

Plötzlicher Tod

Wenn das Sterben überraschend kommt

In Zusammenarbeit mit dem SZ-Gesundheitsforum widmete sich die Katholische Akademie Bayern am Abend des 8. November 2016 dem ersten Thema „Plötzlicher Tod“. Der Rechtsmediziner Professor Oliver Peschel, Dr. Stephan Prückner, Direktor der Notfallmedizin am Klinikum der LMU, und Dr. Andreas Müller-Cyran, Leiter der Notfallseelsorge in der Erzdiözese

München und Freising, waren die geladenen Experten. Die Moderation des Abends hatte Dr. Monika Dorfmueller, die stellvertretende Vorsitzende des SZ-Gesundheitsforums, die im April 2017 verstorben ist. Mehr als 180 Gäste kamen als Zuhörer und Mitdiskutanten. Lesen Sie im Anschluss die überarbeiteten Referate.

Eine Typologie des plötzlichen Todes – aus Sicht der Rechtsmedizin

Oliver Peschel

I.

Arzt und Tod standen in der historischen Entwicklung des ärztlichen Berufes über Jahrhunderte in einer sehr engen Beziehung. Ein großer Teil des medizinischen Wissens über Todesursachen und Erkrankungen sowie deren Entwicklung und Behandelbarkeit resultiert aus der Beobachtung letztlich tödlicher Krankheitsverläufe und der Untersuchung Verstorbener. Erst in den letzten Jahrzehnten, in welchen das Sterben und der Tod zunehmend tabuisiert und aus dem öffentlichen Leben und der Wahrnehmung verbannt wurden, hat sich die vormals so enge Beziehung zwischen Arzt und Tod beziehungsweise der Leiche erkennbar gelockert. Dies hat unter anderem dazu geführt, dass heute auch viele Ärzte eine teilweise erhebliche Scheu vor Leichen empfinden, die ärztliche Aufgabe der Leichenschau nicht zuletzt deshalb nur unter Druck und dann mit großer Zurückhaltung wahrgenommen wird und auch im letzten Behandlungsabschnitt, also in der Sterbephase des Patienten, eine teilweise ausgeprägte Unsicherheit auftritt, so dass wir heute ambulant und in Hospizen speziell ausgebildete Ärzte benötigen, die Patienten in der letzten Lebensphase behandeln und begleiten. Ob dies notwendig ist, weil die Ärzte anderer Fachrichtungen dies aus fachlichen Gründen nicht mehr können – oder nicht mehr wollen –, mag dahin gestellt bleiben.

Die Thanatologie als Lehre von der Natur und den Ursachen des Todes wird an den Universitäten heute praktisch nur noch im Fach Rechtsmedizin an die Studenten vermittelt. Eine Demonstration von Leichen und Obduktionen im Rahmen der studentischen Ausbildung unterbleiben zunehmend; so sind, nicht zuletzt aus Kostengründen, auch schon an verschiedenen Universitäten Überlegungen angestellt worden, die Präparierkurse an Leichen durch Übungen mit dreidimensionalen Computermodellen zu ersetzen. Auch dies ist sicher zumindest teilweise eine Folge der erkennbaren



Prof. Dr. Oliver Peschel, Oberarzt am Institut für Rechtsmedizin der LMU München

Tabuisierung und Verdrängung der Themen Tod und Sterben und wird im Zweifel diesen Entwicklungen auch weiter Vorschub leisten, auch wenn sich vereinzelt in den letzten Jahren wieder ein wachsendes Bewusstsein für diese Thematik erkennen lässt.

Dabei ist der Tod ein Thema, das nicht nur in der Medizin sondern auch in der Philosophie, der Theologie und der Jurisprudenz eine hohe Bedeutung hat. Auch in den Medien spielt das Thema Tod und Sterben eine große Rolle: Medien berichten über einen Großteil insbesondere der nicht natürlichen und akzidentellen Todesfälle sowie von Tötungsdelikten, die auch im Krimi als tragendes Genre permanente TV-Präsenz aufweisen. Allerdings spielen hier das Sterben und der Tod des Opfers nur als thematischer Aufhänger für die als spannend empfundene Suche nach dem Täter eine

Rolle. Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit der Materie Tod und Sterben ist damit in der Regel nicht verbunden.

Für den plötzlichen Tod trifft dies abgesehen von akzidentellen Ereignissen besonders zu. Selbst in dem monumentalen Werk von Philippe Ariès zur „Geschichte des Todes“ wird der plötzliche Tod als besondere Entität nur am Rande erwähnt. Auch in der Hospizmedizin und bei palliativen Behandlungsansätzen ist der plötzliche Tod naturgemäß nicht Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen oder therapeutischen Ansätzen. Lediglich in der Notfallmedizin, in der Krisenintervention und in der Rechtsmedizin ist der plötzliche Tod als zentrales Ereignis im Rahmen der medizinischen Profession bzw. der Angehörigenfürsorge präsent.

II.

Der „plötzliche Tod“ wird häufig synonym mit dem „unerwarteten Tod“ verwendet; gemeint ist damit, dass die soziale Umgebung eines Menschen vom Tod einer Person überrascht ist, weil der Todeintritt zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet wurde. Dies kann je nach sozialer Umgebung auch für alte und schwer kranke Menschen zutreffen, so dass der plötzliche, unerwartete Tod kein Phänomen ausschließlich des jungen oder mittleren Lebensalters ist. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert den plötzlichen Tod als Todesfall innerhalb von 24 Stunden nach dem Auftreten von Krankheitssymptomen. In der deutschen medizinischen Literatur findet sich häufig als wesentliches Charakteristikum der Tod aus scheinbar völliger Gesundheit oder nach banalen Krankheitserscheinungen beziehungsweise nach rapider Verschlechterung von bekannten Vorerkrankungen beschrieben. Allein aus diesen Definitionen wird schon deutlich, dass der Tod infolge von äußeren Gewalteinwirkungen hier oft nur unzureichend unter den Begriff des plötzlichen Todes summiert wird.

Für den Arzt ist dies besonders in seiner Funktion als Leichenschauer von besonderer Bedeutung. Nach den Bestattungsgesetzen der Länder muss jeder Verstorbene von einem Arzt gesehen, und durch diesen eine Leichenschau durchgeführt werden, bei der es um Feststellung von Todesart und Todesumständen, Todesursache, Todeszeit sowie möglicher Infektionserkrankungen geht. Die besondere, rechtliche relevante Kernfragestellung ist hier die Differenzierung des natürlichen vom nicht natürlichen Tod (Todesart), da beim nicht natürlichen Tod eine polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Ermittlung eingeleitet werden muss, während beim natürlichen Tod keine weitere Kontrollinstanz außer dem leichenschauenden Arzt existiert. In Bayern gibt es, im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern, nicht einmal vor der Feuerbestattung eines Verstorbenen eine weitere medizinische Untersuchung.

Der nicht natürliche Tod ist in Bayern als Tod in Folge von „Unfall, Selbstmord, Tod durch strafbare Handlung oder sonst von außen herbeigeführt“ definiert. Eine gesetzliche Definition des natürlichen Todes existiert demgegenüber nicht. Daher wurde von Seiten der Medizin im Rahmen der entsprechenden Leitlinie eine Definition des natürlichen Todes entwickelt: Ein natürlicher Tod kann demnach bescheinigt werden, wenn eine Krankheit aus natürlicher, innerer Ursache vorliegt, die von einem Arzt diagnostiziert, derentwegen der Patient von einem Arzt behandelt wurde und die das Ableben dieses Patienten für den gegenständlichen Zeitpunkt vorhersehbar gemacht hat. Gleichzeitig darf kein Hinweis für einen nicht natürlichen Tod vorliegen, und der Tod muss unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren

eingetreten sein. Aus dieser Definition ergibt sich praktisch zwangsläufig, dass der plötzliche, unerwartete Tod für den ärztlichen Leichenschauer nicht die definitorischen Kriterien des natürlichen Todes erfüllen kann. Mithin müssten sämtliche plötzlichen, unerwarteten Todesfälle ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren nach sich ziehen. Betrachtet man die Todesursachenstatistik, in der kardiale, oft „plötzlich“ und damit unerwartet auftretende Todesfälle mit über 40 Prozent der Gesamtsterbefälle die häufigsten Todesursachen darstellen, so wird klar, dass ein erheblicher Teil dieser Todesursachen und damit auch der natürlichen Todesarten nicht auf der Basis einer sicheren Feststellung beruhen. Daraus ist zu schließen, dass die Bedeutung des plötzlichen, unerwarteten Todes weit die faktische, tatsächliche Beschäftigung der Gesellschaft mit dieser Thematik übersteigt.

Exemplarisch lassen sich einige spezielle Themenkomplexe und Konstellationen herausgreifen, die besonders häufig mit dem plötzlichen, unerwarteten Tod in Verbindung gebracht werden können und die auf ihre Weise jeweils besondere Folgen für die betroffenen Angehörigen sowie die soziale Umgebung nach sich ziehen. Hier ist zunächst weniger die formal juristische Qualifikation in natürlichen oder nicht natürlichen Tod entscheidend, sondern mehr die Örtlichkeit, an der der Tod eintritt oder die Tätigkeit mit der der dann unmittelbar Verstorbene gerade befasst gewesen ist. Einige dieser besonderen Konstellationen von plötzlichen Todesfällen sollen hier exemplarisch aufgezeigt werden:

III.

Der Tod am Arbeitsplatz ist besonders häufig ein plötzlicher und unerwarteter Tod und gleichzeitig häufig ein akzidentelles Ereignis. Die Statistik weist die Gerüstbauer, Dachdecker und Bergleute als gefährlichste Berufe aus. Todesfälle während der beruflichen Tätigkeit in diesen Fällen werden in der Regel polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen und gegebenenfalls auch entsprechende Verfahren nach sich ziehen, insbesondere dann, wenn Aspekte der Arbeitssicherheit vernachlässigt oder gar bewusst missachtet wurden. Dabei sind auch soziokulturelle Unterschiede festzustellen: „Karoshi“ – in Japan der Begriff für einen „Tod durch Überarbeitung“ – existiert in der westlichen Welt nicht als eigene Entität.

Der Tod im öffentlichen Gewahrsam, also in einer Haftsituation, wird ebenso wie der Tod in geschlossenen stationär psychiatrischen Einrichtungen sicher nicht zuletzt aus historischen Gründen sowohl von der Öffentlichkeit als auch von der Justiz besonders beachtet. Dies ist schon darauf zurückzuführen, dass erkennbar schwerkranke Menschen oder gar Sterbende schon von den rechtlichen Voraussetzungen her nicht inhaftiert bleiben, sondern einer klinisch-stationären Behandlung zugeführt werden. In der Konsequenz bedeutet der Tod im öffentlichen Gewahrsam häufig ein Tod durch Suizid, seltener auch durch Gewalteinwirkungen von dritter Hand, so dass die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber diesen Todesfällen absolut berechtigt erscheint. Die Differenzierung von natürlichen, krankheitsbedingten Todesfällen in Haft von Suiziden und von der Einwirkung Dritter ist dabei nicht von untergeordneter Bedeutung.

Hier wird auch regelmäßig nach der möglichen Erkennbarkeit von Suizidalität, Krankheitserscheinungen oder aggressivem Verhalten durch Dritte gefragt, da diese eine Verantwortlichkeit des aufsichtführenden Justizpersonals bedingen und zu entsprechenden rechtlichen Folgen führen kann (so zum Beispiel die

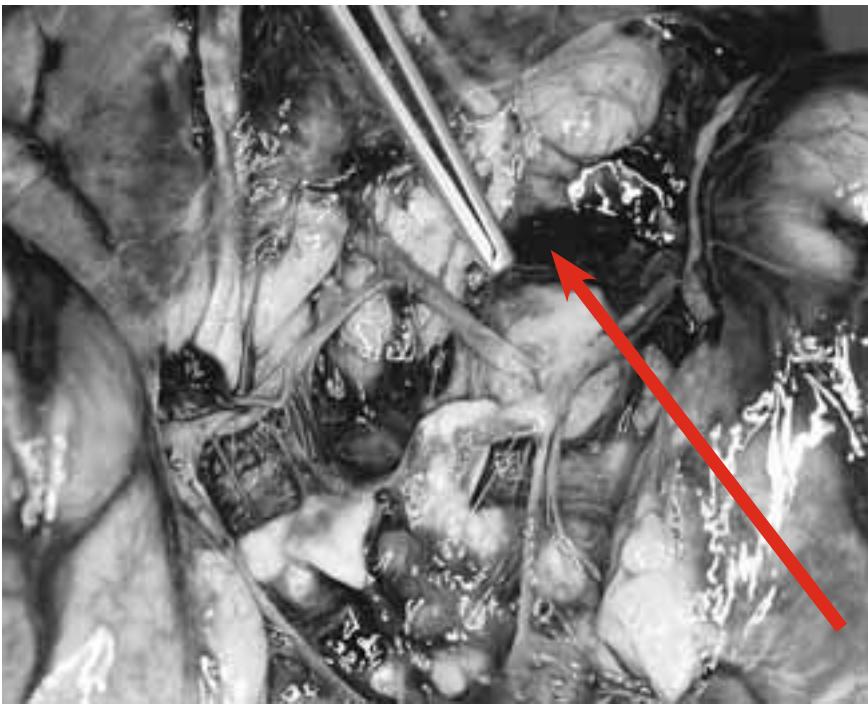


Foto: Oliver Peschel

Spontane Hirnblutung (siehe roter Pfeil) durch ein Hirnbasisarterien-Aneurysma als Beispiel für die Ursache eines plötzlichen Todes.

Fälle Ouri Jalloh in Dessau – fraglicher Unfall/Suizid durch Brand in Haftzelle – oder der Suizid des Terrorverdächtigen Jaber al-Bakr in Leipzig). Auch im Rahmen von Abschiebungen oder bei randalierenden Häftlingen kommt es immer wieder zum Beispiel durch Fixierung, positionsbezogene Asphyxie, Erregungszu-

stände oder Drogeneinfluss zum plötzlichen Tod von Personen unter unmittelbarer Einwirkung von Justizpersonal. Dass diese Fälle ebenso wie Todesfälle durch polizeilichen Schusswaffengebrauch besonderer Aufmerksamkeit bei der Klärung und auch bei der Beurteilung von Verantwortlichkeiten bedürfen,

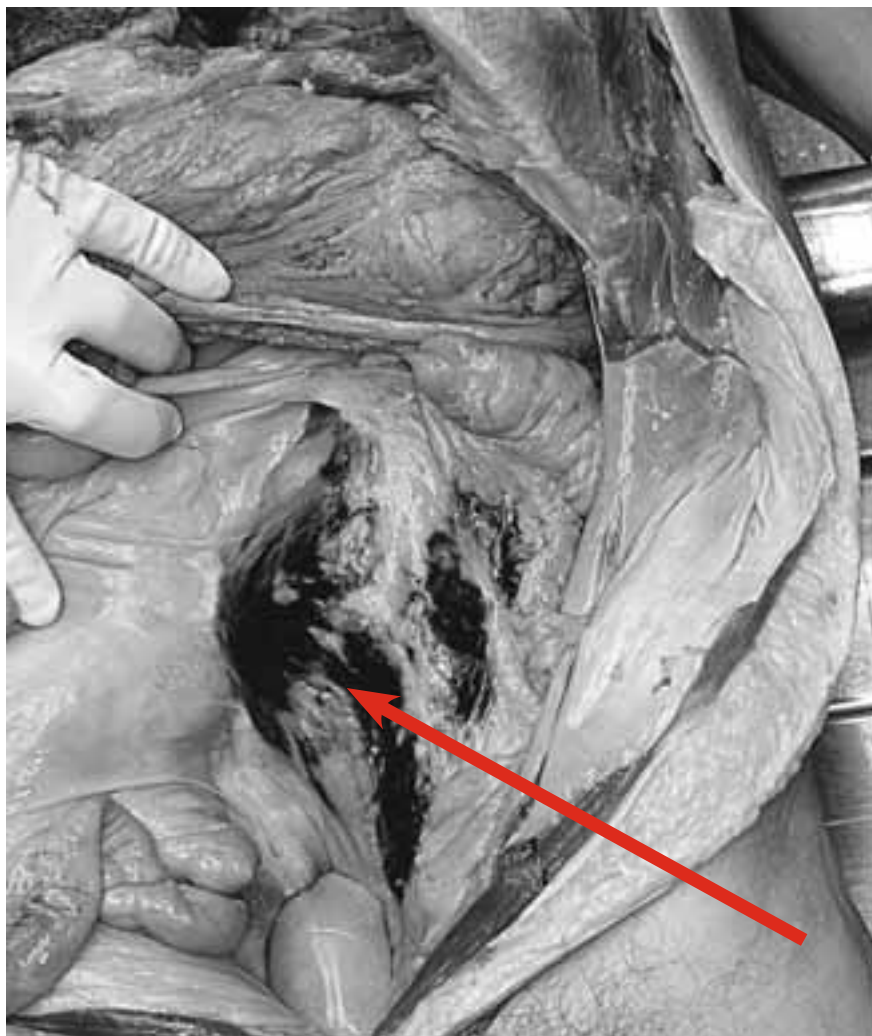


Foto: Oliver Peschel

Auch dieses rupturierte Bauchaorten-Aneurysma (siehe roter Pfeil) führte zu einem plötzlichen Tod.

zeigt sich hier in der deutlich erhöhten öffentlichen Wahrnehmung (ganz aktuell z.B. auch in den USA nach mehreren Todesfällen von Afroamerikanern durch Polizeischüsse).

Der Tod im Straßenverkehr ist ein permanentes Thema in der Presseberichterstattung, in den Anstrengungen zur aktiven und passiven Fahrzeugsicherheit sowie in den sicherheitsrelevanten Entwicklungen der Kraftfahrzeughersteller. Dies wird nicht zuletzt in der stark gesunkenen Zahl der Verkehrstoten von fast 20.000 in den 70er Jahren, um 10.000 in den 80er und 90-er Jahren auf 4.000 aktuell und der weiten politischen Diskussion über diese Thematik deutlich. Auch tödliche Verkehrsunfälle führen in der Regel zu staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren, gegebenenfalls auch mit der Folge strafrechtlicher Verurteilungen, wenn die Schuld eines Verkehrsteilnehmers am Tode eines anderen Menschen festgestellt werden kann. Gerade im Hinblick auf die zunehmende Teilnahme alter und auch kranker Menschen am Straßenverkehr rückt dabei die Frage der medizinischen Fahreignung auch verstärkt in das Blickfeld und den Aufgabenbereich der praktisch-kurativ tätigen Ärzte, die häufig in ein Konfliktfeld zwischen Akzeptanz der Verhaltensmuster des Patienten und der Fürsorge für Dritte, gegebenenfalls Gefährdete, geraten. Schwere Verkehrsunfälle zum Teil mit mehreren Toten, verursacht durch Kraftfahrer mit gravierenden Stoffwechselerkrankungen, gerade Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen oder Krampfleiden zeigen hier immer wieder in der öffentlichen Resonanz, welche Bedeutung diese Thematik aufweist und dass hier der plötzliche Tod eines Menschen gegebenenfalls auch den Tod anderer bedingen kann.

Der Tod beim Sport ist demgegenüber ein Ereignis, dass häufig öffentlich beobachtet wird, zumindest beim Mannschaftssportarten, dann auch häufig unmittelbare ärztliche bzw. notfallmedizinische Hilfe nach sich zieht und deswegen weniger häufig von Ermittlungen begleitet wird, da es sich um einen Tod unter Zeugen und ohne Fremdbeteiligung handelt. Diese Fälle sind sicher in der öffentlichen Wahrnehmung überrepräsentiert, insbesondere wenn sie bei typischen Massensportarten wie beim Skifahren oder beim Fußballspielen auftreten. Aber auch bei Hochrisikosportarten wie Rennfahren oder Boxen werden tödliche Verletzungen von einer hohen öffentlichen Wahrnehmung begleitet. Besonders überraschend erscheint der Tod der Personen hier oft deshalb, weil naturgemäß davon ausgegangen wird, dass ein Mensch, der Sport, insbesondere intensiven Sport oder Ausdauersport betreibt, besonders gesund ist oder gesund sein muss. Insofern wird der Tod hier häufig als besonders unerwartet empfunden und mit Fassungslosigkeit wahrgenommen.

Vergleichbares trifft auf den *Tod bei sexueller Betätigung* zu, der durchaus auch Menschen im jüngeren Lebensalter betreffen kann und vom jeweiligen Partner oft als extrem traumatisierend empfunden wird. Die Dunkelziffer ist hier sicher auch besonders hoch. Das Risikoprofil ist bezüglich des männlichen Geschlechtes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen diskret erhöht, allerdings laut Untersuchungen aus der Kardiologie nicht in einem Umfang, der bei den meisten Patienten zu einem Verzicht auf gewünschte sexuelle Betätigung führen sollte. Oft sind es auch bestimmte sexuelle Praktiken, die mit Fesselungen und Atembeschränkungen (Asphyxie) einhergehen, die zu einem plötzlichen Tod, dann aber „nicht natürlicher Todesart“ führen und entsprechende Ermittlungsverfahren nach sich ziehen.

Mit besonderer Betroffenheit wird häufig der *Tod während der Schwangerschaft* oder unmittelbar danach genommen; dies naturgemäß aufgrund der sozialen Situation, in der sich eine Schwangere beziehungsweise junge Mutter befindet und aufgrund des Umstandes, dass auch dieser Zustand häufig mit einer besonderen Gesundheit assoziiert wird.

Der plötzliche Kindstod ist schon allein durch seinen Namen und die Bezeichnung ein klassisches Beispiel für den unerwarteten Tod. Hier erscheint es insbesondere in der differenzierenden Abgrenzung zu den Folgen von Kindesmisshandlungen und damit Tötungsdelikten an Säuglingen oder Neugeborenen von besonderer Bedeutung, medizinische und auch staatsanwaltliche Untersuchungen und Ermittlungen einzuleiten. Nicht selten wird jedoch der plötzliche Kindstod ärztlicherseits bereits primär als natürlicher Todesfall attestiert, obwohl dies rein von der Definition her eine nicht zulässige Vermutungsdiagnose sein muss. Treten dann in einer entsprechenden Familie weitere Todesfälle auf, die erst verspätet als Misshandlungsfolgen wahrgenommen werden, ist sowohl eine breite öffentliche Betroffenheit als auch der Ruf nach einer strengeren Reglementierung die Regel. Vergessen wird dabei häufig, dass Gewalteinwirkungen gegen Kinder, beispielsweise beim Ersticken durch weiche Bedeckung oder ein Schütteltrauma, sehr oft keine äußerlich erkennbaren Verletzungen hervorrufen und eine Differenzierung zwischen vermutetem natürlichem Tod und einer äußeren Gewalteinwirkung ausschließlich durch eine äußere Untersuchung eben nicht erfolgen kann. Wird aus falsch verstandener Rücksichtnahme auf die Angehörigen auf eine Obduktion des verstorbenen Kindes verzichtet, ist das Risiko, Gewalteinwirkungen zu übersehen und damit eine Möglichkeit für weitere Gewalteinwirkungen bei anderen Kindern in derselben Familie zu setzen, sicher nicht zu leugnen.

Der in der Öffentlichkeit eintretende Tod wird aus naheliegenden Gründen, weil meist keine gravierende Erkrankung mit der Folge einer medizinischen Behandlungs- oder Pflegesituation bestanden hat, in der Regel ebenfalls ein plötzlicher Tod sein. In den Fällen, in denen eine breite Öffentlichkeit zugegen ist wie beispielsweise in öffentlichen Verkehrsmitteln, sind häufig Herzinfarkte oder Lungenembolien die Ursache für einen natürlichen Tod. Aber auch Suizide kommen in der Öffentlichkeit vor. Wenn Menschen sich vor Schienenfahrzeuge werfen, gibt es eine Überlappung zu den Todesfällen im Straßenverkehr. Solche Situationen machen oft auch den Einsatz von Kriseninterventionsteams erforderlich, die dann bei einer nur schwer zu überschauenden Anzahl Betroffener und Zeugen oft vor besondere Probleme gestellt werden.

Insgesamt wird aber die psychosoziale und auch medizinische Bedeutung eines Todesfalles bzw. des Todeseintrittes auch für die unmittelbaren Angehörigen unterschätzt, egal ob dieser in der Öffentlichkeit oder im häuslichen Umfeld stattfindet. *Infektionsgefahren* für Kontaktpersonen, wie z. B. nach einer Meningokokken-Meningitis, können noch häufig abgesehen werden, wenn es durch einen sich drastisch verschlechternden Gesundheitszustand unmittelbar vor dem Tod noch zu einer ärztlichen Behandlung und einer richtungweisenden Diagnose kommt.

Bei den sicherlich nicht selten todesursächlichen *Herz-Rhythmus-Störungen* existieren jedoch auch erbliche Formen, deren Diagnostik gerade für die unmittelbaren Nachkommen von elementarer Bedeutung ist, da bei entsprechenden



Dr. Gernot Sittner (li), früherer Chefredakteur der Süddeutschen Zeitung und 1. Vorsitzender des SZ-Gesundheitsforums, mit den Referenten.

medizinischen bzw. molekular-genetischen Feststellungen eine zielgerichtete Therapie und Behandlung solcher Patienten bzw. Angehöriger erfolgen kann. Beispielhaft genannt sei ein Fall, indem ein junger Mann während eines Tanzkurses zusammenbrach und nicht mehr reanimierbar war. Die Obduktion ergab, wie regelhaft bei Herz-Rhythmus-Störungen, keinen richtungweisenden autoptischen Befund. Nachdem aber die polizeilicherseits vermutete Drogenbeeinflussung ausgeschlossen werden konnte, konnte den Angehörigen geraten werden, dass sich der Bruder des Verstorbenen in medizinische Behandlung begeben solle. Bei diesem wurde eine ebenfalls erbliche Herz-Rhythmus-Störung diagnostiziert und prophylaktisch durch Implantation eines Schrittmachers/Defibrillators behandelt.

Differenzierbar davon ist der *Tod im Krankenhaus bzw. in der ärztlichen Praxis*, der häufig als erwarteter Tod wahrgenommen wird, es sei denn, er ist Folge eines selektiven Eingriffes mit niedrigem Risikoprofil oder es entsteht der Eindruck eines ärztlichen Behandlungsfehlers. Derartigen Vorwürfen wird, sofern sie gegenüber Vertretern der Ermittlungsbehörde erhoben werden, in der Regel sehr konsequent und auch mit hohem Aufwand nachgegangen, wenngleich der tatsächliche Nachweis eines schuldhaften ärztlichen Behandlungsfehlers mit tödlichen Konsequenzen eher die Ausnahme als die Regel ist.

Problematisch ist demgegenüber viel häufiger die Situation, dass die Tendenz besteht, nahezu jeden Todesfall in einer medizinischen oder pflegerischen Einrichtung, insbesondere wenn ältere Menschen betroffen sind, als natürlichen Tod zu qualifizieren. Dabei wird vergessen, dass echte Serientötungsdelikte mit zum Teil Dutzenden Toten in den letzten Dekaden in unserem Sozialraum weit überwiegend in klinischen oder therapeutischen Einrichtungen stattgefunden haben. Fälle wie derjenige der Krankenschwester Michaela R. aus Wuppertal, die Tötungs-Serien in Wien-Lainz, Sonthofen oder aktuell der Fall des Krankpflegers Nils H. in Delmenhorst zeigen, wie viel Todesfälle in klinisch-stationären Behandlungseinrichtungen passieren müssen, bis der Gedanke an ein mög-

licherweise nicht natürliches Geschehen aufkommt.

IV.

Resümiert man die Thematik des plötzlichen Todes aus rechtsmedizinischer Sicht, so steht der Verstorbene/die Leiche im Fokus für den ärztlichen Leichenschauer, die ermittelnden Polizeibeamten, die untersuchenden Rechtsmediziner und die abschließend beurteilende Justiz. Der (noch) lebende Patient bzw. die Hinterbliebenen des dann plötzlich Verstorbenen stehen demgegenüber im Fokus für die kurativ tätigen Ärzte, Notfallmediziner, Kriseninterventionsteams, Seelsorger und sozialen Dienste. Diese Funktionen werden häufig so stark voneinander getrennt, dass eine Verbindung und die Verschränkung der Problemkreise zwischen dem Verstorbenen einerseits und den Hinterbliebenen andererseits nur schwer möglich sein werden. Erfahrungsgemäß werden viele Fälle des plötzlichen Todes vielleicht auch aus diesen Gründen medizinisch-diagnostisch nicht ausreichend hinterfragt, wobei hier zweifelsohne auch Kosten und finanzieller Aufwand eine erhebliche Rolle spielen. Die alte medizinische Weisheit, dass die Toten die Lebenden lehren können („Mortui vivos docent“) wird dabei häufig aus Bequemlichkeit verdrängt oder durch moderne bildgebende Technologien nur unvollständig ersetzt. Dem Umstand, dass wir als Gesellschaft uns diesen Fällen des plötzlichen Todes zu wenig widmen, sind zahlreiche und unentdeckte Tötungsdelikte vor allen Dingen an Senioren, Kranken und Kindern geschuldet.

Eine weitere Dimension des plötzlichen Todes eröffnet sich bei Massenkatastrophen wie Flugzeugabstürzen, Zugunglücken oder wie in jüngster Zeit gesehen beziehungsweise in Zukunft zu befürchten auch bei Amokläufen und Terroranschlägen, die wiederum besondere Belastungen mit sich bringen. Wir sollten uns der Thematik des plötzlichen Todes deshalb widmen und stellen, um für uns, wenn wir konkret durch einen Ablebensfall in unserem Umfeld damit konfrontiert werden, und auch für Andere entsprechend Vorsorge treffen zu können. □

Einsatz an der Grenze zwischen Leben und Tod. Was kann die moderne Notfallmedizin tun?

Stephan Prückner

I.

In der Notfallmedizin ist man mit einem breiten Spektrum an Notfällen konfrontiert, die die unterschiedlichsten Ursachen haben und alle Bereiche der Medizin betreffen können. Diese Notfälle muss man gerade im präklinischen Bereich mit einer begrenzten Ausstattung an Geräten und Medikamenten, eingeschränkten diagnostischen Möglichkeiten und limitierten personellen Ressourcen bewältigen. Durch den Zeitdruck, die unbekannte Umgebung und den in der Regel fremden Patienten entstehen besondere Rahmenbedingungen, die eine besondere psychologische Belastungssituation darstellen.

Betrachtet man die Einsatzrealität, ist der überwiegende Teil der Notfälle nicht vital bedrohlich, wenngleich aus Sicht der Betroffenen eine individuelle Notfallsituation besteht, die einer zeitnahen Intervention bedarf. Bei gut einem Viertel der Patienten ist von einer akut lebensbedrohlichen Situation auszugehen, immerhin etwa fünf Prozent der Patienten sind beim Eintreffen des Rettungsdienstes bereits tot oder versterben im weiteren Verlauf. Bei knapp einem Prozent der im Rettungsdienst behandelten Patienten werden Wiederbelebungsmaßnahmen im Rahmen einer kardiopulmonalen Wiederbelebung durchgeführt, und zumindest vorübergehend die Wiederherstellung eines Spontankreislaufes erreicht. Das bedeutet, dass in Deutschland etwa 70 Reanimationen pro 100.000 Einwohner durchgeführt werden. In ungefähr 30 Prozent dieser Fälle ist die Reanimation primär erfolgreich.

Wegen der Häufigkeit des Herz-Kreislaufstillstandes und der Verfügbarkeit von aktuellen Behandlungsleitlinien wurde der Herz-Kreislaufstillstand als eigenes Krankheitsbild im aktuellen Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung nun auch zu den Tracer-Diagnosen (Schlaganfall, schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schwerverletzte/Polytrauma, ST-Hebungsinfarkt, Sepsis) aufgenommen.

Im Bereich des Notarztesens und im Rettungsdienst sind die akuten Todesfälle und Wiederbelebungen überwiegend den Herz- und Kreislaufkrankungen zuzuordnen. Eine genaue Zuordnung ist nicht zuletzt wegen der niedrigen Sektionsraten nur schwer möglich. Beim plötzlichen Herztod geht man davon aus, dass etwa ein Viertel der zugrundeliegenden Erkrankungen eine genetische Komponente hat (bestimmte Herzrhythmusstörungen, Fettstoffwechselstörungen) und eine familiäre Häufung möglich ist. Daneben sind natürlich auch durch Trauma bedingte Todesfälle eine regelmäßig zu beobachtende Ursache für den plötzlichen Tod. Hierbei sind Schädel-Hirn-Traumata und Verletzungen des Brustkorbes oft die führenden Verletzungsmuster.

Für die verschiedenen Arten und Umstände des Herz-Kreislaufstillstandes (Erwachsene, Kinder, Neugeborene, Unterkühlung, Trauma, Schwangerschaft) werden standardisierte Behandlungsleitlinien und Ablaufschemata (Algorithmen) herausgegeben, die den aktuellen Stand der Wissenschaft abbilden (**siehe Abb. 1, folgende Seite**). Die Umsetzung



Dr. Stephan Prückner, Direktor des Instituts für Notfallmedizin im Klinikum der LMU München

dieser Algorithmen auch unter hohem Zeitdruck und die Durchführung der notwendigen, teilweise invasiven Maßnahmen in der angemessenen Reihenfolge macht es für die behandelnden Ärzte und Notfallsanitäter nötig, regelmäßig die Abläufe und Techniken zu trainieren. Im Vordergrund stehen hierbei eine möglichst lückenlose und effektive Herzdruckmassage, die Sicherstellung der Atemfunktion, die Anwendung einer Elektrotherapie (Defibrillation, Kardioversion, Herzschrittmacher) und die Gabe von geeigneten Medikamenten. Ein weiterer wesentlicher Schritt ist neben dem Durchführen der Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation das Erkennen von potenziell reversiblen Ursachen für den Kreislaufstillstand wie Sauerstoffunterversorgung, Volumenmangel, Elektrolytentgleisung, Unterkühlung, Spannungspneumothorax, oder Thrombose und eine konsequente Therapie dieser Zustände.

II.

Um gewisse Abläufe zu unterstützen oder Organfunktionen zu ersetzen, gibt es heutzutage diverse Hilfsmittel, die regelmäßig oder in besonderen Fällen schon im präklinischen Bereich zum Einsatz kommen. Dies reicht von automatisierten mechanischen Kompressionsgeräten, die einen bei der Herzmassage beispielsweise während des Transportes entlasten, bis hin zu transportablen, miniaturisierten Herzlungenmaschinen. Bei diesen Systemen werden in der Regel Kanülen in der Leistenvene und der Leistenschlagader eingebracht und dann über ein Schlauchsystem mit einer Zentrifugalblutpumpe und einem Gasaustauschmodul (Oxygenator) verbunden und somit der Kreislauf und die Lungenfunktion ersetzt oder unterstützt.

Hierbei kann inzwischen von Patienten berichtet werden, die im Rahmen eines Herzinfarktes einen beobachteten Herz-Kreislaufstillstand erlitten, dann

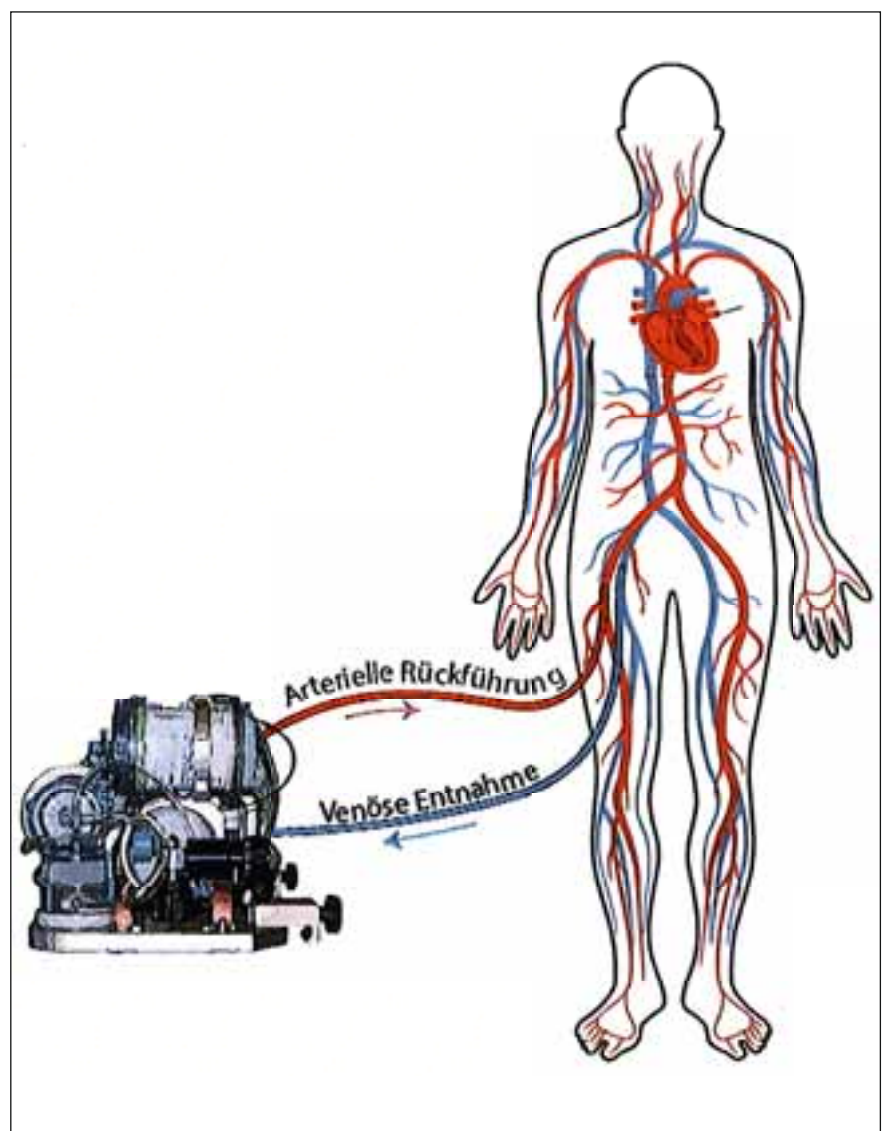
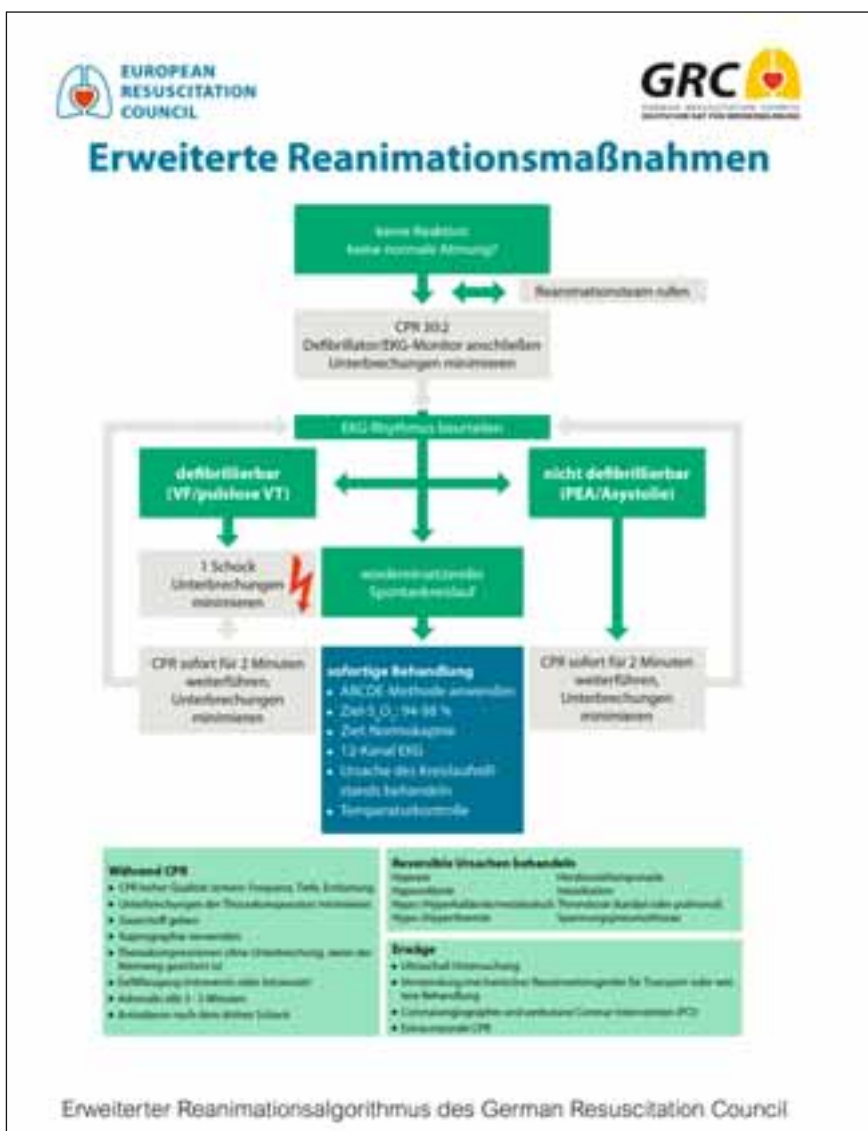


Abb. 1: Hier die schematische Darstellung des erweiterten Reanimationsalgorithmus des German Resuscitation Council.

Abb. 2: Miniaturisiertes extrakorporales Kreislaufunterstützungssystem (ECLS): Es umfasst Gefäßzugang, Blutpumpe, Gasaustauschmodul (Oxygenator) und ein Schlauchsystem.

unter mehrstündiger externer mechanischer Herzdruckmassage und Beatmung in ein Zentrum verlegt wurden, wo schließlich unter Einsatz eines ECLS-Systems (siehe Abb. 2) die verengten Koronararterien wiedereröffnet wurden und der Patient nach knapp zwei Wochen ohne weitere Schäden in die Rehabilitation entlassen werden konnte.

Im Bereich der traumatisch bedingten Herzstillstände kann es unter bestimmten Umständen lebensrettend sein, durch invasive chirurgische Maßnahmen zum Beispiel einen Pneumothorax durch eine entsprechende Drainage oder gar einen eingebluteten Herzbeutel nach einer penetrierenden Verletzung (zum Beispiel Schuss- oder Stichverletzung) durch die Eröffnung des Brustkorbes zu entlasten. Letztgenanntes Verfahren ist in Deutschland in der präklinischen Anwendung noch eher unüblich, kommt aber in bestimmten Regionen (im Großraum London, nicht zuletzt wegen der dort häufig vorkommenden Gewaltanwendungen) bereits regelmäßig durch speziell trainierte Rettungsteams zum Einsatz.

Bei der Komplexität der Verletzungen muss also ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, potenziell reversible Ursachen in der Frühphase der Behandlung nicht zu übersehen, sondern diese auszuschließen und gegebenenfalls konsequent zu behandeln. Rechtsmedizinische Untersuchungen haben gezeigt, dass insbesondere Blutungen und der Spannungspneumothorax gelegentlich schwer zu erkennen sind und übersehen werden.

III.

Zunächst steht man als Notfallmediziner immer vor der großen Herausforderung, den Nutzen der Therapie und das gewünschte Ergebnis vor allem in Bezug auf den Patientenwunsch und die erzielbare Lebensqualität abzuschätzen. Das ist insbesondere beim plötzlich eingetretenen Tod und den sofort einzuleitenden Wiederbelebungsmaßnahmen besonders schwierig und a priori nicht immer oder selten möglich. Die Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen und die Entscheidung beeinflussen, sind vielfältig und oft a hoc vor Ort nicht ausreichend zu erheben und zu verifizieren (zum Beispiel Patientenverfügung, Grunderkrankung, Dauer des Kreislaufstillstandes, Effektivität der Erstmaßnahmen und dergleichen).

Die endgültigen Konsequenzen sind dann oft erst in der Klinik mit den erweiterten diagnostischen Möglichkeiten und den dann zur Verfügung stehenden Informationen abzuschätzen. Dies ist insgesamt aber die Ausnahme. In aller Regel kann der erfahrene Notfallmediziner durchaus vor Ort entscheiden, inwieweit überhaupt Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollten oder ob diese nach frustrierten Reanimationsbemühungen abgebrochen werden.

Die Verfügbarkeit moderner Technik, die den Transport unter laufender Reanimation für bestimmte sinnvolle Indikationen erlaubt, sollte nicht dazu verleiten, jegliche Entscheidung in die

Klinik zu verlagern und unnötige Ressourcen zu binden.

Zunächst wird man anstreben, dem kritisch kranken Patienten auch in der präklinischen Situation die bestmögliche Lösung anzubieten. Der technologische Fortschritt lässt dies zunehmend auch für invasive und technisch aufwändigere Verfahren, die bislang nur in der Klinik zur Verfügung standen zu und erweitert somit das Behandlungsspektrum vor Ort teilweise erheblich. Diese Maßnahmen sollten aber immer in Hinblick auf die Sicherheit, Effektivität, Dringlichkeit und die technische Umsetzbarkeit überprüft werden. Um den Nachweis der Wirksamkeit solcher Maßnahmen führen zu können, ist es unerlässlich, auch in diesem Bereich der Versorgung eine umfassende Datenerhebung, durchzuführen und das kurz- und langfristige Ergebnis zu dokumentieren.

Nicht zuletzt muss auch reflektiert werden, was der Umgang mit dem plötzlichen Tod und die hierbei durchgeführten Maßnahmen für die Mitarbeiter des Rettungsdienstes bedeuten. Jeder startet trotz der professionellen Aufgabe und Grundhaltung mit unterschiedlichen Erfahrungen und psychischen Ko-Faktoren aus der momentanen individuellen Lebenssituation in den Einsatz. Beim Eintreffen am Notfallort ist zunächst das Handeln in der Regel von der Akutsituation und klar strukturierten Ablaufalgorithmen geprägt. Eine differenzierte Reflektion kann zu diesem Zeitpunkt kaum stattfinden, die emotionale Auseinandersetzung mit der Situation steht

noch im Hintergrund und ist womöglich bei der sachlichen Entscheidungsfindung eher hinderlich.

Tritt der Tod dann ein, wird die Situation von einer Reihe begleitender Faktoren (Angehörige, Pflegenden, Patientenverfügung etc.) beeinflusst. Entsprechend der Umstände und persönlichen Haltung wird man den Tod in dieser spezifischen Situation eher akzeptieren oder aber auch womöglich den Tod für sich nicht annehmen können. Hierbei spielt eine besondere Rolle, dass man als Notarzt den Tod eines Patienten oder die gescheiterten Wiederbelebungsversuche oft als eigenes Versagen wahrnimmt und sich mit Gefühlen von Schuld, Ohnmacht und Insuffizienz auseinandersetzen muss. Dies kann dann unmittelbar teilweise weitreichende Konsequenzen für das eigene Leben haben, und es stellt sich die Frage, inwieweit die eigenen Coping Strategien ausreichen, um mit der Situation fertig zu werden oder ob es notwendig wird, eine Krisenintervention in Anspruch zu nehmen. Schließlich gilt es, die Einstellung zum Beruf und der Tätigkeit als Notfallmediziner immer wieder neu zu bewerten und in den eigenen Lebenskontext einzuordnen.

IV.

Betrachtet man sich abschließend diese Rettungskette, kann man feststellen, dass es im Bereich der Notfallmedizin einige Strategien gibt, um mit teilweise großem Aufwand dem plötzlichen Tod aus verschiedenen Ursachen zu



Foto: dpa/Anna Müller

Noteinsätze mit Helikoptern – hier ein Rettungshubschrauber in einem Ski-gebiet – gehören zu den Aufgaben von Notärzten wie Dr. Stephan Prückner.

begegnen und durch geeignete Maßnahmen ein sinnvolles Überleben zu ermöglichen.

Es sei aber auch nochmal explizit auf das erste Glied der Rettungskette verwiesen: Derjenige, der das akute Todesereignis beobachtet, kann durch die richtigen Erst- und Basismaßnahmen ganz entscheidend Einfluss auf eine Verbesserung der Überlebenschancen nehmen und die entscheidende Zeit bis zum Eintreffen des professionellen Rettungsdienstes überbrücken. Hier sind Länder oder Regionen, die einen ausgeprägten Gemeinsinn und eine große

Bereitschaft zur Ersten Hilfe haben an der Spitze der Überlebensstatistiken. Genauso ist es wichtig, Vorkehrungen zu treffen und klare Formulierungen zu wählen, wenn in bestimmten Situationen der Tod zwar plötzlich, aber vielleicht nicht überraschend eintritt und Wiederbelebungsmaßnahmen nicht erwünscht sind. Dies kann die Arbeit der Notfallmediziner im Sinne einer patientenorientierten Entscheidung deutlich erleichtern und bietet zudem für Angehörige eine zusätzliche Sicherheit in Situationen zwischen Leben und Tod. □

Mehr als Theologie

Der Würzburger Hochschulkreis

Insgesamt acht Hochschulkreise der Katholischen Akademie Bayern gibt es – entsprechend den Universitätsstandorten Augsburg, Bamberg, Bayreuth, Erlangen-Nürnberg/Eichstätt, München, Passau, Regensburg und Würzburg. Sie sprechen die „religiös musikalischen“ Professorinnen und Professoren der jeweiligen Universitäten an und bringen sie ins Gespräch. Mehrmals im Semester treffen sich die Mitglieder des jeweiligen Hochschulkreises, um einen Vortrag zu einem wissenschaftlich aktuellen Thema zu hören, zu diskutieren und Kontakte zu knüpfen und zu vertiefen.

Mit diesem Band, erschienen als Band 16 der Reihe Würzburger Theologie im Echter Verlag, werden die Vorträge des Würzburger Hochschulkreises der letzten Jahre einer breiteren Öffentlichkeit vorgelegt. Sie finden Beiträge von Andreas Bieringer, Rainer Bucher, Dominik Burkard, Franz Dünzl, Erich Garhammer, Friedhelm Hofmann, Klaus Müller, Wolfgang Riedel, Wolfgang M. Schröder und Klaus Unterburger. Herausgeber ist Erich Garhammer, der Vorsitzende des Würzburger Hochschulkreises.



Mehr als Theologie
200 Seiten
14 x 22,5 cm. Broschur
€ 19,90 (D) / € 20,50 (A)
ISBN 978-3-429-04335-3

Wenn der Tod ins Leben einbricht. Auswirkungen auf Hinterbliebene

Andreas Müller-Cyran

I.

Der „langsame Tod“ findet in den letzten 30 Jahren zunehmende Aufmerksamkeit: Hospizvereine sind weit verbreitet, in der Palliativmedizin wendet sich die Medizin dem Sterbenden (und seinen Angehörigen) zu. In mehreren Veranstaltungen und seit vielen Jahren bietet auch die Katholische Akademie Bayern diesem Anliegen ein Forum. Man darf feststellen, dass das Sterben im Krankenhaus und an den Orten, die die Gesellschaft für das Sterben vorsieht (zum Beispiel Pflege- und Altenheime), die Abstellkammer verlassen hat und gesellschaftlich, (gesundheits-)politisch und wissenschaftlich Wahrnehmung und Aufmerksamkeit findet.

Der „plötzliche Tod“ jedoch ist und bleibt ebenfalls gesellschaftliche Realität: Etwa 20 Prozent aller Menschen in unserer Gesellschaft sterben plötzlich und auf diese Weise unerwartet. Unsere Gesellschaft betreibt in der (Notfall-)Medizin wie in der Gefahrenabwehr allgemein (zum Beispiel Feuerwehr und Polizei) erheblichen Aufwand, um ihn zu verhindern. Tatsächlich ist das Risiko für einen Menschen in Europa deutlich geringer geworden, plötzlich und auf diese Weise unerwartet durch eine Verletzung oder akut verlaufende Erkrankung zu sterben, als es früher vorkam oder heute noch an den meisten anderen Orten der Welt. Dennoch lässt sich (der plötzliche) Tod nicht domestizieren: Trotz aller Fortschritte der Medizin verlaufen rund 80 Prozent aller Wiederbelebungsversuche (medizinisch: ‚Reanimation‘, wörtlich: „Wieder-Beseelung“) in der Notfallmedizin erfolglos.

Während zu früheren Zeiten das Gebet um die Bewahrung vor dem plötzlichen Tod verbreitet war, zeigen Untersuchungen, dass es sich heute um die favorisierte Weise des Sterbens zu handeln scheint. In diesem Wunsch mag zum Ausdruck kommen, sich selbst nach Möglichkeit nicht mit der eigenen Sterblichkeit und dem eigenen Sterben befassen zu müssen, vor allem nicht bewusst auf ihn zugehen zu müssen, sondern gleichsam wie vom Blitz getroffen von jetzt auf sofort aus dem Leben zu gehen. Dieser Wunsch nimmt freilich nicht in den Blick, dass der Tod eine soziale Dimension hat: Der oder die Verstorbene hinterlässt Angehörige, Freunde und Kollegen. Mindestens ein Mensch meist aus dem sozialen Umfeld des Verstorbenen findet den Leichnam. Die unerwartete Konfrontation mit dem plötzlichen Tod stellt in unserer Gesellschaft die häufigste Ursache einer psychischen Traumatisierung dar, noch weit vor Gewalterfahrungen. Jeder sechste Mensch, der einer solchen Erfahrung ausgesetzt war, wird daran psychisch krank und erleidet eine Traumafolgestörung.

Stirbt ein Mensch im Krankenhaus oder sonst einer Einrichtung, die auf den Umgang mit Sterbenden eingestellt ist, werden auch die Hinterbliebenen (mehr oder weniger) angemessen wahrgenommen. Besonders die Krankenhausseelsorge hat diese Aufgabe im Blick. Wenn jedoch ein Mensch präklinisch, also außerhalb der Reservate stirbt, die für Sterben und Tod vorgesehen und eingeplant sind, werden Hinterbliebene – falls überhaupt – durch Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehr und der



Dr. Andreas Müller-Cyran, Leiter der Notfallseelsorge in der Erzdiözese München und Freising

Polizei wahrgenommen, sofern dafür fachliche und zeitliche Ressourcen bestehen.

Seit Beginn 1990er Jahre ist die Gefahrenabwehr im deutschsprachigen Raum um einen Dienst erweitert worden, in dem Hinterbliebene, aber auch körperlich unverletzte Überlebende, mit ihren spezifischen Bedürfnissen in der Notfallsituation wahrgenommen werden. Träger dieses Dienstes, der als „psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene“ (PSNV-B) bezeichnet wird, sind regional unterschiedlich entweder säkulare „Kriseninterventionsdienste“ meist in Trägerschaft von Hilfsorganisationen (DRK/BRK, ASB, MHD, JUH), oder ökumenische Projekte der beiden Kirchen als Notfallseelsorge. Sowohl die säkulare wie die kirchliche Variante arbeiten auf denselben humanwissenschaftlichen Grundlagen für alle Menschen, die vom plötzlichen Tod oder seiner realen Möglichkeit betroffen sind (in München ist die erste Einrichtung dieser Art seit 1994 tätig).

Auftrag der Krisenintervention und der Notfallseelsorge ist es, den Betroffenen angesichts seines spezifischen Zustandes so zu unterstützen, dass er selbst wirksam werden kann (oder bleibt). Viele Menschen machen zunächst die Erfahrung, von den erschütternden Ereignissen überrollt zu werden und ihnen ausgeliefert zu sein. Es geht darum, den Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen und seine Bedürfnisse mit den Bedarfen, die entstehen, wenn ein Mensch plötzlich und in dieser Weise unerwartet stirbt, zu vermitteln.

II.

Beim Betroffenen kommt es durch die plötzliche Konfrontation mit dem Tod eines anderen Menschen zu charakteristischen psychischen Veränderungen. Diese Veränderungen sind nicht oder nur sehr selten der Beginn einer psychischen Erkrankung (Traumafolgestörung, zum Beispiel Posttraumatische Belastungsstörung), sondern sie sind die Aktivierung aller dem Menschen zur



Foto: Robert Kiderle

Die Liturgie am Karsamstag ist von großer Ruhe geprägt. Sie zeigt das Eigentliche des Karsamstags: den Übergang vom Tod zur Auferstehung.

Unser Foto zeigt den für Karstage besonders gestalteten Altar in der Kirche St. Sebastian in der Ramsau.



Es diskutierten auf dem Podium Dr. Stephan Prückner, Dr. Andreas Müller-Cyran, Moderatorin Dr. Monika Dorfmüller (†) und Professor Oliver Peschel (v.l.n.r.).

Verfügung stehender Ressourcen, um ein bis dahin niemals erlebtes und erlittenes Ereignis zu überstehen und handlungsfähig zu bleiben. Die psychosoziale Akutbetreuung, die sich an den Bedürfnissen des Betroffenen orientiert, muss zunächst an seine psychische Verfassung in der Situation anknüpfen.

„Mit einem Mal war die Welt eine andere“ – so bringen Betroffene ihre Erfahrung aus der Situation später oft ins Wort. Die mentale Sonderfunktionsweise tritt unmittelbar und sofort mit dem Ereignis ein und katapultiert den Betroffenen in einen Zustand, der alltags-sprachlich auch als „falscher Film“ bezeichnet wird. Generell gilt, dass diese Erfahrungen tatsächlich schwer verbalisierbar sind: Sie gehorchen nicht unserer Alltagslogik. Sie haben sich aber über hunderttausende von Jahren für den Menschen als überlebensdienlich in lebensbedrohlichen Situationen herausgestellt und sind hirnpfysiologisch beschreib- und nachvollziehbar:

- Aufgehobenes oder verändertes Zeitgefühl: wer zum Beispiel als Ersthelfer bei einem Verkehrsunfall oder in einer anderen Notfallsituation auf die Notdienste warten musste, der weiß, was es heißt, „eine Ewigkeit“ warten zu müssen, auch dann, wenn das Warten mit der Stoppuhr gemessen wahrscheinlich kaum länger als zehn Minuten gedauert hat.

- Wirklichkeit wirkt und wird unwirklich: Betroffene beschreiben ihre Erfahrung häufig so, dass sie das Gefühl hätten, sich gleichsam in einer Traumszenerie zu bewegen. Hier scheint auch die Formulierung vom „falschen Film“, in dem man sich bewegt und agiert, zu passen.

- Ichfremde Erfahrung: Man handelt oder spricht mit dem befremdlichen Gefühl, sich selbst beim Handeln und Reden zu beobachten, sich selbst zuzuhören oder aus einer Kameraperspektive sich in der Szene zuzusehen. Manche Menschen fühlen sich wie ferngesteuert. Vielleicht erleben sie die Szene glasklar und wissen genau, was in welcher Reihenfolge zu tun ist. Andere haben das Gefühl handlungsunfähig im Chaos zu versinken. Manche können ihr Verhalten oder Denken auf einer Metaebene innerlich kommentieren.

- Verlust kognitiver Fähigkeiten: Erinnern und logisches Denken fällt schwer oder scheint unmöglich.

- Keine Wahrnehmung von Gefühlen: Gefühle von Angst oder Trauer sind (zunächst noch!) nicht vorhanden.

Die genannten Veränderungen halten so lange an, wie es das psychische Überleben in der Situation erfordert. Wenn das Bedrohliche aus der Situation gewichen ist, hört der mentale Überlebensmodus auf. Das kann dazu führen, dass dann, wenn alles überstanden scheint oder ist, starke Gefühle von Verzweiflung und Trauer überwältigen. In der (so erlebten Bedrohungs-)Situation, in der alle Kräfte aufs Überleben beziehungsweise Überstehen der Situation fokussiert sind, würden starke Gefühle den Betroffenen übermannen und handlungsunfähig machen. Erst wenn die Sicherheit wiederhergestellt ist, kann es sich der Mensch angesichts der überstandenen Bedrohung leisten, Gefühle wieder wahrzunehmen.

III.

Viele Menschen, die Erfahrungen in dieser Qualität machen mussten, haben fälschlich den Eindruck, nur ihnen erginge es so: Oft schämen sie sich deshalb oder sie entwickeln, wenn sie später über das Nachdenken, was passiert ist, Gedanken eigener Schuld und persönlichen Versagens. Es ist hilfreich zu hören und zu verstehen, dass viele oder die meisten Menschen, die von einer derartigen Situation überrascht werden, so oder so ähnlich reagieren.

Für die psychosoziale Notfallversorgung muss als Haltung zunächst klar sein, was nur auf den ersten Blick trivial erscheint: Der Tod ist irreversibel eingetreten. Damit bleibt die eigentliche, wirklich substanziale Hilfe für Hinterbliebene versagt. Sie besteht darin, den Tod des Angehörigen aufzuheben oder umzukehren. Dem sind trotz aller Bemühungen und Fortschritte der Medizin enge Grenzen gesetzt. Aus diesem Grund sind Wiederbelebungen ein gesellschaftlich relevanter Lern- und Erfahrungsort von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Der im Vorgarten landende Rettungshubschrauber kann dem Menschen mit sicheren Todeszeichen (Leichenstarre, Leichenflecken) das Leben nicht zurückgeben. Diese Erfahrung wirkt auf das Einsatzpersonal der Gefahrenabwehr und in anderer Weise auf die Hinterbliebenen. Hier wird ausschließlich auf die Situation der Hinterbliebenen eingegangen. An dem fatalen Ausgang kann auch die Notfallseelsorge oder Krisenintervention nichts ändern: Sie kann den Verstorbenen nicht seinen Hinterbliebenen zurückgeben.

Dennoch wird sie sinnvoll und mit guten Grund tätig: Das Grundbedürfnis betroffener Menschen liegt darin, in dieser Situation nicht allein gelassen zu werden. Die Erfahrung, dass jemand für den Betroffenen da ist, steht im Mittelpunkt. Ein Mensch, der sich ihm vorstellt als jemand, der ihm zusagt, „Zeit für ihn zu haben“ und ihn damit in den Mittelpunkt seiner Aufmerksamkeit stellt, entspricht seinem Bedürfnis in dieser Situation.

Der Bezug zum Gottesnamen des Ersten Bundes (vergleiche Exodus 3,14) drängt sich auf. Nicht zufällig klingt in der unpräzisen und alltäglichen Begrüßung und Selbstvorstellung „Ich habe Zeit für Sie und bin jetzt für Sie da“ die Zusage Gottes an Mose und sein Volk an: „Ich habe das Elend meines Volkes ... gesehen ... ich kenne ihr Leid“ (Exodus 3,7) – und ich werde es letztlich wandeln. In der Zusage der Präsenz, die in der Begegnung mit einem anderen Menschen erfolgt, liegt der erste Schritt hin zu der Erfahrung, im Leid und in der Trauer nicht allein zu sein und daraus Trost und Zuversicht schöpfen zu können.

Zugleich liegt in dieser Zusage eine wichtige Selbstbegrenzung des Aussagenden. Sie legt ihn auf eine verfügbare Präsenz fest, jedoch nicht darauf, dafür zu sorgen, dass keine Trauer sei, dass alles so sei, wie es vorher war. Die Zusage der Präsenz beinhaltet vielmehr, die Hilflosigkeit des erschütterten und trauernden Menschen ebenso zu teilen wie auch die Hilflosigkeit derer, die helfen wollten und den Tod trotz allen Aufwandes, aller Technik und allen Engagements nicht verhindern zu können.

Die Selbstvergewisserung, die in der Zusage des bloßen Daseins liegt, bewahrt davor, der Hilflosigkeit der Situation auszuweichen und führt zur Rückbesinnung auf die zentrale Tugend der Notfallseelsorge. Sie verzichtet soweit wie möglich auf ein „Machen“ und „Handeln“. Sie lebt vielmehr aus der Nähe Gottes auch in dieser Situation, in der Gott eher verborgen und entzogen zu sein scheint. Mit ihm gemeinsam hält sie die Kraft-, Hilfs- und Sprachlosigkeit der Trauernden aus. Die Seelsorgerin oder der Seelsorger, die sich selber als Da-Seiende vorstellen und das auch authentisch



Dr. Monika Dorfmüller war stellvertretende Vorsitzende des SZ-Gesundheitsforums und wirkte bei vielen Kooperationen zwischen dem Forum und der Katholischen Akademie mit. Im April 2017 ist Monika Dorfmüller verstorben.



Foto: Robert Kiderle

Ein ökumenischer Gottesdienst in der Münchner Olympiakirche fand kurz nach dem Amoklauf im Olympiainkaufszentrum im Juli 2016 statt. Neben den Opfern wurde dabei be-

sonders auch der Angehörigen und der vielen Menschen gedacht, die damals geholfen hatten und so vom Schrecklichen unmittelbar berührt worden waren. Den Gottesdienst hielten die

evangelische Regionalbischöfin Susanne Breit-Keßler, Weihbischof Graf Rupert zu Stolberg und Barbara Kittelberger, die evangelische Münchner Stadtdekanin.

zum Ausdruck bringen, wissen um das Dasein dessen, der ihnen in dieser Situation erst den Halt gibt, den sie dem Trauernden (weiter) zu geben vermögen.

Indem die Seelsorgerin und der Seelsorger sich dem Kontext des plötzlichen Todes und auch den davon unmittelbar betroffenen Menschen aussetzen, tragen sie dazu bei, dass Tod überhaupt verkündigt wird, das heißt hier: realisiert werden kann. Oftmals sind die Seelsorgerinnen oder Seelsorger die Ersten, denen gegenüber Hinterbliebene erzählen können, wie der geliebte Mensch verstarb. Wenn die Seelsorgerin oder der Seelsorger gemeinsam mit den Hinterbliebenen überlegt, wer aus Familien- und Freundeskreis jetzt von diesem Todesfall erfahren soll, tragen sie wiederum dazu bei, dass Tod überhaupt verkündigt werden kann.

In der Eucharistiefeyer folgt unmittelbar nach den Einsetzungsworten die vom Diakon vorgetragene Akklamation: „Gedächtnis des Glaubens“. Die versammelte Gemeinde antwortet: „Deinen Tod, o Herr, verkünden wir und deine Auferstehung preisen wir...“. Notfallseelsorge nimmt ernst, dass vor dem Preisen der Auferstehung eine „Verkündigung des Todes“ steht. Verkünden meint hier weniger öffentlich machen als vielmehr anzuerkennen und zu realisieren, dass der Tod eingetreten ist.

IV.

Seelsorge angesichts des plötzlichen Todes ist, wenn man diese beiden Aspekte verbindet, wesentlich Seelsorge

am Karsamstag. Die Liturgie des Karsamstags ist von größter Ruhe und – im Verhältnis zu den reichen Gestaltungen der Gottesdienste an den übrigen Kar- und Ostertagen – von Ereignislosigkeit geprägt. Leiden und Tod Jesu wurden in den vorausgegangenen Tagen vergegenwärtigt, die Zeit der Auferstehung ist noch nicht gekommen. Die Zeit scheint inne zu halten. Es gibt für die Gemeinde keinen eigentlichen Grund und Anlass mehr, zusammen zu kommen, außer gemeinsam des Todes Jesu zu gedenken. Aber auch diese Zusammenkünfte sind nur minimal strukturiert. Es ereignet sich eigentlich nichts in der lähmenden und schwer erträglichen Stimmung sowie der eigenartigen Strukturlosigkeit des Karsamstags. Dies wird für jeden erfahrbar, der sich dem Charakter des Karsamstags aussetzt.

Vielleicht haben wir uns so an den Ablauf der Kar- und Osterliturgie gewöhnt, dass es schwer fällt, das Eigentliche des Karsamstags wahr zu nehmen: Denn er stellt den Übergang vom Tod zur Auferstehung dar. Vorher in der Trauer, in der Vergegenwärtigung von Leiden und Tod Jesu, geht es bewegt und emotional dicht zu, ebenso nachher in der Freude mit der Entdeckung des leeren Grabes und der Gestalt annehmenden Gewissheit der Auferstehung. Am Karsamstag jedoch steht alles still, kein Hauch bewegt sich: Wie das Auge des Hurrikans könnte der Karsamstag in seiner Ereignislosigkeit im Mittelpunkt der Erfahrung von Tod und Auferstehung stehen – freilich leicht verkennbar. Die Situation, in der die Seelsorge im

Notfall des plötzlichen Todes die Hinterbliebenen begleitet, bildet etwas von dem „Nicht mehr“ und „Noch nicht“ des Karsamstags ab.

Auf den ersten Blick ereignet sich in der Notfallseelsorge nur wenig. Nicht das Reden oder das Tun stehen im Vordergrund der Begleitung. Dabei ist für die Notfallseelsorge allerdings zentral, was auch konstitutiv für die Ostererfahrung ist: Die Verabschiedung vom Leichnam. Wie die Frauen, die im Halbdunkel des neuen Tages zum Leichnam Jesu gehen (Matthäus 28,1; Markus 16,1; Lukas 24,1; Johannes 20,1) gehen die Seelsorgerin oder der Seelsorger mit den Hinterbliebenen – wo immer dies möglich ist – zum Leichnam des Verstorbenen. Was in den Auferstehungsberichten der vier Evangelien und in der Liturgie der Kar- und Ostertage zeitlich verdichtet zur Darstellung und Vergegenwärtigung kommt, dauert als nachfolgender psychischer Prozess für trauernde Menschen allerdings Wochen und Monate, mitunter auch Jahre.

Als österliche Menschen setzen sich Seelsorgerinnen und Seelsorger den Karsamstagen im Leben der anderen Menschen aus. Nicht dauernd, nicht immer – aber doch dann, wenn es die Not erfordert. Dies ist nie leicht und wird nie leicht werden. Wer sich heute dem Karsamstag aussetzt, begegnet der Angst und der Trauer der Menschen um Jesus damals. Und er begegnet dem Grund christlichen Hoffens und Glaubens im Angesicht des Toten. □

Süddeutsche Zeitung

30. November 2016 – Der Tod ist immer verstörend, doch wenn er jäh in das pralle Leben einbricht, ist er schier unfassbar. Eine Grenzerfahrung für Angehörige und alle, die zu helfen versuchen. (...) In der Realität können selbst professionelle Helfer nicht jeden plötzlichen Tod verhindern. Etwa 15 Prozent der Menschen, vielleicht sogar mehr, sterben unerwartet, wie die Experten auf einem Gesundheitsforum der Süddeutschen Zeitung und der Katholischen Akademie Bayern berichten. (...) Den Tod vor Augen zu haben, ist schwer – das erlebt der Notfall-Seelsorger Andreas Müller-Cyran immer wieder. Die meisten Menschen reagieren hilflos, wenn ein Angehöriger jäh in Lebensgefahr schwebt. (...) „Sie haben das Gefühl, neben sich zu stehen oder im falschen Film zu sein“, sagt der Seelsorger. Psychologen sprechen von dissoziativen Prozessen. Hinzu kommen Schuldgefühle, die sich manchmal schon aus der Tatsache speisen, selbst überlebt zu haben. *Berit Uhlmann*

Deutschlandfunk

25. November 2016 – Der Sechsjährige ist mit dem Fahrrad unterwegs (...) und übersieht die Straßenbahn. Der Junge stirbt bei dem Unfall. „Mir ist aufgefallen, dass neben der Szene eine Frau stand mit schweren Einkaufstüten in der Hand. Und dann stellte sich raus, dass es die Mutter war.“ (...) Das war ein Schlüsselerlebnis für Müller-Cyran, und so gründete der Notfallseelsorger und katholische Diakon im Jahr 1994 in München das weltweit erste Kriseninterventionsteam. Die ehrenamtlichen Notfallhelfer kümmern sich gezielt um die Hinterbliebenen, wenn jemand plötzlich stirbt. Am häufigsten geschieht das durch Herzinfarkt, Unfall oder Suizid. (...) Regelmäßig mit dem plötzlichen Tod konfrontiert sind Notärzte. Wenn ein Mensch stirbt, gilt das vielen als Niederlage der Medizin. Kommt ein Notarzt zu einem Schwerverkranken oder Schwerverletzten, orientiert er sich zunächst an einem klar strukturierten Einsatzplan, sagt Stephan Prückner, Direktor des Instituts für Notfallmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München. Aber der Tod durchkreuzt alle Pläne, jede noch so gute Struktur. (...) Trotz aller Fortschritte in der Notfallmedizin, der plötzliche Tod lässt sich nicht immer verhindern. Kann man sich vorbereiten – darauf, dass die Partnerin, der beste Freund, das eigene Kind völlig unerwartet sterben könnten? Ein solch existenzielles Ereignis liege immer quer, sagt Notfallseelsorger Andreas Müller-Cyran: „Der plötzliche Tod ist etwas, was wir in unserer Gesellschaft trotz aller Bemühungen niemals werden abschaffen können. Es bleibt ein Lernort von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Ich denke, es ist mehr eine Frage der Haltung, dass der plötzliche Tod eine Lebensmöglichkeit leider ist und bleibt.“ *Burkhard Schäfers*