

Zwischen Akutversorgung und Hospizarbeit: Die amyotrophische Lateralsklerose

Sterbebegleitung in der neurologischen Regelversorgung, betrachtet aus dem Blickwinkel der christlichen Soziallehre und der Psychoanalyse

J. Degenhardt

*St. Antonius-Krankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Waldbreitbach
Katholische Fachhochschule Mainz*

Zusammenfassung

Die amyotrophische Lateralsklerose ist eine Systemerkrankung, die einen raschen, zum Tode führenden Erkrankungsverlauf zeigt. Der im Mittel dreijährige Verlauf bedingt die Notwendigkeit für psychotherapeutische Angebote zur Stabilisierung im Sinne der Krankheitsakzeptanz durch eine Sterbebegleitung. Das Sterben ist als Teil des Lebens anzusehen, das gemäß der christlichen Soziallehre der Würde des Menschen zu entsprechen hat. Es wird versucht, eine Begründung für die Notwendigkeit der Hospizarbeit darzustellen. Dabei geht es um die Geschichte der Hospizarbeit und um gesellschaftliche Verleugnungsprozesse. Sterbens- und Trauerbegleitung wird aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse betrachtet.

Schlüsselwörter: Amyotrophische Lateralsklerose, Hospizarbeit, christliche Soziallehre

Between acute medical care and hospice work: The amyotrophic lateral sclerosis

J. Degenhardt

Abstract

The amyotrophic lateral sclerosis is a systemic disease; its course is fast and lethal. The course of the disease averages three years. In this stretch necessarily psychotherapeutic support should be offered in order to establish acceptance of the disease as part of the companionship in the process of dying. In this context dying is to be considered as part of life, which must conform to human dignity in accordance with the christian social doctrine. First an attempt is made to depict the necessity of hospice work. The history of hospice-work and its relation to social strategies of coping with problems is pointed out. Hospice work is demonstrated from the view-point of psychoanalysis.

Key words: amyotrophic lateral sclerosis, hospice work, christian social doctrine

Neurol Rehabil 2002; 8 (6): 306-310

Einleitung

Die amyotrophische Lateralsklerose ist eine kombinierte Systemdegeneration des ersten und zweiten Motoneurons [6]. Sensibilitätsstörungen gehören in der Regel nicht zum Krankheitsbild. In wenigen Formen findet sich jedoch eine leichte Beteiligung der Hinterstränge. Die Inzidenz dieser Erkrankung mit progredienten Paresen und Muskelatrophien liegt bei 1,2 auf 100.000 Einwohner pro Jahr. Sie betrifft Männer häufiger als Frauen, beginnt jenseits des mittleren Lebensalters häufig erst nach dem 50. Lebensjahr. Wenn die bulbäre Muskulatur erst spät betroffen ist, werden längere Verläufe beobachtet. Im Mittel versterben die Patienten innerhalb von drei bis fünf Jahren. Familiär gehäuft auftretende Fälle gehen auf eine genetische Veränderung des Chromosoms 21 zurück. Diskutiert wird ein

Defekt der Glutamatspeicherung im ZNS, ferner die Autoimmunhypothese [9].

Die Kranken klagen zu Beginn meist über Ungeschicklichkeit und Kraftlosigkeit der Hände, also Atrophien der kleinen Handmuskulatur; später kommt es zu einer spastischen Gangstörung, die im weiteren Verlauf zunehmend als schlaffe Parese deutlich wird. Es treten zusätzlich bulbäre Symptome, Dysarthrie, fehlender Gaumensegelabschluß hinzu, was häufig dazu führt, daß die Patienten Nahrungssonden benötigen. Die Beteiligung der Atemmuskulatur mit entsprechenden Atemlähmungen verursachen Pneumonien, die zum Tode führen.

Eine kausale Therapie ist nicht bekannt. Ein Hinauszögern des Eintretens der Ateminsuffizienz kann mit Riluzol erreicht werden.

Fallbericht

Auf Zuweisung eines niedergelassenen Arztes stellte sich Ende 1994 der damals 56jährige Patient F. H. erstmals in der Ambulanz der neurologischen Klinik vor. Der allein-stehende Patient, der engagiert als technischer Mitarbeiter eines symphonischen Orchesters arbeitete, hatte Kraftmin-derungen im Bereich der distalen oberen Extremitäten be-merkt; klinisch fanden sich bereits Atrophien der kleinen Handmuskeln beidseits, Fibrillationen an der Zunge und vereinzelte Faszikulationen der Extremitätenmuskulatur. Es folgten mehrere stationäre Aufenthalte. Allmählich ent-wickelten sich Dysarthrie und Dysphagie. Nach einem hal-ben Jahr wurde erstmals mit dem Patienten über den zu erwartenden Krankheitsverlauf gesprochen. Zu diesem Zeitpunkt bestand an der diagnostischen Zuordnung der Erkrankung zu einer amyotrophen Lateralsklerose kein Zweifel mehr. Der Patient konnte die Krankheitsprognose zunächst nicht für sich akzeptieren und suchte die Flucht in verstärkte berufliche Aktivität. Die Aufnahme einer Be-handlung mit Riluzol zeigte keinen wesentlichen Effekt. Die reaktive Depression wurde medikamentös antidepres-siv behandelt. Nach dreijährigem Verlauf wurde die Anlage einer PEG-Sonde erforderlich, der Patient wurde berentet und in der eigenen Wohnung über ambulante Pflegedienste versorgt. Es traten wiederholt interkurrente Infekte der Harn- und Atemwege hinzu. Unter zunehmender Beteili-gung der Atemmuskulatur verstarb der Patient 1998, nach-dem er mit einer Pneumonie neuerlich stationär aufgenom-men worden war. Zu einer länger geplanten Aufnahme in ein Hospiz, in dem Wartezeiten bestanden, war es nicht mehr gekommen.

Hospizarbeit aus Sicht der christlichen Soziallehre

Ziel der christlichen Soziallehre ist es, eine gerechte und men-schenwürdige Ordnung und Struktur der Gesellschaft aus dem christlichen Menschenbild zu entwickeln. Das christliche Men-schenbild leitet sich aus der Heiligen Schrift und dem Evangelium ab. Da es um eine menschenwürdige Ordnung der Gesellschaft geht, argumentiert die christliche Soziallehre nicht nur theolo-gisch, sondern überwiegend sozioethisch [3]. Sie bezieht sich auf das sogenannte Naturrecht. Dieses ist ein im Menschen selbst begründetes, von Zeit und Ort unabhängiges Recht, im Unter-schied zum staatlich gesetzten, veränderbaren Recht. Das Natur-recht besagt, daß aus der Wesenheit des Menschen Rechte und Pflichten abzuleiten sind, die unabhängig vom gesetzten Recht bestehen. Der Mensch hatte somit schon Rechte, noch bevor Rechtsordnung bestand. Darum ist der Mensch selbst Maß und Ziel für jedes gesetzte Recht. Das christliche Menschenbild bejaht den Menschen in seiner Einzigartigkeit, seiner unverwechselba-ren Individualität und als denjenigen, der »so wie er ist« in diese Welt gerufen wurde. »So wie er ist« heißt auch: in seiner End-lichkeit.

Das christliche Menschenbild tritt damit der nihilistischen Philo-sophie entgegen, die behauptet, es sei in Anbetracht der Endlich-keit das Beste, erst gar nicht geboren worden zu sein. Die frohe Botschaft sagt aus, daß auch das Endliche gottgewollt und gut ist. Auch der Tod gehört damit zum Leben des Menschen. Auf sei-

nem Weg durch das Leben ist der Mensch bis zu seinem Tod das Wesen, das über alles – auch über sich selbst – reflektieren kann und sogar begrenzt über sich bestimmen kann. Der Mensch kann also frei handeln; er muß daher für seine selbst bestimmten Hand-lungen Verantwortung tragen und Rechenschaft ablegen.

Des Menschen Handlungsfreiheit und seine Verantwortlichkeit unterscheiden ihn von der übrigen Schöpfung. Hieraus folgt als Wert die Würde des Menschen. In dieser Würde hat auch seine Endlichkeit ihren Raum und das Wie des Sterbens ist dem unver-gleichlichen Wert, seiner Würde, nachgeordnet. Diese Menschen-würde ist Ausgangspunkt und Ziel der christlichen Soziallehre: Die anzustrebende Gesellschaftsordnung muß des Menschen würdig sein und die Endlichkeit des Menschen einbeziehen.

Die erste aus der christlichen Soziallehre abgeleitete For-derung für die Hospizarbeit ist also, *daß sowohl das Leben als auch der Tod des Menschen seiner würdig sein müssen*. Die christliche Soziallehre nennt ihr Fundamentalprinzip den Solidarismus. Es sagt aus, daß der Mensch in seiner Bezogenheit auf den anderen Menschen auch für diesen und seine Probleme mit zuständig ist. Daraus leitet sich die zweite Forderung für die Hospizarbeit ab: *Jeder einzelne ist also zuständig für die Würde des anderen, damit auch für die Achtung der Endlichkeit des anderen, also auch für des-sen Sterben in Würde*.

Zwei weitere Prinzipien, die sich aus dem Solidarismus entwickeln, sind Subsidiarität und Gemeinwohl. Die Subsidiarität beantwortet die Frage, wer im Gemeinwesen die Entscheidungen trifft, wer zuständig ist und welche Kom-petenz er besitzt. Hier ist das demokratische Nachord-nungsprinzip angesprochen. Auch das Verhältnis von Ge-sellschaft und Staat muß subsidiär gestaltet sein.

Die Gesellschaft muß dem nachgeordneten Staat die Fähig-keit geben, seine Funktion als umfassender Dienstlei-stungserbringer zu erfüllen. Der Staat muß Mittel einsetzen können, um die Gesellschaft in ihrer freien Entfaltung zu unterstützen.

Die dritte aus der christlichen Soziallehre abgeleitete For-derung für die Hospizarbeit ist also, *daß die Gesellschaft über Institutionen – Palliativstationen, Hospize etc. – dem Staat die Möglichkeit geben muß, seine Funktion für die Beachtung der Würde des Menschen auch im höchstper-sönlichen Sterben des einzelnen zu gewährleisten*.

Diese Subsidiarität wird z. B. seit jüngstem durch gesetz-lich verankerte Forderungen nach Qualitätskontrolle im Bereich der Seniorenheime wirksam. Gerade hier muß der Tod in das Selbstverständnis des Mensch-Seins eingebaut werden, muß funktional in die Gegebenheiten des Heimes eingefaßt werden, damit auch alleinstehenden Personen im Tod keine Verelendung im Altenheim droht.

Das zweite vom Fundamentalprinzip des Solidarismus ab-geleitete Sozialprinzip ist das Gemeinwohl. Das Gemein-wesen soll zum Gemeinwohl hin entfaltet werden. Für alle am Gemeinwesen beteiligten Menschen soll ein gemeinsa-mes »Gut« (bonum commune) entstehen.

Betrachten wir Hospizarbeit als einen Teil des zu entwic-kelnden »bonum commune«, so kann diese Hospizarbeit-über Krankenhäuser und Altenheime bis in die einzelne

Familie wirken. Der Verleugnung von Endlichkeit und Tod kann so entgegengewirkt werden.

Zusammengefaßt gilt also:

- Die *erste Forderung*, die sich aus der christlichen Soziallehre ergibt, ist die Forderung, jedem ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.
- Die *zweite Forderung* ist, daß sich alle Menschen um diese Würde bemühen, also nicht nur der Sterbende und seine nächsten Angehörigen, sondern die ganze Gesellschaft.
- Die *dritte Forderung* ist, daß die Gesellschaft dem Staat subsidiär Organisationen zur Verfügung stellt, damit der Staat dem Ziel, würdevolles Sterben zu ermöglichen, nachkommen kann.

Die Möglichkeit, in Würde zu sterben, ist ein moralischer und naturrechtlicher Anspruch des Menschen und Ziel der Helfer im Bereich von Palliativstationen und Hospizen. Danach läßt sich Hospizarbeit als Recht und Notwendigkeit aus der christlichen Soziallehre ableiten.

Die kurze Geschichte der Hospizarbeit

Knapp 20 Jahre nach Gründung des ersten Hospizes in London öffnete auch in Deutschland 1986 das Hospizhaus Hörn in Aachen seine Pforten [4]. Anfang der 90er Jahre kam es dann zu einer großen Zahl von Hospizgründungen. Inzwischen gibt es 64 voll ausgebaute stationäre Hospize in Deutschland. Dazu kommen viele ambulante Hospize und Palliativstationen. Die zahlenmäßig größte Gruppe von Aktivitäten stellen die Hospizinitiativen [10] dar, es gibt 600 Vereine. Meist sind dies Gruppen engagierter Ehrenamtlicher, deren Ziel es ist, die Hospizidee in ihr Gemeinwesen zu tragen und den Hospizdienst einerseits zu institutionalisieren, andererseits ihn so zu etablieren, daß der Gedanke an ein menschenwürdiges Sterben in Altenheimen und Privathaushalten immer mehr Raum einnehmen kann. Der Wert dieser Hospizinitiativen liegt also besonders darin, insgesamt den Boden für eine Veränderung der Sterbekultur in Deutschland zu bereiten.

Die älteste Hospizinitiative in Deutschland wurde von *Pater Iblaker* 1985 in München gegründet: der Christophorus-Hospizverein. Damals war keine Finanzierung gesichert. Dem Caritas-Verband stand ein kleines Dachzimmer als Büro und Anlaufstelle zur Verfügung. Von hier wurden die ersten ehrenamtlichen Hospizhelfer zu ihrem Einsatz geschickt.

Erst zwei Jahre später wurde eine Sozialpädagogin eingestellt, die die Einsätze der Ehrenamtlichen koordinierte.

Weitere drei Jahre später begann eine erste Krankenschwester mit entsprechender Fachausbildung [2]. In dieser Zeit hatte sich die Hospizidee in Deutschland allmählich als Bürgerbewegung durchgesetzt.

Bis heute aber sind immer noch Spenden, Stiftungen und Sponsoring die wichtigsten Geldquellen, noch immer gibt es keine Regelfinanzierung.

Warum ist die Geschichte der Hospizbewegung so kurz, besonders in Deutschland?

Es liegt wohl mit daran, daß auch in der Humanmedizin das Thema des Todes verdrängt wird. Der Tod verschwindet aus dem Bewußtsein der Gesellschaft durch Extrojektion des Todes aus dem medizinischen Aufgabenbereich. Zwar überträgt die Gesellschaft der Humanmedizin die Aufgabe der Sterbebegleitung, um selbst aus der Verantwortung heraus zu kommen. Die Humanmedizin aber entwickelt Apparate und Methoden, um am Leben festzuhalten, und tut sich wegen dieses auch selbst gewählten Aufgabenprofils schwer, im Sterben zu begleiten. Erst seit 20 Jahren findet das Thema wieder Eingang in die medizinische Wissenschaft. Aus dem Gesagten leiten sich folgende Grundthesen ab:

1. Hospizarbeit ist ein aus der christlichen Soziallehre ableitbares MUSS.
2. Hospizarbeit unterlag weitgehend einem gesellschaftlichen Verleugnungsprozeß, der sich auch auf dem Boden unbewußter Verarbeitung von Euthanasie und Mißbrauch im Nationalsozialismus entwickelt hat.

Hospizarbeit: mehr als Psychotherapie

Sieht man den einzelnen ALS-Kranken mit seinem persönlichen Erleben der Folgen seiner Erkrankung, zum Beispiel seiner zunehmenden Atemnot, so zeigt sich, daß dieser Autonomieverlust auch zur Negation des eigenen Lebensplanes und zum subjektiven Würdeverlust werden kann. Das Leben unter zunehmender Kraftminderung und der entsprechenden Angst bei beginnender Einschränkung der Vitalkapazität der Lungenorgane wird oft nicht mehr als selbstbestimmt und autonom gefühlt, sondern von der Kraftlosigkeit dominiert [1]. Der Kranke kann nicht bestimmen, ob und wann die Kraftminderung zunimmt, ob und wann die entsprechenden Ängste zu- oder abnehmen. So empfindet er Sinnlosigkeit. Hospizarbeit heißt hier, die Möglichkeiten der therapeutischen Interventionen auszuschöpfen, damit der einzelne nicht in den Zustand dieses subjektiven Würdeverlustes gerät. Gleichzeitig heißt Hospizarbeit, die affektiven Zustände, die Angst und das Entsetzen mit auszuhalten, damit der Sterbende zumindest die menschliche Begegnung wahrnimmt. Hospizarbeit heißt darüber hinaus bei der Diagnose der ALS, dem Patienten die Selbstbestimmung zu bewahren, ihn mitbestimmen zu lassen, wie lange, wie stark und wie suffizient beatmet wird. Es geht dabei um medizinische Maßnahmen, die gegen die Symptomatik gerichtet sind, die das Leiden lindern, den Zustand erträglicher machen, letztlich also um technische Verfahren, die über Funktionalität helfen.

Aus unserem menschlichen Einfühlungsvermögen, aus der wissenschaftlichen Beobachtung von Heimkindern und aus der Erforschung von psychosomatischen Erkrankungen wissen wir, daß Funktionalität über Technik und Tablette nicht ausreicht, dem Menschen in schwierigen Lebensabschnitten zu helfen. Heimkinder reagieren mit Rückzug oder Impulsdurchbrüchen auf rein funktionale Zuwendung,

psychosomatisch Kranke reagieren mit scheinbar körperlichen Erkrankungen und Menschen in Not reagieren allgemein mit Angst, wenn Technik, Apparat und Ernährung über Schläuche Hilfe versprechen sollen.

In der Hospizarbeit geht es um Angstbindung, also um die Hilfe dabei, die Ängste zu verbalisieren, sie zuzuordnen und dadurch der erlebten Ohnmacht eine gestalterische Aktivität entgegenzusetzen.

Man kann davon ausgehen, daß reale Probleme, objektiv schwierige Lebenssituationen und unabwendbar Schicksalhafter immer auch deswegen besonders schwer zu durchleben und anzunehmen sind, weil es in der individuellen Lebensgeschichte vorher objektiv weniger dramatische Situationen gab, die auf Grund widriger Umstände nicht gelöst, sondern verdrängt oder verleugnet wurden.

Zurück zur Falldarstellung

Auch der in der Falldarstellung beschriebene Patient war durch die Diagnose im Sinne einer Reizüberflutung traumatisiert und reagierte mit Verleugnung und ungerichtetem Aktivismus. In früherer Zeit hatte er die Erkrankung seines Vaters aus Angst, sein Schutzobjekt zu verlieren, verdrängen und sich durch übertriebenen schulischen Einsatz als aktiv und unabhängig beweisen müssen. Die auf diese Weise früher »antrainierte« Abwehr wurde bei der Begegnung mit seiner Todesangst wieder aktiviert.

Bewältigungsstrategien kindlicher Ängste, z. B. vor dem Alleinsein, werden ins Erwachsenenalter hinübergenommen und in angstauslösenden Situationen wieder eingesetzt. In der Realisierung seines nahenden Todes reaktiviert der Mensch Muster seiner individuellen Angstbewältigung, z. B. Verleugnung der Realität.

Entwicklungspsychologisch noch frühere Ängste – z. B. die Angst sich aufzulösen oder die Angst, nichts mehr bewirken zu können, leben angesichts der objektiven Selbstauflösung und der objektiven Bewirkungsunfähigkeit vor dem Sterben erneut auf. So muß also Sterbebegleitung auch – und zwar in besonderer Weise – psychotherapeutisch sein. Verlassenheitsängste werden im Rahmen jeder Begleitung, auch der Sterbebegleitung, aktiviert. Die Angst des Sterbenden, den Begleiter nicht mehr zu sehen, kommt alten Ängsten, von den Eltern verlassen zu werden, nahe. Wird diese Nähe zu alten Ängsten durch Befragung oder Deutung erfaßt, kann die bestehende Angst, die sich aus der realen Todesangst und alten Ängsten zusammensetzt, relativiert werden, ohne verdrängt oder verleugnet zu werden. So kann man die Todesangst auf das begrenzen, was sie objektiv ist, und es gelingt eher, sich mit dem Abschied auseinanderzusetzen.

Die Begleitung des Sterbenden und auch seiner Angehörigen stellt sich teils ähnlich einer Psychotherapie dar. Der Fokus dieser Behandlungsform ist Angstbewältigung und Hingabe bzw. Loslassen. Wirksame Faktoren einer solchen therapeutischen Begegnung von vielleicht 8–15 Stunden sind also:

- die kognitive Wahrnehmung der Differenz zwischen alter Angstbereitschaft und realer Todesangst;
- die Rolle einer haltenden und aushaltenden Person mit der entsprechenden Wertschätzung des Sterbenden;
- die Möglichkeit, die eigene Wirkung im anderen zu erkennen;
- die Erlaubnis, Ohnmacht und Hilflosigkeit in der therapeutischen Begegnung zuzulassen;
- das Wiederbeleben alter Situationen mit dem Zugewinn des Selbstgefühls;
- die Über-Ich-Entlastung durch die Differenzierung von Verursachung und Verschuldung.

Das entspräche einer psychotherapeutischen Fokalthherapie. Gerade die Punkte der Gewissensentlastung und die Suche nach einer Antwort auf Fragen wie »Was konnte ich, was durfte ich, was sollte ich tun und wer bin ich?« leiten direkt zu einer umfassenden Form der Begleitung über.

Mitten im Leben sollte Psychotherapie dazu führen, daß der Therapeut auch in seiner übertragenen Elternschaft entidealisiert wird, daß infantile Wünsche bewußt werden und durch erwachsene Ansprüche ersetzt werden, d. h. auch, daß die psychotherapeutische Behandlung ein beidseitig gewähltes Ende bekommt [5].

Im Falle des Sterbens ist dieses Ende nicht freiwillig gewählt, sondern wird erzwungen. Außerdem scheitert die in der üblichen Psychotherapie zu deutende Idealisierung des Therapeuten: Die Begrenztheit der Möglichkeiten des Begleiters werden unmittelbar erlebt, denn er kann ja das Sterben nicht in die Zukunft verschieben.

Die Beziehung läßt weniger Raum für infantile Übertragungen und Idealisierungen, mehr Raum für die objektive Begegnung im Hier und Jetzt, für Möglichkeiten gemeinsamer Stellungnahme in Anbetracht der menschlichen Endlichkeit.

Die Beziehung ist also echter, weniger artifiziell und mehr am Thema Trennung, Tod und Abschied orientiert als in einer üblichen psychotherapeutischen Behandlung. Dieses weniger Idealisierungsmöglichkeiten bietende Muster erschließt aber oft eine ungeahnte Intensität der Begegnung. In der Psychotherapie werden der Therapeut und der Patient bei aller Intensität durch die therapeutische Abstinenz geschützt: durch das Gebot, daß der Therapeut auf die neurotisch mitbedingten Wünsche des Klienten nicht eingeht, sondern diese real frustriert und bezogen auf Absicht und Wirkung deutet.

Dieser Schutz ist in der Sterbebegleitung weniger gewährt. Es geht hier nicht um übertragene Probleme, nicht um kindliche Sehnsüchte, sondern um ganz realistische Ängste und Sorgen im Angesicht des nahenden Todes. Die Frage, was der Mensch kann, ist also in dieser Situation schon beantwortet: Er kann nämlich nichts gegen den Tod – weder mit noch ohne Begleitung. Die Fragen des Dürfens und Sollens beziehen sich wegen der geringen Freiheit vor dem Tod auf die Vergangenheitsbewältigung, sie dienen kaum noch der Zukunftsorientierung.

Der Therapeut kann sich also nicht durch sein »Mehr-Wissen« schützen. Indem er weniger Abstinenz nutzt, die ihn schützen könnte, ist er dem Begleiteten, dem Sterbenden näher.

Wie aber läßt es sich realisieren, daß sich der Therapeut dieser Arbeit ohne diesen Schutzmantel stellt und dabei nicht selbst depressiv oder hypochondrisch-todesängstlich reagiert?

Auf der Mensch-zu-Mensch-Ebene könnte durch den Verweis geantwortet werden, daß der Begleiter durch den Begleiteten »Fremderfahrung« bekommt. Anders als in der Psychotherapie, wo der Therapeut mehr weiß als der Patient, weiß der Begleitende in der Sterbesituation nicht mehr als der Sterbende. Er hat lediglich mehr Zeit als der Sterbende. Insofern erkennt er Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Sterben und gewinnt so an Erfahrung. Vielleicht hilft ihm das in der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, mit dem eigenen Sterben. Er lernt vom Sterbenden, sich mit der Begrenztheit des eigenen Lebens und mit der darin begründeten Angst auseinanderzusetzen. So gesehen wird der Begleiter sogar gestärkt durch das, was der Sterbende ihm vermittelt.

In der Supervision von Menschen, die in der Sterbebegleitung arbeiten, zeigt sich neben der Beziehungsintensität und dem gegenseitigen Gewinn noch etwas, was mich an ein Zitat von *Rahner* denken läßt: »Als solcher bin ich aber der stets von mir Wegverwiesene, der dialogisch Seiende: ich bin bei mir und schaue immer von mir weg. Dieses Woraufhin – ich – bin ist Gott, ...« [7]. *Rahner* drückt aus, daß der Mensch – so er sich nur auf den Menschen bezieht – einsam bleibt und daß seine Chance in seinem »auf Gott verwiesen sein« liegt. Das gilt auch für die rein psychotherapeutische Betrachtung der Sterbebegleitung. Der eine geht, und der Helfende bleibt alleine zurück. Beziehen sich aber beide miteinander auf Gott, so ist auch im Tod weder der Loslassende noch der Zurückbleibende allein, sondern gehalten [8]. Beide werden durch Gott geschützt, in ihm ist keiner allein.

So geht Sterbebegleitung über Psychotherapie hinaus. In der Beziehung zu Gott bleiben auch in der Trennung durch den Tod der Gehende und der Bleibende nicht alleine.

Für den Fallbericht danke ich Herrn *Dr. med. Georg Gerken*, Oberarzt des St. Antonius-Krankenhauses.

Literatur

1. Binsack T: Palliativmedizin aus der Sicht des Arztes. In: Everding G; Westrich A: *Würdig leben bis zum letzten Augenblick*. Verlag C. H. Beck, München 2000: 19
2. Everding G, Westrich A: *Würdig leben bis zum letzten Augenblick*. Verlag C. H. Beck, München 2000: 11
3. Hamm H: Christliche Soziallehre im wirtschaftlichen Unternehmen: Soziale Kompetenz. Paulinus-Verlag, Trier 2000: 11ff.
4. Lamp I: *Hospizarbeit konkret* 2001; 939: 15
5. Loch W: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse, hrsg. v. Hinz HS. Hirzel-Verlag, Stuttgart/Leipzig 1999: 18
6. Poeck K: *Neurologie – Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2000: 420
7. Rahner K: *Rechenschaft des Glaubens*, 1979: 38
8. Schaupp K: *Gott im Leben entdecken*. Echter Verlag, Würzburg 1994: 15ff.
9. Schwartz A: *Neurologie systematisch* UNI-MED Verlag, Bremen 2000: 254
10. Student JC: *Das Hospizbuch*. Lambertus Verlag, Freiburg 1999: 43

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jörg Degenhardt
 ÄD St. Antonius-Krankenhaus
 Margaretha-Flesch-Straße 4
 56588 Waldbreitbach
 e-mail: J.Degenhardt@wbb.st-elisabeth.de