

Die Kunst des Netzes

Gedanken zum Auffangen eines dissonanten Sterbens

Von Johannes-Gobertus Meran

Der heilige Petrus saß beim Kartenspiel, als die Glocke der Himmelstür läutete und ein deutliches Pochen vernehmbar war. Er stand auf, ging zur Tür und öffnete sie. Aber niemand war davor. Vielleicht habe ich mich verhört, dachte er sich. Nach einigen Stunden hörte er wiederum dieses Klopfen, und wieder erhob er sich und öffnete. Vor der Tür war keiner zu sehen. Etwas mürrisch setzte er sich wieder. Am nächsten Tage wiederholte sich das Spielchen, und langsam wurde Petrus richtig wütend. Als nach dem fünften Male Klopfen, Petrus wollte schon gar nicht mehr öffnen, nun tatsächlich jemand vor der Tür stand, fragte er, was denn dieser Unsinn solle, einen alten Heiligen zu ärgern. Der Neukömmling sah ganz zerknirscht zu Boden und sagte: »Vergeben Sie mir bitte. Ich war auf der Intensivstation.«

STERBEN IST LOSLASSEN

Sterben ist Veränderung – in besonderer Weise ein Aufbruch, ein Weggehen. Weggehen kann nur einer, der nicht festgehalten oder zurückgezerrt wird, einer der losgelassen ist. Loslassen können ist wohl das Schwerste im Begleiten eines todkranken Menschen. Es ist aber eine Voraussetzung für ein friedliches, würdevolles Sterben. Diese Problematik wird durch den, man möge verzeihen, etwas pietätlosen Witz sehr anschaulich.

Natürlich ist selbst die moderne Medizin nur in den wenigsten Fällen in der Lage, das Leben um die berühmte Elle zu verlängern, aber die Kritik gegen das Lebensverlängern und die Vorwürfe der Entmündigung von Sterbenden werden immer lauter. In manchen Medien wird ein Schreckensbild entworfen von in riesigen Krankenhäusern gefangenen Patienten, die dort in Spezialabteilungen, Intensiv- oder Wachstationen, unter dauernder Aufsicht stehen. Mit allen Mitteln am Leben festgehalten werden, mit Medikamenten, die einen erschöpften Kreislauf noch einmal zum Arbeiten bringen, Elektroschocks und Schrittmachern, die einen streikenden Herzmuskel disziplinieren. Sobald die Lunge und der Atemantrieb ihren Dienst versagen, erfolgt künstliche Beatmung mit genau berechneten Sauerstoffkonzentrationen. Die Niere, die längst darauf verzichtet hat, den Körper zu entsorgen, wird durch eine Maschine ersetzt, die in stundenlanger mechanischer Pumparbeit das müde Blut durch Po-

ren und Kapillaren treibt, um eine Reinigung zu ermöglichen. Wer sich regt und rührt, wird fixiert; verweigert jemand die Nahrung, wird er über Schläuche ernährt; und wenn er dann traurig ist, wird seine Stimmung durch Psychopharmaka aufgehellt.

Die amerikanische Sterbebegleiterin Debora Duda wirft den Ärzten vor, das natürliche Geschehen Tod zu einem medizinischen Problem gemacht zu haben, um selber glücklich und reich zu werden.¹ Sie sagt, daß die Ärzte die Patienten nicht sterben lassen, weil sie nicht nur wirtschaftlich, sondern auch gesellschaftlich in ihrer Expertenrolle davon profitieren.

Natürlich will auch das Pflegepersonal gebraucht werden. Und wer erzeugt die vielen Maschinen, die Schläuche, die Dialyseapparate, Beatmungsgeräte und Medikamente? Ein ganzer riesiger Industriezweig, unzählige Arbeitsplätze hängen vom zumindest kurzfristigen Überleben der Patienten ab. Im Magazin *Der Spiegel* ist von einem Kartell von Medizinern, Geräteindustrie und Dialysevereinen zu lesen, die die Zahl der Blutwäschepatienten künstlich hoch halten.² Selbst die leidige Krankenhausverwaltung will von etwas leben. Und wenn der Sterbende eine politische Bedeutung oder Machtposition innehat, ich denke an Franco und Tito – dann würde man ihn im Interesse der politischen Stabilität noch ärger behandeln. Es wäre eine Schande für die Klinik, wenn ein Bedeutender dort einfach stirbt! Auch im Fall sogenannter einfacher Menschen helfen nicht einmal die Verwandten, sondern unterstützen die Medizinlobby – wer möchte sich denn gerne den Vorwurf anhören: »Da hätte man aber noch etwas machen können, daran braucht heute niemand mehr zu sterben. Wärt ihr doch zu einem anderen Arzt gegangen.« Ivan Illich sagt: »Die Gesellschaft, vertreten durch medizinische Einrichtungen, bestimmt, wann und wo, nach welchen Qualen ein Mensch sterben darf.« Noch deutlicher wird Leona Siebenschön, die von Profiteuren des Lebens spricht, von einer Medizinmafia, die dem Leben, dem üblen alten Luder, unerbittlich ergeben ist.³

Diesem überzeichneten Bild des entmündigten Patienten, verstrickt in medizinische Technik und ökonomische Nutzung, sei eine ärztliche Perspektive gegenübergestellt.

DISKREPANZ DES LOSLASSENS – PERSPEKTIVE DES ARTZES

Für den Arzt ist »Loslassen können«, und das wird ja zu Recht gefordert, eine beinahe schizophrene Leistung. Der Arzt, der jahrelang ausgebildet und ge-

1 Vgl. D. Duda, Für Dich da sein, wenn Du stirbst. München 1989.

2 Vgl. »Je tiefer man gräbt, desto mehr stinkt es«, in: *Der Spiegel* 34/1989, S. 56ff.

3 Vgl. in: H. Häsing/I. Mues (Hrsg.), Du gehst fort, und ich bleibe da. Frankfurt 1989.

schult wurde, für das Leben zu kämpfen; er, der seine Arbeit unter einen Schwur für das Leben gestellt hat – den hippokratischen Eid; er, der Leben schützen muß, so gut er kann, Tag und Nacht bereit sein soll, zu Hilfe zu eilen, wo das Leben gefährdet ist; derselbe Arzt, der oft die eigene Gesundheit und das Familienglück in einem solchen Kampf hintanstellt, der vielleicht jahrelang in Labors Methoden, Apparate und Medikamente gegen Krankheit und Tod entwickelt hat, dieser selbe Arzt soll nun ganz plötzlich die Fronten wechseln? Dem Tod nicht mehr mit allen Mitteln bewaffnet entgegentreten, sondern ihm Raum geben? In mittelalterlichen Bildern wendet sich der Arzt ab, wenn der Sensenmann den Raum betritt. Die Kontrapunkte Leben und Sterben zu vereinen, das scheint ein kaum zu lösender Widerspruch zu sein.

Der Philosoph Hans Jonas hat sich diesem Problem allerdings von einer ganz anderen Seite her zugewandt.⁴

Er nennt das »Recht zu leben« das fundamentalste aller Rechte. Sterben ist aber der letzte Bestandteil im Vollzug des Lebens als Ganzes. Demzufolge beeinträchtigt menschliche Kontrolle bzw. Verhinderung des Sterbens dieses letzte Lebensrecht und die Autonomie des Patienten. Ähnlich hat Albert Schweitzer von der Ehrfurcht vor dem Leben gesprochen, zu welcher auch die Ehrfurcht vor dem Sterben, als dem letzten Teil des Lebens, gehört. Sterben wird oft mit einer Dämmerung verglichen, und diese schleicht sich zwischen Tag und Nacht herein. Von der Dämmerung kann man überrascht werden, und plötzlich bemerken, daß es dunkel ist. Es gilt also, achtsam zu sein, den Zeitpunkt, den Kairos, zu bemerken, der den Verzicht auf medizinische Maximaltherapie erlaubt – zu frühes Abbrechen wäre unterlassene Hilfeleistung und genauso falsch wie zu langes Therapieren. Jeder mit der Realität dieser Gratwanderung vertraute Arzt weiß von der Schwierigkeit solcher Entscheidungen. Als Arzt ist man ja keineswegs dazu berechtigt, einen Patienten, der den Auftrag gab zu helfen, vorschnell, vielleicht aus Bequemlichkeit, die Hilfe zu verweigern. Auch erlebt man manchmal, wie völlig aufgegebene Patienten womöglich nach dem Absetzen jeglicher Therapie am folgenden Tag gesünder waren als zuvor und noch jahrelang ein erfülltes Leben führten.

Der Wunsch des Patienten ist zuallererst Richtschnur für weiteres Handeln, denn dieser gibt den Auftrag. Bei einem komatösen Patienten besteht die Aufgabe nun darin, in seinem Sinn zu handeln. Dazu gehört auch die Frage, ob der Wille des Patienten sich inzwischen gewandelt hat: von maximaler Therapie hin zum Wunsch nach Ruhe und Ende einer quälenden Behandlung? Die Antworten werden immer ein Moment von Unsicherheit beinhalten, aber je mehr wir uns dessen bewußt sind, desto sensibler und näher am Patienten werden sie sein. Dies ist wohl einer der Aspekte von ärztlicher Kunst und Intuition.

4 Vgl. H. Jonas, Technik, Medizin und Ethik. Frankfurt 1987.

Denselben Anforderungen wie der Arzt stehen die Schwestern und Pfleger und natürlich auch die Angehörigen gegenüber, sie alle, die sich um den Sterbenden bemühen, sind aufgefordert, ihn loszulassen, und das möglichst zugleich.

Wie aber an dämmerigen Herbsttagen die Lichter der Autos zu unterschiedlichen Zeiten, je nach Helligkeitsempfinden eingeschaltet werden, und – dies ist das tröstliche – zuletzt alle einheitlich leuchten, so wird das Empfinden für die Sterbensdämmerung zwar individuell eintreten, doch hoffentlich auch harmonisch zusammenfinden.

Gemeinsam »Loslassen können« heißt den gleichen Zeitpunkt als den gegebenen erkennen, der berechtigt, den Tod einzulassen und dem Leben Abschied zu sagen. Da hier keine lehrbuchmäßig erfassbaren Vorgänge und nichts Regelmäßiges zu finden ist, helfen letztlich weder ein Apacheindex, der statistisch die Überlebenschance berechnet, noch die genauen Laborwerte. Nur gemeinsames Zusammentragen der unterschiedlichen Perspektiven kann den für den Einzelnen notgedrungen engen Blickwinkel erweitern und so Entscheidungen ermöglichen, die dem Sein und dem Willen des Patienten entsprechen.

Oft gleicht ein sterbender Patient dem Elefanten aus der Erzählung Mowlanas, um den viele kleine Männer mit verbundenen Augen stehen. Einer der Männer hält das große Ohr des Elefanten und glaubt, ein Blatt zwischen den Händen zu haben. Ein anderer umfaßt die Rundung eines Beines und meint, vor einem Baum zu stehen. Wieder ein anderer verwechselt den glatten Schwanz mit einer Schlange, und einer klettert über den Rücken in der Meinung, auf einem Hügel zu sein. Alle können nur einen Teil der Wirklichkeit erfassen, und da sie ihren Teil für absolut halten und den anderen Männern nicht zuhören – entgeht ihnen die eigentliche Wirklichkeit des Elefanten.

DISSONANZ DES STERBENS

Das Dilemma der unterschiedlichen Perspektiven wurde mir an dem Tod eines 26-jährigen Leukämiepatienten besonders deutlich. Im Verlauf der Chemotherapie mußte dieser junge Mann mehrfach wegen unklarer komatöser Zustände auf unserer Intensivstation behandelt werden. Da er selbst und seine Angehörigen drängenden Therapiewunsch geäußert hatten, und die phasenweise Verschlechterung seines Zustandes nicht eindeutig seiner bösartigen Grundkrankheit zugeordnet werden konnte, wollten wir dem Patienten jede medizinisch mögliche Unterstützung des Überlebens offenhalten. Während die Familie des Patienten, seine junge Frau, die Mutter und die Schwiegermutter Tag und Nacht verzweifelt hoffend sich auf dem Stationsgang aufhielten und jeden Vorbeigehenden mit ängstlichen Augen um Hilfe baten, wurde der Schwerkranke mehrfach reanimationspflichtig und mußte künstlich beatmet werden.

Die erfahrenen Schwestern und Pfleger schüttelten den Kopf und meinten, man solle nicht mehr weiterbehandeln. Trotz ständig erhöhter kreislaufstabilisierender Medikamente verfiel der Patient in ein immer tieferes Koma. Kontroverse Stellungnahmen der zuständigen Oberärzte erzeugten noch eine zusätzliche Spannung. Nach zwei Tagen verstarb der Patient in den frühen Morgenstunden. Die vom Gang hereingeholte Mutter und Ehefrau warfen sich auf das Bett und schrien und klagten. Sie holten weitere Angehörige, die sich ihnen anschlossen und in ebenso verständlicher wie erschreckender Weise von dem jungen Mann Abschied nahmen, der nun der friedlichste, ruhigste unter uns war. In ihrem Schmerz konnten sie weder Hilfestellung noch Beistand annehmen und verließen laut klagend die Station.

VERSUCH EINER VERBESSERTEN KOMMUNIKATION DER WIRKLICHKEITSEBENEN

Besonders schmerzlich im Vergleich zu manch anderem Sterben war hier neben der unglaublichen Tragödie dieser leidenden Familie die schrille Dissonanz zwischen den Begegnungen mit dem jungen Mann. Der todkranke Patient wurde Kumulationspunkt zerrender Positionen und Wünsche.

Eine solche Dissonanz beim Sterben zu verhindern, sollte Ziel jeder Patientenbegleitung sein. Harmonische Begleitung in den letzten Lebensphasen setzt gute Kommunikation aller Beteiligten voraus, »als einem Suchen nach gemeinsamen Wirklichkeiten« (Thure von Uexküll).

Diese Wirklichkeitsebenen oder Perspektiven sollen nun näher beleuchtet, und jeweilige Verbesserungen überlegt werden.

Perspektive des Patienten

Was mag der Patient gedacht haben, der in mehr oder weniger dämmerigem Zustand all die Untersuchungen und Therapiemaßnahmen mit sich geschehen ließ? Er hatte im grellen Licht der Räume ohne richtigen Schlaf völlig das Gefühl für Tag und Nacht verloren, schleierhaft nur undeutliche Wortfetzen gehört, die ihn vielleicht sehr ängstigten. Dauern wechselnde Bezugspersonen sprachen ihn an, versorgten, wuschen ihn und gaben ihm Medikamente. Dazwischen kam immer wieder seine Familie, seine Frau, seine Mutter, die am Bett saßen und auf ihn einsprachen. Er konnte nicht mehr antworten, er konnte nicht mehr reagieren. Niemand weiß, wieviel noch an sein Ohr und in sein Bewußtsein gedrungen ist. Er hatte mit großer Entschlossenheit und Mut die Therapie begonnen, in dem Wunsch alles zu versuchen, um seiner Familie, vor allem seinen drei kleinen Kindern, erhalten zu bleiben.

Die wahrscheinlich größte psychische Belastung für ihn wie für alle In-

tensivpatienten war der Mangel an Kommunikation und das Defizit an Informationen. Daher sollte jeder Patient auch in der größten Eile mit Namen angesprochen und begrüßt werden. Neben einfacher Information, die dem Kranken Orientierung gibt, wo er ist, warum er hier ist und wen er vor sich hat, steht jeder Arzt auch vor der Aufgabe, den Patienten über seine Krankheit aufzuklären.

Drei Grundregeln gelten für die Aufklärung: *Klar, wahr und verantwortlich*. Wer dies berücksichtigt, wird eine einfache Sprache benutzen und sich nicht hinter Fachvokabeln verstecken, wird Wahrhaftigkeit den Vorrang vor der ungeschminkten, vollen Wahrheit geben und wird verantwortlich erfüllen, wie weit der Patient aufgeklärt werden will und wie weit er es überhaupt ertragen kann. Im Hinblick auf ein herannahendes Ende sollte der Arzt bereit sein, den Patienten weitgehend aufzuklären, um ihm die Möglichkeit zu geben, in der »Würde des Wissens« zu seinem Sterben in ein Verhältnis zu treten (H. Jonas).

Die Empathie – das einführende Verstehen und Annehmen sowie emotionale Wärme sind Säulen und Grundlagen einer Verbindung zu dem Patienten.

Max Frisch hat die Situation in ein sehr anschauliches Bild gefaßt: »Man sollte die Wahrheit dem anderen wie einen Mantel hinhalten, daß er hineinschlüpfen kann, und nicht wie einen nassen Fetzen um den Kopf schlagen.«

Perspektive der Angehörigen

Die Familie wurde mit der rapid fortschreitenden Leukämie einer zentralen Bezugsperson konfrontiert. Sie hatten große Angst, den Ehemann und Vater von drei kleinen Kindern bzw. den Sohn zu verlieren. Alle ahnten das herannahende Ende und wollten ihr Möglichstes tun, um es zu verhindern. Genau wie jeder Patient machten auch die Angehörigen eine Reihe von Reaktionsphasen durch. Zunächst waren sie schockiert, vielleicht mehr als der Patient, denn die Intensivstation wird, entgegen der landläufigen Meinung, eher als beruhigend empfunden.⁵ Es wechselten Phasen des Nichtwahrhaben-wollens mit solchen der Abwehr und Aggression, flehentlichen Hilfe-Appellen und verzweifelter Resignieren. Sie klammerten sich an die Universitätsklinik als letzten Hoffnungsträger. Zusätzlich verunsichert wurden die bangenden Frauen durch den mehrfachen Wechsel zwischen Normalstation und Intensivstation und verschiedenen Betreuern. Sie wurden beinahe irre an den Auskünften, die zwar dem jeweiligen Wissenstand der Ärzte entsprachen, aber keineswegs für die ängstlich Fragenden kongruente Information ergaben.

Um Spannungen zu lösen, ist es wesentlich, die Phasen von Überaktivität oder Entmutigung aber auch aggressives Verhalten und Mißtrauen richtig ein-

⁵ Vgl. L. Geisler, *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. Frankfurt 1987, S. 246ff.

zuordnen und aufzufangen. Entgegengebrachtes Verständnis, Offenheit und Wärme werden von Angehörigen wie von Patienten als wohltuend empfunden. Ungünstig wirken divergierende Aufklärungsgespräche; daher sollten der Patient und seine Familie soweit möglich und zumutbar auf dem gleichen Wissensstand sein.

Perspektive des Pflegepersonals

Die Schwestern und Pfleger, durch den latenten Pflegenotstand ohnedies überlastet, hatten schon so oft solch aussichtslosen Kampf mitgekämpft. Zu oft waren sie schon aus der Schlacht als Verlierer heimgekehrt. Sie haben gelernt, daß es einen Waffenstillstand gibt, der das leise Zurücktreten bedeutet und den für alle würdigen Weg freigibt.

Sie, die Schwestern und Pfleger sind es ja, die dauernd hautnah mit den gepeinigten Körpern zu tun haben. Sie sind den Belastungen noch intensiver ausgesetzt als der Arzt, der sich auch zu einem anderen Patienten oder in sein Arztzimmer zurückziehen kann. Meine Bewunderung für diese Männer und Frauen ist groß, wenn sie die Menschen, die niemals mehr antworten werden, mit Namen ansprechen, sich vorstellen und jeden Handgriff erklären. Mit großer Sorgfalt, liebevoll arbeiten sie am Krankenbett, dringen mit Ehrfurcht vor dem Menschen zwar in den Intimbereich ein, ohne ihn jedoch zu verletzen. Wie können sie jahrelang in Geduld und Ruhe das Leiden ertragen, die Liebe zum Kranken nicht verlieren, sondern immer neu auf Menschen zugehen und sie im Sinne des Wortes bedienen? Wer sollte es ihnen verdenken, wenn sie mit ihrem »klinischen Blick«, einem intuitiven Erfassen der Situation des Kranken, der oft sensibler ausgeprägt ist als bei manchem Arzt, wenn sie nun meinen, es sei genug des Leidens.

Gerade die Intensivstation wird getragen durch gute Zusammenarbeit zwischen Schwestern, Pflegern und Ärzten. Ein guter Teamgeist ist nötig, um den schweren Belastungen standzuhalten. Es versteht sich von selbst und ist doch oft so schwierig, daß auch zwischen Pflegepersonal und Ärzten gemeinsame Wirklichkeiten gefunden werden müssen. Voraussetzung dafür sind Gelegenheit und Willen zu solcher Kommunikation. Mitteilungen beinhalten nicht nur sachliche Informationen, immer werden auch Aufforderungen, Ideen und Kritik mitschwingen. Es hat sich bewährt, ein offenes Ohr für die Intuitionen der oft sehr erfahrenen Pfleger und Schwestern zu haben. Moralische Fragen fallen nicht automatisch unter die ärztliche Autorität, sondern wollen menschlich gelöst werden. Die gemeinsame Arbeit in Extremsituationen darf auch mit einer Offenheit von Meinungen einhergehen. Eigene Gefühle zu zeigen und sich damit verwundbar zu machen, ist in einem guten Team Anlaß, noch enger zusammenzurücken.

Der Mut, auch Transzendentes anzusprechen, hat schon oft den überraschenden Gleichklang der Ansichten und Menschenbilder gezeigt, und war Quelle wichtiger Gespräche. Gegenseitige Anerkennung und Toleranz bereiten ein Klima für liebevolle Pflege und sorgsamem Umgang mit den Kranken. Jeder weiß auch, wie wohltuend ein lobendes Wort ist und wieviel leichter es einem dann wieder fällt, Schweres zu tun.

DIE INDIVIDUALITÄT DES TODES

Die Dissonanz des Sterbens läßt sich nicht immer harmonisieren. Vielleicht hängt dies mit der Einzigartigkeit jedes individuellen Menschen, damit auch mit der Einzigartigkeit jedes Sterbens zusammen. In Rilkes *Stundenbuch* heißt es:

Oh Herr, gib jedem seinen eignen Tod.
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.

Dieser Wunsch nach einem ganz individuellen Lebensende, nach einem Sterben, das aus dem Leben wächst und dem Leben entspricht, wird zunehmend wieder ernst genommen. Vielen Menschen wird heute Mut gemacht und Hilfe angeboten, ihr »eigenes Sterben« zu Hause oder in einem Hospiz zu leben, die eigenen Wünsche, die eigenen Möbel und Bilder mitzunehmen in die Endphase des Lebens und vor allem aber die eigene Familie und die Freunde um sich zu haben. Debora Duda erzählt eindrucksvoll von ihren Erfahrungen mit zu Hause Sterbenden. Von lauten, bunten wie von leisen, melancholischen Abschieden. Immer waren es ganz tiefe Erlebnisse.

Wie weit nun, so frage ich mich als Arzt, können Patienten auch im Krankenhaus, zumal auf der Intensivstation, ihren »eigenen Tod« sterben?: In einem Stahlbett mit steriler Wäsche liegend, von frischgestrichenen weißen Wänden umgeben, im Blick vielleicht ein kitschiges Kalenderblatt? Die letzten Tage auch noch in den unangenehmen Rhythmus der klinischen Aktivität gepreßt: viel zu frühes Aufwecken, nächtliches Waschen, Tablettenausgabe, Tabletten-einnahme, Bett machen, Großküchenfrühstück, wieder Tabletten, Visite als medizinischer Höhepunkt des Tages. Wie wenig Besuchscharakter hat die ärztliche Visite – oft mehr ein Ritual mit standardisierten Fragen, Anweisungen und Untersuchungen; ein offensichtlich routinemäßiges Festlegen der Therapie, eine Notiz für die Schwester und vorbei, ins nächste Zimmer, zum nächsten Kranken ist die weiße Gruppe gegangen.

Trotz diesen allgemeinen Bedingungen, trotz der vereinheitlichenden Behandlung liegt in jedem Bett ein einzigartiger Mensch, und zum Tode hin wird

alles Drumherum unwichtig und banal. Die meisten Menschen, die ich im Sterben begleiten durfte, waren erstaunlich ruhig. Der Atem, oft noch schnappend und hastig, ging über in seltener werdende Züge. Noch hie und da ein tiefes Seufzen, das vorher angespannte Gesicht glättete sich, die Züge wurden ruhig und schön.

Danach erschlafften sie und verfielen. Es ist eine Zeit, in der man den Atem anhält, ein tiefes Klingen stößt das Herz an. Nicht nur das *memento mori*, auch die Gewißheit, daß Unfaßbares geschieht, ist so bewegend. Unfaßbar, unerklärlich ist uns die Entstehung und das Ende des Lebens.

»Gib jedem seinen eignen Tod«, sagt Rilke. Den innerlichen Abschied von dieser Welt zu berühren ist eine sehr diskrete Angelegenheit. Sterben ist im Innersten wohl ebenso einsam wie Geborenwerden. Das Hinausgestoßenwerden aus der behütenden Hülle des mütterlichen Lebens in eine neue, fremde Realität, von der niemand weiß, wie sie ist und sein wird.

Es bleibt neben den medizinischen Bemühungen, denen wir uns zu stellen haben, auch zuletzt die Sensibilität der Begleiter gefragt, wann wir zurücktreten müssen und ertragen, was untragbar erscheint. Leichter ertragbar ist alles für den, der sich getragen weiß: »Kommt alle zu mir, die ihr euch plagt und schwere Lasten zu tragen habt. Ich werde euch Ruhe verschaffen. Denn mein Joch drückt nicht, und meine Last ist leicht« (Mt 11,28).

PARADIGMENWECHSEL DES TODES

Phillip Aries, der bekannte Thanatologe, hat vielfältig beschrieben und begründet, wie es zu einem Ortswechsel des Sterbens heraus aus den Familien in Institutionen kam. Über zwei Drittel aller Menschen sterben im Krankenhaus, und dieser Trend nimmt weiter zu. Das Bild des Totenlagers, des Sterbenden im Familienkreis, der Abschied nimmt, noch seine Angelegenheiten regelt und umgeben von seinen Lieben verstirbt, dieses Bild verblaßt. Berufstätigkeit der Frauen, kleine Wohnungen, überhaupt der Wandel zur Kleinfamilie und viele weitere Gründe erlauben nur wenigen, ein sterbendes Familienmitglied zu Hause zu begleiten. Das Sterben zu Hause soll hier nicht romantisiert werden, denn es kann heute das Sterben im Krankenhaus eine adäquate Alternative sein. Auch ist das gefürchtete Abschieben von Sterbenden ins Stationsbadezimmer grausame Vergangenheit.

Niemand wird die Familie hinausschicken, die nachts beim Sterbenden verweilen will, im Gegenteil: Eine Mithilfe der Angehörigen bei Pflege und Wachen wird dankbar von Schwestern angenommen. Doch die Verlagerung der Sterbenden in eine Institution ist wohl einer der Gründe für die große Angst und Scheu vor dem Sterben. Das Sterben ist so ungewohnt und ausgeklammert aus dem täglichen Leben. Nur wenige Kinder erleben heute den Tod

der Großeltern oder eines Nachbarn zu Hause mit, der zwar traurig und als schmerzlicher Verlust, aber zum Leben gehörend sich zeigt. Wer als Kind an der Hand seiner Eltern einen sterbenden Angehörigen besucht und begleitet, lernt diesen menschlichen und so wesentlichen Umgang kennen. Das Fernsehen, der neue Lehrer, ist hierbei wenig hilfreich. Die dramatischen Darstellungen vergrößern die Angst, und das tägliche Stellvertretersterben distanziert die Realität des Todes noch weiter. Das vielstrapazierte Wort ›Paradigmenwechsel‹ ist in bezug auf Sterben wirklich angebracht. Das Ideal des wohl vorbereitet und mit den Sakramenten der Kirche versehenen Sterbens hat sich gewandelt zum Wunsch, kurz und schmerzlos zu sterben. Ein Blick in die Todesanzeigen der Tageszeitungen zeigt, daß Tod und Trauer ins Private verbannt werden: »Die Beisetzung fand im engsten Kreise statt«, »Von Beileidsbesuchen bitten wir Abstand zu nehmen«, »In stiller Trauer«. Das gesellschaftliche Ereignis eines Todes, der Menschen wieder enger zusammenrücken läßt, gegenseitige Hilfe und Unterstützung induziert, ist selten geworden. Das Totenbett, die häusliche Aufbahrung, der große Begräbniszug, erst vom Haus zur Kirche und nach der Heiligen Messe zur Beerdigung, zum Friedhof, der anschließende Leichenschmaus und das damit verbundene Zusammentreffen in Geselligkeit werden beinahe nur noch von ländlicher und adeliger Bevölkerung als selbstverständlich angesehen. Die Religiosität und das Verhältnis zur Kirche und deren religiösem Leben haben sich verändert. Die tägliche Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit wie in der Komplet – dem Nachtgebet der Kirche –, die mit der Bitte abschließt: »Ein gutes Ende gewähre uns der allmächtige Herr«, ist dem Beobachten des Todes im Fernsehen gewichen. Und dies verbannt die potentielle Realität des eigenen Sterbens in einen aufregenden, aber ausschaltbaren Kasten. Die Segnung mit dem Aschenkreuz: »Gedenke Mensch, daß Du Staub bist, und zu Staub kehrst Du zurück«, wird als Zumutung empfunden. Auch für das Krankenhaus gilt, daß die Konfrontation mit der Sterblichkeit unmenschlich sei. Das Oberlandesgericht Köln verurteilte einen Arzt zu DM 2 000,– Schmerzensgeld wegen Körperverletzung (Schockerlebnis), weil er im Rahmen des Aufklärungsgespräches einen unklaren Röntgenbefund als möglichen Tumor interpretierte, was sich jedoch nachträglich als falsch erwies. Sicher wird eine Konfrontation mit einer todbringenden Krankheit sehr behutsam und feinfühlig sein müssen. Es ist dies wiederum ein Argument zur Verbesserung der Kommunikation.

Menschenwürdiges Sterben in der Klinik ist möglich, auch wenn eine Reihe von Defiziten offensichtlich sind. Alternativ dazu entwickelt sich eine ganze Reihe von Projekten, die unter der Hospizbewegung zu subsummieren sind. *A guide to dying at home* ist einer der vielen Titel, die ganz praktische Ratschläge und Handlungsvorschläge macht, wie und wann ein Sterbender zu Hause zu betreuen ist. Cicely Saunders gründete bereits vor 20 Jahren *St. Christopher's Hospice*, ein Haus in London, in dem ein menschenwürdiges Sterben durch

Ruhe, Pflege und Stärkung ermöglicht werden soll. »Die Hospizbewegung will jedoch eine lebendige Idee sein und dem Tod wieder einen Raum innerhalb des Gemeinwesens verschaffen, indem sie das Sterben mitten unter uns ermöglicht« (J.-Ch. Student).

STERBEBEGLEITUNG DURCH DEN ARZT – METAPHYSISCHE ÜBERFORDERUNG ODER MENSCHLICHE PFLICHT?

Die folgenden Überlegungen möchte ich mit einem Bild von Hans Jonas einleiten, der den Arzt mit einem Fährmann vergleicht, dessen Verantwortung für seine Passagiere sich nur auf die sichere Überfahrt erstreckt, mit der Abfahrt beginnt und der Ankunft endet.

So wie der Kapitän nicht nach dem Zweck oder dem Heil der Reise fragen darf – so darf auch der Arzt nicht nach dem Wert der Person, nach der Nützlichkeit der Wiederherstellung der Gesundheit seiner Patienten fragen. »Diese Beschränkung des ärztlichen Mandats auf den spezifischen ausgesonderten Heilungszweck, die mit dem direkten Bezug auf die teilbare Leiblichkeit gegeben ist, muß betont werden, um das Bild der ärztlichen Kunst, trotz ihrer letzthinigen Dienstbarkeit an der unteilbaren Person, nicht metaphysisch zu überlasten – und damit die Verantwortung des Arztes zu überfordern.«⁶

Jonas spannt die menschliche Verantwortung des Arztes aber viel weiter als die technisch innerberufliche und nennt humane, religiöse und soziale Verantwortungen, die letztlich in eine menschliche Gesamtverantwortung münden.

Den ärztlichen Auftrag sieht er auf die funktionelle Integrität des Körpers einer Person beschränkt. In der beruflichen Praxis scheint es auch tatsächlich so zu sein. Ärztliche Tätigkeit ist in den meisten Fällen mit Reparatur eines defekten Objektes vergleichbar.

Dem gegenüber stehen immer lauter werdende Forderungen nach »ganzheitlicher« Sicht und Berücksichtigung von psychosomatischen Leiden in der Medizin. Es wird scharf kritisiert, daß sich der Arzt über die Leistungsfähigkeit seiner Maschinen hinaus nicht mehr gefordert sieht, und die Grenzen seines Tuns mit den Grenzen der apparativen Möglichkeiten zusammenfallen.⁷

Der Sterbende gilt im »mechanistischen« Arztbild als ein Reparaturversager, als ein Objekt wie eine altersschwache, kaputte Küchenmaschine, die mit einem mitleidigen Blick dem »Angehörigen« über den Ladentisch zurückgereicht wird. Hier könne man nichts mehr machen – eine Reparatur würde sich nicht lohnen. Weicher formuliert lautet dieser Vorwurf, daß der Arzt heute gewöhnlich Krankheiten und nicht Kranke behandelt.

6 H. Jonas, a.a.O., S. 150.

7 Vgl. J. Glatzel, Sterben in der Institution. Editorial, in: *MMG* 7 (1982).

Kaum ein Arzt wird dieses Mechanikerverhalten auf sich anwenden lassen wollen. Trotzdem versuchen viele, der Sterbesituation zu entgehen. Es ist dies keine neue Haltung. Eine der berühmtesten Totentanzfolgen des 18. Jahrhunderts von Daniel Chodowiecki zeigt, wie der Arzt den Hut nimmt und den Raum verläßt, während der Tod dem Patienten näherkommt. Der Arzt macht dem Tod Platz und flieht eine Situation, der er nicht gewachsen ist.

Die moderne Kommunikationspsychologie hat mehrfach untersucht und belegt, daß Visiten bei Sterbenden kürzer, seltener und gesprächärmer sind. »Muß ich da hineingehen?« (... oder ist ohnehin alles klar), lautet nicht selten die Frage vor einem Sterbezimmer.

Nicht nur der Arzt, auch die Schwestern und Pfleger, sogar die Angehörigen meiden die Konfrontation mit dem Sterbenden und sind froh, wenn äußere Aktivitäten wie Schmerzmittelverordnen, Bettrichten oder Fensterschließen von der belastenden Situation des Sterbenden ablenken. »Der soziale Tod eilt dem biologischen Tod schon weit voraus.«⁸ Es sind dies ganz natürliche Reaktionen, derer wir uns aber bewußt sein müssen, um frei zu entscheiden, wie wir uns verhalten wollen.

Der Sterbende leidet nämlich gerade unter dieser Einsamkeit und sozialen Isolation. Er hat durch seine extreme Situation spezifische Bedürfnisse, und er braucht Hilfe.

Die Frage lautet nun: Ist der Arzt derjenige, der zur Hilfe aufgefordert ist? Kann er die erforderliche Hilfe überhaupt leisten? Ist die Schuldigkeit des Arztes, sein Heilungsauftrag, den er mit Beginn der Behandlung übernommen hat, bereits vor dem Sterben erfüllt? Wäre das so, dann ist seine weitere Anwesenheit Vergeudung medizinischer Ressourcen und sentimentales Füllsel, das den zeitknappen Beruf unnötig belastet.

Zur Klärung dieser Fragen ist es nützlich, sich die konkreten Bedürfnisse vor Augen zu führen und zu bedenken, daß Sterbebegleitung nicht allein ärztliche Aufgabe ist. Selbstverständliche Grundversorgung ist eine gute Pflege. Waschen, Salben und Betten sowie Ernährung sind Basis jeder Begleitung. Die Geübtesten in dieser Basispflege sind natürlich professionelle Schwestern und Pfleger, die notwendigen Handgriffe können jedoch auch von Angehörigen erlernt werden, und sofern die zeitlichen und räumlichen Möglichkeiten dazu bestehen, ist Basispflege durchaus zu Hause machbar.

Schmerzfreiheit als eine wichtige Voraussetzung für würdiges Sterben liegt in der Verantwortung des Arztes, die jedenfalls fraglos über das Reparaturauftragsdenken hinausgeht. Auch diese Hilfe kann, wie ambulante Begleitungsprojekte zeigen⁹, gut zu Hause gegeben werden.

8 H.-J. Schmoll, *Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen*. Stuttgart 1979, S. 41.

9 Vgl. J.-Ch. Student, *Schmerztherapie bei sterbenden Menschen*. Betriebseinheit Medien in der Medizin – Fachbereich Medizin der Georg-August-Universität Göttingen. Göttingen 1988.

Sicherheit, Wärme und Geborgenheit werden zuallererst die Nahestehenden und Angehörigen geben können. Fehlen diese, fällt die Aufgabe den Nächsten, also den Ärzten, Schwestern und Pflegern zu. Die Verteilung der Aufgaben ergibt sich somit nach den Möglichkeiten der dem Sterbenden zur Verfügung Stehenden. Alle gemeinsam sollten ein Netz weben, um darin das Bedrohliche des Sterbens aufzufangen.

Wie kann nun der ärztliche Anteil dieses Netzes aussehen? Neben der bislang leider oft zu restriktiv gehandhabten Schmerzmedikation und der Koordination von Pflege und Ernährung, die in die klar umrissenen Aufgabenbereiche gehören, sollte weitere Begleitung nicht zuletzt vom Patienten selber abhängen. Der Arzt hat sich hierbei nicht ungefragt vorzudrängen – sondern er sollte sich, nachdem seine funktionelle Aufgabe geleistet ist, in die Reihe der Mitmenschen stellen. Nicht Kraft seiner fachlichen Autorität, die sich auf medizinische Aspekte und den organisatorischen Überblick beschränkt, sondern als naher Mitmensch im Sinne der *Ordo amoris*, ist er hier zur Hilfe verpflichtet.

In dem vorhin erwähnten Totentanzbild kann zwar der Arzt den Hut nehmen und gehen, wenn der Tod den Raum betritt, der Mensch darf seinen Hut angesichts des Todes nicht einfach nehmen und achselzuckend verschwinden. Sein Anteil an der geforderten Begleitung wird von den Umständen abhängen.

Er wird einen einsamen und alleinstehenden Sterbenden mehr zu betreuen haben als eine Großmutter, die rund um die Uhr von Mitgliedern ihrer Großfamilie betreut wird.

Meistens wird ihm die Aufgabe zufallen, auf die schwer erträgliche Angst des Sterbenden einzugehen, vielleicht auch auf Gespräche über verschiedene Tabuthemen, die im gesunden Leben noch zu verdrängen sind, aber auf einmal große Bedeutung erlangen: Fragen der Religion, nach dem Sinn des Lebens und Todes, aber auch nach Sexualität. Pekuniäre Probleme sowie die Vorbereitung eines Testaments können schwerste Belastungen für den Sterbenden sein. Die richtigen Grenzen der Begleitung zu finden, wird nicht immer leicht sein.

Hier liegt wohl ein Teil der Gefahr, die Hans Jonas »metaphysische Überlastung« nennt. Auch der Internist Fritz Hartmann warnt vor einer Einmischung in das Sinngefüge des Patienten, denn er sieht das Leben in einem teils widersprüchlichen, jedenfalls spannungsreichen Zusammenhang mit einem Transzendenzbezug, zu dem wir nur begrenzt Zugang haben.¹⁰ Nur soweit es sich um eine Identitätskrise handelt und ein gemeinsames Suchen gelingt – nach obigem Bild ein gemeinsames Weben des Netzes mit dem Patienten –, soweit sieht Hartmann die Grenzen von Begleitung geöffnet. Darüber hinausgehende Hilfe wäre eine besonders aufdringliche Form des »Helfersyndroms«.

¹⁰ Vgl. F. Hartmann, *Der Teil und das Ganze im Blickfeld des Arztes* (Festvortrag – Robert Bosch-Stiftung). Stuttgart 1988.

Da die Wünsche und Sehnsüchte des Sterbenden im geheimnisvollen Bereich von Transzendenz und Religiosität niemals so klar und deutlich formuliert werden können, wie die medizinische Sprache Probleme von Organersatz bis Psychotherapie benennen kann, ist ganz besonderes Feingefühl erforderlich. Es ist die Kunst der Wahrnehmung, genau dort weitere Maschen in das Netz zu knüpfen, wo sie nicht nur vielleicht fehlen, sondern vor allem, wo sie gewünscht sind.

Die Wahrnehmung der Botschaften Sterbenskranker verlangt genügend Zeit, Ruhe und Raum für ein Gespräch, und auch die Bereitschaft, auf ihre eigene Sprache einzugehen. Sterbende bedienen sich selten einer klaren, informativen Sachsprache, viel eher drücken sie ihre Befindlichkeit und ihre Wünsche mit Hilfe von Symbolen und Metaphern aus. Diese Bilder können, sofern sie verstanden werden, manchmal Unsagbares deutlich machen. Sie wörtlich zu nehmen wäre ein schlechter Dienst am Sterbenden. Es ginge auch ganz offensichtlich am Bedürfnis des Sterbenden vorbei, würden wir versuchen, ihm eine geplante Reise mit vernünftigen Argumenten auszureden. Das häufig gebrauchte Symbol der Reise sollte vielmehr unsere Augen öffnen und die Ahnung der »letzten Reise« respektvoll beachten lassen.

Die Frage, ob der Arzt mit seinem Patienten über Gott sprechen soll, wird kontrovers beurteilt. Jedenfalls wäre es eine »metaphysische Überforderung«, wenn der Arzt als ein Ersatzpriester in Zeiten von rar gewordener Krankenhausseelsorge fungierte.

Sofern er dem Sterbenden ganz real der Nächste – möglicherweise der einzige – ist, mit dem ein Austausch über existentielle Fragen, ein gemeinsames Suchen möglich ist, sollte diese Tür als Möglichkeit nicht von vornherein verschlossen sein. »Vielleicht ist heute Krankheit sogar eine der ganz wenigen Situationen, in denen der Mensch es wagt, nach Gott zu fragen.«¹¹ Es wäre schlecht, würde man versäumen, eine im Stillen ersehnte Brücke zu einem Seelsorger zu bauen.

»Das Wort, das dir hilft, kannst du dir nicht selber sagen«, sagt ein äthiopisches Sprichwort. Meist hilft schon ein wenig Zeit, ein wenig Zu-Wendung und ein offenes Ohr, ein Händedruck und nicht zuletzt gemeinsames Ertragen von Ohnmacht: *Homo patiens* und *Homo compatiens*.

»Das Wichtigste ist, daß der Begleiter dem Sterbenden ein warmes Herz entgegenbringt.«¹²

Der Seelsorger Paul Sporken empfiehlt, dem Sterbenden jene Nähe und Hilfe zukommen zu lassen, die ihm ermöglicht, den eigenen Tod zu sterben und seine Sterbensprobleme selbst zu verarbeiten. Sterbebegleitung ist als letzter Dienst am Patienten unverzichtbarer Bestandteil ärztlichen Handelns.

11 L. Geisler, a.a.O., S. 322.

12 P. Sporken, Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen. Stuttgart 1979.

Es gehört, um zum Bild des Fährmannes zurückzukehren, zur Überfahrt und betrifft das Aussteigen des Passagiers. Nur das Feingefühl kann darüber entscheiden, ob wir dem einen Patienten die Hand reichen und ihn zum Ufer stützen – vielleicht sogar tragen oder aber diskret seinen Weg über die Gangway zum Ufer mit behutsamen Blick sichern – jederzeit bereit, wenn er es möchte, ihn zu stützen.

Ein Kapitän, der sich in seiner Kajüte versteckt, womöglich Leinen einholen läßt, abdreht und losfährt, bevor sein Passagier das Ufer sicher erreicht hat, handelt ebenso falsch, wie der, der einen Passagier, welcher den letzten Weg in Begleitung seiner Liebsten gehen möchte, vielleicht sogar alleine, durch ungefragte Hilfe stört. Wahrnehmung und feines Gehör für die Bedürfnisse dessen, der sie vielleicht nicht mehr verbalisieren kann, ist die Kunst des ärztlichen Fährschiffers, ein Netz auszulegen.

Das Netz sollte auch noch leise und federnd die Angehörigen, die Schwestern und Pfleger und auch den Arzt auffangen können. Getragen wird so ein Netz durch Hoffnungsbögen, die über den Tod hinaus gespannt bleiben. Robert Spaemann schreibt, daß der Tod ins Leben ragt, als Wissen von dessen fragmentarischem Charakter, und daher kann das Gelingen des Lebens nicht unabhängig von über den Tod hinausreichenden Handlungszielen sein.¹³

»Sterben ist mein Gewinn«, formuliert Paulus die Hoffnung des Christen gegen jede Angst. Das Sterben als Gewinn und nicht als trostloses Ende zu sehen, paßt gut zur Erfahrung der letztlich eintretenden Ruhe der Sterbenden, die friedlich und gelöst ihr Leben aushauchen.

Zuletzt sollten wir uns der Frage stellen, ob wir bereit sind, trotz aller Schwierigkeiten praktische Konsequenzen zu ziehen – gleich heute.

Ändern wir uns, oder glauben wir nur an die Änderung? Begleiten wir unsere Sterbenden oder glauben wir nur an eine gute Sterbebegleitung und beschäftigen uns mit Aufsätzen?

Rainer Maria Rilke schreibt einem jungen Dichter: »Leben Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann eines Tages in die Antwort hinein.«¹⁴

Unser Ringen um die Fragen wird bleiben, das Wichtigste aber ist ein warmes Herz.

13 Vgl. R. Spaemann, Glück und Wohlwollen. Versuch über Ethik. Stuttgart 1989, S. 99ff.

14 R.M. Rilke, *Briefe an einen jungen Dichter*. Frankfurt 1987, S. 30.