

Familien und Freunde, die haupt- und ehrenamtlichen Helfer *gemeinsam eine fürsorgliche Gemeinschaft* bilden, wo es keine Einbahnstraße des Gebens oder Nehmens gibt, sondern jeder sich in beiden Rollen erlebt: Geben und Nehmen darf dann zu einem fließenden Prozeß werden. Helfer und Betroffene sind nicht mehr vordefiniert, denn Sterben und Trauer betrifft jeden Menschen zu seiner Zeit.

Aber: Wir werden sterbenden und trauernden Menschen nur dann unser Herz für ihre Fragen, Sorgen und Ängste öffnen können, wenn wir beharrlich lernen, uns selber mit dem stückweisen Abschiednehmen in unserem Leben auseinanderzusetzen.

Erich Richtarz

Kontaktpersonen der Sterbenden im Krankenhaus

In der gegenwärtigen Situation unserer Gesellschaft ist es kaum zu vermeiden, daß die Mehrzahl der Menschen in Krankenhäusern stirbt, obwohl die meisten den Wunsch haben, daheim zu sterben. Im Krankenhaus war aber bisher die Situation für Sterbende meistens recht unbefriedigend. Richtarz berichtet, was hier zur Verbesserung geschehen sollte und teilweise auch schon geschieht. red

Als Seelsorger in einem Wiener Großkrankenhaus besuchte ich vor einiger Zeit eine gynäkologische Station und erkundigte mich nach der Patientin N. „Sie liegt im Zimmer 18“, sagte die Schwester, „es geht ihr sehr schlecht.“ Zimmer 18 war ein großes Mehrbettzimmer, das meistens geschlossen war, da die Station wegen des Mangels an Pflegepersonen nicht alle Betten belegen konnte. Auch an diesem Tag war kein Namensschild an der Tür, das Zimmer war leer bis auf das Bett von Frau N., das man in die Mitte gestellt hatte. Frau N. atmete schwer und war nicht bei Bewußtsein. Ich kannte sie von früheren Besuchen und setzte mich nun an ihr Bett. Ich dachte an das, was sie mir aus ihrem Leben erzählt hatte, und sprach mit Gott über sie. Nach einer Weile kam eine andere Patientin ins Zimmer, um nach Frau N. zu sehen. Man kennt einander ja nach einigen Serien Chemotherapien. Sie

erzählte mir, daß man Frau N. letzte Nacht aus ihrem bisherigen Zimmer hierher geführt habe, weil andere Patientinnen sich durch sie gestört fühlten. Dann mußte sie zu einer Untersuchung, und ich war wieder mit Frau N. allein. Die betriebsamen Geräusche und Stimmen am Gang kontrastierten mit der Leere und Stille dieses Raumes. Später kam eine Krankenschwester herein, tat einige Handgriffe am Bett und an den Infusionsflaschen und verließ wieder das Zimmer. Eine Weile blieb ich noch bei Frau N., dann bin auch ich gegangen. Am nächsten Tag sagte man mir, daß Frau N. bereits gestorben sei. „Sie hat es überstanden; es war ja doch nichts mehr zu machen.“ Die Atmosphäre von Einsamkeit, Beziehungslosigkeit und Sprachlosigkeit, die dieser Sterbesituation anhaftete, ist mir heute noch in Erinnerung.

Das Krankenhaus ist nicht der ideale Ort menschlichen Sterbens. Die Mehrzahl der Menschen möchte dort sterben, wo sie gelebt haben, und jene Menschen um sich haben, die ihnen vertraut sind. Auch die Zielsetzung des Krankenhauses und die Ausbildung seiner Mitarbeiter sind auf Heilung und Wiederherstellung gerichtet, nicht auf Begleitung und Pflege von Sterbenden. Dennoch muß man damit rechnen, daß auch in Zukunft die meisten Menschen in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sterben werden. Dies hat viele soziale, kulturelle und gesellschaftliche Ursachen (Wohnungsgröße, Erwerbstätigkeit, mangelnde Pflegeerfahrung usw.), so daß eine rasche Veränderung der Situation nicht zu erwarten ist – trotz einiger zukunftsweisender Initiativen wie die Intensivierung der Hauskrankenpflege und die Ausbreitung der Hospizbewegung.

Die Institution Krankenhaus und die Menschen, die dort arbeiten, müssen sich also diesem Problem stellen und es bewußt und geplanter als bisher in ihre Aufgabenbeschreibung, ihre Arbeitsplanung und ihre Ausbildung einbeziehen. Und das geschieht tatsächlich in einem großen Ausmaß: Zahlreiche Arbeitsgruppen, interdisziplinäre Studienkommissionen und Enqueten haben sich in den letzten Jahren mit dem Thema „Sterben im Krankenhaus“ auseinandergesetzt. Resolutionen, Forderungskataloge und Absichtserklärungen gibt es genug. Zum

Teil wurden auch schon Maßnahmen getroffen, zum Teil wurde nur das schlechte Gewissen des Spitalspersonals verstärkt.

Als Maßnahmen, die zunehmend verwirklicht werden, möchte ich nennen:

– ein „Rooming-In“ bei Sterbenden, das Angehörigen ermöglicht, auch längere Zeit und über Nacht auf der Station bleiben zu können. Dazu braucht es ein eigenes Zimmer für den Sterbenden, bequeme Stühle und etwas Verpflegung für die Angehörigen und vor allem die Akzeptanz durch Ärzte und Pflegepersonen. Leider ist diese Form des „Rooming-In“ noch nicht so verbreitet wie jene am Beginn des Lebens. Nicht nur die Raumnot, sondern auch die Engstirnigkeit und mangelnde Flexibilität von Abteilungen verhindern dies oft. Einer meiner Bekannten mußte vor kurzem seine ganze Sturheit und Energie aufwenden, um die letzte Nacht bei seiner sterbenden Mutter verbringen zu können. Erst der Hinweis, daß er als Priester ein Recht habe, eine Sterbende seelsorglich zu begleiten, verhinderte seinen Hinauswurf.

– Selbsterfahrungsorientierte *Sterbeseminare* werden immer häufiger in die Ausbildung von Pflegepersonen integriert und als Fortbildungen angeboten. Vielleicht sind deshalb Krankenpflegeschüler(innen) häufiger am Bett von Sterbenden anzutreffen als ältere und arrivierte Pflegepersonen. Auch hängt es von der Einstellung der Stationschwester bzw. des Abteilungsvorstandes ab, ob die menschliche Zuwendung zu Schwerkranken und Sterbenden als pflegerische Arbeit gesehen wird oder als Luxus, der nur dann geduldet wird, wenn sonst nichts zu tun ist. In der Medizinerbildung sind Sterbeseminare noch kaum verankert. Die streng naturwissenschaftliche Ausrichtung der Ärzteausbildung und des medizinischen Alltags läßt wenig Raum für Selbsterfahrung und persönlich-emotionale Auseinandersetzung. Auf einem Ärztekongreß war das „Sterben im Krankenhaus“ eines der Hauptthemen. In knapp zwei Stunden wurden acht Referate (Ärzte, Pflegepersonen, Seelsorger) und eine Podiumsdiskussion abgespult. Ob eine solche Vorgangsweise die Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterben“ fördert oder eher verhindert, mag jeder selbst beurteilen.

– Viele Spitäler haben *Exitusräume*, in de-

nen verstorbene Patienten die vorgeschriebene Zeit auf der Station verbleiben, gewaschen und für den Abtransport hergerichtet werden. Oft kommen Angehörige erst nach dem Tode und möchten sich von dem Verstorbenen verabschieden. Ein steriler Funktionsraum ist dafür schlecht geeignet. Daher haben Abteilungen begonnen, meist in Eigenregie, diesem Exitusraum eine freundliche Atmosphäre zu geben: ein meditatives Wandbild, eine Kerze, ein Kreuz, farbige Tücher und anderes. Mehrmals wurden Seelsorger gebeten, bei der Ausgestaltung dieser Räume mitzuwirken. Solche umgestaltete Exitusräume erlauben es den Angehörigen, eventuell gemeinsam mit der Schwester, dem behandelnden Arzt oder dem Seelsorger, der den Patienten begleitet hat, beim Verstorbenen zu verweilen, die letzten Erlebnisse, die man mit ihm gemacht hat, zu erzählen, den Schock zu überwinden und auch leiblich (mit Gesten, Riten) Abschied zu nehmen. Die Psychologie weiß, wie wichtig und heilsam das für den späteren Trauerprozeß ist. Übrigens wurde in diesem Zusammenhang schon mehrmals von Angehörigen der Wunsch geäußert, ihren Verstorbenen selbst zu waschen und zu versorgen. Aber auch das Spitalspersonal wird durch eine entsprechende Ausstattung des Exitusraumes dazu angeregt, mit dem Leichnam behutsam und pietätvoll umzugehen. Meiner Einschätzung nach hat sich also bereits einiges geändert in Richtung Humanisierung des Sterbens in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen.

Von den Menschen, die im Krankenhaus sterben, stirbt aus meiner Sicht der größere Teil immer noch allein. Wobei „allein“ eher im sozialen als im physischen Sinn gemeint ist, also ohne bewußte und geplante mitmenschliche Begleitung.

Aber wollen die Sterbenden überhaupt mitmenschlich begleitet werden? Hier ist eine differenzierte Beurteilung angebracht. Aus einer österreichischen Untersuchung von 1990¹ geht hervor, daß 56 % der Österreicher den dringenden Wunsch haben, einmal im Kreis ihrer Angehörigen sterben zu können. Aber nur 43 % derer, die sich als nichtreligiös einstufen, stimmen diesem Satz zu. Es

¹ Vgl. Paul Michael Zulehner, *Sterben heute* (1994).

gibt durchaus Menschen, die ihr Sterben nicht mit anderen teilen möchten, die aus unterschiedlichen Gründen allein sein möchten (z. B. „Ich möchte nicht, daß mich jemand so sieht“, „Ich will nur meine Ruhe haben“). Es ist auch keineswegs so, daß alle Menschen bewußt sterben wollen, weil sie das Sterben als Teil ihres Lebens sehen. (Nur 35 % der Österreicher, aber 57 % der kirchlich Geprägten sind dieser Auffassung.) Zulehner beschreibt zwei vollkommen verschiedene Sterbebilder, die in unserer Kultur vorkommen: Für den einen Typus findet das Sterben nach dem Leben statt. Dieses Sterben soll dann auch nicht bewußt erlebt werden und muß nicht unbedingt daheim geschehen. Für den zweiten Typus ist das Sterben als Teil des Lebens in das Leben integriert: das Sterben vollbringen statt verdrängen; das Sterben als Stück der Meisterung des Lebens.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß nichtreligiöse Menschen eher dazu neigen, das Sterben zu verdrängen, und religiöse Menschen eher das Sterben bewußt erleben und persönlich vollbringen möchten, und zwar im Kreis der Angehörigen.

Ähnlich, meine ich, verhält es sich bei den Angehörigen. Wenn jemand der Auffassung ist, daß nur das Leben zählt und daß das Sterben ein lästiges Anhängsel ist, dann ist wenig Bereitschaft für eine Begleitung sterbender Angehöriger zu erwarten. Der primäre Gedanke ist dann wohl, daß es bald vorüber sein soll. Das ist nicht Charakter Schwäche oder asoziales Verhalten, sondern die Folge einer Einstellung, die das Sterben aus dem Leben ausklammert.

Und umgekehrt sind Menschen, die das Sterben als Teil ihres Lebens betrachten und es möglichst im Kreis der Angehörigen bewußt (wenn auch möglichst schmerzfrei) erleben und bestehen wollen, besser disponiert, anderen in der letzten Lebensphase beizustehen.

Was brauchen Angehörige oder Freunde von sterbenskranken Menschen, damit sie den Mut haben, den Sterbeprozess zu begleiten? Neben den bereits genannten infrastrukturellen Voraussetzungen brauchen sie vor allem ein einladendes, kooperatives Klima auf der Krankenstation. Sie sollen sich nicht als Eindringlinge oder Bittsteller fühlen, sondern erleben, daß man ihr Dasein beim Ster-

benden bejaht und unterstützt. Oft brauchen sie diese Unterstützung sehr konkret. Ich erinnere mich an eine Patientin, die ich bereits länger kannte. Als ich eines Abends in ihr Zimmer kam, war es voll mit Verwandten und Bekannten. Immer wieder sprach jemand aufmunternd auf die Patientin ein. Als ich aus dem Zimmer ging, kam mir der Gatte der Patientin nach, nahm mich zur Seite und klagte, daß es um seine Gattin gar nicht gut stünde und er große Angst um sie habe. Am nächsten Tag wurde ich von dieser Station gerufen. Der Gatte war verständigt worden, daß es mit seiner Frau zu Ende gehe. Er bat mich, mit ihm bei der Sterbenden zu bleiben. Diese Stunden bis zum Eintritt ihres Todes waren mit widersprüchlichen Gefühlen und unterschiedlichen Impulsen erfüllt. Weinkrämpfe und Selbstvorwürfe wechselten mit belanglosen Gesprächen, kurze Gebete und Bibelverse unterbrachen längere Phasen des Schweigens. Es fiel ihm offensichtlich nicht leicht, jetzt bei seiner Gattin zu bleiben, aber er wollte sich dieser Aufgabe unterziehen und war froh, dabei nicht alleingelassen zu werden.

Auch Mitpatienten können diesen Dienst der Sterbebegleitung übernehmen. Auf der Aidsstation hat einmal ein Patient nachdrücklich darum gebeten, den sterbenden Mitpatienten nicht in ein anderes Zimmer zu verlegen. Er hat ihn sorgsam gepflegt und war bis zuletzt für ihn da.

Wer ist also die geeignete Kontaktperson für einen Sterbenden? Ein Verwandter, ein Freund, eine Pflegeperson, ein Seelsorger, ein Arzt? Ein Moslem erzählte mir von der Tradition seiner Heimat. Es gibt dort keine „Seelsorge“, die religiöse Begleitung obliegt dem Familienverband. Wenn jemand stirbt, wird eine(r) ausgewählt, den Sterbenden zu betreuen und zwar „wer am frömmsten und am zartesten ist“. Sehr ähnlich drückt es der Pastoraltheologe Heinz Feilzer aus, wenn er – in Anlehnung an Johann Gersons „Ars moriendi“ aus dem 16. Jahrhundert – einen Sterbebegleiter als „Amicus“ beschreibt. Er muß treu und fromm sein. Treue hat eine gemeinsame Sprachwurzel mit Trost; Trost erwächst am Sterbebett am ehesten durch das Erfahren von Verlässlichkeit. Und Frömmigkeit ist hier vor allem die Fähigkeit zu „mystagogischer Begleitung“,

die Menschen in bedrängender Situation mit dem „Mysterium“ ihres Lebens in Berührung bringt.

Sterbenskranke Menschen wollen trotz ihrer Gebrechlichkeit ernstgenommen und geachtet werden. Sie suchen ernsthafte und persönliche Auseinandersetzung mit ihren Ängsten und Hoffnungen, mit ihrem Bedürfnis nach Klarheit und/oder ihrem Bedürfnis nach Schonung. Patienten sollen ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung behalten; ihren Bedürfnissen ist der Vorrang einzuräumen gegenüber dem reibungslosen Stationsablauf oder dem wissenschaftlichen Interesse.

Wie aber weiß man, welche Wünsche und Bedürfnisse ein bestimmter Patient in dieser Situation hat? Wurde je darüber gesprochen? Hier liegt meines Erachtens der Kern des Problems. Über das Sterben im allgemeinen wird – vor allem in Fachkreisen – sehr viel gesprochen und geschrieben. Aber mein Sterben bzw. die letzte Lebenszeit meines nahen Angehörigen ist nach wie vor weitgehend tabuisiert. Eine offene und ehrliche Kommunikation zwischen dem Schwerkranken und seinen Angehörigen ist immer noch eine Ausnahme. Da wird von beiden Seiten verheimlicht, beschwichtigt und gelogen. Auch die Kommunikation zwischen Patient und Arzt bleibt häufig auf der sachlich informativen Ebene und gibt wenig Hilfe zur Rezeption und Bewältigung. Und ohne diese Offenheit in der Kommunikation bleibt oft unklar, wie der Patient seine letzte Lebenszeit gestalten möchte, wen und was er dazu braucht und wer wozu bereit ist. Vermutungen, Verdächtigungen und schlechtes Gewissen auf beiden Seiten sind die Folgen dieser Unklarheit. Offene Kommunikation, Behutsamkeit und Sensibilität kann man nicht erst am Sterbebett lernen. Je mehr wir mitten im Leben lernen, unsere Wünsche und Gefühle, unsere Ängste und Erwartungen auszusprechen, die Bedürfnisse und Gefühle anderer zu verstehen und darauf einzugehen, desto eher werden wir diese Offenheit auch angesichts des nahen Todes durchhalten können. In diesem Sinn mahnt Heinz Feilzer nicht nur die Krankenhausseelsorger, sondern alle, die mit Sterbenden zu tun haben, selbst „abschiedlich und versöhnt“ zu leben.

Angelika Pressler

Seelsorge und das Sterben von Kindern und Jugendlichen

Menschen sterben zu sehen, die das Leben noch weithin vor sich haben, Menschen zu begleiten, die ein Kind oder eine(n) Jugendliche(n) verlieren, ist eine besondere Herausforderung für die Seelsorge. red

Das Piepserl des seelsorglichen Bereitschaftsdienstes meldet sich, durchdringend, nicht zu überhören. Der schlaftrunkene Blick auf den Wecker, ein Uhr fünfzehn, mitten in der Nacht! Noch bettwarm hin zum Telefon: „Ja, bitte, Sie haben die Seelsorge ausgefunkt, was kann ich für Sie tun?“ – Kinderabteilung, erster Stock, ein neunjähriges Mädchen ist soeben verstorben, es möge jemand von der Seelsorge kommen. Mit einem Male hellwach. Ein Ziehen in der Bauchgegend, als ich die dunklen Treppen zur Kinderabteilung hochsteige. Am Gang der Arzt, die Schwester, betroffen. Sie erzählen, das Kind sei viel zu spät eingeliefert worden, nichts mehr zu machen, man habe die Mutter noch nicht erreicht, der Vater sei in einem Gasthaus verständigt worden, jetzt sitze er leicht angetrunken in der Stationsküche. Ich setze mich zu ihm. Schweigen. Er trinkt Kaffee, weint. Auf meine Frage, ob er mit zum Kind gehen mag, es noch einmal sehen, Abschied nehmen, gemeinsam beten – heftiges Kopfschütteln. „Geh'n Sie nur, tun Sie nur.“ Wieder Schweigen. Wie versteinert sitzt er da, angeklammert an die Kaffeetasche. Die unsichtbare Schock- und Schmerzwand wächst. Ich bitte die Schwester um eine Kerze und betrete das Zimmer, in dem das Mädchen liegt. Irgendwo schreit ein Säugling auf. Ich habe noch nie ein totes Kind gesehen. Der die finstre Nacht zerreißt, strahle Licht in diese Welt, löse, was in sich erstarrt. Ich habe noch nie ein totes Kind gesehen. Erwachsene ja, vom langen Kampf Erlöste, im langen Kampf Zerquälte; meist eingefallene, ausgemergelte Gesichter. Aber hier? Schubert fällt mir ein, der Tod und das Mädchen: „Ich bin nicht wild und komme nicht zu strafen, sollst ruhig in meinen Armen schlafen.“ So liegt es da, mit blassen, aber vollen Backen, als ob es schlief. Der die finstre Nacht zerreißt, strahle Licht in diese Welt. Ich zeichne dem Mädchen ein