeboten werden. Wie Menschen ihr Leiden deuten und welche Vorstellungen vom Tod sie mitbringen, entfaltet der Wissensraum Nr. 19 — Palliative Care – Krankheit, Leid, Tod und Spiritualität.

„Ein Satz über Gott ist zuerst ein Satz über den Menschen, der ihn sagt.“

◆ 7. Wenn nichts mehr getan werden muss

Die innerste Hülle lässt sich leicht missverstehen. Sie beschreibt nichts, das erreicht werden müsste.

Das Wort „Glückseligkeit“ klingt nach einem Zustand, den man anstreben oder verfehlen kann. Im palliativen Zusammenhang meint es etwas viel Schlichteres: jene Augenblicke tiefer Ruhe und Verbundenheit jenseits von Denken und Wollen, die manchmal mitten in schwerster Krankheit entstehen. Sie zeigen sich beim Hören eines vertrauten Liedes, im Gebet, im Blick in einen Garten, in der Nähe eines geliebten Menschen oder in einem Schweigen, das nichts mehr verlangt.

Begleitung bedeutet hier, solche Momente zu ermöglichen und zu schützen. Das kann heißen, das Bett ans Fenster zu stellen, Besuchszeiten dort zu öffnen, wo ein Kind singt, vertraute Musik bereitzuhalten, einen Rosenkranz in Reichweite zu lassen oder ein Gebet anzubieten, falls es gewünscht ist. Es kann ebenso heißen, Stille gemeinsam auszuhalten und den Impuls loszulassen, ständig etwas tun zu müssen. Vielleicht liegt darin eine der schwierigsten Kompetenzen palliativer Begleitung: zu erkennen, wann Handeln hilft und wann Anwesenheit genügt.

Dabei bleibt eine Zurückhaltung geboten. Diese Momente lassen sich nicht herstellen und nicht erwarten, und nicht jeder Mensch erlebt sie. Doch die Hülle erinnert daran, dass das Erleben eines schwer kranken Menschen nicht ausschließlich aus Belastung bestehen muss und auch Augenblicke von Frieden möglich sind. Wie sich Begleitung gestaltet, die solche Räume nicht mit Methode füllt, entfaltet der Wissensraum Nr. 17 — Die radikale Präsenz.

„Es gibt Augenblicke, in denen das Beste, was sich tun lässt, darin besteht, nichts zu stören.“

◆ 8. Das Selbst — eine Grenze des Modells

An der innersten Stelle der Karte endet, was sich beschreiben lässt, und beginnt, was sich nur achten lässt.

Die Überlieferung kennt jenseits der fünf Hüllen den Kern, den sie umgeben: das Selbst. Es wird dort nicht mit dem Körper, nicht mit dem Gefühl und nicht mit dem Gedanken gleichgesetzt, und nach dieser Lehre bleibt es von Krankheit unberührt. Für die palliative Übertragung kann dieser Gedanke an die unverlierbare Würde der Person erinnern, daran, dass der Mensch mehr ist als seine Erkrankung. Gerade an dieser Stelle verlangt das Modell die größte Behutsamkeit, und für die Palliative Care wird der Gedanke deshalb bewusst begrenzt.

Das Modell muss niemand glauben. Und der Begriff des Selbst muss einem sterbenden Menschen weder erklärt noch vermittelt werden. Für die Begleitenden kann er eine einfache Erinnerung markieren: Dieser Mensch ist nie nur das, was ich gerade an ihm behandle. Er ist nicht „das Ovarialkarzinom in Zimmer vier“, nicht „der unruhige Patient“, nicht „die demente Bewohnerin“ und nicht „die Sterbende“. Ein Mensch bleibt Person, auch dort, wo er sich selbst nicht mehr als solche erlebt. Seine Würde hängt weder von Klarheit und Selbstständigkeit ab noch von Leistungsfähigkeit, und sie hängt auch nicht davon ab, ob er einem bestimmten Menschenbild zustimmt.

Damit ist die Grenze zwischen der philosophischen Lehre und ihrem pflegerischen Gebrauch markiert. Die Frage, was das Selbst in einem letzten Sinn ist, gehört in ein anderes Gespräch, das der Wissensraum Nr. 12 — Die Wirklichkeit der Nondualität führt. Am Krankenbett genügt ein anderer Gedanke: dass jemand angesprochen wird, mit seinem Namen, seiner Geschichte und seinen Vorlieben, und dass bei jeder Handlung seine Würde gewahrt bleibt. Ein Satz wie „Ihr wahres Selbst bleibt doch unberührt“ gehört nicht ans Krankenbett, wenn der Mensch diese Sicht nicht selbst mitbringt. Er wäre keine Begleitung, sondern eine Erklärung, und ein Mensch, der leidet, braucht zuerst jemanden, der sein Leiden gelten lässt.

„Ein Mensch bleibt Person, auch dort, wo er sich selbst nicht mehr als solche erlebt.“

♦ 9. Frau M. — vom Nebeneinander zum Zusammenhang

Wie die Karte im Alltag wirkt, zeigt sich nicht im Modell, sondern an einem Menschen.

Stellen wir uns Frau M. vor. Sie ist 67 Jahre alt, lebt mit einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom und liegt seit drei Wochen auf der Palliativstation. Sie war Grundschullehrerin und hat viele Jahre im Kirchenchor gesungen. Ihr Mann, 72 Jahre alt, besucht sie täglich und wirkt erschöpft und unsicher, was er „richtig machen“ soll. Die Tochter lebt dreihundert Kilometer entfernt und kommt an den Wochenenden mit den Enkelkindern.

Ihr Körper ist belastet. Der Aszites nimmt zu, sie leidet unter Übelkeit und dumpfen Bauchschmerzen, sie isst kaum und verliert an Gewicht, und beim Aufstehen fehlt ihr jede Kraft. Während der Körperpflege hält sie die Decke fest über ihrem Bauch und sagt: „Ich erkenne meinen Körper nicht mehr.“ Schon beim Waschen gerät sie in Atemnot, nach wenigen Minuten Gespräch ist sie erschöpft, nachts liegt sie unruhig wach. „Ich habe für gar nichts mehr Kraft.“ Sie fürchtet das Ersticken — „Was ist, wenn ich keine Luft mehr bekomme?“ —, grübelt in der Nacht und trägt die Sorge in sich, ihrem Mann zur Last zu fallen: „Ich bin nur noch eine Last.“ Und eines Tages sagt sie, leise, während sie gewaschen wird: „Wissen Sie, Schwester, wahrscheinlich straft Gott mich jetzt. Ich habe damals etwas getan, das mir nie vergeben wurde.“

Zugleich gibt es Augenblicke, die nicht zu den Belastungen passen. Wenn die neunjährige Enkelin mit ihr singt, wird Frau M. ruhig und gelöst. Sie betet den Rosenkranz, sie schaut lange in den Garten und sagt: „In solchen Momenten ist alles gut.“ Und mitten in allem Verlust bleibt sie erkennbar sie selbst, freundlich, humorvoll, zugewandt: „Ich bin doch immer noch ich.“

Ohne Karte könnte all dies wie ein Nebeneinander wirken, wie eine Liste von Problemen und Ressourcen, die nacheinander abzuarbeiten wären. Mit der Karte wird ein Zusammenhang

sichtbar. Der Aszites gehört zur körperlichen Hülle, die Atemnot berührt die energetische, die Angst die geistige. Die Frage nach Strafe und Schuld rührt an Werte, Sinn und Lebensbilanz, und das Singen mit der Enkelin öffnet einen Raum von Ruhe und Verbundenheit. Nichts davon besteht für sich. Die Atemnot macht Angst, die Angst raubt den Schlaf, der Schlafmangel zehrt an der Kraft, das alte Schuldthema verstärkt die Belastung insgesamt, und Musik und Beziehung schenken einen Augenblick von Frieden, der den Körper nicht heilt und doch etwas an ihm verändert.

Daraus folgt eine Begleitung, die mehrere Schichten zugleich im Blick behält. Die Symptome werden nach ärztlicher Anordnung behandelt, bei zunehmendem Aszites kann eine Entlastungspunktion erwogen werden, Wunschkost wird in kleinen Portionen angeboten statt Essensdruck auszuüben, und bei der Pflege bleibt der Körper bedeckt und jeder Schritt wird vorher angekündigt. Gepflegt wird in Etappen mit Pausen, der Oberkörper liegt hoch, und ein auf das Gesicht gerichteter Luftzug, beispielsweise durch einen Handventilator, kann die Atemnot lindern. Ihre Angst vor dem Ersticken darf ausgesprochen werden, sie erfährt, was im Fall von Atemnot getan wird, und nachts ist jemand da. Auf ihren Satz über Gott wird weder mit Zustimmung noch mit Widerspruch geantwortet, sondern mit Aufmerksamkeit: „Das klingt, als würden Sie schon lange etwas mit sich tragen.“ Die Seelsorge wird angeboten, wenn sie es wünscht. Für die guten Augenblicke wird gesorgt: Das Bett steht am Fenster, der Rosenkranz bleibt in Reichweite, die Enkel dürfen kommen, und ihr Mann wird einbezogen und durch den ambulanten Hospizdienst entlastet. Vor allem aber wird sie mit ihrem Namen angesprochen, als die Lehrerin und Sängerin, die sie ist, und nicht als „das Ovarial-Ca in Zimmer vier“.

Die entscheidende Erkenntnis liegt damit weniger in der Frage, welche Hülle betroffen ist. Sie liegt in der Frage, was hier gerade aufeinander wirkt.

„Nicht: Welche Hülle ist betroffen? Sondern: Was wirkt hier gerade aufeinander?“

◆ 10. Das feine Hinhören

Die fünf Hüllen sind keine fünf Schubladen. Sie können zu fünf Arten des Hinhörens werden.

Man kann auf den Leib hören: auf Haltung, Gesichtsausdruck, die festgehaltene Decke. Man kann auf Atem und Kraft hören, auf das Tempo eines Satzes und die Pause danach. Man kann auf Gefühle und Gedanken hören, auf das, was zwischen den Worten liegt. Man kann auf Bedeutung und Lebensgeschichte hören, auf die Fragen, die nur in Nebensätzen auftauchen. Und man kann auf jene Augenblicke hören, in denen ein Mensch Ruhe findet, und diese Ruhe

ebenso ernst nehmen wie jedes Symptom. Das Modell schult damit weniger das Deuten als das Wahrnehmen.

In der Praxis erfordert das eine Haltung, die sich von der gewohnten Logik der Befundaufnahme unterscheidet. Sie schafft Raum, statt zu belehren, und fragt, statt vorauszusetzen. Sie geht langsam vor, lässt Pausen zu und nimmt die eigene Reaktion wahr, die Regung, die ein Satz im Zuhörenden auslöst und die, ungeprüft, zur Deutung werden könnte. Eine spirituelle Frage muss dabei nicht beantwortet werden, eine Schuldgeschichte nicht sofort gelöst und ein Schweigen nicht gefüllt. Ein Mensch, der nichts mehr sagen möchte, muss nicht zum Gespräch geführt werden.

Wer das üben möchte, kann sich einen Menschen, den er begleitet, anonymisiert in die Schichten eintragen: mit dem, was er sieht, mit den wörtlichen Aussagen, den Belastungen und, in einer zweiten Farbe, den Ressourcen. Dann lässt sich suchen, was sich gegenseitig verstärkt, und festhalten, was helfen kann und wer im Team dafür am besten geeignet ist, denn nicht jede und jeder hört jede Schicht gleich gut. Die Karte ersetzt dabei weder Anamnese noch Assessment. Sie ergänzt sie um eine Aufmerksamkeit, die sich nicht in Skalen übersetzen lässt. Eine verwandte Haltung des Hörens beschreibt der Wissensraum Nr. 7 — Jenseits des Zuhörens.

„Nicht jede Frage, die gehört wird, will beantwortet werden.“

◆ 11. Wenn Angehörige die Karte brauchen

Sterben geschieht selten allein. Wer danebensteht, erlebt es mit.

Angehörige beobachten Veränderungen, die sie oft erschrecken. Der Mensch isst kaum noch, er schläft mehr, er spricht weniger, die Kraft lässt nach, und der Atem verändert sich. Besonders das Nachlassen von Essen und Trinken kann große Angst auslösen, weil es sich anfühlt, als lasse man jemanden verhungern oder verdursten. Das Modell beschreibt dazu einen möglichen Rückzug von außen nach innen: Hunger und Durst nehmen ab, die Kraft schwindet, der Atem ändert seinen Rhythmus, das Interesse an der Außenwelt und an Gesprächen geht zurück, Sterbende schlafen viel oder wirken nach innen gewandt. Oft folgen Klärung, Abschied und letzte Wünsche, und bei manchen Menschen zeigt sich eine spürbare Ruhe.

Dieses Bild kann Angehörigen helfen, Veränderungen einzuordnen und zum Beispiel zu verstehen, dass nachlassendes Essen und Trinken zum Sterbeprozess gehören kann. Wo Mundtrockenheit belastet, kann sorgfältige Mund- und Lippenpflege Linderung ermöglichen, und gerade das dürfen Angehörige auch selbst tun: die Lippen befeuchten, eine Hand halten,

vertraute Musik auflegen, einfach da sein. Auch die Zugehörigen haben ihre eigenen Hüllen, mit eigener Erschöpfung, Sorge und Schuld.

Zugleich gilt, was für jede Karte gilt: Es ist eine Deutung, keine Regel. Sterbeverläufe sind verschieden, nicht jedes Sterben verläuft so, und nicht jedes Sterben wird friedlich erlebt. Diese Einschränkung gehört wesentlich zum Bild, denn eine Landkarte darf niemals zum vorgeschriebenen Weg werden.

„Eine Deutung kann Angehörige entlasten, solange sie nicht zur Erwartung wird.“

◆ 12. Was dieses Modell nicht ist

Eine Karte gewinnt an Wert durch die Klarheit, mit der sie ihre Grenzen nennt.

Das Modell ist keine Diagnose. Es ersetzt weder die Anamnese noch das Assessment. Es ist auch kein Glaubensbekenntnis: Es stammt aus einer bestimmten Überlieferung, und Betroffene müssen es weder kennen noch teilen. Für die Begleitenden ist es ein Werkzeug der Wahrnehmung und nicht der Weltanschauung.

Es ist keine Rangordnung. Die inneren Hüllen sind nicht „wichtiger“ als die äußeren, und wer Schmerzen hat, braucht zuerst Linderung. Ein Mensch, der keine Luft bekommt, kann nicht nach dem Sinn seines Lebens gefragt werden, und es wäre keine Zuwendung, ihn dazu einzuladen. Das Modell erklärt kein Leid und rechtfertigt keines, es verspricht kein friedliches Sterben und fordert niemanden auf, einen sterbenden Menschen philosophisch zu deuten. Und es entbindet nicht von der Frage, ob hinter dem, was als innere Not erscheint, eine Ursache liegt, die sich behandeln lässt.

Schließlich liegt die Entscheidung, worüber gesprochen wird, immer beim Menschen selbst. Er bestimmt, welche Schicht er zeigen möchte, und das ist zu achten. Gerade diese Begrenzung macht das Modell tragfähig. Es geht nicht darum, einem Menschen eine Wirklichkeit zu erklären. Es geht darum, genauer wahrzunehmen, welche Wirklichkeit er selbst gerade erlebt.

„Eine Karte, die ihre Grenzen kennt, verführt nicht zum Besserwissen.“

◆ 13. Auch die Begleitenden haben Hüllen

Wer begleitet, bringt sich mit: mit Körper, Atem, Gefühlen und Überzeugungen.

Nicht nur der sterbende Mensch erlebt körperliche, emotionale, gedankliche und existenzielle Bewegungen. Auch wer begleitet, bringt einen Körper mit, mit seiner Müdigkeit, seiner

Anspannung und dem Zeitdruck eines Dienstes, der selten Ruhe lässt. Er bringt Gefühle mit, Mitgefühl, Angst, Hilflosigkeit und manchmal Ärger. Und er bringt Deutungen mit, die eigene Vorstellung von einem guten Sterben, davon, was Angehörige tun sollten, was „Loslassen“ bedeutet und was er selbst an der Stelle dieses Menschen wollen würde.

Deshalb ist die Karte zugleich eine Einladung zur Selbstwahrnehmung. Auf welcher Ebene antworte ich gerade, auf den Menschen vor mir oder auf meine eigene Angst? Wann möchte ich beruhigen, weil ich selbst die Unsicherheit kaum aushalte? Zwei Gefahren sind dabei besonders nah: die eigenen Ängste auf den anderen zu übertragen, und die eigene Weltanschauung als allgemeingültig auszugeben. Beide sind selten böse gemeint, und beide verlassen den Menschen in dem Augenblick, in dem sie ihm nahekommen wollen. Der Wissensraum Nr. 19 — Palliative Care – Krankheit, Leid, Tod und Spiritualität beschreibt sie ausführlicher.

Dagegen steht eine Haltung, die Nähe und Grenze zugleich hält: dienende Begleitung ohne Anspruch, die den anderen nicht braucht, um sich selbst zu bestätigen. Dazu gehören Selbstfürsorge und ein Team, in dem nicht jeder alles können muss, weil einer die Atemnot besonders gut begleitet, eine andere das Zuhören bei Schuldfragen und ein dritter die Stille.

„Wer hören will, was ein anderer sagt, muss zuvor bemerken, was in ihm selbst laut ist.“

◆ 14. Schluss — Eine Landkarte darf verschwinden

Am Ende sollte die Karte wieder aus der Hand gelegt werden.

Denn niemand stirbt in fünf Hüllen. Niemand leidet in Tabellen, und niemand liebt in Kategorien. Modelle helfen beim Lernen, beim Wahrnehmen und manchmal beim Ordnen, doch im Augenblick wirklicher Begegnung steht kein Modell zwischen zwei Menschen. Da sitzt jemand am Bett. Da ist ein Atem, eine Hand, eine Frage. Vielleicht ein Satz über Gott, vielleicht Schweigen, vielleicht ein Lied mit einer Enkelin.

Palliative Care braucht Wissen. Sie braucht jedoch ebenso die Fähigkeit, einen Menschen nicht vorschnell zu Ende zu erklären. Die drei Körper und fünf Hüllen können dafür eine Landkarte sein, nicht weil sie sagen, was der Mensch ist, sondern weil sie daran erinnern, wie viel von ihm übersehen werden kann.

Und es bleibt, was keine Karte beantwortet: warum dieses Leiden, warum dieser Mensch, und was geschieht, wo nichts mehr zu tun ist. Der Wissensraum Nr. 21 — Das Recht zu leiden widmet sich dem, was ungelöst bleiben darf. Vielleicht beginnt Begleitung genau dort, wo wir aufmerksam genug werden, auch das wahrzunehmen, was sich unserem ersten Blick entzieht.

„Vielleicht beginnt Begleitung dort, wo der erste Blick endet.“

∞ Vertiefung & Weiterführung

Wer sich mit den hier berührten Fragen weiter beschäftigen möchte, findet in der Reihe WISSENSRÄUME angrenzende Vertiefungen:

- Wissensraum Nr. 2 — Der ethische Kompass in der Palliative Care
- Wissensraum Nr. 7 — Jenseits des Zuhörens
- Wissensraum Nr. 12 — Die Wirklichkeit der Nondualität
- Wissensraum Nr. 17 — Die radikale Präsenz
- Wissensraum Nr. 19 — Palliative Care – Krankheit, Leid, Tod und Spiritualität
- Wissensraum Nr. 21 — Das Recht zu leiden

◇ Quellen & Denks Spuren

Dieser Wissensraum versteht sich nicht als wissenschaftliche Abhandlung. Die folgenden Quellen markieren die fachlichen und wissenschaftlichen Denks Spuren, an die seine zentralen Aussagen anschließen — vor allem die der Kapitel 2, 3, 4, 5 und 8.

- Taittirīya-Upaniṣad, Brahmanandavallī (zweiter Abschnitt). Eine der frühen, klassischen Darstellungen der Lehre von den fünf Hüllen.
- Tattvabodha (Śāṅkara zugeschrieben). Einführungstext des Vedānta, der die drei Körper und die fünf Hüllen zusammenführt.
- Cicely Saunders: The Management of Terminal Illness. London 1967. Frühe zentrale Darstellung des multidimensionalen Leidensverständnisses, aus dem das Konzept des Total Pain hervorging.
- D. Clark: ‚Total pain‘, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine* 49 (1999), 727–736. Zur Entwicklung des Konzepts.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Palliative care. Fact sheet. Definition von Palliative Care unter Einschluss körperlicher, psychosozialer und spiritueller Probleme.
- C. M. Puchalski et al.: Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009), 885–904. Konsensbasierte Beschreibung von Spiritualität und Spiritual Care.
- H. M. Chochinov et al.: Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology* 23 (2005), 5520–5525. Zur Würde der Person am Lebensende.
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Version 3.0, Juli 2026, AWMF-Register-Nr. 128-001OL. Zu Atemnot, Angst und Delir, Mundtrockenheit und Begleitung in der Sterbephase.

○ WISSENSRÄUME — Wertschätzung

Die Reihe WISSENSRÄUME ist ein Herzensprojekt — kostenfrei, aber nicht selbstverständlich. Wenn dir die Impulse gefallen haben und du etwas zurückgeben möchtest, freue ich mich über eine freiwillige Spende: [PayPal.me/VossKati](https://paypal.me/VossKati)

Danke für deine Wertschätzung. Sie hilft, dass solche Inhalte weiter entstehen dürfen — still, liebevoll und im Dienst der Ganzheit.

△ WISSENSRÄUME — Hinweise

Die WISSENSRÄUME dienen der fachlichen Orientierung, Vertiefung und persönlichen Auseinandersetzung mit Themen aus Gesundheit, Pflege, Palliative Care, Spiritual Care, Psychologie und Philosophie. Sie ersetzen keine individuelle ärztliche, therapeutische, pflegerische oder rechtliche Beratung — bei akuten oder schwerwiegenden Fragestellungen bitte an entsprechend qualifizierte Fachpersonen wenden.