

Artur Reiner

Einstellung zum Tod bei Suizidpatienten

Ein weiterer Zugang zu einem vertieften Verständnis der Einstellung von Menschen zum Tod soll durch den folgenden Bericht geboten werden. Zudem hat es wohl jeder Seelsorger mit Menschen in auswegloser Situation zu tun. Vor jeder Hilfe ist es notwendig, sich in die Lage eines solchen Menschen hineinzubegeben, mit ihm an der Ausweglosigkeit teilzunehmen und dann gemeinsam einen Weg heraus zu suchen. Denn nicht das Verlangen nach dem Tod, sondern diese Ausweglosigkeit ist es, die viele Menschen zu einer Selbstmordhandlung bewegt. Der Beitrag gibt ein Referat wieder, das der Verfasser auf den 21. Lindauer Psychotherapiewochen 1971 gehalten und in der Zeitschrift „Praxis der Psychotherapie“ veröffentlicht hat (Bd. XVI, München 1971, H. 4, 166–175). Für unsere Zeitschrift wurden kleinere Änderungen vorgenommen. red

Mit Recht wird immer wieder darauf hingewiesen, daß die allgemeine Todesverleugnung sehr weit verbreitet ist. Es scheint so, als gäbe es unter den wenigen Menschen, die den Tod nicht verleugnen, mit Sicherheit eine Gruppe, die entschieden und mutig dem Tod ins Antlitz schaut und ihn will: Menschen, die sich das Leben nehmen oder zu nehmen versuchen. Wer sich aber mit dieser Gruppe näher beschäftigt, merkt sehr bald, daß diese Annahme eine sehr große Täuschung ist. *Suizidhandlung* und *Sterbewollen* sind *nicht identisch*. Das mag zwar widersprüchlich klingen, aber die Erfahrung zeigt, daß Menschen – weil sie nicht anders können – einerseits eine Handlung begehnen, die den Charakter der Selbstvernichtung hat, andererseits aber nicht den Tod, sondern das Ende eines unlöslichen Konfliktes anstreben. Diese These möchte ich aufgrund meiner Beobachtungen, die ich als Pfarrer an den Universitätskliniken in Heidelberg machen konnte, näher erläutern und belegen.

Jährlich kommen etwa 350–400 Patienten nach einem Suizidversuch zur Behandlung in unsere Klinik. Davon sehe ich rein turnusmäßig etwa jeden vierten oder fünften Pa-

tienten, unabhängig von seiner konfessionellen Zugehörigkeit. In besonderen Fällen werde ich von den Ärzten, Schwestern oder Sozialarbeiterinnen verständigt. Bei einem ersten Besuch sind die meisten Patienten überrascht und etwas distanziert, manchmal auch peinlich betroffen. Direkte Ablehnung ist selten. Auf die Bemerkung hin, daß ich weiß, warum sie in der Klinik sind, und daß ich sie besuche, um ihnen – falls sie es wünschen – meine Hilfe anzubieten, verändert sich diese distanzierte Haltung meistens sehr schnell. Manche sagen, daß sie bereits mit dem Arzt ausführlich gesprochen haben und ein ergänzendes Gespräch mit dem Seelsorger nicht notwendig sei. Meines Erachtens verbirgt sich hinter dieser Formulierung teils die Entscheidung, grundsätzlich auf ein seelsorgliches Gespräch zu verzichten, weil sie davon nichts erwarten, andererseits aber auch die Meinung, daß ihre Suizidhandlung eine Angelegenheit sei, welche die Dimension der Seelsorge nicht betrifft. Das kommt in Bemerkungen zum Ausdruck, wie z. B.: „In meinen Schwierigkeiten können Sie mir als Pfarrer doch nicht helfen.“

Bei Patienten, die dann doch für ein Gespräch offen sind, und das sind gut die Hälfte, ist mir aufgefallen, daß kaum einer spontan auf die Frage des Todes zu sprechen kommt. Diese Beobachtung wird von meinen Mitbrüdern im seelsorglichen Dienst an der Klinik bestätigt. Auch sehr gesprächsbereite und offene Patienten berichten immer wieder nur von ihrer Problematik und fragen nach dem Hilfsangebot, das wir als Pfarrer ihnen machen könnten. Selbst dann, wenn es zu einem sehr persönlich gehaltenen Seelsorgegespräch mit Einschluß des Wunsches nach Sakramentenempfang kommt, spielt sogar im Zusammenhang eines Beichtgesprächs die Suizidhandlung in vielen Fällen keine oder wenigstens keine wesentliche Rolle, nicht einmal im Zusammenhang mit einem Sündenbekenntnis. Offensichtlich fühlen sich diese Suizidpatienten durch ihre Tat vor dem Gewissen nicht schuldig.

I. Spontanes Sprechen über den Tod

Ich möchte zunächst drei der seltenen Beispiele von Patienten vorlegen, die spontan über den Tod gesprochen haben:

Bei allen folgenden Beispielen wird nur die Einstellung zum Tod beschrieben. Auf die von mir unternehmenen Hilfeleistungen wird in diesem Zusammenhang nicht eingegangen. Vermerkt sei nur, daß sämtliche Patienten in Behandlung waren bei Ärzten, mit denen ich in Kontakt stand.

Ein 24 Jahre altes Mädchen kommt zu mir in die Klinikkapelle während der offiziellen Beichtzeit. Sie möchte eine Lebensbeichte ablegen und bittet, ihr gleich anschließend die Kommunion zu geben. Auf meine Frage, warum sie jetzt, außerhalb eines Gottesdienstes, die Kommunion wünsche, sagt sie mir nach längerem Zögern und manchen Ausflüchten schließlich, sie wolle in der kommenden Nacht ihrem Leben ein Ende bereiten und sich darauf durch Beichte und Kommunion vorbereiten. Auf meine Frage, ob sie auch darüber nachgedacht habe, ob sich beides: Beichte und Kommunion einerseits, und die Absicht, selbst dem Leben ein Ende zu setzen andererseits, nicht widersprächen, antwortet sie ruhig und überlegen: „Das widerspricht sich nicht, denn wenn es einen Gott gibt, hat er mit mir und meiner hoffnungslosen Situation sicher Verständnis.“ Ich konnte sie nicht überzeugen, daß die beiden Intentionen sich eigentlich ausschließen. Sie bat um die Sakramente, die ich ihr dann auch gab. Danach sprach ich nochmals ausführlich mit ihr und machte ihr schließlich, nachdem sie jede andere Hilfe entschieden abgelehnt hatte, den Vorschlag, mich abends spät wieder anzurufen und am nächsten Morgen. Ich hatte ihr angeboten, da sie völlig allein war, sie zu Bekannten von mir zu bringen, bei denen sie vorläufig hätte bleiben können. Aber auf dieses Angebot ging sie nicht ein. Die beiden versprochenen Telefonanrufe hat sie erfüllt. Dann hörte ich nichts mehr von ihr, bis ich sie einige Wochen später nach einem Suizidversuch in der Klinik wiedertraf. Dort erfuhr ich, daß es bereits der dritte Suizidversuch war.

Ein Mann von etwa 60 Jahren liegt wegen einer bösartigen Geschwulst in der Klinik. Offenbar kennt er seine Diagnose und ist sehr in Sorge um seine Zukunft. Im Laufe des Gesprächs sagt er mir, daß er fest entschlossen sei, seinem Leben ein Ende zu setzen, sobald er sehe, daß sein Krankheitszustand in ein Sicutum übergehe. Denn er ertrage es nicht und könne es auch nicht verantworten, hilflos und erbärmlich seinen Familienangehörigen zur Last zu fallen. Er sei der Meinung, rechtzeitig seinem Leben ein Ende setzen zu müssen und er sei auch überzeugt, daß dies nicht nur vertretbar, sondern sogar seine Pflicht sei. Denn der Tod sei die einzige Möglichkeit, ein sinnlos gewordenes Leben menschenwürdig zu beenden. — Dies stellte er so apodiktisch fest, daß im Augenblick ein weiteres Gespräch über dieses Thema nicht mehr möglich war. Ob sich seine Einstellung zum Tod noch verändert hat, weiß ich nicht, da er bald darauf aus der Klinik entlassen wurde und ich keine Gelegenheit mehr hatte, mit ihm wieder ins Gespräch zu kommen.

Patienten der Psychosomatischen Klinik bilden insofern eine Ausnahme unter den von mir gesehenen Patienten, als alle in einer Psychotherapie stehen. Für sie ist Reflexion meist schon ein gewohnter Vorgang. Diese Patienten haben von sich aus den Wunsch geäußert, auch als Gruppe mit mir oder einem der anderen Klinikpfarrer zu sprechen. Vierzehntägig findet dieses Gruppengespräch auf freiwilliger Basis unabhängig von der professionellen Zugehörigkeit der einzelnen statt. Gelegentlich wird von den Patienten das Thema Suizid angeschnitten und in diesem Zusammenhang fast immer auch die Frage nach dem Tod. Dabei konnte ich fol-

gende Beobachtung machen: Die einen suchen dem Problem des Todes auszuweichen. Äußerungen wie: „Vor dem Tod fürchte ich mich nicht“, „Der Tod ist für mich kein Problem“ oder „Mit dem Tod ist doch alles aus, warum sollte man sich davor fürchten“ kehren immer wieder. Wenn ich dann aber rückfrage, kommt zumeist Unsicherheit, Angst und der Versuch, der Todesfrage auszuweichen, zum Vorschein. Andere geben zu, daß sie sich vor dem Tod und dem, was danach folgt, fürchten. Deshalb hätten sie es bis jetzt auch nicht gewagt, eine Suizidhandlung zu begehen. Es sei doch ein großes Risiko, sich selbst dieser Ungewißheit auszuliefern. Und schließlich suchen einzelne gerade von der religiösen Seite her den Suizid zu rechtfertigen.

Ein junger Mann, 22 Jahre alt, der sich später mit Schlafmitteln tödlich vergiftet hat, wartete auf mich, bevor ich zur Gruppe ging. Er sagte mir, ich solle ihm nicht böse sein, wenn er vielleicht während des Gruppengesprächs plötzlich hinausgehe. Er könne es nämlich nicht ertragen, wenn der Name „Gott“ oder „Christus“ falle. Da müsse er immer weglaufen. Auf meine Zusicherung, daß ich dafür Verständnis habe, ging er zur Gruppe mit, beteiligte sich sehr engagiert am Gespräch und machte sich zum Anwalt derer, die sagten, mit dem Tod sei alles aus. Nach der Gruppe bat er mich um ein persönliches Gespräch, bei dem er mir von seinen Schwierigkeiten erzählte: Angst vor dem Vater, häufige Suizidgedanken, völliges Alleinsein und Sich-nicht-verstanden-Fühlen in der Familie. Er beteiligte sich weiterhin an den Gruppengesprächen. Dabei fiel auf, wie sich seine Einstellung zum Todesproblem wandelte. Mehr und mehr verfocht er seinen Mitpatienten gegenüber die Meinung, der Tod könne nicht das Letzte sein. Denn, wenn es schon in diesem Leben kaum möglich sei, Geborgenheit zu finden, müsse es so etwas wie eine umfassendere Geborgenheit nach dem Tode geben.

II. Was sagen Patienten, wenn ich sie direkt nach ihrer Einstellung zum Tod frage?

Ein Mädchen, 21 Jahre alt, Bedienung in einem Hotel, hat mit dem Freund heftigen Streit. Tief gekränkt geht sie von ihm weg und nimmt in ihrem Zimmer nachts um 2 Uhr Schlaftabletten. Da sie am nächsten Morgen ab 10 Uhr Dienst hat, wird sie vermißt, schließlich auf ihrem Zimmer tief schlafend gefunden und in die Klinik gebracht. Dort erzählt sie mir später ihre ganze Misere. Auf die Frage, an was sie vor Einnahme der Tabletten noch gedacht habe, gibt sie zur Antwort: „Nur an meinen Bekannten, der mich geschlagen hat. Dem wollte ich beweisen, wie er jetzt meinewegen Scherereien bekommt, und dem wollte ich das Unrecht heimzahlen, das er mir angetan hat.“ Auf die weitere Frage, ob sie außer ihrem Bekannten noch Menschen hat, mit denen sie sich besonders verbunden weiß, antwortet sie: „Ja, die Mutter, die ich sehr liebe. Aber an die habe ich nicht mehr gedacht.“ Auf die weitere Frage, ob sie auch an den Tod gedacht habe, gibt sie zur Antwort: „Nein, so weit habe ich nicht mehr gedacht. Ich wollte mich nur an meinem Bekannten rächen, der so gemein zu mir war.“

Ein Mädchen von 21 Jahren erzählt mir in der Klinik, nach einem Suizidversuch, daß sie eigentlich keine Probleme habe und auch keinen akuten Grund zu dieser Tat. Es geht ihr zu Hause gut, die Eltern haben ihr eine weitere Berufsausbildung ermöglicht, sie hat viele Bekannte, genügend Geld, ein Auto und

eigentlich keine Sorgen. Aber schon lange frage sie sich, was das Leben soll. Es sei völlig gleichgültig, ob man 20 oder 80 Jahre lang lebe. Das Ganze sei doch etwas Sinnloses. — Sie war bei einer Party eingeladen. Als sie vor dem Weggehen im Badezimmer ihrer Bekannten, die in einer Apotheke arbeitete, sich noch etwas zurecht machen wollte, entdeckte sie dort ein Gefäß mit Schlaftabletten. Diesen Zufall nutzte sie, steckte die Packung ein und nahm zu Hause die Schlaftabletten. — Nach der Entlassung aus der Klinik kam sie noch zweimal zu mir. Sie war sehr aufgeschlossen und gesprächswillig, sagte mir aber immer wieder, daß sie nicht wisse, was das Leben überhaupt soll, und daß sie auch niemand überzeugen könne, daß das Leben einen Sinn habe. — Ein seel-sorgliches Gespräch war auf dieser Basis noch nicht möglich, denn solange dieses Mädchen keinen Zugang zur Wirklichkeit ihres Lebens gefunden und nicht die Grenze menschlicher Möglichkeiten erfahren hat, wird ein Gespräch über den Sinn des Lebens und über die Bedeutung des Todes ins Leere treffen müssen.

Als letztes Beispiel drei kurze Darstellungen von Patienten, die ich gebeten habe, mir aufzuschreiben, ob sie bei ihrer Absicht, einen Suizid zu begehen, an den Tod gedacht haben:

Ein Student, 27 Jahre alt, der schon drei Suizidversuche gemacht hat, schreibt:

„Ich weiß nur, daß ich vor allem den Wunsch hatte nach Ruhe, nicht mehr aufwachen und den Tod auch nur so mir vorstellte. Angst hatte ich keine.“

Eine Akademikerin, Ende Zwanzig, die öfters in suizidaler Verfassung zu mir kam, aber noch keinen Suizidversuch gemacht hat, äußert sich folgendermaßen:

„Nicht die Angst vor dem Tod als Ende des im Augenblick unerträglich gewordenen Lebens hält ab, einen Suizid zu begehen, sondern die Angst vor dem, was nach dem Tode kommt. Denn keiner weiß, was der Tod bedeutet und wohin er führt. Wenn nach dem Tode sicher alles zu Ende wäre, wäre es leichter, einen Selbstmord zu begehen, vor allem dann, wenn Bilanz gezogen wird. — Im Affekt hingegen möchte man nur aus der augenblicklichen Situation heraus und denkt im Grunde nicht weiter, fragt nicht nach Tod und Gott, sondern nach Menschen, die helfen könnten. Daraus folgt, daß viele Suizidversuche so geplant werden müssen — ob bewußt oder unbewußt, das sei dahingestellt —, daß sie nicht erfolgreich sein können, sondern nur das Ziel haben, die Umgebung auf die Grenzsituation des Betreffenden aufmerksam zu machen.“

Eine Dame, Anfang Dreißig, in einem sozialen Beruf tätig, die oft in einer suizidalen Verfassung ist, aber noch keinen Suizidversuch gemacht hat, schreibt: „Auf die Frage, ob ich mich in Stunden der Verzweiflung mit dem Tod auseinandergesetzt habe, kann ich nur nein sagen. Im Vordergrund standen nur Dunkelheit und Hoffnungslosigkeit, keine Gedanken an Gott oder ein Leben nach dem Tod. Selbst an meine Angehörigen oder Freunde dachte ich nicht. Ich wollte nur befreit sein von der seelischen Not, in der ich mich so eingesperrt fühlte, und glaubte, eine Änderung dieser Not nicht mehr zu schaffen. Ich wollte, daß es ruhig und friedvoll um mich wird. Schlafen, nur schlafen, nicht mehr kämpfen müssen. Ich war so müde geworden durch den Kampf für das Leben. Wenn ich dennoch keinen Selbstmord verübt habe, so kann ich heute nicht sagen, ob es Schwäche, Angst oder das Versprechen einem Menschen gegenüber war, die Tabletten und den Gedanken an Selbstmord wegzwerfen.“

Aus diesen Beobachtungen läßt sich folgendes sagen:

1. Die meisten Suizidpatienten sprechen nicht über den Tod. In den fünf dargelegten Fällen, die ich eigens nach ihrer Einstellung zum Tod gefragt habe, zeigt sich, daß der akute Konflikt so sehr im Vordergrund steht, daß er andere Gedanken entweder nicht mehr

oder nur noch nebenbei aufkommen läßt. Es besteht in erster Linie der Wunsch, aus dem Konflikt herauszukommen; als einzige Möglichkeit hierzu wird die Suizidhandlung gesehen, jedoch nicht als ein primäres Sterben-Wollen, sondern als ein Befreit-werden-Wollen von diesem Konflikt. Erinnern wir uns an Bemerkungen wie „Im Vordergrund standen nur Dunkelheit und Hoffnungslosigkeit... schlafen, nur schlafen, nicht mehr kämpfen müssen“ oder „Ich möchte nur aus der augenblicklichen Situation heraus und denke im Grunde nicht weiter, frage nicht nach Tod und Gott“.

Hier möchte ich daran erinnern, was Ringel¹ im Zusammenhang mit dem „präsuizidalen Syndrom“ über die psychische Einengung sagt: Er ist der Meinung, daß die vielfältigen Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten, die dem Menschen normalerweise gegeben sind, im präsuizidalen Status mehr und mehr verlorengehen. An deren Stelle tritt das Gefühl, von allen Seiten behindert und eingengt zu sein².

Alle Dynamik, die vorhanden ist, wird gewissermaßen kanalisiert und nur noch von dem einen Moment der Dunkelheit und Ausweglosigkeit der augenblicklichen Situation beherrscht. Eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Konfliktstoff ist so nicht mehr möglich. Kompensatorisch muß dann — geradezu zwanghaft — der Wunsch immer stärker werden, dem scheinbar unentrinnbaren Konflikt doch noch zu entrinnen, und sei es durch die gewaltsame Scheinlösung eines Suizids.

2. Falls über den Tod noch reflektiert wird, ist die Haltung dem Tod gegenüber ambivalent, d. h. es ist nicht eindeutig der Wunsch da, entweder leben oder sterben zu wollen, sondern beides gleichzeitig, wie es Stengel³ einmal formuliert hat. Insofern noch Hoffnung auf Leben besteht, wird die Suizidhandlung als Hilfe zur Lösung des Konflikts verstanden: Erzwingen von versagter Liebe, Bestrafung u. a. m. In dem einen Be-

¹ Vgl. E. Ringel: Neue Gesichtspunkte zum Präsuizidalen Syndrom, in: Ringel, Selbstmordverhütung, Bern — Stuttgart — Wien 1969, 52–60.

² Eine der Patientinnen schreibt: „Ich wollte nur befreit sein von der seelischen Not, in der ich mich so eingesperrt fühlte, ich glaubte, eine Änderung dieser Not nicht mehr zu schaffen.“

³ Vgl. E. Stengel: Selbstmord und Selbstmordversuch, Stuttgart 1969, 74.

richt hörten wir vorher: „Viele Suizidversuche werden so geplant, daß sie nicht erfolgreich sein können, sondern nur das Ziel haben, die Umgebung auf sich aufmerksam zu machen.“ Oder die Bemerkung einer anderen Patientin: „Ich wollte mich nur an meinem Bekannten rächen, der so gemein zu mir war.“

3. Solange die psychische Einengung noch nicht einen hohen Grad erreicht hat, wird eher die Frage nach dem Tod gestellt, und die Angst davor bildet noch einen gewissen Schutz vor einer Suizidhandlung. Die eine Patientin schreibt: „Nicht die Angst vor dem Tod als Ende des im Augenblick unerträglich gewordenen Lebens hält ab, einen Suizid zu begehen, sondern die Angst vor dem, was nach dem Tode kommt... denn keiner weiß, was der Tod bedeutet und wohin er führt. Wenn nach dem Tod alles sicher zu Ende wäre, wäre es leichter, einen Suizid zu begehen.“ Ähnliche Äußerungen wurden auch von Patienten beim Gruppengespräch gemacht.

4. Bei Patienten, die spontan über den Tod sprachen – ich brachte vorher drei Fälle –, ist die direkte Konfrontation mit dem Tod am deutlichsten. Er wird als Hoffnung verstanden, als solche erstrebt und verantwortet, um von dem Konflikt frei zu werden. Ich erinnere an das Beispiel des sechzigjährigen Mannes, der an Krebs erkrankt war. Er sieht es geradezu als seine Pflicht an, seinem Leben ein Ende zu setzen. Bei religiös orientierten Menschen kann sogar die Religion dazu benützt werden, die Suizidhandlung zu rechtfertigen. Ich nannte Ihnen vorher das Mädchen, das sich durch Sakramentenempfang auf einen guten Tod vorbereiten wollte, oder den jungen Mann, der im Gruppengespräch die Meinung vertrat, daß es „doch so etwas wie eine umfassendere Geborgenheit nach dem Tode geben müsse“. Auch hier treffen sich meine Erfahrungen mit denen von Ringel⁴, der sagt, daß in einem suizidalen Stadium gerade *die* religiösen Ideen aufgebaut werden, die den bestehenden Pessimismus und die Neigung zur Selbsterstörung bestätigen oder diesen zumindest nicht sonderlich hinderlich sind. Oder aber *die* Momente, die eine Suizidhandlung verurteilen,

⁴ Vgl. E. Ringel: a. a. O. 59 f.

werden von der Persönlichkeit so stark entwertet und unterhöhlt, daß sie im entscheidenden Augenblick nicht mehr stark genug sind, um den Impuls zu einer Suizidhandlung zu bremsen. So bleibt als tragisches Resümee, daß der Glaube, der an und für sich tragfähig wäre, einen Suizid zu verhindern, gerade in dem Moment versagt, wo er am meisten benötigt wird, und zwar deswegen, weil von der präsuizidalen Persönlichkeitseinstellung die Wertwelt und damit auch der Glaube mit betroffen werden.

5. Ist das Motiv zu einer Suizidhandlung das sogenannte „taedium vitae“, also der Überdruß am Leben oder die Langeweile, wird der Tod verstanden als Erlösung von einem sinnlosen Leben. Die eine Krankengeschichte brachte dies deutlich zum Ausdruck, und mir scheint, daß gerade bei jungen Menschen dieses Moment zunimmt. Allerdings scheint es auch, daß es weniger eine Auseinandersetzung mit der Frage des Todes ist, als ein Beenden-Wollen eines vermeintlich sinnlosen Lebens. Somit wäre hier eine gewisse Verwandtschaft mit den Patienten zu sehen, die einem akuten Konfliktfall durch eine Suizidhandlung aus dem Wege zu gehen versuchen. Der Unterschied bestünde dann nur darin, daß anstelle eines akuten Konfliktes hier ein permanenter Konflikt besteht, nämlich die Unfähigkeit, mit dem Leben etwas anzufangen.

Die hier dargebotenen Fälle haben gezeigt, daß es nur ganz wenige Suizidpatienten sind, die sich der Frage des Todes direkt stellen. Wenn aber die meisten Suizidpatienten sich der Todesfrage gar nicht stellen – oder, besser gesagt, nicht stellen können –, sind sie also für ihre Tat, die gegen das Leben gerichtet ist, nicht verantwortlich. Die wenigen Patienten, die sich mit dem Tod auseinandersetzen, scheinen psychisch so eingeengt und fixiert zu sein, daß von einer freien Entscheidung nicht mehr die Rede sein kann. Für die sittliche Beurteilung bedeutet dies, daß der Tatbestand – ein Absolutsetzen des eigenen Ich und damit ein Verfügen-Wollen über das eigene Leben, für den gläubig Denkenden *die* Auflehnung gegen Gott – im konkreten Fall selten gegeben sein wird. Aus dieser Einsicht muß sich die Einstellung in der Beurteilung eines Suizidanten grund-

legend ändern: Statt ihn zu verurteilen, ist vielmehr der Versuch einer entsprechenden Hilfeleistung zu fordern. Gehört dazu nicht auch die Auseinandersetzung mit dem Tod? Diese Hilfe kann aber nur *der* leisten, der sich dem eigenen Sterben und dem eigenen Tod stellt.

Josef Mayer-Scheu

Bedingungen einer Sterbenshilfe im Krankenhaus

Die Mehrzahl der Menschen stirbt im Krankenhaus – vielfach ohne menschenwürdigen Sterbebeistand. Aber auch jene, die noch daheim oder „mitten im Leben“ abberufen werden, müssen oft einen menschlichen Beistand vermissen, der mehr ist als nur eine erste (und letzte) Hilfe. Im folgenden Beitrag werden im Blick auf die Sterbenshilfe im Krankenhaus, aber mit Gültigkeit für menschliches Sterben überhaupt Probleme und Voraussetzungen der Sterbehilfe dargestellt. Wenn die Seelsorger und viele Menschen in der Kirche sich in diesem Sinn um die Sterbenden bemühen, erfüllt die Kirche eine für die heutige Menschheit äußerst bedeutsame Aufgabe eines unmittelbaren Dienstes am Menschen und einer Bewußtmachung menschlicher Werte.

red

Die Wahrheit des Sterbens

Sind Sie bereit, einem Sterbenden die Wahrheit über seinen Zustand mitzuteilen und ihn in dieser Situation seines Lebens zu begleiten?

Dagegen gibt es viele Einwände!

Von seiten der *Angehörigen*: Der Patient würde die Wahrheit nicht verkraften!

Von seiten des *Arztes*: Man darf ihm nie die Hoffnung nehmen, denn den Tod ankündigen, heißt: ihn geben!

Oder: Mit diesem Problem muß jeder letztlich allein fertig werden!

Von seiten der *Krankenschwester* bzw. des *Krankenpflegers*: Dafür ist der Arzt zuständig, denn er ist verantwortlich für die Therapie. Eine offene Mitteilung würde die Therapie unweigerlich negativ beeinflussen.

Der Arzt zum *Pfarrer*: Das ist ein Fall für Sie! Der Patient weiß natürlich nicht, wie es um ihn steht. Aber der arme Kerl braucht Ihren Trost!

Aber auch der *Pfarrer* weicht aus, fühlt sich unzuständig und unsicher. Auch ihm fällt die Kommunikation leichter mit Hilfe der Bibel oder des Gebetbuches als in der Ohnmacht vor den möglichen Fragen und dem Schweigen des Patienten.

Schließlich weichen viele diesen Problemen mit folgender Begründung aus: Ich weiß einem Sterbenden nichts zu sagen, ich habe keine Erfahrung, um ihm antworten und raten zu können.

An den Einwänden ist einiges wahr:

Es ist zutreffend, daß ein Patient die Mitteilung seiner aussichtslosen Lage nicht verkraftet, wenn er mit einem solchen Satz allein gelassen wird, auch wenn der Mitteilende diesen Satz mit seinem ausdrücklichen Bedauern und mit „*leider*“ einleitet. Denn das Problem der Wahrheit am Krankenbett ist kein Problem eines diagnostisch und prognostisch richtigen Satzes, sondern *die Frage nach unserer Fähigkeit, mit dem Patienten so in Kommunikation zu treten, daß er in der Lage ist, Informationen über seinen Zustand und seine Therapie selbst zu erbitten, anzuhören und zu verarbeiten*. Zu Recht scheuen wir uns davor, eine Todesankündigung auszusprechen. Entscheidend für die Wahrheit am Krankenbett ist vielmehr die Kommunikation und die Solidarität zwischen dem Sterbenden und seinem Begleiter!

Das verlangt von dem Begleiter des Sterbenden die Fähigkeit, mit den eigenen Ängsten umgehen zu lernen, und die Bereitschaft, die eigenen Erwartungen zurückzustellen, um das wahrzunehmen und auszuhalten, was den Patienten zutiefst bewegt¹: die Verleugnung der Wirklichkeit, die Wut über die eigene Ohnmacht, der Neid gegenüber den Lebensmöglichkeiten der anderen, seine Resignation einerseits, seine Hoffnung andererseits (auf Überleben), die Sorgen wegen der nicht bewältigten Lebensaufgaben (Kinder, Ehepartner u. a.), die Fragen nach dem Sinn der Vergangenheit und der Zukunft! Solche Kon-

¹ Vgl. dazu E. Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1971.