

Silentium in aeternum

Wenn Menschen auf eine Reise gehen

Fachbereichsarbeit

zur Erlangung des Diploms
für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

an der
Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
am Allgemeinen öffentlichen
Landeskrankenhaus Villach

Beurteiler:
Frau Monika Brantner
Lehrerin der Gesundheits- und Krankenpflege

vorgelegt von
Helmut Winkler
winkler.alpha@aon.at

Villach, im April 2003

INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT	02
1.	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG	03
2.	HOSPIZ EINE PHILOSOPHIE DER MENSCHLICHKEIT	05
2.1	Geburt einer humanen Geste	05
2.2	Palliativbehandlung	07
2.3	Kunsttherapie	09
2.4	Atemtherapie	10
2.5	Musiktherapie	11
2.6	Trauerbegleitung	13
3.	DAS STERBEN	15
3.1	Physiologie des Todes	15
3.2	In Würde sterben	18
3.3	Allgemeine Pflege	20
3.3.1	Appetitlosigkeit	23
3.3.2	Schlafstörungen	23
3.3.3	Körperpflege	24
4.	SPIRITUALITÄT	25
4.1	Der Tod- das Ende?	25
5.	ZUSAMMENFASSUNG	28
6.	LITERATURVERZEICHNIS	29

0. VORWORT

Im Jahr 2000 musste ich mich innerhalb eines halben Jahres von meinen beiden besten Freunden, welche bei Autounfällen ums Leben kamen, schmerzlichst verabschieden. Meine Haltung dem Leben gegenüber wandte sich in diesem Erleben von Trauer und Verlust urplötzlich, weshalb ich mich entschloss, mich dem Thema des Ewigen Abschieds zu widmen. In den vergangenen Jahren durchlief ich Phasen der Trauer, der Hoffnung und erfuhr Menschlichkeit und Liebe, was mich persönlich, trotz der schmerzvollen Stunden, zu stärken vermochte. Den Tod als meinen ständigen Begleiter zu akzeptieren und ihn nicht als meinen wahren Feind zu bekämpfen, ließ mich erleben, was Leben bedeutet und wie sich Banalitäten des Alltags zu Nichtigkeiten verwandeln. Im Mai 2002 beschloss ich, meine Erfahrungen mit dem Thema Tod und Sterben zu nutzen, um anderen Menschen, in gerade jenen schmerzhaftesten Stunden des Abschieds beizustehen und sie an meiner Erfahrung teilhaben zu lassen. Im Rahmen einer Ausbildung zum staatlich anerkannten Hospizmitarbeiter erweiterte sich nun mein persönlicher Horizont und verwies mich auf weitere Betrachtungsweisen dieser Thematik. Meinem ständig wachsenden Interesse, mich dem Thema zu stellen, entwuchs das Engagement, die vorliegende Fachbereichsarbeit der „Stille auf Ewig“ zu widmen.

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Frau Monika Brantner, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, die mich in der Umsetzung meiner Ideen tatkräftig unterstützte. Meine Fachbereichsarbeit möchte ich mit ehrlicher Hochachtung meiner Mutter widmen, welche mir in Zeiten der hilflosen Trauer und des unermesslichen Schmerzes stets zur Seite stand. In memoriam Josef Dullnig und Klaus Steiner beschließe ich meine Einleitung mit der Schlichtheit menschlichen Schweigens...

Pusarnitz, im April 2003

Helmut Winkler

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG

Im Verlauf menschlicher Existenz muss jenes vernunftbegabte Wesen erkennen, dass kognitiv fassbare Themen der Wissenschaften dennoch nur einen Bruchteil dessen zu klären im Stande sind, was jenes eigentlich zu bewegen vermag. Dies gilt vor allem auch dem Thema, welches unmittelbar auf dessen Existenz Bezug nimmt, nämlich dem Thema der Sterblichkeit des Menschen. In der Stunde des Todes fallen schlicht die Fassaden des Menschen, welche er sich mühsam in den Jahren zum Schutz aufgebaut hat und so tritt uns dieser Mensch hilflos und entblößt gegenüber. Doch unsere eigene Unsicherheit, unsere Angst vor der eigenen Sterblichkeit, lastet auf uns und darum können wir dem Sterbenden häufig nicht die erwünschte Stütze sein. Denn ständig muss der Mensch erkennen, wie mächtig Sprache sein kann, jedoch auch wie machtlos sie oft ist. Worte können teilweise stark verletzen, doch auch trösten und heilen, in manchen Situationen sind Worte das rettende Ufer und in wieder anderen sind sie der sichere Tod. Wir bemächtigen uns der Sprache viel zu häufig, verwenden sie als einen Schleier für unsere vielen Gesichter, als tödliche Waffe und als Mittel des belanglosen Informationsaustausches, wählen häufig die falsche Sprache und manchmal auch die falsche Mimik und Gestik, sowie den falschen Ton.

So gibt es Momente im Leben eines Individuums, in denen die Sprache alleine nicht mehr auszureichen scheint oder einem einfach die Worte fehlen. Doch wie bald sind Worte des Trostes und der Ermunterung gesprochen, Ratschläge parat und Momente der Stille unerträglich und wie bald und unerwartet ereilt uns selbst der Augenblick der schmerzlichen Stille?

Um jene Momente der Ruhe und Wortlosigkeit ertragen und sie dem Menschen, welchem die Stunde des ewigen Abschieds schlägt, gewähren zu können, muss der Hospizgedanke, welcher sich in den letzten Jahrzehnten entwickelte, dem Menschen vermittelt und vorgelebt werden, um das Tabuthema Tod nicht erneut abseits des Lebens suchen zu müssen, denn die *hora mortis* schlägt für jeden Sterblichen. Doch bedeutet sie auch den völligen Untergang oder dient sie nur als Brücke in ein Dasein, enthoben jeglicher Materie?

Dem Sterbenden ein Freund sein, eine Forderung der Gesellschaft schlechthin, jedoch in der Umsetzung des so salopp formulierten Gedankens werden die Grenzen des menschlichen Handelns nur zu schnell erreicht und dennoch lassen sich stets motivierte und barmherzige Mitmenschen auf diese doch allzu humane Aufgabe ein. Doch der Tod und das Sterben verließen durch die existente leistungsorientierte und lebensbejahende Gesellschaftsstruktur den Rahmen des Lebens und wurden so zu Themen der Leichenbestattung und Geistlichkeit. Um die „Resozialisierung“ des Todes zu ermöglichen, muss die Gesellschaft mehr und mehr mit der Wirklichkeit des Todes konfrontiert, wenn auch belastet werden. Durch die explizite Formulierung von Gedanken und Erfahrungen über das Thema soll dem Menschen der Tod als die einzige Wirklichkeit vermittelt werden. Denn erst in der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit kann der Mensch dem Sterbenden eine wahre Stütze sein. Jedem Menschen Mut zu machen, sich Schritt für Schritt dem Sterbenden zu nähern, ist das Bestreben meines Werkes. Es soll der Häresie, in der Begleitung von Sterbenden etwas falsch machen zu können, entgegenwirken und den Tod als ein Mitglied im Kreislauf des Lebens wieder anerkennen (Anmerkung des Verfassers).

2. HOSPIZ EINE PHILOSOPHIE DER MENSCHLICHKEIT

Von der Befreiung der menschlichen Sterblichkeit, aus den Fängen des Abgrundes der Gesellschaft und der anfänglichen Repositionierung in die Existenz des Individuums.

2.1 Geburt einer humanen Geste

„Bei dem Wort *Hospiz* denken viele Menschen an den Tod, an ein Haus, in das man geht, wenn der Tod nahe ist. Andere verbinden damit christliche Herbergen und einfache Hotels, vor allem in der Schweiz, wo man diese Hospize nennt. Seit dem frühen Mittelalter stand der Begriff für die Raststätten entlang der großen Pilgerstraßen, die Unterkunft, Schutz und Pflege boten für die Pilger, die krank, alt oder schwach waren, um ihren Weg fortzusetzen“ (Everding et al., 2001, S. 9).

„Hospiz – das ist aber viel mehr als ein Gebäude; es ist die große, den Globus umspannende Idee, dass wir Menschen einander im Sterben nicht allein lassen sollen. Hospiz, das ist in erster Linie eine Haltung Sterbenden und ihren Angehörigen gegenüber. Hospiz, das ist ein Verständnis von Leben, zu welchem Krankheit, Leiden und Sterben, der Tod und die Trauer dazugehören“ (Lamp, 2001, S.9).

Und so entstand zunächst in England und von dort ausgehend über Amerika und die ganze Welt, die Idee der modernen Hospizbewegung. *Cicely Saunders*, Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin, leistete auf diesem Gebiet Übermenschliches. In den 1950er- Jahren arbeitete sie für sieben Jahre im St. Joseph's Hospice als Ärztin, wo sie hautnah die Zuwendung zu schwerkranken und sterbenden Menschen erfuhr. Noch einschneidender für das künftige Engagement Saunders galt die Begegnung mit einem emigrierten polnischen Juden namens David Tasma, welchen sie im St. Luke's Hospital als Krankenschwester betreuen durfte. Dieser sollte dort 40-jährig an Krebs sterben. Durch die entstandene emotionale Bindung der beiden entwickelte sich primär die Utopie von einem Ort, an dem Menschen würdig bis zuletzt leben und sterben könnten.

Mit den bedeutsamen Worten: „Lassen Sie mich ein Fenster in Ihrem Haus sein“ überließ David Tasma Cicely Saunders seinen ganzen Besitz von 500 Pfund.

20 Jahre später verwirklichte die engagierte und von Leidenschaft für diese Idee gekennzeichnete Frau ihren Traum und eröffnete 1967 im Londoner Vorort Sydenham ein Haus, in welchem Sterbenden und deren Angehörigen ein Platz für menschenwürdiges Sterben gewährleistet und Schmerz wirksam bekämpft werden konnte. Die Betreuung von 50 Menschen im St. Christopher's Hospice auf medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und seelisch- spiritueller Ebene dient noch heute als bahnbrechend für Medizin und Pflege.

Etwa zur selben Zeit begann auch in Amerika in der Beschäftigung mit Tod und Sterben durch die Psychiaterin *Elisabeth Kübler- Ross* ein Tabuthema zu fallen. Bis zur Veröffentlichung ihres Bestsellers „Interview mit Sterbenden“ (On Death and Dying, 1969) war das Thema Sterben eine Domäne der Geistlichkeit. Als Debakel der Medizin wurde zu jener Zeit der Tod gesehen, da Ärzte ausschließlich am Leben interessiert waren und der Tod nicht als Teilgebiet der Medizin anerkannt war, was dazu führte, dass selbstverständlich gestorben wurde, aber abseits vom normalen Betrieb, sogar in Abstellkammern und Bädern. Und so war der Tod stets ein Feld der Bestattung und der Geistlichkeit geblieben. Durch die Erkenntnisse der Sterbe- und Trauerforschung, die entscheidend von den Veröffentlichungen Kübler- Ross' geprägt wurden, begannen sich weltweit Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen mit der Begleitung Sterbender kritisch auseinander zu setzen (vgl. Lamp, 2001, S.10- 13).

„Du zählst, weil du bist, wer du bist. Und du zählst bis zum letzten Moment deines Lebens.“ (Cicely Saunders)

Schon zu Beginn der Idee für das St. Christopher's Hospice stand die Vorstellung einer Gemeinschaft von Menschen, die sich gemeinsam für die medizinischen, sozialen und spirituellen Belange der Patienten einsetzen (vgl. Saunders, 1999, S.10). Drei klar formulierte Prinzipien der Hospizbewegung sind bis heute von großer Bedeutung geblieben.

Das ist zunächst der Gedanke der **Offenheit**, welcher sehr viele Möglichkeiten in der Betreuung Sterbender in sich birgt, der Gedanke der **Ganzheit und Einheit von Herz und Verstand** und der dritte der **geistigen Freiheit**.

Saunders gibt hiermit klar zu verstehen, dass es um die Anerkennung der Würde des Menschen geht und dass jeder Mensch wichtig ist und zwar bis zum letzten Atemzug seines Lebens (vgl. Saunders, 1999, S.16- 17).

Das Ziel der Hospiz- Bewegung besteht nun genau darin, den Menschen das Gefühl zu vermitteln, geborgen und sicher zu sein, sicher genug, um sich den plagenden, unangenehmen Gefühlen zu stellen, sicher genug, um Dinge einfach hinter sich zulassen, mit denen man nicht zufrieden sein kann, und auch sicher genug, um das Gefühl haben zu können, den Schmerz, die Atemnot und alles andere bewältigen zu können (vgl. Saunders, 1999, S.23).

2.2 Palliativbehandlung

Ziel ärztlichen Bemühens ist stets die Kuration von Krankheiten, worauf natürlich auch die Aus- und Weiterbildung der Mediziner ausgerichtet ist. Jedoch wird bei allen berechtigten Erwartungen an die Möglichkeiten der modernen Medizin häufig vergessen, dass die Zahl jener Erkrankungen, die nicht oder nur vorübergehend behandelbar sind und rasch oder nach längeren chronischen Leidensphasen zum Tode führen, sehr hoch ist und höchst wahrscheinlich auch bleiben wird. Beispiele dafür liefern die große Gruppe der bösartigen Krebserkrankungen, von denen nur etwa die Hälfte durch Operationen, Strahlen- oder Chemotherapie geheilt werden können. Gerade bei Menschen mit unheilbaren und konsumierenden Erkrankungen treten häufig quälende Beschwerden und Schmerzen auf, welche sich zu eigenständigem Leid entwickeln und daher behandelt werden müssen. Denn der Schmerz nimmt alle Lebensbereiche des Betroffenen in Beschlag, und der von ihm Geplagte kann nichts anderes mehr denken und so führt der Schmerz in die Isolation und Einsamkeit. Vor allem aber verursachen Schmerzen Angst und Angst potenziert den Schmerz, führt also in einen *circulus vitiosus*. Gerade auf diesem Gebiet gründet der Bereich der Palliativmedizin.

Gleichsam wie ein schützender und wärmender Mantel (das lateinische Wort *pallium* bedeutet „der Mantel“) ermöglicht *Palliativmedizin* das Wiedererlangen von Wohlbefinden und Beschwerdefreiheit in Zeiten von Krankheit und begleitet den Menschen auch auf dem Weg des Sterbens medizinisch. Denn das Behandlungsziel in jenem Bereich wandelte sich von der Heilung oder Remission in die Linderung von Schmerzen und Leid.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert *Palliativmedizin* als die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit begrenzter Lebenserwartung zu einer Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Therapie anspricht. Höchste Priorität haben hier die Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden, sowie die Sorge um psychische, soziale und spirituelle Probleme (vgl. Everding et al., 2001, S.17- 19). Somit ist festgelegt, dass *Palliativmedizin* das Leben bejaht und das Sterben an einer unheilbaren Krankheit als einen natürlichen Prozess betrachtet. Allerdings beachtet *Palliativmedizin* die Selbstbestimmung des Patienten und ist daher Lebensbegleitung bis zuletzt (vgl. Everding et al., 2001, S.21). Durch die Immanenz interdisziplinärer Zusammenarbeit ist verständlich, dass *Palliativmedizin* mit *Palliative Care* einhergehen muss. Onkologisch geschultes Pflegepersonal mit einer Weiterbildung in *Palliative Care* mit den Schwerpunkten Schmerztherapie und Symptomkontrolle, also Überwachung und Behandlung von Symptomen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden, begleiten und beraten Patienten im fortgeschrittenen Stadium unheilbarer Erkrankungen am letzten Lebensabschnitt. Dies erfordert auch die funktionierende Koordination der Aufgaben des Interdisziplinären Teams sowie der Angehörigen (vgl. Everding et al., 2001, S.23).

2.3 Kunsttherapie

Mit Hilfe von verschiedenen künstlerischen Fertigkeiten wie Zeichnen, Malen, Collagieren und Plastizieren kann man sich ohne Worte ausdrücken und verständigen. Kunsttherapie stellt eine eigenständige Therapieform dar oder unterstützt andere Therapien.

Vor allem seelische Störungen, Konflikte aller Art und Lebenskrisen sollen im schöpferischen Prozess bewusst gemacht und bewältigt werden und gerade, wenn der Mensch sein inneres Befinden verbal nicht oder nur unzureichend mitteilen kann, bietet Kunsttherapie die Möglichkeit Gefühle und Probleme in selbstgeschaffenen Werken darzustellen.

Durch den Vorgang des kreativen Gestaltens entsteht im Veränderungsprozess etwas Neues, was natürlich auf die gesamte Psyche und das Selbstwertgefühl des Schöpfers wirkt, denn dieser erlebt sich als aktiv Handelnder auch dann, wenn das Werk dessen Ängste, Depressionen und negativen Gefühle enthält. Durch das Kreieren eines Werkes befriedigt der Gestalter seinen Selbstwert und fühlt sich stolz, denn im Kontakt zu dessen schöpferischen Produkt seines emotionalen Innenlebens gelangt er zu Stärke, mit seiner Ohnmacht, der Angst, dem Schmerz und der Hilflosigkeit, kreativ umzugehen. Wesentlich bei der Gestaltung ist die Verwendung von Farbe und Form, um Symbole hervorzubringen und dennoch einen offenen Bildraum zu ordnen, denn die Bildfläche dient symbolisch als Spiegelbild der veränderten Lebensumstände des Malenden. Das Gestaltete wirkt natürlich aus sich selbst heraus, zusätzlich bedarf es doch intellektueller und emotionaler Erklärungen, weil erst im Gespräch der Zusammenhang der Lebenssituation des Gestalters und seiner Therapie hergestellt werden kann. Im Rahmen einer einfühlsamen und entspannten Gesprächsatmosphäre besteht die Möglichkeit, im Bild enthaltene Botschaften bewusst zu machen und Symbole zu deuten. Vordergründig sollte aber beachtet werden, dass nur das im Moment Aktuelle im Bild besprochen werden soll, um den Betroffenen nicht zu überfordern und dessen Selbstheilungsmöglichkeit nicht im Wege zu stehen.

Die tiefenpsychologisch geprägte Kunsttherapie steht vor allem unter dem Einfluss der Psychologie C. G. Jungs und wird vorwiegend im psychosomatischen sowie heilpädagogischen Bereich und in der Therapie von Sterbenden und unheilbar Erkrankten angewandt. Bei Krebspatienten dient die Kunsttherapie durch die häufig als massiven Angriff auf die gesamte Person erlebte Erkrankung zur Stärkung des Selbstwertgefühls aufgrund der verlorengegangenen vertrauten Welt und der völlig ungewissen Zukunftsaussicht. Als Reaktion auf diese Veränderungen produziert der Kranke Ängste, etwa vor Verstümmelung, Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung, des sozialen Umfelds, vor Schmerzen, Einsamkeit und Siechtum und schließlich die Angst vor dem Tod, welche im Rahmen der Kunsttherapie bearbeitet werden können, um dem Erkrankten eine Beziehung zu seiner neuen Realität, der er sich stellen muss, zu gewähren.

Denn gerade bei Themen wie Tod und Leid verwendet man notwendigerweise Symbole, um sie darzustellen und Kunsttherapie bietet einen natürlichen Rahmen für diese Symbole (vgl. Everding et al., 2001, S.56- 66).

2.4 Atemtherapie

Um Atemtherapie als ein Konzept für die Therapie bei Menschen im terminalen Stadium anbieten zu können, muss die Betrachtungsweise auf den Menschen als eine Ganzheit von Körper, Geist und Seele gelegt werden. Die Medien dieser Therapie sind Atem, Berührung, Gespräch, Bewegung und Stimme. Bereits in der Schöpfungsgeschichte wird der elementare Stellenwert der Atmung, jene rhythmische Gabe für das Lebewesen, verdeutlicht, denn dort steht geschrieben: Als Gott den Menschen nach seinem Bilde und Gleichnis geformt hatte, hauchte er ihm den Odem ein. Dennoch begleitet uns die Atmung stets als ein stiller und getreuer Mechanismus vom ersten Einatmen bei der Geburt bis hin zum letzten Ausatmen im Tod, er passt sich seismographisch dem jeweiligen Handeln und Empfinden des Menschen an und verändert sich durch außergewöhnliche Situationen.

In der Atemtherapie wird der Mensch erneut darauf geschult, seinen Atem als Energiequelle zu erfahren, um seinen ureigenen Atemrhythmus wahr zu nehmen, wie auch die Polaritäten von Kommen und Gehen, Nehmen und Geben, Fülle und Leere, durch ihn eine Brücke zum Inneren zu schaffen, um an diesem Ort ganz selbst zu sein, dort durch jede Einatmung gezielt Energie aufzunehmen und bei jeder Ausatmung in den Körper zu verströmen.

Atemtherapie lindert Atemnot und Angstatmung, vor allem bei Patienten mit Erkrankungen im Atemwegsbereich, reduziert die Abhängigkeit somit vom Sauerstoffgerät, bessert das Allgemeinbefinden des Kranken durch die verbesserte Wahrnehmung des eigenen Körpers, fördert die Eigenaktivität, vermittelt Zuwendung und Wärme durch Berührungen und lindert das Gefühl von Angst (vgl. Everding et al. , 2001, S.68- 75).

2.5 Musiktherapie

Die heilende Kraft der Musik, welche sie auf den somatischen wie auch psychischen Bereich des Menschen ausübt, wird bereits in der griechischen Mythologie durch Apollon, den Gott der Medizin, der Wahrsagekunst und der Musik, verdeutlicht. Bereits im Mutterleib vernimmt der Fötus Rhythmus und Melodie als musikalische Elemente und so begleitet uns Musik permanent als Trostspender, wie auch als Vergnügen. Musik entsteht aus Schwingung, Klang, Melodie, Harmonie, Form und Zeit und spricht so die verschiedenen Gefühlsebenen des Menschen an, ohne deren Wirkung definitiv in Worte fassen zu können. Auch ohne musikalische Vorkenntnisse ist es dem Kranken möglich, Gefühle mittels verschiedenster Instrumente zu vermitteln. In einem vertrauensvollen und räumlich geschützten Rahmen ermöglicht Musiktherapie eine intime, nichtsprachliche Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten.

Durch die zusätzliche Möglichkeit der Aufnahme des Gespielten können Therapieansätze entwickelt werden, indem der Therapeut mit dem Patienten gemeinsam die Symbolik des Dargebotenen hinterfragt, um daraus situationsgebundene Lösungsstrategien zu erstellen. Ebenso kann das Tondokument als Erinnerung und als Geschenk an Angehörige dienen.

Musiktherapie bietet auch Patienten, denen die Motivation, aktiv Musik zu machen, fehlt, eine Möglichkeit, sich bestimmte Klänge, Lieder oder Werke anzuhören um Ängste, Sorgen und Schmerzen loslassen zu können, denn Musiktherapie richtet sich an Menschen in physischen oder psychischen Krisen, ebenso wie Menschen, welche ihre Kommunikationsfähigkeit kennen lernen, erweitern oder verändern wollen.

Sie bietet durch Entspannung an, sich Neuorientierung im entstandenen Gefühlschaos zu schaffen, indem sie als prozesshafter Teil der Trauerarbeit dient, um dem Erkrankten, trotz der bestehenden Gefühle wie Hilflosigkeit, Angst und vor allem Schmerzen, das Wiedererlangen von Harmonie zu gewähren.

Auf einer solch symbolischen Ebene der Erfahrung eröffnet sich dem Menschen eine Form des wortlosen Ausdrucks von Gefühlen, auch wenn diese noch nicht ausdrückbar oder noch zu schmerzlich sind und dient vor allem als emotionale Begleitung von Patienten, deren Befinden im Verlauf der Erkrankung einem steten Schwanken unterworfen ist. Durch strukturierte und themengebundene Assoziation oder freie Improvisation anhand von Stimme oder Instrumenten wird- ohne die Wertung von ästhetischen Gesichtspunkten- die Darbietung als der Ausdruck von Befindlichkeit verstanden, sofern es dem Wunsche des Patienten entspricht. Die spirituelle Dimension von Musik bleibt noch zu erwähnen, fungiert sie doch metaphorisch gesprochen als symbolisches Sprachorgan von Gefühlen, sowie als tröstendes Mittel, um Ängste über Sterben und Tod wortlos auszudrücken und macht somit Transzendenz erfahrbar (vgl. Everding et al., 2001, S.76- 83).

2.6 Trauerbegleitung

Eine klare Trennung der Begriffe Sterbe- und Trauerbegleitung sind grundsätzlich nicht möglich, da jede Sterbebegleitung bereits zu einem großen Teil Trauerbegleitung ist, weil das Hauptaugenmerk auf den sterbenden Menschen gerichtet ist und jener in höchstem Maße einen trauernden Menschen verkörpert. In der Trauerbegleitung wird vom Betreuungsteam verlangt, alle Gefühle des Patienten zu zulassen. Keineswegs sollen Aufmunterungsversuche oder Ablenkungsmaßnahmen gesetzt werden, denn die Grundaussagen in der Trauerbegleitung sind durch die Worte: Einlassen, Zulassen und Loslassen festgelegt. Denn der Trauernde benötigt Energie für seine Trauerarbeit und nicht, um dem Helfer von der Richtigkeit seiner Trauergefühle zu überzeugen, welche für die Gesamtheit des eigenen Trauerprozesses benötigt wird.

Wenn der Betroffene erstmals wahrlich begriffen hat, dass die kurative Behandlung ausgeschöpft oder der Leib sich dem Sterbeprozess nicht mehr entziehen kann, beginnt für diesen ein brutaler und schmerzhafter Prozess der Trauer, völlig unabhängig, ob der Betroffene sich darüber äußern kann, ob zwischenzeitliche Phasen der Hoffnung einsetzen oder spirituelle Verankerungen vorhanden oder aufgebaut werden. Diese Trauer umfasst das gesamte Verlusterleben von Gegenwart und Zukunft des Betroffenen und erinnert ständig an den zunehmenden Verfall, den Verlust der bestehenden sozialen Rolle, sowie der eigenen Autonomie und die Angst vor körperlichem Leid scheint unermesslich groß. Die Zukunft rückt durch diese Erkenntnis in ein Licht der Utopie und purer Hoffnung, denn die Pläne und Träume der Zukunft stehen ab sofort viel bewusster unter der Prämisse des Unwahrscheinlichen, des „nie mehr“ oder „nie wieder“. Das Empfinden, sein Leben nicht ausreichend gelebt zu haben, ist ebenso erdrückend wie der Gedanke an den frühzeitigen Abbruch des Lebens, eine Ausnahme scheint hier der sehr alte Mensch zu sein, welcher auf ein möglichst langes und erfülltes Leben zurückblicken kann, jedoch bleibt auch in jenem Fall die Angst, dahin scheiden zu müssen, um für immer vergessen zu sein.

Der wahrscheinlich schmerzhafteste Verlust ist der des Sich-selbst-aufgebemüssens, denn die Ungewissheit, ob Charakterzüge, Gefühle und Erinnerungen körperlos bestehen bleiben, drängt sich unmittelbar auf.

Die begleitenden Gefühle der Trauerarbeit sind vor allem von der Individualität des Menschen abhängig. Zu diesen Faktoren zählen der frühere zugestandene Freiraum für Gefühlsäußerungen, das Temperament, sowie die erworbenen Strategien im Umgang mit Verlusten, die Bereitschaft, Emotionen außerhalb der Intimsphäre zuzulassen, die momentane Situation und Befindlichkeit des Patienten, wie auch die vorherrschenden Emotionen wie Zorn, Wut, Angst... Da Trauer nicht unmittelbar mit Traurigkeit einhergehen muss, sollte darauf hingewiesen werden, dass jedes vorkommende Gefühl höchst adäquat und berechtigt ist. Dem Betreuungsteam bleibt die wichtige Aufgabe, jedes der auftretenden Gefühle schlicht zuzulassen und niemals durch Aufmunterung oder Ablenkung zu agieren.

Gestattet man dem Trauernden seine Auseinandersetzung mit der Trauer, eröffnet sich ihm meist neue Teilhabe am noch verbleibenden Leben, auch wenn ihn die Konfrontation mit den Verlusten in tiefe Trauer stürzt. Verleugnet oder verdrängt der Patient selbst diese negativen Gefühle, dient ihm diese Verdrängungszeit als eine Möglichkeit, erneut Kraft zu schöpfen. Solange Trauer in Bewegung ist und der Mensch um die Ursache seines Erlebens weiß, besteht keine Notwendigkeit auf Behandlung, wenngleich dem Trauernden ein Höchstmaß an Wärme und Schutz durch die Umgebung garantiert werden muss, was auch respektvolle Distanz bedeuten kann (Everding et al., 2001, S.84- 92). Worum es in der Trauerbegleitung grundsätzlich geht, wird wohl am besten durch die drei Grundsätze, welche Carl Rogers einst formulierte mit: Echtheit, einfühelndem Verstehen und Anteilnahme ausgedrückt (Lamp, 2001, S.135).

3. DAS STERBEN

„Thanatos“ - der Tod. Selbst der Wandel des Begriffes Thanatologie, welcher bis 1970 die „Lehre vom Tod und vom Gestorbenen“ bezeichnete, zur heutigen begrifflichen Ausdehnung auf die Lebensspanne vor dem Tod und dem Tod selbst, macht verständlich, dass eine Definition dieses Abschnittes nicht eindeutig festzulegen ist (vgl. Kohlhammer, 1998, S.19).

3.1 Physiologie des Todes

Um mit den Worten Epiktets zu sprechen: „Der Tod ist nichts Furchtbares- nein, die Vorstellung vom Tode, er sei etwas Furchtbares, das ist das Furchtbare“ (Epiktet, 5- 138 vor Christus). Der Tod als biologisches Ereignis vollzieht sich in bestimmten Vorgängen, welche meist zu beobachten sind. Die Atmung des Sterbenden wird unregelmäßig, schnappend und rasselnd, da der Schleim aus dem Hals nicht abgehustet werden kann, der Pulsschlag wird unregelmäßig und setzt gelegentlich auch aus. Der Blutdruck fällt ab, ebenso die Körpertemperatur, außer bei infektiösen Erkrankungen. In der Atemluft verbirgt sich der Verwesungsgeruch, das veränderte Antlitz mit der hervortretenden Nase scheint signifikant, wie auch der halbgeöffnete Mund und das Ermüden der Augenlider. Unwillkürlicher Abgang von Urin und Kot, sowie unkoordinierte Bewegungen der Hände und das Nachlassen des Tastsinnes, zeichnen diese Phase. Die Haut ist kalt, blass und bläulich, die Bewusstseinslage verändert sich zunehmend und letzten Endes fallen die Grundfunktionen von Herz, Lunge und Zentralnervensystem völlig aus und der Mensch stirbt. Im Sterbevorgang selbst fällt die Beurteilung der genauen Todeszeit oft sehr schwer, da einzelne Organfunktionen des Menschen unabhängig voneinander weiterbestehen können. Definitiv wird der Zeitpunkt des Todes mit dem Ausfall der zerebralen Funktionen gleichgesetzt. Wissenschaftlich anerkannt ist nur jenes Kriterium für den Tod eines Menschen, also der irreversible Funktionsausfall des Gehirns, welcher als Hirntod bezeichnet wird (vgl. Schäffler, 2001, S.514).

Tot ist der Mensch also dann, wenn Wiederbelebung unmöglich ist und eine Decerebration¹ stattgefunden hat. Doch mit diesem Gehirntod ist der Tod des Menschen nicht identisch, dennoch bleiben uns nur jene Merkmale des Leibes, welche uns das Ende des Sterbens signalisieren. Was der Sterbende und wie er seinen Tod erlebt, bleibt für uns verborgen und dennoch bemühen wir uns ein Verstehen dieser Vorgänge zu erlangen, müssen jedoch bei den kognitiven, rationalen Verstandesprozessen bereits resignieren (vgl. Kohlhammer, 1998, S.163). Der Tod, welcher uns Menschen nur als etwas Abstraktes erscheint, also gewissermaßen etwas „Unsinnliches“, erhält mehr und mehr sinnliche Größe für den Sterbenden, verkörpert somit auch keine Illusion, sondern ist ebenso real, wie das Sterben an sich. Zu beobachten bleibt nur die Reaktion des Sterbenden und jene ist eine subjektive, wird jedoch häufig beschrieben als ein „Dahinschlafen“. Der Großteil der Menschen, wird im Sterben sehr ruhig, die sinnliche Erfahrung nimmt ab, jedoch verschärft sich die Funktion von Auge und Ohr, welches einen dringlichen Appell für die Umgebung bedeutet. Letzte Gedanken gelten meist den anderen, beispielsweise klammert sich der Sterbende an einen Freund, was darauf hinweist, dass Sterben in seinem Verlauf zwei Ebenen verbindet. Die erste äußere Ebene bedeutet den Abschluss mit dem gesellschaftlich- sozialen Leben, wobei die zweite oder innere Ebene den Ablauf des Sterbens im letzten Moment meint, wie er schließlich Erleben und Erlöschen des menschlichen Lebens prägt.

Beim inneren Erleben des Sterbens können wir davon ausgehen, dass der Mensch sein Sterben ergreift und vollzieht, ohne es jedoch zu billigen, wobei jenes Ergreifen und Vollziehen zeitlich vielleicht sehr kurz- jedoch personal betrachtet- sehr gefüllt ist. Jenes Erleben gründet auf der Klarheit des „Sterben müssen“, welche erst aufbricht, wenn eine persönliche Reife der Person abgeschlossen ist und wird zu einem Ereignis, welches plötzlich und krisenhaft in das Leben des Betroffenen eindringt. Der Mensch reagiert auf jenes Ereignis nun mit unterschiedlichsten Reaktionen, beginnend mit Resignation, Widerspruch gegen das Todesschicksal, Selbsttäuschung oder Weltschmerz.

¹ Decerebration bezeichnet den Ausfall des Großhirns

Ebben die Phasen des Ringens und des Überlebenskampfes ab, verlängern sich auch die Pausen und die Redezeit weicht, denn in der Stille wächst die Bereitschaft zur Annahme des Unausweichlichen.

Erscheint der Mensch in jener Phase häufig regungs- oder gefühllos, macht sich ein Irrtum breit, denn sie ist geprägt von innerer Dynamik, welche sich nur in der Stille vollziehen kann. Jene Phase bedarf dringendst Geleit, also stetige, unaufdringliche Anwesenheit, angemessene Reaktionen auf Regungen, aber auch Stille zur Stille. Der Sterbende selbst nur ist fähig, sein Leben damit auszufüllen, was zu seinem Abschluss gehört, Faktoren wie Raum und Zeit bleiben zwar immanent, jedoch nur als Anlässe, welche ausgedehnt und überwunden werden können. Senkt der Sterbende seine Augenlider oder erstarrt sein Blick, so kann dies bedeuten, dass sich das Auge nach innen richtet und den Umstehenden verborgen bleibt. Irgendwann treten dann die oben genannten Todeszeichen auf, die Atmung wird schwächer, das Herz bleibt stehen, es wird der Anschein erweckt, als würde nur noch ausgeatmet werden, was darauf hindeuten kann, dass der Mensch nun völlig nach innen gewandt ist. Der Sterbende gibt nach, nimmt nichts mehr, nur noch was in seinem Inneren wirklich Platz hat. Nun schwindet das Bewusstsein, der Mensch hört und sieht nichts mehr, jedoch geht die Forschung davon aus, dass er noch vernimmt. Schließlich lösen sich jegliche Muskelspannungen, die Anspannung des Gesichts gibt einer „Gelöstheit“ Raum....(vgl. Kohlhammer, 1998, S.172-175).

„Bedenkt-
Den eigenen Tod,
den stirbt man nur,
doch mit dem Tod der anderen
muss man leben...“
(Mascha Kalsko)

3.2 In Würde sterben

Der sterbende Mensch ist vor allem ein noch lebender Mensch! Gerade sterbenden Menschen jedoch werden häufig grundlegendste menschliche Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte abgesprochen wie zum Beispiel eine angenehme Umgebung, Nähe und Zärtlichkeit, das Recht auf Privatsphäre, sowie Wahrheit und Respekt.

Auch wenn die Konzentrationsfähigkeit oder die Bewegungsfreiheit des Sterbenden eingeschränkt ist, bleibt dennoch die Möglichkeit sich den Umständen anzupassen, um ihm emphatisch zu begegnen (Anmerkung des Verfassers).

Und selbst *„wenn man nichts mehr tun kann, gibt es für uns noch viel zu tun“* (Lamp, 2001, S.41).

Denn jenes elementare Grundrecht des Individuums, welches weder aufhebbar noch verzichtbar ist, nämlich die Menschenwürde, bleibt für Moralisten und Ethiker stets unantastbar, jedoch scheint die Problematik einer konkreten und einheitlichen Definition des Begriffs sehr komplex. Da die Würde des Menschen abhängig vom inneren Wertesystem des Individuums, der biografischen Entwicklung und des Lebensplans, betrachtet werden soll, kann inhaltlich stets nur im Hinblick auf den konkreten Menschen eine Definition stattfinden.

Allgemein hingegen ist Menschenwürde die Tatsache, als Mensch Träger geistlich- sittlicher Werte zu sein, was in der traditionellen Philosophie als Autonomie, also die Freiheit des Menschen zu sittlicher Selbstbestimmung, meint. Doch konfrontiert man diese philosophische Haltung mit dem Erleben von Schmerz, zeigt sich, dass diese Tatsache von Sterbenden als Negation des eigenen Lebensplans, sogar als Verlust der Fähigkeit, Werte zu besitzen, erfahren wird.

Um dem Sterbenden jene Autonomie aufrechtzuerhalten, darf deren Betreuung nicht nur auf medizinischer Basis erfolgen, sondern sollte auf die unterschiedlichen Nöte des Betroffenen geachtet werden:

- **Physische Not:** Hierzu zählen unter anderem das Erleiden von Schmerz, Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl. Die wichtige Aufgabe der Medizin ist daher die Leidensverminderung durch gezielte Schmerz- und Symptomkontrolle.
- **Psychische Not:** Dies können unerledigte Lebensdinge, wie Streit oder Sorge sein, welche den fortschreitenden Sterbeprozess unterbrechen und den Sterbenden so unnötig belasten.
- **Soziale und spirituelle Not:** Das Behandeln metaphysischer und transzendentaler Fragen zählen zu diesen Nöten, der Zweifel an Gott und das Leben, sowie die soziale Verstrickung des Sterbenden in die Gesellschaft und Familie.

Der Begleiter, welcher um das würdevolle Sterben des Patienten bemüht ist, ob Angehöriger, Pflegepersonal oder Arzt, übernimmt nun die Rolle des Vermittlers, um dem Patienten einen Rahmen zu schaffen, autonom zu bleiben, sei es in Hinblick auf soziale Ungereimtheiten oder praktischer Hilfestellungen... Im Rahmen der Möglichkeiten, dem Betroffenen menschenwürdiges Sterben zu gewährleisten, müssen jedoch auch klar formulierte Grenzen herrschen, denn unter Sterbebegleitung versteht man Handlungen, die das Sterben eines Menschen erleichtern, ohne es zu beschleunigen. Hierzu zählen vor allem Bereiche wie Schmerztherapie und Symptomkontrolle, sowie psychische Begleitung und Begleitung in sozialen und spirituellen Notsituationen.

Grenzen werden klar und ausschließlich durch den Sterbenden selbst formuliert. Denn bei allen Überlegungen in der Arbeit mit Sterbenden sollte nie der Grundsatz der Hospizbewegung aus den Augen verloren werden, wonach es nicht darum geht, dem Leben Stunden, sondern den Stunden Leben zu geben.

Durch das grundsätzlich geschützte Recht des Menschen auf körperliche Unversehrtheit ergibt sich, dass der Patient solange er entscheidungsfähig ist, selbst den therapeutischen, sowie diagnostischen Verlauf bestimmt. Den nichtentscheidungsfähigen Patienten vertreten seine gesetzlichen Vertreter oder der mutmaßliche Wille des Patienten selbst, in Form einer schriftlichen Patientenverfügung, welche klar die Richtlinien für Behandlung und Verlauf rechtfertigt (vgl. Everding et al., 2001, S.93 ff).

3.3 Allgemeine Pflege

Da in der Betreuung Sterbender vor allem deren Individualität im Vordergrund steht, ist die konkrete Formulierung von Pflegezielen ein unkorrekter Ansatz. Effizienter erscheint die bloße Fähigkeit hellhörig zu sein und durch das Schaffen von multiplen Möglichkeiten dem Menschen seine Individualität sowie Autonomie zu erhalten. Gerade die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit, sowie der permanenten Reflexion seiner Tätigkeit und seinem Umgang mit dem Mitmenschen, gewährleistet die geforderte Menschlichkeit (Anmerkung des Verfassers).

Der Sterbende sollte daher auf eine einfache Art, ohne große Unruhe und Hetze betreut werden, vor allem aber muss jedem klar sein, wie wichtig es ist, die menschliche Würde und die Identität des Patienten zu wahren (vgl. Saunders, 1993, S.61). Die körperlichen Beschwerden zu lindern, ist daher ein wesentlicher Bestandteil der Betreuung Sterbender, stets zu bedenken bleibt jedoch, dass Behandlungsmaßnahmen den Sterbenden nicht stärker belasten sollen, als es die vorhandenen Beschwerden tun. Denn stetes Bemühen von Pflegenden und Ärzten sollte das größtmögliche körperliche Wohlbefinden des Sterbenden sein (vgl. Schäffler, 2000, S.507- 508).

Zur allgemeinen Pflege zählen jene Bereiche die primär zu den mütterlichen Versorgungsleistungen gehören, einschließlich den Linderungen, Tröstungen, Nachtwachen, dem Mitleid, der Einfühlung und der Feinsinnigkeit, welches bei genauerer Betrachtung gerade jene Bereiche sind, welche wir ohne Schulung durch deren Bewusstwerdung abdecken können.

- *Zuhören:* nur zuhören und lauschen, auch in Augenblicken, in denen nicht gesprochen wird und die gemeinsame Stille den Raum erfüllt
- *Streicheln:* jene Technik des Streichelns beherrschen wir bei unseren Kindern und vielleicht beim andersgeschlechtlichen Partner, warum also nicht auch bei Sterbenden?
- *Lieben:* ein wahrlich großes Wort, weil nur, wer liebt, er selbst werden kann, und somit der Tod in allen Dimensionen erlebt werden kann; Lieben bedeutet auch Loslassen- Können;
- *Dabei sein:* die bloße Nähe und Anwesenheit, ohne durch vorgetäuschte Handlungen nachweisbare Aktivität repräsentieren zu müssen, nach dem Motto: auch wer nicht fünf mal den Nachttisch reinigt, sondern, wer ohne derartige Handlungen zu setzen, beim Sterbenden verharret, „macht etwas“ Sinnvolles;
- *Singen:* es muss nicht nur die Musiktherapie sein, jeder Mensch kann singen, denn auf die richtigen Töne kommt es nicht an, sondern das überhaupt Töne im Raum sind;
- *Beten:* nicht unbedingt vorformulierte Gebete, auch wenn sie hilfreich sein können, sondern zu beten, wie es das Herz und der Mund eben ausspricht;
- *Blumen gießen:* die Pflege der stummen Natur, denn wer Blumen im Zimmer gießt, repräsentiert Anwesenheit und nutzt vielleicht dies als Ausgangspunkt;
- *Uhren aufziehen:* Uhren sind auch fast stumme Lebenspartner und unterstützen in der Planung von Zeit; der Mensch benötigt Zeit zum Sterben wie zum Leben, also braucht er auch Uhren um sich, die gehen;

- *Küssen:* dieser Vorsatz gilt nicht nur für den Lebenspartner, andere Völker und Kulturen haben die Verwendung des Mundes neben der Sprache und Nahrungsaufnahme auch zum Zwecke des Kusses noch nicht verlernt;
- *Essen reichen:* durch die symbolisch- metaphorische Bedeutung dieser Handlung;
- *Sich erinnern:* gemeinsames Nachsinnen oder bloßes Anwesendsein, während sich der andere erinnert;
- *Hilflos sein:* dies können wir glücklicherweise auch, denn es zeichnet uns als einen Menschen aus;
- *Fehler machen:* geschehen Fehler nicht aus Nachlässigkeit, werden sie vom Sterbenden niemandem übel genommen, er unterstützt uns vielmehr, die gemachten Fehler angemessen zu bewältigen;
- *Fremde Tode in uns selbst wiederfinden:* was eine intensive und ehrliche Auseinandersetzung mit unserer eigenen Sterblichkeit fordert;
- *Den eigenen Tod im Sterben anderer Menschen wiederfinden.*

Je mehr den Patienten die Schwäche überwältigt, desto mehr alltägliche Verrichtungen müssen dadurch von der Pflege oder den Angehörigen übernommen werden. Zu diesem Zwecke müssen Beobachtungen auf seine Veränderungen stark verschärft und dokumentiert werden.

Der tatsächlichen Unfähigkeit geht eine Zeit vermehrender Schwierigkeiten voraus, welche dazu genutzt werden sollen, die erwarteten Beeinträchtigungen gedanklich vorwegzunehmen und durch die Rolle der Pflege abzuklären und der verbleibende Anteil des Patienten an seiner eigenen Versorgung, um die Gefahr völliger Hilflosigkeit und Abhängigkeit zu verringern. Die wahre „Kunst“ liegt darin, trotz der beginnenden Unfähigkeit, dem Patienten das Gefühl des Beteiligtseins, der Autonomie und der größtmöglichen Selbstständigkeit zu vermitteln (vgl. Kohlhammer , 1998, S.189-190).

3.3.1 Appetitlosigkeit

„Man stirbt nicht, weil man nichts isst, man isst nichts, weil man stirbt (Saunders, 1999, S.80)“. Sterbende haben ein verändertes Hungergefühl, auch deren Flüssigkeitszufuhr bleibt nicht die übliche, daher ist es von großer Bedeutung den Betroffenen zu fragen und ihm nur soviel zu verabreichen, wie er auch aufnehmen kann (vgl. Saunders, 1999, S.80). Bei sterbenden Menschen kann eine gewisse reduzierte Flüssigkeitszufuhr sogar das Wohlbefinden verbessern, da zum Beispiel Bronchialsekrete teilweise reduziert werden, die dadurch entstehende Mundtrockenheit wiederum ist mit ausreichender Mundpflege gut behandelbar (vgl. Saunders, 1993, S.61). Appetitlosigkeit wird jedoch auch von Faktoren verursacht, welche kausal oder symptomatisch behandelbar sind, wie zum Beispiel Übelkeit, Erbrechen und Obstipation. Deren Ursache ist wiederum sehr weitgefächert. Die Einnahme von Opioiden, welche in der Regel nicht absetzbar sind, um Schmerzfreiheit zu gewährleisten, verursachen eben Symptome wie Übelkeit und Erbrechen. Darum werden zusätzlich antiemetische Medikamente verordnet, um jene unangenehmen Nebenwirkungen von Opioiden zu hemmen. Die Form des psychogenen Erbrechens fordert in erster Linie angstabbauende Gespräche und Information, sowie genügend Entspannungsmöglichkeiten für den Betroffenen, in äußerst schweren Fällen sind auch angstlösende Medikamente indiziert.

3.3.2 Schlafstörungen

Schlaflosigkeit bei Sterbenden gründet nicht nur auf Ursachen körperlicher Symptome, welche durch gezielte Behandlung eine Schlafbesserung versprechen, sondern wird sie häufig durch das Gefühl der Angst verursacht. Die Angst im Schlaf zu sterben kann durch vorsichtiges Ansprechen der Angst ergründet werden, zusätzlich dienen auch Psychopharmaka zur Verbesserung dieser Situation.

Durch das Auftreten häufiger Müdigkeit Sterbender, als Ausdruck schwindender Lebenskraft, sollten ausreichende Schlaf- und Ruhephasen geplant und Störungen vermieden werden (vgl. Schäffler, 2000, S. 508).

3.3.3 Körperpflege

Es kommt vor, dass der Sterbende seine Augenlider nicht mehr zu schließen im Stande ist, in solchen Fällen sollten regelmäßig Augentropfen angewandt werden. Durch Berührung wird dem Betroffenen sehr viel vermittelt, aus diesem Grunde sollten auf Wunsch auch Angehörige in die Körperpflege mit integriert werden. Das Verwenden von ätherischen Waschzusätzen verbessert die Sinneswahrnehmung des Sterbenden und intensiviert das Körperempfinden, jedoch müssen auf individuelle Wünsche und eventuelle allergische Reaktionen stets Rücksicht genommen werden. Die Wahrnehmungsverbesserung durch das Anwenden von Techniken aus der basalen Stimulation, wie eine beruhigende Ganzwaschung, sind natürlich von Vorteil. Die Waschung selbst kann auch symbolisch erlebt werden, da Wasser das Zeichen für körperliche und geistige Reinheit und Neuanfang (Taufe) darstellt. Die Linderung von Beschwerden Sterbender erfordern also ein hohes Maß an Kreativität und Engagement des gesamten therapeutischen Teams, denn alleinige medikamentöse Therapie reicht nicht für eine umfassende Sterbebegleitung aus (vgl. Schäffler, 2000, S.508).

„Einsam, kalt, verloren,
Als ob ich niemals ward geboren!
Schlicht allein und leer gebrannt,
Der Schatten stets mir zugewand.
Der Verfall der Zeit nimmt seinen Lauf,
Frißt den Kern der meingen Seele auf!“
(Helmut Winkler)

4. SPIRITUALITÄT

Im Umgang mit Sterbenden erscheint uns die Frage nach der Wahrheit hinter vielfältigen Fassaden. Das Sterben des anderen wiederum stellt uns selbst auch die Wahrheitsfrage, welche nicht identisch mit der des anderen ist. „In den Fragen des Sterbenden wird uns ein Spiegel vorgehalten, in welchem unsere eigenen Hemmungen und Gefühle verborgen sind, unsere Sterblichkeit, unser Tod“ (vgl. Kohlhammer, 1998, S.41).

4.1 Der Tod- das Ende?

„Der hilflose sterbende Mann weiß noch, dass er Gott selbst erschaffen und ihn mit Macht ausgerüstet hat, um ihn bei Gelegenheit zu nutzen. Die schöpferische Kreatur gibt sich als der Schöpfer selbst zu erkennen, kurz bevor sie verlöscht (Freud)“.

Der Begriff der Spiritualität im modernen Sinne, abgespalten vom traditionellen Sinn der „Suche nach Vollkommenheit“ und vom „Geistlichen Leben“, transportiert die menschliche Sehnsucht, einen tragenden Grund zu finden, zu sensualisieren, wozu es sich zu leben lohnt, zu leiden und mitzuleiden (vgl. Lamp, 2001, S.119). Um dem Menschen spirituell zu begegnen, muss ich ihn innerhalb seiner Geschichte abholen, seine Vergangenheit, seine Erinnerungen miteinbeziehen, und bedenken, dass sich in seiner Seele ungezählte positive und negative Erfahrungen verbergen, welche sein Denken und Handeln beeinflussen und sein Verhältnis zu Gott und den Menschen bestimmen (vgl. Everding et. al., 2001, S.52). Dabei sollte man nie vergessen, dass sterbende Menschen ein sehr feines Gespür dafür haben, was jemand ist und was er sagt. Sie haben den primären Anspruch auf meine Empathie und meine persönliche Echtheit, was von mir verlangt, mich stets neu zu bemühen, meinem Mitmenschen nicht mit leeren Händen zu begegnen (vgl. Everding et al., 2001, S.49).

Menschen, die spirituelle Bedürfnisse haben, und dies kann auch ein Atheist sein, welcher fragt: Bin ich etwas wert? Wohin gehe ich? Was geschieht mit meiner Person im Sterben? Was ist?– sollen auch die Möglichkeit erfahren, diese Bedürfnisse ausleben zu können, ohne einer Wertung dieser. Religiöse Menschen wiederum haben religiöse Bedürfnisse, wie das Beten oder Empfangen von Sakramenten und dergleichen. Den Horizont der Spiritualität bildet also, was ich in meinem Leben als tragend empfunden habe, was mich atmen und hoffen lässt, mich verändert und mich wachsen lässt (vgl. Lamp, 2001, S.120). Spiritualität ist auch eng verbunden mit der Hoffnung, welche nicht auf rationalen Einschätzungen von Diagnostik und Prognose basiert. Eine Hoffnung, deren Realisierung aufgrund der Erwartung und Vermutungen absurd erscheint und dennoch ihre Immanenz nicht verliert (vgl. Kohlhammer , 1998, S.112).

Wohin soll sich nun dieser Mensch, welcher sich vor dem Abgrund seiner selbst befindet, wenden? Ist dies der Augenblick auf Gott als den allmächtigen, allwissenden Geist zurückzugreifen oder wie kann sich der Mensch selbst aus dem Chaos des Unterganges seiner Seele befreien? Dieser Gefühlszustand des Leides, der Schmerzempfindung, sowie der Todessehnsucht, bildet die Grundmauern, metaphorisch gesprochen, die ersten Stufen auf dem steinigen, leidvollen und unergründbaren, garantie- und erfolglos erscheinenden Pfad zur Unendlichkeit des Daseins, in der Vereinigung mit dem allmächtigen Wesen, verloren in der ewigen Existenz, umgeben von Wärme, Sicherheit und Freiheit (Anmerkung des Verfassers).

„Einsamkeit ist Endlichkeit und Beschränktheit, Gemeinschaftlichkeit ist Freiheit und Unendlichkeit. Der Mensch für sich ist Mensch; der Mensch mit Mensch- die Einheit von Ich und Du – ist Gott“ (Ludwig Feuerbach).

Die Philosophin Hannah Arendt verdeutlicht in ihrer Schrift **Vita activa oder vom tätigen Leben** den Gedanken an die beängstigende Sehnsucht des Menschen nach dem Ende so: „Es ist diese Spannung, mit der wir den Ausgang einer Geschichte erwarten, die mit dazu beiträgt, dass wir so unbeirrbar uns auf die Zukunft ausrichten und an ihr uns orientieren, obgleich wir doch nur zu gut wissen, dass das allein sichere Ende dieses Zukünftigen der eigene Tod ist. Dass wir es als Lebende überhaupt aushalten, mit dem Tod vor Augen zu existieren, dass wir uns nämlich keineswegs so verhalten, als warteten wir nur die schließende Vollstreckung des Todesurteils ab, das bei unserer Geburt über uns gesprochen wurde, mag damit zusammenhängen, dass wir jeweils in eine spannende Geschichte verstrickt sind, deren Ausgang wir nicht kennen. Der Lebensüberdruß, das *taedium vitae*, ist vielleicht nichts anderes als ein Erlahmen dieses Gespanntseins. Der Grund, warum diese Spannung des Lebens, gleichsam der Elan des mit der Geburt gegebenen Anfangs anhalten kann bis zum Tode, liegt darin, dass die Bedeutung einer jeden Geschichte sich voll erst dann enthüllt, wenn die Geschichte an ihr Ende gekommen ist, dass wir also zeit unseres Lebens in eine Geschichte verstrickt sind, deren Ausgang wir nicht kennen“ (Arendt, 1967, S.184).

5. ZUSAMMENFASSUNG

Durch die zunehmende Unpopularität des Todes in der Modernen Gesellschaft zählt jenes Thema bereits zu den Tabuthemen unserer Zeit. Das menschliche Sterben wurde zum größten Teil an Krankenhäuser und Pflegeheime delegiert.

Selbst in der automatischen Korrektur der Rechtschreibung gängiger Textverarbeitungsprogramme werden die Begriffe Leben und Tod, als Kombinationen in einem Satz, als nicht kongruent bezeichnet. In einem von Jugendkult und Alterlosigkeit geprägtem Weltbild schwindet zunehmend der Platz für natürliche Prozesse wie Werden und Vergehen. Eine weitere Problematik stellt der weitgehende Verlust einer Jenseitsvorstellung dar, denn durch die Illusion des modernen Menschen sich dem Tod widersetzen zu können, indem man die eigene Sterblichkeit ins Abseits seines Daseins katapultiert, man mit heroischen Möglichkeiten der Medizin das Leben scheinbar immer deutlicher verlängern kann, schwindet auch der eigene Tod und man entwickelt eine gewisse „Lebenssicherheit“. Der Tod wiederum wird zum Tod mitten im Leben und das Leben wird zum Überleben, die verdrängte Todesangst wandelt sich in eine quälende Lebensangst.

Die Hospizidee nach Cicely Saunders und die moderne Entwicklung von Palliativmedizin ist eine wahre Reform der mittelalterlichen *ars moriendi*- einem Sterbebüchlein, einer spätmittelalterlichen Literaturgattung, zur Vorbereitung Sterbender auf die Sterbestunde. Frei von religiösen Dogmen, zwanghafter Überfürsorglichkeit, ängstlicher Berührung und peinlicher Pseudotätigkeit, schafft sie das nötige Umfeld für den Menschen, den Tod als den natürlichen Endpunkt des Lebens zu betrachten, welchen es nicht zu bekämpfen gilt, sondern anzunehmen (Anmerkung des Verfassers).

6. LITERATURVERZEICHNIS

REST, FRANCO, 1998, Kohlhammer, Sterbebegleitung- Sterbebeistand- Sterbegeleit, 4. überarbeitete Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln;

LAMP, IDA, 2001, Hospizarbeit konkret, Grundlagen- Praxis- Erfahrungen, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh;

EVERDING, GUSTAVA und WESTRICH ANGELIKA, 2000, Würdig leben bis zum letzten Augenblick, Idee und Praxis der Hospiz- Bewegung, zweite erweiterte Auflage, Verlag C. H. Beck, München;

SAUNDERS, CICELY, 1999, Brücke in eine andere Welt, Was hinter der Hospizidee steht, Verlag Herder, Freiburg;

SAUNDERS, CICELY, 1993, Hospiz und Begleitung im Schmerz, Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Verlag Herder, Freiburg im Breisgau;

SCHÄFFLER, A., MENCHE, N., BAZLEN, U., KOMMERELL, T., 2000, Pflege Heute, Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Verlag Urban und Fischer, München Jena;