

## 1.2 Angstkontrolle – Der heimliche Auftrag der Medizin

Agnes Schlechtriemen-Kofß

### ■ Fallbeispiel

Herr Boller (Anm. d. Verf.: Name geändert), 78 Jahre alt, lebt in einer Pflegeeinrichtung und hatte vor 2 Jahren einen Schlaganfall, von dem er sich nicht erholt hat. Er wird wegen Schluckstörungen über eine im Magen liegende PEG-Sonde ernährt und ist zu verbaler Kommunikation nur noch sehr eingeschränkt in der Lage. Das Pflegepersonal kann ihn für Pflegemaßnahmen wie Körperpflege und Mobilisation nur mit viel Aufwand motivieren. Mit den wenigen Worten, die er noch spricht, bringt er ab und zu zum Ausdruck, dass er «in Ruhe gelassen werden will», dass er «überhaupt nicht mehr will» und «nicht mehr kann». Sein Sohn besucht ihn regelmäßig und ist sehr um sein Wohlergehen und seine Gesundheit besorgt. Eines Tages legen die Beobachtungen des Pflegepersonals nahe, dass Herr Boller eine Lungenentzündung hat. Der Sohn fordert das Pflegepersonal auf, dringend die behandelnde Ärztin zu holen, die dann auch eine akute Lungenentzündung diagnostiziert. Sohn und Ärztin bringen ihn daraufhin umgehend ins Krankenhaus. Dort erleidet er in der Notaufnahme einen Kreislaufstillstand. Die begleitende Ärztin beginnt sofort mit der Reanimation. (Vgl.: Lakotta, 2010) ■

### 1.2.1 Einleitung

Warum reanimiert die Ärztin? Warum drückt Herr Boller keinen direkten Wunsch aus, sterben zu wollen? Was treibt den Sohn dazu, seinen schwerstkranken Vater ins Krankenhaus zu bringen? In diesem Beitrag wird gezeigt, dass für die Verhaltensweisen der Protagonisten in solchen Situationen nicht nur individuelle Einstellungen und Erfahrungen eine Rolle spielen. Vielmehr sind personenunabhängig Ängste aller Beteiligten vor der Endlichkeit im Spiel. Diese werden jedoch geleugnet, weil sie die tiefsten menschlichen Ängste sind. In den folgenden Ausführungen versuche ich zu belegen, dass es vor diesem Hintergrund einen gesellschaftlichen Auftrag zur Endlichkeits- und

Angstkontrolle an das Gesundheitswesen gibt – ein Auftrag, der zunächst scheinbar sinnvoll ist, aber auch einen sehr hohen Preis hat. Es ist ein hoher menschlicher und ökonomischer Preis für die Gesellschaft, ein Preis für die Gesundheitsberufe, die keine Angst haben dürfen, vor allem aber ein hoher Preis für den einzelnen schwerkranken Menschen, der oft mit vermeidbaren Qualen und Leiden und weiteren Ängsten bezahlt.

### 1.2.2 In jeder Angst steckt ein Stück Todesangst

Was hat es mit der Angst auf sich, die in unserem Fallbeispiel eine so große Rolle spielt? Was genau ist Angst eigentlich? Das Wort «Angst» leitet sich ab vom lateinischen Wort «angustus», das bedeutet «einengend», «die freie Bewegung hindernd» und beschreibt damit, wie extrem bedrohlich Angst sich anfühlt (s. a. Kap. 2.1, 2.3, 3.4 und 6.1). Hier nur einige der typischen, zum Teil sehr quälenden Körpersensationen während der Angst, die jeder kennt:

- Enge- oder Beklemmungsgefühle in Hals und Brust
- Atemnot
- Herzrasen
- Anspannung/Erstarrung der Skelettmuskulatur.

Diese Körperempfindungen werden durch spezifische physiologische Vorgänge ausgelöst, die bei wahrgenommener Bedrohung automatisch ablaufen, wie zum Beispiel die Ausschüttung von Katecholaminen und Kortikoiden. Bei aller Individualität des menschlichen Verhaltens lässt sich der Umgang mit Angst grundsätzlich in eine von drei Kategorien einordnen, die auf den physiologischen Angstreaktionen fußen und die hier etwas pointiert bezeichnet werden als:

- Schockstarre
- Angriff oder
- Flucht.

Wir können eigene Angstreaktionen nicht willentlich verhindern. Nur die Art, in der wir mit Ängsten umgehen, lässt sich – in Grenzen – willentlich beeinflussen. Wir können im Fallbeispiel beobachten, wie die Protagonisten durch verschiedene Ängste in ihrem Handeln motiviert sind und wie sie jeweils damit umgehen. Der Sohn von Herrn Boller hat vermutlich Angst, dass sein Vater an der Lungenentzündung stirbt und holt sich Hilfe beim medizinisch-pflegerischen Personal. Die Ärztin hat vermutlich Angst, ihrem medizinischen Auftrag nicht gerecht zu werden und reagiert spontan mit dem Beginn der Reanimation, ohne diese Entscheidung zu prüfen. Vom Pflegepersonal erfahren wir im Fallbeispiel nicht viel, können aber mutmaßen, dass es Herrn Bollers Lebensende kommen sieht, aber Angst hat, die Verantwortung für das Sterben zu übernehmen, zumal die Pflegerolle das nicht vorsieht und Herr Bollers Sohn dessen Tod nicht akzeptieren will.

Der Angst kommt kultur-, alters- und schichtenübergreifend psychologisch sowie physiologisch eine lebenswichtige Bedeutung zu. Angst ist ein existenzieller, natürlicher Schutzmechanismus, der dazu dient, eine Bedrohung zu entschärfen oder ihr zu entkommen. Angst ist ein Instinkt zur Arterhaltung, daher führt jede Angst letztlich zum Thema Endlichkeit. In jeder Angst steckt im Kern auch ein Stück Todesangst, denn nichts bedroht unsere Existenz so sehr wie der Tod, der «tod-sicher» unser Leben beendet. Das bildet sich auch in unserer Sprache ab: Die stärkste Formulierung für Angst ist die «Todesangst». Wir verwenden den Begriff unabhängig davon, wovor wir Angst haben, worauf sich unsere Angst bezieht. Menschen mit sehr heftigen Ängsten oder mit Panikstörungen haben in den Momenten der Angst und Panik meist zeitgleich das Gefühl: «Ich sterbe.» Dies mag verdeutlichen: In jeder Angst, die wir fühlen, steckt ein Stück Todesangst.

### 1.2.3 Sinn der Angstabwehr

Paradoxerweise ist Angst ein fundamentaler Schutzmechanismus, der das Überleben sichert, gleichzeitig aber auch ein quälendes, scheinbar unerträgliches Gefühl, das wir unbedingt vermei-

den oder zumindest schnellstmöglich loswerden wollen. Die Unerträglichkeit des Angstempfindens und das Beenden-Wollen der Angst sind gemeinsamer Ausdruck des gleichen Schutzreflexes und im Sinne des Überlebens ausgesprochen sinnvoll. Auch physiologisch stellen intensive Angstreaktionen eine große Belastung dar, vor der der Körper sich schützt. Wenn die Katecholaminspeicher aufgebraucht sind, lässt die Angst nach, was in der Konfrontationstherapie genutzt wird. Starke Angst erleben wir als unvereinbar mit dem Leben. Angst zu empfinden impliziert somit psychologisch den Wunsch, Angst zu beseitigen, wegzuschieben oder wenigstens nicht mehr zu spüren. Wir fühlen nach der inneren Gleichung: «Angst = (Lebens-)Gefahr» und «Angstende/Angstfreiheit = Ende der (Lebens-)Gefahr». Daraus folgt die Maxime: «Die Angst muss weg». Im Sinne der Lebenserhaltung ist das auch sinnvoll und notwendig. Es ist eventuell lebenserhaltend, einen angreifenden Bären mit einer geeigneten Waffe zu töten. Nicht immer kann die Bedrohung aber leicht beseitigt werden. Wer Angst hat, versucht daher oft, die auslösenden Situationen zu meiden, Menschen mit starker Angst, vor Gruppen zu sprechen, werden oft Situationen meiden, in denen sie Gefahr laufen, vor Gruppen sprechen zu müssen. Vermeidungsverhalten aber löst oft Angst vor der Angst aus, verstärkt sie und kann zur Ausbreitung der Angst auf weitere Lebensbereiche führen.

Da Todesangst die größte Angst und fundamental ist, trifft die beschriebene Gleichung auf sie besonders zu. Wir setzen also alles daran, Todesangst nicht fühlen zu müssen. Häufig funktioniert dies, indem der Tod gänzlich oder zumindest sein unmittelbar bevorstehendes Eintreten geleugnet wird. Ein reales Fallbeispiel zeigt, wie mächtig und beeindruckend diese Verdrängungsleistung sein kann:

#### ■ Fallbeispiel

Eine Brustkrebspatientin erleidet nach vielen Jahren ein Rezidiv, das sich bei seiner Entdeckung bereits so weit ausgedehnt hat, dass es nicht mehr therapierbar ist. Zwischenzeitlich hat es die gesamte Thoraxwand ergriffen und «ummauert», die Patientin liegt stationär, kann das Bett kaum noch verlassen. Sie ist voll

ansprechbar, intellektuell nicht eingeschränkt, freundlich und relativ gut gestimmt. Obwohl die Patientin bei den Verbandwechseln ihre körperliche Verfasstheit selbst sehen kann, nimmt sie sie scheinbar überhaupt nicht wahr. – Vorsichtige Angebote des Personals, über ihre Situation zu sprechen, nimmt sie nicht an, spricht ihrerseits davon, dass es ihr «sehr gut» geht und was sie nach dem Krankenhausaufenthalt alles machen wird. Erst wenige Momente vor ihrem Tod erfasst sie die Situation und erleidet Todesangst. ■

Wenn wir nicht wahrhaben wollen, was wir sehen, fühlen, hören, schmecken [...], sind wir als Menschen in der Lage, das Gesehene, Gehörte, Gefühlte [...] nicht wahrzunehmen. Angstabwehr ist zunächst also ein psychophysiologischer Vorgang, der mit dem Erleben von Angst automatisch einsetzt und notwendig ist, um nicht ständig in Angst zu sein. Gleichzeitig stellt die Angstabwehr selbst oft auch ein Problem dar, weil sie die Realitätswahrnehmung und damit die Handlungsfreiheit einschränkt und uns die willentliche Steuerung unmöglich macht. Dies wird auch bei der Frau mit fortgeschrittenem Brustkrebs deutlich. Sie hat keine Möglichkeit, ihre letzten Dinge zu regeln und sich auf das Ende einzustellen. Irvin D. Yalom plädiert deshalb dafür, die Angst vor dem Tod zu bearbeiten und zu überwinden und gibt dazu konkrete Anregungen (Yalom, 2008). Ich schließe mich seiner Sichtweise mit Einschränkungen an: Angst kann sich tatsächlich lösen, wenn wir bereit sind, sie in vollem Umfang anzunehmen, sie auszuhalten, und wenn es uns gelingt, sie genau zu verstehen. Angst vor dem Tod und der Impuls, diese abzuwehren, wird für die meisten Menschen dennoch bleiben und bis zum Lebensende eine Herausforderung sein.

### 1.2.4 Endlichkeit leugnen ist nicht hilfreich

Weshalb macht nun der Tod eine solche nicht zu überbietende Angst? Ein tiefer Wunsch nach Leben ist dafür ein Grund. Gleichzeitig wissen wir Menschen rational, wahrscheinlich als einzige Lebewesen, ganz genau, dass unser eigenes Leben mit dem Tod endet. Wir können uns

selbst immer nur als Seiende denken und vorstellen. Unser Selbstkonzept ist immer ein Konzept einer/eines Seienden. «Sein» ist das Fundament unserer Identität. Daher können wir, solange wir leben, die Endlichkeit unseres Seins nie vollständig in unser Selbstkonzept integrieren, obwohl sie uns gleichzeitig intellektuell klar ist.

### Der Tod als narzisstische Kränkung

Bevor auf spezielle Themen in Zusammenhang mit Tod und Sterben eingegangen werden kann, sollen einige Überlegungen zur innerpsychischen Dynamik der Todesthematik vorgestellt werden. Seit den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts gewinnen innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung die Narzissmustheorien zunehmend an Bedeutung. Unter Narzissmus wird hierbei Unterschiedliches verstanden: von der gesunden Selbstliebe bis hin zu pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen in Zusammenhang mit der Absicherung eines brüchigen Selbst. Auch Scham ist ein an sich narzisstisches Thema. Scham, Kränkung, Angst vor Abhängigkeiten, all diese narzisstischen, also mit der Konsolidierung und Aufrechterhaltung eines positiven Selbst(wert)gefühls (Angst vor dem endgültigen Versagen; vgl. Petzold, 2006) verbundenen Themen werden durch die Konfrontation mit dem Tod angerührt.

Dabei ist die Sterblichkeit an sich, die Jaspersche «Bewusstheit der Zerbrechlichkeit des Seins» (Jaspers, 1919: 272 f.), als die größte narzisstische Kränkung des Menschen anzusehen und enorme individuelle und gesellschaftliche Anstrengungen werden unternommen, diese Kränkung zu negieren. Im individuellen Leben dient dazu vor allem die Verdrängung der Tatsache der Sterblichkeit. Jedoch ist auch das Gegenteil zu bedenken: Grandiose Gefühle des Eingehens ins Nirwana oder das «All-Eine» durch einen Suizid gehören ebenfalls in die narzisstische Kategorie. Aber auch die narzisstisch motivierten Machbarkeitsphantasien ärztlicher und psychotherapeutischer Heiler sind hier zu nennen. Auch sie empfinden Scham und Krän-

kungserlebnisse, wenn sie einmal nicht helfen können, wenn den Bemühungen einmal kein Erfolg beschieden ist.

Ein *Memento Mori* ist immer auch ein Aufruf zur Bescheidenheit, ein notwendiges Hinterfragen narzisstischer Größenphantasien und Allmachtsideen. So meint denn auch der viel zitierte Sogyal Rinpoche (1999: 51): «[...] der Sinn des Nachdenkens über den Tod besteht in einer umfassenden Veränderung in der Tiefe unseres Herzens».

«Wie den römischen Feldherren, denen beim glorreichen Einzug nach Rom immer wieder ein ›Bedenke, dass Du sterblich bist!‹ ins Ohr geflüstert wurde, mag also die Todesthematik auch einen Schutz davor darstellen, den Boden unter den Füßen zu verlieren und sich in narzisstische Höhenflüge zu versteigen.» (Vogel, 2007: 83 f.)

Vogel weist auf das fundamentale Ausmaß der Bedeutung hin, die die Endlichkeit für uns Menschen hat und die wir nicht spüren wollen, weil sie mit unseren narzisstischen Wünschen, dem Wunsch, als Wesen «wesentlich» zu sein, psychisch unvereinbar ist. Der Tod gefährdet uns also auf doppelte Weise existenziell: Erstens bedroht er unsere physische Existenz und zweitens unser Selbstkonzept. Der daraus resultierende tiefgreifende Verleugnungswunsch beeinflusst auch das Gesundheitssystem, wie ich an späterer Stelle ausführen werde. Er ist ein weitgehend unbeachteter mächtiger Steuerungsfaktor für seelische Prozesse, Haltungen und Verhaltensweisen Einzelner, Gruppen und der Gesellschaft. Vielleicht halten Sie als LeserIn diese Sichtweise für stark überzogen. Vielleicht denken Sie auch: «Ja das mit der generellen Verleugnung der Endlichkeit stimmt wohl, aber auf mich trifft das nicht zu.» Daher berichte ich an dieser Stelle von einer eigenen Erfahrung. Mit Mitte Zwanzig, damals junge Intensivfachschwester, hätte ich den vorangehenden Satz selbst so vermutlich nicht gesagt, aber doch auf jeden Fall gedacht. Ich meinte damals, mich «hinreichend» mit dem Thema Endlichkeit/Sterben/Tod zu beschäftigen und ziemlich «weit» und «reif» im Umgang mit dem Thema zu sein, also das Wissen um meine Endlichkeit nicht wegzuschieben.

Heute amüsiert mich meine damalige Haltung und ich kann sehen, dass ich diese «lockere» Einstellung vor allem meiner Jugend verdanke. Heute, ein paar Jahrzehnte näher am eigenen Tod, therapeutisch und supervisorisch ausgebildet und mit Tod und Sterben im Verwandten- und nahen Freundeskreis oft konfrontiert, kann ich meine Ängste vor Tod und Endlichkeit stärker spüren und manchmal nicht so leicht fortschieben. Warum schreibe ich das? Meine Erfahrungen mit mir, mit Mitmenschen, Patienten und Gesundheitspersonal haben mich zu der tiefen Überzeugung kommen lassen, dass wir alle eine ungeheure, in ihrem Ausmaß gar nicht zu überschätzende Verdrängungs-, Verleugnungsarbeit leisten, um die Zerbrechlichkeit unseres Seins und unsere Endlichkeit nicht bzw. nicht in vollem Umfang fühlen zu müssen (Abb. 1-2, S. 34).

Es geht mir nicht darum, das negativ zu bewerten, denn in ständiger vollständiger Bewusstheit unserer Endlichkeit könnten wir vermutlich nicht leben. So hilft auch die moralische Aufforderung nicht viel weiter, die Gesellschaft und der Einzelne müssten Endlichkeit und Tod stärker annehmen. Bei einem Seminar, das ich zu dem Thema durchführte, sprach mich in der Pause eine Krankenschwester an. Sie berichtete, sie habe früher ihren Krebspatienten gegenüber die Einstellung gehabt, sie müssten ihre Krankheit und das Sterben-Müssen «einfach nur» annehmen und es habe sie gestört, wenn die das meist nicht taten. Inzwischen sei sie selbst an Krebs erkrankt. Sie hadere extrem mit ihrer Situation, könne sie einfach nicht akzeptieren und das quäle sie sehr. Sie werfe sich auch vor, dass sie ihre Erkrankung nicht akzeptieren könne und leide daher unter starken Schuldgefühlen. Schuldgefühle habe sie auch, weil sie für das Hadern ihrer Patienten damals so wenig Verständnis gehabt habe. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie belastend es sich auswirkt, wenn das Nicht-akzeptieren-Können des Todes negativ bewertet wird. Wir sollten davon ausgehen, dass wir uns als Menschen die Endlichkeit bis zu unserem Ende immer nur schrittweise und für kurze Momente anfühlen lassen können, weil sie zu starke Angst auslöst. Als Beispiel möchte ich eine Ärztin nennen, die offen über ihren Hirntumor und den bevorstehenden Tod





**Abbildung 1-2:** Der Mensch leistet eine ungeheure Verdrängungs- und Verleugnungsarbeit, um die Zerbrechlichkeit des Seins und dessen Endlichkeit nicht bzw. nicht in vollem Umfang fühlen zu müssen. (Quelle des Cartoons: © Heiko Sakurai)

sprach, ihr Erbe aufteilte und scheinbar ganz klar ihr Ende fühlte und akzeptierte. Als sie jedoch erstmals einen zerebral bedingten Krampfanfall erlitt und kollabierte, erzählte sie jedem, das habe nichts mit dem Tumor zu tun, es sei so heiß gewesen. Diese Reaktionsweise ist für Beobachter und Personal irritierend. Verstehen können wir sie nur so, dass die Nähe des Sterbens für die Patientin unerträglich war und es daher notwendig war, die Realität extrem verzerrt zu symbolisieren. Personal in Hospizen weiß Ähnliches zu berichten. Angehörige und Menschen, die bei ihnen sterben, verlangen öfters noch einmal dringend nach einer kurativen Therapie (z. B. einer intravenösen Infusion), obwohl sie sich bei ihrer Aufnahme ausdrücklich einverstanden erklärten, darauf zu verzichten. Solange wir leben wollen, versuchen wir unsere Endlichkeit auf Distanz zu halten und haben Angst, wenn sie spürbar wird. Dazu abschlie-

ßend die Äußerung einer Patientin: «Ende. Alles endet. Das ist alles. Das Ende meines Hauses, all meiner Dinge, meiner Erinnerungen, meiner Bindungen an die Vergangenheit. Das Ende von allem. Das Ende von mir – das ist der Kern davon. Sie wollen wissen, wovor ich mich fürchte. Das ist ganz einfach: Es gibt mein Ich nicht mehr!» (Yalom, 2008: 125).

### 1.2.5 Krankheit konfrontiert uns mit unserer Endlichkeit

Die gewaltige Dimension der Endlichkeitsverleugnung wurde bereits dargestellt. In unserer Gesellschaft sind wir aktuell weder durch einen Krieg noch durch große soziale Missstände, Katastrophen oder Hungersnöte vom Tode bedroht. Somit sind Krankheiten, altersbedingte Einschränkungen, Unfälle und andere Gesundheitsbeeinträchtigung in den reichen Ländern

die relevanten Punkte, die uns trotz aller Endlichkeitsverleugnung mit der Zerbrechlichkeit des Seins und der Endlichkeit konfrontieren.

Dazu muss man nicht einmal selbst betroffen sein. Es genügt, wenn Angehörige, Freunde oder Menschen aus dem näheren Umfeld erkranken, einen Unfall erleiden oder gar versterben, das löst nicht selten richtige Krisen aus. Viele Angehörige spüren plötzlich die Begrenztheit des eigenen Lebens, fragen sich: «Wie werde ich sterben? Wie lange habe ich noch?» Alle Fragen des Lebensendes rücken näher, sie bekommen oft Angst oder gehen zum Arzt, weil sie fürchten, selbst an etwas Schlimmem erkrankt zu sein. Viele Gesundheitsberufe arbeiten ständig mit dieser Konfrontation. Einige meiner Auszubildenden in der Pflege fürchteten in schöner Regelmäßigkeit, genau an dem erkrankt zu sein, was gerade im Unterricht behandelt wurde oder was sie gerade auf Station erlebt hatten. Eine ganze Menge unnötiger Gastroskopien, CTs und anderer Untersuchungen wurden vor diesem Hintergrund durchgeführt.

Noch stärker konfrontiert natürlich die eigene Erkrankung mit der Endlichkeit. Da genügen oft weniger bedrohliche Diagnosen. Am intensivsten ist die Konfrontation mit Endlichkeit für Menschen, die eine lebensgefährliche Erkrankung erleiden. Dazu die wörtliche Äußerung (Interview) einer jungen Leukämiepatientin:

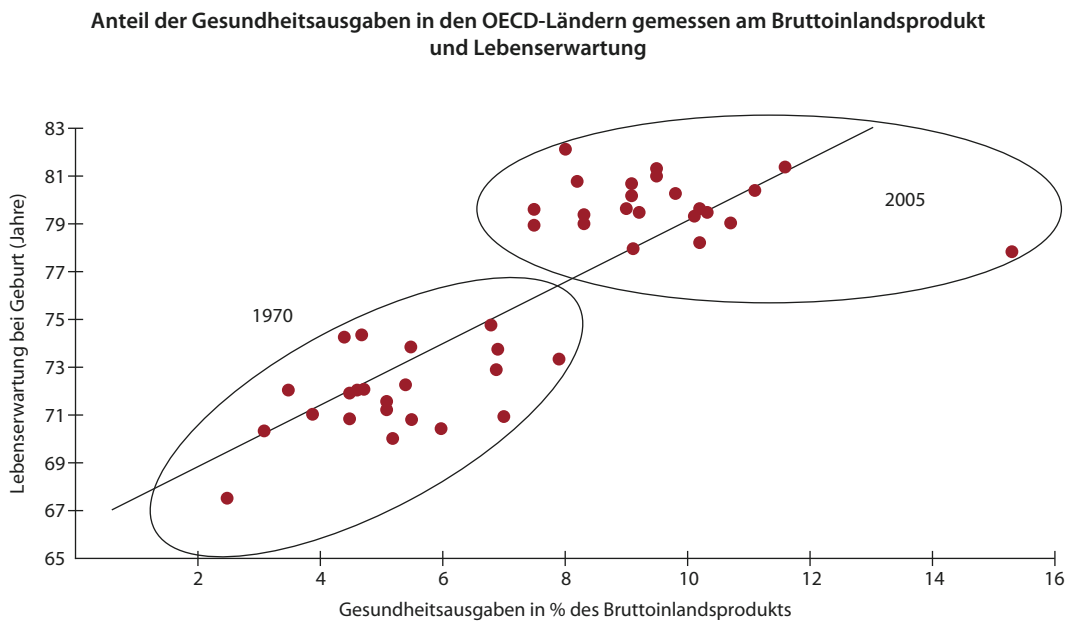
*Also ich hatte erst mal Mühe, das so zu fassen überhaupt und hab dann gemerkt, dass ich mich selber gar nicht in Zusammenhang brachte mit so etwas wie Krebs oder Leukämie. Also, dass mir das unvorstellbar war, dass mir so was zustößt und ich glaube, ich habe die ganzen ersten Wochen wie in so 'nem Wattebausch verbracht, wo ich immer versucht habe, das zu realisieren, dass ich das bin, die das jetzt hat [...] und dass ich so vom Tod bedroht bin! Und habe so gespürt, wie schwierig das war für mich, also, wie das vorher in meinem Leben überhaupt keine Rolle gespielt hat, ähm, ja, die Tatsache, dass wir sterblich sind, ne? Und dass mir so etwas wie Tod auch irgendwann mal begegnen wird.*

Diese Frau geht erstaunlich offen mit ihrer Situation um. Erst durch die Mitteilung der Diagnose kommt die sehr reflektierende und emotional kompetente Patientin in einen plötzlich

nahen Kontakt zur ihrer Endlichkeit. Wir ahnen, wie schwierig der Prozess ist, sich selbst als endliches Wesen zu begreifen und wie wenig wir das als Gesunde im Grunde tun. Wir sehen auch, wie sie erst mit der Erkrankung begreift, dass sie den Kontakt zu ihrer Endlichkeit zuvor im Leben nicht wirklich hatte. Ich bin sicher, die Patientin beschreibt etwas, das alle Menschen nach der Mitteilung einer schlechten Prognose sehr ähnlich empfinden. Gesundheitliche Beeinträchtigungen machen es uns also unmöglich, die Verleugnung der Endlichkeit und des Todes komplett aufrechtzuerhalten und konfrontieren uns ungewollt und unvermeidbar sehr direkt mit diesen Themen. Krankheit löst daher oft fundamentale Ängste aus, die sich nicht nur auf die konkrete, gegebenenfalls geringe Gesundheitseinschränkung beziehen, sondern macht eventuell sehr plötzlich die Jaspersche Zerbrechlichkeit des Seins spürbar.

### 1.2.6 Krankenhäuser sind Orte der Endlichkeitsbekämpfung

Was macht der Mensch nun mit diesem ungewollten Kontakt zur Endlichkeit und den daraus resultierenden Ängsten? Das Gesundheitswesen übernimmt in diesem Zusammenhang eine zentrale Funktion. Die Errungenschaften der Medizin kontrollieren und beeinflussen das Sterben, schieben es auf und suggerieren letztlich, dass es sich verhindern lasse. Medizin nutzt die aus der Endlichkeitsverleugnung resultierende gesellschaftliche Idealisierung des Kampfes gegen den Tod und nimmt sich diesen als Auftrag. Die Medizin steht damit psychologisch und gesellschaftlich im Dienste der Beruhigung der tiefsten narzisstischen Kränkung, die wir kennen, eben unserer Sterblichkeit. Sie soll die mit ihr verbundenen Ängste beseitigen, wegschieben oder wenigstens lindern. Nur so ist es zu erklären, dass wir als Individuen und als Gesellschaft bereit sind, so viel Geld – 287,3 Milliarden Euro im Jahre 2010 (Statistisches Bundesamt) – in unser Gesundheitswesen zu investieren. **Abbildung 1-3** zeigt, wie die gestiegenen Gesundheitskosten den Todeszeitpunkt in den OECD-Ländern nach hinten verschoben haben. Dafür sind größtenteils weiterentwickelte Therapien bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die bei uns trotz-



**Abbildung 1-3:** Anteil der Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern, gemessen am Bruttoinlandsprodukt und an der Lebenserwartung (Quelle: Felder, 2008: 24)

dem immer noch die häufigste Todesursache darstellen, verantwortlich.

Wir investieren aber nicht nur so viel Geld ins Gesundheitssystem, damit unser aller Lebenserwartung möglichst ständig weiter steigt. Vielmehr will auch der Einzelne nach Ablauf seiner, im Durchschnitt bereits sehr langen, Lebenszeit das Ende oft nicht annehmen.

*In den letzten Lebensmonaten eines Menschen steigen die Ausgaben für medizinische Versorgung in der Regel stark an. Im Versuch, das Leben zu verlängern, wird im letzten Lebensjahr für Gesundheit im Durchschnitt mehr als das Zehnfache ausgegeben, als für überlebende Menschen in einem Jahr.*

(Felder, 2008: 23)

Diese horrenden Kosten am Lebensende sind sicher nicht durch eine gute palliative Versorgung zu erklären. Sie lassen sich vielmehr nur als Kosten intensiver Diagnostik und Therapie interpretieren, die oft auch in aussichtsloser Lage

offiziell mit kurativer Zielsetzung erfolgt und das Lebensende nur wenig hinauszögern kann. Dies ist ein Beleg dafür, dass das Gesundheitssystem den Tod nicht nur hinausschieben soll, sondern auch die Illusion bedient, Sterben sei, zumindest im Hier und Jetzt, immer vermeidbar. Zwar gibt es keine belastbaren Zahlen zu den Orten, wo in Deutschland gestorben wird. Wir wissen aber, dass am Lebensende viele Menschen aus Pflegeeinrichtungen und von zu Hause noch einmal ins Krankenhaus gebracht werden, wo etwa 50 % der Deutschen versterben, nicht inbegriffen ist dabei die unbekannte Zahl derer, die in Kranken- oder Notarztwagen auf dem Weg dorthin sterben. Grobe Schätzungen gehen davon aus, dass lediglich 10 % der Sterbefälle zu Hause stattfinden.

Medizin rechtfertigt intensive Therapien am Lebensende immer wieder mit ihrem Auftrag, Leben zu bewahren und daher auch eine noch so geringe Chance auf Lebensverlängerung nutzen zu müssen. Auf Seiten der Patienten gibt es eine

übergroße Bereitschaft, sich auch in aussichtslosen Situationen harten, wenig wirkungsvollen und teuren diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen zu unterziehen. Mediziner helfen im Kampf gegen den Tod oder übernehmen ihn stellvertretend für uns. Im Gegenzug zahlen wir Patienten riesige Summen ins Gesundheitssystem und akzeptieren das medizinische «Waffenarsenal», liefern uns ihm aus und nehmen für ein bisschen Hoffnung auf Überleben oft billigend alle noch so großen «Kollateralschäden» in Kauf.

Das Gesundheitswesen dient der Angstbewältigung, gleichzeitig gibt es paradoxerweise gerade im Gesundheitswesen unermesslich viel und große Angst. Angst haben nicht nur die Kranken selbst, sondern ihre Angehörigen oft ebenso sehr oder noch mehr. Das gehäufte Auftreten von Ängsten im Gesundheitswesen ist aber nur auf den ersten Blick ein Widerspruch zu dessen Funktion der Angstbewältigung. Schließlich erhofft sich, wer sich medizinisch behandeln lässt, Hilfe bei der Kontrolle der eigenen Ängste. Der Auftrag der Angstabwehr richtet sich an alle Berufe im Gesundheitswesen. Alle sind auf unterschiedliche Weise mit Ängsten der Patienten konfrontiert und das Pflegepersonal sicher am häufigsten, da es schlicht den intensivsten Patientenkontakt hat. Der größte Erwartungsdruck seitens der Patienten richtet sich an Ärzte: Sie sollen heilen und damit die Ängste nehmen. Da Heilung auch medizinisches Paradigma ist, verschränken sich die Bedürfnisse von Patienten und die Interessen der Ärzte miteinander. Dazu eine Einschätzung von Dr. Bianca Senf, Psychoonkologin an der Universitätsklinik Frankfurt am Main, mit der ich für diesen Beitrag ein Interview führte:

*Ich beobachte sowohl bei den Tumorpatienten als auch bei den Ärzten, Pflegern und auch bei unserer Berufsgruppe, den Psychoonkologen, eine ganz immense Angst vor Sterben und Tod, wie ja überhaupt in unserer westlichen Gesellschaft diese Angst viel ausgeprägter ist als in anderen Kulturen. Dass Patienten sehr teure und unsinnige Therapien fordern, um sich nicht mit der Tatsache abfinden zu müssen, dass das Leben zu Ende geht, erlebe ich täglich in meiner Arbeit. Und ich kann noch nicht einmal sagen, wie ich selbst reagieren würde. Statt*

*uns mit der Angst zu befassen, gehen wir zum Arzt, der uns mit entsprechenden Untersuchungen bestätigen soll, dass wir keine Angst zu haben brauchen. Das ist natürlich eine Milchmädchenrechnung. Ich glaube auch, die besonders ängstlichen Ärzte produzieren mehr Kosten im Gesundheitswesen, durch MRTs, CTs etc. Wenn ein Arzt mit einem angstvollen Patienten konfrontiert ist, der alle 4 Wochen von ihm eine CT will, verweigert er das oft nicht. Er sagt vielleicht schon, dass er das nicht für nötig hält, lässt es dann aber dennoch durchführen, weil er sich nicht traut, sich mit den Ängsten des Patienten auseinanderzusetzen. Für ihn ist es dann an der Stelle oft einfacher, sich mit all dem, was beim Patienten dahintersteckt, nicht auseinandersetzen zu müssen und stattdessen einfach eine CT anzuweisen. Die Todesangst des Patienten interagiert also mit eigenen Ängsten vor dem Thema und einer Versagensangst des Arztes, der dem Patienten helfen oder ihn retten will. Dann gehen beide einen Handel ein und dieser Handel heißt, wir sprechen das hier alles gar nicht an, wir tun so, als ob. Wir machen weiter Therapie etc., obwohl beide auch irgendwie wissen: Das Ende der Fahnenstange ist erreicht.*

Das Gesundheitssystem übernimmt von uns allen den Auftrag, Ängste vor dem Tod zu kontrollieren. Krankenhäuser werden damit zu Orten der Endlichkeitsbekämpfung und der Todesverleugnung. Sterben wird hier versucht zu verhindern – und wenn es doch geschieht, findet es möglichst in abgesonderten Bereichen wie Palliativstationen statt.

### 1.2.7 Das Gesundheitssystem ist sehr mächtig

Wer so mächtig ist, dass er die Ängste anderer kontrollieren kann, braucht selbst keine Angst mehr zu haben. Ivan Illich (1995: 16 ff.) kritisierte schon sehr früh die «Enteignung der Gesundheit» des Einzelnen und die damit verbundene Macht des Medizinsystems. In der Folge habe sich einerseits das einklagbare Recht des Einzelnen auf Lebensverlängerung entwickelt und andererseits die Pflicht des Einzelnen, sich allen lebenserhaltenden Therapien bis zum Schluss auszusetzen. Ich teile seine Einschätzung, dass das Medizinsystem ein sehr mäch-



tiges ist, bin allerdings der Ansicht, dass dafür maßgeblich der heimliche gesellschaftliche Auftrag der Abwehr von Endlichkeit und Todesangst verantwortlich ist. Angstkontrolle stellt eine große und effektive Machtquelle dar – ein Faktum, das nicht nur auf die Medizin zutrifft, aber eben hier besonders ausgeprägt ist. Angstkontrolle und Macht korrelieren oft positiv miteinander. Angst zu haben dagegen korreliert häufig mit Gefühlen von Ohnmacht und Abhängigkeit. In diesem Sinne stimme ich mit Wolfgang Schmidbauer (1997: 28 ff.) überein, der postuliert, dass Menschen in Gesundheitsberufen in der Arbeit Stärke und Macht empfinden und wohl auch suchen. Er sah das Motiv, in einem Gesundheitsberuf zu arbeiten, in einem ausgeprägten Mangel an Selbstwert seitens des Personals und in dessen übergroßem Wunsch, sich Zuwendung und Wertschätzung von Patienten zu holen. Im Unterschied zu Schmidbauer vermute ich, dass der wahrscheinlichere Stimulus für die Wahl eines Gesundheitsberufs eher in dem Wunsch liegt, eigene Ängste vor der Endlichkeit beherrschen zu wollen. Wahrscheinlich wird das oft durch eine sehr frühe Konfrontation mit den Themen Krankheit und Sterben in der persönlichen Geschichte ausgelöst. Das trifft nach meiner Beobachtung auf viele Pflegenden, Ärzte und Menschen in anderen Gesundheitsberufen zu, so auch auf mich selbst.

Zum Selbstkonzept von medizinisch, therapeutisch und pflegerisch Tätigen gehört es, sich Ängsten, anders als der Durchschnittsmensch, scheinbar «offensiv» zu stellen. Es entspricht der eigenen Rolle, denn mit Ängsten und dem Thema Sterben sind in medizinisch-pflegerischen Berufen schon Auszubildende und Berufsanfänger sofort, teils unvorbereitet, hart konfrontiert. Angst haben und Gesundheitsprofi sein schließt sich vermeintlich aus. Das schränkt zwar einerseits sehr ein, ist aber gleichzeitig eine starke Quelle der Bestätigung und der Stärkung des Selbstwerts. Patienten sagen oft zu Gesundheitspersonal: «Das könnte ich nie, was Sie da machen!» In diesen Worten liegt neben dem Eingeständnis der eigenen Angst und Hilflosigkeit vor allem die Anerkennung des überdurchschnittlichen Mutes des Personals und seiner Bereitschaft, sich mit dem Unbequemen, dem Existenziellen und dem Sterben zu befassen.

Sich den Ängsten der PatientInnen zu stellen, ist bei den Gesundheitsprofis mit einer ganz spezifischen Form des Umgangs mit der Angst verbunden. Sie erklären der Zerbrechlichkeit und Endlichkeit den Kampf. Sie verfügen mit Therapie und Pflege über Instrumente zur Beseitigung oder Beeinflussung angstausslösender Bedrohungen. Die Entfernung eines Tumors beispielsweise, die Ernährung über eine Sonde oder die Blutzuckereinstellung bei Diabetes nehmen dem Patienten Angst. Die Angst des Patienten zielgerichtet beeinflussen und reduzieren zu können, ist eine sprudelnde Quelle von Gefühlen der Stärke und mildert gleichzeitig eigene Lebensängste. Wer so mächtig ist, dass er anderen die Angst nehmen kann, muss selbst keine mehr haben. Zum Selbstkonzept von Gesundheitsprofis gehört es also, durch Professionalität und persönliche Stärke Ängste anderer zu steuern und zu reduzieren – sowie eigene Ängste in Schach zu halten. Ein Gesundheitsberuf hilft dabei und trainiert, eigene Ängste still zu machen. Nur scheinbar haben Gesundheitsprofis als Einzige im Gesundheitswesen keine Angst. Dr. Bianca Senf sagt dazu:

*Ich habe oft das Gefühl, dass das Gesundheitspersonal viel stärker Angst abwehrt als der Durchschnittsmensch! Mein Eindruck ist, dass es bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen viele Menschen gibt, die ein Thema mit Angst, um nicht zu sagen mit Todesangst haben, gerade auch im Bereich Onkologie! Ich glaube, dass es diese Menschen dorthin zieht und dass das eine Form ist, mit der eigenen Angst umzugehen. Wenn ich auf der Seite der Gesundheitsprofis stehe, kann ich die eigene Angst mit meiner Rolle kompensieren, indem ich mich nur indirekt über die Patientenängste mit ihnen befasse. Das wird etwa daran deutlich, dass das Personal immer wieder auf den Patienten fokussiert. Das erlebe ich selbst in meiner eigenen Berufsgruppe so. Die Frage: «Was hat denn diese Situation bei Ihnen ausgelöst?» wird von Kollegen, die wenig Selbsterfahrung oder eigene Psychotherapie in Anspruch genommen haben, überhäufig mit: «Ja, ich glaube, der Patient macht dies und jenes oder hat dies und jenes» beantwortet. Die Fähigkeit, über eigene Gefühle zu sprechen, ist in den Gesundheitsberufen extrem blockiert. Ich erinnere mich an eine Supervision, in der ich fünfmal*

*auf verschiedene Arten nachfragen musste: «Wie haben Sie sich gefühlt, was hat der Patient in Ihnen ausgelöst?»*

Das beschriebene Konzept des Umgangs mit Angst durch die Gesundheitsprofis kommt den Patienten im Prinzip entgegen. Sie werden im günstigen Fall geheilt und erhalten Linderung des medizinisch-pflegerischen bzw. therapeutisch beeinflussbaren Teils ihrer Ängste. Bei dem Teil ihrer Ängste aber, der mit medizinisch-pflegerischen Maßnahmen nicht kontrolliert werden kann, versagt das Konzept. Und das geschieht häufig, etwa weil Ängste von PatientInnen oft trotz der Maßnahmen effektiver Diagnostik, Therapie und Pflege oder gar vor diesen Maßnahmen bestehen oder weil die Bedrohungslage sich medizinisch bzw. pflegerisch nicht im Sinne von Heilung beeinflussen lässt. Solche unbeeinflussbaren, trotz Therapie vorhandenen Ängste der Patienten machen Gesundheitsprofis oft hilflos oder gar ohnmächtig. Eigene und fremde Erwartungen, Angst nehmen zu können, werden dabei enttäuscht. Überdies konfrontieren angstvolle Patienten das Personal mit einer Realität, in der Ängste eben nicht alle gelöst werden können, weil sie zum Beispiel sehr gute Gründe haben. Das Selbstkonzept kann dann nicht sicher aufrechterhalten werden, und eigene Ängste melden sich. Wenn auftauchende Ängste nicht ins Selbstkonzept passen, werden sie verzerrt symbolisiert. Sie werden also nicht als eindeutiges Angstgefühl wahrgenommen, sondern zum Beispiel als unangenehme, störende Missempfindung oder Spannung und schlechte Stimmung.

Typische Abwehrmechanismen des Personals im Umgang mit angstvollen Patienten sind:

- Über Krankheitsprognosen oder negative Folgen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen wird mangelhaft aufgeklärt.
- Pflegerische oder therapeutische Interventionen werden en passant und so selbstverständlich angeboten, dass der Patient den Nutzen nicht in Frage stellt.
- Heikle Themen, die mit Angst einhergehen könnten, werden vermieden.
- Verweilzeiten beim Patienten werden verkürzt; dies wurde schon in den 70er-Jahren

des 20. Jahrhunderts für Visitenzeiten von Siegrist bei Schwerkranken untersucht und belegt und hat sich bis jetzt nicht grundsätzlich verändert (Siegrist, 1978).

- Blickkontakt wird vermieden, Personal wird wortkarg.
- Zeitmangel wird demonstriert.
- Am Patienten wird hektisch und kumuliert gearbeitet.
- Gefühle werden banalisiert, Ratschläge und «platte» Tröstungen erteilt, falsche Hoffnungen geweckt.
- Das Angebot an Diagnostik und Therapie wird erhöht, um Gesprächen über die Unmöglichkeit einer Heilung, Angst und Sterben aus dem Weg zu gehen.

Als ich in einem Seminar Pflegende unterschiedlicher Bereiche und Stationen mit meinen Beobachtungen zu den Abwehrmechanismen der Gesundheitsprofis konfrontierte, rechnete ich mit erheblichem Widerstand. Es wunderte mich, dass niemand widersprach und die TeilnehmerInnen meine Beobachtungen bestätigten. Der Stationsleiter einer Palliativstation berichtete, er habe seinen ärztlichen Kollegen darauf angesprochen, dass die Therapie bei einer sterbenden Patientin aus seiner Sicht sinnvollerweise eingestellt werden sollte. Darauf habe ihm dieser Stationsarzt gesagt: «Wenn wir hier nicht alles versuchen, um ihr Leben [Anm. d. Verf.: das Leben der Patientin] zu erhalten, dann müsste ich den Beruf wechseln.» Dieser Arzt drückt das oben beschriebene Selbstkonzept von Gesundheitsprofis prototypisch aus, obwohl er auf einer Palliativstation arbeitet. Er geht mit seiner Angst vor der Machtlosigkeit in Anbetracht der Endlichkeit und mit der Angst vor dem Tod so um, dass er weiter therapiert, um sein Selbstkonzept als Heilender erhalten zu können. Indem er die Therapie fortsetzt, hält er außerdem eigene Ängste still. Pflegende vertreten in solchen Zusammenhängen häufig eine kontroverse Position gegenüber Ärzten und setzen sich dafür ein, dass Patienten sterben dürfen. Sie sind viel dichter mit den quälenden Leiden konfrontiert, die aus dem Dogma der Lebenserhaltung resultieren, haben aber formal keinen Einfluss auf Therapieentscheidungen. Das löst bei ihnen oft Ohnmachts- und Wut-

gefühle aus. Die oben aufgeführten Abwehrmechanismen gegen Angst lassen sich bei Pflegepersonal und anderen Gesundheitsberufen aber genauso beobachten wie bei Ärzten. Die Gesundheitsberufe arbeiten schließlich gemeinsam in einem System, das dazu dient, Ängste zu bekämpfen, zu steuern oder wenigstens auf Abstand zu halten.

### 1.2.8 Der Auftrag der Angstabwehr bei strenger Hierarchie

Ein angststoffenes Klima würde mit einer Hierarchieverflachung korrelieren. Dazu eine Stellungnahme von Dr. Bianca Senf:

*Im Gesundheitsbereich gibt es aus meiner Perspektive drei Lager: Das eine Lager umfasst die Professionellen, also die Starken, die Macher. Diametral gegenüber stehen die Patienten, das sind die Schwachen. Ein drittes Lager sind die Patienten, die sich in Selbsthilfeorganisationen als Leitung etablieren und mit den Behandlern an einem Tisch sitzen. Diese Gruppe, so meine Beobachtung, hat häufig besonders viel Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung und kompensiert diese mit den Leitungspositionen in den medizinischen Strukturen. Wenn ich in dem Lager oder auf der Seite der potenten, starken Behandlergruppe stehe, dann erlebe ich ein Gefühl von Selbstwirksamkeit in dem Moment, wo ich die Ängste der Patienten scheinbar beruhigen kann, indem ich etwas tue, was auf Heilung zielt. Das stärkt das Selbstwerterleben. In einem System, wo es Abhängige und Unabhängige gibt, ist es natürlich dann auch wichtig, alles zu tun, damit ich im Lager der Unabhängigen, der Starken bleibe. Dafür ist es nötig, selbst keine Angst zu haben. Ich projiziere also meine Ängste auf den Patienten, bin so viel mit den Ängsten der Patienten beschäftigt, dass ich mich mit meinen eigenen gar nicht befassen muss. Wenn ich es dennoch täte, dann würde ich merken, dass das Seil sehr dünn ist, auf dem ich balanciere und dass ich sehr schnell auch auf die andere Seite kippen könnte.*

Wir haben es in unserem Gesundheitswesen also mit einem System zu tun, das sehr große Macht aus der Kontrolle von Ängsten bezieht. Diese Machtfülle liegt beim Personal, wird jedoch im System sehr ungleichmäßig verteilt,

nämlich strikt hierarchisch nach Berufsgruppe und Status. Auch wenn sich die Umgangsformen im Krankenhaus in den vergangenen Jahren vielerorts verändert haben, zählen Krankenhäuser nach wie vor zu den sehr stark hierarchisch gegliederten Organisationen. In solchen Systemen setzen sich die Themen Macht, Angst und Kontrolle auf der Personalseite fort, denn je steiler die Hierarchie, desto mehr Angst haben die MitarbeiterInnen. Und eine ausgeprägte Hierarchie erzeugt Angst ihrer Mitglieder vor Vorgesetzten. Diese Angst stabilisiert und fördert die ungleichmäßige Verteilung der Machtfülle im System. Ich behaupte, dass sich das unausweichlich auch auf das System Krankenhaus selbst auswirken würde, wenn dort ein wesentlich offenerer Umgang mit eigenen Ängsten und denen der Patienten gepflegt würde. Mitarbeiter würden mit der Zeit lernen, eigene Erlebensweisen, eigene Bedürfnisse und Interessen freier und klarer zu beschreiben und zu vertreten. Das bedeutet, die Hierarchie bei den Profis würde abflachen und zudem würde ein größerer Teil der Macht von den Profis auf die Patienten übergehen. In der Konsequenz rüttelt ein veränderter Umgang mit Angst auf struktureller und paradigmatischer Ebene an den Grundfesten des Gesundheitssystems: strukturell, weil es die Macht des Systems insgesamt stark reduzieren und die Machtverhältnisse fundamental verändern würde, paradigmatisch, weil das Dogma der Heilung und Lebenserhaltung um jeden Preis zugunsten eines noch zu entwickelnden neuen Werte-, Ziele- und Aufgabenverständnisses aufgegeben werden müsste. Gesundheitsprofis, die ihre Angst vor der Endlichkeit wahrnehmen können, sind mit dem Patienten auf Augenhöhe, spüren, dass dieser ihnen auf dem gemeinsamen Weg des Menschen an einem wesentlichen Punkt vorausgeht, den sie letztlich nur in Demut begleiten können. So ist es nur schlüssig, dass ein angstfreundlicher Umgang nicht zur Kultur im Gesundheitswesen gehört und Gesundheitsberufe frühzeitig dahin sozialisiert werden, keine Angst zu haben und schon gar keine zu zeigen. Die folgende Äußerung einer Gynäkologin, die in einem großen Krankenhaus tätig ist und lieber anonym bleiben wollte, macht das prototypisch deutlich:

*Wir werden ja schon sehr früh von allen Kollegen und den Chefs darauf hingewiesen, sich auf gar keinen Fall die Angst anmerken zu lassen. «Volle Hosen sind kein guter Ratgeber», hat mir mal ein Chef gesagt, als ich bei einem Eingriff gezögert habe, da er mir riskant erschien. Wenn ich bei uns offen Angst zeigen würde, würde das herumgehen wie ein Feuerwerk, es würde über einen getratscht werden, und man ist schnell abgestempelt als unfähig.*

### 1.2.9 Schlussfolgerungen

Unser aller Wunsch, mit der eigenen Endlichkeit möglichst spät bzw. nicht konfrontiert zu werden, führt zum Auftrag an das Medizinsystem, Ängste zu kontrollieren, Leben zu erhalten und alles zu tun, um den Tod zu verhindern. Die einen haben Angst und geben für die Hoffnung auf Genesung und Lebenserhaltung Kontrolle ab, die anderen übernehmen die Angst- und Endlichkeitskontrolle, legitimieren und stabilisieren damit die Macht des Gesundheitssystems. Dieses Übereinkommen zwischen Gesellschaft und Gesundheitssystem wird durch den medizinischen Fortschritt richtig brisant und problematisch. Je mehr medizinische Möglichkeiten es gibt, desto mehr Situationen entstehen, in denen eine unbedeutende Lebensverlängerung mit einer großen Qual für Patienten und immensen zusätzlichen Kosten verbunden ist. Das pervertiert das originäre Ziel des Gesundheitssystems, Leiden zu lindern. Für solche Qualen am Lebensende sind wir alle als Gesellschaft mit unserem Wunsch, Sterben immer weiter hinauszuschieben, verantwortlich, nicht alleine das Gesundheitssystem oder gar der einzelne Behandler, der oft nur aus Angst vor Beschwerden, einer Klage oder gar einer Strafanzeige eine Therapie durch- oder fortführt.

Was muss sich also ändern? Aus meinen Ausführungen ergibt sich, dass Veränderungen im Umgang mit Endlichkeit und Angst auf individueller, auf gesellschaftlicher und auf der Ebene des Gesundheitssystems erforderlich sind. Das verstärkte Aufgreifen des Themas Tod durch die Medien, die Diskussion um Sterbehilfe, Patientenvollmachten oder die Implementierung von Ethikkommissionen geben hierfür schon heute wichtige und Mut machende Impulse. Men-

Der Rettungsmediziner Dr. de Ridder beschreibt:

*Im Extremfall schockt man jemanden mit einem Tumor im Endstadium ins Leben zurück. [...] Tatsächlich sind unsere Intensivstationen aber voll mit Menschen, die ohne gute Indikation behandelt werden, die dort nicht hingehören. [...] Zum Beispiel die vielen Reanimierten, die im Wachkoma zurückbleiben. Mittlerweile bringt die Medizin jedes Jahr 3000 bis 5000 Menschen in die schreckliche Lage, in der sie dann hängen bleiben [...] Heute leben etwa 100 000 Menschen dauerhaft am Schlauch, obwohl zahlreiche Studien belegen, dass die PEG in der Endphase des Lebens weder das Leben verlängert noch die Lebensqualität verbessert, im Gegenteil. Das gilt besonders bei fortgeschrittenen Demenzen. Das sind teure Menschenrechtsverletzungen am Lebensende [...]. Darf ich 99 Menschen in eine schreckliche Lage bringen, nur weil meine Maßnahme einem nutzt? Was ist das für eine Ethik, in der 99 Entscheidungen, die Leid verursachen, nicht interessieren? [...] Und wer keine Verfügung hat, wird automatisch mit allem traktiert, was technisch machbar ist? Das ist doch eine verkehrte Welt, in der Leute mit Zetteln im Portemonnaie herum laufen: «Bitte keine Schläuche», weil Mediziner dem technologischen Imperativ folgen, anstatt nach dem Wohl des Patienten zu fragen und nach dem, was medizinisch angezeigt ist.*

(Lakotta, 2010)

schen am Lebensende entscheiden sich heute wohl immer öfter gegen kurative Medizin und für die Aufnahme in ein Hospiz.

Bezogen auf notwendige Veränderungen sei auf zwei bedeutsame Fragen eingegangen:

- Was brauchen Patienten bezogen auf Angst?
- Was braucht das Gesundheitspersonal bezogen auf Angst?

#### 1.2.9.1 Was brauchen Patienten?

Wir haben gesehen, wie schwer es für Patienten ist, sich mit ihrer Endlichkeit auseinanderzusetzen. Dafür brauchen sie vom Personal Hilfe, oft viel und sehr kompetente Hilfe. Gleichzeitig



gibt es keine einfachen Rezepte für den «richtigen» Umgang mit Angst. Eine wesentliche konkrete Unterstützung besteht in der ehrlichen, authentischen und klaren Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. Das ist für das Personal oft sehr schwierig und belastend, weil es dabei aushalten muss, dass von ihm kommunizierte Informationen beim Patienten Angst und andere starke Gefühle auslösen, mit denen man dann selbst umgehen muss. Eine der wesentlichsten Hilfen, gerade für schwerkranke und sterbende Patienten, ist es, wenn sich Ärzte, Pflegende und andere Therapeuten den Ängsten der Patienten aufrichtig stellen. Das bedeutet auch anzuerkennen, dass den Patienten ihre Ängste nicht immer zu nehmen sind und dass das Personal genau dafür nicht verantwortlich ist. Es bedeutet, dass das Personal sich für Begegnung und Gespräche über die Krankheitsbewältigung, über Angst und Sterben aktiv anbietet, Kontakt ermöglicht, ihn herstellt. Es bedeutet oft, einfach da zu sein und es dabei auszuhalten, auf Ratschläge oder platte Tröstungen zu verzichten, aktiv zuzuhören, sich gemeinsam mit dem Patienten den Ängsten auszusetzen und zu versuchen, sie ganz genau zu verstehen. Was sich simpel anhört, ist emotional für jeden Menschen eine große und kaum zu überschätzende Leistung. Wer sich dem anderen in seiner existenziellen Angst stellt, der stellt sich gleichzeitig der eigenen Zerbrechlichkeit des Seins, der eigenen Endlichkeit, der eigenen Angst. Es braucht die Bereitschaft, an der Seite des anderen durch die Angst zu gehen, sie zu sehen, ohne sie sofort beseitigen, klein zu machen, kontrollieren zu müssen. Das stellt für Angehörige Sterbender eine besonders heftige Herausforderung dar, weshalb sie vom Personal ebenfalls dringend Begleitung und Beratung brauchen. Kompetente Angehörigenarbeit wird vom Gesundheitspersonal zwar oft als zusätzliche Belastung erlebt, hat aber in Zusammenhang mit dem Thema Angst für das Wohl des Patienten eine herausragende Bedeutung.

### 1.2.9.2 Was braucht das Gesundheitspersonal?

In erster Linie braucht das Personal insgesamt eine deutlich andere Haltung zu Ängsten. Positive Einstellungen Einzelner, die es ja gibt, rei-

chen nicht. Vielmehr ist ein tiefgreifender Kulturwechsel im gesamten System erforderlich. Der professionelle Umgang mit Ängsten, auch mit eigenen, ist für Gesundheitspersonal ein ebenso relevantes Handwerkszeug wie spezifische medizinisch-pflegerische Fachkompetenz. Das gilt es berufs- und hierarchieübergreifend anzuerkennen und in die Schaffung dafür notwendiger Bedingungen umzusetzen. Aber nicht nur für Patienten und Angehörige ist das wichtig, sondern auch für die Menschen in Gesundheitsberufen selbst. Ängste fernzuhalten und zu steuern, mag zunächst angenehme Gefühle von Stärke vermitteln, richtet aber auf Dauer gegebenenfalls erheblichen Schaden an. Das Vermeiden von Ängsten gelingt ja um den Preis eines reduzierten Kontaktes zu eigenen Gefühlen und Bedürfnissen, die dadurch natürlich nicht verschwinden. Burn-out-Phänomene werden so begünstigt, und das überdurchschnittliche Vorkommen von Suchterkrankungen in Gesundheitsberufen dürfte darin vermutlich eine Ursache haben.

Es braucht also in Gesundheitsinstitutionen letztlich eine Veränderung der Kultur im Umgang mit Gefühlen generell. Dem eigenen Erleben müssen mehr Beachtung und Achtsamkeit entgegengebracht werden. Sinnvoll wäre daher unter anderem ein fest verankerter Rahmen, in dem sich Personal professionell frei, unzensiert und neugierig dem Thema Endlichkeit und eigenen Ängsten zuwenden kann. Personal könnte dort lernen, eigene Gefühle wahr- und ernst zu nehmen und sie untereinander offen zu kommunizieren. Supervision oder kollegiale Interventionsgruppen sind dazu konkrete Möglichkeiten. Professioneller Umgang mit Ängsten heißt auch anerkennen, dass nicht alle Ängste auflösbar sind, weder bei Patienten und Angehörigen noch beim Personal. Es bedeutet, eine angstfreundliche Haltung einzunehmen, sich Angst bei anderen und sich selbst neugierig zuzuwenden. Es ist nicht unprofessionell, Angst zu haben, sondern sie zu übersehen, nicht ernst zu nehmen oder wegzudrücken. Das heißt auch, das Ziel aufzugeben, Ängste um jeden Preis mit medizinischen Maßnahmen mindern zu wollen. Frau Dr. Senf berichtete mir über einen Fall, bei dem dies beispielhaft gelungen ist.



### ■ Fallbeispiel

Ein stationär liegender Tumorpatient im Endstadium litt unter starken Ängsten. Seine Familie wollte ihn unbedingt zum Sterben nach Hause holen, er aber wollte unter allen Umständen stationär bleiben und sich weiter behandeln lassen. Personal und Angehörige waren verzweifelt. Nachdem das Personal mit psychoonkologischer Unterstützung trotz eigener Ängste den Begriff Krebs gegenüber dem Patienten erstmals offen aussprach und mit ihm klar und eindeutig über die verbleibende Lebenszeit redete, änderte sich die Situation. Der Patient hatte nach wie vor Angst. Er verstand aber, dass sein Leben sich nur unbedeutend und mit großen Leiden verlängern lassen würde und entschied sich daher, die Angst auszuhalten und nicht weiter dagegen zu kämpfen. Er ließ sich entlassen und starb kurze Zeit später friedlich im Kreis seiner Familie. Dieses Beispiel zeigt, wie Angst und Vermeidungsverhalten seitens des Patienten und des Personals zusammenwirken und die Not und Angst aller Beteiligten verschlimmern. Erst als das Personal mutig durch seine Angst geht, den Begriff Krebs und das nahe Lebensende gegenüber dem Patienten offen benennt, kommt der Patient aus seinem Vermeidungsverhalten heraus, das seine Angst vergrößert und die selbstbestimmte Gestaltung des Lebensendes verhindert hatte. Aber auch das Personal war anschließend gelöster, zufriedener und entlastet. ■

Abschließend will ich noch einmal auf das zum Einstieg dargestellte Fallbeispiel (s. Kap. 1.2) zurückkommen. Dr. de Ridder beschreibt den Fortgang der Situation:

*Just, als sie [Anm. d. Verf.: die behandelnde Ärztin] ihn [Anm. d. Verf.: Herrn Boller, der Mann mit dem schweren Schlaganfall] mir in der Rettungsstelle übergab, bekam er einen Kreislaufstillstand. Und dann folgte der Reflex: Tubus, Sauerstoff, Intensivstation! Ich habe gesagt: «Langsam Frau Kollegin. Der Mann stirbt gerade...!»*

(Lakotta, 2010)

Dr. de Ridder und das Personal im letzten Fallbeispiel stehen hier für all die Situationen, in denen Gesundheitspersonal heute schon au-

thentisch und professionell mit Angst umgeht. Mit diesem Beitrag sei vor allem dazu ermutigt, die offene Auseinandersetzung mit den Themen Endlichkeit und Angst, auch der eigenen, wesentlich stärker zu suchen und in die Kultur der Gesundheitsinstitutionen hineinzutragen. Dies ist für Patienten, das Gesundheitspersonal selbst, für ein sinnvoll arbeitendes Gesundheitssystem, aber auch für die Gesellschaft unabdingbar notwendig.

### Literatur

- Dilling H., Mombour W., Schmidt, M.H. (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber.
- Elsbernd A., Glane A. (1996). Ich bin doch nicht aus Holz – Wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben. Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Felder, S. (2008). Im Alter krank und teuer? GGW, 4, 23–30. [http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggw\\_aufs3\\_1008.pdf](http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs3_1008.pdf) [22.12.2013].
- Filmer W., Wings E.M. (1991). Abschied vom Leben. WDR Fernsehfilm. Erstaussstrahlung am 14.02.1991, 23.00 Uhr, ARD.
- Gordon T. (1999). Patientenkonferenz – Ärzte und Kranke als Partner. Hamburg: Heyne.
- Gronemeyer R. (2013). Teuflische Medizin. Welt am Sonntag, Nr. 22, 10.
- Illich I. (1995). Die Nemesis der Medizin – Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: Verlag C.H. Beck.
- Jaspers K. (1919). Psychologie der Weltanschauungen. Berlin: Springer, 272–273.
- Kürten M. (1987). Patientenwirklichkeit. Hannover: Münden: CK-Verlag (Eigenverlag).
- Lakotta B. (2010). Was ist so schlimm am Sterben. Interview mit Michael De Ridder. Spiegel online, <http://www.spiegel.de/spiegel/a-684976.html> [21.11.2013].
- Lotz M. (2000). Zur Sprache der Angst. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Möller H.-J., Laux G., Deister A. (2009). Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Müller M., Pfister D. (2012). Wie viel Tod verträgt das Team. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Neller M. (2013). Das Geschäft mit der Hoffnung. Welt am Sonntag, Nr. 22, 15–16.
- Petzold H.G. (2006). Der Mensch auf dem Wege. Altern als Wegerfahrung des menschlichen Lebens. Thema Pro Senectute, 1, 40–57.
- Rinpoche S. (1999). Den Tod verstehen. München: O.W. Barth.

- Schmidtbauer W. (1997). Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Senf B. (2013). Interview zum Thema «Angst in Gesundheitsberufen». Frankfurt am Main (Tonbandmitschnitt).
- Siegrist J. (1978). Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart: Enke.
- Statistisches Bundesamt [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/04/PD12\\_125\\_23611.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/04/PD12_125_23611.html) [15.12.2013].
- Tausch A. (1997). Gespräche gegen die Angst. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Vogel R.T. (2007). Der Tod in der Psychotherapie. Münster: MV-Verlag.
- Yalom I.D. (2008). In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet. München: btb.

### Weiterführende Informationen im Internet

- [http://www.welt.de/welt\\_print/article1269089/Wo-und-wie-man-in-Europa-stirbt.html](http://www.welt.de/welt_print/article1269089/Wo-und-wie-man-in-Europa-stirbt.html)
- [http://www.dhpv.de/tl\\_files/public/Ueber %20Uns/Forschungsprojekte/2012-08\\_Bevoelkerungsumfrage\\_DHPV\\_Ergebnisse.pdf](http://www.dhpv.de/tl_files/public/Ueber%20Uns/Forschungsprojekte/2012-08_Bevoelkerungsumfrage_DHPV_Ergebnisse.pdf)
- [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publicationen/Gesundheit/Broschueren/Daten\\_des\\_Gesundheitswesens\\_2012.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publicationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf)
- [http://www.welt.de/welt\\_print/article1269089/Wo-und-wie-man-in-Europa-stirbt.html](http://www.welt.de/welt_print/article1269089/Wo-und-wie-man-in-Europa-stirbt.html)