

Ulrich Griegoleit

***Umgang  
mit Sterben  
und Tod in der  
Institution  
Krankenhaus***

Zur Entwicklung  
einer abschiedskulturellen Haltung  
in der Pflegeausbildung

50

Herausgegeben von Wolfgang Keim

**PETER LANG**  
Internationaler Verlag der Wissenschaften

# I. Einleitung

„Jeder der geht  
belehrt uns ein wenig  
über uns selber.  
Kostbarster Unterricht  
an den Sterbebetten.  
Alle Spiegel so klar  
wie ein See nach großem Regen,  
ehe der dunstige Tag  
die Bilder wieder verwischt.

Nur einmal sterben sie für uns,  
nie wieder.

Was wüßten wir je  
ohne sie?

[...]

Wir, deren Worte sich verfehlten,  
wir vergessen es.

Und sie?

Sie können die Lehre  
nicht wiederholen.

Dein Tod oder meiner  
der nächste Unterricht:  
so hell, so deutlich,  
daß es gleich dunkel wird.“

(Domin 1999, S. 147)

## 1. Persönliche Motive zur thanatologischen Auseinandersetzung

Als ich 1981 mit der Krankenpflegeausbildung begann, wurden wir Schüler in einem vierwöchigen Einführungsblock auf die Pflegetätigkeiten vorbereitet, die in den ersten Stationseinsätzen auszuführen waren. Seltsamerweise blieb der Umgang mit sterbenden Patienten unberücksichtigt, obwohl das Krankenhaus zahlreiche onkologische und geriatrisch-internistische Patienten behandelte und zu vermuten war, dass insbesondere in diesen Fachabteilungen Todkranke zu

versorgen waren. Die Vorstellung, mit einer solchen Situation konfrontiert zu werden, löste bei uns Auszubildenden Unsicherheiten und Furcht aus, da die wenigsten auf Erfahrungen zurückgreifen konnten. Während der ersten Wochen im Praxisfeld kam es tatsächlich zu Begegnungen mit Patienten, die wussten bzw. erahnten, dass sie sterben werden. Ich hatte den Eindruck – auch infolge des Austausches mit den Kurskollegen –, dass die Betroffenen ihre Sorgen, Ängste und Fragen hauptsächlich an uns Schüler richteten, obwohl sie davon ausgehen konnten, dass wir unerfahrene Berufsanfänger waren. Lag es daran, dass wir Pflegeschüler im Vergleich zum Fachpersonal häufiger in den Patientenzimmern waren und vielleicht auch eine andere Patientenzugewandtheit ausstrahlten, da das individualisierende Helfenwollen die Handlungsweise (noch) steuerte? Interessanterweise konnte ich beobachten, dass bestimmte examinierte Pflegekräfte die Sterbebegleitung an andere Teammitglieder delegierten: z.B. an die Ordensschwestern mit der Betonung ihrer Fähigkeit, das Religiöse im Sterbebeistand zu integrieren, aber auch an die Schüler mit einer an sie gerichteten Aufforderung, den Umgang mit Sterbenden lernen zu müssen. Dass wir in der Situationsbewältigung i.d.R. auf uns allein gestellt waren, blieb unberücksichtigt. Im Laufe der Ausbildungszeit kam es zu unzähligen Begegnungen mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen und den oftmals wahrgenommenen Gefühlen der Unsicherheit und Überforderung. Wie ist auf Interaktionen der Betroffenen – beispielsweise in Form einer direkten Anrede wie „Ulli, muss ich sterben?“ – zu reagieren? Was kann getan werden, wenn ein Patient unbedingt zu Hause sterben möchte, aber die Angehörigen diesen Wunsch nicht zulassen? Wie können trauernde Begleitpersonen getröstet werden? Gleichsam erfuhr ich, dass die Betroffenen sich i.d.R. für die Art und Weise der Pflegeausübung – auch mit kleinen Geschenken – bedankten. Damit wird mein Motiv deutlich, der Frage nachzugehen, wie eine Sterbebegleitung aus Sicht der Betroffenen gestaltet sein sollte. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Qualität der Sterbebegleitung abhängig ist von der Einstellung des Helfers zu seiner eigenen Sterblichkeit.

Schon damals erlebte ich, dass die Anwesenheit bei einem Patienten, der sich in der Phase des Übergangs vom Leben in den Tod befand, eine besondere Herausforderung darstellte: Atemintervalle, die sich zwischen den einzelnen Atemzügen – bis ins scheinbar Unermessliche – verlängern und schließlich ausbleiben. Der Tod des Patienten wird dann häufig als eine „Erlösung“ bezeichnet. Damit stellt sich die Frage, ob es sich tatsächlich um eine „Erlösung“ für den Betroffenen handelt oder eher für das Pflegepersonal, da der Sterbende den Klinikstab nicht weiterhin mit seinem Sterben konfrontiert.

Nach dem Tod erfolgte das unmittelbare „Fertigmachen“ des Verstorbenen. Dazu hatten wir Helfer Handschuhe anzuziehen und eine Schutzschürze umzubinden, um dann den Unterkiefer mit einem elastischen Wickel hochzubinden,

sämtliche Zugänge zu entfernen, eine ansehnliche Lagerung durchzuführen und die Hände zu falten. Warum wird ein Patient unmittelbar nach seinem Versterben nur noch mit Handschuhen angefasst, auch wenn kein Kontakt mit seinen Ausscheidungen zu befürchten ist? Lässt sich eine Antwort aus der mit dem Leichnam assoziierten Infektionsgefahr ableiten oder entlarvt sich diese Handlungsweise als ein Bedürfnis, sich vor einer Todesberührung schützen zu wollen? Nach zwei Stunden erfolgte dann der „unsichtbare“ Transport in die Leichenhalle. Dazu war das Bett so herzurichten, dass der Verstorbene darin „verschwand“, um ihn schließlich mit erhöhter Geschwindigkeit in den Aufzug zu fahren. Auch hier kris-tallisiert sich eine Frage heraus: Warum wird ein verstorbener Patient schnellstmöglich aus dem Blickfeld der Station entfernt? Das Umbetten des Verstorbenen in der Leichenhalle auf eine nicht höhenverstellbare Bahre bedurfte neben der körperlichen Kraftanstrengung auch der Fähigkeit, unangenehme Befindlichkeiten auszuhalten. Ist es der Anblick der Leiche, die ein Unbehagen auslöst?

Während der Dienstübergabe informierte das Pflegepersonal die Gegenschicht über die Todesursache und den Todeszeitpunkt. Dabei schien es unüblich zu sein, der persönlichen Betroffenheit Raum zu geben und auf abschiedskulturelle Rituale zurückzugreifen, um die Beziehung zum Verstorbenen bewusst zu beenden. Die Möglichkeiten solcher entlastenden Verfahren waren auch kein Thema in der theoretischen Ausbildung. Eine Auseinandersetzung mit Sterben und Tod erfolgte erst im zweiten Ausbildungsjahr und wurde auf die Versorgung Verstorbener reduziert. Hier stellt sich die Frage, wie Auszubildende umfassend(er) auf den Umgang mit der Todeswirklichkeit vorbereitet werden können. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, nach pädagogischen Konzepten zu recherchieren, die wissenschaftlich fundierte Empfehlungen aussprechen.

Angeregt durch diese Erfahrungen und der daraus abgeleiteten Fragestellungen entstand bereits vor Jahren das Bedürfnis, mich mit der stationären Sterbegleitung auseinanderzusetzen. Dieser Entschluss verstärkte sich letztlich durch die pädagogische Arbeit an einer Krankenpflegeschule und den Erfahrungsberichten Auszubildender, die meinem Erleben als Pflegeschüler nach wie vor ähneln und die Befürchtung zulassen, dass der Sterbebeistand in den Krankenhäusern und die Begleitung der Schüler Defizite aufweisen. Hinzu kommt, dass ich die Lerneinheit ‚Sterbende Menschen pflegen‘ übernommen habe und sehr schnell mit einer Problematik konfrontiert wurde, die sich aus dem Widerspruch einer idealisierenden Sterbegleitung (Lernort Theorie) und der Beeinflussung routinierter Stationsabläufe auf das pflegerische Handeln in der Versorgung Sterbender (Lernort Praxis) ergab. Welche pädagogischen Konsequenzen sind aus diesem Dilemma zu ziehen? Wie können die unterschiedlichen Pflegeverständnisse zusammengeführt werden, um eine qualitative Sterbegleitung im Stationsalltag zu gewährleisten?

Diese Überlegungen veranlassen mich, in meiner Arbeit eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme zum gegenwärtigen Umgang mit Sterben und Tod in Krankenhäusern aufzuzeigen. Damit können einerseits Faktoren identifiziert werden, die die Sterbegleitung auf den Stationen (maßgeblich) beeinflussen und andererseits Möglichkeiten und Ansatzpunkte für eine Veränderung aufgezeigt werden, um eine individualisierende Sterbegleitung im konkreten Stationsalltag zu gewährleisten. Damit ist die Vorstellung verbunden, ein wissenschaftlich fundiertes pädagogisches Konzept zu entwickeln, das Anregungen gibt, Pflegeschüler bereits in ihrer Ausbildung bei der Entwicklung ihrer abschiedskulturellen Haltung, auch infolge einer prä-, inter- und postventiven Begleitung, zu unterstützen. Dieses Erkenntnisinteresse folgt letztlich dem Hilde Dominschen Verständnis, dass die Begegnung mit Sterbenden zu einem „kostbare[n] Unterricht an den Sterbebetten“ (Domin 1999, S. 147) werden könnte.

Krankenhäuser stellen gesellschaftliche Räume dar. Demzufolge ist es in der vorliegenden Untersuchung erforderlich, die gesellschaftliche Ebene und ihren Umgang mit Sterben und Tod im Allgemeinen zu begutachten, um (Aus)Wirkungen auf das Krankenhaus und seine Mitglieder im Konkreten zu erfassen.

## 2. Entwicklung der Forschungsintentionen

### a. Sterben und Tod als Ereignisse des Lebens

Ist das Leben über den Tod bzw. der Tod über das Leben zu begreifen? (Vgl. Pennington 2001, S. 11) Ist der Tod überhaupt begreifbar, verschließt er sich – in seinem opaken Zustand – nicht dem Leben? Wittgenstein behauptete: „Der Tod ist kein Ereignis des Lebens. Den Tod erlebt man nicht.“ (Wittgenstein 1989, in: Graf 2010, S. 37) Folglich stellt sich – mit Macho (1987) und Graf (2010) – die Frage, worüber wir sprechen, wenn wir vom bzw. über den Tod sprechen. Der Todesbegriff zeichnet sich durch Inhaltsleere und Unverständlichkeit aus. In die Auseinandersetzungen können keine selbst gemachten oder überlieferten Erfahrungsberichte integriert werden, die sich auf den Zustand des Totseins beziehen, abgesehen von sog. Nahtoderfahrungen im Kontext klinischer (Schein) Tode.<sup>1</sup> Um dennoch dieses Unsagbare auszufüllen, „können [wir] den ‚Tod‘ als

---

1 Die Auseinandersetzung mit Nahtoderfahrungen war Gegenstand des beruflichen Wirkens der Thanatologin und Medizinerin Elisabeth Kübler-Ross. Dazu wird auf Anhang A verwiesen. Der klinische Tod wurde im Laufe der medizinischen Entwicklung an unterschiedlichen (un)sicheren Parametern festgemacht und förderte die Sorge, potenziell scheintot zu sein. (Vgl. Kapitel II.1.b.) Zu nennen sind beispielhaft: Überprüfung des Atemstatus' per Vogelfeder oder Spiegel, Überprüfung der Herzaktivität mittels Stethoskop, Messung der Hirnströme in einem