

Franco Rest

Sterben und Tod in unserer Gesellschaft

Gegenüber der über lange Zeit in der Gesellschaft praktizierten Verdrängung des Todes orte der Autor, der seit Jahren in der Hospizbewegung aktiv ist, signifikante Veränderungen im allgemeinen Bewusstsein. Sterben und Tod sind immer öfter Thema öffentlicher Diskussionen und die Zahl der Hilfsbereiten steigt. Offen ist allerdings noch, ob das wiedererwachte Interesse neuerlich im Dienst der Machbarkeit steht oder zu neuem Respekt vor der Würde und Unverwechselbarkeit des Menschen, gerade auch in seinem Sterben führt.

- Als zum Beginn der 70-er Jahre in der Bundesrepublik eine neue, veränderte Form der Auseinandersetzung mit dem Leben sterbender Menschen begann, konnte bis in die Medizin ein Zustand konstatiert werden, von dem auch heute noch viele sprechen, der mit den Begriffen »Entpersönlichung des sterbenden Menschen«, »Institutionalisierung«, »Verdrängung« und »Tabuisierung« des Todes, »Kommunikationshemmungen zwischen Sterbenden und Lebenden« bezeichnet wird. Diese Merkmale des gesellschaftlichen Umgangs mit Sterben und Tod haben sich seit ca. 1985 (Beginn der Hospizbewegung in Deutschland) signifikant gewandelt, wobei der Wandlungsprozess noch keineswegs abgeschlossen ist.

Die sterbende Persönlichkeit

- Sterben war im Zeitalter der Industrialisierung gegenüber der Zeit vor 1840 zur Privatsache geworden; kaum jemand war noch bereit, bei Sterbenden auszuharren, es sei denn, er war dazu beruflich verpflichtet. Die Sterbenden wurden abgeschoben; man starb z.B. im Badezimmer, in Abstellkammern.

Heute ist Sterben nicht mehr Privatsache oder Angelegenheit von Spezialisten; immer mehr Menschen sind bereit zum solidarischen Aushalten eines fremden Sterbens. In der Bundesrepublik gibt es z.Zt. bereits ca. 500 Hospizinitiativen mit ca. 20.000 aktiven Ehrenamtlichen; auch die über 50 stationären Hospize und 30 Palliativstationen leben vom Engagement der »freiwilligen Helfer«. Die Finanzierung der Einsätze von Ehrenamtlichen erfolgt nahezu ausschließlich durch Spenden, also durch finanzielle Solidarität. Die jeweiligen Trägervereine haben durchschnittlich mindestens 200 Mitglieder; demnach dürften inzwischen mindestens 500.000 Menschen aktiv in der Begleitung Sterbender involviert sein. In dieser neuen Solidarität wächst oftmals parallel zum Medizinbetrieb eine Ethik des Medizinischen, sodass nicht selten die Ehrenamtlichen und die Angehörigen zusammen mit den Pflegekräften mehr wissen vom Betreuungsbedarf des Kranken, z.B. von der richtigen Schmerztherapie, als die Mediziner.

Die Bedeutung der Institutionen

● Strukturelle Gegebenheiten der Gesellschaft hatten eine Institutionalisierung des Sterbens und Todes in Krankenhäusern und Pflegeheimen bis zum Krematorium verursacht. Im 19. Jh. waren z.B. die Toten aus den Städten verbannt und die Friedhöfe um die Kirchen geschlossen worden; die Krankenhäuser und Heime hatten die Sterbenden aufgenommen und versagten oftmals den Angehörigen und Kindern das Miterleben des Sterbens. Spezialberufe wie die Bestatter waren entstanden und Krematorien »entsorgten« die Leichen. Das Sterben zu Hause war aus dem Alltag verschwunden; bis zu 90% der Sterbenden in Großstädten starben in klinisch-pflegerischen Anstalten. Die Aufbahrung in der Familie wurde von den Leichenhallen oder dem Leichenkeller in den Krankenhäusern abgelöst.

Zu den gesellschaftlichen Bedingungen gehörte auch der Strukturwandel der Familie zur Kleinfamilie, deren Organismus durch den Tod eines Mitglieds bis zur Tragödie hin geschä-

*»Immer mehr Menschen sind bereit
zum solidarischen Aushalten eines
fremden Sterbens.«*

digt werden konnte. Hier wurde nicht mehr das Leben einschließlich des Sterbens gelernt, sondern die Leistung, der Beruf, das Geldverdienen wurden Lerninhalte. Zusätzlich lernten die Menschen Todesangst und Todesverdrängung. Die Ärzte zeigten dabei besonders intensive Deformationen, nämlich eine vergleichsweise übergroße Angst und Verdrängung.

Nun kommt es in unseren Tagen zu einer Ent-Institutionalisierung des Sterbens, d.h. zur Rückführung aus der Krankenversorgung in die

Familie, aus der Professionalität in die Sozialität; das Zuhause wird wieder zum Sterbeort. Diese neuen Gegebenheiten sind z.B. auch durch die AIDS-Erkrankungen, die so genannten Überalterungstendenzen der modernen Industriegesellschaft, die erhöhte Dramatik des Sterbens von Kindern und durch ein umfangreicher gewordenes Trauerbewusstsein gekennzeichnet. Die traditionellen Institutionen können den neuen Anforderungen nicht mehr entsprechen. Wir betonen deshalb heute den Ausbau der ambulanten Dienste von Besuchsdiensten, ambulanten Hilfen, Sitzwachen, Selbsthilfegruppen, Sozial-, Diakonie- und Caritasstationen, Nachbarschafts- und Haushaltshilfen usw.

Vom Kontakt mit dem Tod

● Seit der Industrialisierung konnte man von einer den Tod leugnenden Epoche sprechen. Das Spezialistentum für das Sterben und für die Entsorgung der Verstorbenen nahm den Menschen die Berührung mit dem Sterben und dem Tod ab. Die Lehre vom nie bestätigten »Leichengift« tat ein Übriges.

Der heutige Mensch kommt demgegenüber zum Kontakt mit dem Sterben durch zwischenmenschlichen Umgang. Es ist nur noch Ausnahme, dass Kindern etwa das Sterben des Großvaters oder der Mutter vorenthalten wird. Das Thema Sterben wird auch in der Schule nicht mehr totgeschwiegen, wie ein Blick in die Lehrpläne verrät. Die Professionellen wie Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger u.a. bekommen zunehmend schon während der Ausbildung Kontakt mit der Thematik. Deshalb ist auch das Sterben Thema der Medizinethik geworden, einschließlich der Themen Wahrheit am Krankenbett, Tötung auf ausdrückliches oder mutmaßliches Verlangen, Tötung nach den Prinzi-

pien der Katastrophenmedizin, Tötung nach eugenischen und anderen Maßstäben als Form der Tötungs-Heilbehandlung und vieles mehr.

Von Riten und Symbolen

- Die Gesellschaft des ausschließlich intensiven Lebens hatte jede Symbolik des Sterbens und Todes eingebüßt. Kaum einer verstand noch (vom Skelett abgesehen) die Semantik des Todes (Stundenuhr, Sensenmann u.a.). Z.B. war den Menschen das Verhältnis zur vergehenden Zeit abhanden gekommen. Zeit war etwas Verplantes und Durchstrukturiertes. Auch der Ort des Sterbens hatte nur noch Funktionen, war aber weniger Ausdruck von Persönlichkeit. Deshalb war in der Nähe von Sterbenden keine Uhr, kein Kalender mehr zu finden und ihre Betten befanden sich oft in der Mitte des Raumes (Leichenhalle), falls sie nicht schon aus dem Zimmer entfernt waren. Für die Medizin sollten diese Sterbeorte nicht von den Menschen erzählen, denn es gab ja nur beschädigte Organe, aber nicht mehr »Personen«.

Unsere heutige Gesellschaft hat die Symbolik des Sterbens und Todes wieder entdeckt und versteht auch ihre Sprache; allerdings lernen wir oft noch mühsam. Teilweise gelingt die Wiederbelebung alter Riten (z.B. die Kranken-salbung). Es gibt aber auch die Entdeckung neuer Umgangsformen, z.B. die Licht-Meditationen im Beisein eines Sterbenden, wo das Verlöschen der Lichter zum Zeichen für verlöschendes Leben wird, oder die Vielzahl von erzählender Literatur für Kinder und Erwachsene, die das Thema des eigenen Sterbens aufgreift und in Bilder fasst. In der AIDS-Hilfe sehen wir neue Trauerriten; wir beobachten das Einüben abschiedlichen Lebens in den Kirchengemeinden usw. Die darauf antwortende

Ethik ist eine Ethik, die auf unverwechselbare Individuen antwortet sowie nach biographischer Medizin und Pflege sucht.

Unmissverständlichkeit und Offenheit

- Ein Todesbewusstsein fehlte den Menschen des 19. Jahrhunderts weitgehend, weil ihnen ja die Todeserfahrung entzogen war. In Todesanzeigen wurde dies besonders deutlich, wo die Persönlichkeit des Verstorbenen, sein Weg in den Tod oder das Leid der Hinterbliebenen nicht ehrlich ausgesprochen wurden. Die Medizin kannte den Verstorbenen nicht mehr als Menschen. Deshalb erfand sie das Konstrukt des Hirntodes, jenseits dessen zwar noch gestorben wird, aber die Medizintechnik nur noch das Nutzenprinzip als ethischen Grundsatz vorsieht. Im Explantierten begegnen wir keinem Menschen mehr, sondern nur noch verwertetem und unbrauchbarem Material.

Dem heutigen Menschen außerhalb solcher Denkströme gelingt es nicht mehr, sich der Todesnähe zu entziehen, weil sie ihm eigentlich überall begegnet. Deshalb gibt es heute sehr ehrliche Anzeigentexte wie »Geboren um zu sterben, gestorben um zu leben« oder »Wir haben zwanzig Jahre zusammen glücklich gelebt. Nun sind wir glücklich gemeinsam aus dem Leben geschieden« oder »Mutti tust du mal, Mutti kannst du mal, Mutti kommst du mal; Mutti tat immer, Mutti konnte immer, Mutti kam immer, ohne Murren; wir danken dir; bis bald, deine Kinder«.

Die Hospizidee unserer Tage ist eine offene, die Mauern der Pflege und des Sterbens überwindet. Nachbarschaftshilfe, Freundeskreise, ehrenamtliche Helferdienste entstehen. Aber nun muss die Medizinethik ihre Paradig-

men wechseln. Sie ist nicht und darf nicht nur Begründungsinstrument für das sein, was Medizin ohnehin tun möchte, sondern Element des Widerspruchs, der Kritik und Nachdenklichkeit. Künftige Ethik darf Entscheidungen nicht vereinfachen oder ermöglichen, sondern muss sie erschweren angesichts der Einzigartigkeit des Sterbenden und seines Todes; das ist ihre Aufgabe.

Alle Menschen sind Betroffene

● Früher meinte man, der alte Mensch hätte einen besseren Zugang zur Integration des Todes in sein Leben als der jüngere. Man sprach vom »Jugendkult«, der auch darin zum Ausdruck kam, dass allein das Altsein als Vorhof des Todes verstanden wurde. Diese Alten waren demnach zunehmend fremdplatziert. Die Altenhilfe, vor allem die Geriatrie der 70er-Jahre orientierte sich nahezu ausschließlich an Aktivierung und Rehabilitation, also an der Fortsetzung von gesunder Jugend im Alter. Demgegenüber beobachteten wir, dass die pflegebedürftigen alten Menschen sich geradezu nach der Thematisierung des Sterbens sehnten, worauf wir jüngeren nicht zu reagieren wagten.

Heute stellen wir nun fest, dass alte und junge Menschen oft einen gleich intensiven Zugang zur Integration des Todes in ihr Leben haben.

*»Ungleiche« sind gute Begleiter:
Männer für Frauen, Alte für Junge,
Kinder für Erwachsene. «*

ben. Also sind in unseren Initiativgruppen auch alle Altersgruppen verfügbar. Und das ist gut so, denn »Ungleiche« sind tendenziell besonders

gute Begleiter: Männer für Frauen, Frauen für Männer, Alte für Junge, Junge für Alte, ja selbst Kinder für Erwachsene. Heute fordern wir unsere Seminarteilnehmer/innen (Ärzte, Schwestern, freiwillige Helfer) dazu auf, den eigenen Grabstein oder einen Nachruf auf sich selbst zu schreiben; und wir ernten damit keine Befremdlichkeiten. Wir leisten heute durch die Integration von Sterben und Tod in die Gemeinschaft der Lebenden Bedeutendes zur Verwirklichung einer integrativen Gesellschaft. Mit der Einübung von Toleranz gegenüber den Schwachen wie den Sterbenden leisten wir einen Beitrag zur Überwindung der »Unfähigkeit zu trauern«. Solche Medizinethik verändert die Mediziner, zu deren Kompetenz es nun gehört, die eigenen Unfähigkeiten einzugestehen, zu weinen, Emotion zu zeigen, sich Schwäche zuzugestehen.

Die Individualität des Sterbens

● Der Tod wurde seit 1800 immer mehr entpersönlicht, vielfach sogar als obszön empfunden. Die Krankenhäuser und Pflegeheime waren zu »totalen Institutionen« verkommen, wo nur ein bestimmter Auftrag erfüllt wurde, die Individualität jedoch fehlte. »Hier gibt es Ärzte, Pflegekräfte, Priester, Angehörige«, sagte eine ältere Patientin, »einen Menschen habe ich noch nicht gesehen.« Mediziner waren geradezu trainiert, keine Menschen, sondern nur Krankheiten, Schwächen, Organe zu sehen. Und zusätzlich hatte der von der sterbenden Persönlichkeit geprägte offene Ritus des Sterbens im Kreis der Familie einer Kultur der Geheimhaltung, dem Krankenhaussterben und dem Sterben »in aller Stille« Platz gemacht.

Heute gelten Sterben und Tod nicht mehr als obszön; Sterben muss nicht mehr geheim und still bleiben. Sterben, Tod und Trauer sind

seriöse Forschungsgegenstände geworden. Man mag die Literaturflut zu diesem Bereich bedauern oder beargwöhnen, aber das Erscheinen von Elisabeth Kübler-Ross, Johann-Christoph Hampe oder Raimund Moody auf der Bestsellerliste hat auch seine konstruktive Seite. Die Möglichkeit zu einer menschengemäßen und menschenwesentlicheren Gesellschaft darf sich ruhig an die Thematisierung von Sterben und Tod anschließen.

Kommunikation über Sterben und Tod

● Vielfach versperren uns vor 1980 Kommunikationshemmungen den Weg, zusammen mit anderen den Tod menschlicher und das Sterben sterblicher zu gestalten. Untersuchungen beschrieben damals sehr ausführlich, wie z.B. Ärzte es machten, dass sie mit den Patienten in bedrohlicher Situation zwar reden konnten, aber nur selten etwas sagten. Diese Technik undialogischer Kommunikation wurde auch von anderen am Bett eines Sterbenden beherrscht.

In unserer Zeit haben die Hemmnisse ihre Wirksamkeit weitgehend eingebüßt, die uns daran hinderten, über Sterben und Tod zu sprechen und uns in angemessener Weise mitzuteilen. Die Sprachlosigkeit ist weitgehend beendet. Wir haben eine offene und ehrliche Sprache wieder gefunden; zudem reflektieren wir sprachlich aktiv auch über das Lebensende.

¹ In der Landesheil- und Pflegeanstalt dieser hessischen Stadt wurden im Rahmen des nationalsozialistischen Euthanasieprogramms zahlreiche Menschen ermordet. (Anm. d. Red.)

Wir gehen wieder aufeinander zu und teilen unsere Nöte und Hilferufe in verständlicher Weise mit.

Was da seit den 70er-Jahren bezüglich Sterben und Tod geschehen ist, fußt vor allem in der Entdeckung der Grenzen: des Fortschritts, des Wachstums, des wissenschaftlich Erlaubten; leider jedoch noch zu wenig in einer Beschäftigung mit Auschwitz, Hadamar¹ oder Hiroshima. So werden viele nicht durch die sittlich-ethischen Maßstäbe von Demut, Verantwortung oder Schuldbekennnis zur Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Sterben getrieben, sondern durch Neugier, Unbehagen, Kleinmut und Sicherheitsverlangen. Aber die aus solchem Denken mündende Praxis ist zu kurzatmig, beinhaltet allenfalls am Rande die

»zusammen mit anderen den Tod menschlicher und das Sterben sterblicher gestalten«

Bejahung des unverwechselbaren Einzelmenschen, verzichtet nicht auf das Machbare, sondern will auch das »schöne Sterben« noch (therapeutisch) in den Griff bekommen. Das notwendige Menschenbild, von dem wir ausgehen können, besagt, dass der Mensch lebt und stirbt: *einmalig* – es gibt also keine Festlegung oder Vertröstung auf mehrere Erdenleben (Reinkarnation) oder auf eine »Reanimation«, so als gäbe es eine Wiederbeseelung; *einzigartig* – es gibt keine absolut gültige Definition und Bestimmung der menschlichen Existenz; das gilt auch für medizinische Lehrbücher, die von einer letzten Wahrheit des Menschen nichts wissen können; *auf die Mitwelt bezogen* – ein Mensch kann sich also niemals selbst genüge sein oder sich allein im Sterben vervollkommen wollen.