

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in *Wege zum Menschen* 52 (2000). It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:
Morgenthaler, Christoph
Sterben im Krankenhaus - systemische Aspekte
in: *Wege zum Menschen* 52 (2000), pp. 25–40
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2000

Access to the published version may require subscription.
Published in accordance with the policy of Vandenhoeck & Ruprecht: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in *Wege zum Menschen* 52 (2000) erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:
Morgenthaler, Christoph
Sterben im Krankenhaus - systemische Aspekte
in: *Wege zum Menschen* 52 (2000), S. 25–40
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2000

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.
Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags Vandenhoeck & Ruprecht publiziert: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Ihr IxTheo-Team

Sterben im Krankenhaus – systemische Aspekte¹

Christoph Morgenthaler

Aspekte systemischer Wahrnehmung des Sterbens im Krankenhaus werden entwickelt und Folgerungen für die Seelsorge abgeleitet. Das Sterben wird in seiner Einbettung im Krankenhaus und seinen Subsystemen gesehen. Die Qualität der Kommunikation ist dabei entscheidend dafür, wie Sterbende und ihre Angehörigen begleitet und seelsorglich unterstützt werden können. In der Seelsorge geht es zudem darum, den Beziehungsschmerz der Beteiligten zu verstehen und in den Krankengeschichten als den systemisch dominierenden Geschichten die individuellen, religiösen Leidengeschichten zu entdecken. Die Delegation von Sterbe- und Trauerbegleitung an die Seelsorge ist dabei insgesamt Chance und Belastung.

Der Anteil der Menschen, die im Krankenhaus sterben, steigt stetig. In der BRD betreut diese Institution knapp zwei Drittel der Menschen im letzten Abschnitt ihres Lebens.² Jeder 26. Patient, der heute ins Krankenhaus eintritt, wird dort sterben.³ Das Krankenhaus wird damit zu einem hervorgehobener Ort des Sterbens in unseren Gesellschaften. Die Begleitung Sterbender und Trauernder wird mehr und mehr professionalisiert, zur Aufgabe verschiedenster Berufsgattungen, zum Gegenstand medizinischer, pflegerischer, psychotherapeutischer und auch seelsorglicher Dienstleistungen. Was dies für die seelsorgliche Begleitung Sterbender und Trauernder bedeutet, das soll im Folgenden unter einem systemischen Blickwinkel genauer betrachtet werden.

Ich gehe dabei davon aus, dass für systemisches Denken und Handeln auch im Krankenhaus eine bestimmte Art der Wahrnehmung wichtig ist: eben die Aufmerksamkeit für die vielfältigen Beziehungsnetze, Abhängigkeiten und Systeme, in denen das Sterben eines einzelnen, unverwechselbaren Menschen im Krankenhaus geschieht. Ich möchte im Folgenden verschiedene Ausrichtungen einer solchen systemischen Wahrnehmung herausarbeiten. Sie haben je ihre Folgen, werden bedeutsam auch für das alltägliche Handeln in der Seelsorge.

1. Das Sterben im System Krankenhaus — besser als sein Ruf?

Das Krankenhaus ist ein klassischer Fall der Stereotypenlehre: Menschen, die selber in einem Krankenhaus behandelt wurden, beurteilen die Leistungen des Krankenhauses besser als jene, die von ferne urteilen. Sogar die Apparatedizin wird von Betroffenen im Durchschnitt erstaunlich positiv bewertet, wird gar als bedeutungsvoller als das Pflegepersonal eingestuft. Trotz abnehmender Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, trotz Zeitknappheit und zunehmender Belastung durch technische Verrichtungen werden aber auch die Leistungen des Pflegepersonals positiv erlebt.⁴

¹ Morgenthaler, Christoph (2000): Sterben im Krankenhaus - Systemische Aspekte, in: WzM 52/7, Oktober 2000, Göttingen, 408-424.

² Vgl. dazu Schmeling, Ch./Jährgig, Chr./Koch, U. (1982): Sterben im Krankenhaus, in: Medizin — Mensch — Gesellschaft 7, 140-149.

³ Siegrist, J. (1996): Seelsorge im Krankenhaus — aus der Sicht der Krankenhaussoziologie, in: Klessmann, M. (Hrsg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen, 34.

⁴ Vgl. Noelle-Neumann, E. (1988): Forderungen des Bürgers an seine Gesundheitsversorgung — Eine Darstellung auf der Grundlage einer aktualisierten Bürgerbefragung, in: Krankenhaus Umschau 57, 511-513.

So kann mit einiger Zuversicht vermutet werden, dass auch das Sterben im Krankenhaus von den direkt betroffenen Menschen vielfältiger und positiver erlebt wird, als dies das Stereotyp vom todkranken Patienten will, der zum Sterben ins Badezimmer der Station abgeschoben wird. So wird ein grosses Engagement in den Erfahrungsberichten von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in diesem Heft spürbar. Berufstätige im Krankenhaus lassen sich — trotz der vielfältigen technischen und organisatorischen Herausforderung des medizinischen Systems — menschlich berühren und entwickeln vielfältige Initiativen und Kompetenzen in der Begleitung Sterbender und Trauernder. Dazu haben Entwicklungen beigetragen, die die Wahrnehmung des Sterbens in unserer Gesellschaft und auch im System Krankenhaus insgesamt veränderten. Einige seien kurz genannt:

- Elisabeth Kübler-Ross hat mit ihren Arbeiten und Auftritten zweifellos dazu beigetragen, dass die öffentliche Aufmerksamkeit für den Prozess des Sterbens und die Bedürfnisse Sterbender in den letzten Jahrzehnten markant gewachsen ist.⁵
- Die Hospizbewegung hat nicht nur eine Fülle neuer Kenntnisse über palliative Medizin und Pflege erarbeitet, sondern auch Modelle dafür entwickelt, wie Institutionen aufgebaut und geführt werden müssen, damit sie zu Geborgenheitsräumen für Sterbende und ihre Angehörigen werden können⁶.
- Mehr und mehr werden solche Kenntnisse auch für die Begleitung Sterbender im organisatorischen Alltag von Krankenhäusern fruchtbar gemacht, auf psychosomatisch arbeitenden Stationen, in geriatrischen Pflegeeinheiten und auf Palliativstationen.
- Weitere Trends lassen vermuten, dass sich die Voraussetzungen für die Begleitung Sterbender im Krankenhaus verbessern. Ich denke an die anhaltende Diskussion um die Patientenorientierung des Krankenhauses, an Tendenzen einer weiteren Professionalisierung und Aufwertung des Pflegeberufs, an neue Organisationsformen der Pflege⁷, an die zunehmende Bedeutung, die einer „corporate identity“ des Krankenhauses zugemessen wird, in der andere Wertorientierungen als die einer technikorientierten Medizin mit zum Tragen kommen⁸, ja an Entwicklungen der Krankenhäuser weg von Institutionen öffentlicher Verwaltung hin zum Markt, die durchaus Chancen einer grösseren „Kundenorientierung“ eröffnen.

In systemischer Sicht sind solche Trends bedeutsam auch für die Begleitung einzelner Sterbender. Sie schaffen Voraussetzungen für das individuelle Sterben, erweitern institutionelle Spielräume und schärfen das öffentliche Bewusstsein dafür, dass das Krankenhaus eigentlich auch ein Sterbehaus ist. Trotzdem verstummt die Klage nicht, dass die psychischen Bedürfnisse unheilbar Kranker nach Nähe, Geborgenheit, Verständnis und emotionaler Unterstützung im modernen Krankenhaus zu wenig berücksichtigt werden. Welches ist der harte Kern solcher Anfragen und Klagen?

⁵ Vgl. den Artikel von Hanna Kreisel-Liebermann in diesem Heft und z.B. Kübler-Ross, E. (1977ff.): Interviews mit Sterbenden, Stuttgart; Dies. (1982ff): Verstehen, was Sterbende sagen wollen. Einführung in ihre symbolische Sprache, Stuttgart.

⁶ Vgl. z.B. Saunders, C. (1993): Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg i.Br. etc.; Student, J.-Ch. (Hrsg.) (1989): Das Hospiz-Buch, Freiburg i.Br.; Buckingham, R. W. (1994): Hospiz - Sterbende menschlich begleiten, Freiburg i.Br.

⁷ Badura nennt unter anderem: Organisationsgestaltung durch Gruppenarbeit, Versorgungskonzepte für chronisch Kranke, Qualitätszirkel und die Gestaltung der ganzen Versorgungsorganisation für bestimmte Gruppen von Kranken: Badura, B., Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen, in: Badura, B./Feuerstein, G. (1996): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung, Weinheim/München, 2. Aufl., 255ff.

⁸ Im Blick auf das Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft diskutiert bei: Gärtner, H. W. (1994): Zwischen Management und Nächstenliebe. Zur Identität des kirchlichen Krankenhauses, Mainz.

Als hochspezialisiertes System ist das Krankenhaus — insbesondere das Akutkrankenhaus in regionalen Ballungszentren — weiterhin primär auf die Heilung und Linderung von Krankheiten ausgerichtet, auf das integrierende Ziel, „kranke Menschen wieder gesund“⁹ zu machen. Das Krankenhaus spiegelt damit grundlegende Wertvorstellungen unserer Gesellschaft, in der Gesundheit zu einer Art „Überkategorie“¹⁰, Gesundheit alles und alles Gesundheit geworden ist¹¹. Verfall, Wuchern und Unordnung, die mit dem Sterben einher gehen, wecken elementare Ängste und bedrohen das auf Heilung, Erhaltung von Strukturen und Ordnung ausgerichtete System heilender Medizin, wie es sich im aktuellen Krankenhaus seine Form gegeben hat. Sterben und Trauern sind system-nicht-konforme Prozesse, sind „ja eigentlich auch nicht vorgesehen“¹². Die Zielsetzung des ganzen Betriebs gerät hier an ihre Grenze. Die dominierende Position der Ärzte wird in Frage gestellt. Der funktionale Ablauf des Heilens wird gestört. Sterben ist als ganzheitlicher Vorgang, der den Menschen in seinem Personkern trifft, nicht in einer arbeitsteiligen Kette von Dienstleistungen aufzufangen. So droht Sterben trotz der genannten neuen Trends immer noch und immer wieder systembedingt zum Randbereich, ja zur Rückseite einer Medizin zu werden, die auf somatische Heilung ausgerichtet ist. Dies hat mit grundlegenden gesellschaftlichen Werten, mit institutionellen Zielen des Krankenhauses und der Eigendynamik des Medizinsystems zu tun, nicht nur mit dem guten oder bösen Willen einzelner.

Der Trend hin zu Akutspitälern, die sich mehr und mehr zu riesigen Intensivpflegeinstitutionen wandeln, in denen teures und aufwendiges „Risikokrankengut“ in möglichst kurzer Zeit behandelt werden soll, die verstärkte Technikentwicklung, ja die Verselbständigung der technologischen Spirale im Krankenhaus, die zunehmende Informatisierung der Kommunikation und anderes mehr führen zudem insgesamt zu einer Verschiebung der ärztlichen und pflegerischen Aufmerksamkeitsrichtung weg vom einzelnen Menschen hin zur Technologie des Heilens, verdrängen interaktionsintensive zugunsten technikintensiver Leistungen des Krankenhauses.¹³ Auch davon ist die Begleitung Sterbender und Trauernder direkt betroffen.

Ein dritter Aspekt sei genannt: Es ist im komplexen Miteinander, Ineinander und Durcheinander der verschiedensten Teilbereiche eines Krankenhauses schon schwierig geworden, jene Dienstleistungen vor dem Auseinanderdriften zu bewahren, die dem Primärziel der Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Noch schwieriger ist dies bei jenen Tätigkeiten, die dem Sterben, dem Tod und der Trauer gelten. Schnell zeigen sich hier im Pflegealltag die systemisch bedingten Grenzen. Zuständigkeiten enden abrupt. Gesteigerte Zeit- und Belegungsrhythmen lassen nicht genügend Zeit zum Gespräch, zwingen auch nach schmerzlichen Szenen zum Weitermachen. Spezifische Arbeitsformen wären zu entwickeln, Informationsflüsse zu regulieren, Schnittstellen zu klären, Kompetenzen abzugrenzen, die Zusammenarbeit betroffener Teilbereiche zu verbessern, damit das Sterben Raum gewinnt. Entsprechendes unterbleibt oft, weil solche Bemühungen systemisch insgesamt schlecht abgestützt, selten durch offizielle Leitbilder abgedeckt, weder in den dominierenden medizinischen Theorien verbreitet, noch als eigene Organisationsaufgabe des ganzen Krankenhauses erkannt werden.

⁹ Pompey, H. (1985): Heilen und Gesundwerden im Krankenhaus, in: Lebendige Katechese 7, 66-70. 68.

¹⁰ Gärtner, a.a.O., 19.

¹¹ Herzlich, C. (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld, in: Flick, Uwe: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Heidelberg, 293-302. 298.

¹² Busch, H./Buyer, R., in diesem Heft S.

¹³ Vgl. dazu: Badura/Feuerstein a.a.O., 21ff.

So spiegelt das Krankenhaus als „eine der komplexesten Organisationsformen, die heute existieren“¹⁴, äussere gesellschaftliche Spannungsfelder und ist es durchzogen von systeminternen Spannungen, die die Wirklichkeit des Sterbens eines einzelnen Menschen vielfältig mit bestimmen. Erste Konsequenzen für eine systemisch orientierte Seelsorge an Sterbenden lassen sich daraus ableiten. Seelsorge heisst: solche Zusammenhänge zu sehen, Widersprüche und Paradoxien des Systems Krankenhaus wahrzunehmen, ohne sich lähmen zu lassen, Probleme ums Sterben im Krankenhaus nicht vorschnell zu individualisieren und zu personalisieren, sondern in ihrer systemischen Funktion und Bedingtheit zu sehen. Wichtig ist es — wie die Weiterentwicklung der Kranken- zur Krankenhauseselsorge ja bereits gezeigt hat — , nicht nur am Bett des Sterbenden, sondern auch im Gesamtsystem Krankenhaus präsent sein. Hilfreich scheint es mir deshalb auch, die systemischen Bedingtheiten des Sterbens in einem konkreten Krankenhaus, einer einzelnen Station genauer zu analysieren. Was geschieht eigentlich an Begleitung? Wie könnte mehr von dem gemacht werden, was bereits funktioniert? Wo sitzen die Widerstände? Welche Partner liessen sich gewinnen, um etwas zu verändern? Welche Räume sind da oder könnten geschaffen werden, um die Anliegen der Begleitung Sterbender besprechbar zu machen? Wie könnte das Leitbild des Krankenhauses oder auch einer Station so erweitert werden, dass die Begleitung Sterbender ausdrücklich als Aufgabe benannt wird? Es lässt sich nie abstrakt sagen, welche Spielräume sich für Seelsorge dabei erschliessen lassen. Nur eine präzise Wahrnehmung des jeweiligen Systems erlaubt es, system- und situationspezifische Leistungen der Seelsorge auszubilden. Sie werden in verschiedenen Typen von Spitälern, in verschiedenen Bereichen der Medizin je wieder anders aussehen.

2. Sterben im Schnittbereich der Systeme

Sterben geschieht — wenn wir uns den konkreten Realitäten einen Schritt nähern — im Schnittbereich ganz unterschiedlicher sozialer Subsysteme. Vergewenwärtigen wir uns einige wichtige Akteure:

- Angehörige
- Freunde, Bekannte, Nachbarn
- Ärzte
- Pflegepersonal
- Seelsorgende
- Angestellte der Spitalverwaltung

Diese Personen treten zwar als einzelne Menschen mit einer schwer kranken Person in Kontakt. Sie sind in ihrem Fühlen und Handeln aber eingebunden in ihre je eigenen Systeme. In jedem dieser Bezugssysteme gelten andere Ziele, Wertvorstellungen und Menschenbilder. Jedes dieser Systeme kennt seine eigene Sprache, seine eigenen Zeitrhythmen und Rituale. In jedem dieser Systeme kursieren andere Auffassungen des Sterbens, andere Jenseitshoffnungen. Das Krankenbett ist also nicht nur der Ort, an dem sich einzelne Menschen begegnen, sondern an dem sich auch die verschiedenen Systeme mit ihren Vorstellungen und Ansprüchen berühren und überschneiden, denen diese Menschen angehören. In einer *psychosystemischen* Sichtweise wird von all diesen am Sterbeprozess mitbeteiligten Menschen *gemeinsam* das gestaltet, was den Sterbeprozess eines *einzelnen* Menschen ausmacht.¹⁵ Sterben, Tod und Trauer sind — im Überschneidungs- und

¹⁴ Hofer, M. (1987): Patientenbezogene Krankenhausorganisation (Gesundheitssystemforschung), Berlin etc., 31.

¹⁵ Das bedeutet nicht, dass das Erleben der einzelnen dadurch unwichtig wird. In einer *psychosystemischen*

Konfliktbereich unterschiedlicher Systeme — abhängig von hochgradig komplexen Formen der Organisation von Abläufen, Zeitplänen und Verantwortlichkeiten.

Auch hier — nicht nur im Bereich der Therapie — hängen also Systemintegration und Versorgungsqualität zusammen.¹⁶ Je besser das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure ist, desto besser können Sterbende und Trauernde auch begleitet werden. Gerade weil Sterben im Schnittbereich so unterschiedlicher Systeme geschieht, besteht aber auch die Gefahr, dass es zu Missverständnissen und Reibungen, zu Konflikten und Blockierungen kommt, die eine patientenzentrierte Sterbegleitung schwierig, wenn nicht unmöglich machen. Gerade deshalb droht aus diesem Schnittbereich ein „Nicht-Ort“ zu werden, der die Isolation eines Sterbenden in tödlicher Weise verschärft. Folglich wird es für eine Seelsorge an Sterbenden und Trauernden wichtig, solche Zusammenhänge sehen zu lernen, zu „verstehen, weshalb wir uns nicht verstehen“¹⁷, Übersetzungshilfen anzubieten, wo Verständigungsnotstand herrscht, mehr von dem machen zu helfen, was hilft, und alle Formen von Zusammenarbeit zu unterstützen, die aus diesem Überschneidungsbereich einen wirklichen Ort, vielleicht gar einen Geborgenheitsraum gestalten helfen.

Dabei braucht es für die kompetente Begleitung Sterbender und Trauernder im System Krankenhaus nicht unbedingt mehr Absprachen. Zu leicht kann mit dem Argument des zusätzlichen Aufwands Sabotage getrieben werden. Nötig sind vielmehr *zielgerichtete* Absprachen, die eine koordinierte Begleitung Sterbender möglich machen. Sterben und Tod sind zudem mit mächtigen Ängsten gekoppelt, die auch Gewöhnung nie ganz überwinden kann und gegen die wir uns mit je persönlichen Abwehrformen und berufsspezifischen Handlungsrouninen schützen.¹⁸ Wenn neue Wege der Begleitung Sterbender und Trauernder im System Krankenhaus gebahnt werden sollen, wird es deshalb notwendig, Handlungsmöglichkeiten durch „multiple Wirklichkeits-Konstruktionen“¹⁹ zu vermehren: Das laute Andenken von Erklärungen und Vorgehensweisen, an die bisher niemand zu denken wagte, die zu banal, zu abwegig oder zu absurd erschienen, vermehrt die Zahl möglicher Kooperationsstrategien, aus denen ausgewählt werden kann. Ich denke, auch dies ist eine Aufgabe der Seelsorge im Krankenhaus: zu „spinnen“, verrückte Ideen zu entwickeln und dadurch neue Netze des Möglichen zu schaffen. Unvergessen ist mir der Kasperle, der auf der Hand der Seelsorgerin bei der Chefvisite im Kinderkrankenhaus mit von der Partie ist, seine frechen, ungehörigen Fragen stellt, ganz schön verrückte Ideen in Behandlungspläne hinein zu spinnen droht und mit seinen Torheiten die etablierten Weisen der Medizin in Frage stellt.

3. Das „Problemsystem Sterben“ und die Kommunikation

Das Sterben eines einzelnen Menschen ist also in vielfacher Weise mit bedingt durch die Organisationsstrukturen, Abläufe und Rückkoppelungen des Systems Krankenhaus. Es kann — ähnlich

Sichtweise ist das Sterben weiterhin auch als ein durch und durch individueller Vorgang zu sehen, für dessen Verständnis all das von Bedeutung ist, was über die psychischen Umgangsformen sterbender Menschen mit dem nahenden Tod in den letzten Jahrzehnten bekannt geworden ist.

¹⁶ Feuerstein, G. (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität, in: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim/München.

¹⁷ Schweitzer, J. (1998): Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Materialien, Weinheim/München, 57.

¹⁸ Vgl. dazu den Beitrag von Barbara Schneider in diesem Heft.

¹⁹ Schweitzer, ebd.. Schweitzer nennt weitere Strategien, mit denen Kooperation verbessert werden kann: z.B. positive Konnotation, Lösungs- und Ressourcenorientierung. Die Begleitung Sterbender kann dann verbessert werden, wenn eine auf Defizite der Begleitung konzentrierte Sicht durch eine Perspektive ersetzt wird, in der Gelingen gewürdigt und weiterentwickelt, Problematisches auf seine systemische Funktion befragt und positiv umgedeutet wird.

wie dies eine systemische Sicht von Krankheit nahelegt — geradezu als Ausdruck, ja als „Symptom“ dieser systemischen Organisation betrachtet werden. Diese Sicht wäre allerdings einseitig, wenn nicht auch etwas anderes sorgfältig wahrgenommen würde: um das Sterben eines einzelnen Menschen, im Schnittbereich der beteiligten Systeme, beginnt sich ein ganz eigenes Subsystem zu bilden, das „Problemsystem Sterben“, das System all jener Personen also, die vom Sterben einer einzelnen Person direkt betroffen sind.²⁰ Dieses Problemsystem, das sich ums individuelle Geschick eines Patienten bildet, ist zwar fragil und gefährdet, institutionell oft schlecht abgestützt und doch: vorhanden. Eine geschärfte systemische Wahrnehmungsperspektive richtet sich auf die Eigenarten dieses Systems, das sich hier entwickelt.

Die Qualität der Pflege und Begleitung, die sich in diesem „Problemsystem Sterben“ entwickelt, hängt dabei wesentlich von der Qualität der Kommunikation ab, die hier (noch oder neu) möglich wird. Für eine offene Information aller Beteiligten sprechen zwar viele Gründe. Wahrheit am Krankenbett — so vielfältig sie sich im einzelnen ihre Formen gestalten — ist Voraussetzung dafür, dass ein Sterbender grundlegende Rechte für sich beanspruchen kann: das Recht, „an allen die eigene Pflege betreffenden Entscheidungen teilzuhaben“, das Recht, „Gedanken und Gefühle zum Thema Tod auf seine Weise zum Ausdruck zu bringen“, das Recht, „den Prozess des Todes zu verstehen“, das Recht, „nicht einsam zu sterben“²¹. Sie ist zudem Voraussetzung dafür, dass auch die Angehörigen sich wirklich verabschieden können, dass Unerledigtes nochmals aufgerollt, Unbereinigtes bereinigt und der Schmerz der Trennung wirklich bewältigt werden kann.²² So haben sich denn auch markante Verschiebungen darin ergeben, wie Patienten, Patientinnen und ihre Angehörige informiert werden. Teilten 1961 90% der Ärzte keine Diagnose mit, sind es heute 95% der Ärzte, die eine schlechte Diagnose mitteilen.²³

Der faktische Umgang mit solchem Wissen ist allerdings auch heute wider besseres Wissen nicht selten irrational. Es ist Wissen, das mit vielen Ängsten besetzt ist, bei den direkt betroffenen Schwerkranken, bei den Angehörigen und auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses. So drohen auch heute den Sterbenden Formen des sozialen Todes, die mit der Art und Weise, wie dieses belastende Wissen verarbeitet, weitergegeben oder vorenthalten wird, zusammen hängen. In Erweiterung einer Typologie von Glaser/Strauss²⁴ können sich unter anderem folgende Konstellationen ergeben:

- Die sterbende Person weiss nichts von ihrem bevorstehenden Tod, wohl aber die andern.
- Die sterbende Person und die andern wissen vom bevorstehenden Tod, wollen es aber nicht wahrhaben.

²⁰ In der systemischen Auffassung von Problemen hat sich im vergangenen Jahrzehnt eine bedeutungsvolle Verschiebung ergeben. Dominierte in der klassischen Systemtheorie lange die Vorstellung, dass Systeme Probleme produzieren, zeigte sich in der Weiterentwicklung systemischen Denkens, dass auch die umgekehrte Sichtweise aufschlussreich ist: Probleme schaffen Systeme. Ich meine, dass diese *beiden* Perspektiven für die Wahrnehmung des Sterbens im System Krankenhaus von Bedeutung sind. Vgl. dazu Schlippe von, A./Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Mit einem Vorwort von Helm Stierlin, Göttingen, 102ff.

²¹ Kessler, D. (1997): Die Rechte des Sterbenden, Weinheim/Berlin, 7f.

²² Zudem ist es fast unmöglich geworden, die Wahrheit in jener komplexen Situation der Kooperation zu verheimlichen, die mit der arbeitsteiligen Begleitung Schwerkranker und Sterbender im Krankenhaus gegeben ist (von Mark Twain stammt der Ausspruch: „If you tell the truth you have nothing to remember.“).

²³ Baile, Walter (1998): How to Break Bad News to Patients with Cancer, in: American Society of Clinical Oncology, Educational Book, 203-208. 204. Thomsen, O. (1993): What Do Gastroenterologists in Europe Tell Cancer Patients?, in: The Lancet Vol. 341, 1993, 473-475.

²⁴ Glaser, B.J./Strauss, A. (1974): Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige, Göttingen.

- Die sterbende Person weiss von ihrem bevorstehenden Tod. Die andern wollen nichts davon wissen.
- Die sterbende Person vermutet, was andere über ihren lebensbedrohenden Zustand wissen, und will dies validieren oder falsifizieren.
- Die sterbende Person und andere wissen um den bevorstehenden Tod, nehmen aber an, der jeweils andere wisse es nicht (resp. kommunizieren nicht darüber).
- Alle Beteiligten wissen über den bevorstehenden Tod und kommunizieren darüber.

Zudem können sich Kommunikationsschwierigkeiten und Spaltungsvorgänge, die im System der Rollen des Krankenhauses und im System einer Familie vorgezeichnet sind, gegenseitig verstärken. So können sich zwischen behandlungszentrierten Ärzten, mehr begleitungsorientierten Pflegenden und einer Familie, in der die einen für ein begleitetes Ende sind, die anderen aber alles unternommen wissen wollen, was das Sterben hinausschieben kann (und beispielsweise eine eheliche Symbiose nicht aufgelöst werden muss), vielfältige problemträchtige Konstellationen ergeben. Leicht können dann familiäre und krankenhausspezifische Konfliktlösungsmuster ineinandergreifen: beispielsweise das „Ping-Pong-Muster“ (z.B. zwischen Ärzten und Familie oder innerhalb der Systeme des Krankenhauspersonals resp. der Familie werden heisse Informationen und Verantwortlichkeiten hin- und hergeschoben) oder das Sündenbockmuster (Pfleger oder Ärzte oder beide werden beschuldigt, am Sterben ursächlich schuld zu sein resp. die Angehörigen werden beschuldigt, einen geregelten Ablauf der Behandlung unmöglich zu machen). Zudem gibt es markant unterschiedliche, kulturspezifische Muster, wie mit der Wahrheit am Krankenbett umgegangen²⁵, wie Schmerzen geäußert oder Angehörige miteinbezogen werden, die zusätzlich Verwirrung in die Kommunikation und Interaktion um das Sterben im Krankenhaus bringen können.

Eine psychosystemische Sicht des Sterbens im Krankenhaus richtet sich deshalb auch auf dieses Problemsystem in seiner ganzen Fragilität und Störbarkeit. Wie können im Alltag des Grosssystems Krankenhaus, dessen harte Rhythmen auf Heilung ausgerichtet sind, die kleinen, situations-, personen- und fallbezogenen sozialen Problemsysteme wahrgenommen, gestärkt und inspiriert werden, die sich um die schwächsten Glieder des Krankenhauses, die Sterbenden und Trauernden bilden? Wie kann die Kommunikation in einem solchen System gefördert, wie Nähe gezeigt, wie Angst abgebaut werden? Sind die Grenzen dieses Systems genügend klar? Wie stark dringt die objektivierende Medizin in seinen Raum ein? Ist dies (noch) nötig? Werden die Monitore zu gegebener Zeit zur Seite gestellt?²⁶ Wie können sich die Beteiligten in diesem System, das sich um einen schwer kranken oder sterbenden Menschen zu bilden beginnt, mit ihren Stärken und verschiedenen Möglichkeiten besser einbringen und zielgerichteter koordinieren?

4. Sterbende Menschen und ihre Familien

Wenden wir unsere Aufmerksamkeit in einem nächsten Schritt bewusst auf das primäre Beziehungsnetz Sterbender. In systemischer Sicht sind Sterben und Trauer Prozesse, die in vielfältiger Weise durch diese Beziehungsnetze mit geprägt sind. Die Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse und die Ressourcen der Angehörigen schwer kranker und sterbender Menschen ist denn auch in den letzten Jahren grösser geworden und eine entsprechende Forschung in Gang gekommen²⁷.

²⁵ Im gesamteuropäischen Vergleich werden im Westen und Norden signifikant häufiger Aufklärung erwünscht und auch gegeben und die Betroffenen informiert. Vgl. Thomsen, a.a.O. 474.

²⁶ Vgl. den Bericht von Busch, H./Buyer, R. in diesem Heft, S. .

²⁷ Besonders viel Aufmerksamkeit haben die Angehörigen Krebskranker erhalten: z.B. Aymans, P. (1992):

Ein besonderes Augenmerk verdient in psychosystemischer Sicht zuerst die Frage, wie das Angehörigensystem die Integration des kranken Familienangehörigen in das System Spital verarbeitet. Die Zentralisierung von medizinischen Dienstleistungen führt ja nicht selten dazu, dass Kranke Dutzende, wenn nicht Hunderte von Kilometern von ihrem Zuhause hospitalisiert werden. Daraus resultiert eine radikale Verdünnung sozialer Alltagsbeziehungen, ja eine psychosoziale Entwurzelung. Nicht nur für Freunde und Bekannte, auch für die Angehörigen wird es in diesem Fall schwierig, die für den Patienten lebenswichtige Dichte der Beziehungen aufrecht zu erhalten. Familienangehörige bekommen zudem die Informations-, Definitions- und Regelungsmacht des Systems Krankenhaus ebenso zu spüren wie die Kranken. Je nach individuellen und familiären Voraussetzungen wird es ihnen unterschiedlich gut gelingen, ihre Position, die sie sonst in der Beziehung zum Schwerkranken innehatten, zu halten oder sie sich wieder zu erkämpfen. Leicht kann es dadurch geschehen, dass sie jene Aufgaben und stützenden Funktionen nicht übernehmen können, die sie sonst zuhause übernehmen würden. Leicht rutschen sie damit auch an den Rand des Wahrnehmungsfeldes der im Krankenhaus Tätigen, werden erst zum Thema, wenn sie unangenehm auffallen, die Behandlungsroutinen durcheinander bringen oder Forderungen stellen. Leicht wird dadurch die soziale Isolation Sterbender verschärft.

Sterben als einen Prozess verstehen, der den Menschen in seiner bio-psycho-sozialen Ganzheit betrifft, heisst: solche Wahrnehmungsbarrieren überwinden und das in die Wahrnehmung miteinbeziehen, was ausgegrenzt wird. Dies bedeutet, die „Zugehörigen“ eines Sterbenden in ihren verschiedenen Varianten wahrzunehmen. Es sind zum einen die familiären Angehörigen, jene Menschen, die gegenwärtig zum primären Beziehungsfeld eines Sterbenden gehören. Es können aber durchaus auch exfamiliäre Angehörige sein, Menschen, die früher nahe mit dem Sterbenden verbunden waren, durch Trennung, Scheidung, durch neue Partnerschaften und Wiederverheiratung eigene Wege gegangen sind und doch nochmals die Beziehung zum Sterbenden suchen. Und es sind in einem noch weiteren Sinne extrafamiliäre Angehörige, die zur wahrgenommenen, faktisch gelebten Familie gehören, die für eine sterbende Person wichtig sind: enge Familienfreunde, „funktionelle Familienangehörige“, die familienverwandte Aufgaben ausüben, und Menschen, die in einem weiten Sinn zur wahrgenommenen Familie gehören. Besonders wichtig scheint es mir, dass dabei Wahrnehmungsklischees überwunden werden, die mit traditionellen Bildern von Ehe und Familie verbunden sind. Der schwule Partner soll jene Position auch bei der Begleitung seines sterbenden Freundes einnehmen können, die er im Leben gespielt hat (und nicht einfach durch die familiären Angehörigen verdrängt werden). Beziehungen von Menschen, die „ledig“ leben, sind deshalb nicht weniger bedeutsam. Komplexe familiäre Muster einer Patchwork-Familie müssen zunehmend auch in ihrer Bedeutung für das Sterben eines Angehörigen verstanden werden.

Sterben und Trauern waren durch Jahrhunderte eine Familienangelegenheit. Sie sind es auch heute noch, wenn wir Familie in einem weiten Sinn verstehen. Dies gilt auch für das Sterben im Krankenhaus, wenn gleich die familiäre Wirklichkeit hier durch die Wirklichkeit des Systems Krankenhaus überlagert ist.

Eine Aufmerksamkeit für die familiären Dimensionen des Sterbens im Krankenhaus wird aus verschiedenen Gründen für eine systemisch ausgerichtete Seelsorge wichtig.²⁸ Familiäre Beziehungen sind eine Quelle sozialer Unterstützung, die bei der Bewältigung von schwerwiegenden Lebenskrisen von grosser Bedeutung sind. Seelsorgerinnen und Seelsorger können durch eine systemische

Krebserkrankung und Familie, Bern etc.; Schulz et al. (1998): Krebspatienten und ihre Familien. Wechselseitige Belastung und Unterstützung, Stuttgart/New York.

²⁸ Vgl. dazu ausführlicher: Morgenthaler, Ch. (2000), Systemische Seelsorge, Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, 2. Aufl., Stuttgart etc. 210ff.

Aufmerksamkeitsrichtung dazu beitragen, dass Sterbende im Krankenhaus diese soziale Unterstützung nicht ausgerechnet in jenem Moment verlieren, in dem sie diese besonders nötig hätten. Sie können zudem durch ihre persönliche Gegenwart selber zu einer Quelle der sozialen Unterstützung für die Angehörigen werden, die es diesen möglich macht, ihren Teil der Begleitung eines Sterbenden besser zu übernehmen. Seelsorgliche Präsenz kann zudem die familienspezifischen Stärken und Ressourcen fördern, die zur Bewältigung jener schweren Belastungen dienlich sind, die mit dem Sterben verbunden sind: Sie kann dazu beitragen, dass die Ernsthaftigkeit der Situation anerkannt, Gefühle offen geteilt, gegenseitiger Trost möglich werden. Besonders wichtig scheint es zudem, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger Angehörige darin begleiten, jenen Prozess der Desintegration und Reintegration von Glaubensvorstellungen und Sinnentwürfen durchzustehen, der mit dem Sterben eines nahen Angehörigen verbunden ist. Der „Sinn für Kohärenz“²⁹ scheint eine der Schlüsselvariablen zu sein, die darüber entscheiden, ob eine Familie die schweren Herausforderungen annehmen kann, die mit dem Sterben eines Angehörigen verbunden sind, oder ob sie dadurch in eine Krise gerät, die ihren weiteren Bestand gefährdet. In der empirischen Erforschung der Bewältigung von Sterben und Trauer mehren sich in den letzten Jahren zudem die Belege, dass bei diesem Ringen um den Sinn des Geschehens Religiosität eine wichtige Bedeutung zukommt.³⁰ Es ist eine der besonderen Kompetenzen, die Seelsorgerinnen und Seelsorger in die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen einbringen können, dass sie die Betroffenen gerade im Ringen um diese religiöse Deutung des Sterbens unterstützen.

5. Systemische Dimensionen des Schmerzes und der Trauer

Eine psychosystemische Sichtweise hilft zudem, den Schmerz schwerkranker Menschen und ihrer Angehörigen besser zu entschlüsseln.³¹ Es sind neben den körperlichen Schmerzen, die nach Pflege und Linderung rufen, schmerzhafte Erfahrungen, die wesentlich auch mit dem Beziehungsgeflecht des Leidenden gekoppelt sind:

- *Individueller Schmerz*: Die Erfahrung Sterbender ist durch vielfachen Verlust gekennzeichnet. Vitalität, Mobilität, Kreativität, Integrität, ja Identität sind vital bedroht, mit Auswirkungen auf Beziehungsfähigkeit und Selbstbestimmung.
- *Dyadischer Schmerz*: Sterben bedeutet auch, aus Zweierbeziehungen — zu Lebenspartnern oder Geschwistern — herauszufallen, was mit einem vielfachen Verlust von stützenden Gewohnheiten und Alltagsritualen, von Kommunikationsmöglichkeiten, Intimität und Sexualität verbunden ist. Besonders schwerwiegend ist, dass mit dem Zerbrechen solch wichtiger Zweierbeziehungen auch jene Konstruktsysteme — also jene gemeinsam aufgebauten Bedeutungswelten — zu zerbrechen drohen, die beispielsweise einem Paar bisher sinnvermittelnde Stütze gewesen sind.³²

²⁹ Vgl. zum wichtigen Konzept des Kohärenzsinner, der die Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit umfasst — Dimensionen, die auch für den Umgang mit dem Sterben wichtig sind: Antonovsky, A./Franke, A. (Hrsg.) (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 36), Tübingen, v.a. 154ff.

³⁰ Viele einschlägige Untersuchungen finden sich zusammengefasst in: Pargament, K. I. (1997): *The Psychology of Religion and Religious Coping. Theory, Research, Practice*, New York, der zudem eine differenzierte Theorie des religiösen Coping entwickelt.

³¹ Ich verdanke die folgende Typologie einer mündlichen Anregung von Peter Fässler-Weibel.

³² Vgl. Willi, J. (1991): *Was hält Paare zusammen?. Der Prozess des Zusammenlebens in psychologisch- oekologischer Sicht*, Reinbek b.H.

- *Familiärer Schmerz*: Das Sterben eines einzelnen bedeutet zudem, dass in den primären Beziehungen dieses Menschen tiefgreifende Veränderungen in Gang kommen, die wiederum mit Verlusterfahrungen verbunden sind. Allianzen und Koalitionen zerbrechen, Einfluss geht verloren, Positionen müssen aufgegeben werden. Ich denke an den Schmerz der Mutter, nicht mehr für die Ihren im Alltag sorgen zu können, den Schmerz des Vaters, seine Rolle als Ernährer nicht mehr ausüben kann (nicht vergessen sei aber auch: dies sind Rollenklischees, die von der sozialen Entwicklung längst überholt sein könnten. Es kann auch sein, dass der Vater seine Funktion als Hausmann nicht mehr erfüllen kann, die Mutter ihre geliebte Arbeit endgültig aufgeben muss).
- *Öffentlicher Schmerz*: Aufmerksamkeit fordert auch jener Schmerz, der sich aus dem Verlust weiterer Beziehungen in Alltag und Öffentlichkeit ergeben, aus der Tatsache, dass das Vereinspräsidium aufgegeben werden muss, die Skatrunde auseinanderbricht, das Mitsingen im Frauenchor nicht mehr möglich ist.
- *Krankenhauspezifischer Schmerz*: Im Krankenhaus ist es oft besonders schwierig und riskant, diesen Schmerz wahrzunehmen, ja auszudrücken: Es sind die konkreten Schmerzen, die sich aus der Behandlung ergeben, es ist der Verlust an Selbstbestimmung, Intimität und Integrität, der mit den Verrichtungen und Abläufen des Krankenhauses zu tun hat, es sind die Wut und der Widerstand gegen die aufgedrängte Rolle als fügsamer Patient, es ist das Leiden an der kommunikativen Verengung der Arztvisite auf Fragen nach Schlaf und Ausscheidung.

Es scheint mir wichtig, den Schmerz des Abschieds und der Trauer, der sich von Seiten der Sterbenden und ihrer Angehörigen auf allen diesen Ebenen zeigen kann, in die Wahrnehmung mit einzubeziehen. Daraus ergibt sich eine erweiterte Sichtweise auch dessen, was es heißt, einem Menschen im Sterben nahe zu sein. Ganz gewiss bedeutet dies, diesen Menschen in der je spezifischen Art seiner Verarbeitung des nahenden Todes — als wütenden, mit dem Schicksal verhandelnden, seine Situation annehmenden Menschen — wahrzunehmen. Der Tod ist aber nicht das wichtigste Gegenüber des Sterbenden. Gegenüber des Sterbenden sind auch die bedeutungsvollen Anderen, die Menschen, die für den Sterbenden wichtig sind. Das heißt: Es gilt den Sterbenden als Menschen zu sehen, der im Sterben in vieler Hinsicht herausgefordert ist, Abschied und Trauer zu gestalten und sich gerade dadurch nochmals neu zu orientieren. In noch viel ausgeprägterem Mass gilt dies für die Angehörigen. Ihr Schmerz ist vor allem der Beziehungsschmerz. Sie zu verstehen bedeutet: Sie in diesem ganz besonderen Beziehungsschmerz zu sehen. Seelsorge kann dazu beitragen, dass Sterbende und Angehörige ihren Beziehungsschmerz und ihre Bedürfnisse explorieren, ihre Beziehung klären und ihre individuelle Trauer zulassen können. Hilfreich ist es auch, wenn Angehörige in die Pflege eingebunden und dazu ermutigt werden, einander seelsorglich zu unterstützen. Manchmal wird Seelsorge zur Beistandschaft, die dazu beiträgt, dass Angehörige über ihre Rechte und Pflichten informiert werden und sich in den Strukturen des Krankenhauses ihren Raum zu nehmen wagen.

6. Von der Kranken- zur Leidengeschichte

Systeme sind nicht zuletzt durch die Geschichten mitbestimmt, die in ihnen kursieren.³³ Im System Krankenhaus ist es ein bestimmter Typus von Geschichte, der das Geschehen bis hinein in viele

³³ Czarniawska, B. (1998): A Narrative Approach to Organization Studies (Qualitative Research Methods Series 43), Thousands Oaks/London/New Delhi.

Verästelungen des ärztlichen und pflegerischen Alltags prägt: Es ist die Krankengeschichte, die das Leiden und Sterben eines Menschen in die Koordinaten von medizinischen Messwerten, Ursachenketten und Behandlungseingriffen einzeichnet. Krankengeschichten werden zu dem, was White/Epston „dominierende Geschichten“ nennen.³⁴ Sie sind die Geschichten, in denen sich jener Diskurs herauskristallisiert und niederschlägt, der das Geschehen im System Krankenhaus bestimmt. Menschen unter dem Regime solch dominierender Geschichten werden je nach Krankheitsbild bestimmte Verlaufskurven zugeordnet, in die hinein nicht nur Vorstellungen verwoben sind, wie ein Kranker wieder gesund werden kann und soll, sondern auch statistisch bestimmbare Wahrscheinlichkeiten, woran und wann er sterben könnte. Menschen im Krankenhaus drohen sich mit diesem dominierenden Typus von Geschichte so weit zu identifizieren, dass sie ihre eigene Wahrnehmung und ihre höchst persönlichen Geschichten immer mehr nach deren Formvorgaben zu gestalten beginnen.

Die eigenartige Position des „Dazwischens“, die der Seelsorge im Krankenhaus zukommt³⁵, zeigt sich nicht zuletzt darin, dass sie ihre Existenzberechtigung aus Geschichten und Traditionen ableitet, die gänzlich jenseits eines zweckrational auf Heilung ausgerichteten Grosssystems Krankenhaus liegen. In ihnen ist aufgehoben und in vielen Facetten thematisiert, was dieses System immer wieder rational zu bewältigen versucht, in seinen Krankengeschichten fasst und sonst auszugrenzen droht: das Leiden, der Tod, die Trauer, Protest und Klage, Einmaliges, Unerhörtes, nie Dagewesenes. Seelsorge gewinnt gerade daraus ihren eigenen Blickwinkel. Seelsorgerinnen und Seelsorger hören — wie dies die Erfahrungsberichte zeigen — sorgfältig darauf, was in und hinter den dominierenden Krankengeschichten an Unerzähltem, Unerhörtem und Unerwarteten steckt. Sie können diesen Raum mit ihren eigenen Geschichten ausleuchten, die einen anderen Grund haben als die Logik des Kurierens. Sie können Geschichten hervor zu locken versuchen, die sonst verschwiegen werden müssten. Sie können Angst und Hoffnung aus den dominierenden Krankengeschichten herauslösen und Krankengeschichten in Leidensgeschichten umzuerzählen helfen, in „Umkehrgeschichten“, „Haderergeschichten“, „Ergebenheitsgeschichten“, „Verklärungsgeschichten“, „messianische Geschichten“³⁶. Gerade so kann Seelsorge dazu beitragen, dass Menschen, die vom Sterben betroffen sind, auch ihre letzte Wegstrecke als wirklich lebendige Menschen, als beziehungsgeborene, geschichtliche und Geschichten erzählende „Zwischenraum-Wesen“ in der ganzen Würde ihres Leidens gehen können.

Im Hören, aktiven Deuten und aktualisierenden Gestalten solcher „Erfahrungen mit Erfahrung“, solcher Symbole und Geschichten lässt sich eine weitere Dimension der Seelsorge im Umfeld von Sterben, Tod und Trauer im Krankenhaus fassen. Die meisten anderen Dienste im Krankenhaus sind auf das Erklären und Behandeln ausgerichtet. Seelsorge ist hier eine Ausnahme und eine einzigartige Dienstleistung des Krankenhauses: Sie hilft zu deuten und zu interpretieren, was nicht mehr erklärt und behandelt werden kann, sie hilft Geschichten dort weitererzählen, wo die Krankengeschichten abbrechen.

³⁴ White, M./Epston, D. (1994): Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken, 2. Aufl., Heidelberg.

³⁵ Klessmann, M. (1996): Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, in: Klessmann, M. (Hrsg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen, 13-27, spricht von der Krankenhauseelsorge im „Zwischen“-Raum, 14.

³⁶ Dies ist eine Typologie von Leidensgeschichten, die die Silvia Käppeli bei der Untersuchung von religiösen Motiven in der Leidenserfahrung von krebserkrankten Juden und Christen aufgrund narrativer Interviews entwickelt hat: Käppeli, S. (1998): Zwischen Leiden und Erlösung, Bern etc., 97ff.

7. Delegation und Inter-esse

Fassen wir das Gesagte unter einer letzten Perspektive nochmals zusammen. Seelsorgerinnen und Seelsorger suchen Sterbenden im Krankenhaus nahe zu sein, sie in ihren vielen Gefühlen zu verstehen und kompetent zu begleiten. Darin besteht zweifellos eine spezifische und wichtige seelsorgliche Dienstleistung im Krankenhaus, wie sie auch in den Erfahrungsberichten greifbar wird. Blicken wir nochmals zurück, müssen wir allerdings doch noch genauer fragen, welche Delegation des Systems des Krankenhauses darin eigentlich zum Ausdruck kommt und welches ihre Folgen sind. Was systembedingt immer wieder an den Rand zu rutschen droht, wird offenbar als Aufgabe an jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses delegiert, die ebenfalls systembedingt oft am Rande des Geschehens stehen. Genauso wie sich das Sterben im Schnittbereich unterschiedlichster Subsysteme des Krankenhauses abspielt, genauso ist ja auch Seelsorge systemisch nicht fest eingebunden in das Krankenhaus. Es ist verständlich, dass die Delegation der Sterbe- und Trauerbegleitung an die Seelsorge dort auf die entsprechende Bereitschaft trifft.

In dieser systemisch ähnlichen Ausgangsposition sind zum einen Möglichkeiten einer besonderen Solidarität und Empathiefähigkeit für Sterbende und Angehörige begründet. Seelsorgerinnen und Seelsorger können aus eigener Erfahrung einen Teil dessen nachvollziehen, was Sterbenden und Trauernden im Krankenhaus zu geschehen droht. Sie wissen, was es bedeutet, an den Grenzen dieses Systems zu arbeiten, dazu zu gehören und doch nicht ganz dazu zu gehören. Sie können dieses Dazwischen als eigenen Raum neu zu definieren versuchen. Es ist ein Raum, in dem Menschen im Spannungsfeld zwischen Routine und der Einzigartigkeit jedes Sterbens, zwischen Zeitknappheit und Zeitlosigkeit, persönlicher Betroffenheit und professioneller Rolle, Macht und Ohnmacht unterwegs sind. Es ist ein Raum, in dem das unvermeidbare „Dazwischen“ des menschlichen Lebens, Sterbens und Trauerns überhaupt aufscheinen kann und sich „Interpathie“ für das, was zwischen den verschiedenen Menschen in Sterben, Tod und Trauer geschieht, entwickeln kann. So wird diese Delegation zur Chance der Seelsorge und letztlich auch des Krankenhauses.

Diese Delegation hat aber auch ihre problematische, verführerische und auslaugende Seite. Seelsorgerinnen und Seelsorger sind versucht, als eine Art stellvertretende, gute „extrafamiliäre Angehörige“ emotional näher an Sterbende und Trauerende heran kommen zu wollen, als es die anderen Beteiligten im System Krankenhaus, ja selbst die Angehörigen können. Dabei besteht die Gefahr, dass sie sich in die Familie „hineindrücken“³⁷ und damit die Angehörigen im ihnen eigenen Rhythmus des Abschieds stören. Es stellt sich zudem die Frage, ob sie Ärzte und Pflegende durch ihre Sterbe- und Trauerbegleitung nicht von einer Aufgabe zu entlasten versuchen, die eigentlich allen Diensten des Krankenhauses als „Cura“, als gemeinsame Sorge und Gestaltungsaufgabe übertragen ist. Diese Delegation bringt zudem grosse emotionale Belastungen mit sich. Seelsorgerinnen und Seelsorger sollen gerade dort immer neu offen und durchlässig sein, wo das System sich verschliesst: im Wahrnehmen des Scheiterns, der Grenzen, der letzten Fraglichkeit menschlichen Bemühens. Sie sollen auf all jene Abwehrformen verzichten, die die unterschiedlichsten Techniken und Verrichtungen des Krankenhauses sonst möglich machen, und menschlich präsent und zuverlässig nahe sein. Ich vermute, dass damit ein ganz besonderes Berufsrisiko der Seelsorge im Krankenhaus verbunden ist und sich Burnout von Seelsorgerinnen und Seelsorgern nicht zuletzt aus dieser problematischen Delegation entwickeln kann. Alle anderen Dienste im Krankenhaus entwickeln ihre eigenen Abwehrstrategien. Sollten Seelsorger und Seelsorgerinnen tatsächlich keine benötigen?

³⁷ Bolay, W. (1996): „Ich bin gespannt, wie der Himmel aussieht.“ Seelsorge mit Sterbenden, in: Klessmann, M. (Hrsg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen, 96.

Deshalb plädiere ich für ein Stück reflexive Distanz in der Kranken- und Sterbehaus-Seelsorge. Deshalb möchte ich das Leitbild des „Begleitens“ ins Systemische erweitern. Zugespitzt liesse sich der Perspektivenwechsel so umschreiben: Die Person, die Seelsorge anbietet, wird von einer professionellen Angehörigen zu so etwas wie einem „Assistenz-Trainer“ des Problemsystems, das sich um einen Sterbenden entwickelt. Die Position des „Go-between“ zwischen den Subsystemen des Krankenhauses und die Chance von Distanz, Eigenständigkeit und Kritik, die damit verbunden sind, wird dabei von Seelsorgerinnen und Seelsorgern produktiv genutzt. Natürlich ist Nähe auch in dieser Sicht weiterhin nötig. Aber es ist eine nicht nur individualpsychologisch, sondern auch systemisch auf ihre Funktion und Wirkungen hin durchdachte Nähe, ein „Inter-esse“, ein Dazwischen-Sein im tiefen Sinn des Worts, aus dem das Interesse jenes Gottes spricht, der als heilsame Unterbrechung aller Routinen des Sterbens und Trauerns lebenseröffnend Mensch geworden ist.