

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.

frontationen nötigen uns zunächst das Einverständnis der eigenen Ohnmacht ab. Gerade dadurch wird der Begleiter des Sterbenden zu einem Gegenüber, das wirklich versteht und mitgeht. Denn die Wahrheit des Sterbens besteht nicht aus der Diagnose und der Prognose im Hinblick auf den Zeitpunkt des Todes. Vielmehr liegt sie im gemeinsamen Aushalten jener beschriebenen Zustände des Sterbens, sofern sie in Offenheit und Solidarität geteilt werden. Das Problem der Wahrheit gegenüber Sterbenden ist also genauso ein Problem der eigenen Wahrheit für den Sterbebegleiter (im Umgang mit seiner eigenen Todesangst und seiner Unfähigkeit zu sterben) wie für den Todkranken selbst.

Es stimmt auch, daß man niemandem die Hoffnung nehmen darf. Aber eine beachtliche Zahl fundierter Untersuchungen hat gezeigt, daß Sterbende nie ohne Hoffnung sind. Vielmehr zeigen gerade sie eine Hoffnung wider alle Hoffnung, wenn alle Hoffnungen des Alltags zuschanden werden². Das Wort vom „hoffnungslosen Patienten“ oder noch deutlicher: vom „hoffnungslosen Fall“ – spiegelt weit mehr die Lage des behandelnden Arztes als die des Patienten wieder. Die bloße Mitteilung des Zustandes und die Prognose der Aussichtslosigkeit kann in der Tat gleichbedeutend sein mit einer Todesankündigung, die den Tod gibt. Aber als Alternative dazu bleibt uns ja nicht nur die unverblümete Täuschung des Patienten oder jene verschwiegene Verlogenheit, die dem Patienten verbietet, seine Gefühle auszuleben und seine Fragen zu äußern. Denn damit wird er alleine gelassen in dem erdrückenden Widerspruch zwischen der geheichelten Hoffnung des Therapeuten und seiner wachsenden Angst angesichts des ausbleibenden Erfolges. Das grundsätzliche und gezielte Verschweigen und Umgehen der Wahrheit ist niemals eine Hilfe für die Hoffnung des Patienten. Wie befreiend sich die „mitgeteilte“ (!) Wahrheit am Krankenbett auswirkt, zeigen Berichte über diesen Vorgang³. Diese Erfahrung ist nur deshalb

² Vgl. H. Plügge, Über die Hoffnung, in: A. Sborowitz – E. Michel, Der leidende Mensch, Düsseldorf-Köln 1960, 436, E. Kübler-Ross, a. a. O. 122 ff.

³ Bezeichnend ist der Bericht von H. C. Piper, Die Unfähigkeit zu sterben, in: Wege zum Menschen . . ., 1972, 15 ff, von jener Frau, die es als befreiend erlebte, daß sie über ihren Zustand nicht im unklaren gelassen wurde: „Ich brauche mir nicht auf mein stummes Fragen hin die gewiß gutgemeinten, aber heuchelnden Trö-

so selten anzutreffen, weil dieser Vorgang von uns allen – von Ärzten, Schwestern, Pflegern, Pfarrern und Angehörigen – so selten in der Begleitung eines Sterbenden gewagt wird, aber nicht, weil die Wahrheit am Krankenbett dem Sterbenden die Hoffnung nähme⁴.

Es ist unbestreitbar, daß jeder letztlich alleine mit diesem Problem fertig werden muß. Aber um dahin zu gelangen, bedarf jeder Mensch – zumindest in bestimmten Phasen⁵ – anderer Menschen, die ihn begleiten und aushalten, wenn er sich und seine Gefühle so weit wie möglich ausleben möchte, um zu jener Reife zu kommen. Denn *menschlich* sterben heißt: in der letzten Phase des Lebens die Möglichkeiten der je eigenen Lebensentfaltung voll ausschöpfen⁶. Gerade in einer Gesellschaft, in der der Tod und die Vorbereitung darauf in einem so verstandenen Sterben zu einem Tabu geworden ist, stehen die meisten Menschen hilflos in dieser letzten, großen Auseinandersetzung ihres

stungen der Schwestern anzuhören . . . Es blieb mir erspart, daß man zu mir im Zimmer anders sprach als draußen vor der Tür . . . Das Wort ‚Krebs‘ wurde ausgesprochen, auch von mir. So wurde mir die Erniedrigung erspart, von taktlosen Tröstern aufgemuntert zu werden . . . So blieb mir die Menschenwürde, die unlöslich zum Menschen gehört, erhalten. Ich konnte als Mensch weiterleben. Das wichtigste dabei war wohl, daß mir und meinen Angehörigen das traurige Versteckspiel erspart blieb . . . So ist keine Schranke zwischen uns entstanden. Wir sind zusammengeblieben, was gerade jetzt so nötig war, und sind uns nähergekommen.“ Siehe den Originalbericht von Trudi u. J. Tibbe, Leben an der Grenze des Todes, Neukirchen 1971.

⁴ Vgl. dazu die bei Piper, a. a. O., entnommenen Beispiele der Literatur. Simone de Beauvoir hat es eindrucksvoll formuliert, was sie empfand, als sie (unter dem Druck des allgemeinen Schweigegebotes) der sterbenden Mutter Rede und Antwort verweigerte: „Wenn die Gewißheit sie erdrückte und es ihr gutgetan hätte, sich durch Worte Luft zu machen, verurteilten wir sie zum Schweigen, zwangen sie, ihre Ängste zu unterdrücken und ihre Zweifel zu verdrängen: wie so oft in ihrem Leben fühlte sie sich zugleich schuldig und unverstanden.“ Leo N. Tolstois Erzählung „Der Tod des Iwan Iljitsch“ ist an dieser Stelle eine unüberhörbare Mahnung an alle, in deren Nähe ein Mensch mit seinem Sterben beschäftigt ist: „Das, was Iwan Iljitsch am meisten qualte, war die Lüge – jene aus irgendeinem Grunde von allen verbreitete Lüge, daß er nur krank sei und keineswegs auf den Tod darniederliege und daß er sich nur ruhig verhalten und sich kurieren lassen müsse, damit etwas Schönes dabei herauskomme . . . Und ihn qualte diese Lüge, es qualte ihn, daß jene nicht eingestehen wollten, was alle wußten und was auch er selber wußte, sondern daß es ihr Wille war, ihn angesichts seiner entsetzlichen Lage zu belügen, und daß sie nicht nur wünschten, er solle selber an dieser Lüge teilnehmen, sondern, daß sie ihn sogar dazu zwangen.“ – Siehe dazu auch den Beitrag von A. Schäfer in diesem Heft.

⁵ Vgl. dazu vor allem E. Kübler-Ross, a. a. O., 41 ff, 50 ff, 77 ff, 80 ff, 99 ff.

⁶ So vor allem P. Sporken, Menschlich sterben, Düsseldorf 1972, 26 ff, 66 ff, 80 ff; ähnlich E. Kübler-Ross, a. a. O.

Lebens, die sie um so verzweifelter, der Wirklichkeit entfremdeter antrifft, je weniger das Sterben in allen seinen Formen (Abschied nehmen, Trennung, Verlustangst, Schmerz) ihrem bisherigen Leben vertraut war. Die immer anonymere werdende, technisierte und automatisierte Welt unserer Krankenhäuser, in der sechzig von hundert Menschen heutzutage sterben, trägt noch ein gerütteltes Maß dazu bei, daß das Sterben von vielen als völlig unbegreifliches, böses Schicksal erlebt wird, das gerade ihnen aufoktroziert ist. Um so mehr braucht heute der Mensch den Mitmenschen, damit die intensiven Erlebnisse und Auseinandersetzungen in dieser Lebensphase einen Adressaten haben und nicht in den Wahn abgleiten, vielleicht sei alles nur Einbildung und Täuschung, was ihn bedrückt und bedrängt. Im Angehörtwerden, in der Erfahrung des Mitfühlers, der Zustimmung, aber auch des Widerstandes, der Auseinandersetzung und – nicht zu früh und vorschnell – der Deutung reifen viele Sterbende erst zur Fähigkeit, letztlich alleine ihr Sterben zu akzeptieren.

Dem Recht auf Leben müßte so gesehen das Recht zu sterben entsprechen, dem Recht auf Lebenshilfe ein Recht auf Sterbehilfe, bis hin zu seiner intensivsten Form: dem Sterbebeistand, d. h. der ganz persönlichen Begleitung eines Sterbenden in all seinen Nöten.

Wer ist für die Sterbehilfe zuständig?

Hier ergibt sich sofort das Problem der Zuständigkeit für die Sterbehilfe und den besonderen Sterbebeistand im Krankenhaus. Diese Aufgabe wird ja in den meisten Fällen zwischen den Beteiligten ohne Auseinandersetzung schweigend aufeinander abgeschoben: zwischen Angehörigen, Ärzten, Schwestern, Pflegern und Pfarrern. Jeder hat vor allem gute Gründe, warum gerade er nicht in Frage kommt. *In Wahrheit hat jede dieser Gruppen ihre Vorzüge und ihre Nachteile für diese Aufgabe⁷.*

Die Angehörigen haben meistens die größte innere Nähe zum Patienten, häufig sein stärkstes Vertrauen, aber nur selten den Überblick und das Verständnis für den Verlauf

der Krankheit und fast nie die innere Distanz von dem eigenen Erleben des Geschehens, um nicht von der eigenen Angst (insbesondere des Verlustes) fortgerissen zu werden. Nur selten kann ein Sterbender seine Nöte mit ihnen teilen, weil er fürchtet, sie – außer seiner Krankheit, die ihm häufig Schuldgefühle bringt (z. B. weil er nicht für sie sorgen kann) – auch sonst noch damit zu belasten oder zu verlieren.

Auf jeden Fall müssen die Angehörigen in die Sterbehilfe und den Sterbebeistand integriert werden, weil sie sonst die oft mühsam aufgebaute Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Vertrauenspersonen in der Sterbehilfe stören.

Der Arzt hat einerseits den Vorteil der umfassendsten medizinischen Information über den Zustand des Patienten. Auch ist er der Hauptverantwortliche für alle Maßnahmen der Therapie, die den Sterbeprozess entscheidend beeinflussen können. Andererseits fühlt er sich häufig für diese persönliche Form der Sterbebegleitung in der heutigen Spezialisierung der Ärzterufe wenig kompetent und ausgebildet. Er hat selten genügend Zeit, sich einem Patienten so intensiv zu widmen, und muß zwischen den besonderen Bedürfnissen einzelner Patienten und denen der ganzen Station abwägen. Vor allem konfrontiert ihn das Sterben des Patienten mit der Grenze seiner Kunst und mit seinem eigenen Sterben⁸.

Schwester und Pfleger haben meist den Vorteil der größeren Nähe zum Patienten in seiner Krankheit. Sie sind sozusagen dauernd für ihn zuständig in seinen großen wie in seinen kleinen Sorgen. Die unmittelbare Körperpflege, die Abhilfe gegen Schmerzen, die Möglichkeiten der Erfüllung vieler kleiner Wünsche eröffnet ihnen häufig leichter das Vertrauen als dem Pfarrer und dem Arzt. Aber sie empfinden mitunter die Verantwortung des Arztes als Hemmschuh der eigenen Initiative für den Sterbebeistand. Sie fühlen sich nicht genügend dafür ausgebildet und sind vor allem zeitlich von ihren vielfältigen Aufgaben so in Anspruch genommen, daß vielen eine Entscheidung für einen ausgesprochenen Sterbebeistand schwerfällt. Auch bei ihnen fällt die nicht bewältigte Angst vor

⁷ Vgl. zum folgenden vor allem *Sporken*, a. a. O., 57 bis 62.

⁸ Vgl. dazu *Sporken*, a. a. O., und *Piper*, a. a. O. 15 ff.

dem Tod entscheidend ins Gewicht. Das Sterben des Patienten konfrontiert auch sie häufig mit der Vergeblichkeit ihrer Pflege.

Der *Pfarrer* ist von Berufs wegen am stärksten auf das Gespräch mit dem Kranken angelegt. Auch gehört es zu seinen vorrangigen Aufgaben, sich der Auseinandersetzung mit den Lebenskrisen und ihrer Deutung zu stellen. Aber diese Vorteile werden häufig durch seine Ahnungslosigkeit von den medizinischen Vorgängen und der Welt des Krankenhauses wettgemacht. Schließlich ist nicht zu übersehen, daß er keineswegs kraft Amtes schon Vertrauensperson des Patienten ist. Im Gegenteil: Mitunter muß er erst Vorurteile gegenüber der Kirche und seinem Amt abbauen, ehe er als vertrauter Gesprächspartner in Frage kommt. Wenn seine Gespräche nicht oberflächlich oder rituell abgesichert bleiben, wird auch er durch das Sterben des Patienten mit seiner eigenen Todesangst konfrontiert, die Zweifel am eigenen Glauben auslösen kann.

Wer ist der ideale Sterbebeistand? Die Schwestern?, die Pfleger?, die Ärzte?, die Pfarrer?, die Angehörigen? Alle diese Gruppen haben – wie wir sahen – Vor- und Nachteile für diese Aufgabe. Keine kann sich davon grundsätzlich dispensieren. Jede ist auf die Kooperation mit der anderen angewiesen: auf die Informationen des Arztes, auf die Beobachtungen der Schwestern und Pfleger, auf die Hinweise der Angehörigen und die Erfahrungen des Pfarrers. Nach welchen Kriterien sollte also entschieden werden, wem diese so wichtige Aufgabe mit dem Sterbenden zufällt? Das zu entscheiden sollte allein Sache des Patienten sein, soweit er sich direkt oder indirekt äußern kann.

Er spürt am besten, wer von den Beteiligten wirklich eine korrespondierende Einstellung zu ihm gefunden hat, wer seine Gefühle, seine Ängste und Hoffnungen am besten zu teilen in der Lage ist, wem er sich mitteilen und wichtige Fragen stellen wird. Diese Entscheidung sollte in aller Regel von den übrigen Beteiligten respektiert und der Betreffende kooperativ unterstützt werden, ob es nun eine Schwester, ein Pfarrer, ein Arzt, ein Pfleger oder ein Angehöriger ist, der damit im weiteren Sinn zum Team der Station ge-

hören sollte. Aber es wäre zu wünschen, daß die Verantwortlichen im Ärzte- und Pflegeteam die Sorge haben, daß sich wenigstens eine in Frage kommende Person um einen Sterbenden als Sterbebeistand bemüht⁹.

Da uns also allen diese Aufgabe durch den direkt oder indirekt geäußerten Wunsch eines Patienten zufallen kann, stehen wir alle vor dem Problem, ob wir bereit sind, uns der eigenen Todesproblematik zu stellen, um mit einem Sterbenden überhaupt in jene tiefere Kommunikation zu treten, die nötig ist.

Preisgabe von Sicherheiten

Dabei gibt jeder seine Sicherheiten und ein Stück seiner Rolle preis: Arzt und Schwester ihre scheinbare Macht über den Tod, der Pfarrer seine scheinbare Unangefochtenheit im Glauben.

Es ist entscheidend, ob wir bereit sind, uns unserer eigenen Angst überhaupt bewußt zu werden, sie nicht zu leugnen und damit umgehen zu lernen.

Denn es gibt sogar eine nicht verbale *Kommunikation der Angst*, in der man, ohne daß man sich dessen bewußt wird, Signale der Angst, der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit abgibt und auffängt¹⁰. Die dahinter stehende Abwehrhaltung bleibt gerade dem Sterbenden nicht verborgen, wie sehr man sich auch darum bemüht oder gerade weil man sich so darum bemüht! Er spürt es auf einer anderen Kommunikationsebene, nimmt die wachsende Hoffnungslosigkeit um sich herum wahr, merkt, wie man sich allmählich von ihm zurückzieht, wodurch die eigene Angst und Not um so mehr zunimmt¹¹.

Wie wenig wir uns unserer eigenen Ängste und unserer Abwehr bewußt sind, belegt ein in der einschlägigen Literatur angeführtes Beispiel¹²:

Leshan berichtet aus einem Krankenhaus in New York, in dem ein Psychologe sich mit einer Stoppuhr auf den Flur einer Station setzte. „Er hatte sich über den Zustand der Patienten in den einzelnen Zimmern und deren wahrscheinliche Lebenserwartung informiert und maß nun die Zeit, die zwischen dem Rufsignal der einzelnen Patienten und dem Eintreffen der für sie verantwortlichen Schwestern verstrich. Er fand her-

⁹ Vgl. *Sporken*, a. a. O., 58.

¹⁰ Vgl. *M. Bowers*, *Wie können wir Sterbenden beistehen*, Mainz 1971, 61.

¹¹ Vgl. *Piper*, a. a. O. 17.

¹² Hier zitiert nach *Piper*, a. a. O. 15.

aus, daß die Schwestern regelmäßig zu den Patienten eilten, die auf dem Wege der Besserung waren, während sie ebenso konsequent mit schleppenden Füßen dem Ruf derer folgten, die an der Schwelle des Todes standen. Die eigentliche Überraschung ergab sich, als der Psychologe den Schwestern das Ergebnis seiner Untersuchung mitteilte. Sie waren davon ganz und gar überrascht und wehrten sich gegen eine derartige „Unterstellung“ – ihr Verhalten war offensichtlich ein unbewußter Ausdruck ihrer Abwehr des Todes. Die Vermutung liegt nahe, daß diese Schwestern derartige unbewußte Abwehrhaltungen mit allen teilen, die mit Sterbenden zu tun haben: mit Ärzten, Pfarrern und Angehörigen. Man wird weiter darauf gefaßt sein müssen, daß auch bei ihnen diese Abwehrhaltung sich in ihrer Beziehung zu den Sterbenden niederschlägt.“

Es geht also letztlich um *unsere Einstellung zu unserem eigenen Tod*. Man könnte sie etwas vereinfacht so umschreiben:

In 100 Jahren sind wir alle Staub – ja, wir alle – nur ich nicht! Denn wir alle kennen zwar den Tod, aber wir kennen ihn meist nur als einen „Gewußten“ und nicht: als einen „Bewußten“¹³, als zu meinem Leben gehörig, als einen, auf den ich mich einlassen kann.

Und doch können wir mitten im Leben diese Erfahrung machen: Wenn ich unaufmerksam eine Hauptverkehrsstraße überquere und einen halben Meter vor mir donnert ein Lastzug vorbei, dann kann ich *augenblicklich* den Tod als einen Bewußten erfahren. Wenn ich in der Lage bin, mir dieses Erlebnis bewußt werden zu lassen, dann bin ich tiefer betroffen von meiner Ohnmacht, vielleicht in einem Augenblick ausgelöscht zu sein, von der Wut, mich nicht wehren zu können, von dem Schrecken, daß vielleicht alles „aus“ sein könnte, von dem Schmerz, ja mich nicht einmal verabschieden zu können.

Nach solchen Augenblicken sieht das Leben völlig anders aus, und ich bekomme Schuldgefühle, weil ich plötzlich spüre, wen ich vergessen habe, für wen ich dasein wollte... usf. Wahrscheinlich bin ich nach einem solchen Erlebnis dankbar und froh, noch zu leben, und viele Sorgen sind für kurze Zeit vergessen.

Ich habe dann eine Ahnung davon, was Sterbende in ihrer letzten Lebensphase durchmachen – natürlich je in ihrer Art: zumeist viel umfassender und länger im Erleben und in der Heftigkeit der Reaktion: in Angst und Vertrauen, in Verzweiflung und Hoffnung, in Wut und Ergebung, in Resignation und

Tapferkeit. Es ist nur eine Ahnung, aber wer bereit ist, sich solchen Erfahrungen zu stellen, hat die Chance, sein Leben vollständig zu sehen.

Vor allem vermag er an sich selbst wahrzunehmen, daß das Sterben – also das Leben in der letzten Lebensphase – durchaus seine erlebnismäßigen Parallelen im ganzen Leben hat: wenn wir es begreifen als das Zu-Ende-Gehen aller Möglichkeiten, so verstehen wir, daß auch in einem Abschied, in einer Trennung, im Verlust elementarer Lebensmöglichkeiten das letzte Sterben eines Menschen vorgebildet sein kann. Je umfassender wir uns selbst solchen Lebenssituationen stellen und sowohl den Schmerz des Verlustes oder Abschieds in allen seinen Formen aushalten, d. h. Trauerarbeit leisten, desto eher sind wir in der Lage, uns dem eigenen Sterben zu stellen.

Dann ist es uns auch leichter, jene dreifache Ohnmacht zu ertragen, die uns in der Begleitung eines Sterbenden immer wieder überfällt: die Ohnmacht gegenüber der Wahrheitsmitteilung (über seinen bedrohlichen Zustand), die Ohnmacht, Sterben und Tod gerade bei diesem konkreten Patienten einen positiven Sinn zu geben, und die Ohnmacht vor seinem Wunsch nach aktiver Euthanasie¹⁴.

Gerade jene Gefühle der Ohnmacht sind es ja, die uns immer wieder die Geduld nehmen, das Erlebnis der Ausweglosigkeit mit dem Patienten zu teilen. Die Geduld ist jedoch die entscheidende Eigenschaft, durch die wir einem Sterbenden helfen können, daß seine letzte Lebensphase der Mühe wert ist, gelebt zu werden¹⁵.

Es ist hier nur von unseren unvermeidlichen Schwierigkeiten in der Sterbenshilfe und im Sterbebeistand gesprochen worden. Gerade der im pastoralen Dienst am kranken und sterbenden Menschen stehende Seelsorger muß sich diesen elementaren Problemen stellen, um den besonderen Fragen einer angemessenen Verkündigung am Krankenbett und der Sakramentenpastoral, insbesondere bei der Spendung der Krankensalbung gerecht zu werden¹⁶.

¹³ So *Sporken*, a. a. O. 75 ff.

¹⁵ Vgl. *Sporken*, a. a. O. 63 ff, 66 ff, 69.

¹⁶ Vgl. dazu *J. Mayer-Scher* und *A. Reiner*, Heilswissenschaften für Kranke, Krankensalbung heute, Kevelaer 1972.