

DEN WEG ZU ENDE GEHEN

IN DER BEGEGNUNG MIT DEM STERBEN

LEBENDIGKEIT ERFAHREN



Evangelische Landeskirche | des Kantons Thurgau

Das Thema der Selbstbestimmung am Lebensende ist komplex. Jedes Sterben ist anders, und längst nicht auf alle Fragen gibt es eine allgemeingültige Antwort.

Kirchenrat und Dekane der Evangelischen Landeskirche des Kantons Thurgau legen eine gemeinsam formulierte Stellungnahme vor. Dies geschieht aus einer Haltung heraus, die nicht jene verurteilen will, welche sich mit dem Gedanken an einen möglichen Suizid tragen, die sich aber klar gegen eine gesellschaftliche Tendenz richtet, welche die unverlierbare Würde verletzlichen Lebens infrage stellt. Dazu die Demenzspezialistin Irene Bopp-Kistler: «Die Möglichkeit eines assistierten Suizids darf nie, aber wirklich nie, zur Erwartungshaltung einer Gesellschaft werden.»

Die Fachbeiträge der Autorinnen und Autoren möchten zum Nachdenken und Diskutieren anregen und zur differenzierten Betrachtung der gegenwärtigen Situation beitragen.

Testimonials, Berichte von Personen, die einen ihnen nahestehenden Menschen im Sterben begleitet haben, bergen einen tiefen eigenen Erfahrungsschatz. Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes bleiben die Verfasser anonym.

Winterbilder, aufgenommen in der Kartause Ittingen, und lyrische Texte ergänzen die Publikation.

DEN WEG ZU ENDE GEHEN

IN DER BEGEGNUNG MIT DEM STERBEN

LEBENDIGKEIT ERFAHREN

FACHBEITRÄGE UND TESTIMONIALS ZU FRAGEN
DER SELBSTBESTIMMUNG AM LEBENSENDE

Mit einer Stellungnahme des Kirchenrats und der Dekane
der Evangelischen Landeskirche des Kantons Thurgau.

Projektgruppe:

Wilfried Bühler, Kirchenratspräsident

Markus Aeschlimann, Spitalseelsorger

Karin Kaspers Elekes, Spitalseelsorgerin

Lukas Weinhold, Kirchenrat

Projektleitung:

Dr. med. Christine Luginbühl



Inhalt

Fachbeiträge

.....	Den Weg zu Ende gehen	12
	Stellungnahme des Kirchenrats, der Dekane und der Dekanin	
	<i>Pfr. Wilfried Bühner, Frauenfeld</i>	
.....	Selbstbestimmtes Sterben – gutes Sterben?	20
	Schlüsselfrage aus der Warte einer Juristin	
	<i>Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller, Luzern</i>	
.....	Der Wert von tragenden Beziehungen	30
	Einschätzung aus seelsorglicher Sicht	
	<i>Pfr. Markus Aeschlimann, Frauenfeld</i>	
.....	Demenz: Was sie auslöst	36
	Betrachtungen einer Demenzspezialistin	
	<i>Dr. med. Irene Bopp-Kistler, Zürich</i>	
.....	Die Würde des Menschen ist unverlierbar	48
	Eine biblisch-theologische Analyse	
	<i>Pfr. Tibor Elekes, Horn</i>	
.....	Jedes Sterben ist Leben bis zum letzten Atemzug	58
	Ein Interview zu Palliative Care	
	<i>Pfrn. Karin Kaspers Elekes, Horn</i>	
.....	Keine Einbahnstrasse: Sterben wünschen	64
	Eine pastoralpsychologische Einschätzung	
	<i>Pfrn. Karin Kaspers Elekes, Horn</i>	
.....	... Und einmal, ganz zum Schluss, nachgeben,	68
	uns ausbreiten und in einem Delta münden	
	Sozialethische und gerontopsychologische Standpunkte	
	<i>Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Andreas Kruse, Heidelberg</i>	

.....	Töten oder sterben lassen?	80
	– die entscheidende Frage der Sterbehilfe	
	Haltung der Ärztin für Palliativmedizin	
	<i>Dr. med. Karen Nestor, St. Gallen</i>	
.....	Sterbende als Hausarzt begleiten	86
	– eine lohnende Herausforderung	
	Ärztliche Haltung – ärztliches Handeln	
	<i>Dr. med. Roger Ruffieux, Matzingen</i>	
.....	Die Kraft des Erinnerns und Erzählens	94
	Lebensrückblick durch Biografiearbeit	
	<i>Dipl. Psych. Petra Strickner, Münsterlingen</i>	
.....	Zwischen den Kulturen	100
	– was uns trennt, was uns verbindet	
	Kultursensitive Aspekte in Palliative Care	
	<i>Dr. med. Birgit Traichel, Münsterlingen</i>	
.....	Der gute Hirte – Psalm 23	106
	Kraft aus Gottes Wort	
	<i>Pfr. Lukas Weinhold, Wängi</i>	

Testimonials

.....	<i>Die Geschichte eines Sterbens zu Hause</i>	26
.....	<i>Meine Mutter</i>	44
.....	<i>Das Leben vom Tod her verstehen</i>	62
.....	<i>Jenseits der Grenze</i>	76
.....	<i>Einwilligen in das Verblühen</i>	92
.....	<i>Abschied: Gesegnet gehen – Segen zurücklassen</i>	104

Zwischengedanken

.....	<i>Karin Kaspers Elekes und Christine Luginbühl</i>	
-------	---	--





Den Weg zu Ende gehen

Die Haltung von Kirchenrat und Dekanen bzw. Dekanin der Evangelischen Landeskirche Thurgau

Liebe Leserin, lieber Leser,

Die Publikation der Evangelischen Landeskirche Thurgau, die Sie in den Händen haben, trägt den Titel: «Den Weg zu Ende gehen». Im vorliegenden Zusammenhang ist damit der irdische Lebensweg gemeint. Was es heisst, diesen Weg zu Ende zu gehen, welche Chancen und welche Schwierigkeiten auf dem letzten Wegstück sein können, wird auf den folgenden Seiten in zeugnishaften Beiträgen von betroffenen Angehörigen und in Fachbeiträgen erläutert. Die Publikation erfolgt vor dem Hintergrund der immer drängender werdenden Frage, ob denn ein vorzeitiges Aus-dem-Leben-Scheiden durch Einnahme eines todbringenden Präparats eine Option sein darf oder nicht. Die Frage steht im Raum: Was sagt die Kirche dazu?

Wenn wir als Kirchenverantwortliche – oder besser noch: einfach als Christen – über das Lebensende nachdenken, kommen wir nicht darum herum, uns zuerst zu überlegen, welches denn dieses Ende sei. Vom grossen deutschen Theologen Dietrich Bonhoeffer wird überliefert, dass er, bevor er zur Hinrichtung abgeführt wurde, gesagt hat: «Das ist das Ende, für mich der Beginn des Lebens.» – Die Frage, wie wir über das Leben nach dem Tod denken, hat Einfluss auf die Haltung, die wir gegenüber dem Leben vor dem Tod und gegenüber dem Sterben einnehmen. Dabei darf nicht ein vereinfachender Zusammenhang konstruiert werden, im Sinn von: Wer an ein Weiterleben nach dem Tod und damit in irgendeiner Weise an eine noch ausstehende Begegnung mit Gott glaubt, wird sein

Die evangelischen Kirchen kennen kein Lehramt. Es kann nicht eine Einzelperson oder ein Gremium abschliessend und verbindlich theologische Fragen beantworten. Wenn der vorliegende Text vom Kirchenrat und den drei Dekanen und der Dekanin verantwortet wird, ist damit einerseits die von der Synode gewählte Instanz (Kirchenrat) und andererseits die von den Kapiteln gewählte Instanz (Dekan/Dekanin) eingebunden.

Leben sicher nicht abkürzen. Oder umgekehrt: Wer assistierte Suizidhilfe in Anspruch nimmt, glaubt nicht. So einfach ist es nicht.

Und doch hat die Sache einen Zusammenhang mit dem Glauben. Der eingangs zitierte Theologe Dietrich Bonhoeffer hat in seiner Ethik auch über den Suizid nachgedacht. Im Abschnitt «Der Selbstmord» schreibt er: «Gott hat sich das Recht über das Ende des Lebens selbst vorbehalten, weil nur er weiss, zu welchem Ziel er das Leben führen will.» Bonhoeffer fixiert sich dabei nicht auf eine bestimmte Vorstellung vom Leben nach dem Tod und er bringt auch nicht den Gedanken des Gerichts ins Spiel, sondern versteht den Satz als Einladung zum Glauben. Er stellt fest, dass «die Bibel an keiner Stelle den Selbstmord ausdrücklich verbietet. (...) Der Grund dafür ist nicht, dass die Bibel den Selbstmord billigt, sondern dass sie an die Stelle des Verbots des Selbstmords den Gnaden- und Bussruf an den Verzweifelten treten lassen will». Im Vordergrund steht also die Einladung zu Glauben und Gottvertrauen. Nur in diesem Zusammenhang kann der zentrale Satz in Bonhoeffers Überlegungen zum Suizid richtig verstanden werden: «Es gibt keinen andern zwingenden Grund, der den Selbstmord verwerflich macht, als die Tatsache, dass es über den Menschen einen Gott gibt.»

Die Situation, in der wir heutigen Menschen über das Lebensende nachdenken, ist eine andere als jene vor 75 Jahren. An der Grundüberzeugung Bonhoeffers, dass der Glaube an Gott auch beinhaltet, dass Anfang und Ende unseres Lebens nicht in unserer Verfügungsgewalt stehen, muss sich zwar nichts ändern. Aber die medizinischen Fortschritte stellen uns vor neue Fragen. Das gilt sowohl für die Anfänge des Lebens mit den vielen Möglichkeiten pränataler Einflussnahme als auch für dessen Ende. Viele Menschen oder deren Angehörige werden vor dem Sterben mit schwierigen Fragen konfrontiert: Welche medizinisch möglichen lebensverlängernden Massnahmen sollen angewendet werden? Wie ist es mit Eingriffen, die die Lebensqualität verbessern, aber unter Umständen die Lebensdauer verkürzen? Längst nicht immer tritt der Tod als unbeeinflussbares, «gottgegebenes» Ereignis an den Menschen heran.

Diese Feststellungen verbieten es, über die Fragen am Lebensende allzu absolut oder gar rechthaberisch zu sprechen. Kommt dazu, dass niemand von uns weiss, wie er oder sie in einer konkreten Situation selber handeln würde. Sind wir allem gewachsen, was auf uns zukommt? In der Bekämpfung von Schmerzen sind grosse Fortschritte gemacht worden. Aber auch heute noch gibt es unerträgliche Situationen. Wer wollte da über jemandem, der in dieser Situation den Weg des assistierten Suizids beschreitet, den Stab brechen?

Allerdings dreht sich die Diskussion nicht mehr nur um Entscheidungen angesichts unerträglicher körperlicher oder seelischer Schmerzen. Tatsache ist, dass die Frage immer lauter gestellt wird, ob nicht auch jenen Menschen, insbesondere Seniorinnen und Senioren, die Möglichkeit des assistierten Suizids angeboten werden soll, die an keiner schmerzhaften tödlichen Krankheit leiden, sondern einfach «lebenssatt» sind.

Als Leitungsgremien der Evangelischen Landeskirche Thurgau betrachten wir diese Entwicklung mit Sorge. Wir drängen nicht auf gesetzgeberische Massnahmen. Die Gefahr dabei wäre, dass von Gesetzes wegen definiert würde, in welchen Fällen ein Leben unter allen Umständen schützenswert wäre (allenfalls auch gegen den Wunsch des Sterbewilligen) und in welchen nicht. Wir wollen mit unsern Überlegungen nicht primär Einfluss nehmen auf die für alle geltende Gesetzgebung, sondern einfach als Christen unsere Glaubensüberzeugung darlegen. Es ist Teil unseres Glaubens, dass wir in Fragen von Leben und Sterben das Selbstbestimmungsrecht nicht über alles andere setzen, sondern im Sinn Bonhoeffers darauf hinweisen, «(...) dass es über den Menschen einen Gott gibt».

Der ehemalige Bischof von Berlin-Brandenburg und Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland, Wolfgang Huber, erzählt in seinem Buch «Position beziehen»¹ vom Jamaikaner Noël Martin, der aus

1 Huber Wolfgang, «Position beziehen – Das Ende der Beliebigkeit», Johannis-Verlag 2007

rassistischen Gründen in Brandenburg brutal zusammengeschlagen wurde und seither vom Hals abwärts gelähmt ist. Nichts mehr selbst in die Hand nehmen zu können, gefüttert und gewaschen zu werden, empfinde er als würdelos. Deshalb wolle er jetzt sterben. Er habe mit dem Schweizer Sterbehilfeverein Dignitas darüber schon einen Vertrag geschlossen. Und Wolfgang Huber fährt dann fort: «Wer will ihm das vorwerfen? Statt eines Vorwurfs ist etwas anderes an der Zeit. Noël Martin soll wissen, dass seine Würde nicht verloren ist. Viele bewundern, wie er mit seinem Schicksal umgeht. (...) Ich möchte nicht, dass am Beispiel von Noël Martin das Verhalten der Organisation Dignitas gerechtfertigt wird. Mit dem biblischen Gebot <Du sollst nicht töten> ist die Tötung auf Verlangen wie die Beihilfe zur Selbsttötung unvereinbar. (...) Für viele Menschen ist Noël Martin ein Vorbild. (...) Er hat gezeigt, wie Menschen verschiedener Herkunft zusammenleben können. Diesen Weg fortzusetzen erfordert Kraft. Ich bete darum, dass Noël Martin diese Kraft behält und nicht den Tod wählt.»

Als Christen glauben wir, dass Leben und Sterben nicht nur etwas mit Gott zu tun haben, sondern auch mit den Mitmenschen. Wir sind von Geburt an nicht einfach für uns allein lebende und nur uns selbst gegenüber verantwortliche Menschen, wir sind es auch nach Erlangung unserer Volljährigkeit nicht, und wir sind es selbst im Sterben nicht. Welche Aufgabe ist uns noch im Rest unserer Lebenszeit zugedacht? Was bedeutet ein vorzeitiges, durch eigenen Entschluss herbeigeführtes Sterben für die Zurückbleibenden? Und was bedeutet es, wenn sich Suizide im Alter häufen, für die Hochbetagten? Müssen sie das Gefühl haben, sich für ihr Immer-noch-Dasein rechtfertigen zu müssen?

Sollten Suizide, und gerade auch solche ausserhalb grösster persönlicher Notlagen, zu einer normalen Option des Lebensendes werden, würde das nicht nur den Einzelnen betreffen. Auch wenn es jeweils Entscheide Einzelner sind im Sinn einer für sich in Anspruch genommenen Autonomie,

– in der Summe würde die Haltung gegenüber Leben und Sterben sich auch in der Gesamtgesellschaft von Grund auf verändern. Eine derart epochale Veränderung der Lebensauffassung wäre wohl unumkehrbar und hätte weitreichende Konsequenzen auf viele Lebensbereiche.

Ein wesentlicher Aspekt im Leben und Selbstverständnis von Christen ist, dass wir uns umeinander kümmern. Das muss im Blick auf Menschen, die auf dem letzten Stück des Lebenswegs sind, in besonderem Mass gelten. Unter dem Stichwort Palliative Care sind in den vergangenen Jahren grosse Anstrengungen unternommen worden, Menschen zu befähigen und Strukturen zu schaffen, die ein würdiges und mit möglichst wenig Schmerzen verbundenes Sterben ermöglichen. Das Zusammenspiel von Pflege-, Seelsorge- und medizinischem Personal sowie betreuenden Angehörigen ist dabei äusserst wichtig.

Zu dem Projekt der Evangelischen Landeskirche Thurgau, von dem die vorliegende Publikation ein Teil ist, gehören auch Weiterbildungsangebote, insbesondere im Bereich Seelsorge. Die Aufgabe für Seelsorger und Seelsorgerinnen (wie auch für andere sich mit der Problematik befassende Berufsgruppen) ist anspruchsvoll, im Umgang mit Sterbenden und den Hinterbliebenen in jedem Fall, im Fall von Suizid aber erst recht.

Professionelle Seelsorger und Seelsorgerinnen sind es gewohnt und darin ausgebildet, ihre persönliche Haltung nicht derart in den Vordergrund zu stellen, dass eine vorurteilsfreie Begegnung mit Menschen, die eine andere Haltung einnehmen, verunmöglicht würde. Als Kirchenverantwortliche wollen wir uns nicht zu Richtern über Entscheidungen von anderen Menschen aufspielen, wir wollen und können aber unsere Glaubenshaltung auch nicht verbergen. In der Begegnung von Mensch zu Mensch und auch in der Verkündigung (Gestaltung von Abdankungen) kann sich daraus eine gewisse Spannung ergeben. Diese lässt sich nicht ganz auflösen.

Gerne stellen wir uns einer Diskussion. Nicht nur im kirchlichen Arbeitsbereich der Seelsorge, sondern auch in jenem der Erwachsenenbildung

können oder müssen die angesprochenen Themen Gesprächsgegenstand sein. Wenn es wahr ist, dass epochale Änderungen im Gang sind, sollen diese nicht einfach unter dem Mantel der Verschwiegenheit geschehen. Und die Diskussionen sollen auch nicht von einzelnen mächtigen Lobbygruppen dominiert werden. Die folgenden Beiträge wollen eine Ermutigung sein, in christlicher Verantwortung den Weg des Lebens zu Ende zu gehen und auch über die heiklen und oft tabuisierten Fragen rund um das Sterben zu sprechen.

Als glaubende Menschen wollen wir gemeinsam darüber nach- und weiterdenken, was es für den vorliegenden Zusammenhang bedeutet, «dass es über den Menschen einen Gott gibt».

*Für den Evangelischen Kirchenrat und die Dekane und Dekanin,
Pfarrer Wilfried Bühner, Kirchenratspräsident*





Selbstbestimmtes Sterben – gutes Sterben?

In Recht und Gesellschaft hat die Bedeutung der Selbstbestimmung in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zugenommen – so sehr, dass gelegentlich der Eindruck entsteht, es gehe dabei nicht mehr nur um ein Recht, sondern vielmehr um eine Pflicht. Sogar Sterben und Tod scheinen planbar geworden zu sein. Es verwundert daher nicht, dass viele Menschen sich Gedanken darüber machen, wie sie sterben möchten oder, anders gewendet, wie sie auf keinen Fall sterben möchten, etwa unter grossen Schmerzen oder hilflos auf der Intensivstation eines Spitals.

Für die meisten Menschen rückt der Wunsch nach Selbstbestimmung im eigentlichen Sterbeprozess aber in den Hintergrund. Wichtiger sind verlässliche, von Wertschätzung geprägte Beziehungen zu Angehörigen, ein tragfähiges Vertrauen zum behandelnden Arzt und, wo gewünscht, eine spirituelle Begleitung. «Gutes Sterben» ist aber letztlich nicht planbar: Zum Sterbeprozess gehört immer auch ein Loslassen, auf das vorzubereiten sich lohnt.

Rechtlicher Hintergrund: Der selbstbestimmte Patient

Das rechtliche Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung hat sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte stark gewandelt. Heute steht fest, dass ärztliches Handeln immer der Zustimmung des Patienten bedarf. Im Zusammenhang mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht (in Kraft seit dem 1. Januar 2013) wurde der Grundsatz der Selbstbestimmung des Patienten erstmals in konkrete Rechtsnormen gegossen. Dahinter steht die Idealvorstellung eines selbstbestimmten Patienten, der aufgeklärt und souverän den Behandlungsweg selber wählt oder bewusst auf eine (Weiter-)Behandlung seines Leidens verzichtet. Auch eine Behandlung, die aus Sicht des Arztes sinnvoll wäre, darf aus persönlichen Motiven abgelehnt werden. Selbst lebensrettende oder lebenserhaltende

Massnahmen müssen unterlassen bzw. abgebrochen werden, wenn der Patient dies so wünscht.

Ist der Patient nicht mehr urteilsfähig, etwa infolge einer Demenzerkrankung oder bei Bewusstlosigkeit nach einem Unfall, tritt an die Stelle der aktuellen Selbstbestimmung eine gewissermassen «konservierte» Selbstbestimmung in Form der Patientenverfügung. Fehlt auch eine solche oder ist sie nicht unmittelbar anwendbar, sollen Angehörige für den Patienten entscheiden, und zwar so, wie dieser selber das für sich wollen würde (Konzept des mutmasslichen Willens).

Erkenntnisse aus der medizinischen Praxis

Die Rechtslage scheint zunächst zwar klar zu sein und mag auf den ersten Blick auch einleuchten. Selbstverständlich soll ein Arzt nicht über den Kopf des Patienten hinweg entscheiden dürfen, selbstverständlich ist der Patient mit seinen ganz individuellen Wünschen und Vorstellungen ernst zu nehmen – auch dann, wenn diese nicht mit der ärztlichen Sichtweise übereinstimmen. Das verabsolutierte Autonomiekonzept des Gesetzgebers stösst jedoch an Grenzen, wie Erhebungen in der medizinischen Praxis gezeigt haben. Die Gründe dafür sind vielschichtig und sollen nachfolgend skizziert werden.

Ärztliche Fürsorge als notwendige Ergänzung zur Selbstbestimmung

Das Postulat der Selbstbestimmung eröffnet nicht nur Gestaltungsspielraum, sondern nimmt vielmehr den Betroffenen in die Pflicht: Es geht dabei nämlich auch um konkrete Entscheidungsverantwortung, die dem Betroffenen überbunden wird. Besonders für den Patienten am Lebensende kann dies eine Zumutung sein. Für viele Patienten steht am Lebensende nicht (mehr) der Wunsch nach Selbstbestimmung im Vordergrund, sie möchten im Sterbeprozess nicht aktive Gestalter des eigenen Sterbens sein müssen. Die meisten Patienten möchten in vertrauensvollen Beziehungen mit dem Arzt gemeinsam abwägen und entscheiden. Damit ein solcher Entscheidungsprozess funktionieren kann, ist auf Seiten des behandelnden Arztes eine Offenheit erforderlich, nicht nur über mögliche Behandlungen, sondern auch über das Sterben und allenfalls über

palliativmedizinische Massnahmen zu reden. Ein solches Gespräch bedarf der Bereitschaft des Arztes, Mitverantwortung zu tragen. Selbstbestimmung und Fürsorge sind mit anderen Worten gleichermassen notwendige Faktoren in der gelingenden Arzt-Patienten-Beziehung. Wichtiger als ein im eigentlichen Sinne autonomer Behandlungs- oder Lebensentscheid des Patienten ist, dass seine konkreten Wünsche und Werte respektiert werden.

Einbezug von Angehörigen

Ob «gutes Sterben» ermöglicht werden kann, hängt in erster Linie mit den Menschen zusammen, die den Sterbenden in dieser Phase begleiten. Das gesetzliche Autonomiekonzept ist auch insofern lückenhaft: Es lässt nämlich das persönliche Umfeld des Sterbenden völlig ausser Acht. Nun entscheidet aber ein Patient nie «autark», vielmehr ist seine Autonomie immer relational. Eine vom Patienten gewünschte gemeinschaftliche Entscheidungsfindung unter Einbezug von Angehörigen und Freunden ist daher zu respektieren. Dazu kommt, dass medizinische Entscheidungen am Lebensende die Angehörigen in erheblichem Masse mitbetreffen können, z. B. wenn der Patient wünscht, zu Hause sterben zu können. Abschied und Tod sind nicht nur für den Sterbenden selber, sondern auch für dessen Angehörige von einschneidender Bedeutung.

Angehörige als Vertreter

So wichtig der Einbezug von Angehörigen und Freunden ist, so problematisch erweist sich das im Gesetz festgelegte Vertretungsrecht¹ Angehöriger. Die gesetzliche Vertretungskaskade (Art. 378 ZGB) und deren konkrete Bedeutung sind einerseits selbst im Spitalkontext zu wenig bekannt,

¹ *Nach der gesetzlichen Vertretungsordnung ist an erster Stelle diejenige Person zur Vertretung berufen, die durch den Betroffenen selber in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag dazu bestimmt wurde. An zweiter Stelle steht ein behördlich eingesetzter Beistand, allerdings nur dann, wenn diesem die spezifische Befugnis zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen zukommt, was selten zutrifft. Anschliessend folgen Ehepartner, Lebenspartner, Nachkommen, Eltern und Geschwister, wobei immer auch gefordert ist, dass eine gelebte Beziehung besteht.*

andererseits erweisen sie sich in der Praxis auch als nicht immer hilfreich. Zur Vertretung berufene Angehörige sind nicht selten mit dem Entscheid an sich überfordert oder damit, den Entscheid nicht aufgrund eigener Wertvorstellungen, sondern nach dem mutmasslichen Patientenwillen treffen zu müssen. Will man der (meist selber auch betagten) Ehefrau des Sterbenden wirklich zumuten, mit den Ärzten Einzelheiten der Behandlung zu diskutieren und dann letztlich die Verantwortung über intensivmedizinische Behandlungen, Leben und Tod zu tragen? Erschwerend kommt hinzu, dass Angehörige vielfach den Patientenwillen gar nicht kennen.

Es kann hilfreich sein, wenn diese Fragen rechtzeitig in der Familie oder im Freundeskreis angesprochen werden und allenfalls in einer Patientenverfügung anstelle der gesetzlich vorgesehenen Reihenfolge von Angehörigen eine andere Person – das kann auch ein enger Freund sein – als Vertreter eingesetzt wird.

Patientenverfügung als Lösung?

Nicht selten wird propagiert, eine Patientenverfügung mit konkreten medizinischen Anweisungen sei die richtige Antwort auf maximalinvasive Behandlungsvorschläge der Ärzteschaft. Entsprechend kursieren zahlreiche Versionen von Patientenverfügungen. Jüngere Studien zeigen jedoch eindrücklich, dass dieses rechtliche Instrument in der medizinischen Praxis regelmässig nutzlos ist: Patientenverfügungen sind meist nicht vorhanden, und wenn doch, werden sie oft nicht (rechtzeitig) aufgefunden, und selbst wenn sie in der Akutsituation zur Verfügung stehen, sind sie fast immer zu allgemein formuliert, als dass alleine darauf abgestellt werden könnte. Schwierigkeiten der Patientenverfügungen werden auch darin gesehen, dass den Patienten die konkreten medizinischen Implikationen der (vorformulierten) Anordnungen zu wenig bewusst sind. Zudem lässt sich die konkrete Behandlungssituation meist nicht oder jedenfalls nicht Jahre im Voraus antizipieren. Sich als weitgehend gesunder Mensch vorzustellen, welche Wünsche und Bedürfnisse man in einer akuten Krankheitssituation haben wird, ist erwiesenermassen kaum zuverlässig möglich. Illustrativ dazu ist die Aussage einer

Patientin, die (nach einer lebensrettenden Intubation) in einer Studie mit den Worten zitiert wird: «Gut, haben Sie meine Patientenverfügung nicht gefunden!» Dass dies alles das Vertrauen des Behandlungsteams und der Angehörigen in die Verlässlichkeit von Patientenverfügungen schwächt, liegt auf der Hand.

Hingegen kann das Erstellen einer Patientenverfügung als wertvolle Möglichkeit zum Gespräch über Werte und Wünsche genutzt werden, die über rein medizinische Anordnungen hinausgehen: Was ist mir im Leben und im Sterben wichtig? Habe ich Angst vor dem Tod oder vor Schmerzen, Atemnot oder anderen Leiden? Wer soll mich in den letzten Lebenstagen und -stunden begleiten? Von wem möchte ich bewusst Abschied nehmen können? Kann eine seelsorgliche/spirituelle Begleitung oder ein Ritual für mich von Bedeutung sein?

Schlussbemerkung

Selbstbestimmung ist für viele Menschen ein wichtiges Gut. Dabei darf aber nicht vergessen gehen, dass sich am Ende des Lebens die Prioritäten ändern. Selbstbestimmung am Lebensende darf daher nicht – auch nicht durch gesellschaftlichen Druck – eingefordert werden. Vielmehr kann es nur darum gehen, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sie sich möglichst wirksam entfalten kann. Würdevolles Sterben darf nicht – wie dies in der Sterbehilfedebatte zu oft geschieht – gleichgesetzt werden mit selbstbestimmtem Sterben. Die zu starke Betonung der Patientenautonomie läuft Gefahr, sich gegen den Betroffenen zu wenden und diesen nur einseitig in die Pflicht zu nehmen, anstatt ihm die nötige Fürsorge und Begleitung zukommen zu lassen.



Die Geschichte eines Sterbens zu Hause

«Im gleichen Spital, in dem mir das Leben geschenkt wurde, erhielt ich nun mein Todesurteil.» So fasste N.N. die Krebsdiagnose zusammen, die er erhalten hatte. Es war im Januar. Er war in seinem Geburtsort in den Ferien, als ein Ausrutschen auf dem Eis ihn ins Spital brachte. An sich keine grosse Sache, bei der man aber die andere, die grosse Sache, entdeckte, den faustgrossen Tumor auf der Lunge. Es war eine unerwartete Diagnose, mit der er aber doch irgendwie seit Langem gerechnet hatte. In jungen Jahren arbeitete er viel mit Asbest, und von einigen seiner früheren Kollegen, die an Krebs erkrankt waren, musste er schon Abschied nehmen. Eigentlich wunderte er sich, dass er davon verschont blieb. Bis eben zu jenem Tag.

Ja, für ihn war die Diagnose ein Todesurteil, zu viel hatte er gesehen und gehört. Und doch ist da immer auch Hoffnung. Keiner sagt zum Erkrankten: «Das kommt nicht mehr gut.» Gerade die Nahestehenden sind es, die die Hoffnung aufrechterhalten und betonen. Auch N.N.s Angehörige erinnerten ihn an Heilungserfolge oder mögliche Phasen des Stillstands. Die Frau, die drei erwachsenen Kinder mit ihren Familien, die Freunde.

N.N. versuchte nicht, die Diagnose zu verheimlichen. Wer nach seinem Befinden fragte, dem erzählte er auch von der Krankheit. Entsprechend waren alle gefordert, den schmalen Weg zwischen oberflächlichem Zureden und allzu pessimistischen Äusserungen zu finden und zu gehen. Gerade seine Frau, die er seit jungen Jahren kannte und mit der er schon über 50 Jahre – glücklich, wie er betonte – verheiratet war, sie übernahm den Part immer wieder, Hoffnung zu machen. Das kostete auch Kraft. Sie machte manchen Spaziergang, sass auf einem alten Stuhl bei einem Rebhäuslein. Allein sein, in die Weite schauen, tief atmen. Dort schöpfte sie neue Kraft.

Die schlimmste Zeit war am Anfang. Die Diagnose, die alles plötzlich umkrempelte. Alles stand nun unter dem Diktat der Krankheit. Aber nicht nur das. Es wurde ein Mechanismus in Gang gesetzt, der vieles abverlangte. Zuerst hiess es: warten. Es brauchte lange Abklärungen, welche Behandlungen nötig waren. Eine Zeit der Ungewissheit. Fast tägliche Termine und Untersuchungen. Dann die Chemotherapie – für N.N. eine üble erste Woche. Dann aber auch gute Momente. Bald stand der 75. Geburtstag der Frau an, den sie schon vor der Diagnose für einmal grösser feiern wollten. Was tun? Absagen? Die betreuende Ärztin ermutigte, trotzdem zu feiern. Es lohnte sich. Im Nachhinein ein wunderbares Fest. Alle Eingeladenen waren gekommen. Fotos wurden gemacht. Eine schöne Erinnerung, die bleibt und stärkt. Etwas später dann tatsächlich eine Zeit des Stillstands. Nach etwas mehr als einem halben Jahr erstmals positiver Bescheid. Erfreulich, umso mehr als das Leben ringsum weitergeht. Ein Enkel machte sich auf eine längere Auslandsreise. Die Verabschiedung war emotional: «Wenn ich doch in dieser Zeit sterben sollte, komm nicht zurück. Setz dich ans Meer, trink ein Bier und denk an mich.»

Dann wagten sie auch selber eine Ferienreise. Der leidenschaftliche Autofahrer setzte sich ans Steuer. Eine Tour über mehrere Pässe, Richtung Süden. Die Bäume in herbstlichen Farben, auf den Bergen der Schnee, darüber der blaue Himmel. Eine wunderbare Fahrt – in die letzten, schon von der Krankheit geprägten, Ferien.

Leider entwickelte sich der Krebs dann weiter. Es zeigten sich deutliche Erhebungen unter der Brust. Die Therapien schlugen nicht mehr an. Am 10. Dezember beschloss N.N., sie abubrechen (wohl zufällig am Tag der Menschenrechte) ...

Zunehmend machte ihm nun die Art seines abzusehenden Sterbens Sorge. Die Vorstellung davon hüllte sich in dunkle Farben. Ein Erstickungstod, das wollte er unbedingt vermeiden. Entsprechend liess er sich beraten und helfen. Die Ärzte vor Ort, die Lungen- und Krebsliga, die Spitex, die Krankenschwester von nebenan, alle leisteten ihren Beitrag. Langsam ging es dem Ende zu, rund ein Jahr nach der Diagnose. Begleitet von treuen Freunden, vor allem aber von seinen Angehörigen. Auch die regelmässigen Besuche des Pfarrers und das Krankenabendmahl schätzte er sehr. N.N. haderte nicht, die Krankheit wurde ihm nicht zur Anfechtung, er sah sie realistisch. Auf einer Ansichtskarte schrieb er einst: «In dieser Kirche wurde ich auf den Glauben getauft, der mich mein ganzes Leben begleitet hat.»

Bis zuletzt war er ansprechbar, man rechnete noch nicht mit dem baldigen Tod. Dann kam an einem Mittag die Meldung des zuständigen Oberarztes. Es wurde bestätigt, was N.N. immer vermutet hatte: Der Krebs war eine Folge des Asbests. «Endlich hat man mir geglaubt.» Noch an diesem Abend verstarb er.

Das erste Jahr nach seinem Tod war hart, so blickt die Witwe zurück. Eine Schwere legte sich auf alles. Dennoch war ihr das Mitmachen in der Gemeinschaft wichtig. Dann, im zweiten Jahr, regte sich das Leben mehr. Es gab wieder Hochs – aber auch Tiefs. Im Nachhinein zeigt sich: Die Zeit war intensiv und führte an die Grenzen der Kraft. Aber über allem liegt eine Dankbarkeit für die geschenkte Zeit. Ja, auch ein wenig Stolz ist da, alles gemeinsam bestanden zu haben. Der Zusammenhalt der Familie ist gewachsen. Auch die Erkenntnis, dass es nicht selbstverständlich ist, wenn alles rund läuft.

Gnade

die Mitte der Angst
der Anfang der Kraft

die Angst – mein Dornbusch
brennt, ohne zu verzehren

die Angst – ein heiliger Ort
die Schuhe auszuziehen

die Angst – der Sturm
auf dem Wasser

die Mitte des Sturms –
ein Ort des Friedens

die Angst der Ort
Gott zu finden

die Mitte der Angst
der Anfang der Kraft

Der Wert von tragenden Beziehungen

Die letzte Wegstrecke im Leben ist eine grosse Herausforderung. Vieles, was einem im Leben wichtig war, Möglichkeiten, die man hatte, was einem als Sinn und Wert tragend wurde, zerbricht. Im folgenden Artikel möchte ich über den Wert der solidarischen Gemeinschaft nachdenken, der die Lebensqualität auf der letzten Wegstrecke stärkt mit Hilfestellung in Schwäche und Gebrechlichkeit und Unterstützung von Wert- und Sinnhaftigkeit.

Autonomie

Im Rahmen des Individualismus, der unsere Kultur prägt, ist die Autonomie zu einem der Leitwerte geworden. Auch in der Medizin und Pflege wurde sie gestärkt, was z. B. in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommt. Dies auch zu Recht, muss doch der Patient letztlich tragen, was entschieden wird.

Die letzte Lebensphase geht nun aber unabänderlich einher mit dem zunehmenden Verlust der Selbstständigkeit. Das betrifft die Autonomie ganz wesentlich und wird als sehr schmerzlich empfunden. Meist sind Sinn- und Wertedimensionen mit der Autonomie verbunden, sodass deren Verlust auch diese betrifft. Damit geht mit unheilbarer Erkrankung oder Sterbewegen oft eine tiefe Krise einher. Manchmal erscheint darin die Situation weg- und sinnlos. Dies kann aber bedeuten, dass die Lebenseinstellungen nochmals einen grundlegenden Wandel brauchen, alte Sichtweisen und Sinnmuster halten nicht mehr. Wenn für Menschen diese Wegstrecke absolut unerträglich wird, sie keinen Zugang mehr finden zu einer Form von Lebensqualität oder ein Wertewandel unmöglich ist in dieser Lebensphase des zunehmenden Autonomieverlustes, «es» ihnen nur noch als sinn- und wertlos erscheint, kann der Gedanke an einen assistierten Suizid naheliegend werden. Im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid ist daher oft vom selbstbestimmten Sterben die Rede.

Solidarische Gemeinschaft

Nun ist aber wichtig zu bedenken, dass es absolute Autonomie nicht gibt. Sie steht immer in einer Wechselbeziehung zur solidarischen Gemeinschaft. Zum Lebensbeginn ist die Autonomie ganz schwach, da muss die solidarische Gemeinschaft stark sein. Im Verlaufe des Lebens erstarkt die Autonomie. Doch immer bleibt sie in Wechselbeziehung zur solidarischen Gemeinschaft. Auch der Autonomste kauft sein Brot beim Bäcker oder seine Kleider im entsprechenden Geschäft. Am Ende des Lebens verändern sich diese Werteverhältnisse wieder. Die Autonomie nimmt ab, die solidarische Gemeinschaft muss wieder an Kraft gewinnen. Wichtig ist, in den verschiedenen Phasen des Lebens die richtige Verhältnismässigkeit zu finden zwischen diesen beiden Polen. Privat ist die Familie oder der Freundeskreis Ort der solidarischen Gemeinschaft, die gerade in der letzten Lebensphase viel Tragkraft haben kann. Aber auch die gesellschaftliche Solidarität im Rahmen der Nachbarschaft oder der Kirchgemeinde sowie öffentlicher Institutionen, z. B. der Spitex, ist dann von grosser Bedeutung.

Stärkung der solidarischen Gemeinschaft

Der unvermeidliche Autonomieverlust am Ende des Lebens braucht eine Stärkung der solidarischen Gemeinschaft. Auf der sozialen Ebene werden Beziehungen zentraler. Der Betroffene braucht ein Netzwerk, das trägt und auf das er sich verlassen kann, nicht nur in Hilfestellungen, sondern auch als einer der Faktoren für die Stabilisierung der inneren Würde und der Sinnfindung. Denn auf der Beziehungsebene werden durch Wertschätzung, Zugewandtheit, Verständnis und Liebe wichtige und hilfreiche Impulse gegeben zur Stärkung von Sinn- und Werthafteit. Nun ist gerade in der letzten Lebensphase dieses solidarische Netz manches Mal keine Selbstverständlichkeit. Nicht alle haben einen familiären Hintergrund, der Unterstützung geben kann, im Alter sind Freunde oftmals schon gestorben, oder schwere Krankheit erschüttert das nahe Beziehungsnetz Betroffener. So kann es wichtig werden, ganz bewusst tragende Beziehungen, auf persönlicher und institutioneller Ebene, für den schwierigen Weg aufzubauen und zu stärken.

Auch auf der Glaubensebene, also bei spirituellen, inneren Werten, wird das Beziehungselement zentraler, rückt die letzte Lebensphase doch eine immer stärkere Ausrichtung des Glaubens als ein letztes und ausschliessliches Sich-auf-Gott-Verlassen ins Zentrum. Spirituell tritt die Frage nach dem, was mich letztlich trägt, in den Vordergrund.

Zur Stärkung der solidarischen Gemeinschaft und zur Förderung eines unter Umständen wichtigen Wertewandels in der letzten Lebensphase möchte ich auf folgende Elemente hinweisen:

Das Gespräch:

Reden mit vertrauten Menschen über die schmerzlichen Veränderungen durch die letzte Lebensphase hilft, diese besser fassbar zu machen und darin nicht allein zu sein. Gelingen Gespräche, entsteht ein Vertrauen und darin ein hilfreiches Miteinander, Beziehung wird gestärkt. Würde und Sinn können sich von der Autonomiebezogenheit ablösen, und die Ebene solidarischer Gemeinschaft hilft mit, diese neu zu verankern. Das offene Gespräch hilft auch, Nöte zu erkennen und die entsprechende Linderung zu suchen.

Und wenn angesichts der letzten Lebensphase bei Betroffenen der Gedanke an einen assistierten Suizid nahe ist? Bei diesen schweren Gedanken besteht die Gefahr, sprachlos zu werden. Doch ist es hilfreich, darauf bezogene Gedankengänge unbedingt bereits in einem frühen Stadium mit den Familienangehörigen oder anderen vertrauten Menschen, möglicherweise auch mit einem Arzt oder Seelsorger, zu besprechen, um darin nicht alleine zu sein und die Nächsten im Vertrauen einzubinden. Dies kann dem Betroffenen helfen, einem in der Not des letzten Weges sich verengenden Blick zu entgehen.

Hilfe in Anspruch nehmen müssen:

Das ist etwas vom Schwersten für viele Menschen. Dass man auf Hilfe angewiesen wird in den alltäglichsten Dingen, ist eine Not. Es braucht von Seiten der Betroffenen viel innere Arbeit, die nötige Hilfe in einer nicht bitteren, frustrierten, sondern der Not angemessenen und für den

Helfenden offenen Art anzunehmen. Aus dem unterstützenden Umfeld ist viel dem Betroffenen zugewandtes Feingefühl nötig, dass die Hilfe so angeboten wird, dass sie angenommen werden kann. Letztlich geht es um die Auseinandersetzung damit, den letzten Weg mit seiner zunehmenden Schwäche anzunehmen.

Nicht zur Last fallen wollen:

Damit verbunden ist: Wenn man Hilfe annehmen muss, belastet man andere. Das ist nicht einfach und löst ungute Gefühle aus im Sinn von «Ich falle den anderen ja nur noch zur Last». Der ausgesprochene und spürbare Zuspruch, dass jemand in seiner Abhängigkeit nicht zur Last fällt, ist dann sehr wichtig.

Das Verstehen und Empfinden der eigenen Würde braucht in diesem Zusammenhang eine Wandlung. Ist in Lebenszeiten der Gesundheit und Kraft Würde sehr oft verbunden mit Autonomie, Leistungsfähigkeit, Bewegungsfreiheit usw., so muss die mit der letzten Lebensphase verbundene Würde bezogen werden auf die Tatsache der abnehmenden Kraft, der zunehmenden Schwäche und des Angewiesenseins auf Hilfe. In der solidarischen Gemeinschaft muss diese Würde von allen Seiten her erarbeitet werden. Gelingt dies, kann für die Helfenden und den, der Hilfe braucht, in den Interaktionen der Unterstützung eine Dimension von Würde und Sinn immer wieder entstehen.

Die Angst verlassen zu werden:

Die sich verstärkende Abhängigkeit kann zur Angst führen, verlassen zu werden. Die Zusicherung und Erfahrung der Verlässlichkeit der solidarischen Gemeinschaft ist wichtig und wirkt stabilisierend. Sie ist aber auch eine Verpflichtung für das ganze Unterstützungsnetz.

Diese verlässliche Unterstützung auf der Ebene der Gemeinschaft kann letztlich helfen, das innere spirituelle Vertrauen zu stärken, dass «ich getragen bin», mit Worten des Glaubens ausgedrückt, dass ich mich verlassen kann auf Gott, der zusagt: «Ich will dich nicht verlassen noch von dir weichen.»

Die drei Ängste, von Hilfe abhängig zu werden, zur Last zu fallen und verlassen zu werden, können, neben der Angst vor Schmerzen oder anderen belastenden Symptomen und derjenigen vor Einschränkungen der Urteilsfähigkeit, Menschen im Hinblick auf ihre letzte Wegstrecke in ihrem Denken und Empfinden in Not und Ausweglosigkeit bringen, in der manchmal auch der assistierte Suizid erwogen wird. Das entschiedene positiv gefärbte Engagement der solidarischen Gemeinschaft und die Stärkung einer gut vernetzten Palliative Care ist eine starke Hilfestellung, den letzten Weg zu einem medizinisch und sozial begleiteten natürlichen Sterben gehen zu können.

unzeit

samtblüentränen
dunkelrot
und nassgeweinte erde
im sturm
die eine frage nur
was werde
in heisser sommerflut
schmuckloser herbst
doch keine ernte
im leid das leben
das sich sicher wähnte
einen winter weit

..... Demenz: Was sie auslöst

Die Demenz tastet sich an den Menschen heran wie ein schlechter Begleiter, der zutiefst verunsichert. Man wird von morgens früh bis abends spät mit ersten, diskreten Defiziten konfrontiert: Namen werden vergessen, Termine verpasst, Schlüssel verlegt, die Wörter liegen nicht mehr auf der Zunge, bei der Arbeit geschehen Fehler, Pendenzen werden liegenlassen: Die Menschen werden zutiefst verunsichert. Bereits die beginnende Demenz greift das an, was uns so wichtig ist: unser Denken und unsere Effizienz, und das in einer Gesellschaft, in der genau diese Fähigkeiten am meisten gefragt sind. Es bleibt den Betroffenen nichts anderes übrig, als die ersten Fehlleistungen zu verdrängen, Erklärungsmodelle und Argumentationen zu finden, was zu Stress, Rückzug und Isolation führt. Immer wieder jedoch treten die Defizite ins Bewusstsein, was Depression und Angst auslöst. Vor der Diagnosestellung entstehen deshalb Kränkungen, Missverständnisse und Konflikte. Betroffene und das Umfeld können vieles nicht mehr einordnen, beide Seiten fühlen sich unverstanden.¹

Sich einer Abklärung und einer klaren Diagnose zu stellen, braucht Überwindung und Kraft, und auch die Unterstützung des sozialen Umfeldes, aber auch der Hausärztinnen und Hausärzte. Menschen mit beginnender Demenz müssen sich immer wieder Aussagen anhören, dass Vergesslichkeit zum Alter gehört oder dass es ja keine Behandlung gebe. Dadurch fühlen sich Betroffene noch mehr alleine und nicht verstanden, vielleicht aber auch darin bestärkt, nichts zu unternehmen. Doch die quälenden Symptome begleiten von morgens früh bis abends spät. Und ebenso die Angst vor einer möglichen Diagnose Demenz, die stigmatisiert und das

¹ Irene Bopp-Kistler: demenz. Fakten Geschichten Perspektiven, rueffer & rub, 2016

Ende des bisherigen Lebens bedeuten könnte. Eine klare Diagnose erfindet aber nicht eine Krankheit, sondern sie gibt Symptomen endlich einen Namen. Klarheit führt zu vermehrtem Verstandesein und auch zur Möglichkeit, endlich offen über den Schmerz des Verlustes von Hirnleistung zu sprechen, welche bis dahin so selbstverständlich abrufbar war.

Doch die Erfahrung zeigt, dass Menschen grosse Angst haben, über Gedächtnisdefizite, Verlust von Sprache oder anderen Hirnleistungen zu sprechen. Die Diagnose einer Demenz ist immer noch mit Stigma, Verlust der Sinnfindung und Gedanken verbunden, seinem Leben ein Ende zu setzen, bevor es zu spät sein könnte. Betroffene fürchten sich vor den Normen unserer Gesellschaft, die kaum Hilflosigkeit, Autonomieverlust, Leistungseinbruch duldet.

Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio² betont, dass am Anfang jeder Palliativmedizin die Kommunikation stehe. Eine Demenzerkrankung ist eine tödliche Erkrankung, die im Durchschnitt nach 8 bis 10 Jahren zum Tod führt. Diese Tatsache ist gemeinhin kaum bekannt. Die Demenz ist zwar nicht unmittelbar eine lebensbedrohliche Erkrankung, aber sie führt zum Tod. Und kaum jemand spricht über Palliation bei Demenz. Diese sollte unmittelbar mit der Diagnoseübermittlung beginnen: mit der Kommunikation, dem Zuhören, was die Diagnose auslöst, welche Gefühle hervorgerufen werden: Gefühle sowohl bei den Betroffenen, als auch bei den Angehörigen. Diese können sehr verschieden sein.

Viele Betroffene haben eine mangelnde Krankheitseinsicht, weswegen sie die Schwere der Diagnose oft nicht in vollem Umfang wahrnehmen. Andere sind sich aber der vollen Tragweite bewusst, weswegen oft der Satz ausgesprochen wird, dass sie ihrem Leben vorzeitig ein Ende setzen möchten und dass sie froh seien, Mitglied beispielsweise von Exit zu sein. Wenn in diesem Moment existenzieller Verunsicherung nur noch technisch auf Einzelheiten der vorzeitigen Beendigung des Lebens

2 Borasio, Gian Domenico: *Über das Sterben: Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen* (2011, 2014, überarbeitete Auflage)

eingegangen wird, werden die Betroffenen nicht in ihrer vollen Botschaft gehört.

Der Wunsch, mit Exit dem Leben ein vorzeitiges Ende zu setzen, bedeutet oft einfach auch die totale Verunsicherung angesichts der Demenzdiagnose, die Angst, dass Betroffene nicht zur Last fallen möchten, dass sie sich ein Leben in Abhängigkeit und Autonomieverlust in diesem Moment nicht vorstellen können. Oft sehen sie Bilder vor sich, die Angst machen. Sie denken an das soziale Umfeld, das sie nicht belasten möchten. All diese Gedanken sollen Platz haben, und es soll ihnen genügend Raum gegeben werden: in Gesprächen, die immer wieder stattfinden und die einen Prozess initiieren sollen, in dem das Leben neu überdacht wird. «Ich gehe mit Exit» kann auch gleichbedeutend sein mit der Aussage, dass ich als Demenzbetroffener in dieser Gesellschaft keinen Platz mehr habe. Die Möglichkeit eines assistierten Suizides darf aber nie, aber wirklich nie, zur Erwartungshaltung einer Gesellschaft werden.

Nur ganz wenige meiner Patienten sind mit assistiertem Suizid aus dem Leben geschieden. Für diese wenigen war es die Wahl, die sie für sich getroffen hatten, und sie stimmte für sie.

Ich erinnere mich an eine Frau, die extrem wütend war über ihre Erkrankung, die ihr ihre Selbstständigkeit genommen und infolge derer sie ihre Orientierung vollständig verloren hatte. Ich konnte ihre Gefühle zwar nachvollziehen, doch es stimmte mich traurig, sie so wütend zu sehen. In einem langen Gespräch thematisierten wir die Wut und meine Wahrnehmung, dass die Frau nicht in Frieden aus diesem Leben gehen wollte. Darauf erinnerte sie sich an den Pfarrer, der sie konfirmiert hatte. Es fanden mehrere Gespräche statt, und nach einigen Monaten verabschiedete sich die Frau mit assistiertem Suizid. Ihr Partner schrieb mir: «Sie konnte in Frieden gehen, sie hat ihren Frieden gefunden. Für mich ist ihr Entscheid immer noch nicht nachvollziehbar, doch ich respektiere ihren Entscheid.»

Viele meiner Patienten sprechen von assistiertem Suizid, sehnen sich aber danach, verstanden zu werden in ihrer Trauer über den Verlust ihrer

Hirnfunktion, aber auch ihrer selbst. Der Wunsch nach Suizid oder assistiertem Suizid entspricht dann mehr einem Hilfeschrei nach Anerkennung und Getragenwerden auch in den tiefsten Abgründen des Lebens.

«Nach dem Schock der Diagnose Alzheimer im Jahr 2011 musste ich erst einmal darüber nachdenken, was das wirklich heisst, und zwar für mich, meine Familie und meine weitere Zukunft ebenso. Seither ist viel Zeit vergangen, und ich habe mir eigentlich nicht ausgemalt, was das nun wirklich bedeutet beziehungsweise was noch auf mich zukommt. Zunächst fiel eine grosse Last weg, die während meiner Arbeit auf mir gelastet hatte; es war ein wahrer Koloss ...»³

Dieser Patient wurde mir von einer Psychiaterin überwiesen mit dem Hinweis, dass er sich suizidieren würde, wenn ich ihm die Diagnose einer Alzheimerdemenz übermitteln würde. Nach der Diagnosestellung war er ganz ruhig und meinte, dass ich ihn krankschreiben solle. Endlich könne er einordnen, wieso alle Mitarbeitenden über ihn sprechen würden. Es war tatsächlich ein wahrer Koloss, der auf ihm gelastet hatte. Der Koloss war weniger die Krankheit als all das Unausgesprochene. Die Gespräche nahmen ihm die Last ab. Suizid oder assistierter Suizid waren nie mehr ein Thema. Er wurde getragen von seiner lebenswürdigen Familie und auch von Freunden und ehemaligen Mitarbeitenden, denen er nach der Diagnosestellung offen kommuniziert hatte, dass er an einer Alzheimerdemenz litt.

Die Diagnose Demenz löst oft das Gefühl aus, dass sich Betroffene wie auch Angehörige auf einem Weg befinden würden, der nirgendwohin führt. Als ich einen Patienten fragte, wie es ihm gehe, antwortete er: «Einmal nach nirgendwo.» Darauf reagierte die Ehefrau mit den Worten, dass sie in der genau gleichen Situation sei, es sei wie ein Aufbrechen nach nirgendwo, irgendwohin. Eine andere Partnerin meinte, dass es wie ein Albtraum sei, der nicht mehr aufhöre: «Ich bin Witwe, obwohl mein Mann noch lebt.»

3 Irene Bopp-Kistler: *demenz. Fakten Geschichten Perspektiven*, rueffer & rub, 2016

Die Demenzdiagnose löst somit nicht nur bei den Betroffenen stärkste Gefühle aus, sondern auch bei den Angehörigen. Diese fühlen sich oft in einem Zustand des «Nichts», sie können ihre Gefühle nicht mehr einordnen. Sie sind nicht nur angebunden, sondern ihre Beziehung erhält eine völlig andere Dimension. Als «ambiguous loss» beschreibt Pauline Boss diesen unklaren Verlust, diesen nicht einzuordnenden Verlust. Der Partner, die Partnerin ist zwar noch da, aber nicht mehr als die Person, die die Partnerschaft von früher geprägt hat.⁴ «Er ist wie eine leere Hülle, ausgepumpt und leer», so die Aussage einer Partnerin. Zur Palliation gehören somit zentral auch Gespräche mit Partnerinnen und Partnern: ihre Gefühle so stehen zu lassen, wie sie gefühlt werden, nicht zu moralisieren.

«Dieser Schmerz!! Ach, Paul – du dort – getrennt, verloren – ich hier, alleine, verlassen. Ich liebe dich so sehr, ich vermisse dich, wenn du wüsstest ... Der Zettel sieht verbeult aus, Spuren meiner Tränen ...», dies der Auszug aus dem Tagebuch einer Angehörigen.

Niemand kann sich vorstellen, was eine Demenz bewirkt. «In guten und schlechten Tagen» – dieser Satz, oft ausgesprochen an einer feierlichen Hochzeitszeremonie, bezieht sich auf unsere Vorstellungen der Hilfe bei körperlicher Erkrankung. Doch die Demenz führt immer zu einer Beziehungsveränderung. Es gibt Paare, die es gemeinsam schaffen bis zum Tod, es gibt aber auch Paarbeziehungen, die auseinanderbrechen angesichts der Erkrankung, die alle Normen sprengt. Es gibt Paare, die zusammen bleiben, aber in eine Dreiecksbeziehung übergehen, nicht gewollt, oft als Fügung des Schicksals.

«Ich liebe Heidi nach wie vor, nicht ein bisschen, nicht fünfzig Prozent. Nicht weniger als Regina. Und ich liebe Regina. Sie erhält wegen Heidi nicht weniger Liebe von mir. Es gibt keinen Verlierer. Nur Gewinner.»⁵

4 Pauline Boss, Irene Bopp-Kistler, Marianne Pletscher: *Da und doch so fern*, rueffer & rub, 2014

5 Christoph Harms in: *demenz. Fakten Geschichten Perspektiven*

«Es ist ein langer Abschied, das gibt mir Trost, und das ist auch eine Chance für mich. Er ist oft nicht mehr da, doch es macht mich nicht mehr so wütend wie früher. Es geht dem Abschied entgegen.»

Demenz bedeutet, ohne Unterbruch loszulassen: Jeder Mensch mit Demenz erlebt den Schmerz des Loslassens anders, dieser Schmerz wird oft schon von Beginn weg wahrgenommen. Für die einen ist es die Tatsache, dass sie am Vereinsleben nicht mehr teilnehmen können oder dass sie nicht mehr Karten spielen können. Für andere ist es der Sport, das Fahrradfahren, das Skifahren, Tennis oder Golf. Stets gehen wertvolle soziale Kontakte verloren oder die Möglichkeit, die Natur und den eigenen Körper wahrzunehmen. Loslassen bedeutet, mehr auf sich selber zurückgeworfen zu werden, doch auch dieses Selbst verändert sich: loslassen von der Erinnerung, Loslassen vom Denken an die Zukunft ...»⁶

Die Erkrankung ist auch eng mit der Sinnfrage nach unserem Leben verknüpft. «Die Erkrankung betrifft genau den Bereich, der uns so wichtig ist: unser Denken und unsere Persönlichkeit, weswegen sich die Frage stellt, ob ein solches Leben noch Sinn macht.»^{6a} Das Leben von Demenzerkrankten führt uns vor Augen, dass auch heute noch nicht alles machbar und berechenbar ist. Möglicherweise erhält das Wort Schicksal genau in diesem Kontext eine neue Bedeutung, gerade in der heutigen Gesellschaft und Medizin, in der das Wort Schicksal kaum mehr gebraucht werden darf. «Die Medizin ist angetreten, um das Schicksal zu bekämpfen. Aber gerade dieser erreichte Erfolg droht heute der Medizin zum Verhängnis zu werden, weil die moderne Medizin in ihrer auf Machbarkeit orientierten Grundhaltung dem Irrglauben verfallen ist, dass sie überhaupt kein Schicksal mehr zu akzeptieren brauche ...»⁷

Menschen mit Demenz haben die gleichen Bedürfnisse wie wir alle: Liebe, Akzeptanz, Verstandensein und Wertschätzung. Würde kann

6/6a Irene Bopp-Kistler: *demenz. Fakten Geschichten Perspektiven*, rueffer & rub, 2016

7 Giovanni Maio am Demenzkongress in St. Gallen, November 2017

keinem Menschen genommen werden, auch nicht einem Demenzerkrankten, solange ihn das Gegenüber in seinem veränderten Sein annimmt und versteht. Doch was bedeutet dieses veränderte Sein? Haben Demenzerkrankte weniger das Recht auf Leben als Menschen in unserer Gesellschaft, die durch das Leben hetzen? Die Demenzerkrankung ist eine der grössten Herausforderungen unserer Gesellschaft; sie kann aber auch eine Chance werden für unsere Gesellschaft, um Werte neu zu überdenken: die Werte, die unser Leben prägen. Demenzerkrankte und ihre Angehörigen brauchen gerade in Zeiten, in denen sie mit dem Schicksal hadern, in denen sie das Schicksalshafte nicht akzeptieren können, achtsame Zuwendung und eine Haltung der Gesellschaft, die trägt.

In unserer Gesellschaft wird Selbstbestimmung gross geschrieben, Selbstverwirklichung und der Wunsch nach Autonomie. Niemand weiss, wohin der Lebensweg führt. Doch die Tatsache bleibt, dass wir alle sterben müssen und dass dem oft ein Weg von Hilflosigkeit vorausgeht. Ein Grossteil der Bevölkerung wünscht sich, dass möglichst lange keine Hilfsbedürftigkeit eintritt und dass sie selbstbestimmt sterben können. Doch auch dieser Wunsch steht nicht in unserer Hand, ausser wenn wir diesem Wunsch mit einem assistierten Suizid zuvorkommen.

Möglicherweise hat aber auch die Zeit der Hilflosigkeit einen Sinn: im natürlichen Sterbensprozess können nochmals Fragen und Erlebnisse des Lebens thematisiert werden: auch bei Menschen mit Demenz gibt es in der Endphase des Lebens luzide Momente, die für die Angehörigen wie ein Rucksack für die Zukunft sein können. Die Tochter einer jung Betroffenen erzählte mir, dass sie kurz vor dem Tod von ihrer Mutter nochmals erkannt wurde, es sei wie ein Vermächtnis gewesen und habe ihr Kraft für ihr eigenes Leben gegeben, welches durch die Frage nach einer möglichen Vererbung zusätzlich erschwert sei.

«Wir können von Demenzerkrankten lernen. Sie durchkreuzen unser Menschenbild von Effizienz. Sie setzen sich über alle Normen hinweg, plötzlich, unvermittelt und spontan. Sie erziehen uns zu Geduld,

Behutsamkeit und Aufmerksamkeit ...»⁸

«Das Leben von Demenzerkrankten führt uns vor Augen, dass auch heute noch nicht alles machbar und berechenbar ist. Möglicherweise erhält das Wort Schicksal genau in diesem Kontext wieder eine neue Bedeutung, gerade in der modernen Gesellschaft, in der wir das Wort Schicksal zunehmend aus unserer Lebensperspektive verbannen.»⁹

Ich habe sterbende Menschen gesehen, die im Sterbensprozess plötzlich Gesprächsbrocken äusserten, die ich nie erwartet hätte, Äusserungen der Zuwendung und Liebe. Möglicherweise ist die Zeit des Sterbens ein heiliger Prozess so wie das Geborenwerden. Es bleibt ein Geheimnis, was auch Demenzerkrankte erleben, die vermutlich kaum mehr ein prospektives Denken haben und somit nicht bewusst das baldige Sterben wahrnehmen. Und dennoch reagieren sie äusserst sensibel auf die Umwelt, auf das Gegenüber. Umso wichtiger ist ein würdevoller Umgang.

«Würde ist das, was einem Menschen seinem Menschsein entsprechend zusteht.»¹⁰ Wie immer sich Menschen mit Demenz am Lebensende oder nach der Diagnosestellung entscheiden: Sie haben ein Anrecht, dass wir sie in Würde begleiten und als Menschen respektieren, die nicht nur durch Defizite, sondern auch durch ihr Menschsein geprägt sind.

«Die Irritation der Krankheit bleibt. Aber der <Geist Demenz> ist nicht mehr länger ein Schreckensgespenst, das verdammt und verbannt werden muss. Es gehört zum zerbrechlichsten und kostbarsten Gut, das wir haben: unsere Menschlichkeit.»¹¹

8 Giovanni Maio am Demenzkongress in St. Gallen, November 2017

9 Irene Bopp-Kistler: *demenz. Fakten Geschichten Perspektiven*, rueffer & rub, 2016

10 Dominik Bopp: *Definition Würde*, 2018

11 Ralph Kunz (Prof. Dr. theol.) in: *demenz. Fakten Geschichten Perspektiven*, rueffer & rub, 2016

Meine Mutter

Meine Mutter starb mit 94 Jahren dement in einem grossen Pflegeheim in Zürich in ihrem Wohnquartier. Sie verbrachte vier Jahre im Heim, die meiste Zeit in einer Wohngruppe für Demenzkranke.

In ihren letzten Lebenstagen zog sie sich immer mehr in sich zurück. Sie summte häufig leise vor sich hin, was sie zuvor nie in ihrem Leben getan hatte. An ihrem Todestag hielt sie zunächst meine Hand fest, was vorher auch eher selten war, und liess sie dann mit einer Entschiedenheit los, die mir naheging.

Die Zeit vor ihrem Heimeintritt war äusserst schwierig gewesen. Wir bemerkten die beginnende Demenz, doch sie verweigerte jegliche Unterstützung. Weder von der Spitex noch vom Mahlzeitendienst wollte sie etwas wissen, schon gar nicht von einem Heimeintritt. So verwahrloste sie immer mehr. Emotional war sie immer schon eher verschlossen gewesen, nun war sie kaum mehr zugänglich. Nach einem Sturz wurde sie ins Heim gebracht, trotz ihres Widerstands. Für uns war das eine Erleichterung.

Durch die richtige Behandlung blühte sie wieder auf und fand immer mehr zur Ruhe im Heimbetrieb. Sehr eindrücklich war mitzuerleben, wie sie sich emotional zum Positiven veränderte. Sie lebte eine liebevolle Seite aus, die früher selten zu sehen war. So ergab sich eine neue Verbundenheit zwischen mir und ihr, ja, eine Versöhnung fand statt.

Schwierig war für mich schon vor dem Heimeintritt und auch danach die grosse räumliche Distanz. Mindestens einmal pro Woche reiste ich zu ihr. Nicht immer traf ich sie zugänglich an, doch meistens. Wir sprachen viel über die gemeinsamen früheren Erlebnisse. Wie viel sie wirklich verstand,

wusste ich nicht. Auch vermisste sie ihren Ehemann und wollte, wie die meisten, immer wieder heim.

Jedes Mal war der Abschied sehr schwer. Sie weinte und wollte mich nicht gehen lassen. Auch für mich war es nicht leicht, sie zurückzulassen. Über die Jahre veränderte sich viel in der Betreuung und unter den Mitbewohnern. Oft hätte ich mir von Seiten des Pflegepersonals einen anderen Umgang mit meiner Mutter gewünscht. Ich war mit manchem nicht zufrieden und konnte es doch nicht ändern.

Diese letzten Jahre mit meiner Mutter waren für mich im grossen Ganzen bereichernd. Ich erlebte sie erleichtert, gelassener, hie und da auch fröhlicher als früher. Ich hörte sie liebevolle Worte zu mir sagen, die ich früher vermisst hatte. Ihre fürsorgliche Seite konnte sie ausleben mit einer Puppe, die sie bei sich hatte.

Auch war es mir möglich, mich im Frieden von ihr zu verabschieden.





Die Würde des Menschen ist unverlierbar

Die Frage nach dem, wie der Tod vorzustellen ist und was nach dem letzten Atemzug auf welche Weise bleibend ist, kann in dieser Welt bisher nicht auf eine erfahrungsbasierte Erklärung hoffen. Auch der Prozess des Sterbens ist in all seinen Dimensionen nicht letztendlich geklärt. So führt, was in seinem zugleich numinosen Geheimnis existenziell zum Menschsein gehört, in eine Unsicherheit, auf die Menschen im Lebensvollzug nach einer tragenden Antwort suchen.

Die letzte Lebensphase kann als sinnerfüllt und tröstlich erfahren werden. Sie kann sich aber auch als sehr herausfordernd darstellen. Nicht wenige Menschen leiden in der letzten Phase ihres Lebens unter umfassender Bedürftigkeit in allen Dimensionen ihres Daseins – eine Erfahrung, die per se nicht positiv besetzt ist, wird doch die Möglichkeit eigenständiger und selbstbestimmter Lebensführung gesellschaftlich und generell auch individuell hochgeschätzt.

Erfahrungsgemäss wird auch der Gedanke an den Sterbeprozess aufgrund fehlender eigener Vorerfahrung als verunsichernd und die eigene Würde gefährdend erlebt. Mit dem schrittweisen Verlieren bisheriger Lebensmöglichkeiten bis hin zum gefürchteten Selbstverlust korrespondiert nicht selten die zunehmende Suche nach einem bergenden Heimatgefühl in der Welt. Manche Menschen leiden unter dem nicht Vorhandensein hoffnungsvoller Zukunftsbilder, die über den Moment des Sterbens und den Tod hinausweisen. Bedürftigkeit, Leiden und Hoffnungslosigkeit können den Wunsch nach einem assistierten Suizid entstehen lassen.

Trost im abschiedlichen Leben

Bereits der Heidelberger Katechismus (1563) fragt – und dies prägnant zu Beginn – danach, was dem Menschen in seiner von der Vergänglichkeit

des Lebens geprägten Erfahrungswelt eine tragende Basis werden könnte. Sein Fazit: Der mit der Grenze seines Seins indirekt – «mitten im Leben sind wir vom Tod umfassen» – oder direkt durch persönliche Erfahrung konfrontierte Mensch benötigt tröstliche Zuwendung. Michael Schibilsky¹ führte die Analyse seiner seelsorglichen Erfahrungen in den 1980er Jahren zu dem Schluss, dass es eine Lebensaufgabe ist, «abschiedlich leben zu lernen». Zugleich verwies er auf die zentrale Bedeutung des Trostes als Lebenskraft angesichts der zum Menschenleben existenziell hinzugehörenden zahlreichen Verlusterfahrungen. Trost ist bedeutsam in Leidenssituationen und nicht zuletzt in der letzten Lebensphase. Trost entsteht durch Trösten, und dabei können Angehörige und andere soziale Kontakte und auch die Kirchgemeinde eine wesentliche Rolle einnehmen.

Einen Schritt weiter gehend fragt der Heidelberger Katechismus meines Erachtens konsequent zu Recht: Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben?

Die Antwort fasst er in drei zentralen Aussagen zusammen:

1. Dass ich mit Leib und Seele im Leben und im Sterben nicht mir, sondern Jesus Christus gehöre.
2. Dass ohne den Willen meines Vaters im Himmel kein Haar von meinem Haupt kann, ja, dass mir alles zu meiner Seligkeit dienen muss.
3. Darum macht er mich (durch den Heiligen Geist) auch des ewigen Lebens gewiss.

Die Aktualität der Frage ist unbestritten gegeben, in ihr scheint eine nicht zeitgebundene, existenzielle Grundfrage des Menschen auf, der sich der Sterblichkeit ausgeliefert sieht. Die Antwort mit ihren speziellen Aussagen und Sprachbildern erscheint des weiteren Bedenkens würdig.

Ihre Basis: Das Vertrauen und die Zugehörigkeit zu Gott, der das ganze Leben umfasst, ja mehr noch, dem der Mensch ganz gehört – im Leben und im Sterben, dann, wenn die aktive Lebensgestaltung dem

¹ Schibilsky, Michael: *Trauerwege. Beratung für helfende Berufe*, Düsseldorf, 4. Aufl. 1994, 7ff

Menschen entgleitet und er sie aus der Hand geben muss. Gott zu gehören in der Gemeinschaft mit Christus, wird zur Brücke ins ewige Leben: Auch im Sterben ist der Mensch keiner Willkür ausgeliefert, weil auch diese unsichere Lebensphase «meiner Seligkeit» dienen muss. Die Gewissheit, dass dies so ist, erlebt der Mensch durch das Vertrauen zu Gott, das der Heilige Geist wirkt.

Der sorgende Gott als Gegenüber des Menschen, das ist das Gottesbild, mit dem die Bekenntnisschrift auf die Frage nach den allerletzten Dingen antwortet: Nicht einmal ein Haar fällt vom Haupt des Menschen, ohne dass Gott dies kümmern würde. Und weiter noch: Es gibt Gewissheit dessen, dass das Leben mehr ist als das irdische, dessen wir ansichtig sind. Das ewige Leben, die weitere Dimension des Menschen, derer der Heilige Geist vergewissert, ist Realität und weist über den Tod als Lebenshorizont hinaus.

Wer die Erfahrung solcher Gewissheit macht, der kann Trost empfinden und spenden, wenn Abschiede gelebt werden müssen. Zugleich weist die betrachtete Antwort in allen drei Schritten auf die Würde des Menschen hin: Der Mensch ist ein von Gott «angesehener», und er bleibt es auch in Situationen, in denen er seine Verletzlichkeit erfährt. Immer in Beziehung zu Gott, ihm gehörend, fällt er auch mit dem Tod nicht aus dieser Beziehung, er erfährt keine Beziehungsminderung. Er bleibt im Leben, im Sterben und darüber hinaus Gottes Eigentum und behält seine Würde als Geschöpf.

Damit ist deutlich: Auch umfassend erfahrene Bedürftigkeit, sei diese körperlicher, seelischer, spiritueller oder sozialer Natur oder so umfassend, dass sie als «total pain» erlebt wird, stellt die so verstandene und begründete Würde des Menschen nicht infrage. Sie ist in der unverbrüchlichen Liebe des sorgenden, mit ihm solidarischen Gottes zu ihm begründet.² In der Praxis stellt sich die Frage, wie diese Würde dem bedürftigen Menschen durch die ihn Begleitenden aktualisierend zugelebt

2 Moltmann, Jürgen: *Der Weg Jesu Christi. Christologie in messianischen Dimensionen*, Gütersloh 1989, 201–203

werden kann, sodass er diese, in der Bibel als in der Gottesbeziehung gegründete menschliche Würde in seiner konkret herausfordernden Lebenssituation erfahren kann.

Sterblich geschaffen

Von der ersten Seite des Alten Testaments an wird der Mensch als von Gott hoch angesehen beschrieben. «Geworden wie einer von uns» (Gen 3,22), trägt er von Beginn an Gottes Züge im Antlitz (Gen 1,26) und ist beauftragt, seiner Schöpfung Sorge zu tragen (Gen 1,28f.). Zugleich aber ist der Mensch sterblich von Beginn an, und seine «Sterblichkeit (...) ist keine Strafe Gottes, sondern sie ist seine schöpfungsgemäße Bestimmung».³ Sein Sterben wird beschrieben als «Ausatmen», «Weggehen», «sich Hinlegen». Noch wird zwischen Leben und Tod keine klare Grenze gezogen. Solange der Mensch atmet, lebt er, wie der zweite Schöpfungsbericht es ins Bild fasst: «(...) Und Gott (...) blies in seine Nase den Lebensatem» (Gen 2,7). Wenn dieser zurückgenommen wird, endet das Leben. Alles Weitere gehört ins «Totenreich», wo der Sterbeprozess durch die unabdingbare Bestattung des Menschen mit dem Eintritt in diese «Scheol» abgeschlossen wird.

Mit der Festigung des Monotheismus ab dem 5. Jahrhundert vor Christus gewinnt die individuelle Auferstehungshoffnung Bedeutung. Das Totenreich wird von nun an als in die Machtsphäre Gottes gehörend beschrieben. Auch die Totenerweckungen durch Elisa und Elia dienen der Bestätigung dieser Machterweiterung Gottes. Von nun an setzt sich die Vorstellung von der allgemeinen Auferstehung der Toten sukzessive durch und erreicht im 2. Jahrhundert vor Christus mit dem Propheten Daniel einen Höhepunkt.⁴ Hier wird bereits die Basis für die im Neuen Testament zentrale Auferstehungshoffnung gelegt.

3 Konkel, Michael: *Tod und Auferstehung in der Sicht des Alten Testaments*, in: Wald, Berthold: *Ende des Lebens*, Paderborn 2018, S. 168f

4 Neubrand, Maria: *Ende des Lebens – Ein neuer Anfang. Annäherungen aus neutestamentlicher Sicht*, in: Wald, Berthold: *Ende des Lebens*, Paderborn 2018, 183ff

Sterblichkeit nicht verharmlost

Wahrnehmung und Deutung der Realität des Todes und der menschlichen Sterblichkeit zeigen im Übergang zur Zeit des Neuen Testaments (NT) eine bedeutsame Kontinuität zum Alten Testament. Die Texte des NT beschreiben keine grundlegend andere Sicht auf das Sterben und den Tod eines Menschen. Der Tod ist Teil menschlicher Lebensrealität.

Die im NT zentrale Auferstehungsverkündigung leugnet, entkräftet oder verharmlost den Tod als erfahrbare und herausfordernde Wirklichkeit nicht, im Gegenteil, es gilt auch für die Basis der Auferstehungshoffnung: Es gilt, «Christi Tod zu verkünden» (1. Kor 11,16). Auch die Übertragung des Begriffes «lebendig bereits gestorben sein» als Metapher für die Erfahrung schwer belastender Situationen ist dem NT bekannt.

«Auferstehen» ist als wirkliche Überwindung und Sieg über den real zu erlebenden Tod zu verstehen: Der Tod existiert, aber er behält nicht das letzte Wort. Die Basis des Glaubens an die Auferstehung des Einzelnen ist die Auferstehung Jesu von den Toten. Die zentrale Zusammenfassung solch neutestamentlicher Hoffnung bietet Joh. 3,16: «Denn so hat Gott die Welt geliebt, dass er den einzigen Sohn gab, damit jeder, der an ihn glaubt, nicht verloren gehe, sondern ewiges Leben habe.»

Jesu Sterben, Tod und Auferstehung begründet die Hoffnung aller, die an Gott glauben und dass auch ihr Leben durch Gottes Kraft Auferstehung erfahren wird. Jesus bereitet eine «Bleibe» für die Seinen (vgl. Joh. 14,1–6). Die Würde des Menschen wird durch die Auferstehungshoffnung transzendiert im Blick auf eine ewige, die Vernunft des Menschen überschreitende Dimension hin, die existenziell und nicht nur zeitlich zu verstehen ist.

Würde oder Wert des Menschen

Wenn nun «bei Fragen menschlichen Lebens und Sterbens nach den Werten gefragt wird, die der christliche Glaube einbringt», dann sind

die Kirchen eine Art «Werteagentur»⁵. Wolfgang Huber mahnt, dass die heute herrschende «Pluralität der Werte» bei einem Werteverfall oder bei «umstandsloser Rede» von Werten die «Abwehrkräfte um die Würde herum» schwinden lassen könnte. Dies lässt nach der Beziehung zwischen den Begriffen «Wert» und «Würde» fragen.

Der Blick in die Philosophiegeschichte zeigt, dass Immanuel Kant (1724–1804) zwischen geldwertem Wert und einem inneren Wert, der «kein Äquivalent verstatet»⁶ und zu dem auch Werte wie Treue oder Wohlwollen gehören, unterscheidet. Würde gehört zu dieser letzten Kategorie. Zugleich aber ist sie nach Kant vor allem dem «vernünftigen Wesen» zuzuerkennen, das sich selbst Gesetze gibt, die zugleich für alle gelten können. Dabei ist der Würdebegriff an den «autonomen» Menschen gekoppelt, der nach Kant niemals zum Objekt der Verfügungsansprüche anderer gemacht werden darf. Diese Beiordnung der Selbstbestimmung wird heute oft bei Fragen nach der Würde im Sterben und dem assistierten Suizid argumentativ genutzt. Die daraus abgeleitete These: Nur der zur Selbstbestimmung fähige Mensch hat Würde. Ein Ausgeliefertsein in leidvoll erfahrener, vulnerabler Situation von Schwersterkrankung und Sterben sei von daher als «unwürdig» verstehbar.

Verletzlich, ja – würdelos, nein

Letztlich stützt – wie gezeigt – christliche Rede von Gott und vom Menschen dieses argumentative Vorgehen nicht. Die Würde gehört existentiell zum Menschenleben, so, wie das Menschenleben zugleich umfassend Gott gehört. Sie ist nicht an Fähigkeiten des Menschen geknüpft, nicht diese konstituieren seine Würde, seinen «inneren Wert», auch wenn diese im Leben als wertvoll erfahren werden können. Die Mahnung Wolfgang Hubers kann u. a. auf die Aktualisierung dieser Unterscheidung

5 Vgl. Huber, Wolfgang: *Glaubensfragen*, München 2017, 283, der von einer «Bundesagentur für Werte» spricht

6 Kant, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, in: *Kant-Studienausgabe*, Bd. IV, Wiesbaden 1956, 76

aus theologischer Verantwortung heraus verstanden werden: In aller Erfahrung mehrdimensionaler Verletzlichkeit ist der Mensch nicht seiner Würde zu berauben, sie wohnt ihm inne, unabhängig aller Lebenswiderfahrnisse, und sein Leben gehört letztlich Gott. Das gilt es festzuhalten und in Situationen erlebter Verletzlichkeit erfahrbar zu machen!

Zugesprochene und erlebte Würde des Menschen

Würde als wesenhafte Bestimmung des Menschseins und zugleich der Schutz der Würdeerfahrung im Lebensvollzug nimmt in europäischen Gesellschaften auch rechtlich eine wichtige Stellung ein, wie dies auch Art. 7 der Schweizer Bundesverfassung zeigt: «Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.» Nach der Würde sind alle Menschen vor dem Gesetz gleich, und diese ist «der Logik der Erwägung» in jedem Fall zu entziehen.⁷ Das heisst: Es gibt kein menschliches Leben, dem aus welchem Grund auch immer die konstitutiv zu ihm gehörende Würde abzusprechen wäre.

Wie aber Würde individuell in herausfordernder Zeit erlebt wird, ist eine Frage der Lebens- und Erlebenspraxis. Gerade im Blick auf die letzte, oft von Vulnerabilität gekennzeichnete Phase des Lebens ist würdiges (Er-)Leben ein Thema. Häufig erscheint das Bejahen der Würdigkeit als von der Autonomiefähigkeit eines Menschen abhängig und scheint Bedürftigkeit die Würde zu gefährden. Nach dem bisher Festgestellten aber ist dies grundsätzlich nicht der Fall. Auch wenn der Individualität des Erlebens Rechnung getragen wird, geht dem Einzelnen bei einem Leiden an der ihn betreffenden Situation seine konstitutionelle Würde nicht verloren. Die Würde eines Menschen aber muss erlebbar sein. «Verwirklichen kann sie sich vor allem in vertrauensvollen, lebendigen, sozialen Beziehungen.»⁸ Letztlich kann in diesem Zusammenhang auch die Beziehung zu Gott eine wesentliche Rolle spielen.

7 Schlick, Bernhard: *Vergewisserungen. Über Politik, Recht, Schreiben und Glauben*, Zürich 2005, 134

8 Kruse, Andreas: *Der Demenzkranke als Mitmensch*, in: *Imago Hominis*, 4/22, 2016, 261

Das Würdeerleben aber steht auf dem Spiel, wo der Wert des Lebens zunehmend an der Leistungsfähigkeit und den Leistungsmöglichkeiten des Menschen gemessen wird. Die Würde des Menschen wird bei Themen wie «Altern in Würde» und «würdigem Sterben» in Situationen schwerer Krankheit, Leben mit Demenz und damit einhergehender zunehmender Verletzlichkeit zum Thema.⁹ In der aktuellen öffentlichen Diskussion erscheint dabei die Möglichkeit eines assistierten Suizids nicht selten wie das Mittel zum Erhalt der Würde – diese als an der Fähigkeit zur Selbstbestimmung gemessen verstanden – bis zum Ende des Lebens. Letztlich greift dies aber vor dem Hintergrund des bereits Dargestellten zu kurz. «Menschenwürde» und «Selbstbestimmung» können und dürfen nicht gleichgesetzt werden. «Wenn nicht alle Menschen in der Lage sind, über sich selbst aus freiem Willen zu bestimmen, so heisst das nicht, dass sie ohne Würde sind, denn die Würde ist ausnahmslos jedes Menschen.»¹⁰ Eine solche Auffassung der unantastbaren Würde des Menschen ergibt die existenzielle Gleichstellung aller Menschen als empfindsame, auf ihre Mitmenschen angewiesene, leidensfähige, kurz: verletzbare Wesen.

Auch wohnt der Entscheidung zu einem assistierten Suizid nicht per se Selbstbestimmung inne. Diese kann auch aus einer empfundenen Pflicht zur «Entlastung» von Mitbetroffenen ins Auge gefasst werden, ebenso kann eine solche «souveräne Entscheidung»¹¹ Bezugspersonen vor vollendete Tatsachen stellen wie jeder Suizid anderer Form mit den bekannten häufigen Folgen. «Wie wir mit dem eigenen und fremden Sterben umgehen, ist eine Frage der Verantwortungsethik.»¹² Dies gilt für den Einzelnen ebenso wie für die gesellschaftlich-rechtliche Weichenstellung.

9 *Assistierter Suizid und kirchliches Handeln*, 164

10 *Tiedemann, Paul: Was ist Menschenwürde? Eine Einführung*, Darmstadt 2006, 84f

11 *Matthwig, Frank: Leben und Tod*, 199–200

12 *Körtner, Ulrich H. J.: Beihilfe zur Selbsttötung – Eine Herausforderung für eine christliche Ethik*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 59/2015, 95

Würde erfahren am Lebensende

In einer Situation umfassend verunsicherter Lebenserfahrung Würde wieder erlebbar zu machen, bedarf des Gegenüberwerdens eines anderen. In der Beziehung mit einem Menschen, der in seiner Person und Haltung von Gottes- und Menschenliebe, Achtung und Achtsamkeit durchdrungen ist, kann der Betroffene Raum finden für Klage und Trostsuche. In der Resonanz auf seine grossen Fragen kann auch seine unverlierbare Würde, die – wie gezeigt – transempirischen Charakter hat, für ihn erfahrbar aufscheinen. Solch seelsorgliche Zuwendung schliesst die Möglichkeit des unverfügbaren Handelns Gottes und damit auch Trosterfahrung stets ein.

Die letzte Lebensphase mit ihrer Ungewissheit des Zu-Ende-Gehens bisher bekannter Daseinserfahrung wird von Betroffenen und ihren Bezugspersonen oft als eine Ausnahmezeit beschrieben, die mit grossen inneren Entwicklungsprozessen einhergehen kann. Es ist auch möglich, dass ein Mensch im Sterben seine von ihm verändert erlebte Gegenwart und Befindlichkeit letztlich spirituell als qualitativ neu erfahrene Freiheit, Entspanntheit und Intensität erleben kann.¹³

13 Renz, Monika: *Grenzerfahrung Gott*, Gütersloh 2010, 144 f

hoffnungsweg

lichttropfen
herzersehnt
fällst du ins dunkel
verschenkst dich an die nacht
als farbenzauber dämmert hoffnung
zartzerbrechlich
wächst du
dem tag
dem neuen leben zu

Jedes Sterben ist Leben bis zum letzten Atemzug

Gedanken zu den Möglichkeiten von Palliative Care

Ein Bett mit bestickter Bettwäsche, ein Stuhl, ein Nachttisch mit Lampe und Kopfhörer stehen im Zentrum der Wanderausstellung, welche der Verein palliative ostschweiz seit etlichen Jahren initiativen Gemeinden und Netzwerken in der Ostschweiz kostenlos zur Verfügung stellt. Anlässlich der Ausstellung, welche im Herbst 2017 in Kreuzlingen gastierte, führte die Medienschaffende Angelina Rabener von den «Kreuzlinger Nachrichten» ein Interview mit Pfarrerin Karin Kaspers Elekes, evangelische Spitalseelsorgerin am Kantonsspital Münsterlingen und Präsidentin von palliative ostschweiz. Dabei ging es jedoch nicht nur um Krankheit und Tod – es ging auch um Ängste und vor allem um das Leben.

Frau Kaspers Elekes, was versprechen Sie sich von der Wanderausstellung «Palliative Care»?

Unser Ziel ist es, Menschen für Palliative Care zu sensibilisieren. Palliative Care meint ja zunächst eine Haltung zum Leben, zu dem auch Phasen der Zerbrechlichkeit, Krankheit, Sterben, Trauer und Tod gehören. Information und Austausch darüber kann Angst mindern und die eigene Haltung entwickeln helfen.

Welche Angebote umfasst Palliative Care?

Das Recht auf Palliative Care im Kanton Thurgau ist gesetzlich verankert. Sie umfasst Angebote in der Grundversorgung ebenso wie in der spezialisierten Palliative Care. Wohnortnah stehen Spitex, Hausärzte, Langzeitpflegeeinrichtungen und Seelsorger aus den Kirchgemeinden Erkrankten und ihren Angehörigen zur Seite. Im Kantonsspital Münsterlingen gibt es als Angebot spezialisierter Palliative Care eine eigene Palliativstation. Palliative Plus bringt in Komplexsituationen als Brückendienst Spezialwissen als Unterstützung in die ambulanten Versorgungssituationen und

Langzeitpflegeeinrichtungen, um unnötige Spitaleinweisungen und damit weiteren Stress für Betroffene und Angehörige vermeiden zu können.

Wird das Angebot der Palliative Care Ihrer Meinung nach noch zu wenig in Anspruch genommen?

Das Wissen um Palliative Care und die Möglichkeiten der Unterstützung von Lebensqualität, auch bei fortschreitender schwerer Erkrankung, nimmt in der Bevölkerung zu. In der Situation individueller Betroffenheit braucht es oft Zeit, sich mit der neuen Wirklichkeit vertraut zu machen. *palliative ostschweiz* unterstützt als Fachverband alle in Palliative Care Tätigen und fördert die Verbesserung des Zugangs zu Palliative Care für Erkrankte und deren Bezugspersonen. In den Institutionen im Thurgau gibt es – dank der breiten Bildungsoffensive, die der Kanton veranlasst hat – bereits ein breites Basiswissen, das fortlaufend gefestigt und erweitert wird.

Wie reagieren Patientinnen und Patienten, wenn sie neu auf die Palliativstation kommen?

Das ist so individuell wie die Patientin oder der Patient selbst. Im Vordergrund steht, die Lebensqualität des Patienten möglichst zu verbessern und seine Symptome zu lindern. Dazu finden in der Palliative Care umfassende Behandlung und Begleitung in allen Dimensionen des Menschseins, körperlich, seelisch, sozial und spirituell statt. Sich so ganzheitlich wahrgenommen zu fühlen, kann Sicherheit vermitteln. Palliative Care umfasst die ganze letzte Lebensphase von der Diagnose bis zum Tod und für die Angehörigen über diesen Zeitpunkt hinaus. Es handelt sich nicht nur um eine Begleitung der letzten Lebensstage und des Sterbemomentes.

Neben den Patienten trauern auch die Angehörigen.

Wie wird ihnen geholfen?

In der Situation der Betroffenheit von Schwersterkrankung trauern Erkrankte und Hinterbleibende. Diese Trauer um nicht mehr vorhandene Lebenszeit und Lebensmöglichkeiten beginnt mit der Diagnose und der Auseinandersetzung mit ihr. Angehörige benötigen dann auch Begleitung und die Möglichkeit, sich mit nicht direkt Betroffenen auszutauschen. Oft

sind grosse Fragen im Raum, die bewegen und auf die Betroffene und Angehörige eine Antwort suchen – in allen Dimensionen ihres Daseins.

Hat sich das Sterben in der heutigen Zeit verändert? Gehen Menschen mit dem Tod offener um, oder ist es ein Tabuthema, das Angst macht?

Nach meiner Einschätzung spricht es sich heute leichter über den Tod als Allgemeynthema als noch vor 15 Jahren. In der individuellen Betroffenheitssituation ist es immer – auch heute – eine existenzielle Krise, die herausfordert und gelebt werden muss. Hier spielt die Wertediskussion eine grosse Rolle und die Haltung zum Leben allgemein und zum Leben des Einzelnen. Wenn das eigene Lebenskonzept infrage gestellt ist, ist alles anders, als es war ...

Kann man lernen, mit dem Sterben und dem Tod umzugehen?

Wer Menschen in der letzten Lebensphase begleiten darf, der hat eine Chance zu lernen, denke ich. Hilde Domin, die grosse jüdische deutschsprachige Dichterin, sprach vom «kostbaren Unterricht an Sterbebetten». Aber ich denke nicht, dass wir deshalb wissen, «wie Sterben geht». Sterben ist immer anders. Und es ist bis zum letzten Atemzug Leben.

Vor was haben Sterbende und Schwerkranke am meisten Angst?

Auch Ängste am Lebensende sind individuell. Die Erfahrung, wie in Palliative Care Möglichkeiten zur Verfügung stehen, Schmerzen und andere als belastend erfahrene Symptome zu lindern und als Mensch umfassend wahr- und ernstgenommen zu werden, ist sicher hilfreich, um seinen Ängsten zu begegnen. Das Wissen, in einer verunsichernden Situation nicht alleingelassen und unterstützt zu werden, kann das Vertrauen stärken, auch diesen Schritt aus diesem Leben nehmen zu können.



Das Leben vom Tod her verstehen

Wir wissen nicht, wann der Tod kommen wird. Oft schon hat er kurz zum Türspalt hereingeschaut und ist dann wieder gegangen. Stürze und Infektionen, ein vorübergehendes Stillstehen des Herzens und kürzlich ein Schlagli boten ihm manche Gelegenheit.

Wir würden ihn ja nicht hindern – es gibt keinen Herzschrittmacher, keine Wiederbelebungsversuche und, wenn möglich, keine Spitaleinweisung mehr. In vielen Situationen sind wir Kinder erstaunlich ruhig und gelassen. So weben wir miteinander an diesem Pallium, dem Schutzmantel. Wir kommen uns als Geschwister näher, werden selber Teil des Mantels.

Wer aber führt dann schlussendlich die Weberschiffchen in seiner Hand? Ist es Mama selber oder ein Grösserer? Geheimnis, nicht zu fassen. Der liebe Gott gibt uns Zeit, und der Tod tanzt derweil noch allein.

Dieses «Dahinter» schimmert öfters durch auf dieser geschützten Demenzstation. Was aber steht hinter diesen oft armen und mühseligen Leben? Woher stammt die Kraft zum Bewältigen für Betroffene, Angehörige und Pflegende? Wo liegt der Sinn in diesem Leiden, in den Defiziten und Verlusten? Was ist mit dem Tod?

Für unsere Mama ist der Tod kein Thema, jedenfalls keines, das sie mit uns besprechen möchte. Eine Patientenverfügung hatte ich ihr in der letzten Zeit vor dem Heimeintritt fast abgerungen. Sie hat nie wieder ein Wort darüber verloren, weiss wohl auch nicht mehr, dass so ein Papier existiert.

Es ist bei ihr aber auch nicht so wie bei manchen alten Menschen, die sich den Tod herbeiwünschen, weil das Leben unerträglich geworden ist. Mama lebt gerne und steckt in der Regel alles Mühsame weg. Sie gleitet

durch alle Unbill wie eine geübte Schwimmerin durchs Wasser. Obwohl kaum ein Monat vergeht ohne Zwischenfall, beklagt sie sich nie: einen Sturz, eine Ohnmacht, eine Blasenentzündung, eine Erkältung, der Norovirus – alles Strapazen für die alte Frau.

Was ist es, das dieses Verhalten ermöglicht? Woher diese innere Freiheit in äusserster Abhängigkeit?

Das Geheimnis bewegt.

«(...) Und führen, wohin du nicht willst.» Noch heute, mehr als zwei Jahre nach dem Heimeintritt, ist Mamas stärkster Lebensimpuls: «I gaan emmumhi hhein!» Hier, dieses Heim, Spital, Hotel oder was es auch immer sein soll, ist nicht ihr Zuhause. Das Zuhause liegt in der Vergangenheit, und es kann alles wieder so werden, wie es einmal war.

«(...) Und führen, wohin du nicht willst.» Mamas Haltung zu den jetzigen Gegebenheiten hat viel zu tun mit dem «Bestehen, Durchstehen, Aufrechterstehen». Manch Durchlittenes jedenfalls wird dazu beigetragen haben, dass Mama das ihr jetzt Aufgegebene – die Abhängigkeit, die Altersmühen und wohl auch die Demenz – mit grosser Würde trägt. Es will uns manchmal scheinen, dass gerade die Demenz Mamas Wesenskern neu sichtbar macht – den Kern einer unglaublich tapferen und starken Frau!

Zuhinterst in ihrer Bibel finden wir ein Kalenderzettelchen, von ihr eingeklebt:

*Wer das Leben liebt,
und den Tod nicht scheut,
geht fröhlich durch die
sinkende Zeit*

Theodor Körner

Keine Einbahnstrasse: Sterben wünschen

«Ich möchte sterben!» Diese Worte, mit denen ein Mensch seine Haltung zu seinem Leben im Moment ausdrückt, sind nicht eindeutig. Wenn sie in der seelsorglichen Begegnung ausgesprochen werden, gilt es, in der Begegnung Raum zu eröffnen, um die Beweggründe und die Situation, die den Menschen zu diesem Wunsch geführt haben, zu verstehen. Über den weiteren Weg ist selten bereits entschieden.

Sterbewunsch ist nicht gleich Sterbewunsch. Was macht die Situation des Menschen aus, der ihn äussert und zum Ausdruck bringt, dass die augenblicklich erfahrene oder die zu erwartende Lebenssituation ihm unerträglich erscheint und eine Überforderung darstellt?

Die Äusserung des Wunsches nach dem eigenen Lebensende nimmt den Angesprochenen ins Vertrauen. Sie trifft im Seelsorgenden auf Resonanz, die mitbestimmt ist von dessen eigener, in der Liebe zu Gott und den Menschen gründenden Lebenshaltung und seiner Bereitschaft, dem anderen als Mensch mit seiner professionellen Erfahrung und Kompetenz zu begegnen. Nun geht es um das Hinhören, um Resonanz auf die existenzielle Bedeutung und Wertschätzung der Person, die sich in der Begegnung öffnet. Der Wunsch zu sterben und seine Formulierung überschreitet die Alltagsnormalität. Hier wird unbekanntes Sehnsuchtsland betreten, und dieser innere Schritt ist immer ernst zu nehmen, denn er gehört in das Vorfeld des Erlebens vor jedem Suizid(versuch).

Trauer: Viele kleine Abschiede

In der seelsorglichen Begegnung kann die persönliche Bedeutsamkeit der Sterbewunschäusserung erkennbar werden. Ist dem Betroffenen gerade eine schwerwiegende Diagnose, eine infauste Prognose mitgeteilt worden? Erlebt er einen längeren, beschwerlichen Krankheitsverlauf? Setzt er sich nach langer aktiver Lebenszeit mit zunehmenden Einschränkungen

und erfahrener Endlichkeit auseinander? Hat er schwerwiegende Verluste im sozialen Umfeld erlebt? Die Bedeutung von Trauer ist dabei nicht zu unterschätzen – Trauer um verlorene Lebensmöglichkeiten.

Worte mit Nuancen

«Ich wäre froh, es wäre endlich vorbei!», «Ich möchte am liebsten sterben!», «Ich mag nicht mehr!» Jede Formulierung nuanciert die existenzielle Not anders. Welchen Weg die Krise nehmen wird, ist im Moment der Erstäusserung selten bereits entschieden. Unsicherheit ist hier ein häufiges Grundthema. Damit einher geht die Suche nach Wegbegleitern, die auch – bewusst oder unbewusst – zu Wegweisern werden können. Die Gedankenwege ähneln oft dem Begehen eines Labyrinths und zielen nicht per se auf eine aktive Beendigung des eigenen Lebens. Sie sind häufig – Hiobs Klage¹ ähnlich – Ausdruck einer umfassend erlebten Krise – vorerst mit offenem Ausgang.

Wechsel der Liga

Auch Herr M.², 80 Jahre alt, äussert bei unserer Erstbegegnung einen Sterbewunsch. «Seitdem ich weiss, dass ich diese Krankheit habe und nicht wieder gesund werde, spiele ich in einer anderen Liga», beschreibt er sein aktuelles Lebensgefühl. Besonders sein soziales Erleben scheint dieses Empfinden zu verstärken. Kollegen kämen seltener. Die Familie leide. Die Gespräche blieben banal. Es sei zum Davonlaufen. Und dann noch die Angst vor dem, was vielleicht noch kommen könnte. Er fühle sich ausgeliefert. Unerträglich ... Lieber sterben! Wo es ja eh sein müsse ...

Resonanz in der Krise

In Herrn M.s Sterbewunsch kumuliert das ganze Ausmass seiner Lebenskrise, die er so niemals zuvor gekannt hat. Die neue Situation erschüttert ihn in allen Dimensionen seines Daseins, so umfassend, dass er die Abwesenheit dieses Erlebens herbeisehnt – ohne das Ziel seines

¹ Hiob 9,21 u. ö.

² Zur Wahrung der Anonymität wurde das Fallbeispiel verfremdet.

Wunsches real zu kennen. Sterben könnte eine Alternative sein. Wo es doch sowieso sein muss. Dann wäre «das alles» vorbei. Nun ist es heraus. Herr M. wirkt erleichtert.

In dem Raum, den unsere Begegnung bietet, werden Ängste, Einsamkeits- und Sinnlosigkeitsgefühle zum Thema. Erst aufgrund meiner Intervention kehrt Herr M. im Gespräch zum geäußerten Sterbewunsch zurück. Das habe jetzt keine Priorität. Aber weiter reden wolle er. In Kontakt bleiben. Das gäbe eine gewisse Sicherheit. Der Sterbewunsch von Herrn M. hat zu diesem Zeitpunkt nicht den Charakter der «Handlungsorientierung»³, er ist vielmehr Teil des Ausdrucks der Auseinandersetzung mit seinem Selbstbild und dem Umstand der aktuell empfundenen umfassenden Lebenskrise im Sinne eines «total pain».

Wegbegleiter und Wegweiser

Ressourcen aus bestandenen Lebenskrisen sind Basis individueller Resilienz, und ihre Bewusstmachung kann die Bildung eigener Bewältigungsstrategien unterstützen. Letztlich aber ist die mit dem Sterbewunsch ausgedrückte Krise für Menschen mit schwersten Erkrankungen eine sich qualitativ von früheren Krisensituationen unterscheidende – hier geht es um das Leben selbst. Die Qualität solch persönlicher Betroffenheit kennen Wegbegleiter aus eigener Erfahrung (noch) nicht. Alle Beteiligten stossen hier auf je ihre Weise an die Grenze des in Unterschiedenheit gemeinsam gegangenen Weges.

Haltung, die Vertrauen fördert

Der «gedachte letzte Ausweg» wird – das zeigen Erfahrung und Statistik – für Menschen mit schwersten Erkrankungen selten handlungsleitend. Der geäußerte Wunsch bildet jedoch nicht selten eine erste (unbewusste) «Teststation» auf dem Weg des Beziehungs- und Vertrauensaufbaus

3 Vgl. die Beschreibung des Sterbewunsches als «Handlungsorientierung», «Identitätsstifter» und «innerer Probesthne» bei Streeck, Nina: Sterbewünsche – medizinethisch-empirische Zugänge, in: Hilpert, Konrad/Sautermeister, Jochen (Hg.): Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg im Breisgau 2015, 17–29

zu einer «Unit of Care», die ein zuverlässiges Netz bilden kann für das eigentlich Notwendige, nämlich die Symptomkontrolle, den persönlichen Entscheidungsfindungsprozess, den nötigen Netzwerkaufbau und Support (SENS⁴). Kurz: Menschen, die mit ihrer Person, ihrer Kompetenz und gemeinsamer Haltung bereit sind, die individuelle Lebensqualität des Betroffenen, die auch möglichste Selbstbestimmung einschliesst, zu gewährleisten – bis zum Schluss, wenn die Einwilligung in das Sterben nicht selten einem «Ausatmen» gleicht.

Selbstbestimmtes Sterben

Dass ein Sterbewunsch im Sinne (assistierten) Suizids handlungsleitend wird, ist wie gesagt selten. Es stehen allerdings Beispiele «selbstbestimmten Sterbens» als deklarierte öffentliche Plädoyers – auch in Form prominenter Lebensbeispiele – im Raum, die zunehmend eine reaktive Auseinandersetzung von Menschen mit schwerster Erkrankung mit dieser Möglichkeit zu fordern scheinen.

Nicht nur Achtung, sondern Unterstützung von Autonomie heisst in der Begleitung auch, solche Phänomene wahrzunehmen und zur Sprache zu bringen, wo sie von vulnerablen Menschen in fragiler Lebenssituation als Herausforderung an ihre Existenz erlebt und in Worte gefasst werden. Sie sind Ausdruck der Frage nach dem Sinn ihres eigenen Lebens, der «Sozialverträglichkeit» ihrer Situation und eine Vergewisserung persönlicher Solidarität, zu der sie – ausser ihrer Person – nichts mehr beitragen können.

Auf diesem Weg des Fragens aber sind Vertrauen, Beziehung und eine Haltung wesentlich, die in der Liebe zum Menschen (und zu Gott) gründet und die in der seelsorglichen Begegnung erfahrbar wird: Auch in aller Vulnerabilität bleibt der Mensch geschätzt, wertvoll und ganz – mit unverlierbarem Wert in Beziehung zu sich selbst, zum Nächsten, zur jeweiligen Gegenwart und letztlich zu Gott.

4 Eychemüller, Steffen: *SENS macht Sinn*, in: *Therapeutische Umschau* 2012, 69 (2), 87–90

Erstpubliziert in der Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, 4. Jhg., 1/2019, 30–32,
Abdruck mit freundlicher Genehmigung des hospiz verlags, Esslingen

..... **... Und einmal, ganz zum Schluss,**
nachgeben, uns ausbreiten und
in einem Delta münden

Das zunehmend differenzierte Antworten im Prozess des Sterbens

Den Weg zu Ende gehen: Dies bedeutet mit Blick auf den Übergang von einer schweren Krankheit zum präfinalen und schliesslich zum finalen Stadium, dass zunehmend differenziert auf die körperliche, kognitive und emotionale Verletzlichkeit des schwerkranken bzw. sterbenden Menschen geantwortet wird, dass mehr und mehr ein palliatives Konzept der Versorgung und Begleitung umgesetzt wird (ohne dass die notwendigen kurativen Massnahmen aufgegeben würden), dass schliesslich – diagnose-, prognose- und wertebasiert – gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten und Angehörigen (oder anderen Bezugspersonen) fachlich und ethisch hochreflektiert abgewogen wird, wie lange lebenserhaltende Massnahmen aufrechterhalten werden sollen.

Wenn hier von zunehmend differenzierten Antworten gesprochen wird, so ist damit folgendes gemeint: Die Art der Kommunikation ändert sich, die Ansprache wird eine andere: Vielfach können die Patientinnen und Patienten nicht mehr verbal kommunizieren, die Prägnanz ihrer Kommunikation geht erkennbar zurück. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass sich – passager und fluktuierend – Halluzinationen und Wahnbildungen, deutlich verringerte Orientierungs- und Gedächtnisleistungen sowie Überaktivität oder stark verringerte Aktivität zeigen, also Symptome, die auf ein Delir deuten. Bei ca. 45 Prozent der sterbenden Menschen lassen sich Phasen eines Delirs mit den beschriebenen Symptomen beobachten – ein sowohl für den Sterbenden als auch für die begleitenden Bezugspersonen hochbelastendes Geschehen, das einmal mehr eine differenzierte kognitive und eine feingliedrige emotionale Ansprache notwendig macht: durch diese kann die Symptomatik erkennbar gelindert werden, mehr noch besitzt sie auch präventive Funktion.

Die zunehmend differenzierte Antwort meint aber noch mehr: nämlich das Sich-Einschwingen in den – schon in der präfinalen Phase erkennbaren, in der finalen Phase noch einmal zunehmenden – kontinuierlichen Wechsel von Rückzug nach innen und Sich-Öffnen nach aussen, also von Phasen der immer weiter zunehmenden Introversion und Phasen der immer weiter abnehmenden Extraversion. Dieser kontinuierliche Phasenwechsel ist für viele sterbende Menschen geradezu charakteristisch. Er muss von den Bezugspersonen verstanden, nach- und mitvollzogen werden. Und gerade dies erfordert von den Bezugspersonen eine differenzierte Reaktion, aber auch Aktion.

Schliesslich meint zunehmend differenziertes Antworten die Abstimmung von Strategien erhöhter Stimulation, gegebenenfalls auch Aktivierung und Motivation, mit Strategien, die vermehrt auf Beruhigung und Ruhe zielen. In einer eigenen Studie zur hausärztlichen Sterbebegleitung ging es uns darum, bei einzelnen Tumorpatientinnen und Tumorpatienten noch kurz vor Eintritt in das präfinale Stadium physiotherapeutische und logopädische Massnahmen anzuwenden, wenn dadurch (a) zu höherer Beweglichkeit und grösserer funktionaler Kompetenz sowie (b) zur Linderung von Schluck- und Sprachstörungen beigetragen werden konnte. Auch dies erschien uns als einer von mehreren geeigneten Wegen, Sterbende darin zu unterstützen, sich auf das Sterben einzustellen und das Leben im Prozess des Sterbens – zumindest in Ansätzen – mitzugestalten.

Mit dem Buchtitel: «Den Weg zu Ende gehen» soll deutlich gemacht werden, wie wichtig es für eine hochentwickelte Palliativ- und Hospizkultur ist, alles dafür zu tun, damit die bestehenden Selbstgestaltungskompetenzen des sterbenden Menschen möglichst lange erhalten bleiben – und seien diese Kompetenzen auch noch so gering. Palliativmedizin und Hospizarbeit sind nicht Selbstzweck. Sie sind auch nicht allein vom Ziel der Symptomkontrolle und der Symptomlinderung bestimmt. Das Ziel ist umfassender und noch tiefer gehend: Es akzentuiert die Selbstgestaltung, mithin das (vielleicht nur in Ansätzen mögliche) bewusste Erleben des Sterbens sowie den verbalen und nonverbalen Austausch

mit anderen Menschen und die möglichst weite Erhaltung persönlich bedeutsamer Rituale im Prozess des Sterbens.

Sodann ist zu betonen: Das Sterben des Menschen kann nicht vom Leben getrennt werden, weswegen der Begriff des «menschenwürdigen Sterbens» – bei aller positiven Konnotation – auch falsch verstanden werden kann: in der Hinsicht nämlich, dass das Sterben grundsätzlich etwas anderes darstelle als das Leben. Vielmehr begreifen wir das Sterben als den Ausgang aus dem Leben, damit aber ausdrücklich als «Leben». Und dies heisst, dass im Kontext der Palliative Care alles dafür getan werden muss, dass sterbende Menschen ihre letzten Lebenstage und -stunden auch wirklich gestalten können.

Diese Forderung greift die von Cicely Saunders im Jahre 1967 getroffene Aussage auf, die auch als Leitbild jeglicher Palliative Care verstanden werden kann: «Wir werden alles tun, was wir können, damit Du nicht nur in Frieden sterben kannst, sondern damit Du auch leben kannst, bis Du stirbst.»

Anforderungen an die Begleitung sterbender Menschen

In Studien zu den charakteristischen Krankheitsverläufen am Ende des Lebens wird zwischen drei Krankheitsformen unterschieden; eine Unterscheidung, die für unsere Thematik wichtig ist:

1. Onkologische Erkrankungen (diese sind zunächst durch eine relativ lange Zeit mit wenigen Einschränkungen im Alltag charakterisiert; innerhalb weniger Monate treten körperlicher Abbau, Funktionsverlust und Tod ein);
2. Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankungen (diese erstrecken sich über mehrere Jahre mit mehr oder minder stark ausgeprägten Einschränkungen im Alltag; gelegentlich treten akute Verschlechterungen ein, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen; die sich anschliessende Erholung erreicht das frühere Funktions- und Leistungsniveau nicht mehr);

3. Gebrechlichkeit, vielfach mit einer demenziellen Erkrankung einhergehend (diese ist mit einem über mehrere Jahre bestehenden, kontinuierlich steigenden Niveau der Hilfsbedürftigkeit verbunden). Im hohen und höchsten Alter dominieren immer weniger die onkologischen Erkrankungen (die vor allem für die letzte Lebensphase im mittleren Erwachsenenalter charakteristisch sind), es treten hingegen die Herz-, Lungen- und Nierenerkrankungen sowie die Gebrechlichkeit immer mehr in den Vordergrund.

Die Versorgung sterbender Menschen im hohen und höchsten Lebensalter stellt eine wachsende Herausforderung ambulanter und stationärer Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege wie auch der im ambulanten und stationären Bereich spezialisierten palliativen Versorgungsdienste dar. Dieses Thema gewinnt zunehmend an Aktualität, da durch den Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen jene Schwerstkranken, die in vergangenen Jahrzehnten die bestehende Krankheit nicht überlebt hätten, nun über Monate oder Jahre mit der Krankheit leben können, wobei allerdings auch das Risiko gegeben ist, dass die Patienten viele Monate, wenn nicht sogar Jahre schwere körperliche und psychische Symptome wie auch stark ausgeprägte funktionelle Einschränkungen verarbeiten müssen – und dabei auf medizinische und umfassende pflegerische Hilfe angewiesen sind. Dieses Thema gewinnt noch aus anderen Gründen an Aktualität: Die Familien können vielfach die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen nicht leisten – sei es, weil aufgrund der gestiegenen Erwerbstätigkeit von Frauen in der Lebensmitte potenzielle pflegerische Ressourcen nicht mehr vorhanden sind, oder sei es, weil die Familien aufgrund gewachsener räumlicher Mobilität zunehmend multilokale Wohnformen zeigen, die sowohl die instrumentelle als auch die emotionale Unterstützung in Notfällen erschweren. Und schliesslich ist durch gesundheitsökonomische und versorgungspolitische Entscheidungen ein weiteres Problem gegeben:

Die palliative Versorgung wird sich voraussichtlich mehr und mehr von der Klinik in pflegerische Einrichtungen verlagern. Entsprechend wird

die Bedeutung professioneller Pflege, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor, wachsen, um eine bedarfsgerechte, an den Bedürfnissen älterer Menschen und ihren Vorstellungen von Lebensqualität orientierte Betreuung am Lebensende zu gewährleisten.

Jene älteren Menschen, die an den Folgen einer Demenzerkrankung oder nicht-maligner Erkrankungen sterben, werden europaweit am häufigsten zu Hause oder aber in stationären Altenpflegeeinrichtungen ohne Kooperation mit in Palliative Care ausgebildeten Fachkräften versorgt. Vorliegende Untersuchungen sprechen für die Annahme, dass die in Deutschland wie auch in anderen Ländern übliche medizinische Versorgung der Heimbewohner durch Hausärzte in Phasen erhöhter Symptombelastung oder im Sterbeprozess dann nicht ausreicht, wenn Hausärzte für die speziellen Anforderungen palliativer Versorgung nicht umfassend qualifiziert sind. Die Notwendigkeit palliativer Konsultationsteams, die in ambulanten oder in stationären Betreuungssituationen unterstützend tätig werden könnten, wird von in Palliative Care involvierten Geriatern hervorgehoben; der Ausbau entsprechender Angebote auch für nicht an Krebs erkrankte Patienten im ambulanten und stationären Sektor wird europaweit als prioritär gewertet.

Eine Implementierung von Palliative Care in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist mit einer Reihe von prinzipiellen Herausforderungen verbunden, denen – auf Leitungs- wie auf Mitarbeiterebene – durch die Entwicklung einer palliativen Kultur begegnet werden muss. An dieser Stelle sei erwähnt, dass eine Integration der Hospizidee schon dadurch erschwert wird, dass in Pflegeeinrichtungen eben nicht vorwiegend onkologische Patienten aller Altersgruppen, sondern Menschen, die vor allem unter Demenz, kardiovaskulären und hämatologischen Erkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates leiden, versorgt werden müssen. Die genannten Erkrankungen sind in ihrem zeitlichen Verlauf häufig sehr viel schlechter zu prognostizieren, sodass sich im Einzelfall die Frage stellt, wann mit der Palliative Care begonnen werden soll. Gerade wenn demenzielle Erkrankungen vorliegen, ist nicht nur

die Beteiligung der Betroffenen an allen Entscheidungen, sondern auch die Beurteilung der Angemessenheit versus Unangemessenheit spezifischer Massnahmen mit Blick auf die Verbesserung von Lebensqualität erschwert. Hinzu kommt, dass Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen vielfach keine Angehörigen im Nahbereich haben, mit denen notwendige ethische Entscheidungen gemeinsam abgewogen werden könnten. Mit Blick auf die für eine Implementierung von Palliative Care in stationären Einrichtungen der Altenhilfe notwendigen Qualifizierungsmassnahmen ist hervorzuheben, dass anders als in Hospizen und Palliativstationen ein nicht geringer Teil der Versorgung von Pflegehilfskräften geleistet wird, die nicht immer in Qualifizierungsprogramme einbezogen werden.

Die Notwendigkeit solcher Qualifizierungsmassnahmen verdeutlichen die Ergebnisse der Befragung von in der stationären Altenpflege tätigen Personen. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Befragten berichten von Schwierigkeiten, mit Bewohnern über deren nahenden Tod zu sprechen, und ein weiteres Drittel gibt an, im Gespräch mit Angehörigen die Thematisierung des nahenden Todes von Bewohnern zu scheuen.

Abschluss

«Tage gehen hin und manchmal höre ich das Leben gehen. Und noch ist nichts geschehn, noch ist nichts Wirkliches um mich; und ich teile mich immer wieder und fliesse auseinander, – und möchte doch so gerne in einem Bette gehen und gross werden. Denn, nicht wahr, Lou, es soll so sein; wir sollen wie ein Strom sein und nicht in Kanäle treten und Wasser zu den Weiden führen? Nichtwahr, wir sollen uns zusammenhalten und rauschen? Vielleicht dürfen wir, wenn wir sehr alt werden, einmal, ganz zum Schluss, nachgeben, uns ausbreiten, und in einem Delta münden.»

Dieser Brief von Rainer Maria Rilke an Lou Andreas-Salomé (geschrieben am 8. August 1903) thematisiert die Grenzen seelisch-geistiger Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit, die Grenzen der Bewältigungs- und Verarbeitungskapazität im hohen Alter. Gerade im hohen Alter, und zwar dann, wenn Menschen mit chronischen, auszehrenden Erkrankungen

konfrontiert sind, kann sich eine körperliche wie auch eine seelisch-geistige Müdigkeit (als Synonym für einen bleibenden Antriebsverlust) einstellen, deren Erleben dazu führt, dass die bewusste Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen nach und nach aufgegeben wird, dass sich die Person «fallen lässt». Ein solches Fallenlassen darf dabei nicht gleichgesetzt werden mit Niedergeschlagenheit oder Resignation. Es kann genauso gut ein «Loslassen» bedeuten, und zwar von den in früheren Lebensjahren ausgebildeten Lebensentwürfen, Lebenszielen und Handlungen, die im Dienste der Verwirklichung solcher Ziele gestanden haben. Der Krankheitsverlauf und die Krankheitssymptome können durch die Müdigkeit des Menschen, können durch dessen Wunsch, nun einmal «nachgeben» zu dürfen, noch beschleunigt werden. Auch dies darf nicht übersehen werden, wenn man zu einem tieferen Verständnis jener Merkmale gelangen möchte, die den Übergang von einer schweren Krankheit zum Sterben markieren.

Lebenszug

Einstieg – Ausstieg
Ratternde Endlichkeit
Über Nachtschattenhoffnung
Grün
Im grausteingen Schotterbett
Einer weiss
Wohin

Jenseits der Grenze

In einem der wohl dunkelsten Momente äussert die Patientin den Wunsch, erlöst zu werden. Dieser Auftrag bringt Angehörige wie Pflegende in grosse Gewissensnot. Wir dürfen und können und wollen das nicht.

Aber – sind hier nicht die Grenzen der Palliative Care erreicht? Was tut not, um das Leiden noch besser zu lindern, um das Vertrauen wiederherzustellen? In einer Krisensitzung versuchen wir, uns diesen Fragen zu stellen. So viel guter Wille – und doch scheint es nicht zu reichen. Da ist dieses Gespräch mit Ärzten, Pflegenden und Angehörigen am runden Tisch in der Palliativstation enorm wertvoll. Unser Fazit: Einerseits müssen die Schmerzzeichen noch sensibler wahrgenommen werden; andererseits dürfen wir uns auch von diesem unlösbaren Auftrag distanzieren. Nicht zuletzt aber gilt es, um den Sinn dieser schweren Phase zu ringen – um das noch nicht Sichtbare.

Eine spezielle Schmerzblockade (übrigens die unkonventionelle Idee eines Laien!), welche in der kommenden Woche eingesetzt wird, erweist sich als verblüffender Befreiungsschlag. Die Schmerzen sind viel besser unter Kontrolle, ohne dass das Bewusstsein derart eingetrübt ist wie zuvor.

Damit werden zwei wundersame Wochen eingeleitet. Alle Beteiligten sind sehr erleichtert. Kräfte können sich regenerieren, und Beziehung kann nochmals gewagt werden. Es kommt zu manchem, ganz bewusst erlebten Abschiedsbesuch. Die todkranke Frau erweist sich als Schenkende mitten in ihrer völligen Abhängigkeit. Viel reden müsse sie noch, sagt sie. Jedes Enkelkind noch einmal bei sich haben und umarmen. Es geht mir gut, sagt sie. Ich muss nichts mehr.

Bei meinem letzten Besuch sagt sie unvermittelt: «Ich bin so froh, dass ihr es nicht getan habt» – ich ahne, dass es um ihren Todeswunsch geht, frage vorsichtig nach. Sie bestätigt: «Weisst du, es ist nur ein Moment – und dann ist man durch.»

Es ist, als ob sie ein neues Land betreten hätte nach diesem Durchgang durch die dunkelste Nacht. Das Land der Befreiten, der Erlösten, der weise Gewordenen. Der Tod kann kommen – er hat seinen Stachel verloren. Die Zeit ist aufgehoben, ist reine Gegenwart. Alles, was jetzt noch geschieht, ist wesentlich, ist Gnade. Geschenk derer, die ausharren und überwinden.

Leben bis zuletzt.





..... Töten oder sterben lassen? – die entscheidende Frage der *Sterbehilfe*

«Töten oder sterben lassen?», diesen Titel gaben der Philosoph Robert Spaemann und der Arzt Thomas Fuchs vor 20 Jahren einem Buch, veröffentlicht in Reaktion darauf, dass der kontrovers diskutierte australische Philosoph Peter Singer das seit 1945 bestehende Euthanasie-Tabu durchbrach.¹

«Töten oder sterben lassen?» – diese Frage ist auch heute noch aktuell und hilft nicht nur, Orientierung zu gewinnen in der Inflation der oft euphemistisch benutzten Begriffe, sondern auch im Nachdenken darüber, welche berechtigten und weniger berechtigten Tabus im Kontext von Sterben, Tod und Töten bestehen.

Unter *Sterbehilfe* werden sowohl Handlungen mit der Absicht zum Töten als auch Handlungen zur Symptomlinderung ohne Absicht zum Töten zusammengefasst. Hilfe zum Sterben (wobei die Verwendung des Begriffes «Hilfe» in diesem Kontext fragwürdig ist), fällt ebenso unter diesen Begriff wie Hilfe beim Sterben.² Nicht nur wegen der begrifflichen Unschärfe ist der Begriff der «Sterbehilfe» problematisch, sondern auch aus historischer Perspektive, weil das – schlussendlich nicht in Kraft getretene – «Euthanasie»-Gesetz der Nationalsozialisten den Begriff im Titel führte: «Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken.»³

Im Irrgarten der Begriffe ist die Frage nach der Absicht eine Wasserscheide, welche die Absicht zum Töten klar von der Absicht, Leid zu lindern oder Sterben geschehen zu lassen, trennt. Vor diesem Hintergrund

¹ Spaemann R., Fuchs Th.: *Töten oder sterben lassen. Worum es in der Euthanasiedebatte geht.* Herder Spektrum, Freiburg i.B. 1997

² Mathwig F.: *Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhelfediskussion in der Schweiz aus theologisch ethischer Sicht.* TVZ Zürich 201, S.50ff

³ Roth, K.H.: *Erfassung zur Vernichtung.* Berlin 1984, S. 101–179

sollen die in der medizinischen Diskussion verwendeten Begriffe betrachtet werden. Handlungen mit der Absicht zum Töten sind die direkt aktive Sterbehilfe und der assistierte Suizid. Sie werden als strafbare Handlungen gegen Leib und Leben im Schweizerischen Strafgesetzbuch⁴ 2. Buch, 1. Titel behandelt. Handlungen, denen nicht die Absicht zu töten zugrunde liegt, sind die indirekt aktive und die passive Sterbehilfe.⁵

Die **direkt aktive Sterbehilfe** ist als gezielte Tötung eines schwerkranken, leidenden Patienten sowohl auf als auch ohne ausdrückliches Verlangen des Betroffenen in der Schweiz in jedem Fall verboten.

Die **Beihilfe zum Suizid** betrifft zwei Personen, den Menschen, der seinem Leben ein Ende setzen will, und den «Helfer». Das Selbstbestimmungsrecht hat im Strafrecht die Straflosigkeit des Suizidversuches zur Konsequenz. Strafrechtlich wird die «Beihilfe zum Selbstmord» unter Strafe gestellt, wenn sie aus selbstsüchtigen Gründen, also zur Erlangung eines persönlichen Vorteils für den Helfer, erfolgt. Fehlen solche selbstsüchtigen Motive, bleibt die Beihilfe zum Suizid straffrei. Die Beihilfe zum Suizid ist also in der Schweiz weder erlaubt, noch besteht ein Anspruch darauf.⁶ Sie bleibt unter bestimmten Umständen lediglich straffrei.

Eine Selbsttötung bleibt eine Tötung. Wurde der Suizid früher verurteilt und tabuisiert, wird er heute oftmals zum vermeintlichen Ausdruck von Selbstbestimmung stilisiert und verherrlicht. Erwin Ringel, der Begründer der Suizidforschung, warnte vor beidem: Hilfreich sei nur, den Suizidwunsch als Symptom menschlicher Not zu erkennen.⁷

4 admin.ch: Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (Stand am 1.10.2016)

5 Nestor K., Ebnetter K., Hvalic C., Brändle M., Büche D.: Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben? Schweiz Med Forum 2017;17(35):738–743

6 bger.ch: Rezeptfreie Abgabe von Natrium-Pentobarbital. BGE 133 I 58

7 Ringel E.: Das präsuizidale Syndrom – medizinische, soziale und psychohygienische Konsequenzen. Hexagon «Roche» 1985; 13(1): 8–14

Den Suizidwunsch als Symptom menschlicher Not zu erkennen, heisst auch, die präsuizidale, innerpsychische Dynamik zu erfassen, durch die sich der Betroffene aus der «Anziehungskraft der Selbsterhaltung», wie Ringel es nennt, in eine suizidale Einengung katapultiert, welche dann den eigenen Tod als einzigen möglichen Ausweg erscheinen lässt. Die Einengung kann beispielsweise in ihren Anfängen darin bestehen, eine zunehmende Angewiesenheit auf Pflege nur schwer annehmen zu können und sich dann zu steigern in aggressive Gedanken gegen sich selber, man sei wertlos, eine Last, ein Nichts, so lange, bis Suizidgedanken alles andere verdrängen.

Dass Menschen in Notsituationen kommen können, in denen sie ihr Leiden als unerträglich und ihr Leben als nicht mehr lebenswert beurteilen, ist nur allzu menschlich und wird wohl immer vorkommen. Beim assistierten Suizid tritt nun aber eine zweite Person, die nicht in dieser Notlage ist, hinzu. Um Beihilfe zum Suizid leisten zu können, muss sie sich die Beurteilung des Lebens des Suizidwilligen als «nicht mehr lebenswert» zu eigen machen. Sie muss sich entscheiden, ob sie dem zum Suizid Entschlossenen ein Gegenüber sein will, das versucht, ihm Wert zurückzugeben, ihm neue Perspektiven im Umgang mit einer schwierigen Situation aufzuzeigen oder die schwierige Situation mit ihm auszuhalten. Oder ob sie die Beurteilung des Leidens als unerträglich und des Lebens als nicht mehr lebenswert mitvollzieht und den zum Suizid Entschlossenen in seiner Sichtweise bestärkt. Da menschliche Autonomie immer eine Autonomie in Beziehung ist («Selbstbestimmung braucht das Gegenüber»⁸) wird die Haltung der Menschen, die Suizidwilligen begegnen, immer auch den Suizidwunsch in die eine oder andere Richtung beeinflussen – die Selbstbestimmung entlässt keinen Mitmenschen und erst recht keinen Arzt aus der Verantwortung.

8 Vgl. Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften: *Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber. Bericht zur Tagung vom 07.07.2016 des Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin». Swiss Academies Communications 2016, Vol. 11, No 12*

Aus verschiedenen Zusammenhängen ist bekannt, dass Tötungserfahrungen tiefe Spuren hinterlassen. Von den Vätern und Grossvätern, die im Zweiten Weltkrieg zu Tätern wurden, konnte man erfahren, dass ihre lebenslangen Alpträume immer wieder um das eigene Töten kreisten, viel mehr als um die eigene Bedrohung.

Soldaten, die heute mit ferngesteuerten Waffen töten, ohne selbst in Gefahr zu sein, entwickeln häufig posttraumatische Störungen.⁹ Dies zeigt eindrucksvoll, dass nicht nur die Angst um die eigenen Existenz die seelische Verletzung schafft, sondern vor allem das Töten selbst.

Auch Menschen, die Zeuge einer Selbsttötung werden, können seelische Verletzungen erleiden, oft verbunden mit der Frage, ob sie diese hätten verhindern können. Eine Studie zeigt, dass Angehörige, die Zeuge eines assistierten Suizid werden, vermehrt posttraumatische Belastungsstörungen zeigen und unter Depressionen leiden.¹⁰

Töten oder das Zulassen einer Tötung verletzt anders, als Sterben miterleben, als Sterben zu akzeptieren als – oft schmerzliche – Endlichkeit unserer menschlichen Existenz.

Sterbeerfahrungen schaffen oft tiefe Verbindungen und Erinnerungen zwischen Sterbenden und Angehörigen, aber auch unter den Hinterbliebenen. Tötungserfahrungen trennen. Es gibt kein gutes Töten.

Auch das Reden über das Sterben ist etwas qualitativ anderes als das Reden über das Töten. Dies wird oft vergessen, wenn über Tabus im Kontext von Sterben und Tod gesprochen wird. Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross, die Pionierinnen der Hospizbewegung und der Sterbeforschung, wollten vor allem eines: dass mit Sterbenden geredet wird, dass diese nicht alleine gelassen werden.

9 Matthews M.D.: *Stress bei Drohnenpiloten – posttraumatische Belastungsstörung, Existenzkrise oder moralische Verletzung? Ethik und Militär* 2014; 1: 59–64

10 Wagner B., Müller J., Maercker A.: *Death by request in Switzerland: Posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. Eur Psychiatry* 2012; 27(7):542–6

Das Reden über das Sterben wurde in den letzten Jahren ein Bedürfnis, wobei dies vor allem im Hinblick auf Erkenntnisse für das Leben sinnstiftend und nicht neu ist: «Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden», wie es im 90. Psalm geschrieben steht.

Als Tabu wiedererrichtet werden sollte aber das öffentliche Reden über das Töten und die Darstellung der (Selbst-)Tötung, welche in den vergangenen Jahrzehnten in unendlicher Folge in Büchern, auf Film- und Kinoleinwänden zelebriert wurde. Dieses Tabu sollte um der Menschen Willen, die in vulnerablen Situationen stehen, wiedererrichtet werden, da längst als Werther-Effekt¹¹ beschrieben und bewiesen ist, dass die Darstellung von Suiziden Nachahmungstaten hervorruft, umso mehr, je genauer und emotionaler die Situation dargestellt wird und je ähnlicher diese der Lebenswirklichkeit der Menschen in Not ist. Und das Tabu sollte auch um der Angehörigen und aller involvierter Menschen Willen wiedererrichtet werden, um diese vor Tötungserfahrungen zu schützen und ihre Offenheit für die Bewältigung von Krisen durch Entwicklung zu bewahren. Das Tabu sollte um unserer aller Willen wiedererrichtet werden, um ein friedliches Zusammenleben zu ermöglichen und zu schützen.

Erwin Ringel formulierte es als Aufgabe, ein antisuizidales Klima in der Gesellschaft zu schaffen. Dazu gehöre es, so Ringel, sich selber zu fragen, ob die eigene Existenz im Dienste des Lebens oder des Todes stehe. Dazu gehört auch darzustellen, wie Menschen krisenhafte Situationen mithilfe ihrer Mitmenschen durchstehen und Entwicklungen durchlaufen, denn dies macht als sogenannter Papageno-Effekt¹² Mut und weckt Hoffnung. Und brauchen wir nicht alle Mut und Hoffnung für unser Leben bis zuletzt?

¹¹ Ziegler W, Hegerl U.: *Der Werther-Effekt. Nervenarzt* 2002; 73:41–49

¹² Niederkrotenthaler T., Voracek M., Herberth A., Till B., Strauss M., Etzersdorfer E., et al.: *Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. BJ Psych* 2010; 197, 234–243



..... Sterbende als Hausarzt begleiten – eine lohnende Herausforderung

Was können wir erfahren und lernen?

Zur Einleitung die Frage:

Können wir denn überhaupt etwas lernen für diesen allerletzten Lebensabschnitt, der sich ohne unser Zutun ereignet, wie die Geburt am Anfang des Lebens? Lassen wir den Tod nicht besser einfach kommen, sorgen uns nicht und konzentrieren uns auf das Leben?

«Wer gut gelebt hat, der kann auf keinen Fall schlecht sterben. Welchen Tod ihn immer treffen mag, er wird ruhen in Frieden (...)», meint Ludwig Blosius, ein Benediktinerabt des 16. Jahrhunderts, in seinem Kanon des spirituellen Lebens.

Also können wir uns vielleicht doch auf unseren persönlichen Tod vorbereiten? Aber wie? Und wo? Bei wem? Die Antwort liegt auf der Hand: Von den Sterbenden können wir lernen.

Schauen wir uns vorab drei Sterbesituationen an, wie ich sie als Hausarzt erlebt habe.

Da ist jener 56-jährige, allein lebende Konstrukteur mit einem nicht mehr operierbaren Zungengrundkrebs. Seine schwierige Lebensgeschichte prägt die weiteren Entscheidungen rund um die schwere Erkrankung und deren Verlauf wesentlich mit. Die Behandlungsmöglichkeiten sind sehr eingeschränkt, der Patient möchte in dieser Situation keine Grundbehandlung seines Krebsleidens. Sein Wunsch: Begleitung und Linderung. Bei Flüssigkeiten und weicher Nahrung ist das Schlucken gerade noch möglich, die Schmerzen sind nicht im Vordergrund. Da das Sprechen zunehmend schwierig wird, schreibt mir der Patient Briefe und Stichwortlisten zur Sprechstunde. In der Zusicherung, dass ich ihn nach besten Kräften und in Verfügbarkeit begleiten und unterstützen werde, lässt er den Gedanken einer EXIT-Mitgliedschaft fallen.

Schmerzmittel müssen im Verlauf nur spärlich eingesetzt werden, der Patient bleibt grösstenteils selbstständig und mobil bis kurz vor seinem Tod. Die letzten Tage werden schwierig: Schwäche, zunehmende Atemnot und vollständige Schluckbehinderung sind die Leitsymptome. Zusammen mit der Spitex-Mitarbeiterin, auf ausdrücklichen schriftlichen Wunsch des Patienten, entscheiden wir uns zur Infusionsbehandlung mit beruhigenden und schmerzlindernden Medikamenten. Die quälende, leidvolle und schmerzhaft Spannung im Körper löst sich, die Atmung beruhigt sich, das Bewusstsein schwindet, und der Patient schläft friedlich und erlöst gut neun Stunden später für immer ein.

Der kraftvolle Kampf des Patienten mit seiner Krankheit, der Mut und die Besonnenheit, mit denen er medizinische Behandlungen ablehnte und einzig palliative Massnahmen und Medikamente akzeptieren konnte, wie auch das Vertrauen in unsere Begleitung haben mich tief beeindruckt. In der letzten Bereitschaft, sein Leben loszulassen, konnten wir ihn begleiten und unterstützen.

Der 39-jährige Lehrer befindet sich bereits in der Endphase seines ausbehandelten Lymphdrüsenkrebses mit einem Verlauf über 18 Monate. Nach einem dreiwöchigen Spitalaufenthalt wird er mit symptomorientierter unterstützender Therapie nach Hause entlassen. Diese palliative Therapie ist komplex und intensiv: Dauerinfusionen mit vielen beruhigenden und schmerzstillenden Medikamenten, Magensonde direkt durch die Bauchhaut, Schmerzpflaster, Cortison und Sauerstoff. Die häusliche Situation fordert alle Betreuenden bis an die Grenzen: Partnerin und Eltern des Patienten, Spitex-Mitarbeiterinnen, private Betreuerinnen und Hausarzt. Ich übernehme die Ferienvertretung des Kollegen.

Beim ersten Besuch sprechen wir über die inneren Spannungen und Ängste angesichts des nahenden Todes, über die Schmerzen, die vielen Medikamente und vor allem über die schlafgestörten «Horror-nächte» mit Atemnot und Alpträumen. Fünf Tage später werde ich zum Nachtbesuch aufgeboten, da die Magensonde verstopft ist, der Magen in der Folge gebläht, der Bauch bretthart und der Puls bei zunehmenden Schmerzen rasend. Die Palliativstation des Spitals ist bereit, den Patienten

anderntags aufzunehmen. Doch er entscheidet, nach nochmaligen Gesprächen mit mir und mit seiner Familie, zu Hause bleiben zu wollen. Wir respektieren diesen Entscheid. Aufgrund der schwierigsten Leidens- und Sterbesituation und auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, keine Schmerzen und keine Unruhe mehr verspüren zu müssen, werden die Medikamente, vor allen die Schmerz- und Beruhigungsmittel, nochmals angepasst und erhöht und alle möglichen lebensverlängernden Massnahmen eingestellt. Der junge Mann, von seiner schweren Krankheit stark geschwächt und ausgezehrt, wird bald schläfrig, kann seinen Körper entspannen, verliert zunehmend das Bewusstsein und stirbt vier Tage später ruhig inmitten seiner Familie.

Wir konnten ihm diesen letzten Wunsch des begleiteten Sterbens in seinem eigenen neuen Zuhause ermöglichen. Diese Tatsache erfüllte alle Betreuenden, vor allem aber die Familie des Patienten, mit Genugtuung und grosser Dankbarkeit.

Die 86-jährige, vitale, originelle und sehr eigenwillige Patientin empfängt mich beim Hausbesuch, den ihr Sohn verlangt hat, einerseits besorgt, andererseits lachend: «Sie wüssted, dass ich denn bestimme, was söll ga!» Ich betreue sie seit drei Jahren hausärztlich. Die eigene Autonomie und die Selbstbestimmung über jegliche medizinischen Vorschläge und Behandlungen sind ihr sehr wichtig. Sie fühlt sich unsicher auf den Beinen, ist mehrmals gestürzt, leidet an chronischen Durchfällen und nimmt an Gewicht ab. Ich taste einen grossen und harten Tumor im Bauch. Für weitere Abklärungen ist sie vorerst nicht bereit, willigt aber zwei Wochen später in der Sprechstunde in eine Blutentnahme und in eine Computertomografie-Untersuchung ein. Es finden sich mehrere ausge dehnte Tumore im Bauch, welche die Organe und die Gefässe verdrängen und einengen, und viele Ableger im Bauch, in den Leisten und in den Lungen. Die Patientin ist rasch entschlossen, wünscht kein aktives medizinisches Vorgehen und verfasst eine Patientenverfügung. Sie sagt mir: «Ich möcht i Rueh gla wärde!» Kurz vor Weihnachten erneuter Besuch: Die Patientin weint. Sie hat stark geschwollene und aufgedunsene Beine, die Haut beginnt unter der Spannung zu reissen. Sie erwähnt

mir gegenüber das erste Mal ihre EXIT-Mitgliedschaft. Ich führe mit der Patientin und ihrem Sohn ein langes Gespräch über palliative Möglichkeiten und über die Begleitung in der terminalen Phase im häuslichen Umfeld. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich langsam, aber stetig. Viele andere schwierige Symptome treten auf: Atemnot, Druckstellen und Hautblasen, Bauchdruck, aber kaum Schmerzen. Die Spitex begleitet und pflegt intensiv, ebenso Sohn und Partnerin. Die Patientin entscheidet sich, ihr Leben mit EXIT zu beenden. Der Sohn stützt den Entscheid. Ich biete ihr eine intensivere palliative Behandlung und Morphinum an, aber sie lehnt ab. Fünf Tage später erlebe ich die Patientin beim Hausbesuch zögernd – ja ambivalent, aber geistig sehr präsent. Sie fühle sich gut betreut, habe keine Schmerzen, im Bett auch keine Atemnot. Sie wolle, ja sie brauche keine Medikamente. Beim Abschied schaut sie mich mit verklärtem Blick und einem Strahlen im Gesicht an und sagt leise: «Sie sind en guete Mönsch.» Tief berührt und fast etwas beschämt (ich habe doch nur meine ärztliche Pflicht getan) ergreife ich nochmals still ihre Hand, setze mich abermals ans Bett und verweile schweigend bei ihr. Zwei Tage später erfahre ich beim Kontrollbesuch, dass die EXIT-Vorbereitungen für eine Woche pausiert wurden. Unterstützt durch Schmerz- und wenig Beruhigungsmittel stirbt die Patientin ruhig und friedvoll nach zwei weiteren Tagen zu Hause während der Nachtwache einer Spitex-Mitarbeiterin.

Drei Monate dauerte dieses letzte Leiden. Erfüllt von ihrem reichen Leben, in welchem sie auch viele Schicksalsschläge ertragen musste, konnte sich die Patientin schlussendlich vertrauensvoll in unsere Betreuung und Pflege übergeben und zeigte am Lebensende grosse Dankbarkeit. Wir alle, die Familie, die Spitex-Kolleginnen und ich als Hausarzt durften uns erfreuen über diese erfüllende und gelungene Terminalpflege und -begleitung.

Zum Schluss: Mögliche und offene Antworten

Was können wir nun von den Sterbenden erfahren und lernen? Und was haben wir ihnen zu bieten auf ihrem letzten, vielleicht sehr schmerzvollen Weg?

In aller Bescheidenheit, nach 30-jähriger hausärztlicher Tätigkeit, darf ich sagen: Wir erfahren und lernen vieles, und wir können einiges bieten. Die hausärztliche palliativmedizinische Begleitung hat viele medizinische und medikamentöse Möglichkeiten, die Sterbephase menschlich und würdig zu gestalten und den Sterbenden auch und gerade im häuslichen Umfeld nah bis in den Tod zu begleiten. Das «Handwerk» dazu können wir Hausärzte uns im Verlaufe unserer Praxistätigkeit aneignen. Neben Familie und Angehörigen leisten Pflegepersonen, Seelsorger, Palliativdienste, Ärzte und viele andere einen grossen und verantwortungsbewussten Einsatz im Dienste von Sterbenden.

Jede Begleitung eines Menschen in seinen Tod löst beim Begleiter eine neue reifende Erfahrung aus. Unsere Endlichkeit wird uns wieder bewusst. Der Sterbende lehrt uns das Loslassen. Dies ist wohl die letzte mögliche Entscheidung.

«Unser Leben ist eine unablässige Meditation über unsere letzte Entscheidung: die einzige Entscheidung, die zählt», schreibt Thomas Merton, Trappistenmönch (1915–1968, USA) in «Meditationen eines Einsiedlers».

Werden wir einst fähig sein, am Lebensende die richtigen Entscheidungen zum richtigen Zeitpunkt zu treffen?

Werden wir fähig sein, die letzten Augenblicke im Leben achtsam zu erfahren? Das letzte Wegstück, wenn auch steinig und herausfordernd, hat seinen wichtigen Wert im Abschluss des persönlichen Lebens, wie ich es in den Beispielen zu zeigen versucht habe.

Von den Sterbenden könnten wir's lernen...



Einwilligen in das Verblühen

Meine Mutter war 73 Jahre alt, als sie einen Knoten in ihrer Brust entdeckte. Sie war damals seit neun Jahren Witwe. Der plötzliche Tod meines Vaters hatte sie hart getroffen, denn sie war im Alter von 30 Jahren an Multiple Sklerose erkrankt, nicht pflegebedürftig, aber doch auf gewisse Hilfeleistungen angewiesen. Trotzdem blieb sie meistens fröhlich und unternahm Ausflüge und Ferien, jeweils mit Transporthilfe durch bezahlte Personen.

Und nun also der Knoten. Uns zwei Töchtern erzählte sie nichts davon. Sie beschloss für sich ganz allein, dass sie genug lange gelebt habe und auf jegliche Therapie verzichten wolle. Als sie eineinhalb Jahre später so schwach war, dass ich sie zu mir holte, sah ich den weit fortgeschrittenen Krebs und erschrak. Mutter tröstete mich. Bald musste ich sie ins Pflegeheim bringen. Sie blieb sechs Monate dort. Wir kamen uns so nah wie früher kaum je. Vaters plötzlicher Tod war für mich ein Schock gewesen. Nun durfte ich meiner Mutter mit fast täglichen Besuchen Freude bereiten und langsam von ihr Abschied nehmen. Da sie sich noch herzlich freuen konnte, besuchten auch unsere Kinder sie gern, der Jüngste spielte ihr jeweils Handorgelstücke vor. Sie lobte auch regelmässig die Krankenschwestern für die gute Pflege, mit dem Erfolg, dass sie immer gut gepflegt wurde. Früher hatte sie es jeweils nicht geschätzt, wenn ich vom Glauben erzählen wollte. Allmählich öffnete sie sich. Psalm 23 wurde zu ihrem Lieblingspsalm. Schwierig waren die letzten zwei Monate. Wegen der durch Metastasen verursachten Schmerzen brauchte sie immer mehr Morphium. Aber sie wehrte sich dagegen, weil sie bei klarem Verstand bleiben und nicht wegen des Morphiums verwirrt sein wollte. Allmählich blickte sie dem Tod offen in die Augen. Wir besprachen, wie sie ihre Todesanzeige formuliert haben möchte, und sie ermahnte mich, die Adressliste zu erstellen, damit diese rechtzeitig bereit sei. Schliesslich starb sie mit 75 Jahren nachts.

– Ich war traurig, dass ich in dieser Nacht nicht bei ihr geblieben war.

zwiegespräch

dein auge
fragespiegel
mein mund
wortesucher
schweigeleise
leiseschweigend
augenblick
stumme rede
du – ich
ich – du
auf der vertrauenswaage
kostet es
die welt
das ganze
vielleicht
schenkt es
nochleben
letztekreise
dir und mir

Die Kraft des Erinnerns und Erzählens

Lebensrückblick durch Biografiearbeit

*«Jetzt war ich doch 60 Jahre lang so glücklich verheiratet und war nie krank ... Warum trifft es jetzt ausgerechnet mich?» –
«Mein ganzes Leben habe ich nur geschuftet und so vieles einstecken müssen. Und nun, wo es mir endlich gut gehen könnte, bin ich so krank!» – «Ich weiss genau, warum ich krank wurde!»*

Wir wollen verstehen, wir möchten dem Schicksal eine Sinnhaftigkeit abgewinnen, und wir suchen meist eine Gerechtigkeit dahinter. Manchmal vergessen wir dabei, dass es uns alle «trifft» (was die Endlichkeit unseres irdischen Daseins angeht). Es gibt auch keine universell erkennbare Gerechtigkeit. Und das Schwere ist kaum leichter zu ertragen, wenn wir jemanden oder etwas schuldig sprechen.

Was hilft uns, wenn uns derart existenzielle Fragen treffen? Was erleichtert den Zurückbleibenden das Abschiednehmen?

Die Erfahrung in der Begleitung sehr kranker Menschen und ihrer Zugehörigen zeigt, dass beim Abschiednehmen folgende entscheidende Faktoren wichtig sind:

- Was/wen muss ich zurücklassen?
- Traue ich meinem Umfeld zu, auch ohne mich zurechtzukommen?
- Wurde alles erledigt?
- Bleibt die Persönlichkeit bis zum Schluss erhalten, und wird ebendiese gewürdigt?
- Was bleibt von mir auf dieser Welt?

Oftmals erleben wir auf der Palliativstation, dass die Identität des kranken Menschen zu bröckeln beginnt. Die Säulen, auf denen wir unsere

Identität aufbauen, sind (nach Petzold¹) die Leiblichkeit, das soziale Netzwerk, unsere Arbeit und erbrachte Leistung, die materielle Sicherheit und unsere Werte und Normen. Jeder dieser Pfeiler kann betroffen sein, wenn wir erkranken, und entsprechend stellt sich manchmal das Gefühl ein, die Identität würde sich auflösen.

Genau hier können wir in der Biografiearbeit ansetzen und entweder mithilfe des Erkrankten (falls dies noch möglich ist) oder mithilfe der Zugehörigen zurückblicken. Dieser Blick kann auf verschiedenste Weise vorgenommen werden. Zum Beispiel in Form einer Lebenslinie aus Blumen und Steinen oder in Form eines Lebensrückblickinterviews.

Die Lebenslinie ist eine Methode aus der Traumatherapie und dient dort der Aufarbeitung von traumatischen (seelisch verletzenden) Erinnerungen. Ziel ist hier, eine Erinnerungskultur zu schaffen und schwerwiegende Lebensereignisse in die Biografie zu integrieren. Blumen und Steine symbolisieren zentrale positive und negative Lebensereignisse, die in chronologischer Reihenfolge dargestellt werden.

Wir gehen davon aus, dass die Lebensgeschichte die Grundlage für das Werden der eigenen Identität ist. Sie bringt vergangene Erlebnisse, die Gegenwart und die Ziele der Zukunft zusammen. Die Bildung einer Identität und unsere Erinnerung sind verknüpft und eingebettet in die Beziehungen zu anderen Menschen. Am Ende des Lebens kann das Ziel einer Lebenslinie die Konstruktion einer ganz persönlichen, in sich stimmigen und wohltuenden Lebensgeschichte sein. Je nach Situation macht es Sinn, diese mit den nächsten Angehörigen gemeinsam zu legen.

Durch das Erzählen verwandelt sich das Erlebte. Es ist gewissermaßen so, dass Erinnerungen aus dem eigenen Leben durch die momentane Situation, durch neue Einsichten und auch durch die aktuelle Befindlichkeit wie neu konfiguriert werden können. Dadurch ist es eventuell möglich, die Selbstsicht zu fördern und das psychische Wohlbefinden

1 Petzold Hilarion: *«Integrative Therapie»*, Paderborn, Verlag Junfermann, 1. Auflage, 1993

zu verbessern. Eine nicht zu unterschätzende Funktion des Erinnerns ist bei älteren Menschen jene, im Kommunikationskontakt zu bleiben, sei es, indem man sich mit den Menschen der Vergangenheit verbindet, sei es im Sinne des Weitergebens des Erlebten an die nächste Generation. Erinnern macht also Sinn. Die Tendenz zur Bedeutungszuschreibung des eigenen Lebens und zur Sinngebung ist vor allem im hohen Alter oder bei zum Tode führenden Krankheiten erkennbar.

Das Legen einer Lebenslinie folgt manches Mal eigenen Gesetzen. So ist es nicht ungewöhnlich, dass aus der Linie ein Kreis wird oder aber eine Schlangenlinie entsteht. Vielfältig wie das Dasein, bunt, blumig, steinig. Nicht selten ist diese Methode eine Möglichkeit, die Erstarrung zu lösen, in der sich Familien befinden, wenn das Ende naht. Plötzlich ist man am Erzählen von Anekdoten, es entstehen Geschichten, es wird geschmunzelt und gelacht und geweint. Es braucht Neugierde und Offenheit, um sich auf diesen Rückblick einzulassen. Das Ergebnis ist nicht vorhersagbar und darum gerade das Prozesshafte dieser Intervention vorher schwer erklärbar.

Als Aussenstehende weiss ich das Vertrauen zu schätzen, das mir dabei entgegengebracht wird. Es ist nicht selbstverständlich, in den intimsten und verletzlichsten Stunden fast fremde Personen teilhaben zu lassen. Wer jedoch den Mut aufbringt, unter behutsamer und kompetenter Begleitung sein Leben nochmals an sich vorbeiziehen zu lassen, wird meistens belohnt. Die drängenden existenziellen Fragen können leiser werden. Das eigene Leben kann in neuer Schönheit aufleuchten. Die eigene Würde und Identität werden gestärkt, und es kann möglich werden, sein Leben in Frieden zu beschliessen. Die Zurückbleibenden aber tragen einen kostbaren Schatz in ihren Händen – ein wichtiges Stück ihrer eigenen Biografie.

Letzte Zeit

Schwanenfeder
Zerzauste Schaumkronenreiterin
Wie schwerelos tanzt schweres Los
Im Abendlicht
Taucht weiss ins Blut
Rot sinkt ins Meer
Mit ihm was war
Ins Nimmermehr.





Zwischen den Kulturen – was uns trennt, was uns verbindet

*«Sie weiss übrigens nicht, dass sie Krebs hat» – dieser harmlos
scheinende Satz, geäussert bei der Übergabe ambulanter
Patienten an die frischgebackene onkologische Assistenzärztin,
die ich damals war, lässt mich ratlos zurück.*

Immerhin hat Frau Wang¹, die seit gut zwei Jahren an Magenkrebs leidet, seither eine grosse Operation, mehrere Chemotherapien mit Haarausfall sowie zuletzt eine palliative Strahlentherapie erhalten. Auf Nachfragen erfahre ich von meinem Vorgänger, dass die Angehörigen der Patientin eine Aufklärung bisher dezidiert abgelehnt hätten. Da die Familie auch gleichzeitig die notwendige Übersetzung aus dem Chinesischen tätige, sei eine anderweitige Information von Frau Wang nicht möglich gewesen.

Kurz darauf lerne ich die Familie in meiner Sprechstunde kennen: Frau Wang ist eine lebenswürdige ältere Dame, die von ihren in Europa lebenden Kindern nach dem Tod des Ehemannes aus Taiwan in die Schweiz geholt wurde. Sie wird von Töchtern, Schwiegersöhnen und Enkeln liebevoll umsorgt. Sie sind sowohl während der Sprechstunde als auch während der anschliessenden Chemotherapie stets an ihrer Seite und übersetzen bereitwillig für die – ausschliesslich Mandarin sprechende – Patientin. Nur mit meinem dringlichen Anliegen, Frau Wang nun doch allmählich über ihre Diagnose aufzuklären, treffe ich auf geeinten Widerstand: Das Wissen um einen unheilbaren Krebs würden ihr Hoffnung und Lebensmut rauben. Sie, die Familienangehörigen, möchten sie hiavor schützen.

Ich bin hin- und hergerissen: es erscheint sowohl ethisch als auch rechtlich äusserst problematisch, einen erwachsenen Menschen verschiedenen, teils belastenden Therapien auszusetzen, ohne dass der Betreffende

¹ Namen und Details zur Krankengeschichte wurden aus Datenschutzgründen verändert.

über seine Erkrankung und die Behandlungsoptionen überhaupt informiert ist. Andererseits wirkt das Familiensystem in sich so stimmig, die Patientin so strahlend und zufrieden, dass es mir schwerfällt, dieses mutwillig zu durchbrechen.

Im medizinischen Alltag, in der Palliative Care, sowie am Lebensende betreuen wir zunehmend Menschen mit unterschiedlichem kulturellem, sprachlichem sowie religiös-spirituellen Hintergrund. Dies kann häufig bereichernd und lehrreich, manchmal herausfordernd sein; vereinzelt kann es dabei auch zu Missverständnissen und Konflikten kommen.

Die Herausforderungen bei der Betreuung von Menschen und deren Angehörigen in palliativen Situationen können sich hierbei in ganz verschiedenen Bereichen zeigen:

- Im Vordergrund steht häufig zunächst einmal die Sprachbarriere. Es wird generell empfohlen, zumindest bei der Diagnoseeröffnung schwerwiegender Erkrankungen sowie bei schwieriger Entscheidungsfindung professionelle Übersetzer beizuziehen.
- Zusätzlich können auch unterschiedliche Kommunikationsstile und Bedeutungsinhalte, welche zwischen den Polen einer explizit-sachbezogenen («westlichen») sowie einer indirekt-kontextuellen («traditionellen») Gesprächskultur viel Raum für Missverständnisse lassen, die Verständigung erschweren.
- Relevante interkulturelle Differenzen können auch in den Spannungsfeldern zwischen Individuum und Gemeinschaft, Vertrauen und Autonomie sowie im Verständnis von Hierarchie bestehen.

Meine Geschichte mit Familie Wang hat zunächst allenfalls vordergründig mit einer schwierig überwindbaren Sprachbarriere zu tun. Am Kantonsspital waren schon damals professionelle Übersetzer aus verschiedensten Sprachen, auch aus dem Hochchinesischen verfügbar, die ich zur Sprechstunde hätte hinzuziehen können. Nach einiger Überlegung sowie nach längerem Austausch mit einem befreundeten Taiwanese habe ich hierauf schliesslich bewusst verzichtet – es war offensichtlich,

dass dieses einem eklatanten Vertrauensbruch gleichgekommen wäre und vermutlich auch einen Therapieabbruch bedeutet hätte. Ich erfuhr dabei, dass offenbar gerade in der traditionellen chinesischen Kultur (die in Taiwan teils noch sehr lebendig ist) die Familie als Kollektiv gegenüber dem Einzelnen einen deutlich höheren Stellenwert hat und dass sie, speziell im Krankheitsfall, die Verantwortung für den Betroffenen weitgehend übernimmt.

So traf die Familie Wang als Gemeinschaft nicht nur alle wichtigen medizinischen Entscheidungen für die Patientin, sondern sie übernahm und trug auch ihre Trauer, ihre Ungewissheit und ihre Angst.

Auch was die offene Kommunikation über Krankheit, Leiden und Sterben betrifft, bestehen kulturell bedingt teils sehr unterschiedliche Vorstellungen. In unserer «westlich-aufgeklärten» Kultur steht aktuell das Idealbild des informierten, autonom entscheidenden und vorausplanenden Patienten im Vordergrund (wobei hiermit auch bei uns nicht wenige Menschen überfordert sind). In manchen traditioneller geprägten Kulturen hat der Aspekt der «Schonung» des Kranken durch Tabuisierung bestimmter Ausdrücke und Inhalte jedoch weiterhin eine grosse Bedeutung. So wird häufig die Hoffnung als entscheidender Aspekt einer doch noch möglichen Genesung angesehen, die es in jedem Fall, teils bis zuletzt, aufrechtzuerhalten gilt. In manchen Fällen kann z. B. bereits schon das Ansprechen eines bevorstehenden Versterbens im Sinne eines «magischen» Denkens als ein dieses erst auslösendes Moment interpretiert werden, was die Führung derartiger Gespräche zu einer Gratwanderung werden lässt. Gerade auch in solchen Situationen kann ein professioneller Übersetzer, möglichst aus demselben Kulturkreis, gegebenenfalls helfen, den entsprechenden Sachverhalt in einem kulturell akzeptierten «Code» zu vermitteln.

Wie sollen wir als Behandelnde mit solchen Situationen umgehen? Häufig ist es bereits hilfreich, die unterschiedlichen kulturellen Konzepte hinter diesen Konflikten zu erkennen und zu reflektieren – und spannend, uns

in diesem Rahmen auch unserer eigenen Vorstellungen und Konzepte bewusst zu werden und diese gegebenenfalls auch kritisch zu hinterfragen.

Entsprechende Informationen über die Wertevorstellungen, Strukturen und Kommunikationsstile ethnischer und religiöser Gruppen können zum Verständnis sehr hilfreich sein – generell hat neben der sprachlichen in diesen Situationen vor allem auch eine «kulturelle» Translation (die von guten Übersetzern im Idealfall miterfolgt) einen hohen Stellenwert.

Wichtig für eine gelingende Verständigung über sprachliche und kulturelle Grenzen hinweg ist jedoch vor allem auch die eigene Haltung: Offenheit, Geduld und Interesse am Anderen, sowie die Bereitschaft, sich auch auf gedanklich ungewohntes Terrain zu begeben.

Zudem sollten wir – bei aller gebotenen Sensibilität – kulturelle Unterschiede auch nicht überbewerten. In praktisch allen Kulturen dieser Welt sind ähnliche Werte zentral: Menschen möchten geliebt werden. Gutes tun hat einen hohen Stellenwert. Die meisten Menschen lachen gerne. Familie und Freunde sind fast allen Menschen sehr wichtig, ebenso eine Form von Glauben oder Spiritualität.

Ich habe Frau Wang übrigens nie gesagt, dass sie Krebs hat, nicht direkt. Als sie im Krankheitsverlauf zunehmend schwächer wurde, lächelte sie mich, als ich sie einmal (ohne Angehörige!) körperlich untersuchte, traurig an und fragte: «Nicht gut?» Worauf ich ihr traurig antwortete: «Nicht gut.» Das war unser gemeinsames Geheimnis.

Weiterführende Literatur:

Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund, Dreissig Verena, Bielefeld: Transcript, 256 Seiten, ISBN: 3-89942-392-5

Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen, Maletzke Gerhard, VS Verlag für Sozialwesen, ISBN 978-531-12817-7

Professionelles Übersetzerangebot:

VERDI – Interkulturelles Dolmetschen in der Ostschweiz

ARGE Integration Ostschweiz, Rorschacherstr. 1, 9004 St. Gallen, 0848 28 33 90

Abschied: **Gesegnet gehen – Segen zurücklassen**

Mein Vater war sehr krank, seit einiger Zeit musste er immer wieder für kürzer oder länger ins Krankenhaus. Wir sind vier Brüder, einer wohnt in der Nähe der Eltern. Er führte die Gespräche mit den Ärzten und dem Pflegepersonal und informierte uns regelmässig. Wir ahnten, dass der Vater nun auf der letzten Wegstrecke angekommen war.

Am Mittwoch bat mein Vater, in sein Zuhause gehen zu können. Er wollte nicht mehr im Krankenhaus bleiben. Falls es dann nötig sei, würde er in der folgenden Woche wieder eintreten, um über die weitere Behandlung zu beraten. Auf diesen Bescheid hin beschlossen wir alle, uns am Wochenende bei den Eltern zu treffen, um unseren Vater sicher noch zu sehen.

Am Samstag ging es ihm dann deutlich schlechter. Die Spitex-Schwester war überrascht, wie schnell es nun bergab gehe. Vater war aber ansprechbar, und wir haben uns immer wieder in verschiedenen Konstellationen an sein Bett gesetzt und mit ihm geredet. Am Sonntagmorgen wollten einige in den Gottesdienst, da ein Kind aus der grossen Familie getauft wurde. Wir wollten dieses Zeichen des Lebens mitfeiern. Ich blieb zu Hause und hatte noch einmal eine sehr ruhige, gute Zeit mit meinem Vater.

Es ging ihm nun deutlich schlechter. Am Mittag beschlossen wir, gemeinsam Abendmahl zu feiern. Abendmahl ist die Zusage Gottes, dass er uns einlädt und gleichzeitig, dass er uns stärkt auf dem Weg, Wegzehrung für die letzte Strecke. «Gott ist Gastgeber und Gabe», heisst es in einer alten Liturgie. Für uns als Familie bedeutet es Ausdruck der Gemeinschaft untereinander und mit Gott, weil er eben einlädt. Mein Vater war Pfarrer, wir Söhne sind alle irgendwie in der Kirche engagiert. Wir überlegten deshalb, wer welchen Teil der Liturgie übernehmen sollte. Plötzlich sagte Vater deutlich, wer es machen solle, und er solle es kurz machen. So haben

wir denn als Familie Abendmahl gefeiert, einfach, mit einigen Liedern, Gesängen aus Taizé. Als Letztes sangen wir «Mon âme se repose en paix sur Dieu seul». Vater verabschiedete sich «Allez en paix» und bat uns: «Haltet Frieden.» Dann schlief er wieder ein.

Wir waren bei ihm und wachten. Gegen Abend überlegten wir, wie wir die Nacht organisieren wollten. Zwei gingen zum Bruder in der Nähe zum Abendessen. Die anderen blieben. Als wir wieder alle zusammen waren, bat meine Mutter, wir sollten jetzt beten, dass Vater gehen könne. Auch sie war bereit, ihn gehen zu lassen. Meine Brüder schauten mich an, ich bin der älteste, ich solle das übernehmen. Ich weiss nicht mehr, was ich betete. Dann wollten wir einige Kirchenlieder singen. «Befiehl du deine Wege» passt gut, überlegten wir, und es hat viele Strophen. Bei der dritten Strophe verstarb unser Vater.

Obwohl wir damit gerechnet hatten, war's dann doch überraschend «plötzlich». Wir riefen seinen Hausarzt an, den wir alle schon lange kennen. Wir riefen unsere Ehefrauen an, wir informierten die beiden Onkel, die ganz in der Nähe zu Hause sind. Dann setzten wir uns zusammen, tranken ein Glas Wein und erzählten uns Begebenheiten aus unserer langen gemeinsamen Geschichte. Es gab so viel Schönes, woran wir uns erinnerten. Wir haben auch viel gelacht! Und so sickerte es langsam ins Bewusstsein, dass unser Vater jetzt von uns gegangen war.

Am nächsten Tag fuhr das Bestattungsunternehmen mit einem alten «Ami-Schlitten» vor. Wir betteten Vater in einem guten Anzug in den Sarg. Erst als der Sarg die Wohnung verlassen hatte, realisierten wir, dass wir die Schuhe vergessen hatten. In einem Gospel heisst es, dass wir im Himmel goldene Schuhe kriegen, darauf vertrauen wir.

Der gute Hirte

*Der HERR ist mein Hirte,
mir wird nichts mangeln.
Er weidet mich auf einer grünen Aue
und führet mich zum frischen Wasser.
Er erquicket meine Seele.
Er führet mich auf rechter Strasse
um seines Namens willen.
Und ob ich schon wanderte im finstern Tal,
fürchte ich kein Unglück;
denn du bist bei mir,
dein Stecken und Stab trösten mich.
Du bereitest vor mir einen Tisch
im Angesicht meiner Feinde.
Du salbest mein Haupt mit Öl
und schenkest mir voll ein.
Gutes und Barmherzigkeit werden mir folgen mein Leben lang,
und ich werde bleiben im Hause des HERRN immerdar.*

Psalm 23

Nach dem Tod des Vaters findet der Jugendliche keine Worte. Der Schmerz und das Entsetzen über das Unfassbare machen ihn stumm. Die Angehörigen und Freunde der Familie reden über ihre Befindlichkeit; doch er sitzt nur schweigend und scheinbar abwesend dabei. In ihm hat sich etwas aufgestaut, das spüren die Anwesenden. Nach längerem Schweigen fasst sich der Junge und flüstert schliesslich: «Der Herr ist mein Hirte ...»

Mit dem Psalm vom guten Hirten, im Konfirmationsunterricht auswendig gelernt, findet der Jugendliche in schwerer Stunde eine Sprache. Es sind Worte, die dem Gefühl von Hilflosigkeit und Verlassenheit

ein Urbild des Vertrauens entgegenhalten. So werden sie zu Balsam für seine verletzte Seele. Er fühlt sich nicht mehr einem blinden Schicksal ausgeliefert, sondern letztlich geborgen beim Menschenhirten. Er kann den Schmerz zulassen, ohne ins Bodenlose zu sinken.

Was dieser junge Mann in einer unerträglichen Situation erlebt hat, ist die Erfahrung unzähliger Menschen. Als Seelsorger höre ich oft solche Erlebnisse. Kein Wunder, dass der 23. Psalm zu den beliebtesten Texten der Bibel gehört und in persönlichen Gebeten, auf ermutigenden Spruchkarten sowie auf Todesanzeigen präsent ist.

Eigentlich ist es erstaunlich, dass Menschen des 21. Jahrhunderts einen Zugang zum Bild vom guten Hirten finden. Denn das Hirtenleben kennen die wenigsten aus eigener Erfahrung, und die Hirtenbilder in Schlafzimmern von Vorfahren wirken bisweilen fremd. Die Kraft muss im Text selbst liegen. Manchmal wird dieser von einem Wust romantischer Vorstellungen überdeckt; da lohnt es sich, den Staub wegzublasen und neu auf den Wortlaut zu hören.

Im Psalm 23¹ greift ein Mann, der Überlieferung nach der alttestamentliche König David, zurück auf seine Erfahrungen. Er wurde einst als Junge mit der Aufsicht über die Schafherde der Familie betraut. Die prägenden Erfahrungen seiner Hirtenzeit gestaltet er zu jenen Bildern, in denen er seinen Weg mit Gott beschreibt.

Zunächst fällt sein Blick auf das schier unerschöpflich Gute in seinem Leben. Der Psalmdichter spricht von der Fülle des Lebens: «Mir wird nichts mangeln.» «Grüne Wiesen» und sprudelndes «frisches Wasser» sind Ausdrücke dafür. Glückliche Fügungen fallen ihm ein: Gott führt auf «rechter Strasse». Dabei schwingt auch mit, dass Gott durch seine Ordnungen Orientierung gibt. Der Beter versteht sich als Zeuge für Gottes Wohltaten. Er sieht in Gott den Geber des frohen Sinns und

¹ *Lutherbibel, revidierter Text 1984, durchgesehene Ausgabe, © 1999 Deutsche Bibelgesellschaft, Stuttgart*

der erfrischenden, inneren Lebenskräfte: «Du erquickst meine Seele.» Gott ist kein Geizhals, sondern deckt reichlich den Tisch und füllt den Weinbecher bis über den Rand, heisst es später.

Bei aller Freude über Gottes Grosszügigkeit bleibt der Psalm sehr nüchtern. Das Leben wird nicht als Schlaraffenland idealisiert. Oft ist die Bibel dem Schwärmerischen gegenüber skeptisch. Was hier nicht explizit erwähnt ist, muss man sich gleichwohl als Vorstellung im Hintergrund vor Augen halten: Der Alltag muss sich den harten Herausforderungen der kargen Landschaft in den Steppen- und Wüstengebieten Judas stellen. Hier ist es oft unerträglich heiss. Es lauern viele Gefahren, denen eine Schafherde ohne vorausschauende, kluge und mutige Führung schutzlos ausgeliefert wäre: Wassermangel, Futterknappheit, gefährliche Wildtiere.

David weiss um die Gefährdungen des Lebens. Er bringt sie in der Mitte seines Gebets zur Sprache. Vielleicht ist es gerade diese innere Mitte des Psalms, die seither Unzählige unmittelbar anzusprechen vermag, weil sie darin eine ihrer wichtigsten Grunderfahrungen wiedererkennen: Der Mensch ist mitten im Leben vom Tod umgeben. Wo die Lutherübersetzung etwas mild mit den Worten «Und ob ich schon wanderte im finstern Tal» übersetzt, steht im hebräischen Urtext, von Martin Buber wörtlich so wiedergegeben, «auch wenn ich gehen muss, durch die Todesschattenschlucht».

Der Dichter kennt dieses furchtbare Tal aus eigenem Erleben. War es eine Erfahrung besonderer Bedrohung, ja der Todesnähe in einem Wüstenwadi? Offenbar ist ihm der Schrecken des Todes durch Mark und Bein gefahren. Das atmen die Zeilen, und jeder Leser wird daran erinnert, dass so das Leben ist. Das Todesschattental bleibt niemandem erspart. Auch wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, bleibt sein Schatten über jedem Leben.

Im Psalm geht es aber nicht nur um Lebensfülle und Lebensgefährdung als Grundbefindlichkeiten des Lebens. David setzt diese Erfahrungen in den Kontext seiner Gottesbeziehung.

In seinen einleitenden Worten spricht er in der dritten Person von Gott: «Der Herr ist mein Hirte.» Er nimmt wie ein Betrachter mit seiner Ausenperspektive sozusagen einen neutralen Standpunkt ein. Diese Wortwahl zu Beginn und am Schluss des Psalms drückt Respekt und Ehrfurcht vor Gott aus. Als Beter verbrüdet er sich nicht mit Gott, sondern respektiert den Unterschied zwischen sich als dem Sterblichen und Gott als dem Allmächtigen. In der jüdischen Tradition wird sehr eindrücklich der Gottesname JHWH, in der Lutherbibel übrigens mit den gesperrten Buchstaben HERR wiedergegeben, niemals ausgesprochen. Umso erstaunlicher ist nun, dass unser Beter in seiner grössten Not, im Tal der Todesschatten, Gott ganz nahe kommt. Hier am Tiefpunkt des Lebens spricht er unmittelbar zu Gott. Er verwendet die zweite Person und sagt Du: «(...) Denn Du bist bei mir.»

Dass ein Mensch in diese Nähe zu Gott findet, ist eigentlich unerhört, jedenfalls alles andere als selbstverständlich. Denn wo sonst Gott den Menschen in der Bibel erscheint, ist es meist so, dass die Menschen vor Gottes Machtsphäre erschrecken. So war es beim Bundesschluss mit Mose am Sinai und ähnlich dann auch bei den Hirten auf dem Feld vor Bethlehem, als ihnen der Engelsgesang von der Geburt des Christus berichtete.

In der grössten Not darf er zu Gott «Du» sagen. Gott ist ihm nicht der ferne Gott, sondern jener, der sich herabbeugt, den Elenden nahe kommt und sie so aufrichtet.

Der Psalm beschreibt Gott als guten Hirten, der seine Tiere kennt, sie führt, ihnen Gutes tut und sie bei Bedarf schützt und verteidigt. Im Besonderen ist uns der Menschenhirte dann am nächsten, wenn wir ihn am nötigsten haben, nämlich im Tal der Todesschatten. Dann erfahren wir seine Nähe in besonderer Weise und sagen zu ihm sogar «Du».

Der Einladung von Psalm 23, gerade auch schwere Wegstrecken in Todesnähe Gott anzuvertrauen, sind zahllose Menschen gefolgt; und sie haben behütet ihr Ziel erreicht, «ich werde bleiben im Hause des Herrn

immerdar». Zwar gibt es kein biblisches Versprechen der Bewahrung vor dunklen Wegen, dafür umso leuchtender die Zusicherung, dass Gott die Seinen nicht verlässt. Daran dürfen wir uns halten und auch in einem schwierigen Moment, sei es angesichts eines Schicksalsschlags, einer schweren Diagnose oder auch, wenn der Tod naht, das Gebet wagen: «Der Herr ist mein Hirte.»

SternenWeg

und immer mehr
war da im Nebel
das grosse Licht
von dem das Sternenzelt
den Ahnungsvollen kündet –
es sei wohl
hinter all den kleinen Lichtern
ein Lichterquell
ein unerschöpflicher

schwer geht dein Atem
du läufst und läufst
bergan, bergauf
ein neues Ziel
die unsagbare
Wirklichkeit

ein letzter Atemzug
der Karren steht, der schwere
– du hattest ihn schon lange
an deinen Stern gebunden –
der Vorhang reisst
du stehst im Licht





Autorenverzeichnis

WILFRIED BÜHRER, wohnhaft in Frauenfeld, ist Pfarrer und Kirchenratspräsident der Evangelischen Landeskirche Thurgau. Als solcher nimmt er sowohl inhaltlich-theologische als auch organisatorisch-politische Leitungsfunktionen wahr. Der Kirchenrat als Kollektivbehörde ist die Exekutive, die Synode die Legislative der Landeskirche, und die Dekane sind die von der Pfarrschaft gewählten Vorsitzenden der Dekanatskreise.

REGINA E. AEBI-MÜLLER, Prof. Dr., ist Juristin und spezialisiert auf Fragen des Medizinrechts. Sie ist ordentliche Professorin für Privatrecht und Privatrechtsvergleichung an der Universität Luzern. Zudem ist sie Mitglied der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). *regina.aebi@unilu.ch*

MARKUS AESCHLIMANN ist seit dem Sommer 2008 evangelischer Spitalseelsorger am Kantonsspital Frauenfeld. In enger Zusammenarbeit mit dem palliativen Pflegedienst ist er immer wieder in End-of-Life-Situationen involviert. Er leitet in Co-Leitung in derselben Institution auch das Ethikforum.

IRENE BOPP-KISTLER, Dr. med., Fachärztin für Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie, ist Leitende Ärztin der Universitären Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid in Zürich. Sie leitet eine der grössten Memory Clinics der Schweiz und engagiert sich auch gesundheitspolitisch (nationale und kantonale Demenzstrategie) für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Sie ist Lehrbeauftragte der Universität Zürich und Herausgeberin des Buches «demenz. Fakten Geschichten Perspektiven», Zürich, rüffer & rub, 2016. *irene.bopp@waid.zuerich.ch*

TIBOR ELEKES ist Pfarrer der Evangelischen Kirchgemeinde Horn und Dekan im Dekanatskreis Obersee. Studium der Psychosozialen Gerontologie an der ZHAW. *tibor.elekes@gmx.ch*

KARIN KASPERS ELEKES, Pfarrerin/Dipl.-Päd., MAS Spiritual Care der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, ist Spitalseelsorgerin am KSM und Pfarrerin der Evang. Kirchgemeinde Horn. Sie amtet als Präsidentin des Vereins *palliative ostschweiz* seit 2014. *kkaspers-elekes@gmx.ch*

ANDREAS KRUSE, Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl. Psych., ist seit 1997 Ordinarius und Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg. Seit 1998 ist er Vorsitzender der Altenberichtskommission der Bundesregierung und seit 2016 Mitglied des Deutschen Ethikrates (von 2016 bis 2018 Stellvertretender Vorsitzender). Er ist im In- und Ausland sehr gefragt als Vortragsredner und Interpret klassischer Musik am Klavier.

KAREN NESTOR, Dr. med., ist Fachärztin für Innere Medizin und Onkologie mit interdisziplinärem Schwerpunkt Palliativmedizin. An der Klinik für medizinische Onkologie und Hämatologie am Kantonsspital St. Gallen leitet sie die onkologische Palliativmedizin. Sie ist Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin. *karen.nestor@kssg.ch*

ROGER RUFFIEUX, Dr. med., ist Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Hausarzt in Matzingen seit 1989.

PETRA STRICKNER ist Diplompsychologin, systemische Therapeutin und Notfallpsychologin. Nach langjähriger Tätigkeit im Bereich Palliative Care des Kantonsspitals Münsterlingen leitet sie nun das Freiwilligenteam der Stiftung CareLink in Zürich.

BIRGIT TRAICHEL, Dr. med., arbeitet als Leitende Ärztin für Palliative Care auf der Palliativstation am Kantonsspital Münsterlingen und in der Mobilen Equipe «Palliative Plus». Sie hat als Ärztin in verschiedenen Ländern gearbeitet und ist von der kulturellen und sprachlichen Vielfalt der Menschen anhaltend fasziniert.

LUKAS WEINHOLD ist evangelischer Gemeindepfarrer der ländlichen Kirchgemeinde Wängi. Als Mitglied des kantonalen Kirchenrats betreut er unter anderem das Ressort Spezialseelsorge. In dieser Funktion ist es ihm ein Anliegen, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger ihren Beitrag in der interdisziplinären Palliative Care leisten.

Schriftleitung

CHRISTINE LUGINBÜHL, Dr. med., ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH. Sie praktizierte in Frauenfeld von 1996 bis 2015 und ist seit 2016 Vorstandsmitglied des Vereins *palliative ostschweiz*. Sie schreibt und fotografiert gerne.

Herausgeberin:

Evangelische Landeskirche des Kantons Thurgau

Bilder:

Kartause Ittingen, Christine Luginbühl, Frauenfeld

Satz und Gestaltung:

Felicitas Högger, Güttingen, formerei.ch

Korrektorat:

Sonja Brunschwiler, Zürich, textarbeit.ch

Druck und Bindung:

Fairdruck AG, Sirnach. Printed in Switzerland

Papier:

Lessebo Smooth Natural, FSC-zertifiziert

Bezugsquelle:

*Verein tecum. www.verointecum.ch unter tecum.kiosk
oder info@tecumkiosk.ch*

Digitale Version:

*Das Buch ist als Ganzes sowie in Form von thematischen Bausteinen als
digitale Version erhältlich unter:*

www.evang-tg.ch/denwegzuendegehen

ISBN-Nummern:

ISBN 978-3-033-07246-6, Gebundene Ausgabe

ISBN 978-3-033-07247-3, Digitale Ausgabe

© Evangelische Landeskirche des Kantons Thurgau.

Frauenfeld, 2019.

Alle Rechte vorbehalten.

*Den Lebensweg zu Ende gehen? – Welchen Sinn hat das?
Warten in dieser letzten Lebensphase nicht nur Abhängigkeit und
unerträgliches Leiden auf uns? Wäre es womöglich besser, dem
Leben selber frühzeitig ein Ende zu setzen?*

*Was steht hinter einem Sterbewunsch im Alter, bei schwerem
körperlichem Leiden oder bei einer Demenzdiagnose?
Ist Suizid wirklich ein Ausdruck der Selbstbestimmung oder nicht
vielmehr Symptom menschlicher Not? Und wie verhalten sich
christliche Grundwerte zu der Option, mittels eines todbringenden
Präparats aus dem Leben zu scheiden?*

*Tatsache ist, dass heute bereits die Frage gestellt wird, ob nicht
auch jenen Menschen der assistierte Suizid angeboten werden soll,
die nicht an einer zum Tode führenden Krankheit leiden, sondern
die meinen, genug vom Leben zu haben.*

*Solch epochale Veränderungen dürfen nicht unter dem Mantel der
Verschwiegenheit geschehen. Die vorliegende Publikation will
Anstösse geben und zu einer Diskussion einladen. Die aus
vielfältiger Perspektive verfassten Beiträge wollen eine Ermutigung
sein, über die heiklen Fragen rund um das Sterben ins Gespräch zu
kommen und Lebenswege zu Ende zu gehen.*



ISBN 978-3-033-07246-6