

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 55 (1984)
Heft: 6

Artikel: Tod und Sterben - auch ein Thema der Gerontologie
Autor: Lehr, Ursula
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-811597>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.09.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Tod und Sterben – auch ein Thema der Gerontologie

Von Prof. Dr. Ursula Lehr, Bonn *

Im Rahmen der Schriftenreihe Studium Universale der Universität Bonn ist im Bouvier-Verlag 1983 der Forschungsbericht «Altern – Tatsachen und Perspektiven» erschienen, auf den die Fachblatt-Leser hingewiesen werden müssen. Als Herausgeberin zeichnet Ursula Lehr, welche an der letztjährigen Herbsttagung des VSA für Altersheimleitung und Kaderpersonal in Solothurn über «Möglichkeiten und Grenzen von Aktivierungsmassnahmen im Altersheim» sprach. Die diesjährige Novembertagung für die Altersheimleute findet in Zürich statt.

«Eine reale Sicht der Lebenssituation im höheren Alter sollte auch die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Daseins nicht scheuen.

Freilich, die psychologische Literatur zum Todesproblem ist sehr umfangreich. Die meisten Untersuchungen gehen der Frage der Einstellung zum Tod nach.

Methodisch abgesicherte Untersuchungen von Menschen in ihrer allerletzten Lebensphase verbieten sich zumindest jenen verantwortungsbewussten Forschern, die mit Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben stehen. – Hier sollte sich die empirische Wissenschaft ihre Grenzen eingestehen.» (LEHR 1972, S. 298/99).

Und für die Aufrechterhaltung dieser Grenzen möchte ich auch heute noch kämpfen – obwohl es ja mittlerweile zunehmend modern geworden ist, das Verhalten und Erleben von Sterbenden zu beschreiben.

Tod und Sterben *ist* ein Thema der Gerontologie, ein sehr wichtiges, lange Zeit tabuisiertes oder wenigstens vernachlässigtes! Aber der Sterbende **selbst** als Gegenstand psychologischer, experimenteller Untersuchung, Befragung, Testung oder gar von Video-Aufnahmen und Tonbandprotokollen übereifriger methodenbewusster Forscher – das lehne ich ab!

Das Sterben eines Menschen ist etwas so Einmaliges, dass sich jede Generalisierung verbreitet! Der Sterbeprozess in seiner Endphase entzieht sich – Gott sei Dank – dem strengen wissenschaftlichen Zugriff.

Erwarten Sie von mir kein wissenschaftliches Referat über Tod und Sterben! Ich kann Ihnen zwar die Ergebnisse der immer umfangreicher werdenden Literatur zur Thanatologie referieren – einschliesslich der einprägsamen 5-Stufen-Theorien, mit denen sich der Prozess des Lebens-

endes so schön «gliedern» und «in den Griff bekommen» lässt, das «inneren Halt» gibt, wenn man einordnen kann, ob der Patient inzwischen bei Stufe 3 oder Stufe 4 angelangt ist –, doch in der Realität trifft das alles nicht zu!

Jeder Mensch hat seinen eigenen Tod, jeder Mensch hat auf *seine* ihm ureigenste Art den letzten Weg seines irdischen Daseins zu gehen. Der Tod ist die letzte «developmental task», die letzte Entwicklungsaufgabe, die jedes Individuum für sich zu meistern hat! Wir können uns auf diese Entwicklungsaufgabe – genau wie auf alle anderen Entwicklungsaufgaben (Partnerwahl, Familiengründung, Freigeben der erwachsenen Kinder, Pensionierung, Verwitwung und dergleichen mehr) – vorbereiten, indem wir diese Situation *antizipieren* und nicht als Unangenehmes verdrängen. *Der Theorie nach* müsste eine Antizipation der Situation die Auseinandersetzung mit dieser in der konkreten Situation erleichtern. Das trifft zweifelsohne für die Entbindung, für die «empty-nest-Situation», für die Scheidung, für die Pensionierung und für den Umzug in ein Altenheim zu. Für diese Situationen ist die konkrete gedankliche Vorwegnahme nachgewiesenermassen eine Hilfe, die die Anpassung an die neue Situation erleichtert.

Ob dies auch für das Sterben zutrifft, kann ich Ihnen nicht sagen. Über das Sterben *reden* – oder das eigene Sterben (oder das des Partners) bis in alle Einzelheiten zu antizipieren, das ist zweierlei.

Vielleicht lässt sich aber eine andere Erkenntnis aus diesen «developmental-task»-Untersuchungen bzw. aus den Studien zu «kritischen Lebensereignissen» übertragen:

Jedes kritische Lebensereignis (zu denen auch der Tod bzw. das Sterben Angehöriger gehört) wird von jedem Individuum unterschiedlich erlebt,

1. je nach der eigenen *Vergangenheit*, nach biographischen Gegebenheiten;
2. je nach den *gegenwärtigen situativen* Bedingungen, und
3. je nach der *Zukunftsorientierung*.

Das heisst: jedes Lebensereignis steht *im Schnittpunkt biographischer Bedingungen*. Die Auseinandersetzung vielleicht auch mit Tod und Sterben wird einmal bestimmt vom bisherigen Leben (von Todeserfahrungen, aber auch von Lebenserfahrungen: dem Gefühl, die Lebensaufgaben erfüllt zu haben, einen «geordneten Haushalt» zurückzulassen), zum anderen von der konkreten gegenwärtigen Situation: den krankheitsbedingten Umständen, aber auch von den familiären-sozialen Beziehungen; schliesslich von der Zukunftsorientierung, dem Glauben an ein Weiterleben nach dem Tod. «Sterben lernen» heisst dann eigentlich «leben lernen». Das hat der Tübinger Psychiater Schulte so klar ausgedrückt, wenn er sagte: «Belastend für den Alternden ist nicht so sehr, dass er gelebt hat und mit der Zeit auf dieses Leben verzichten muss, sondern belastend

* Vortrag gehalten am 25. Oktober 1983 in Kloster Steinfeld (BRD); von der Referentin wurde der Vortragstext in freundlicher Weise dem Fachblatt «Schweizer Heimwesen» zum Abdruck zur Verfügung gestellt.

Pro memoria für Veteranen

19. Sept. 1984 Treffpunkt Luzern

Im Maiheft des Fachblatts «Schweizer Heimwesen» hat das Organisationskomitee die VSA-Veteranen zum diesjährigen Treffen auf den 19. September nach Luzern eingeladen. Das Treffen findet diesmal nicht zu Lande, sondern zu Schiff auf dem Vierwaldstättersee statt – Veteranen ahoi! Es ist schön, dass das OK die Tradition des schweizerischen Veteranentages auch 1984 fortsetzt und seinen ersten Aufruf frühzeitig erlassen hat. Wer dem Ruf folgen will, tut gut daran, den Termin vom 19. September in der Agenda vorzumerken. Alle Veteranen des VSA, die im Herbst einen frohen Tag erleben und gute Erinnerungen auffrischen möchten, sollten nicht zögern, vom zugeschickten Anmeldetalon Gebrauch zu machen. Sie werden in Luzern willkommen sein. Wer die schriftlich zugestellte Einladung (noch) nicht erhalten oder verlegt und verloren hat, ist freundlich ersucht, sich mit dem VSA-Sekretariat (Tel. 01 252 49 48) in Verbindung zu setzen.

für den einzelnen ist, dass man gerade *nicht gelebt* hat, nicht richtig, nicht ernst genug, nicht erfüllt genug, dass man überhaupt nicht gelebt hat und das Angebot des Lebens vertan ist, bevor es sich überhaupt erst hat entfalten können» (SCHULTE 1971, S. 82/83).

Das Sterben erleichtern helfen heisst auch, bei einem Rückblick dem Sterbenden klar zu machen, *dass* er gelebt hat, dass sich sein Leben gelohnt hat, dass in der gegenwärtigen Situation alles geregelt ist (bzw. ihm bei dieser Regelung zu helfen), dass er getrost Abschied nehmen kann in eine andere Zukunft.

1. Historische Aspekte

Wenn man hilflos vor einem Gegenstand oder einer bestimmten Thematik steht, flüchtet man in die Geschichte. Und da bietet sich uns so erfreulich viel an. Der französische Autor Philippe Aries, der «Die Geschichte der Kindheit» schrieb, hat sinnigerweise 1975 ein Buch «Die Geschichte des Todes im Abendland» herausgebracht. Es liest sich geradezu spannend. Wie beruhigend ist doch die Überschrift über dem ersten Teil: «Wir sterben alle.» Dann wird «der gezähmte Tod», der auf dem Sterbebett die «vertrauten Todesrituale» kennt, dargestellt. Tod in der Familie, in der Dorfgemeinschaft integriert – man hat das Sterben anderer so und so oft erlebt, man kann das eigene Sterben – oder zumindest den zeremoniellen Ablauf – antizipieren. Die äussere Form des Abschiednehmens, der Totenwache, der Beerdigung ist festgelegt; man weiss, wie alles ablaufen wird. Die Zukunft ist zu einem Teil wenigstens bekanntes Land – und dennoch: äussere Form ersetzt keinen inneren Gehalt! Ist diese Flucht in die äussere Form nicht manchmal nichts anderes als Hilflosigkeit, mit der man eine innere Auseinandersetzung verdrängt? Ist der «Aufruf zur Kranzspende» nicht manchmal nichts anderes als ein Zeichen innerer Hilflosigkeit? Und sind die «Denkmäler» für die Toten nicht oft als Versuch der Verwandtschaft zu sehen, eigene Schuldgefühle dem Verstorbenen gegenüber abzubauen oder wenigstens zu mildern?

Ich möchte hier nicht im Detail auf die Geschichte des Sterbens und des Todes eingehen, erst recht nicht über – für unser Empfinden grausame – Todesriten bei anderen Kulturen berichten. Zwei Gedanken nur zu den «historischen Aspekten».

1.1 Die Verbannung des Todes aus unserem Leben

Die Institutionalisierung des Todes, die Hinausverlagerung des Todes aus der Familie, ist einer der grossen Vorwürfe, die man der modernen Gesellschaft macht. Die Tabuisierung des Todes, die Entfremdung der Sterbenden und der Toten ist Realität. Früher, so der Historiker Imhof (1983), war Leib und Leben im Bewusstsein der Menschen nicht auf irdisches Dasein beschränkt, sondern «irdisches und ewiges Leben war miteinander verbunden». In früheren Zeiten wurde auch die Körperlichkeit des Verstorbenen erlebt; er war zugegen: «wesentliche Bereiche des öffentlichen Lebens spielten sich mit Vorliebe auf dem völlig frei zugänglichen Friedhof ab» – wie es übrigens heute zum Beispiel in Mexiko noch der Fall ist. Dort findet man auch nichts dabei, wenn man seinen Freunden einen aus Zuckermasse hergestellten Totenschädel mit ihren Namen schenkt. Dort ist der Tod so selbstverständlich – und sicher nicht nur, weil man den Toten 3 Tage in der Wohnung aufbahrt. Erst als nach der Reformation die Kirche mehr «Respekt» vor «ihren» Toten forderte, kam es zur Ummauerung, Einfriedung, Abgrenzung der Kirchhöfe – und damit zur «Ausgrenzung (der Toten), zuerst physisch hinter Kirchhofmauern, dann aber auch zur zunehmenden Verdrängung aus unserem Bewusstsein bis hin zur heutigen Verbannung all dessen, was mit Sterben und Tod zu tun hat». Wir haben zwar heute zusätzliche Lebensjahre gewonnen (wir werden älter, immer mehr Menschen erreichen ein sehr hohes Alter), aber wir haben im Gegensatz zu früher «mit der Säkularisierung unseres Lebenslaufs auf die alleinige Irdische Phase das Leben erst einmal radikal verkürzt.» Früher – so der Gedankengang Imhofs – starb man zwar früher, in jüngeren Jahren, lebte aber viel, viel länger in der Erinnerung fort; heute stirbt man später, in höherem Alter, ist aber dann völlig vergessen (trotz aller gegenteiligen Beteuerungen und Phrasen vom «ewigen Angedenken bewahren» und «wird uns unvergessen bleiben»).

1.2 «Eu-thanasia»

Ein zweiter Aspekt, den es historisch zu beleuchten gilt, ist jener der «Euthanasie». Unwillkürlich denken wir an die grauenhaften Ereignisse der Nazi-Zeit, doch die historische Wurzel ist eine andere. Euthanasie, aus dem Griechischen, kommt von eu = gut und thanatos = Tod, heisst also der «gute Tod». Der Begriff tauchte, wie Winau zeigte, bereits im 5. vorchristlichen Jahrhundert in der Komödie auf. Die attische Komödie, 300 v. Chr., in der stoische und epikureische Einflüsse deutlich werden, versuchte dem Menschen die Angst vor dem Tod zu nehmen. Euthanasia wird zum Ausdruck eines leichten, unbeschwernten Todes, aber auch eines tugendhaften Sterbens nach tugendhaftem Leben. So erfahren wir vom römischen Schriftsteller Sueton (geb. 70 n. Chr.) im Zusammenhang von Kaiser Augustus' Tod, dass dieser «leicht und schmerzlos gestorben sei, wie er es immer gewünscht hatte, schnell und ohne

VSA-Grundkurs für Heimleitung

Als Fortbildungskurs für Leiterinnen und Leiter von Jugend- und Altersheimen

- Aufnahme-
bestimmungen: – Aktive Heimleiter
– Zum Zeitpunkt der Anmeldung fest vorgesehene Mitarbeit in einem Heim für **leitende** Funktion (mindestens drei Vollzeit-Mitarbeiter unterstellt)
- Kursleitung: C. D. Eck, Institut für angewandte Psychologie, Zürich
- Vertretung VSA: Dr. Imelda Abbt, Leiterin des Kurswesens und der Fortbildung
- Kursort: Zürich, Paulus-Akademie
- Zeitdauer: 40 Tage, Oktober 1984 bis November 1985
- Kurskosten: Fr. 3100.– inklusive Mittagessen an den Kurstagen
Fr. 2800.– für VSA-Mitglieder und Teilnehmer aus VSA-Heimen
Fr. 2700.– für VSA-Mitglieder aus VSA-Heimen
- Anmeldung: Anmeldeformulare können bezogen werden:
Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich, Tel. 01 252 49 48
Anmeldeschluss: 23. Juni 1984
Teilnehmerzahl beschränkt
Die Kursteilnehmer verpflichten sich, den ganzen Kurs zu besuchen

Kurskonzept:

Spezielle Fragen der Leitung von Alters- und Erziehungsheimen	Allgemeine Methodenlehre der Klientenbetreuung
Grundlagen des Heim-Managements	Betriebspsychologische Organisationsgrundsätze
Die Führung des Mitarbeiters	Förderung der Leiterpersönlichkeit
Gruppendynamik und Institutionspädagogik	Psychologische Grundlagen der Heimführung

Die Kursteilnehmer arbeiten im Plenum, in Kleingruppen und in Fachgruppen. Heimspezifische Fachgruppen vermögen die Fragestellung innerhalb einer Themenreihe direkter auf die jeweilige Anwendungssituation zu beziehen. Sie werden mit anspruchsvolleren, eher projektmässigen Aufgaben betraut.

Eine Abschlussprüfung mit Ausweis wird fakultativ angeboten (Kosten Fr. 250.–).

- Kursdaten: 1984 1./2. Oktober, 24./25. Oktober, 12./13. November, 26./27. November, 18./19. Dezember.
- 1985 17./18. Januar, 5./6./7. Februar, 5./6. März, 19./20. März, 9./10. April, 23./24. April, 14./15. Mai, 4./5. Juni, 25./26. Juni, 13./14. August, 3./4./5. September, 24./25. September, 8./9. Oktober, 5./6. November.

Schmerzen in einer Euthanasie, die er für sich und die Seinen stets von den Göttern erbeten hatte». Leicht sterben, ohne Schmerzen sterben, ist einer der antiken Inhalte des Begriffes; ehrenvolles, tugendhaftes Sterben (auch im Kampfe) ein weiterer. Auf jeden Fall: «Euthanasie bedeutet guter, ehrenvoller, zumindest nicht schändlicher Tod; Tod in Erfüllung des Lebens, der schnell und ohne Schmerzen eintritt. Euthanasie ist ein Begriff der Philosophie, nicht der Medizin» (Winau 1980, S. 8).

Zu Beginn des 17. Jahrhunderts gebraucht der englische Philosoph Sir Francis Bacon das Wort in neuem Zusammenhang. In seinem Werk «Über die Würde und den Fortgang der Wissenschaften» nimmt er unter anderem zu Aufgaben des Arztes Stellung. «Aufgabe des Arztes sei nicht nur die *Erhaltung* der Gesundheit, die *Heilung* der Krankheit, sondern auch die *Verlängerung* menschlichen Lebens. Da es aber immer noch unheilbare Krankheiten gebe, sei es seine Aufgabe, die *Schmerzen zu lindern*, auch dann, wenn ganz und gar keine Hoffnung mehr vorhanden ist, aber durch die Linderung der Qualen ein *mehr sanfter und ruhiger Übergang* aus diesem zu jenem Leben verschafft werden kann». – Euthanasie ist hier nicht nur das gute Sterben des einzelnen, Euthanasie wird als Schmerzlinderung hier zur Aufgabe des Arztes erklärt.

Aus dem Jahre 1735 existiert eine Dissertation von Zacharias Philipp Schulz mit dem Thema: «De euthanasia medica – vom leichten Tod», ebenso eine Dissertation von Carl Christian Henning, bei dem gleichen Doktorvater Albert zur gleichen Zeit geschrieben: «De dysthanasia medica – vom schweren Tod». Hier wird der leichte (schnelle, schmerzlose) Tod dem schweren, sich lange hinziehenden Todeskampf gegenübergestellt. Ärzte sollten dem sterbenden Patienten keine «erregenden» Medikamente mehr geben, die unter Umständen das Sterben erschweren könnten. «Auf keinen Fall aber dürften Ärzte das Ende durch Gabe von Medikamenten zu beschleunigen suchen» (Winau 1980, S. 10).

Zwischen 1820 und 1850 erscheinen allein 13 Schriften über «De euthanasia», worin Euthanasie durchweg «Hilfe beim Sterben» (ohne Beschleunigung oder gar Herbeiführung des Todes) bedeutet. Euthanasie als «Todeslinderung», als «Sterbebegleitung». In einem Handbuch der Medizin (F. A. Puchelt: «Das System der Medizin im Umriss dargestellt», Bd. I, Heidelberg, S. 522) findet man: «Euthanasie ist das Verfahren des Arztes am Sterbebette ... alle Möglichkeiten der Erleichterungen zu schaffen.» Zu den Massnahmen der Euthanasie gehören für die Ärzte des 19. Jahrhunderts zuerst einmal Ruhe im Sterbezimmer; unzumutbar sind *viele* Personen rund um das Krankenlager; Gespräche sollen ruhig geführt werden; sorgfältige körperliche Pflege; häufige Arztbesuche und ärztliche Zuwendung; Linderung der Schmerzen – und: «sehr vorsichtig soll der Arzt mit Medikamenten umgehen, die zwar den Tod hinauszögern, aber keine Erleichterung bringen. Grosse Vorsicht sei indessen auch bei betäubenden Mitteln geboten, da sie das Leben ungewollt verkürzen könnten». Man wendet sich also gegen eine künstliche *Verlängerung* des Lebens (vor allem, wenn sie unter Schmerzen erkämpft wird), aber *auch* gegen eine künstliche *Verkürzung* des Lebens (selbst dann, wenn sie als Folge der Schmerzlinderung gesehen wird).

Diese Thematik bestimmt auch heute noch die aktuelle ärztliche Diskussion: Absetzen aller Medikamente, die

evtl. das Sterben verlängern könnten (Beispiel: Digitalis, «um das Herz zu stärken» am Todestag) – oder bis zum letzten Atemzug um eine Genesung bzw., wo diese ausgeschlossen erscheint, um eine Verlängerung des Lebens auch in der Endphase zu kämpfen. Dies ist jedoch eine Diskussion, die man nur in Anwesenheit kompetenter Ärzte führen sollte.

Doch noch ein anderer Einwand ist ernst zu nehmen. So heisst es, man dürfe dem Patienten nicht *seinen* Tod nehmen, indem man ihm narkotische Mittel gebe, die sein Bewusstsein so sehr trüben, dass er den Tod nicht begreife und erlebe. Das schönste Lebensende sei es doch, bei vollem Bewusstsein zu sterben. Deshalb dürfe der Arzt nur schmerzlindernde, nicht aber das Bewusstsein trübende Mittel geben (vgl. Winau 1980).

So sehr man einerseits diesem «schönsten Lebensende» bei vollem Bewusstsein in der Theorie zustimmen kann – so sehr muss man andererseits aufgrund der Realität diese Forderung in Frage stellen. Es gibt nun einmal Krankheitsbilder, Lebens- und Sterbenssituationen, in denen sich solche hehren Forderungen nicht verwirklichen lassen.

Immer wieder wird betont, dass «euthanatische Mittel», das heisst schmerzlindernde und dabei vielleicht bewusstseinstrübende Mittel erst dann angewandt werden dürfen, wenn der Sterbeprozess begonnen hat und «niemals zur Verkürzung des Lebens führen dürfen» (Winau 1980, S. 12).

Trotz anderer Einsicht habe – so war es die Schulmeinung bis in unser Jahrhundert hinein – der Arzt bis zuletzt Hoffnung zu verbreiten; «der direkte Hinweis auf den nahen Tod wird als unärztlich abgelehnt». Hier ist man heute anderer Meinung: Im allgemeinen gilt, der Patient und seine Umgebung sollten wissen, woran er ist – wenn gleich die Frage der Informationsvermittlung (*wann* sagt der Arzt *welchem* Patienten und *welchen* Angehörigen in *welcher* Situation *was?*) ein eigenes Problem darstellt.

Mit Erschrecken findet man aber in historischen Schriften auch Hinweise auf Massnahmen, die von der Bevölkerung (nicht den Ärzten!) zur schnelleren Herbeiführung des Todes als Erlösung vom Leiden durchgeführt wurden: erwähnt sei das «Ausbetten», das «plötzliche Wegziehen» des Kissens, das Bedecken des Gesichts mit einem Kissen, das Hochbinden des Kinns, das Fesseln an Händen und Füssen, das Beschweren des Leibes mit einem Stein – barbarische Massnahmen zur «Leidensverkürzung», gegen die der Arzt anzugehen hätte.

1913/14 tauchte erstmalig in der Euthanasiediskussion der Begriffswandel auf: Euthanasie war nun nicht mehr das *Erleichtern* des natürlichen Sterbens, sondern Herbeiführung des Todes, Tötung auf Verlangen, auf den Wunsch des Patienten. Bereits 1895 erschien ein Buch von Adolf Jost «Das Recht auf den Tod», eine soziale Studie. Dort wird die Frage aufgeworfen: «gibt es Fälle, in welchen der Tod eines Individuum sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswert ist»? Hier wird das Problem der unheilbar geistig oder körperlich Kranken angeschnitten – und der Gesellschaft das Recht zugesprochen, unwertes Leben auszulöschen.

Noch erschreckend eindeutiger wird der Euthanasie-Begriff verändert in dem 1920 (!) erschienenen Buch von

K. Binding und A. Hoche mit dem Titel «Die Freigabe und Vernichtung lebensunwerten Lebens» (2. Auflage schon 1922). Der angesehene Jurist Karl Binding und der ebenso angesehene Psychiater Alfred Hoche leiteten in diesem Buch – lange vor Hitler – eine neue Phase der Euthanasie-Diskussion ein: Euthanasie ist nun nicht mehr ärztliche Hilfe für einen leichten, schmerzfreien natürlichen Tod, Euthanasie ist auch nicht mehr die (problematische) «Tötung auf Verlangen», sondern jetzt bereits die «Vernichtung lebensunwerten Lebens». Schaut man sich die Kriterien an, die Binding vor 60 Jahren erstellt hat, dann müssten wir alle, die wir die Chance haben, sehr alt zu werden, um die Art unseres Lebensendes bangen! Hier wird die «wirtschaftliche und moralische Belastung der Umgebung durch die Geisteskranken angesprochen» – und es gibt schliesslich auch heute noch einige Psychiater, die die Demenz als den «normalen Alternsprozess» betrachten und bei 73 Prozent aller über 70jährigen ein «irreversibles organisches Hirnsyndrom» diagnostizieren (Kanowski 1979).

(Svanborg jedoch spricht von 3 Prozent der über 70jährigen, 5 Prozent der über 75jährigen, allerdings auch von 20 Prozent der über 80jährigen, denen man die Diagnose «organische Demenz» – die allerdings oft eine Pseudodemenz ist – zuschreibt). Für Binding und Hoche (1920) ist es «eine peinliche Vorstellung, dass ganze Generationen von Pflegern neben diesen leeren Menschenhüllen dahinaltern, von denen nicht wenige 70 Jahre und älter werden» (S. 55). Die Tötung dieser «defekten» Menschen ist für Hoche «Gebot der Gesellschaft» (Winau 1980). Diese gesellschaftlich-wirtschaftlichen Überlegungen wurden 1920 angestellt, als Pflegekräfte noch lange nicht so teuer waren wie heute!

Die Tötung sogenannten «unwerten Lebens» ist also nicht ein Relikt der Hitlerzeit und mit deren Überwindung endgültig begraben, sondern hat viel weiter zurückliegende Wurzeln, die sich nicht so ohne weiteres ausrotten lassen. Ich warne vor jeder Diskussion einer möglicherweise künstlichen Herbeiführung oder auch Begünstigung des Lebensendes schwerkranker, gebrechlicher alter Menschen! Hier können ungewollt (nach Goethes Zauberlehrling: «die Geister, die ich rief, die werd' ich nicht mehr los!») Entwicklungen angebahnt werden, die auf spezielle Weise Altersprobleme unseres Volkes lösen und den Sozialetat sinken lassen und gegen die überhöhten Pflegekosten angehen.

Verzeihen Sie diese langen historischen Ausführungen, die jedoch für die weitere konkrete Diskussion hilfreich sein können. Zusammenfassend hierzu:

1. Euthanasie ursprünglich ein philosophischer Begriff im Sinne des schönen, leichten Sterbens, der «ars morendi»;
2. Euthanasie in der Medizin als Sterbeerleichterung, Leidensmilderung *ohne* Lebensverkürzung. Euthanasie als *Sterbebegleitung*, wie sie auch hier diskutiert wird;
3. Euthanasie dann, 1895, als «Tötung auf Verlangen» mit der Forderung des «Rechts auf einen eigenen Tod» (der Wert des Lebens für den betreffenden Menschen);
4. dann die gefährliche Ausweitung in der Frage des «Wertes eines Menschen für die Gesellschaft», die Frage nach dem «Nutzen und Schaden, den das Individuum für seine Mitmenschen darstellt»; und

5. 1920, dann die «Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens unter Betonung der wirtschaftlichen und moralischen Belastung der Umgebung durch die Geisteskranken» – zu denen manche gerne alle Betagten rechnen: die «Endlösung» des Alternsproblems?

2. Der Beitrag der Psychologie zur Thematik Tod und Sterben

Die Psychologie als «Wissenschaft vom menschlichen Leben und Verhalten» hat zunächst zu fragen:

Wie erlebt der Mensch die Situation des Lebensendes, wie verhält er sich in dieser (oder: angesichts dieser) Situation, und was sind die Gründe für dieses sein Erleben und Verhalten?

Die Psychologie hat aber dann weiter zu fragen: welche Konsequenzen sind aus diesen Erkenntnissen zu ziehen, wie kann man intervenieren, wie kann man helfen, dem Sterbenden die Situation zu erleichtern.

Wir haben hier einmal die Situation vom Sterbenden selbst aus zu sehen, sodann von seinen Angehörigen aus, von Arzt und Pflegekräften aus – nicht zu vergessen von den Geistlichen her. Lassen Sie mich – von empirischen Untersuchungen ausgehend – mit der Rolle des Arztes beginnen.

2.1 Der Arzt und der Sterbende

Unheilbare Krankheit und Sterben im höheren Lebensalter waren nicht immer ein Gegenstand ärztlichen Bemühens. Die Ärzte der Antike haben es weitgehend abgelehnt, unheilbar kranke Menschen zu behandeln. In den ersten christlichen Hospitälern – Anfang des 4. Jahrhunderts (hier ist zum Beispiel die Gründung eines solchen Hospitals durch den Bischof Basilius von Caesarea [369 v. Chr.] bekannt, welches der Kirchenvater Gregor von Nazianz «ein grösseres Werk» als die sieben bekannten Weltwunder nannte) wurden erstmals chronisch-kranke und altersschwache Menschen gepflegt, hier war die seelsorgerische und pflegerische Betreuung dominant, die ärztliche Behandlung spielte kaum eine Rolle. Erst im 19./20. Jahrhundert wandte sich die Medizin verstärkt den Alten zu. «Der Glaube daran, dass dann, wenn man die Errungenschaften der technischen Medizin konsequent einsetzt, ein beschwerdefreies langes Leben und ein problemloses Altern und Sterben zu erreichen seien, führte zur Einrichtung der einseitig auf die technische Bekämpfung von Krankheiten und die Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichteten Krankenhäuser, in denen Unheilbarkeit und Tod nicht vorgesehen sind» (Eibach 1980).

Auch heute gilt: der Arzt wird ausgebildet zum Heilen, zum Gesundmacher – und nicht zum Sterbebegleiter. Der Arzt arbeitet für die Genesung und das Lebenserhalten – wie ein Arzt es kürzlich selbst ausdrückte:

«Ich bin für die Heilbaren wichtiger und mehr da als für die Unheilbaren. Ich lege vielleicht Lippenbekenntnisse ab für die Unheilbaren, dass die also besonders meine Hilfe brauchen. Aber im Grunde fühle ich mich den Heilbaren mehr verpflichtet» (Schmitz-Scherzer und Becker 1982, S. 39).

Probleme des ärztlichen Umgangs mit den Sterbenden sind folgende:

1. Es gibt keine Ausbildung zur Begleitung Sterbender.
2. Ärzte erleben den Umgang mit Sterbenden als sehr belastend und Sterben als «Misserfolg» ihres beruflichen Könnens.
3. Daraus ableitbar: Obwohl Ärzte wissen, dass der Sterbende mehr Zuwendung bedarf, meiden sie vielfach das Zimmer des Sterbenden.
4. Ärzte klären den Patienten kaum, die Angehörigen sehr selten über die Unheilbarkeit einer Krankheit auf. Sie teilen zwar heute bei der Aufklärungspflicht die Diagnose mit, machen es aber selten deutlich, dass es sich um das Terminalstadium handelt – und verhindern somit durch ihre (angeblich) «hoffnungsvolle Haltung» die Antizipation des Ereignisses beim Kranken und Angehörigen.
5. Eine Entlastungsfunktion der Ärzte: sie verurteilen die Bequemlichkeit der Familien von Sterbenden, die nicht genug anwesend sind und die überhaupt die Sorge für den Sterbenden an die Institution abgeben.
6. Die notwendige Hilfe für die Angehörigen nach dem eingetretenen Tod unterbleibt sehr oft – zum Teil aus eigener innerer Unsicherheit.

Dieses waren einige Grunderkenntnisse empirischer Untersuchungen bei Ärzten.

Interessant in diesem Zusammenhang ist eine sich über zwei Jahre erstreckende Untersuchung von Glaser. Diese Analyse kommt zu dem Schluss: «Der sterbende Patient erleidet längst vor seinem biologischen Tod einen «sozialen Tod», das heisst, er wird vorzeitig von Ärzten und Pflegepersonal in einer gewissen Weise «abgeschrieben». Glaser (1966) glaubte beobachten zu können, dass man einem alten, sterbenden Patienten zwar medizinisch die notwendigen Hilfsmassnahmen angedeihen lässt, jedoch weniger Anteil an seinem Schicksal nimmt. Ärzte und Pflegepersonal würden jüngeren Patienten, deren Tod eine spürbare Lücke in die Gesellschaft bzw. in ihre soziale Umgebung reisst, mit viel mehr Anteilnahme und Engagement begegnen. Hier spiele – oft unbewusst – der Maßstab des «Noch-gebraucht-Werdens» bzw. des «sozialen Verlustes» eine Rolle. Die Einstellung «The aged patient has had a full past, has little or no contributing present to family or occupation and has no future worth» – oder wie eine Krankenschwester es ausdrückte: «Nobody really wanted him to live, because he had nothing more to live for» (Glaser 1966, S. 78) werde hier deutlich.

Man stellt sich als Arzt also – meistens allerdings unbewusst – die Frage: «Welch einen Verlust bedeutet die Nichtexistenz eines Sterbenden für die Umwelt?» und verhält sich dementsprechend. Weniger Ansprache, weniger Ermunterung und Zuspruch, weniger Erklärung der medizinischen Massnahmen wurde bei alten sterbenden Patienten nachgewiesen; weit mehr Engagement den jüngeren gegenüber, von denen man annahm, dass sie einen grossen «social loss» bedeuten.

Wir möchten hier nicht verallgemeinern und die Ergebnisse dieser amerikanischen Untersuchung nicht ohne weiteres auf unsere Situation übertragen. Eines sollte uns aber

klar sein: der Arzt übernimmt in solchen Situationen nicht nur die Rolle des Helfenden, Heilenden, evtl. auch des Technikers, der die entsprechenden Geräte zu bedienen weiss, sondern auch die Rolle des «decision-maker», wie Eisdorfer (1970) es so treffend feststellte. Er hat Entscheidungen zu treffen, schwerwiegende Entscheidungen; ist er hierfür generell – und in Altersfragen speziell – ausgebildet?

2.2 Das Pflegepersonal im Krankenhaus und der Sterbende

Auch hier gilt die Feststellung, dass Krankenschwestern um die Zimmer von Sterbenden – und ganz besonders um jene von älteren Sterbenden – lieber einen grossen Bogen machen, sie weniger besuchen – aus Hilflosigkeit und Unsicherheit – und das dann mit der Rechtfertigung vor sich selbst entschuldigen: «Der Patient will seine Ruhe.» Hingegen die aktivsten, attraktivsten Patienten, die eine Zuwendung der Schwestern am wenigsten notwendig haben, erhalten den häufigsten und längsten Besuch, den grössten Zuspruch. Auch hier gilt: der Mensch stirbt einen sozialen Tod lange vor seinem biologischen.

Ich möchte auch hier jedoch vor Verallgemeinerungen warnen. Hinzuweisen ist vielmehr

1. auf die fehlende praxisbezogene Ausbildung im Hinblick auf Sterbebegleitung; bestenfalls hat man die Phasen des Sterbens nach Kübler-Ross auswendig gelernt und kann damit in der Realität wenig anfangen. So klagte eine Schwester zu Recht, in ihren 40 Stunden Psychologie-Ausbildung «nahmen Versuchsbeschreibungen über Ratten, Mäuse, Katzen, Möwen und Affen, sowie die Reaktionen von Kleinkindern auf Formen und Farben einen breiten Raum ein», hilfreiche Informationen zum Thema Tod und Sterben unterblieben. «Auch die Ärzte beschränken sich während ihrer Lehrtätigkeit überwiegend auf die biologischen Vorgänge des Sterbens sowie auf die unsicheren und sicheren Todeszeichen» (Schnellbacher 1980, S. 55).
2. In der Konfrontation mit dem Sterbenden steht die Schwester oft allein da, kann ihre Erfahrungen nicht verarbeiten.
3. Die Konfliktsituation der Schwester, die nicht befugt ist, die «Wahrheit» zu sagen und, sofern der Patient sie nicht anspricht, nicht darüber reden darf. Der Arzt schiebt die Behandlung und den Umgang mit dem Sterbenden auf die Krankenschwester ab.
4. Die Angst vor dem Umgang mit dem Verstorbenen. «Es ist ein offenes Geheimnis, dass abends und nachts häufig Kreislaufmittel verabreicht werden, damit der Sterbende «durchhält» (Schnellbacher 1980).
5. Besonders problematisch für Schwestern seien alte Sterbende und alte Tote. «Anders ist es bei Kindern und Erwachsenen bis zirka um das 50. Lebensjahr. Hier ist das Pflegepersonal stark engagiert und begleitet die Sterbenden voller Zuwendung und Mitgefühl, wohl weil die Identifikationsmöglichkeit hier sehr viel stärker gegeben ist als bei älteren Menschen.
6. Für den Umgang mit den trauernden Angehörigen ist die Schwester erst recht nicht geschult –, obwohl hier das rechte Wort und die echte Anteilnahme erhebliche Hilfe bei der Trauerarbeit bedeuten würde.

2.3 Altenpfleger und Sterbende

Hier liegt eine Untersuchung von Schmitz-Scherzer und Mitarbeitern (1982) vor.

Beklagt wird auch die Ausklammerung der Sterbeproblematik in der Ausbildung, andererseits hat diese Berufsgruppe – im Gegensatz zur Krankenschwester, die primär heilen will – das Sterben weit stärker antizipiert. Dennoch trifft ein Todesfall den Altenpfleger stärker als die Krankenschwester «wegen der langfristigen Vertrautheit mit dem Sterbenden, welche familienähnliche Bindungen entstehen lässt» (Schmitz-Scherzer und Becker 1982, S. 52).

Etwa zwei Drittel der Altenpfleger berichteten, dass gläubige Menschen viel leichter sterben als Patienten ohne religiöse Überzeugung (Zukunftsbezug).

Problemsituationen, auf die Altenpfleger bzw. Altenpflegerinnen hingewiesen haben (nach Schmitz-Scherzer und Becker 1982):

1. Verhaltensunsicherheit im Umgang mit Sterbenden;
2. Frustration angesichts der eigenen Hilflosigkeit und Unzulänglichkeit;
3. Schockreaktionen bei plötzlichem Tod;
4. Schuldgefühle und Selbstvorwürfe bei nicht offener Kommunikation;
5. Angst vor «Fangfragen» argwöhnischer Patienten;
6. Zu weit gehende Identifikation mit den Sterbenden («Mitsterben», das die Zuwendung zu den anderen Heimbewohnern erschwert).

2.4 Geistliche und Sterbende

Zur Behandlung dieses Punktes bin ich weniger kompetent als viele der hier Anwesenden. Ich darf Ihnen lediglich von einer Studie unseres Institutes zu dieser Problematik bei Krankenhausseelsorgern berichten. Die meisten Krankenhausseelsorger gehören einem Orden an (in der Bundesrepublik über 75 Prozent) und sind selbst älter als 60 Jahre. Mayer-Schell (1977) stellt fest, «dass gerade unter den Krankenhausseelsorgern viele alte und kranke Geistliche zu finden sind, dass viele Krankenhäuser nur nebenamtlich von Pfarreien mitversorgt werden» – also eine echte Sterbebegleitung schon aus Zeitgründen nur eingeschränkt möglich ist. Ein hauptamtlicher Krankenhausseelsorger hat zwischen 800 und 1200 Betten zu betreuen.

Folgende Probleme ergeben sich:

1. Besuch des Geistlichen wird oft als Zeichen des herannahenden «Endes» gedeutet; Spendung des Sakramentes der «letzten Ölung», das von den meisten Kranken nicht als Stärkung aufgefasst wird («so schlimm ist es mit mir noch nicht»).
2. Sterbebegleitung, die sehr zeitaufwendig ist, sei oft nicht möglich.
3. Das Sterben selbst wird von Geistlichen äusserst selten miterlebt; nur ein Drittel ist in der Sterbestunde dabei, wenn sie vom Sterbenden und den Angehörigen darum gebeten werden.

Weiterbildungskurs zum Praktikumsanleiter

Die Erzieherische Schule Basel bietet einen den Bedingungen der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Heimerzieherischen Schulen entsprechenden Kurs an für die Weiterbildung zur Praktikumsanleiterin/zum Praktikumsanleiter.

Der Kurs ist in berufsbegleitender Form geplant und dauert von September 1984 bis September 1985. Anmeldeschluss 31. Juli 1984.

Nähere schriftliche Informationen sind erhältlich bei der Erzieherischen Schule Basel, Thiersteinerallee 57, 4053 Basel, Tel. 061 50 08 15.

4. Die Gesprächsinhalte betreffen vielfach die momentane Lebenssituation: Krankheit, Schmerzen, aber auch Probleme mit der Familie. «Die Themen sind meist – wenigstens oberflächlich gesehen, säkularer Art.» Vielfach will man sein Leben noch «in Ordnung» bringen.
5. Problematik der rechten Ansprache an die Trauernden.

2.5 Die Angehörigen und der Sterbende

Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Sterbende oft eher bereit ist, den Tod anzunehmen, dass er darüber reden möchte, dass aber die Familie oft nicht zu einem Akzeptieren dieser Situation zu bringen ist (Howard 1974; Merloo 1971). Interessant und problematisch ist das Ergebnis einer Erhebung von Brown und Mitarbeitern (1969), wonach sich 38 Prozent der Patienten für eine Euthanasie (im Sinne «Linderung der Leiden, auch wenn dadurch das Leben verkürzt wird») aussprachen, jedoch sogar 54 Prozent der Verwandten. Ist es bei ihnen wirklich Mitleid mit dem Leidenden – oder ein Nicht-Ertragen-Können der Situation?

Der Prozess der Sterbebegleitung von Ehepartnern im Krankenhaus oder auch zu Hause ist schwer zu untersuchen. Im Rückblick, wo so ein Gespräch für die Witwe oder den Witwer vielleicht sogar erleichternd wäre, sieht vieles anders aus.

1. Dem bei einem längeren Sterbeprozess stets anwesenden Partner wird einiges abverlangt – und er braucht Unterstützung durch die Umwelt. Er braucht jemanden, mit dem er seine einmaligen Erfahrungen in der Situation, die Reaktionen des vielleicht sogar verwirrten und/oder den nahen Tod Ahnenden bespricht, um selbst «zu verarbeiten» und so für die nächsten Stunden gerüstet zu sein. Oft spricht der Sterbende in Phantasien, in Traumbildern –, die es zu deuten gilt und auf die der Angehörige reagieren muss.
2. Der Angehörige braucht Hilfe für eine realistische Antizipation des Todes.
3. Der Angehörige braucht vor allem aber Beistand, wenn das – auch erwartete – Ereignis eingetreten ist und er jetzt erst merkt, in wie vielfältiger Weise sich sein Leben ändert.

Fice-Kongress

Internationale Gesellschaft für Heimerziehung

Thematik

Erziehungsgemeinschaften und Alltagskultur.
(Kultur-, Sport- und Freizeitfragen von Kindern und Jugendlichen in psychischen, sozialen oder körperlichen Schwierigkeiten)

Organisation

Französische Nationalektion FICE.

Ort

Universitätskampus LUMINY (mit Unterkunft),
Universität Aix-Marseille, Frankreich.

Dauer

Mittwoch, 19. September bis Samstag, 22. September 1984

Rückreise: Sonntag, 23. September 1984

Detailprogramm

Kann bei untenstehender Adresse bezogen werden.

Verhandlungssprachen

Französisch-, deutsch-, englischsprechende Gruppenarbeiten. Simultanübersetzung im Plenum.

Kosten

Kongresskosten, Unterkunft + Verpflegung zirka Fr. 1400.-
Zusätzliche Exkursionen gemäss Spezialprogrammen.
Die Kosten werden erst am Tagungsort bezahlt.
Individuelle Reisekosten.
Bei entsprechender Beteiligung wird eine Kollektivfahrt organisiert.

Auskünfte/Anmeldungen

Auskünfte und Anmeldeformulare:
 Jugendsiedlung Heizenholz,
 Zürich
 Tel. 01 56 01 60

Anmeldungen bis spätestens 20. August 1984 an:
Herrn Herbert Angst
Eggstrasse 26
8620 Wetzikon
Tel. 01 930 47 97

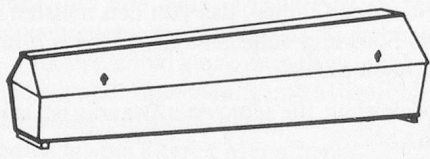
Das, was wir nun im folgenden, mehr praxisorientierten Teil unter der Thematik «Sterbebegleitung» diskutieren, müsste eigentlich ausgeweitet werden auf «Trauerbegleitung». Trauer ist ein Prozess höchst individueller Art; der Verstorbene wird oft idealisiert, unangenehme Erinnerungen werden verdrängt, es werden Gründe für den Tod gesucht, oft sogar «Schuldige» (vom «nachlässigen Arzt» bis zur Selbstzuschreibung der Schuld). «Insbesondere dann, wenn negative Gefühle dem Toten gegenüber nicht zugelassen werden, finden sich Idealisierungen und Klagen um Versäumtes, die letztlich eine eigene Neuorientierung erschweren und eine Strukturierung der gegensätzlichen Gefühle behindern... Trauergespräche führen, heisst aushalten können, heisst zuhören können, heisst geduldig und stetig sein. Ratschläge sind hier gefährlich, da sie nicht selten eigene nicht unbedingt angemessene Trauerstrategien auf den Trauernden übertragen und somit *dessen* individuelle Trauerarbeit negativ beeinflussen können. Trauergespräche sollten hilfreich für den Trauernden in dem Sinne sein, dass dieser den Verstorbenen «loslässt». Dies aber muss er selbst leisten, und niemand kann ihm das «Loslassen» abnehmen» (Schmitz-Scherzer 1983, S. 176).

Schliessen möchte ich mit einem Wort von Alois Stiefvater (1982) aus seinem äusserst hilfreichen Buch «Sterben – und dann?». Dort heisst es: «Sterben ist eine geheimnisvolle Wirklichkeit. Zu den Geheimnissen des Glaubens gehört auch dieses Stück Leben. Mit Recht hat ein neuer Theologe ein Buch über das Sterben betitelt: «Mysterium Mortis», Geheimnis des Todes (L. Boros). Unsere Wissenschaft kann den Vorgang des Sterbens beobachten, sogar vermessen und beschreiben. Aber in den Blick und in den Griff bekommen wird man das Ganze des Sterbens nicht. Gerade hier tut sich eine Grenze auf, wo man spürt, dass man an eine andere Wirklichkeit stösst, wo man nicht mehr weiss, wie es weitergeht. Wir stehen vor dem Geheimnis» (1982, S. 17). – Das Leben wird verwandelt, nicht genommen (Präfabrikation der Totenmesse).

«Sterben lernen» heisst für uns alle «leben lernen». Ein angelsächsisches Sprichwort sagt: «Denke daran: das Heute ist der erste Tag des Restes Deines Lebens!» («This is the first day of the rest of your life!»)

Gerber Särge

Ueber 20 verschiedene Sargmodelle



Prompt diskret preisgünstig
H. Gerber, Sargfabrik 8307 Lindau
052 33 14 23