

## Das Sterben als Teil der eigenen Biografie annehmen

Vortrag<sup>1</sup> in der Evangelischen Akademie Villigst, Tagung Sterbehilfe,

1.2.2015

### *Das Mädchen*

Vorüber! Ach, vorüber!

Geh wilder Knochenmann!

Ich bin noch jung, geh Lieber!

Und rühre mich nicht an.

### *Der Tod*

Gib mir deine Hand, du schön und zart Gebild!

Bin Freund, und komme nicht, zu strafen.

Sei gutes Muts! ich bin nicht wild,

Sollst sanft in meinen Armen schlafen!

Matthias Claudius veröffentlichte im Wandsbeker Boten seine Darstellung der beinahe wollüstigen Beziehung des Todes zum sterbenden Mädchen.<sup>2</sup> Der Dichter endet abrupt. Die Antwort des Mädchens bleibt aus. Anders die Vertonung durch Franz Schubert. Er lässt sie in ein sechstaktiges instrumentales Nachspiel enden. Darin fügt sich die Sterbende in einen Tod, der dank der Tonsetzung des Komponisten Sanftheit und Ruhe ausstrahlt. Gehetzt-heit und Verängstigung des Mädchens lösen sich auf in der beruhigenden Melodie des Todes, der sich selbst als Freund bezeichnet. Warum sollte sie sich nicht mit ihm anfreunden? Warum sollte das Mädchen nicht loslassen, warum sollten Begleiter ihr nicht Mut machen, loszulassen? Sollte das Mädchen nicht sagen: „Ach, wenn ich doch nur sterben könnte...“

Sollte das Mädchen nicht sagen dürfen: Lieber Knochenmann, bist mir lieber als das harte Bett, auf dem ich liege, die Folter des nicht-leben- und nicht-sterben-könnens. Lass Dir nachhelfen.

## Freundlichkeit als atmosphärische Aufgabe

---

<sup>1</sup> Einige Teile des Vortrags finden sich als Aufsatz des Autors im 2014 von Richard Riess bei der Wissenschaftlichen Buchgesellschaft Darmstadt herausgegebenen Band „Freundschaft“.

<sup>2</sup> Vgl. das Bild von Hans Baldung Grien, Der Tod und das Mädchen, 1517 im Kunstmuseum Basel

Als Seelsorger habe ich oftmals die Stimmungen erlebt, die mit dem drohenden, gewissen oder eingetretenen Sterben verbunden sind. Viele Beteiligte, Ärzte, Pflegepersonal, auch Angehörige, tun alles dafür, dass die Zeit nach Eintritt des Todes durch eine ähnliche Stille, Friedlichkeit und Versöhnt-heit bestimmt ist wie Schuberts Nachspiel sie klingen lässt. Es ist noch Zeit zum Abschiednehmen und für religiös bestimmte Handlungen wie Aussegnung, Gebet oder das Entzünden von Kerzen, selbst dort, wo feuerpolizeiliche Verbote dies ausschließen. Und es ist oft auch Gelegenheit, dass einer der betroffenen Patienten oder Angehörigen den Satz ausspricht: „Ach, jetzt ist es gut. Jetzt kann ich gehen.“ Oder: „Ach, so traurig es ist, jetzt hat es sich stimmig angefühlt.“

Es ist ein Verdienst der Hospiz- und Palliativbewegung, sich der technisch-kalt wirkenden Medikalisierung des Sterbens entgegen gestemmt und eine freundliche, von Mitmenschlichkeit geprägte Umgangsweise mit dem Unabänderlichen ermöglicht zu haben. Sie wurde oft missverstanden als eine Bewegung, die Menschen auffordert, sich mit dem Sterben anzufreunden.

Das Sterben als Teil der eigenen Biografie leben zu können, dabei begleiten Frauen und Männer in der Hospiz- und Palliativbewegung die kranken Menschen. Und nun stellt sich die Frage: Sollten die Begleiter nun nicht auch den Schritt weiter gehen zur Suizid-Assistenz, oder – vor dieser Frage steht der Gesetzgeber – genauer: zum Ärztlich Assistierten Suizid?

Für mich ist es eine grundsätzliche Rückfrage: Was treibt eigentlich Hospizbegleiter und Fachkräfte, dass sie so wirken, als gäbe es immer noch Hoffnung, auch wenn es keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt? Eine Grundfrage dabei ist die Einstellung gegenüber dem Tod. Der Titel meines Vortrags enthält ja – undausgesprochen – eine zu klärende Frage: Ist Sterben Teil des Lebens, oder ist Sterben Teil des Todes.

Das mag wie Haarspalterei anmuten, denn am Ende steht doch der Tod. Aber es ist ein wichtiger Unterschied für alle Begleiter, denn es bestimmt das Ziel ihres Handelns.

Ziel der Begleitung von Sterbenden – zumindest im Verständnis von Palliative Care – kann es nicht sein, sich zu Komplizen des Todes zu machen. Den Tod kann man akzeptieren. Aber sich mit ihm befreunden, ist etwas anderes. Ihn herbeiführen, gehört nicht zu unseren Aufgaben. Ziel der

Begleitung von Ärzten, Seelsorgern und Pflegekräften ist die Reduktion von Angst als Symptombelastung. Freundschaft ereignet und bewährt sich dann im Angesicht des Todes, aber sie gilt nicht dem Tod selbst.

Ich will dazu eine begriffliche Unterscheidung machen, anhand einer Fallgeschichte, die Unterscheidung zwischen Lebenssatt und Lebensmüde.

Ich hatte als Seelsorger an einem Seniorenwohnstift in diakonischer Trägerschaft mehrere hochbetagte Bewohnerinnen und Bewohner begleitet – allesamt kognitiv in guter Verfassung –, die wiederholt einen klaren Sterbewunsch zum Ausdruck brachten, gegenüber der im Haus tätigen Ärztin, dem Pflegepersonal und der Seelsorge. Eine dieser Bewohnerinnen war Frau R.<sup>3</sup>, etwas über 80 Jahre alt. Sie hat mir ausdrücklich erlaubt, ihre Geschichte zu erzählen. Frau R. litt neben anderen chronischen Problemen unter einem schmerzhaften Tumor in Augennähe, dessen Prognose und Therapie noch unklar waren. Frau R. wollte das aber gar nicht mehr genau abgeklärt haben. Vor zwei Jahren war ihr zweiter Ehemann gestorben, was auch die Trauer um ihren ersten Ehemann wieder aufrührte, der gut 30 Jahre vorher verstorben war. Nun hatte sie erklärt, nicht nur weitere Untersuchungen und eine Behandlung abzulehnen, sondern auch auf die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit verzichten zu wollen, insbesondere in künstlicher Form. Wörtlich sagte sie, sie sei müde und lebenssatt. Sie bat um palliative Betreuung und wandte sich dazu an die Ärztin und die Seelsorge. Auch gegenüber ihrem einzigen Sohn blieb sie bei dem geschilderten Ansinnen. Unter den Mitarbeitenden der Einrichtung allerdings sorgte der Plan für Unruhe, einschließlich Pflege und Leitung des Hauses. Sollte man diesen Weg mitgehen oder sollte man Frau R. in eine andere Richtung drängen? Ist der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit eine Form von Suizid? Kann ein solcher Entschluss frei verantwortet sein, oder muss ein psychiatrisches Konsil einbestellt werden? Zunehmend wird der gezielte Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als eine mögliche Option langsamer und selbstbestimmter Beendigung des Lebens für multimorbide Menschen hohen Alters, bei sozialer Isolation und Abhängigkeit von anderen bewertet.<sup>4</sup> Die Fragen wurden für die Einrichtung und ihre Mitarbeitenden zu einer ethischen

---

<sup>3</sup> Alle Angaben zur Person sind anonymisiert.

<sup>4</sup> Vgl. den provokanten Beitrag zur Diskussion von B. Chabot und C. Walther, *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*, München / Basel 2011.

Fragestellung, und für mich als Seelsorger, wie sich zeigen sollte, zu einer grundlegenden theologischen Fragestellung.

Frau R. beschrieb ihre Verfassung wie folgt: Sie empfinde aktuell keinerlei Lebensqualität. Sollte sich ihr Zustand bessern, dann könne sie möglicherweise auch wieder Lebensfreude empfinden. Aber selbst dann wolle sie nicht weiter leben. Mit ihrem Sohn habe sie eine sehr gute Beziehung, aber der solle sein Leben mit seiner Familie führen. Frau R. hatte eine präzise formulierte Patientenverfügung abgefasst, die ausführlich auf ihre dezidiert christliche Weltsicht einging. Sie habe ein reiches, beruflich erfolgreiches und dank der zwei Ehen glückliches Leben gehabt. Nun sei sie müde und lebenssatt und könne sich nicht vorstellen, sich noch einmal auf jemanden einzulassen. Sie wolle sterben. Sie befand sich tatsächlich auf der Grenze dazu, wie die Ärztin bestätigte.

Jürgen Ziemer formuliert: „An der Grenze gibt es regelmäßig Sprach- und Übersetzungsprobleme.“<sup>5</sup> Kein Seelsorger wird ganz begreifen, was „müde und satt“ bei terminaler Krankheit für einen Patienten subjektiv bedeutet. Dennoch bedarf es der Übersetzungs-Bemühung.

Was bedeutet „müde und lebenssatt“ in der Situation von Frau R., im Hinblick auf ihre Biografie, im Hinblick auf ihre Psyche und ihren Glauben? Stellt der eine Begriff „lebenssatt“ eine theologische Aussage dar als einer Bejahung der Endlichkeit des Lebens? Ist der andere Begriff „lebensmüde“ Ausdruck einer medizinisch diagnostizierbaren Depression, Hinweis auf Suizidalität und damit therapiepflichtig? Was, wenn beide Begriffe nur zwei Pole ein und derselben Befindlichkeit und damit Ausdruck einer Ambivalenz sind? Die Grenze ist ein Raum der Ambivalenz. Seelsorge beginnt darum mit der Wahrnehmung von Ambivalenz.

Der Psychotherapeut Kurt Lüscher plädiert dafür, Ambivalenz als Grundsituation des Menschen in postmodernen Gesellschaften zu verstehen, er spricht gar vom „homo ambivalens“. Frau R. befindet sich in einer Situation, die nicht erst für den Menschen am Ende seines Lebens oder in hohem Alter gilt, sondern ein Signum der Gegenwart ist.<sup>6</sup> Psychotherapeutisch und pastoralpsychologisch eröffnet das Offenlegen

---

<sup>5</sup> J. Ziemer, Seelsorge als Grenzerfahrung, in: A. Kramer und F. Schirrmacher (Hrsg.), Seelsorgliche Kirche im 21. Jahrhundert. Modelle – Konzepte – Perspektiven, Neukirchen-Vluyn 2005, S. 33-51.

<sup>6</sup> Vgl. auch H.-J. Fraas: Art. Ambivalenz, in: RGG<sup>4</sup>, Bd. 1, Sp. 391

und Aushalten der Ambivalenz die Möglichkeit, die eigene Identität zu bestimmen und zu einer Handlung befähigt zu werden. Ambivalenz als ein Oszillieren zwischen gegensätzlichen Polen, die nicht miteinander zu versöhnen sind.

Die Ambivalenz zwischen lebenssatt und lebensmüde ist solch ein Grenzraum, in dem nicht nur Frau R. sich befindet, sondern auch alle anderen, die von ihrem Wunsch auf Nahrungsverzicht betroffen sind. Der Sterbewunsch, der am Pol „lebensmüde“ angesiedelt ist, bedarf psychologischer Klärung: hat er behandelbare Ursachen? Wenn ja, dann besteht auf der Versorgungsseite der Einrichtung Handlungsbedarf. Suizidalität im hohen Lebensalter steht oft in einer positiven Korrelation zu Depressivität, Vereinsamung und Armut<sup>7</sup>. Hoffnungslosigkeit und soziale Isolation bei einer terminalen Erkrankung sind klare Prädiktoren für Depression<sup>8</sup> und den Wunsch nach beschleunigtem Sterben (*„hastened death“*)<sup>9</sup>. Die betreuende Einrichtung müsste in diesem Fall vor allem an einer Verbesserung der Lebenssituation arbeiten. Nicht das Sterben gilt es anzunehmen, sondern es ist zu fragen, wo und wie das Leben erträglich, lebenswerter gestaltet werden kann.

Allerdings: Bei Frau R. wird dies wenig nutzen, denn sie gibt ja auch den Pol ‚lebenssatt‘ an. Auch für diesen eröffnen psychologische Studien ein vertieftes Verständnis, vor allem im Blick auf die Akzeptanz des Todes als Bestandteil einer Annahme des Lebens: Was heißt Akzeptanz des Todes? Adrian Tomer und Grafton T. Eliason haben dazu verschiedene Altersgruppen untersucht.<sup>10</sup> Ausgehend von einer empirischen Untersuchung beschreiben sie drei Arten der Todesakzeptanz: Ein vermeidungsorientiertes Akzeptieren, das den Tod als Befreiung von Leiden begreift. Neutrales Akzeptieren betrachtet den Tod wertfrei als integralen Teil des Lebens. Wird der Tod als Beginn eines neuen Leben oder einer Vereinigung mit Gott oder der Gottheit

---

<sup>7</sup> Vgl. U. Lehr, Psychologie des Alterns, Wiesbaden, 1987<sup>6</sup>.

<sup>8</sup> J. M. Plahuta, B. J. McCulloch, E. J. Kasarskis, M. A. Ross, R. A. Walter und E. R. McDonald, Amyotrophic lateral sclerosis and hopelessness: psychosocial factors (Social Science & Medicine, 55:12, 2002), S. 2131-2140.

<sup>9</sup> W. Breitbart, B. Rosenfeld, H. Pessin, M. Kaim, J. Funesti-Esch, M. Galietta, Ch. J. Nelson, und R. Brescia, Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer (JAMA 284, 2000), S. 2907-2911.

<sup>10</sup> A. Tomer und G.T. Eliason, Theorien zur Erklärung von Einstellungen gegenüber Sterben und Tod, in: J. Wittkowski (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer, Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder, Stuttgart 2003, S. 33-50.

gesehen, sprechen die Forscher von einem annäherungsorientiertem Akzeptieren.<sup>11</sup> Einfacher formuliert: Das Leben satt haben, weil es nur noch Leiden bedeutet, ist etwas anderes als lebenssatt zu sein, weil man die Fülle der Tage erreicht hat. Lebenssatttheit eignet damit eine eschatologische Komponente, die Verheißung eines Lebens in Fülle. Frau R.s Todesverständnis jedoch hatte Anteile von mindestens zwei Typen: es war einerseits vermeidend, weil sie durch den Tod ihrem Leid entkommen wollte. Aber es war auch annäherungsorientiert. Sie war sehr religiös eingestellt und erwartete sich ein Leben nach dem Tod mit der Hoffnung auf ein Wiedersehen mit Vertrauten.<sup>12</sup> Dies und der bilanzierende Lebensrückblick lässt sie sagen: Ich bin lebenssatt. Die Ambivalenz auf der Grenze bleibt bestehen, sie ist unauflösbar.

Aber für die Betreuer ergibt sich dennoch die Aufgabe der Begleitung. Nicht der Kranke muss irgendwie aufgefordert werden das Sterben als Teil seiner Biografie anzunehmen, sondern die Begleiter müssen herausfinden und verstehen, wie sich für den Patienten das Sterben auf dem Hintergrund seiner Biografie darstellt. Die Begleiter müssen lernen, mit der Ambivalenz umzugehen, sie auszuhalten, ohne in die eine oder andere Richtung zu drängen.

Auf einer Tagung am vergangenen Wochenende erzählte Tilmann Jens vom Sterben seines Vaters Walter Jens. In seinem Demenzbuch hatte er die Situation seines Vaters für eine breite Öffentlichkeit geschildert. Nach der Veröffentlichung jedoch kam es zu einem qualvollen Sterben, voller Schmerzen. Walter Jens wurde, obwohl er seinen Willen – sterben zu dürfen, notfalls sogar aktiv – in einer Patientenverfügung festgehalten und in einem Buch sogar öffentlich gemacht hatte, zum Leben gezwungen. Vier Lungenentzündungen wurden – ohne die Angehörigen zu fragen – mit Antibiotika bekämpft. Die Pflegerin ließ es nicht zu, dass er sterben durfte. Die Ambivalenz wurde aufgelöst – gegen den Willen des Betroffenen – in Richtung Leben müssen, auch wenn Jens längst lebenssatt war. Komplize des Lebens.

---

<sup>11</sup> Ebd. S. 35.

<sup>12</sup> Vgl. T. Roser, Mit dem Jenseits im Kontakt. Jenseitsvorstellungen in der Situation von Krankheit und Sterben, in: F. Schweitzer, (Hrsg.), Kommunikation über Grenzen, Gütersloh 2009 (VWGTh 31), S. 689-709.

Die andere Alternative wäre die Tötung, ob auf Verlangen oder auch ohne. Auch dies eine unumkehrbare Strategie. Komplize des Todes.

Lebenssatt sterben können ist nicht deckungsgleich mit Lebensmüdigkeit, der Ermattung nach einem langen Leben, einer langen Krankheit, einer langen und kräfteaubenden Behandlung. Lebenssatttheit schließt Lebensmüdigkeit nicht per se aus, aber das Gefühl der Sättigung qualifiziert die Müdigkeit neu und anders. Das ist das Anliegen der Hospiz- und Palliativarbeit: das an Leben zu ermöglichen, das jetzt noch dran ist und aus einer quälenden Müdigkeit eine zufriedene Müdigkeit zu machen. Oder, um es mit Cicely Saunders zu sagen: dem Leben nicht mehr Tage, aber den Tagen mehr Leben geben.

Im Fall von Frau R. bedeutete dies, ihren Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mitzutragen – sie nicht zur Nahrungsaufnahme zu drängen. Ihr dort, wo Schmerzen und Angst das Leben schwer machten, beizustehen durch ärztliche Behandlung. Sie so zu pflegen, wie es geboten war und wie sie es zulassen konnte (jenseits der Leistungs-Kataloge des MDK). Und bei ihr zu bleiben. Seelsorge hat in dieser Situation vielleicht sogar die Aufgabe der Lebenssättigung: Durch Gespräche, in denen die Biografie Thema ist. Vom Leben, seinen Brüchen und seinen Höhepunkten erzählt werden kann. Durch lange Phasen des Stillseins und Schweigens, der Achtsamkeit für den Moment. Und durch rituelles Handeln. Das rituelle Handeln in der Seelsorge hat genau die Chance, das Leben, die ganze Biografie, vor Gott zu bringen. Als Gebet, als Beichte, als Segnung, in der Feier des Krankenabendmahls. Immer mit dem Ziel, das Leben selbst in den Raum des Segens zu stellen. Und es dann dankbar Gott zurück zu geben.

Sie starb nach wenigen Tagen, friedlich. Und sie konnte auch ihre letzten Tage als ihre eigenen Tage erleben.

Das Leben atmen bis zum letzten Atemzug. Das Leben bis zum letzten Atemzug als ein Leben zu empfinden, das mir zu leben aufgegeben ist. Leben leben bis zuletzt. Dann ist das Sterben Teil des Lebens, wie ich es ein Leben lang gelebt habe. Dann ist es Teil meiner Biografie. Aber der Tod ist nicht das Ziel, wie der Tod nie Ziel meiner Lebensführung war, auch wenn ich weiß, dass er am Ende steht.

Selbst wenn ich den Eintritt des Todes am Sterbebett manchmal als friedliches Aushauchen des Lebensatems zum Schöpfer hin, ja: als einen

geradezu heiligen Moment erlebt habe. Auch wenn es gelang, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, wenn all die Schmerzen von Krankheit und Trauer, die Mühe der Behandlungen in diesem Moment zurück bleiben konnten. Es konnten sich Dankbarkeit und ein Gefühl des Friedens einstellen, aber all das sind keine Gefühle des sich Anfreundens mit dem Tod. Es sind eher Empfindungen des Widerstands, mitunter gar des Stolzes wider den Tod, es geschafft zu haben mit Würde, Achtung und Respekt.

Das Sterben ist Teil des Lebens. Das heißt aber für alle Begleiter: Das Lebens unterstützen, ohne zum Leben zu zwingen.

Aber nicht das Sterben aktiv herbeiführen. Denn dann ist Sterben Teil des Todes. Und ich bleibe dabei: Wir sind keine Komplizen des Todes.