

Gerhard Höver Dezember 2015 Tutzing

Innere Freiheit – Innere Ruhe? Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende.
(Kurzfassung)

„Sanftes Sterben“ (Tausch)
 „Glücklich Sterben“ (Küng)
 „Selbstbestimmt Sterben“ (Borasio)
 „Versöhnt sterben“ (Daiker)
 „In Ruhe Sterben“ (Gronemeyer, Heller)

Anne-Marie und Reinhard Tausch: Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet (1985)
 Erster Teil: „Krankheit und Sterben – eine Möglichkeit der Selbstentwicklung“

„Sanftes Sterben/ sanfter Tod“: ein Topos, der sich ab dem 18. Jahrhundert in den sog. Leichenpredigten findet

Vgl. Georg Telemann, Trauer-Kantate „Du aber, Daniel, gehe hin“:

Arioso: „Komm, sanfter Tod, du Schlafes Bruder,
 komm, löse meines Schiffleins Ruder
 und führe meines Lebens Kahn
 ans Land der guten Hoffnung an,
 wo stete Ruh und Freude lacht.“

Bach, Kantate Nr. 157, Aria: „Komm, sanfter Tod, und führ mich fort, wo Gott und seines Lammes Gäste in Kronen zu der Hochzeit sein.“

Matthias Claudius (1740-1815)

die große Kunst des guten Sterbens gipfelt in der großen Gnade des sanften Todes

Abendlied

*Der Mond ist aufgegangen,
 die goldnen Sternlein prangen
 am Himmel hell und klar;
 Der Wald steht schwarz und schweiget,
 und aus den Wiesen steigt
 der weiße Nebel wunderbar.*

*Wie ist die Welt so stille,
 und in der Dämmerung Hülle
 so traulich und so hold!
 Als eine stille Kammer,
 wo ihr des Tages Jammer
 verschlafen und vergessen sollt.
 Seht ihr den Mond dort stehen?-
 Er ist nur halb zu sehen,
 und ist doch rund und schön!
 So sind wohl manche Sachen,
 die wir getrost belachen,
 weil unsre Augen sie nicht sehn.*

*Wir stolze Menschenkinder
sind eitel arme Sünder
und wissen gar nicht viel;
Wir spinnen Luftgespinste
und suchen viele Künste
und kommen weiter von dem Ziel.*

*Gott, lass uns dein Heil schauen,
auf nichts Vergänglich's trauen,
nicht Eitelkeit uns freun!
Laß uns einfältig werden,
und vor dir hier auf Erden
wie Kinder fromm und fröhlich sein!*

*

*Wollst endlich sonder Grämen
aus dieser Welt uns nehmen
durch einen sanften Tod!
Und, wenn du uns genommen,
laß uns in Himmel kommen,
du unser Herr und Gott!*

*So legt euch denn, ihr Brüder
in Gottes Namen nieder;
Kalt ist der Abendhauch.
Verschon uns, Gott! mit Strafen
und laß uns ruhig schlafen!
Und unsern kranken Nachbarn auch!*

Rainer Maria Rilke (1875-1926):

- bestrebt, ein wirklicher „Schüler des Todes“ zu werden
- der Tod: der „trauliche Einfall der Erde“
- Unterschied zwischen dem „großen“ und dem „kleinen Tod“, d. h. zwischen dem „eigentlichen“ und dem „uneigentlichen“ Tod:

Aus dem „Stundenbuch“:
„Denn wir sind nur die Schale und das Blatt.
Der große Tod, den jeder in sich hat,
das ist die Frucht, um die sich alles dreht.“

Frage, ob es den „großen Tod“ überhaupt gibt:

Simone de Beauvoir (1908-1986):

„Ein sanfter Tod“ (Une Mort très douce, 1964)

Der Tod als factum brutum

„Einen natürlichen Tod gibt es nicht: nichts, was einem Menschen je widerfahren kann, ist natürlich, weil seine Gegenwart die Welt in Frage stellt.

Alle Menschen sind sterblich: aber für jeden Menschen ist sein Tod ein Unfall und, selbst wenn er sich seiner bewusst ist und sich mit ihm abfindet, ein unverschuldeter Gewaltakt.“

Aber eine der „wesentlichen Aufgaben der Literatur, das Unersetzliche an ihr“ ist es: jene Einsamkeit zu überwinden, in der wir alle leben und die uns zugleich einander fremd macht“.

„Ich male, was ich nicht sagen kann ...“

Das Sterben als ein Wachstum nach innen hin, vgl. dazu:

Monika Müller: Nach innen wachsen. Der Sterbeprozess eines 42-jährigen Mannes, dargestellt an acht, von ihm gemalten Bildern, alpha-Bonn

In Ruhe sterben?

Vergleich mit den Forschungen von Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004)

On death and dying, New York 1969;

dt.: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1971:

5 Phasen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

- Nichtwahrhabenwollen und Isolierung
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung

„Jeder der von uns ausgewählten Patienten reagierte anders auf seine Krankheit. Jeder hatte seinen eigenen Kampf zu bestehen. Bei jedem hatte das stabilisierende System seine individuelle Ausprägung und seine individuelle Begrenzung.“ (E. Kübler-Ross, Leben, bis wir Abschied nehmen, Stuttgart 1979, 12).

Probleme der Deutung der letzten Phase „Zustimmung“ bei Kübler-Ross:
ein Stadium, in dem der Patient sein „Schicksal“ nicht mehr niedergeschlagen und zornig hinnimmt.

Er hat nicht mehr das Bedürfnis mit jemandem zu reden, er will keine Besuche mehr. Da er alles bereinigt hat, richten seine Hoffnung sich nicht mehr auf Heilung und Besserung, „er hat das Gefühl des inneren und äußeren Friedens“.

Der Prozess des Einwilligens darf auch nicht als glücklicher Zustand gesehen werden, er sei vielmehr „fast frei von Gefühlen. Der Schmerz scheint vergangen, der Kampf ist vorbei, nun kommt die Zeit der letzten Ruhe vor der langen Reise“.

Der Gefühlszustand dürfe auch nicht als Resignation interpretiert werden.

Differenz zwischen Annehmen und Resignation:

„Annehmen ist das Gefühl, einen Sieg errungen zu haben, ein Gefühl des Friedens, der Heiterkeit, ein positives Sich-Abfinden mit Dingen, die wir nicht ändern können. Resignation dagegen ist eher ein Gefühl der Niederlage, der Bitterkeit ...“.

Nehmen die Sterbenden den Tod an, heißt das ganz einfach, dass sie sich mit der Tatsache abgefunden haben, endlich zu sein, und dass sie gelernt haben, „das Heute zu genießen und sich nicht zu große Sorgen um das Morgen zu machen, und dass sie die Hoffnung haben, dass ihnen noch viel, viel Zeit bleibt, um diese Art des Lebens zu genießen“.

„Bewältigungsverhalten“ bei schwerstkranken und sterbenden Menschen – die Studien von Andreas Kruse

Generell gilt: Phasenmodelle versuchen quasi universelle Sequenzen psychischer Entwicklung zu beschreiben, sie können aber vor allem drei Aspekten der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod grundsätzlich nicht gerecht werden können:

- der Prozess des Sterbens ist nicht losgelöst vom kulturellen und sozialen Kontext zu sehen, in dem der sterbende Mensch lebt
- die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist ein in hohem Maße von Entwicklungen im Lebenslauf – z. B. vom Umgang mit Grenzsituationen in früheren Lebensaltern - beeinflusstes Geschehen
- die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist prinzipiell individuell, d. h. im strikten Sinne existentiell und somit nur in Grenzen verallgemeinerbar ist.

A. Kruse, Menschen im Terminalstadium und ihre betreuenden Angehörigen als ‚Dyade‘: Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander, in: Zs. Für Gerontologie und Geriatrie 28 (1995) 264-272

A. Kruse, Die psychosoziale Situation Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen, in: A. Keseberg/ H.-H. Schrömbgens (Hrsg.), Hausärztliche Betreuung des Schwerkranken und Sterbenden, Stuttgart 1995, 20-43

Vgl. A. Kruse, Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens, Stuttgart 2007, 82 ff:

Die Untersuchungen schlossen Patienten ein, bei denen der Tumor bereits so weit fortgeschritten war, dass langfristig nicht mehr mit dem Überleben dieser Patienten gerechnet werden konnte. Schon zu Beginn der Untersuchung lag bei diesen Patienten eine infauste Diagnose vor.

An der Untersuchung zum Bewältigungsverhalten am Lebensende nahmen 29 Frauen und 21 Männer teil (zus. 50 Personen), die mit einer infausten Diagnose aus dem Krankenhaus entlassen worden waren (Altersspanne: 60 bis 85 Jahre). Die Untersuchung erstreckte sich über einen Zeitraum von neun bis 24 Monaten: die Untersuchungsdauer hing davon ab, wann bei den Patienten der Tod eintrat. Mit dem Zeitraum der Untersuchung variierte auch die Anzahl der Messzeitpunkte: Im kürzesten Falle fanden vier, im längsten Falle fanden sechs Messzeitpunkte statt. Die Betreuung der Patienten wurde in 30 Familien von der Ehefrau, in 13 Familien vom Ehemann und in sieben Familien von der Tochter übernommen. Auch die betreuenden Angehörigen wurden zu den einzelnen Messzeitpunkten ausführlich befragt.

Vorteil: Längsschnittstudie, Einbezug der biographischen Perspektive und der physischen, psychischen, sozialen und existentiellen Dimension (als Dimensionen der Person)

Die Gruppe der Patienten

In die Stichprobe wurden nur Patienten aufgenommen, die nicht an schweren psychischen Krankheiten (zum Beispiel hirnorganischen Psychosyndromen, Demenzen verschiedener Ätiologie, Majore Depressionen) litten. Diese Einschränkung war notwendig, da bei schweren psychischen Erkrankungen keine zuverlässigen Aussagen über psychische Reaktionen sterbender Patienten möglich gewesen wären. Die Behandlung der Patienten lag in der Verantwortung mehrerer Hausärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin). Zusätzlich wurden die Patienten durch ambulante Dienste und Sozialstationen betreut. Es bestand eine enge Kooperation zwischen den Hausärzten und den Diensten. Die Patienten wurden schmerztherapeutisch ausreichend behandelt. Es war ausdrücklich erwünscht, dass sie gemeinsam mit dem Hausarzt die einzelnen Schritte der Schmerztherapie erörtern konnten. Bei jenen Patienten, bei denen die vom Hausarzt überwachte Schmerztherapie nicht zu einer subjektiv als ausreichend eingeschätzten Linderung der Schmerzen führte, wurden Fachärzte für Anästhesie hinzugezogen.

Die Patienten wie auch deren Angehörige wurden von Sozialarbeitern betreut. In jenen Fällen, in denen die Patienten und ihre Angehörigen eine seelsorgerische Betreuung wünschten, wurde diese ermöglicht. Allen Patienten wurde die Sicherheit gegeben, dass auch bei einer Verschlechterung der Erkrankung, vor allem bei einer Zunahme der Schmerzen, alle medizinischen (vor allem schmerztherapeutischen) und pflegerischen Maßnahmen ergriffen würden, um die Situation möglichst erträglich zu machen. Dabei wurde auch versichert, dass die medizinischen und pflegerischen Maßnahmen mit dem Patienten und seinen Angehörigen genau besprochen würden.

Kruse fand in dieser Längsschnittuntersuchung fünf verschiedene Formen des Erlebens der eigenen Endlichkeit und der Auseinandersetzung mit dieser (daher auch eine gewisse Kritik am Phasenmodell). Dabei wurde der Einfluss deutlich, den die Intensität empfundener Schmerzen, die Beziehung zum sozialen Umfeld (vor allem zu den Familienangehörigen) sowie das Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Arzt auf das Erleben und die Auseinandersetzung ausüben.

Im Folgenden werden die fünf Formen des Erlebens der eigenen Endlichkeit und der Auseinandersetzung mit dieser kurz charakterisiert. Zudem wird angegeben, wie die Patienten 1. die Schmerzen, 2. ihre Beziehung zum sozialen Umfeld und 3. das Verhältnis zu ihrem Arzt beschrieben haben.

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

Allgemeine Charakterisierung: Diese Erlebens- und Auseinandersetzungsform fand sich bei zwölf der 50 Patienten. Im Laufe der Zeit nahm die Bereitschaft der Patienten zu, die Krankheit und den herannahenden Tod zu akzeptieren. Auf der Grundlage dieser Akzeptanz wuchs auch die Fähigkeit, jene Möglichkeiten, die das Leben noch bietet, aufzugreifen und zu verwirklichen.

Erleben der Schmerzen: Den Patienten konnte durch die Schmerztherapie sehr gut geholfen werden. Sie gaben an, an keinen oder nur an relativ geringen Schmerzen zu leiden. Sie erörterten gemeinsam mit dem Arzt die Möglichkeiten der Schmerztherapie und folgten den ärztlichen Empfehlungen.

Beziehung zum sozialen Umfeld: Die Patienten betonten, dass sie mit ihren Angehörigen offen über ihre Situation sprechen könnten und sich von ihnen verstanden fühlten.

Bedeutung des Arztes: Die vorsichtige Aufklärung durch den Arzt, der ihnen nie die ganze Hoffnung geraubt habe, wurde positiv erlebt. Die Unterstützung bei der Bewältigung von Ängsten wurde ebenfalls positiv bewertet. Die Kombination aus medizinischer, psychologischer und pflegerischer Betreuung wurde von den Patienten als sehr hilfreich wahrgenommen.

2. Zunehmende Resignation und Verbitterung, die mit dazu beiträgt, dass das Leben als Last empfunden wird und die Endlichkeit des eigenen Daseins immer stärker in den Vordergrund des Erlebens tritt

Allgemeine Charakterisierung: Diese Erlebens- und Verarbeitungsform fand sich bei zehn der 50 Patienten. Die Patienten wurden im Laufe der Zeit zunehmend verbittert, sie erlebten das Leben nur noch als Last und fühlten sich von anderen Menschen abgelehnt.

Erleben der Schmerzen: Schmerzen dominierten im Erleben dieser Patienten. Sie gaben dem Arzt schon früh zu verstehen, dass die Schmerzen nicht wirklich gelindert werden könnten, und sie nahmen auch trotz vorsichtiger Steigerung der Dosis keine wirkliche Entlastung wahr. Es wurde angenommen, dass die Schmerzen auch eine Mitteilungs- oder Ausdrucksfunktion hatten, das heißt, dass sie den Patienten auch dazu dienten, ihre Verzweiflung und Verbitterung auszudrücken. Eine weitere Erhöhung der Dosis wurde ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr als sinnvoll erachtet. Vielmehr wurde versucht, in Gesprächen mit den Patienten eine psychische Beruhigung zu erreichen und aufzuzeigen, dass die Schmerzen auch durch die angespannte psychische Situation verursacht seien.

Beziehung zum sozialen Umfeld: Die Patienten wiesen dem sozialen Umfeld die Schuld für ihre Situation zu. Sie fühlten sich „abgeschoben“, nahmen die Angehörigen als „gleichgültig“ wahr und fanden zu anderen Menschen keinen Kontakt mehr.

Bedeutung des Arztes: Der Arzt wurde für die Patienten immer mehr zur einzigen Vertrauensperson. Allerdings wurde bisweilen auch dem Arzt vorgeworfen, er bemühe sich nicht richtig. Vor allem die mangelnden Erfolge der Schmerztherapie bildeten den Kern dieser Vorwürfe.

3. Linderung der Todesängste durch die Erfahrung eines neuen Lebenssinnes und durch die Überzeugung, im Leben noch Aufgaben wahrnehmen zu können

Allgemeine Charakterisierung: Diese Erlebens- und Verarbeitungsform fand sich bei neun der 50 Patienten. Das Erleben der Patienten war zunächst von Schmerzen und Ängsten bestimmt. Jedoch gelang es ihnen allmählich wieder, sich stärker zu öffnen, an gemeinsamen Unternehmungen teilzunehmen und das Leben als eine Aufgabe wahrzunehmen. Sie fühlten sich für den weiteren Lebensweg des Ehepartners und der Kinder mitverantwortlich. Außerdem wurden sie sich ihrer gemeinsamen Geschichte mit dem Ehepartner bewusst und erblickten in dieser eine Aufforderung, auch die gegenwärtige und zukünftige Situation gemeinsam zu tragen. Auch die Religiosität gewann im Laufe der Zeit eine bedeutende Stellung.

Erleben der Schmerzen: Einige Patienten berichteten, nur geringe Schmerzen zu haben. Bei diesen Patienten genügte bereits die Gabe eines milden Analgetikums, um weitgehende Schmerzfreiheit zu erzielen. Bei einem anderen Teil der Patienten wurden schwach wirksame Opiate eingesetzt. Diese genühten, um weitgehende Schmerzfreiheit zu erzielen.

Beziehung zum sozialen Umfeld: Die Patienten erlebten den Kontakt zu den Angehörigen, Nachbarn und Freunden als eine Bereicherung und als große Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Situation.

Bedeutung des Arztes: Sie interpretierten das Verhalten des Arztes als wichtige Hilfe, um zu einer tragfähigen Lebensperspektive zu finden.

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

Allgemeine Charakterisierung: Diese Erlebens- und Verarbeitungsform fand sich bei acht der 50 Patienten. Die Patienten vermieden die bewusste Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Diese Tendenz zum Nichtwahrhabenwollen war auch schon in früheren Abschnitten der Krankheit erkennbar, nahm aber mit Schwere der Erkrankung zu. In den letzten Lebensmonaten fanden sich jedoch immer wieder vorsichtige Andeutungen, die auf ein - allerdings nicht voll bewusstes - Wissen um die Bedrohung der eigenen Existenz schließen ließen.

Erleben der Schmerzen: Die Patienten klagten häufiger über Schmerzen und erwarteten von dem Arzt vor allem eine Linderung ihrer Schmerzen. Es drängte sich manchmal der Eindruck auf, dass die vermiedene Auseinandersetzung mit der lebensbedrohlichen Erkrankung dazu beitrug, dass die Patienten fast ausschließlich über Schmerzen sprachen. Aus diesem Grunde war die Schmerztherapie mit Schwierigkeiten verbunden.

Beziehung zum sozialen Umfeld: Die Kontakte zu den Angehörigen, Freunden und Nachbarn wurden positiv erlebt. Man erwartete von ihnen Anregungen zur Erhaltung einer positiven Lebenseinstellung. Es fiel auf, dass sich die Patienten häufig mit Klagen über Schmerzen an die Angehörigen wandten. In diesen Situationen erhielten sie besondere Zuwendung.

Bedeutung des Arztes: Der Arzt wurde um regelmäßige Besuche gebeten. Dabei wurden vor allem Möglichkeiten der Linderung bestehender Schmerzen thematisiert. Die Schmerzen bildeten das wichtigste Thema dieser Gespräche.

5. Durchschreiten von Phasen tiefer Depression zur Hinnahme des Todes

Allgemeine Charakterisierung: Diese Erlebens- und Verarbeitungsform fand sich bei elf der 50 Patienten. Zunächst reagierten die Patienten depressiv, sie zogen sich immer mehr von ihren Angehörigen und Freunden zurück. Gesundheitliche Belastungen, Schmerzen und der herannahende Tod bestimmten zu Beginn ganz ihr Erleben, positive Erlebnisse wurden nicht erwähnt. Allmählich wandelte sich die Einstellung zur Situation. Die Patienten öffneten sich wieder stärker gegenüber ihren Angehörigen und Freunden, sie äußerten wieder häufiger den Wunsch, Besuche zu empfangen.

Erleben der Schmerzen: Die Schmerzen nahmen im Erleben dieser Patienten eine bedeutende Stellung ein. Zunächst äußerten sie die Überzeugung, dass der Arzt ihre Schmerzen nicht lindern könne, und sie unterstützten diesen nicht bei der Entwicklung eines Therapieplans. Zu einem späteren Zeitpunkt der Erkrankung, als die Patienten ihre Situation eher hinnehmen konnten, änderte sich dieses Verhalten. Sie öffneten sich gegenüber den Empfehlungen des Arztes und gaben differenziert Auskunft über die Wirkung („ei“ Schmerztherapie. Bei diesen Patienten konnte zum späteren Zeitpunkt der Erkrankung weitgehend Schmerzfreiheit erzielt werden.

Beziehung zum sozialen Umfeld: Zunächst zogen sich die Patienten ganz von den Angehörigen und Freunden zurück. Zu einem späteren Zeitpunkt wurde die Nähe der Angehörigen und Freunde als Hilfe wahrgenommen.

Bedeutung des Arztes: Die Bereitschaft des Arztes, sich um die Patienten zu kümmern, obwohl diese häufig Gesprächsangebote abgelehnt hatten, wurde als Hilfe erlebt.

Aus der Beschreibung dieser Verlaufsformen geht die *große Bedeutung des Arztes* für Erleben und Verhalten sterbender Patienten hervor. Die Bereitschaft des Arztes zu ehrlichen Aussagen gegenüber dem Patienten, gleichzeitig seine Fähigkeit, einzuschätzen, wie viel er dem Patienten mitteilen kann und auf welche Weise er dies tun sollte, die dem Patienten gegebene Zusicherung, alles zu tun, um eine fundierte Therapie (zum Beispiel Schmerztherapie) sicherzustellen und die Behandlung bis zum Eintritt des Todes aufrechtzuerhalten, sind wichtige Merkmale der fachlich und ethisch fundierten Begleitung Sterbender. In der Untersuchung wurde deutlich, dass diese Merkmale die bewusste Auseinandersetzung des Patienten mit dem herannahenden Tod förderten und Ängste vor Einsamkeit sowie vor starken Schmerzen im Vorfeld des Todes linderten.

Die Behandlung und Betreuung chronisch kranker und sterbender Patienten richtet an den Arzt Anforderungen, die über die körperliche Diagnostik und Therapie hinausgehen. Unter diesen Anforderungen sind auch Fähigkeiten in der psychologischen Gesprächsführung sowie in der Betreuung der pflegenden Angehörigen zu nennen.

Die psychologische Gesprächsführung ist wichtig, da sich schwere und zugleich lang andauernde Erkrankungen auf die psychische Situation des Patienten auswirken. Dies ist vor allem bei Krankheiten der Fall, die mit chronischen Schmerzen verbunden sind und die den Patienten in seiner Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung behindern.

Die Betreuung der Angehörigen - und dies heißt auch: die Integration eines familienpsychologischen Ansatzes in das Behandlungskonzept - ist ebenfalls von grundlegender Bedeutung, da die meisten chronisch kranken und sterbenden Menschen von Angehörigen unterstützt oder gepflegt werden. Auch wenn die Aussage zutrifft, nach der viele Menschen in Institutionen sterben - 70 bis 80 Prozent aller Menschen in Kliniken oder Einrichtungen der Altenhilfe -, darf nicht übersehen werden, dass die meisten Patienten lange von Angehörigen gepflegt werden und erst kurz vor dem Eintritt des Todes, wenn sich der körperliche und psychische Zustand deutlich verschlechtert, in ein Krankenhaus oder in ein Pflegeheim kommen. Die Unterstützung und Pflege chronisch kranker und sterbender Menschen geht häufig mit hohen physischen und psychischen Belastungen der Angehörigen einher, die aus diesem Grunde nicht selten ebenfalls auf fachliche Betreuung angewiesen sind.

In den Befragungen der Angehörigen wurde auch die Bedeutung der ärztlichen Hilfe für die Bewältigung der genannten Anforderungen und Belastungen thematisiert. Die Angehörigen nannten sechs Merkmale ärztlichen Handelns, die sie bei der Sterbebegleitung als Hilfe empfunden hatten:

1. Offenheit und Wahrhaftigkeit des Arztes in der Kommunikation mit ihnen und mit dem Patienten: Sie erwarteten, dass der Arzt sie und den Patienten über den weiteren Verlauf der Erkrankung und über mögliche Symptome aufklärt.
2. Sicherheit des Arztes bei der Behandlung und in der Kommunikation: Den Angehörigen war bewusst, dass die Behandlung eines sterbenden Patienten hohe ärztliche Kompetenz in Diagnostik und Therapie erfordert. Die Kontrolle der Schmerzen sowie der fachlich fundierte und einfühlsame Umgang mit psychischen Veränderungen des Patienten wurden

von den Angehörigen als höchste Anforderungen an den Arzt beschrieben. Sie erwarteten, dass der Arzt die notwendige Kompetenz und Erfahrung im Hinblick auf die Behandlung sterbender Patienten besitzt.

3. Erreichbarkeit des Arztes: Vor allem in den letzten Tagen vor Eintritt des Todes legten die Angehörigen großen Wert darauf, den Hausarzt zu erreichen. Die Erreichbarkeit des Arztes gab ihnen Sicherheit, dass der Patient auch in den letzten Tagen vor dem Tod nicht an unnötigen Schmerzen leiden müsse.
4. Offenheit des Arztes für die Anliegen der Angehörigen: Die Angehörigen betonten, dass auch sie auf ärztliche Unterstützung angewiesen seien. Die hohen psychischen Anforderungen, die mit der Begleitung eines sterbenden Familienmitglieds verbunden sind, führen häufig zu Spannungs- und Erschöpfungszuständen, verbunden mit vegetativen oder psychosomatischen Symptomen. Gespräche mit dem Arzt über die eigene psychische Situation wurden als Hilfe im Umgang mit diesen Zuständen und Symptomen wahrgenommen.
5. Aufklärung durch den Arzt über die von ihm eingesetzten oder geplanten Therapiemaßnahmen: Die Angehörigen äußerten das Bedürfnis, über therapeutische Maßnahmen aufgeklärt zu werden. Von dieser Aufklärung erwarteten sie Hilfen für das Verständnis der veränderten Reaktionen des Patienten.
6. Beratung durch den Arzt hinsichtlich notwendiger Pflegehandlungen und hinsichtlich des Verhaltens gegenüber dem Patienten.

Wenn es Ärzten gelingt, neben der fachlich fundierten Therapie sterbender Patienten eine medizinisch wie psychologisch ansprechende Begleitung der Angehörigen zu leisten, so verwirklichen sie wichtige Zielsetzungen, die auch im Zusammenhang mit der Betreuung in Hospizen genannt werden. Die hausärztliche Behandlung bildet in diesen Fällen eine wichtige Alternative oder Ergänzung zur Sterbebegleitung in Hospizen

Zusammenfassung:

Jeder Versuch einer allgemeinen Charakterisierung der psychischen Situation Schwerkranker und Sterbender muss dem Prozesscharakter der Belastungsverarbeitung gerecht werden. Das von Kübler-Ross auf der Grundlage umfangreicher Erfahrungen in der Begleitung Sterbender entwickelte Phasenmodell ist ohne Frage von hohem heuristischen Wert, es vernachlässigt aber die - nicht zuletzt auch von Kübler-Ross selbst betonte - Individualität der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Für ärztliches, pflegerisches und seelsorgerisches Handeln ist die Kenntnis möglicher biographischer und sozialer Einflussfaktoren der Belastungsverarbeitung ebenso unverzichtbar wie die Reflexion sozialer Interaktionsprozesse, die nicht zuletzt auch Ängste und Abwehrmechanismen nahestehender Personen widerspiegeln. Inwieweit Patienten und Angehörige in der Lage sind, aus der Erkrankung resultierende Belastungen zu verarbeiten, hängt nicht zuletzt von der Fähigkeit und Bereitschaft des Arztes ab, instrumentelle und emotionale Unterstützung zu leisten. Entsprechend ist in der hausärztlichen Behandlung eine wichtige Alternative oder Ergänzung zur Sterbebegleitung in Hospizen zu sehen.

Innere Freiheit – Würde

Wenn wir die bisherigen Überlegungen zusammenfassend vor Augen halten, so scheint doch zumindest eines deutlich zu werden: wenn es tatsächlich im Angesicht von Sterben und Tod ein Wachsen nach innen gibt, wenn es im Sterben eine Hinnahme, Akzeptanz, eine „Ruhe“ höchst existentieller und keineswegs passiver Art soll geben können, ist dies nur möglich, wenn es so etwas wie „innere Freiheit“ gibt, oder besser gesagt, wenn so etwas wie innere Freiheit den erfahrenen Anfechtungen, Infrage-Stellungen, seelischen Erschütterungen wie auch erfahrener Unwahrheit, Unwahrhaftigkeit, menschlichem Versagen und Unvermögen abgerungen werden kann.

Ohne Zugang zu innerer Freiheit kann es kein „in Ruhe sterben“ geben, gerade dann, wenn wir dies nicht als ein Ruhigstellen verstehen, sondern als ein Aufbruch, ein Auf-Brechen bisheriger Gewissheiten oder Fraglosigkeiten, ohne dass wir vorab wissen können, ob und wie die Ungewissheiten eine Antwort finden können.

Diese innere Freiheit ist das, was wir als „Würde“ des Menschen begegnet und die wir in ihrer Unantastbarkeit zu achten und zu schützen haben.

Der Bonner Jurist Christoph Goos hat in seiner 2011 publizierten Dissertation anhand der Beratungen im Parlamentarischen Rat von 1948/49 versucht, den im Grundgesetz ursprünglich gemeinten Würdebegriff

zu rekonstruieren und kann plausibel machen, dass es die leibhaft verkörperte Innerlichkeit, die innere Freiheit ist, welche den Kerngehalt darstellt.

„Die als Würde geschützte Innerlichkeit des Menschen ist weder etwas rein Biologisches noch etwas rein Geistiges. Sie ist im Leib verankert:

Jeder Mensch sieht im anderen Menschen eine Person, die sich selber leiblich empfinden kann. Erst diese Verankerung im Leib, die vorausgesetzte Erst-Person-Perspektive, macht ihn zum mitmenschlichen Gegenüber.“

Die als Würde geschützte Innerlichkeit des Menschen wird umfassend verstanden, d. h. sie ist Sitz des Willens, des Denkens, der Erinnerung und des Verstandes, aber auch der Emotionalität, d. h. von Stimmungen und Emotionen, Sehnsüchten, Freude und Furcht, Reue und Trauer.

Als solche ist sie, wie es die Ent-Subjektivierung von Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus erwiesen hatte, alles andere als unantastbar. Sie ist höchst fragil und daher schutzbedürftig.

Sie ist ganz bewusst als ein empirisch fassbares „Attribut“ des Menschen, jedes Menschen, verstanden, das verletzbar ist und in der Zeit des Nationalsozialismus „getreten wurde, wie es schlimmer nicht möglich war“, so wurde damals gesagt: die innere Freiheit, deren Antastung der erste Artikel des Grundgesetzes kategorisch verbietet.

Die Selbstbestimmung ist weder Synonym noch „Kern“ der grundrechtlich geschützten Menschenwürde, sondern einer ihrer Aspekte.

Die freie, selbstbestimmte, tätige Entfaltung der Persönlichkeit, der souveräne Selbstentwurf und dessen Realisierung sind „darum“, d. h. um der Menschenwürde willen grundrechtlich geschützt

Sie sind nicht Thema des ersten, sondern des zweiten Grundgesetzartikels, dessen erster Absatz vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung als allgemeine Handlungsfreiheit im umfassenden Sinne gedeutet wird (vgl. Art. 2, 1: Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt).

Bezogen auf die Menschenwürde Schwerkranker und Sterbender sind mit der „inneren Freiheit“, wie sie in Art. 1 impliziert ist, genau die Dimensionen des Menschseins erfasst, welche Schwerkranke und Sterbende als zentral und zugleich als höchst fragil erfahren: das Mentale, das Psychische und das Spirituelle.

Die damit verbundenen Güter, wie der Jurist sagt, sind vom Schutz der inneren Freiheit erfasst. Diese innere Freiheit ist störbar, aber sie ist als Wesensanlage des Menschen nicht zerstörbar. Wir unterscheiden hierbei zwischen der Mitgiftwürde, die mit dem Menschsein als solchem gegeben ist und der Antlitzwürde, der Würde in all ihren Entfaltungsdimensionen.

Daraus ergibt sich: Auch da, wo aufgrund der leibseelischen Befindlichkeit Kommunikation kaum mehr gelingt, wo sich Schwerkranke bzw. Sterbende nach innen zurückziehen, ist nur der Zugang zur Würde des Menschen „verschüttet“, - nicht jedoch die Würde selbst.

Selbstbestimmung in einem ausgeprägt-bewussten Sinne und auch die Selbstkontrolle über Körper und Verstand mögen am Lebensende schwinden, die Würde jedoch nicht.

Auch die Empfindungs- und Erlebnisfähigkeit Schwerkranker und Sterbender, auch wenn sie vielleicht nicht mehr so unmittelbar zum Vorschein treten mag, ist als Würde dieser Menschen zu achten und zu schützen.

D. h. mit der „inneren Freiheit“ akzentuiert Art. 1, 1 GG die Bedeutung des subjektiven Erlebens des Sterbenden.

Ein Recht, das Schwerkranken und Sterbenden wirklich gerecht werden soll, kann schwerlich aus der Distanz Gesunder erkundet, geschrieben und gesprochen werden.

Vor allem Rasonieren über die Vorgaben der Verfassung hat daher die Annäherung an das subjektive Erleben Sterbender, aber auch ihrer Angehörigen und all derer, die sie medizinisch, pflegerisch, psychosozial und spirituell begleiten und betreuen, zu stehen. Abstraktionen, Klischees, Idealisierungen sind zu vermeiden.

Zu fragen ist stattdessen, und dies möglichst konkret: Was geschieht im Sterben? Was erleben Sterbende typischerweise als belastend, was als erleichternd? Was können Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Angehörige und Begleiter leisten, was nicht?

Auch die Frage: In Ruhe sterben – geht das? All dies in Anknüpfung an das Erfahrungswissen aller beteiligten Disziplinen zumindest als Frage zu thematisieren, - das verlangt Art. 1 GG im Hinblick auf unseren Umgang mit Sterben und Tod.

Abwehrrechtlich setzt sich die Unantastbarkeit der Menschenwürde unmittelbar in kategorischen Verboten etwa des Ausübens eines körperlichen oder seelischen Überzeugungszwangs oder im Verbot der Traumatisierung von Menschen. Ethisch-rechtlich bedeutet es den Schutz des Menschen, gerade der vulnerablen Menschen, also von Menschen in ihrer spezifischen Verletzlichkeit oder Verletzbarkeit, z. B. den Schutz vor Missachtung der Intimsphäre des Menschen, den Schutz des Menschen vor Demütigungen, auch vor strukturellen Demütigungen.

Betrachtet man auf diesem Hintergrund die Rede „In Ruhe sterben“ – so verliert sie alle scheinbare Selbstverständlichkeit, sondern zielt auf den Schutz und auf die begleitende „Sorge“ um die innere Freiheit schwerstkranker und sterbender Menschen.

Ansätze wie die Dignity Therapy von Harvey M. Chochinov zielen ja gerade auf die Stärkung von Würde am Lebensende, und zwar in einem umfassenden Sinn.

Es geht nicht einfach um die Mitgiftwürde in ihrer Unverlierbarkeit, sondern um die Antlitzwürde in ihrer Verletzlichkeit.

Vgl. zur ersten Orientierung über die Dignity Therapie den Beitrag von A. Schramm u.a., Eine psychologische Kurzintervention zur Stärkung von Würde am Lebensende. Online einsehbar unter: www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Schramm_Z-Pallmed_2014_Dignity.pdf

Der Ansatz von Chochinov, der ja das Bestreben des Menschen nach spirituellem Einklang zum sog. Würde bewahrenden Repertoire zählt, berührt sich mit zentralen Anliegen der Spiritual Care, wie sie die amerikanische Ärztin Christina M. Puchalski entwickelt hat.

Christina M. Puchalski, hat in einem Beitrag über „Spirituelle Stufen des Sterbens“ eine persönliche Erfahrung und Reflexion vorangestellt:

„Der spirituelle Weg kann herausfordernd und schwierig sein.

Von meinen Patienten habe ich gelernt, offen für Fragen, Auseinandersetzungen und Probleme zu sein, und meine Beziehung zu Gott kontinuierlich zu vertiefen. Bei meinem allerersten Besuch, den ich bei Louis, meinem Patienten, machte, ließ er mich an den Mühen, die er mit seinem Glauben hatte, teilnehmen. Er wünschte etwas Tieferes und Bedeutungsvolleres zu finden als ‚nur zur Messe zu gehen‘.

Ich überwies ihn an einen geistlichen Leiter, der Louis zu tieferen Einsichten in seine Gottesbeziehung verhalf.

Während der nächsten zehn Jahre, mitten in seinem Kampf mit dem Krebs, arbeitete er an seiner Gottesbeziehung – intensiv, ehrlich und engagiert. Er begegnete Zweifel, zornigem Aufbegehren und Ungewissheit mit Nachsicht und Standhaftigkeit. Als er im Sterben lag, ließ er an seiner Angst vor dem Unbekannten Anteil nehmen. Inmitten von Tränen und Traurigkeit stieß er hervor, dass er ‚bei dem ganzen Prozess ein Angsthase‘ sei ... ‚aber ich weiß: Gott ist da, und ich bin nicht alleine.‘

Heute versuche ich in meinem eigenen spirituellen Leben nicht, Fragen und unbequemen Dingen davon zu laufen, sondern begegne existentieller Ungewissheit und Auseinandersetzung mit der Anmut, welche ich in Lou erblickte.“

(vgl. dazu Chr. M. Puchalski, *Spiritual Care – eine Zeit des Zuhörens und Mitgehens*, in: N. Feinendegen u. a. (Hrsg.), *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis*, Würzburg 2014, 235-263)

Zur Definition von Spiritualität im Horizont von Palliative Care:

Arbeitskreis „Spirituelle Begleitung“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2007):

„Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er versucht, Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existentiellen Bedrohungen zu begegnen.“

Arbeitskreises „Spiritual Care in Palliative Care“ der EAPC (2010):

„Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich auf die Art und Weise bezieht, wie Personen (einzeln oder in Gemeinschaft) Sinn, Zweck und Transzendenz erfahren, zum Ausdruck bringen und/oder suchen sowie auf die Art und Weise ihrer Verbindung mit dem Augenblick, mit dem Selbst, mit anderen, mit der Natur, mit dem ganz Anderen und/oder Heiligen.

Der Bereich der Spiritualität ist mehrdimensional:

1. Existentielle Herausforderungen (z. B. Fragen nach Identität, Sinn, Leiden und Tod, Schuld und Scham, Versöhnung und Vergebung, Freiheit und Verantwortlichkeit, Hoffnung und Verzweiflung, Liebe und Freude).
2. Wertorientierte Vorstellungen und Haltungen („was ist für jede Person am wichtigsten?“, wie etwa Selbstbezug, Familie, Freunde, Arbeit, Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral sowie das Leben selbst).
3. Religiöse Vorstellungen und Fundamente (Glaube, Überzeugungen und Handlungsweisen, die Beziehung zu Gott oder dem Letztgültigen).“

Christina Puchalski:

Bedeutung des spirituellen Gedächtnisses:

zentraler Anknüpfungspunkt interpersonaler

Kommunikation in der Begleitung am Lebensende

Anmanetisches Instrumentarium in einem Akronym zusammengefasst: LIFE

Es enthält folgende Momente:

Life Review, Identity, Forgiveness, Eternity – Lebensrückblick, Identität, Vergebung, Ewigkeit

Allgemein gesehen gilt:

Bei der spirituellen Sinnsuche geht es Grundfragen menschlicher Existenz wie etwa nach dem, was Einheit, Ungeteiltheit und Ganzheit bedeutet, was die Wahrheit des Lebens ausmacht, was lebensgeschichtlich „gilt“ und dauerhaft ist, was das Gute ist und ob bzw. wie es noch über den Horizont von Moral und Recht hinaus zu finden und zu realisieren ist, ob es so etwas wie „Einklang“ in und mit einem größeren Zusammenhang gibt.

Viele philosophische Traditionen nicht nur des Abendlandes verstehen diese Grunddimensionen als Bestimmungen, welche alle kategorialen Aussagen, z. B. über Beschaffenheit, zeitliche Situierung, Verortung, Handlungs- und Lebenskontexte, übersteigen. Sie werden daher in der Tradition abendländischer Philosophie als „Transzendentalien“ bezeichnet; in einer formalen Reflexion sind sie auf die Begriffe des „Seienden“, „Einen“, „Wahren“, „Guten“ und „Schönen“ gebracht worden.

Es die im Horizont der „Transzendentalien“ begriffene menschliche Würde ist, welche der Spiritualität nicht nur Leben und Fülle gibt, sondern auch ihr Gesicht verleiht. Spiritualität und menschliche Würde stellen so betrachtet eine tragende Relation dar. Sie in Grenzsituationen auf Hoffnung hin zu erschließen, ist die Aufgabe und Herausforderung der Begleitung von Menschen am Ende ihres Lebens.

Innere Ruhe?

Zu keinem Zeitpunkt nämlich darf vergessen oder außer Acht gelassen werden, dass angesichts des Todes in einem spezifischen Sinn jeder Mensch allein sein wird: Keiner kann ihm das Sterben und den eigenen Tod abnehmen. In diesem Wissen um das Sterbenmüssen sieht Pascal Elend und Größe des Menschen miteinander verkettet:

„Nur ein Schilfrohr, das Zerbrechlichste in der Welt, ist der Mensch, aber ein Schilfrohr, das denkt. Ein Windhauch, ein Wassertropfen reichen hin, um ihn zu töten. Aber wenn das All ihn vernichten würde, so wäre der Mensch doch edler als das, was ihn zerstört, denn er weiß, dass er stirbt.“ (Pensées VI, 347).

Das Wissen um den Tod lässt uns selbst zur „großen Frage“ werden, die wir menschlicherseits nie definitiv beantworten können; gleichwohl lässt sie uns nicht in Ruhe, sondern drängt dazu, die spirituelle Frage nach einem letztgültigen Sinngrund zu stellen, von dem her man eine Antwort zumindest erhoffen kann. Nicht einmal der evolutionäre Humanismus heutiger Tage verzichtet darauf, eine Sinnantwort zu geben, auch wenn er den Gedanken eines Weiterlebens nach dem Tod ablehnt. Denn die Frage „Was ist der Tod: bloßes Ende oder Vollendung?“ lässt uns nicht in Ruhe, auch und gerade wenn wir sie im Horizont des Glaubens an einen letztgültigen Sinn bedenken. Wenn der Mensch ein Wesen der Freiheit und der Würde ist, nicht nur „naturhaft“ konstituiert ist, so dass ihn das All vernichten könnte, sondern edler als das, was ihn zerstört: wie ist dann das „Ende“ der Freiheit im Tode, das „Ende“ seiner Würde, das „Ende“ seines spirituellen Seins eigentlich vorzustellen? Handelt es sich lediglich um ein Ablaufen von Möglichkeiten, die man dann nicht mehr hat, oder ist es nicht eher zu denken als das Endgültige, die definitive Gestalt unserer Freiheit, das „Profil“, das unsere Freiheit durch unser Leben, durch Tun und Erleiden, durch actio und passio, je schon gewonnen hat?

Erst vom Tode her kann die endgültige Gestalt dieser unserer eigenen Freiheit gegeben sein. - Freiheit in spiritueller Sicht verstanden als Inbegriff dessen, was man als das „Leben des Geistes“ bezeichnen könnte. Alles, was wir bis dahin durchleben und durchleiden, geht in dieses „Profil“ ein, es schließt also all die Phasen des Sterbens und der Auseinandersetzung mit dem Sterbenmüssen ein. Die Frage, ob Spiritualität einen Transzendenzbezug beinhaltet oder nicht, relativiert sich insofern, als es ja eigentlich keine Kultur der Menschheit gibt, die davon ausgeht, dass der Mensch im Tode einfachhin „verendet“. Wie auch immer wir das Bleibende, Gültige, Definitive, Überdauernde denken mögen, wir gehen davon aus, dass ein Wesen, das Würde besitzt und dessen innere Dynamik und Lebendigkeit darin gründet, dass es - metaphorisch oder analog gesprochen - „Anteil am Atem Gottes“ hat, dass ein solches Wesen nicht verendet, sondern stirbt, und d. h. einer Vollendung entgegen harret, die er im Letzten nicht mehr in der Hand hat.

Nennen wir diesen letzten Grund, von dem her ein solches Definitivwerden erwartet wird, Gott, so könnte man Spiritualität am Ende des Lebens und in der Begleitung am Lebensende auch verstehen als „Geduld mit Gott“.¹ Bedrängnis, so sagt Paulus Röm 5, 3 f, bewirkt Geduld, Geduld aber Bewährung, Bewährung Hoffnung. Der ägyptische Gelehrte, Jurist, Diakon der koptischen Kirche, Adel Bestavros (1924-2005) hat den spirituellen Gehalt solcher Geduld einmal so formuliert:

„Geduld mit anderen ist Liebe,
Geduld mit sich selbst ist Hoffnung,
Geduld mit Gott ist Glaube.“²

Um zur Leitfrage der Tagung zurückzukehren: In Ruhe sterben – geht das?

Aus theologisch-spirituelle Sicht hat Augustinus (354-430) diese Frage schon in klassischer Weise beantwortet:

Confessiones 1, 1:

„Groß bist du, o Herr, und überaus preiswürdig; groß ist deine Stärke, und deiner Weisheit ist kein Ziel gesetzt“.

¹ So der Haupttitel des Buches von T. Halik Geduld mit Gott, Freiburg i. Br. 2010.

² Als Motto dem Buch von T. Halik vorangestellt.

Und dich will loben ein Mensch, ein winziger Teil deiner Schöpfung, ein Mensch, der schwer trägt an der Bürde seiner Sterblichkeit, schwer trägt auch am Zeugnis seiner Sünde und am Zeugnis, dass „du den Stolzen widerstehest“.

Und dennoch will dich loben der Mensch, selbst ein Teil deiner Schöpfung.

Du selbst veranlasst ihn, in deinem Preis eine Wonne zu suchen, denn geschaffen hast du uns im Hinblick auf dich, und unruhig ist unser Herz, bis es ruhet in dir. Verleihe mir, o Herr, die rechte Erkenntnis und Einsicht, ob man dich erst anrufen oder preisen, erst dich erkennen oder anrufen muss!

Aber wer ruft dich an, ohne dich zu kennen? Könnte er doch leicht in seiner Unwissenheit einen anderen für dich anrufen! Oder wirst du etwa angerufen, um erkannt zu werden? „Wie aber soll man den anrufen, an den man nicht geglaubt? Wie aber wird man glauben ohne Prediger“?

„Loben werden den Herrn, die ihn suchen“. Denn wer sucht, der findet ihn, und wer ihn findet, wird ihn preisen. So will ich dich denn suchen, o Herr, indem ich dich anrufe, und dich anrufen, da ich an dich glaube; denn du bist uns verkündet worden. Dich, o Herr, ruft an mein Glaube, den du mir gegeben, den du mir eingehaucht hast durch die Menschwerdung deines Sohnes, durch das Amt deines Predigers.