

Postmortale Menschenwürde zwischen Pietät und Professionalität. Plädoyer für eine Schweigeminute im klinischen Alltag

Katharina Fürholzer (Philadelphia)

Abstract

Death is an inevitable part of clinical practice and affects, in its very own way, not only relatives and friends but also those who took care of a patient in the very last moments of his or her life. Considering that time is a more than limited resource in Western health care systems, it is, however, all too often challenging for the clinical team to pause and pay respect to the life that has passed and the unfathomability of human finiteness. While in Western cultures, silence is commonly regarded as a (ritualized) expression of respect in the context of death, in clinical everyday life it is thus no matter of course to meet the end of human life not only on a physical but also metaphysical level. Instead, death tends to become drowned out by a strident clinging to the daily routines of patient care, in the course of which accompanying noises may turn into a roaring (inhuman) cacophony which may not do justice to the dignity of the dead, the relatives and the clinic team. With that said, the article at hand focusses on forms of bidding farewell in clinical patient care, with an emphasis on postmortem silence. Drawing on examples out of literature, medical ethics, and the law, I will plead for a minute's silence in everyday clinical practice, as a possible means to interrupt the noise of medicine in the immediate aftermath of death in order to honor the dignity of both the dead and the living.

Keywords

Postmortal patient care, coping with death, piety, posthumous dignity, silence, literature and medicine

Das alarmierende Lärmen der Medizin¹

Mit aller Emotionalität schreit das lyrische Ich in Dylan Thomas' Gedicht *Do not go gentle into that good night* (1951) gegen den Tod des Vaters an:

Do not go gentle into that good night,
Old age should burn and rave at close of day;
Rage, rage against the dying of the light.²

Dieses psychologisch ebenso verständliche wie ethisch erklärbare Dylan'sche Wüten gegen das Sterben lässt den Begriff des ‚Todeskampfes‘ in ganz eigenem Licht erscheinen – und erinnert dabei nicht zuletzt an die Medizin: Mit allen Mitteln wird auch hier der Tod bekämpft, werden alle Register gezogen, alle Apparate genutzt, um das Leben der Kranken zu erhalten. Stimmen Behandelnde und Behandelte darin überein, die zur Verfügung stehenden Maßnahmen des Lebenserhalts voll auszuschöpfen, und sich bis zum letzten Moment dem Sterben entgegenzustellen, hat diese wutschreiende Aggressivität ein Gutes und entspricht zugleich dem modernen Selbstverständnis der Medizin: Denn Medizin rettet Leben, der Tod hingegen wird allzu häufig einem Versagen gleichgesetzt, das in der hiesigen und heutigen Medizinkultur nicht vorgesehen ist. Eine mögliche Erklärung hierfür liefert Rainer Prönneke:

Zum einen haben die millionenfachen Sterbe- und Todeserlebnisse im Zweiten Weltkrieg zu einem Trauma geführt, das ein Überleben nur mit durchgängiger Verdrängung dieser Erlebnisse (und aller aktuell Sterbenden) zuließ. Damit verbunden gingen traditionelle Rituale, die das Sterben und den Tod begreifbarer machen, verloren. Zum anderen hat sich dank medizinischer Entwicklungen mit zuverlässigen und nachhaltigen Behandlungserfolgen ein euphorisches Gefühl der Kontrolle über Krankheiten ausgebildet. Als „Nebenwirkung“ wurde der Tod als Versagen und Misserfolg gedeutet. Damit musste auch das Sterben als Vorstufe zum Tod kollektiv

1 Meinen großen Dank an die beiden anonymen Gutachter*innen für ihre sorgfältigen Lektüren und inspirierenden Denkanstöße.

2 Dylan Thomas: Do not go gentle into that good night. In: Ders.: *In Country Sleep. And Other Poems*. London 1952, 18-19, hier 18. Auch eindrucksvoll in der deutschsprachigen Übersetzung durch Curt Meyer-Clason: „Geh nicht gelassen in die gute Nacht, / Brenn, Alter, rase, wenn die Dämmerung lauert; / Im Sterbelicht sei doppelt zornentfacht.“ (Dylan Thomas: Geh nicht gelassen in die gute Nacht, übers. v. Curt Meyer-Clason. In: Reinhard Paul Becker et al. (Hg.): *Windabgeworfenes Licht. Gedichte. Englisch und Deutsch*. München, Wien 1992, 367).

verdrängt werden. Hospiz und Palliativmedizin stellen die Vorstellung einer rational begründeten Beherrschbarkeit von Krankheit infrage.³

In einer Medizin, welche den Tod von sich weist, folgt die Abwendung von den Toten und Zuwendung zu den (noch) Lebenden einer inhärenten Logik. Dieses Selbstverständnis erschwert es Ärzt*innen und Pflegenden außerhalb der Hospiz- und Palliativmedizin, innezuhalten und Tod und Toten zu gedenken:⁴

Typically, a patient arrives in the ED [emergency department] with CPR-in-progress [cardiopulmonary resuscitation] at least once per day. Despite our best efforts, nearly 90% of these patients are pronounced dead in the ED, usually without their family. Do these patients suffer? Usually not. Do they die alone? Technically no. There are doctors, nurses, techs all around the bedside supporting the patient. However, as soon as the patient is pronounced, the providers and support staff move on. In a busy ED, there are other patients to save and focus must quickly shift to them. We are trained to give full attention to the body. Is there a pulse? Blood pressure? We certainly don't have time to reflect on the person. The patient becomes a body and we detach. Shortly after a physician pronounces the patient dead, everyone scatters to take care of the next patient. So, yes, technically the body does not die alone but the person does.⁵

Den Tod auszuhalten, dafür ist im modernen Klinikalltag kaum Zeit. Zeit ist eine limitierte Ressource und stets warten andere Patient*innen, die versorgt werden müssen. Ein Innehalten, das Still- und Stummhalten ist somit ein Störfaktor im klinischen Effizienzbetrieb, eine (bislange) nicht abrechenbare, im System nicht vorgesehene Größe. Allzu oft wird der Tod daher auch übertönt durch ein Festhalten am Klinikalltag. Die konkurrierenden Rufe der Ärzt*innen und Pflegenden, die alarmierenden Geräusche der

3 Rainer Prönneke: Ein würdevoller Abschied. Eine durchgängige Umsetzung der Palliativversorgung sollte strukturell verankert und gelebt werden. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105 (2008), A2574-A2575, hier A2574.

4 Und birgt zugleich das Risiko, dass der achtsame Umgang mit dem Tod schlicht auf andere (z.B. anthroposophische) Kliniken oder Stationen, in denen Sterben ‚akzeptierter‘ ist als in lebensorientierten Abteilungen wie etwa der Geburtshilfe, verschoben wird, anstatt zu versuchen, die Erfahrungen von etwa Palliativstationen oder Hospizen in die eigene Arbeit zu integrieren.

5 David Klein: Dying with dignity. Instituting a moment of silence in the ER. In: *US AcuteCare Solutions* (4.9.2018). <https://theshift.usacs.com/dying-with-dignity-instituting-a-moment-of-silence-in-the-er/> (30.1.2022). Die in Kleins Zitat anklingende übliche Verknappung der Todesfeststellung auf schlicht „pronounced“ scheint hier paradigmatisch – oder ‚symptomatisch‘, wie man sich fast zu formulieren geneigt fühlt – für die Zeitnot des klinischen Alltags in westlichen Gesundheitssystemen.

Apparate, das Nachhallen vorbeieilender Schritte, das hektische Knallen zufallender Türen, das Kratzen geschobener Krankenbetten, das entfernte Sirenengeheul der Einsatzkräfte, das Schrillen der Lautsprecherrufe. All diese Geräusche, all diese lautlichen Repräsentanten des Lebens, sind Ausdruck des klinischen Versorgungsauftrags. Ist das Dröhnen der Todesstille ein hörbar gewordenes *Memento mori* an die noch Lebenden, dann erscheint im Vergleich dazu die Geräuschkulisse des klinischen Alltags wie ein hartnäckiges *Memento vivere*, eine Erinnerung an das Leben, an den Lebenserhalt. In der Gegenwart der den verstorbenen Menschen umgebenden Stille kann diese alltägliche Geräuschkulisse zu einem nahezu unerträglichen Lärm werden, zu einem bisweilen kaum aushaltbaren, in den Ohren gellenden Getöse. Die Gründe für diesen Lärm können vielfältig sein, können von einem Gefühl der Ohnmacht oder des Versagens, von Angst oder von Befangenheit sprechen. Doch so nachvollziehbar all diese Gründe sind, stellt sich die Frage, ob nicht dennoch Tod und Toten⁶ angesichts ihrer außerordentlichen Unfassbarkeit die oberste Aufmerksamkeit, das letzte Wort gebühren sollte? So verständlich die Betonung des Lebens, des Lebenserhalts im klinischen Kontext erscheint, mutet es fraglich an, ob eine damit verbundene zu schnelle Abwendung von Tod und Toten unseren Vorstellungen einer humanen Humanmedizin tatsächlich entspricht. So wirkt der Lärm der Medizin im Angesicht des Todes wie ein Alarmzeichen, das den kulturellen Konventionen unseres Umgangs mit dem Tod zutiefst zu widersprechen und weder der Humanität und Würde des Toten noch der der Angehörigen wie auch der Klinikmitarbeiter*innen gerecht zu werden scheint. Vor diesem Hintergrund möchte ich daher im Folgenden für eine Schweigeminute im klinischen Alltag plädieren, mit welcher dem Lärm der Medizin in der unmittelbaren Folge eines eingetretenen Todes Einhalt geboten und der Würde der Toten und Lebenden Ausdruck verliehen wird.

Personenstatus und Menschenwürde Verstorbener

Man muss an dieser Stelle zunächst auf die durchaus emotional aufgeladenen Kontroversen verweisen, inwiefern nun der Würdebegriff überhaupt auf einen toten Menschen angelegt werden kann. Inwieweit die in Deutschland grundgesetzlich verankerte

⁶ Man verstehe diese Wortwahl hier und im Folgenden bitte als explizite Würdigung der Philosophin Thea Rehbock und ihrer Arbeit „Der Tod und die Toten – philosophisch betrachtet“. In: Christoph Rehmann-Sutter (Hg.): *Was uns der Tod bedeutet*. Berlin 2018, 31-44.

Menschenwürde⁷ auch postmortal geschützt werden muss, ist umstritten. Philosophen wie Dieter Birnbacher argumentieren etwa, dass mit dem Eintritt des Todes ein radikaler Wechsel von einer Person zu einer Sache einhergehe.⁸ Auch nach österreichischem Recht gilt der Leichnam als Sache, die entsorgt werden muss.⁹ Im Kontrast dazu argumentiert die Philosophin Theda Rehbock, „dass dem toten Menschen prinzipiell ebenso wie den gegenwärtig (und zukünftig) lebenden Menschen der moralische Status der Person mit einem Anspruch auf Achtung ihrer Würde und elementarer Rechte zukommt“¹⁰. Um dieses Personsein im und des Toten zu erkennen, reicht, so Rehbock, der schlichte Blick in das Gesicht des Verstorbenen:

Es ist das Gesicht ein und derselben Person: zunächst im Modus des lebendigen Ausdrucks und lebendiger Anwesenheit, dann im Modus der Abwesenheit, des Nicht-mehr-Daseins, in dem es gleichwohl etwas ausdrückt, nicht einfach eine ausdruckslose körperliche Hülle ist, so wie das Schweigen, ebenso wie das Sprechen eines Menschen, etwas zum Ausdruck bringen kann. So wie sich das *Schweigen* von bloßem *Stummsein* unterscheidet, so unterscheidet sich die *leibliche Präsenz* des Toten als Person von dem rein *körperlichen Vorhandensein* eines materiellen Objektes.¹¹

Als Person verstanden kommt, so Rehbock unter Bezug auf Immanuel Kant, auch dem Toten Würde zu:

Zentral für das Selbstverständnis des Menschen als Person ist Kant zufolge die Freiheit. Der Mensch existiert als „Zweck an sich selbst“, nicht als bloßes Objekt und Mittel für die Zwecke

7 Jeglicher Versuch, an dieser Stelle der Komplexität des Menschenwürde-Begriffs gerecht zu werden, wäre vermessen. Gleiches gilt für den immensen Bestand an Literatur hierzu. Für einen Überblick sei an dieser Stelle daher lediglich verwiesen auf Paul Tiedemann: *Was ist Menschenwürde? Eine Einführung*. Darmstadt 2006; Marcus Düwell: Menschenwürde als Grundlage der Menschenrechte. In: *Zeitschrift für Menschenrechte* 4 (2010), 64-79.

8 Vgl. Dieter Birnbacher: Philosophisch-ethische Überlegungen zum Status des menschlichen Leichnams. In: Norbert Stefenelli (Hg.): *Körper ohne Leben: Begegnung und Umgang mit Toten*. Wien 1998, 927-932; vgl. zu dieser Sicht auch Andrea Esser: Leib und Leichnam als Gegenstand von Achtung und Würde. In: Dominik Groß et al. (Hg.): *Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion*. Kassel 2007, 11-24; Christine Pernlochner-Kügler: Pietät ist ... Leichen-Ethik für den Alltag. In: *Aspetos* (ohne Datum). <https://aspetos.com/de/post/pietaet-ist-leichen-ethik-fuer-den-alltag/560> (30.1.2022).

9 Vgl. Pernlochner-Kügler, Pietät ist, n.p.

10 Theda Rehbock: Person über den Tod hinaus? Zum moralischen Status der Toten. In: Andrea Esser, Daniel Kersting, Christoph Schäfer (Hg.): *Welchen Tod stirbt der Mensch? Philosophische Kontroversen zur Definition und Bedeutung des Todes*. Frankfurt am Main, New York 2012, 143-178, 143.

11 Rehbock, Person über den Tod hinaus, 167; Herv. i. O.

anderer. „So stellt sich notwendig der Mensch sein eigenes Dasein vor“, sagt Kant, und so begegnet uns notwendigerweise auch jeder andere Mensch. Auf dieses Selbstverständnis gründet sich die Würde des Menschen, und zwar auch in Situationen, *in denen er noch nicht, nicht mehr oder vielleicht nie in der Lage ist*, sich selbst als Person zu äußern und über entsprechende Fähigkeiten zu verfügen.¹²

Entsprechend bezieht Kant seine Selbstzweckforderung explizit nicht nur auf die Lebenden, sondern schreibt auch Verstorbenen „den Status der Person und eines Rechtssubjekts zu“¹³.

Dieser Status bedeutet, dass dem Verstorbenen durch die Überlebenden Unrecht geschehen kann, etwa indem sie durch „üble falsche Nachrede“ ihm seinen guten Namen rauben. // Um den Verstorbenen als Person und Rechtssubjekt in seiner Würde achten oder missachten zu können, ist es Kant zufolge nicht notwendig, dass er körperlich noch irgendwie präsent sei; es ginge mit dem guten Namen ja nicht um physischen Besitz, der nach dem Tode nicht mehr möglich sei und also auch nicht geraubt werden könne.¹⁴

„Die Verpflichtung, die Würde zu achten, gilt daher unbedingt, gegenüber jedem Menschen und in jeder menschlichen Situation, unabhängig von den faktischen Fähigkeiten des Menschen und seinem Nutzen für andere.“¹⁵ Diese Verpflichtung, die Ehre des Verstorbenen zu schützen, ist in Deutschland auch gesetzlich verankert.¹⁶ So würde es

12 Marianne Rabe, Theda Rehbock: Menschenwürde und Personsein auch im Koma? In: *Heilberufe* 63 (2011), 42-43, 43; Herv. K.F.

13 Rehbock, Der Tod und die Toten, 42.

14 Rehbock, Der Tod und die Toten, 42. Anders Dirk Preuß, der argumentiert, dass, auch wenn einige Zellen noch leben, „dem toten menschlichen Körper nicht mehr jener moralische Status zu[steht], den der lebende Mensch hatte: die unbedingte Geltung beanspruchende Menschenwürde. Dem Leichnam Menschenwürde abzusprechen, bedeutet aber nun keineswegs, ihn jeglicher Würde berauben zu müssen. Denn schließlich weist der tote Körper auf die einst lebende Person zurück, die sich in diesem Körper leiblich ausdrückte. [...] In den Bestattungsgesetzen von Thüringen (§ 1) und Nordrhein-Westfalen (§ 7) wird für sie der durchaus treffende Ausdruck „Totenwürde“ gebraucht.“ (Dirk Preuß: Pietät in der Rechtsmedizin. Autopsie eines Begriffs. In: *Rechtsmedizin* 4 (2011), 286-290, 290).

15 Rabe, Rehbock, Menschenwürde und Personsein, 43.

16 Vgl. Deutscher Bundestag: Die postmortale Schutzwirkung der Menschenwürdegarantie. In: *Deutscher Bundestag WD 3-3000-284/18* (2018), 4.

mit dem verfassungsverbürgten Gebot der Unverletzlichkeit der Menschenwürde, das allen Grundrechten zugrunde liegt, unvereinbar sein, wenn der Mensch, dem Würde kraft seines Personseins zukommt, in diesem allgemeinen Achtungsanspruch auch nach seinem Tode herabgewürdigt oder erniedrigt werden dürfte. Dementsprechend endet die in Art. 1 Abs. 1 GG aller staatlichen Gewalt auferlegte Verpflichtung, dem Einzelnen Schutz gegen Angriffe auf seine Menschenwürde zu gewähren, nicht mit dem Tode.¹⁷

Postmortale Patient-Arzt-Beziehung

Die – in Deutschland grundgesetzliche – Regelung postmortaler Menschenwürde hat auch für das Gesundheitswesen Bedeutung. Rein medizinisch gesehen besteht die Beziehung zu Patient*innen über ihren Tod hinaus, genauer bis zur Autopsie bzw. klinischen Sektion, welche die deutsche Bundesärztekammer als „letzte ärztliche Handlung im Rahmen der medizinischen Behandlung der Patienten“ definiert.¹⁸ In ihrer aktuellen Pflegeleitlinie erklärt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in diesem Kontext:

Nach dem Eintreten des Todes endet nicht automatisch die Beziehung zum Verstorbenen. Die personale Würde, die dem Lebenden galt, gilt auch gegenüber dem Leichnam als Richtschnur des Handelns. In der Nähe und im Kontakt mit dem Toten setzt sich die Beziehung zu diesem ganz konkreten Menschen fort. Reden und Handeln sind in diesem besonderen Moment von Respekt geprägt. In der Beachtung seiner letzten Wünsche lebt die persönliche Beziehung zum Patienten auch nach dessen Ableben und erweist ihm die letzte Würdigung.¹⁹

17 Bundesverfassungsgericht 30, Beschluß vom 24. Februar 1971, 1 BvR 435/68. Siehe auch Christian Kopetzki: Der menschliche Leichnam im heute gültigen deutschen und österreichischen Recht. In: Norbert Stefenelli (Hg.): *Körper ohne Leben: Begegnung und Umgang mit Toten*. Wien 1998, 862-880.

18 Bundesärztekammer: *Stellungnahme zur „Autopsie“*. Langfassung (26.8.2005), 5; zur Bedeutung der Sektion für die Trauerrituale Angehöriger vgl. ebd., 49.

19 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP): *Pflegeleitlinie. Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten* (1.8.2008), 1. Vgl. zudem: „Auch für die Pflegenden bedeutet der Tod des Patienten nicht den abrupten Beziehungsabbruch. Gerade da, wo sich im Pflegeprozess eine engere Beziehung entwickelt hat, kann es auch für die Pflegenden wichtig sein, sich in würdevoller Art und Weise vom Verstorbenen zu verabschieden.“ (ebd.).

Wie die Medizinethikerin Gisela Lucius-Bockenheimer kritisiert, wird der ärztliche Umgang mit dem menschlichen Leichnam jedoch nach wie vor primär unter rechtlichen, nicht aber ethischen Gesichtspunkten thematisiert.²⁰

Die Frage nach dem Umgang mit dem menschlichen Leichnam ist [...] immer noch ein Randthema. Auch die Palliativmedizin, die über den Tod des betreuten Patienten hinaus die Angehörigen in der Trauerphase seelisch begleitet, schließt in ihre Definition und ihre Handlungsziele den Umgang mit dem Körper des Verstorbenen nicht ein.²¹

Was also darf eine Gesellschaft mit Blick auf einen würdevollen Umgang mit verstorbenen Patient*innen erwarten (wobei hier der Begriff der ‚Gesellschaft‘ sowohl Patient*innen und Angehörige als auch Ärzteschaft und Pflegende einschließt, die mit dieser Frage in ganz eigenem Maße konfrontiert sind und so dringend Antworten bedürften)? Ein respektvoller medizinischer Umgang mit dem Leichnam wird an dieser Stelle als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt. Aber ist ein Innehalten, ein Still-Halten als ein zum Ausdruck gebrachtes Würdigen dieses existenziellen Ereignisses des Todes nicht ebenfalls Teil unseres Würdeverständnisses? Steht also das Lärmen der Medizin, das sich durch das ungehinderte Fortsetzen des klinischen Alltags ergibt, nicht in scharfem Konflikt zu unseren soziokulturell verankerten Vorstellungen von Totenruhe als einem wesentlichen Bestandteil postmortaler Menschenwürde bzw. Totenwürde?

Totenstille als Sprache des Verstorbenen

Reaktionen auf den Tod können sich nun natürlich auf sehr unterschiedliche Weise zeigen, und mitnichten ist Schweigen die einzige Form. Man denke an das laute Wehgeschrei der Klageweiber im antiken Griechenland oder Altägypten, eine Trauerbekundung, wie man sie auch heute noch finden kann, oder an die – etwa auf Sulawesi, Bali oder Madagaskar verbreitete – Konvention, dem Tod mit sogenanntem Begräbnisgelächter zu

20 Gisela Bockenheimer-Lucius: Zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam in der Medizin. In: Dominik Groß et al. (Hg.): *Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion*. Kassel 2007, 159-178, 159-160.

21 Ebd.

begegnen.²² In deutschsprachigem Kontext wiederum wird die plötzliche Absenz eines Menschen in der Regel durch eine Absenz der Rede gespiegelt. Das stille Innehalten, das Still-Halten entspricht in unserer Kultur Vorstellungen eines pietätvollen Umgangs mit dem Tod, was in Wendungen wie „in stiller Anteilnahme“ oder „im stillen Gedenken“ im Kontext beileidsbekundender Kondolenzkarten, im gemeinsamen Schweigen, dem stummen Händedruck, der wortlosen Umarmung am offenen Grab Ausdruck findet und in der Zäsur der Sprache als einem in unserer Gesellschaft wesentlichen (symbolischen) Kapital in seiner Bedeutung unterstrichen wird. Verwiesen sei an dieser Stelle auf einen Gedanken Susan Sontags zum binären Charakter des Schweigens:

„Silence“ never ceases to imply its opposite and to demand on its presence. Just as there can't be „up“ without „down“ or „left“ without „right,“ so one must acknowledge a surrounding environment of sound or language in order to recognize silence. Not only does silence exist in a world full of speech and other sounds, but any given silence takes its identity as a stretch of time being perforated by sound.²³

Die Bedeutung, die der postmortalen Stille in unserer Kultur beigemessen wird, zeigt sich nicht zuletzt an der Rechtsprechung. Exemplarisch sei hier aus dem österreichischen Strafgesetzbuch zitiert, wo es heißt: „Wer wissentlich eine Bestattungsfeier durch einen Lärm, der geeignet ist, berechtigtes Ärgernis zu erregen, oder durch ein anderes solches Verhalten stört, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen zu bestrafen.“²⁴

So unterschiedlich all diese kulturgebundenen Konventionen nun sind, haben sie eines gemeinsam, zeigen sie doch allesamt eine Unterbrechung des Alltäglichen an, wobei diese Zäsur in der Regel von einem Abbruch des Verbalen und einer Hinwendung zum Para- und Nonverbalen begleitet ist. Verbale Kommunikation ist mit dem Tod beendet, der Mensch ist verstummt, wortwörtliche Totenstille ist seine neue Sprache, die zumin-

22 Vgl. Matthias Ziegler: Von Klageweibern und Begräbnislachern. In: *Wiener Zeitung* (2. November 2018). https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/reflexionen/vermessungen/999720-Von-Klageweibern-und-Begraebnislachern.html?em_cnt_page=2 (30.1.2022).

23 Susan Sontag: *The Aesthetics of Silence* [1962]. In: Elizabeth Hardwick (Hg.): *A Susan Sontag Reader*. New York 1982, 181-204, 187.

24 Österreichisches Strafgesetzbuch: §191 „Störung einer Bestattungsfeier“. In: <https://www.jusline.at/gesetz/stgb/paragraf/191> (30.1.2022). Ähnlich, allerdings ohne einen expliziten Vermerk zum Lärm ist die deutsche Rechtsprechung, vgl. *Deutsches Strafgesetzbuch*: §167a „Störung einer Bestattungsfeier“. In: www.dejure.de (30.1.2022).

dest in unserer Kultur durch ein Verstummen der Lebenden gespiegelt wird. Der im zitierten Gedanken Sontags anklingende Verweis auf (lineare) Zeit lässt an dieser Stelle die Metaphysik dieser Verbundenheit, die durch das Verstummen der Lebenden mit der Stille der Toten entsteht, noch deutlicher erahnen: Schließlich ist die Rede einer der wesentlichen Zeitmesser des Schweigens, ist es doch die Spanne zwischen dem Ab- und Wiedersetzen der Sprache, welche uns überhaupt ein Gefühl von der Dauer des Schweigens vermittelt. Entsprechend lässt sich die Zäsur der Rede in gewisser Weise als Zäsur linearer Zeitwahrnehmung verstehen. In seiner temporalen Messbarkeit angewiesen auf seinen Gegenpol vermag das Schweigen so nicht zuletzt eine Zeit-Losigkeit und damit die Ewigkeit der Toten-Stille erahnen zu lassen.

Eine solche den Sieg des Todes über das Leben besiegelnde Stille ist mitunter kaum auszuhalten. Liest man die über 400 Gedichte umfassenden, von Gustav Mahler eindrücklich vertonten *Kindertotenlieder*, die Friedrich Rückert 1833/34 nach dem Tod seiner beiden Kinder verfasste, steht dieser schier unbändige Wortschwall einem solchen Schweigen konträr entgegen – doch was wir hier sehen, scheint letztlich ebenfalls nichts anderes als ein verzweifelter Ausdruck dafür, in welchem drastischem Maße das für den Menschen unbegreifliche, unsagbare Phänomen des Todes bis dahin kraftvolle Wort-Welt-Referenzen zunichte macht.²⁵ In seiner Unbegreiflichkeit bringt uns der Tod an die Grenzen des Sagbaren, führt uns das Versagen der Verbalsprache schmerzhaft vor Augen. Ob es sich nun also um laute Wehklage oder stille Innerlichkeit handelt, ob es zu einem Schwall oder einem Versiegen der Sprache kommt: In allen Fällen wird durch einen Abbruch der Verbalsprache auf das nahezu in den Ohren dröhnende Nichts, auf das endgültige Verstummen eines Menschen reagiert und damit nicht zuletzt der Außerordentlichkeit des Todes Ausdruck verliehen und Rechnung getragen. Die ‚Lautstärke‘ ist hierbei nicht entscheidend – was zum Lärm wird, ist im Angesicht des Verstorbenen und der wortwörtlichen Totenstille als seiner neuen Sprache vielmehr die Ignoranz des Ereignisses: Postmortaler ‚Lärm‘ kann so theoretisch auch fast geräuschlos vonstatten gehen: Denn was in den Ohren gellt, was den Schmerz verstärkt, ist die ungebrochene Weiterführung des Tagesgeschäfts, das fehlende Innehalten.

²⁵ Zum Teil wird diese sprachliche Ohnmacht auch verbalisiert; man denke hier an Susan Sontag, wenn diese sagt: „One recognizes the imperative of silence, but goes on speaking anyway. Discovering that one has nothing to say, one seeks a way to say *that*.“ (Sontag, *The Aesthetics of Silence*, 188; Herv. i. O.).

Möchte man also der Außergewöhnlichkeit von Tod und Toten Ausdruck verleihen, haben neben der im Angesicht des Todes bedeutungsarm, mitunter bedeutungslos gewordenen Sprache so nicht zuletzt auch jene Geräusche zu verstummen, die für gemein- hin den Alltag der Lebenden ausmachen. Was wohl keiner so eindringlich formulierte wie W.H. Auden:

Stop all the clocks, cut off the telephone,
Prevent the dog from barking with a juicy bone,
Silence the pianos and with muffled drum
Bring out the coffin, let the mourners come.²⁶

Die Alltäglichkeit, ja Gewöhnlichkeit, welche die Geräuschkulisse des klinischen Tagesgeschäfts ausmacht, bildet einen kruden Widerspruch zur Außergewöhnlichkeit des Todes und mutet so fast pietätlos und profan, mitunter gar wie eine Vermeidungshaltung an, die dem unaushaltbaren Nichts, der Totenstille als größtem Widersacher der Geräusche der Lebenden, entgegengestellt wird. Eine mit einer solchen Zuwendung zu Leben und Lebenden verbundene Abwendung von Tod und Toten kann die Verstorbenen auf ihre Körper reduzieren, wie ein exemplarischer Blick in die Praxis verdeutlichen mag (und man achte im Folgenden auch auf die sprachliche Transformation des Verstorbenen von einem Patienten zu einem Körper und schließlich zu einer Person):

I recently pronounced an 88-year-old male who had arrived with CPR-in-progress. [...] As usual, after he was pronounced dead, we scattered to take care of the other patients as the primary nurse and tech remained to diligently prepare the body for the morgue. One hour later, the family arrived. *Speaking with the family transformed the patient from body or disease back into a person.* I learned that this elderly man was a father of five, grandfather of fifteen, loving spouse and diligent and successful accountant. [...] Learning this information earlier would not have changed the care he received from our team. However, it would have personalized the experience. Had we taken a moment to consider this man's accomplishments, we could have helped transform the body back into a person – a person deserving our acknowledgment and thanks.²⁷

26 W.H. Auden: Funeral Blues. In: Ders.: *The Collected Poetry of W.H. Auden*. New York 1945, 228-229.

27 Klein, Dying with dignity, n.p.; Herv. K.F.

Bedenkt man, dass das Ende des Lebens nicht automatisch das Ende einer Beziehung bedeutet, scheint das Aushalten, das stille Innehalten im Angesicht von Tod und Toten sowohl moralisch als auch professionell geboten, erlaubt es schließlich dem klinischen Team, die Beziehung zu Patient*innen postum noch ein Stück weit aufrechtzuerhalten. Zwar ist mit Eintritt des Todes der sprachliche Austausch mit den Verstorbenen nicht länger möglich. Doch versteht man die Totenstille als neue ‚Sprache‘ der verstorbenen Patient*innen, dann lässt sich in Konsequenz auch das Innehalten, das Still-Halten, die aktive Zäsur in den alltäglichen Geräuschen, die als lautliche Repräsentanten des Lebens die vom Verstorbenen ausgehende Todesstille zu übertönen vermögen, als eine Möglichkeit verstehen, auf diese neue Ausdrucksform zu reagieren. Das Schweigen der Lebenden als Reaktion auf die Stille der Toten ist so nicht zuletzt eine Form, diesen Patient*innen noch einmal zu begegnen, sie weiterhin in ihrer Subjekthaftigkeit, ihrer Selbstzweckhaftigkeit, also dem Selbstverständnis entsprechend, auf welchem die Würde des Menschen gründet, zu achten – „und zwar auch“, um einen auf Komapatient*innen bezogenen Gedanken Theda Rehbocks und Marianne Rabes weiterzuführen, „in Situationen, in denen er noch nicht, nicht mehr oder vielleicht nie in der Lage ist, sich selbst als Person zu äußern und über entsprechende Fähigkeiten zu verfügen“²⁸. Die Zäsur im klinischen Alltag, das Still-Halten, auch: die Stille von Tod und Toten auszuhalten, sich von Verstorbenen dabei nicht abzuwenden, sondern sie im Gegenteil noch einmal in den Fokus zu stellen und ihnen die ungeteilte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, erweist sich in diesem Sinne als eine Möglichkeit, die Besonderheit des Todes zu würdigen und einem gelebten Leben eine letzte Ehre zu erweisen.

Stellvertretende Angehörigkeit

Ein solches Inne- und Still-Halten, welches der Außergewöhnlichkeit des Todes Raum und Ausdruck gibt, scheint auch mit Blick auf die Angehörigen moralisch geboten, und dies insbesondere in zwei Momenten: bei der Übermittlung der Todesnachricht sowie am Totenbett selbst. Ich komme zunächst auf Ersteres zu sprechen:

Nicht immer lässt es der moderne Klinikalltag westlicher Gesundheitssysteme zu, Angehörigen den Verlust in der eigentlich (für alle Parteien) gebotenen Privatheit und Ruhe

²⁸ Rabe, Rehbock, Menschenwürde und Personsein, 43.

zu übermitteln, vielmehr kann es passieren, dass sich der Angehörige in einem hochprivaten Moment in einem öffentlichen, mit anderen geteilten Raum – etwa einem Wartesaal, einem Flur, dem Mehrbettzimmer des Verstorbenen – und damit einer öffentlichen Rolle wiederfindet. Eine Klinik ist nun einmal ein Ort der Öffentlichkeit, der Vielen, der Lebenden und all der das Leben ausmachenden Geräusche. Durch diese Öffentlichkeit kann der Ort der Klinik dem Bedürfnis von Trauernden konträr entgegenstehen, vermag die in ihm herrschende hektische Betriebsamkeit doch den Eindruck zu erwecken, eine der schrecklichsten Informationen der eigenen Biographie ‚zwischen Tür und Angel‘ erfahren zu müssen. Der Lärm der Medizin, gleichbedeutend mit dem Lärm der Lebenden, droht hier ein Störfaktor in der Trauer der Angehörigen zu werden. Trauer ist sprachlos: Die Unsagbarkeit des Todes kommt der Erfahrung einer Sprach-Störung gleich,²⁹ führt für den Trauernden zu einem Einhalten, Inne-Halten, einem In-Sich-Gehen, einem In-Sich-Hineinhorchen. Wir sind von der Erfahrung des Todes überwältigt, auch ‚überwältigt‘, übersteigt sie doch unsere sonstigen Welterfahrungen. Wir haben keine Antworten und suchen sie doch, ohne sie aber mit Sprache ausreichend ergründen zu können und wenn wir uns noch so bemühen; auf dieser mit Sprache nicht adäquat zu beantwortenden Suche horchen wir in uns hinein, suchen in unserem Inneren nach Antwort; an den Grenzen der Verbalsprache übernimmt die Sprache der Affekte und schließlich der Emotionen.³⁰ Als ein Ort menschlicher Grenzsituationen mit all den damit verbundenen Affekten und Emotionen scheint es vor diesem Hintergrund für unser Gesundheitssystem unerlässlich, dass auch die Klinik all den mit ihr verbundenen Menschen eine solche Gleichzeitigkeit von Öffentlichkeit und Innerlichkeit ermöglicht.

Dieses Still-Halten scheint jedoch schon vor Übermittlung der Todesnachricht geboten: Ereignet sich der Tod eines Menschen nicht im privaten Kreis der Angehörigen, sondern ausschließlich und ausschließend im Beisein des klinischen Teams, müssen „die Angehörigen (und die breitere Öffentlichkeit) darauf vertrauen können, dass mit dem

29 Ausführlichere Gedanken zu den möglichen Analogien zwischen physischen und metaphysischen (etwa trauer- oder traumabedingten) Sprach-Störungen würden an dieser Stelle zu weit führen; eine Monographie zu dieser Thematik ist aktuell in Vorbereitung.

30 George Clausens eindringliches Gemälde *Mourning Youth* (1916; einsehbar über <https://artsandculture.google.com/asset/youth-mourning-clausen-george-sir-ra/4QFH0WvUMnxjwg?hl=en>) vermag uns stellvertretend erlauben, uns in das Gefühlsleben eines Angehörigen hineinzusetzen. Die darin gezeigte Trauernde ist ebenfalls in einem öffentlichen Raum, und doch ganz für sich. Sie ist reine Privatheit, ihre Nacktheit zugleich Symbol reiner Schutzlosigkeit wie reiner Emotionalität. Im absolut Öffentlichen ist die Trauernde ins absolut Innerliche gekehrt, wendet das Gesicht ab von der Welt, bedeckt es, versteckt es, ist sprachlos für sich.

Körper des Verstorbenen weitgehend so umgegangen wird, als wären sie anwesend³¹. Denn nicht zuletzt wird „[e]in schlechter Umgang mit dem toten Leib [...] immer auch als ein wenig achtsamer und würdigender Umgang mit der Lebens-, aber auch der Leidensgeschichte und der Person des Verstorbenen empfunden“³². Das Praktizieren von Konventionen, die in unserer Kultur mit einem würdevollen Umgang mit Toten verbunden werden wie gerade auch das Schweigen als würdigende Reaktion auf den Tod, spielt hier mit hinein und so erscheint auch das stellvertretende Schweigen des klinischen Teams am Totenbett als eine Möglichkeit, einen solchen achtsamen und würdigenden Umgang mit dem Verstorbenen zu finden. Schweigen ist für Trauernde wie eine eigene Sprache, mit der sie sich von jenen unterscheiden, für welche der Tod des Verstorbenen keine tiefgehende Bedeutung für das eigene Leben hat. Haben Angehörige keine Möglichkeit, dieses Schweigen bei Eintritt des Todes zu praktizieren, können die Mitglieder des klinischen Teams diese Rolle, dieses Ritual des Abschieds stellvertretend für sie ausführen, selbst wenn (tatsächlich oder vermeintlich) keine eigene Trauer empfunden wird. Eine solche durch Behandelnde stellvertretene Angehörigkeit bedeutet nun nicht, dass das Eigene aufgehoben wird: Eine Person, die eine andere vertritt, bleibt stets sie selbst – doch erweitert sich um Aspekte der repräsentierten Person. In anderen Worten: In der Stellvertretung geht das Ei(ge)ne und das Andere über in ein emergentes Drittes. Im Kontext klinischen Abschieds kann dies bedeuten, dass das Private, Subjektive, Emotionale angehöriger Trauer zumindest für einen kurzen Moment ‚erlaubten‘ Einzug in die Professionalität des Behandelnden erhält. Als Mittelsperson zwischen Trauernden und Betrauten kommen Behandelnde so weiterhin dem mit ihrer Profession verbundenen Gebot der Fürsorge (für Angehörige ebenso wie für die verstorbenen Patient*innen) nach – doch zugleich vermag die Trauer an eines anderen statt zum Mittel der Selbstfürsorge zu werden, im Rahmen derer dem inneren Erleben von Tod und Toten Raum zugestanden wird.³³ ‚Stellvertretung‘ ist von daher in einem zweifachen Sinne zu sehen, ist doch

31 Preuß, Pietät in der Rechtsmedizin, 288.

32 Matthias Mißfeldt: Vergehende Zeichen. Der tote Leib und die trauernde Erinnerung. In: Dominik Groß et al. (Hg.): *Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion*. Kassel 2007, 179-186, 182.

33 Die Bedeutung der Selbstfürsorge wird in ärztlichen wie pflegerischen Standestexten inzwischen explizit betont. So heißt es im Genfer Ärztegelöbnis „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können“ (Deklaration von Genf 2017; man achte auf die aus dieser Formulierung hervorgehende Engführung von Selbst- und Fremdfürsorge), und im ICN-Ethikkodex für Pflegende: „Pflegefachpersonen wertschätzen ihre eigene Würde, ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit“ (ICN 2021).

auch die ‚übernommene‘, ausgeübte Trauer des Angehörigen für Behandelnde eine Möglichkeit, die etwaige eigene, nicht zuletzt als Reaktion auf die spezifische Kultur westlicher Gesundheitssysteme unterdrückte Trauer dennoch ausleben zu können.

Wie wichtig nun gerade die Stille für Trauernde sein kann, wird in Siegfried Lenz' *Schweigeminute* (2008), in welchem diese kollektive Form des stillen, gemeinsamen Gedenkens gar zum Handlungsträger eines ganzen Romans wird, eindrücklich dargestellt. Im Zentrum des Buches steht eine Gedenkfeier an einer Schule, die anlässlich des Todes einer jungen Lehrerin veranstaltet wird. Der Leser verfolgt das Gedenken aus Perspektive des Ich-Erzählers, einem Schüler, der mit dem Tod der Verstorbenen nicht nur seine Lehrerin, sondern auch seine Liebe verloren hat; eine verbotene Liebesbeziehung also, die seine Trauer als Hinterbliebener aufgrund der notwendigen Geheimhaltung, die eine solche Beziehung erforderte, noch stärker in das Private verlegt. Als der Schüler gebeten wird, während der Gedenkstunde eine Ansprache in Würdigung der Verstorbenen zu halten, lehnt er dies ab: Der Trauernde gibt sich in das Schweigen hinein, und nähert sich in diesem Moment der Sprache des Todes wie auch der Toten an. Im trauernden Schüler löst das Schweigen eine Fülle an Erinnerungen aus, ist Teil seiner Auseinandersetzung mit dem geteilten Leben, mit dem jetzigen Tod. Das Hören auf die Sprache des Todes – die Stille – wird letztlich akzeptiert, denn: „vielleicht muss ja im Schweigen ruhen und bewahrt werden, was uns glücklich macht.“³⁴

Im Angesicht des Todes ist ein jeder für sich, allein in der eigenen, unsagbaren Trauer. Doch so, wie uns im Alltag die Sprache verbindet, kann auch gemeinsamem Verstummen ein gemeinschaftsstiftendes Moment zukommen. Sprechen ist Trennung: Soll Sprache nicht in einer unverständlichen Kakophonie münden, muss auf eine klare Rollenverteilung von Sprechendem und still Zuhörendem eingehalten werden, wohingegen kollektiv zeitgleich ausgeübte Ausdrucksformen (beispielsweise Chorgesang) gemeinschaftsstiftende Funktion haben.³⁵ Auch Schweigen kann eine solche verbindende Funktion erfüllen, kann der Gemeinschaft, die für einen nun verstorbenen Menschen Sorge getragen hat, trotz des Unbegreiflichen und der individuellen Reaktionen, die dieses im Einzelnen

34 Siegfried Lenz: *Schweigeminute*. Hamburg 2014, 126. An dieser Stelle zumindest am Rande ein kurzer Nachdruck auf die Vielfalt von Trauererfahrungen und -ausdrücken: Während bei Lenz das Schweigen zum Ausdruck einer im Inneren, ja Geheimen angesiedelten Trauer wird, ist diese Verbindung natürlich keine universale, kann doch im umgekehrten Fall auch das Lärmen des klinischen Teams, das Unterlassen des Schweigens, mitunter als Ausdruck (ins)geheimer, vor Kolleg*innen (etwa zum Selbstschutz) verborgener Trauer gedeutet werden.

35 Man siehe hier auch den Gesang der Schüler am Krankenbett in Lenz' *Schweigeminute*.

auszulösen vermag, ein Gefühl der Gemeinsamkeit, des gemeinsam Geteilten, der Verbindung vermitteln – handle es sich dabei nun um Angehörige, um Familie und Freunde, oder handle es sich dabei um Ärzt*innen und Pflegende, die einem Menschen in den letzten Momenten des Lebens beigestanden und ihm zu helfen versucht haben.

Die in westlichen Kulturen fest etablierte Form der Schweigeminute trägt diesem Aspekt des kollektiven stillen Gedenkens Rechnung. Dieses Schweigen, das Innehalten, das Still-Halten, das Gedenken und Eingedenk des Todes ist kommunikativ und lässt sich mit Wolfgang Stadler als eigene Form eines Sprechakts verstehen:³⁶ „Als das Negativ oder Komplement zur Rede bietet das Schweigen die Möglichkeit zu einer eigenen, indirekten Kommunikation. Es kann durch die Situation einen relativ eindeutigen Sinn erhalten: Der stumme Händedruck am Grab signalisiert Mitgefühl, die Schweigeminute gemeinsames Gedenken.“³⁷ Schweigen auszuhalten ist nun eine Kunst für sich – man denke an dieser Stelle durchaus zurück an die antike *ars tacendi* –, was auch in Lenz *Schweigeminute* nicht ausgeklammert wird:

Daß empfohlenes oder angeordnetes Schweigen unterschiedlich ertragen wird, konnte man an den Gesichtern in unserer Aula ablesen; die meisten Schüler suchten nach einer Weile Blickkontakt zu ihren Nebenleuten, einige traten auf der Stelle, ein Junge betrachtete sein Gesicht in einem Taschenspiegel, einen sah ich, dem es anscheinend gelungen war, stehend einzuschlafen, ein anderer starrte mitunter auf seine Uhr. Je länger das Schweigen dauerte, desto deutlicher wurde es, daß es für etliche zu einer Aufgabe wurde, diese Zeit durchzustehen oder ohne Folgen hinter sich zu bringen.³⁸

Wir haben es verlernt, zu schweigen, so zeigt Lenz' Roman – was jedoch nicht dazu führen darf, dass man vor dem Schweigen resigniert. Und so komme ich zu meinem letzten Punkt: der Bedeutung kollektiven Schweigens bzw. einer Schweigeminute für das ärztlich-pflegerische Team.

36 Wolfgang Stadler: *Pragmatik des Schweigens: Schweigeakte, Schweigephasen und handlungsbegleitendes Schweigen im Russischen*. Frankfurt am Main 2010, 40.

37 Thomas Fuchs: Zur Phänomenologie des Schweigens. In: *Phänomenologische Forschungen* (2004), 151-167, 152.

38 Lenz, *Schweigeminute*, 36.

Stillschweigende Mitmenschlichkeit des klinischen Teams

Das Lärmen der Medizin scheint wie ein paradoxes Verschweigen des eigenen Nicht-Schweigen-Könnens, -Wollens, -Sollens, -Dürfens,³⁹ der (aus verschiedensten Gründen bedingten) Unfähigkeit, eine den Tod umgebende Stille auszuhalten, vielleicht auch davon, sich – der eigenen Person, deren professionelles Selbstverständnis darauf ausgerichtet ist, andere (Patient*innen) in den Fokus zu stellen – ein solches Innehalten nicht selbst zuzugestehen. „Die bei der Arbeit aufkommenden Gefühle müssten dauernd unterdrückt werden. Nur so könnten die Berufstätigen funktionieren. [...] für lange Gespräche oder Momente des Innehaltens ist im Berufsalltag meist keine Zeit.“⁴⁰ Dass der Tod in der westlichen Medizin trotz seiner Omnipräsenz keinen rechten Platz zu finden vermag, kann das vom Tod von Patient*innen betroffene klinische Team vor nicht zu verachtende psychische Belastungen wie Depressionen und Burnout stellen. So haben, um hier den Psychologen Jürgen Glaser zu zitieren, „Personen, die beruflich viel mit dem Tod zu tun haben, [...] deutlich mehr psychischen Stress als andere Berufstätige“⁴¹. Wie die Medizinethikerin Gisela Bockenheimer-Lucius hervorhebt, ist selbst der

scheinbar nüchterne Umgang mit dem Körper des Verstorbenen [...] bei allen Betroffenen – nicht nur bei den Angehörigen, sondern auch bei Studierenden, Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden – [...] mit erheblichen Emotionen verbunden. Der menschliche Leichnam ruft tiefe Ängste, Verzweiflung, Zärtlichkeit, Ehrfurcht und Respekt hervor. Nicht selten entstehen aber auch Widerwillen, Ekel und Abwehr beim Anblick des toten Körpers. Manche Gefühle mögen nicht-

39 In Anlehnung an Wolfgang Heinemanns Unterscheidung verschiedener Formen des Nicht-Sprechens (vgl. Wolfgang Heinemann: Das Schweigen als linguistisches Phänomen. In: Hartmut Eggert, Janusz Golec (Hg.): ...wortlos der Sprache mächtig. *Schweigen und Sprechen in der Literatur und sprachlichen Kommunikation*. Stuttgart, Weimar 1999, 301-315).

40 dpa: Arbeiten im Krankenhaus. Wenn der Tod zum Alltag gehört. In: *RP online* (20. September 2012). https://rp-online.de/leben/gesundheit/news/wenn-der-tod-zum-alltag-gehört_aid-14092323 (30.1.2022).

41 Ebd.; vgl. zusätzlich auch: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (Hg.): *Forschungsergebnisse der Studie „Sterbebegleitung in Sachsen“. Arbeits- und Belastungssituationen der Pflegenden und Ärzte*. Hamburg 2005, 7, 31-33. Für die USA vgl. zudem: „But for the medical team in the midst of a 12-hour shift, there is no time to grieve as their minds and bodies race to save the dying patient in the next bed. Operating in such a relentless environment can lead to exhaustion and burnout. [A] recent study [found; KF] that nearly two-thirds of U.S. doctors feel burned out, depressed or both“ (Alex Nowak: Pausing to honor a life. In: *VCU News* (16. November 2018); unter Verweis auf folgende Studie: Carol Peckham: *Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018* (17. Januar 2018).

moralische sein, wie etwa Ekel oder Widerwillen, die unter Umständen mit psychologischer Hilfe zu überwinden sind. Sie lösen aber nicht selten moralische Gefühle wie z. B. Schuldbewusstsein aus.⁴²

Ist die Stille ein Störfaktor des klinischen Betriebs, zeigt sich vor diesem Hintergrund umgekehrt der Lärm der Medizin als Störfaktor im Umgang des klinischen Teams mit Tod und Toten. Ein Funktionieren-Müssen im Angesicht einer Grenzsituation menschlicher Existenz⁴³ spricht dem klinischen Team urmenschliche Reaktionen und Bedürfnisse ab und mutet nahezu wie seelische Grausamkeit an. Denn wenn wir in Momenten menschlicher Grenzerfahrungen keine Emotionen oder Affekte zeigen dürfen, können, sollen, wollen, wenn – vermeintliche – Professionalität mit urmenschlichen Reaktionen auf Tod und Toten konfligiert, verlieren wir dann nicht etwas von unserer Menschlichkeit und Mitmenschlichkeit, nimmt dies also nicht der Humanmedizin die Humanität? Dass Pietät und Professionalität keinen Widerspruch darstellen, zeigt eindrücklich die an manchen Universitäten bereits übliche Konvention, am Ende eines Semesters eine Gedenkfeier anzubieten, in welcher Studierende gemeinsam mit Angehörigen Abschied nehmen von jenen Verstorbenen, die ihren Körper der Medizin im Rahmen von Präparierkursen zur Verfügung gestellt haben.⁴⁴

Im klinischen Alltag kann eine kollektive Schweigeminute eine ähnliche Funktion übernehmen. In einem von Zeit- und damit Rechtfertigungsdruck geprägten Raum wie dem der westlichen Medizin erscheint es sinnvoll, das Schweigen explizit als Kommunikationsakt auszuweisen. Wichtig ist hierbei eine Abgrenzung von Passivität und Aktivität. So präsentiert sich das Festhalten am klinischen Alltag im Angesicht des Todes mitunter wie purer Aktionismus, durch welchen die durch den Tod erzwungene Passivität des klinischen Teams kompensiert zu werden scheint. Was darin anklingt, ist nicht zuletzt das

42 Bockenheimer-Lucius, Zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam, 170.

43 Ich beziehe mich hier auf Karl Jaspers: *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin 1919, 202.

44 Vgl. z.B. „Bis zum Beginn ging es studentisch zu, also lebendig und heiter ein Hörsaal voller junger Leute. Die dann unvermittelt einkehrende Ruhe sprach von der Ernsthaftigkeit, mit der sich die Studierenden nun dem Gedenken an die ungefähr vierzig Menschen widmeten, denen sie so eigentümlich nahegekommen waren.“ (Bockenheimer-Lucius, Zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam, 164). Auch wenn solche Gedenkfeiern in der Regel nicht an eine spezifische Konfessionszugehörigkeit gebunden sind, können Trauer und Religion in diesen Kontexten eng gekoppelt sein; man denke an dieser Stelle auch an die klinische Seelsorge, die im deutschsprachigen Raum häufig an eine bestimmte (christliche) Glaubensgemeinschaft gebunden ist. Das birgt die Gefahr, dass christliche Formen des Umgangs mit dem Tod (bemerkt oder unbemerkt) universalisiert werden, ohne dass der gesellschaftlichen Heterogenität Rechnung getragen wird. Eine eingehendere Auseinandersetzung mit diesen Verbindungen scheint nötig.

Verständnis von Inne-, von Still-Halten (des Redens, des Handelns) als einem passiven Verhalten.⁴⁵ Doch kann dieses Unterlassen auch durchaus zu einer hochaktiven Handlung mit explizit kommunikativer Funktion werden. Um das Schweigen von einem zeit-ineffizienten Nichts-Tun abzugrenzen und es als notwendigen, zu akzeptierenden Bestandteil klinischen Handelns zu machen, bietet eine paralipische (Auto-)Reflexion, in welchem das Schweigen explizit als nun folgender Part des klinischen Handelns kommuniziert wird, die Möglichkeit, dem Schweigen, den Schweigenden ein solches Agens zu geben.⁴⁶

Blickt man auf die (kaum vorhandenen) Fälle, in welchen ein solches Konzept bereits versuchsweise angewandt wird, kann erahnt werden, wie wohltuend das gemeinsame Schweigen für das klinische Team sein kann: „I continued to think about ways we could add more humanity into the care we provide each day. I recently came across and have introduced into my practice The Moment of Silence as a way to help our fellow humans leave this earth with dignity.“⁴⁷ Nicht zuletzt mit Blick auf die Resilienz fördernde Wirkung des klinischen Innehaltens wurde in der Notaufnahme der Virginia Commonwealth University Klinik mit der „Pause“ ein ähnliches Modell eingeführt:

[S]omething as simple as taking a moment to reflect after each patient's death could not only allow providers to be more present for each patient, but build resiliency within the staff. [...] The Pause is 30 to 45 seconds of silence immediately after the death of a patient to honor his or her life, and distinctly mark the importance of the moment at hand. It is a brief timeout for everyone involved in the events leading up to the death to collect, reflect and help bring closure. Beyond that, it's a moment to acknowledge the tremendous effort and care offered by the health care team.⁴⁸

45 Siehe zu dieser Thematik Dieter Birnbacher: *Tun und Unterlassen* [1995]. Aschaffenburg 2015.

46 Vgl. zu dieser kommunikativen Funktion des Schweigens Stadler, Pragmatik des Schweigens, 40; Heinemann, Das Schweigen als linguistisches Phänomen. Zur Figur der Paralipse siehe in diesem Kontext Sebastian Donat: „Manchmal ist ein Wort vonnöthen, Oft ist's besser daß man schweigt...“. Bemerkungen zu Wolfgang Stadlers Pragmatik des Schweigens aus literaturwissenschaftlicher Sicht. In: *Komparatistik. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaft* (2013), 17-23.

47 Klein, Dying with dignity, n.p. Für die konkrete Implementierung bietet sich hier eine paralipische Ankündigung des Schweigens an: „After someone is pronounced, the leader of the code should say some words resembling the following: I would like to ask everyone here to stay for a moment of silence. Let us reflect on how we tried to save [Patient's Name]. Let us reflect on why we are proud of what we do and of the team here. We were present during [Patient's] last moment on earth. [Patient] was important to someone else as a child, spouse, father or friend [Patient] was likely loved by others. [Patient] helped many and experienced challenges and frustrations. Our time on earth is finite. [Patient] was a human being and we hope he/she will rest in peace.“ (Klein, Dying with dignity, n.p.).

48 Nowak, Pausing to honor a life, n.p. Welche Folgen solche Belastungen für das klinische Team mit sich bringen können, verdeutlicht folgender exemplarischer Blick in die Praxis: „Anaesthetists [...] are particularly predisposed to psychological distress should a death occur in theatre, and are unlikely to receive much

Wie dieser Blick in die Praxis zeigt, sind wir weit davon entfernt, dass Schweigen einen flächendeckenden Platz im klinischen Alltag findet; doch lassen sich zugleich die Potenziale erahnen, die mit einer solchen Schweigeminute verbunden sein können.

(Aus-)Blick in die Praxis: Implementierungen des Schweigens

Es ist meine Überzeugung, dass nur eine Humanmedizin, die den Bedürfnissen aller mit ihr verbundenen Menschen – der Patient*innen und Angehörigen, der Ärzt*innen und Pflegenden, der Lebenden und Toten – gerecht wird, auch eine humane Medizin ist. Dazu gehört, dass (eine über den Tod hinausgehende, sich etwa in einer Schweigeminute manifestierende) Patient-Arzt-Kommunikation abrechenbar und damit in ihrer (nicht nur, aber auch) psychologischen und ethischen Bedeutung gewürdigt wird. Ein solches Vorgehen erscheint mir nicht zuletzt als kommunizierter Ausdruck davon, dass der mit der Medizin verbundene Mensch – ich wiederhole: Patient*innen, Angehörige, Pflegende, Ärzt*innen – in seiner Selbstzweckhaftigkeit geachtet wird und nicht zu einem bloßen Mittel zum Zweck degradiert wird.

Wie herausfordernd die mögliche Implementierung einer Schweigeminute in den von chronischer Zeitnot (gar Minuszeit) zerriebenen Klinikalltag westlicher Gesundheitssysteme ist, kann natürlich dennoch nicht unausgesprochen bleiben. So kann man nicht umhin zu sehen, dass ein ein-minütiges Innehalten am Bett des Verstorbenen bei einem 15-köpfigen Team bedeutet, dass 15 dringend benötigte Minuten für die Versorgung anderer Patient*innen fehlen. Hochgerechnet auf einen durchschnittlichen Krankenhaus-tag samt aller dort beschäftigten Personen hat eine für jeden Verstorbenen anberaumte Schweigeminute so durchaus empfindliche Auswirkungen für die limitierten (beispielsweise zeitlichen und ökonomischen) Ressourcen des klinischen Betriebs. Wie konkret eine Implementierung vor diesem Hintergrund ausgestaltet werden kann, kann nur

in the way of emotional or professional support after the event. [...] Only 53% of the surgeons questioned in this survey had witnessed an intra-operative death, but 81% of those had performed further operations within 24 h without subjective detriment to their operating skill (a figure similar to the 77% of anaesthetists in my survey who felt perfectly competent to deliver another anaesthetic within 24 h). Nevertheless, 50% of the surgeons would have liked some time off to reflect on the death.“ (Stuart White: Death on the Table. In: *Anaesthesia* 58 (2003), 515-518, 515). Welche Gefahren das Ignorieren ärztlicher und pflegerischer Bedürfnisse auch für andere Patient*innen bedeuten kann, sei nicht nur am Rande erwähnt: „the stressed anaesthetist may be prone to making more fatal errors, or they may be subject to greater psychological stress if an intra-operative death occurs (either by feeling markedly more distressed when a patient dies, or by feeling traumatised by a fatality that would not normally trigger significant stress).“ (ebd., 516).

sinnhaft im gemeinsamen Gespräch mit jenen diskutiert werden, welche Teil dieses Betriebes sind. Im Hinblick auf die Vielfalt von sowohl persönlichen als auch kulturell verankerten Trauererfahrungen und -ausdrücken muss an dieser Stelle betont werden, dass eine Schweigeminute nun natürlich keine universale Form der Trauerbekundung darstellt, sondern sich in ein deutlich breiteres Spektrum postmortaler Würdebekundungen einfügt. Die folgenden, auf den spezifischen Kontext westlicher – und noch konkreter: deutschsprachiger – Gesundheitssysteme bezogenen Überlegungen sind in diesem Sinne daher lediglich als ein möglicher Vorschlag gedacht:

Um der (moralisch wie ethisch durchaus begründbaren) Effizienzorientiertheit der Medizin gerecht zu werden, wäre so zu überlegen, eine – den/die Verstorbene/n, die Angehörigen und das klinische Team würdigende – Schweigeminute mit der abgewandelten Form einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (MMK) zu kombinieren. Dieses Instrument des klinischen Fehler- und Qualitätsmanagements ist in der deutschsprachigen Medizin zwar noch nicht flächendeckend etabliert, jedoch bereits in seiner Effektivität und Praktikabilität erprobt und evaluiert.⁴⁹ Ziel ist es, durch die gemeinsame (sprich: des ärztlich-therapeutischen Teams) Analyse von unerwünschten Ereignissen, Todesfällen und dergleichen, Schwachstellen klinischer Prozesse identifizieren und hieraus Verbesserungsmaßnahmen ableiten zu können.⁵⁰ Verstirbt ein*e Patient*in im Rahmen der klinischen Versorgung, wäre anzudenken, im Zuge eines anschließenden Team Time-Outs zunächst gemeinsam (geführt etwa durch den leitenden Arzt bzw. die leitende Ärztin) das Geschehene zu reflektieren (was genau ist passiert, wieso hat die Therapie nicht funktioniert, wieso wurde die Therapie letztendlich eingestellt u. ä.) und anschließend mit einem kollektiven Schweigen der Besonderheit der Situation (welche der Tod eines Menschen stets und immer war, ist und sein wird) Rechnung zu tragen. Eine solche abschließende Auseinandersetzung mit dem/der Verstorbenen und seinem/ihrem individuellen Lebensende kann dabei dazu beitragen, dass ihm/ihr (auch im Interesse der Angehörigen) ein individueller und würdevoller Abschied bereitet und dem klinische Team eine Möglichkeit der eigenen Verarbeitung geboten wird. Langfristig vermögen die aus dem Geschehenen abgeleiteten Erkenntnisse auch zu einer Verbesserung der klinischen Versorgungsqualität

49 Vgl. Bundesärztekammer: *Methodischer Leitfaden. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen*. Berlin 2016.

50 Vgl. ebd., 7 und passim.

beizutragen, was wiederum anderen Patient*innen (und damit den Lebenden) zugutekommt. Eine solche Kombination aus Fallanalyse und Schweigeminute – die nicht zuletzt den (vermeintlichen) Kontrahenten Sprache und Schweigen gleichermaßen Raum gäbe – könnte es in diesem Sinne erlauben, moralisch Gebotenes, psychologisch Hilfreiches und durch die Medizin intrinsisch Gefordertes (Effizienz) zu vereinen.

Bedenkt man, dass medizinische Institutionen in westlichen Gesellschaften mehr und mehr zu unseren hauptsächlichen Sterbeorten werden und daher „Berufsgruppen, die professionell mit der Versorgung und Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden beschäftigt sind, auch in Zukunft zu den wichtigsten Sterbebegleitern gehören werden“⁵¹, dann ist die Etablierung eines entsprechend würdevollen Umgangs mit Tod und Toten im Sinne aller davon Betroffenen oberstes Gebot. Gerade in einem von hektischer Betriebsamkeit gekennzeichneten Raum wie dem einer Klinik kann ein gemeinsames, gemeinschaftliches Verstummen in diesem Kontext besonders kraftvolle Wirkung entfalten (man erinnere sich an dieser Stelle auch noch einmal an oben zitierte Überlegungen Susan Sontags zum binären Charakter des Schweigens, das in seiner Mess- und Wahrnehmbarkeit stets auf seinen Gegenpol, die Sprache, angewiesen ist). Wenn Ludwig Wittgenstein sagt, wovon man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen,⁵² ist dies im Kontext des Klinischen so vielleicht schlicht als Imperativ zu verstehen, nicht im Sinne eines passiven Nicht-Sprechen-Könnens, sondern vielmehr als ein gebotenes Nicht-Sprechen-Sollen oder Dürfen, verstanden als aktives Aushalten und Würdigen des Nicht-Sagbaren, ohne dieses durch schlichtes Weiterreden, Weitermachen zu übertönen. So gedeutet zeigt sich das Innehalten von Körper und Sprache, die aktive Zäsur im alltäglichen klinischen Lärm sowohl mit Blick auf die Lebenden wie auch die Toten, die Patient*innen, die Angehörigen und das ärztlich-pflegerische Team als eine ärztliche ‚Schweige-Pflicht‘ über den Tod hinaus.

51 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (Hg.): *Forschungsergebnisse der Studie „Sterbebegleitung in Sachsen“. Arbeits- und Belastungssituationen der Pflegenden und Ärzte*. Hamburg 2005, 7.

52 Ludwig Wittgenstein: *Tractatus logico-philosophicus* [1921]. Werkausgabe Bd. 1. Frankfurt am Main 1984, 85.

Das – vorletzte – Schlusswort gebührt an dieser Stelle dem Arzt David Klein, dessen folgender Appell in voller Gänze unterstrichen wird: „Let’s treat a body as a human one last time.“⁵³ Das Innehalten, das Still-Halten, das zumindest kurze Anhalten des medizinischen Lärmens erscheint dabei als eine Form, die Würde der Toten und Lebenden zu erhalten – ganz im Sinne von Shakespeares Hamlet, dem so die nun wirklich letzten Worte gehören, wenn dieser sagt: „The rest is silence.“⁵⁴

Korrespondenzadresse

Katharina Fürholzer

Comparative Literature & Literary Theory

University of Pennsylvania

Email: kfuerholzer@gmail.com

53 Klein, Dying with dignity, n.p.

54 William Shakespeare: *Hamlet. Prince of Denmark* [1603], hg. v. Stanley Wood, Rev. F. Marshall. London 1904, Akt 5, Szene 2.