

Von der Wahrheit am Krankenbett und dem Prinzip Hoffnung¹

1. Situative Ausgangslage

Jede Beziehung und jedes Gespräch besteht aus einem Wechsel von Geben und Nehmen. Die Art der Beziehung, die zwischen zwei Gesprächspartnern besteht, wird Inhalt und Form des Gespräches beeinflussen. Nicht nur die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern, ihr Vertrauensverhältnis, das Ausmaß von Nähe oder Distanz, das sie zueinander aufgebaut haben, wird wichtig, sondern auch die jeweils besondere Lebenssituation.

Diese ist nun vor allem bei schwerkranken und sterbenden Menschen stets eine sehr besondere. Aber nicht nur der Patient steht in dieser ganz besonderen Lebenssituation, sondern auch die ihn Begleitenden – die betroffenen Angehörigen ebenso wie die professionellen und ehrenamtlichen Helfer. Alle zusammen sind sie gleichsam aus dem Rahmen einer „normalen“ Gesprächsbeziehung herausgenommen.

„Das Gespräch zwischen einem, der weiß, daß seine Zeit bald abläuft, und einem, der noch eine unbestimmte Zeit vor sich hat, ist sehr schwierig. Das Gespräch bricht nicht erst mit dem Tod ab, sondern schon vorher. Es fehlt ein sonst stillschweigend vorausgesetztes Grundelement der Gemeinsamkeit.“ (NOLL, P.)

Diese Aussage von [PETER NOLL](#) bezieht sich auf eine wichtige Voraussetzung für ein für beide Seiten befriedigendes Gespräch, nämlich auf das Vorhandensein eines verbindenden Elements.

Menschen in Ausnahmesituationen müssen oft erfahren, daß ihre Situation beim Gesprächspartner Angst und Schrecken auslöst, eine Art von Betroffenheit, die ein aufrichtiges und gutes Gespräch nicht möglich macht. Das, was verbindend sein könnte, kann nicht zum Tragen kommen. Die unterschiedliche Betroffenheit beider Gesprächspartner und das Verstricktsein in verschiedene seelische Prozesse (hier Sterbeprozess – dort Trauerprozess) schafft Distanz statt Gemeinsamkeit und führt in vielen Fällen zu einer Polarisierung der Meinungen und Einstellungen, zu Strategien des Verdrängens, Vertuschens – bis hin zur Lüge.

Wenn wir an Gespräche mit kranken oder sterbenden Menschen denken, so sind es zum einen die Angehörigen und engsten Freunde, die als Gesprächspartner in Frage

¹ Aus: Specht-Tomann, Monika/ Tropper, Doris, Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung, Düsseldorf: Patmos 2007, S. 115-122.

kommen, zum anderen professionelle und ehrenamtliche Helfer. Angehörige und enge Freunde befinden sich selbst in einer Ausnahmesituation, sie durchleben und durchleiden den Prozeß des Abschiednehmens und der Trauer. Die eigene Betroffenheit macht sie oft unfähig, auf die Bedürfnisse der Kranken und Sterbenden adäquat einzugehen, Gespräche bleiben an der Oberfläche, stocken, versickern oder versuchen, Wesentliches zuzudecken.

Offene und ehrliche Gespräche, in denen nichts ausgeklammert werden muß, sind selten und bedürfen einer großen inneren Kraft und Stärke. Oft aber ist die Hilfe professioneller oder ehrenamtlicher Begleiter angesagt, um dort unterstützend einzugreifen, wo gute Gespräche prinzipiell möglich sind und wo eine Auseinandersetzung nötig wäre, um die seelische Lage des Patienten entscheidend zu verbessern.

2. Vom schwierigen Umgang mit der Wahrheit am Krankenbett

In diesem Zusammenhang möchte ich nun auf den heiklen Umgang mit der Wahrheit eingehen. Da geht es zunächst einmal um die Wahrheit bei der Übermittlung von Diagnose und Prognose des Krankheitsgeschehens. Meist wird diese Aufgabe von einem behandelnden Arzt übernommen. Es wird nun von der Einstellung dieses Arztes zum Thema Wahrheit abhängen, wie und in welcher Weise er mit dem Patienten reden wird.

Selten sind Ärzte für diese heiklen Gespräche ausgebildet, vielmehr hängt viel an der Persönlichkeit und den ethischen Einstellungen der Ärzte, wie ein solches Wahrheitsgespräch verlaufen wird. Manchmal werden Patienten nicht informiert und nur die Angehörigen verständigt, manchmal werden Prognosen klar, manchmal nur vage abgegeben. Hier gibt es kein einheitliches Vorgehen. Zu berücksichtigen ist bei solchen Gesprächen natürlich immer der Gesundheitszustand des Patienten, seine Persönlichkeit, seine Lebenssituation, sein Alter u. ä. Auch darf nicht vergessen werden, daß die „Wahrheit“ hören eines ist, die Wahrheit verstehen und für sich selbst wirklich begreifen noch etwas ganz anderes.

Für diesen zweiten Teil, dieses Integrieren der gehörten Wahrheit – sprich Diagnose und Prognose – in das eigene Denken und Fühlen, braucht man Zeit und Beistand. Bei unzähligen Befragungen an schwerkranken Patienten aber auch an Gesunden hat sich herausgestellt, daß eine überragende Mehrheit es vorziehen würde, die Wahrheit über ihr Leben und ihre Chancen mitgeteilt zu bekommen. Und dennoch: wie schwer ist es, mit dieser Wahrheit umzugehen – auf beiden Seiten!

M. FRISCH hat auf sehr treffende Weise beschrieben, wie man sich einen heilsamen Umgang mit der Wahrheit vorstellen könnte: „Man soll dem Kranken die Wahrheit hinhalten wie einen Mantel, in den er hineinschlüpfen kann, wenn er will – und sie ihm nicht wie einen nassen Fetzen um die Ohren schlagen.“ Das bedeutet viel Fingerspitzengefühl von Seiten der aufklärenden Gesprächspartner und viel Verständnis dafür, daß der hingehaltene Mantel vielleicht nicht die passende Form oder Farbe hat, daß die Qualität des Stoffes nicht die rechte ist oder daß der Mantel ein paar Nummern zu groß oder zu klein sein könnte.

Dann gilt es, sich auf die Suche zu machen nach einem passenden Mantel. Es gilt in Gesprächen herauszufinden, wie dieser Mantel beschaffen sein sollte, daß er als Kleidungsstück akzeptiert werden kann, von diesem einen und einmaligen Patienten. Es gibt nicht *den* Mantel, es gibt so viele Mäntel, wie es Patienten gibt, denen man die Wahrheit über ihren körperlichen oder seelischen Zustand mitteilen muß.

„Der Arzt muß imstande sein, mit Empathie und Feingefühl den Patienten zusammen mit seinen Angehörigen die Konsequenzen der Krankheit deutlich zu machen. Dabei ist es wichtig, wie reif der Patient ist, die Wahrheit zu hören, und wie reif der Arzt ist, darüber in der rechten Weise zu sprechen. Wahrheit am Krankenbett bedeutet aber nicht eine Ankündigung des Sterbens, sondern einen Prozeß, der die Sinnerschließung des Sterbens beinhaltet.“ (HUSEBØ, S.)

MANFRED SEITZ², der Erlanger praktische Theologe, hat es einmal so formuliert:

„Die Nähe zu einem Sterbenden stellt uns unter Umständen vor eine schwierige Frage: Sollten wir einem Schwerverkranken, der nach menschlichem Ermessen vor dem Ereignis des Todes steht, die Wahrheit sagen? Diese Frage gehört zu den Lebensproblemen, die man auf keinen Fall zielsicher beantworten kann. Vielleicht darf man gar nicht so fragen; denn wir haben keinen Auftrag, Diagnosen mitzuteilen. Die ‚Wahrheit‘ in solchen Gesprächen steht nicht zur Verfügung. Sie wächst in dem Maße, in dem ein Mensch seinem Ende entgegenwächst. Um sie zu finden, bedarf es in

² Zuerst veröffentlicht in: Manfred Seitz, Der alte Mensch und sein Tod, in: ders., Praxis des Glaubens. Gottesdienst, Seelsorge und Spiritualität, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1978, S. 139-143; als „Elementare Hilfen für die Begleitung Sterbender“ den Gemeinden und Pfarrern der VELKD übermittelt durch Beschluß der lutherischen Generalsynode, abgedruckt in: Peter Godzik / Jürgen Jeziorowski (Hg.), Von der Begleitung Sterbender. Referate und Beschlüsse der Generalsynode der VELKD in Veitshöchheim 1988 (Heft 30 der Schriftenreihe ZUR SACHE - Kirchliche Aspekte heute), Hannover: Luth. Verlagshaus 1989, S. 147-156; jetzt allgemein zugänglich in: Kirchenleitung der VELKD (Hg.), Agende für ev.-luth. Kirchen und Gemeinden, Band III: Die Amtshandlungen, Teil 4: Dienst an Kranken. Neu bearbeitete Ausgabe 1994, Hannover: Luth. Verlagshaus 1994, S. 110-116.

der Regel eines längeren Weges, der dazu verhilft, die gewählten Worte auf die Person und ihre Fassungskraft zu beziehen. Wenn wir das beachten, können wir im Gespräch nach der 'Wahrheit' tasten, ohne die Hoffnung zu nehmen.“

Eine andere Ebene der Gespräche, bei denen der Umgang mit der Wahrheit auch schwierig ist, ist die zwischen dem Patienten und den Angehörigen und engsten Freunden. Hierbei wird die gemeinsame Lebens- und Lerngeschichte eine große Rolle spielen. Wie sind wir bisher mit der Wahrheit umgegangen? Wie können wir die Schattenseiten des Lebens ertragen? Wer muß stark sein? Viele Patienten stellen sich die Frage: „Wieviel kann meine Familie verkraften, was kann ich meiner Frau, meinen Kindern zumuten ...?“ Umgekehrt fragen sich Angehörige oft: „Kann ich das meinem Mann zumuten? Wird er diese Wahrheit verkraften ...?“

In der Regel kann man davon ausgehen, daß auf Seiten des Patienten viel mehr „gewußt“ wird, als dieser zu wissen vorgibt. Dabei kann es sich durchaus um ein „tieferes Wissen“ handeln, also um ein Wissen, das eher als eine intrapsychische Gewißheit, denn als objektiv greifbares Wissen zu bezeichnen wäre.

Der Umgang mit der Wahrheit ist ein sehr heikles Thema. Seelsorger, Ärzte, Schwestern und alle jene Menschen, die an Krankenbetten stehen, wissen um diese Problematik. KARIN LEITER, selbst Betroffene und engagierte Streiterin für mehr Menschlichkeit im Umgang mit Krankheit, Tod und Sterben, meint, daß gerade in solchen Situationen die Wahrheit im buchstäblichen Sinne „auf der Zunge liege“! Dabei verweist sie zu Recht auf den Umstand, daß in Krisen- und Trauerzeiten Menschen dazu neigen, der Lüge einen moralischen Wert einzuräumen, sie zum „Gnadenakt“ hochzuheben. Lüge kann aber kein haltbares, nur ein scheinbares Vertrauen schaffen, kann den Schmerz nur chronisch verschleppen, ihn aber nicht heilen. Es ist nicht einfach, braucht viel Mut, aber es lohnt sich für alle Beteiligten, ehrlich zu sein – meint KARIN LEITER.

„An einem Sterbebett haben Lügen keinen Platz mehr, wollen wir nicht jede Chance verlieren, dem Sterbenden selbst seine Würde und Achtung zu bewahren, ihm die Möglichkeit eines Abschiednehmens zu schenken und auch uns als Zurückbleibende eine Chance zu geben, mit der Trauer heilsam umgehen zu können!“ (LEITER, K.)³

³ Vgl. dazu auch: vgl. dazu auch: Wiltrud Hendriks, Mit Sterbenden leben. Verführung zur Barmherzigkeit, Hannover ²1988, Seite 73-78.

Es geht also um das dialektische Verhältnis von Wahrheit und Liebe. Der Frankfurter Propst und Liederdichter [DIETER TRAUTWEIN](#) hat es einmal so formuliert:⁴

Wahrheit, die nur wehtut, ist nicht wahr genug.

Wahrheit ohne Liebe übt Betrug.

Wahrheit, die nur aufdeckt, kommt aus hartem Herz.

Nur um recht zu haben, fügt sie Schmerz.

Helpen kann uns allen Wahrheit, die auch liebt,
die in harte Herzen Milde gibt.

Liebe, die nicht wahr ist, reicht nicht tief genug.

Liebe ohne Wahrheit übt Betrug.

Liebe, die nur zudeckt, kommt aus halbem Herz.

Um sich selbst zu schonen, scheut sie Schmerz.

Helpen kann uns allen Liebe, die nicht schont,
wenn in halben Herzen Lüge wohnt.

Helpen kann der Eine, der uns nie betrügt,
der in harte Wahrheit Liebe fügt.

3. Prinzip Hoffnung

Eng verknüpft mit dem Thema Wahrheit ist das Thema Hoffnung. Wie kann ich Patienten die Wahrheit sagen und ihnen dennoch nicht alle Hoffnung nehmen? Diese Frage ist für viele professionelle und ehrenamtliche Helfer zu einer Kernfrage geworden.

Der Begriff Hoffnung ist ein abstrakter Begriff, ein Begriff, der für Menschen verschiedenster Zeiten und in verschiedensten Lebenssituationen etwas anderes bedeuten kann. Allen Definitionsversuchen des Begriffes Hoffnung gemeinsam ist der zukunftsorientierte Charakter. Hoffnungen beziehen sich immer auf ein bestimmtes Ziel, dessen Erreichen in der Zukunft liegt. Gerade dieser zukunftsweisende Moment ist es, der die Probleme rund um Hoffnungen Schwerkranker, Sterbender und deren Angehörigen ausmacht. „Durch den Verlust an Zukunft – der eigenen Zukunft oder der Zukunft der Kinder oder anderer lieber Menschen – wird ein intensives Unglücks-

⁴ Text: Dieter Trautwein 1966; Melodie: Seminargruppe Frankfurt/M. 1966. Aus: Gott schenkt Freiheit, Gelnhausen: Burckhardthaus 1966.

gefühl ausgelöst. In dieser Dimension des Seins ist die Hoffnung angesiedelt.“ (CASSEL, E.)

Der amerikanische Arzt [SHERWIN B. NULAND](#) sieht einen ganz wichtigen Zusammenhang zwischen einer ehrlichen Auseinandersetzung mit der Wahrheit und der Hoffnung auf ein Sterben in Würde. Ein Sterben in Würde bedeutet auch, die Möglichkeit haben, Abschied zu nehmen, Rückschau zu halten, den Sinn des gelebten Lebens zu erkennen.

„Man kann Todgeweihten immerhin versprechen, daß man sie im Sterben nicht allein läßt. Besonders trostlos und einsam ist das Sterben, wenn dem Kranken vorenthalten wird, daß der Tod gewiß ist. So kann die Absicht, einem Todkranken die Hoffnung nicht nehmen zu wollen, ihn einer wertvollen Hoffnung berauben. Solange wir nicht wissen, daß wir sterben, und die Umstände unseres bevorstehenden Todes nicht möglichst genau kennen, können wir von unseren Lieben nicht Abschied nehmen. Dann bleiben wir, auch wenn sie in der Stunde des Todes anwesend sind, einsam und ohne Trost. Erst das Versprechen geistigen Beistandes am Ende gibt uns eine Hoffnung, die viel stärker ist als der Trost physischer Hilfe.“ (NULAND, S.)

Für Ärzte ist es besonders schwierig, Patienten so zu begleiten, daß sie einerseits der Wahrheit gegenüber verpflichtet bleiben, andererseits nicht Hoffnung rauben. Hoffnung allein kann Menschen in bestimmten Situationen überhaupt erst befähigen, die Last der gegenwärtigen Leiden zu tragen. Dieses Wissen um die große Bedeutung des Prinzips Hoffnung für jedes Leben und speziell auch für das Leben mit Schmerzen und Krankheit einerseits und die Schwierigkeiten, eigene Hoffnungen auf Therapieerfolge zum Wohl des Patienten zu modifizieren sind es andererseits, die manchen engagierten Arzt vor ein großes Dilemma stellen. „Wie zahlreiche Kollegen habe ich mehr als einmal entgegen aller Absicht Patienten das Sterben erschwert, weil ich Hoffnungen geweckt hatte, wo keine mehr waren“, schreibt NULAND und führt weiter aus: „Ein Arzt hat viele Möglichkeiten, einem todgeweihten Patienten dabei zu helfen, die Hoffnung zu entdecken. Eine Art der Hoffnung schließt alle anderen ein: die Hoffnung, daß ein letzter Erfolg erzielt werden kann, der das momentane Leid und Elend überwinden hilft. Zu oft mißverstehen Ärzte Hoffnung allein als Hoffnung auf Behandlung und Heilung:“

Und so gilt es für alle am Geschehen Beteiligte, sich darauf einzulassen, den Begriff Hoffnung mit neuen, anderen, ungewöhnlichen Inhalten zu füllen. Wenn der Tod si-

cher ist, können neue Hoffnungen entstehen, die tiefere Schichten des Menschen ansprechen. Es können aber auch ganz „kleine“ Hoffnungen wieder an Kraft und Bedeutung gewinnen.

Der Begriff Hoffnung wird von den verschiedenen Menschen, die in das Geschehen rund um einen kranken Menschen involviert sind, sehr unterschiedlich verstanden.

Für die meisten Ärzte verbindet sich mit dem Begriff Hoffnung eine medizinische Möglichkeit zur Heilung oder zumindest zum Aufhalten des pathologischen Geschehens. Für die Angehörigen kommen noch weitere Punkte hinzu, etwa die Hoffnung, ob es überhaupt einen Arzt geben wird, der sich des Patienten annehmen wird, ob es außerhalb der Schulmedizin vielleicht noch Chancen geben kann, ob ein einigermaßen symptomfreies und vor allem schmerzfreies Leben mit dem Patienten wenigstens zeitweise möglich sein wird, ob es Aussicht auf umfassenden Beistand geben kann und vieles andere mehr.

Für den betroffenen Patienten selbst spielen alle einzelnen Hoffnungsaspekte eine große Rolle, und es wird nicht zuletzt vom Geschick, der Sensibilität und Behutsamkeit der professionellen Helfer abhängen, daß Hoffnung in jedem Stadium der Krankheit möglich ist. „Hoffnung lassen“ bedeutet jedoch keineswegs „Hoffnung wecken“! Es ist eine Gratwanderung, auf die sich professionelle Helfer begeben, wenn sie sich im Umgang mit dem Patienten sowohl der Wahrheit als auch dem Prinzip Hoffnung verpflichtet fühlen. (VERRES, R.)

Für Betroffene und deren Angehörige werden sich die Hoffnungen im Laufe des Krankheitsprozesses verändern. Der norwegische Arzt und Palliativmediziner Dr. STEIN HUSEBØ beschreibt diesen Wandel der Hoffnungen⁵, wie er sie bei einem Freund und dessen Frau erlebt hat, wie folgt:

„Wir (so schreibt Lars' Frau) dachten alle, jetzt besteht keine Hoffnung mehr. Nach und nach haben Lars und ich doch ein anderes Verständnis darüber gewonnen. Zuerst die kleinen Hoffnungen. Die Hoffnung auf einen guten Tag und einen guten Schlaf. Die Hoffnung, daß wir es schaffen, noch einmal Fischen zu fahren. Die Hoffnung, daß die Medikamente die Übelkeit und die Schmerzen unter Kontrolle halten werden. Dann kamen größere Hoffnungen. Daß es den Kindern gut gehen wird oder

⁵ Vgl. dazu auch: Wiltrud Hendriks, Mit Sterbenden leben. Verführung zur Barmherzigkeit, Hannover 1988, Seite 47-49; 50 f.; 62-64; 65-68; wieder abgedruckt in: Andreas Ebert/ Peter Godzik (Hg.), Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde. Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender im Rahmen des Projekts „Sterbende begleiten – Seelsorge der Gemeinde“, Hamburg-Rissen: EB-Verlag 1993, S. 178-186.

daß ich ohne Lars überlebe. Lars freute sich, daß es für uns möglich war, nach seinem Tod in unserem Haus weiterzuwohnen. Zuletzt haben wir eingesehen, daß es für uns immer eine ganz große Hoffnung gibt. Die Tage, die wir gemeinsam verbringen dürfen, und ein Leben miteinander. Die Hoffnung, daß Lars in Frieden zu Hause sterben würde. Daß wir es geschafft haben, ein gemeinsames Kind zu bekommen. Und die Liebe. Lars hat die letzten Tage gesagt: er glaubt, wenn die Menschen längst tot sind, gibt es eine Liebe, die von uns übrigbleibt und weiterlebt – und daß es für ihn diese Liebe ist, die er Gott nennen kann. In der Familie sprechen wir jetzt oft darüber: die Liebe von Lars, die in uns weiterlebt ...Es gab für mich, für Lars und für die Kinder nie eine Zeit mit mehr Hoffnung als die letzten Wochen zusammen.“

Im Verlauf einer Begleitung von kranken oder sterbenden Menschen erleben professionelle und ehrenamtliche Helfer, wie einerseits eine Hoffnung nach der anderen stirbt, wie sich ein Hoffnungstor nach dem anderen schließt. Gleichzeitig entstehen neue Hoffnungen, öffnen sich neue Türen, die andere Hoffnungen in das Leben einlassen und dazu beitragen können, daß ein Tag, eine Stunde, eine bestimmte Lebensspanne positiv, sinnerfüllt und hoffnungsvoll durchlebt werden kann.

Ich will einige Beispiele anführen, um zu zeigen, wie vielfältig die Hoffnungen kranker und sterbender Menschen sein können – und daß es nicht immer um „große“ Hoffnungen geht, die wir als Begleitende aufgreifen und mitgestaltend wahrnehmen können.

Beispiele von Hoffnungen schwerkranker Menschen:

- die Hoffnung, schmerzfrei bleiben zu können
- die Hoffnung, mit den Symptomen der Krankheit umgehen zu lernen
- die Hoffnung, am Leben anderer noch lange teilnehmen zu können
- die Hoffnung auf gute Stunden, die man genießen kann
- die Hoffnung, lange selbst mitentscheiden zu können
- die Hoffnung, mit der Wahrheit behutsam konfrontiert zu werden
- die Hoffnung auf ein friedliches Sterben
- die Hoffnung, einmal noch wegzufahren, spazierenzugehen ...
- die Hoffnung, Wichtiges noch erledigen zu können
- die Hoffnung, seinen Aufgaben noch ein wenig gerechtwerden zu können
- die Hoffnung, noch ein paar gute Tage zu haben
- die Hoffnung, nicht allein zu sterben

- die Hoffnung, sich bis zuletzt mitteilen zu können
- die Hoffnung, nicht alleingelassen zu werden
- die Hoffnung, Hilfe annehmen zu können
- die Hoffnung, Tränen zeigen zu können
- die Hoffnung, Gefühle – alle Gefühle zeigen zu können
- die Hoffnung, sich mit Gott aussöhnen zu können
- die Hoffnung, Trost zu finden
- die Hoffnung, daß nach dem Tod nicht alles aus ist
- die Hoffnung, daß man in der Erinnerung lieber Menschen weiterlebt
- die Hoffnung, daß man Spuren hinterläßt
- die Hoffnung, Gott zu begegnen

Anregungen für eine persönliche Auseinandersetzung

Impulsfrage 1:

Stellen Sie sich vor, Sie sind auf dem Weg zum Arzt, um von ihm das Ergebnis einer Untersuchung zu erfahren. Die Befunde sind schlecht. Wollen Sie mit der Wahrheit konfrontiert werden? Was wäre Ihnen in dieser Situation wichtig? Was oder wen würden Sie in dieser Situation brauchen?

Impulsfrage 2:

Denken Sie an Ihre berufliche oder ehrenamtliche Situation. Wie stehen Sie persönlich zum Thema Wahrheit am Krankenbett? Wie gehen Sie konkret mit dieser Frage um? Welche Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang schon gemacht?

Impulsfrage 3:

Versetzen Sie sich in die Lage, selbst am Ende Ihres Lebens zu stehen. Welche Hoffnungen könnten für Sie – aus der jetzigen Sicht – in Ihrem letzten Lebensabschnitt wichtig werden? Versuchen Sie verschiedene Hoffnungsbereiche in Ihre Überlegungen einzubeziehen (Hoffnungen bezogen auf Körper, Seele, Geist, Umwelt, Gott).

Anhang:

Die Wahrheitsfrage⁶

Der Arzt steht in einer ganz schwierigen Situation, wenn er die „Wahrheit“ sagen soll. Er muß in solchen Augenblicken glaubwürdig sein, verbal und nonverbal, dabei ist die Körpersprache so schwer bewußt kontrollierbar. Der Körper verrät ja oft, was wir lieber verheimlichen wollen. Der Arzt soll die aufkeimende Todesgewißheit bei dem Kranken nicht unterdrücken, auf der anderen Seite ihm auch nicht die Hoffnung nehmen. Was soll der Arzt denn tun? Er ist vielleicht gar nicht darauf gefaßt, die Wahrheit zu sagen und die Frage zu beantworten: „Wie steht es um mich?“

Hat er nicht in den vorangegangenen Visiten verschlüsselt von „sich mehrenden Zellen“ gesprochen, die man aber wieder in den Griff bekommt, oder davon, daß diese Operation schon Routine geworden ist, wenn sie auch kaum zu nennbaren Heilerfolgen geführt hat? Hat er nicht in all den Patientengesprächen, soweit es möglich war, das Thema des Sterbens vermieden, weil ein unheilbarer Kranker aus medizinischer Sicht in der Tat ein hoffnungsloser Fall, ein Mensch ohne Hoffnung auf Heilung ist. Wenn keine Hoffnung auf Heilung besteht, worauf dann?

Die sogenannte *Wahrheitsfrage* ist nicht allein die Frage nach der medizinischen Wahrheit, danach, wieviel Lebenszeit dem Kranken noch bleibt, sondern mit dem Stellen der Wahrheitsfrage ist der Anfang eines Weges begonnen, der in die Annahme des Todes führt. Der Arzt kann dabei medizinische Hilfe leisten, die es möglich macht, die begrenzte Zeit bewußt zu erleben, indem er den Patienten auf seine Möglichkeiten von schmerzlindernden Therapien hinweist und diese anwendet. Der Arzt bleibt immer der erste Ansprechpartner im Verlauf einer Krankheit. Er muß von Patient zu Patient neu entscheiden, was menschlich und würdevoll ist. Einem Menschen gegenüber, der sein Haus bestellen und sein Leben vollenden möchte, wäre es unbarmherzig, seinen unheilbaren Zustand zu verschweigen. Unmenschlich ist es aber auch, einem anderen, der noch gar nicht bereit ist, dem Tod ins Angesicht zu schauen, auf den Kopf hin zu sagen: „Sie sind unheilbar krank.“

Es gibt im Grunde für den Arzt keine Patentantwort auf die Frage des Patienten: „Wie steht es um mich?“, sondern eher ein gemeinsames Abtasten dessen, wo der Patient sich selber aufhält. Seinen sich stets verändernden Standpunkt äußert der Kranke auch im Gespräch, denn das, was er jeweils erfährt und was ihn bewegt, wird er versuchen auszudrücken. Das ist oft mühevoll und traurig für alle, denn der Kranke ist auf dem Weg in den Tod manchmal weiter als seine Umgebung. Dann kann er für Augenblicke zurückkehren, den Platz der anderen aufsuchen, aber er weiß um weitere Horizonte, dieser alte Ort ist nicht mehr seine Wirklichkeit. Ihm wurde schon eine neue Wahrheit eröffnet. Vielleicht nimmt er flüchtig den Standpunkt der Gesunden ein, aber es gibt kein eigentliches Zurück in deren Welt.

Es ist entlastend zu wissen, daß es nicht um die Wahrheit an sich geht. Wahrheit ist im Prozeß des Sterbens subjektiv und situationsgerecht auszulegen. Die Wahrheit bestimmt auch nicht ein anderer Mensch für den Sterbenskranken allein, sondern die Wahrheit, seine Wahrheit, muß und wird er finden, allerdings leichter im Dialog mit den ihn begleitenden Menschen. Die eigene Lebenserfahrung des Sterbenskranken, seine Reife, die menschliche Nähe zu dem, was seine Begleiter sagen, die Fähigkeit,

⁶ Aus: Wiltrud Hendriks, Mit Sterbenden leben. Verführung zur Barmherzigkeit, Hannover ²1988, Seite 73-78; wieder abgedruckt in: Andreas Ebert/ Peter Godzik (Hg.), Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde. Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender im Rahmen des Projekts „Sterbende begleiten – Seelsorge der Gemeinde“, Hamburg-Rissen: EB-Verlag 1993, S. 219-221.

ihn zu verstehen oder nicht, die äußeren Umstände, in denen Arzt und Patient, Angehörige und Seelsorger zu einem Gespräch kommen, die Belastbarkeit von allen, der Zeitfaktor und die Sprachebene, die es ermöglicht, daß ein partnerschaftliches Gespräch entsteht, die Krankheit selber und das Umfeld sind Faktoren, die diese persönliche, individuelle Wahrheit beeinflussen. Ich verneine jede Möglichkeit, die Wahrheitsfrage und deren Beantwortung in irgendwelche Schemata zu pressen.

Die *Wahrheitsfrage* ist ein tastendes, vorsichtiges *Suchen nach dem Sinn* von Krankheit und dem damit zu ertragenden Leiden. Der Kranke muß Sinn und Hoffnung in dieser Phase seines Lebens für sich gewinnen, will er nicht hoffnungslos verzweifeln. In diesem Kontext ist die medizinische Wahrheit zwar von einiger Bedeutung, aber nicht die endgültige Wahrheit. Die Wahrheit umfaßt und betrifft alle, den Sterbenden selber und die, die ihn begleiten. Sie ist eine Auseinandersetzung mit seinem und ihrem eigenen Sterbenmüssen. Die Brücke zum Sterben des anderen ist das Standhalten vor der eigenen Todesangst.

Sterbebegleitung ist eine Aufgabe, die über die rein medizinische Betreuung hinausreicht. Sie ist für alle Begleiter mehr als ein Geben von Trostworten. Sie ist auch *Trauerarbeit*, sofern der Kranke nicht in seiner Trauer stehenbleibt. Er sollte wie seine Begleiter aus dem tiefen Tal der Trauer zu neuen Räumen der Hoffnung und Sinnggebung gelangen.

Das wird nicht einzig und allein auf Grund menschlicher Anstrengungen, nicht nur durch Gesprächsführung oder Empathie gelingen. *Sinn und Hoffnung* sind nicht einfach machbar nach einem vorgegebenen Muster, sondern in der Grenzsituation des Sterbens sind beide auch Wagnis von Seiten des Menschen und Geschenk Gottes.

Jesus betete in seiner Sterbestunde: „Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen?“ (Markus 15,34). Indem er dieses Psalmwort in seiner Not vom Kreuz schrie, zeigte er, daß für ihn im Tod sein Gegenüber nicht das schweigende Nichts, sondern der helfende Gott ist.

Wir sollten es wagen, angesichts des Todes an das Wort des johanneischen Christus zu glauben: „Ich bin der Weg und die Wahrheit und das Leben; niemand kommt zum Vater denn durch mich“ (Johannes 14,6). Wenn nicht schon früher im Leben, so sind wir spätestens jedoch im Sterben mit leeren Händen vor Gott, können eigentlich nur noch stammeln: nicht mein, sondern dein Wille geschehe. Was dürfte Sterbebegleitung dann anderes sein, als Zuflucht zur grundlosen Liebe Gottes zu nehmen und sich als Menschen gegenseitig zur Barmherzigkeit zu (ver-)führen?

Wandel der Hoffnung⁷

Der Kranke – Hoffnung auf Heilung

Der kranke Mensch richtet seine Hoffnung auf Heilung aus. Die Vergangenheit ist nicht mehr das Wichtigste, sondern die Zukunft. Die Zukunft manifestiert sich aber bei einem Kranken in der Hoffnung auf Heilung. Kein Patient will krank sein. Wenn er schwerkrank ist, will er doch, daß sein Zustand so weit stabilisiert wird, daß er wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden kann.

⁷ Aus: Wiltrud Hendriks, *Mit Sterbenden leben. Verführung zur Barmherzigkeit*, Hannover ²1988, Seite 47-49; 50 f.; 62-64; 65-68; wieder abgedruckt in: Andreas Ebert/ Peter Godzik (Hg.), *Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde. Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender im Rahmen des Projekts „Sterbende begleiten – Seelsorge der Gemeinde“*, Hamburg-Rissen: EB-Verlag 1993, S. 178-186.

Der Patient, der auf einen positiven Ausgang seiner Krankheit hofft, mobilisiert Lebenskräfte, die eine Gesundung schneller möglich machen als ein apathisches Sichgehenlassen. Mit der Hoffnung auf Heilung ist ein Zustand erreicht, der dem Arzt besonders hilft, eine Therapie anzuwenden und durchzuführen.

Ein auf Hoffnung eingestimmter Patient setzt viele *Selbstheilungskräfte* frei. Er wirkt an seiner Gesundung mit, früher oder später spürt er selber die Fortschritte, die ihn wiederum aufs Neue motivieren, noch mehr für seine Gesundung zu tun. Selbst Schwerkranke unterstützen die Heilungsversuche des Arztes. Sie bringen das eigene Empfinden mit Diagnose und Therapie des Arztes in Verbindung und setzen die Informationen positiv in erste aktive Handlungen um.

Es gibt bei Kranken ein *Lebensgefühl*, das allzu deutlich signalisiert, wie es in Wirklichkeit um sie steht. Der Patient hatte hohes Fieber und war in einem schlechten Allgemeinzustand. Dennoch gab er zu erkennen, daß er nur durch eine Krise ginge, er diese Krise bewältigen werde. Die Krankheit war für ihn eine begrenzte Zeit, seine Heilung eine innere Gewißheit. Er sagte, als er besucht wurde: „Mir geht es heute sehr schlecht. Bitte, besuchen Sie mich wieder, wenn es mir besser geht.“ Sein Zustand war nach der letzten Visite als nicht sehr hoffnungsvoll eingestuft worden. Er genas aber wieder.

Andererseits spüren Patienten aber auch, wenn die Krankheit das Leben beenden wird. Sie können ihr Sterben ahnen, selbst wenn der Kranke vom medizinischen Standpunkt aus einen einigermaßen stabilen Allgemeinzustand besitzt, der vom Arzt als ernst, aber nicht akut lebensbedrohlich eingeschätzt wird. Ein junger Assistenzarzt berichtete betroffen, daß ein Patient zu ihm gesagt hat: „Herr Doktor, vielen Dank für Ihre Hilfe, aber ich werde bald sterben.“ Der junge Arzt beruhigte ihn und erwiderte: „Aber, Herr H., Ihnen geht es doch schon viel besser. Bald können Sie wieder nach Hause!“ Diagnose und Verlauf der Therapie sprachen auch dafür, daß dieser Patient bald als geheilt entlassen werden könnte. Er starb jedoch in der darauffolgenden Woche.

Patienten haben eine *Sensibilität*, auf die man leider heute, in einer Zeit der Sprachlosigkeit gegenüber Leid und Sterben, oftmals nicht angemessen reagieren kann. Der Schwerkranke kennt die Schwere seiner Erkrankung. Das hört sich sehr schlicht an, wenn aber jeder, der mit dem Kranken zu tun hat, diesen Satz behielte, würden viele Kommunikationsstörungen aufgehoben werden. Der Schwerkranke ist sich dessen vielleicht nicht bewußt, im Sinne von kognitivem Erkennen, wie sein Zustand ist, aber er spürt und fühlt, vielmehr er ahnt, wie es um ihn steht. Diese Signale, die ein Patient sendet, sind nach Möglichkeit aufzufangen und in einen Behandlungs- oder sogar einen Heilungsprozeß umzusetzen.

Einem Patienten war zum zweiten Mal eine Niere transplantiert worden. Nach der zweiten Operation arbeitete die neue Niere sofort. Der Mann erwachte aus der Bewußtlosigkeit, sein erster Satz war: „Jetzt möchte ich ein Glas Sekt trinken.“ Der Arzt nahm seine Hand und meinte: „Es ist schön, daß es Ihnen wieder besser geht.“ Dieser Arzt hat den Satz des Patienten richtig verstanden, indem er ihn nicht als unvernünftig abtat, sondern in ihm die Hoffnung, das Wohlbefinden des Patienten, heraushörte.

Als er später gefragt wurde, was er gefühlt habe, erklärte er: „Als ich die Augen aufschlug, spürte und wußte ich, daß dieses Mal die Operation geglückt war. Das merkt man einfach in sich drinnen. Ich war so froh. Deswegen habe ich das gesagt.“

Der Schwerkranke – Hoffnung auf Begleitung

Der Kranke kann sein vages Empfinden nicht immer in Worte kleiden. Er sucht nach Ausdrücken für das, was ihn bewegt und bleibt in der Sprachlosigkeit, wenn ihm keine Kommunikationsmöglichkeiten und Hilfen gegeben werden.

Von Patienten, die unheilbar krank sind, hört man öfter den Satz: „Das muß ja wieder!“ als Antwort auf die Frage: „Wie fühlen Sie sich?“ Ohne Zusatz, ohne Erläuterung, zusammenhanglos im Gesprächsverlauf wird dieser Satz stereotyp wiederholt. Nie wird näher erklärt, was es mit dem „Das“ auf sich hat, nie, „was wieder muß“.

Es ist schwer für einen Arzt, den Patienten über seinen Gesundheitszustand aufzuklären, wenn dieser jung ist und aller Voraussicht nach keine Chance auf Heilung mehr hat. In einem jungen Körper ist mehr Vitalität. Es besteht oftmals die nicht ganz unberechtigte Hoffnung, daß die Krankheit, die bei einem alten Menschen zum Tode führen würde, bei einem jungen durch die ärztliche Kunst besiegt werden kann. Das geschieht noch eher, wenn der Lebenswille des Kranken gestärkt wird, in ihm Hoffungskräfte freigesetzt werden.

Selbst in der größten Verzweiflung steckt doch oft noch ein Glimmen von Aggressivität, um das eigene Leben zu erhalten. Zu einer schwerkranken jungen Frau sagte der Arzt: „Sie haben ein Geschwür am Magen“, um sie zu schonen und ihr nicht alle Hoffnung zu nehmen. Sie hatte einen bösartigen Tumor. Auch diese Patientin war bereit, gegen die Krankheit ihren Lebenswillen einzusetzen. Sie antwortete scheinbar gar nicht auf den Satz des Arztes. Sie erwiderte nämlich: „Ich brauche alle Kraft für mich.“ Dadurch signalisierte sie ihm, daß sie die negative Botschaft ihres Körpers verstanden, aber trotzdem nicht ohne Hoffnung für ihr Leben war.

Doch die unheilbare Krankheit schritt voran. Die Patientin war oft in einem Zwiespalt, und es war sehr schwer für sie, diesen Weg zwischen dem, was ihre Umwelt ihr signalisierte, und dem, was ihr eigenes Wissen war, zu gehen. Ihre Gewißheit unterschied sich von dem Zuspruch, den sie von den Verwandten und Freunden erhielt und der so ähnlich lautete: „Es wird schon wieder gut ..., wenn du erst einmal wieder gesund bist ..., alle freuen sich schon, dich bald zu Hause zu sehen ...“

Bei dieser jungen Patientin und in ähnlichen Seelsorgefällen wird die Sprachlosigkeit durch solche gut gemeinten Floskeln verstärkt, wird dadurch die Trennung vom Kranken und nicht die Nähe zu ihm gefördert. Solche Worte und Beschwichtigungen fallen täglich in den verschiedenen Krankenzimmern. Gerade aber das *Miteinandersein* braucht der Schwerkranke. Er benötigt Menschen, die seinen Weg, den er gehen muß, nicht verlassen. Keiner kann für ihn die Schritte setzen, aber jeder kann versuchen, mit ihm einen Teil dieser schweren Wegstrecke zu gehen.

Der Schwer- und Schwerstkranke ist eigentlich immer auf Begleitung ausgerichtet und angewiesen. Er bedarf der *Zuwendung* seiner Umwelt in besonderem Maße, er erreicht den Status des In-der-Fürsorge-Seins. Für ihn muß ausgiebig gesorgt werden, in allen Bereichen des Lebens. Dazu gehört neben der medizinischen auch die seelische Betreuung.

Auch der *Seelsorger* tritt ans Bett des Kranken. Bis heute gibt es in der Krankenhausseelsorge einen Pluralismus von Methoden und Zielen in der Begleitung. Je nach Person und Neigung des Seelsorgers wird das Krankenbett als missionarisches Betätigungsfeld, als Ort kirchlicher Verkündigung und des Betens, als Ablageplatz für Traktate, existentieller Fragen des Seelsorgers oder auch als Raum für Gesprächstherapie angesehen. Zu Beginn einer Begleitung haben Patient und Seelsorger oft

sehr unterschiedliche Erwartungen, wissen eigentlich selten, was sie voneinander wollen, was sie füreinander tun können.

Wenn die Kirche sich als Kirche des Wortes versteht, die Verkündigung an zentraler Stelle steht und die Gläubigen sprachfähig machen möchte, so muß man in der Seelsorge am Kranken *hörfähig* werden. Kranke, vor allem unheilbar Kranke und Sterbende, sind in einer existentiellen Grenzsituation, die nur sie allein beschreiben und formulieren können: In den verschiedenen Lebenssituationen gibt es die je eigene Betroffenheit und Erfahrung des Leidenden, die er eventuell mitteilt.

Dabei ist es kein Nachteil, daß man in vielen Leidenssituationen als Begleiter sprachlos ist, dann fällt es vielleicht leichter, wenigstens zu schweigen. Vor allem die Sterbebegleitung ist keine Angelegenheit von lautem Geschrei. Der Tod wählt das Schweigen und die Stille. Nur der erkennt ihn, der selbst leise wird. Kranken- und Sterbebegleitung ist *eine Wegstrecke des demütigen Hörens und des liebevollen Wartens*. Antworten für Schwerstkranke, die ich dann als Seelsorger geben kann, werden so verschieden ausfallen wie die Menschen, die mich fragen oder mit mir sprechen wollen. Als Gesprächspartner ist der Kranke mir immer einen Schritt voraus, denn er bestimmt, wo er auf dem Weg des Leidens steht und wohin er mit mir gehen möchte.

Wiltrud Hendriks berichtet: „Ich habe mich mit unheilbar Kranken über Modelleisenbahnen unterhalten, mit anderen gebetet. Ich habe Kissen aufgeschüttelt und Schweiß abgewischt. Ich habe versucht, theologisch etwas darzulegen, ich habe geschwiegen angesichts der Sprachlosigkeit und Lautlosigkeit des Todes. Immer wieder bin ich dabei, auch auf Bitten der Kranken, zu Texten aus der kirchlichen Tradition zurückgekommen. Halt gaben den Kranken Worte aus Texten, die sie als junge Menschen einmal gelernt haben und die ihnen vertraut waren. Dazu gehören neben Vaterunser und Glaubensbekenntnis Verse aus den Psalmen, aus dem Alten und Neuen Testament sowie einige Liedverse.“

Für meine Arbeit ist die *Geschichte der Emmausjünger* wichtig geworden. Diese Geschichte erzählt für mich beispielhaft von einem gemeinsamen schweren Weg zu einem vorgegebenen, aber noch nicht erreichten Ziel. Die Jünger dürfen dem auferstandenen Jesus auf dem Weg nach Emmaus von ihrer Angst, ihren Zweifeln, von dem, was ihr Herz bewegt, berichten. Sie können dank seiner *Begleitung* ohne Verharmlosungsversuche und Abwehr über das ausführlich und reflektierend sprechen, was sie bedrückt. Da ist keiner, der ihre Worte nicht hören will, der vorschnell beschwichtigt, der ihre Ängste, weil ihm selber ängstlich ist, verdrängt. Die Jünger gehen anfangs den Weg in die Dunkelheit hinein, ohne eine Hoffnung auf Zukunft.

Aber während des gemeinsamen Weges wird eine Hoffnung sichtbar, die über die gegenwärtige Zeit hinausgreift. Sie gelangen an einen Ort, wo sie beten können und Gottes Nähe in der Feier des Abendmahls mit Christus verspüren dürfen. Sie finden die Kraft, ihr gegenwärtiges Leben weiterzuführen. „Bleibe bei uns, Herr, denn es will Abend werden“, diese Bitte der Jünger damals ist die *Bitte nach liebender und tragender Begleitung* im Dunkel des Lebens und bedeutet für mich heute auch Licht und Hoffnung angesichts des Leidens und Sterbens im Krankenhaus.

Der Sterbende – Hoffnung auf Vollendung

Den Wunsch, daß im Tod mit der eigenen Existenz nicht alles zu Ende ist, findet man bei vielen Schwerkranken und Sterbenden. Sie fragen, was wird eigentlich aus mir, wenn ich sterben muß? Sie rechnen damit, daß irgendetwas mit ihnen passiert und möchten sich auch darauf vorbereiten. Ein alter Ostpreuße bittet um ein Abendmahl mit den Worten: „Ich werde bald sterben. Mein Leben ist auch gelebt. Ich möchte vor meinen Herrgott treten können und vorher alles ins Reine bringen.“

Kranke haben, wenn ihre Krankheit in das Sterben führt, häufig das Bestreben, ihr Leben abzuschließen und zu vollenden. Das passiert sehr unterschiedlich. Dieses Mit-dem-Leben-abschließen-Können ist nicht immer vom Lebensalter abhängig, sondern auch von dem, wie ein Mensch gelebt und seine Zeit gefüllt hat. Es gibt junge und alte Menschen, die immer noch auf der Suche nach irgendetwas sind, was ihnen in der Lebensspanne zuvor entgangen zu sein schien. Ihr Sterben ist ein Abbruch. Menschen, die ihr Leben angenommen und abgeschlossen haben, so wie es ist, auch mit allem Negativen, sind in dem Zustand der Vollendung von weltlicher Existenz. Sie können sterben, ob sie älter oder jünger sind, denn ihr Leben wird durch ihr Sterben nicht abgebrochen, sondern vollendet.

Sterbebegleitung sollte sich an dieser menschlichen Vollendung ausrichten und Hoffnung zusprechen. Es ist nicht die Aufgabe eines Arztes oder Sterbebegleiters, dem Kranken Hoffnung zu nehmen, sondern Hoffnung zu geben, die in eine andere Dimension als allein auf Gesundung des Kranken ausgerichtet ist. Welche Inhalte können diese Hoffnung bestimmen?

Hat der Sterbende keine Hoffnung mehr, gesund zu werden, richtet sie sich auf ein Leben nach dem Tod oder auf das, was in seinem Leben wesentlich für ihn war. Das sind vielleicht die Kinder, in denen er sich weiterleben sieht; ein Lebenswerk, das ihn überdauert; ein angelegter Garten, dessen Bäume und Blumen nach seinem Tode blühen werden. Er empfindet sie als einen Teil von sich und setzt dadurch eine Hoffnung auf ein Weiterleben frei, wenn dieses Weiterleben für ihn auch an nahestehende Menschen, von ihm Geschaffenes oder Dinge gebunden ist. Die eigene Identität kann eigentlich nicht als aufgebbar gedacht werden. Es gibt übrigens in allen Kulturkreisen, nicht nur in der christlichen Überlieferung, Hoffnungsaussagen über ein Weiterleben nach dem Tod, wenn auch die Formen der Vorstellungen darüber jeweils verschieden sind.

*Herr von Ribbeck auf Ribbeck im Havelland,
Ein Birnbaum in seinem Garten stand,
Und kam die goldene Herbsteszeit,
Und die Birnen leuchteten weit und breit,
Da stopfte, wenn's Mittag vom Thurme scholl,
Der von Ribbeck sich beide Taschen voll,
Und kam in Pantinen ein Junge daher,
So rief er: „Junge, wist' ne Beer?“
Und kam ein Mädcl, so rief er: „Lütt Dirn,
Kumm man röwer, ick hebb' ne Birn.“*

*So ging es viel Jahre, bis lobesam
Der von Ribbeck auf Ribbeck zu sterben kam.
Er fühlte sein Ende. 's war Herbsteszeit,
Wieder lachten die Birnen weit und breit,
Da sagte von Ribbeck: „Ich scheide nun ab.*

*Legt mir eine Birne mit in's Grab.“
Und drei Tage drauf, aus dem Doppeldachhaus,
Trugen von Ribbeck sie hinaus,
Alle Bauern und Büdner, mit Feiergesicht
Sangen „Jesus meine Zuversicht“
Und die Kinder klagten, das Herze schwer,
„He is dod nu. Wer giwt uns nu 'ne Beer?“*

*So klagten die Kinder. Das war nicht recht,
Ach, sie kannten den alten Ribbeck schlecht,
Der neue freilich, der knausert und spart,
Hält Park und Birnbaum strenge verwahrt,
Aber der alte, vorahnend schon
Und voll Mißtraun gegen den eigenen Sohn,
Der wußte genau, was damals er that,
Als um eine Birn' in's Grab er bat,
Und im dritten Jahr, aus dem stillen Haus
Ein Birnbaumsprößling sproßt heraus.*

*Und die Jahre gehen wohl auf und ab,
Längst wölbt sich ein Birnbaum über dem Grab,
Und in der goldenen Herbsteszeit
Leuchtet's wieder weit und breit.
Und kommt ein Jung' über'n Kirchhof her,
So flüstert's im Baume: „wiste ne Beer?“
Und kommt ein Mäd'el, so flüstert's: „Lütt Dirn,
Kumm man röwer, ick gew' Di 'ne Birn.“
So spendet Segen noch immer die Hand
Des von Ribbeck auf Ribbeck im Havelland.*

Theodor Fontane

Das griechische Denken, die Trennung von Leib und Seele nach dem Sterben, die Aufgabe des Leibes als Gefängnis der Seele, ist auch in den volkstümlichen Glauben der Christen eingeflossen und zeigt sich in den vergangenen Sterbebräuchen. So bedeckte man im Sterbehaus alle Spiegel, damit die Seele vor ihrer Unsichtbarkeit nicht erschrickt. Die Fenster des Sterbezimmers wurden geöffnet, damit die Seele des Verstorbenen nicht gefangen bleibe. Von der katholischen Kirche wurde dieses griechische Denken im Glauben an das **Fegefeuer** als dem Ort für die Reinigung der Seele aufgenommen.

Auch wir sind, selbst wenn wir nicht religiös gebunden sind, von diesem dualistischen Glauben nicht ganz frei. Dennoch möchte ich nicht von einer Trennung von Leib und Seele sprechen, sondern lieber von einer ganz anderen Seinsweise nach dem Sterben. Das ist der wesentliche Inhalt meiner Hoffnung.

Christen aller Konfessionen sprechen im **Glaubensbekenntnis** den Satz: „Ich glaube an die Auferstehung der Toten.“ In der alten Fassung hieß es: „Auferstehung des Fleisches“. Der Ausdruck „Fleisch“ sagt ganz pointiert, was nach dem Sterben im Tod die eigentliche Form unseres Seins sein soll: die Wiederherstellung der eigenen Identität, die man durch seinen Tod verliert. Das Sterben, das in den Tod führt, bringt mich auf einen Weg, der alle meine bisherigen Bezüge des Lebens auslöscht, die Bezüge zu mir und meiner Umwelt. Die **Auferstehung** stellt diese verlorene Identität wieder her, ja vervollkommnet sie in einer neuen Seinsweise dadurch, daß durch die Auferstehung meine eigene Identität mit Gott verbunden wird. Gott vollendet an mir,

was er in der Taufe begonnen hat. Das ist ein Vorgang, den wir im Leben nicht beweisen können.

In vielen Glaubensaussagen der Christen und der Juden kann niemand vor Gottes Angesicht treten, ohne zu sterben. Wird diese Aussage umgekehrt, so kommt nur der vor Gottes Angesicht, der stirbt. Das ewige Leben als neue Seinsform kann kein Mensch beschreiben, weil es jenseits unserer irdischen Raum- und Zeitvorstellung seine Wirklichkeit hat.

Die **Berichte von Menschen, die klinisch tot waren**, sind keine über den Tod und das ewige Leben, über diese andere Wirklichkeit, denn es sind Aussagen von Lebenden und nicht von Toten. Diese Menschen sind in den Übergang von Leben und Tod gelangt und von dort ins Leben zurückgekehrt, aber nicht im Tod geblieben. In der Bibel gibt es von denen, die im Tod waren und aus ihm geholt worden sind, keine Beschreibung über das Totsein. Der Tod als solcher ist nicht der erwünschte Zustand, sondern die Auferstehung, das ewige Leben.

Das **ewige Leben** ist anders als das zeitliche Leben. So sprechen Christen dann auch von einer anderen, neuen Welt. Dort gibt es keine Tränen, dort ist kein Schmerz, kein Geschrei, sondern Gott sagt: „Siehe, ich mache alles neu.“ In der Offenbarung des Johannes heißt es: „Siehe da, die Hütte Gottes bei den Menschen! Und er wird bei ihnen wohnen, und sie werden sein Volk sein, und er selbst, Gott, wird mit ihnen sein; und Gott wird abwischen alle Tränen von ihren Augen, und der Tod wird nicht mehr sein, noch Leid, noch Geschrei, noch Schmerz wird mehr sein; denn das Erste ist vergangen und der auf dem Thron saß, sprach: Siehe ich mache alles neu!“

Um zu meiner vollkommenen Identität zu gelangen, muß ich die alte abstreifen, muß ich durch den Tod neu geboren werden. Die alte Identität muß mit ihren Anfälligkeiten und Unzulänglichkeiten zerstört werden. Ich sterbe ganz und bin ganz tot, nicht nur ein wenig. In der Agende heißt es bei Beerdigungen: „Erde zu Erde, Asche zu Asche, Staub zum Staube.“ Was bleibt, ist die Kontinuität der menschlichen Identität durch Gottes Treue und Schöpferhandeln über das Sterben hinaus.

Totsein ist für sich kein Zustand der Seligkeit, sondern wird es erst durch Gott. Gott schafft aus dem Nichts das Seiende, denn er ist ein Schöpfergott. Deshalb bleiben Christen auch nicht bei dieser Zerstörung der Identität durch den Tod stehen, sondern bitten darum, daß Gott die Verstorbenen in sein ewiges Reich nimmt, d.h. daß Gott sie aus dem Tod in das ewige Leben ruft. Ewigkeit ist die Zeit Gottes. Ewiges Leben ist Nähe zu Gott durch den Tod hindurch. Somit ist die Hölle die absolute Gottesferne.

Dieser Gedanke der Annahme des Menschen durch Gott, auch im Tod, wird gelehrt und verkündigt. Bei christlichen Begräbnissen wird er zum Beispiel so ausgesprochen: „Wir befehlen unseren Bruder/unsere Schwester in Gottes Hand. Jesus Christus wird ihn/sie auferwecken am Jüngsten Tag. Er sei ihm/ihr gnädig im Gericht und helfe ihm/ihr aus zu seinem ewigen Reich.“