

Christine – eine Begegnung

Eine Arbeit über Erfahrungen bei der Begleitung einer Sterbenden

K. Marten, Göttingen, Deutschland

Christine war vierunddreißig Jahre alt, als sie starb.

Ich lernte sie kennen, als ich für mein Medizinstudium ein achtwöchiges Krankenpflegepraktikum in einem konfessionellen Krankenhaus absolvierte. Gerade hatte ich mein Abitur bestanden, freute ich mich auf das Medizinstudium und auf den bevorstehenden Aufenthalt in Israel, war voller Pläne und Optimismus.

Christine lag seit drei Monaten auf der gynäkologischen Station. Zwei Jahre zuvor war bei ihr viel zu spät ein Mammakarzinom diagnostiziert worden. Was folgte, war eine endlose Qual aus Chemotherapie und Bestrahlungen, aus Hoffnung und Verzweiflung, die schließlich hier endete. Nur ihrer Zähigkeit und ihrem ungebrochenen Lebenswillen war es zu verdanken, daß ich sie überhaupt noch kennenlernen konnte: voller Metastasen, hilflos und zurückgezogen, den Tod erwartend, aber noch gegen ihn kämpfend.

So trafen wir also aufeinander: zwei Menschen an entgegengesetzten Punkten ihres Lebens, Menschen verschiedenen Alters und verschiedener Geschichte.

Was daraus erwuchs, war eine lebendige, spannende Begegnung voller Nähe und Wärme; die intensivste Begegnung mit einem Menschen, die ich bisher erlebt hatte.

Ich bin allein – der Beginn

Ich begann meine Arbeit auf der gynäkologischen Station im Mai 1993.

Das Krankenhaus war überschaubar und fiel durch seine helle, warme Ausstrahlung und seine ansprechende Gestaltung auf. Die Schwestern nahmen mich freundlich auf und antworteten auf meine Frage nach den Patientinnen, es sei gerade sehr ruhig auf der Station. Auch die Krankheitsfälle seien recht undramatisch . . . Von Christine fiel noch kein Wort.

So arbeitete ich in den ersten beiden Tagen ein bißchen mit, doch viel war wirklich nicht zu tun.

Irgendwann am zweiten Tag unterhielten sich zwei Schwestern über Christine. Ich schaltete mich interessiert in ihr Gespräch ein und erfuhr von der Hoffnungslosigkeit ihrer Prognose und von der Einsamkeit Christines. Auf die Frage, ob sie denn keinen Besuch bekomme, beschrieben mir die Schwestern eine ungünstige Familienkonstellation: Christine war ledig, ihr Freund hatte sich mit Bekanntwerden der Diagnose „Brustkrebs“ von ihr abgewandt und besuchte sie erst dann wieder häufiger, nachdem er sich ihres

bevorstehenden Todes bewußt geworden war. Ich wollte mehr darüber wissen und merkte schnell, daß die Schwestern, die sonst so ausgesprochen freundlich und offen erschienen, gar nicht gut auf den Mann zu sprechen waren. Es hieß, er komme immer nur für zehn Minuten, sei wenig gesprächig und verschwinde dann schnell, ohne daß ihm starke Gefühlsregungen anzumerken seien.

Dieser Bericht schockierte mich, besonders die Information über die Trennung bei Diagnosestellung. Ich fragte weiter und erfuhr, daß Christines Eltern ebenfalls nicht regelmäßig kamen, da sie geschieden seien und sich ungern treffen wollten. Außerdem, so sagte die Schwester, lebe die Mutter in einer weiter entfernten Kleinstadt und könne deshalb nicht ständig bei ihrer Tochter sein.

Ich merkte deutlich, daß die Schwestern für Christines Familie keine große Sympathie hegten, und spürte, wie ich selbst durch diese Informationen involviert wurde und diese Patientin kennenlernen wollte. Ich war zu diesem Zeitpunkt der festen Überzeugung, Christine helfen zu können, wenn man mich ließ. Diese Unbefangenheit resultierte aus meiner mangelnden Erfahrung mit Sterbenden. Sie stellte sich auch nie wieder so ein wie damals und war mir einerseits eine große Hilfe, auf Christine zuzugehen; andererseits stellte sie jedoch ein Zeichen eines viel zu großen Vertrauens in meine eigenen Fähigkeiten dar – und somit waren eine spätere Enttäuschung und Entmutigung vorprogrammiert.

Als Christine klingelte, ging ich in Begleitung einer Schwester in ihr Zimmer. Erst im Rückblick fällt mir auf, wie behutsam die Schwestern mich an Christine herangeführt haben – ich war bei den ersten Begegnungen nie allein mit ihr. Christine lag fast reglos in ihrem Bett; ich sah nur ihr Gesicht und spürte ein riesiges Entsetzen. Nie zuvor hatte ich ein derart ausgezehrttes Gesicht gesehen, ich dachte in diesem Moment: „Das also bedeutet der Ausdruck ‘todkrank‘.“ Der Geruch, ihre schwache Stimme, die Geräte und ihr kraftloser Körper waren für mich die erste Begegnung mit dem Tod; eine Begegnung mit etwas Zerstörerischem, einem Symbol des schleichenden Verfalls. Wie sehr sich dieses Bild im Laufe der Begegnung mit Christine noch ändern sollte, konnte ich nicht ahnen!

Jetzt jedoch wollte ich nur noch das Zimmer verlassen; bemüht, mir nichts anmerken zu lassen.

Damit hätte die Begegnung mit Christine beendet sein können. Jeder auf der Station hätte sein volles Verständnis mir gegenüber bekundet, wenn ich darum gebeten hätte, mich von Christine fernhalten zu dürfen. Aber zu diesem Zeitpunkt gab es für mich keine Rückzugsmöglichkeit mehr; eine Tatsache, die ich bis heute nicht richtig begründen kann. Wie bereits angedeutet, hätte mir kein Außenstehender eine moralische Verpflichtung auferlegt. Auch kannte ich Christine noch gar nicht, es war also keine enge Gefühlsbindung vorhanden, die eine Sterbebegleitung unverzichtbar gemacht hätte. Und doch konnte und wollte ich mich nicht mehr entziehen. Menschliche Anteilnahme an Christines Situation und eine Verpflichtung, die ich für mich sah, mischten sich mit der Erwartung und dem Wissen, hier eine Erfahrung machen zu können, die für mein weiteres Leben und besonders für meine Laufbahn als Ärztin von entscheidender Bedeutung sein würden.

Deshalb ging ich, wenn Christine klingelte, zu ihr: zuerst unter großer Überwindung, dann immer ruhiger und innerlich stärker werdend.

„Bist du stark genug, um mir zu helfen?“ Teststrecke

Nach wenigen Tagen war ich, ohne mit den Schwestern darüber gesprochen zu haben, zu einer Art Dauerbetreuung für Christine geworden; wir waren uns persönlich aber noch nicht nähergekommen. Christine erbrach sich sehr häufig, behielt noch nicht einmal das Wasser bei sich, das ich ihr brachte, und brauchte eine „Aufsichtsperson“, wenn sie eine Zigarette rauchen wollte. Offiziell war das Rauchen in Patientenzimmern nicht erlaubt, aber es paßte in das Bild, das ich von diesem außergewöhnlichen Krankenhaus hatte, daß solche Regeln in besonderen Fällen, in denen es notwendig erschien, außer Kraft gesetzt werden konnten, wenn es dem Menschen diente. In diesem Fall war das Rauchen Christines letzte eigenständige Handlung und der Beweis ihrer nicht völlig aufgegebenen Autonomie.

Diese und andere kleine Dinge erledigte ich für sie – am Anfang war ich mir der Bedeutung gar nicht bewußt. Ich lief hin und her und versuchte, mich an den Geruch, den Anblick und an die Tatsache, daß in Christines Körper nichts mehr funktionierte, zu gewöhnen.

Im nachhinein aber weiß ich von ihr selbst, daß diese Phase, die ungefähr vier Tage dauerte, für sie eine viel größere Bedeutung hatte. Christine wollte und mußte herausfinden, ob ich ihr wirklich helfen konnte. Sie spürte meine Unbeschwertheit, auch meine Bereitschaft, ihr zu helfen, erahnte und erhoffte unsere spätere enge Beziehung und fragte sich gleichzeitig, ob ich den Belastungen auch wirklich gewachsen sein würde. Denn die Erfahrung, wieder enttäuscht und alleingelassen zu werden, hätte ihr den letzten Willen im Kampf gegen den Tod, die letzte Hoffnung genommen. Diese Gedanken vertraute sie mir viel später an, aber ich wurde mir ihrer schon bewußt, als sie mich nach den vier Tagen völlig unvermittelt fragte: „Wird dir das nicht zuviel?“ Als ich sie ansah, in ihren Augen die Ernsthaftigkeit der Frage lesen und die Bedeutung meiner Antwort für sie abschätzen konnte, wußte ich: Christine wollte eine Entscheidung von mir, sie wollte mich einladen, ihren letzten Weg mit mir zu gehen, mit ihr Abschied zu nehmen. Sie traute mir zu, ihr helfen zu können. Und so antwortete ich ihr: „Nein, Christine, ich werde dir helfen, wo ich kann“, und hatte damit meine Entscheidung endgültig ausgesprochen.

„Ich will dir langsam näherkommen.“ Vorantasten und Zurückweichen

Mit unserer oben beschriebenen kleinen Aussprache, die so viel mehr beinhaltete, als mit Worten gesagt worden war, begann ein neuer Abschnitt in meiner Beziehung zu Christine. Kennzeichnend war die Suche nach dem richtigen Maß an Nähe und Distanz zwischen Christine und mir, ein tastendes Miteinander, in dem sie den Abstand bestimmte und mich langsam immer näher an sich heranließ. Doch in dieser Phase mußte ich erst durch sie lernen, geduldig zu sein und ihr Zeit zu lassen.

Einmal, als es ihr nach dem Waschen, das immer sehr starke Schmerzen und eine Tortur für sie bedeutete, schlecht ging, nahm ich ihre Hand, weil ich ihr Leid nicht mehr mit ansehen konnte. Damit hatte ich aber die Distanz unterschritten, die sie brauchte: Sie sagte freundlich, aber bestimmt zu mir, ich brauche ihre Hand nicht zu halten. Ich war im ersten Moment gekränkt und verunsichert und verstand sie nicht.

Diese Phase war für mich die schwierigste, weil ich an mir und meinen Fähigkeiten zu zweifeln begann, mich hilflos und alleingelassen fühlte. Ich merkte zu dieser Zeit außerdem, daß ich anderen Patientinnen gegenüber ungerecht wurde, kein Verständnis für sie aufbringen konnte, ihnen in Gedanken das Recht auf die Bekundung von Schmerzen (die, verglichen mit Christines, für mich keine waren) absprach und zunehmend unausgeglichener wurde. Ich zog die Konsequenzen daraus und überlegte, wer mir wohl helfen könnte.

Ich erinnerte mich an Pastor L., der mich konfirmiert und mit seiner ruhigen, gelassenen und heiteren Art schon immer sehr beeindruckend auf mich gewirkt hatte. Pastor L. hatte kurz nach meiner Konfirmation ein Amt als Klinikpastor an einem anderen konfessionellen Krankenhaus übernommen, ist in der Hospizbewegung aktiv und erschien mir daher als der beste Ansprechpartner. Ich rief ihn an, erklärte ihm mein Problem und konnte schon am nächsten Tag ein sehr hilfreiches Gespräch mit ihm führen, dem sich weitere Sitzungen anschlossen. Pastor L. analysierte die Situation mit viel Einfühlungsvermögen, so daß ich sie verstehen und bewerten konnte, und brachte mich von meinen Zweifeln und meiner Hilflosigkeit ab, indem er die Phase als wichtig und notwendig und als Bestandteil vieler seiner eigenen Sterbebegleitungen beschrieb. Letzteres beruhigte mich besonders: Das Vor und Zurück in der Beziehung zu Christine war also nicht meinen unzulänglichen Fähigkeiten als Sterbebegleiter zuzuschreiben, sondern stellte eine wichtige Phase in der Interaktion zwischen Sterbendem und Begleiter dar, die die Chance bot, sich schrittweise näherzukommen.

Auf meine Unsicherheit im Umgang mit Christine führte Pastor L. auch meine Abneigung gegen die anderen Patientinnen zurück – mit Recht, denn als ich Christine verstanden hatte und mein Umgang mit ihr wieder von mehr Selbstvertrauen geprägt war, konnte ich auch plötzlich wieder das Recht der anderen Patientinnen auf Schmerzen und Unzufriedenheit akzeptieren.

Weil Pastor L. mir das Vertrauen in meine Fähigkeiten wiedergegeben hatte und mir das Gefühl, auf dem richtigen Weg zu sein, vermitteln konnte, kehrte ich nach unseren Gesprächen optimistisch und von Schuldgefühlen befreit ins Krankenhaus zurück – ein Effekt, der sich letztlich im Verhältnis zu Christine widerspiegelte.

„Erzähl mir von draußen“ – Gespräche mit Christine

Das neugewonnene Vertrauen in mich selbst und in Christine ermöglichte es, die letzte Hürde auf dem Weg zu großer Nähe zu nehmen. Unser Zusammensein beschränkte sich längst nicht mehr auf meine acht Stunden Pflichtanwesenheit auf Station, sondern verlief dank der Unterstützung durch die Schwestern auch zeitlich völlig unabhängig vom Stationsalltag. Je mehr Zeit ich mit Christine verbrachte, desto schwerer fiel es mir, mein Leben außerhalb des Krankenhauses von den Erlebnissen mit Christine zu trennen. Ich verspürte erneut Schuldgefühle, wenn ich in den wenigen Stunden ohne sie Zerstreuung suchte. So machte ich mir Vorwürfe, mich zu amüsieren (was ich ohnehin nicht konnte), während sie mit ihren Ängsten und Schmerzen allein war. Ein hilfreiches Gespräch mit Pastor L. überzeugte mich aber schließlich, daß eine überforderte und unausgeglichene Begleiterin Christine nicht helfen konnte. Pastor L. sagte außerdem, man müsse sich

„dieses Stückchen Sehnsucht“ nach der Gegenwart des anderen bewahren – daraufhin verschwand auch das schlechte Gewissen, das mich plagte, wenn ich einige Stunden weniger als üblich mit Christine verbrachte.

Die letzte grundsätzliche Frage, die ich hatte, war, ob und inwieweit ich Christine an meinen Erlebnissen „draußen“ teilhaben lassen sollte. Ich wollte sie nicht deprimieren, hatte aber andererseits das Gefühl, daß es für Christine wichtig war, sich nicht von allem ausgeschlossen und damit aufgegeben zu fühlen. So fragte ich sie direkt, und sie antwortete, es sei für sie immer eine Ablenkung und ein Anlaß, sich an selbst Erlebtes zu erinnern, wenn ich etwas erzählte. So war die letzte Barriere gefallen, die unseren Gesprächen im Wege stand, und ich erzählte ihr von meinen Plänen und Erlebnissen; sie steuerte ihren Teil dazu bei, fragte nach und kommentierte und konnte auf diese Weise von ihrem traurigen Alltag wenigstens für ein paar Stunden Abstand gewinnen.

Anfangs fiel mir während der Gespräche auf, wie groß ihre Hoffnung auf Heilung immer noch zu sein schien. Als ich ihr erzählte, daß ich für zwei Monate nach Israel fahren und dort als Volontärin arbeiten würde, bat sie mich, ihr von dort zu schreiben. Ich versprach es ihr, obwohl ich genau wie sie wußte, daß sie den Sommer nicht mehr erleben würde.

Christine schmiedete auch Pläne, ihren Freund zu heiraten. Sie verdrängte wohl die unschöne Vergangenheit und die Erinnerung an seine Reaktion auf ihre Diagnose. Ich selbst habe zu diesen Plänen und Träumen nie Stellung bezogen bzw. ihre infauste Prognose angesprochen. Wenn Christine noch nicht bereit war, sich der Wahrheit zu stellen, hatte ich nicht das geringste Recht, sie damit zu konfrontieren!

Im übrigen bin ich auf diese Weise auch mit der Information umgegangen, daß Christine viel zu spät einen Arzt wegen des Knotens in ihrer Brust aufgesucht hatte. Einmal habe ich erlebt, wie ein Arzt sie darauf ansprach. Ich habe bis heute nicht verstanden, wie man einer todkranken jungen Frau Unvernunft vorwerfen und in ihr Schuldgefühle auslösen kann. Ich jedenfalls wollte die Beziehung zu Christine dort beginnen, wo es sinnvoll erschien: am Ende ihres Lebens. Wir hatten keine Zeit zu verlieren. Es gab soviel zu besprechen, daß ich schon von daher ihre Vergangenheit nicht auf diese Weise berühren wollte.

Christine wurde in dieser Phase zunehmend schwächer. War sie anfangs, wie oben beschrieben, noch bemüht, sich und mir gegenüber die Erwartung aufrechtzuerhalten, es gebe noch Aussicht auf Heilung, so ließen ihre Bemerkungen, die ihre Zukunft betrafen, nun zusehends nach. An manchen Tagen gewann jetzt ihre Verzweiflung die Oberhand. Christine war früher Krankenschwester auf einer Station für Suchtkranke gewesen und fragte sich und mich, warum sie, die so vielen Menschen geholfen habe, nun so krank sei. Natürlich hatte ich mit einer solchen Frage gerechnet, dennoch traf sie mich unvermittelt. Ich versuchte, darauf zu antworten, doch nach einigen Minuten sah ich sie an und sagte nur: „Ich kann es dir nicht erklären, ich weiß nur, daß deine Krankheit keine Strafe ist, daß dich keine Schuld trifft“ (ich wollte noch einmal auf die Diagnosestellung anspielen, die zu spät erfolgte), „aber ich möchte die Zeit nutzen, die ich mir dir verbringen kann. Auch ich kann deine Krankheit nicht begreifen und bin sehr traurig . . .“ Hier hätte ich beinahe hinzugefügt: „. . . daß du sterben muß“, aber da sie von sich aus ihren bevorstehenden Tod noch nicht angesprochen hatte, sprach auch ich nicht davon. Sie sollte sich stark genug fühlen, um sich selbst mit der Wahrheit zu konfrontieren; ich durfte und wollte es nicht tun. Irgendwann würde der richtige Zeitpunkt für sie gekommen sein.

„Ich will heim“ – Abschied

Nach drei Wochen, die wir miteinander verbracht hatten, wurden Christines Schmerzen unerträglich. Sie hatte Knochenmetastasen, so daß vor allem beim Waschen jede Bewegung eine Qual war. Die Morphiumdosen wurden erhöht, und Christine verfiel immer häufiger in einen tranceähnlichen Dämmerzustand; ihre „wachen“ Phasen wurden mit der Zeit kürzer und seltener.

In einem dieser Intervalle sprachen wir darüber, daß von vornherein eine dreitägige Unterbrechung meiner Arbeit im Krankenhaus festgelegt worden war. Ich hatte eine Fahrt nach München zum Evangelischen Kirchentag geplant, wollte sie aber jetzt absagen. Christine jedoch ließ nicht davon ab, mir zuzureden; sie sagte: „Fahr nach München, Katharina. Es ist besser so!“ Ich verstand erst später, was sie mir mit dem letzten Nachsatz sagen wollte. Da Christine so überzeugt und bestimmend wirkte, sagte ich schließlich schweren Herzens zu. Im nachhinein weiß ich, warum Christine mir so dringend geraten hatte, nach München zu fahren. Sie konnte alles erahnen, was nun folgte. Wie vorausschauend sie gehandelt hatte, verstand ich jedoch erst nach ihrem Tod.

In jenen letzten Tagen, die wir zusammen verbrachten, geschah das, was ich schon lange erwartet hatte: Christine sprach über ihren Tod. Sie tat es aber nicht so, wie ich erwartet hatte, sondern in symbolischer, bildhafter Art und Weise, mit einer Sprache, die ich erst durch Pastor L. verstehen lernte.

Eines Morgens lag Christine sehr entspannt, aber bei vollem Bewußtsein in ihrem Zimmer. Schon seit einigen Tagen hatte ich eine Veränderung in ihrem Wesen bemerkt: Die Verzweiflung und das Sichauflehnen waren einem Frieden und einer großen Ausgeglichenheit gewichen. Christines Vater saß bei ihr und sagte bei meinem Eintreten: „Wenn Katharina kommt, geht hier die Sonne auf!“ Christine lächelte und fügte hinzu: „Und bei mir erst!“ Ihr Vater verließ den Raum. Christine sah ihm nach und schaute sich dann lange im Zimmer um. Es standen überall Blumensträuße von Besuchern, die von Christines baldigem Tod erfahren hatten und in den letzten Tagen zahlreich erschienen waren. Christine gab mir plötzlich mit klarer Stimme Anweisungen, bestimmte Sträuße in genau festgelegter Anordnung zu drapieren. Die seltsame Prozedur, die ich nicht kommentierte, dauerte fast eine Viertelstunde. Dann war alles so arrangiert, wie sie es wollte. Christine lehnte sich zurück, lächelte zufrieden, dankte mir und schlief ein. Ich fuhr am gleichen Tag noch zu Pastor L. und fragte ihn nach der Bedeutung von Christines Verhalten. Pastor L. entgegnete: „Ich glaube, Christine richtet die Blumen für ihr Grab ...“

Nach diesem Erlebnis verstand ich Christine besser. Sie nutzte noch häufiger die Blumen als Symbole für Dinge, die sie mir mitteilen wollte. Einmal fragte sie nach einer Topfpflanze, die die Schwestern aus ihrem Zimmer genommen hatten. Als ich sie ihr brachte, betrachtete Christine die Pflanze kurz und sagte leise: „Sie wird bald verwelken ...“ –

In dieser letzten Phase war ich Christine besonders nah. Wenn sie nicht bei Bewußtsein war und in ihrem Morphiumschlaf vor sich hindämmerte, las ich ihr stundenlang vor oder erzählte Erlebnisse und Gedanken. Ich war der festen Überzeugung, daß sie mich hörte, denn ich merkte, wie sie sich entspannte, ruhiger wurde und manchmal im Schlaf sogar lächelte.

Am letzten Abend vor meiner Abreise nach München kam ich zu ihr ins Zimmer. Sie war allein und schlief. Ich setzte mich zu ihr und erwartete, daß sie irgendwann erwachen würde, so daß wir uns verabschieden konnten. An diesem Abend konnte ich den Tod wieder spüren – doch diesmal ganz anders als bei unserer ersten Begegnung. Der Raum war erfüllt von einem großen Frieden, und meine Ahnung, daß dies der letzte Abend mit Christine sein würde, bestätigte sich, als sie irgendwann erwachte, mich anlächelte und einfach nur sagte: „Danke für alles!“ Ich habe nicht geweint. Das Ende unserer Begegnung erschien so selbstverständlich und friedvoll. Ich nahm nur ihre Hand und spürte, wie sie sich von mir entfernte. Bevor sie wieder einschlief, sprach sie noch leise: „Ich will heim . . . das Licht . . .“ Ich sagte zu ihr: „Geh heim, Christine“, und wußte: Sie hatte sich von mir verabschiedet.

Christine starb am nächsten Morgen um 9 Uhr.

Ihre Familie, Schwestern und Ärzte waren bei ihr und erzählten mir später von ihrem qualvollen Tod. Ich bin froh, daß ich mich am Tag zuvor von ihr verabschieden konnte, denn so kann ich mir das Bild einer friedlichen Christine bewahren, die unsere Begegnung bewußt enden ließ – eine Begegnung, die ich nie vergessen werde.

Die Bedeutung der Begegnung mit Christine – Gedanken und Perspektiven

Christines Tod liegt mittlerweile eineinhalb Jahre zurück. Ich studiere Medizin und bemerke immer mehr, wie wichtig die Erfahrung einer Sterbebegleitung für einen Arzt und nicht weniger für einen Medizinstudenten ist. Christine hat mich in der kurzen Zeit, die wir zusammen verbracht haben, viele Dinge gelehrt und mir gezeigt, welche Voraussetzungen ein Arzt oder ein Sterbebegleiter allgemein mitbringen muß, um dem Sterbenden wirklich helfen zu können. Denn darum geht es hier und überhaupt in allen Begegnungen eines Arztes mit einem Patienten: durch aktives Zuhören, Einfühlen und Einbringen der eigenen Persönlichkeit eine therapeutische Wirkung auf den Patienten auszuüben.

In der Begegnung mit Christine war vor allem meine eigene Auseinandersetzung mit Leben und Sterben, Leid und Vergänglichkeit eine unabdingbare Voraussetzung für wirkliche Nähe zu ihr. Die Bereitschaft, diese gern verdrängten Gedanken und Gefühle zuzulassen, sie zu überdenken und kritisch zu reflektieren, mußte ich lernen, um gegenüber Christine glaubwürdig zu erscheinen. Ich bin sicher, daß sie mit mir nicht über ihren Tod gesprochen hätte, wenn ich ihr nicht das Gefühl hätte geben können, daß ich mich selbst damit auseinandersetzen wollte und konnte. Dabei geht es nicht um eine seelisches „Abgeklärtsein“, darum, viel erlebt zu haben oder innerlich sehr reif zu sein – ich als damals Achtzehnjährige konnte Christine helfen, weil ich ihr gegenüber ehrlich war und ihren bohrenden Fragen, Zweifeln und Ängsten nicht aus dem Weg gegangen bin. Wichtig für diese Hilfe war eben „nur“ die Bereitschaft, sich auf Dinge einzulassen, deren man sich sonst lieber nicht bewußt werden möchte.

Ein zweiter Gesichtspunkt ist mir durch die Begegnung mit Christine sehr wichtig geworden. Nach der Begegnung mit sich selbst muß die Begegnung mit dem Sterbenden erfolgen, und auch hier gibt es Dinge, die sich der Begleiter vergegenwärtigen sollte.

Zunächst hat mich die Begegnung mit Christine gelehrt, daß es weder einen immer zu beobachtenden Sterbeverlauf, noch typische, chronologisch zu beobachtende Verhaltensweisen Sterbender gibt. Christine selbst verhielt sich nicht nur im Verlauf der Sterbebegleitung unterschiedlich im Sinne einer Entwicklung, sondern war Stimmungsschwankungen und Launen unterworfen, die von ganz verschiedenen Dingen und Ereignissen abhängig waren: von den Schmerzen, die sie hatte, von ihrer psychischen Verfassung, von Besuchern, die sie aufgeheitert oder deprimiert hatten, und nicht zuletzt von mir. Es gibt also weder „den Sterbenden“, noch „die Sterbebegleitung“, beide sind einzigartig. Daraus folgt für alle, die mit diesen Patienten umgehen, daß sie zunächst einmal herausfinden müssen, in welcher Phase sich der Sterbende befindet.

Man sieht an meiner Begegnung mit Christine, wie unterschiedlich unser Verhältnis in den verschiedenen Phasen zueinander war. Diese Dynamik erforderte von beiden Seiten, besonders aber von mir, viel Einfühlungsvermögen und Menschenkenntnis, vor allem echtes menschliches Interesse; dazu die Erkenntnis, daß in dieser Dynamik ein großer Reiz und das eigentlich Spannende in der Sterbebegleitung liegen.

Ich glaube, daß ich diese Dinge von Christine lernen konnte: Im Laufe der drei Wochen wurde ich geduldiger – auch mit mir selbst – und lernte, auf Zwischentöne zu hören, auf Mimik und Gestik zu achten und aus kleinsten Bewegungen Botschaften zu lesen, die Christine verbal nicht äußern konnte oder wollte. Diese Fähigkeiten kommen mir in meinen Kontakten mit Patienten, und seien sie von noch so kurzer Dauer, immer wieder zugute. Sie sind die Voraussetzungen für eine wirkliche Arzt-Patient- (oder: Student-Patient-)Beziehung und ganz sicher auch für einen echten therapeutischen Heilerfolg¹.

Kann der Begleiter nun, da er die Voraussetzungen mitbringt, dem Sterbenden in dessen Auseinandersetzung mit dem baldigen Tod, im Loslassen von allem, was er liebt, auch eine inhaltliche Stütze sein?

Als Christine mich fragte, warum ausgerechnet sie mit dieser Krankheit leben müsse, konnte ich ihr keine befriedigende Antwort geben. Auch heute könnte ich es nicht, doch sind mir bei der Aufarbeitung der Sterbebegleitung in einer Balint-Gruppe mehrere Dinge bewußt geworden, die Christine vielleicht geholfen hätten, wenn ich mit ihr darüber hätte sprechen können.

Erst viel später, als die Trauer über ihren Tod überwunden und einer großen Dankbarkeit für dieses Erlebnis gewichen war, verstand ich, welche Möglichkeiten Christine und mir durch die Todesnähe – und nur durch sie – eröffnet worden waren. Durch die Absehbarkeit unserer gemeinsamen Zeit wurden viele Dinge unwichtig; jede Stunde, jede Minute waren kostbar und wurden genutzt. Es waren Wochen mit intensiven Gesprächen, mit gemeinsamem Schweigen und einem ganzen Spektrum an durchlebten Gefühlen. Da wir immer vor Augen hatten, daß uns wenig Zeit blieb, gelang es uns, die Tage wirklich zu füllen und schätzen zu lernen – sie einfach bewußter zu leben.

¹ B. Luban-Plozza, L. Knaak, H. H. Dickhaut: Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln 1990⁵.

Dies könnte ein Arzt einem sterbenden Patienten nahezubringen versuchen, daß Sterben nicht nur Abschied nehmen und Trennung von allem bedeutet, sondern auch die Chance bietet zu besonders intensiven Beziehungen zum Begleiter, zu Freunden, Angehörigen und zu allen, die gewillt sind, sich darauf einzulassen.

Für einen solchen bewußten Abschied vom Leben sind Rahmenbedingungen erforderlich, die außer von kleinen, überschaubaren Krankenhäusern nur von Sterbehospizen geboten werden können. Die Begegnung mit Christine hat in mir ein Interesse für die Hospizbewegung in Deutschland geweckt. Erst gegen Ende des Jahres 1994 war das landesweit erste Hospiz in Hannover gegründet worden, und nun soll auch in Göttingen in einem evangelischen Krankenhaus eine Station zur ambulanten und stationären Betreuung Sterbender eingerichtet werden. Die Gründung solcher Institutionen bietet einen Weg zur Enttabuisierung des Sterbens, zu einem angstfreien Umgang mit todkranken Menschen.

Nun muß man sich fragen, inwieweit in der medizinischen Ausbildung solch elementare Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Bei der Betrachtung mir bekannter Studienangebote in Deutschland fallen entsprechende Defizite auf. Nur auf der Basis von Freiwilligkeit und Eigeninitiative werden Gesprächsführung, psychologische Grundbegriffe und Gestalt verschiedener Arzt-Patient-Beziehungen erarbeitet. Da viele Kursangebote unzureichend publik gemacht werden oder die Zahl des Lehrpersonals zu klein ist, so daß in Seminaren Interessenten abgewiesen werden müssen (ich selbst habe so etwas erlebt, als ich an einem Kurs für Gesprächsführung teilnehmen wollte), stehen viele junge Mediziner zu Beginn ihres „Praktischen Jahres“ am Bett eines Kranken und fühlen sich hilflos und überfordert.

Das Interesse an solchen Kursen ist jedoch zweifellos vorhanden! Ich möchte dies anhand meiner eigenen Erfahrungen im Studium belegen. Schon im ersten Semester, also ein knappes halbes Jahr nach Christines Tod, besuchte ich ein interdisziplinär angelegtes Seminar „Medizinethische Fallbesprechungen“ unter der Leitung Herrn Dr. R.s (Chefarzt des betreffenden Krankenhauses), eines Klinikpastors und eines Universitätsprofessors, der das Göttinger Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin leitet. Teilnehmer waren vor allem Medizinstudenten aus höheren Semestern, aber auch Krankenschwestern, Theologie- und Psychologiestudenten. Hier stellte ich die Begegnung mit Christine vor und stieß auf lebhaftes Interesse.

Im Laufe des Semesters entwickelte sich die Gruppe aus sich selbst heraus zu einer Balint-Gruppe, da unter den Medizinstudenten viele waren, die gerade ihr „Praktisches Jahr“ begonnen hatten und sich mit ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert sahen, wie ich sie oben bereits angedeutet habe. So wurde dieses Seminar zu einem lebhaften Diskussionsforum; zu einer Einrichtung, die, wie ich vermute, vielen anderen jungen Ärzten helfen würde, sich selbst besser kennenzulernen und so einen anderen Zugang zu Patienten zu finden.

Daß der Bedarf an solchen Gruppen oder Kursen groß ist, aber unzureichend gedeckt wird, wurde mir ein halbes Jahr später noch einmal bewußt, als ich im Rahmen des Kurses „Medizinische Psychologie“ unter dem Semesterthema „Psychosomatische Grundversorgung“ von meiner Sterbebegleitung berichtete. Selbst diejenigen, die sich an allen anderen Kurstagen nie an der Diskussion beteiligt hatten, hörten gespannt zu, stellten Fragen oder kommentierten!

Soll nun die Teilnahme von Studenten an Diskussionsforen, Balint-Gruppen und Kursen zu Erlernung der Gesprächsführung forciert werden; soll man diese als scheinpflichtige Veranstaltungen anbieten?

Zweifellos wäre ein stärkeres Interesse der Medizinstudenten an derlei Fragestellungen wünschenswert. Ich habe kein Verständnis für die Haltung einiger Kommilitonen, denen die elementaren Fähigkeiten eines Arztes, die sozusagen den „Schlüssel“ zum therapeutischen Heilerfolg bieten, nebensächlich und verzichtbar erscheinen. Trotzdem (oder gerade deshalb!) befürworte ich die Einführung von Pflichtveranstaltungen in Gesprächsführung, Medizinethik und Psychologie. Letzterer ist zwar bereits ein scheinpflichtiger Kurs in der Vorklinik, sollte aber vertieft werden, um sein Ziel zu erreichen. Häufig erwächst nämlich erst aus der Notwendigkeit, Leistungsnachweise zu erbringen, die Motivation und das echte Interesse für die Thematik!

Auch sollte die Arbeit in Balint-Gruppen mehr in das Licht der Öffentlichkeit gelangen. Ständig fragen mich Kommilitonen, was Balint-Gruppen anbieten und ob es sie in Göttingen überhaupt gibt. Das Angebot an solch wichtigen Gruppen sollte vergrößert werden, wobei die Mitarbeit natürlich freiwillig bleiben muß.

Nur wenn die medizinische Ausbildung verstärkt solche Gesichtspunkte berücksichtigt, sich nicht mehr zu stark auf naturwissenschaftliche Fragestellungen konzentriert, können Ärzte ausgebildet werden, die das eigentlich Schöne an ihrem Beruf wirklich schätzen gelernt haben: das Sich-Einlassen auf andere Menschen, das die wirkliche Hilfe erst ermöglicht – eine Hilfe, die über das Verabreichen von Medikamenten, über die „sichtbare Therapie“ hinausgeht.

Durch die Begegnung mit Christine konnte ich dies erfahren. Sie hat in mir ein Interesse an vielen Fragestellungen geweckt, das mein weiteres Studium und ganz sicher auch meine spätere ärztliche Tätigkeit entscheidend beeinflussen wird.

Dafür bin ich ihr dankbar.