

*Aus der Reihe:*

**Dialogversuche:  
Medizin und Theologie  
im Gespräch**

**Dokumentation der Veranstaltung vom  
Donnerstag, den 4. November 2004**

**Dem Tod entgegenwachsen  
- Sterben als Abbruch oder Vollendung des Lebens -**

**Referenten:**

**Dr. Christoph Ostgathe  
Dr. Michael Rieger  
Frau Martina Kern**

**Frau Sabine Werner**

**Facharzt für Anästhesie (Malteser-Krankenhaus – Bonn)  
Theologe  
Pflegedienstmitarbeiterin im ambulanten  
Palliativdienst (Malteser-Krankenhaus – Bonn)  
Angehörige eines Verstorbenen und  
ehrenamtliche Mitarbeiterin im Hospiz**

Einführung und Moderation: Dipl. Theol. H.-B. Hagedorn ( Kath. Klinikseelsorger )

**Veranstalter: Katholische und Evangelische Klinikseelsorge der Unikliniken Bonn  
Evangelisches Forum Bonn und Katholisches Bildungswerk Bonn**

gefördert durch:





## **Begrüßung und Einführung**

**Hans-Bernd Hagedorn**

Pastoralreferent - Klinikseelsorger

Ganz herzlich möchte ich Sie alle hier im Hörsaal der Dermatologie zu unserer jetzt schon 7. Veranstaltung in der Reihe „Dialogversuche: Medizin und Theologie im Gespräch“ begrüßen. Neben dem Team der Klinikseelsorge sind das Evangelische Forum und das Katholische Bildungswerk Bonn Mitträger unseres Abends.

Nicht unwichtig ist die finanzielle Förderung: hier unterstützt unseren Abend die Stiftung Krankenhausseelsorge des Evangelischen Kirchenkreises Bonn. Infozettel zu dieser Stiftung finden Sie draußen zusammen mit den Dokumentationen der bisherigen Dialogveranstaltungen.

---

### **Unser Thema heute:**

# ***Dem Tod entgegenwachsen***

## ***- Sterben als Abbruch oder Vollendung des Lebens -***

---

*Desiree starb noch im Mutterleib und kam tot zur Welt;*

*zu früh geboren wurde Markus und wurde nur wenige Tage alt;*

*die Eltern von Corinna haben ihren plötzlichen Kindstod zu verkraften;*

*keine 10 Jahre alt wurde Lena, die an der unheilbaren Stoffwechselkrankheit Mukowiszidose litt;*

*an Leukämie starb Stefan schon mit 17 Jahren;*

*Thomas nahm sich mit 23 Jahren das Leben;*

*Ulla verlor den Kampf gegen den Krebs mit 32 Jahren und hatte erst vor einem Jahr ihre große Liebe entdeckt;*

*Dirk brach in seinem Büro zusammen und starb mit 42 Jahren an einem Herzinfarkt;*

*Nach einem schweren Leben und mit einer durch Alkoholmissbrauch ruinierten Leber konnte für Karl-Heinz nicht mehr rechtzeitig ein passendes Organ zur Transplantation gefunden werden, obwohl er den mühsamen Kampf gegen die Abhängigkeit schon gekämpft hatte;*

*Christine entschlief ruhig mit 81 Jahren im Kreis der Familie.*

Mit jedem der genannten Menschen und seinen Angehörigen hat der Tod seine eigene Geschichte. Auch wenn er allzu oft plötzlich und unerwartet in das Leben tritt, seiner gewiss sind wir alle schon mit den ersten Anzeichen unseres Lebens. Gewiss sind wir auch, dass der Tod auf unsere Pläne keine Rücksicht nimmt.

Von der Kunst des Sterbens, oder wie ich in einer anderen Übersetzung fand: Von der Kunst, das Leben zur rechten Zeit loszulassen – sprach vor mehr als einem ½ Jahrtausend die „ars moriendi“. Es handelte sich dabei um einen Leitfaden in Form einer Holzschnittfolge, als Bilderserie gefertigt für unsere damals größtenteils lese-unkundigen Vorfahren. In elf, didaktisch angelegten Holzschnitten führte er den Menschen drastisch vor Augen, welche Möglichkeiten der Mensch hat, dem Tod scheinbar aus dem Weg zu gehen, ihn zu verdrängen, um sich nicht schon zu Lebzeiten oder in der Sterbephase mit ihm auseinander zu setzen. Diese Bilder - Betrachtung sollte dazu motivieren, auch schon in gesunden und friedvollen Zeiten das Leben angesichts des unausweichlichen Todes zu gestalten. Sie wollte – um es mit unserem Thema in Bezug zu bringen – den Menschen bewusst machen, dass sie zeitlebens immer auch dem Tod entgegen wachsen.

Zurück in unsere Zeit: Sterben und Tod vollziehen sich in unserer Zeit vor allem in Krankenhäusern, Pflege- oder Altenheimen und Hospizen. Eine erfreuliche Tendenz zeigt, dass Sterben zunehmend auch wieder zuhause einen Platz erhält. In jedem Fall vollzieht sich das Sterben als Einzelschicksal. Wie wir es erleben, erleiden und in unserer Trauer verarbeiten, das hängt nicht nur von den Umständen ab, sondern auch von unserer Bereitschaft, uns dem Tod zu stellen, den Tod und das Sterben als Teil unseres Lebens zu sehen und anzunehmen. Diese Aufgabe ist nicht nur den Kranken, sondern auch den Angehörigen, Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern aufgegeben.

Wie unser Umgang mit Sterbenden unsere persönliche Einstellung zum Tod beeinflusst und welche Folgerungen für die Begleitung Sterbender sich ergeben, das soll uns an diesem Abend beschäftigen.

Dazu darf ich unsere Referenten in der Reihenfolge vorstellen, wie wir sie heute Abend erleben werden:

**Dr. Michael Rieger** wird den Dialogpart des Theologen übernehmen. Michael Rieger war noch bis vor einem Jahr unser Kollege im ökumenischen Klinikseelsorgerteam und hat sich in dieser Zeit entschieden, Priester zu werden. Heute haben wir ihn in Bonn zurück, wo er in den Pfarreien des Seelsorgebereichs Bonn – Mitte als Kaplan arbeitet. Über seinen Hintergrund zu unserem Thema wird er – wie alle unseren Referentinnen und Referenten - selbst etwas sagen. Schön, dass Du heute hier bist.

Gemeinsam – unserem Titel „Dialogversuche“ getreu – werden die beiden nächsten Referenten ihren Vortrag gestalten: Für den an einem Bandscheibenvorfall erkrankten Dr. Andreas Schwarzer - Facharzt für Anästhesie und Diplom-Psychologe hier an den Universitätskliniken – ist kurzfristig **Dr. Christoph Ostgathe** – seit 5 Jahren Facharzt für Anästhesiologie am Malteser-Krankenhaus - eingesprungen. Einen ganz besonderen Dank dafür!

Dr. Ostgathe und Frau Martina Kern werden zusammen im Dialog ihren Beitrag des heutigen Abends gestalten. **Frau Martina Kern** ist Pflegedienstmitarbeiterin im ambulanten Palliativdienst des Malteser Krankenhauses. Es freut uns, dass Sie uns heute als Dialogpartnerin zur Verfügung stehen –herzlich willkommen !

Besonders wichtig war es uns, auch die Erfahrungen mit dem Sterben eines Angehörigen einzubinden. Wir konnten für diese schwere Aufgabe **Frau Sabine Werner** gewinnen. Sie hat nicht nur selbst erfahren, was es bedeutet, den Lebenspartner zu verabschieden, sie bringt heute ihre Kraft als ehrenamtliche Mitarbeiterin im Hospiz Lohmar ein. Ich darf auch Sie ganz herzlich begrüßen.

Lieber Michael, ich möchte Dich als ersten bitten, uns an Deinen Gedanken teilhaben zu lassen.



## Dialogpartner Theologie:

### Dr. theol. Michael Rieger

Wenn ich vom Tod und Leben spreche, kann und will ich das nur demütig und weiterfragend tun, denn zu groß sind die Geheimnisse, die sich darin und dahinter verbergen: das Geheimnis des Menschen – und zugleich das Geheimnis jener Wirklichkeit, die wir Gott nennen.

„Dem Tod entgegenwachsen“ – dieses Thema nimmt beide Pole in den Blick.

#### 1. Zwei Momentaufnahmen:

Erste Momentaufnahme:

Die letzten zwei Wochen eines 62-jährigen Mannes, an Krebs erkrankt, zuvor längere und regelmäßige, in ihren Abständen kürzer werdende Behandlungszyklen in Krankenhäusern: Die Familie kommt regelmäßig – Lachen, Weinen, Reden, Schweigen im Zimmer. Die Ängste der Angehörigen, die Fragen des kranken Mannes werden oft schweigend ausgehalten. Herr K. blättert noch immer gerne in seinen Büchern, die er sich mitbringen lässt. Er ist Naturwissenschaftler, liebt aber die Philosophie. Auf dem Nachttisch einige Bücher von Karl Raimund Popper und Georg Gadamer.

Einen Tag vor seinem Tod flüstert er nach langem Schweigen drei Worte in unser Miteinander: „Ich spüre Hoffnung, Wehmut, Daseinsschmerz.“

Die Tochter sagt auf dem Flur: „In den letzten Wochen wurde mir die Einsicht immer wichtiger: Mein Vater ist kein Sterbender, sondern ein lebendiger Mensch, der stirbt.“

Zweite Momentaufnahme:

Kurz nach Eintritt des Todes werde ich wieder auf die Station gerufen. Es ist gerade Visite. Der Visitenwagen mit der kleinen Schar der Mediziner fährt am Sterbezimmer vorbei; ich trete ein: Stille; dann sagt die Ehefrau: „Wie er daliegt. Er ist so ursprünglich geworden – vielleicht so, wie er gedacht war.“ Wunsch nach Gebet und Segen. Längeres Bleiben. Später Hinausbegleiten zweier Angehöriger an die frische Luft.

#### 2. Überlegungen zur „Kultur“ von Sterben und Tod

##### 2.1 Sterblich-Sein als Ausgangspunkt

Nicht jeder hat das Glück und die Gnade, so bewusst auf seinen eigenen Tod zuzugehen, wie Herr K. Der Tod ist als heimlich-unheimlicher Lebensbegleiter - der Hl. Franz von Assisi sprach vom Bruder Tod – überall gegenwärtig. Er hat eine ungemeine Variationsbreite; schwere Erkrankungen sind eine davon. Er kann plötzlich kommen oder schleichend. Bisweilen kommt er in grausamen und schrecklichen Szenarien und Gestalten. Beliebte Frage heutzutage: „Woran ist er / sie gestorben?“, so als wäre das die eigentliche Erklärung auf das Rätsel des Todes selber. Tatsache aber ist: Der Mensch ist sterblich.

Epikur formulierte einen Witz: „Das schrecklichste Übel, der Tod, geht uns nichts an. Denn solange wir sind, ist der Tod nicht da, und wenn er da ist, sind wir nicht da.“ Leben als Versteckspiel mit dem Tod. Die Erfahrung steht dagegen: Er ist überall präsent.

Und: Sterben kann nicht schöneredet werden. Obgleich immer wieder als Erlösung erlebt und beschrieben, bleiben Sterben und Tod, für den sich seiner selbst gewahr werdenden Menschen der größte Skandal, Stein des Anstoßes in der Frage nach Sinn und Unsinn des Ganzen.

Vielen geht die Frage nach dem Zusammenhang von Leben und Tod nicht aus dem Sinn. In den Worten Klaus Manns: „Abschied ist das Lied aller Lieder, die wir singen. Erst der Tod aber ist der Abschied aller Abschiede, die wir nehmen.“

Ein kürzlich verstorbener Mann schreibt: „Wie oft habe ich mir vorgestellt, wie nur zwei Sekunden mich trennen von der Befreiung von Angst, Scham, Schmerzen. Alles hebt sich auf in dem kurzen Moment der Atemlosigkeit, die Todesangst von Jahren schrumpft zu einem dumpfen Knall ... in dem alle die betrogenen Hoffnungen, die fehlgeschlagenen Pläne, das ganze Leben spurlos verschwinden. Vielleicht befindet sich ja auf der anderen Seite, wenn man hindurch ist, ein Leben unter entgegengesetzten Vorzeichen.“

Der Tod ist die letzte und größte narzisstische Kränkung, die größte Demütigung des dem Menschen eignenden Lebenswillen und alles Leben fördernden *élan vital*.

Dichter, Maler, Denker aller Zeiten hat dieses geheimnisvolle Gegensatzpaar „Leben – Tod“ angezogen und in eigene Kreativität gesetzt.

„Leben + Tod = Sein“. Es ist wie eine mathematische Gleichung. Es gibt kein Leben ohne den Tod, es gibt keinen Tod ohne Leben. Unsere zeitgenössische, sich aufgeklärt glaubende Kultur lebt gegen den Tod, nicht in Einklang mit ihm. Darin erzeugt sie immerfort neue Formen des Todes.

„Dem Tod entgegenwachsen“ – das klingt geradezu nach einer Definition des ganzen menschlichen Lebens. Dabei wird auch das Paradoxe menschlicher Existenz deutlich: aktiv gestaltend auf ein uns ungefragt Angetanes zuzugehen, zuzuleben, zuzuglauben, zuzuhoffen.

Passio: Leiden, Erdulden, französisiert: Leidenschaft; abgeleitet davon „patients“: erdulden, ertragend: Patient, patientia: die Geduld.

## 2.2 Metaphysik des Todes

„Im Tod hört der Mensch auf zu sein.“ - dieser Satz hat zunächst eine biologisch-empirische Ebene, daneben aber auch - etwa mit einem Satz Martin Heideggers formuliert - eine metaphysische Ebene: „Im Tod hört der Mensch auf zum Sein.“ Auf-horchen zum Sein, zum Urgeheimnis. Grundhaltung des sich und Gottes inne werdenden Menschen. Er erlauscht die Klänge der jenseitigen Welt. Joachim Ernst Berendt beispielsweise beschäftigte sich sein ganzes Leben lang mit diesen Zusammenhängen. Er untersuchte u.a. die „letzten Werke großer Meister - Komponisten“ und zeigte auf, wie sich die Klänge zum Ende hin verfeinern und immer kurzatmiger, aggressiver oder aber feiner und schwebend von der anderen Welt künden, die in und hinter der diesseitig greifbaren wirklich und wirksam ist. In Hospizen und auf Palliativstationen macht man ja auch mit Klang- und Musiktherapien wertvolle Erfahrungen: Im Tod hört der Mensch auf zum Sein, lauscht in die Urklänge der Schöpfung und darin des schöpferischen und erlösenden Gottes hinein.

Joachim Ernst Berendt übrigens starb auf dem Weg zu einem Vortrag über diese Zusammenhänge, als er von einem Hamburger Hotel zum Vortragsort unterwegs war. Er wurde überfahren. „Tatsache ist, wir sterben,“ stand in seinem Manuskript und: „die Arten des Sterbens sind so vielfältig wie es die Menschen selber sind.“

Die Formel „Leben + Tod =Sein“ ist spätestens seit dem mechanistisch-materialistischen Weltbild, besonders in der westlichen Kultur - wenn nicht ganz zerbrochen, so doch in deutliche Unwucht geraten.

Die Einstellung zu Sterben und Tod aber ist entscheidend für eine Kultur im ganzen und ein Leben im einzelnen. An dieser Gleichung „Leben und Tod gleich Sein“ haben sich die Religionen entzündet, in je eigenen und dadurch in vielfältigsten mythologischen und symbolischen Bildern entfaltet.

Die heute, am 4.11. in Bonn eröffnete Ausstellung „Tutanchamun“ legt ja genau davon Zeugnis ab: Wie plastisch und uns wohl auch fremd sind die Vorstellungen anderer Kulturen, etwa der Ägypter. Der Tote lässt das alte Leben an Bord eines prunkvoll geschmückten Schiffes hinter sich; er wird ins Jenseits gebracht. Seltsamerweise ist das Wasser auch heute noch bei vielen Sterbenden ein Leitmotiv. – Eines von vielen archaischen Unsterblichkeitssymbolen.

Der Tod: Abbruch, Weiterführung, Unterbrechung, Neubeginn?

Wie dichtete Michelangelo: „Ich bin nicht tot, ich tauschte nur die Räume. Ich leb in euch und geh durch eure Träume, da uns, die wir vereint, Verwandlung traf. Ich leb mit tausend Seelen weiter dort im Herz der Freunde. Nein ich ging nicht fort: Unsterblichkeit vom Tode mich erlöst.“

Übrigens hat Dimitrij Schostakowitsch (1906-75) dieses Sonett bei fortschreitender Krankheit, kurz vor seinem Tod als Suite mit gelähmter Hand komponiert, wobei er bei dem Wort „Unsterblichkeit“ eine leichte, tändelnde, fast fröhliche Melodie wählte und den Schluss in auffallend leichten, schnellen Klängen ohne eigentlichen Schlussakkord komponierte. Analogien zum menschlichen Sterben – Klänge aus dem Urklang.

### 2.3 Der Einspruch

Die Gedanken der Philosophen, mehr noch der Theologen über das letzte Geheimnis des Todes sind vergeblich. Sie bringen nicht weiter, vor allem sind sie abseits der Realität. Denn sie sind nur Wunsch und Phantasie, im menschlichen Gehirn geschaltete Vertröstungen!

Norbert Elias in seinem Buch: „Über die Einsamkeit des Sterbenden“, 1982:

„Der Tod ist nichts Schreckliches. Man fällt ins Träumen und die Welt verschwindet - wenn es gut geht. Schrecklich können die Schmerzen der Sterbenden sein und der Verlust der Lebenden ... vielleicht sollte man doch offener und klarer über den Tod sprechen, sei es auch dadurch, dass man aufhört, ihn als Geheimnis hinzustellen. Der Tod verbirgt kein Geheimnis. Er öffnet keine Tür. Er ist das Ende eines Menschen. Was von ihm überbleibt ist das, was er anderen Menschen gegeben hat, was in ihrer Erinnerung bleibt.“

Wie aber leben Menschen mit dieser Perspektive? Fest steht: Man kann auch ohne Glauben an ein weiteres Leben und an die Unsterblichkeit von Leib und Seele und Jenseits leben, vor allem auch – diese Aussage ist noch sicherer – sterben.

Wenn nach diesem kurzen Leben nichts mehr kommt, es in Leere und Nichts versinkt, lastet auf der Endlichkeit das große Nichts bei gleichzeitigem Druck, möglichst alles zu erleben. Schwindende Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod lässt das Leben mit dem Tod kaum noch zu. Spannend ist hierbei, dass östliche Wiedergeburtmythen seit Jahren auch bei Christen neue Attraktivität gewinnen.

Tod und Sterben sind, aufgrund fehlender intimer Infrastrukturen, weithin an Großinstitutionen von Krankenhäusern und Pflegeheimen, delegiert. Die Medizin lebt angesichts des Sterbens in den Krankenhäusern mit dem Dilemma, dass sie kurativ arbeiten will und zugleich den ganzheitlichen Bedürfnissen von Patienten mit terminaler Diagnose gerecht werden müsste oder – im besten Falle – will. Der Tod ist unausweichlich aber unerwünscht. Ein echtes Dilemma.

Nur wenige Institutionen tragen heute noch eine klare, gemeinschaftsbildende und den einzelnen stützende Lebenshoffnung, die über den Tod hinausgeht. Auch dieser Rahmen ist gebrochen. Auferstehungsglaube ist selbst bei Christen nicht mehr selbstverständlich. Die dargebotenen Bilder von „ewigem Leben“, „Himmel“, „Wiedersehen“, „Erfüllung“ sind weitgehend entleert und einer gemeinsamen Glaubensgrundlage entzogen. Sie sind sozusagen Mythologeme aus Kindertagen, letzte Reste vergangener Zeiten.

Was in dieser Richtung noch geglaubt werden kann, ist nur noch die Trivialform des Glaubensbekenntnisses: „Wir kommen alle, alle in den Himmel, weil wir so brav sind ...“ So liegt die Last, eine tragende Glaubensvorstellung - also eine ars moriendi als einer ars vivendi -



zu entwickeln, aus der heraus gelebt und in die hinein gestorben werden kann, immer mehr beim einzelnen. Eine große Überforderung!

Was heißt „ewiges Leben“ für den heutigen Menschen? Was heißt das: Christus hat den Tod besiegt? Das ist ein wirkliches Drama in der Glaubenszumutung, in der sich der Mensch (weitgehend jener der westlich-kapitalistischen Zivilisation) befindet: Es gibt kaum noch gemeinschaftstragende Hoffnungsbilder eines verbindend-verbindlichen Glaubens.

### **3. Eine biblische Skizze**

„Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“ (Ps 90)

„Herr, lehre mich doch, dass mein Leben ein Ziel hat und ich davon muss. Siehe, meine Tage sind eine Hand breit vor dir. Wie gar nichts sind alle Menschen, die doch so sicher leben. Sie gehen daher wie ein Schatten und machen sich viele vergebliche Unruhe. Herr, wessen soll ich mich trösten? Ich hoffe auf dich.“ (Ps. 38)

Biblich bezeugt ist der Zusammenhang zwischen Lebensweisheit und Herzensbelehrung über die Endlichkeit des Lebens.

Der biblische Gott wird als todüberwindende Macht geglaubt. Der Tod ist Ausdruck einer unheilvollen Trennung zwischen Gott und seiner Schöpfung. Als treuer Gott entreißt er seine Schöpfung dem Tod, was in Jesus Christus - religionsgeschichtlich alternativlos - realisiert ist: Der göttliche Überwinder des menschlichen Todes. Völlig paradox löst er das Paradoxon des menschlichen Dramas.

Auf diesem Hintergrund des in Christus sich ereigneten Heil sind die großen Glaubenstexte zu verstehen:

1 Kor 15,54: „Verschlungen ist der Tod vom Sieg.“

Röm 8:0: „Nichts kann uns scheiden von der Liebe Christi.“

1 Joh 3,14: „Wir wissen, dass wir aus dem Tod ins Leben hinübergegangen sind.“

Joh 11, 24: „Wer an mich glaubt wird leben, auch wenn er stirbt.“

Die in Christus freigesetzte Hoffnung ist die große und tröstende Spielgefährtin im Lebensdrama der Welt. Sie ist, wie Charles Péguy sagt – die kleine Schwester von Glaube und Liebe. „Wir sind erlöst – doch auf Hoffnung hin.“

### **4. Facetten einer Lebenshaltung, die hält: Ausschau nach einer christlichen ars moriendi als einer ars vitae**

- versöhnt leben
- schweigend leben
- von Hoffnungen erzählend
- betend leben: Psalmen, Gebetsbestand, „Stossgebete“; Marienfrömmigkeit. Hier wirkt sich das Schwinden des institutionellen Rahmens besonders gravierend aus: Welche werthafter Gebete stehen dem Menschen von heute und morgen noch zur Verfügung?
- endlich leben: Carpe diem.
- einfach leben: Immer wieder: Reduktion, Konzentration aufs Wesentliche, „Wenn ihr nicht werdet wie die Kinder, könnt ihr nicht gelangen in das Reich der Himmel.“
- Riten und Räume schaffen für die alltägliche Lebenstrauer, für den nonverbalen Ausdruck des Glaubens z.B. auch in den Sakramenten der Kirche: Abendmahl, Krankenkommunion und Krankensalbung; Gedenkfeiern für die Toten.
- Das Leben lieben: „Seine ganzes Leben leben, seine ganze Liebe lieben, seinen ganzen Tod sterben.“ (Theresia von Avila)
- Sich den Tod täglich vor Augen halten (aus der Benediktus-Regel)
- Einübung in den Bewusstseins-Satz: „Ich bin einen Gott wert.“

## 5. Dem Tod entgegenwachsen ...

Im Kontakt mit Sterbenden wächst einem oftmals der Trost zu, den man selber zu spenden beabsichtigte: „Wir wollten dich trösten, doch du selbst hast uns getröstet.“ Die Sterbenden halten sich in einem eigenen Modus am göttlichen Halt ... Sie haben eine andere Nähe zum jenseitigen Kraftfeld. Es geht von vielen Sterbebetten ein Friede aus, aber die Toten geben in ihrer erhabenen Distanz ihr letztes Geheimnis nicht preis.

Ein 85 jähriger Mann schreibt kurz vor seinem Tod:

„Denken Sie bitte nicht, dass mich der Gedanke an das Ende niederdrückt oder mich gar trostlos macht. Im Gegenteil! Ich bin von dankbarer Freude erfüllt, dass ich am menschlichen Leben teilhaben durfte. Ich habe mit offenen Augen in die Welt geblickt, habe ihre Tragik kennen gelernt und ihre Schönheit in mich aufgenommen. ... Ich weiß, dass es über meine Erkenntnis hinausgeht, den Sinn der Welt zu begreifen. Hinter aller Erkenntnis bleibt immer das große Rätsel, über das ich demütig staune, und das ich schweigend verehere. Wollen sie das nicht auch als eine Art Frömmigkeit gelten lassen?“



# **Gemeinsamer Vortrag von Herrn Dr. Chr. Ostgathe**

- Anästhesist am Malteserkrankenhaus Bonn -  
und

## ***Frau Martina Kern***

- Pflegedienstmitarbeiterin am palliativmedizinischen Zentrum des Malteserkrankenhauses  
Bonn -

### **Herr Dr. Chr. Ostgathe:**

Mein Name ist Christoph Ostgathe. Ich arbeite im Malteserkrankenhaus Bonn und bin dort seit 9 Jahren als Anästhesist tätig. Seit 5 Jahren arbeite ich im Bereich der Palliativmedizin und begleite, seitdem Prof. Klaschik die Professur für Palliativmedizin innehat, den Bereich Forschung und Lehre an unserem Zentrum für Palliativmedizin.

### **Frau Martina Kern:**

Ich bin Martina Kern, Krankenschwester und arbeite seit 1990 fast ausschließlich mit schwerstkranken und sterbenden Menschen und bin sowohl im stationären wie ambulanten Bereich mitverantwortlich. Auch in der Lehre im Bereich der Fort- und Weiterbildung habe ich einen Auftrag.

Gemeinsam möchten wir „Erfahrungen mit Grenzen“ zum Thema Sterben und Tod nahe bringen.

Beginnen möchten wir mit der Feststellung, dass sich die Hospizidee und die Palliativmedizin aus den Defiziten unseres heutigen Gesundheitssystems und dem Umgang mit Grenzen von Behandlungsmöglichkeiten entwickelt haben. Vieles von dem, was uns beschäftigt und von dem wir Ihnen berichten möchten, ist weitgehend dem krankenhäuslichen Gedankengut entfallen. Unser Ziel ist es, diese Gedanken und Haltungen zu reaktivieren.

Die **Palliativmedizin** umfasst die Behandlung von Patienten mit einer progredienten (weit fortgeschrittenen) Erkrankung und einer nur noch begrenzten Lebenserwartung. Alles was wir tun geschieht unter dem Focus einer größtmöglichen Lebensqualität. Wir werden Ihnen bei allen Behandlungserfolgen, die wir erleben dürfen auch ein Beispiel vorstellen, an dem deutlich wird, dass manchmal der Grad zwischen *Lebensqual* und *Lebensqualität* sehr schmal zu sein scheint.

Für die Arbeit in der Palliativmedizin gibt es einige grundlegende **Kompetenzen**

Ein wesentliches Merkmal der Pflege ist die Fachkompetenz. Neben den erlernbaren Kenntnissen bedeutet dies aber auch, dass wir uns vom Leid des Patienten berühren lassen. Vieles, von dem wir hier berichten, ist aus den Erfahrungen erwachsen, erlitten und nicht nur angelesen.

Was wir aufgrund der komplexen Probleme dringend benötigen ist Kreativität und Flexibilität. Oft stehen wir vor komplexen Problemen und brauchen alle Ideen, um für die Patienten etwas Gutes zu bewirken.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung ist die Bereitschaft zu einer gelingenden Teamarbeit. Der Spruch auf einem Comic „Teamarbeit ist, wenn alle das gleiche wollen – wie ich“ - soll darauf hin deuten, dass wir - trotz des gemeinsamen Anspruchs, das Beste für unsere Patienten zu wollen - immer auch feststellen müssen, gerade daran in unseren unterschiedlichen Einschätzungen von Situationen im Miteinander auch zu scheitern.

### **Herr Dr. Chr. Ostgathe:**

Etwas zu unserer beruflichen Heimat: dem **Zentrum für Palliativmedizin**. Es heißt Zentrum, weil in diesem Gebäude mehrere mögliche Organisationsformen der Palliativmedizin untergebracht sind. Auf der Palliativstation können wir 8 schwerstkranken und sterbende Patienten mit einem Team aus Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern und Seelsorgern betreuen.

Viele Patienten verlassen die Station auch wieder – unsere durchschnittliche Liegedauer beträgt zur Zeit etwa 10 Tage. 2/3 der Patienten kehren wieder in ihr häusliches Umfeld zurück. Dies ist möglich, weil wir eng an die Station angebunden den **ambulanten Palliativdienst** haben, d.h. Sozialarbeiter und Krankenschwestern betreuen die Patienten zu Hause weiter. Dies umfasst nicht die Grundpflege, sondern stellt ein Angebot der Schmerz- und Symptomkontrolle und psychosozialen Begleitung dar. Der hohe Anteil **ehrenamtlicher Dienste** ist hier unbedingt mit zu benennen. Es sind ca. 50 Ehrenamtliche im ambulanten Dienst tätig. Noch heute habe ich im Unterricht von einer Patientin berichtet, die zur Zeit von 6 Ehrenamtlichen täglich betreut wird. Wir haben darüber hinaus den **palliativmedizinischen Konsiliardienst**, über den ein Arzt unserer Station Patienten des Allgemeinkrankenhauses in palliativmedizinischen Belangen betreuen kann, d.h. nicht nur in Fragen der Schmerztherapie, sondern auch Hilfestellungen gibt bei schwierigen Gesprächen und in der Symptomkontrolle – hier haben wir eine große Chance zur Multiplikation unseres Ansatzes, da wir viele ärztliche und pflegende Kollegen dieser Stationen erreichen.

Auch eine **Hospiz-Koordinierungsstelle** vom Land Nordrhein-Westfalen ist im Zentrum untergebracht, sowie die **Fort- und Weiterbildung**, der **Lehrstuhl für Palliativmedizin** und der eigene kleine **Verlag für Fachpublikationen**. Auch eine Trauerberatung und das Trauerinstitut Deutschland sind dort untergebracht.

Wir sind auch angefragt worden, etwas zum **persönlichen Zugang zur Thematik Tod und Sterben** zu sagen. Wir möchten dies aus ärztlicher, medizinischer und auch pflegerischer Sicht tun. Als ich spontan diesen Vortrag übernommen habe, habe ich zunächst darüber nachgedacht, an welchen Stellen in meinem Leben, in meiner medizinischen Laufbahn bin ich mit dem Tod konfrontiert worden. Die erste Konfrontation während meiner Ausbildung war der Präparierkurs. Hier offenbart sich ein wenig die Sozialisation der jungen angehenden Ärzte. Diese Menschen haben den Tod sehr unvorbereitet vor sich und müssen sich diesem Toten mit *termini technici* nähern. Im Zusammenhang mit dem Titel dieser Veranstaltung wäre hier eine Chance gegeben, dem Tod in der ärztlichen Tätigkeit begleitet entgegenzuwachsen. Leider ist es so, dass das Thema Tod und Sterben während der universitären Ausbildung völlig unterrepräsentiert ist. Im Präparationskurs geschieht der erste intensive Kontakt mit einem Toten. Deshalb wäre hier auch eine gute Möglichkeit gegeben, dies intensiver zu begleiten.

In der weiteren Ausbildung als Anästhesist durchläuft man verschiedene Phasen: man ist beispielsweise als Notarzt unterwegs und trifft auf den Tod – Tod als Abbruch oder Vollendung? In der Notfallmedizin erlebe ich den Tod als Abbruch. In der Intensivmedizin werden wir immer mit der Frage nach Sterben und Tod konfrontiert – hier kommen wir auch an Grenzen von Behandlungsmöglichkeiten von schwerkranken und dann auch oft sterbenden Menschen, es sind auch oft Grenzen der Entscheidungsfähigkeit, die uns betreffen.

In meiner Tätigkeit als Palliativmediziner habe ich auch das Ziel bestmöglicher Lebensqualität, die wir für unsere Patienten erreichen wollen. Wir haben oft das Gefühl, auf diesem Weg viel erreichen zu können. Dennoch stoßen wir an unsere Grenzen.

### **Frau Martina Kern:**

Ähnliche Wege bin ich auch in meiner pflegerischen Tätigkeit gegangen. Es gab frustrierende Erlebnisse als Schülerin, unvorbereitet mit dem Thema Tod, mit Verstorbenen in Berührung zu kommen. Die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer ist wichtige Voraussetzung für die Arbeit in der palliativen Pflege.

Eine kleine Geschichte, die mir vor einigen Jahren passiert ist, möchte ich Ihnen erzählen. Nach längerer Tätigkeit hatte ich die Meinung, mich genügend mit diesen Themen auseinandergesetzt zu haben. Wir haben in dieser Zeit eine Patientin auf der Station begleitet, die große Angst davor hatte, nicht *richtig* tot zu sein, wenn sie gestorben sei. Wir sind, so meine ich, sehr kompetent mit dieser Patientin umgegangen und haben ihr versprochen, dass wir nach ihrem Tod 24 Stunden immer wieder nachsehen würden, ob sie richtig tot sei. Wir wollten ihr die Sicherheit geben, dass sie nicht lebendig begraben würde. Ihr Mann kannte diese Sorge ebenso und hatte nach dem Tod sogar eine Totenwache organisiert. Am kommenden Tag betrat ich das Zimmer

sagte zum Ehemann: „Und? Ist ihre Frau ruhig eingeschlafen?“ - Nachdem es aus meinem Mund heraus war, musste ich gleich daran denken, dass für jemanden mit diesen Ängsten der Ausdruck „eingeschlafen“ diese Angst sicher verstärkt. Mir wurde klar, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema Tod nie aufhören kann, da ich immer noch einen verschleiernenden Umgang mit manchen Worten hatte, so auch mit dem Wort Tod. Ich hatte bis dahin im Zusammenhang mit Verstorbenen immer von einschlafen gesprochen – vielleicht war meine tiefe Motivation, dass es dadurch nicht ganz so dramatisch, schlimm und vor allem nicht so endgültig wäre. Gerade das Endgültige ist aber zu benennen, um Trauerprozesse zu ermöglichen. Im Hinblick auf die Angehörigenbegleitung ist eine unserer Haltungen in unserem Arbeitsfeld dem Wort entsprechend, das Mascha Kaléko geschrieben hat:

***Bedenkt den eignen Tod,  
den stirbt man nur,  
doch mit dem Tod der andern  
muss man leben.***

Dies können wir Angehörigen auch immer wieder wertschätzend sagen.  
Ein kleines Gedicht von Erich Fried möchte ich anschließen, das uns beide sehr bewegt:

***Der leidet an seinem Reichtum  
und der leidet an seiner Macht.  
Ich leide an meinem Mitansehen,  
wie der Tag an der Nacht.***

***Der leidet an seiner Liebe  
und der an seiner Not.  
Ich leide an meinem Drandenkenmüssen,  
wie das Leben am Tod.***

***Der leidet an seiner Habsucht  
und der an seiner Lust.  
Ich leide an meinem Nichthelfenkönnen,  
wie das Herz an der Brust“.***

Erich Fried muss in die Herzen von uns Ärzten und Pflegenden und wahrscheinlich auch vieler anderer Begleiter geschaut haben, um dieses erkennen zu können.

### **Herr Dr. Chr. Ostgathe:**

Den Inhalt dieses Gedichtes möchte ich gern an dem **Beispiel eines Patienten** verdeutlichen. Ich möchte mich nicht ausschließlich medizinisch, sondern eher von persönlicher Seite dieser Krankengeschichte nähern:

Ich berichte von einem 66-jährigen Patienten, der an einer Tumorerkrankung litt, die mit einer sehr ausgeprägten Metastasierung an der Haut einherging. Der Patient hat viele Therapien mit dem Ziel der Heilung durchlebt und durchlitten. Mehrere Chemotherapien lagen hinter ihm, Bestrahlungen und Operationen sollten ihm helfen. Er war verheiratet und hatte keine Kinder.

Das besondere Problem in der pflegerischen und medizinischen Begleitung bestand darin, dass dieser Patient seit mehr als einem Jahr Schmerzen im Bereich der Hautmetastasen hatte. Sie brannten sehr und waren stark belastungs- und berührungsanfällig. Der Patient beschrieb diese Schmerzen als unerträglich. Durch die Schmerzen konnte er sich nur minimal in seinem Bett bewegen. Die an uns herangetragene Erwartung war eine Schmerzreduktion – die Pflege sollte in irgendeiner Art ermöglicht werden und eine stationäre Aufnahme wurde vom Patienten abgelehnt. Er wurde daraufhin im ambulanten Bereich betreut. Insbesondere von seiner Ehefrau wurde signalisiert, dass weder mit ihr, noch mit ihrem Mann über das Fortschreiten der Erkrankung oder das bevorstehende Sterben gesprochen werden sollte.

Es wurde im Verlauf auch meine Mithilfe vor Ort notwendig, auch wenn dies nicht regulär zu meinen Aufgaben gehört, da zur Sicherstellung der notwendigen Pflege kurzzeitige Narkosen unumgänglich wurden, denn keine der bisher durchgeführten Maßnahmen führten zu einer befriedigenden Schmerzreduktion.

Das gesamte Paket aller Aufträge an die Pflege und die Ärzte übte einen ungeheuren Druck auf uns aus. Auch die Gefühle von Enttäuschung über unsere eigene Unfähigkeit, Enttäuschung über die sozialen Rahmenbedingungen – die beiden lebten sehr isoliert und ließen außer dem ambulanten Palliativdienst keine Beziehungen mehr zu, der Hausarzt durfte nicht mehr mit einbezogen werden – all diese Faktoren bedrückten diese Arbeit sehr. Gefühle von Machtlosigkeit, Unsicherheit, Misstrauen kamen auf - und wir sahen bald vor lauter Problemlagen „den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr“.

Diese Erfahrung liegt jetzt 3-4 Jahre zurück, aber ich habe auf meinem Schreibtisch immer noch ein Hosenband aus Gummi liegen. Mit diesem Band habe ich in Ermangelung anderer Möglichkeiten die Vene gestaut, um einen Zugang zu legen. Dieses Band symbolisiert für mich eine Verbindung zwischen dem Patienten, seiner Geschichte und mir.

### **Frau Martina Kern:**

Vielleicht haben Sie eine Ahnung, wie wir uns gefühlt haben in der Erfahrung, an allen Stellen nur zu scheitern. Wir haben versucht, diese Probleme zunächst sehr pragmatisch zu sortieren. Wir haben darüber nachgedacht, an welchen Ebenen wir etwas verändern könnten. An welchen Problemen müssen wir uns bescheiden und vielleicht auch demütig zurücktreten vor dem, was nicht zu ändern ist?

Wir haben genau geschaut, was wir im Blick auf die **medizinischen Aspekte** leisten könnten. Der Patient wünscht sich Heilung, wünscht sich Linderung. Die Ehefrau wünscht Schmerzfreiheit. Was wir erlebten, das war die Unmöglichkeit, dies dauerhaft leisten zu können – ein riesiger Druck! Wir konnten nur die gegebenen Möglichkeiten ausschöpfen und mussten lernen, die Grenzen zu erkennen und anzuerkennen.

Bei den **pflegerischen Aspekten** erlebten wir, dass der Patient die Pflege aufgrund der Schmerzen ablehnt. Seiner Ehefrau ist die Pflege ihres Mannes jedoch ein zentrales Anliegen. Wir standen immer zwischen diesen beiden Erwartungshaltungen - für wen sollten wir uns entscheiden? Und dazu noch unser eigenes Problem, dass dieser Patient einen Dekubitus entwickeln würde, wenn wir ihn nicht lagerten. Unsere eigenen pflegerischen Ansprüche konnten wir bei weitem nicht erfüllen. Immer stand die Suche nach praktikierbaren Kompromissen im Mittelpunkt. Wir haben entschieden, ihn nur noch alle 2 Tage zu versorgen und zwischendurch nur zu waschen. Dies war für die Frau einigermaßen tragbar, für den Patienten, der nur noch Ruhe wünschte, eine große Belastung.. Wir konnten aber nur diesen Kompromiss finden.

Im Hinblick auf die **psychosozialen Aspekte** haben wir einen Patienten erlebt, der nur sehr wenig Offenheit zeigen konnte. Wir haben eine Ehefrau erlebt, die eine sehr ambivalente Haltung zeigte und auch damit haben wir großen Druck erlebt. Unser Anspruch, auch diesem Patienten ein „gutes“ und ruhiges Sterben zu ermöglichen und gleichzeitig zu spüren, dass unsere Hände gebunden werden, hat uns dazu geführt, als neues wichtigstes Ziel anzusehen, die Kommunikation in Gang zu halten und den kleinstmöglichen Nenner zwischen all den Ansprüchen zu suchen, um noch in der Begleitung bleiben zu dürfen und zu können. In diesem Zusammenhang fiel mir ein Satz von Elias Canetti ein, der gesagt hat: „Versuche niemals, ihnen die Masken herunterzureißen - es sind ihre Gesichter !“ Die von uns erlebte Verschlussheit seitens des Patienten, war das, was ihm möglich war. Es war unsere Aufgabe, dies anzuerkennen. Wir hätten ihn gerne befreit aus der von uns erlebten Isolation, wir hätten ihm gern den Weg frei geräumt. Wir hatten zu akzeptieren, den Menschen dort abzuholen, wo er stand. Sie ahnen, dass genau dies in dieser Begleitung sehr schwer für uns war.

Auf der Ebene der **spirituellen Aspekte** haben wir keinen formulierten Wunsch des Patienten gehört. Die Ehefrau wirkte zeitweise sehr verbittert und beklagte, dass sie den Glauben an Gott verloren habe, dass sie keine Idee habe, warum man ihnen so etwas zufügen kann – so ein hohes

Maß an Grausamkeit. Wir haben auch mit vielen Fragezeichen und Zweifeln dagestanden. Wir konnten diese Situation „nur“ mit aushalten und die Ohnmacht teilen. Das scheint wenig zu sein und doch ist das ohnmächtige gemeinsame Aushalten auch viel.

Wir haben uns auch immer wieder gefragt, ob die empfundene Machtlosigkeit nicht letztlich in unserer eigenen Machtlosigkeit begründet lag

Unsere Psychohygiene war uns in diesem langen Prozess sehr wichtig. Wir haben uns oft gefragt, was wir Gutes für uns tun können. Die Ehefrau hat trotz ihrer ganzen Ambivalenz kistenweise Schokolade für uns gekauft und uns damit versorgt. Wir haben dabei begriffen, dass dies bei all den Vorwürfen ihr Weg war, uns mitzuteilen: Bleibt bitte da!

In dieser Begleitung haben wir in unserem ganzen Team erlebt, dass Palliativmedizin und Hospizarbeit nicht alles Leiden verhindern können. Das Sterben ist mit Leiden verknüpft. Sicherlich gibt es Tode, die als sehr erlösend und befreiend erlebt werden können. Manchmal ist es aber eben nicht so rund, wie wir es uns wünschen würden, und wir verstehen manches nicht. Wir können das Leid nicht verhindern, aber wir können den Leidenden immer begegnen, und wir können mit der Kraft, die wir haben, dastehen, aushalten und versuchen, das Beste in einer schlechten Situation für den Patienten zu geben. Dann kann es manchmal so sein, dass wir an den Grenzen, vor denen wir kraft- oder machtlos stehen, kleine Erfolge erkennen lernen, die etwas zur besseren Lebensqualität des Patienten beitragen können und die uns weiter mittragen lassen.

Dies wollten wir Ihnen sagen - Danke !



**Frau Werner**  
**Angehörige eines Verstorbenen und**  
**Mitarbeiterin in einem Hospiz**

„Der Tod als Vollendung oder Abbruch des Lebens“ – ein schweres Thema heute Abend !

Darin liegen auch die Fragen, was Vollendung bedeutet, ob Vollendung stattfinden kann und wo dies geschieht. Vielleicht können wir uns heute Abend der Bewältigung dieses Themas ein wenig nähern, eine endgültige Antwort werden wir sicherlich nicht finden.

Ich glaube, Vollendung geschieht ohne unser Zutun – und wenn sie denn geschieht, in einer Region, zu der wir keinen Zugang haben und in deren Zusammenhang wir von Gnade sprechen sollten.

Der andere Aspekt ist der Tod als Abbruch des Lebens, den ich nicht so leicht sehen kann, auch wenn das Sterben meines Mannes sich eher im Zusammenhang eines Abbruchs einordnen lässt. Für mich selbst kann ich dies nicht tun, auch wenn die äußeren Ereignisse dies nahe legen mögen.

Ich möchte auch noch bemerken, dass ich – je näher dieser Abend rückte – um so unsicherer und zweifelnder wurde. Je länger ich in diesem Bereich gearbeitet habe (ich tu dies in der Hospizarbeit nun schon im 12. Jahr), um so weniger hab ich das Gefühl, dass wir (die Mitarbeiter des Hospizes) den Tod – und Frau Kern hat dies auch schon bemerkt – verherrlichen sollten.

Ich möchte jetzt von einer Erfahrung in der Begleitung eines jungen Mannes erzählen, die mich sehr bewegte. Er wurde mir von einer Krankenhauseelsorgerin dieser Klinik ans Herz gelegt. Er habe sich in der Zeit seines Klinikaufenthaltes auf einen Glaubensweg begeben, auf dem ich ihn vielleicht nun, da er im Hospiz lebe, weiter begleiten könne. Mit seiner Begleitung begann meine Tätigkeit im Hospiz.. Besonders intensiv und weg-weisend erlebte er im Zuge einer Baumaßnahme die Fällung eines Baumes. Wir erläuterten ihm, dass der Baum gefällt werden müsse, damit der Anbau des Hospizes dort entstehen könne und dass wir ein Abschiedsritual für diesen Baum feiern würden. Er war dann dabei. Und im Augenblick, als der Baum krachend und ächzend -ein schreckliches Geräusch! - zu Boden fiel, klammerte er sich an mich und fing an zu weinen. Und schluchzend sagte er: "Er hat sich überhaupt nicht gewehrt!" und: "Er ist ja auch vorbereitet worden". Er war sehr erschüttert, und ich glaube, dass dieser Moment der Beginn seiner Verwandlung war. Er begann, sich nicht weiter gegen seine tödliche Krankheit zu wehren.

Kurze Zeit später bat er mich darum, mit ihm einen Gottesdienst in der kleinen, nahegelegenen Kirche zu besuchen. Und dieser Gottesdienst wurde dann für uns beide zu einem wunderbaren Erlebnis. Er erfuhr -und dieses erlebte ich mit Sterbenden

immer wieder -eine besondere Gottesnähe, eine Gotteserfahrung. Ich konnte spüren, während ich neben ihm saß, wie er sich bereithielt, von Gott angenommen und gehalten zu werden.

Diese Grundstimmung übertrug sich auf mich - eine unheimlich schöne und dichte Stimmung zwischen uns beiden. Diese Erfahrung machte es ihm möglich, sich dem Sterben hingeben zu können.

Einige Wochen später starb er, 30-jährig. Und ich war bei ihm. Es sah so aus, dass für ihn so etwas wie Gottesnähe stattgefunden hat, ja, dass ihm vielleicht die Gnade der Vollendung geschenkt wurde - ich wage es, ganz vorsichtig in diese Richtung zu denken - Gewissheit darüber kann ich natürlich niemals haben. Es kann nur eine Ahnung davon sein.

Das genaue Gegenteil davon habe ich erlebt, als mein Mann vor 6 Monaten nach 11 Wochen grauenhafter Zeit auf der Intensivstation starb - teils im künstlichen Koma und die ganze Zeit künstlich beatmet - also sprach-los war. Es war kaum auszuhalten, miterleben zu müssen, wie er

sich in den Zeiten seines „Wachseins“ verzweifelt bemühte, sich verständlich zu machen. 11 lange Wochen. Dann durfte er sterben. Denn auf einer Intensivstation zu sterben, ist nicht so einfach, da das große Ziel natürlich ist, den Menschen zu retten. Und er war ja gerade mal 59 Jahre alt.

Ich hörte natürlich oft Sätze wie: „Warum diese Zeit noch? Warum dieses Leiden noch?“ Ich habe dann immer gesagt: „Nein, nein, das glaube ich nicht, dass dies unnötig war -.“ Es war sicher wichtig für seine "Vollendung" (?), dass er diese 11 Wochen so erleben musste. Ich glaube niemals, dass diese Zeit sinn-los war. Für ihn nicht, und auch nicht für mich. Zum Schluss wollte er dann wohl auch sterben, und er wusste auch, dass er sterben würde. Ich weiß nicht, ab welchem Zeitpunkt er es wusste. Ich war vier Stunden bevor er starb bei ihm – nichts deutete zu dieser Zeit darauf hin, dass er so bald sterben würde. Ich verabschiedete mich von ihm mit der Versicherung: „Ich komme morgen wieder!“ und bin dann hinausgegangen. Er sah mir nach. Plötzlich zog es mich unwiderstehlich zurück zu ihm ... ich musste noch einmal zu ihm gehen. Ich öffnete die Tür und trat wieder an sein Bett. Er sah mich mit großen Augen an. Ich verabschiedete mich noch einmal und versicherte ihm wieder, dass ich morgen wiederkäme. In diesem Moment schloss er seine Augen. Das war sein Abschied. Mir ist das natürlich erst hinterher bewusst geworden, dass dies sein Abschied von mir war ...

Eine Stunde später war der Krankenhausseelsorger bei ihm, wie er es schon oft zuvor getan hatte. Und nun gab er ihm auch an diesem Abend den Segen. Er hatte das Gefühl, so sagte er mir später, dass er dies durfte, obwohl mein Mann nicht mehr antworten konnte und die Augen auch nicht mehr aufgemacht hat. Ich bin ganz sicher, dass er zu dieser Zeit gewusst hat, dass er sterben würde.

Ich möchte hier ein paar Zeilen von Nelly Sachs zitieren, die ich auf seine Todesanzeige gesetzt hatte:

***Und wieder hat einer in der Marter  
den weißen Eingang gefunden***

***Schweigen – Schweigen - Schweigen***

***Die innere Sprache erlöst  
welch ein Sieg –***

***Wir pflanzen hier Demut.***

„Welch ein Sieg!“ diese Zeile war mir wichtig. Im Gespräch mit den Ärzten konnte ich dann auch nur sagen: „Versuchen Sie bitte, sein Sterben nicht als Scheitern zu sehen“, – denn sie hatten sich so sehr um sein Leben bemüht –, „sondern als das Recht eines Menschen auf seinen eigenen Tod!“

Für mich, die ich viel dafür tue, dass Menschen einen guten und würdigen Tod sterben können, war es wichtig, auch diese Seite des Sterbens kennen zu lernen – diese Seite, die viel Schreckliches, nichts Friedliches und nichts Schönes hat, auch wenn es auf dieser Station sehr menschlich und warmherzig zugeht, aber die Technik ...

Ja, das war es dann.

Ich danke Ihnen !

## Dialog unter den Vortragenden

### **Dr. M. Rieger:**

Ich bin noch sehr bewegt – ich kann mich nur anschließen in der Erfahrung: je mehr man darüber denkt und in die eigene Erfahrung geht mit Menschen und ihrem Sterben, desto weniger weiß man. Dies kann ich nur sehr demütig sagen. Ich habe mich auch gefragt, ob man überhaupt etwas dazu sagt.

Es tat gut zu hören aus ärztlicher Sicht: Uns fehlt auch etwas an der Frage „Tod und Sterben“ – und meine Rückmeldung: Was wäre Ihr Wunsch für junge Mediziner – was könnte da verstärkt in den Blick genommen werden? Ich stelle mir das wirklich schwer vor in dieser Unbedarftheit (wenn ich das so sagen darf) an solche Existenzfragen zu gehen. Theologen wiederum machen sich viele Gedanken, sind aber nicht beim Menschen, wenn sie ausgebildet werden.

### **Dr. Chr. Ostgathe**

Das ist etwas, was mich vom Beginn meines Studiums an bewegt hat. Wie kann man die unmittelbaren Begegnungen mit dem Tod besser begleiten? Diese Momente werden in der Entwicklung der Auszubildenden immer eine besondere Erinnerung sein. Meine erste Idee wäre, den Präparierkurs entsprechend zu begleiten. Wir müssten hier das Thema „Umgang mit dem Tod“ schon sehr früh als Initialzündung in die Ausbildung integrieren? Wir müssen uns weiter fragen: Warum tun wir uns so schwer, Palliativmedizin und die Hospizbewegung überhaupt in die studentische Ausbildung zu integrieren. An 35 medizinischen Fakultäten gilt es, einen Lehrstuhl für Palliativmedizin aufzubauen – wir haben es bisher erst an 2 von 35 Fakultäten geschafft, ein Pflichtseminar in die Studienordnung zu integrieren. Die Palliativmedizin in die studentische Ausbildung zu integrieren stellt einen ersten Schritt dar, damit Ärzte sich dem Thema Tod und Sterben stärker stellen.

Ich habe gerade eine Befragung unter Studenten des 5. klinischen Semesters über Sicherheit und Unsicherheit im Umgang mit Tod und Sterben durchgeführt. 80 % fühlen sich sehr unsicher. Ganz bestimmt sind wir alle nicht hundertprozentig sicher in diesem Erfahrungsraum, aber es muss unbedingt Teil der Ausbildung werden.

Eine sehr persönliche Erinnerung aus den ersten Tagen des Präparationskurses: Der erste Schritt dieses Kurses ist, dass man die Haut des Toten löst. In einer der folgenden Nächte habe ich geträumt, dass dieser tote Mensch wach wird und sich beschwert, dass ihm kalt ist – dieser Traum begleitet mich bis heute. Ich weiß nicht, ob man diese ganz entscheidenden Erfahrungen des Präparierkurses nicht noch mehr beachten sollte. Ein begleitendes Angebot wäre sehr notwendig.

### **Moderator: Frage an Frau Werner**

Sie haben nicht nur den Tod Ihres Mannes sehr nah und auch in einem Teil als unbefriedigend erlebt, sondern arbeiten auch schon lange im Hospiz. Fällt es Ihnen durch diese Erfahrungen leichter, auch über den eigenen Tod nachzudenken?

### **Frau Werner:**

Ich glaube schon, dass ich etwas besser vorbereitet bin durch das, was ich immer wieder erlebe, bin aber sehr vorsichtig, eine Mutmaßung zu äußern, wie ich sein werde, wenn es soweit ist – vielleicht ist es alles total anders, als ich es mir vorstelle. Ich habe ja auch beides erlebt: dass das Sterben ein großes und wunderbares Geschehen sein kann und dass es auch schrecklich sein kann. Durch meine Erfahrungen in der Hospizarbeit konnte ich sicherlich das Sterben meines Mannes besser begleiten – ohne diese Erfahrungen wäre es sicherlich viel schlimmer für mich gewesen, vor allem diese Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit.

### **Moderator:**

Sie sprechen etwas an, was wir auf den Stationen bei Angehörigen oft miterleben: die Berührungängste und die Schwierigkeiten, länger und dann auch einmal schweigend da zu

bleiben. Frauen können dies oft noch besser aushalten als Männer. Da wirken besonders diese von ihnen beschriebene Handlungsunfähigkeit und Ohnmacht.

**Moderator: Frage an Dr. M. Rieger:**

Vielleicht haben Sie auch schon die Aussage von Patienten gehört: „Sie sind ja auch Theologe – Sie können mit dieser Situation viel besser umgehen.“ Wie antworten Sie auf solche Äußerungen?

**Dr. M. Rieger:**

Ob ich direkt eine Antwort gäbe – ich glaube nicht. Die Ohnmacht auszuhalten, das ist ein theologisches Kerngeschäft. Ohnmacht auszuhalten und diesem schweigenden Gott auf die Spur zu kommen, keinen Gott zu verkünden, der geglaubt werden müsste in diesen Momenten. Weil er sicher größer ist, so es ihn gibt, als was wir dann formulieren könnten.

**Moderator:**

Dann ist der schweigende Gott auch der ohnmächtige Gott?

**Dr. M. Rieger:**

Eine große Frage. Kann Gott ohnmächtig sein? Ich erfahre und das erfahren wir in der Seelsorge oft, dass Menschen im Anblick des Kreuzes einen seltsamen Trost empfinden. Dieser starke Gott, der *nur* stark wäre, ist in den menschlichen Gewaltvorstellungen beheimatet, das ist Gott aber nicht. Da ist ein Gott, der mitgeht in die Schwäche, der Passion hat für den Menschen – wie ich vorhin sagte – Passion für den Patienten könnte man sagen. Dies erinnert mich an einen Sterbenden im Hospiz in Düsseldorf, dessen Hand nach oben ging – ich wusste nicht wohin. Ich habe mich dann bewusst so gestellt, dass ich bemerkte, wohin seine Hand ging, und sie ging zum Kreuz, das im Zimmer hing. Dass Stärke von diesem ohnmächtigen Gott kommt.

## **Dialog mit dem Publikum:**

**Publikumsfrage** zu Behandlungsbegrenzung durch Patientenverfügung

**Dr. C. Ostgathe**

Das Thema ‚Patientenverfügung‘ ist sehr in der Diskussion, und wir brauchen auch eine stärkere Öffentlichkeit für dieses Instrument. Die Patientenverfügung kann nicht alle Probleme bei Entscheidungen um Behandlungsbeginn oder Behandlungsabbruch lösen. Sie ist zum einen eine Vorausverfügung eines Menschen bei klarem Verstand und zu einem Zeitpunkt, in dem dieser Mensch noch nicht von der konkret vorliegenden Krise betroffen ist.

Wie ein Mensch aber in einer Situation eines drohenden Todes entscheiden würde, ist häufig noch einmal auf einer anderen Ebene zu sehen. Wir haben in der klinischen Umsetzung immer wieder Patienten, die eine Patientenverfügung haben, in der sie eine Operation ablehnen, sich in der konkreten Situation aber dann doch für einen operativen Eingriff entscheiden.

Ich finde es jedoch grundsätzlich sehr hilfreich, wenn Patienten eine solche Verfügung haben, da wir es oft auch mit Patienten zu tun haben, die nicht bei Bewusstsein sind. Wir müssen uns dann auf die Suche nach dem mutmaßlichen Willen machen - hier kann die Patientenverfügung ein wichtiger Hinweis sein.

**Publikumsfrage** zu Nahtoderfahrungen - begegnen Sie diesen Erfahrungen auch in Ihrer Arbeit als Theologe oder Mediziner?

**Dr. M. Rieger:**

Ich finde es gut, dass Sie dies einbringen - in der theologischen Literatur, soweit ich sie verfolge, finde ich sehr wenig Hinweise darauf - eher ein Umgehen dieser Thematik. Die Hirnforschung sagt mittlerweile, es sind nur Hirnfunktionen - ich finde dies schwierig. Ich selber habe noch keinen Menschen getroffen, der sagt: Ich war schon einmal drüben und bin wieder da.

Was mich spirituell anspricht sind Schilderungen u.a. aus amerikanischen Studien: Licht und Tunnel. Das Lichtmotiv ist ein Grundmotiv. So heißt es im Koran: „Gott ist Licht über Licht“ und Licht ist auch ein Grundmotiv in der Bibel: am Anfang wird Licht geschaffen - am Ende erstrahlen die Menschen im Licht mit weißen Gewändern Diese Grundmotive decken sich auch mit tiefen archaischen und auch christlichen Aspekten: Christus ist das Licht der Welt: „Wer mir nachfolgt, wird nicht im Finstern bleiben“. Das deckt sich mit der Spiritualität des Christentums - alles weitere ist sehr kontrovers. Ich wäre auch dafür, dass man den theologischen Dialog wagt.

**Frau Werner:**

Ich kann auch eine Begebenheit beitragen, die zeigt, dass zumindest etwas stattfindet im Übergang. Bei einer Patientin, die ich lange begleitet habe und die von sich sagte, eine Ungläubige zu sein, hat in unseren Gesprächen viel von ihrem Mann erzählt, der schon lange tot war. Sie war fest davon überzeugt, dass nach dem Tod nichts mehr ist. Im Augenblick, als sie starb, hat sie die Augen weit aufgemacht und mit der Hand nach oben gegriffen, als ob sie jemand an die Hand nimmt. War da ihr Mann, der sie so sehr noch beschäftigt hat und der in diesem Augenblick für sie da war?

**Moderator:**

Elisabeth Kübler-Ross, die in diesem Jahr verstorbene Thanatologin, schreibt in ihren Büchern immer wieder davon, dass sie ganz sicher sei, dass niemand allein sterben muss - immer kommt den Sterbenden ein Mensch entgegen, der diesen Sterbenden im Leben wichtig geworden ist - dies finde ich bemerkenswert.

**Frau Kern**

Dies ist vielleicht auch ein Teil des Glaubens - wir wissen nicht, was da an der Schwelle zum Tod geschieht. Ich fühle mich durch diese Berichte ermutigt, sterbende Menschen ruhig einmal danach zu fragen, was sie in dieser Phase erleben und bin sehr aufmerksam in der Begleitung dieser Menschen, die kurz vor ihrem Tod stehen. Ich erlebe, dass diese Menschen oft etwas Wichtiges träumen - manche sehen Bilder oder halluzinieren, dass jemand im Zimmer ist, den andere nicht sehen. Wenn wir hier nachfragen, werden wir sehen, dass es ein durchaus häufig vorkommendes Phänomen ist. Dies zu wissen, entlastet. Es scheint in diesen Augenblicken wirklich neue Wirklichkeitsbezüge zu geben. Viele erzählen nicht davon, weil sie nicht als verrückt gelten möchten.

**Moderator:**

„Halluzinationen“ und „Wirklichkeitsbezug“ - sind dies nicht sehr unterschiedliche Begriffe? Können diese Wahrnehmungen denn auch als Halluzinationen beschrieben werden?

**Frau Kern:**

Es vollzieht sich eine Änderung der Wirklichkeit. Es ist die Frage, wie man Halluzination beschreibt - es ist eine Wirklichkeit, die ich nicht habe, die der andere aber hat, und es steht mir nicht zu, zu sagen, welche richtig ist. Ich plädiere eher für eine Anerkennung: Ja, dies ist ein Phänomen an einer Schwelle zwischen Himmel und Erde, eine Seinsänderung, die ich in diesem Augenblick nicht erleben kann, die jedoch der andere wirklich hat.

**Publikumsanfrage:** „Wie verkraften Sie all diese schlimmen Erfahrungen um das Sterben, um den Tod, wie können Sie dazu eine Distanz halten?“

**Frau Kern:**

Dies ist eine sehr persönliche Anfrage, auf die ich gern aus meiner persönlichen Sicht antworten möchte. Für mich ist wichtig, gelernt zu haben, den Tod zu akzeptieren. Und diese Anerkennung spüre ich auch bei den Menschen, die ich begleite: Sie spüren, dass sie sterben werden. Ich hoffe, dass ich dabei zu einem erträglichen „wie“ beitragen kann. Wenn es auch sehr schwer ist, so ist hilfreich, sich mit all dem auch irgendwo lassen zu können, mit all seinem Druck, mit all seinem Frust, mit all seinen Zweifeln, mit all seinen Fragestellungen -und dies auch wertungsfrei tun zu können. Darin liegt eine starke Kraftquelle.

Ich spüre eine sehr hohe Intensität der Begegnung mit Menschen, eine Intensität gerade am Lebensende.

Ein anderer Teil ist, dass diese Erfahrungen inzwischen auch meine Normalität darstellen. Ich finde Strategien eines Umgangs mit den Erfahrungen meiner Arbeit. Es geht um die Gestaltung eines gesunden Alltags für mich. Ich kann arbeiten, ohne dass ich mich abgestumpft empfinde. Ich nehme mir aber auch vor, jede Begegnung neu und sensibel anzugehen. Es ist mein Beruf.

**Moderator:**

Umgehensweisen entwickeln heißt auch, eine berufliche Regelmäßigkeit von Vorbereitung und Nachbereitung eigener Tätigkeit und Erfahrung zu gestalten.

**Dr. M. Rieger:**

Das ist die Idee, Rituale zu entwickeln. Ich kann das sehr unterstützen: Rituale tragen. Wir als Seelsorger erleben das ja auch: Rituale vermitteln viel Sinn und viel Halt – Rituale sind vor allem offen.

**Dr. Chr. Ostgathe**

Damit wir nicht in eine von Zynismus gekennzeichnete Umgangsweise mit Erfahrung von Sterben und Tod abgleiten, müssen wir eine Form einer inneren Verarbeitung finden und in Demut unseren Patienten gegenüber treten.

So können Studenten an den Beerdigungen der Leichname aus dem Präparationskurs teilnehmen und ihnen so in ihrer Menschenwürde begegnen und sich auch in Würde von ihnen verabschieden.

**Frau Werner:**

Ich bekomme auch von den Patienten viel zurück. Es ist ja nicht so, dass der eine nimmt und der andere gibt – es vollzieht sich ein Austausch. Oft denke ich auch, dass ich mehr bekomme als ich geben kann. Wir lernen diese Menschen ja erst kennen, wenn sie krank zu uns kommen –; wie diese Menschen ihren letzten Wegabschnitt gestalten, kann so beglückend und so schön sein, dass dies alles aufwiegt, was man vorher vielleicht wirklich hat aushalten müssen.

**Moderator:**

Wenn wir von „aushalten können“ sprechen und darauf sehen, dass vom Kranken etwas „zurückkommen“ kann, braucht es doch auch viel Zeit für Begegnung. Mit dem Blick auf die auch hier vertretenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege und dem ärztlichen Dienst auf Normalstationen möchte ich uns den Klinikalltag bewusst machen: es gibt unendlich viele Anforderungen auch außerhalb der direkten Begegnung mit den Patienten, und ich meine nicht nur die Anforderungen durch die Dokumentationsaufgaben. Wie können diese Mitarbeiter in einer Weise bei den Patienten bleiben, dass eine Atmosphäre des Dialogs auch darüber entstehen kann, was in den Kranken geschieht – dies scheint mir fast nicht mehr möglich zu sein. Ich habe die Befürchtung, dass die Zeit für Gespräch in der Zukunft im normalen klinischen Alltag noch geringer sein wird. Müssen es dann ganz andere sein, die diese Dimension in die Krankenzimmer hineinbringen ?

**Frau Kern:**

Ich teile Ihre Sorge – sie ist auch nicht unbegründet. Für mich sehe ich aber auch das Prinzip Hoffnung: in einer Zeit, wo wir so mit dem Rücken zur Wand stehen, gibt es – und hier sehe ich auf die Hospizbewegung – ein so großes Aufbegehren von vielen Menschen, die sagen: Hier geht es um einen Wert, den wir aufrechterhalten wollen. Daraus kommt eine unglaubliche Kraft und Energie – mit dieser Hoffnung mache ich weiter. Ich glaube, dass sich da etwas verändert und daraus erwächst auch die Kraft, weiter zu kämpfen. Dies erlebe ich auch in unserer Kursarbeit, wenn wir diesen Spagat betrachten: wenn wir uns von dem Leid der Menschen berühren lassen – eine Kraft gegen die Funktionalität! Wir sollten aber auch nicht alles hinter der Überbelastung und dem Zeitmangel verstecken. Es gibt Begegnungen, die manchmal nur Augenblicke sind und doch sehr besonders. Wie wir einen Menschen anschauen ist bedeutsam. Wir gestalten jede Begegnung – mag sie auch noch so kurz sein – mit unserer eigenen

Grundhaltung: möchte ich Begegnung oder möchte ich sie nicht. Dass wir hier ansetzen können, ist ein Stück meiner Hoffnung.

**Publikumsfrage** zur Thematik: aktive Sterbehilfe

**Dr. Chr. Ostgathe:**

Wir sind eigentlich mitten drin in dieser Diskussion. Wir versuchen, die Palliativmedizin und die Hospizidee als eine Alternative auf diese Frage hin publik zu machen. Wir werden uns dieser Diskussion wahrscheinlich in dieser Legislaturperiode von gesetzgeberischer Seite nicht mehr stellen müssen, weil diese Thematik zur Zeit keiner mehr ansprechen wird. Aber diese Fragestellung wird noch stärker auf uns zukommen. Wenn wir noch einmal auf den in unserem Vortrag beschriebenen Fall zurückkommen: der Patient und seine Ehefrau haben nie das Wort Sterbehilfe in den Mund genommen. Aber in Gesprächen im Umfeld dieses Falles ist durchaus auch der Satz gefallen, dass aktive Sterbehilfe doch auch ein Weg für diesen Patienten sei. In welchem Interesse war dieser Vorschlag? Wir müssen uns diese Dinge vor Augen halten. Dieser Diskussion werden wir uns in der Hospizbewegung ganz intensiv stellen müssen. Ich bin mir nicht sicher, wie diese Diskussion in Deutschland ausgehen wird, aber in den nächsten 10 Jahren wird dieses Thema mit Sicherheit auf den Tisch kommen.

**Publikumsfrage** zur Erfahrung, dass Menschen gerade dann sterben, wenn die Angehörigen gerade nicht im Zimmer sind, auch wenn sie viel Zeit bei dem Sterbenden verbracht haben. Diese Angehörigen machen sich oft Vorwürfe. Gibt es das, dass Menschen auch lieber alleine sterben möchten, auch um besser loslassen zu können ?

**Frau Kern:**

Ich zweifele da. Es gibt eine Reihe von Beobachtungen. Vielleicht ist es so, dass Menschen leichter sterben können, wenn die Angehörigen nicht da sind, vielleicht auch nicht. Oft hilft es in der Angehörigenbegleitung, über die Biographie des Patienten einen Zugang zu erschließen.

**Frau Werner:**

Es ist für mich auch eine Frage, ob es immer richtig ist, als Angehöriger viel da zu sein?

**Frau Kern:**

Ich hoffe sehr, dass wir bei diesen Fragen immer im Zweifel bleiben werden. Das hält uns aufmerksam.

**Moderator:**

Ich danke Ihnen Frau Kern, Frau Werner, Herr Rieger und Herr Ostgathe für Ihre von sehr großer Offenheit und Ehrlichkeit geprägten Beiträge. Ich habe mich in dieser Veranstaltung als Moderator sehr wohl gefühlt und habe mich von der warmherzigen Weise, wie Sie sich dem Thema genähert haben, selbst getragen und sehr sicher fühlen können.

Auch ein herzliches Dankeschön an unsere Gäste im Publikum – es kommt nicht oft vor, dass eine so gesammelte Atmosphäre und große Tiefe in einem so großen Kreis, wie er heute Abend zusammengekommen ist, entstehen kann. Dazu haben Sie einen großen Anteil durch Ihre Nachfragen beigetragen. Sicher erhielten wir alle an diesem Abend weitere wichtige Puzzesteine für unseren eigenen ganz individuellen Weg, dem Tod entgegenzuwachsen.

Herzlichen Dank Ihnen allen!

## **Abschluss der Veranstaltung** *Hans-Bernd Hagedorn*

Da ich gern nach der sich nun anschließenden Bilderfolge nichts mehr sagen möchte, wünsche ich Ihnen allen schon jetzt einen guten Heimweg.

-----

In dem Buch „*Nach Innen wachsen*“ von **Frau Monika Müller** wird der Sterbeprozess eines 42jährigen Mannes durch 8 von ihm gemalte Bilder dargestellt. Durch das Malen dieser Bilder wurde ihm eine für ihn sehr fruchtbare Möglichkeit gegeben, Wesentliches von seinen inneren Bewegungen, von seinem Wachsen auf den Tod hin mitzuteilen. Er selbst hat einer Veröffentlichung seiner Bilder zugestimmt. Das Buch mit der ausführlichen Darstellung ist im Buchhandel leider nicht mehr erhältlich. Einen Abdruck der nun folgenden Kurzfassung hat Frau Müller gern zugestimmt.

Aus der Beschreibung dieses Sterbeprozesses möchte ich Ihnen heute Abend nur in Auszügen vortragen.

(Für die Druckerlaubnis danken wir Frau Müller an dieser Stelle ganz herzlich)

Im Vorwort einer schon 1992 erschienenen Fassung schrieb Pater Victor Gisberts O.P.:

*„Für den Betroffenen ist das Wachstum zu existentiell, als dass er sich davon distanzieren, seinen Fortschritt erleben und anerkennen könnte. Interessiert sein an solchem Wachstum können „Außenstehende“, die Sterben und Tod noch vor sich haben und sich von dem starren Vorurteil lösen möchten, dass wir dem Sterben hauptsächlich mit Angst und Enge begegnen und den Kontakt verlieren zu Befreiung, Erlösung und Wachstum, die auch mit dem Sterben verbunden sein können...“*

*Mit den vorgelegten Bildern und den Hinweisen zur Situation ist ein bewegendes Dokument entstanden, das ein Wachstum nach innen belegt und einen Raum erschließt, in dem mitfühlendes Begleiten von Patienten in medizinisch aussichtslosen Situationen möglich ist.“*

Herr B. hat die Bilder in einem Zeitraum von 2 Monaten und 3 Wochen gemalt. Er kam mit einer unklaren Diagnose (Verdacht auf Lungenemphysem) in die Klinik.

In einem ersten Gespräch schlug Frau Müller, die seine Begleitung auf Bitte seiner Ehefrau übernommen hatte, vor, ob er nicht etwas malen wolle. Herr B. stimmte zu – auch wenn er etwas erstaunt war über dieses Angebot und zuvor nie gemalt hatte.

### **Zu Bild 1:**

Es entsteht nach 5 Tagen Klinikaufenthalt. Zu dieser Zeit ist Herr B. beunruhigt, weil zu seinem Husten noch Müdigkeit hinzugekommen ist. „Ja, da sind schon düstere Wolken am Himmel“ sagt er zu seinem Bild. Und sein Bedürfnis nach Stabilität und Abgrenzung wird in den Bildelementen Zaun, Wege zum Haus und detailliert gemalte Türen deutlich. Es ist schwierig für ihn, in pflegerischen und medizinischen Zusammenhängen so viel berührt zu werden. So spricht er mit Frau Müller feste Besuchszeiten ab – so gewinnt er etwas an Regelmäßigkeit, Berechenbarkeit und Sicherheit.

### **Zu Bild 2:**

Es entsteht nach weiteren 2 ½ Wochen. Herr B. nimmt stark ab, seine Angst wächst und er leidet darunter, dass die behandelnden Ärzte vor dem Abschluss aller Untersuchungen nicht sagen möchten, was mit ihm los sei. „Da scheint sich etwas über mir zusammenzubrauen ... und das Haus ist klein und fast durchsichtig geworden ... aber noch viel Grün ringsum – und der Schornstein raucht noch“ – dies sagt er selbst zu seinem Bild. Zwischen Angst und Hoffen lebt



er in dieser Zeit. Zu den spiralförmigen Gebilden kann er nicht sagen, was sie bedeuten, aber ohne sie sei das Bild nicht vollständig. Frau Müller deutet diese Gebilde: Die Spirale ist eine Figur, deren Anfang und Ende offen ist, die von Drehung zu Drehung über sich hinausweist und sich ins Unendliche fortsetzen lässt. Eine Figur, die bei jeder Umkreisung von innen nach außen an Energie und von außen nach innen an Konzentration gewinnt. Und sie zitiert noch einige Zeilen aus einem Rilke-Gedicht:

„Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen, die sich über die Dinge ziehen, den letzten werde ich vielleicht nicht vollbringen, aber versuchen will ich ihn.“ – Herr B. hört intensiv zu und nickt des öfteren.

### Zu Bild 3:

Nach einem Traum entsteht dieses Bild einige Tage später. Er hatte sich am Vorabend des Traumes vorgenommen, am nächsten Morgen die Ärzte auf seinen Zustand hin anzusprechen.

Er träumte von einem verschlossenen Würfelkasten, der auf dem Meer trieb und dessen wichtiger Inhalt ihm nicht bekannt sei. Auch Würfelaugen seien darauf gewesen, aber „leider nicht die Glückszahl 6“. Auf eine Nachfrage antwortete er: „... wissen Sie das denn nicht? Wenn man eine 6 hat, darf man noch einmal. Mit der 5 aber ist die Runde zu Ende!“ Dann kämpft er mit den Tränen und schweigt vor der Klarheit des Unbewussten im Traum. Dann sagt er zu dem Gespräch mit den Ärzten, die sich immer noch sehr ausweichend verhielten: „Es war dem Doktor ganz arg, mit mir zu reden“ und - indem er auf das Bild zeigt: „die Würfel sind gefallen“. Dann will er allein sein und wünscht auch in den kommenden 10 Tagen keinen Kontakt mehr – auch nicht zu seiner Familie, die damit nicht gut umgehen kann.

### Zu Bild 4:

Dieses Bild liegt bei dem Besuchstermin auf dem Nachttisch – er selbst bittet, in Ruhe gelassen zu werden. Die Angehörigen, Pflegekräfte und der Seelsorger deuten dieses Bild:

- da steht ein Mensch in Flammen – sein Blick ist auf den Abendstern gerichtet – er hat keinen Mund, keine Arme und Hände und sei doch in Bewegung - er geht aus dem Bild - der Kasten in der Mitte der Person gibt Rätsel auf: sind es Hirnwindungen (Bewusstwerdungsprozess) oder eine Darstellung von Gedärm (Verdauungs- oder Verarbeitungsprozess), ein Labyrinth (Sage von Theseus und dem Ariadnefaden) - er ist auf einer Reise in seiner inneren Welt - ...

In einem langen Gespräch wird auch der Rückzug angesprochen. Es sei ihm zuzugestehen, dass er in der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit und angesichts seiner Ahnung vom Tod eine Zeitlang ganz bei sich sein wolle.

Die Zeit des Rückzugs geht vorüber. Er wird wieder kommunikativ, wenn auch stiller und sehr traurig.

### Zu Bild 5:

Er lebt nun in einer Phase, in der er Bildern aus seiner Vergangenheit wieder begegnet. So erinnert er sich auch an eine Reise nach Istanbul und das Erlebnis der imposanten Hagia Sofia. Dieses Bild malt er im Beisein von Frau Müller. Sie hat ihn nie lebendiger erlebt, als in diesem Prozess. Er sagt dann zu dem Bild, das neben den anderen an seiner Wand zu hängen kommt: „Schöner als das Erste ... weniger drauf und deutlicher. So wird er auch erlebt: wesentlich eingeschränkter in seinen äußeren Möglichkeiten, aber mit einer reichen Innenwelt beschäftigt, die manchmal seine Züge aufleuchten lässt. Zu den Sternen auch der letzten Bilder sagt er: „Ja, die sind sehr wichtig in dem ganzen Dunkel hier rum“.

In den folgenden Wochen geht es ihm immer schlechter. Kopfschmerz, Schwindel und Übelkeit machen ihm sehr zu schaffen. Die vorgeschlagene Therapie macht er willig mit, fragt aber nicht mehr nach Fortschritt oder wann er entlassen werden könne.

### Zu Bild 6:

Sein einziger Kommentar: „Tja, so steht ein Mensch vor seinem Schöpfer“. Diese Figur stellt er mit großem Ernst mit hoch erhobenen, seitwärts ausgestreckten Armen im Bett sitzend nach.

Dieses Symbol ist überraschend, da er auf das anfangs gegebene Angebot einer seelsorglichen Begleitung ablehnend reagiert hatte – das Ganze bedeute ihm nicht viel...

Er ist sehr müde und möchte nicht weiter über das Bild sprechen. Es erhält aber seinen festen Platz bei den anderen Bildern an seiner Wand.

#### Zu Bild 7:

Eine Art Mandala entsteht in einer Zeit starker Schmerzen und Medikamente. In seinem rasselnden Atem ist manchmal ein Murmeln zu vernehmen. Nur manchmal taucht er in die sog. Realität auf – das Sprechen ist sehr mühsam und er hat gern ruhigen Besuch, aber die Malutensilien sollten weiter in seiner Nähe bleiben.

Zu diesem Bild, das er 10 Tage vor seinem Tod gemalt hat, sagt er nur den einen Satz: „Zur Blume im Inneren führen 4 Wege, aber es ist fast egal, welchen man geht, alle kommen dort an.“

In den nächsten Minuten wiederholt er nickend immer wieder einzelne Bruchstücke aus diesem Satz: „Ja, egal... – alle dahin... – Blume ... – Wege egal ... – Blume ...“.

#### Zu Bild 8:

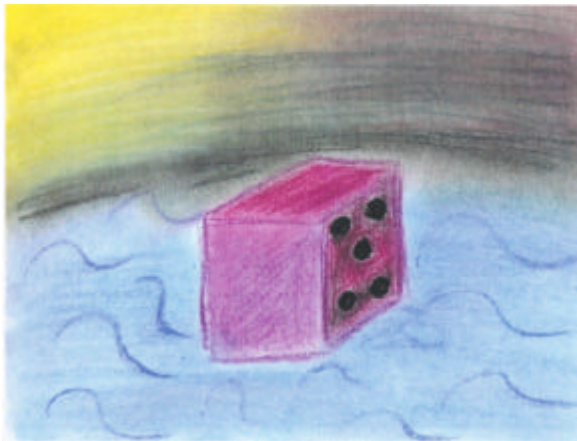
Herr B. stirbt, als Frau Müller nicht bei ihm ist – sie erfährt es erst Stunden später und ist tief betroffen, auch wenn sie in den letzten Tagen immer mit seinem Tod gerechnet hatte. Mit den Worten, dass Herr B. noch etwas für Frau Müller dagelassen habe, bringt eine Schwester das letzte Bild – es spricht für sich.



1



2



3



4



5



6



7



8