

Lerke Gravenhorst

G.K., in ihrem 88.Lebensjahr:

"Manche sagen ja, eine Seele gibt es gar nicht, das ist nur ein Gehirnerlebnis oder war, Gehirntätigkeit, genau wie die Leber oder die Zirbeldrüse, nein, das gibt es nicht, das Weiterleben, das ist alles nur eine körperliche Tätigkeit und das bildet man sich ein. - Kein Mensch hat mich davon überzeugen können, kein Tod, kein Nichts überzeugen können. Wie ich (meinen) Vater habe sterben sehen, da habe ich gesehen, wie seine Augen - da war er doch schon bewußtlos, wie ich morgens zu ihm ins Krankenhaus kam. (...) Und dann fand ich seine Augen so merkwürdig, irgendwie gebrochen, die hatten nicht mehr die Kraft. (...) Und ich hatte nun aber nicht das Gefühl, daß er schon sterben würde, und doch hatte ich dann diese Angst und Sorge, und dann faßte ich seine Füße an, und dann waren seine Füße kalt, ganz kalt, da war wohl der Tod schon drin. (...) Ja, wie seine Augen leuchteten, wie sie leuchteten! Ich hab immer seine Augen angeschaut, das sah ja und das war immer, als wenn er sagen wollte, oh wunderbar, wie ein Kind, wenn es in den Tannenbaum guckt und sich freut, und als wenn er immer Schöneres erlebte, richtig, L. .

Seine Hände bewegten sich nicht mehr, nur sein Atem ging, sein Herz ging noch, das hörte ich noch schlagen, und dann setzte es mal aus, und dann fing es wieder an zu schlagen, richtig kräftig zu schlagen, und dann sah ich seine Augen an und dachte, was er nun wohl erlebt, ja. Das war aber so überzeugend, so überzeugend, wie ich nie wieder ein Auge gesehen habe, L., gesehen habe, ja. Und dann, als immer weniger der Atem wurde - und dann war's: ha, und dann fiel das Auge herunter, der Augapfel verlor seine Kraft. (...) Wunderbar lehrsam war das für mich. Das hat mir auch so geholfen, der Tod von meinem Vater. Da kann mich gar nichts heute noch wegbringen, überhaupt, davon. (...) Da war alle Kraft weg, da war er gegangen nicht. So, und nun diese Seele, ja, L., das ist doch das, was in uns lebt und spricht und uns bewegt und unser Gewissen und alles, was man wünscht und möchte."

Todesbilder - Todeswirklichkeiten

Ihr eigener Tod kam anders zu ihr. Er kam zwar auch am Abend eines sonnengefüllten Tages, aber in der Minute des Todes war sie allein. Vielleicht war etwas von dem Strahlen und Leuchten auch in ihren Augen. Wir, ihre Angehörigen, hätten es nicht sehen können. Wir hatten sie für einen kurzen Augenblick allein gelassen. Ihr Sohn, der bei ihr gesessen hatte, um den anderen Gelegenheit zu einer kurzen Pause und Stärkung zu geben, hatte sich von ihr verabschiedet; ihre Tochter sah nur noch das allerletzte Aushauchen ihres Atems. Vielleicht auch hatte es vorher schon Zeichen der Wanderung ihrer Seele gegeben; wir haben sie nicht als solche deuten können. Ja, ihr Tod war anders als ihr Bild

davon, das voller Hoffnung und Zuversicht war, es ihr und uns hätte vorhersagen können. Keine und keiner von ihren Angehörigen, die in den letzten Tages der Todesnähe bei ihr waren, hat ihre Grundüberzeugung von der Unendlichkeit der menschlichen Einzelexistenz, von dem Scheinbaren des Todes, wirklich geteilt. Aber wir haben alles uns Mögliche getan, mit unseren Handlungen nicht im Widerspruch zu dem Kern ihres Lebens- und Todesglaubens zu stehen.

Wir, die Angehörigen, haben ihr Lebensende von keinem verborgenen oder gewissen Sinn her erklären und einordnen können. Und dennoch hat ihre Überzeugung, daß kein Leben mit einem körperlichen Tod zu Ende ist, auch für uns etwas von der drohenden Nichtigkeit und Auflösung genommen. Wir haben - wenn auch jede und jeder von uns in unterschiedlicher Weise - doch etwas aus ihren Lebens- und Todesvorstellungen für uns gebraucht; gerade in der Zeit der unmittelbaren Nähe ihres Todes, in der Zeit von Siechtum und Krankheit vorher und in der Zeit nachher, in der das Haus ihrer Tochter ihren Leichnam beherbergte, haben wir leise Hilfen daraus bekommen, unserer Beziehung zu ihr eine Gestalt zu geben. Es war hilfreich für uns zu denken, daß ihre Seele ganz da ist, wenn auch für uns unmittelbar verborgen. Wir haben gehandelt, als sei sie nur stumm. Wir haben ihr, und damit uns, bedeutet, daß wir sie verstehen, auch wenn sie nicht mit uns sprechen könne. Wir haben später einzeln bei ihrem Leichnam Zwiegespräche mit ihr gehalten, ohne daß das Gefühl sich aufdrängte, die Wirklichkeit des Todes zu verkennen, in einer Scheinwelt zu handeln. Ihre Vorstellungen vom Leben der Seele und vom Sterben des Körpers haben uns geholfen, den Anspruch ihrer Würde nicht zu vergessen; es gab Augenblicke, da auch wir in Gefahr dazu waren, zum Beispiel, wenn jemand an ihrem Krankenbett von der Verwesung ihres Körpers sprach oder Belanglosigkeiten erzählte, als sei es eine ihr völlig gleichgültige Runde. Ihre Idee, daß die Seele getrennt von einem Körper existieren kann, hat in uns wohl diese Haltung bestärkt: Wir waren bemüht, uns bei all unseren Entscheidungen über sie, an denen sie nicht bewußt teilhaben konnte, zu fragen: Würde sie es so wollen, wenn sie sich uns hätte verständlich machen können?

Eine schnelle Kette von Ereignissen griff in ihr Leben ein und beendete es: sie war eine von vielen Gebrechen geplagte Greisin von 94 Jahren, als sie stürzte und sich einen Oberschenkelhalsknochen brach. Sie war wegen des Knochenbruchs zunächst in zwei Krankenhäusern und wurde mit der Diagnose 'inoperabel' entlassen; später versagte ihr Stoffwechsel, ein weiterer Krankenhausaufenthalt wurde notwendig, brachte aber keine Stärkung. Sechs Wochen nach ihrem Sturz starb sie in ihrem Zuhause. Traditionell-medizinisch gesehen wohl ein ganz normaler Abbruch eines alten Lebenspersönlich aber ein Drama voller Qual und Not, am meisten für sie, weniger und doch auch für uns, ihre Angehörigen. Erst in einem gebrechlichen Zustand, dann bricht wirklich ein Knochen des Körpers, Bewegungsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalt, schnelle

Schwächung des Körpers bis hin zu seinem Tod: Sind das nicht ganz übliche, tausendfach vorkommende und hinzunehmende Stationen am Ende eines sehr langen Lebens? Geht so nicht ein Schicksal in aller natürlichen Folgerichtigkeit zu Ende? Warum kämpfen für das Leben eines Menschen, das dem statistischen Blick schon überlang erscheint?

Leben dürfen - sterben sollen? Leben sollen - sterben dürfen?

Die Frau, um deren besseres Leben und um deren besseren Tod wir kämpften, war meine Großmutter, die Mutter meine Mutter, G.K., geborene S., wie sie gegen Ende ihres Lebens ihren Namen faßte, bewußt den Nachnamen ihres Mannes um den ihres Vater und ihrer Mädchenzeit erweiternd. Sie war schon sehr früh Witwe geworden, die dann mühsam für zwei Kinder sorgen mußte. Ich denke, wir haben wirklich und ernsthaft für einen alten Menschen gekämpft, für unsere Mutter und Großmutter, die wir liebten. Unsere Liebe für sie war eine Antwort auf ihre Liebe für uns, die uns alle von früh auf und durch schwere Zeiten begleitet hatte. Diese Beziehung zu G.K. war gewiß keine einfache. Mit G.K. zu leben hatte auch heißen, Konflikte, Bitterkeit und Enttäuschung zu erfahren, besonders, 'im Schatten der Titanin' zu stehen, wie ihre Tochter es manchmal für sich mit Hilfe eines Buchtitels von Lily Braun beschrieb. Aber bei der Entscheidung, für ihr Leben zu kämpfen, wurden diese Gefühl eher bedeutungslos.

Dennoch gab es Stimmen, die sich unablässig in uns gegen unsere Entscheidung für das alte noch bedrohte Leben zu Wort meldeten, gesellschaftliche Stimmen quasi, die für sich Fortschritt und Humanität beanspruchen. Warum laßt ihr einen uralten Menschen nicht sterben? Warum bekämpft ihr etwas, was doch naturgesetzlich ist? Warum gönnt ihr dieser alten Frau nicht ihren Tod? Außerdem ist sie doch schon lange hilflos, gebrechlich, kann sich überhaupt nicht mehr selbst helfen, ihr Körper ist ihr nur noch wenig zu Diensten, und sie ist ihrer Sinne nicht mehr mächtig. Würde nicht auch ihre Tochter, die sie in vielen Jahren und gar Jahrzehnten betreut hatte, eine große Last genommen? Solche Stimmen kamen immer wieder, bekamen neue Nahrung, als wir notwendigerweise mit den körperlichen Problemen, die sich für G.K. auftraten, in den Wirkungsbereich von Medizin und pflegerische Dienste gerieten. Das waren deren Botschaften: Nein, ein uralter Mensch darf nach einem Unfall nicht in ein gutes Unfallkrankenhaus aufgenommen werden; wenn es dann doch geschieht und er für nicht operabel gehalten wird, nein, dann stehen ihm die Möglichkeiten der dringend notwendigen körperlichen Rehabilitation, wenn er leben können soll, nicht zur Verfügung; nein, dann gibt es kaum oder kein Interesse daran, die große Gefahr abzuwehren, daß sein Körper verfault; nein, da gibt es keinen selbstverständlichen Ratschlag dafür, wie die Angehörigen unter medizinischen Gesichtspunkten der schrecklich leidenden und lebensgefährdeten alten Frau helfen können; nein, kein Verweisen an eine medizinische Einrichtung oder andere Informationsquellen, in der eine bessere geriatrische Expertise vorhanden ist; und an manchen

Orten ein Nein dazu, daß die Angehörigen auch außerhalb der Besuchszeit um die Patientin sein dürfen, um ihre Verwirrtheit nicht extrem werden zu lassen und auf ihre verzweifelten Hilferufe antworten zu können. Aber ein Ja für die von den Ärzten dann so genannte 'Übernahme der Endpflege', wie sie das dritte und letzte Krankenhaus, das für G.K. notwendig wird, noch anbietet. Wir entschieden uns nach längerem Bedenken dagegen. Aber noch ehe unsere Entscheidung gefallen war, noch ehe überhaupt die Vorbereitungen für die Heimfahrt von G.K. getroffen wurden, wurde bereits der Tropf mit der Nährflüssigkeit abgenommen. Der Ständer mit dem abgehängten Tropf neben ihrem Bett - dieses Bild bei unserer Rückkehr in das Krankenzimmer machte uns ohnmächtig-wütend und wurde für uns ein Symbol für etwas, das wir nur als die systematische Gleichgültigkeit des Krankenhauses einem sehr alten Menschen in Todesnähe gegenüber verstehen konnten.

Als G.K. nach dem dritten Krankenhausaufenthalt seit ihrem Unfall in ihr Zuhause zurückkam, war sie wirklich in Todesnähe. Nun machte es auch uns als ihren Angehörigen Sinn, ihren baldigen Tod zu denken. Und dennoch schien uns der einzige Weg, der überhaupt bis hin zu diesem Einschnitt führen konnte, der Kampf um ihr Leben auch im Sterben zu sein. Als ihr Sturz geschah, war das noch ganz anders gewesen. Da waren wir bestimmt von dem Wunsch, ihr ihre Schmerzen zu nehmen; das innere Chaos, das sich durch das Erlebnis des Sturzes und seiner unmittelbaren Folgen ausgeweitet hatte, zu lindern; daneben aber, ihr eine Möglichkeit von Zukunft überhaupt zu erhalten.

Oh, gewiß ihre Lebenskraft war in den Jahren zuvor stetig schmaler geworden. Aber mußte diese Kraft gerade zu diesem Zeitpunkt ihres Lebens einfach abbrechen? Hatte sie nicht wenige Stunden vor dem Sturz mit Freude den Gedichten, die ein Enkel ihr vorlas, zugehört und sie mitrezitiert, wenn sie ihr vertraut waren? Sollte sie für sich, für uns, keine Zukunft mehr haben? Sollte wir ein solches Schicksal für sie hinnehmen? Wir konnten und wollten es nicht. Obwohl sich die Wirklichkeit ihren Sinnen immer mehr verschlossen hatte; obwohl auch die, die ihr unmittelbar vertraut waren und denen sie sich anvertraut hatte, ihr oft in ihren Phasen von Angst und Panik nicht mehr helfen konnten; obwohl ihr Körper sie immer mehr im Stich ließ - so hatte sie doch zu Zeiten ausdrücken können, daß sie gern trotz aller Beschwerden und Beschränkungen noch leben und mit ihrer Familie zusammensein wollte.

Und wir, ihr Familie? Wir wollten eine reale Zukunft für sie; so gut wie unter den gegebenen Umständen irgend möglich sollte sie sein. Es war nicht nur ein Klammern an ein 'Prinzip Leben', was uns bewegte; nicht nur die Angst vor Tod überhaupt oder vielleicht die Angst vor Todeswünschen gegen die 'Titanin', wie die Psychoanalyse sie an uns möglicherweise hätte diagnostizieren können. Wir liebten sie doch, jede und jeder von uns auf ihre und seine Weise. Sie war nicht nur die, die wir geliebt hatten, ehe

sie das 'elende Gerümpel' geworden war, als das sie sich in ihren letzten Jahren selbst empfand. Denn auch danach noch konnte sie so vieles sein und ausdrücken, was unsere Liebe zu ihr immer wieder erneuerte.

Die Kraft ihrer Wärme und Ausstrahlung erreichte nicht nur die Mitglieder der engeren Familie. Nach ihrem Tode schrieb eine junge Freundin G.K.s, die fast ihre Urenkelin hätte sein können, in einem Brief: "Oft habe ich mir gewünscht, sie noch früher kennengelernt zu haben, doch dazu bin ich einfach zu spät geboren. Gerne hätte ich mich über Bücher, die wir beide gelesen haben, unterhalten. Als sie es noch konnte, war ich zu jung. Obgleich ich sie erst kennengelernt habe, als sie schon schwächer wurde, hat sie trotz all ihrer Gebrechlichkeit nicht weniger Anziehungskraft auf mich ausgeübt. Daß ich sie oft besucht habe, war bestimmt keine Selbstlosigkeit!"

Es gab noch immer so kostbare und freudige Augenblicke mit ihr. Ihre Augen, die nicht mehr sehen konnten, konnten dennoch zu uns strahlen; ihre Stimme konnte noch zu uns singen; ihre Hände uns noch suchen und drücken; es war eine Beziehung zu ihr, von der keine ihrer Angehörigen, die in den Wochen nach ihrem Unfall für sie sorgten, denken konnte, daß sie zu diesem Zeitpunkt und abrupt beendet sein sollte.

Im Krankenhaus: Todesgewißheit statt Lebensmöglichkeit

Wir sahen eine realistische Möglichkeit für ihre Zukunft, für unsere Zukunft mit ihr, die über eine unmittelbare Phase der Behandlung weit hinausging, zumindest offen war. Aber diese Chance, so wußten wir, existierte nur, wenn sie ihren Körper rasch wieder bewegen, wenn sie nicht bettlägerig werden würde. Wir sollten in der Folge lernen, daß die Verwirklichung solcher Lebenschance für einen alten und gebrechlichen und dann akut kranken Menschen vom medizinischen System nicht oder kaum gestützt wird. Von der Serie der negativen Weichenstellungen in der letzten Wochen ihres Lebens, die den Regeln des Kliniksystems folgten, war schon die Rede. Alles, was von diesem System Nützliches und Gutes für G.K. über die Untersuchung von Körperfunktionen und rudimentären Behandlungen hinaus getan werden konnte, mußte ihm gegen seine Routinen abgerungen werden. Das heißt nicht, daß wir bei den Versuchen, G.K. zu helfen, nicht auf einzelne Menschen innerhalb der Klinikmedizin und -paramedizin trafen, die wiederum der Patientin und uns in überraschender, menschlicher und mitfühlender Weise halfen. Aber sie waren selbst in dieser Haltung isoliert und schwammen mit uns gegen den Strom des medizinischen Apparats. Je weniger das System als solches in konstruktiver Weise auf die Tatsache reagierte, daß es mit einem alten, hinfälligen und deshalb auch akut krank gewordenen Menschen zu tun hatte, desto mehr waren wir auf Außenseiter dieses Systems angewiesen, ganz besonders auf einige Krankengymnastinnen und Ärzte.

Es trat genau das ein, von dem wir wußten, daß es nicht passieren

durfte, wenn G.K. noch ein Stück Zukunft haben sollte: Die Chancen, daß sie ihren Körper bald und damit auch je wieder würde aufrichten und bewegen können, sanken rapide, nachdem sie Patientin im Krankenhaussystem geworden war. Wir versuchten, auf jeder Stufe des Schwindens der Möglichkeiten gegen das Schwinden anzukämpfen und zunächst das Krankenhaussystem für unsere Anstrengungen in Anspruch zu nehmen - aber eher schien es sich gegen die Patientin und uns als ihre Angehörigen zu kehren.

Wir hatten noch mit viel Mühe erreichen könne, daß sie nicht in der Klinik der Notaufnahme, einer kleinen Privatklinik in unmittelbarer Nachbarschaft ihrer Wohnung, bleiben mußte, sondern in ein als hervorragend geltendes Unfallkrankenhaus aufgenommen wurde. Der Wechsel der Kliniken geschah weit vor dem Zeitpunkt, den die Ärzte der ersten Klinik für eine Operation angesetzt hatten. In der zweiten, der so gut beleumundeten Unfallklinik, fiel dann, zu etwa eben diesem Zeitpunkt, die Gegenentscheidung: Eine Operation könne nicht durchgeführt werden, ihr Körper sei zu geschwächt. Wir konnten nur denken: inzwischen nach drei Tagen zu geschwächt! Warum war nicht unmittelbar nach ihrem Unfall Diagnose und Behandlung in einer bekannt guten Klinik möglich gewesen? Da hätte ihr Körper doch mit viel größerer Wahrscheinlichkeit genügend Kraft gehabt, eine Operation durchzustehen. Aber diese Chance gab es damals für sie nicht. Heute wüßte wir: Die Kliniken, die G.K. aufnahmen, trugen der Tatsache, daß sie für einen hinfälligen und deshalb hingefallenen Menschen sorgen mußten, überhaupt keine Rechnung. Von nun an erreichten wir von den Krankenhäusern außer den körperlichen Untersuchungen und basalen medikamentösen Behandlungen eigentlich nichts mehr für meine Großmutter; im Gegenteil, wir können nicht anders als denken, daß die Krankenhäuser noch gravierende Verschlimmerungen ihres Zustandes hinzugefügt haben. Als sie aus der zweiten Klinik entlassen wurde, hatte sie nicht nur ein gebrochenes, nicht operiertes und sehr schmerzendes Bein, sie war auch, wie uns erst später deutlich wurde, mit sedierenden Medikamenten überschwemmt, und zudem - für uns Ahnungslose und ahnungslos Belassene unfassbar - begann ihr Körper, von außen her zu verfaulen: Er hatte begonnen, sich 'durchzuliegen'. Ihr Körper und ihre Sinne waren zugleich geschockt und gelähmt - aber sie war nicht so unfähig, als daß sie uns nicht sagen konnte, daß sie nur nach Hause wollte; und auch nicht so unfähig, daß sie ihre Tage in zwei Kliniken nicht, als sie auf der Bahre hinausgetragen wurde, quittieren konnte mit einem 'Gott sei Dank, weg von diesen Schlächtern'.

So spiegelte sich in ihrem Erleben auf bittere Weise die Haltung der Kliniken wieder. "Was wollen Sie denn, sie ist doch alt", hatten die Ärzte uns bedeutet, als wir uns nicht so schnell mit der Unmöglichkeit einer Operation abfinden wollten. Ja natürlich hatten wir auf eine erfolgreiche Beinoperation gehofft, sonst hätten wir ja nicht alle Hebel in Bewegung gesetzt, daß sie in die Spezialklinik aufgenommen wurde. Als sich die Risiken der

Operation zu dem Zeitpunkt dann als zu groß herausstellten, wagten wir es, immer noch etwas von der Klinik für sie, diesen alten, uralten Menschen, zu wollen. Wir wollten, daß ihr Kreislauf und Stoffwechsel unterstützt würden, gerade weil ihr Körper durch den Streckverband am Bein und die Schmerzen fast stillgestellt war; wir wollten, daß von dem reichen Erfahrungsschatz, der in der berühmten Rehabilitationsabteilung der Unfallklinik angefallen sein mußte, irgend etwas Nützliches auch auf ihre Situation angewendet würde; dann wollten wir, nicht nur in den Besuchszeiten bei ihr sein zu können, um ihre vielen Hilferufe beantworten und für sie sorgen zu können; wir wollten weiter, nach der Entscheidung gegen eine Operation, etwas Zeit für sie in der Klinik, zwei Tage vielleicht, um die nächsten notwendigen Schritte überdenken und vorbereiten zu können: würden wir, würde vor allem ihre Tochter in der Lage sein, sie mit dem gebrochenen und schmerzenden Bein, in dieser körperlichen und seelischen Verfassung, über eine Zeit, deren Grenze nach vorn offen war, zu pflegen, ihr vielleicht sogar wieder aufzuhelfen? Und wenn nicht - welche Pflegestation, welches Heim würde sie aufnehmen wollen? Welcher Institution würden wir auch unsere Zustimmung geben können? Wie würde sie, auf dem Rücken liegend und mit dem ungeschützten und schmerzenden Bein, Stuhlgang haben können? Und wenn sie es könnte, wie würde er weggeschafft werden können, ohne sie mit zusätzlichen Schmerzen zu quälen?

Wir mußten doch vieles von dieser Klinik für G.K. wollen. Doch alles, was wir von dort wirklich bekamen, und auf unsere vielen Fragen - waren es wirklich zu viele? - zur Antwort bekamen, war: "Lassen Sie sie ab und zu durch ein Atemrohr blasen" - ein Zynismus angesichts der Rehabilitationskenntnisse und -möglichkeiten dieser Klinik. (Das Atemrohr hatte im übrigen erst auf unser Drängen auf Hilfe hin eine Krankenschwester mit ihr benutzt). Diese Bemerkung fügte sich zu anderen aus den Klinikaufenthalten von G.K., die für uns unerträglich waren. "Was wollen Sie denn, sie ist doch alt", hatten wir hier gerade kurz zuvor gehört. Und in der dritten Klinik später knallte die Stationschwester uns die Rechnung eben mit den Worten hin: "Hier, die Rechnung!", während gleichzeitig die Schmerzensschreie meiner Großmutter über den Flur drangen, weil zwei junge und unerfahrene Krankenschwestern völlig überfordert waren, mit ihrem so verwundeten und gequälten Körper umzugehen. In unseren Ohren klingt heute auch noch: "Wenn Sie wollen, können wir die Endpflege übernehmen", und ebenso die letzte Bemerkung des dortigen Oberarztes in distanzierterem, abwertendem Tonfall: "Geben Sie ihr etwas Flüssigkeit. Verdursten ist schlimmer als Verhungern". Wie wenig menschlich, wenn auch abstrakt richtig gesagt.

Dieses dritte Krankenhaus hatte es immerhin gestattet, daß, nachdem G.K. Privatpatientin geworden war und in einem Zweibett-Zimmer liegen konnte, eine oder einer der Angehörigen ständig - auch des nachts - um sie sein konnte. Aber wir hatten inzwischen dies begriffen: Angehörige, die sich für ihr krankes

und altes Familienmitglied einsetzen und auch noch eigene Wünsche und Vorstellungen vom notwendigen Hergang der Dinge mit einbringen wollen, sind vor allem Sand im Getriebe der medizinischen Maschine. Sie stiften Unruhe und Konkurrenz, und man muß sie schon merken lassen, wer die eigentlichen Herren (auch die weiblichen Herren) über die Patienten sind. In der dritten Klinik waren wir schließlich so weit, kaum noch Ansinnen zu äußern, um zu verhindern, daß G.K. nicht besonders mit Vernachlässigung bestraft wurde. So hätten wir gern gesehen, daß die dünne 'Anti-Dekubitus-Unterlage' durch eine zweite verstärkt worden wäre, aber wagten schon nicht mehr, dies auszusprechen, aus Angst, Krankenschwestern und -pfleger würden bei der Dekubitus-Behandlung noch rücksichtsloser mit ihr umgehen oder ihr andere Erleichterungen wie einen Luftbefeuchter zur Verringerung der Erstickungsgefahr versagen.

Zuhause: Anstrengungen für eine Lebensmöglichkeit

Als G.K. aus der zweiten Klinik entlassen wurde, da war uns klar, daß sie nun viel weniger Zukunftschancen hatte als in der unmittelbaren Zeit ihres Unfalls. Aber immer noch wollten und mußten wir uns für ihre Zukunft einsetzen. Der Zustand, in dem sie sich damals befand, konnte nicht das Ende sein. Kurzfristiger und langfristiger Zeithorizont lösten sich ineinander auf, der eine war nicht mehr von dem anderen zu trennen: Der Kampf für den einen Tag war die Voraussetzung des Kampfes für den nächsten und dann für den übernächsten - und umgekehrt. Die Kraft, die sie noch besaß, bedeutete für uns, daß mit ihr mehr Leben wieder beginnen konnte, nicht, daß sie das Sterben verhinderte. Wir sahen ihr Zukunft nicht als sofort beschlossene Sache an, sondern als offene, die eine Wendung zu einem besseren Leben annehmen konnte als es ihr in dieser Phase von vielen zugestanden wurde.

Wie konnten wir Bedingungen schaffen, die es erlaubten, ihre Lebenskraft trotz aller widrigen Umstände wachsen zu lassen? Wir waren hin- und hergerissen zwischen ihrem und unserem Wunsch, daß sie noch in ihrem Zuhause leben und Hilfe bekommen konnte, und unserer Sorge, daß wir, vor allen Dingen ihrer Tochter, auf die dann die Hauptverantwortung und -arbeit zukam, die notwendige Hilfe nicht würden leisten können. So machten wir, entgegen allen intuitiven Wünschen, Erkundungen in Pflegestationen von Heimen in erreichbarer Nähe, waren aber zu enttäuscht. Wir konnten uns nicht vorstellen, daß diese Heime irgendwie in der Lage sein könnten, G.K. in ihrer so schwierigen und gequälten Situation gerecht zu werden. Und wir hätten es weder ihr noch uns selbst je gewünscht, dort als Hilfsbedürftige leben zu müssen, auch nicht bei einem besseren Gesundheitszustand. Das einzige Heim, das überhaupt in Betracht kam, schied aus finanziellen Gründen aus. G.K.'s Einkommen war um 100 Mark zu hoch.

Die Lösung, die die praktische Vernunft nahelegte, waren also nicht zu haben. Ich meine, uns fiel sogar ein Stein vom Herzen, als die Heimalternative sich uns verschloß; als wir nicht mehr

einen Weg gehen konnten, der unseren tiefsten Wünschen und Ideen für das Schicksal meiner Großmutter widersprach. Nun waren unsere Grundmaßstäbe wieder voll gültig - und nun mußten wir sehen, was wir unter diesen eindeutigen Voraussetzungen für G.K. tun konnten. Ich meine auch, wir konnten uns diese Erleichterung erlauben, trafen in gewisser Weise doch ganz seltene und günstige Umstände zusammen: Für einige Wochen, solange wenigstens, um die Zukunft für G.K. wieder etwas offener zu halten - so war unsere damalige Überzeugung -, konnten drei der nächsten Angehörigen all ihre Kraft einsetzen, um ihr zu helfen: ihre Tochter, ein Enkel, eine Enkelin. Ihr Sohn würde diese kleine Gruppe ebenfalls noch unterstützen. Die Tochter hatte ihr Leben seit langem schon als Leben mit und für die Mutter eingerichtet. Hinzu kam, daß sie viel pflegerische Erfahrung im Umgang mit Kranken gesammelt - innerhalb ebenso wie außerhalb der Familie. Der Enkel war freiberuflich tätig und machte es möglich, seine Verpflichtungen beiseite zu schieben und seinen Arbeitsort zu verlassen. Auch fand er sich in der Zeit ohne zwingende andere persönliche Verpflichtungen und Einbindungen. Letzteres galt auch für die Enkelin. Beruflich war sie zwar gebunden, lebte auch in einer entfernten Stadt, konnte aber noch Urlaub nehmen und sich zusätzlich vom Dienst befreien lassen. Ebenso wichtig für sie war, daß ihre Kollegen in diesen Wochen ihren Anteil an Arbeit, der nicht nachgeholt werden konnte, übernahmen. Ihr Sohn, im selben Ort wie sie wohnend und auch schon in vorgerücktem Alter, hatte Spielraum in seiner weniger gewordenen freiberuflichen Tätigkeit. Auch seine Verpflichtungen in seiner eigenen Familie waren im Laufe der Zeit kleiner geworden. So war er oft genug frei, um seiner Mutter beizustehen. Ein anderer Enkel hatte sich auf die Nachricht des Unglücks hin von seinen Pflichten in einer entfernten Stadt kurzfristig freigemacht, um bei G.K. zu sein und zu helfen, wo er konnte.

G.K. brauchte in jenen Wochen all unseren Beistand, und wir brauchten ihn füreinander. Denn trotz unseres guten Willens, trotz mancher Erfahrung in der Sorge für Kranke - auch die Leidenswochen, die sich für sie auch nach der Entlassung aus der zweiten Klinik fortsetzten, waren wir letztlich gänzlich unvorbereitet. Wir wußten, daß es eine sehr schwierige Zeit werden würde, gleichgültig wie der Ausgang. Wir hatten ja auch schon, wenn auch vergeblich, versucht, von der unterstellten medizinisch-pflegerischen Expertise der Krankenhäuser zu profitieren. Aber im Grunde genommen mußte wir bei Null anfangen. Auch die Tochter, früher ja als Krankenschwester tätig gewesen und später in regelmäßigen freundschaftlichen Austausch mit einer Frau, die Leiterin eines Altenheims gewesen war - auch sie wußte nicht, was auf ihre Mutter und dadurch auch auf uns zukommen würde.

Zunächst einmal versuchten wir, uns der notwendigen pflegerischen und ärztlichen Unterstützung zu versichern. Als erstes mußten wir ganz schnell ein Krankenhausbett organisieren und eine Gemeindeschwester und einen Arzt gewinnen. Glückliche

Umstände machten all dies möglich. Mit besonderem beruflichen Durchsetzungsvermögen hatte der eine Enkel von einer der Pflegestationen am Ort ein ausrangiertes Krankenbett organisiert - die Sozialstation des Ortes konnte keines zur Verfügung stellen - und einen zufällig anwesenden Lieferanten des Heimes bewogen, das Bett zu transportieren. Es konnte überdies einfach in ein Gartenzimmer des Hauses gerollt werden, das deshalb dann zum Krankenzimmer für G.K. wurde.

Ein benachbarter Arzt, als Gynäkologe und Notarzt arbeitend, leistete Freundschaftsdienste und übernahm G.K.s ärztliche Betreuung. G.K. mußte in der Unfallklinik künstlich ernährt werden, und wir konnten und wollten nicht damit aufhören. Sie stand noch so unter medikamentöser Betäubung, daß nicht daran zu denken war, daß sie ausreichend kauen oder schlucken konnte. Die Apotheke in der Nachbarschaft, die die Familie seit Jahren in Anspruch nahm, versorgte uns mit den notwendigen Medikamenten. Täglich kam die Gemeindeschwester, die wir über die Sozialstation, die meine Mutter und Großmutter auch schon vorher etwas entlastet hatte, erreicht hatten. Sie übernahm einen Teil der Körperpflege und unterstützte uns Angehörige darin, mit einem verletzten, schmerzenden und unbeweglichen Körper umzugehen.

Zuversicht und Verzweiflung

Ich habe die Zeit vom Sturz meiner Großmutter an bis zu ihrem Tod als Kaskade von fast unlösbaren Problemen in Erinnerung. Hatten wir uns gerade auf ein Problem eingestellt und uns ein Bild davon erarbeitet, das uns handlungsfähig machte, so ergab sich schon ein neues Problem, das uns wieder verzweifeln ließ. Das galt auch für die Zeit, als ihr Zuhause ihre Krankenstation wurde. Ihr Geist und ihr Körper mußten noch in einem extremen Schockzustand sein. Ihre Verwirrtheit war auch schon vor ihrem Unfall deutlich zu spüren gewesen; ihre zunehmende Blindheit hatte ihr immer mehr Möglichkeiten der Orientierung und Wirklichkeitskontrolle genommen. Aber wir mochte es jetzt in ihr aussehen? Wir stellten uns vor, daß ihr Inneres in Aufruhr und Panik und doch gleichzeitig durch die Nachwirkung starker Medikamente gelähmt war. Dennoch wußten wir: Wenn irgend jemand eine Chance hatte, ihr ein wenig aus ihrer inneren Verwirrung und Paralyse herauszuhelfen, dann waren wir es, ihre Familie. Obwohl sie in einem ihr fremden Bett lag, in einem Raum des Hauses, der ihr ungewohnt war, so waren ihr doch die Stimmen, Namen und Worte vertraut; die Hände, die sie berührten, der Geschmack, den sie hörte - all dies war doch Teil ihrer gewohnten Umgebung; sie konnte doch ihr Zuhause irgendwie erkennen und wieder etwas besser zu sich finden.

Es kam die Stunde, ich weiß nicht, an welchem Tag ihrer Rückkehr, daß sie die Augen aufschlug und sie für uns nicht mehr blind und fahl waren, sondern strahlten, wie sie es ehemals tun konnten. Was für ein Fest! Es kam die Stunde, zu der sie wieder versuchte, eine ihr bekannte Melodie mitzusummen oder die Schläge der

Pendeluhr über ihrem Bett nachzuahmen, die Stunde auch zu der sie ein von ihr geliebtes Gedicht wiedererkannte. Einmal dann konnte sie auch wieder Kaffee schlürfen. Wie könnte ich vergessen, wie sie nach den ersten Schlucken ihr 'Herrlich' sagte. Sie erkannte den Arzt, andere Besucher aus der Nachbarschaft, und konnte auch die Gemeindeschwester ohne Irritation in ihre Welt einordnen. Und welch ein Geschenk, als sie uns sagte: "Ihr seid immer so lieb zu mir." Mußten wir nicht in solchen Stunden Zuversicht gewinnen?

Aber es war auch schon eine ganz andere Stunde gekommen, die uns entsetzte. Wir mußten entdecken, daß ihr Körper von außen zu verfaulen begann, daß er sich durchgelegen hatte. Über ihrem Steiß hatte sich eine schwarze Stelle gebildet, in der Größe eines Fünf-Mark-Stücks. Wir waren schon zu dem Zeitpunkt entsetzt, und wußten doch noch längst nicht, was das 'Durchliegen' alles bedeuten sollte. Wir versuchten, unser Entsetzen zu bannen und Abhilfen zu ersinnen. Zunächst einmal fragten wir alle um Rat, die uns irgendwie raten konnten, natürlich zuerst die Gemeindeschwester und den Arzt. Wir begriffen, was für ein schwerwiegendes und vernichtendes Symptom es für die körperliche Verfassung meiner Großmutter war. Ihr Körper wurde an den Druckstellen nicht mehr ausreichend durchblutet und starb ab. Äußerlich begann die Haut am Steiß sich in ein schwarzes Pergament zu verwandeln, und da drunter faulte und 'butterte' das Fleisch.

Die Entdeckung lebensbedrohlicher Tabus

Wenn ich früher von 'Durchliegen' gehört hatte, und das war selten genug, hatte ich mir darunter ein extremes 'Wundliegen' vorgestellt, so wie Kleinkinder sich in ihren nassen Windeln wundliegen können, nur eben viel stärker. Nun fragten wir und horchten herum, bei Nachbarn, Freunden, Verwandten, die ähnliche Krisensituationen durchgemacht hatten. Etwas, worüber wir nie richtig hatten sprechen hören, ließ nun seine geheime Wirklichkeit sichtbar und erkennbar werden. Auch andere also kannte das 'Durchliegen' von alten, aber auch von jungen Menschen. Was wir eindrücklich lernten: daß sie sich letztlich machtlos dagegen gefühlt hatten. Wie waren darauf eingestellt, daß der Stoffwechsel mit hoher Wahrscheinlichkeit gefährdet sein würde- und deshalb hatten wir ja die Beinoperation, und eine schnelle dazu, gewünscht. Wir waren darauf eingestellt, daß eine Lungenentzündung eintreten würde, und die suchten wir zu verhindern, indem wir systematisch ihre Atembewegungen unterstützten. Aber auf die Möglichkeit, daß ihr Körper beginnen würde, zu verfaulen, war wir nicht im geringsten vorbereitet. In den beiden ersten Krankenhäusern war nicht ein einziger warnender Hinweis gekommen, keine einzige mögliche Verhaltensregel ausgesprochen - und wenn, dann hätten sich das Personal dort selbst ad absurdum geführt. Offensichtlich hielt es ein Wissen geheim, zumindest vor uns, hätte es sonst doch selbst ganz anders an G.K. handeln müssen. Aber auch hier galt wohl: "Was wollen sie denn, sie ist doch alt".

Den Beginn des Durchliegens konnten wir nicht mehr verhindern. Nun mußten wir gegen seine Ausbreitung ankämpfen. Ob wir gedacht haben, wie könnten die existierende Nekrosestellen rückgängig machen? Ich weiß es nicht mehr. Auf alle Fälle mußten wir Kreislauf und Stoffwechsel in einem ganz anderen Ausmaß unterstützen, als wir es in der kurzen Zeit, in der meine Großmutter bis zu der schrecklichen Entdeckung zuhause war, getan hatten. Nun erfuhren wir, was die eigentliche Krankenhausvorschrift zur Behandlung Dekubitus-Gefährdeter ist: Unter anderen muß der kranke Körper alle zwei Stunden um eine viertel oder halbe Achse gedreht werden - und die verfaulten Stellen müssen freiliegen. Alle Druckstellen sind tunlichst zu vermeiden, und, wo sie unumgänglich sind, durch Salben und Tinkturen besonders zu schützen. Wir wußten auch noch nicht, daß fast der ganze Körper zu einer Druckstelle werden kann - die Flächen, an denen er, und sei es auch nur ganz leicht, in Druckberührung mit Matratze, Kissen oder Zudecke kommt. Und wir wußten auch noch nicht, wie schnell die Durchblutung unterbrochen und das Absterben von Körperstellen einsetzen kann

Helfenwollen: Ein kaum aushaltbares Dilemma zwischen Stützen und Quälen

Wir waren in einem ungeheuren Dilemma. Wie konnten wir die Kranke mit dem freiliegenden, ungeschützten Bein, das bei jeder Bewegung schlimm schmerzte, alle zwei Stunden auf die jeweils andere Seite drehen? Wenn wir es nicht taten, würde sie bei lebendigem Leibe verfaulen; wenn wir es taten, würden wir sie immer wieder von neuem großen Schmerzen und der Erschütterung ihrer so prekären inneren Ordnung aussetzen. Nach unseren Nachfragen bei dem behandelnden Arzt, bei Ärzten und Ärztinnen im Freundes- und Bekanntenkreis hatte sich für uns in Bezug auf das gebrochene Bein das Fazit ergeben, daß es zwar nie wieder funktionsfähig werden würde, daß aber der Bruch verheilen und die Schmerzen abebben könnten. Längerfristig also bestand die Chance, daß das Dilemma sich auflösen, daß wir der Kranken doch helfen können würden - wenn wir nur irgend verhindern könnten, daß ihr Körper an immer mehr und mehr Stellen 'durchlag' und sich überdies dadurch selbst vergiftete. Wir entschieden uns dann dafür, die Qual durch das gebrochene Bein kurzfristig eher zu vernachlässigen und dem Dekubitus den Kampf anzusagen. Noch stärker als alle rationalen Überlegungen bedrängte uns doch wohl die schreckliche Vorstellung, daß meine Großmutter bei lebendigem Leibe und sichtbar verfaulen konnte. Das war eine solche Verletzung von allen intuitiven Ideen von Menschenwürde, daß wir eine solche Zukunft für sie nicht ertragen konnten.

So rissen wir uns zusammen und muteten der Kranken zu, daß sie viele Male innerhalb von 24 Stunden in einen Schmerzensschock und ohnmächtige Verwirrung fallen mußte. Wir quälten sie und hofften doch und hofften. Wir versuchten, so behutsam wie nur möglich mit ihr, ihrem Körper und ihrem Geist umzugehen. Wir litten unter den Qualen, die sie litt, und meinten doch nicht, sie ausreichend

verringern zu können. Wir wissen nicht, was sie von all den Vorgängen begriff, was mit ihr geschah und warum. Wir konnten nicht annehmen, daß sie verstanden hatten, in welcher Situation sie sich befand; sie konnte uns nicht bedeuten, wann und wo genau ihre Schmerzen entstanden, wie wir die Lage ihres Körpers verändern konnten, um ihr am wenigsten weh zu tun; sie war zu verwirrt und entkräftet, um selbst ihrem Körper Bewegung und Richtung zu geben, die synchron mit unseren Anstrengungen hätten sein können. Einmal noch flehte sie uns an: "Tragt mich doch! Ich bin doch 100 Jahre alt!" - und uns brach es das Herz.

Welche Qualen haben wir ihr zugemutet; und es bleibt nur ein schwacher Trost, daß sie geringer waren als die, durch die sie später in der dritten Klinik, in die sie noch eingewiesen wurde, gehen mußte. Wenn wir ihren Körper zur Seite drehten, waren wir zu dritt oder viert, die sie hochhoben, ihren Kopf hielten, ihre Beine arrangierten, die Schnüre des Tropfes kontrollierten, gleichzeitig die Unterlagen wechselten und ihren Körper auf die andere Seite - ja, warfen. In der Klinik waren es zwei Personen für alle diese Funktionen, wobei die eigentliche Arbeit und Verantwortung für das Drehen meist bei einer einzigen Person lag und dann mit einem einzigen Griff geschah, der vielleicht gerade noch für einen kranken Menschen ohne Knochenbruch und offene Wunden gedacht ist. Die Qual meiner Großmutter, ihre Schreie bei dieser Klinikprozedur waren entsetzlich. Es kam vor, daß wir uns während der Nachtwachen ein Kissen über die Ohren drückten, um dem Entsetzen etwas zu entgehen.

Wir kämpften und kämpften darum, den Körper meiner Großmutter als würdige Herberge ihrer Seele zu bewahren. Unsere Anstrengungen glichen immer mehr einer Sisyphusarbeit. So wurde die faulende Stelle am Steiß nicht kleiner, sondern größer, fraß sich tiefer in das Fleisch ein. Auch wenn es sehr schwierig, fast unmöglich war, den Kampf zu gewinnen, waren wir aber auch im tiefsten davon überzeugt, daß wir keine andere Wahl hatten. Wir konnten es doch nicht einfach zulassen, daß ihr Körper Stelle um Stelle weiter abstarb, von außen verfaulte, von innen her Organe aufplatzten oder sich abschnürten und so der Körper von Giften überschwemmt wurde. All dieses würde nicht nur ihr Leben unmöglich, sondern auch ihr Sterben schrecklich machen - und tatsächlich geschah beides ja bereits. Wenn wir verzweifelt für ihr Leben kämpften, so kämpften wir gleichzeitig für ihr gutes Sterben. Das eine ließ sich von dem anderen gar nicht mehr trennen; die Anstrengungen verschmolzen zueiner einzigen. Wir konnten die Norm der Kliniken überhaupt nicht teilen, daß das Leben der sehr kranken Greisin keine Mühe jenseits einer Operation mehr wert sei; ebensowenig konnten wir hinnehmen, was uns als richtiger Weg ihres Sterbens bedeutet wurde - sie "ruhig sterben" zu lassen. Denn was hieß das schon? In der Klinik wäre die Ruhe als Teil der "Endpflege" erzeugt worden; ihr Körper wäre medikamentös sediert und so im Ergebnis stillgestellt worden. Das Sterben wäre dabei nicht nur "ruhig", sondern in gewisser Weise

auch "bequem" beendet worden.

Die Idee von "ruhig sterben lassen" leitete wohl auch zunächst die Krankenschwestern und den Arzt, die G.K. und uns zuhause halfen. Wir haben es ihnen sehr hoch angerechnet, daß sie uns, den Angehörigen, ihre Vorstellungen nicht aufzwängten, sondern im Gegenteil versuchten, uns in unseren Motiven und Handlungsweisen, in unserem Ringen und Verzweifeln um die besten Schritte für G.K. zu verstehen und sich uns darin zu nähern. Zum Schluß hatten sie sich in dem, wie sie als professionelle Experten der Krankenversorgung an G.K.'s Bett handelten, wohl weit von dem für sie üblich Geltenden entfernt. Die Situation, daß die Gemeindeschwester G.K. schon zwei Wochen vor ihrem wirklichen Tod so bettete, daß der Tod seinen Einzug halten könne, blieb eine vereinzelte Episode. Diese Ruhe war es also nicht, die nach unseren Vorstellungen das würdige Sterben - wenn es denn Sterben war - ausmachen durfte, das wir für G.K. wünschten. Wir Angehörigen suchten nach einem anderen Weg, der das Sterben nicht von der toten, sondern von der lebenden G.K. her begriff. Unsere immer wieder neue Suche aber führte auch uns an existentielle Abgründe, die sich denen auftun, die das Ende eines Lebens begleiten. Wenn wir auch nicht wie die Kliniken die medizinische Verwaltung des sich auflösenden Körpers einer uralten Frau im Sinn hatten, so quälte uns unendlich das Bewußtsein, daß wir G.K., um ihr Leben oder ihre Würde im Sterben zu bewahren, ständig Gewalt antaten, Angst und Schrecken auslösten, ja sogar, was uns so am Herzen lag, die Würde ihrer Existenz, mit unserem Handeln in Frage stellten. Dieses unerträgliche Verschmolzensein von Erleichterung und Qual für meine Großmutter war all unseren Schritten eigen. Es gelang uns, sich verfärbende Druckstellen an Hüften, Knien und Füßen davor zu bewahren, sich in absterbendes Gewebe zu verwandeln. Aber dafür setzten wir sie mit unseren Versuchen, den Stoffwechsel ihres Körpers aufrechtzuerhalten und ihren Körper immer wieder zu drehen, der Angst und dem Terror aus. Wir ließen einen nochmaligen (dritten) Klinikaufenthalt mit all seinen negativen Folgen zu, weil wir und mit uns die hinzugezogenen Ärzte der Aufblähung ihres Leibes hilflos gegenüberstanden. Als wir sie wieder in ihr Zuhause zurückgeholt hatten, muteten wir ihr zu, daß das immer mehr absterbende und verfaulende Fleisch am Steiß in einer Art Notoperation ohne Narkose weggeschnitten wurde. Nun hatte sie eine saubere, aber große, tief bis auf den Steißbeinknochen reichende, offene Wunde, die einmal am Tag behandelt und austamponiert werden mußte, und auch das bedeutete viele neue Schmerzen für sie. Schließlich kamen auch die Zeiten, in denen wir selbst ihr den letzten Rest von Bewegungsfreiheit nahmen, den sie noch hatte. Wenn dann in den kurzen Nachtstunden niemand bei ihr sein konnte, um ihren Arm mit der Einstichnadel für die Infusion zu halten, mußten wir den Arm festbinden - wir mußten die Zähne zusammenbeißen, um es tun zu können - und waren doch nicht diejenigen, die sich dafür entscheiden konnten und wollten, die Infusion zu beenden. Für uns wäre es ein Akt des Tötens gewesen - Töten im Sterben blieb für uns immer noch Töten.

Wir werden nie wissen, was G.K. in diesen Tagen und Wochen wirklich durchgemacht hat; die Tatsache bleibt, daß es die meiste Zeit für sie ganz schrecklich gewesen sein muß. Die Last, daß auch wir selbst ihr große Leiden zugefügt haben, nachdem sie aus der zweiten Klinik entlassen wurde, lag (und liegt) auf uns.

Es ist offensichtlich, daß die Wochen nach dem Sturz von G.K. für uns Angehörige Wochen absoluter Verunsicherung waren, existentiell-moralisch ebenso wie medizinisch-pflegerisch. Die eine Verunsicherung verstärkte die andere und umgekehrt. Und der Fall der Lebenskurve ließ beide immer größer werden. Die Wirklichkeit lief uns immer wieder davon; wir mußten uns immer wieder neu zu ihr ins Verhältnis setzen. Den Blick auf die Wirklichkeit einer sehr alten und sehr hinfälligen Frau, den sich die Kliniken angeeignet hatten, konnten wir nicht akzeptieren. Sie nahmen den Tod der sehr alten und kranken Frau als beschlossene Sache vorweg und machten sich bei einer solchen Regel keine Gedanken mehr, wie sich auf den Tod, wenn er denn kommt, zugehen läßt - außer nach dem Minimalprogramm einer medizinischen "Endpflege".

Die mühsame und zu späte Entdeckung vorhandener Hilfen

Es kostete uns dann große Anstrengungen, das Bild der Wirklichkeit zusammenzufügen, das die Durchschnittsmedizin durchaus für die Situation schwerkranker, bettlägeriger Patienten, die nicht dem Tod zugeordnet worden sind, bereit hat und es auf die Situation von G.K. anzuwenden. Im Falle der Dekubitusbehandlung zum Beispiel hieß das - bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Ratschläge - im wesentlichen, den vom Absterben und Verfaulen bedrohten Körper durch Drehen um seine eigene Achse zu durchbluten und ihn an Druckstellen durch besondere Unterlagen, Salben, Tinkturen und unter Umständen Föhnen zu schützen. Wir taten das Äußerste, was uns in dieser Hinsicht zu Gebot stand - und sahen doch, daß wir auf diese Weise G.K.'s Lebenskraft nicht stärken konnten. Die ganze Zeit suchten wir auch nach zusätzlichen Hilfen, die doch vorhanden sein mußten, auch wenn sie in der Durchschnittsmedizin und -pflege nicht einfach verfügbar waren. Doch wieviel Verunsicherung und Zweifel mußten wir noch gehen, um zum Beispiel schließlich noch von zwei Hilfen Gebrauch machen zu können, die im nachhinein ebenso sinnvoll wie einfach erscheinen: ein bestimmtes Wasserbett auf der einen und das Bewegen des kranken Körpers nach den Regeln und dem Erfahrungsschatz der Krankengymnastik auf der anderen Seite. Die Unsicherheiten, die der Entscheidung für ein Wasserbett vorausgingen, bezogen sich eher auf den praktischen Nutzen. Es dauerte, bis wir das Pro und Kontra in Erfahrung bringen und gegeneinander abwägen konnten. Die Unsicherheiten im Hinblick auf die Hilfe der Krankengymnastin hatten damit zu tun, daß wir noch nie davon gehört hatten, daß mit kranken, uralten Menschen Bewegungstherapie gemacht wurde. Die Krankengymnastin bestätigte uns vor allen Dingen darin, wie richtig es sei, meine Großmutter aufzurichten, an den Bettrand zu

setzen und dort ihre Beine vorsichtig zu bewegen; daß das trotz gebrochenem Bein und offener Steißwunde möglich sei und daß es viele Male Drehen des liegenden Körpers ersetzen könne. Wir fühlten uns wie Pioniere und zugleich wie Sünder, die gegen das Ideal von 'Ruhe' und 'Frieden' verstießen. Wir sahen eine Chance für mehr Leben und fürchteten uns doch davor, daß es sich um eine unwürdige Störung des Sterbens handeln könne. Wir waren erleichtert und doch auch verbittert, daß diese Möglichkeit der Hilfe viel zu spät kam. Noch einige Male konnten wir meine Großmutter am Bettrand aufsetzen, aber der winzig gewordenen Flamme ihrer Lebenskraft damit nicht mehr aufhelfen.

Die verzweifelte Suche nach Linderung von Lebens- und Sterbensqualen

Wir versuchten in diesen Wochen nach dem Unfall, meine Großmutter zu umsorgen und zu versorgen - ihre Seele zu erreichen und ihren Körper zu stützen. In vielen Einzelschritten waren wir in einem gewissen Sinn erfolgreich - aber letztlich waren es zu viele Schritte, die getan werden mußten, oder Schritte, die zu spät kamen. Im Laufe dieser Zeit, die ja eine Kaskade von Problemen brachte, gelang es uns, sehr viele Gespräche zu führen, Kontakte herzustellen, Informationen zu sammeln, Dienste in Anspruch zu nehmen. Wir wandten uns an Kliniken, Sozialstationen, Sanitätshäuser und Apotheker, an Ärzte und Ärztinnen, an Gemeindeschwestern und Krankengymnastinnen, an Nachbarn und Freunde, an uns Bekannte und uns Fremde, nah und fern.

Unter rein medizinisch-praktischen und technischen Gesichtspunkten gesehen war es uns dann z.B. möglich, das Krankenzimmer in ein Zimmer für eine Notoperation zu verwandeln; nach der Operation die notwendigen hygienischen Standards einzuhalten; einen Tropf und eine Bluttransfusion, die unter höchst schwierigen Bedingungen stattfinden mußten, zu beaufsichtigen; das Krankenbett mit einer Wassermatratze auszustatten und die Schwerkranke auch darauf zu betten; beim Tamponieren der Wunde zu helfen; mit Einläufen und Kathetern umzugehen oder ein Absauggerät zu konstruieren, zu dem wir über die medizinischen Leistungen keinen Zugang erhalten hatten.

Und dennoch: Wir wollten im Hause nicht die Intensivstation einer Klinik ersetzen. Was wir suchten, war ein für uns annehmbarer Weg, die Qualen in G.K.s Existenz - gleichgültig ob Leben oder Sterben - zu verringern. Wir meinten, nicht zusehen zu können, wie meine Großmutter verhungerte, erstickte, verfaulte. Und sie hatte, als diese extremen Zustände auftauchten, keine Möglichkeit, selbst eine Entscheidung über ihr Leben und ihren Tod zu treffen und diese uns dann auch mitzuteilen.

G.K. mußte jede einzelne Stufe des Sterbens gehen, nicht eine einzige blieb ihr erspart. War auch dies schließlich eine notwendige Verkehrung unserer Absichten, als Tage kamen - mehr als eine Woche dauerten sie - daß G.K. fast ununterbrochen schrie?

Wir kannten ihre verzweifelten Schreie um Hilfe, vor allem während der Klinikaufenthalte; wir kannten ihre Schmerzens- und Schreckensschreie, wenn wir ihren Körper wenden mußten oder während der Notoperation. Aber dieses entsetzliche Schreien war uns unbegreiflich, machte uns so völlig hilflos - wir erreichten sie darin überhaupt nicht mehr, konnten sie durch nichts befreien, beruhigen oder trösten. Nur ihre völlige körperliche Erschöpfung brachte ein Ende dieser Schreiquale. Es war ein animalisches Schreien, das allmählich schwächer und schwächer wurde, um schließlich in ein endgültiges Verstummen überzugehen. Dies Schreien und das Verfaulen ihres Körpers waren die schlimmsten Zeichen davon, daß G.K. sich an der Schwelle des Todes befand.

Die Wochen zwischen dem Unfall und dem Tod von G.K. waren für uns letztlich eine Zeit größter Hilflosigkeit und Selbstvorwürfe. Es war auch eine Zeit eines kaum aushaltbaren Entscheidungs- und Handlungszwangs. Er wurde auf jeder Stufe, auf der sich ihr körperlicher Zustand verschlimmerte, von unserer Fassungslosigkeit genährt, daß es keine bessere Hilfe für ihr Leben oder ihr Sterben geben sollte. Wir kannten sehr wohl die Worte vom "richtigen Abschied", vom "Loslassenkönnen" und vom "notwendigen Trauern". In der Situation, in der sich G.K. befand und entsprechend in unserer Situation erschienen sie uns wie ein sich aufgeklärt gebender Humanismus, der sogar an der Wirklichkeit des Sterbens von G.K. vorbeiging. Sollten wir nun deshalb nicht versuchen, einen geliebten Menschen von Qualen zu befreien, weil sein Tod nahe bevorstand? Und bestand eine Befreiung von Qualen nur in medikamentöser Betäubung? Und befreite eine solche Betäubung wirklich von Qualen? Tat sie nicht auch das Gegenteil - z.B. indem sie geradezu die Erstickungsqualen brachte? Wir lernten: Es ist eines, vom richtigen Sterben zu sprechen, aber ein ganz anderes, es Stufe um Stufe mitzuvollziehen.

Wären wir, G.K.'s Angehörige, in dieser Zeit allein gewesen, ich weiß nicht, wie wir sie ertragen hätten. Wir hatten das große Glück, außerhalb des automatischen Klinikweges auch Krankenschwestern, Krankengymnastinnen und Ärzte zu finden, die uns darin unterstützten, den Glauben an die Möglichkeit des Lebens und des würdigen Sterbens für G.K. nicht aufzugeben. Es waren zum Schluß vor allem die beiden Ärzte - der, der G.K. täglich versorgte, und der, der die Notoperation vorgenommen hatte -, die willens waren, sich in uns einzufühlen und mit uns in unseren Anstrengungen für G.K. so weit zu gehen, wie es überhaupt nur denkbar war. Der Arzt, der die Notoperation durchgeführt hatte, war auch derjenige, der uns unsere Selbstvorwürfe und unsere Gewissenslast etwas nahm, den Tod von G.K. nicht eher zugelassen zu haben, vielleicht sogar, der künstlichen Ernährung bewußt ein Ende gesetzt zu haben. Es tat gut, von ihm zu hören, daß es nach dieser Überzeugung handelte: Daß es das Leben sei, das seinen eigenen Weg zum Tode finden müsse; daß nicht Menschen es sein können, die es zum Sterben lenken. Auch Hilfe für Todkranke sei Hilfe zu leben und nicht zu sterben. Aus diesem Grunde auch hatte

er G.K. in diesem Niemandsland zwischen Leben und Sterben operiert, um dem Körper den Weg zum Leben hin zu weisen.

Tod und Abschied

Sechs Wochen nach ihrem Sturz hatte der Tod endgültig Oberhand über G.K. erhalten. Er kam zu einem Zeitpunkt, wo auch wir, ihre Angehörigen, erschöpft waren. Wir hätten unsere Versuche, ihr zu helfen, nicht mehr lange in derselben Weise wie zuvor fortsetzen können. Letztlich hatten wir so wenig für sie tun können. Wenigstens einen Wunsch hatten wir ihr erfüllt: Sie starb nicht in der Fremde, sondern in ihrem Zuhause. Nun war die Zeit da, daß wir wirklich den Tod anerkennen konnten. Über Tage hinweg konnten wir die Verwandlung von der fast noch Lebenden zu der wirklich Toten, dem leblosen Körper, sich vollziehen sehen. Sie selbst hätte vielleicht gesagt, die Seele hat sich erst allmählich von ihrem Körperkleid trennen können. Wir saßen bei G.K.'s Leichnam, hielten eine Art Zwiesprache mit ihr. Wir legten ihren toten Körper in einen Sarg. Es war in ihrem Zuhause, wo ihre Familie und ihre Freunde von ihrem Leichnam Abschied nahmen. Die Feier wurde für uns Angehörige, die wir in den Wochen zuvor Tag und Nacht um sie gewesen waren, zum Beginn der Versöhnung mit ihrem Tod. Wir empfanden es als Glück, beim Abschied dem Sarg mit ihrem Leichnam so weit wie möglich und so, wie sie es sich gewünscht hatte, das Geleit zu geben: Wie es in der Heimat ihrer Kindheit geschehen wäre, so trugen wir den Sarg über einen Teppich aus grünen Tannenzweigen hinaus - hinein in den sinkenden Abend.

Nachgedanken: Sterben als Teil einer Familiengeschichte

Die Geschichte des Sterbens von G.K. ist sicherlich außergewöhnlich. Viele Vorgeschichten gehen in sie mit ein, besonders die Beziehung ihrer Angehörigen zu ihr und das Sterben anderer Familienmitglieder vor ihr.

G.K. war eine besondere Frau, zu der wir Angehörigen zwar nicht immer eine ungebrochene, aber doch immer sehr, sehr große Zuneigung hegten. Unseren Kampf um ihr Leben und ihr Sterben ist ohne diese Zuneigung nicht denkbar, die natürlich auch ihre Zuneigung zu uns spiegelt. Im Rückblick scheint mir daran für die Wochen zwischen ihrem Unfall und ihrem Tod ausschlaggebend zu sein, daß unsere Gefühle für sie ohne die Bedeutung ihrer Körperlichkeit für uns ebenfalls undenkbar ist. Wir alle sind immer gern in ihrer unmittelbaren körperlichen Nähe gewesen, als Enkelkinder z.B. waren wir in unserer Kindheit nicht einfach durch das räumliche Zusammenwohnen in ihrer Nähe gerückt worden, sondern haben diese Nähe oft genug selbst gesucht. Wir freuten uns, unsere Großmutter zu berühren, waren von der Weichheit ihrer Haut entzückt; wir drückten uns gern an sie, fühlten uns bei ihr wohl und schauten sie und ihre Bewegungen gern an - ganz zu schweigen davon, daß wir uns immer wieder von dem Strahlen und dem Ernst ihrer Augen gefangen nehmen ließen. G.K. machte eine Art erotischer Vertrautheit mit ihr und ihrem Körper möglich, die ohne alle Prüderie, von selbstverständlicher Natürlichkeit war und

doch ihr Eigenes in seiner Intimität schützte.

Für ihre Tochter war diese Art der Körperlichkeit von G.K. wohl eine der Quellen dafür, daß sie ihre Mutter schon früher in langen Krankheitsphasen und in ihren beschwerlichen Jahren vor ihrem Tod hatte betreuen können. Schon in diesen Zeiten hatte G.K.'s Körper natürlich auch als kranker oder schwacher eine große Rolle gespielt - immer dann, wenn er in seinen Fähigkeiten gestört war oder sie ganz verloren hatte: zu gehen, zu essen, die Ausscheidung zu kontrollieren, zu sehen, zu hören, zu erinnern und zu denken. Daß ihre Tochter und manchmal auch ihre anderen Angehörigen mit ihrem "nicht funktionierenden" Körper und seinen schwierigen Begleiterscheinungen umgehen konnten, scheint anders als durch die Grundqualität eines vertrauten Wohlgefallens an ihrer Körperlichkeit kaum zu erklären.

Das gilt auch für die Wochen von G.K.'s Sterben. Hätte es diese Wochen gegeben, hätten wir G.K. nicht in ihrer Körperlichkeit geliebt? Wahrscheinlich doch wären wir weder so entsetzt gewesen darüber, daß und wie ihr Körper abstarb, noch wäre es uns möglich gewesen, in dem Umfang, in dem wir es taten, mit den unmittelbaren Folgen des Zerfalls ihrer Körperkraft umzugehen: den Schleim aus ihrem Hals zu entfernen, den Stuhlgang aufzufangen oder von ihrem Körper abzuwaschen, die uringetränkten Vorlagen zu entfernen, das verfaulende Gewebe zu behandeln, sie nackt auf unseren Händen und Armen liegen zu haben. Es war der von uns geliebte Körper, der uns auch noch jenseits seines Zerfalls berührte.

Zu den anderen Mitgliedern der Familie, die vor G.K. gestorben waren, gab es keine so körperlich-vertraute Beziehung. Ihr Sterben war ein Familiengeschehen von ganz anderer Art. Wir waren im Nachhinein betroffen davon, wie wir sie auf ihren Tod zugehen ließen und versuchten wohl auch durch unsere Anstrengungen für G.K. etwas wiedergutzumachen.

Soviel wir Angehörige von G.K., die sie nach ihrem Sturz betreuten, auch in unseren Beziehungen zu ihr gemeinsam hatten, so konnte unser "Wir" doch nicht ein einheitliches sein: Jede oder jeder von uns hatte noch einmal ihre oder seine ganz persönliche Vorgeschichte mit ihr, wollte ihre oder seine Geschichte mit ihr zu einem guten Ende bringen - war Tochter oder Sohn, Enkelin oder Enkel, hatte mit ihr Jahrzehnte zusammengelebt oder von ihr getrennt in einer anderen Lebensgemeinschaft. Es gab sogar so etwas wie eine Konkurrenz der Liebe zu ihr: Wer konnte sie besser erreichen, trösten, von Qualen befreien, sie dazu bringen, sich zu freien, ihr Selbst als G.K. wachzuhalten? Wem wandte sie sich am ehesten zu? Es gab auch einige böse Worte an ihrem Bett. Aber unser gemeinsamer Nenner, der uns durch die schwierigen Sterbewochen hindurch zusammenhalten ließ, war doch die jeweilige tiefe Zuneigung zu ihr, die durch die Todesgefahr, die auf ihr lastete, noch einmal besonders Geltung bekam.

Unsere Zuneigung und Liebe für G.K. und die Todesgefahr für sie forderten ebenso von uns wie sie es uns möglich machten, daß wir in kurzer Zeit sehr vieles lernten, zu Gedanken und Taten gedrängt wurden, die für uns außergewöhnlich waren. Dazu gehörte dann auch, daß sich die üblichen Rollen von 'Angehörigen einer Patientin' und 'Arzt' veränderten hin zu denen sehr betroffener Personen, die gleichwertig und gleichgewichtig einen Weg heraus aus der existentiellen Sackgasse suchten oder auch, daß ein Angehöriger vom Arzt angeleitet wurde, für bestimmte Notsituationen das ärztliche Handwerk auszuüben. Ähnlich haben sich am Kranken- und Sterbebett von G.K. auch die traditionellen Geschlechtszuschreibungen noch stärker verändert als sie es in der Familie ohnehin schon getan hatten. Zwar waren es auch hier die Frauen, die immer noch eher mit allem zu tun hatten, was Schleim, Schmutz und Blut bedeutete, und die Männer, die mit dem zu tun hatten, was ein Höchstmaß an Körperkraft und technischen Sachverstand, verlangte; aber es waren auch ihr Sohn und ihr Enkel, die sie fütterten, auch ihr Enkel, der sie als nacktes, 'elendes Gerümpel' in seinen Armen trug oder sich dicht neben sie legte, um sie durch seine Anwesenheit zu beruhigen. Ihr Elend machte uns ähnlicher.

Die Stufen des Sterbens, die G.K. durchschritt, wühlten ihre Angehörigen auf, führten sie in ungeahnter Weise zueinander, aber auch voneinander wieder fort - auf jeden Fall aber zu einer Ebene intensivster existentieller Auseinandersetzung. So 'wunderbar lehrsam', wie das Sterben ihres Vaters für G.K. gewesen war, so 'wunderbar lehrsam' - wenn auch in einem ganz anderen Sinne - wurde ihr eigenes Sterben für ihre nächsten Nachkommen.