

**Maria Bühner**

## **Das Gespräch am Krankenbett**

*Der folgende Beitrag zur Krankenpastoral bietet eine Einführung in die psychologische Situation schwerkranker Menschen und Hinweise für das Gespräch mit ihnen, das den jeweiligen Phasen entspricht. Damit soll mitgeholfen werden, daß wenigstens die Zeit, die Priester und Pflegepersonen, Angehörige und Freunde sich für die Kranken nehmen und nehmen können, zu einem möglichst guten Dienst an diesen werde. – Der Artikel beschränkt sich allerdings auf eine bestimmte Gruppe von Kranken: auf die vielen Menschen, die wegen ernsthafter Krankheit oder schwerer Verletzung mitten aus der Vollkraft ihres Lebens in ein Spital eingeliefert werden, von dort aber nach einer längeren Phase der unmittelbaren Lebensgefahr und nach wochen- oder monatelanger Klinikbehandlung wieder entlassen werden können. Die Chronisch-Kranken, die betagten Kranken und die todgezeichneten Kranken werden hier ausgeklammert, wengleich manche der folgenden Gedanken und Anregungen auch zum besseren Verständnis dieser Menschen und des Gesprächs mit ihnen dienen können.*

*red*

Wenn im folgenden vom Seelsorger als dem Gesprächspartner des Kranken die Rede ist, meinen wir nicht nur den Priester, sondern antizipieren den „Seelsorger von morgen“: den fachlich qualifizierten (für die spezielle Aufgabe begabten und gut ausgebildeten) und von der Kirche für die Krankenpastoral berufenen Menschen, ob er nun als Priester, als Diakon oder als Laie wirkt. Eine intensive Seelsorge, wie sie der kranke Mensch unserer Zeit und unserer Gesellschaft bedarf, kann von den Priestern allein nicht mehr bewältigt werden. Vielleicht und hoffentlich nehmen die Kirchenleitungen in absehbarer Zeit die Verantwortung der Kirche gegenüber den Kranken deutlich genug wahr und lassen es bei der dringend anstehenden Reform der Krankenpastoral nicht mit einer Neugestaltung der Sakramentenspendung (Krankensalbung) bewenden. Seit dem II. Vatikanum redet man viel von Cha-

rismen. Sollte man nicht doch einmal bedenken, daß Intensivseelsorge an Schwerkranken, Sterbenden usw. ein charismatischer Dienst ist?

*Die vier Phasen im Zustand eines Schwerkranken: Schock, Depression, Besinnung, Integration*

Die akut auftretende (zumindest für den Patienten akut, weil die Symptome undeutlich waren oder er sie als vorübergehende Unpäßlichkeit deutete und ihnen daher weiters keine Beachtung schenkte) Krankheit und schwere Verletzungen nach Unfall zeigen, was die psychischen Reaktionen, Erlebnis- und Verhaltensweisen des Kranken anbelangt, einen ziemlich ähnlichen Verlauf: Schock, depressive Phase, Besinnung, Integration. Die Phasen (auch Stadien genannt) gehen unscharf ineinander über, haben aber doch ein je typisches Gepräge. Das phasentypische Verhalten bietet dem Seelsorger ein wertvolles Indiz. Der Optimalfall, daß er den ganzen Weg eines kranken Menschen begleiten kann, ist wohl selten gegeben.

### *1. Die Schockphase*

Die Schockphase fällt zeitlich etwa mit dem „kritischen Zustand“ (im klinischen Sinn) zusammen, wo die Prognose quoad vitam noch unsicher ist. Die Bewußtseinslage des Kranken ist verändert, auch wenn er nicht bewußtlos ist. Er „weiß“ um die vitale Bedrohung, ohne daß jemand ihn darüber belehrt hätte, und die urmächtige Angst vor dem Tod aktiviert die potentiellen Abwehrkräfte. Die meisten Kranken können in dieser Phase nicht oder nur sehr mühsam sprechen, nehmen aber vieles wahr (oft mehr, als die mit ihnen befaßten Personen vermuten, was die späteren Mitteilungen beweisen). Wahrgenommen werden vor allem, sogar bei relativ schwerer Bewußtseins-trübung: die Gegenwart eines anderen und Stimmen. Oft versteht der Patient bereits die Rede der Umwelt, während man ihn noch für bewußtlos hält und bevor er des Blickkontaktes fähig ist.

Für den Kranken da-sein. Daß die Schockphase kaum der richtige Zeitpunkt für Sakramentenspendung ist, dürfte evident sein.

Und da der Patient nur unter großer Anstrengung sprechen könnte, was ihm aber gerade nicht zugemutet werden darf, weiß ein im Umgang mit Schwerkranken noch unerfahrener Seelsorger (ähnliches gilt auch für Angehörige) nicht recht, was er tun soll, wenn man jetzt offenkundig doch nichts tun kann. Der moderne Mensch hat weithin die Möglichkeiten und den Stellenwert der *non-verbalen Kommunikation* vergessen. Darum sei hier mit Nachdruck darauf hingewiesen: allem helfenden Tun und Reden geht das *Da-sein* voraus. Nicht nur vorhanden, sondern wirklich *da-sein* für den andern. Dieser Grundhaltung kann kein Dienst am Mitmenschen und darum auch nicht die Seelsorge entbehren. Für den Schwerkranken – analog für den Sterbenden – ist die liebende Gegenwart und Zugewandtheit eines Mitmenschen die notwendigste aller Hilfen. Sie gibt dem vollends der Angst ausgesetzten Leidenden Bergung und Halt. Er kann nicht in Worten sprechen, doch er spricht mit seinen Augen, Mimik und Gestus. Und er versteht den gütigen Blick, die sanften Gebärden, den beruhigenden Klang der Stimme des andern. Man muß weder viele, noch große, noch fromme Vokabeln sagen; nur einfache Worte, die, wenn sie aus dem Herzen kommen, trösten. Und ein bißchen Zärtlichkeit im Umgang mit Schwerkranken! Warum eigentlich nicht? Verkrampte Menschen, die krampfhaft den Ekel unterdrücken müssen angesichts eines schmerzverzerrten, von Wunden entstellten und etwa einmal übelriechenden Kranken oder die krampfhaft „reden müssen“, weil sie das Gefühl der eigenen Ohnmacht angesichts von so viel Angst und Not nicht annehmen und darum ja auch nicht ertragen können, taugen für Krankenpastoral nicht.

## 2. Die depressive Phase: Angst und Verunsicherung

Die Mitteilung des Arztes, daß der „kritische Punkt“ überwunden, die Lebensgefahr gebannt sei und der Patient nun nichts mehr zu befürchten habe, befreit von der Todesangst. Der Beruhigungseffekt ist – in vielen Fällen – von kurzer Dauer. Die günstige medizinische Prognose eröffnet dem Kranken

Zukunft, doch er vermag sie noch nicht in Griff zu nehmen. Die depressive Verfassung des Patienten ist für die Umwelt oft kaum verständlich, am wenigsten seine offensichtliche Angst. Wovor denn Angst, wenn nach zuverlässiger ärztlicher Auskunft keine Gefahr mehr besteht? Dazu ist zu sagen: Erst wenn die vitale Bedrohung verebbt, realisiert der Mensch, was passiert ist und erlebt das Widerfahrnis als *existentielle Bedrohung*, und sich selber in seiner ganzen Existenz getroffen. Durch Krankheit/Unfall ist nicht nur die beseelte Leiblichkeit desintegriert, sondern der Mensch in seiner Ganzheit erfährt und erleidet eine tiefgreifende, etwa einmal an Fugenbruch grenzende Erschütterung. Die existentielle Krisis ist von der „kritischen Phase der Krankheit“ verschieden und tritt mit zeitlicher Verzögerung auf. Beide sind von massiver Angst begleitet, doch sind die angstausslösenden Erlebnisse und Erfahrungen während der Schockphase andere als während des depressiven Stadiums.

Der Kranke erlebt sich als zutiefst *verunsichert*. Die Prämissen seiner bisherigen Lebensgestaltung, Erwartungen und Zielsetzungen sind fragwürdig geworden: nämlich das Vertrauen in die eigene Kraft, das Leben zu meistern, sich durchzusetzen und zu behaupten, jedes Ziel durch Leistungstüchtigkeit erreichen zu können. Daß verwöhnte Menschen, die durch günstige Lebensumstände (ohne durchgestandene Kraftproben) zu Besitz und Ansehen gelangten, auf das Erleiden von Krankheiten unvorbereitet sind, liegt auf der Hand. Doch wird gerade jener Mensch durch die Krankheit existenziell verunsichert, der alles bisher Erreichte *erleistet* hat. Er hat Widerstände erfahren und bewältigt, durchhalten können und hartnäckige Zielstrebigkeit bewiesen und so mit jedem Leistungserfolg eine Selbst-bestätigung gefunden. Es gab für ihn bis anhin keine unbezwingbaren Hindernisse. Die nun in der Situation Kranksein aufbrechende Grunderfahrung menschlicher Existenz: Ohnmacht und „arme Verwiesenheit“ überkommen den nur leistungsorientierten Menschen wie etwas völlig Fremdes und erzeugen Angst. Das Leiden im Zusammenhang mit Krankheit hat eine dunkle Dichte und bedrückende

Schwere. Es ist unberechenbar, entzieht sich der gewohnten Weise des Anpackens, und steht – im Gegensatz zum Inkaufnehmen von Anstrengungen und Schwierigkeiten (kalkuliertes Risiko!) – in keinem Bezug zu einem attraktiven Ziel. Es ist zwecklos, unnütz und erscheint daher dem Patienten als schlechthin absurd und todverwandte Negativität.

#### *Verbauter Blick in die Zukunft*

Weil das Widerfahrnis Krankheit/Unfall mit der Wucht eines Einbruchgeschehens sein bis anhin unerschütterlich gemeintes Lebensgefüge ins Wanken bringt und der Patient sich in seiner veränderten Situation nicht zurechtfindet, ist ihm auch *der Blick in die Zukunft verbaut*. Die oft versuchten Ansätze einer Flucht nach vorn mißlingen. Der Kranke klammert sich wohl an die ärztliche Zusage, daß er in einigen Wochen oder Monaten wiederhergestellt sein werde, doch gleichzeitig bangt ihm vor dem „Später“. Wird er gleichermaßen leistungsfähig sein wie früher, den Unterbruch wett schlagen können, dem Konkurrenzkampf und Leistungsdruck gewachsen sein? Stand der Patient im Zeitpunkt seiner Erkrankung unmittelbar vor einer langfristig und unter großem Einsatz vorbereiteten beruflichen Veränderung, die er für *die* Chance seines Lebens hielt und die nun verpaßt ist, so empfindet er die Krankheit noch einmal mehr als Beraubung und Zerstörung und die Zukunft fragwürdig.

Was passiert in der Zwischenzeit? Die Isolierung des hospitalisierten Patienten von der Außenwelt verschärft das Fremdheitserlebnis der Situation Kranksein und die existentielle Krise. Obwohl der heutige Mensch an Anonymität gewöhnt ist (Arbeitsmilieu, Wohnschachtel), erschreckt und bedrückt ihn die Anonymität des modernen Spitäles. Dem Geborgenheitsbedürfnis des Schwerkranken trägt der klinische Betrieb in keiner Weise Rechnung. Den Patienten umgibt eine Menge vielbeschäftigter, darum auch hastender Personen in häufiger Wechselfolge. Er weiß manchmal nach etlichen Wochen noch nicht, welcher der vielen Ärzte (Spezialisten!) für ihn zuständig sei. Über ihn reden Ärzte und Pflegepersonal im medizinischen Jargon – mit ihm spricht fast nie-

mand. Und niemand erklärt ihm, warum diese und jene Untersuchung notwendig ist oder was man mit ihm vorhat. (Der „Privatpatient“ wird orientiert, sogar vom Chefarzt höchstpersönlich; dem Kranken auf der Allgemeinabteilung bleibt man die Erklärungen schuldig. Rücksichtnahme, Aufmerksamkeit, Zuwendung im Umgang mit kranken Menschen sind offenbar und vielerorts vom sozialen Status des Patienten abhängig!) Der Schwerkranke ist entweder dem unruhig-beunruhigenden „Betrieb“ ausgesetzt oder der lastenden Stille und der Einsamkeit langer Tage und noch längerer Nächte im Krankenzimmer ausgeliefert. Beides erzeugt Angst, zumal die horizontale Lage und die unfreiwillige Passivität die Ohnmachtserfahrung unterstreichen. Der Patient kann sich der emotionalen Überflutung und der andrängenden Gedanken umso weniger erwehren, als ihm die Ausflucht in ablenkende Beschäftigung versperrt ist. Lektüre, Radio oder TV wären wohl vorhanden, doch kann der Schwerkranke davon keinen Gebrauch machen. Schmerzen und Erschöpfung beeinträchtigen die Aufnahmefähigkeit erheblich und bewirken – zumindest in vielen Fällen – eine Überempfindlichkeit auf optische und akustische Reize.

#### *Das Problem der Isolation*

Die Isolation des kranken Menschen ergibt sich nicht nur aus der örtlichen Distanz zwischen Spital und seinen gewohnten „Lebensräumen“ (Arbeit–Freizeit–Wohnen), sondern entsteht durch den leider sehr rasch einsetzenden Verlust persönlicher Kontakte. Je länger ein Patient hospitalisiert ist, desto weniger Besucher kommen zu ihm. Das anfänglich – vielleicht! – vorhandene Interesse der Umwelt erlahmt bald. Man geht zur Tagesordnung über. Das Erlebnis der Vereinsamung verunsichert: Der Kranke kann die Verhältnisse in der Außenwelt, z. B. auf dem Arbeitsplatz, nicht überschauen. Schickt man sich im Betrieb etwa schon an, ihn seiner Funktionen zu entheben und auf ein stumpfes Geleise zu schieben? Dreht man ihm jetzt etwa den gleichen Strick wie damals dem Herrn X oder Frau Y, deren längere Abwesenheit wegen Krankheit willkommenen Anlaß zu einer personellen „Umstrukturierung“

boten? Der Patient weiß jetzt, was er für seine Person nie hat wahrhaben wollen: Auch er ist weder unersetzlich noch unentbehrlich. Vom Spital aus kann er die Karten nicht mitmischen, er ist nicht mehr mit bei der Partie.

### *Erschüttertes Selbstwertgefühl*

Das Erlebnis der Vereinsamung (des Ausgeschlossenenseins) erschüttert vor allem das *Selbstwertgefühl*. Die meisten unserer schwerkranken Patienten (wir haben ja die „sozial produktiven Jahrgänge“ im Auge!) entstammen dem Milieu der Leistungsgesellschaft und nicht den alten Lebensformen = natürlichen Gemeinschaften der Agrarkultur. Sie sind von den Normen der Leistungsgesellschaft geprägt, mit ihren Leitbildern und Zielvorstellungen weitgehend identifiziert. Die meisten modernen Menschen leben gleichermaßen abhängig von den gesellschaftlichen Normen, wie frühere Generationen von ihren sozialen Verhaltensmustern und den traditionsgemäßen Wertsystemen. Der Kranke unserer Gesellschaft weiß, worauf es ankommt; er hat sein Leben bisher ja an dieser Norm ausgerichtet: *Der Mensch ist soviel wert, wie er leistet und sich leisten kann*. Nach diesem Richtmaß gilt der Kranke wie alle Schwachen, nur partiell oder nicht mehr „Leistungsfähigen“ als minderwertig. In der aktuellen Situation des Krankseins fürchtet der heutige Mensch nichts anderes ärger als den Entzug der gesellschaftlichen Wertschätzung. Die Degradierung von „Jemand“ zu „Niemand“ hat heute etwa den gleichen Stellenwert wie einst die Ausstoßung aus der Sippe. Seine Befürchtungen sieht der Patient im Verhalten der Umwelt bestätigt: Sie hält auf Distanz. Wie weit die Abhängigkeit des heutigen Menschen von der „öffentlichen Meinung“, dem Urteil der Gesellschaft, reicht, bezeugen die auffallend häufigen Äußerungen von Schwerkranken – vor allem während der depressiven Phase – „ich bin ein Versager“, „ich habe versagt“. Weil der Patient seinen Selbstwert in Frage gestellt sieht, ja sogar selber in Frage stellt, ist sein Verhältnis zu den wenigen Menschen, die ihn noch besuchen kommen, oft sehr ambivalent: Er nimmt die Liebe seiner Angehörigen und seiner Freunde bewußter wahr

als vor seiner Erkrankung; und gleichzeitig zweifelt er, ob seine „Nächsten“ ihn wirklich akzeptieren oder ob sie nur Anstandsbesuche machen, und ebenso zweifelt er ihre Berichte an – was verschweigen sie, wie weit beschönigen sie, um ihn zu schonen, die tatsächlichen Verhältnisse (berufliche Stellung, wirtschaftliche Lage etc.)?

### *Besondere Belastung des Invaliden*

Alle diese hier nur knapp angedeuteten, für die existentielle Krisis typischen Erfahrungen des Schwerkranken in der depressiven Phase bedrängen und verängstigen in besonderem Maße jene Patienten, die mit einer Dauerinvalidität rechnen müssen. *Wie* der Mensch eine leidvolle Gegenwart besteht, ist im allerletzten Tat seiner Freiheit, auf die hin zu befreien *die* Aufgabe des Dienstes am kranken *Menschen* ist. *Wie* heißt hier: menschlich oder in einer Weise apersonalen Vegetierens. Das echte mitmenschliche Engagement kennt die Vokabel „Erfolg“ nicht, dennoch hängt das Gelingen leidbeschwerter und leidverstörter Daseinsituationen wesentlich davon ab, ob der homo patiens Mitmenschen (oder wenigstens einen unter vielen Leuten) findet oder von allen verlassen wird. Der „Faktor“ Zeit, d. h. die Dauer des Leidens, spielt u. a. auch eine Rolle. Jedes Leiden wird „erträglicher“, wenn es als vorübergehend erkennbar ist. Was die quoad vitam günstige medizinische Prognose für den Schwerkranken außer Überleben noch heißt – ob er volle Genesung erwarten darf, eine Invalidität zu gewärtigen hat oder die Krankheit in dauerndes Siechtum übergehen wird –, ergibt sehr unterschiedliche Zukunftsperspektiven, und gerade deshalb ist die Lage des Schwerkranken mit Aussicht auf Vollgenesung grundsätzlich eine andere als die des Invalidgewordenen. Das Leiden annehmen zu können, ist um vieles schwieriger für den letzteren, weil er nie mehr den „Gesunden“ gleich sein wird. Wir kommen später noch einmal auf die besonderen Belastungen des Invaliden zurück.

*Ein Aussprachebedürfnis unbedingt wahrnehmen!*

Die Depression tritt fast bei allen Schwerkranken auf. Ängstliche Spannung und Un-

ruhe, aggressive Abwehrhaltung und tiefe Niedergeschlagenheit gehen wechselnd ineinander über. Häufig wird die Depression als psychisches Äquivalent des reduzierten oder schlechten „Allgemeinzustandes“ betrachtet, man schenkt ihr weiter keine Beachtung („Wenn es dem Patienten besser geht, wird er auch wieder besserer Stimmung sein“), sondern verabreicht Psychopharmaka. Ein Gespräch wird eher unterbunden, denn angeboten. Der Kranke soll jetzt nicht reden und in Ruhe gelassen werden, heißt es. Mit aller Entschiedenheit machen wir dagegen, gestützt auf Erfahrungen mit schwerkranken Patienten, geltend: die depressive Verfassung signalisiert eine innere Bedrängnis (möglicherweise sogar eine existentielle Krise). Der verängstigte und in seiner Lebenssituation desorientierte Kranke darf nicht gehindert werden, wenn er selber ein Aussprachebedürfnis bekundet; ja man sollte auch dem eher verschlossen anmutenden Patienten – selbstverständlich sehr taktvoll und diskret – die Möglichkeit zum Gespräch anbieten. Die Entäußerung löst die emotionellen Spannungen. Aussprechen schafft einen gewissen Abstand vom mitgeteilten Erlebnisinhalt. Das Gespräch entlastet und befreit. Der Patient fühlt sich erleichtert und wird ruhiger. Die Gedanken des Schwerkranken sind oft noch wenig geordnet, die Einzelaussagen nicht in logischer Folge miteinander verbunden, manchmal entstehen längere Pausen. Ein im Umgang mit kranken Menschen unerfahrener Gesprächspartner gerät angesichts der massiven Emotionen des Patienten, der anfänglich noch sehr fragmentarischen Äußerungen und den öftern Stockungen leicht in Verlegenheit, reagiert unbeholfen, betreten und darum oft falsch. Wer meint, er müsse unbedingt auch irgend etwas sagen, zu den Mitteilungen des Patienten doch „irgendwie“ Stellung nehmen, redet meist am Kranken vorbei und irritiert ihn. In der depressiven Phase muß der Seelsorger gar nicht unbedingt sprechen, und vor allem soll er nicht „irgend etwas“ sagen, und die Theologie, die „für alles eine Antwort hat“ mag er endgültig vergessen. Der Kranke verlangt in diesem Stadium nämlich gar *keine Antwort*, und die fix zuhandenen „theologischen“ Antworten stören u. U. das Vertrauensverhältnis sehr empfind-

lich. Für den Patienten wichtig ist, daß er *sich aussprechen* kann und daß ein Mensch da ist, der ihm ganz wach zuhört. Das stille horchende Verweilen gibt dem Kranken Geborgenheit, löst die Angstklammer der Einsamkeit. Die beruhigende Wirkung des Aussprechkönnens kommt nämlich nur zustande, wenn ein anderer die Worte auffängt und in ein Mitwissen einbirgt, also im Verhältnis der Teilhabe. Ließe man einen verängstigten und bedrängten Menschen bloß reden, ohne ihm zuzuhören, bliebe dieser gleichermaßen im monologischen Gedankendränge befangen wie ein Alleingelassener. – Erst nach mehreren Begegnungen mit dem Kranken zeichnen sich die Zusammenhänge der Mitteilungen ab, wird seine Situation erkennbar. Der Sinn der Worte (das „eigentlich Gemeinte“) ist nur der Intuition zugänglich. Intuition und Liebe, beide einander zugeordnet, sind unentbehrlich im Gespräch mit dem kranken Menschen, denn hier kommen ja vor allem seine inneren Erfahrungen und das Erleben zu Wort. Weder das eine noch das andere ist je „vollständig“ mitteilbar. Die Sprache gerät immer an die Grenze des Sagbaren. Darum kann gerade das wesentliche Gespräch der Intuition nicht entraten. Es sei gleich hier auf die Gefahr der Projektion hingewiesen: daß wir unsere Wünsche und Erwartungen oder Befürchtungen in den andern projizieren und darum seine Situation, sein Verhalten, seine Aussagen falsch verstehen und falsch deuten. Mit der Fehlerquelle unserer Projektionen müssen wir immer rechnen. Sie zu vermindern gelingt nur dem, der sich immer neu der Konfrontation mit der Realität aussetzt und sich von ihr treffen läßt – auch in der Weise schmerzlicher Enttäuschung.

### 3. Die Phase der Besinnung

Die Depression des Kranken lichtet sich allmählich, die Übergänge zur Phase der Besinnung sind also fließend. Die Aufarbeitung des Krankheits- bzw. Unfallereignisses kann also bereits in diesen Übergängen beginnen. Eine der wichtigsten seelsorglichen Aufgaben ist nun, das arg erschütterte Selbstvertrauen aufzurichten und dem Kranken zu einer Ablösung von den Werturteilen der Gesellschaft zu verhelfen. Der Kranke sucht nach

einer Neuorientierung, der Seelsorger versucht, ihm die Richtung zu weisen durch Erschließung eines neuen Selbst- und Daseinsverständnisses, wobei er sorgfältig und einfühlend den Möglichkeiten des Kranken gerecht bleiben muß: ob und wie weit dieser – jetzt schon – die gewiesene Richtung „fassen“ und die Ausrichtung vollziehen kann.

### *Gespräche über Grundthemen menschlicher Existenz – ohne vorzeitiges Sprechen des Seelsorgers*

Im Gespräch mit kranken Menschen werden die Grundthemen menschlicher Existenz entborgen: Leiden, Schuld, Sinn, Liebe; und zwar so unmittelbar, wie sie nur in Grenzsituationen aufbrechen. Sie kommen aus einer Tiefe, um die der Mensch vielleicht noch nie gewußt hat in seinem bisherigen, nur in der Dimension des Handelns gestalteten Leben. Weil sie aus seinem Erleben zu Wort kommen, ist der Kranke auf die Grundfragen des Daseins auch ansprechbar. Die „Spruchreife“ signalisiert der Patient selber. Vorzeitig anhebendes Sprechen des Seelsorgers z. B. über Leiden oder Schuld schert sehr leicht aus der dialogischen Struktur der Gesprächssituationen aus, wird zum belehrenden Reden und – der Kranke zieht sich in Abwehrstellung zurück. Das Gespräch am Krankenbett ist eben weder Lehrgespräch noch eine (vorwissenschaftlich-philosophische) Diskussion, sondern Dialog. Seelsorger und Patient sind miteinander „unterwegs“, beide Suchende nach Antwort auf die zentralen Fragen menschlicher Existenz. Glaubwürdig ist nur der Seelsorger, der sich selbst eingesteht und auch gegenüber dem ihm Anvertrauten redlich bekennt: daß wir nie eindeutig klare Grenzen ziehen können zwischen Sünde und Schuld, persönlicher und tragischer Schuld, eigener und fremder Schuld und Schuldverhängnis. Oder in der Frage nach dem Sinn: daß der Sinn (eines bestimmten Tuns oder Leidens oder unseres Lebens) nie greifbar und beweisbar ist, sondern nur dem an einen verborgenen Sinn Glaubenden sich als Sinnerfahrung offenbart.

### *Variationen zum Thema Schuld*

Das Grundthema „Schuld“ klingt in einem

über längere Zeit fortgeführten und weiterführenden Gespräch des öfteren an; in vielen Variationen und in je verschiedenem Kontext. So etwa schon in der depressiven Phase, dort meist verklauselt in der hadernd-aufschreienden Frage: „Warum ist gerade mir das Unglück (Krankheit, Unfall) widerfahren?“ Gemeint ist: Warum mir und nicht den anderen, und warum ausgerechnet in diesem Zeitpunkt? Das Thema Schuld ist indirekt angesprochen. Etwas deutlicher tönt es in der sehr häufig gebrauchten Formulierung: „Habe ich ein solches Übel verdient?“ Beide gehen, genau besehen, von der uralten mythischen Deutung der Krankheit aus, wonach diese eine von den Göttern über den schuldigen Menschen verhängte Strafe ist. Die Vorstellung „Krankheit = Strafe“ lebt im Unbewußten auch des heutigen, oft betont rationalistischen Menschen weiter. Der Rückgriff auf die mythische *Deutung* gehört zu den Versuchen des Schwerkranken, Unbegreifliches in Griff zu bekommen. Die Krankheit ist ja gerade deshalb so unheimlich und ängstigend, weil keine exakt-naturwissenschaftliche Auskunft über die Krankheits-ätiologie das Widerfahrnis hinlänglich erklärt.

Das Thema „Schuld“ beschäftigt den Patienten am meisten in der bereits weniger emotional überfluteten Phase der Besinnung. Erst der etwas beruhigte Patient kommt überhaupt zur Besinnung; und da er viel allein ist, kommt ihm gar viel in den Sinn. Es ist fast ein Kennmal dieses Stadiums, daß der Kranke von der „Arbeitswelt“ Distanz gefunden hat und sowohl dem zwischenmenschlichen Bereich wie der Vergangenheit zugewandt ist. Weil sein Kontaktfeld klein ist, gewinnen die mitmenschlichen Beziehungen an Bedeutung und seine persönlichen Konflikte an Gewicht.

### *Schuldgefühle*

a) In Verbindung mit der Sorge um seine Angehörigen: Durch seine Krankheit ist die *Familie in Schwierigkeiten geraten* – vermehrte Belastung des Ehepartners; Kinder mußten in Fremdfamilien, oder der betreuungsbedürftige Elternteil in einem Heim placiert werden. Der Kranke fühlt sich schuldig, seine Familie in Stich gelassen zu

haben. – In leider nicht vereinzelt Fällen tragen die Angehörigen, gerade bei längerer Abwesenheit des Patienten von daheim, Schuldvorwürfe an ihn heran. Übermüdet oder ganz einfach nur der durch Ausfall des Patienten entstandenen Situation und der Spitalsbesuche überdrüssig, schlägt die anfängliche Teilnahme in Anklage um: „nur wegen deiner Krankheit ...“

b) Der Kranke wird sich erstmals bewußt, daß er seit Jahren an seiner Ehefrau (bzw. dem Ehemann) und den Kindern vorbeigelebt hat. Er/sie hatte keine oder *kaum je Zeit für die Familie*; berufliche Aufgaben und Erfolgsziele standen stets im Vordergrund, das Familienleben nur am Rand und im Schatten. – Freundschaften sind versandet, weil *Kontaktpflege* ihm zu bemüht und „verlorene Zeit“ schien. Oder dem Patienten fällt plötzlich ein, daß er den Kontakt mit kranken Menschen scheute und lautstark die Meinung vertrat, nur unanständige und willensschwache Leute legen sich ins Bett.

c) Schon seit langem bestehende, doch bisher bagatellierte oder verdrängte *Konflikte* drängen ins Bewußtsein. Bei allen zwischenmenschlichen Konflikten ist – unausweichlich – die Schuldfrage gestellt. Nicht nur die gestörte Beziehung zu Personen seiner alltäglichen Umwelt meldet sich an, sondern die ungelöst gebliebenen Konflikte aus längst abgebrochenen Beziehungen oder aus dem Verhältnis zu bereits verstorbenen Menschen. Denn weder heilt die Zeit Wunden noch hebt der Tod eine Konfliktsituation auf. Was Menschen einander zu Leide getan oder zu Leid wurden und unausgesöhnt blieb, verbleibt.

Dazu zwei Beispiele:

1. Der Patient ist seit etlichen Jahren geschieden. *Die der Scheidung vorausliegenden Konflikte* wurden nie verarbeitet; alle späteren Mißerfolge im Leben, Schwierigkeiten irgendwelcher Art bringt er mit dem Status geschieden in Zusammenhang und rechnet sie gleichermaßen wie die seinerzeitigen Ehekonflikte dem einstigen Partner auf. Dieser ist letztlich „doch irgendwie“ an allem schuld, wie ihm ja auch die Alleinschuld am Scheitern der Ehe angelastet wird. (Wir beschränken uns hier auf Fälle von Geschiedenen

ohne Kinder, wo also jeder seines Weges geht und sich die alten Konflikte nicht an den Reibungsflächen von Alimentenstreitigkeiten und Besuchsrecht stets neu entzünden.)  
2. Der Patient hadert jetzt noch *mit dem bereits verstorbenen Vater* (Mutter, Ehepartner). Längst zurückliegende Ereignisse, erlittenes Unrecht usw. sind so lebendig in der Erinnerung, daß geringfügige Anstöße, etwa ein Ortsname oder die entfernteste Ähnlichkeit einer Drittperson mit dem Verstorbenen usw. Vergangenes vergegenwärtigen. Der Patient fordert noch immer eine Wiedergutmachung, daß der „andere“ wenigstens das angetane Unrecht zugäbe. – Im Verhältnis zu Verstorbenen äußern Patienten gelegentlich auch massive Schuldgefühle: daß Streitigkeiten, Zerwürfnisse nicht bereinigt wurden, so lange es noch Zeit war. – Die perennisierten Konflikte, wie die hier kurz angeführten, sind als Konflikt mit einer ganz bestimmten Person in der Erinnerung bewahrt und nicht wie bei der „klassischen“ Neurose völlig verdrängt. Sie tauchen relativ leicht an die Oberfläche des Bewußtseins. Sie kommen dem Patienten eben in den Sinn. Er äußert sie spontan. Die Begleitaffekte verraten oft deutlicher als die verbale Aussage, ob der Patient aus der Position des Anklägers spricht oder von Selbstvorwürfen geplagt oder in der Weise des „*qui s'excuse, s'accuse*“.

*Den Patienten auch im Versagen ernst nehmen!*

Die Erhellung der Schuldproblematik gehört zu den wesentlichen Aufgaben des seelsorglichen Gespräches. Sie hat immer bei den Fragmenten, die der Kranke von sich aus zur Sprache bringt, anzusetzen. Ob seine Schuldgefühle echte oder falsche sind, seine Anklagen gegen andere oder seine Selbstvorwürfe überborden etc., ist zunächst viel weniger wichtig als die Tatsache, daß der Kranke den mitmenschlichen Bereich in den Blick bekommen hat, Konflikte überhaupt wahrgenommen und geäußert werden. Dem Patienten die Gewißheit geben, daß er ernstgenommen und trotz seines Versagens voll angenommen wird, ist *die* Voraussetzung jeglichen Helfens bei der Aufarbeitung seiner Konflikte. Mit Beschwichtigungen ist ihm kein Dienst erwiesen, mit moralisierenden

Ermahnungen, auch die Widersacher zu lieben, ebensowenig.

#### *Kontakt mit den Angehörigen*

Wenn irgendwie möglich, sollte der Seelsorger – sofern der Kranke es wünscht – mit den Angehörigen Kontakt aufnehmen und sie ans Krankenbett bitten. In wie vielen Ehen hat sich doch aus vielen kleinen Mißverständnissen und umschwiegene[n] Schwierigkeiten (man umgeht Auseinandersetzungen um eines faulen Friedens willen!) eine trennende Wand aufgebaut! Oder ein Partner hat wohl seine Fehler eingesehen, brachte aber das Wort „bitte, verzeih“ nie über sich. Oder aus lauter Sorgen um Standardsteigerung haben Mann und Frau verlernt, miteinander zu sprechen. In der Stille des Krankenzimmers können sie vielleicht erstmals wieder reden und einander wiederfinden. Was hier auf die Ehe hin gesagt ist, gilt analog auch für andere mitmenschliche Beziehungen. Das Heilwerden gestörter Verhältnisse im nächsten Personenkreis des Patienten hat insofern einen Vorrang, als Konflikte in diesem Bereich den Kranken in der Regel am meisten beschäftigen und für beide Seiten die Zukunft ihres Zusammenlebens mitbetroffen wird.

Nicht alle Konflikte lassen sich freilich zwischen den Betroffenen zum Austrag bringen in Begegnung und Gespräch, aber sie müssen wenigstens im Menschen selber ausgetragen, statt verdrängt oder perennisiert zu werden; (wie ja auch die Hinkehr zum andern einer – möglichen – Begegnung immer vorausliegt). Zur Versöhnung bereit wird der Mensch in dem Maße, als er sich selber annimmt – auch oder gerade im letztlich aufhebbaren Dunkel seiner Existenz: als den Menschen, der schuldig wird und an dem andere schuldig werden; immer verwiesen auf Verzeihung und angerufen, anderen zu verzeihen. Die nicht mehr einlösba[re]n Ansprüche auf Versagtgebliebenes loslassen in echtem Verzicht, ausgesöhnt mit dem Leben und den Menschen, die zu unserer Vergangenheit gehören, vergeben und hoffen, daß die vielen unserer Mitmenschen, deren Schuldner wir sind (ohne uns dessen überhaupt bewußt zu sein, uns vergeben mögen – ist ein lebenslänglicher Prozeß.

Die Situation des Krankseins bietet in ihrer

Besonderheit eine Chance, daß dieser Prozeß anhebt.

#### *4. Schwierige Integration*

Einige besonders schwierige Verhältnisse seien im Zusammenhang mit dem Thema Schuld noch erwähnt:

##### *„Selbstverschulden“*

Krankheit und Unfall aus „Selbstverschulden“: Bei Unfällen (Verkehr und Arbeit) ist das Moment „Selbstverschulden“ häufiger faßbar – z. B. die Fahrlässigkeit – als bei Krankheiten. De facto kann jedoch auch ein Selbstverschulden mit im Spiel sein. Wir zitieren einige der bekannten Fälle: Magen-schwüre, Leberschädigungen bei Alkoholmißbrauch; Herzinfarkt bei unersättlichem Ehrgeiz und Profitgier. – Die psychosomatischen Krankheiten (im klinischen Sinn) hängen sehr eng mit der Lebensgeschichte des Patienten zusammen, in die nicht *nur* Fremdschuld eingeschrieben ist; sie trägt auch die eigene Handschrift. – Der juridische, für die Versicherungsleistungen maßgebliche Begriff „Selbstverschulden“ deckt sich keinesfalls immer mit dem anthropologischen. – Die weitere Umwelt eines Kranken sucht gern nach dem diffamierenden Etikett „selbstverschuldet“ – einer der vielen aggressiven Abwehrmechanismen der Gesunden gegen den kranken Mitmenschen: Man fühlt sich selber abgesichert und überdies von einer mitmenschlichen Verpflichtung gegenüber dem Kranken dispensiert. Für den Kranken ist es – nur scheinbar paradoxerweise – viel schwieriger, sein Leiden und die sozialen und gesellschaftlichen Konsequenzen der Krankheit bzw. des Unfallereignisses anzunehmen, wenn persönliches Verschulden mit im Spiel ist, als im Fall des Widerfahrnisses; je nach Differenziertheit der Person ist die Last der Verantwortung (für seine Familie und vor den Mitbetroffenen) schwerer zu tragen als das Leiden. Gerade bei Unfallpatienten muß der Seelsorger diese Möglichkeit berücksichtigen.

##### *Psychosomatisch Erkrankte*

Sehr heikle Aufgaben stellt die seelsorgliche Betreuung von Patienten mit psychosoma-

tischen Krankheiten: Die Wahrheit über die Zusammenhänge zwischen organischen Störungen und seelisch-geistigen Fehlhaltungen darf dem Kranken nicht verborgen bleiben, sie müssen ihm sogar bewußt werden, freilich in einer Weise aufschlüsselnder Hilfe und nicht durch Aufweisen. Heilung der Krankheit und personale Integration hängen davon ab, ob der Mensch die notwendige Wandlung vollzieht: seine bisherigen Fehlhaltungen, Egozentrik, Verhaltens- und Lebenslügen und dgl. losläßt, sich selber annimmt, wie er ist; und annimmt die Zumutungen des Daseins, denen er sich bis dahin entzog. Die Wende zu einem wahrhaftigeren, eigentlicheren Leben schließt immer mit ein: die Verantwortung zu übernehmen für die pathogene Schuld; und dies, obwohl sie nie isoliert steht, sondern Fremdschuld in diese Lebensgeschichte mitverwoben ist, und bei der Entstehung der Krankheit auch etliche andere Faktoren mitwirken. – Dem kranken Menschen zur Wahrhaftigkeit zu verhelfen und gleichzeitig sein Selbstvertrauen zu stärken, ihm den Glauben an seinen eigenen Wert und an das Gelingen seiner Zukunft zu geben – stellt an das psychologische Geschick des Seelsorgers sehr hohe Anforderungen.

#### *Schuldig am Leiden des andern*

Wir denken hier an folgende Konstellation: Ein mit mittelschweren Verletzungen nach Verkehrsunfall hospitalisierter Patient hat den Unfall selber verursacht. Nach Abklingen des ersten Schocks vernimmt er, daß eine andere Person ernsthafte Verletzungen bei der Kollision erlitt oder gar tödlich verunglückte. Der hier vorgestellte Patient ist intelligent, sein Wertempfinden sehr differenziert, das Verantwortungsbewußtsein entsprechend ausgeprägt. (Auch ein verantwortungsbewußter Wagenlenker kann einmal die Herrschaft über das Fahrzeug verlieren!) Wer kümmert sich im Spital um unsern Patienten? Sofern er nicht durch „abnorme psychische Reaktionen“ (mancher dreht „fast durch“) auffällt, niemand. Bei der notorischen Überbelastung von Ärzten und Pflegepersonal auf unfallchirurgischen Stationen kann sich niemand „auch noch“ mit den persönlichen Problemen eines Kranken befassen.

Der hauptamtliche Spitalpfarrer eines Großkrankenhauses oder eines klinischen Zentrums ist in der Regel komplett überfordert. Er muß zwangsläufig Prioritäten setzen, seinen Einsatz auf die Seelsorge an den Schwerkranken konzentrieren. Da unser Patient aber nicht zu diesen zählt, kommt der Pfarrer entweder überhaupt nicht vorbei oder nur zu einem Kurzbesuch, bei dem kaum ein echtes Gespräch, bloß eine Konversation gelingt.

Unser Patient bleibt mit der ganzen Qual eines fast vernichtenden Schuldgefühls allein. Wir könnten aus der psychotherapeutischen Praxis mit etlichen Fallstudien belegen, daß Menschen unter der Last des Nie-mehr-zu-Ändernden fast zerbrechen. Sie kommen Wochen oder Monate nach dem Unfall mit schweren reaktiven Depressionen in Behandlung; der Verzweiflung nahe, in völliger Ausweglosigkeit. Der bei der Kollision Verletzte, sofern nur eine Defektheilung erreicht werden konnte, bleibt zeitlebens ein Versehrter, und von seinem Schicksal sind auch die Angehörigen mitbetroffen. Für Unfälle dieser Art gibt es keine adäquate Wiedergutmachung. Der Patient weiß sich schuldig vor den soeben genannten Personen, verantwortlich aber auch vor seiner eigenen Familie, falls diese in Mitleidenschaft gezogen wird. (Diffamierung, finanzielle Einschränkungen etc.) – Wir erwähnen diese Situationen im Zusammenhang mit „Gespräch am Krankenbett“ deshalb, weil die Depressionen nicht erst in Konfrontation mit der Außenwelt beginnen, sondern schon während des Spitalaufenthaltes. Ein frühzeitig einsetzendes seelsorgliches Gespräch könnte den Reintegrationsprozeß wenigstens einleiten und den Kranken vor dem völligen seelischen Zusammenbruch bewahren.

#### *Der Invalide*

Wir haben versucht, die menschlichen Nöte der Schwerkranken in etwa sichtbar zu machen, wie sie sich nur in intensiver Betreuung bekunden und wie bedürftig des helfenden Gespräches gerade der Kranke unserer Zeit ist. Das Leiden und die sozialen sowie gesellschaftlichen Konsequenzen aus dem Widerfahrnis Krankheit/Unfall annehmen können, ist nur in einem Reifungsprozeß möglich. Annehmen und ausgesöhnt

sein bedingen sich gegenseitig und fallen in eins. In diese Haltung hineinzuwachsen ist für den Patienten, der zu einem Invaliden geworden ist, besonders schwierig. Selbstverständlich variieren die Auswirkungen des bleibenden Nachteils nach Art und Ausmaß der erlittenen Schädigung, wie andererseits die „Schwere“ des Verlustes nicht allein unter anatomischen Gesichtspunkten quantifizierbar ist, sondern sich danach bemißt, was ein ganz bestimmter Mensch infolge eines Defektes verliert. Als krasses Beispiel nehmen wir die Querschnittslähmung als Folge eines Verkehrs- oder Arbeitsunfalles. Für immer an den Rollstuhl gebunden, dauernd auf Fremdhilfe angewiesen. Jedermann als Krüppel erkennbar und darum der demütigenden Mitleidigkeit, dem Gaffen, dem Gespött und sogar gröblichen Schimpflichkeiten ausgesetzt. Von höchst seltenen Ausnahmen abgesehen, muß der Patient seinen Beruf (der ihm vielleicht sehr viel bedeutete) aufgeben und auf eine Erwerbstätigkeit umgeschult werden, die ihn wenigstens vor einer totalen Abhängigkeit bewahrt, aber oft weit unter dem Niveau seines früheren qualifizierten Berufes liegt. Er ist von so vielen Vergnügungs- und Geselligkeitsanlässen ausgeschlossen, daß er weder die früheren Bekannten trifft, noch neue Kontakte findet. Die ganze Härte seines Loses ermißt der Patient, solange er im Spital, also im Milieu der Kranken und Hilfsbedürftigen ist, noch nicht. Sie kommt in der Konfrontation mit der Außenwelt auf ihn zu. Aber einiges sieht er bereits im voraus, besonders was seine Arbeitsfähigkeit anbelangt. Den empfindlichsten aller Verluste fürchtet er, und vielleicht ist diese Ungewißheit das schwerste Hindernis, sein Schicksal annehmen zu können: Darf, kann er (sie) noch auf das Verlöbniß zählen, oder im Fall von Verheirateten: hält unsere Ehe diese schwere Belastung aus, darf, kann er (sie) diese Los dem Partner und den Kindern überhaupt zumuten?

De facto sind die Unfallfolgen die gleichen, ob das Unglück durch höhere Gewalt oder durch Verschulden (Versagen, Fahrlässigkeit etc.) eines anderen zustandekam. Im Erleben des Patienten und seiner mitbetroffenen Angehörigen spielt jedoch das Moment „ver-

schuldet“ eine erhebliche Rolle. Es braucht lange, bis der Haß und Groll überwunden, die Anklage verstummt, das Geschick hingenommen wird als „geschehen“ und nicht länger als „angetan“. Erst wenn dem andern vergeben wurde, kann der Leidversehrte sein Geschick annehmen in Ergebung. Andernfalls bleibt er selber friedlos, ständig vom Haß zerwühlt und gepeitscht, und wird verbittert. Im ausgesöhnten Annehmen des Leides überschreitet der Mensch sich selber und wird frei für Sinnfindung und -verwirklichung.

Auf dieses Ziel hin kann das Gespräch am Krankenbett einen, wenn auch nur wegbeitrenden, so doch wesentlichen Dienst leisten.

## Norbert Wetzel

### „Nicht alle Förster sind froh“<sup>1</sup>

### Probleme und Anregungen aus der Telefonseelsorge<sup>2</sup>

*Der folgende Beitrag verbindet einen umfassenden Bericht über Arbeit und Erfahrungen der Telefonseelsorge mit praktischen Anregungen für seelsorgliche Gespräche, wie sie jeder Seelsorger am Telefon, im Beicht- und Aussprachezimmer und bei vielfältigen Angelegenheiten zu führen hat; viele Hinweise sind für jeden nützlich, der in seinem Wirkungsbereich mit den Menschen und ihnen zum Teil krisenhaften Problemen zu tun hat.*

red

Die ersten Telefonseelsorgestellen in der BRD wurden in den späten 50-er Jahren gegründet.

<sup>1</sup> S. Lenz, Nicht alle Förster sind froh, Ein Dialog, in: Die Augenbinde, Reinbek b. Hamburg 1970, 101–120. (Das Stück spielt in einer Telefonseelsorgestelle.)

<sup>2</sup> Vgl. K. Pehl – Fr. M. Elsner, Angebot Hoffnung. Die Präsenz der Kirche in Telefonseelsorge und Beratungsdienst, Düsseldorf 1970; N. Wetzel, Das Gespräch als Lebenshilfe, Innsbruck 1972; Banine, Hilfe per Telefon. Was geschieht in der Telefonseelsorge?, Stuttgart 1973; H. Kalbfuss, Lebenskonflikte in der Leistungsgesellschaft, Freiburg 1973. – Weitere Literatur bei N. Dietel, Bibliographie „Telefonseelsorge“, in: Wege zum Menschen 25 (Göttingen 1973) 289–304.