

republik Deutschland; 3. Frankreich. – Zum Thema Gewalt in der modernen Welt vgl.: Fr.Hacker, Aggression. Die Brutalisierung der modernen Welt (Wien-München-Zürich 1971) sowie R.D.Laing und D.G.Cooper, Reason and Violence (London 1964).

<sup>2</sup> Vgl. H.Lepargneur, Responsabilidade coletiva e pecado: Revista Eclesiástica Brasileira 30 (1970) 538–567.

<sup>3</sup> Vgl. H.Lepargneur, Introdução a uma teologia da não-violência evangélica: Revista Eclesiástica Brasileira 25 (1965) 220–256; außerdem: ds., La haine est un amour déçu: Revue de l'Université d'Ottawa 32 (1962) 45–60.

<sup>4</sup> Jacques Ellul, Contre les violents (Paris 1972) 191.

<sup>5</sup> Arnold Toynbee, Surviving the Future (Oxford 1971).

Übersetzt von Dr. Ansgar Ahlbrecht

## Josef Mayer-Scheu

# Der mitmenschliche Auftrag am Sterbenden

### 1. Die Besonderheiten des Sterbebestandes im Krankenhaus

In den meisten westeuropäischen Ländern verbringen weit über die Hälfte aller Sterbenden ihre letzte Lebensphase im Krankenhaus. Der hohe Anteil Sterbender im Krankenhaus wird weiter wachsen. Ist diese Phase ihres Lebens – vor ihrem Tod – der Mühe wert, gelebt zu werden?

Die Antwort auf diese Frage hängt in den meisten Fällen davon ab, *ob* und *wie* in unseren Krankenhäusern eine den medizinischen Möglichkeiten äquivalente Sterbehilfe möglich ist. Eine humane Sterbehilfe aber muß sich zunächst dem Problem der Wahrheit am Krankenbett<sup>1</sup> stellen. Dieses Problem betrifft nicht nur Ärzte, Schwestern, Pfleger und die übrigen Mitglieder des therapeutischen Teams, die mit dem Patienten unmittelbaren Kontakt haben, sondern auch die Angehörigen eines Sterbenden, seine Verwandten und Freunde.

Die Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod eines Menschen hat gerade im Krankenhaus ihre Besonderheiten. Da ja der Tod als Anstaltsfeind Nr. 1 zu bekämpfen ist, andererseits die große Zahl sterbender Patienten unübersehbar ist, hat sich im Ärzte- und Pflegepersonal eine besonders hohe Abwehrschranke gegenüber dem Pro-

blem der Wahrheit des Sterbens als vermeintlicher Selbstschutz herausgebildet.<sup>2</sup> Die Spezialisierung und Atomisierung der vielfältigen Dienste am Krankenbett hat zur Folge, daß sich häufig niemand vom Ärzte- und Pflegepersonal für die quälenden persönlichen Fragen eines Sterbenden zuständig fühlt, weil jeder sich mit dem nur kleinen Ausschnitt von notwendigen Diensten am Patienten entschuldigen kann, durch den er viel zu wenig Zeit und Gelegenheit habe, sich einem Patienten so intensiv zuzuwenden. Diese Situation führt durchweg dazu, daß die Gespräche zwischen Mitgliedern des Ärzte- und Pflegepersonals abgesichert sind durch die technischen Details der vorzunehmenden Maßnahmen. Sie erlauben es, sich ohne große Mühe von der persönlichen Auseinandersetzung mit den Fragen eines Sterbenden zu dispensieren. Diese Einstellung wirkt sich auch auf das Verhältnis zu den Angehörigen des Sterbenden aus, die durchweg mit ihren Ängsten allein gelassen sind und deren eigentliche Fragen direkt oder indirekt unterdrückt werden. Dieses Problem wird noch verschärft durch die Einrichtung der gegenüber dem Krankenhauspersonal notwendigen Maßnahme des sogenannten Schichtdienstes, die z. B. dazu führen kann, daß auf einer großen Intensivstation eines Krankenhauses binnen 24 Stunden über 20 verschiedene Personen am Körper eines kranken Menschen arbeiten, von denen sich häufig niemand als für dessen persönliche Fragen zuständig fühlt. Nicht selten kennen Patienten in den ersten Tagen ihres Stationsaufenthaltes nicht einen Namen der sie behandelnden Personen. Es läßt sich durchaus das Gesetz aufstellen, daß, je größer die Krankenstation, um so geringer die Chance einer persönlichen Begleitung



eines Sterbenden ist. Dieses Gesetz wird nur ganz selten dort durchbrochen, wo zugunsten einer ganzheitlichen, also auch mitmenschlichen Versorgung der Patienten bestimmte Organisationsformen der Station gewählt werden (z. B. mit der Zuständigkeit bestimmter Ärzte, Pfleger und Schwestern für bestimmte Zimmer bzw. Patienten, was sicherlich auch seine Probleme aufwirft).

Auf jeden Fall leistet die gegenwärtige Struktur unseres Krankenhausbetriebs in starkem Maße einer Verweigerung der ganz persönlichen Sterbegleitung, also des sogenannten Sterbebeistandes, Vorschub. Auf diesem Hintergrund wird verständlich, wie schwer es ist, im Krankenhaus als Arzt, als Schwester, Pfleger oder Pfarrer und auch als Angehöriger eines Sterbenden mit diesem die Wahrheit des Sterbens zu teilen. Dies ist aber der entscheidende Punkt einer humanen Sterbehilfe.

## 2. Die Wahrheit des Sterbens

Konkret ausgedrückt lautet die entscheidende Frage: Sind SIE bereit, mit einem Sterbenden die Wahrheit des Sterbens zu teilen?

*Dagegen gibt es schließlich viele Einwände:*

2.1. Von seiten der *Angehörigen*: Der Patient würde die Wahrheit nicht verkraften!

2.2. *Von seiten des Arztes*: Man darf ihm nie die Hoffnung nehmen, denn den Tod ankündigen, heißt: ihn geben!

2.3. Oder: Mit diesem Problem muß jeder letztlich allein fertig werden!

2.4. Von seiten der *Krankenschwester* bzw. des Krankenpflegers: Dafür ist der Arzt zuständig, denn er ist verantwortlich für die Therapie. Eine offene Mitteilung würde die Therapie unweigerlich negativ beeinflussen.

2.5. Der Arzt zum *Pfarrer*: Das ist ein Fall für Sie! Der Patient weiß natürlich nicht, wie es um ihn steht. Aber der arme Kerl braucht Ihren Trost!

2.6. Aber auch der Pfarrer weicht aus, fühlt sich unzuständig und unsicher. Auch ihm fällt die Kommunikation leichter mit Hilfe der Bibel oder des Gebetbuches als in der Ohnmacht vor den möglichen Fragen und dem Schweigen des Patienten.

2.7. Schließlich weichen viele diesen Problemen mit folgender Begründung aus: Ich weiß einem Sterbenden nichts zu sagen, ich habe keine Erfahrung, um ihm antworten und raten zu können.

## 3. Diese Einwände bedürfen einer genaueren Prüfung!

3.1. Es ist zutreffend, daß viele Patienten die Mitteilung ihrer aussichtslosen Lage nicht verkraften, wenn sie mit einem solchen Satz allein gelassen werden, auch wenn der Mitteilende seine Rede mit «leider» einleitet und sein ausdrückliches Bedauern äußert. Denn das Problem der Wahrheit am Krankenbett ist kein Problem eines diagnostisch und prognostisch richtigen Satzes!

*Die «Wahrheit am Krankenbett» entscheidet sich vielmehr an unserer Fähigkeit, mit dem Patienten so in Kommunikation zu treten, daß er in der Lage ist, Informationen über seinen Zustand und seine Therapie selbst zu erbitten, anzuhören und zu verarbeiten.* Zu Recht scheuen wir uns davor, eine Todesankündigung auszusprechen. Ohne Kommunikation und Solidarität zwischen dem Sterbenden und seinem Begleiter wird eine geäußerte Diagnose bzw. Prognose über den bevorstehenden Tod meistens als Wahrheit überhaupt nicht begriffen. Von dem Begleiter eines Sterbenden wird nichts Geringeres erwartet als die Fähigkeit, mit den eigenen Ängsten umgehen zu lernen, um das wahrzunehmen und auszuhalten, *was den Patienten zutiefst bewegt*:<sup>3</sup> die Verleugnung der Wirklichkeit, die Wut über die eigene Ohnmacht, der Neid gegenüber den Lebensmöglichkeiten der anderen, seine Resignation einerseits, seine Hoffnung andererseits (auf Überleben), die Sorgen wegen der nicht bewältigten Lebensaufgaben (Kinder, Ehepartner u.a.), die Fragen nach dem Sinn der Vergangenheit und der Zukunft!

Solche Konfrontationen nötigen uns zunächst das Eingeständnis der eigenen Ohnmacht ab. Aber gerade dadurch wird der Begleiter des Sterbenden zu einem Gegenüber, der wirklich versteht und mitgeht. Denn die Wahrheit des Sterbens besteht ja, wie gesagt, nicht in der Richtigkeit der Prognose über den Zeitpunkt des Todes. Vielmehr liegt sie im gemeinsamen Aushalten jener beschriebenen Zustände des Sterbens, sofern sie in Offenheit und Solidarität geteilt werden. Das Problem der Wahrheit gegenüber Sterbenden ist also genauso ein Problem der Wahrheit für den Sterbegleiter selbst (im Umgang mit seiner eigenen Todesangst und seiner Unfähigkeit zu sterben) wie für den Todkranken.

3.2. Es stimmt auch, daß man niemandem die Hoffnung nehmen darf. Aber eine beachtliche Zahl fundierter Untersuchungen hat gezeigt, daß Sterbende nie ohne Hoffnung sind! Vielmehr zeigen



gerade sie eine Hoffnung wider alle Hoffnung, wenn alle Hoffnungen des Alltags zuschanden werden.<sup>4</sup> Das Wort vom «hoffnungslosen Fall» spiegelt weit mehr die Lage des behandelnden Arztes als die des Patienten wider. Die bloße Information über den Zustand und die Prognose der Aussichtslosigkeit können in der Tat gleichbedeutend sein mit einer Todesankündigung, die den Tod gibt. Aber als Alternative dazu bleibt ja nicht nur die unverblümete Täuschung des Patienten oder jene verschwiegene Verlogenheit, die dem Patienten verbietet, seine Gefühle auszuleben und seine Fragen zu äußern. Denn damit wird er alleine gelassen in dem erdrückenden Widerspruch zwischen der geheuchelten Hoffnung des Therapeuten und seiner wachsenden Angst angesichts des ausbleibenden Erfolges. Das grundsätzliche und gezielte Verschweigen und Umgehen der Wahrheit ist niemals eine Hilfe für die Hoffnung des Patienten.

Wie befreiend sich die «mit-geteilte» Wahrheit am Krankenbett auswirkt, zeigen Darstellungen dieses Vorgangs. Bezeichnend ist der Bericht von H.C. Piper<sup>5</sup> über jene krebskranke Frau, die über ihren Zustand nicht im unklaren gelassen wurde: «Ich brauche mir nicht auf mein stummes Fragen hin die gewiß gutgemeinten, aber heuchelnden Tröstungen der Schwester anzuhören ... Es blieb mir erspart, daß man zu mir im Zimmer anders sprach als draußen vor der Tür ... Das Wort «Krebs» wurde ausgesprochen, auch von mir. So wurde mir die Erniedrigung erspart, von taktlosen Tröstern aufgemuntert zu werden ... So blieb mir die Menschenwürde, die unlöslich zum Menschen gehört, erhalten. Ich konnte als Mensch weiterleben. Das wichtigste dabei war wohl, daß mir und meinen Angehörigen das traurige Versteckspiel erspart blieb ... So ist keine Schranke zwischen uns entstanden. Wir sind zusammengeblieben, was gerade jetzt so nötig war, und sind uns nähergekommen.»

Diese Erfahrung ist nur deshalb so selten anzutreffen, weil dieser Vorgang von uns allen – von Ärzten, Schwestern, Pflägern, Pfarrern und Angehörigen – so selten in der Begleitung eines Sterbenden gewagt wird, aber nicht, weil die Wahrheit am Krankenbett dem Sterbenden die Hoffnung nähme.

Simone de Beauvoir hat eindrucksvoll bezeugt, wie belastend sich der Druck des allgemeinen Schweigegebotes auf die Möglichkeiten einer Verarbeitung der Ohnmacht des Patienten auswirkt: «Wenn die Gewißheit die Mutter erdrückte und

es ihr gutgetan hätte, sich durch Worte Luft zu machen, verurteilten wir sie zum Schweigen, zwangen sie, ihre Ängste zu unterdrücken und ihre Zweifel zu verdrängen: wie so oft in ihrem Leben fühlte sie sich zugleich schuldig und unverstanden.»<sup>6</sup>

H.C. Piper<sup>7</sup> weist in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, daß Leo N. Tolstois Erzählung «Der Tod des Iwan Iljitsch» eine unüberhörbare Mahnung an alle darstellt, in deren Nähe ein Mensch mit seinem Sterben beschäftigt ist: «Das, was Iwan Iljitsch am meisten quälte, war die Lüge – jene aus irgendeinem Grunde von allen verbreitete Lüge, daß er nur krank sei und keineswegs auf den Tod darniederliege und daß er sich nur ruhig verhalten und sich kurieren lassen müsse, damit etwas Schönes dabei herauskomme ... Und ihn quälte diese Lüge, es quälte ihn, daß jene nicht eingestehen wollten, was alle wußten und was auch er selber wußte, sondern daß es ihr Wille war, ihn angesichts seiner entsetzlichen Lage zu belügen, und daß sie nicht nur wünschten, er solle selber an dieser Lüge teilnehmen, sondern daß sie ihn sogar dazu zwangen.»<sup>8</sup>

Sporken hat die Wahrheitsmitteilung an den Sterbenden in einem für sich sprechenden Bild dargestellt: Die Wahrheit am Krankenbett gleicht einem Block, den ich dem Sterbenden so in den Weg stelle, daß er ihn klar wahrnehmen kann, aber nicht wahrnehmen muß.<sup>9</sup> Es wird meist auf seine Begleitung ankommen, ob er sich dieser harten Realität seines Lebens stellen lernt oder ob er meint, mit geschlossenen Augen daran vorbeizukommen.

3.3. Es ist unbestreitbar, daß jeder letztlich allein mit diesem Problem fertig werden muß. Aber um dahin zu gelangen, bedarf jeder Mensch – zumindest in bestimmten Phasen – anderer Menschen, die ihn begleiten und aushalten, wenn er sich und seine Gefühle so weit wie möglich ausleben möchte, um zu jener Reife zu kommen. Denn *menschlich* sterben heißt: in der letzten Phase des Lebens die Möglichkeiten der je eigenen Lebensentfaltung voll ausschöpfen.<sup>10</sup> Gerade in einer Gesellschaft, in der der Tod und die Vorbereitung darauf in einem so verstandenen Sterben zu einem Tabu geworden ist, stehen die meisten Menschen hilflos in dieser letzten, großen Auseinandersetzung ihres Lebens, die sie um so verzweifelter, der Wirklichkeit entfremdeter antrifft, je weniger das Sterben in allen seinen Formen (Abschied nehmen, Trennung, Verlustangst, Schmerz) ihrem bisherigen Leben vertraut war. Die immer



anonymer werdende, technisierte Welt unserer Krankenhäuser trägt noch ein gerütteltes Maß dazu bei, daß das Sterben von vielen als völlig unbegreifliches, böses Schicksal erlebt wird, das gerade ihnen aufoktroiyert ist. Um so mehr braucht heute der Mensch den Mitmenschen, damit die intensiven Erlebnisse und Auseinandersetzungen in dieser Lebensphase einen Adressaten haben und nicht in den Wahn abgleiten, vielleicht sei alles nur Einbildung und Täuschung, was ihn bedrückt und bedrängt. Im Angehörtwerden, in der Erfahrung des Mitgefühls, der Zustimmung, aber auch des Widerstandes, der Auseinandersetzung und – nicht zu früh und vorschnell – der Deutung, reifen viele Sterbende erst zu der Fähigkeit, letztlich ihr Sterben allein zu akzeptieren.

*Dem Recht auf Leben müßte so gesehen das Recht zu sterben entsprechen, dem Recht auf Lebenshilfe ein Recht auf Sterbehilfe, bis hin zu seiner intensivsten Form: dem Sterbebeistand, d.h. der ganz persönlichen Begleitung eines Sterbenden in all seinen Nöten.* Ziel einer solchen Sterbehilfe müßte es sein, einem Sterbenden zu helfen, daß er auch die letzte Phase seines Lebens – soweit das seinen Lebensumständen entspricht – möglichst sinnvoll akzeptieren und gestalten kann.

### 3.4. Wer ist für die Sterbehilfe zuständig?

Dieses Problem stellt sich insbesondere im Krankenhaus. In den meisten Fällen wird diese Aufgabe zwischen den Beteiligten ohne Auseinandersetzung schweigend aufeinander abgeschoben: zwischen Angehörigen, Ärzten, Schwestern, Pflegern und Pfarrern. Jeder hat vor allem gute Gründe, warum gerade er nicht in Frage kommt. *In Wahrheit hat jede dieser Gruppen ihre Vorzüge und ihre Nachteile für diese Aufgabe.*<sup>11</sup>

3.4.1. Die *Angehörigen* haben meistens die größte innere Nähe zum Patienten und häufig sein stärkstes Vertrauen. Nur selten bringen sie aber den Überblick und das Verständnis für den Verlauf der Krankheit auf. Fast immer fehlt ihnen die innere Distanz von dem eigenen Erleben des Geschehens, so daß sie fürchten, von der eigenen Angst (insbesondere des Verlustes) fortgerissen zu werden. Nur selten kann ein Sterbender seine Nöte mit ihnen teilen, weil er sich fürchtet, sie auch noch mit seinen Gefühlen zu belasten und sie womöglich dadurch zu verlieren. Viele Sterbende haben außerdem gerade gegenüber ihren Angehörigen starke Schuldgefühle, weil sie nicht für sie sorgen können und ganz auf sie angewiesen sind.

Auf jeden Fall müssen die Angehörigen in die Sterbehilfe und den Sterbebeistand integriert werden, weil sie sonst die oft mühsam aufgebaute Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Vertrauenspersonen in der Sterbehilfe stören.

3.4.2. Der *Arzt* hat einerseits den Vorteil der medizinischen Information über den Zustand des Patienten. Auch ist er der Hauptverantwortliche für alle Maßnahmen der Therapie, die den Sterbeprozess entscheidend beeinflussen können. Andererseits fühlt er sich häufig für diese persönliche Form der Sterbebegleitung wenig kompetent und ausgebildet. Er hat selten genügend Zeit, sich einem Patienten so intensiv zu widmen, und muß zwischen den besonderen Bedürfnissen einzelner Patienten und denen der ganzen Station abwägen. Vor allem konfrontiert ihn das Sterben des Patienten mit der Grenze seiner Kunst und mit seinem eigenen Sterben.

3.4.3. *Schwester und Pfleger* haben meist den Vorteil der größeren Nähe zum Patienten in seiner Krankheit. Sie sind sozusagen dauernd für ihn zuständig in seinen großen wie in seinen kleinen Sorgen. Die unmittelbare Körperpflege, die Abhilfe gegen Schmerzen, die Möglichkeiten der Erfüllung vieler kleiner Wünsche eröffnen ihnen häufig leichter das Vertrauen als dem Pfarrer und dem Arzt. Aber sie empfinden mitunter die Verantwortung des Arztes als Hemmschuh der eigenen Initiative für den Sterbebeistand. Sie fühlen sich nicht genügend dafür ausgebildet und sind vor allem zeitlich von ihren vielfältigen Aufgaben so in Anspruch genommen, daß vielen eine Entscheidung für einen ausgesprochenen Sterbebeistand schwerfällt. Auch bei ihnen fällt die nicht bewältigte Angst vor dem Tod entscheidend ins Gewicht. Das Sterben des Patienten konfrontiert auch sie häufig mit der Vergeblichkeit ihrer Pflege.

3.4.4. Der *Pfarrer* ist von Berufs wegen am stärksten auf das Gespräch mit dem Kranken angelegt. Auch gehört es zu seinen vorrangigen Aufgaben, sich der Auseinandersetzung mit den Lebenskrisen und ihrer Deutung zu stellen. Aber diese Vorteile werden häufig durch seine Ahnungslosigkeit von den medizinischen Vorgängen und der Welt des Krankenhauses wettgemacht. Schließlich ist nicht zu übersehen, daß er keineswegs kraft Amtes schon Vertrauensperson des Patienten ist. Im Gegenteil: Mitunter muß er erst Vorurteile gegenüber der Kirche und seinem Amt abbauen, ehe er als vertrauter Gesprächspartner in Frage kommt.



Wenn seine Gespräche nicht oberflächlich oder rituell abgesichert bleiben, wird auch er durch das Sterben des Patienten mit seiner eigenen Todesangst konfrontiert, die Zweifel am eigenen Glauben auslösen kann.

#### 4. Wer ist der ideale Sterbebeistand?

Die Schwestern, die Pfleger, die Ärzte, die Pfarrer, die Angehörigen? Alle diese Gruppen haben – wie wir sahen – Vor- und Nachteile für diese Aufgabe. Keine kann sich davon grundsätzlich dispensieren. Jede ist auf die Kooperation mit den anderen angewiesen: auf die Informationen des Arztes, auf die Beobachtungen der Schwestern und Pfleger, auf die Hinweise der Angehörigen und die Erfahrungen des Pfarrers.

Nach welchen Kriterien sollte also entschieden werden, wem diese so wichtige Aufgabe mit dem Sterbenden zufällt? Das zu entscheiden sollte *primär Sache des Patienten sein, soweit er sich direkt oder indirekt äußern kann*. Er spürt am besten, wer von den Beteiligten wirklich eine korrespondierende Einstellung zu ihm gefunden hat, wer seine Gefühle, seine Ängste und Hoffnungen am besten zu teilen in der Lage ist, wem er sich mitteilen und wichtige Fragen stellen wird. Diese Entscheidung sollte in der Regel von den übrigen Beteiligten respektiert und der Betreffende kooperativ unterstützt werden, ob es nun eine Schwester, ein Pfarrer, ein Arzt, ein Pfleger oder ein Angehöriger ist, der damit im weiteren Sinn zum Team der Station gehören sollte. Es ist zu wünschen, daß die Verantwortlichen im Ärzte- und Pflegeteam die Sorge haben, daß sich wenigstens eine in Frage kommende Person um einen Sterbenden als Sterbebeistand bemüht.

Da uns also allen diese Aufgabe durch den direkt oder indirekt geäußerten Wunsch eines Patienten zufallen kann, stehen wir alle vor dem Problem, ob wir bereit sind, uns der eigenen Todesproblematik zu stellen, um mit einem Sterbenden überhaupt in jene tiefere Kommunikation zu treten, die nötig ist.

#### 5. Preisgabe von Sicherheiten

Dabei gibt jeder seine Sicherheiten und ein Stück seiner Rolle preis: Arzt und Schwester ihre scheinbare Macht über den Tod, der Pfarrer seine scheinbare Unangefochtenheit im Glauben. Es ist entscheidend, ob wir bereit sind, uns unserer eigenen Angst überhaupt bewußt zu werden, sie nicht zu leugnen und damit umgehen zu lernen.

Denn es gibt sogar eine nicht verbale *Kommunikation der Angst*, in der man, ohne daß man sich dessen bewußt wird, Signale der Angst, der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit abgibt und aufhängt,<sup>12</sup> so z. B., wenn plötzlich im Krankenzimmer nur noch flüsternd gesprochen wird, wenn wir regelmäßig nur noch auf Zehenspitzen das Krankenzimmer betreten, wenn am Krankenbett nur noch *über* den Patienten gesprochen wird, ohne ihn einzubeziehen ...

Die sich in solchem Verhalten äußernde Abwehrhaltung bleibt gerade dem Sterbenden nicht verborgen, wie sehr man sich auch darum bemüht oder gerade weil man sich so darum bemüht! Er spürt es auf einer anderen Kommunikationsebene, nimmt die wachsende Hoffnungslosigkeit um sich herum wahr, merkt, wie man sich allmählich von ihm zurückzieht, wodurch die eigene Angst und Not um so mehr zunimmt.<sup>13</sup> Nicht selten empfindet der Kranke solches Verhalten als Signale, aufgegeben, ja sozial schon tot zu sein.

Wie wenig wir uns selbst unserer eigenen Ängste und unserer Abwehr bewußt sind, belegt ein in der einschlägigen Literatur häufig angeführtes Beispiel:

«Leshan berichtet aus einem Krankenhaus in New York, in dem ein Psychologe sich mit einer Stoppuhr auf den Flur einer Station setzte: «Er hatte sich über den Zustand der Patienten in den einzelnen Zimmern und deren wahrscheinliche Lebenserwartung informiert und maß nun die Zeit, die zwischen dem Rufsignal der einzelnen Patienten und dem Eintreffen der für sie verantwortlichen Schwestern verstrich. Er fand heraus, daß die Schwestern regelmäßig zu den Patienten eilten, die auf dem Weg der Besserung waren, während sie ebenso konsequent mit schleppenden Füßen dem Ruf derer folgten, die an der Schwelle des Todes standen. Die eigentliche Überraschung ergab sich, als der Psychologe den Schwestern das Ergebnis seiner Untersuchung mitteilte. Sie waren davon ganz und gar überrascht und wehrten sich gegen eine derartige «Unterstellung» – ihr Verhalten war offensichtlich ein unbewußter Ausdruck ihrer Abwehr des Todes. Die Vermutung liegt nahe, daß diese Schwestern derartige unbewußte Abwehrhaltung mit allen teilen, die mit Sterbenden zu tun haben: mit Ärzten, Pfarrern und Angehörigen. Man wird weiter darauf gefaßt sein müssen, daß auch bei ihnen diese Abwehrhaltung sich in ihrer Beziehung zu den Sterbenden niederschlägt.»<sup>14</sup>



### 6. Möglichkeiten der Selbsterfahrung

Es geht also letztlich um *meine Einstellung zu meinem eigenen Tod*. Man könnte sie etwas vereinfacht so umschreiben: In 100 Jahren sind wir alle Staub – ja, wir alle, nur ich nicht! Denn wir alle kennen zwar den Tod, aber wir kennen ihn meist nur als einen «gewußten» und nicht als einen «bewußten»,<sup>15</sup> als zu meinem Leben gehörig, als einen, auf den ich mich einlassen kann.

Und doch kann ich mitten im Leben diese Erfahrung machen: Wenn ich unaufmerksam eine Hauptverkehrsstraße überquere und ein Lastzug rast knapp vor mir vorbei, dann kann ich augenblicklich den Tod als einen bewußten erfahren. Wenn ich in der Lage bin, mir dieses Erlebnis bewußt werden zu lassen, dann bin ich tief betroffen von meiner Ohnmacht, vielleicht in einem Augenblick ausgelöscht zu sein, von der Wut, mich nicht wehren zu können, von dem Schrecken, daß beinahe alles «aus» gewesen wäre, von dem aufkommenden Schmerz, daß ich mich nicht einmal hätte verabschieden können ...

Nach solchen Augenblicken sieht das Leben völlig anders aus. Ich bekomme vielleicht Schuldgefühle, weil ich plötzlich spüre, wen ich vergessen habe, für wen ich dasein wollte ... Wahrscheinlich bin ich nach einem solchen Erlebnis dankbar und froh, noch zu leben, und viele Sorgen sind für kurze Zeit vergessen. Ich habe dann eine Ahnung davon, was Sterbende in ihrer letzten Lebensphase durchmachen – natürlich je in ihrer Art: zumeist viel umfassender und länger im Erleben und in der Heftigkeit der Reaktion: in Angst und Vertrauen, in Verzweiflung und Hoffnung, in Mut und Ergebung, in Resignation und Tapferkeit. Es ist nur eine Ahnung, aber wer bereit ist, sich solchen Erfahrungen zu stellen, hat die Chance, sein Leben vollständiger zu sehen. Vor allem vermag er an sich selbst wahrzunehmen, daß das Sterben – also das Leben in der letzten Lebensphase – durchaus seine erlebnismäßigen Parallelen im ganzen Leben hat. Wenn wir es begreifen als das Zu-Ende-Gehen aller Möglichkeiten, so verstehen wir, daß auch in einem Abschied, in einer Trennung, im Verlust elementarer Lebensmöglichkeiten das letzte Sterben eines Menschen vorgebildet sein kann. Je umfassender wir uns selbst solchen Lebenssituationen stellen und sowohl den Schmerz des Verlustes oder Abschieds in allen seinen Formen aushalten, d. h. Trauerarbeit leisten, desto eher sind wir in der Lage, uns dem eigenen Sterben zu stellen.

Dann ist es uns eher möglich, jene dreifache Ohnmacht zu ertragen, die uns in der Begleitung eines Sterbenden immer wieder überfällt: die Ohnmacht gegenüber der Wahrheitsmitteilung (über seinen bedrohlichen Zustand), die Ohnmacht, Sterben und Tod gerade bei diesem konkreten Patienten einen positiven Sinn zu geben, und die Ohnmacht vor seinem Wunsch nach aktiver Euthanasie.<sup>16</sup>

Gerade jene Gefühle der Ohnmacht sind es ja, die uns immer wieder die Geduld nehmen, das Erlebnis der Ausweglosigkeit mit dem Patienten zu teilen. Die Geduld ist jedoch die entscheidende Eigenschaft, durch die wir einem Sterbenden helfen können, daß seine letzte Lebensphase der Mühe wert ist, gelebt zu werden.<sup>17</sup>

### 7. Konsequenzen für die berufliche Aus- und Weiterbildung des Krankenhauspersonals

Der mitmenschliche Auftrag am Sterbenden kann im Krankenhaus unserer Zeit – auch von den Angehörigen eines Sterbenden – nur dann vollständig erfaßt werden, wenn in das Konzept aller therapeutischen Maßnahmen die Verantwortung für den oben skizzierten Sterbebeistand mit einbezogen ist. Ein solches Konzept hätte weittragende Folgen für die Aus- und Weiterbildung der Träger aller therapeutischen Dienste, die mit dem Patienten unmittelbar zu tun haben.

7.1. Will man Ärzte, Pfleger, Krankengymnastinnen, Seelsorger und Sozialarbeiter befähigen, wenigstens die Signale Sterbender zu erkennen, so kann ihre Ausbildung auf die Auseinandersetzung mit der Sinnfrage von Phänomenen wie Krankheit, Schmerz, Leiden, Verlust, Trennung, Trauer, Sterben und Tod nicht verzichten. An einigen Krankenpflegesschulen in der Bundesrepublik werden die Fragen in dem Fach Berufsethik bzw. Pastoralanthropologie behandelt, für das durchweg der Krankenhauspfarrer als Theologe zuständig ist. Von entscheidender Bedeutung für diesen Unterricht ist sein Ansatz am Sprach- und Erfahrungshorizont des Patienten, wie er den Betroffenen im Krankenhaus begegnet.

7.2. Wichtiger noch als das theoretische Wissen von der Bedeutung der genannten Inhalte ist eine praktische Einübung des Umgangs mit ihnen. Nicht nur bei Ärzten und Seelsorgern, auch bei Krankenschwestern, Pflegern und Krankengymnastinnen ist eine Einführung in die personenzentrierte Gesprächsführung<sup>18</sup> unverzichtbar. Ge-



sprächsanalysen, Rollenspiele, Fallstudien unter persönlicher Supervision sind geeignete Weiterbildungsmaßnahmen, die auf die Dauer die Einstellung und die Befähigung im Umgang mit Kranken und Sterbenden nachhaltig beeinflussen können.

7.3. Als klassische Form der Weiterbildung hat sich für alle diese Berufsgruppen die Balintgruppe<sup>19</sup> herausgebildet: 6–10 Praktiker treffen sich unter Leitung eines Psychotherapeuten über längere Zeit regelmäßig zu wöchentlich oder vierzehntägig stattfindenden Sitzungen à 90 Minuten. Dabei berichtet jeweils ein Teilnehmer über eine Begegnung, die ihm problematisch geblieben ist. Die Gruppe versucht, das Verhalten des Betroffenen zu spiegeln und ihn zu einem besseren Verständnis seiner Beziehung zu dem betreffenden Patienten, dessen Krankheit und Umständen und letztlich zu sich selbst zu verhelfen. Nach meiner Beobachtung haben solche Balintgruppen die nachhaltigste Wirkung auf das Selbstverständnis des Seelsorgers gerade in der Sterbehilfe und auf seine wachsende Kooperationsfähigkeit und Integration in den therapeutischen Rahmen des Krankenhausbetriebes.

7.4. Von der Seelsorgebewegung in den Vereinigten Staaten ausgehend hat inzwischen vor allem in Holland, aber in einer ersten Phase auch in der Bundesrepublik Deutschland die Klinische Seelsorgeausbildung (Clinical Pastoral Education) die genannten Elemente einer Ausbildung zusammen mit anderen zu einem Ausbildungskonzept verbunden, das in Kursen zu 14 Tagen, 6 Wochen und 3 Monaten angeboten wird.<sup>20</sup> Wichtig ist in diesen Kursen, daß nicht die Wissensvermittlung, sondern die Haltungsveränderung im Vordergrund steht, was ja gerade für die Befähigung zum Sterbebeistand – wie gezeigt wurde – von entscheidender Bedeutung ist.

### 8. Postulate an die Kirchen

Der mitmenschliche Auftrag am Sterbenden ist nicht nur ein Postulat an jeden einzelnen, der mit Sterbenden zu tun hat, auch nicht allein an die Verantwortlichen für die Organisation und Therapie in den Krankenhäusern, sondern auch an die Kirchen, insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung der seelsorglichen Dienste an Sterbenden im Krankenhaus und ihr Verhältnis zu den übrigen therapeutischen Diensten.

#### 8.1. Integrierte Krankenhausseelsorge

Gerade wegen der Spezialisierung der medizinischen Dienste und der wachsenden Zahl Sterbender in den Krankenhäusern steigt qualitativ wie quantitativ das Bedürfnis nach qualifizierten Begleitern der Kranken, die zugleich fähig sind, die Aspekte eines Sterbebestandes im therapeutischen Team einzubringen und zu vertreten. Da die Verkündigung von Sterben, Tod und Auferstehung als Heilsereignis am Menschen eine der zentralen Aufgaben der Kirche ist, muß sich die Kirche zunächst der Aufgabe einer humanen Sterbehilfe stellen, in die auch ihr Verkündigungsauftrag im Krankenhaus integriert werden muß.

#### 8.2. Beruf eines Krankenbegleiters

Neben einer qualitativen Erfüllung dieser Aufgabe in Gestalt einer integrierten Krankenhausseelsorge<sup>21</sup> anstelle einer nur sakramentalen Betreuung des einzelnen Kranken und einer angemessenen Ausbildung der Krankenhausseelsorger<sup>20</sup> muß die Kirche auch quantitativ den Anforderungen einer Sterbehilfe im Krankenhaus genügen. Solange hauptamtliche Krankenhausseelsorger 800 bis 1500 Betten allein zu betreuen haben, ist eine solche Aufgabe, auch in kleinen Ansätzen, nicht durchführbar. Wenn Johann Hofmeier feststellt, daß von der Größe der Aufgabe her gesehen ein Krankenhaus mit 500 Betten etwa einer Pfarrei von 10000 Gläubigen entspricht,<sup>22</sup> dann ist die Forderung unabweisbar, daß qualifizierte *Laien diese Aufgaben mit Krankenhauspfarrern teilen müssen*. Ich denke dabei an einen *eigenständigen Beruf eines kirchlichen Krankenbegleiters*. Seine Ausbildung müßte ähnlich der zuvor für die Krankenhausseelsorger geforderten sein. Sein Berufsbild wäre dem eines Sozialarbeiters in der Einzelfallhilfe vergleichbar, jedoch noch stärker auf die Gesprächsführung und pastoraltheologischen Fähigkeiten abgestimmt.

Auf jeden Fall ist für den Laientheologen bzw. Krankenbegleiter im kirchlichen Dienst zu fordern, daß ihm neben der Befugnis für Predigt und Kommunionfeier auch die Erlaubnis zur Spendung der Krankensalbung erteilt wird, gerade weil kirchliche Sakramentspendung im Krankenhaus der Integration in eine angemessene persönliche Begleitung der Kranken und Sterbenden bedarf.

Es versteht sich, daß die Art und Weise der Spendung der Krankensalbung selbst dem Anspruch eines Heilszeichens genügen muß, das Hilfe zur Selbstannahme in der Gebrochenheit ist



und nicht Zeichen unmittelbarer Todesankündigung oder magischer Gesundheitsbeterei.<sup>23</sup>

8.3. Orientierung an der therapeutischen Grundhaltung des Begleiters

Seelsorgerliche Sterbehilfe und erst recht der Sterbebeistand haben sich wie jede andere Sterbehilfe an der Grundhaltung zu orientieren, die den Einsatz für den Sterbenden erst zu einer humanen Sterbehilfe qualifiziert: an der des *Begleiters!*

Der Begleiter ist zunächst nicht der kluge Ratgeber, der Fachmann in vielen Lebenslagen mit Informationsvorsprung, oder ein Mensch, der Antworten auf alle Fragen hat. Er ist zunächst einer, der geduldig mitgeht und zuhört, ein Ort, wo Klagen nicht ungehört verhallen, sondern verstanden und mitfühlend aufgenommen werden. Nur dort kann sich häufig die notwendige Trauerarbeit eines Sterbenden entfalten: im Aufbegehren gegen die enger werdenden Grenzen, im Aussprechen der Sehnsucht nach dem Verlorenen, in der Angst vor weiteren Verlusten, in dem Schrecken davor, daß am Ende vielleicht gar nichts mehr

übrigbleibt, im zugelassenen Neid auf die Gesunden, im Hadern, und in der glimmenden Hoffnung, die nicht verlöscht, und in der schrittweisen Anerkennung der Realität. Der wirkliche Begleiter bringt den Sterbenden zur Erfahrung seiner *eigenen* Stärke, gerade in der Einmaligkeit *seiner* Sterbens, in der er durch die Hilfe des Begleiters Subjekt seiner letzten Lebensphase bleibt und nicht zum Objekt medizinischer Versuche der Lebensverlängerung und apersonaler religiöser Magie wird.

*Wer einem Sterbenden zu einem wahrhaften Begleiter wird, wird selber zu einem Zeichen*, durch das dem Sterbenden eine vielleicht entscheidende *Transzendenzerfahrung* möglich wird. In solchen Begegnungen kann gerade einem Sterbenden die Dimension des Lebens aufgehen, die im Alten und im Neuen Testament als die Erfahrung des mitgehenden Gottes beschrieben wird. Hier liegt die theologische Dimension eines Sterbebestandes, ja prinzipiell einer jeden Kommunikation von Menschen in der Krise!

<sup>1</sup> Vgl. dazu vor allem: E. Kübler-Ross, *On death and dying* (London 1970); P. Sporken, *Menschlich sterben* (Düsseldorf 1972); H. Gödan, *Die sogenannte Wahrheit am Krankenbett* (Darmstadt 1972); E. Ansohn, *Die Wahrheit am Krankenbett* (Salzburg 1969).

<sup>2</sup> Vgl. dazu E. Kübler-Ross, aaO. 1ff, 10ff, 18f; H.C. Piper, *Die Unfähigkeit zu sterben: Wege zum Menschen* (1972) 15 ff.

<sup>3</sup> Vgl. E. Kübler-Ross, aaO. 34ff, 44ff, 72ff, 75 ff, 99ff, 122 ff.

<sup>4</sup> So H.C. Piper, aaO. 16, unter Hinweis auf H. Plügge, *Über die Hoffnung: A. Sborowitz-E. Michel, Der leidende Mensch* (Düsseldorf-Köln 1960)436; E. Kübler-Ross, aaO. 122 ff.

<sup>5</sup> H.C. Piper, aaO. 17, mit Quellennachweis aaO.

<sup>6</sup> Simone de Beauvoir, *Ein sanfter Tod = Rowohl Taschenbuch* (1970) 74.

<sup>7</sup> H.C. Piper, aaO. 18.

<sup>8</sup> Leo N. Tolstoi, *Der Tod des Iwan Iljitsch* (Wiesbaden o. J.) 64.

<sup>10</sup> So vor allem P. Sporken, aaO. 26ff, 66ff, 80ff; ähnlich E. Kübler-Ross, aaO. 35 ff, 44ff, 72 ff.

<sup>11</sup> Vgl. zum folgenden vor allem Sporken, aaO. 57-62.

<sup>12</sup> M. Bowers, *Wie können wir Sterbenden beistehen?* (Mainz 1971) 61.

<sup>13</sup> H.C. Piper, aaO. 17.

<sup>14</sup> H.C. Piper, aaO. 15.

<sup>15</sup> J. Hofmeier, *Vom gewußten zum gelebten Tod: Stimmen der Zeit* 1970 (11) 328ff, 345 ff.

<sup>16</sup> Sporken, aaO. 75 ff.

<sup>17</sup> Sporken, aaO. 63 ff, 66ff, 69.

<sup>18</sup> Vgl. dazu C.R. Rogers, *Counseling and psychothera-*

*py* (Boston 1942); *Clinic-centered therapy* (Boston 1951). R. Tausch, *Gesprächspsychotherapie* (Göttingen 1970). H. Faber, E. van der Schoot, *Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs* (Göttingen 1971).

<sup>19</sup> Vgl. dazu M. Balint, *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (Stuttgart 1963); H. Argelander, *Gruppenprozesse, Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung = Rororo* (1972) 99-178.

<sup>20</sup> Einen ausführlichen Überblick zu dieser Entwicklung bieten: W. Becher, *Klinische Seelsorgeausbildung, Clinical Pastoral Education: Schriften der evangelischen Akademie in Hessen und Nassau* (Frankfurt 1972); W. Zijlstra, *Klinisch pastorale vorming* (Asse 1969).

<sup>21</sup> Vgl. dazu J. Mayer-Scheu, *Seelsorge im Krankenhaus, Entwurf für eine neue Praxis* (Mainz 1974).

<sup>22</sup> J. Hofmeier, *Menschlich sterben, Postulate an die Kirche: Diakonia* 3 (1972) 307f, 310.

<sup>23</sup> Vgl. J. Mayer-Scheu/A. Reiner, *Heilszeichen für Kranke* (Kevelaer 1972).

JOSEF MAYER-SCHEU

geboren am 12. April 1936 in Mainz, Oratorianer in Heidelberg, 1969 zum Priester geweiht. Nach dem ersten juristischen Staatsexamen 1961 in Heidelberg studierte er Theologie und promovierte in Staatskirchenrecht. Er ist Kaplan an den Universitätskliniken in Heidelberg, wo er unter anderem in der Klinischen Seelsorgeausbildung für Pfarrer und Diakone arbeitet. Er veröffentlichte (mit A. Reiner): *Heilszeichen für Kranke, Krankensalbung heute*, und ist Mitherausgeber des pastoralanthropologischen Wörterbuchs.