

# *Meine Begegnungen auf einer Palliativstation und deren Auswirkungen auf meine Person*

Ein Essay von Benjamin Pollnow

In diesem Essay werde ich meine Erlebnisse während meines Praktikums auf einer Palliativstation schildern, sowie die Gedankengänge und Gefühle, die ich dabei hatte.

Ich werde mit der Beschreibung eines Ereignisses beginnen, das mich in Hinsicht auf das Praktikum schon vorab stark beeinflusst hat.

Danach komme ich zu einer kurzen Einschätzung meiner inneren Haltung vor Praktikumsbeginn, woraufhin ich meine Begegnungen mit den Patienten einzeln darlegen werde.

Einige Wochen vor meinem Praktikumsbeginn auf der Palliativstation gab es ein großes Gewitter. Nicht informiert darüber, dass in jener Nacht ein starker Sturm wüten sollte, schlief ich mit angelehntem Fenster ein.

Ich wurde jäh aus dem Schlaf gerissen durch ein Geräusch, das mir schier die Ohren sprengen wollte.

So laut war dieser Knall, dass ich glaubte, es sei eine Explosion gewesen.

Mit rasendem Herzen, gehetztem Blick war ich aufgewacht - und schloss aus dem Geräusch und der Nähe seines Ursprungs: dies würde wohl mein Ende sein, mein Tod.

Diese fälschliche Erkenntnis flößte mir eine gigantische Angst ein, es war, als würde eine Schar schwarzer Insekten alles zerfetzen, was ich bin, fühle und denke und nur diese Panik bliebe. Alles andere verblasste, verstummte, nur der scheinbar unmittelbare Tod hatte Bedeutung in meiner Gefühlswelt.

Begleitet wurde dieses emotionale Erleben von einem hastigen ein- und ausatmen, dem starken Wunsch, nicht allein sein zu müssen.

All dies spielte sich in ein paar Sekunden ab, ich rief schnell meine Freundin an, um mich von ihr zu verabschieden, ihr für die Zeit zu danken.

Meine Stimme war schwach, und ich konnte nur schwerlich diese Worte rausbringen.

Sie erklärte mir daraufhin, ich habe bloß einen Donnerschlag gehört. Sie sagte, draußen wäre bloß ein Sturm und nicht etwa ein Bombenhagel oder sonstwie ausgelöste Explosionen, wie ich aus dem Knall geschlossen hatte.

Einige Zeit brauchte sie, mich aufzufangen und zu beruhigen, und als ich während des Telefonats einmal den Abspüler der Toilette betätigte, erschreckte ich mich so stark, dass ich bloß ein Wimmern herausbrachte und die Angst gleich wieder in mir aufstieg.

Sicherlich eine Stunde lang ging unser Telefonat und nach unserem Auflegen schlief ich die ganze Nacht nicht, sondern lenkte mich bis zum Morgenrauen mit Computerspielen und Filmen ab.

Diese Nacht hatte in meinen Augen große Auswirkungen auf mein Erleben der Palliativstation.

Wenn ich versuche, die Einstellung zu erfassen, die ich vor Anfang meiner Famulatur hatte, würde ich hauptsächlich von großem Interesse und Sorglosigkeit berichten. Ich sagte mir, ich hatte bereits Tote in dem 3-monatigen Pflegepraktikum gesehen und mit deren Angehörigen und deren Trauer war ich ebenfalls schon konfrontiert worden.

Der neue Aspekt daran, dass dieses Mal die Patienten wach und ansprechbar sein würden in den Tagen und Stunden vor ihrem Tod beunruhigte mich nicht, schürte eher meine Neugierde: worüber wollen diese Menschen sprechen? Woran glauben sie? Wie gehen ihre Angehörigen damit um? Haben sie eine Art Weisheit, die dem Rest von uns noch unzugänglich ist? Haben sie Angst, erwarten sie das Ende mit Freude? Lässt sich überhaupt irgendetwas pauschalisieren?

Weil ich meinen guten Draht zu Patienten anderer Stationen kannte, erwartete ich auch hier intensive Gespräche sowie gute Verhältnisse zu Patienten, Freunden und Familien.

Ebenfalls gespannt war ich auf die Mitarbeiter der Station, die mir zum Teil bereits von einem vorherigen Besuch bekannt waren.

Sie waren damals freundlich, aufgeschlossen, zuwendungsbereit, geschäftig aber nicht hastig gewesen. Ein Erscheinungsbild, das ich mir aufgrund der schweren Umstände und Thematiken der Patienten schwer erklären konnte.

Ich wollte also wissen, ob sich dieses Bild bestätigen würde und, wenn ja, wie dem Team dieser für meine Begriffe große Spagat gelang.

Im Folgenden werde ich die Patienten und deren Bedeutung für die oben genannte Fragestellung einzeln behandeln, aus Gründen der Struktur und Deutlichkeit.

Einige der Beschreibungen werden wertend sein und meine persönlichen Eindrücke beschreiben, sind aber unabdingbar zum Verständnis der darauffolgenden Gedankengänge zum Tod.

Den Anfang mache ich mit Frau D.:

Frau D. war sicherlich eine der Patienten, die den größten Effekt auf mich hatte. Ob ich sie zuerst draußen beim Rauchen antraf oder innerhalb der Station, weiß ich nicht mehr. Ihr Gesicht war äußerst prägnant für mich.

Sie hatte kleine, scharf blickende Augen, aus denen mir Misstrauen und Skepsis offen entgegensahen. Das schmale Gesicht, die hohen Wangenknochen verliehen ihr einen ausgemergelten Zug, der in dieser Deutlichkeit jedoch sicherlich teilweise auf ihre Krankheit zurückzuführen war.

Ihre einige Zentimeter kurzen Haare erinnerten mich in Kombination mit den anderen Merkmalen an Frauen, die einmal auf der Straße gelebt haben oder hatten. Am bemerkenswertesten für mich war jedoch ihre Mundpartie. Die Falten um ihren Mund herum standen dicht beieinander und zogen strahlenförmig auf die Lippenlineatur zu.

Besonders dieses Merkmal ließ für mich den Schluss zu, dass diese Frau im Leben einen schweren Kampf hinter sich hatte, sicherlich von vielen Seiten einiges hatte ertragen müssen.

Es ließ sie verhärtet und abgehärtet durch das Leben aussehen.

Hinzu kam, dass sie erst in den Fünfzigern lag, ein Alter, mit dem ich auf dieser Station eher nicht gerechnet hatte.

Mit ihrer seltenen Krankheit, der Sklerodermie, und einer bekannten Medikamentenabhängigkeit entsprach sie ebenso wenig meinen Erwartungen.

Als ich noch kaum mit ihr gesprochen und sie wenig in Gesprächen gesehen hatte, kamen in mir schon verschiedenartigste Gedanken und Gefühle auf, ich nahm sie und ihre Situation als sehr komplex wahr.

Wie oben beschrieben, dachte ich über den Lebensweg dieser Frau nach und es ergriff mich Mitleid. Ich fragte mich, ob sie psychische oder körperliche, vielleicht sogar sexuelle Gewalt erlitten hatte, sie lange arbeitslos gewesen war, möglicherweise einsam.

Oder ob die mir offenkundigen Zeichen ihrer Abhärtung aus schwierigen Verhältnissen in ihrer Familie hervorgingen.

Sklerodermie, dachte ich, ist ironischerweise eine "Verhärtung der Haut", als hätte diese Frau einen Panzer entwickelt, der gleichzeitig ihr Schutz aber auch ihre chronische Krankheit war.

An diesem Punkt möchte ich noch erwähnen, dass sie mir durchaus nicht labil vorkam. Innerhalb ihrer Welt wirkte sie geordnet und kontrolliert, hin und wieder leicht zynisch aber nicht übermäßig empfindlich.

Ein Gedanke ging mir besonders nahe: wie lang ignorierte die Öffentlichkeit schon die zunehmende "Verhärtung" dieser Frau, bis sie nun schließlich, sterbenskrank auf dieser Station landete, in der ihr endlich einige Fürsorge zukam?

Es kam mir schrecklich ungerecht vor, dass sie erst jetzt von ihrem Umkreis Achtung und Würde entgegengebracht bekam, da ihr Tod schon absehbar war.

So stellte sich die Welt für mich in ein heuchlerisches Licht. Wenn ich mir diese Frau im Arbeits- oder Sozialamt vorstellte, wie sie abgewiesen oder argwöhnisch betrachtet wurde, die Apotheker sie missbilligend anblickten, wenn sie ihre Medikamente abholte, kein Arzt sich ihrer annehmen und ihr helfen wollte, sie womöglich eine ihr angebotene Hilfe schon gar nicht mehr akzeptierte - schließlich aber, da ihr Ende kam, sie auf dieser Station Geduld und Zuneigung erfuhr, wollte mir geradezu die Frage in einer Arztbesprechung rausrutschen: "Wie weit muss eine solche Frau eigentlich in dieser Welt gehen, um von ihren Mitmenschen Respekt und Fürsorge zu erhalten?" So sah ich durch sie den Tod als etwas, was uns alle verbindet, dem sich keiner entziehen kann und daher auch der wohl größte Teil der Menschen an diesem ultimativen Punkt endlich befähigt ist, Mitleid für diese Frau zu empfinden und sich um sie zu kümmern.

Andererseits kann ich nicht abstreiten, dass meine Haltung Frau D. gegenüber von gemischten Gefühlen begleitet war.

Offen gestanden empfand ich auch eine gewisse Abneigung. Ich hatte schon ähnliche Menschen und deren unangenehmes Verhalten gesehen und fragte mich, wie ihre Tochter bei ihr aufgewachsen sei.

Ob Frau D. selbst auch viel von dieser Härte weitergab und ihre Mitmenschen damit traf. Ob sie sich nicht lösen konnte von ihrer Abhängigkeit, obwohl sie doch eine Tochter hatte.

In einem Gespräch draußen im Garten zwischen Frau D. und den Ärzten sagte sie, sie habe besonders Angst vorm Ersticken.

Als sie dies sagte, stellte ich mir unwillkürlich das Gefühl des Erstickens vor und die Todesangst, die seit dem Erlebnis des Gewitters einige Male auftrat, kam wieder hervor.

Mein Herz setzte einen Schlag aus, ich starrte wie gebannt auf den Boden neben Frau D., zum Glück für sie nicht sichtbar, und fühlte etwas Dunkles, wie es mir die Sicht nahm, bis es mir nur noch einen schmalen Tunnel ließ.

Ich atmete wiederholt tief ein und aus, um mich zu beruhigen, was zum Glück gelang.

Abschließend betrachtet hat mich Frau D. zwei neue Dimensionen des Todes betrachten lassen: die soziale und die empathische. Durch sie, ihre Gestalt, ihren Charakter und ihre Situation konnte ich deutlich sehen, dass wir uns im Angesicht elementarerer Lebens- und Todesfragen nicht mehr voneinander durch sozialen Stand, Berufswahl und Persönlichkeit getrennt sehen. Dies manifestierte sich für mich im Verhalten der Krankenschwestern, Physio- und Psychotherapeuten sowie der Ärzte in Form von großer Geduld, Fürsorge und Respekt vor dem schwierigen Familiensystem und der prekären Situation, in der sich die Patientin befand. Natürlich ist meine Beobachtung vor dem Hintergrund eines speziell für die Palliativstation ausgebildeten Teams fraglich, denn wahrscheinlich würde die Patientin an anderer Stelle trotz ihrer Lage nicht in gleichem Maße betreut werden wie dort. Allerdings kann ich aus meinem eintägigen Hospitationstag im Konsildienst sagen, dass auch andere Pfleger, Ärzte und Angehörige achtungsvoll mit den Patienten und den Fragen nach ihrem Verbleib umgegangen sind.

Emotional am meisten betroffen hat mich zweifellos Frau F. . Ebenfalls an meinem Besuchstag im Konsildienst hatte ich zuerst von ihr gehört. Sie lag bis zu diesem Zeitpunkt noch auf einer Gynäkologie-Station, und aufgrund ihrer starken emotionalen Erregung und vorangegangener negativer Reaktion auf Menschen ihres Alters blieb ich beim Konsilgespräch außerhalb ihres Zimmers.

Der Palliativmedizinerin wurde von einer Pflegerin der Gynäkologie dezidiert berichtet, wie sich der Zustand der Frau F. seit ihrer Ankunft verschlechtert hatte. Ihr Krebs wäre von ihren Eierstöcken ausgegangen und hätte bis weit hinein in den Bauchraum gestreut, sodass ihr Bauch gebläht erscheine. Sie wandere 17 Stunden täglich auf den Korridoren herum, um sich von ihrem Leidensdruck und ihren Schmerzen abzulenken, halte die ganze Station in Atem und sei seit mehreren Tagen emotional stark aufgewühlt.

Einige Tage zuvor, bei einer Supervision der Psychologinnen war angesprochen worden, dass der Vater der Frau F. cholerische Ansätze hätte und die Mutter ihrer Tochter vor der Psychologin gesagt hätte, sie solle sich nicht so anstellen. Es habe außerdem ein Einzelgespräch mit Frau F. stattgefunden, nachdem sie äußerte, sie hätte noch nie zuvor ein so emotional tiefes Gespräch geführt, woraufhin sie zu weinen angefangen habe. Diese Informationen waren mir bereits bekannt, als ich bei einer Blutentnahme meinen ersten Kontakt mit Frau F. hatte.

Bestrebt, eine Konversation aufzubauen, fragte ich sie, wie lange sie schon im Krankenhaus sei, ob ihr die Palliativstation gefalle und was ihre Hobbies wären. Schließlich fragte ich sie, ob sie wisse, warum auf Bahnhofstoiletten blaue Beleuchtung angebracht wäre. Sie wusste, dass Drogenabhängige so ihre Venen nicht finden konnten, und ging auf diesen Gesprächsansatz hin unerwarteterweise um einiges weiter. Sie wollte wissen, ob eben jene Süchtigen wohl spürten, wenn eine selbst beabsichtigte Überdosis, der sogenannte "Goldene Schuss" zu ihrem Tod führte, wie sich das anfühle. Ich wies darauf hin, dass das Verhältnis zwischen Rausch und Stärke der Empfindungen abzuwägen sei und spürte schon, dass sie damit auf ihr eigenes Todeserleben hinaus wollte. Ihr stiegen die Tränen in die Augen, während sie mir anvertraute, dass sie große Angst vorm Sterben hätte und ob sie genau spüren müsste, wie sie erstickt. Ich versuchte sie zu beruhigen, indem ich ihre Hand streichelte und ihr versicherte, die Ärzte hier seien genau die richtigen, um über dieses Thema zu sprechen. Ich redete ihr gut zu, sagte, es wäre wichtig, sich über diese Vorgänge Gedanken zu machen und seine Ängste klar benennen zu können. Mit dieser Art des offenen Umgangs könnte ihr auf dieser Station am Besten geholfen werden.

Als sie sich beruhigt hatte und ich das Zimmer verließ, erzählte ich zuerst einem Arzt von dem Gespräch, um die Informationen weiterzugeben. Bereits zu diesem Zeitpunkt bemerkte ich, dass mir dieser Austausch sehr zugesetzt hatte. Ich hatte beim Rauskommen aus dem Zimmer einmal tief durchgeatmet, aber erst nach Feierabend beschäftigte ich mich noch einmal innerlich mit dem, was ich erlebt hatte. Anders als bei den meisten Patienten dieser Station ergriff mich in dem Moment ihrer Tränen und ihrer Beschreibung des Todes nicht nur die Angst sondern auch intensive Trauer und Mitgefühl. Ich sah sie wegen ihres Alters nicht so stark differenziert von mir wie die anderen, so war für mich ihr Erleben, ihr Gefühl, ihre Trauer weitaus nachvollziehbarer und imminenter als sonst.

Ich denke, was mich so stark in dieser Hinsicht erschütterte, war, dass sie im Prinzip aus den selben Augen wie ich auf die Welt geblickt hatte: ihre Chancen und Pläne für die Zukunft abgewägt, ihren Freundeskreis gefestigt, vielleicht nach einem Partner fürs Leben suchend. Doch war ihr diese Sicht sehr plötzlich genommen worden. Und so lag sie da, sie mit der tödlichen Krankheit, ich gesund mit der Nadel, um ihr Blut abzunehmen. Wir hätten ebensogut die Positionen tauschen können, gefühlt nahmen wir uns in unseren "Rollen" nichts. Ihre körperliche Erscheinung schockierte mich auch mehr als ich mir gewünscht hatte. War ich doch mit dem höchstmöglichen Maß an Fassung in das Zimmer hineingegangen, traf mich ihr Zustand innerlich doch sehr. Durch die Chemotherapie hatte sie vor einigen Wochen ihre Haare vollständig verloren, sie wuchsen langsam wieder nach. Eine Narbe, so lang wie 3/4 ihres Oberkörpers verlief längs auf demselben und teilte ihren Bauch in zwei Hälften. Ihr Bauch war gebläht und gefüllt mit Wasser, etwas Luft, Streuungen des Tumors und gestauten Darmschlingen. Allein die Vorstellung, bei mir im Bauch würde dasselbe passieren, löst noch jetzt Angst und Unsicherheit bei mir aus. Diese Gefühle sprachen auch aus ihren Augen.

Diese Ungewissheit, was gerade in ihrem Bauch passierte und wann es tödlich sein würde, dass ihr Körper im Prinzip gegen sie, gegen ihre Existenz arbeitete, das schien ihr wie auch mir schmerzlich bewusst zu sein. Schließlich bemerkte ich noch, dass sie sich in ihrer Zartheit und Unberührtheit extrem von den anderen Patienten unterschied. Ihre weiche Haut, das noch kaum von Falten geprägte Gesicht wie ihre jungen Arme und Beine schienen noch weit vom Tode entfernt zu sein, während ihr Bauch einen krassen Gegenbeweis lieferte. In diesem Moment, wo ich dieses Essay schreibe, fällt mir auf, dass ich Schwierigkeiten habe, meine eigenen Gedanken und Gefühlsregungen von dem zu trennen, was ich bei Frau F. gesehen und wahrgenommen habe. Wohl hauptverantwortlich für meine Belastung ist diese von mir empfundene "Verschmelzung" unserer Gefühls- und Gedankenwelten, obwohl Frau F. dies höchstwahrscheinlich gar nicht so wahrgenommen hat. Dies wird ein Phänomen sein, dass allein in mir stattgefunden hat.

Eine weitere Patientin der Palliativstation war Frau B. Bei ihr waren der Umgang mit ihrer Situation wie auch mit ihren Symptomen anders als bei den übrigen Patienten. Ihre Beine waren durch Ödeme übermäßig angeschwollen und schwer beweglich, sodass sie teilweise beim zurückheben ins Bett mit ihren Armen nachhelfen musste. Im Verlauf ihres Aufenthaltes auf Station ergaben sich unterschiedliche Schwierigkeiten für sie, manchmal Kopfschmerzen, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen, die von ihrem Tumor ausgelöst wurden. Interessanterweise machte sie es sich zur Aufgabe, all diese Beschwerden eradizieren zu wollen und bei jeder Visite den Ärzten dezidiert darzulegen, wo ihre Probleme gerade lägen. Ich nahm bei ihr den sehr gewagten Versuch wahr, all diese Dinge unter Kontrolle zu bringen.

Überhaupt wirkte sie auf mich wie ein sehr kontrollierter Mensch. Sie wollte gern alles bis ins Detail wissen, einfach um darüber besser im Bilde zu sein, was in ihr vorging und damit sie sich, ihre Symptome und das Handeln der Ärzte irgendwie deuten und durchschauen konnte. Sie erschien mir wie eine gut situierte Dame, die bislang selten die Beherrschung verloren hatte. Umso intensiver war, auch laut Krankenschwestern ihr Drang zum Perfektionismus, ihr Wasser kam ihr nach kurzer Zeit des stehens "schal und abgestanden" vor, sie überprüfte die Handgriffe beim Blutabnehmen aufs Genaueste. Sie hatte achtsame Augen und meist einen gefassten, wenn auch erschöpften Gesichtsausdruck. Auch in ihre innere Haltung und in ihren Körper versuchte ich mich hineinzusetzen und fühlte in mir Unzufriedenheit und Unglück, große Angst und viel Kraft, die ich brauchen würde, um selbige zu kontrollieren. In ihrem Lichte betrachtet, sah der Tod für mich wie etwas Überwältigendes aus, wofür sie jede ihr mögliche Anstrengung aufbringen musste, damit er sie nicht aus der Fassung bringt. Er war etwas, was sie möglicherweise einfach nicht in ihre Weltanschauung mit einbeziehen konnte, weil er ihr überlegen war. Diese Gedanken erschütterten mich, da ich von mir genausowenig behaupten kann, einen festen und sicheren Glauben an etwas Höheres zu haben. Ich wäre aktuell vermutlich ebenso wie Frau B. überfordert mit der Vorstellung meines eigenen Todes. In diesem Moment verglich ich ihre Art des Umgangs mit der eines stark gläubigen Menschen und dachte, ein solcher könne eventuell gelassener mit der Situation umgehen, sich entspannt in Gottes Arme begeben - vorausgesetzt, er finge nicht plötzlich in diesem Moment das Zweifeln an.

Ich denke, Frau B. und ihre Haltung ist maßgeblich daran beteiligt, dass ich mir durch die Palliativstation vermehrt Gedanken über Religion und Glaube mache und mich frage, ob dadurch solche Erlebnisse anders wahrgenommen werden.

Mit Herrn S. hatte ich wenig aber bedeutsamen Kontakt. Ich sah ihn das erste Mal bei einem Konsildienstbesuch, bereits mit starker Gelbfärbung seiner Haut durch sein Leberversagen bedingt. Er war kaum orientiert und schwer ansprechbar. Seine Ehefrau und eine seiner Töchter waren bei ihm und sprachen stellvertretend vor. Sie sagten, die negative Entwicklung habe sich in den letzten Tagen zunehmend abgezeichnet, vor etwa einer Woche wäre er noch ansprechbar und orientiert gewesen. Als Herr S. Auf die Palliativstation kam, war es meine Aufgabe, das Aufnahmegespräch mit ihm zu machen. An seiner Statt beantwortete mir sein jüngstes Kind, ein 26-jähriger die Fragen. Dieser wirkte sichtlich ungehalten darüber, dass wir die Familie gleich nach Ankunft längere Zeit mit den Fragen behelligten, die bereits einige Male zuvor im Krankenhaus gestellt wurden. Seine 3 Töchter und seine Ehefrau saßen dabei und hätten sicherlich auch lieber ihre Ruhe gehabt. So bemühte ich mich, das Gespräch schnell zum Abschluss zu bringen und erstattete den diensthabenden Ärzten Bericht. Einiges an Herrn S. Familie beeindruckte mich zutiefst: wenn ich zu einem Gespräch da war, hielt jederzeit jemand seine Hand, nachts blieben immer mindestens 2 andere Familienmitglieder und schliefen auf der Station. Dieser Familienvater war in den 24 Stunden des Tages in seiner Verwirrung keine Sekunde allein. Nach wenigen Tagen schon, als die Familie bemerkt hatte, dass es sich bei der Palliativstation nicht um eine der üblichen Stationen handelte, fielen ihre Barrieren und sie entspannten sich zusehens, klärten die für sie wichtigen Fragen in Bezug auf den Tod ihres Vaters, bereiteten sich innerlich darauf vor. Als er schließlich eines nachts im Schlaf verstarb, waren eine seiner Töchter und seine Ehefrau zwar im Zimmer, schliefen allerdings selbst. Ich erlebte sie am nächsten Tag traurig, teils weinend, aber alle waren zusammen da, der Sohn kümmerte sich um Kaffee und Verpflegung für die Familie. Mir war schon in diesen Momenten klar, dass dies für mich den Prototyp einer Familie darstellte. Mir wurde warm ums Herz bei dem Gedanken daran, dass dieser Mann in seiner Verwirrung nie allein im Zimmer liegen musste, dass er sehr viel Körperkontakt bekam und die Bindung seiner Frau wie auch seiner Kinder sehr eng war. Ich hatte ihn und seine Persönlichkeit nicht einmal kennengelernt, sie spiegelten sich nur in der großen Zuneigung seiner Familienmitglieder wider. Ich entdeckte in mir den Wunsch, eines Tages auch so zu versterben, wo auch immer, in Gesellschaft meiner Liebsten, die Geduld mit mir und meinem Zustand haben würden und mir Dankbarkeit für das entgegenbringen würden, was ich zu Lebzeiten für sie getan haben würde.

Ohne diesen Mann in klarem Geisteszustand gesehen zu haben, hatte ich großen Respekt vor ihm. Auch wie der Handlungsverlauf seiner Familie nach seinem Ableben zu sehen war, hatte er scheinbar gute Strukturen hinterlassen. Der Sohn kümmerte sich um die Verpflegung der Töchter und der Ehefrau, während diese miteinander sprachen, sich gegenseitig beruhigten, alles wirkte harmonisch. Vielleicht glorifiziere ich vor dem Hintergrund der anderen eher schädlichen Familiensysteme jenes von Herrn S. . Wie es jedoch einer der Ärzte sagte und wie ich auch selbst sehen konnte, legt der Tod eines Angehörigen viele der Muster frei, die in einer Familie vorherrschen. Somit nehme ich mir den Luxus, zu glauben, dass es sich hier tatsächlich um ein intaktes Gefüge handelte. Familie S. Bildete in mir also den Wunsch nach Gesellschaft beim Sterben aus und erfüllte für mich eine großartige Vorbildfunktion. Für mich wirkte der Gedanke sehr beruhigend, in meinen letzten Tagen niemals allein sein zu müssen.

Nun noch einige Worte zum Totenschein von Herrn S. . Mit dem Oberarzt der Station bin ich zur Leichenschau des Verstorbenen gegangen und konnte nun, einige Jahre nach einem Praktikum auf der Intensivstation, wieder einmal einen Leichnam betrachten und untersuchen. Wie erwartet, ergaben sich in dem neuen Lichte meiner Gefühls- und Gedankenwelt auch neue Emotionen während des Prozesses. Im ersten Moment lief mir ein Angstschauer über den Rücken, weil ich dachte, ich muss selbst einmal so da liegen, ohne Leben, unbeweglich, wohl ohne Bewusstsein, erkaltend. Ich war mit dem Abbild meiner Ängste, die ich bis dahin auf der Station erlebt hatte, auf meinen Wunsch hin, direkt konfrontiert. Ich fragte mich, wo sich wohl die Seele dieses Mannes nun befände und ob er gut über seine Familie wachte. Einige Minuten später gewann allmählich ein anderer Gedanke in meinem Verstand die Oberhand: dieser Mann sieht nicht so aus, als würde sein Zustand ihm missfallen, als würde es ihn scheren, dass sein Körper so leblos dort lag. Im Gegenteil, anders als der Schrecken und die Furcht, die in mir aufsteigen, wenn ich an den Tod denke, sah dieser Mann ganz friedlich aus. Es sah aus als sei es das Natürlichste der Welt, dass er nun dort so liegen müsste. Mir kam es schon fast banal vor, wie unbekümmert "ihn" sein Tod ließ. Das nahm meinen Ängsten durchaus etwas von ihrer Schärfe.

Alles in allem verstehe ich einige Wochen nach dieser außergewöhnlich intensiven Erfahrung, dass ich die Ereignisse dieser Station und insbesondere deren Auswirkungen auf mich keinesfalls als geschlossenen Komplex begreifen darf. Vielmehr kamen in mir dadurch religiöse, spirituelle Fragen und vor allem die Frage nach dem Sinn des Lebens und des Sterbens neu auf. Ich will versuchen, diese Anreize zu nutzen um meine Welt- und Selbstanschauung wieder neu zu definieren. Ich bin dankbar dafür, dass ich auch unter belastenden Bedingungen einige Zeit auf der Station geblieben bin, da ich sonst nicht dasselbe gelernt und mitgenommen hätte.

Benjamin Pollnow