

Sterbebegleitung: Christliche Perspektiven und Aufgaben

Michael Klessmann

1. Sterben und Tod¹

Sterben stellt für die einen den Abbruch des Lebens dar, für andere ist es Vollendung und Zielpunkt, für wieder andere Übergang in eine jenseitige Welt – in jedem Fall bezeichnet es eine besonders schwierige, wegen ihrer Unwiderruflichkeit mit vielen Ängsten und Unsicherheiten besetzte Lebensphase (Sterben gehört zum Leben!), die seit alters her von den Lehren und Ritualen der Religionen gestaltet und begleitet worden ist. Der religiöse Rahmen ist in der Gegenwart weitgehend weggebrochen; damit wird das Sterben zu einer Aufgabe der Gestaltung für Individuen und kleine Gruppen; ob die Kirchen mit ihren Angeboten an Ritualen und Seelsorge anlässlich dieses großen Übergangs eine bleibende Funktion behalten oder sie mehr und mehr an freie Ritualgestalter verlieren, ist im Moment schwer absehbar.

Der Tod ist zwar für alle Menschen gleich – das Sterben hat jedoch ganz unterschiedliche Gesichter. Das Sterben eines alten Mannes, der müde und des Lebens überdrüssig ist, wird ganz anders erlebt als der Tod eines Kindes, das sein ganzes Leben noch vor sich hat; das Sterben einer jungen Mutter, die mehrere Kinder zurück lässt, schneidet unzählige Beziehungen ab und löst kaum zu ermessende Trauer aus; eine einsame alte Frau dagegen, die noch dazu unter starken Schmerzen leidet, mag den Tod als Erlösung herbeisehnen, und vielleicht ist da kaum noch jemand, der sie betrauert. Den einen reißt der Tod durch Unfall, Krieg oder Katastrophe aus einem erfüllten Leben, kein Abschied ist möglich, alle Beziehungen, Pläne und Hoffnungen brechen brutal ab; ein anderer siecht langsam und schmerzlich dahin, kann sich aber wenigstens ver-

1 Dieser Text stellt eine erweiterte Fassung des Abschnitts „Seelsorge mit und an Sterbenden“ aus meinem Buch, *Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch*, Neuenkirchen 2008, 383 ff. dar.

abschieden und seine Dinge ordnen (obwohl viele Menschen in ihrer Angst vor dem Sterben eben diese Aufgabe scheuen). Der Tod der einen reißt tiefe, nie wieder vernarbende Wunden, das Sterben der anderen wird als Erleichterung und Erlösung erlebt. Nicht nur junge Menschen fürchten und verdrängen Sterben und Tod, auch alte leben so, als seien sie unsterblich; andererseits gibt es viele Menschen, die mit dem Tod spielen (z. B. beim Autofahren oder Extremsportarten) und deren Verhalten man eigentlich nur als Ausdruck einer latenten Todessehnsucht verstehen kann. Auch Süchte und Abhängigkeiten können als Ausdruck eines langsamen Sterbens auf Raten verstanden werden. Dabei ist die kulturelle Bewertung von Sterben und Tod nicht zu vernachlässigen: In der Gegenwart gilt Leben als höchstes Gut, das mit möglichst allen Mitteln zu erhalten ist, während es Religionen und Diktaturen gegeben hat (und noch gibt), die von ihren Anhängern den Einsatz selbst des eigenen Lebens fordern. Der Tod als Ende eines Prozesses ist für alle gleich – aber der Weg dahin verläuft sehr unterschiedlich und wird in seinem Gewicht äußerst vielfältig erlebt.

Dass der Tod für alle gleich ist, gilt im Übrigen auch nur eingeschränkt: Die Statistik erweist, dass z. B. Selbstständige und Beamte eine deutlich höhere Lebenserwartung haben als Arbeiter. Bessere Bildung verbürgt längeres Leben, nicht zuletzt, weil man sich besser und bewusster ernährt oder frühzeitiger zum Arzt geht als andere; auch Tätigkeit schützt eine Zeit lang vor dem Tod: Arbeitslose sterben früher als ihre berufstätigen Kollegen aus derselben Berufsgruppe. Auch verheiratete Personen leben statistisch gesehen deutlich länger als gleichaltrige Unverheiratete.²

Zur Begrifflichkeit: Sterben bezeichnet den „Vorgang des Erlöschens der Lebensfunktionen bis zum Tod“.³ Von Sterbenden sprechen wir, „wenn ein Mensch in seiner Lebensexistenz akut oder in abschbarer Zeit ernstlich gefährdet ist durch Krankheit oder Unfallfolgen.“⁴

2 Vgl. Marc Luy, *Differentielle Sterblichkeit. Die ungleiche Verteilung der Lebenserwartung in Deutschland*, Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels, 2006. www.rostockerzentrum.de

3 *Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch*, Berlin/New York ²⁵⁶1990, 1585.

4 Andreas Ebert/Peter Godzik (Hg.), *Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde. Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender*, Hamburg 1993, 25.

2. Veränderung der gesellschaftlich-kulturellen Bedingungen gegenwärtigen Sterbens

Die sozialen und kulturellen Bedingungen, unter denen Menschen zu Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland sterben, unterscheiden sich tiefgreifend von denen, die noch vor 100 Jahren gültig waren.

1. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts konnte man Sterben und Tod als relativ alltägliche und öffentliche Vorgänge ständig miterleben. Die Kindersterblichkeit war hoch und die allgemeine Lebenserwartung niedrig. Noch 1890 betrug die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt für Frauen 40 Jahre, für Männer 37 Jahre. Gut hundert Jahre später hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung verdoppelt, ist für Frauen auf 81 und für Männer auf 75 Jahre gestiegen. Die stark angewachsene Lebenserwartung hat Sterben und Tod in unserer gegenwärtigen Wahrnehmung an das Ende eines *langen* Lebens gerückt. Dass wir „mitten im Leben“ vom Tod umfassen sind, wie es der alte Hymnus „*media vita in morte sumus*“ formuliert (Evangelisches Gesangbuch 518), bleibt zwar richtig, entspricht aber ganz und gar nicht mehr der Alltagserfahrung. Wenn jemand in seinen 60er Jahren stirbt, empfinden Angehörige das häufig schon als einen frühzeitigen Tod.

2. Die Entstehung des modernen Krankenhauses und die Einrichtung von Alten- und Pflegeheimen haben zu einer Hospitalisierung des Sterbens geführt: Etwa 50 % der Menschen unseres Landes sterben im Krankenhaus, weitere 25–30 % in Alten- und Pflegeheimen; nur noch eine Minderheit der Menschen stirbt zu Hause. Dieser Trend wird verstärkt durch die Veränderungen unserer Lebensformen: die Zahl der Single-Haushalte nimmt zu, in einer Partnerschaft sind meistens beide berufstätig, erwachsene Kinder und Eltern leben häufig nicht mehr am selben Ort, stabile Nachbarschaftsverhältnisse gibt es immer seltener, d. h. es wird, trotz der Zunahme von ambulanten Pflegediensten immer schwieriger, schwer kranke Menschen im häuslichen Umfeld zu pflegen und zu betreuen. Krankenhaus, Heim oder stationäres Hospiz sind dann manchmal die einzige Möglichkeit, sterbende Menschen angemessen zu versorgen. Gleichzeitig häufen sich Berichte, dass schwer kranke und sterbende Menschen in Heimen wegen Personalmangel oder unzureichend ausgebildetem Personal nicht angemessen versorgt und begleitet werden.⁵

5 Ausführlich dazu Oliver Tolmein, *Keiner stirbt für sich allein*, München 2007.

3. Hospitalisierung bedeutet häufig auch Medikalisierung, d. h.: Das Sterben wird durch die enormen Möglichkeiten der Intensiv- oder Hochleistungsmedizin gesteuert, es nimmt nur noch selten seinen „natürlichen“ Verlauf. Damit wird der „eigene Tod“, wie es Rainer Maria Rilke genannt hat, also der nicht durch fremde Intervention bestimmte Verlauf des Sterbens vielen Menschen vorenthalten. Entsprechend groß und verbreitet sind Ängste, dass sich das Sterben qualvoll in die Länge ziehen könnte – und viele Erfahrungsberichte bestätigen diese Ängste. Der in früheren Jahrhunderten gefürchtete „jäh“ Tod wird heute von vielen herbeigesehnt, weil er eher ein relativ leidfreies Sterben verspricht.

4. Die früher selbstverständliche begrenzte Öffentlichkeit des Sterbens ist einer weitgehenden Privatisierung und Individualisierung gewichen: Während Sterben bis ins 19. Jahrhundert hinein im Beisein von Geistlichen, Familienangehörigen, Nachbarn und Freunden geschah, ist das Sterben heute eine einsame und höchst private Angelegenheit geworden. Das eigentliche Sterben bekommen höchstens noch nahe Angehörige mit; die Bewältigung des Abschieds und der Trauer, die Auswahl der Bestattungsform, die Auseinandersetzung mit einer möglichen Sinngebung – alles ist den Einzelnen überlassen, ein übergreifender und stabilisierender Handlungs- und Sinngebungsrahmen ist weitgehend weggebrochen.

5. Dem physischen Sterben geht oft ein soziales Sterben voraus. In Krankenhäusern hat man festgestellt, dass das Pflegepersonal sterbende Menschen tendenziell meidet, seltener zu ihnen ins Zimmer geht als zu anderen Kranken. Sterbende vereinsamen, weil sich auch Freunde und selbst Angehörige nicht mehr trauen hinzugehen bzw. das offensichtliche Thema anzusprechen. Sterben und Tod machen Angst, der man ausweicht, indem man die Begegnung mit Sterbenden meidet.

6. Eine fast unausweichliche Folge der Individualisierung ist eine zunehmende Tendenz zur Professionalisierung im Umgang mit Sterben und Tod. Wenn familiale und nachbarschaftliche Hilfsmöglichkeiten ausfallen, treten Spezialisten an deren Stelle: Hospizhelfer bieten Sterbebegleitung an, Bestattungsunternehmer richten den Leichnam her und übernehmen die Formalia, Trauerbegleiter helfen zur richtigen Trauer. Wenn Professionelle alles übernehmen, was im Umfeld von Sterben und Tod gemacht werden muss, werden selbstverständliche zwischenmenschliche Kompetenzen der Angehörigen nicht mehr abgefragt. Hospizarbeit setzt sich deswegen auch zum Ziel, Angehörige anzuleiten, einfache, aber wichtige Tätigkeiten und Verhaltensweisen bei der Sterbebegleitung (wieder) zu übernehmen (s. u. Nr. 4).

7. Die fortschreitende Säkularisierung unserer Gesellschaft trägt zur Verunsicherung in der Einstellung gegenüber Sterben und Tod bei. Nur noch ein Drittel der Menschen vertrauen darauf, dass es ein wie auch immer verstandenes Leben nach dem Tod für sie geben wird, der Glaube an eine Auferweckung von den Toten durch Gott wird noch seltener geteilt. Das Vertrauen auf ein Aufgehoben-Sein bei Gott über den Tod hinaus schwindet – und damit auch das darin enthaltene Trost- und Hoffnungspotential. Das Schicksal gilt nicht mehr als etwas, das man mehr oder weniger demütig hinzunehmen hat, in das man sich fügt, sondern als etwas, das man bis zum letzten Augenblick gestalten kann und muss. Was man früher von einem Leben nach dem Tod erhoffte, muss jetzt in diesem Leben realisiert werden, die Gefährdung des Lebens, seine Brüchigkeit und Begrenztheit muss dann möglichst weitgehend ausgeblendet werden.

8. Der Umgang mit Sterben und Tod ist längst von der in unserer Gesellschaft allgegenwärtigen Ökonomisierung erfasst: In Krankenhäusern werden Verstorbene möglichst bald nach dem Todeseintritt in den Kühlraum gebracht, denn das Bett muss aus wirtschaftlichen Gründen umgehend neu belegt werden. Bestattungen sind zu einem lukrativen Markt geworden; die stetig steigende Zahl anonymer Bestattungen hat auch damit zu tun, dass alte Menschen ihren Angehörigen sowohl in finanzieller wie in emotionaler Hinsicht nicht zur Last fallen wollen.

9. Schließlich ist schon lange eine Virtualisierung des Themas durch die Medien zu beobachten. In der Welt des Fernsehens, der Comics, des Internet und der Computerspiele sind Sterben und Tod zur Unterhaltung geworden. Im deutschen Fernsehen sind auf allen Kanälen zusammen etwa 500 Morde pro Woche zu sehen; für die USA hat man geschätzt, dass ein Kind allein während der Grundschulzeit ca. 8000 Morde und 100000 Gewalttaten auf dem Bildschirm sieht.⁶ Ein Vergleichgültigungs- oder Abstumpfungseffekt stellt sich ein: Sterben betrifft offenbar nur die Anderen.

10. Seit einer Reihe von Jahren sind auch gegenläufige Tendenzen zu den oben beschriebenen Trends zu beobachten: Der Hospizgedanke findet mehr Verbreitung, Kliniken richten Abschiedsräume für Sterbende und ihre Angehörigen ein; in Alten- und Pflegeheimen wird zunehmend eine Kultur des Verabschiedens von verstorbenen Mitbewohnern gepflegt.

6 Ulrich Becker, *Sterben und Tod in der Lebenswelt und Lebensgeschichte von Kindern*, in: Ulrich Becker/Klaus Feldmann/Friedrich Johannsen, *Sterben und Tod in Europa*, Neukirchen 1998, 31.

Die verbreitete These von der Verdrängung des Todes in unserer Gesellschaft ist insofern nicht mehr uneingeschränkt zutreffend.

3. ars moriendi – Vorbereitung auf das Sterben

Im Mittelalter galt die Vorbereitung auf das Sterben als selbstverständlicher Teil des Lebens. Der jähe Tod war gefürchtet, weil man dann die angemessenen geistlichen Zurüstungen nicht mehr in Anspruch nehmen konnte. In den schrecklichen Pestzeiten des ausgehenden Mittelalters entstand eine Literaturgattung („ars moriendi“), die in Texten und Bildern (u. a. den verbreiteten Totentanzdarstellungen) zur Auseinandersetzung mit Sterben und Tod anregen und zugleich, sofern kein Priester erreichbar war, Anleitung zu einem „seligen Sterben“ vermitteln sollte (Gebete, Beichte und Absolution).⁷ Auch Luthers „Sermon von der Bereitung zum Sterben“ von 1519 steht in der Traditionslinie der ars moriendi.

Diese Art der Vorbereitung auf das Sterben ist in der Gegenwart so nicht mehr vermittelbar. An ihre Stelle sind Verhaltensweisen getreten, die indirekt einen ähnlichen Effekt haben können:

1. Schwer kranke Menschen haben nicht selten das Bedürfnis, auf ihr Leben zurückzublicken und eine Art von Lebensbilanz zu ziehen: sich noch einmal im Gespräch mit anderen über Gelungenes zu freuen, Misslungenes zu betrauern und offen Gebliebenes vielleicht noch abschließen zu können. In diesem Sinn Bilanz zu ziehen, stellt eine wichtige Möglichkeit dar, auch unabhängig vom tatsächlichen Sterben das Leben bewusst in seiner Begrenztheit und Endlichkeit wahrzunehmen. Jeder (runde) Geburtstag, jeder Jahrestag, jeder Jahreswechsel bietet Gelegenheit zurückzuschauen, aus dieser Rückschau sich mit den Wünschen an das verbleibende Leben auseinander zu setzen, die Endlichkeit des Lebens zu realisieren – und sich dergestalt indirekt auf das Sterben vorzubereiten.

⁷ Vgl. Artur E. Imhof, *Die Kunst des Sterbens (Ars moriendi) einst – und heute? Oder: Erfüllt leben – in Gelassenheit sterben*, in: Ulrich Becker/ Klaus Feldmann/ Friedrich Johannsen (Hg.), *Sterben und Tod in Europa*, Neukirchen 1998, 118–127.

2. Etwas Ähnliches meint die Psychotherapeutin Verena Kast, indem sie das Stichwort vom „abschiedlich leben“ geprägt hat⁸: Es gilt, die kleinen und großen Abschiede des Lebens (der erste Abschied von den Eltern beim Beginn des Kindergartens oder der Einschulung, Weggehen von zu Hause zum Zweck einer Ausbildung, eines Studiums, Beendigung von Freundschaften und Paarbeziehungen, Abschied vom Beruf etc.) mit ihren Schmerzen und Traurigkeiten, aber möglicherweise auch mit Gefühlen von Befreiung bewusst wahrzunehmen und sich auf diese Weise auf den endgültigen Abschied vorzubereiten.
3. Angesichts der fast unbegrenzten Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin gewinnt eine Patientenverfügung zunehmende Bedeutung (auch wenn ihr rechtlicher Status immer noch umstritten ist): Nur so kann man im Fall der Äußerungsunfähigkeit die eigenen Wünsche und Absichten an die Behandelnden und Pflegenden vermitteln. Eine Patientenverfügung abzufassen setzt voraus, dass man sich intensiv mit dem Gedanken an das eigene Sterben und den Tod auseinandersetzt. Nur wenn eine solche Verfügung entsprechend differenziert ausfällt, also verschiedene Möglichkeiten am Lebensende konkret vorstellt und abwägt, ist sie aussagekräftig. Insofern kann man ihre Abfassung zweifellos als eine moderne Form der *ars moriendi* verstehen.

4. Sterben als Prozess

Bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts galt Sterben in den westlichen Gesellschaften nicht nur als Tabu-Thema, es war auch in Medizin und Theologie weitgehend unerforscht und unbearbeitet. Man hatte kaum eine Vorstellung davon, was eigentlich passiert, wenn Menschen sterben und wie sie sterben.

Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004), eine in die USA übergesiedelte Schweizer Ärztin, gilt als Pionierin der sog. Thanatologie, der Sterbeforschung. Mitte der 60er Jahre begann sie an der Universität von Chicago ein Seminar mit dem Ziel, in der Universitätsklinik sterbende Menschen zu besuchen und zu interviewen. Ihre Zielsetzung sah sie darin: Die Sterbenden sollen die Lehrenden der Lebenden sein; die Lebenden können etwas über das Sterben und damit für ihr eigenes Leben

8 Verena Kast, *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*, Stuttgart 1982, 139 ff.

lernen, wenn die Sterbenden bereit sind, von ihren Erfahrungen zu erzählen.⁹

In den vielen Gesprächen mit sterbenskranken Menschen hat Kübler-Ross eine diesen Gesprächen gemeinsame Struktur entdeckt, die sie als Sterbephasen bezeichnete. Eine solche Phasenabfolge ist vielfach kritisiert worden, weil sie die Begleitenden dazu verführt, schematisch zu denken und damit der Einzelperson nicht gerecht zu werden. Insofern muss man sagen: Es kommt nicht auf die von Kübler-Ross beschriebene Reihenfolge an. Vielmehr zeigt die Entdeckung und Beschreibung dieser Phasen, dass Sterben einen emotional höchst intensiven und von vielfältigsten Gefühlen bestimmten komplexen Prozess darstellt. Der sterbende Mensch ist Subjekt dieses Geschehens – dazu ist es notwendig, dass die Umwelt seine Kommunikation versteht und sensibel darauf eingeht.¹⁰ Für eine Sterbebegleitung ist es deswegen hilfreich, die von Kübler-Ross dargestellten Phasen und ihre Dynamik zu kennen.

Eine erste Phase nennt Kübler-Ross die Phase des Nichtwahrhabenwollens und der Isolierung. Damit ist die erste Reaktion auf die Mitteilung einer schweren Krankheit bzw. einer infausten Prognose gemeint: „Das kann doch nicht wahr sein“, „wahrscheinlich irrt sich der Arzt“, „vielleicht sind die Laborwerte verwechselt worden“ sind verbreitete Reaktionen. Die Diagnose löst Entsetzen und Angst aus – das Nichtwahrhabenwollen schützt zunächst vor diesem Erschrecken. Das Nichtwahrhabenwollen geschieht nicht nur einmal, wenn man zum ersten Mal die Diagnose hört, sondern immer wieder. Vielleicht kann ein Kranker die Angst für einen kurzen Moment wahrnehmen und ertragen – und muss dann wieder schnell von ihr weggehen, indem er das ganze Geschehen leugnet. Die Abwehr schützt auch das Gegenüber vor der Wahrheit. „Die Kranken stellen oft sehr rasch fest, mit welcher Schwester oder mit welchem Angehörigen sie realistisch über ihre Krankheit und ihr drohendes Ende sprechen können; alle anderen, die den Gedanken an ihr eigenes Ende nicht ertragen, verschonen sie mit diesen Themen“ (44). Für Angehörige, Pflegende oder Seelsorgende ist es wichtig, einerseits einen solchen Widerstand zu respektieren und stehen zu lassen, andererseits

9 Elisabeth Kübler-Ross, *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart/Berlin 1972. Die im Folgenden genannten Seitenzahlen beziehen sich auf dieses Buch.

10 Zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Modell von Kübler-Ross vgl. Randolph Ochsmann, *Sterbephasen*, in: Johann-Christoph Student (Hg.), *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende*, Freiburg/Basel 2004, 217–220.

aber auch Angebote zu machen, aus denen die sterbende Person entnehmen kann, dass sie ihre Angst aussprechen kann.

Die Konsequenzen einer längeren Verleugnung bestehen darin, dass der kranke Mensch sich isoliert. Alle Beziehungen bauen dann auf einer Illusion auf. Häufig ist auch die Familie eines Sterbenden daran interessiert, die Verleugnung aufrecht zu erhalten, damit sie sich dem Schmerz und der Trauer nicht wirklich stellen müssen. Es kommt dann zu keinem wirklichen Kontakt mehr zwischen den Beteiligten, weil alle auf Vermeidung bedacht sind.¹¹

Eine weitere Phase charakterisiert Kübler-Ross mit den Begriffen Zorn, Groll, Wut, Neid. Schwer kranke Menschen stellen sich die Frage: „Warum trifft es gerade mich – und nicht die Nachbarin, die so ungesund lebt oder den Bekannten, der so leichtsinnig Auto fährt?“ „Wieso muss gerade ich so viel leiden?“ „Das Leben ist so ungerecht!“ etc. Solche Reaktionen sind für Angehörige, Pflegepersonal und Seelsorgende schwer auszuhalten, weil die Betroffenen ihre Wut in alle Richtungen austeilten: Die Ärzte sind unfähig, das Krankenhaus taugt nichts, die Schwestern sind nicht einfühlsam genug, die Angehörigen kommen zu selten oder sind nicht sensibel genug; Man kann es dem Menschen kaum recht machen.

Außenstehende sollten sich klar machen, dass Wut und Zorn Ausdruck einer natürlich berechtigten Verzweiflung sind:

- Der betroffene Mensch beginnt, sich mit dem Ende seines Lebens und das heißt vor allem mit dem Ende der eigenen Möglichkeiten auseinander zu setzen: „Während andere voll im Leben stehen, Projekte entwickeln, Urlaub planen, liege ich hier im Bett und werde dies alles voraussichtlich nicht mehr können und erleben.“
- Man ist als schwer Kranker völlig abhängig von anderen, wird fremdbestimmt, hat keine Intimsphäre mehr.
- In dieser Situation kann auch alter Ärger hochkommen, der auf die neue Lage übertragen wird. Kübler-Ross berichtet von einer Nonne, die als Patientin recht zornig wirkte; im Gespräch wurde deutlich, dass sie viel Ärger auf ihre Mutter und ihre Schwester mit sich herum trug, der sich jetzt gegen Pflegepersonal und Mitpatientinnen entlud. Nachdem die Nonne im Gespräch mit Kübler-Ross und einem Pfarrer

11 Ein eindrückliches und tragisches Beispiel dafür erzählt Kurt Lückel, *Begegnung mit Sterbenden. ‚Gestaltseelsorge‘ in der Begleitung sterbender Menschen*, Gütersloh 1981, 45 f.

viel von diesem Ärger erzählen konnte, wirkte sie ruhiger und weniger aggressiv.

So wird dann auch deutlicher, dass die Wut oft gar nicht persönlich gemeint ist: Der Zustand des Kranken ist Auslöser der Wut, nicht das Verhalten der Besuchenden!

Eine weitere Phase nennt Kübler-Ross Verhandeln: Schwer Kranke versuchen, das Unvermeidliche durch offenes oder stillschweigendes Verhandeln und Bitten etwa mit den Ärzten hinauszuschieben. Wie Kinder bieten sie ein bestimmtes Wohlverhalten an, um eine längere Lebensspanne oder eine Zeit ohne Schmerzen und Beschwerden herauszuholen. Auch Gott kann zum Gegenüber eines solchen Verhandeln werden: „Wenn du mir einen Aufschub gibst, will ich in Zukunft wieder regelmäßig zur Kirche gehen“ o.ä. Gerade bei Verhandlungen mit Gott ist es wichtig, auf mögliche Schuldgefühle im Hintergrund zu achten. Erstaunlich viele Patienten erleben ihre Krankheit als Strafe für heimliche Verfehlungen, für Rauchen, Trinken oder sexuelle Fehltritte. Da kann es hilfreich sein, wenn jemand solche Schuldgefühle aussprechen und Distanz zu ihnen bekommen kann.

Eine vierte Phase bezeichnet Kübler-Ross als Depression. „Wenn der Todkranke seine Krankheit nicht länger verleugnen kann, wenn neue Eingriffe, neuer Krankenhausaufenthalt notwendig werden, wenn immer neue Symptome auftreten und er schwächer und elender wird, dann kann er seinen Zustand nicht immer mit einem Lächeln abtun. Erstarrung, Stoizismus, Zorn und Wut weichen bald dem Gefühl eines schrecklichen Verlustes“ (80). Die Autorin unterscheidet eine reaktive Depression von einer vorbereitenden. Die reaktive Depression ist die natürliche Reaktion auf die Realisierung des Verlustes: Verlust der Schönheit, der Identität als Frau oder Mann (z. B. bei Brustkrebs oder bei Blasen- bzw. Prostatakrebs), der Kraft und Energie etc. Auch Sorgen um Kinder, Ehepartner, Haushalt gehören in diesen Zusammenhang.

Die vorbereitende Depression hat die Funktion, sich innerlich auf das Ende, den Abschied vom Leben, vorzubereiten. Häufig reagiert die Umgebung dann mit Ablenkung und Verharmlosung, versucht aufzuheitern oder weist auf die noch schönen Dinge des Lebens hin. Solche Aufmunterungen und Ablenkungen sind fehl am Platz, weil sich der / die Kranke innerlich auf den Weg macht, Abschied zu nehmen. In diesem Zustand gibt es nicht viel zu sagen. Man betrauert vorbereitend den

Abschied vom Leben. Trauer braucht Raum und Trauer braucht Gemeinschaft.

Eine letzte Phase nennt Kübler-Ross Zustimmung: „Wenn der Kranke Zeit genug hat und nicht plötzlich stirbt, wenn er Hilfe zur Überwindung der ersten Phasen fand, erreicht er ein Stadium, in dem er sein ‚Schicksal‘ nicht mehr niedergeschlagen oder zornig hinnimmt. Er hat seine Emotionen aussprechen dürfen, Neid auf die Lebenden und Gesunden, Zorn auf alle, die ihren Tod nicht so nahe vor sich sehen. Er hat den drohenden Verlust so vieler geliebter Menschen und Orte betrauert, und sieht seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen... Die Phase der Einwilligung darf nicht als ein glücklicher Zustand verstanden werden: Sie ist fast frei von Gefühlen. Der Schmerz scheint vergangen, der Kampf ist vorbei, nun kommt die Zeit der ‚letzten Ruhe vor der langen Reise‘, wie es ein Patient ausdrückte“ (99).

In Ruhe gelassen werden heißt aber nicht, allein gelassen zu werden. Es ist wichtig, dass jemand da ist, dabei sitzt, schweigend die Hand hält, gelegentlich den Mund befeuchtet, die Stirn abwischt.

An der Beschreibung dieser letzten Phase wird besonders deutlich, dass eine solche Phasenabfolge natürlich normative Implikationen enthält, die durchaus problematisiert werden müssen.¹² Jedes Lebensschicksal ist unterschiedlich, entsprechend auch jeder Sterbeprozess. Ob jemand eine solche Zustimmung findet oder nicht, sollte nicht Gegenstand einer Bewertung sein. Menschen, die bis zuletzt kämpfen und protestieren, sind nicht schlechter als die, die zu einer solchen Zustimmung finden. Es scheint von außen so, als ob die, die zur Zustimmung finden, es leichter hätten, leichter für sich selbst und für die Umgebung. Aber ob das wirklich so ist, wer weiß es?

Auch aus einem theologischem Grund erscheint die Phase der Zustimmung fragwürdig: Sie könnte bedeuten, dass man die Macht des Todes akzeptiert und ihr zustimmt, dass man den Tod als von Gott verhängt annimmt. Dagegen haben Christen schon immer protestiert. Der christliche Glaube nimmt die Realität von Krankheit und Sterben an,

12 Alternative Verlaufsmodelle, die versuchen, der Komplexität des Vorgangs differenzierter gerecht zu werden, finden sich bei Andreas Ebert/Peter Godzik (Hg.), *Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde*, a.a.O., 38 f.

aber er protestiert zugleich gegen sie.¹³ Die Form der Klage ist dann eine Möglichkeit, den Protest, das Nicht-Einverständnis zu artikulieren. Zustimmung auf einer persönlich-psychologischen Ebene und Klage und Protest auf einer religiös-theologischen Ebene schließen sich, so gesehen, nicht gegenseitig aus.

Fast immer durchzieht alle Sterbephasen ein Element von (kleiner und großer) Hoffnung: Hoffnung auf (wenigstens vorübergehende) Besserung, auf Schmerzlinderung vielleicht nur für ein paar Stunden, auf Zeiten der Ruhe, auf ein letztes gutes Aufgehobensein bei Gott. Eine solche Hoffnung gilt es lebendig zu halten; sie trägt einen Menschen bis zuletzt.

4. Sterbebegleitung – Begleitung im Sterben

Sterbebegleitung bezeichnet eine Aufgabe, die früher selbstverständlich von Familien, Freunden und Nachbarn wahrgenommen wurde: Bei einem schwer kranken und sterbenden Menschen präsent zu sein, Schmerzen und Unwohlsein zu lindern, körperliche Berührung anzubieten (z. B. die Hand zu halten), Zeit zu haben für Gespräche, Musik zu hören oder einen Text vorzulesen. Während in früheren Jahrhunderten der Vollzug bestimmter religiöser Riten (z. B. Kerzen entzünden, Gebete sprechen, biblische Texte, vor allem Psalmen lesen, geistliche Lieder singen) selbstverständlich war, ist diese Selbstverständlichkeit in der Gegenwart weitgehend abgebrochen. Angehörige sind häufig verunsichert durch die Sterbesituation und brauchen Anleitung und Ermutigung, einen sterbenden Menschen zu begleiten.

Sterbebegleitung als Begleitung im Prozess des Sterbens ist zu unterscheiden von *Sterbehilfe* im Sinn einer Hilfe zum Sterben, die den Tod herbeiführen will. Bei diesem ethisch höchst umstrittenen Begriff ist es hilfreich, vier Stufen zu unterscheiden:

- Sterben lassen meint, auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Antibiotika oder künstliche Ernährung oder Beatmung zu verzichten. Man überlässt einen Menschen dem Prozess seines Sterbens.
- Indirekte Sterbehilfe bezeichnet eine primär auf Schmerzlinderung zielende Behandlung, die als Nebenwirkung starker Schmerzmittel ein früheres Sterben billigend in Kauf nimmt.
- Beihilfe zur Selbsttötung liegt dann vor, wenn z. B. ein Arzt einem Schwerkranken ein Medikament zur Verfügung stellt, mit dem dieser sein Leben

13 So Manfred Josuttis, *Der Sinn der Krankheit. Ergebung oder Protest?*, in: Ders., *Praxis des Evangeliums zwischen Politik und Religion*, München 1974, 123.

beenden kann. Wenn der Arzt dem Patienten das Mittel jedoch selber verabreicht, macht er sich strafbar.

- Tötung auf Verlangen bedeutet, dass ein Arzt auf Wunsch eines Patienten eine tödliche Spritze oder, wie es neuerdings heißt, eine „terminale Sedierung“ gibt. Diese Handlung stellt in Deutschland eine strafbare Tötung dar.

Hospizmitarbeitende betonen immer wieder, dass der Wunsch nach einer vorzeitigen Beendigung des Lebens nicht auftaucht, wenn ein Mensch psychosozial gut begleitet ist, Schmerzen gestillt werden (was in der großen Mehrzahl der Fälle medizinisch möglich ist) und Ängste ernst genommen und aufgegriffen werden.

Im Vordergrund der Begleitung steht, die vielfältigen Bedürfnisse Sterbender wahrzunehmen, zu erspüren und so weit wie möglich sensibel zu beantworten:¹⁴

- Bedürfnisse des Körpers: Es geht darum, so weit wie möglich die Atmung zu erleichtern, Schmerzen zu lindern, bei den Ausscheidungen behilflich zu sein. Sterbende haben oft wenig Appetit, brauchen aber häufig Flüssigkeit in kleinen Mengen oder wenigstens, dass man ihre Lippen befeuchtet. Der Schlaf ist oft unterbrochen: die Anwesenheit anderer Personen beruhigt, gibt Sicherheit und verbessert Entspannung und Schlaf.
- Bedürfnisse nach Sicherheit: Es müssen Personen da sein, die im Notfall verfügbar sind und einem beistehen und einen halten können – bei Schmerzen, beim Erbrechen. Dazu gehört auch, dass man klagen und quälende Fragen stellen kann, die dann eine ehrliche Antwort verdienen.
- Bedürfnisse nach Liebe, nach Zärtlichkeit, nach körperlicher Berührung und Zuwendung: Berührt, umarmt oder gehalten zu werden, zählt zu den tiefsten Wünschen und Sehnsüchten eines Menschen. Am Anfang und am Ende des Lebens sowie in Krisenzeiten ist es unerlässlich, dass diese Wünsche wenigstens begrenzt beantwortet werden.
- Bedürfnisse nach Achtung und Respekt: Die Unabhängigkeit der sterbenden Person ist zu respektieren, ihre Wünsche, Vorlieben und Abneigungen. Auch Sterbende möchten als erwachsene und autonome Menschen gesehen werden. Ungefragtes Duzen, wie es leider immer noch in Krankenhäusern und Altenheimen vorkommt, verbietet sich von selbst.

14 Zum Folgenden vgl. Franco Rest, *Den Sterbenden beistehen. Ein Wegweiser für die Lebenden*, Heidelberg 1981, 32 ff.

- Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung: Auch Sterbende möchten noch Wünsche realisieren, möchten noch im Rahmen des ihnen Möglichen Verantwortung für sich übernehmen.
- Spirituelle Bedürfnisse: Sinnfragen stellen zu können und in einfacher Weise beantwortet zu bekommen, heilsame Rituale zu erleben und mit dem eigenen spirituellen Erleben ernst genommen zu werden, ist bis zuletzt von großer Bedeutung.

Die Seelsorgerin und Musiktherapeutin Monika Renz erzählt in ihrem Bericht über die Begleitung vieler sterbender Menschen, wie häufig ihr bei Sterbenden spirituelle Erfahrungen oder Gotteserfahrungen begegnet sind.¹⁵ Sie unterscheidet dabei fünf Erfahrungsweisen:

- Einheits- und Seinserfahrungen (ein 50jähriger Mann sagt: „Alles ist ein großes Sein. Aber ich fühle Sinn. Alles geht auf, in dieser Ordnung hat alles seinen Platz“.);
- Gegenüber-Erfahrungen (z.B. die Erfahrung einer letztgültigen und unbedingten Würdigung der eigenen Person);
- der beschützende, väterliche, mütterliche Gott (eine von tiefen Ängsten geplagte sterbende Frau sagt „eigentlich kann Gott mich im letzten nicht fallen lassen... er trägt.“);
- der „Gott inmitten“ („Gott lebt in mir, ich spüre seine Anwesenheit in mir“);
- eine Erfahrung Gottes als Alles durchdringender Geist der Wahrheit, der Liebe und des Lebens.

Zur Berücksichtigung der Bedürfnisse sterbender Menschen gehört, ihre manchmal verschlüsselte, symbolgeladene Sprache sorgfältig wahrzunehmen und zu verstehen.¹⁶ Sterbende Menschen sprechen oft eine andere Sprache, um das Unsagbare und Geheimnisvolle auszudrücken; die Sprache der Tatsachen erscheint dafür wenig geeignet. Sie sagen, sie wollen sich auf eine Reise machen; sie wollen noch einmal nach Hause; sie fragen, ob das Geld noch reicht; sie sprechen mitten im Sommer davon, dass es kalt und dunkel sei; alte Menschen erzählen von Krieg und Flucht: Sie erleben offenbar ihren gegenwärtigen Zustand so, dass er sie an das frühere Leiden erinnert. Auch Träume stellen eine Sprache für das Unsagbare dar:¹⁷ Träume sind in der Regel voller Symbole, enthalten verdichtete und verfremdete Erfahrungen, die als Spiegel der gegenwärtigen Situation zu verstehen sind. Träume ernst zu nehmen, sie im Ge-

15 Vgl. Monika Renz, *Grenzerfahrung Gott. Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit*, Freiburg/Basel 2006, 184 ff.

16 Vgl. Jutta Rittweger, *Hoffnung als existentielle Erfahrung am Beispiel onkologischer Patienten in der Strahlentherapie*, Leipzig 2007, 284 ff.

17 Lückel, *Begegnung mit Sterbenden*, a.a.O.

spräch auszulegen und weiter zu spinnen, kann ein hilfreiches Verstehen der gegenwärtigen Situation des anderen Menschen eröffnen. Wer die symbolische Sprache Sterbender als unverständlich, bizarr oder verrückt abtut, stößt sie in die Einsamkeit zurück.

Zu den Bedürfnissen eines sterbenden Menschen kann auch gehören, noch einmal Rückschau zu halten und eine Art Lebensbilanz zu ziehen – für sich selbst oder in Kommunikation mit den Angehörigen (s. o.).¹⁸ Lebensbilanz zu ziehen heißt: Stationen des Lebens zu erinnern, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, sich über Gelungenes zu freuen, Misslungenes zu betrauern, unerledigte Situationen ins Bewusstsein zu rufen in der Hoffnung, dass sie noch abgeschlossen werden können (wenn es z. B. um die Versöhnung mit einem Familienmitglied geht). In einer solchen – vielleicht sehr begrenzten Bilanz – wird der sterbende Mensch noch einmal Subjekt und Autor seines Lebens: Er macht sich sein Leben zu Eigen, tritt darüber noch einmal in intensive, persönliche Kommunikation zu anderen und kann das Leben dann möglicherweise auch leichter loslassen.

Ein 78jähriger, unheilbar an Krebs erkrankter Mann erzählt dem ihn besuchenden Pastor in Abschnitten und unter zunehmender Mühe von Stationen seiner Biographie. Er beendet sein Erzählen mit letzter Kraft und dem Satz: „Das war’s. Nun geb ich’s Ihn zurück.“¹⁹

Im Rahmen der Begleitung kranker und sterbender Menschen können auch Rituale eine wichtige Rolle spielen: Segen mit Handauflegung, Salbung, Abendmahl bzw. Eucharistie (die mehrheitlich nur noch von Menschen mit einer deutlich kirchlichen Bindung gewünscht wird). Rituale oder Symbolhandlungen vermitteln ihre Botschaft sinnlich-ganzheitlich und damit in tieferer Weise erfahrbar als es Worte können. Sie bieten eine geprägte Sprache an in Situationen, in denen man selber nichts mehr zu sagen weiß. Die Handauflegung beim Segen lässt etwas spüren von dem Behütetsein, das Gott zusagt; die Salbung lässt ahnen, dass Gott auch im Leiden da ist; die Speise des Abendmahls lässt schmecken, dass Gott nahe ist.

18 Zum Folgenden Lückel, *Begegnung mit Sterbenden*, a.a.O., 49 ff.

19 Aus Lückel, *Begegnung mit Sterbenden*, a.a.O., 51.

5. Hospizarbeit

Angesichts der Medikalisierung und Institutionalisierung des Sterbens (s. o. 2) ist es unbestreitbar, dass ein selbstbestimmtes Sterben in Würde sehr erschwert ist. Die Gründerin der modernen Hospizbewegung²⁰, die Krankenschwester und Ärztin *Cicely Saunders* (1918–2005), wollte diesen Tendenzen etwas entgegen setzen und sterbenden Menschen „rounded care“, umfassende Betreuung anbieten. Dazu gehört: Sterbenden einen Ort der Geborgenheit zu verschaffen (möglichst das Zuhause), so dass sie im Kreis vertrauter Menschen sterben können; kompetente Schmerzlinderung durchzuführen; Hilfestellung im Regeln letzter Dinge zu geben; Fragen nach dem Sinn von Leben und Sterben zuzulassen.²¹ Aus dieser Aufgabenstellung erwächst die Notwendigkeit eines interdisziplinären Teams, in dem Personen aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie und Seelsorge zusammen arbeiten.

Hospiz bezeichnet also primär ein Handlungskonzept oder eine Lebenshaltung und erst in zweiter Linie ein Gebäude (stationäres Hospiz): Sterben und Tod werden als Teil des Lebens akzeptiert; der Tod soll weder mit medizinischen Mitteln beschleunigt noch hinausgezögert werden. Die Bedürfnisse des Patienten haben Priorität. Spirituelle Bedürfnisse werden ernst genommen. Patienten und Behandelnde begegnen einander mit Wahrhaftigkeit und Offenheit. Hospizarbeit wird überwiegend von Ehrenamtlichen getragen, die für diese Tätigkeit entsprechend geschult werden. Die vielen lokalen Hospizinitiativen sind zusammen geschlossen im Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V.

Bestandteil der Hospizidee ist die sog. Palliativmedizin, die sich langsam auch in Deutschland ausbreitet und von der WHO so definiert worden ist:

„Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“²²

20 Zur langen Geschichte des Hospizgedankens vgl. Oliver Seitz/Dieter Seitz, *Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein*, Herbolzheim 2002, 10 ff.

21 Vgl. Seitz/Seitz, *Die moderne Hospizbewegung*, a.a.O., 74.

22 Zitiert nach Seitz/Seitz, *Die moderne Hospizbewegung*, a.a.O., 200.

Krankenhäuser richten in zunehmender Zahl Palliativ-Stationen ein; darüber hinaus gibt es mobile, rund um die Uhr einsatzbereite Palliativ-Care Teams, die Patienten zu Hause aufsuchen. Ihre Mitarbeit als Pfarrerin in einem solchen Team beschreibt *Hanna Kreisel-Liebermann*. Sie bezeichnet ihre Rolle im multidisziplinären Team sowohl als Fachfrau für die Seele, die auf Fragen nach dem Sinn des Lebens, nach Gott und einem Leben nach dem Tod kompetent eingehen kann wie auch als Priesterin, die religiöse Rituale zelebriert. Als eine ihrer wichtigsten Aufgaben nennt sie, das Tabu des Todes aufzubrechen:

„Die meisten Krebspatienten hätten in der Tat Zeit zum Abschiednehmen. Dennoch wird diese Zeit oft nicht genutzt. Einer der Gründe ist die Scheu, die auch der Sterbende, vor allem aber die Angehörigen vor dem Thema Sterben haben.... Ich habe mich daher in meinen Gesprächen mit Sterbenden und ihren Lieben bemüht, das Tabu um den Tod aufzubrechen. Wenn dies in Familien oder Partnerschaften gelang, gedieh oft noch kurz vor dem Ende eine besondere Innigkeit und Intimität.“²³

Die Hospizbewegung macht darauf aufmerksam, dass Seelsorge auch die Verpflichtung hat, sich für eine Kultur des würdigen Sterbens einzusetzen. Dazu gehört, dass in Krankenhäusern und Altenheimen Abschiedsräume zur Verfügung gestellt werden, in denen Sterbende und ihre Angehörigen ungestört zusammen sein können, in denen Angehörige auch nach dem Tod noch eine Zeit lang bleiben können, um sich in angemessener Weise von ihrem Verstorbenen verabschieden zu können. Dazu gehört auch, dass ärztliches und pflegerisches Personal für einen sensiblen Umgang mit Sterbenden fortgebildet werden.

6. Religiöse Dimensionen der Sterbebegleitung²⁴

Die Begleitung sterbender Menschen ist eine ganzheitliche Aufgabe, in der körperliche, seelische und geistig-geistliche Aspekte ineinander verwoben sind. Die Frage, was im Horizont des christlichen Glaubens in zugleich elementarisierter und theologisch verantwortbarer Weise in der Begleitung Sterbender gesagt und getan werden kann, bedarf jedoch

23 Hanna Kreisel-Liebermann, *Dem Leben so nah. Schwerstkranke und Sterbende begleiten*, Göttingen/Zürich 2001, 73 f.

24 Vgl. zum Folgenden Wilfried Härle, *Dogmatik*, Berlin/New York (1995)³2007, 600 ff.

besonderer Aufmerksamkeit. Die im Folgenden genannten biblisch-theologischen Hinweise werden selten in direkter Form ins Gespräch einfließen, bilden aber den Hintergrund einer theologisch reflektierten Haltung der Seelsorgeperson.

- Die Wahrnehmung der Angst, der Not, der Schmerzen, des Leidens und der Hoffnungen des anderen Menschen und von dessen Angehörigen bildet immer den Ausgangspunkt einer seelsorglichen Begleitung. Es ist sinnvoll auszusprechen, wie man den anderen Menschen wahrnimmt – mit persönlichen Worten oder auch in überindividueller Weise etwa mit geprägten Worten aus den Psalmen (z. B. Ps 69, 1–4, 14–17; Ps 77, 1–11; Ps 102, 1–8 und 13).
- Das Leben ist nach christlicher Überzeugung Gabe des Schöpfers, also nicht etwas, das wir uns selber gegeben haben, das wir nicht selber um jeden Preis aufrecht erhalten sollten, das wir nach Möglichkeit auch nicht eigenhändig beenden sollten. Auch da, wo Krankheit, Schmerzen oder Behinderung so im Vordergrund stehen, dass sie alles andere in den Hintergrund drängen, bleibt gültig, dass das geschöpfliche Leben von Gott her seine unverlierbare Würde hat und deswegen bis zuletzt entsprechenden Respekt verdient.
- Es gehört zur Geschöpflichkeit des Lebens, dass es endlich und begrenzt ist. Es hat keinen Sinn, gegen diese Endlichkeit anzurennen, sie hinauszuzögern oder überwinden zu wollen. Im Gegenteil: Die Annahme der Endlichkeit ist etwas, das Weisheit oder Lebensklugheit vermitteln und zu einer Intensivierung des Lebens führen kann: „Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden“ (Ps 90,12).
- Bestandteil des christlichen Glaubens in Bezug auf den Menschen ist die Aussage, dass er der Entfremdung, der Verfehlung der Liebe, traditionell gesprochen: der Sünde nicht entkommen kann. Ausdruck dessen ist die Anfälligkeit jedes Lebens für Versagen und Schuld – ein Faktum, das Menschen gerade im Sterben besonders belasten kann. Wenn solche Erfahrungen in der Seelsorge zur Sprache kommen, liegt es nahe, zum einen, nach Möglichkeiten zu suchen, wie Versagen und Schuld noch bearbeitet werden können (es gibt zahlreiche Berichte, dass angesichts des Sterbens Familienkonflikte noch gelöst werden konnten), zum anderen dem betroffenen Menschen verbal und rituell Gottes Vergebung zuzusagen. Die in der katholischen Kirche übliche „Versehung“ mit den Sterbesakramenten (zu denen Beichte und das Zusprechen der Vergebung gehören) hat auch diese Funktion.

- Die verbreitete Frage, was nach dem Tod kommt, hat mit der Angst des Menschen zu tun, sich mit dem Tod ins Nichts zu verlieren. Ein Trostversuch, zu dem viele Menschen immer wieder greifen, ist die dualistische Anthropologie, also die Annahme einer unsterblichen Seele, die im Tod den Leib verlässt und ewig erhalten bleibt. Auch wenn diese aus der griechischen Antike stammende Anthropologie christlich schwer zu akzeptieren ist (obwohl sie in der alten Kirche weit verbreitet war), sollte man sie nicht abwerten, sondern die dahinter stehende Sehnsucht würdigen. Die christliche Antwort besteht eher darin, auf den Glauben, auf die Hoffnung zu verweisen, dass Gottes Liebe auch den Tod des Menschen überdauert und umfasst: Leben nach dem Tod kann dann heißen, am göttlichen Leben, an der göttlichen Liebe teilzuhaben.
- Der Gedanke an ein „jüngstes“, d. h. letztes Gericht hat Jahrhunderte hindurch Menschen Angst gemacht; in dieser Dimension entspricht die Gerichtsvorstellung der verbreiteten Erfahrung, dass es ein „zu spät“ im Leben gibt und wir nicht aus der Verantwortung für unser Leben entlassen werden. Darüber hinaus interpretieren Theologen die Vorstellung vom Gericht als „das endgültige Zurecht-Bringen des getanen und erlittenen Unrechts und die endgültige Auf-Richtung der Gebeugten.“²⁵
- Die christliche Rede von der Auferstehung der Toten meint sowohl, dass die Toten in Gottes Leben aufgehoben sind als auch die Hoffnung, dass unser wesenhaft fragmentarisches Leben im Reich Gottes vollendet sein wird. Der von Sterbenden häufig geäußerte Wunsch, bei Gott Verwandte und Freunde wieder zu sehen, ist seelsorglich als Ausdruck dieser Sehnsucht ernst zu nehmen, dogmatisch aber als Spekulation zu werten.
- Die Aussagen des christlichen Glaubens stehen in Spannung zu Reinkarnations- und Seelenwanderungsvorstellungen, die inzwischen vielfältig begegnen. Diese Vorstellungen sind populär, weil sie eine Fortsetzung des Lebens auf andere Weise suggerieren und damit die Härte des Todes abmildern. Ihre Kehrseite ist darin zu sehen, dass sie die Einmaligkeit des Lebens nicht wirklich ernst nehmen; sie schwächen die Zusammengehörigkeit von Leib und Seele ab (das Eigentliche des Menschen ist danach sein geistiges Wesen, das sich in verschiedenen Leiblichkeiten inkarnieren kann); und sie verbinden sich mit

25 Jürgen Moltmann, *Im Ende – der Anfang. Eine kleine Hoffnungslehre*, Gütersloh 2003, 131.

einer Art von Selbsterlösungsvorstellung, insofern sich der Mensch durch gute Taten und höhere Erkenntnis aus dem Rad der Wiedergeburt selbst erlösen muss.²⁶ Der christliche Erlösungsgedanke geht demgegenüber davon aus, dass Erlösung Teilhabe an der Liebe bedeutet, die Gott uns zukommen lässt, die wir nicht selber verdienen können oder müssen.

- Die Aussagen des christlichen Glaubens zu Sterben, Tod und einem Leben danach lassen sich am besten in Bildern bzw. Symbolen vermitteln. Bilder haben die Kraft, Imagination und Sehnsucht anzuregen und damit über die gegenwärtige Situation hinaus zu greifen. Wer mit Sterbenden Bilder meditiert, öffnet ihnen gewissermaßen ein Tor zu dem, was sein könnte. Es können Bilder des Alltags sein (die Reise, der Frühling, der Garten), es können eigene Träume oder Symbole aus der Biographie sein, es können Bilder aus der biblischen Tradition sein: Die grüne Aue, das Haus Gottes mit den vielen Wohnungen, die bergende Hand Gottes, das Licht Gottes, das ewige Leben.²⁷

Karin Kiworr erzählt von einer jungen Frau, die mit Brustkrebs im Endstadium im Krankenhaus liegt.²⁸ Sie hat die Seelsorgerin rufen lassen. Die Frau sagt: „Aber es ist mir sehr wichtig, mit Ihnen zu sprechen. Ich weiß, dass ich nicht mehr lange leben werde. Und ich kann eigentlich nicht glauben. Aber ich hatte eine Freundin, die war sehr gläubig. Und ich habe immer gedacht, das muss schön sein, sich so geborgen zu fühlen. Ich bin auch nie aus der Kirche ausgetreten...“ Die Seelsorgerin fragt sie, ob es etwas gäbe im christlichen Glauben, das ihr etwas bedeutet hätte. „Sie überlegt eine Weile, dann sagt sie: ‚Ja, die Vorstellung vom Schutzengel.‘ Wieder eine Pause. Dann: ‚Ich stelle mir das so schön vor, gewissermaßen von seinen Flügeln umhüllt zu sein.‘ Wir bleiben bei dem Bild, lassen es zu uns sprechen: Eine Gestalt, ein Bote Gottes, dessen Flügel wie bei einem Vogel Schutz bieten in der Gefahr. Sie schläft ein. In der Nacht stirbt sie an einem Herzinfarkt.“

Fragen, die auf das Leben als Ganzes, auf seine Qualität, seine Bestimmung zielen, öffnen das Gespräch für Perspektiven der Lebensdeutung:²⁹

- Wenn Sie an Ihr Leben als Ganzes denken: Wofür sind Sie besonders dankbar und worüber sind Sie unglücklich (oder was bedauern Sie)?

26 Härle, *Dogmatik*, a.a.O., 607 f.

27 Vgl. Karin Kiworr, *Bilder der Hoffnung im Angesicht des Todes. Ein Weg christlicher Sterbebegleitung*, Mainz 2005.

28 Kiworr, *Bilder der Hoffnung*, a.a.O., 111.

29 Vgl. Werenfried Wessel, *Seelsorge*, in: Johann Christoph Student (Hg), *Sterben, Tod und Trauer*, Freiburg 2004, 194–197.

- Gibt es etwas, das offen geblieben ist und das Sie nach Möglichkeit noch klären oder abschließen möchten?
- Was macht Ihnen im Blick auf die nächste Zeit besondere Angst oder Sorge?
- Wonach sehnen Sie sich? Worauf hoffen Sie?

Auch das Angebot, etwas zu singen oder Musik vorzuspielen, kann wichtiger Bestandteil von Sterbebegleitung sein.³⁰ Musik hat eine eminent geistliche und zugleich therapeutisch-entspannende Wirkung. Im Singen oder Musik-Hören wird das Unsagbare artikuliert, es geht um einen ganzheitlichen Ausdruck von Frömmigkeit. Aber auch bei Nicht-Gläubigen hat Musik eine entspannende und insofern heilsame Wirkung.

Singen bietet eine Art von Bewusstseins-erweiterung und Identitäts-entgrenzung an, die gerade im Sterben hilfreich sein kann. Der Übergang von der Schwere des jetzigen Lebens in die Leichtigkeit eines neuen Lebens wird ansatzweise vorweggenommen. Außerdem weckt das Singen Erinnerungen an frühe Erfahrungen, in denen die Mutter das Kind in den Schlaf gesungen hat, Erinnerungen von Geborgenheit und angenehmer Regression. In diesem Sinn galten geistliche Lieder schon immer als „Arznei für betrübtete Seelen“ oder als „Vorgeschmack des Himmels“.³¹

7. Schluss

Die demographische Entwicklung in unserem Land (starke Zunahme von alten und hochaltrigen Menschen) sowie die seit längerem zu beobachtende Veränderung des Krankheitspanoramas (viel weniger Menschen als in früheren Zeiten sterben an akuten Infektionen, statt dessen nimmt die Zahl chronisch kranker Menschen, die möglicherweise über Jahrzehnte an einer oder mehreren Krankheiten leiden, auf Grund der medizinischen Möglichkeiten jedoch ein hohes Alter erreichen, immer weiter zu³²)

30 Vgl. Michael Klessmann, *Kirchenmusik als Seelsorge*, in: Gotthard Fermor/Harald Schroeter-Wittke (Hg.), *Kirchenmusik als religiöse Praxis. Praktisch-theologisches Handbuch zur Kirchenmusik*, Leipzig 2005, 230–234; Michael Heymel, *Lieder am Krankenbett und in der Sterbebegleitung*, ThBeitr 34 (2003), 60–70.

31 Heymel, *Lieder*, a.a.O., 66.

32 Im *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*, hg. von Bernhard Schäfers und Wolfgang Zapf, Opladen 2001, heißt es: „Die chronisch kranken Patienten dominieren heute das Bild. Etwa zwei Drittel der zu einem bestimmten Zeitpunkt Kranken sind chronisch krank, bei den 15-40-Jährigen 33 %, bei den 40-65-Jährigen 72 % und bei den über 65-Jährigen 86 %.“ Zum Stichwort „Wandel

machen es zu einer immer wichtiger werdenden Aufgabe, den vielen schwerkranken und sterbenden Menschen gute und einfühlsame Begleitung anzubieten. Die Hospizbewegung erscheint als angemessene Antwort auf diese gesellschaftliche Entwicklung. Jedoch ist der Anteil sterbender Menschen, die Hospizdienste in Anspruch nehmen können, immer noch relativ gering³³, so dass hier das Gesundheitswesen insgesamt, besonders aber auch die christlichen Kirchen vor einer unverändert großen Herausforderung stehen.

Literatur

- Philippe Aries, *Geschichte des Todes* (1980), München 1995.
- Andreas Ebert/Peter Godzik (Hg.), *Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde. Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender*, Hamburg 1993.
- Norbert Elias, *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt 1982.
- Elisabeth Kübler-Ross, *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart/Berlin 1972.
- Kurt Lückel, *Begegnung mit Sterbenden ‚Gestaltseelsorge‘ in der Begleitung sterbender Menschen*, Gütersloh (1981) ⁵2001.
- Jürgen Moltmann, *Im Ende – der Anfang. Eine kleine Hoffnungslehre*, Gütersloh 2003.
- Fuat Oduncu, *In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Göttingen 2007.
- Norbert Ohler, *Sterben und Tod im Mittelalter*, Düsseldorf 2003.
- Franco Rest, *Den Sterbenden beistehen. Ein Wegweiser für die Lebenden*, Heidelberg 1981.
- Franco Rest, *Sterbebegleitung statt Sterbehilfe*, Freiburg 1997.
- Heinz Rügger, *Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst*, Göttingen 2006.
- Cicely Saunders, *Hospiz und Begleitung im Schmerz*, Freiburg 1993.
- Oliver Seitz/Dieter Seitz, *Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven*, Herbolzheim 2002.
- Ina Spiegel-Rösing/Hilarion Petzold (Hg.), *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie*, Paderborn 1984.
- Fulbert Steffensky, *Mut zur Endlichkeit. Sterben in einer Gesellschaft der Sieger*, Stuttgart 2007.

des Krankheitspanoramas“ vgl. die Prognosen von Heinrich Schipperges, *Homo Patiens*, München 1985, 292.

33 Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. spricht davon, dass es gegenwärtig erst 17 Hospiz- und Palliativbetten auf eine Million Einwohner gibt, während der tatsächliche Bedarf auf etwa 50 Betten pro 1 Million Einwohner geschätzt wird.

Johann-Christoph Student (Hg.), *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende*, Freiburg 2004.

Oliver Tolmein, *Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung*, München 2007.