

SCHWERPUNKT

Der Umgang mit Sterben und Tod – Verdrängung des Sterbens

Ursula LEHR

ZUSAMMENFASSUNG

Während in früheren Jahrhunderten Sterben und Tod zum Alltag gehörte, man erlebte, wie Menschen jeden Alters gestorben sind, ist – zumindest in den westeuropäischen Ländern – während des 20. Jahrhunderts eine Verdrängung bzw. Tabuisierung von Sterben und Tod erfolgt. Gestorben wird meist erst in einem hohen Alter, zu 80% in einem Krankenhaus, obwohl sich Sterbende zumeist ein Lebensende in der vertrauten Umgebung zu Hause wünschen. Die Hospizbewegung hat am Ende des letzten Jahrhunderts diese Thematik aufgegriffen und eine würdevolle Sterbebegleitung zum Thema gemacht: wie kann dem Sterbenden und seinen Angehörigen geholfen werden, ohne das Leben künstlich zu verkürzen. Noch sind Ärzte und Pflegepersonal in der Begleitung Sterbender nicht hinreichend geschult. Auf die Individualität des Sterbens wird hingewiesen, ebenso auf interindividuelle Unterschiede bei der Trauerarbeit. Die Problematik einer „Patientenverfügung“ wird kurz angesprochen: Entscheidungen, in gesunden Tagen für etwaige Problemsituationen („Intensivstation“) getroffen, werden in der Situation selbst oft in Frage gestellt.

Schlüsselwörter: Sterben und Tod in früheren Zeiten und heute, Einstellung und Verhalten von Ärzten und Pflegepersonal, Sterbebegleitung, Hospizbewegung, die Individualität des Sterbens

ABSTRACT

Whereas in former centuries dying and death belonged to the every-day experiences and one perceived how men of any ages died, there is to be observed a repression or tabuization of dying and death during the 20th century. Today most of the persons die in very high ages; 80% of these in a hospital although most of them would prefer to end their lives in the intimate environment of their homes. The Hospice Movement made this problem to its main issue by developing strategies for death companionship, which helps the dying person and his family without shortening the life by artificial means. – Doctors and care-persons so far are not sufficiently trained in escorting dying persons. The individuality of the dying process is stressed, also the interindividual differences in mourning. – The paper also mentions the problem of the „patient's will“. Decisions which were made in a healthy situation for the case of emergency are questioned in the situation of need.

Keywords: dying and death formerly and today, attitudes and behavior of doctors and nurses, escorting the dying person, hospice movement, individuality of dying

Anschrift des Autors: Prof.em.Dr.Dr.h.c. Ursula LEHR
Am Büchel 53 B, D - 53173 Bonn

I. Einleitung: Historische Aspekte

„Der Tod war in früheren Epochen der Geschichte eine durch Riten gebändigte Passage zwischen einem kurzen und beschwerlichen irdischen Leben und einem ewigen Leben nach dem Tod in Verdammnis oder ewiger Seligkeit. In den letzten 200 Jahren wurde die Spanne des irdischen Lebens vergrößert, zugleich ging die Perspektive auf ein Leben nach dem Tode in wachsendem Maß verloren. Die sozialen und technischen Errungenschaften haben ebenso wie die Erfolge der medizinischen Wissenschaften den Tod zu einem verdrängten Thema werden lassen“ – so 1991 einleitend zu dem Buch des Sozialhistorikers Arthur IMHOF „Ars moriendi – die Kunst des Sterbens einst und heute“.

In diesem Buch wird eine Verdrängung des Sterbens im Laufe des 20. Jahrhunderts konstatiert und u.a. darauf zurückgeführt, dass man nun nicht mehr „ein Leben lang“ gestorben ist, sondern das Sterben ins 7., 8., 9. Lebensjahrzehnt hinein verschoben wurde. „Mitten in dem Leben sind wir vom Tod umfungen“ – das galt für frühere Zeiten (zwischen 1750 und 1850 sind 67-70 von tausend Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren gestorben, heute sind es gerade noch 1,1 je tausend in dieser Altersgruppe, bei den Frauen sogar nur 0,4 je tausend). Für ganze Generationen unserer Vorfahren war es selbstverständlich, dass Sterben und Tod zu jeder Zeit eintreffen konnten: „sie lernten sterben“; sie verdrängten den Tod nicht, was angesichts seiner Allgegenwart auch schwerlich gelungen wäre. „In unseren Tagen haben wir Sterben und Tod im Säuglings-, Kindes-, Jugendlichen – und Erwachsenenalters bis hoch in die Siebziger und Achtziger wie nie zuvor unter Kontrolle gebracht, aus dem Alltag gebannt.“ – Im Alltag zwingen Sterben und Tod uns nicht länger zur Auseinandersetzung.

Ähnlich der französische Autor, Philippe ARIES, der die „Geschichte der Kindheit“ schrieb und sinnigerweise 1975 schon ein Buch herausgebracht hat „Die Geschichte des Todes

im Abendland“. Dieses Buch liest sich geradezu spannend. Wie beruhigend ist doch die Überschrift im ersten Teil: „Wir sterben alle“. Dann wird „der gezähmte Tod“, der auf dem Sterbebett die „vertrauten Todesrituale kennt“, dargestellt. Tod ist in der Familie, in der Dorfgemeinschaft wie selbstverständlich integriert, man hat das Sterben Anderer so und sooft erlebt, man kann also das eigene Sterben – oder zumindest den zeremoniellen Ablauf – antizipieren: die äußere Form des Abschiednehmens, der Totenwache, der Beerdigung ist festgelegt, man weiß, wie alles ablaufen wird. Die Zukunft ist – zum Teil wenigstens – bekanntes Land – und dennoch: äußere Form ersetzt keinen inneren Gehalt. Die Frage sei erlaubt: Ist die Flucht in diese äußere Form manchmal nichts anderes als Hilflosigkeit, mit der man eine innere Auseinandersetzung verdrängt? Ist der „Aufruf zur Kranzspende“ nicht manchmal auch nur ein Zeichen innerer Hilflosigkeit? Und sind die „Denkmäler für die Toten“ nicht oft als Versuch der Verwandtschaft zu sehen, eigene Schuldgefühle dem Verstorbenen gegenüber abzubauen oder wenigstens zu mildern?

Das 19. Jahrhundert sieht ARIES durch die Illusion vom „schönen Tod“ bestimmt: „Aber dieser Tod ist nicht mehr der Tod, er ist eine Illusion der Kunst“⁴². Das gleiche Jahrhundert aber sieht der Autor als „Beginn der Lüge“, der Verdrängung des Todes, der Tabuisierung. In einer Erzählung von TOLSTOI wird die Scheu geschildert, „eine Todkranke auf die Idee des Todes vorzubereiten“, „um nicht die Illusion zu zerstören, die sie noch eine Zeit lang aufrecht erhalten möchte“. Man glaubte, bis in die 2. Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hinein, dem Kranken seinen Zustand verheimlichen zu müssen.

IMHOF stellte fest: Die Tabuisierung des Todes, die Entfremdung der Sterbenden und der Toten, ist Realität. Als nach der Reformation die Kirche „mehr Respekt“ vor ihren Toten forderte, kam es zur Ummauerung, Einfriedung,

Abgrenzung der Friedhöfe – und damit zur Ausgrenzung der Toten – zuerst physisch hinter Kirchhofmauern, dann aber auch zur Verdrängung aus unserem Bewusstsein. In früheren Zeiten sei auch der Verstorbene allgegenwärtig gewesen: „Wesentliche Bereiche des öffentlichen Lebens spielten sich mit Vorliebe auf dem völlig frei zugänglichen Friedhof ab“ – wie es heute z.B. in Mexiko noch der Fall ist, wo man manchmal Familienfeste auf den Friedhof verlegt, ein Picknick auf den Gräbern kennt, um die Verstorbenen mit einzubeziehen, – wo man übrigens auch heute noch nichts dabei findet, seinen Freunden einen aus Zuckermasse hergestellten Totenschädel mit deren eingraviertem oder aufgespritzten Namen zu schenken.

II. Tod und Sterben in unserer Zeit

Ich möchte hier nicht weiter im Detail auf die Geschichte des Todes, des Sterbens eingehen, sondern mich der Gegenwart zuwenden:

Die Institutionalisierung des Todes, die Hin- und Verlagerung des Todes aus der Familie, ist eine der großen Vorwürfe, die man unserer Gesellschaft heute macht. So hat KLASCHIK (1994) festgestellt, dass 80% aller Menschen in Deutschland in Krankenhäusern sterben, aber 90% zuhause in ihrer vertrauten Umgebung sterben wollen, dann stimmt etwas nicht. Die Hospizbewegung, Ende der sechziger Jahre (1968) nach der Gründung des St.Christopher Hospiz in London, hat mittlerweile enorm an Boden gewonnen und hat sich dieser speziellen Thematik angenommen. Hinter der Hospizbewegung steht eine vertiefte Nachdenklichkeit über den Sinn und die Würde menschlichen Sterbens, – ein Gedanke also, der sich gegen künstliche Verdrängung von Sterben und Tod richtet.

Eine Tabuisierung der Thematik Tod und Sterben war zweifellos im letzten Jahrhundert gegeben, bis KÜBLER-ROSS (1969, 1973) mit ihren Büchern und ihrer Stadien- und Sterbenstheorie des Sterbens

die Diskussion entfachte. Auch wenn man einer solchen „Stufeneinteilung“, die wohl aus der Begleitung junger Sterbender, vor allem von Krebspatienten entstand, sehr skeptisch gegenüberstehen muss (1. Stufe: Nichtwahrhaben-Wollen, Isolierung; 2. Zorn und Auflehnung („warum gerade ich“?), 3. Verhandeln mit dem Schicksal, 4. Depression, 5. Zustimmung, Annahme des Todes) und eine Verallgemeinerung kaum möglich ist, kommt KÜBLER-ROSS doch das Verdienst zu, die Diskussion angefacht zu haben.

In den letzten 15 Jahren sind derart viele Abhandlungen über Tod und Sterben erschienen, dass man kaum mehr von einer „Verdrängung“ des Sterbens sprechen kann. Doch, obwohl es mittlerweile „death education programs“ gibt, obwohl in den USA eine Zeitschrift „Death and Dying“ herausgegeben wird, wird man fragen müssen, ob der Umgang mit Sterben und Tod ein besserer geworden ist.

„Handreichungen für den Umgang mit Sterbenden“ (Paul SPORKEN, 1981, Ina SPIEGEL-RÖSING und Hilarion PETZOLD, 1984, SCHMITZ-SCHERZER, 1992) sind zahlreich erschienen, neuerdings ein sehr gutes praxisorientiertes Buch von Birgit STAPPEN und Reinhard DINTER: „Hospiz: Was Sie wissen sollten, wenn Sie sich engagieren wollen“, erschienen im Herder-Verlag 2000.

Zweifellos gilt: eine reale Sicht der Lebenssituation im höheren Alter sollte auch die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Daseins nicht scheuen. Die psychologische Literatur zum Todesproblem ist in den letzten 30 Jahren sehr angestiegen, ist sehr umfangreich. Die meisten Untersuchungen gehen allerdings der Frage der Einstellung zum Tod nach oder dem Verhalten der Umwelt gegenüber den Sterbenden.

Methodisch abgesicherte Untersuchungen an Menschen in ihrer allerletzten Lebensphase verbieten sich zumindest jenen verantwortungsbewussten Forschern, die mit Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben stehen. Hier sollte sich die empirische Wissenschaft ihre Grenzen eingestehen – auch im Zeitalter des „Big Brothers“! Der

Sterbende selbst als Gegenstand psychologischer, experimenteller Untersuchungen, Befragungen, Testungen oder gar Video-Aufnahmen und Tonbandprotokollen übereifriger methodenbewusster Forscher – das lehne ich ab. Das Sterben eines Menschen ist etwas so Einmaliges, dass sich jede Generalisierung verbietet. Der Sterbeprozess in seiner Endphase entzieht sich – Gott sei Dank – dem strengen wissenschaftlichen Zugriff.

III. Der Beitrag der Psychologie zur Thematik Sterben und Tod

Die Psychologie als „Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten“ hat zunächst zu fragen

- wie erlebt der Mensch die Situation des Lebensendes

- wie verhält er sich in dieser oder angesichts dieser

- und was sind die Gründe für dieses Erleben und Verhalten.

Die Psychologie hat aber dann weiter zu fragen: welche Konsequenzen sind aus diesen Erkenntnissen zu ziehen, wie kann man intervenieren, wie kann man helfen, dem Sterbenden die Situation zu erleichtern.

Wir haben hier einmal die Situation vom Sterbenden selbst aus zu sehen, sodann von Arzt und Pflegekräften aus, auch von dem begleitenden Geistlichen aus und vor allem von den Angehörigen her.

Untersuchungen aus der Sicht des Sterbenden sind selten. Es sind eher Untersuchungen zur Einstellung zur Endlichkeit des Daseins, meist durchgeführt an Menschen, für die das Lebensende noch nicht Realität wird.

1. Tod und Sterben aus der Sicht der Älteren: Die Individualität des Sterbens

„Jeder Mensch hat seinen eigenen Tod“ (RILKE), jeder Mensch hat seine ihm ureigenste Art, den letzten Weg seines irdischen Daseins zu ge-

hen. Der Tod ist die letzte „developmental task“, die letzte Entwicklungsaufgabe (HAVIGHURST), die jedes Individuum für sich zu meistern hat. Wir können uns vielleicht auf diese Entwicklungsaufgabe (genau wie auf alle anderen Entwicklungsaufgaben wie Partnerwahl, Familiengründung, empty-nest-Situation, Pensionierung, Verwitwung u.dergl.mehr) vorbereiten, indem wir diese Situation antizipieren und nicht als Unangenehmes von vorneherein verdrängen. Der Theorie nach müsste eine Antizipation der Situation die Auseinandersetzung mit dieser in der konkreten Situation erleichtern. Das trifft zweifelsohne für die Familiengründung, die Entbindung, die empty-nest-Situation, die Scheidung, die Pensionierung, den Umzug ins Altenheim zu. Für diese Situationen ist – wie Untersuchungen gezeigt haben – die konkrete gedankliche Vorwegnahme nachgewiesenermaßen eine Hilfe, welche die Anpassung an die neue Situation erleichtert. – Ob das allerdings auch für das Sterben zutrifft, kann ich Ihnen nicht sagen. Über das Sterben reden oder das eigene Sterben bis in alle Einzelheiten zu antizipieren, das ist zweierlei.

Die Formen der Auseinandersetzung mit der Todesproblematik sind jeweils andere, ob es sich noch um relativ rüstige ältere Menschen – selbst sehr hohen Alters – oder um Patienten handelt, die an einer schweren Krankheit leiden. In der Auseinandersetzung nicht akut erkrankter Hochbetagter mit der Thematik „Tod und Sterben“ fand SCHNEIDER (1989) eine starke Realitätsorientierung und Selbstbehauptung, d.h. eine geradezu forcierte Unterstreichung der Selbstverständlichkeit der Tatsache, dass alle Menschen einmal sterben müssen. Den Tod nimmt man hin, den Sterbeprozess, das Leiden, fürchtet man.

Vielleicht lässt sich aber auch eine andere Erkenntnis aus der „developmental-task“-Forschung in gewisser Weise übertragen. Jedes kritische Lebensereignis (zu dem auch der Tod bzw. das Sterben Angehöriger gehört) wird von jedem Individuum unterschiedlich erlebt

- je nach der eigenen Vergangenheit, nach biografischen Gegebenheiten
- je nach den gegenwärtigen situativen Bedingungen
- je nach Zukunftsorientierung

Das heißt: die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben wird einmal mit bestimmt vom bisherigen Leben (von Todeserfahrungen, aber auch von Lebenserfahrungen: dem Gefühl, seine Lebensaufgaben erfüllt zu haben, einen „geordneten“ Haushalt zu hinterlassen), zum anderen auch von der konkreten gegenwärtigen Situation: den krankheitsbedingten Umständen, aber auch von familiären-sozialen Beziehungen; schließlich von der Zukunftsorientierung, dem Glauben an ein Weiterleben nach dem Tod. – „Sterben lernen“ heißt eigentlich „leben lernen“. Das hat der Tübinger Psychiater SCHULTE klar ausgedrückt, wenn er sagt: „Belastend für den Alternden ist nicht so sehr, dass er gelebt hat und mit der Zeit auf dieses Leben verzichten muss, sondern belastend für den Einzelnen ist, dass man gerade nicht gelebt hat, nicht richtig, nicht ernst genug, nicht erfüllt genug, dass man überhaupt nicht gelebt hat und das Angebot des Lebens vertan ist, bevor es sich überhaupt erst hat entfalten können“³. Auch das macht den Vergangenheitsaspekt deutlich.

Das Sterben erleichtern helfen, heißt auch, bei einem Rückblick dem Sterbenden klar werden zu lassen, dass er gelebt hat, dass sich sein Leben gelohnt hat, ihm bei einer positiven Bilanzierung helfen, außerdem ihm zeigen, dass in der gegenwärtigen Situation alles geregelt ist (bzw. ihm bei dieser Regelung zu helfen), dass er getrost Abschied nehmen kann in eine andere Zukunft.

Eine der wenigen Studien, die Sterbende begleitet haben, ist jene von KRUSE (1988). Ein Team der ambulanten Rehabilitation, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Therapeuten, begleitete schwerkranke Patienten über mehrere Wochen und Monate. So gelang es KRUSE, die Vielfältigkeit der Ausein-

andersetzungsformen mit dem bevorstehenden Lebensende aufzuzeigen. Er unterschied – bei Betonung großer interindividueller Differenzierungen – 5 Gruppen:

1. Akzeptanz des Sterbens und des Todes bei gleichzeitiger Suche nach jenen Möglichkeiten, welche das Leben noch bietet.

2. zunehmende Resignation und Verbitterung, die das Leben als Last empfinden lässt;

3. Überwindung bzw. Minderung der Todesangst durch Gewinnung eines neuen Lebenssinns;

4. Bemühen, die Bedrohung der eigenen Existenz nicht in das Zentrum des Erlebens treten zu lassen;

5. Überwindung tiefer Depression mit Hilfe von Angehörigen und Freunden und schließliches Sichfügen in das Unvermeidliche.

Jede dieser Verlaufsformen ist durch spezifische biografische Konstellationen, ein jeweils spezifisches soziales Netzwerk und eine aus diesen Rahmenbedingungen resultierende Thematik charakterisiert. Dabei ist diese „Typologie“ nur als Instrument der Annäherung an die hohe Individualität des Sterbeprozesses und insbesondere auch an die „Individualität des Arzt-Patienten-Kontaktes“ zu sehen.⁴

2. Der Arzt und der Sterbende

Unheilbare Krankheit und Sterben im höheren Lebensalter waren nicht immer Gegenstand ärztlichen Bemühens. Die Ärzte der Antike haben es weitgehend abgelehnt, unheilbar kranke Menschen zu behandeln. In den ersten christlichen Hospitälern Anfang des 4. Jahrhunderts wurden erstmals chronisch kranke und altersschwache Menschen gepflegt. Hier war die seelsorgerische und pflegerische Betreuung dominant, die ärztliche Behandlung spielte kaum eine Rolle.

Erst im 19./20. Jahrhundert wandte sich die Medizin verstärkt den Alten zu. „Der Glaube daran, dass dann, wenn man die Errungenschaften der technischen Medizin konsequent

einsetzt, ein beschwerdefreies langes Leben und ein problemloses Altern und Sterben zu erreichen sei, führte zur Einrichtung der einseitig auf die technische Bekämpfung von Krankheiten und die Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichteten Krankenhäuser, in denen Unheilbarkeit und Tod nicht vorgesehen sind.⁴⁵

Auch heute gilt: der Arzt wird ausgebildet zum Heilen, zum Gesundmachen – und nicht zum Sterbebegleiter. Der Arzt arbeitet für die Genesung und das Lebenserhalten – wie es ein Arzt selbst einmal ausdrückte: „Ich bin für die Heilbaren wichtiger und mehr da als für die Unheilbaren. Ich lege vielleicht Lippenbekenntnisse ab für die Unheilbaren, dass die also besonders meine Hilfe brauchen. Aber im Grunde fühle ich mich den Heilbaren mehr verpflichtet“.⁶

Probleme des ärztlichen Umgangs mit Sterbenden sind folgende:

1. Es gibt keine Ausbildung im Studium in der Begleitung Sterbender;

2. Ärzte erleben das Sterben als Misserfolg ihres beruflichen Könnens;

3. Daraus ableitbar: obwohl sie wissen, dass der Sterbende mehr Zuwendung braucht, meiden sie vielfach das Zimmer des Sterbenden;

4. Die Aufklärung über die Unheilbarkeit der Krankheit macht Ärzten Schwierigkeiten; der Aufklärungspflicht entsprechend teilen sie zwar die Diagnose mit, machen aber nicht deutlich, dass es sich um ein Terminalstadium handelt. Ihre „hoffnungsvolle Haltung“ verhindert die Antizipation beim Kranken und seinen Angehörigen;

5. Oft verurteilen Ärzte „die Bequemlichkeit der Familienangehörigen“, die nicht genug anwesend sind und die Sorge um den Sterbenden an die Institution abgeben (als Entlastungsfunktion);

6. Die notwendige Hilfe für die Angehörigen nach dem Tod bleibt oft aus – z.T. aus eigener Unsicherheit.

GLASER et. al. (1978) fand die Bestätigung der These, dass der Patient „einen sozialen Tod“ er-

leide, längst bevor der eigentliche Tod eintrete. Man gebe zwar medizinisch die notwendige Hilfe, meide aber verstärkte Zuwendung. Hier – so fand man – werden ältere Sterbende besonders wenig beachtet, während man bei jüngeren Sterbenden stärker Anteil nehme. Offenbar stelle sich der Arzt oft unbewusst die Frage: *welch ein Verlust bedeutet der Sterbende für seine Umwelt.* – EISDORFER bezeichnete den Arzt in einer solchen Situation als „decision maker“; er hat manchmal schwerwiegende Entscheidungen zu treffen (lässt man dem Jüngeren oder dem Älteren die begrenzte Hilfe zukommen – wie es bis vor 10 Jahren in der damaligen DDR bereits bei den wenig vorhandenen Dialyse-Möglichkeiten der Fall war, so dass ein Arzt sich bei mir beklagte: „es ist schrecklich, wir müssen immer Schiedsrichter spielen“) – Entscheidungen, für die der Arzt – in Altersfragen speziell – nicht hinreichend ausgebildet sei.

Nach MISCHKE (1996) gibt es in der modernen Krankenhaus-Kultur eine spezifische Rollenerwartung an den Sterbenden, nämlich „ohne Aufhebens so problemlos wie möglich“⁴⁷ zu verschwinden. Unter Berufung auf GLASER und STRAUSS (1974) meint sie, Arzt und Schwestern seien dankbar, wenn Patienten den Tod „mit stiller Resignation hinnehmen“. Offenbar ist der „stille“ Sterbende das Ideal, das man herbeisehnt.

3. Das Pflegepersonal im Krankenhaus und der Sterbende

In verschiedenen Publikationen wird hervorgehoben, dass Krankenschwestern um die Zimmer von Sterbenden – und ganz besonders um jene von älteren Sterbenden – lieber einen großen Bogen machen, sie weniger besuchen – aus Hilflosigkeit und Unsicherheit – und das dann vor sich selbst entschuldigen mit dem Hinweis, der Patient wolle seine Ruhe. Hingegen erhalten die attraktiven, aktiven Patienten, die eine Zuwendung von Schwestern vielleicht weniger notwendig haben, den häufigsten und längsten

Besuch und größten Zuspruch. Auch hier gilt: Der Mensch stirbt einen sozialen Tod längst vor seinem biologischen Tod. Doch vor Verallgemeinerungen möchte ich hier mit Nachdruck warnen. Hinzuweisen ist vielmehr

1. auf die fehlende praxisbezogene Ausbildung im Hinblick auf Sterbebegleitung; die Phasen nach KÜBLER-ROSS, die man vielleicht auswendig gelernt hat, reichen da nicht aus.

2. In der Konfrontation mit dem Sterbenden steht die Schwester oft allein da, kann ihre Erfahrungen nicht verarbeiten.

3. Die Konfliktsituation der Schwester, die nicht befugt ist, die „Wahrheit“ zu sagen.

4. Besonders problematisch für die Schwestern sei der Umgang mit alten Sterbenden. Im Umgang mit Kindern und jungen Sterbenden hat man eine viel größere Anteilnahme festgestellt.

5. Für den Umgang mit trauernden Angehörigen ist die Schwester erst recht nicht geschult.

Ähnliche Feststellungen machte SCHMITZ-SCHERZER (1982) im Hinblick auf Altenpfleger und den Umgang mit Sterbenden. Auch hier fehlt es oft an der Vorbereitung in der Ausbildung; außerdem schlage hier zu Buche, dass der Altenpfleger, der den Sterbenden meist seit längerer Zeit kennt, oft persönlich betroffen sei „wegen der langfristigen Vertrautheit mit dem Sterbenden, welche familienähnliche Bindungen entstehen ließ“. SCHMITZ-SCHERZER spricht hier von einem „Mitsterben“, das dann die Zuwendung zu den anderen Heimbewohnern manchmal erschwert.

4. Der Geistliche und der Sterbende

Die meisten katholischen Krankenhausseelsorger sind selbst älter als 60 Jahre; oft werden Krankenhäuser nur nebenamtlich von Pfarreien mitversorgt – so dass eine echte Sterbebegleitung schon aus Zeitgründen nur eingeschränkt möglich ist. Ein hauptamtlicher Krankenhausseelsorger hat zwischen 800 und 1200 Betten zu betreuen. Folgende Probleme ergeben sich:

1. Aufwendige Sterbebegleitung ist oft aus Zeitgründen nicht möglich;

2. Der Besuch des Geistlichen wird oft als Zeichen des herannahenden Endes gedeutet. Die Krankensalbung, die letzte Ölung wird von vielen Kranken nicht als Stärkung aufgefasst („so schlimm ist es mit mir doch noch nicht“).

3. Das Sterben selbst wird vom Geistlichen äußerst selten miterlebt. Nur wenn sie von Angehörigen gebeten werden.

4. Die Gesprächsinhalte betreffen vielfach die momentane Krankheit, Schmerzen, vielleicht noch Familienprobleme; sie seien meistens, oberflächlich gesehen, säkularer Art. Dabei möchte mancher Kranke sein „Leben noch in Ordnung bringen“.

5. Die rechte Ansprache an die Trauernden glückt nicht immer.

5. Die Angehörigen und der Sterbende

Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Sterbende oft eher bereit ist, den Tod anzunehmen, dass er selbst darüber reden möchte, dass aber die Familie oft nicht zu einem Akzeptieren dieser Situation zu bringen ist.

Interessant und problematisch ist das Ergebnis einer Erhebung von BROWN (1969), wonach sich 38% der Patienten für eine Euthanasie im Sinne der Linderung der Leiden, auch wenn dadurch das Leben verkürzt wird, aussprechen, jedoch sogar 54% der Verwandten. „Ist es bei ihnen wirklich Mitleid mit dem Leidenden – oder ein Nicht-Ertragen-Können der Situation?“ wird hier gefragt.

Dem bei einem längeren Sterbeprozess zuhause stets anwesenden Partner wird einiges aberlangt – und er braucht Unterstützung durch die Umwelt. Er braucht jemanden, mit dem er seine einmaligen Erfahrungen in der Situation, die Reaktionen des vielleicht sogar verwirrten Sterbenden, bespricht, um selbst „zu verarbeiten“ und so für die nächsten Stunden gerüstet zu sein. Oft spricht der Sterbende in Phantasien, in Traumbildern, – die es zu deu-

ten gilt und auf die man vielleicht reagieren sollte. Der Angehörige braucht Hilfe für eine realistische Antizipation des Todes. Der Angehörige braucht vor allem aber Beistand, wenn das – auch erwartete – Ereignis eingetreten ist und er jetzt erst merkt, in wie vielfältiger Weise sich das Leben ändert.

IV. Sterbebegleitung

Es ist wohl mit ein Verdienst der Hospiz-Bewegung, die Thematik der Sterbebegleitung stärker in den Vordergrund der Diskussion zu rücken. In dem gerade eben erschienenen Buch von Birgit STAPPEN (2000) werden sehr deutlich Aufgaben der Sterbebegleitung herausgearbeitet⁸, wobei immer wieder die Individualität des Sterbens betont wird. Es gilt,

- die Autonomie des Sterbenden zu achten;
- Leben bis zuletzt zu ermöglichen;
- den Sterbenden und seine Angehörigen als Mitglieder einer Familie zu sehen;
- die bewusste Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens zu fördern;
- Gefühle des Sterbenden zu akzeptieren und zu klären;
- ein vertieftes Anteilnehmen zu erlernen;
- Sozialberatung zu vermitteln und
- in spirituellen und religiösen Fragen zu begleiten.

Es gilt, die Ängste des Sterbenden zu verstehen, die sehr vielseitig sein können und nach Möglichkeit zu helfen, diese zu mindern.⁹ Diese Ängste können sich auf die eigene Person beziehen oder auf andere Menschen. Auf die eigene Person bezogen sind es Ängste „vor dem eigenen Sterben, vor körperlichem Leid, vor Demütigung, vor dem Verlust persönlicher Würde, vor Einsamkeit, vor dem eigenen Tod, vor dem Aufgeben wichtiger Ziele, vor den Folgen des eigenen Todes für die Angehörigen, vor Bestrafung im Jenseits, vor dem Unbekannten, vor der Vernichtung des eigenen Körpers.“

Der Sterbende hat Verluste zu verarbeiten. Auch diese können sich auf unterschiedlichste Inhalte beziehen; zum Beispiel „auf den Verlust der vertrauten Menschen, auf den Verlust der sozialen Situation, auf den Verlust der Rolle innerhalb der Familie, auf den Verlust von Arbeit, Prestige, Einkommen und Aufgabe, auf den Verlust von Fähigkeiten, Lebenszielen, Plänen und Klärungsmöglichkeiten, auf den Verlust von Hoffnung, Sinn, Vergangenheit und Zukunft ...“¹⁰

Eine wesentliche Aufgabe der Hospizarbeit ist die Begleitung der Familienangehörigen. Dabei geht es einmal um sehr praktische Fragen (Hilfen bei der Beschaffung von Hilfsmitteln und Prothesen, bei der Koordination von Pflegediensten, bei der Finanzierung von Hospizaufenthalten bis hin zu Hilfen bei Bestattungsfragen, Finanzierungs- und Rentenfragen).¹¹

Sehr entscheidend ist aber auch die Hilfe bei der Bewältigung und Anpassung an die neue Lebenssituation und Anpassung an die Verwitwung. Die hierzu vorliegende Literatur ist sehr umfangreich.¹² STAPPEN selbst hat verwitwete ältere Frauen begleitet und deren Situation zu drei Zeitpunkten erfasst: unmittelbar nach dem Tod des Partners, ein halbes Jahr später und ein Jahr nach dem Tod. Im Mittelpunkt des Erlebens des Partnerverlustes stand die eigene Ohnmacht, der hohe Grad erlebter Unveränderlichkeit der Situation, der hohe Grad subjektiver Belastung. Allerdings gibt es hier sehr starke interindividuelle Unterschiede: Diejenigen älteren Witwen, die ihre Ehe als harmonisch und „gelingen“ erlebten, konnten sich an die neue Situation schneller anpassen, als jene, die ihre Ehe als problematisch und schwierig erlebt hatten.

Zusammenfassend stellt STAPPEN (1988) fest: „Eine erfolgreiche Bewältigung und Anpassung an die Verwitwung ist dann eher möglich, wenn

- die Ehe partnerschaftlich ausgerichtet war und Raum ließ für die Entwicklung von Eigen-

ständigkeit in der Bewältigung des Lebensalltags;

- über die Lebensgemeinschaft hinaus eine persönliche Identität erreicht wurde, die dem Hinterbliebenen das Alleinsein nun erleichtert;

- die Partnerschaft als „gut“ bezeichnet wird und Anzeichen „konstruktiver Strategien“ zur Konfliktlösung vorhanden sind;

- eine Möglichkeit zur Antizipation des Partnerverlustes gegeben war und zuvor eine bewusste Auseinandersetzung mit der Endgültigkeit und Endlichkeit des Daseins erfolgt ist;

- der Tod und die damit gegebene Veränderung der Lebenssituation akzeptiert wird und sich Anzeichen für eine innere Loslösung vom Verstorbenen finden;

- eine gewisse Vertrautheit mit durch Tod bedingten Verlusterfahrungen vorhanden ist und bereits zuvor der Verlust eines nahen Angehörigen durchlitten und überwunden worden ist;

- der Hinterbliebene finanziell von anderen unabhängig ist und in zwischenmenschlichen Beziehungen lebt, die durch ein Gleichgewicht des Austauschs von Geben und Nehmen gekennzeichnet sind.“

Weitere Hinweise auf erfolgreiche Anpassung sind gegeben

- bei relativ stabiler objektiver und subjektiver Gesundheit,

- Zufriedenheit im Hinblick auf die Kongruenz erstrebter und erreichter Lebensziele;

- Vorhandensein eines breiten Interessensradius und erhöhter sozialer Aktivität;

- Berufstätigkeit bzw. ehrenamtlicher Übernahme von fest umrissenen Aufgaben (mit hinreichender Strukturierung des Tageslaufs);

- erlebter sozialer Eingebundenheit und Unterstützung.

Schlussbemerkung

Die Thematik „Umgang mit Sterben und Tod“ hat viele Aspekte, von denen ich nur einige aufgreifen konnte. Ausgespart habe ich die Euthanasie-Debatte, der der morgige Tag ge-

widmet ist; ausgespart habe ich auch die Thematik der „Patientenverfügung“. Hierzu nur kurz soviel: In relativ gesunden Tagen getroffene Entscheidungen (z.B. keine Lebensverlängerung in der Intensiv-Station) werden häufig in der Situation selbst nicht mehr aufrecht erhalten. Studien an Patienten, welche die Intensiv-Station überlebt haben, zeigen einmal, wie stark oft diese Situation miterlebt wird, auch wenn man für „im Koma“ gehalten wurde (und dennoch das Gespräch zwischen den Ärzten und Schwestern „aus dem wird nichts mehr“ mitbekommen hat), zeugen zum anderen von Ängsten, dass die Apparate – der eigenen Verfügung entsprechend – abgestellt werden.

1982 ist ein Buch unter dem Titel „Mysterium mortis“ erschienen (L. BOROS). Das Geheimnis des Todes. Darin heißt es: „Unsere Wissenschaft kann den Vorgang des Sterbens beobachten, sogar vermessen und beschreiben. Aber in den Blick und in den Griff bekommen wird man das Ganze des Sterbens nicht. Gerade hier tut sich eine Grenze auf, wo man spürt, dass man an eine andere Wirklichkeit stößt, wo man nicht mehr weiß, wie es weitergeht. Wir stehen vor dem Geheimnis.“¹³

Und bei GUARDINI heißt es: „Altwerden heißt, dem Tod nahekommen, je älter, desto näher. In dieser Nähe tritt das Urgestein des Daseins hervor. Die Urfragen erheben sich: Ist der Tod die Auflösung ins Leere oder der Durchschritt ins Eigentliche? Darauf gibt nur die Religion Antwort.“¹⁴

Und an anderer Stelle heißt es bei GUARDINI: „Denn auch das Alter ist Leben ... Wohl bedeutet es die Annäherung an den Tod; aber auch der Tod ist ja noch Leben. Er ist nicht nur ein Aufhören und Zunichtwerden, sondern trägt einen Sinn in sich. Denken wir an die Doppelbedeutung, die das Wort „Enden“ hat, und die in der Verbindung mit dem Eigenschaftswort „voll“ zutage tritt. „Voll-enden“ heißt wohl, zu Ende bringen, aber so, dass sich darin das erfüllt, worum es geht. So ist der Tod nicht das Nullwerden, sondern der Endwert des Lebens – etwas, das

unsere Zeit vergessen hat. Die Alten haben von der „ars moriendi“ gesprochen, von der Kunst des Sterbens, und damit sagen wollen, es gäbe ein falsches und ein richtiges Sterben: das bloße Ausrinnen und Zu-Grunde-Gehen – aber auch das Fertig- und Voll-Werden, die letzte Verwirklichung der Daseinsgestalt.“

Referenzen

1. IMHOF, A., *Ars moriendi – die Kunst des Sterbens einst und heute*, Böhlau, Wien (1991), S.12
2. ARIES, P., *Die Geschichte des Todes*, dtv, München (1999), S. 601
3. SCHULTE, (1971) S.82f
4. KRUSE, A., *Die Auseinandersetzung älterer Menschen mit chronischer Krankheit, Sterben und Tod*. In: KRUSE, A., LEHR, U., OSWALD, F., ROTT, C. (Hrsg.), *Gerontologie: wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis*, Bayerischer Monatsspiegel, München (1988), S.413
5. EIBACH, U., *Der verdrängte Tod. Theologische Beiträge*, (1975)
6. SCHMITZ-SCHERZER, R., BECKER, K.F., *Einsam sterben – warum? Anregungen zur kirchlichen Selbstbestimmung*, Vincentz, Hannover (1982), S.39
7. MISCHKE, M., *Der Umgang mit dem Tod*, D. Reimer, Berlin (1996), S.235
8. Vgl. STAPPEN, B., DINTER, R., *Hospiz: was sie wissen sollten, wenn sie sich engagieren wollen*, Herder, Freiburg (2000), S.15
9. Vgl. ebd., S.33
10. Vgl. ebd., S.35
11. Vgl. ebd., S.41
12. Vgl. LEHR, U., *Psychologie des Alterns*, 9. völlig neu bearbeitete Auflage (2000), Quelle & Meyer Heidelberg/Wiesbaden (1.A.1972), S.278ff
13. BOROS, L., *Mysterium mortis*, (1982), S.17
14. GUARDINI, R., *Die Lebensalter*; Würzburg (1957)