

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
für Jugend- und Eheberatung e.V.

**Beratung
an den Lebensgrenzen**

Informationsrundschriften
Nr. 214 Januar 2007

DAJEB

Vorstand der DAJEB

Präsidentin:	Renate Gamp Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin, Supervisorin (BDP)	Eckernförder Straße 26 24103 Kiel Tel.: 04 31 / 9 12 20
Vizepräsident:	Berend Groeneveld Dipl.-Psychologe, Psych. Psychotherapeut, Supervisor (BDP)	Roonstr. 53 32105 Bad Salzuflen Tel.: 0 52 31 / 99 28 - 0
Beisitzer:	Elisabeth Frake-Rothert Dipl.-Pädagogin, Eheberaterin	Alter Fischbacher Weg 5 65817 Eppstein Tel.: 0 61 98 / 57 75 96
	Petra Heinze Dipl.-Staatswissenschaftlerin, Supervisorin (DGSv), Ehe- beraterin	Heinrich-Heine-Straße 18 14712 Rathenow Tel.: 0 33 85 / 51 41 40
	Rolf Holtermann Pfarrer, Eheberater	Baumgarten 4 47533 Kleve Tel.: 0 28 21 / 3 04 31
	Petra Thea Knispel Dipl.-Soz.-Pädagogin, Eheberaterin	Charité - Mitte - Sozialdienst Schumannstr. 20/21 10117 Berlin Tel.: 0 30 / 4 50 - 57 10 65
	Christoph Krämer Dipl.-Psychologe, Supervisor, Psych. Psychotherapeut	Albertinenstraße 13 14165 Berlin Tel.: 0 30 / 8 02 44 19
	Cornelia Strickling Eheberaterin	Humboldtstr. 14 49661 Cloppenburg Tel.: 0 44 71 / 8 37 81
	Cornelia Weller Dipl.-Soz.-Pädagogin, Eheberaterin	Rosentalgasse 7 04105 Leipzig Tel.: 03 41 / 2 25 27 44
Bundesgeschäftsführer:	Dr. Florian Moeser-Jantke	DAJEB Neumarkter Straße 84 c 81673 München Tel.: 0 89 / 4 36 10 91 Fax: 0 89 / 4 31 12 66 info@dajeb.de http://www.dajeb.de

Inhaltsverzeichnis

Rolf Holtermann	Zu diesem Heft	2
Jutta Salomon	"Mein Bild von Dir bestimmt, wie ich mit Dir umgehe" – Demenz als Herausforderung für pflegerisches Handeln	3
Siegfried Brinkmann	Verzweiflung oder Freiheit – Selbsttötung im Alter	18
Annelene Meyer, Renate Brünig	Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik	33
Matthias C. Bettex	In der Krise begleiten	48
Jürgen Müller-Hohagen	Von der Unnade der späten Geburt: Verleugnet, verdrängt, verschwiegen	73
Joachim Müller-Lange	"Erste Hilfe für die Seele" – die Notfallseelsorge im Kontext von Psychotraumatologie und Notfallpsychologie	81
	Aus der Familienpolitik	
Florian Moeser-Jantke	Mehrgenerationenhäuser – eine Chance für Beratungsstellen	94
	Rezensionen	
Cornelia Weller	Hannah Lothrop: <i>Gute Hoffnung, jähes Ende</i>	95

Zu diesem Heft

Bertolt Brecht hat einmal formuliert: "Das Schicksal des Menschen ist der Mensch." (*Lektüre für Minuten*, Frankfurt 1998, S. 78) An den Grenzen unseres Lebens, wenn wir auf die Welt kommen oder von dieser Welt Abschied nehmen, wird uns diese Wahrheit besonders bewusst. Unser menschliches Leben ist zunehmend abhängig von der Mitwirkung anderer und den Entscheidungen, die andere über und mit uns treffen. Wenn der Mensch dem Menschen zum Schicksal wird, können darin Chancen und Gefahren beieinander liegen. Immer mehr sind wir deshalb auch auf unterstützende beratende Hilfen angewiesen.

Beziehungskonflikte zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, die Kollisionen eigener Bedürfnisse mit altruistischen An- und Überforderungen, werden immer häufiger beratungsrelevante Themen; denn pflegerische Leistungen sollen gemäß dem politischen Willen wieder mehr in die Eigenverantwortung der Familien zurückgegeben werden. Vorfahrt für Eigenverantwortung, so lautet die Devise des Subsidiaritätsprinzips, um die Pflegeversicherungen zu entlasten. Arbeitnehmer(innen) sollen dafür vom Arbeitgeber auf Zeit freigestellt werden können, um Not zu wenden.

Deutlich häufiger als Generationen vor uns kommen Eltern heute auch in existenzielle Entscheidungssituationen. Sein oder Nichtsein, das ist die Frage, vor die Eltern häufig durch Mediziner gestellt werden. Sie müssen sich entscheiden, ob ihr Kind zur Welt kommen soll. Sie sind gefragt, ob sie "ja" zum Kind sagen können, "ja" zur Elternschaft. Diese Entscheidung kann ihnen niemand abnehmen. Sie fühlen sich wie Herren über Leben und Tod. Das ist meistens extrem belastend, verunsichernd, häufig mit großen Schuldgefühlen, Ambivalenzkonflikten und Partnerschaftskrisen verbunden, wenn Interessen und Bedürfnisse der Partner in verschiedene Richtungen gehen.

Sein oder Nichtsein, das ist häufig eine Frage am Lebensende. Der Prozess des Alterns verlängert sich durch Lebensqualität und medizinischen Fortschritt. Manche Menschen geraten dennoch in der Endphase ihres Lebens in Sinnkrisen, reflektieren Ihre Lebenserfahrungen, ziehen Bilanz, haben Suizidphantasien.

Beratung an den Lebensgrenzen bedeutet für Berater(innen), sich diesen Fragen kompetent stellen zu müssen, Konflikte zu klären und zu lösen, unterscheiden zu lernen, was veränderbar und nicht veränderbar ist. Dabei kommen Berater(innen) nicht umhin, selbst eigene Standpunkte zu beziehen, existenzielle Fragen auch für sich persönlich zu klären, um authentisch und verantwortlich den Ratsuchenden in einer offenen Haltung zu begegnen und lebendiger Dialogpartner sein zu können. Bei diesen Aufgaben wünsche ich Ihnen und Euch gutes Gelingen, empathische und konstruktive Beratungen und grüße Sie und Euch auch im Namen des Vorstandes herzlich zum Neuen Jahr.

Rolf Holtermann

"Mein Bild von Dir bestimmt, wie ich mit Dir umgehe" – Demenz als Herausforderung für pflegerisches Handeln¹

Abstract

Durch eine Demenzerkrankung ist die Kommunikation mit dem Patienten erschwert. Seine Autonomie zu achten und fürsorglich für ihn tätig werden zu müssen, stellt deshalb eine Herausforderung für Pflegende dar. Die Autorin plädiert für eine Haltung der Fürsorge und Autonomie gegenüber dementen Menschen, die als Voraussetzung eine ausreichende Selbstsorge der Pflegenden hat und die Bereitschaft, sich auf die veränderte Erlebenswelt der Erkrankten einzulassen. Demente Menschen konfrontieren die Pflegenden mit eigenen Ängsten, mit persönlichen Begrenzungen in der Kommunikation mit den Erkrankten. Deshalb zeigt sie lernbare Möglichkeiten gelingender Kommunikationsformen auf, die die Affekte der erkrankten Menschen sowohl stimulieren als auch kontrollieren können. Sie tritt engagiert dafür ein, nicht die Defizite, sondern vorhandene Ressourcen der Patienten wahrzunehmen und damit in der Begegnung mit ihnen zu arbeiten. Dabei macht sie u. a. bewusst, dass biografische Kenntnisse über die Patienten unumgänglich für eine gelingende Kommunikation sind. So können im Anfangsstadium der Erkrankung bereits Informationen gesammelt werden, die für ein den erkrankten Menschen wertschätzendes Beziehungs- und Hilfsangebot der Pflegenden konstruktiv sind.

Psychosoziale Stichworte: Affekte – Antriebe – Autonomie – Altruismus – Bevormundung – Beziehungskonflikte – Bindungsverhalten – Biografiearbeit – Burnout – Defizitorientierung – Demenz – Desorientierung – Fürsorge – Integrative Validation – verbale und non-verbale Kommunikation – Prävention – Ressourcenorientierung – Rollenspiele – Schutzmechanismen – Selbstbewusstsein – Selbstwertgefühl – Selbstsorge – Supervision – Türöffner – VEE – Verhaltensauffälligkeiten

1. Einleitung

"Der demente Mensch – Pflege zwischen Autonomie und Fürsorge", so lautet das Gesamtthema dieser Tagung. Meine These zum Gesamtthema nun: "Mein Bild

¹ Leicht gekürzter und bearbeiteter Vortrag, der von der Autorin in der Ev. Akademie in Loccum vor Pflegenden und anderen Verantwortlichen in Einrichtungen der Altenhilfe am 19./20. Mai 2006 gehalten wurde. Veranstalter war das Zentrum für Gesundheitsethik in Hannover.

von dir bestimmt, wie ich mit dir umgehe." Ich will in meinen Ausführungen skizzieren, wie Fürsorge, die Pflegenden alten und dementen Menschen entgegenbringen, unter Respekt vor deren Autonomie gelingen kann.

1. Dazu wende ich mich in meinem Vortrag den Begriffen "Autonomie und Fürsorge" zu.
2. Wichtig ist, wie ich als Pflegende einen dementen Menschen wahrnehme. Das hängt zusammen mit der Frage: "Wovor habe ich Angst?"
3. Die Wahrnehmung Pflegender ist eng verknüpft mit der Frage: "Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Pflege von und dem Umgang mit dementen Menschen für das professionelle Handeln?" Und "Wodurch kann professionelles Handeln gefördert werden?"
4. Und um einen Bezug zur Praxis zu knüpfen, möchte ich anhand von Beispielen zeigen, wie eine wertschätzende, nicht defizit-, sondern ressourcen-orientierte Sichtweise auf Menschen mit Demenz den Umgang mit ihnen beeinflusst und stärkt. Ich stütze mich hierbei auf die Ausführungen von Jenny Powell und die Erfahrungen von Nicole Richard. Beide Ansätze geben durch wertschätzende Haltung Hilfestellung in der Wahrnehmung von Gefühlen und Antrieben dementer Menschen. Diese Wahrnehmung wiederum ist der Schlüssel zu einer guten Kommunikation mit ihnen.

2. Autonomie und Fürsorge

Autonomie

Autonomie scheint ein Synonym für das Gute und das Richtige an sich geworden zu sein. Patienten sind autonom, genauso wie Bürger(innen) und jede menschliche Person. Das gilt auch für den Bereich der Pflege und der Pflegenden, denn wer selbst nicht autonom ist, kann auch anderen nur schwer Autonomie zugestehen.

Im prozesshaften Verlauf einer Demenz ist der Autonomiebegriff besonders interessant. Dabei ist auffällig, dass Autonomie in zweierlei Weise verstanden wird:

Zum einen wird sie als kompetenzabhängig gesehen. Das heißt, Autonomie ist begründet durch eine wenn auch noch so geringe Leistungsfähigkeit, z. B. im sprachlichen Ausdruck oder in der Orientierung. Dieses Verständnis ist bei Ruth Schwerdt (2005) zu finden. Wer seine Fähigkeit verliert, neue Sinneseindrücke und Lebensinhalte zu erfassen und sprachlich auszudrücken, büßt auch die Fähigkeit ein, die eigene Situation zu verstehen und zu gestalten. Er kann das eigene Leben nicht mehr planvoll sichern, er kann nicht mehr die Aktivitäten des Lebens strukturieren, die Umgebung prägen und soziale Kontakte in alter Weise aufnehmen, geschweige denn sie erhalten (Schwerdt 2005, S. 61). Im weiter fortgeschrittenen Demenzprozess reduziert sich die Autonomie einer Person mit Demenz auf die "Autonomie des Augenblicks": nur seine aktuellen Gefühle, Sinneseindrücke, Impulse aus der engeren Umgebung und die Begegnung mit den Menschen hier bleiben für ihn greifbar. Sein Focus wird so eng, weil wichtige Men-

schen und die Umgebung zu Fremden werden. Das zunehmende Fremdheitserleben, die "Unbehaustheit (...) in sich selbst" (Schwerdt 2005, S. 61) und steigender Stress aufgrund überfordernder Erwartungen prägen die Befindlichkeit des dementen Menschen. Diese verletzte Autonomie des Augenblickes benötigt zu ihrer Sicherung Bedingungen, die die Umgebung schaffen muss. Priorität hat hier die Achtung vor dem Menschen als einer Würde tragenden Person (a. a. O.).

Ein anderes Verständnis von Autonomie findet sich bei der Philosophin Theda Rehbock. Sie versteht Autonomie als eine Größe, die nicht von der Kompetenz des Einzelnen abhängig ist. Für sie ist Autonomie unbedingt gültig und nicht von empirisch überprüfbaren Fähigkeiten abhängig. Autonomie ist – ähnlich wie Würde – für sie ein anthropologischer Reflexionsbegriff, etwas, das zur Grundbedingung menschlicher Existenz gehört: Wer Mensch ist, ist autonom (Rehbock 2002a, S. 139).

Es gibt eine moralische Verpflichtung zur Achtung der Autonomie, unabhängig von der Kompetenz (des Patienten). Von ihr hängt zwar ab, wie, aber nicht, ob sie zu achten ist. Autonomie kommt laut Rehbock ohne Fürsorge nicht aus (Rehbock 2002a, S. 138).

Das leitet zum zweiten zentralen Begriff über.

Fürsorge

Fürsorge wird häufig in erster Assoziation mit finanziellen Hilfen in Verbindung gebracht und hat insofern vielfach einen schlechten Ruf. Die Scham, als Fürsorgeempfänger des Staates in Abhängigkeit zu leben, hat diesen Ruf geprägt. Auch aus Sicht der Pflege hat der Begriff Fürsorge einen eher negativen Klang; man identifiziert sich heute nicht mehr so gerne mit einer Pflegeideologie, die sich an das Ideal der Nächstenliebe und das bürgerliche Frauenideal des 19. Jahrhunderts anlehnt. Diese Ideologie ist gekennzeichnet von altruistischer Selbstaufopferung und einer bevormundenden Bemutterung des Patienten (vgl. Rehbock, 2002b, S. 18).

Diese Vorstellungen haben dazu geführt, die positiven Seiten von Fürsorge in der zwischenmenschlichen Beziehung zu vernachlässigen. Fürsorge muss als soziale Hilfe gesehen werden, als Hilfe, die über ein Verstehen zu Beziehung und Begegnung führt. Sie hat weniger mit Bemutterung und Überstülpen von Idealen zu tun. So gesehen würde sie zu einer Bedrohung der Freiheit und verlöre ihr eigentliches Ziel aus den Augen. Fürsorge hat zu tun mit Wahrnehmung, mit Sorgfalt und mit Achtsamkeit. Sie beinhaltet die Sorge um und die Sorge für den Anderen als personales und moralisches Gegenüber. Das gilt, unabhängig davon, in welchem Zustand der Andere, auch der demente Mensch, sich befindet.

Wenn Fürsorge zu exzessiv betrieben wird, hat sie ihr Ziel verfehlt. Bei der Fürsorge für den Menschen geht es insbesondere um die Fürsorge für die Autonomie des Menschen (a. a. O. S. 18). Fürsorge nach heutigem Verständnis sollte dem

anderen einen Raum ermöglichen, in dem er – trotz aller Einschränkungen und Begrenzungen – autonom sein kann.

Fürsorge als Hinwendung zum anderen darf jedoch nicht zur Aufopferung und damit zur Selbsterstörung führen. Daher gehört zu ihr auch die klare Abgrenzung zum Umsorgten, die Beachtung der Grenzen zwischen den beteiligten Personen. Fürsorge hat als korrespondierendes Element die Selbstsorge der Pflegenden (vgl. Rehbock 2002b, S. 17f).

"Autonomie und Fürsorge sind gleichermaßen unbedingt gültige moralische Grundforderungen, die sich wechselseitig bedingen und fordern" (Rehbock 2002a, S. 138).

3. Die Wahrnehmung von Demenz

Von dem allgemeinen Verständnis des Menschseins zum Umgang mit einem konkreten Gegenüber bedarf es der Schritte der Umsetzung. Mein Gegenüber weckt in mir (in uns) immer Bilder und Assoziationen, die den Umgang mit ihm beeinflussen, so auch beim Menschen mit Demenz. Wie ich Demenz wahrnehme, ist abhängig von dem Bild, das ich von Demenz habe.

Was hindert und was fördert den Umgang mit dementen Menschen?

Welche Assoziationen weckt allein der Begriff "Demenz" in mir und welche Reaktion löst eine Begegnung mit dementen Menschen in mir aus? Halten Sie einen Moment inne und spüren Sie dem Begriff nach!

3.1 Demenz macht Angst

Es kann Angst aufkommen. Angst vor dem Altsein allgemein, Angst vor Vergesslichkeit, Verwirrtheit, Einsamkeit, Hilflosigkeit, Angewiesensein auf Andere, Angst vor einem Heimaufenthalt und Angst vor Verlust von Autonomie.

Als 2003 im Fernsehen der bewegende Film "Mein Vater" (mit Götz George) anlief, wurde den Fernsehzuschauern in eindrücklicher Weise ein möglicher Verlauf von Demenz vor Augen geführt, beginnend mit den ersten Ausfallserscheinungen und der empfundenen Scham darüber bei dem Betroffenen bis hin zu Selbstgefährdung und letztendlich der Notwendigkeit einer institutionellen Betreuung. Gleichzeitig hierzu werden Irritation und Belastung von nahen Familienangehörigen beim Umgang mit dem alten Vater deutlich. Aus dem anfänglichen Lachen seitens der Familie über ungeschickte gedankliche Verknüpfungen des alten Vaters wird ein Bedürfnis zu helfen bis hin zur Selbstaufgabe von Schwiegertochter und Sohn. Das Familienklima verändert sich kolossal: die erwachsenen pflegenden und versorgenden Kinder verlieren den Zugang zu ihrem eigenen noch pubertierenden Sohn und – ihre Ehe steht vor dem Aus.

Was hat die Zuschauer an diesem Film so bewegt? Was hat die Thematik Demenz mit uns zu tun und was macht uns alle so betroffen bei dem Gedanken an einen dementen Menschen oder an Demenz allgemein?

Demenz macht Angst. Es ist ein gefürchtetes Risiko des Alters, an einer Demenz zu erkranken und in deren Folge unselbständig und unzurechnungsfähig zu werden. Diese Perspektive kann uns bedrohen, zumal der Krankheitsverlauf medizinisch überwiegend negativ abgebildet wird und von einem kausalen Zusammenhang zwischen hirnganischen Veränderungen und psychischen Demenzsymptomen ausgeht (vgl. Trilling 2001, S. 33 ff).

Das trifft uns alle in mehrererlei Weise:

- Zum einen bedroht uns die Perspektive, dass nahe Angehörige an einer Demenz erkranken könnten.
- Zum weiteren macht uns die Vorstellung Angst, einst selbst von der Erkrankung Demenz betroffen zu sein. Wir versuchen zunächst, diese Angst zu ignorieren, die Angst, selbst gebrechlich und abhängig zu werden. Dieses unheimliche Gefühl wird von unserem Ich gerne abgewehrt, es kann nicht akzeptiert werden. Infolge hiervon wird die demente Person von uns zum Objekt gemacht.

Um aber diese negativen Gefühle im Zusammenhang mit den Themen der Demenz innerlich aushalten zu können, gelangen Pflegende häufig zu einer Einstellung wie:

- der wahren Mutter macht das alles nichts aus (materielle Verkehrung)
- sie identifizieren sich mit der helfenden Rolle (indem sie auf ihre mütterliche Macht zugreifen)
- sie geben sich Routinen und Ritualen hin (übermächtiges Waschen, Hinterherräumen, übereifriges Intervenieren etc.)
- oder sie rationalisieren und beziehen sich auf defizitorientierte Stufentheorien, was die Mitverantwortung für die Symptome (herausforderndes Verhalten) verstärkt (vgl. Müller-Hergl 2000).

3.2. Kulturwandel in der Begleitung von Menschen mit Demenz – Von der Defizit- zur Ressourcenorientierung

In den letzten Jahren wird der ausschließlich defizitorientierte Weg verlassen und Demenz nicht mehr nur als ein einseitig ablaufender, verheerender, neurologisch-biologischer Abbauprozess verstanden. Denn wie sich eine Demenz individuell entwickelt, ist abhängig vom sozialpsychologischen Umfeld, von der Art der Kommunikation und der Interaktion, auch vom Milieu. Das Problemfeld Demenz liegt nicht ausschließlich in dem Kranken und seinem defekten Gehirn, sondern resultiert in hohem Maße aus einer gestörten Interaktion zwischen neurologisch Behinderten und Menschen, deren innere Strukturen intakt sind. Dadurch kommt es oft zu Missverständnissen und Störungen, in deren Folge dann "herausforderndes Verhalten" (Chapman 2004, S. 5) seitens dementer Menschen entsteht und zum Problem wird. Doch, so weiß man, oft ist das Verhalten von Personen mit Demenz die einzige, in der Situation noch verfügbare Möglichkeit, sich als kompetent, kontrollierend oder effektiv zu erleben.

Unsere Kernfragen sind hier:

- Wie ist es zu erreichen, dass die im Verlauf einer Demenz eintretenden Einbußen nicht als Verlust des Menschseins gedeutet werden?
- Wie schaffen wir Zugangswege zu Menschen mit Demenz, zu ihren Emotionen und zu ihren Bedürfnissen? Wie können wir Türen zu ihnen öffnen?

Die Antwort auf die zweite Frage könnte lauten: Wir müssen die Sprache der Menschen mit Demenz erlernen! Und das wiederum führt zu der Beantwortung der ersten. Doch wie schaffen wir das, "demenzisch" zu lernen?

4. Förderung von Professionalität: Das Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz

Die Qualifikation der Pflegenden ist oft unzureichend. In der Altenpflegeausbildung nimmt Demenz nur eine marginale Stellung ein. Daher ist es dringend erforderlich, Kompetenzen der professionell Pflegenden zu erweitern und ebenso diese in der Laienöffentlichkeit aufzubauen.

Was bedeutet hier Kompetenz und Professionalität? Wie kann diese erreicht und umgesetzt werden?

4.1 Reflexion und Supervision

Ein weiterer, wesentlicher Bestandteil von Professionalität ist m. E. die Fähigkeit eines reflexiven Umgangs mit sich selbst und der aktuellen Situation. Pflegenden müssen in der Lage sein, Sichtweisen zu ändern, die eigene spontane Haltung kritisch zu betrachten und sich dessen bewusst werden, dass diese Einfluss auf den Umgang mit dem zu Pflegenden hat. Erlernbar ist dies durch Fallbesprechungen und insbesondere Supervisionen, wo u. a. auch die eigene Sozialisation und das eigene daraus resultierende Bindungsverhalten thematisiert werden.

Einer sicheren Bindung liegt ein positives Bild von anderen Menschen und von sich selbst zugrunde. Die Erfahrung einer sicheren Bindung führt zu Selbstvertrauen, Selbstidentität und positiver Einstellung zu den eigenen objektiven und subjektiven Ressourcen. Unsichere Bindungsmuster können durch gute Erfahrungen, durch aktive Arbeit an Beziehungen und Bewertungsprozessen modifiziert werden. Durch Aufarbeitung eigener Bindungsanteile werden persönliche Betroffenheit und Ängste abgebaut und eine echte Zugewandtheit zu Personen mit Demenz möglich. Und sie erleichtert, eine eingegangene Ich-Du-Beziehung kritisch zu betrachten, weil einem eigene Übertragungsbühnen bewusst werden.

Doch auch aus der Sicht von Personen mit Demenz stellt das Bedürfnis nach Bindung ein primäres und lebenserhaltendes Motiv dar. Es zeigt sich in der Sehnsucht nach Geborgenheit, nach Schutz und nach Nähe und Genährt-Werden. Ebenso stellt regressives Verhalten – ein Rückfall in ein Verhalten früherer Entwicklungsphasen – nach der Bindungstheorie ein Sichern von Nähe und Geborgenheit dar. Die beste Prophylaxe gegen die pathologischen Anteile von Regres-

sion ist die Bereitschaft, eine sichere Bindung mit Stärkung der Identität in einer überschaubaren Umgebung zu Verfügung zu stellen (vgl. Stuhlmann 2004, S. 65).

4.2 Lernen aus dem Erleben der Betroffenen

Eine Betreuung von Menschen mit Demenz erweist sich als gut, wenn Pflegende deren subjektives Erleben nachvollziehen können und wenn es ihnen gelingt, die innere Welt der Kranken, d. h. ihre Wahrnehmungen und ihre Denkvorgänge zu verstehen. Dazu gehört neben dem erwähnten Erkennen der eigenen Ängste die Bereitschaft, sich auf diese Menschen einzulassen. Erschwerend ist hier der Umstand, dass deren sprachliches Vermögen in der Regel eingeschränkt ist und sie selbst nicht über die Erfahrungen mit ihrer Krankheit berichten können (vgl. auch Kitwood 2000, S. 111-118):

4.2.1 Selbstzeugnisse der Demenzerkrankten als Türöffner (der Kommunikation)

Hilfreich sind Berichte, die von dementen Menschen selbst in einer Phase verfasst wurden, als ihre kognitive Leistungsfähigkeit noch relativ intakt war. Erfahrungen wie Verlust des Wertgefühls, Schuldgefühl über Unfähigkeit und Abhängigkeit, Frustration über Dinge, die nicht mehr getan werden können bis hin zu der Entwicklung zwanghafter Verhaltensweisen, um sich sicher zu fühlen, können in solchen Berichten deutlich werden.

Ein Beispiel im Roman "Hannas Töchter" von Marianne Fredriksson (1997) offenbart das Empfinden von Einsamkeit und Scham. Auch zeigt sich, wie anstrengend es ist, die eigene Scham abzuwehren und sich als Betroffene keine Blöße zu geben: "(...) als die Krankheit mich beschlich. Ihr denkt vielleicht, es begann mit Vergesslichkeit, etwa dass man in seine Küche geht, um etwas zu holen und inzwischen vergessen hat, was es war. Das kam immer öfter vor. Ich kämpfte dagegen an, indem ich mir bestimmte Gewohnheiten für das Alltägliche zurechtlegte. Erst dies, dann das (...). Es wurden fast Rituale, und im großen und ganzen funktionierte es, ich pflegte und besorgte den Haushalt und hielt meine Angst auf Distanz (...) Aber die Krankheit begann schon vorher damit, dass ich keine (...) Verbindungen mehr hatte. Wenn jemand mit mir sprach, hörte ich nicht, was gesagt wurde, sah nur den Mund sich bewegen. Und wenn ich sprach, hörte mir keiner zu. Ich war einsam." (Fredriksson 1997, S. 143).

Off schreiben nahestehende Angehörige dementer Menschen den Verlauf der Erkrankung auf. Einen großen Einblick gewährt der Roman des Literaturwissenschaftlers John Bayley: "Elegie für Iris" (auch verfilmt!), wo der Leser in eindrucklicher Weise teilhat an der anrührenden Geschichte von Vertrauen und Achtsamkeit, Tragik und Komik, Verlust und Trauer und an einer Kraft der Liebe, mit der der Autor aufopfernd und geduldig seine demente Frau bis zum Tode pflegt.

4.2.2 Verstehen durch aufmerksames und strukturiertes Zuhören

Auch durch aufmerksames und strukturiertes Zuhören gewinnt man einen guten Einblick in die subjektive Welt von Menschen mit Demenz. Dabei muss man wissen, dass demente Menschen über Ereignisse der Vergangenheit in Bildern und Metaphern erzählen und diese auf ihre gegenwärtige Situation beziehen. Zu einem guten Zuhören kann auch der Einsatz von Gegenständen gehören, auf die Menschen Aspekte ihres eigenen Erlebens projizieren können. Hier ist die Biografiearbeit zu nennen, die mehr ist als die Beschreibung eines Lebenslaufes. Sie stellt einen Wechsel der Perspektive von der Defizitorientierung zur Kompetenzwahrnehmung dar.

4.2.3 Lernen aus dem Verhalten und Handeln dementer Menschen

Ferner ist es möglich, aus dem Verhalten, bzw. aus dem Handeln und den Handlungsversuchen von Menschen mit Demenz zu lernen. Im Verlauf einer Demenz greifen die Menschen oftmals auf verfügbarere Ressourcen zurück, von denen einige in der frühen Kindheit erlernt worden sind. Z. B. kann sich die Angst vor dem Verlust der eigenen Bedeutung verbal zeigen durch Schreien oder handelnd durch Beißen oder Boxen. Letzteres kann als eine Möglichkeit betrachtet werden, Spuren zu hinterlassen. Auch eine Reihe repetitiver Bewegungen wie das Reiben und Zwicken von Körperteilen, ein Hin-und-her-Schaukeln (Hospitalismus-Phänomen) oder das Zusammenknüllen von Kleidungsteilen kann als eine Form der Eigenstimulation verstanden werden, die den Personen Beschäftigung und Sicherheit geben.

4.2.4 Rollenspiele als Zugänge zu dementen Menschen

Schließlich gibt es noch die Möglichkeit, durch Rollenspiele Einblick in die Welt dementer Menschen zu erhalten, indem Betreuende den Part einer Person mit Demenz übernehmen. Intensive Gefühle wie Angst, Wut, Furcht vor Verlassenwerden, das Verlangen Chaos zu stiften, das Gefühl des Betrogenseins und der Isolation können erlebt werden. Kitwood (2000) bezeichnet das Rollenspiel als einen der mächtigsten Wege zum Verständnis der Demenz, weil die Akteure sich weit über einen lediglich intellektuellen Zugriff hinaus einem echten "Ausgesetztsein" nähern (Kitwood 2000, S. 118).

5. Neue Zugangswege zu Personen mit Demenz

Im Bereich der Interaktion mit dementen Menschen sind in den letzten Jahren eine Reihe von Kommunikations-Ansätzen entstanden, die den Umgang mit ihnen erleichtern und die Überforderung und Eskalation vermeiden helfen. Im Folgenden möchte ich Ihnen den kognitiven Ansatz von Jenny Powell und das Konzept der Integrativen Validation von Nicole Richard vorstellen und mit Beispielen versehen.

Beide Ansätze basieren auf einem Konzept der Annahme und Wertschätzung und unterstützen eine personenorientierte Sichtweise, die entsprechend meiner

Grundthese: "Mein Bild von dir bestimmt, wie ich mit dir umgehe" auch das Verhalten gegenüber Menschen mit Demenz modifiziert.

5.1 Hilfen zur Kommunikation nach J. Powell

Jenny Powell (2002) hat Hilfestellungen erarbeitet, die es Pflegenden ermöglichen, in Kontakt mit einer Person mit Demenz zu kommen und sowohl ihr Wohlbefinden als auch das der betreuenden Begleiter zu stärken. Eine personenzentrierte Vorgehensweise (Rogers 1993), in der Echtheit, einführendes Verstehen seitens der betreuenden Person und eine bedingungslose Annahme des Gegenübers gefordert sind, wird mit praktischen Anleitungen und verhaltensmodifizierenden Vorschlägen für den Pflege- und Familienalltag verbunden.

5.1.1 Die "normale" Kommunikation

Im sprachlichen Umgang miteinander drücken wir unsere Gedanken und Gefühle aus und verwenden hierzu Worte, die aus einer Ansammlung von Bildern in unserem Kopf, also einem "Konzept" hervorgehen. Diese Bilder setzen sich aus gespeicherten Erinnerungen von Ereignissen und Dingen zusammen. Wenn wir an einen Apfel denken, können wir uns seine Form, Farbe und Geruch in Erinnerung rufen. Wir wissen, wie er sich anfühlt und dass er an einem Baum wächst.

Ein Konzept, also eine Ansammlung von Vorstellungen, wird durch gesprochene Worte übermittelt, die der Zuhörer aufnimmt. Der Zuhörer muss in der Lage sein, das in gesprochene Sprache transferierte Konzept der Sprecherin zu hören, aufzunehmen und die Worte zu seinem Sprachareal weiterzuleiten, wo sie mit den bereits im Gehirn gespeicherten Wörtern, das sind die, die der Zuhörer in seinem Leben erlernt hat, verglichen werden. Hier angekommen, werden die Wörter in nonverbale Vorstellungen, also Konzepte, umgesetzt. Erst jetzt versteht der Zuhörer, was der Sprecher gemeint hat.

Einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert hat bei der Übermittlung von Konzepten die nonverbale Kommunikation, die gleichzeitig mit der verbalen Kommunikation oder auch ganz ohne Wörter, nämlich durch Mimik, Gestik, Tonfall, sowie Augenkontakt die Gefühle ausdrücken kann (Powell 2002, S. 11-12, vgl. auch Schulz von Thun 1996).

Zu diesen Ausführungen von Jenny Powell lassen sich Parallelen aus den Theorien des Kommunikationspsychologen Friedemann Schulz von Thun (1996) einfügen, der drei verschiedene Vorgänge auseinander hält, aus denen sich die innere Reaktion des Empfängers aufbaut und die für die innere Klarheit und die Fähigkeit zum Feedback von großer Bedeutung sind:

- Etwas wahrnehmen, d. h. etwas sehen (z. B. einen Blick), etwas hören.
- Etwas interpretieren, d. h. das Wahrgenommene mit einer Bedeutung versehen. Diese Interpretation kann richtig oder falsch sein. Wichtig ist das Bewusstsein, dass es sich um eine Interpretation handelt.

- Etwas fühlen, d. h. auf das Wahrgenommene und Interpretierte mit einem eigenen Gefühl antworten, "wobei die eigene seelische Bodenbeschaffenheit mit darüber entscheidet, was für ein Gefühl ausgelöst wird" (Schulz von Thun 1996, S. 72).

Man kann erst dann sicher annehmen, dass man verstanden worden ist, wenn eine entsprechende Rückmeldung des Gegenübers erfolgt ist. Dies wird Feedback genannt, gemeint ist "die Begegnung mit dem Empfangsresultat", die eine "innere Reaktion" des Gegenübers auf die aufgenommene Nachricht ist (Schulz von Thun 1996, S. 69).

5.1.2 Kommunikation und Demenz

Personen mit Demenz haben oft Probleme mit Konzepten, also bestimmten Vorstellungen von Dingen und Ereignissen. Oder, anders ausgedrückt, "das Feedback" oder die "Begegnung mit dem Empfangsresultat" ist gestört. Hier fügen sich die im Kopf entstehenden Bilder nicht zu einem erkennbaren Ganzen zusammen, es erscheinen vielmehr imaginäre Bilder, die verwirrend sind und für die betroffene Person nur schwer einen Sinn ergeben. Ihre Verhaltensweisen und Kommentare sind dann oft nur ein Versuch, den Wirrwarr im Kopf, also die durcheinander gebrachten Konzepte, zu entwirren und darin einen Sinn zu finden. Dieses führt zu Schwierigkeiten beim logischen Denken, beim Schlussfolgern und beim Treffen von Entscheidungen, also – bei der eigenen Konzeptbildung. Außerdem sind diese Menschen oft zeitlich nicht orientiert. Sie leben immer öfter mit ihren Erinnerungen in der Vergangenheit, die für sie jetzt die Realität ist.

Wenn allerdings neuere Erlebnisse, Dinge und Begebenheiten bei einem Menschen mit Demenz mit Gefühlen assoziiert werden, kann dieser sich durchaus gut daran erinnern. Diese Gefühle können mit Freude oder mit Trauer belegt sein. Gefühle helfen dem Gedächtnis, ein Ereignis abzuspeichern und es somit potentiell in den Speicher für "alte Informationen" aufzunehmen.

Bezogen auf die o. g. Parallele von Friedemann Schulz von Thun lässt sich sagen, dass Menschen mit Demenz (je nach Grad kognitiver Beeinträchtigung und Art der seelischen Bodenbeschaffenheit) nicht in der Lage sind, das Wahrgenommene mit einer angemessenen realen Bedeutung zu versehen.

5.2 Ressourcen – und die Integrative Validation

Menschen mit Demenz sind oftmals wegen des Chaos im Kopf in emotionaler Erregung. Um diese Erregung abzubauen, beschreibt Jenny Powell (2002) ein Handlungskonzept nach dem Motto A-B-C (Avoid confrontation, Be practical, Clarify the feelings and comfort). Wie man Konfrontation vermeidet und wie man erfinderisch sein kann, können Sie genauer bei ihr nachlesen.

Ich möchte nun mein Augenmerk auf den Punkt C, also die Gefühle dementer Menschen richten, denn an dieser Stelle begegnet sich das Kommunikations- und Handlungskonzept von Jenny Powell und das von Nicole Richard, der Begründerin

der Integrativen Validation. Das ist nicht verwunderlich, denn beide greifen auf die Theorien von Carl Rogers (1993) zurück, indem sie die emotionalen Erlebnis-inhalte dementer Menschen zu verbalisieren versuchen. Sowohl Powell, als auch Richard versuchen in ihrem Konzept, das Handeln eines dementen Menschen an ein erlebtes Gefühl anzubinden.

Nachweislich ist der Rückzug dementer Menschen in die Vergangenheit nicht ausschließlich in einer strukturellen Veränderung des Gehirns begründet. Menschen mit Demenz ziehen sich auch zurück, weil sie oft ihre persönliche Begrenzung erleben, weil der Verlust von Gegenwart und Zukunft schmerzlich ist, weil Status, Rollen und Funktionen nicht mehr gelebt werden können, weil andere, oft Fremde, über sie bestimmen, weil sie sich nach Sicherheit und Geborgenheit sehnen, diese aber nicht spüren können.

Für Nicole Richard (2006) vom Institut für Integrative Validation stellen die Ressourcen von Menschen die Grundlage ihrer Arbeit mit ihnen dar.

Ressourcen sind hier zum einen Antriebe, das sind angelegte oder früh erlernte Normen und Regeln, selbst erlernte Orientierungen des Handelns, also Motive und Triebfedern in persönlicher Ausprägung und Gestaltung. Diese Antriebe und Wertvorstellungen wie u. a. Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein, Strenge, Genauigkeit, Fürsorge, Verlässlichkeit, Religiosität, Familiensinn, Ehrlichkeit, Humor, Zielstrebigkeit oder Eigensinn bleiben trotz Demenz sehr lang lebendig.

Zum anderen sind es Gefühle, die die momentane Befindlichkeit dieser Menschen direkt zum Ausdruck bringen, teils als Reaktion auf Personen und Umwelterfahrungen, oft aber auch in Verknüpfung mit inneren Erlebensweisen. Wir wissen, dass trotz massiver kognitiver Einbußen die emotionale Ansprechbarkeit dementer Menschen auch bei fortgeschrittener Erkrankung sehr lang erhalten bleibt. Ihr Verhalten wird bestimmt von ihren Gefühlen, die oft der einzig verlässliche Kompass für sie sind, spontan und pur vermittelt. Zu diesen Gefühlen gehören z. B. Wut, Ärger, Misstrauen, Angst, Verzweiflung, Enttäuschung, Einsamkeit, Hilflosigkeit, oder Scham, Ekel, Trauer, Freude oder Zufriedenheit und Glück.

Validieren bedeutet in diesem Zusammenhang, die Antriebe und Gefühle für wahr, für gültig zu erklären. Unser Gegenüber wird anerkannt, so wie es ist und mit dem, was es äußert. Persönliche Innenwelten von Menschen mit Demenz werden in ihrer Einzigartigkeit und in ihrem augenblicklichen Zustand akzeptiert. Das Erkennen der Ressourcen erfordert ein einfühlsames Hinhören, ein Sich-Einlassen, in Verbindung mit Kenntnissen über die Biografie der jeweiligen Person. Wenn ich die Gefühle und Antriebe meines Gegenübers dann in kurzen Sätzen benenne, fühlt dieser sich akzeptiert und verstanden. Angenehme Gefühle werden lebendiger, unangenehme Gefühle können "ausfließen", ihnen kann der "Wind aus den Segeln genommen" werden (Richard 2006).

Folgendes Beispiel kann das verdeutlichen:

Die 87-jährige, demente Frau Müller will, sobald es Abend wird, in den Garten gehen, um die Kaninchen zu füttern. Das äußert sie durch Worte und durch motori-

sche Unruhe. Früher hat sie daheim immer die Haustiere versorgt. Die Vergangenheit, in der sie noch Aufgaben und Pflichten hatte und die ihr das Gefühl von Bedeutung gaben, ist im Moment zur Gegenwart für sie geworden.

Von welchen Antrieben wird das Handlungsbedürfnis von Frau Müller geleitet?

Es sind Fleiß, Verlässlichkeit, Pflichtbewusstsein und Fürsorge. Frau Müller anzuerkennen in ihren Antrieben gibt ihr das Gefühl von Sicherheit und persönlichem Wert: "Sie kennen ihre Pflichten" – "Auf Sie ist Verlass" – "Sie sind eine fleißige Frau" "Sie haben immer für alle gesorgt" oder "Es war schon immer ihre Aufgabe, die Tiere zu versorgen, das gilt auch für Sie jetzt noch." Durch diese Art von Rückmeldung wird Frau Müller ihre Bedeutung zurückgegeben, die sie einst hatte. Sie fühlt sich als Person akzeptiert.

Die Wahrnehmung und Benennung des Gefühls von Unruhe wie: "Sie finden keine Ruhe" wäre Frau Müller hilfreich, denn benannte Gefühle nehmen an Heftigkeit ab.

Antriebe und Gefühle können persönlich, allgemein und biografisch validiert werden:

"Sie sind ganz unruhig." "Sie sind sehr in Sorge." "Sie sind völlig außer sich." – "Sie platzen vor Wut." – "Da kann man verzweifeln." – "Das bereitet ihnen Kummer." – "Nichts als Ärger den ganzen Tag" – "Sie sind eine gute Mutter." – "Kleine Kinder, kleine Sorgen, große Kinder ..." – "Zu Hause ist es am schönsten." – "Sie mussten immer stark sein, alleine im Krieg die Kinder durchgebracht", o. ä.

6. Angemessene Ressourcen der Pflegenden als Voraussetzung für eine demenzgerechte (Pflege-) Haltung

Sowohl die professionelle Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe, als auch die Pflege im häuslichen Bereich bergen für die daran Beteiligten die Gefahren einer körperlichen und psychischen Überforderung. Die speziell in der häuslichen Pflege immerwährende latente Bereitschaftshaltung der Angehörigen, die mit einem ständig erhöhten Aktivierungsniveau einhergeht, macht ein völliges Abschalten und damit eine wirksame Erholung oft unmöglich. Daher ist es dringend erforderlich, Ressourcen der pflegenden Angehörigen zu fördern und ihnen Unterstützung zu gewähren, um sowohl in Angehörigengruppen als auch in der Arbeit mit einzelnen Pflegenden und Familien einem Burnout entgegenzusteuern. Eine Angehörigenarbeit kann sowohl das Selbstbewusstsein stärken als auch die Fähigkeit fördern, Probleme zu erkennen und kompetent damit umzugehen.

Im Folgenden will ich Grobziele der Arbeit mit pflegenden Angehörigen skizzieren:

Grobziele

- Als übergeordnete Ziele lassen sich die Gesunderhaltung der Pflegenden sowie deren Entlastung und Unterstützung herausstellen.

- Die von pflegenden Angehörigen erlebte Belastung muss ihnen bewusst gemacht werden, sodass sie diese dann nicht mehr als einen einzigen Komplex erleben, sondern als eine Aneinanderreihung von Einzelproblemen, die schrittweise gelöst werden können.
- In den Gesprächen soll sich das Bewusstsein herausbilden, dass es legitim ist, sich selbst zu entlasten.
- Männer, vor allem Söhne von pflegebedürftigen alten Eltern, müssen als gleichwertige Verantwortungsakteure in die Pflegetätigkeiten einbezogen werden.
- Selbstvertrauen und Autonomie der Pflegenden sollen gestärkt werden.
- Herausbildung und Förderung von Empathie stellen eine Hilfe im Umgang mit dem Pflegebedürftigen dar und sind Voraussetzung sowohl für einen liebevollen Umgang mit dem Pflegebedürftigen als auch für eine gesunde Abgrenzung ihm gegenüber.
- Gefühlen, auch den bisher verleugneten "negativen" oder traurigen, muss Raum gegeben werden.
- Der Endlichkeit des Lebens und der Perspektive des eigenen Weiterlebens ohne den zu Pflegenden muss Raum gegeben werden.

Feinziele

Aus den aufgeführten Grobzielen leiten sich im nächsten Schritt die Feinziele ab, die hier nur stichwortartig aufgeführt werden können: Das sind u. a. die emotionale Entlastung von pflegenden Angehörigen, das Klären der Rollenerwartung, ein Abbau von Schuldgefühlen, ein Akzeptieren des Erlebens ambivalenter Gefühle, eine Reflexion von familiärer Biografie und der Pflegeentscheidung, die Förderung der Fähigkeit, Grenzen zu setzen, Belastungsgrenzen und Überforderungen erkennen, Einsatz von Entspannungsmethoden und die Inanspruchnahme externer, professioneller Hilfen, Pflege, Tod und Abschied.

Diese Ziele und Inhalte der Arbeit mit pflegenden Angehörigen sind in "Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung – Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme" (Salomon 2005) genauer ausgeführt.

7. Zusammenfassende Schlussbemerkungen

In meinen Ausführungen habe ich versucht zu vermitteln, wie eine fürsorgliche Pflege dementer Menschen gelingen kann unter Respekt vor deren Autonomie.

Autonomie hat zu tun mit Würde, Achtung, Anerkennung des Menschen, in deren Folge ich mich aufgefordert fühle, ihm Fürsorge entgegenzubringen. Fürsorge zeigt sich nicht in einem überstülpenden Bemuttern, sondern in einem sensiblen Wahrnehmen meines Gegenübers, dem Annehmen seiner Defizite und Förderung seiner Ressourcen. Letztere ermöglichen den Zugang zu ihm, sie öffnen Türen zu Menschen mit Demenz.

Als Pflegende (Angehörigenpflege oder professionelle Pflege) sollte ich mir auch der Wichtigkeit meiner eigenen Ressourcen bewusst sein. Ich sollte sie überprüfen und ggf. auffüllen. Die Klärung meiner Gefühle vermindert meine eigene Angst. Wenn pflegende Angehörige oder professionelle Helfer immer wieder rechtzeitig geeignete Tankstellen zum individuellen Auffüllen eigener Ressourcen aufsuchen, sorgen sie für sich und schützen sich vor Überforderung in der Zuwendung und Hilfe für demente Menschen. Diese Selbstsorge kommt den an Demenz Erkrankten zugute. Sie bietet nämlich die Voraussetzung dafür, den dementen Menschen mit einer Haltung begegnen zu können, die von Fürsorge und Autonomie geprägt ist.

Das Handeln dementer Menschen ist vielfach durch die sie begleitenden Gefühle erklärbar. Demnach ist es notwendig, diese Gefühle zu erforschen und zum Ausdruck zu bringen. Die vorgestellte Methode ist Beispiel einer wertschätzenden Kommunikation, die den Menschen mit Demenz in seinen Bedürfnissen ernst nimmt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Blick auf die Biografie der dementen Person und ihre Lebensthemen.

Wenn ich den dementen Menschen als autonome Person sehe, werde ich auch wertschätzend mit ihm umgehen können, denn mein Bild von ihm bestimmt mein Verhalten und meinen Umgang mit ihm.

Literatur

- Chapman, Alan; Jackson, Graham A.; McDonald, Colin *Wenn Verhalten uns herausfordert. Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Demenz.* Stuttgart 2004
- Feil, Naomi *Validation.* München 2000
- Fredriksson, Marianne *Hannas Töchter.* Frankfurt 1997
- Gordon, Thomas *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner.* Hamburg 1996
- Kitwood, Tom *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen.* Bern 2000
- Müller-Hergl, Christian *Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personennarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping (2002).* Internet: www.kda.de/printarticles.php?id_art=108-12k
- Müller-Hergl, Christian 1998, http://www.demenz-spektrum.de/ds_98-2/ds_Demenz._zwischenme...
- Powell, Jenny *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz.* KDA, Köln 2002

- Rehbock, Theda *Autonomie, Fürsorge, Paternalismus. Zur Kritik (medizin-) ethischer Grundbegriffe.* In: Ethik Med (2002a) 14, S. 131-150
- Rehbock, Theda *Fürsorge: Verstaubter Begriff oder zeitgemäßes Prinzip?* In: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg): Ethik-Theorie im Pflegeunterricht, Göttingen 2002b, S. 15-24
- Richard, Nicole Unveröffentlichtes Arbeitspapier von einem Workshop in Minden Juni 2006
- Rogers, Carl *Therapeut und Klient.* Frankfurt 1993
- Salomon, Jutta *Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung. Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme?* Köln 2005
- Schulz von Thun, Friedemann *Miteinander reden 1, Störungen und Klärungen.* Hamburg 1996
- Schwerdt, Ruth *Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit.* In: Zeitschrift für Medizinische Ethik 51 (2005), S. 59-76
- Stuhlmann, Wilhelm *Demenz – Wie man Bindung und Biografie einsetzt.* München 2004
- Trilling, Angelika; Bruce, Errollyn; Hodgson, Sarah; Schweizer, Pam *Erinnerungen pflegen.* Hannover 2001

Zur Autorin:

Jutta Salomon, Krankenschwester, Diplom-Pädagogin, Ehe- und Lebensberaterin (DAJEB), Lemgo. Arbeitsschwerpunkte: Ehe- und Lebensberatung in eigener Praxis, Beratung pflegender Angehöriger, Kommunikations- und Entspannungstraining, Unterrichtstätigkeit in Einrichtungen der Altenhilfe.

Tulpenweg 21, 32657 Lemgo
E-mail: salomon-jf@t-online.de

Verzweiflung oder Freiheit – Selbsttötung im Alter

Abstract

Suizidgefährdung ist eine Anfrage an unsere Gesellschaft und ihre Werte, konstatiert Siegfried Brinkmann. Im Jahr 2003 nahmen sich 11.150 Menschen in der BRD das Leben. Damit ist die Zahl der Suizidtoten doppelt so hoch wie die Opfer bei tödlichen Verkehrsunfällen. Ausgehend von persönlichen Erfahrungen und Pressenotizen problematisiert der Autor das gesellschaftliche Bild vom Alter und das Selbstbild alter Menschen. Im Anschluss daran arbeitet er wissenschaftliche Erklärungen für Alterssuizidalität heraus. Die Erörterung, ob der Alterssuizid auf die Seite der Freiheit oder der Verzweiflung gehört, mündet in die Erkenntnis, dass Suizidale eigentlich nicht den Tod, sondern die Veränderung ihrer Lebensbedingungen suchen. Sozialität, individuelle Sinnstiftung und überindividueller Sinn wirken antisuizidal. Deshalb sind Kontakte zu Gefährdeten und einfühlsame Gespräche wichtige antisuizidale Faktoren. Zur Verhinderung von Alterssuizid kann auch eine notwendige gesellschaftliche Wertschätzung des Alters und alter Menschen beitragen, wenn Kompetenzen und Ressourcen des Alters in den Blick kommen. Es gilt, die quantitative Verlängerung des Lebens auch qualitativ nicht nur persönlich, sondern auch gesellschaftlich aufzufüllen und ein antisuizidales Klima zu schaffen.

Psychosoziale Stichworte: Altern, Depression, Freitod, präsuizidales Syndrom, Selbstmord, Selbsttötung, Sinn, Suizid, Suizidalität, Würde im Alter

In den letzten 25 Jahren meiner Berufstätigkeit in der Telefonseelsorge und in einer Beratungsstelle für Partnerschafts- und Lebensfragen habe ich mich immer wieder mit dem Thema Suizid beschäftigen müssen. Auf das Thema "Alterssuizid" bin ich vor ca. 3 Jahren durch zwei Ereignisse gestoßen: Ein Nachbar, bodenständiger Bauer, 70 Jahre alt nahm sich das Leben durch Erhängen. Ich hatte noch einige Tage vorher mit ihm gesprochen. Anzeichen von Krankheit oder Depression hatte ich nie an ihm wahrgenommen. Im Gespräch mit der Familie stellte sich heraus, dass er in letzter Zeit häufiger vom Tod seines Vaters gesprochen hatte, der nach langer Leidenszeit an Krebs gestorben war. In diesem Zusammenhang war oft der Satz gefallen: "So wie mein Vater möchte ich nicht sterben!" Keiner aus der Familie hatte damit gerechnet, dass sich hinter diesem Satz Suizidgedanken verbergen könnten.

Einige Zeit später stieß ich im Internet auf eine Untersuchung der Charité in Berlin mit dem Titel: "So ist kein Leben!" In dieser Untersuchung wurde auf die prozentual hohe Zahl von Suiziden älterer Menschen hingewiesen. Seitdem sammle ich

Zeitungsartikel zu diesem Thema. Ich möchte aus dieser Sammlung einige Überschriften zitieren, um deutlich zu machen, mit welchen Schlagworten das Thema "Suizid und Alter" in der Presse wahrgenommen wird.

"Wenn die alte Seele schmerzt. Psychische Leiden sind im Alter besonders häufig, doch Therapeuten und Senioren finden schwer zusammen." SZ (1), "Selbstmorde aus Angst vor Pflegeheimen" REZ (2), "Krank und einsam – die Alten sind oft depressiv. Selbstmordrate steigt bei über 70-jährigen." WAZ (3), "Betagt, verunsichert und lebensmüde" Psychologie heute (4).

Und entsprechend einige Überschriften zum Alter: "Das Boot ist voll. Was passiert, wenn die Pyramide kippt?" SZ (5), "Die Deutschen sehen schwarz fürs Alter." REZ (6), "NRW kämpft gegen die 'Alterslast'" REZ (7).

Diese wenigen Überschriften machen deutlich, wie unsicher und ambivalent wir mit den Themen "Alter und Suizid" umgehen. Ich möchte im Folgenden versuchen, diese Unsicherheit und Ambivalenz etwas zu erhellen und Anregungen zu geben, wie man sowohl das Alter als auch den Suizid neu bewerten kann. Ich möchte zunächst einige Zahlen und Fakten zum Thema Suizid – und besonders zum Alterssuizid – vorstellen, dann die Zusammenhänge zwischen Alter und Suizid beleuchten und schließlich nach der Bewertung von Alter und Suizid in unserer Gesellschaft fragen und eine Antwort auf die angedeutete Ambivalenz versuchen.

1. Suizide in Deutschland.

1.1 Zahlen und Fakten

In Deutschland starben nach der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2003 insgesamt 11.150 Menschen durch "vorsätzliche Selbstschädigung". Das entspricht einer Suizidrate von 13,5 auf 100.000 Einwohner. Von diesen 11.150 Menschen waren 8.179 Männer und 2.971 Frauen (8). Das heißt: Etwa drei Viertel der gelungenen Suizide werden von Männern und ungefähr ein Viertel von Frauen begangen. Jeden Tag sterben in der BRD allein drei Menschen dadurch, dass sie sich vor einen Zug werfen (9). Statistisch gesehen stirbt in der BRD alle 47 Minuten ein Mensch durch eigene Hand (10). Die Suizide liegen damit fast doppelt so hoch wie die Zahl der Verkehrstoten. 5.842 Menschen starben im Jahr 2004 durch einen Verkehrsunfall (11).

Die Zahlen der Suizidversuche sind um ein vielfaches höher. Auf einen Suizid kommen – so wird geschätzt – etwa 10 Suizidversuche. Für das Jahr 1996 habe ich eine geschätzte Zahl von ca. 96.000 Suizidversuchen für die BRD gefunden. Etwa alle 5,5 Minuten versucht danach ein Mensch, sich das Leben zu nehmen (12). Bei den Suiziden überwiegen die Männer, bei den Suizidversuchen die Frauen. Als Selbsttötungsarten stehen bei den Männern Erhängen, Erschießen und Sturz aus der Höhe an vorderster Stelle, bei den Frauen Vergiftungen aller Art (13).

1.2 Suizide im Alter

Ein besonderes Problem sind die Alterssuizide. Während die Suizidzahlen bei den jüngeren Leuten in den letzten Jahren gesunken sind, gibt es bei den über 60-jährigen eine Überrepräsentation im Vergleich zum Anteil an der Gesamtbevölkerung. 1996 gab es rund 21% über 60-jährige. An der Gesamtzahl der Suizide waren die über 60-jährigen dagegen mit 37% beteiligt. 25% der Frauen waren 1996 über 60 Jahre. Die Prozentzahl bei den Suiziden lag bei 48%. Fast jeder zweite Suizid bei Frauen wird von einer über 60-jährigen Frau begangen (14).

Von den 8.179 Männern, die sich 2003 das Leben nahmen, waren 2.308 – also ca. 28% – über 65 Jahre alt, bei den 2.971 Frauen waren es 1.215 – also ca. 40% (15).

Die Suizidraten steigen bei Männern und Frauen besonders nach dem 75. Lebensjahr signifikant an. Die Suizidrate bei Männern über 75 Jahren stieg seit 1975 um 13,5% (16). Jeder dritte Suizident in der BRD ist über 65 Jahre alt. Einer Studie zufolge versucht sich alle 2 Stunden ein älterer Mensch das Leben zu nehmen (17).

Die Suizidgefährdung alter Menschen mit tödlichem Ausgang ist damit sehr hoch einzuschätzen. Suizidforscher gehen davon aus, dass wegen der "Alterung" der Gesellschaft, insbesondere durch die Zunahme der Hochaltrigkeit, auch die absolute Zahl der Suizide alter Menschen weiter steigen wird (18).

1.3 Alter in der BRD

Was lässt sich aus den bisher genannten Fakten über die Bewertung des Alters in unserer Gesellschaft schließen? Wir stehen dem Altern und dem Alter in unserer Gesellschaft mit ambivalenten Gefühlen gegenüber. Das wird z. B. deutlich in der Redensart: "Alt werden möchte jeder, alt sein dagegen niemand." Einerseits wünschen sich viele Menschen lange zu leben, andererseits fürchten sie sich vor chronischen Krankheiten, Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Positive und negative Wertungen sind also im Blick auf das Alter sehr eng miteinander verbunden. Da ist von zunehmender "Alterslast" und von einem möglichen "Generationenkrieg" die Rede und zugleich wird die Zunahme der Lebensdauer als Erfolg der modernen Medizin gefeiert.

Ich will noch eine andere Ambivalenz ansprechen. Vielfach wird Altern und Alter bei uns defizitär verstanden. Die Alterungsprozesse werden als Abbau, Rückzug und Einschränkung der Lernfähigkeit bewertet und wirken sich dann als altersfeindliche Einstellung in der Gesellschaft aus. Den alternden Menschen werden zahlreiche Worte mit der Vorsilbe "un..." zugeordnet: unbeweglich, unfähig, unlustig, unnütz, unzufrieden, unwert.

Dagegen stehen die jungen Alten, die uns in der Werbung als aktive, sportliche, vitale Menschen vorgestellt werden, voll von strotzender Lebenskraft (19). Ihr Vor-

bild, an dem sie sich orientieren, sind die Jungen. Sie möchten mit ihnen mithalten und verstärken durch dieses Verhalten letztlich die Furcht vor dem Altern.

Dabei ist inzwischen auch von der Hirnforschung erwiesen, dass nicht automatisch die Lernfähigkeit älterer Menschen abnimmt. Wesentliche Persönlichkeitsmerkmale des Menschen bleiben auch im Alter konstant. Wenn allerdings das soziale Umfeld einem alten Menschen "seine Eigenständigkeit, Selbstverantwortung und Kompetenz abspricht, besteht die große Gefahr, dass er seine Fähigkeiten und Zuständigkeiten allmählich selbst in Frage stellt und sich in verschiedenen Lebenslagen immer unsicherer verhält" (20).

Wir brauchen eine neue Würdigung des Alters und auch ein neues Selbstbild der alten Menschen. Ich werde darauf im Schlussteil noch einmal zurückkommen.

2. Erklärungen für das suizidale Verhalten älterer Menschen

2.1 Das präsuizidale Syndrom

Ich möchte einige Erklärungsversuche für das Phänomen "Suizid" vorstellen. Ich beziehe mich dabei zunächst auf den Wiener Psychiater und Suizidforscher Erwin Ringel. Er spricht von dem "präsuizidalen Syndrom" und beschreibt fünf verschiedene Einengungen, die schließlich zum Suizid führen können (21).

1. Als erste nennt er die **situative Einengung**. Man kann das Alter schon als eine solche Einengung verstehen. Der alternde Mensch merkt, wie sich sein Körper verändert. Er wird anfälliger für Krankheiten. Sie bekommen eine existenziellere Bedrohung als in jüngeren Jahren. Oft befallen ihn Leiden nicht einzeln und hintereinander, sondern gleich im Bündel. Die Krankheitsverläufe sind manchmal schmerzhaft und chronisch.

Der Ausstieg aus der Arbeitswelt mit der Anerkennung, die sie brachte, muss verkräftet werden. Das Nachlassen der sexuellen Lust, das Nachlassen des Gedächtnisses, das Erleben von Krankheit und Tod im Freundes- und Bekanntenkreis machen Angst. Das eigene Sterben und der eigene Tod rücken ins Blickfeld und lösen u. U. erschreckende Phantasien aus. Dieses Bündel von unterschiedlichen Erfahrungen und Anforderungen kann zu einer situativen Einengung und in deren Verlauf auch zu Suizidphantasien führen.

2. Neben die situative Einengung tritt im Alter oft die **zwischenmenschliche Einengung**. Je älter wir werden, umso lichter wird es um uns herum. Freunde, Arbeitskollegen, Partnerinnen und Partner sterben. Die Kinder leben oft weit entfernt vom eigenen Lebensort. Der alte Mensch vereinsamt. Er sieht oft keine Chance mehr, anderen Menschen sein Herz auszuschütten oder er will ihnen nicht zur Last fallen und sie mit seinem Erleben und seinen Geschichten behelligen.

Je älter wir werden, desto kostbarer werden Lebenspartner und -partnerinnen. Von daher kann man den Wunsch vieler älterer Menschen verstehen, gemeinsam zu sterben. Mir fällt auf, dass ich in letzter Zeit häufiger Meldungen in der Zeitung lese, in denen davon die Rede ist, dass ein älteres Paar gemeinsam

aus dem Leben geschieden ist. Oft ist der Hintergrund, dass Männer mit der Pflege ihrer Frauen nicht zurechtkommen, sie nicht in ein Heim geben wollen und dann die Partnerin und sich selbst töten. Manche ältere Menschen erleben ihre Einsamkeit als ein doppeltes Manko: Es gibt keine Menschen, die sie brauchen und es gibt keine Menschen, die ihnen das Gefühl geben, gebraucht zu werden. So kommt es zunehmend zu dem katastrophalen Gefühl: Mich oder uns vermisst wieso niemand.

3. Neben die zwischenmenschliche Einengung tritt nach Ringel die **wertmäßige Einengung**. Jeder Mensch hat den Wunsch, etwas zu sein und zu gelten, wahrgenommen und akzeptiert zu werden. Oft stimmen die eigenen Werte der älteren Menschen aber nicht mehr mit den herrschenden Wertvorstellungen überein. So kommt es oft zu Konflikten zwischen den Ansichten der Älteren und der Jüngeren und zu gegenseitigen Abwertungen. Wo aber alte Menschen entwertet, nicht mehr geachtet und für voll genommen werden, verfallen sie leicht in Depression und Selbstwertverachtung. In einer Gesellschaft, in der vornehmlich Leistung und Jugendlichkeit, Besitz und Darstellungskunst zählen, haben alte Menschen wenige Chancen, einen anerkannten Platz zu finden und ihren eigenen Selbstwert, den sie sich im Laufe ihres Lebens erworben haben, zu erhalten.
4. Die nächste Einengung nennt Ringel die **dynamische Einengung**. Sie bedeutet, dass die Energie des alten Menschen, sein Wille, noch etwas zu bewegen, abnehmen. Oft treten Depressionen auf. Der alte Mensch wehrt sich nicht mehr, sondern wendet die Aggression gegen sich selbst. Es kann zu Selbstverletzungen, zu Nahrungsmittelverweigerung oder eben auch zu suizidalen Handlungen kommen.
5. Die letzte Einengung ist dadurch gekennzeichnet, dass immer mehr **Todes- und Suizidphantasien** auftreten und schließlich der Blickwinkel immer stärker eingengt wird und der Suizid als einziger Ausweg erscheint. In dieser letzten Phase kann man noch einmal 3 Stufen unterscheiden: In der 1. Stufe findet man es entlastend, durch den Suizid aus der belastenden Situation herauszukommen. In der 2. Stufe entwickelt man konkrete Vorstellungen, wie man sich das Leben nehmen könnte, um dann in der 3. Stufe die genaue Ausführung des Suizids zu planen.

Diese fünf Einengungen bezeichnet Ringel als das "präsuizidale Syndrom", das fast in jedem Suizidfall nachzuweisen ist und mehr oder weniger stark mit den einzelnen Phänomenen auftritt. Ringel weist darauf hin, dass dieses Syndrom bei alten Menschen im Vergleich zu anderen Altersgruppen am intensivsten zu finden ist. 80% der Suizidhandlungen von Alten gehen tödlich aus (22).

2.2 Der tiefenpsychologische Erklärungsversuch

Ein ähnlicher Erklärungsversuch stammt von dem Psychiater Heinz Henseler (23). Er hat suizidales Verhalten als Folge einer **narzisstischen Kränkung** erklärt. Eine narzisstische Kränkung liegt dann vor, wenn ein Mensch in seinem Selbstwertgefühl sehr unsicher ist und sich bedroht fühlt. Im Hintergrund können sowohl ein

übersteigertes Selbstwertgefühl stehen im Sinne von: Ich bin der Größte und mir muss alles gelingen oder ein übersteigertes Minderwertigkeitsgefühl, das von dem Gedanken besetzt ist: Ich bin ein Nichts, mir gelingt nie etwas. Bei beiden Grundgefühlen kann schnell eine Situation entstehen, in der ein Mensch sich verlassen, missverstanden und einsam erlebt. Er ersehnt sich einen Zustand von Behagen, Spannungsfreiheit, Sicherheit und Geborgenheit, den er in der realen Welt selten findet. Es tauchen Erinnerungen an den harmonischen Primärzustand im Mutterleib auf, die Ruhe, Vereinigung und Erlösung versprechen. Vor allem bei Männern können nach der Pensionierung durch den Verlust von Ansehen, Einfluss, Wertschätzung und Kontrollmöglichkeiten solche narzisstischen Kränkungen auftreten, die im Einzelfall zu suizidalen Handlungen führen (24).

2.3 Ein anderer Erklärungsversuch stammt von Norbert Erlemeier. Er legt ein **Prozessmodell** zugrunde und versteht den Suizid "als letzten Akt der Rettung des Selbstwertgefühls. Der Suizident sieht keinen Ausweg mehr und erlebt alle äußeren Umstände als unveränderlich und unkontrollierbar" (25). Das hängt natürlich mit seiner ganz persönlichen Sicht und Bewertung der Situation zusammen. Erlemeier formuliert: "Enttäuscht von der sozialen Umwelt ist der suizidale Mensch wahrscheinlich ganz auf sich gestellt. Ihm bleibt dann u. U. nur der Suizid als "sinnstiftender" Akt in der Sinnlosigkeit (...) Der Suizident will Schluss machen, weil er so nicht mehr leben kann" (26). Oder noch einmal anders formuliert: Im Akt der Selbsttötung meint der Suizident, die Kontrolle über sein Leben zurückzugewinnen.

Ob es zum Suizid kommt, hängt nach diesem Modell sehr stark von den personalen und sozialen Ressourcen ab, über die ein Mensch in kritischen Lebenssituationen verfügt, und ob und wie er mit den Belastungen in solchen Situationen fertig wird. Zu den personalen Ressourcen gehören Anpassungsfähigkeit, aber auch religiöse Überzeugungen und Bindungen, die dem Leben auch im Leid Sinn verleihen können. Soziale Ressourcen beziehen sich u. a. auf das soziale Netz, in dem ein Mensch aufgehoben ist. Ist ein solches soziales Netz vorhanden, dann können sich auch in außergewöhnlichen Belastungssituationen erträgliche Lebensperspektiven für einen alten Menschen ergeben.

2.4 Die Bedeutung der Depression im Alter

Ich möchte noch auf einen weiteren wichtigen Faktor für die Erklärung des Altersuizids hinweisen: die Altersdepression. Depressionen sind ganz allgemein eine der Hauptursachen für Suizidhandlungen. Die Suizidrate für alle Altersgruppen beträgt bei Depressiven 500–900 je 100.000 Einwohnern. 40–60% der Suizidenten gehören zur Gruppe der depressiv Erkrankten. Man kann daher die Depression als "die tödlichste aller psychischen Erkrankungen" (27) bezeichnen. Sie bekommt im Alter dadurch eine besondere Brisanz, weil sie oft durch vegetative Störungen und körperliches Leiden verdeckt ist. Es ist erwiesen und durch viele Studien belegt, dass Depressionen bei älteren Menschen oft nicht erkannt werden. Auch Ärzte gehen oft davon aus, dass depressive Verstimmungen bei älteren Menschen einfach zum Alterungsprozess dazu gehören. Untersuchungen bele-

gen, dass 75% der älteren Menschen, die einen Suizid begangen haben, kurz vor dem suizidalen Akt ihren Hausarzt konsultiert und über somatische und vegetative Beschwerden geklagt haben (28). Dabei ist sicher zu berücksichtigen, dass ältere Menschen sich schwer tun, depressive Verstimmungen oder gar Suizidgedanken gegenüber ihrem behandelnden Arzt zuzugeben. Sie führen ihre Symptome lieber auf ihr hohes Alter oder gesundheitliche Gebrechen zurück. Umso wichtiger ist es, hier ganz aufmerksam zu sein, sich Zeit für ein Gespräch zu nehmen und abzuklären, ob auch suizidale Gedanken bei dem Betroffenen eine Rolle spielen.

In einer Studie der Berliner Charité, die sich auf 130 Suizide älterer und hochaltriger Menschen bezieht, wurde festgestellt, dass 18% der betreffenden Personen wegen Depressionen in psychotherapeutischer Behandlung waren. Keinem der behandelnden Ärzte und Therapeuten war eine suizidale Absicht bei ihren Patienten bekannt. Sie war auch kein Thema in der Behandlung (29).

In einer anderen Berliner Altersstudie wird nachgewiesen, dass von 133 depressiv erkrankten Patienten kein einziger bei einem Nervenarzt oder in psychotherapeutischer Behandlung war. Ältere Menschen sind noch mit der Angst vor "Irrenanstalten" groß geworden und scheuen sich deshalb, ihre seelischen Probleme zu benennen.

2.5 Zur Einschätzung der Suizidalität älterer Menschen

Aus den bisherigen Feststellungen ergibt sich, dass ältere Menschen im Blick auf Suizidalität gefährdet sind. Es ist umstritten, ob es typische Risikomerkmale im Blick auf die Suizidalität älterer Menschen gibt. Allgemein kann man sagen, dass Suizidale oft vor dem Suizid verbale und nonverbale Hinweise geben. Für ältere Menschen ist das – wie auch aus den eben genannten Untersuchungen hervorgeht – nicht so eindeutig zu belegen. Es gibt bestimmte Verhaltensweisen, aus denen man eventuell suizidale Absichten herauslesen kann; z. B. das Horten von Medikamenten, die auffällige Regelung persönlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten oder die Planung von Begräbnismodalitäten. Hier müssen allerdings Angehörige sehr sensibel mit den beobachteten Verhalten umgehen und nicht vorschnell etwas hineindeuten. Zu den besonderen Risikogruppen gehören auch bei den Älteren: Menschen, die schon früher in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen haben, Depressive, Alkoholiker, Drogenabhängige, Alleinlebende, Geschiedene und Verwitwete.

Ich möchte die bisher genannten Fakten so zusammenfassen: Die Suizidgefährdung alter Menschen ist eine Anfrage an unsere Gesellschaft und ihre Werte. Ich schließe mich dem Urteil Ringels an, der in einem Aufsatz über "Besonderheiten der Selbstmordtendenzen im Alter" schreibt: "Wir verachten zwei Gruppen von Menschen im Rahmen des Lebensalters: Die einen sind die Kinder, die wir als Unmündige verachten, mit denen wir glauben, machen zu können, was wir wollen, und die anderen sind die alten Menschen, die uns nicht mehr interessieren, um die sich keiner mehr kümmert, höchstens grad vor jeder Wahl wird noch kurz gesagt,

dass die Partei sowieso auch an die alten Menschen denkt, denn jetzt naht die Stunde, wo man hofft, die Stimmen der Alten bekommen zu können" (30).

3. Konsequenzen für das Verständnis des Alterssuizids

Welche Konsequenzen sind aus der bisherigen Darstellung zu ziehen? In der Formulierung des Themas tauchen die Begriffe "Verzweiflung" und "Freiheit" in Bezug auf den Alterssuizid auf. Gehört der Alterssuizid auf die Seite der Freiheit oder der Verzweiflung?

Wir haben an den Erklärungsversuchen gesehen, dass Psychiater und Mediziner eher den krankhaften Aspekt bei der Entwicklung zum Suizid betonen und ihn eher der Verzweiflung zuordnen. Doch es gibt auch andere Einordnungen. Jean Amery, Schriftsteller und Journalist, der sich 1978 das Leben genommen hat, hat ein Buch geschrieben mit dem Titel: *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. Er vertritt die Meinung, dass es zur Freiheit des Menschen gehört, seinem Leben ein Ende zu setzen. Er schreibt: "So weit ich blicke, ich sehe nirgendwo, ... dass der Freitod anerkannt würde als das, was er ist: ein freier Tod und eine hochindividuelle Sache, die zwar niemals ohne gesellschaftliche Bezüge vollzogen wird, mit der aber letztlich der Mensch mit sich allein ist, vor der die Sozietät zu schweigen hat" (31). Und Martin Walser hat in einem Interview im Dezember 1998 gesagt: "Ich find es ganz toll, wenn man seinen Tod selbst wählt. Ich möchte nicht eines natürlichen Todes sterben, weil der natürliche Tod der schlimmstmögliche ist" (32). Eine vergleichbare Position wird ja auch von vielen Befürwortern der aktiven Sterbehilfe eingenommen. Darauf kann ich jetzt allerdings nicht näher eingehen.

Ich möchte mich an dieser Stelle nicht auf die eine oder andere Seite schlagen. Ich glaube nicht, dass der Suizid so eindeutig zu erklären ist. Er ist für mich eher eine paradoxe Handlung. Ich möchte das an dem sprachlichen Ausdruck "sich das Leben nehmen" verdeutlichen. Wir verstehen diesen Ausdruck ja vorrangig im Sinne von "das Leben wegwerfen". Man kann diese Worte aber auch als ein aktives Zugreifen verstehen. D. h. der Suizidale versucht etwas zu ergreifen, was ihm unter den Händen zu zerrinnen und unter den Zwängen von außen weggenommen zu werden droht. Es geht ihm also um etwas in sich Sinnvolles, ja geradezu Notwendiges. "Sich das Leben nehmen" muss auch in diesem Sinne verstanden werden. Es geht letztlich um das Leben, das so, wie es ist, nicht mehr gelebt werden kann oder will, wenn sich ein Mensch das Leben nimmt. Dieses Paradox, dass der suizidale Mensch das Leben sucht und es über den Tod zu erreichen hofft, gilt es zu verstehen (33). Der Suizident ersehnt sich letztlich ein anderes Leben als das, das er in seiner Realität führt. Und so berichten denn auch Menschen, die eine Suizidhandlung überlebt haben, von Zuständen der Ruhe, der Geborgenheit, des Friedens und der Wärme, die sie erlebt haben, bevor sie ins Leben zurückgeholt wurden. Die Botschaft des Suizids lautet also oft: So wie ich bisher gelebt habe, kann und will ich nicht weiterleben. Es wird im Suizid nicht unbedingt der Tod gesucht, sondern die Veränderung des Lebens.

Wenn das stimmt, dann muss die nächste Frage lauten: Was folgt daraus für den Umgang mit suizidalen Menschen und wie können wir ihnen begegnen?

3.1 Sprachliche Vorsicht

Ich beginne mit einem ganz einfachen Sachverhalt: mit unserer Sprache. Vielleicht haben Sie bemerkt, dass ich bisher das Wort "Selbstmord" vermieden habe und stattdessen von Selbsttötung und Suizid gesprochen habe. Ich habe das bewusst getan. Für mich liegt in dem Wort "Selbstmord" schon eine Wertung. Der Begriff beschreibt einerseits die Verhaltensweise eines Menschen, aber er ist zugleich eine Beurteilung bzw. sogar eine Verurteilung. Selbstmord ist ein wertender Begriff, die Begriffe Selbsttötung oder Suizid sind das nicht. Und ich plädiere – ganz allgemein dafür – immer zwischen Beschreiben und Beurteilen und gar Verurteilen zu unterscheiden und das auch sprachlich zu berücksichtigen. Bevor ich etwas beurteile, muss ich erst einmal versuchen, einen Sachverhalt oder ein menschliches Verhalten von allen Seiten zu beleuchten und die Hintergründe zu verstehen (34).

Ich möchte in diesem Zusammenhang ein Gedicht von Erich Fried zitieren mit dem Titel:

Die Bezeichnungen

Nicht mehr Selbstmord
denn das ist eine Verleumdung
an denen die
dieses Leben ermordet hat.

Auch Freitod nicht.
Ein Freitöter – das ist ein Staatsmann
der tötet und frei ausgeht oder ein Polizist.
Und stand es diesen Toten wirklich frei?

Und auch nicht
wie sie in Abschiedsbotschaften sagten
die einfachen Leute
sie haben den letzten Ausweg gewählt

Wenn es der letzte war
blieb ihnen da noch die Wahl?
Und hätte es denn
einen vorletzten Ausweg gegeben?

Mit welchen Worten das Namenlose nennen? (35)

Ich finde, in diesem Gedicht kommt sehr klar zum Ausdruck, in welcher Schwierigkeit wir uns schon sprachlich in der Bewertung des Suizids befinden.

3.2 Achtung vor Vorurteilen

Das Zweite betrifft unsere Vorurteile im Blick auf suizidale Menschen. Man kann immer noch einmal die Meinung hören: Wer von Suizid redet, tut es nicht. Das ist ein fataler Irrtum – wie ich schon verschiedentlich angedeutet habe. 4 von 5 suizidalen Menschen sprechen davon, dass sie sich am liebsten das Leben nehmen würden.

Es gibt ein weiteres Vorurteil, das davon ausgeht, dass man, wenn man einen Menschen auf Suizidgedanken anspricht, seine Gedanken oder gar seine Absicht verstärken könnte. Auch dies ist falsch. Die meisten Menschen sind dankbar, wenn sie einen Menschen finden, der bei dem Thema Suizid nicht erschrickt oder abblockt, sondern sich ihnen zuwendet. Dies ist die Erfahrung in der Telefonseelsorge und in der Krisenbegleitung.

Es gibt allerdings auch eine "falsche Toleranz" gegenüber möglichen Suizidabsichten älterer Menschen (36). Wenn auf die Schilderung einer Lebenssituation und die Andeutung, dass der Betreffende eigentlich keine Lust mehr habe zu leben, geantwortet wird: "Da hätte ich auch keine Lust mehr!" Ein solcher Satz ist suizidfördernd und nimmt nicht die Not wahr, die hinter der Äußerung steckt.

3.3 Mögliche Verhaltensweisen

Wenn Suizidalität ein Notsignal eines Menschen ist, dann gilt es zunächst einmal, dieses Signal zu erkennen, zu akzeptieren und Ruhe zu bewahren. Dazu gehört für mich, mit allen mir zur Verfügung stehenden Empfindsamkeiten in der Situation präsent zu sein und dem betreffenden Menschen zu signalisieren, dass ich an ihm, an seinem Erleben interessiert bin, dass ich verstehen möchte, wie er zu seiner Einschätzung, dass sein Leben keine Perspektive mehr hat, gekommen ist. "Das Wesentliche ist, sich als interessierter und empathischer Zuhörer anzubieten" (37). Irgendwo habe ich einmal den Satz gelesen: "Für den Selbstmörder bedeuten alle anderen nur Abwesenheit." Und Ringel weist darauf hin: "Jedem Selbstmord geht ein missglücktes oder nicht stattgefundenes Gespräch voraus" (38). Positiv gewendet heißt das: Der Kontakt, die Überwindung der Abwesenheit von Menschen, das einführende Gespräch ist die wichtigste Voraussetzung, um einen Draht zu diesem Menschen zu bekommen. Wenn es mir gelingt, eine tragfähige Beziehung zu ihm aufzubauen, können wir gemeinsam anschauen, welche Bewältigungsversuche er bisher gemacht hat, um aus seiner ausweglosen Situation herauszukommen und überlegen, ob es noch andere Lösungsmöglichkeiten gibt. Schließlich können wir gemeinsam überlegen, ob er weitere Kontakt- und Hilfsangebote in Anspruch nehmen will und ob er einen Weg zurück ins Leben suchen will.

Die Frage, ob der Suizid ein Akt der Freiheit ist, möchte ich für mich so beantworten: Er ist eine menschliche Möglichkeit, wenn man dem Menschen einen freien Willen zuspricht. Als menschliche Möglichkeit muss man ihr ins Auge schauen und sie anerkennen und es gibt kein Recht, einen Menschen, wenn er sich zur Selbst-

tötung entscheidet, deshalb moralisch zu verurteilen. Letztlich kann ich immer nur für mich selbst Verantwortung übernehmen. Und wie ich mich in einer bestimmten Situation entscheide, hängt von meiner Weltsicht, von meinem Glauben und von meinen Grundsätzen ab. Und auch hier ist anzuerkennen, dass diese Faktoren bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich sein können. Eine achtungsvolle und demütige Haltung vor einer anderen Entscheidung, als ich sie treffen würde, ist hier für mich die grundlegende Voraussetzung. Als Christ gehe ich davon aus, dass ich ohne mein Zutun in diese Welt hineingeboren werde und auch ohne mein Zutun aus dieser Welt scheide. Ich vertraue darauf, dass mich mein Glaube trägt, auch da auszuhalten, wo mir Leiden auferlegt werden und das Leben schwierig wird. Aber ich muss zur Kenntnis nehmen, dass Menschen, die diese Einstellung nicht haben, andere Entscheidungen treffen.

Wichtig scheint mir, dass alle gesellschaftlich Verantwortlichen dafür eintreten, dass Menschen nicht in Situationen geraten, in denen ihnen der Suizid als einziger Ausweg erscheint. Es geht also darum ein antisuizidales Klima zu schaffen.

Schaffung eines antisuizidalen "Altersklimas"

Ich habe schon an verschiedenen Stellen angedeutet, dass körperliche Krankheiten, Abnehmen der geistigen Kräfte, Ausscheiden aus dem Beruf, Vereinsamung, Sterben und Tod als Perspektive des eigenen Lebens im Alterungsprozess bewältigt werden müssen. Das alles kann dazu beitragen, dass das Alter nur noch unter dem Gesichtspunkt von Defiziten und Mängeln gesehen wird. Aber gibt es nicht auch noch andere Seiten, die zu berücksichtigen sind?

In der Zeitschrift "Publik-Forum" fand ich vor einiger Zeit einen Artikel unter der Überschrift: "Auf der Suche nach dem Altbrunnen". Eine pensionierte Psychologin und Ärztin fordert darin: "Wir müssen endlich die ganz eigene Kompetenz des Alters entdecken und entfalten." (39) Angeregt von der Säuglingsforschung, die herausgearbeitet hat, dass schon ein Säugling mit einer ganz eigenen Kompetenz auf die Welt kommt, schlägt diese Ärztin den Bogen zum Alter und fragt, was denn die ganz eigene Kompetenz der alten Menschen sei. In dieser Fragestellung trifft sie sich mit dem "Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation" des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahre 2001, in dem ein ganzes Kapitel den Kompetenzen und Ressourcen des Alters gewidmet ist (40). Auch hier wird betont, dass das Alter als Chance und eigene Lebensphase wahrgenommen werden muss und dass die negativen Altersbilder unserer Gesellschaft verändert werden müssen.

Was sind die besonderen Chancen des Alters? Zu nennen wären hier: die Befreiung vom Druck, etwas leisten zu müssen; Möglichkeiten, Muße und Innehalten als positive Entwicklungen in den späten Lebensjahren zu entdecken und so zur Entschleunigung unseres schnellen Lebens beizutragen; sich konzentrieren zu können auf das, was uns unbedingt angeht im Blick auf die elementaren Lebensfragen, z. B. den Sinn des Lebens und die Annahme der Vergänglichkeit; kreativ und neugierig zu bleiben und am politischen und gesellschaftlichen Leben

teilzunehmen; sich nicht klein zu machen, sondern die eigenen Lebenserfahrungen wertzuschätzen und einzubringen; der jüngeren Generation als Zeitzeugen zur Verfügung zu stehen und ihre Fragen zu beantworten; Hilfe durch andere anzunehmen, sie nicht als notwendiges Übel anzusehen oder sie erbittert einfordern, weil die Jüngeren es den Älteren doch schuldig sind, sondern sie dankbar anzunehmen und dies auch auszudrücken (41); in einer Zeit, in der das Motto: "Immer schneller, immer mehr!" in immer mehr Lebensbereichen gilt, Mahner für Begrenzung und Langsamkeit, für Autonomie und Gelassenheit zu sein.

Zu den wesentlichen Konstanten menschlichen Lebens gehört, dass jeder Mensch ausnahmslos über mehr oder minder lange Strecken seines Lebens auf Hilfe angewiesen ist. Das gilt für den Anfang unseres Lebens, für Zeiten der Krankheit und für das Alter. Eine Gesellschaft, die das nicht mehr berücksichtigt, wird auf Dauer inhuman werden. Kinder, Kranke und Alte halten das Bewusstsein dafür wach, dass unsere Gesellschaft davon lebt, dass Menschen, die bestimmte Dinge noch nicht können oder nicht mehr können, unsere Unterstützung und Begleitung brauchen. Zugleich werden die Hilfsbedürftigen dadurch von dem Gefühl befreit, eine Last oder überflüssig zu sein (42).

Das Alter hat heute keine gesellschaftliche Funktion mehr. Kürzlich habe ich in einer Fernsehsendung einen Bericht über eine Einrichtung in Frankreich gesehen, in der ein Altenheim und ein Kindergarten unter einem Dach kombiniert waren. Die Kinder gingen ganz unbefangen mit den alten Menschen um und übernahmen kleine Handreichungen, während die Alten mit ihnen spielten und ihnen Geschichten erzählten. Ich will hier kein idyllisches Bild zeichnen, aber ich bin davon überzeugt, dass wir neue Formen des Miteinanders der Generationen entwickeln müssen. Und hier und da gibt es ja inzwischen auch Wohnprojekte, in denen junge Familien mit älteren Menschen zusammenleben.

All dies wären Maßnahmen der Prophylaxe, um die Suizidalität älterer Menschen zu verringern und ein Klima zu schaffen, in dem man alt werden und als alter Mensch leben kann.

4. Zusammenfassung

Ich fasse zusammen: Es gehört zum Leben, dass ältere Menschen mit einer Vielzahl ungünstiger Veränderungen im Alterungsprozess konfrontiert werden. Die Gesellschaft und die im Gesundheitswesen Tätigen müssen sich in weit größerem Umfang als bisher mit den besonderen Lebensbedingungen, Problemen und Wünschen der älteren Menschen beschäftigen. Neben günstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen und optimale medizinische und pflegerische Versorgung muss ein neues Verständnis des Alters treten. Der normale Lebenslauf wurde bisher grob in drei Phasen aufgeteilt. In der ersten Phase lag die Konzentration auf dem Lernen, in der zweiten Phase auf der Leistung, während die dritte Phase, das Alter, als Phase der Erfüllung und des "wohlverdienten Ruhestandes" verstanden wurde. Wir werden in Zukunft eine Mischung von Lernen, Beruf, Leistung und Freizeit in allen Lebensabschnitten verwirklichen müssen (43). "Der ältere

Mensch, der eine weitere Entwicklung bejaht, muss im fortgeschrittenen Alter neue Perspektiven für seine Zukunft erwerben" (44).

Es geht letztlich um die Entwicklung einer neuen "ars vivendi". Konkret heißt das, dass alle Menschen – gleich welchen Alters – geistige und kulturelle Interessen hegen und pflegen müssen, damit sie auch noch im Alter mit seinen besonderen Gegebenheiten einen Sinn in ihrem Leben entdecken können. Quantitativ haben wir im Vergleich zu unseren Vorfahren eine Menge von Lebensjahren hinzu gewonnen, es geht darum, diese Jahre qualitativ zu füllen. Man könnte von daher den Alterssuizid – überspitzt formuliert – als das "Resultat eines Versäumnisses" im früheren Leben bezeichnen (45).

E. H. Erikson hat die Entwicklung des Menschen in acht verschiedene Lebensabschnitte eingeteilt und ihnen jeweilige Aufgaben zugeteilt. Für das Alter definiert er, dass der Mensch seine biographischen Erlebnisse in ein Ganzes integrieren und sein eigenes Leben als solches annehmen muss. Wenn dem Menschen diese letzte Aufgabe seines Lebens misslingt, droht Verzweiflung (46).

In älteren Kulturen wurde das Potenzial alter Menschen genutzt. In unserer Gesellschaft werden alte Menschen offenbar nicht geschätzt. Altwerden ist für viele Menschen zu einer Grundangst geworden. Morbide Vorstellungen vom Altwerden sind Schreckgespenste, vor denen sich viele Menschen fürchten. Solche Gespenste gilt es zu überwinden (47).

Gelungene Beispiele für die Überwindung von Alterssuizidalität finde ich z. B. in dem Märchen von den Bremer Stadtmusikanten der Gebrüder Grimm. Sie erinnern sich: Esel, Hund und Katze verlassen ihre jeweiligen Lebensorte, weil sie von ihrer Umgebung als unnützlich eingeschätzt werden und ihnen der Tod droht. Als letzter schließt sich ihnen der Hahn an, weil er für das Sonntagsmahl vorgesehen ist. Noch während er schreit, fordert ihn der Esel auf: "Ei was, zieh lieber mit uns fort!" Und dann fällt der bedeutungsvolle Satz: "Etwas Besseres als den Tod findest du überall!" Ich finde, dies ist ein gutes Motto für ein antisuizidales Klima im Alter.

Als zweites nenne ich die Erzählung von Bert Brecht: *Die unwürdige Greisin*. Auch diese Erzählung ist ein Beispiel dafür, wie ein Mensch – auch noch im Alter – neue Perspektiven in seinem Leben finden kann.

Und schließlich nenne ich den Satz von Martin Buber: "Alter ist ein herrlich Ding, wenn man nicht verlernt hat, was anfangen heißt."

Manuskript eines Vortrages am 30.11.2006 im Katholischen Bildungswerk Duisburg aus Anlass des 20-jährigen Bestehens der Krisenbegleitung der Telefonseelsorge Duisburg Mühlheim Oberhausen.

Literaturverzeichnis

1. Süddeutsche Zeitung vom 7.4.2004
2. Recklinghäuser Zeitung vom 13.9.2004
3. Westdeutsche Allgemeine Zeitung, September 2004, o. D.
4. Psychologie heute, März 2006, S. 13
5. Süddeutsche Zeitung vom 13./14.4.2002
6. Recklinghäuser Zeitung, o. D.
7. Recklinghäuser Zeitung vom 28.3.2006
8. Statistisches Jahrbuch 2005, Hrg. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2005, S. 242/243
9. WDR-Sendung vom 12.11.2004
10. Erlemeier, N., *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*. Stuttgart 2001, S. 30
11. Statistisches Jahrbuch 2005, S. 434
12. Erlemeier, 2001, S. 40/41
13. ebenda, S. 43/44
14. ebenda, S. 32
15. Statistisches Jahrbuch 2005, S. 243/244
16. Zahlen aus dem Internet
17. Eva Bendix, *Suizid im Alter*. Manuskript einer Sendung des WDR vom 12.11.2004
18. Erlemeier, 2001, S. 37–40
19. Leder, Ch. M., *Über den Umgang mit suizidalen älteren Menschen*. Regensburg 1998, S. 20–23
20. ebenda, S. 22
21. Ringel, E., *Selbstmord, Appell an die anderen*. München 1974
22. Ringel, E., *Besonderheiten der Selbstmordtendenz im Alter*. In: *Suizid im Alter*. Hrg. Friedrich, I. und Schmitz-Scherzer, R., Darmstadt 1992, S. 52
23. Henseler, H., *Narzisstische Krisen*. Hamburg 1974
24. Leder, S. 54 ff und Erlemeier 2001, S. 86
25. Zit. nach Leder, S. 61
26. Zit. nach Leder, S. 62
27. Erlemeier, N., *Suizidalität im Alter*. In: *Psychosoziale Gerontologie, Bd. 1 Grundlagen*. Hrg. Kruse, A., Göttingen 1998, S. 304/305
28. Leder, S. 79
29. Studie der Charité, *So ist kein Leben*. Manuskript aus dem Internet
30. Ringel, 1992, S. 49

31. Amery, J., *Hand an sich legen*. Stuttgart 1976, S. 102/103
32. Zit. nach Otzelberger, M., *Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen*. Berlin 1999, S. 126
33. Jörns, K.-P., *Suche nach dem Sinn. Der paradoxe Sinn der Suizidhandlung*. In: EZW-Texte
34. Wächter, K. S., 138 Information Nr. 90, V/84, S. 6 f
35. Kuitert, H.M., *Das falsche Urteil über den Suizid*. Stuttgart 1986, S. 22 ff
36. Zit. Nach Ringel, E., *Das Lesebuch*. Wien 1986, S. 155/156
37. Wächter, K., *Suizidalität im höheren Lebensalter*. In: Suizidprophylaxe Nr. 108, Jahrgang 28 2001, S. 133 ff
38. Ringel, 1986, S. 161
39. Publik-Forum Nr. 16, S. 22
40. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Hrg. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2001, S. 60 ff
41. Publik-Forum Nr. 16, S. 23
42. Reimer, A. und Kulesa, Chr., *Ich sehe keinen Ausweg mehr*. Göttingen 1974, S. 153
43. Rosenmeyer, L., *Altern im Lebenslauf*. Göttingen 1996, S. 17
44. ebenda, S. 21
45. Imhof, A.E., *Brauchen wir eine neue Ars moriendi?* In: Friedrich, Schmitz-Scherzer, S. 1
46. Erikson, E. H., *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt 1988, S. 72 f
47. Hillman, J., *Vom Sinn des langen Lebens*. München 2004, S. 47

Zum Autor:

Siegfried Brinkmann, Pfarrer i. R., war in seinen letzten 25 Amtsjahren als Pfarrer Leiter der Telefonseelsorge im Ev. Kirchenkreis Recklinghausen und später Leiter der Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle im Ev. Kirchenkreis Herne. Er lebt heute in Recklinghausen und ist weiterhin als Berater tätig.

An der Dornhecke 25, 45659 Recklinghausen
 E-mail: brinkmann-recklinghausen@t-online.de

Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik (PD)¹

Vorschläge für Eckpunkte eines (Evangelischen) Konzepts zur Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik

Abstract

Der folgende Beitrag ist in der EZI Korrespondenz Heft 21/2005 veröffentlicht worden. Frau Brüning ist seit 10 Jahren für die DAJEB als Referentin zum Thema Pränatale Diagnostik (PD) tätig.

Eltern, die guter Hoffnung sind, geraten durch die Fortschritte der PD heute gelegentlich in Entscheidungskonflikte, ob sie das Kind zur Welt kommen lassen oder nicht. Über die medizinischen Erkenntnisse müssen aus juristischer Sicht die Ärzte aufklären und informieren, während die Eltern in Ambivalenzkonflikte geraten zwischen ihrem Recht auf Nicht-Wissen und der Neugier auf Fotos und Informationen über den Entwicklungsstand des ungeborenen Kindes. Erkenntnisse können beruhigen, Klarheit schaffen und sind doch letzten Endes ohne Gewähr. Im Kontext von PD sind aus der Sicht der Beratungsstellen sowohl der Aufbau und die Pflege von Kontakten zu pränataldiagnostischen und human-genetischen Beratungszentren als auch die Zusammenarbeit mit Eltern- und Behindertenverbänden wichtig. Die Autorinnen geben Hinweise zu den Aufgaben der Beratung sowohl während als auch nach der Inanspruchnahme der PD mit dem Ergebnis einer schlechten Nachricht. Sie formulieren Eckwerte der Beratung. Abschließend konstatieren sie Anforderungen an die Beratungshaltung und thematisieren die Notwendigkeit, sich mit den eigenen ethischen Einstellungen als Berater(in) und denen der Ratsuchenden auseinanderzusetzen.

Psychosoziale Stichworte: Behinderungen – Beziehungskrisen – Familie – Geburt – Pränataldiagnostik – Sinn des Lebens – Schwangerschaftsabbruch – Schwangerschaftskonfliktberatung – Sterben – Tod – Trauer

¹ Abdruck aus der EZI-Korrespondenz 21, 2005

Überarbeitete Fassung des Vortrags "Vorschläge für Eckpunkte eines Evangelischen Konzeptes zur Beratung im Kontext Pränataler Diagnostik", gehalten am 20. April 1999 auf der Jahrestagung der Evangelischen Konferenz der Beauftragten für Schwangerschaftskonfliktberatung vom 19.–21. April 1999, Berlin, in dem Vorschläge für Eckpunkte eines Evangelischen Konzeptes zur Beratung im Kontext Pränataler Diagnostik (PD) als Grundlage für eine entsprechende Arbeitsgruppe formuliert werden sollten.

Mir geht es in diesem Beitrag zum einen um die Beratungssituation als solche, zum anderen um die individuelle psychologische Beratung und psychosoziale Begleitung konkreter Frauen bzw. Paare.²

Das heißt auch: In diesen Ausführungen ist die Erörterung der ethischen oder politischen Perspektive oder Problematik, die aus meiner Sicht notwendige Arbeitsschwerpunkte im Kontext der Diskussion um PD sind, aus methodischen Gründen ausgeklammert. Ich werde zunächst den Prozess, den Frauen/Paare in Erwartung eines Kindes durchlaufen, beschreiben. Im Blick auf die jeweilige Beratungssituation ist mir die Herausarbeitung von Unterschieden und Ähnlichkeiten zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB wichtig.

1. Die Ausgangssituation: "Guter Hoffnung"

Paare, die zur PD kommen, befinden sich auf dem aufregenden Weg, Eltern zu werden und sich auf das werdende Leben einzulassen – mit allen dazugehörigen "normalen" Ambivalenzen.³

Die Schwangerschaft wird fast immer freudig akzeptiert, sehr gewünscht, ja herbeigesehnt; in einigen Fällen wurden sogar Methoden der modernen Reproduktionsmedizin eingesetzt, um "endlich" die Schwangerschaft herbeizuführen.

Die werdenden Eltern sind "guter Hoffnung", auf dem Weg einer emotionalen Öffnung und Identifikation mit dem Ungeborenen und in Auseinandersetzung mit ihrer zukünftigen Rolle als Mutter und Vater.

Dies äußert sich z. B. in der intensiven Beschäftigung mit den Veränderungen, die das erwartete Kind provoziert: einem Wohnungs- bzw. Arbeitsplatzwechsel, dem

² Am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung (EZI) wurde auf Basis früherer Fortbildungen ein zweijähriges Fortbildungsangebot "Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik" in Kooperation mit Fachkräften verschiedener mit Pränataldiagnostik befasster Professionen (z. B. Beratung, Gynäkologie, Humangenetik, Kinderheilkunde, Geburtshilfe/Hebammen, Sozialarbeit, Psychiatrie) entwickelt und durchgeführt, das als Modellprojekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002 initiiert und bis 2005 gefördert wurde. Der Projektbericht wird über das BMFSFJ ins Internet gestellt.

Das Modellprojekt schloss an ein früheres an, aus dem u. a. folgende Veröffentlichung hervorgegangen ist: Lammert/Cramer/Pingen-Rainer/Schulz/Neumann/Beckers/Siebert/Dewald/Cierpka: Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. Ein Praxishandbuch. Göttingen, Bern, Toronto Seattle 2002.

Hinweis: 2007 startet ein zweiter Weiterbildungsdurchgang "Psychosoziale Beratung im Kontext Pränataler Diagnostik" am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung (EZI). Vom 12. bis 14. Januar 2007 findet ein Einführungs- und Informationsseminar, das der Fortbildungsreihe vorgeschaltet ist, statt. Nähere Informationen bei Frau Bärthel (Telefon: 0 30-28 28 52 00 oder E-Mail: baerthel@ezi-berlin.de) oder www.ezi-berlin.de

³ "Die Schwangerschaft als wichtige Entwicklungsphase für Schwangere und Partnerschaft" in: Manfred Beutel: *Der frühe Verlust eines Kindes, Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt, Fehlbildung*. Göttingen 2002, 2. Auflage.

Umräumen der Wohnung, dem Einrichten eines Kinderzimmers, Anschaffen von Babywäsche, den Überlegungen zur Namensgebung, dem Mitteilen und Erzählen von der Schwangerschaft gegenüber engen Freunden und Verwandten etc.

Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum Erleben von Frauen bzw. Paaren, die zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach StGB § 218/9 kommen (müssen); bei ihnen ist die Schwangerschaft meist ungeplant, häufig ungewollt, was häufig zum Abbruch der Schwangerschaft führt.

2. Die "gute Hoffnung" wird gestört/zerstört – Beunruhigung und Verunsicherung oder auch Schock über eine mögliche Fehlbildung/Behinderung

Die "Zeit der guten Hoffnung", der positive, emotionale Öffnungs-, Ein- und Umstellungsprozess der werdenden Eltern, kann bei der ersten Vorsorgeuntersuchung mit Ultraschall in der 10.–12. Schwangerschaftswoche (SSW) massiv gestört werden, wenn sich dabei Hinweise auf Auffälligkeiten ergeben.

Mit der ersten Ultraschalluntersuchung sollen vor allem Bauchhöhlen- und Mehrlingsschwangerschaften entdeckt werden. Außerdem wird durch Vermessung der Scheitel-Steiß-Länge und des Kopfdurchmessers des Embryos das Schwangerschaftsalter festgestellt, um den Entbindungstermin genauer festzulegen.⁴

Dies bedeutet, dass die herkömmliche Schwangerschaftsvorsorge zunehmend in die Nähe pränataldiagnostischer Methoden rückt bzw. zu einer Methode pränataler Diagnostik wird, die werdende Eltern mehr oder weniger bewusst mit Pränataldiagnostik konfrontiert. Ja, Eltern können sich der PD durch die drei als Regelleistung empfohlenen Ultraschalluntersuchungen im Schwangerschaftsverlauf kaum mehr entziehen. Viele Paare sind sich der Tragweite und Konsequenzen der PD nicht bewusst; sie freuen sich auf das "Baby-Fernsehen" per Ultraschall.

Ein Beispiel:

Frau XY, 31 Jahre, wird von ihrer Frauenärztin zum Ultraschall-Spezialisten geschickt. Sie ist in der 12. SSW. Es ist ihre zweite Schwangerschaft; die erste en-

⁴ Nicht zu den Regelleistungen der Schwangerschaftsvorsorge gehört die seit 1997 mögliche Nackentransparenzmessung in der 12./13. SSW. Bei der Nackentransparenzmessung wird eine flüssigkeitsgefüllte Zone im Nacken gemessen, die jedes Kind in dieser Phase der Frühschwangerschaft hat. Bei Chromosomenstörungen oder bestimmten Erkrankungen ist sie verdickt. Mit dieser Methode wird keine Diagnose gestellt, sondern eine statistische Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie errechnet (Erkennungsrate bis zu 80%). Mit der Laboruntersuchung des Schwangerschaftseiweißes Papp-A und des Schwangerschaftshormons freies β -HCG kann die Sensitivität der Erkennungsrate für Trisomie 21 auf etwa 90 % erhöht werden. Auch ein Herzfehler kann Ursache für diese vermehrte Flüssigkeitsansammlung sein. Wichtig zu wissen ist: Die meisten Kinder sind trotz "auffälliger" Nackentransparenz gesund. Auf dieser Grundlage kann dann eine Entscheidung für oder gegen eine weiterführende Diagnostik, eine Chromosomenanalyse getroffen werden. Eine hohe Erkennungsrate für Chromosomenstörungen kann derzeit in Deutschland nur von zertifizierten Praxen und Zentren mit einer Qualifikation vergleichbar der Degum Stufe II und III erwartet werden.

dete mit einem Abbruch in der 25. SSW wegen einer sehr schweren, nicht mit dem Leben zu vereinbarenden Fehlbildung. Sie und ihr Mann freuen sich sehr auf ein Kind. Der Ultraschall weist wieder eine schwere Fehlbildung auf – eine fehlende Bauchdecke (Leber, Darm, Magen liegen frei). Der Schock über die Diagnose ist besonders stark, weil die Erinnerung an den ersten Schwangerschaftsabbruch wieder hochkommt – die Frau hatte das schlimme Erlebnis verdrängt.

Gynäkologen sind verpflichtet über Sinn, Zweck, Risiken und Konsequenzen dieser Untersuchung aufzuklären und zu beraten. Zeigen sich erste Auffälligkeiten, sind sie juristisch gezwungen, auf die weiteren Möglichkeiten der PD hinzuweisen. Weisen sie nicht darauf hin, machen sie sich aufgrund von Schadensersatzforderungen von Eltern an den behandelnden Gynäkologen wegen des erhöhten Unterhalts bei Geburt eines erkrankten/behinderten Kindes schadensersatzpflichtig.

Die "gute Hoffnung" der werdenden Eltern kann immer früher gestört, bei auffälligem Befund regelrecht zerstört werden.

Die Frauen bzw. Paare geraten immer häufiger und früher unter den Druck eines Entscheidungskonflikts: wollen sie die Untersuchungen durchführen lassen und mehr über ihr Kind wissen oder wollen sie von ihrem Recht auf Nicht-Wissen Gebrauch machen? Letzteres hieße aber auch, die Untersuchungen "entschieden" ablehnen zu wollen und zu müssen, wodurch sie sich möglicherweise dem Unverständnis von Menschen in ihrer Umgebung, evtl. sogar des Partners oder Arztes aussetzen und Vorwürfen entgegenreten müssten, nämlich bewusst das "Risiko" eines behinderten Kindes in Kauf zu nehmen. Die eigenen Ängste, Sorgen und Zweifel haben dann nur noch wenig Platz.

3. Zur Situation vor der Inanspruchnahme von (spezieller) PD: Zeit der Verunsicherung über die Schwangerschaft und Angst vor einem behinderten, kranken Kind

Alle Eltern wünschen sich zunächst ein gesundes, nicht behindertes Kind – das ist natürlich. Viele wünschen sich ein "perfektes Kind". Doch das gibt es nicht. Vorstellungen und Ängste, ein "Monsterkind" in sich zu tragen, sind nicht selten.

Darum wünschen sehr viele werdende Eltern angesichts der massiv verunsichernden und beängstigenden Hinweise im 1. Ultraschall-Befund Beruhigung oder Klarheit durch weitere diagnostische Abklärung mit speziellen pränataldiagnostischen Methoden.

Zum Beispiel:

- durch eine zweite Ultraschalluntersuchung – Feindiagnostik, die nur von einem speziell ausgebildeten Pränataldiagnostiker durchgeführt werden kann: Untersuchung in der 20.–22. SSW, Zweck: Suche nach möglichen Fehlbildungen; ein Verdacht auf Fehlbildungen führt meist zu Inanspruchnahme weiterer Untersuchungen wie z. B. der Amniozentese,
- oder durch eine Chorionzottenbiopsie (CVS): Untersuchung in der 9.–12. SSW, Entnahme von Gewebe aus dem Chorion, dem Plazentavorläufer oder

ab der 14. Woche aus der Plazenta, 1. Ergebnis nach 1–2 Tagen bzw. 1 Woche. Fehlgeburtsrisiko durch Untersuchung: ~ 0,5–1,5 %. Die CVS ist dann sinnvoll, wenn die Wahrscheinlichkeit für eine Fehlbildung des Kindes z. B. aufgrund des 1. Ultraschall-Befundes als sehr hoch eingeschätzt wird und wenn sich die Frau bzw. das Paar im Falle einer Behinderung/Erkrankung des Kindes für einen Abbruch entscheiden würde,

- oder durch eine Fruchtwasseruntersuchung, der sog. Amniozentese: Untersuchung ab der 14.–17. SSW, Ergebnis nach 2–3 Wochen; in besonderen Fällen Vorergebnis nach 1–2 Tagen (Schnelltest), Fehlgeburtsrisiko durch Untersuchung: ~0,5 %, Zweck: kindliche Zellen werden auf Veränderungen der Chromosomen oder Erbkrankheiten untersucht,
- oder durch andere Untersuchungen.

So wünschten sich in der Praxis eines Pränataldiagnostikers nach dem Aufklärungsgespräch ca. 80 % weitere diagnostische Abklärung, 20 % lehnten Untersuchungen wie die Amniozentese ab. Humangenetiker berichten Ähnliches, auch dass das genetische Risiko von den meisten überschätzt wird.

Selten ist Frauen und Paaren allerdings klar, dass trotz Pränataldiagnostik eine Fehlbildung übersehen werden kann und dass es keine Garantie für ein "gesundes" Kind gibt.

In der Praxis wenden sich derzeit nur relativ wenige Frauen oder Paare an eine (unabhängige) Beratungsstelle, in der sie über die Möglichkeiten, Risiken und Grenzen vor Inanspruchnahme von PD beraten werden wollen.

Im Allgemeinen wenden sie sich nach ersten Hinweisen auf eine mögliche Fehlbildung bei der 1. Ultraschalluntersuchung durch ihren Frauenarzt an einen einschlägigen Pränataldiagnostiker, um Klarheit zu bekommen.

Dieser hat in einem vorherigen Aufklärungsgespräch über Sinn, Zweck, Risiken und Grenzen der Methode (z. B. Amniozentese) zu informieren, auch darüber, dass die Frauen bzw. Paare die Untersuchung ablehnen bzw. jederzeit abbrechen können, d. h. dass sie ein Recht auf Nicht-Wissen haben.

Wenn Frauen bzw. Paare vor Inanspruchnahme der PD überhaupt gezielt mit Fragen zur PD eine psychologische Beratungsstelle aufsuchen, dann vielleicht, weil sie sich z. B. von dem betreuenden Arzt zu wenig verstanden fühlen, er wenig oder kein Verständnis für eine Ablehnung oder das Zögern gegenüber der Inanspruchnahme von PD zeigt, und die Frauen/Paare unter Druck setzt bzw. ihnen die Verantwortung aufbürdet, ein behindertes Kind in die Welt zu setzen.

Oder sie kommen vielleicht, weil sie als "Risikoschwangere" behandelt werden, z. B. aufgrund einer früheren Risikogeburt, Geburt eines behinderten Kindes oder einer Totgeburt.

Von einer unabhängigen Beratung noch in der Familienplanungsphase, also vor der 1. Ultraschalluntersuchung, oder nach Feststellung der Schwangerschaft oder nach ersten Untersuchungen und Bluttests beim Gynäkologen machen nur sehr

wenige Frauen und Paare Gebrauch. Sie kommen vielleicht dann, wenn sie durch Erlebnisse im näheren Bekannten- oder Verwandtenkreis beunruhigt sind, – z. B. wenn sie die Feststellung einer Fehlbildung während der Schwangerschaft, die Geburt eines behinderten, kranken Kindes oder einen späten Schwangerschaftsabbruch etc. erlebt haben – und sie von einer Beratungsstelle mit kompetenten Berater(inne)n gehört haben, wo es mehr Zeit und Raum gibt als z. B. in einer Arztpraxis, um über eigene Ängste, Sorgen und Risiken ins Gespräch zu kommen oder sich ausführlich über PD zu informieren.

Das Modellcurriculum am EZI zeigt jedoch, wenn Beratende für PD sensibilisiert sind, dass sich häufig Möglichkeiten ergeben, über Inhalte und Methoden von PD vor Inanspruchnahme zu sprechen im Rahmen der allgemeinen Schwangeren- oder Schwangerschaftskonfliktberatung (nach SchKG bzw. SFHÄndG), wenn Frauen soziale Hilfen und Unterstützung für Mutter und Kind oder den Beratungsschein nach StGB § 219 wünschen.

Im Kontext von PD ist sehr viel mehr als in anderen psychologischen Beratungsbereichen ein aktives, auf Klientinnen zugehendes frühzeitiges Beratungsangebot seitens der Beratenden bzw. Beratungsstelle vonnöten. Dabei erweist sich der Aufbau und die Pflege von Kontakten insbesondere zu niedergelassenen Frauenärzten, auch pränataldiagnostischen und humangenetischen Zentren und anderen als äußerst hilfreich. Im Maße eines gewachsenen persönlichen Kooperationsnetzes erleben es z. B. Frauenärzte als äußerst hilfreich, Patientinnen mit diesen Problemen auf zusätzliche Beratungsangebote von Beratungsstellen hinzuweisen.

Beratungsaufgaben vor der Inanspruchnahme von PD

Kommen Frauen bzw. Paare überhaupt vor Inanspruchnahme von PD bzw. vor Inanspruchnahme weiterer spezieller PD-Methoden nach dem 1. Ultraschall zur Beratung, so können die Beratungsaufgaben folgende sein:

Anliegen der Frau/des Paares klären:

- Wünscht die Frau/das Paar "Bestätigung" einer bereits innerlich getroffenen Entscheidung z. B. bzgl. weiterer PD bzw. keiner Inanspruchnahme von PD?
- Würde jedes, auch ein behindertes Kind akzeptiert werden oder besteht der Wunsch nach einem "perfekten Kind"?
- Gibt es eine Tendenz zur Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch im Falle eines auffälligen Befundes oder gibt es Tendenzen zum Austragen eines fehlgebildeten oder behinderten Kindes?
- Besteht Informationsbedürfnis z. B. über pränataldiagnostische Methoden, Möglichkeiten, Grenzen, Konsequenzen oder auffällige Befunde?
- Gibt es Entscheidungskonflikte? Welche?
- Besteht Wunsch nach Gespräch über (weitere) Pränataldiagnostik – ja oder nein oder wie viel und was davon?

Angebot von Zeit und Raum z. B. für folgende mögliche Gesprächsinhalte:

(unbedingte Voraussetzung: innere, vorurteilsfreie Offenheit der Beraterin/des Beraters und Respekt für die Anliegen, Gefühle und Gedanken der Frau/des Paares; Reflexion eigener ethischer Standpunkte)

- ggf. Informationen und Gespräch über die Methoden, Durchführung, Aussagekraft, Grenzen, Risiken und mögliche Konsequenzen der PD – am bisherigen Wissen und den Fragen der Frau/des Paares anknüpfend
- Bedeutung und Erleben der Schwangerschaft klären: Was hat sich verändert? Wie weit hat sich die Frau/das Paar innerlich bzw. im täglichen Leben bereits um und auf die Schwangerschaft eingestellt? Welche Ängste, Unsicherheiten, Fragen, Ambivalenzen bestehen?
- Ernstnehmen, aushalten, respektieren, sortieren und ordnen auch widersprüchlicher Gefühle, Fragen und Gedanken der Frau bzw. des Paares
- Bedenken der Folgen der Schwangerschaft mit und ohne PD für das Leben und die körperliche und seelische Gesundheit von Mutter und Kind sowie für Partner(schaft) und Familie (auch Geschwisterkinder, z. B. wurden die Kinder bereits über die Schwangerschaft informiert, was wissen sie bzw. was sollten sie nicht wissen?)
- Welche Paardynamik entwickelt sich angesichts der möglicherweise belasteten Schwangerschaft? Fühlt sich das Paar durch möglicherweise unterschiedliches Erleben und Einstellungen als Paar gestärkt oder durch widersprüchliches, polarisiertes Erleben und Einstellungen stark in der Beziehung bedroht? Gibt es eine gemeinsame Entscheidungsfindung beim Paar? Oder fühlt sich die Frau mit ihren Fragen, Ängsten und Zweifeln allein gelassen?
- Angebot von Gespräch über mögliche Unsicherheiten und Zweifel bisheriger ethischer Einstellungen der Frau/des Paares, Hilfe zur Orientierung durch Berater(in),
- Information über § 218 StGB, Abs. 2 und das Recht auf Nicht-Wissen in Eigenverantwortlichkeit.

4. Zur Situation während der Inanspruchnahme von PD – eine Zeit des Wartens und Bangens und der möglichen Distanzierung von dem Ungeborenen

Hat sich eine Frau/ein Paar entschlossen, von den PD-Methoden Gebrauch zu machen, so ist/sind sie einer Zeit der Angst und Verunsicherung, des spannungsgeladenen Wartens, der Erschütterung, der Verzweiflung und Trauer, des sich weiter erhöhenden Entscheidungsdrucks, aber auch des Hoffens auf einen guten Ausgang ausgesetzt – ein Prozess, der sich u. U. über einen langen Zeitraum (Tage, Wochen bis Monate) hinziehen kann.

Ein Beispiel:

Bei der ersten Ultraschall-Untersuchung in der 11. SSW wurde eine Verdickung der Nackenfalte bzw. ein Nackenödem festgestellt, Anzeichen für ein Down-Syndrom oder auch einen Herzfehler. Zur weiteren diagnostischen Abklärung wird die

Frau noch am selben Tag an einen speziell ausgebildeten Pränataldiagnostiker überwiesen, der ihr die Chorionzottenbiopsie (CVS) anbietet, die sie akzeptiert.

Nach 2 bis 3 Tagen erfährt sie das Ergebnis. Die CVS erbringe keinen Hinweis auf eine Chromosomenschädigung.

Sie ist jedoch nicht vollständig beruhigt, weil die CVS keine Aussage über einen möglichen Herzfehler machen kann, der Hinweis auf einen Herzfehler bestehen bleibt. Dieser lässt sich erst in der 20. bis 22. SSW bei der zweiten feindiagnostischen Ultraschalluntersuchung durch den Spezialisten, bei der der Körper des Kindes innerlich und äußerlich auf Anomalien untersucht wird, feststellen.

Eine Zeit von 8 bis 9 Wochen spannungsgeladenen Wartens bis zum 2. Ultraschall und dessen Ergebnis setzt ein.

Die 2. Ultraschall-Untersuchung gibt gleichzeitig auch genauere Hinweise auf z. B. die Art des Herzfehlers (oder andere Schäden) und damit auch auf die richtige ärztliche Versorgung des Kindes im Falle einer Geburt durch die entsprechenden Spezialisten (wie Pädiater etc.).

In dieser Zeit des Wartens, häufig auch des Alleinseins mit den quälenden Zweifeln, Ängsten, beunruhigenden Gefühlen und Vorstellungen nehmen schon wesentlich mehr Frauen Beratung und Begleitung in Anspruch als vor der Inanspruchnahme (spezieller) PD, wenn die Möglichkeit dazu besteht. Gerne weisen dann auch die am Prozess beteiligten Ärzte/innen (Pränataldiagnostiker, Gynäkologen) auf solche psychosozialen Beratungsangebote hin, sofern vor Ort eine gute Kooperation und Vernetzung besteht, d. h. häufig wenn Berater/innen oder Beratungsstellen persönlich bekannt sind.

Beratungsaufgaben während der Inanspruchnahme von PD

Anliegen der Frau/des Paares klären:

- Besteht der Wunsch nach Aussprache, Entlastung in dieser "erschütterten" Lage?
- Wollen sie über Verunsicherung, Schock, Ängste, Trauer, quälende Gedanken und Vorstellungen sprechen?
- Wollen sie Fragen nach Ursache und Schuld stellen dürfen?
- Wollen sie klären, ob nach ersten Tests noch weitere Untersuchungen folgen sollen?
- Besteht ggf. Wunsch nach Hilfe zur Entscheidungsfindung bezogen auf den Fortgang der Schwangerschaft?

Angebot von Zeit und Raum für folgende mögliche Gesprächsinhalte:

- Bericht der Frau/des Paares, was bislang geschehen ist: Erleben und Kenntnisse über die Diagnostik, bisherige Informationen
- Klärung von Fragen, Unsicherheiten (ggf. andere Berufsgruppen heranziehen, Vernetzung)

- Stärkung des Bedürfnisses der Frau, des Paares nach "Pause", Ruhe, "Erleben" der Schwangerschaft trotz aller Beunruhigungen
- Wahrnehmen, Aushalten und Sortieren von sehr unterschiedlichen, widerstrebenden Gefühlen, ohne zu bagatellisieren
- Einstellung, Gefühle und ggf. Veränderungen in der Beziehung zum Kind klären (z. B. veränderte bzw. nicht mehr wahrgenommene Kindsbewegung)
- Bedeutung von Partnerschaft, Familie, Freunden – unterschiedliches Erleben, ggf. auch Veränderungen in den Beziehungen aufgrund der durch die PD ausgelösten Gefühle erkunden
- Weitere Befürchtungen, Hoffnungen, Fragen klären
- Angebot weiterer Begleitung

5. Zur Situation nach der Inanspruchnahme von PD – die "schlechte Nachricht" und das Leben mit beunruhigendem Wissen und relativer Klarheit

Bei gutem Ergebnis der PD sind Erleichterung und Freude groß.

Viele Frauen bzw. Paare erleben jedoch im Falle einer "schlechten Nachricht" bei Bestätigung des Verdachts neben dem Schock auch Erleichterung darüber, jetzt endlich mehr Klarheit zu bekommen und zu wissen, um welche Erkrankung es sich handelt; ob es eine mit dem Leben zu vereinbarende, körperliche oder mentale Erkrankung oder eine tödliche bzw. nicht mit dem Leben zu vereinbarende Erkrankung ist. Auch wenn dieses genauere Wissen äußerst schmerzhaft ist, führt es häufig zu einer Entlastung bei den Betroffenen, weil sie sich jetzt besser einstellen und vorbereiten können auf das, was sie erwartet.

Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, eine Entscheidung zu treffen über Fortsetzung oder Beendigung der Schwangerschaft. Eine Zeit des "Schwangerschaftskonflikts" setzt ein, falls nicht vorher bereits eine Entscheidung getroffen wurde.

a) Haben die werdenden Eltern entschieden, sich bei einer mit dem Leben zu vereinbarenden Schädigung auf ein Leben mit Behinderung bzw. Erkrankung einzustellen, so können sie jetzt Informationen einholen, was dieses "Leben mit Behinderung" genau bedeutet, welche Einschränkungen und Belastungen für das Kind gegeben sind, welche einmaligen oder fortgesetzten Therapiemöglichkeiten es gibt, welche sonstigen Maßnahmen und Umstellungen im täglichen Leben erforderlich sind, wie andere Eltern und Familien ganz konkret mit der Erkrankung leben, welche Auswirkungen dies auch auf ältere oder nachfolgende Geschwister hat. Sie können z. B. das Gespräch mit anderen Eltern und Familienmitgliedern, die mit der Krankheit leben, mit Ärzten, Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen etc. suchen (über Sorgen, Phantasien; auch positive Gedanken; möglicherweise Wiederannäherung an die "gute Hoffnung").

b) Frauen bzw. Paare, die sich entschieden haben, die Schwangerschaft nicht fortzusetzen, können sich jetzt vorbereiten und einstellen auf das, was bei einer

vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft auf sie zukommt, welche extremen Belastungen ein später Abbruch, eine "eingeleitete" Geburt genau mit sich bringt.

Sie müssen sich einstellen auf stunden- bzw. tagelange schmerzhaftes Wehen. Einige müssen sich sogar damit auseinandersetzen, dass ein sog. Fetozid durchgeführt und die Frau erleben wird, wie ihr Kind vor Einleitung der Geburt durch eine Spritze durch die Bauchdecke der Mutter stirbt bzw. getötet wird. Diese Thematik, die – zusammen mit dem Indikationsstellenden und den, den Eingriff durchführenden Ärzten unter Einhaltung der juristischen Regelungen – aktive Mit-Entscheidung der werdenden Eltern, das Leben ihres ungeborenen Kindes aktiv zu beenden, stellt für alle Beteiligten, auch für die BeraterInnen, eine extrem belastende, tabuverletzende Situation dar.

Hier können Beratungsgespräche mit einer/m Berater/in, die/der sich nicht scheut mit den Paaren über das, was auf sie zukommt, einfühlsam ins Gespräch zu kommen, äußerst hilfreich sein. So äußerten z. B. viele Paare im Nachhinein gegenüber der Beraterin ihre Dankbarkeit über die klaren Informationen, trotz des äußerst schmerzhaften Inhalts.

Dies bedeutet, Berater(innen) müssen sich im Vorfeld – bevor sie Frauen oder Paare im Kontext von PD beraten – über ihre ethische Position, ihre persönlichen Möglichkeiten und Grenzen ein genaues Bild verschaffen und sich klar werden, inwieweit sie der Frau/dem Paar in dieser extremen Grenzsituation beistehen wollen und können, inwieweit sie diesen Belastungen von PD gewachsen sind. Erfahrungsgemäß ergeben sich in diesen Fällen immer längere Beratungs- und Begleitungsprozesse, die schwierigste Themen wie Schuld, Vergebung, die Schwierigkeit zu trauern, wenn aktiv die Entscheidung zum Tod des Kindes getroffen wurde ("darf ich überhaupt trauern?"), umfassen.

c) Frauen bzw. Paare, die wissen, dass ihr Kind eine nicht mit dem Leben zu vereinbarende, tödliche Erkrankung hat, und sich entschieden haben, nicht ins Schicksal einzugreifen, das Kind zu gebären, können sich jetzt einstellen und vorbereiten auf die schwere Geburt und das baldige Sterben, darauf dass sie ihr Kind nur kurz in der Welt werden begrüßen können und dann Abschied nehmen müssen.

Beratungsaufgaben nach erfolgter PD bei "schlechter Nachricht"

Anliegen der Frau/des Paares klären:

- Besteht Wunsch nach Hilfe und Begleitung bei Schritten zur Entscheidungsfindung über Fortgang oder Beendigung der Schwangerschaft?
- Im Falle der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft: Besteht Wunsch nach Begleitung der weiteren Schwangerschaft mit allen weiteren Ängsten und ggf. Komplikationen? Wird Hilfe bei der Vorbereitung auf das Leben mit diesem Kind gewünscht?
- Im Falle der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft bei einem nicht lebensfähigen Kind: Besteht Wunsch nach weiterer Begleitung der

Schwangerschaft, nach Unterstützung des Wunsches, nicht in den natürlichen Verlauf einzugreifen, nach Vorbereitung und Hilfen bei der Gewissheit baldiges Sterben und Tod ihres Kindes ertragen zu müssen?

- Im Falle der Entscheidung für die Beendigung der Schwangerschaft: Besteht Wunsch nach Hilfe in Form von Beistand, Konfliktverarbeitung, Trauerbegleitung, Wunsch nach Informationen z. B. über den späten Abbruch, Gespräch über Gewissenskonflikte etc. (s. Punkt 5 b)?

Angebot von Zeit und Raum für folgende mögliche Gesprächsinhalte:

- Klärung, ob alle Fragen zur Diagnose beantwortet sind (z. B. Tragweite, Therapiemöglichkeiten, Lebensfähigkeit und -dauer des Kindes etc.). Evtl. Unklarheiten sammeln mit dem Ziel, optimale Aufklärung zu bekommen.
- Mögliche Vermittlung an andere Berufsgruppen (Vernetzung) (Gespräch z. B. mit Kinderkardiologen, Kontaktvermittlung zu betroffenen Familien etc.)
- Stärkung des Bedürfnisses nach Pause, Ruhe, Erleben der Schwangerschaft
- Gespräch über soziale und persönliche Ressourcen oder mangelnde Unterstützung durch Partner, Familie; Stärkung der Ressourcen
- Wahrnehmen, Sortieren, Zeit lassen für widerstreitende Gefühle, Schuld, Trauer, Aushalten der Ambivalenz
- Hilfe bei Schritten zur Entscheidungsfindung; verschiedene Seiten des Schwangerschaftskonflikts der Frau/des Paares genau schildern lassen und konkret durchsprechen:
 - Gespräche über Gefühle, Gedanken, Vorstellungen, die für das Austragen der Schwangerschaft und die für einen Schwangerschaftsabbruch sprechen; diesbezüglich unterschiedliches Erleben und Einstellung der Partner, Bedeutung für die Paarbeziehung
 - Informationen über einen möglichen Schwangerschaftsabbruch (medizinisch, juristisch etc.). Der Wegfall der "embryopathischen Indikation" alter Fassung, jetzt "medizinische Indikation" mit dem seit 1995 geänderten Gesetz bedeutet, dass juristisch
 - die Zäsur der 22. SSW für Abbrüche weggefallen ist, d. h. auch zu einem noch späteren Zeitpunkt Abbrüche durchgeführt werden können,
 - die Beratungspflicht weggefallen ist, die Frauen und Paare ggf. sehr allein und wenig informiert sind über das, was auf sie zukommt,
 - die Chance besteht, sich für die Entscheidung über die Schwangerschaft mehr Zeit zu lassen.
 - Informationen und Gespräche über das mögliche Leben mit behindertem bzw. erkranktem Kind (ggf. Kontakt mit Eltern eines entsprechend behinderten Kindes vermitteln)
 - Trotz des erlebten Zeitdrucks: Zeit einräumen, mit dem Ziel möglichst keine übereilte, sondern eine tragfähige Entscheidung zu treffen!

- Schwangerschaftsabbruch erklären mit allen möglichen zu erwartenden Konsequenzen (später Abbruch als "eingeleitete" Geburt etc., Abschied, Möglichkeiten der Bestattung)
- Sterben des Kindes kurz nach der Geburt (Begrüßen und Verabschieden des Kindes, Bestattung, Finanzierungsfragen)
- seelsorgerliche Betreuung und Zuspruch von Vergebung.

6. Vorschläge für Eckwerte evangelischer Beratung im Kontext pränataler Diagnostik – Voraussetzungen, Anforderungen und Anfragen

Im Folgenden formuliere ich Voraussetzungen, Anforderungen (Aufgaben) und Anfragen an (evangelische) Beraterinnen und Berater, wie sie sich ihnen m. E. im Kontext qualifizierter Beratung und Begleitung von Frauen und Paaren vor, und überwiegend während und nach Inanspruchnahme der PD stellen.

Dabei habe ich mich u. a. an veröffentlichten Stellungnahmen zur Schwangerschaftskonfliktberatung bei ungewollter Schwangerschaft orientiert und meine Überlegungen und Anfragen im Hinblick auf die freiwillige evangelische Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik spezifiziert.⁵

Anforderungen und Anfragen an Berater(innen) bei freiwilliger (evangelischer) Beratung im Kontext von PD

1. Ertragen von Behinderung, Krankheit, Trennung, Verlust und Trauer

Aufgabe: persönliche Auseinandersetzung mit folgenden Themen:

- Schwangerschaft, Geburt und Abbruch
- Behinderung, Erkrankung, Perfektionsdruck
- Verlust, Trauer, Tod

Fragen an Berater(in):

- Wo stehe ich, was habe ich bearbeitet, was nicht?
- Wo habe ich aufgrund der eigenen Geschichte persönlich blinde Flecken und bin (bewusst oder unbewusst) nicht offen und bereit den höchst schwierigen, leidvollen, zerreißen Prozess der Frauen/Paare zu begleiten, d. h. die Probleme, Gefühle wahrzunehmen und z. B. auch von mir aus anzusprechen?
Bin ich zum Beispiel,
 - bereit genau nach der Art der Behinderung zu fragen, ohne zu bagatellisieren?

⁵ Präses Kock zur Pflichtberatung 1998; "Die evangelische Schwangerschaftskonfliktberatung. Eine Orientierungshilfe" erarbeitet vom Gesprächskreis zu § 218 StGB im DW der EKD von 1993; Argumente aus der EKIR. Argumente 2. "Mit der Frau, nicht gegen sie" von 1998.

- bereit über Sterben, Tod, Bestattung des Kindes zu sprechen und die Trauer der Paare zu begleiten?
- bereit und fähig über die "eingeleitete" Geburt (späte Beendigung der Schwangerschaft) zu informieren, d. h. über alles zu sprechen, was in dem Zusammenhang auf die Paare zukommt bzw. zukommen kann – bis hin zur Lebensfähigkeit nach einem Abbruch und zum Fetozid, damit die Paare sich innerlich darauf einstellen können? (s. Punkt 5)

2. Zutrauen und Respekt für die verantwortliche Gewissensentscheidung der Frau/des Paares

Aufgabe: Auseinandersetzung mit persönlicher ethischer Einstellung, mit allgemeinen und christlichen Wertvorstellungen und Normen. Erkennen und Wissen um die eigene Position.

Fragen an Berater(in):

- Bin ich wirklich offen und bereit, die Frauen und Paare vorurteilsfrei, voraussetzungslos anzunehmen, sie mit Respekt für ihre eigene Werteinstellung und Position zu begleiten, d. h. auch, mich in ihre Situation einfühlen zu können, sie verstehen zu wollen und gleichzeitig Abstand zu wahren?
- D. h. mit der Frau zu gehen, nicht gegen sie?!
- D. h. auch, jede Form der Überredung, der moralischen Belehrung oder gar Schuldzuweisung zu unterlassen bzw. ethische Auseinandersetzungen der Frau oder des Paares respektierend mitzutragen?
- D. h. ihr bzw. ihnen weder direkt noch indirekt die Schuld anzulasten oder gemeinsame, auch gesellschaftlich verantwortete Schuld auf sie abzuwälzen?
- Glaube ich an die Möglichkeit der Vergebung und kann die Frauen/Paare auch seelsorgerlich begleiten und in ihren schweren Gewissensentscheidungen entlasten?

3. Bereitschaft die Frau/das Paar individuell in ihren Anliegen zu begleiten, egal in welche Richtung sie sich entscheiden bzw. entschieden haben

Aufgabe: Auseinandersetzung mit Ambivalenzkonflikten, Lernen, widersprüchliche, bis zur Zerreißprobe oder darüber hinausgehende Gefühle, Spannungen und Ambivalenzen auszuhalten und zu ertragen, d. h. auch mittragen.

Akzeptieren: Was das Austragen oder die Beendigung der Schwangerschaft für eine Frau (das Paar und die Familie) wirklich bedeutet, kann Berater(in) als Außenstehende(r) kaum ermessen.

Fragen an Berater(in):

Bin ich offen, bereit und fähig, Frauen und Paare in ihren psychischen, physischen und sozialen Notlagen und Konflikten zu begleiten?

Das heißt, sie zu begleiten,

- bei ihrer Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft und darüber hinaus, d. h. bei späten Schwangerschaftsabbrüchen das Leben nach Abbruch und eventuellem Fetozid mit den komplizierten Trauerprozessen zu begleiten?
- bei ihrer Entscheidung, dem natürlichen Ablauf nicht vorzugreifen, Geburt und baldiges Sterben des Kindes im Kreißsaal oder kurze Zeit später zu begleiten? Und das heißt, wenn nicht direkt, dann indirekt dem Tod ins Auge zu sehen inklusive Bestattung, Finanzierung der Bestattung etc....
- bei ihrer Entscheidung die Schwangerschaft auszutragen und mit Behinderung zu leben? Bin ich bereit, das Problem nicht zu bagatellisieren?

Habe ich keine Hemmungen mir die Probleme, Schwierigkeiten, Krankheiten, Behinderungen, Operationen, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten und -grenzen, die Überlebenschancen des Kindes genau schildern zu lassen?

Kann ich die Dimension der Gefühle von Eltern in Erwartung eines behinderten Kindes erahnen und aushalten?

4. Aufbau eines Kooperationsnetzes im Kontext von PD

Aufgabe: vertrauensvolle, von gegenseitigem Respekt getragene Zusammenarbeit und Dialog mit anderen mit PD befassten und speziell ausgebildeten Berufsgruppen, Unterlassen von Feindbildern, Anschuldigungen, moralischen Bevormundungen

Fragen an Berater(in):

Bin ich bereit, meine Grenzen, mein Nicht-Wissen zu akzeptieren:

- mich allgemein und speziell zu informieren und weiterzubilden, mit spezialisierten Professionen zusammen zu arbeiten, d. h. aktiv das Gespräch zu suchen?
- im individuellen Fall die Frauen und Paare selbst zu befragen oder nach vorheriger Absprache mit den Frauen/Paaren mich ggf. selbst mit den Spezialisten in Verbindung zu setzen, mit ihnen zu sprechen und den Prozess, den die Frauen und Paare durchlaufen, evtl. sogar gemeinsam zu tragen und sich gegenseitig zu informieren, aber auch zu entlasten?
- eine Adressenkartei aufzubauen, Kenntnisse und Zusammenarbeit mit Eltern- und Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen etc. zu erwerben und ggf. Kontakte zu vermitteln?

5. Psychohygiene

Aufgabe: Teilnahme an speziellen Fortbildungen zur PD, fortlaufende fachliche Supervision zur persönlichen Entlastung und Reflexion konkreter Beratungsprozesse, Klärung von blinden Flecken, ethische Standortbestimmung, Bereitstellung zeitlicher, räumlicher und finanzieller Mittel für ein neues Beratungsfeld auf institutioneller Ebene (Beratungsstelle, Träger, Kirche)

Schon die Pflichtberatung bei ungewollten Schwangerschaften ist schwer genug und arbeitet im Spannungsfeld und ethischen Konflikt zwischen Leben und Tod, Schutz des Ungeborenen und Schutz der Frau. Noch viel schwerer ist die freiwillige Beratung im Kontext von PD. Sie bringt alle Beteiligten in extreme Grenzbereiche von Leben und Tod, in unerträgliche, oft nur schwer aushaltbare Zerreißproben, denen viele nicht gewachsen sind.

Darum sind Möglichkeiten zur Psychohygiene der Beratenden unerlässlich und notwendige Voraussetzung und fortlaufende Bedingung als Grundlage für die Arbeit im Kontext von PD. Neben den persönlichen Anfragen an Berater(innen) sind hier auch Institution, Beratungsstelle, Team, Träger und Kirchen angefragt, inwieweit sie bereit und fähig sind, die Möglichkeiten – z. B. zeitlich, finanziell, räumlich – für die Beratenden bereitzustellen.

Fragen der Psychohygiene

a) auf fachlicher, professioneller Ebene:

- Besteht Bereitschaft und Möglichkeit zur Teilnahme an speziellen Fortbildungen zur Aktualisierung von Wissen, Information und Austausch mit anderen Berater(inne)n und spezialisierten Professionen im Kontext von PD?
- Besteht Bereitschaft und Möglichkeit zu regelmäßiger fachlicher Supervision als persönliche Entlastung und zur Reflexion konkreter Beratungsprozesse und Arbeit an der Beraterpersönlichkeit einzeln oder in einer Gruppe?
- Werden hierzu die finanziellen und zeitlichen Mittel vom Träger bereitgestellt?

b) auf institutioneller Ebene:

- Gibt es eine vom Team und Träger getragene Entscheidung für die Spezialisierung im Feld von Beratungen im Kontext von PD anzubieten?
- Besteht Wahlfreiheit des/der Berater/in für dieses Beratungsfeld?
- Gibt es Möglichkeiten im Team zu Fallbesprechungen, Unterstützung und Respekt im Team für diese Arbeit?
- Stehen die notwendigen zeitlichen und räumlichen Möglichkeiten für die belastenden und aufwändigen Beratungen bereit, z. B. ausreichende Zeit für Vor- und Nachbereitung, ruhige, ungestörte räumliche Möglichkeiten?
- Ist der Aufbau eines Kooperationsnetzes mit anderen Professionen und Institutionen möglich und wird vom Team/Träger entsprechend unterstützt?
- Besteht Bereitschaft zur Öffentlichkeitsarbeit?

c) auf persönlicher Ebene:

- Gibt es ausreichende persönliche und soziale Ressourcen wie z. B. Möglichkeiten zum persönlichen Austausch, Anerkennung, Befriedigung in sozialen Beziehungen (Freundeskreis, Partner(in), Familie)?
- Besteht Bereitschaft zur Arbeit an persönlichen blinden Flecken auf dem Hintergrund der eigenen Biografie in einer Beratung, Therapie oder Selbsterfahrung des/der Beraters/Beraterin?

Zu den Autorinnen:

Annelene Meyer, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Paartherapeutin; Schwerpunkte: Theorie und Methodik der Einzel- und Paarberatung, Beratung im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik, Schwangerschaft und Sexualität; Psychotherapie

c/o Ev. Zentralinstitut für Familienberatung gGmbH

Auguststr. 80, 10117 Berlin

E-mail: AnneleneMeyer@ezi-berlin.de

Renate Brünig, Ärztin, Ärztliche Leiterin des Sozialmedizinischen Dienstes des Bezirksamtes Berlin-Charlottenburg-Wilmersdorf; Schwangerschaftskonfliktberatung, Prävention, Beratung im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik

Paderborner Str. 9, 10709 Berlin

Matthias C. Bettex

In der Krise begleiten

Abstract

Schwere Erkrankungen des Menschen sind nicht nur körperliche, sondern auch seelische Krisen. Der Mensch wird Patient (lat.: Erduldender, Leidender), wird Objekt medizinischer Bemühungen, erlebt eine andere Welt, das Krankenhaus, sein ganzes Wirklichkeitsgefüge wird verändert. Erschütterungen dieser Lebensphase brauchen oft Monate der Erholung. Mit "Orientierungsverlust" und "Verlust des Selbstverhältnisses" beschreibt der Autor die Situation des Patienten in der Krise. Mit Hilfe der Meditation des Kreuzes von Rosenstock-Hussey, dem "Kreuz der Wirklichkeit" deutet er die Wirklichkeit der Patienten. Er stellt dann analog dazu Kriseninterventionsregeln, die "Rekonstruktionsmethode" nach dem Zerbruch einer Lebensordnung vor: Regel 1: außen: den Sachbezug herstellen – Regel 2: rückwärts: den Kontext klären – Regel 3: innen: das Erleben verstehen – Regel 4: vorwärts: den Appell hören.

Psychosoziale Stichworte: Fremdbestimmung – Krankheit – Krise – Leiden – Selbstbestimmung – Sinn des Lebens – Sterben – Tod – Trauer

Einleitung

Wir haben uns daran gewöhnt, "Gesundheit" als das uns angemessene "Normale" anzusehen, und Krankheit als das Fremde, das nicht zu uns gehört. Aber wir

müssen uns bewusst machen, dass 80% des Krankheitsspektrums chronische, nicht heilbare Krankheiten sind, mit denen der Erkrankte leben muss. Und das Sterben, das zu jedem Leben gehört, kann ein wichtiger, unter Umständen langwieriger Abschnitt dieses Lebens sein.

Ich möchte zeigen, wie wir unter diesem Gesichtspunkt den Verlauf eines Krankheitsprozesses als einen Weg verstehen können, der als ein "Krisenweg" gekennzeichnet ist. Soweit es in der gebotenen Kürze möglich ist, zeige ich ein Modell auf, das uns Krisenbegleitern helfen kann, den Begleitungsprozess sinnvoll zu strukturieren und zielführend auszurichten.

Leider muss ich auf weitergehende Begründungen und insbesondere auf Fallbeispiele verzichten, die das Ganze besser veranschaulichen würden. Dennoch hoffe ich, Geschmack zu wecken an einem Verständnis, das sich mehr dem "Begleiten", als dem Beraten und Therapieren, und mehr dem inneren Bewältigen, als dem äußerlich sichtbaren "Heilungserfolg" verpflichtet sieht.

Ich verstehe Krankheit und Sterben als Krise, und darin als eine Anfrage, die unserer Antwort bedarf.

1. Krankheit als Krise

1.1 Diagnose Krebs: Alles ist in Frage gestellt

Der Erkrankte wird mit einer Diagnose versehen, die eine Unzahl von beängstigenden Assoziationen wachruft:

- sein Lebensplan wird unterbrochen oder abgebrochen;
- seine beruflichen Aktivitäten und sozialen Rollen werden in Frage gestellt;
- oft ist die Familie bedroht und muss sich heimlich oder offen umorientieren;
- der gesamte Lebensrhythmus ändert sich;
- Ängste vor einem schmerz- und qualvollen Sterben treten auf;
- viele denken zum ersten Mal nach über den Sinn ihres Lebens.

Eigentlich bedeutet solch eine Erkrankung einen zentralen Einbruch in das Lebensgefüge des Erkrankten. Alles ist in Frage gestellt. Alles bedarf einer Neuorientierung und neuen Ordnung.

1.2 Hospitalisierung: Krise der Eigenständigkeit

Dann kommt das Krankenhaus, ein ganzes Staatswesen, das nach eigenen Gesetzen und Regeln funktioniert:

- die Kleidung, Titel, Rollen gelten nicht mehr das, was sie vorher galten;
- der Lebensrhythmus wird bestimmt durch die Gesetze dieses Großbetriebs;
- Arzt und Schwester bestimmen, was "krank" ist und in welche Regeln sich ein Kranker zu fügen hat;

- der/die Kranke lernt, ein "Patient" zu sein und muss eine Sprache lernen, die hier gesprochen und verstanden wird: "Senkung, Ph-Wert, Leukos, etc."
- neben und aus seinem Leiden entsteht ein "Krankheitsprozess", von dem er so gut wie nichts versteht;
- er ist auf Arzt und Schwester so wie auf Vater und Mutter angewiesen.

Der Patient hat also ein doppeltes Problem:

- Durch die Krankheit zerbricht im allgemeinen seine bisher gelebte Lebensordnung, sie wird zumindest tief erschüttert und in Frage gestellt;
- er wird in eine Krankheitsordnung aufgenommen, die ab jetzt für sein Leben bestimmend wird und hat in ihr die Rolle eines "Patienten" nach vorbestimmten Mustern zu erfüllen.

1.3 Entlassen: Ein "Anderer" unter "Normalen"

Mit einem dritten Problem wird er konfrontiert, wenn er das Krankenhaus verlässt:

- nach einer so gravierenden Diagnose und Behandlung kommt er als ein anderer nach Hause zurück als der er weggegangen war;
- nicht nur er ist anders geworden; sondern er wird auch anders – als "noch unter uns Lebender", als Gast, als "vom Tode Gezeichneter" etc. – gesehen.

Er muss jetzt mit seiner Erkrankung in einer Welt leben, die "Krebs" nur fürchtet und vernichten will.

Wenn er selbst aber seine Krankheit nicht nur bekämpfen, sondern auch als einen Impuls für eine Wandlung seines Lebens erkennen und möglicherweise anerkennen will, dann muss er gegen vorgegebene Urteile und Strukturen angehen und ist dabei auf die Mitveränderungsbereitschaft seiner sozialen Partner angewiesen.

1.4 Du bist "geheilt": "motherless child"

Man will es zunächst nicht recht glauben:

Wenn ein Krebspatient erfährt, dass er von seiner Krankheit "geheilt" ist, dass seine möglicherweise sehr gravierende Behandlung beendet und das Auftreten eines erneuten Rezidivs sehr unwahrscheinlich ist, dann tritt häufig eine neue Problemsituation ein:

Viele Patienten reagieren sehr ambivalent auf das Wegfallen des Organisationsrahmens, den die medizinische Behandlung ihnen vorgeschrieben hat. Es kommt zu Erschöpfungs- und Entlastungsdepressionen, zu Angstzuständen, die teilweise mit Suizidgedanken assoziiert sein können. Ein Gefühl stellt sich ein, zuerst "umgekrepelt" und umerzogen und dann wieder in das alte Leben entlassen worden zu sein, dem man sich entfremdet hat, dem man sich nicht mehr gewachsen fühlt.

Das soziale Umfeld reagiert angesichts der erfolgreich verlaufenen Therapie meistens verständnislos auf solch eine Reaktion, wenn sie länger als die verständ-

liche körperliche Erschöpfung dauert. Es kann sich nicht klarmachen, was es psychisch heißt,

- derart existenziell in Frage gestellt zu werden,
- durch die totale Abhängigkeit vom medizinischen System zu gehen
- und schließlich mit einer tiefen Verunsicherung gegenüber dem eigenen Körper in diese Welt entlassen zu werden.

12 bis 18 Monate ist eine "normale" Zeitspanne, die ein Krebspatient nach seiner erfolgreichen Behandlung benötigt, um sich wieder "fit" zu fühlen. Aber etwa jeder dritte Patient klagt noch nach Jahren über Symptome, die mit einer nicht gelingenden Krankheitsverarbeitung in Zusammenhang stehen.

1.5 Progression: Vertrauensbruch

Die Einleitung einer weiteren Krise geschieht in vielen Fällen durch das erste Rezidiv. Erst jetzt wird der Patient mit der Chronizität seiner Erkrankung konfrontiert, wenn die mit mehr oder weniger Erfolg unterdrückte Befürchtung, dass die Krankheit erneut ausbrechen könnte, zur Wirklichkeit wird. Jetzt ist weder ein Verlass auf den eigenen Körper, noch auf die so viel an Vertrauen fordernde Medizin mehr möglich. Dieser "Vertrauensbruch" löst unendliche Fragen aus, die von der Selbstbeichtigung über die Beschuldigung der sozialen Partner bis zum Vorwurf an die Medizin reichen und im "positiven Fall" – häufig können das die Medizin selbst und medizingläubige Angehörige nicht so sehen – zu einer Verselbständigung des Kranken führt. Er muss jetzt selbst zum "Experten" seiner eigenen Erkrankung werden und braucht die medizinischen und anderen Helfer als seine Begleiter.

1.6 Finalphase: Das Gefürchtete leben

Wenn "uns die Krankheit davonläuft", wie viele Ärzte sagen, oder: "Wir können nichts mehr für sie tun!", dann tritt erneut eine Krise ein, die eine Veränderung der Organisation des Krankheitsmanagements erfordert.

Während in der Erstbehandlung der Erkrankung die kurative (auf Heilung gerichtete) Medizin das Terrain beherrschte, schiebt sich nun die palliative (begleitende, lindernde) Medizin, deren Absicht schon in der Phase der chronischen Progenz zu erkennen war, immer mehr in den Vordergrund.

Ihre Frage ist: "Wie kann dieser Patient auf seinem Weg zu seinem Sterben in seiner psychischen, sozialen und ökonomischen Situation begleitet werden?"

2. Was ist das Charakteristische?

In jeder dieser Krisen bricht das bisher gewohnte Wirklichkeitsgefüge des Patienten zusammen oder wird zumindest tiefgehend in Frage gestellt. Und dabei geschehen im Wesentlichen zwei Dinge:

2.1 Die Orientierung geht verloren

Die "Orientierung" geht verloren. Der Patient wird mit einer Situation konfrontiert, zu deren Bewältigung ihm keine Verhaltensmuster zur Verfügung stehen. Er selbst wird sozusagen aus seiner und aus unser aller gewohnten Wirklichkeit, aus der "Normalität" herausgerissen und verliert dadurch die Fähigkeit, angemessen zu reagieren. Denn alle unsere "normalen" Reaktions- und Handlungsweisen sind – ohne dass wir uns dessen bewusst sind – sinngemäß auf unser "normales" Leben bezogen. Nun aber ist gerade das "Normale", das Bekannte und Gewohnte zusammengebrochen oder in seinem Sinn hinterfragt. Und damit ist alles hinterfragt. Das, was wir das "Normale" nennen, was durch den Sinnhorizont der Selbstverständlichkeiten unseres Lebens und durch unsere persönlichen Ziele und Intentionen, die sich darauf stützen, gestiftet wird, das bricht für den Krebspatienten zusammen.¹ Nichts ist mehr, wie es vordem war. Zugleich weiß er aber noch nicht und wagt es vielleicht auch nicht zu wissen, was ihm bevorsteht und wie man mit solchen Dingen, die auf ihn zukommen, zurechtkommen kann.

Logisch ist das nicht gleich verständlich. Denn objektiv hat sich ja z. B. mit der Diagnosemitteilung noch gar nichts geändert. Aber subjektiv hat sich viel verändert. In das Leben dieses Menschen ist eine Wahrheit eingetreten, die alle vorher geltenden Wege, Ziele und Intentionen für Irrtümer erklärt. Er kann die sich ihm stellende Situation nicht deuten. Er hat in Bezug auf das, was er jetzt tun könnte, die Orientierung verloren.

2.1.1 Evelyn versteht die Welt nicht mehr

Dazu ein Beispiel, das viele Eltern kennen:

Eine Mutter hat mit ihrem Mann abgesprochen, abends endlich einmal wieder in einen Film zu gehen. Das Baby würde um diese Zeit schon schlafen, und die dreijährige Tochter Evelyn auch, denn sie werde sie mittags ausnahmsweise nicht schlafen legen, sondern mit ihr baden gehen, dann sei sie abends entsprechend müde. Für den Notfall ist mit der Nachbarin vereinbart, dass sie nach den Kindern sieht.

Die Eltern haben sich vorgenommen, Evelyn nichts von ihrem Vorhaben zu sagen, denn dadurch würde sie nur beunruhigt und schlecht einschlafen können. Alles scheint bestens geregelt. Nur die Eltern haben sich nicht klar gemacht, dass mit ihrem Beschluss sozusagen "eine andere Wirklichkeit" auch in das Leben von Evelyn eintritt.

Zunächst geht alles gut. Evelyn empfindet die Mutter beim Baden richtig toll. Sie tobt mit ihr, wie sie's noch nie gemacht hat und besteht auch nicht – wie sonst – auf dem Mittagsschlaf.

¹ Gerdes, Nikolaus: "Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn", in Schmidt, Werner (Hrsg.) *Jenseits der Normalität*. München 1986

Aber am späten Nachmittag ist sie nicht mehr so lieb. Irgendetwas ist anders. Sie ist abwesend und reagiert so gereizt auf ihre vielen Fragen. Als Evelyn ins Schlafzimmer der Eltern kam, zog Mutter ziemlich hastig einen Mantel aus, in dem sie sich vor dem Spiegel angeschaut hatte. Sie wollte nicht sagen, wofür sie den Mantel brauche und ob sie jetzt weggehen wolle etc. Evelyn sollte hinter sich die Tür zumachen, als sie 'rausging. Das brauchte sie sonst nie. Die Türen standen immer offen.

Gegen Abend wurde es dann richtig ungemütlich. Das Essen sollte "schnell" gegessen werden, schneller als sonst und ohne Papi. Beim Stillen und Wickeln des Babys sollte sie sich schon ausziehen, obwohl sie doch sonst abwechselnd der Mami oder dem Papi dabei helfen durfte. Alle Fragen waren irgendwie falsch und machten Mami spürbar nervös.

Das Ganze endete mit einem kräftigen Klaps auf den Po, worauf Evelyn entsetzt und kräftiger als sonst schrie. Da kam gerade Papi nach Hause und fragte: "Muss das jetzt sein?", worauf sich die Eltern zu streiten begannen und der Vater die schreiende Evelyn ins Bett zu bringen und zu trösten versuchte.

Das Schlimmste war für Evelyn, dass trotz der Beteuerungen der Eltern alles so ungereimt und deswegen so unheimlich war. Irgendwie waren die Eltern anders als sonst. Das weckte ihre Angst und ließ sie nicht einschlafen.

Evelyn hatte ein "Deutungsproblem". Die Wirklichkeit, die sie erlebte, und die Deutungsschemata, die sie kannte, passten nicht mehr zusammen.

2.1.2 Die Wirksamkeit der Situation

Prinzipiell muss verstanden werden, dass der therapeutische Begleiter nicht "Herr über die Wahrheit" ist. Im Gegenteil, er übt eine die Lebenswirklichkeit vermittelnde Funktion darin aus, dass er dem Kind, bzw. dem Patienten die "Wahrheit seiner Wirklichkeit" erschließt, dass er sie ihm deutbar, erkennbar, lebbar macht. Wenn er das nicht tut, wenn er glaubt, die Wirklichkeit nach seinem eigenen Gutdünken oder nach seinem "besseren Wissen" umdeuten zu können, dann löst er in dem von ihm Begleiteten eine Spaltung aus:

Der hört die Erklärung seines Begleiters, und zugleich merkt er, dass daran irgendetwas nicht stimmt. Diese Erkenntnis fordert ihm – das geschieht häufig unbewusst – eine Entscheidung ab: Er muss sich gegen sein wahres Gespür für die wirksame Wirklichkeit, für das professionalisierte Wissen seines Begleiters entscheiden, oder er muss sich gegen seinen Arzt – den er ja nicht verlieren will – für die Wahrheit seiner erlebten Wirklichkeit entscheiden.

Die Wirklichkeit teilt sich ihm über eine Unmenge von Signalen mit:

- Der Körper reagiert mit Müdigkeit, Schwäche, Fieber, Schweiß.

- Die Ärzte blicken ernst, sind freundlich offen, verschlossen, ausweichend, indirekt.
- Sie benutzen angenehme, aufbauende oder aggressive Medikamente und führen erträgliche oder unangenehme und schmerzhaft Untersuchungen durch.
- Das Pflegepersonal ist gesprächig oder stumm, blickt ermutigend oder mitleidig und verrät im Tenor seiner Maßnahmen eine kurative oder palliative Tendenz.
- Mit vielen Patienten kann man sich vergleichen. Einige brennen darauf, Gutes oder Schlechtes, Ermutigendes oder Bedrohliches zu berichten. Sie haben die Sterbensweise ihrer ehemaligen Mitpatienten genau beobachtet und finden Wege, jede Beobachtung direkt oder indirekt an den richtigen Mann, die richtige Frau kommen zu lassen.
- Und schließlich die Angehörigen und Bekannten mit ihren fröhlichen oder bedenklichen, besorgten oder bedeutungsvollen Gesichtern; ihr Fragen, ihr übertriebener Optimismus, ihre verweinten Augen etc.

Der Patient liest diese Signale in seiner durch die Erkrankung gesteigerten Sensibilität. Und wenn er sie auch mit seiner ebenfalls zunächst verstärkten Abwehr von sich schiebt, leugnet oder verdrängt, so erfährt er doch die einzelnen alltäglichen Dinge vor diesem Zusammenhang, der sich aus seiner unmittelbaren Wahrnehmung ergibt. Mit der Zeit wird beim unheilbar Kranken seine Krankheit immer stärker als er. Entgegen seinen Bemühungen, "normal" zu bleiben, erfasst sie, ausgehend von seinem Leib, seinen gesamten Lebensraum. Über alle seine Beziehungen fließt sie auf ihn zu. Sie ist die stärkere und ihn schließlich von allen Seiten einholende Wirklichkeit.

Vor ihrem sich unerbittlich durchsetzenden Hintergrund versucht er, das gegenwärtige Geschehen zu verstehen und es in ihr Gefüge einzuordnen.

2.1.3 Wirklichkeit muss erschlossen werden

Eines der naivsten Urteile gegenüber sterbenskranken Patienten ist, dass sie von ihrem Zustand nichts merken würden und dass es daher im Belieben des Arztes, des Ehepartners oder der Eltern liege, ob man ihn "aufklären", ihm "die Wahrheit sagen" soll – so als ob in dieser Entscheidung beschlossen sei, "wie viel" der Patient von seinem Zustand wüsste.

Es kann in solchen Mitteilungen aber nicht darum gehen, ob und dass der Patient etwas über seinen Zustand merkt und erfährt, sondern darum, ob der/die Therapeut(in) oder die Familie bereit ist, mit dem Patienten die neu entstehende Krankheitswirklichkeit zu erschließen, sich ihr zu stellen, ihn in ihr zu begleiten und seiner alle Beteiligten erschreckenden Wirklichkeit den ihr angemessenen Raum und die ihr angemessene Beachtung zu geben.

Die Basis jeder Krisenbegleitung ist die Frage danach, ob der Therapeut bereit ist, mit seinem Patienten die Wahrheit seiner Wirklichkeit zu teilen. Von der Beantwortung dieser Frage hängt ab, ob sich zwischen beiden ein "wahrheitsfähiges"

Bündnis ergibt, aus dem heraus allein eine existenzielle Krise bewältigt werden kann.

Es geht darum, diese neue Welt des Unglücks, des Todes, des Abschieds, der Krankheit zu benennen, sie zu begreifen – sie aus der Dimension des Dämonischen herauszuholen. Sie muss mit der bisher bekannten Wirklichkeit so verbunden – versöhnt – werden, dass daraus eine gemeinsam lebbare, neue Wirklichkeit und Geschichte entsteht.

2.2 Das Selbstverhältnis ist aufgehoben

Bevor ich zu Denkmodellen komme, die helfen können, mit solchen Situationen besser umzugehen, möchte ich noch von einem zweiten Merkmal reden, durch welches Krisen gekennzeichnet sind.

Menschen in extremen Krisen zeigen deutliche Anzeichen dafür, dass sie ihr "Selbstverhältnis" verloren haben, d. h. sie haben kein Verhältnis zu sich selbst, sie haben keine Distanz zu sich selbst und zu den Dingen, sie können die Wichtigkeit oder Dringlichkeit ihres Anliegens nicht mehr einschätzen und haben den Wertbezug zu sich selbst verloren. Das ist im Grunde auf einer noch tieferen Ebene angesiedelt als das, worum es in der Frage der Orientierung ging. Orientierung erfahre ich durch meine auf das "Äußere" gerichteten Sinne. Wenn aber das innere Gefühl für das "Angemessene", für das, was jetzt "dran ist", abhanden gekommen ist, dann kann es keine als sinnvoll erlebten Schritte oder Vollzüge mehr geben, dann nützt alle äußere Orientierung nichts.

In der Krise bricht nicht nur die Lebensordnung und damit die nüchterne Orientierung zusammen, sondern auch

- der innere Kontakt zu sich selbst,
- die Fähigkeit, sich selbst zu beurteilen,
- das Gefühl für den Sinn dessen, was man tut,
- die Fähigkeit, zu sich selbst ein Verhältnis einzunehmen

gehen verloren, und damit ist alles in Frage gestellt.

Zur Erläuterung will ich ein Bild benutzen:

2.2.1 Der Schwimmer in der Brandung

Bei heftiger Brandung hat sich ein unerfahrener Schwimmer hinaus ins Meer begeben. Nach einiger Zeit ist er müde und will ans Ufer zurück. Da gerät er kurz vor seinem Ziel in den Sog des zurückflutenden Wassers. Die Angst packt ihn. Er beginnt einen erschöpfenden Kampf gegen den Sog. Er ist zu dicht am Rande, als dass ihn die heranflutende, aber schon brechende Welle über den Sog weg ans Ufer tragen könnte. Und er kämpft zu sehr gegen den Strom, als dass dieser ihn hinaus in das ruhigere Wasser und in die Kraft einer sich sammelnden Welle bringen könnte.

Dieses Bild zeigt einen Menschen, der leben will und vom Tode (der Rückflut) bedroht ist. In seiner Angst widersetzt er sich der Dynamik des ihn tragenden Lebens. Er erkennt, dass er vom Wasser auch getragen wird, und er erschöpft sich im Kampf gegen dessen rhythmische Kraft.

Eigentlich könnte er diese neue Situation leben, wenn er sich mit ihren Gesetzmäßigkeiten auskennen und sich ihnen anvertrauen würde. Aber in seiner Angst hat er sein Verhältnis zu sich selbst und zu seiner Umwelt verloren.

Man kann seine Reaktion als eine Funktion seiner Angst verstehen:

Er ist seiner ihn überflutenden Angst wegen unfähig, die sich ihm positiv eröffnenden Möglichkeiten an- und wahrzunehmen.

Sein Abwehrverhalten hat eine Art Überlebensfunktion. Seine heftigen Schwimmbewegungen retten ihn ja – kurzfristig – tatsächlich davor, unterzugehen oder ins Meer hinausgezogen zu werden. Es bindet damit zugleich aber soviel Energie und Aufmerksamkeit, dass er darüber hinaus nicht mehr in der Lage ist, den größeren Zusammenhang und die realen Gegebenheiten seiner Lebenssituation wahrzunehmen. Seine gesamte Reaktionsweise ist auf die vom Schrecken gesteuerte "instinktive Notfallreaktion" eingeschränkt.

Was besagt dieses Bild für die therapeutische Begleitung?

Die Aussage ist, dass Patienten in der Krise – so unsinnig ihre Abwehr von außen gesehen auch erscheinen mag – sich prinzipiell in so einer angstgesteuerten Notfallsituation befinden. Sie benötigen ihre Energie dafür, einerseits einen Ausweg aus ihrer Situation zu finden, andererseits aber der sie überflutenden Angst Herr zu werden.

Und unter dieses Verdikt – "Ich kann und will jetzt die Wahrheit nicht hören, weil sie mich tödlich bedroht" – unter dieses Verdikt fällt auch der Versuch des Arztes, Seelsorgers oder Psychotherapeuten, den Patienten oder seine Angehörigen "aufzuklären".

2.2.2 Das ADS-Kind in der Reizüberflutungssituation

Es ist so, wie bei einem Kind mit einem ADS-Syndrom:

Die aufregende Situation des Arztzimmers, die anderen Gerüche, die fixierenden Blicke, der ernste Ton in den Stimmen der Redenden flutet unsortiert auf es ein. Es kann in dieser Situation nur einen "gesunden" Impuls haben:

"Wie komm ich hier heraus? Wie komm ich an dem Arzt vorbei? Wie stelle ich diese Konzentration des Interesses ab, das sich auf mich richtet und dem ich mich nur im Ausweichen gewachsen fühle, im Suchen einer Außen-, einer Randposition, von der aus ich mich dann langsam und unbeobachtet wieder nähern kann?"

Das "innere Unglück" wird kognitiv nicht präsent, es wird abgewehrt. Die Überlebensreaktion ist darauf angelegt, der traumatischen Situation zu entkommen. Da hinein sind alle zur Verfügung stehenden Kräfte gebunden.

Der Widerstand des Patienten gegen eine "bessere" Erkenntnis oder Einsicht bedeutet, dass der Patient oder seine Angehörigen im Augenblick nicht in der Lage sind oder sich nicht in der Lage fühlen, sich der sie bedrohenden Wahrheit emotional oder auch nur kognitiv zuzuwenden. Sie können dem aufklärenden Therapeuten seine Information nicht abnehmen und sie nicht in die eigene Ökonomie integrieren.

2.2.3 Vom Behandeln zum Begleiten

Ein guter Arzt weiß, dass er mit einem angstblockierten Kind einen Umweg gehen muss. Ich möchte präziser sagen, dass er mit ihm möglichst seinen – des Patienten – Umweg gehen soll.

Er geht mit dem Patienten seinen Umweg und stellt ihm auf diesem Weg sein – des Begleiters – eigenes Sehen und Wissen – dem Zeitmaß des Patienten entsprechend – zur Verfügung.

Wenn ich mit einem Patienten in der Krise dessen Handlungsmächtigkeit wieder herstellen will, so muss ich ihm zuerst ermöglichen, sich von der ihn unmittelbar bedrohenden Gefahrenquelle abzugrenzen, sich weit genug zu distanzieren. Und dieses kann er nur, wenn ich ihm den Raum gebe, den er seiner bisher gewohnten Angstabwehr gemäß bedarf, um sich dem gefürchteten Gegenstand erneut auf seine Weise anzunähern.

Die Regel in Bezug auf den Umgang mit der Angst in der Krisensituation heißt, dass der Therapeut niemals zum Gegner oder Durchbrecher des Widerstands werden darf, sondern zu dessen Anwalt. Er muss wissen, dass die Wahrheit ihre Zeit braucht, bis sie im Herzen auf- und angenommen werden kann.

3. Gibt es methodische Hilfen?

Psychologen werden von Ärzten häufig gefragt: "Was muss ich in dieser Situation tun? Was ist richtig? Was ist falsch?" Dann gerät der Psychologe in Verlegenheit. Denn in der Psychotherapie gibt es selten ein "Richtig" oder ein "Falsch". Meistens kann man dann nur antworten: "je nachdem". Es geht um das Angemessene, das, was dem Patienten, seiner Situation und auch dem Therapeuten selbst gerecht wird. Und es geht um das "Zur rechten Zeit", um das, was noch nicht vorher und nicht mehr nachher, was aber genau jetzt als Handlung und Antwort richtig ist. Ich möchte mich hier nur auf die zwei genannten Gesichtspunkte beschränken: "Orientierungsverlust" und "Verlust des Selbstverhältnisses", und Ihnen sagen, welche Verstehensmodelle mir helfen, mich auf solch eine auf Heilung gerichtete Interaktion einzulassen und in ihr Orientierung zu finden.

3.1 Das Kreuz der Wirklichkeit

3.1.1 Wie finde ich Orientierung?

Zuerst die Frage: "Wie finde ich für mich und zusammen mit dem Patienten Orientierung in einer Situation, die gerade dadurch charakterisiert ist, dass ihre Ordnung, ihr Orientierungsgefüge zusammengebrochen oder nicht mehr gültig ist?"

Wenn ich mir die Wirklichkeit des Patienten, in die ich eintrete, als ein noch ungegliedertes Feld vorstelle, dann beginnt diese Wirklichkeit sich in 4 Kraftfelder aufzuschließen, sobald wir in sie die Grundkategorien unserer Grammatik einzeichnen:

Hier (Folie 1, S. 65) ist ein Feld aufgezeichnet. Dieses Feld soll die Wirklichkeit darstellen.

In dieses Feld male ich nun das Kreuz, das Rosenstock-Huessy Das "Kreuz der Wirklichkeit" nennt (Folie 2, S. 66). In der Mitte dieses Kreuzes stoßen vier Kraftfelder zusammen, die in unserem Denken und Fühlen vorgegeben sind.

(Folie 3, S. 67) Das linke Kraftfeld ist das meiner Vergangenheit – Rosenstock nennt es "rückwärts". Das rechte ist das meiner Zukunft – er nennt es "vorwärts". Als Horizontale verläuft also von links nach rechts in diesem diagonalen Kreuz die "Zeitachse". Und jetzt kommen wir zur Raumachse, die vertikal von oben nach unten führt. Oben befindet sich das Kraftfeld "außen". In ihm findet alles das statt, was wir "objektiv" nennen, die Gegebenheiten, die Dinge, das, was "ist". Und unten befindet sich das Kraftfeld "innen": das Subjektive, alles, was ich zu mir gehörig empfinde.

Da, wo meine Kraftfelder von Vergangenheit und Zukunft, von Innenraum und Außenraum aufeinander treffen, also genau hier im Mittelpunkt des Kreuzes der Wirklichkeit, hier muss ich stehen. Hier findet meine Gegenwart statt.

Zur Veranschaulichung will ich die Dimensionen noch einmal grammatikalisch benennen:

- Rückwärts = WIR,
das beinhaltet meine Eltern, Großeltern, die Tradition, die Vergangenheit, den Kulturkreis, aus dem ich komme, meine Geschichte, meine Geprägtheit.
- Vorwärts = DU,
das sind die Anfragen, die auf mich zukommen, die Zukunft, das Fremde, Unbekannte, Neue, was mich herausfordert und ins Leben ruft.
- Außen = ES,
das sind die Umstände, die Umwelt, die Bedingungen – geographische, zeitliche, soziale, die sog. "Realität", das, was ist.
- Innen = ICH,
das ist, was ich möchte, meine Art, meine Sichtweise, meine Sorgen und Wünsche, Gefühle, Gedanken, Triebe.

3.1.2 Im Kreuz der Wirklichkeit

Der Punkt, um den es hier geht, ist: In die Gegenwart einzutreten.

Also so: (Folie 4, S. 68), genau hier in die Mitte, in das Kreuz meiner Wirklichkeit!

In dieser Gegenwart bin ich nicht "von allein", im Gegenteil, wir sind meist hinter unserer Gegenwart zurück und verschanzen uns in unserer Tradition, oder wir sind ihr voraus, indem wir fantasieren, wohin sich alles entwickeln könnte oder wie das, was ist, besser wäre. Wir "stehen auf dem Boden der Tatsachen" in der Realität und haben dabei das Gefühl verloren für uns selbst. Oder wir begeben uns in den Egotrip, in unsere Innenwelten und entfliehen so der harten Realität, an der wir meinen, sowieso nichts ändern zu können.

Wir sind also nicht von allein in der "Mitte unserer Wirklichkeit", sondern wir müssen uns für sie entscheiden. Wir als Menschen müssen uns dafür entscheiden, "unser Kreuz auf uns zu nehmen" und in die Mitte unserer Wirklichkeit einzutreten, und dazu brauchen wir die Begleitung von Anderen.

Da kann man viel falsch machen:

- zu weit links, rückwärts, im WIR, an Vergangenen orientiert, grüblerisch, passiv, festhaltend, ängstlich; konservativ, depressiv;
- zu weit rechts, vorwärts, im DU, mir selbst voraus, mich überfordernd, zerstreut, verwirrt, charismatisch, hysterisch;
- zu weit oben, außen, im ES, an Umständen, am Schicksal, an Sachen orientiert, abhängig und gebunden an das, was ist, gesetzlich, zwanghaft;
- zu weit unten, innen, im ICH, an mir selbst orientiert, weltfremd, von meinem inneren Befinden abhängig, selbstbezogen, schizoid.

In all dem werden wir der Wirklichkeit unserer Gegenwart nicht gerecht.

Insofern bleibt es eine immer neue Aufgabe – für alle Menschen, besonders aber für solche, die es aus ihrer Wirklichkeit herausgeworfen hat: In die Gegenwart meiner Wirklichkeit einzutreten.

3.1.3 Die Rekonstruktionsmethode

Es geht also um die Frage:

- Wie erschließe ich mit dem Patienten das Kreuz seiner Wirklichkeit,
- Wie kann ich ihm helfen, in die Mitte seiner Wirklichkeit einzutreten?

Ich versuche, mit ihm das Kreuz seiner Wirklichkeit zu rekonstruieren, es ihm selbst und mir als seinem Begleiter zugänglich zu machen.

Dieser Aufgabe sollen die Regeln dienen, die ich mir als "Rekonstruktionsmethode" nach dem Zerbruch einer Lebensordnung zu eigen gemacht habe. Da-

mit der Zusammenhang deutlich wird, habe ich meine vier Regeln in das Kreuz der Wirklichkeit eingezeichnet. Sie heißen:

(Folie 5: Kriseninterventionsregeln, S. 69)

- Regel 1: außen:
den Sachbezug herstellen
 - Regel 2: rückwärts:
Den Kontext klären
 - Regel 3: innen:
das Erleben verstehen
 - Regel 4: vorwärts:
den Appell hören
-
- Ad 1: Was sind die Eckdaten seiner Realität aus seiner Sicht und aus der Sicht seiner Begleiter (Krankheitsdaten, Allgemeinzustand, Wohn- und Versorgungssituation etc.)?
 - Ad 2: In welches soziale Gefüge und in welche Geschichte begeben sich als Begleiter des Patienten? Was sind seine bisherigen Niederlagen? Wie hat er seine Probleme bisher gelöst? Wie sieht sein soziales Netz aus?
 - Ad 3: Was ist sein Problem aus seiner Sicht? Woran leidet er? Was sind seine Ängste, Wünsche und Ziele? Wann geht es ihm gut?
 - Ad 4: Was ist der Appell, der "Imperativ", den er wahrnimmt? Was bedeutet seine Krankheit für ihn? Wie erfährt er die spirituelle Dimension seiner Krankheit?

Es geht um eine behutsame und offene Abstimmung in diesen Fragen. Es geht um eine gemeinsame Arbeit. Es geht darum, das Kreuz der Wirklichkeit des Begleiteten in Solidarität mit ihm aufzurichten. Ich als Arzt, ich als Seelsorger, ich als Psychotherapeut bin zwar auch nach meinem Fachwissen, aber zuerst und vor allem nach meiner Bereitschaft gefragt, meine Erfahrung und mein Wissen in das Kreuz der Wirklichkeit des Begleiteten einzubringen.

Das Handlungskonzept geht dann unmittelbar aus der erfolgten Abstimmung in den vier Dimensionen des Kreuzes seiner Wirklichkeit hervor.

3.2 Das innere Maß: Alles hat seine Zeit

Und nun zum zweiten Verstehensschema:

3.2.1 Der Mensch auf der Waage

Auf diesem Bild (Folie 6, S. 70) sehen Sie einen Menschen, der sich auf dem Balken einer Waage von seinem Geburtstag bis zu seinem Todestag bewegt. Unter ihm befindet sich die Achse der Waage, seine Lebenszeit. Die Achse wandert von links nach rechts, von seinem Geburtstag seinem Todestag entgegen. Dieser

Mensch ist das Idealbild eines Christen. Er befindet sich genau in der Mitte der Waage, auf der Höhe seiner Zeit. Er tut alles "zu seiner Zeit", d. h. im "richtigen Augenblick".

Liest man diese Zeichnung von links nach rechts, so lebt dieser Mensch, bis er stirbt. Liest man sie von rechts nach links, so stirbt er, seitdem er geboren ist. Leben und Sterben durchdringen sich in seinem Leben. Indem er "in" seiner Zeit bleibt, bringt er sein Sterben und sein Leben ständig neu zu einem dem jetzigen Zeitpunkt angemessenen Ausgleich.

Das Zeitmaß, die Bewegung der Achse selbst, d. h. die (innere) "Zeit" seines Lebens kann er nicht beeinflussen. Er kann nur "zum verfrühten, zum verpassten oder zum richtigen Zeitpunkt"¹ seine Antwort auf sie geben oder seine Antwort auf sie verweigern. Er muss jeweils den jetzt von ihm geforderten Schritt gehen, um in der "erfüllten Zeit" zu leben.

Zur Illustration sei an das Märchen "Frau Holle" erinnert. Es ist das Märchen von der "Goldmarie", die dem an sie ergehenden Ruf "zu seiner Zeit" folgt und daraufhin mit Gold (Segen) überschüttet wird, und der "Pechmarie", die entweder den Ruf selbst oder seinen Zeitpunkt in Frage stellt und daraufhin nur "Pech" erntet.

Immer dann, wenn sein Gleichgewicht bedroht ist, wird dem Menschen auf der Waage eine Bewegung abverlangt, um es wieder herzustellen oder zu bewahren. Wenn er dem nicht nachkommt oder es ihm nicht gelingt, gerät er in eine Krise. Die erste Krise, in der das Gleichgewicht zerbricht und neu aufgerichtet wird, ist seine Geburt und die letzte Krise ist der Tod. Unter diesem Gesichtspunkt lässt sich seine gesamte Existenz als "Krisenexistenz" verstehen.

Niemand sieht, was unter dem Balken der Waage eines anderen geschieht. Dieser selbst auch nicht. Er kann nur zu einem Gespür dafür kommen, was für ihn "dran" ist. Zu jedem Zeitpunkt seines Lebens hat er eine Entscheidung zu treffen, ob und wie weit er sich zurück- oder vorbewegen oder verharren will und was er aufzunehmen, anzunehmen oder zu verweigern, bzw. loszulassen hat.

3.2.2 Der "Wirtschaftswundermensch"

Das zweite Bild (Folie 7, S. 71) zeigt einen Menschen, der die Krisenhaftigkeit seines Lebens nicht annimmt und die fälligen Entscheidungen seines Lebens, insbesondere die Erkenntnis dessen, was er hinter sich lassen muss, vermeidet. Er ist der Mensch unserer westlichen Kultur. Er hat die Offenheit für die Zeit und das feine Gespür für sie aufgegeben. Wenn er zurücksieht, dann blickt er auf seine Geburt. Sieht er nach vorn, dann sieht er vor sich nur den Himmel – ewig, unbegrenzt, ein freier Raum, in den hinein er seine Zukunftsphantasien projizieren kann. Er hat den Tod und das Sterben verdrängt und glaubt, dass er auf seine

¹ Nadolny, Sten: *Entdeckung der Langsamkeit*. München, Zürich, 1985

Weise "festen Boden unter den Füßen hat". Er ist Realist, er steht auf dem Boden der "Tatsachen".

3.2.3 Aspektwechsel

Im dritten Bild (Folie 8, S. 72) schließlich ging das dynamische Gleichgewicht in der anderen Richtung verloren. Dieser Mensch hat, vielleicht durch die Mitteilung der Diagnose einer tödlichen Erkrankung oder durch einen Autounfall plötzlich gespürt, wie die Waage unter ihm wegkippte. Er sieht das Leben nicht mehr. Vor ihm führt eine abschüssige Ebene in gerader Richtung in den Tod. Und wenn er zurückschaut, so sieht er da die Ewigkeit, die er verloren hat.

Manche Patienten halten diese ungewohnt destruktive Schräglage lange aus. Wir können solch einen Menschen FRITZ ZORN nennen. Unter dem plötzlichen Aspektwechsel, der durch das Kippen seiner Waage – die Krebsdiagnose – entstand, hat sich seine Biographie plötzlich in eine Thanatographie "von der Wiege bis zur Bahre" verwandelt.

Dieses Negativbild seiner Existenz hält so lange an, bis er wieder seinen Ort in, bzw. "über" seiner Zeit und damit ein neues Gleichgewicht gefunden hat. Dann sind Leben und Sterben wieder in dem ihnen zugemessenen Maß ausgewogen.

So, wie dem Menschen im dritten Bild, geht es dem Krebspatienten, wenn er seine Diagnose erfährt.

Der Krebsverdacht entspricht dem plötzlichen Kippen der Waage. Die selbstverständlich gewordene Kohärenz mit der Umwelt zerbricht. Es geht sozusagen im freien Fall nach unten. Der Boden entzieht sich seinen Füßen. Seine Biographie wird zu einer abschüssigen Ebene, die von der Wiege durch den Krebs bis zu einem katastrophalen Ende führt. Der Tod als vorher unbewusste Möglichkeit seines Lebens wird zu einer bewussten Bedrohung.

Wenn er jetzt zurückblickt, sieht alles anders aus als vorher. Der Blick auf das Leben ist verdeckt. Er hat alles verloren. Alles ist in solch einer Situation infragegestellt. Vom Diagnoseverdacht bis zu seiner Bestätigung herrschen "nicht lebbare" Bedingungen.

Erst der Aufprall des rechten Wiegearmes auf dem Boden – das ist gleichbedeutend mit der Diagnosebestätigung – schafft der Ungewissheit des freien Falls ein Ende. Das Ankommen in einer zwar unglaublichen, aber doch auch hart und schmerzlich sich aufzwingenden Realität ermöglicht ein erstes Begreifen und eine Orientierung für den Aufbau eines neuen Gleichgewichts. Betroffene beschreiben diesen Vorgang des freien Falls und dem schmerzlichen Ankommen so:

"Die Wahrheit (das Ankommen) ist schrecklich, aber die Ungewissheit (die Verdachtsdiagnose) ist unerträglich!"

3.2.4 Das dynamische Gleichgewicht

Wenn wir von dieser Waage (Folie 6, S.70) her denken, so ist weder die Stabilität in der einen, noch in der anderen Richtung die wünschenswerte Haltung, sondern ein dynamisches, ständig in sich bewegtes Gleichgewicht, welches in einem guten Gespür für "die Zeit", für die "Höhe der Zeit", für die "erfüllte Zeit" gegründet ist.

Genau besehen, werden wir in der Arbeit mit Krebspatienten finden, dass – solange der Patient noch lebt – immer beide Patienten, immer beide Seiten in ihm sind, der auf dem rechten Arm und der auf dem linken.

Genau, wie es auf der Waage als anzustrebende Haltung gilt, in einer dynamisch ausgleichenden Bewegung zu bleiben, genau so ist es im Umgang mit Krebspatienten oder anders vom Tode Bedrohten anzustreben, sich auf eine dem Patienten angemessene, zeitgebundene Dynamik einzulassen. Immer wieder neu muss er – um sein Gleichgewicht zu finden – Schritte des Lebens (zurück) oder des Sterbens (voran) vollziehen.

Dazu ein Beispiel:

Eine Fallgeschichte:

Ein 25-jähriger Patient leidet seit 2 Jahren an einem Aderhautmelanom des linken Auges. Er wurde zweimal operiert, ohne dass der Tumor restlos beseitigt werden konnte.

Aus eigenem Entschluss kam er in die psychologische Therapie, in der ihn in den ersten Stunden der Konflikt von Distanz und Nähe in allen seinen Beziehungen (zur Krankheit, zu seiner Freundin, seinen Freunden, seinen Kollegen, zum Therapeuten) beschäftigt.

In der nächsten Sitzung sagt er:

Pt.: "Es ist merkwürdig, ich denke jetzt öfters über meine Krankheit nach. Ich weiß nicht, womit das zu tun hat. Manchmal ist es so, als ob ich mit ihr spreche."

Dann erzählt er von verschiedenen Situationen, in denen er sich in unterschiedlicher Weise mit der Krankheit identifiziert:

Pt.: "Wenn der Arzt sagt: "Sie sind gesund!" oder mich irgendwie beruhigen will, dann denke ich: "Meine Krankheit und ich richten sich nicht nach deinem System! Mein Gespür weiß das besser. Mein Gespür und die Krankheit melden sich, wann sie wollen!"

Dann gibt es andere Situationen, z. B. bei der Arbeit. Da sagt die Krankheit: "Mach Pause, du bist müde, schlaf mehr, hetze dich nicht so ab!" Das konnte ich früher nicht. Das gab's nicht. Ich sage dann auch nicht zu meinen Kollegen: "Ich bin müde, ich brauch eine Pause!" Sondern ich sage: "Ach, ich habe da noch etwas einzukaufen. Ich geh schnell!" – Und dabei ruhe ich mich aus!

Und schließlich sind da Situationen, in denen die Krankheit mich bedroht. Dann distanzieren sich von ihr. Dann werde ich stark. Ich kämpfe gegen sie und will sie vernichten!

In jeder Beziehungssituation, der zum Arzt, zu den Arbeitskollegen, zur Krankheit selbst ändert sich die Bedeutung der Krankheit für den Patienten, und entsprechend geht er mit ihr um und mit den Menschen, die zu ihm in Beziehung treten. Im Bild der Waage gesprochen, sucht er in jeder Situation wieder neu die Stellung, die geeignet ist, sein Verhältnis zu sich selbst und das zu seiner Krankheit auszugleichen.

Ich denke, dass die Grundaussage der Waage nicht nur auf eine Dialektik hinweist, der wir im Leben von Krebspatienten begegnen, sondern wir alle befinden uns ständig in ihr. Sicher täte es uns allen, insbesondere aber uns Therapeuten gut, wenn auch wir in dieser Sorgfalt – wie der Patient – in ein dialogisches Verhältnis zu uns selbst und zu unserem Leben eintreten.

4. Schluss: Zur Wahrheit bereite Anwesenheit

Die wesentliche Aufgabe des begleitenden Therapeuten besteht in seiner

- "zur Wahrheit bereiten Anwesenheit" und in seiner
- "zur Wahrheit bereiten Aufmerksamkeit".

Durch ihn als Person ist eine zweite, erkennende Sicht der Erkrankung mit dem Patienten anwesend. Der Therapeut aber muss wissen, dass seine Erkenntnis nicht ohne weiteres von seinem Patienten übernommen oder auch nur geteilt werden kann. Dieser kann sie nur nach seinem Maß und zu seiner Zeit in sein eigenes Leben integrieren.

Das gilt auch anders herum. Sterbende haben uns viel zu sagen, z. B. auch, dass es Schlimmeres gibt, als Krebs und als Sterben, nämlich z. B. verlassen zu sein und in der eigenen Not nicht ernst genommen zu werden. Auch da bedarf es der wachen Aufmerksamkeit, damit wir das, was Sterbende uns sagen wollen, sorgfältig in unser Krankheitsmanagement integrieren.

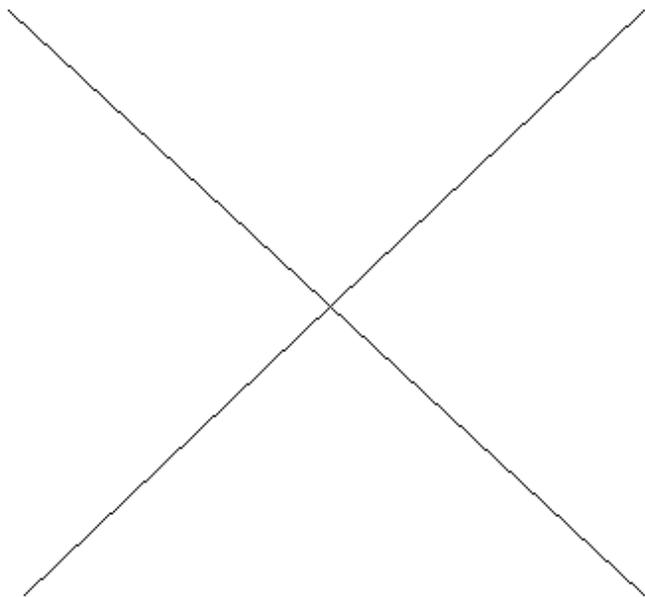
Wie uns das Märchen von der Goldmarie mitteilt, kann man das, was "zu seiner Zeit" getan werden muss, nicht aus eigenem Willen heraus bestimmen und nicht aus der Wiederholung des schon Bekannten heraus tun – so versucht es die Pechmarie –, sondern es muss nach seinem Maß und zu seiner Zeit erhört, wahrgenommen und getan werden, so wie es der Goldmarie gegeben war.

Zum Autor: Matthias C. Bettex ist Diplompsychologin und Psychotherapeutin. Er hat einen Lehrauftrag am Zentrum für Wissenschaftliche Weiterbildung der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg als Lehrtherapeut und Supervisor. In Berlin hat er eine Praxis für Seelsorgerliche Psychotherapie, in der er Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Supervision und Schulungsseminare durchführt.

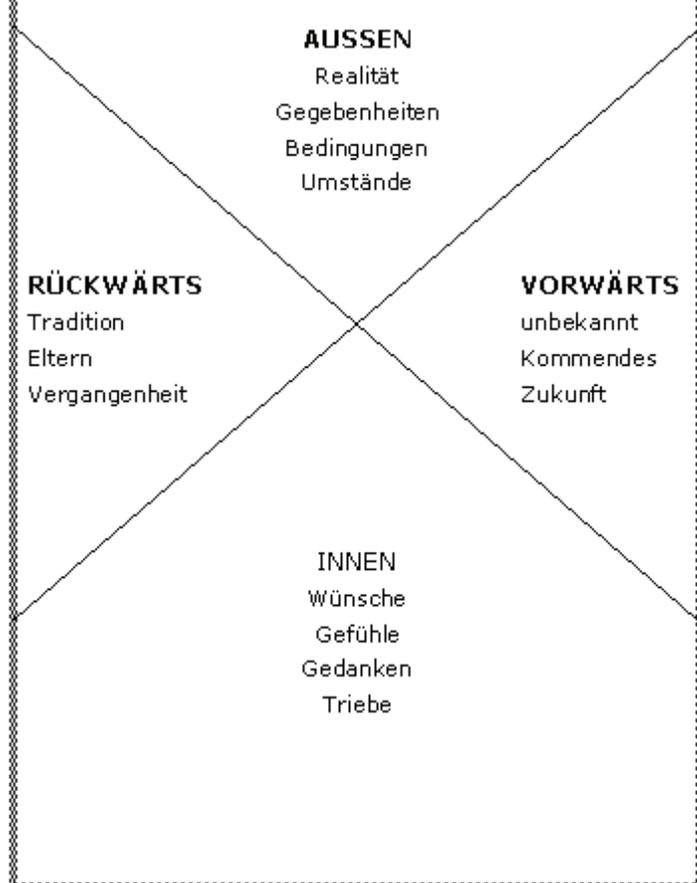
Am Treptower Park 51, 12435 Berlin, E-Mail: matthias@mcbettex.de

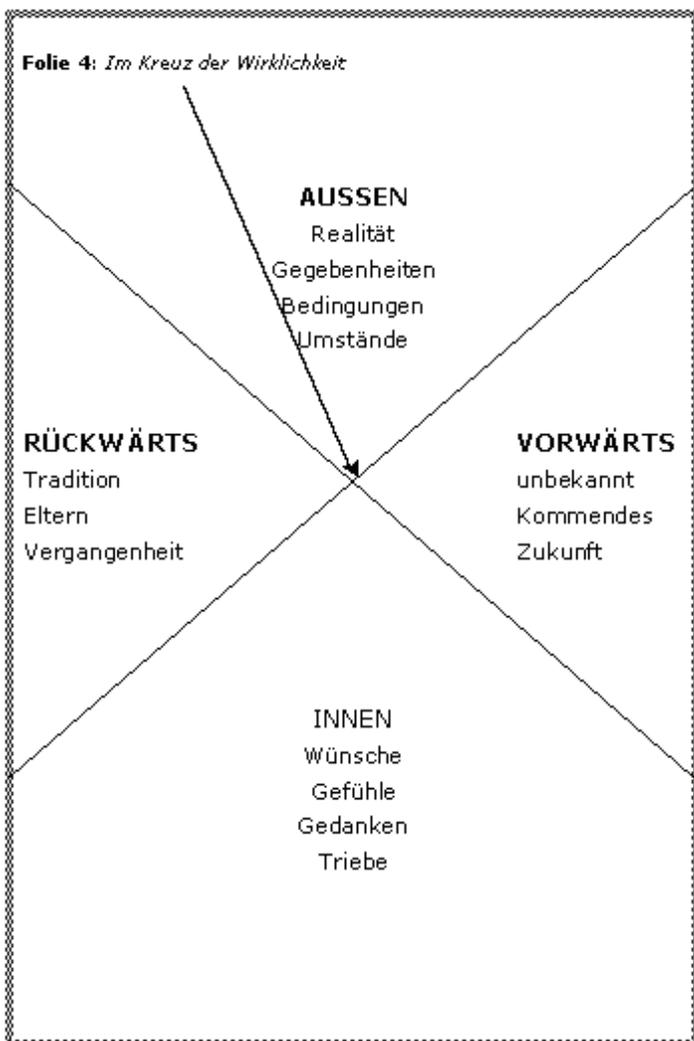
Folie 1: *Feld der Wirklichkeit*

Folie 2: *Kreuz der Wirklichkeit*

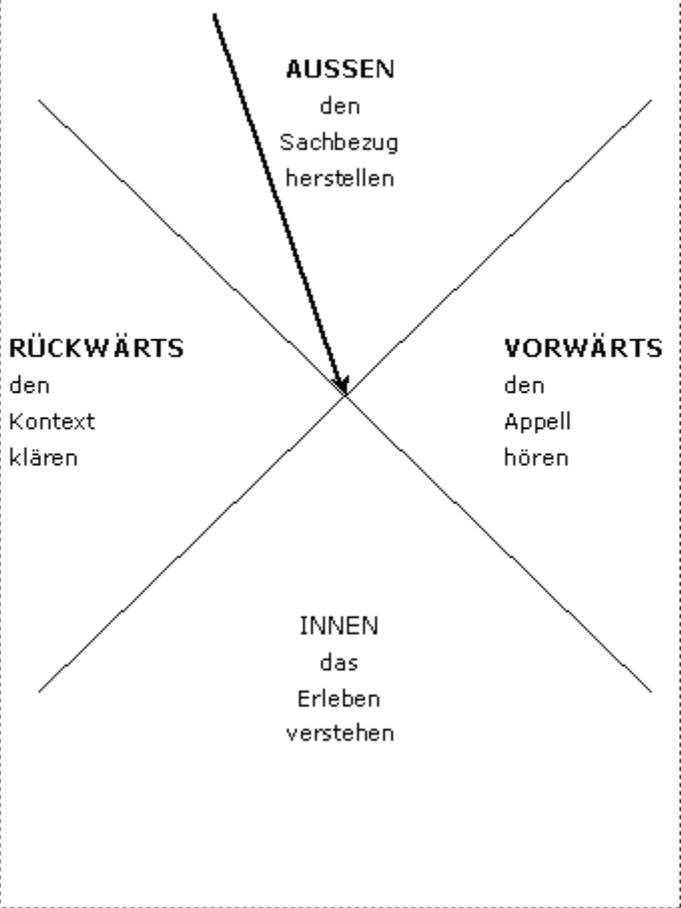


Folie 3: *Kraftfeld der Wirklichkeit*

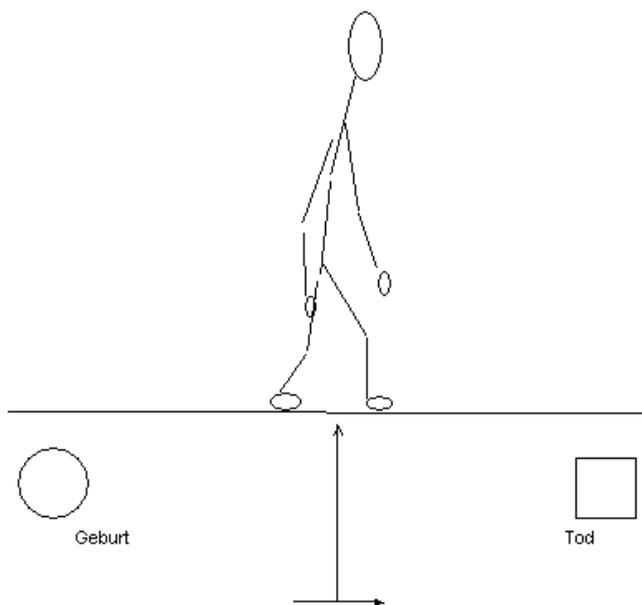




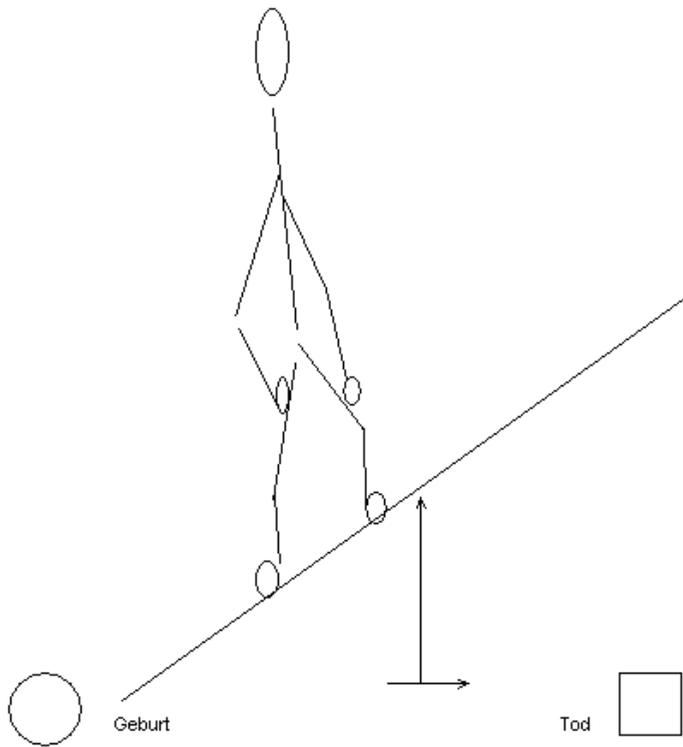
Folie 5: *Kriseninterventionsregeln*



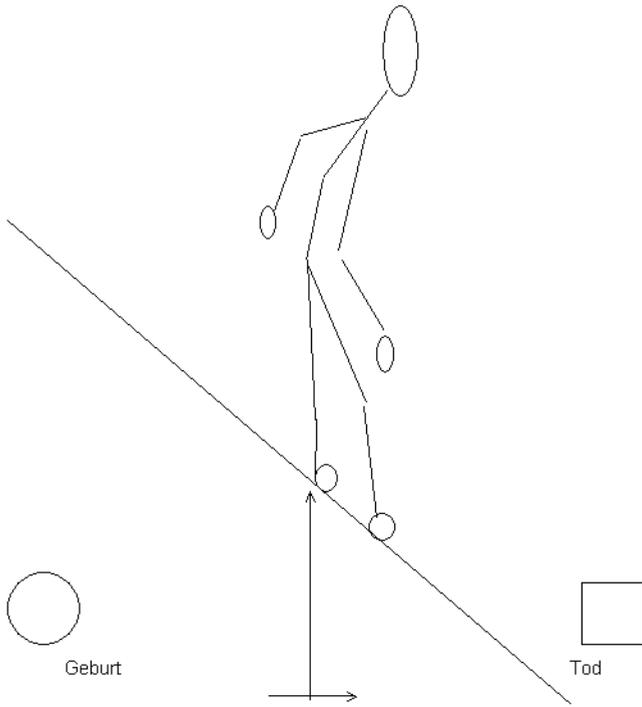
Folie 6: *Der Mensch auf der Waage*



Folie 7: Der Wirtschaftswundermensch



Folie 8: *Aspektwechsel*



Von der Ungnade der späten Geburt: Verleugnet, verdrängt, verschwiegen. Nachwirkungen der NS-Zeit in der 2. und 3. Generation

Abstract

Der Autor reflektiert kritisch das Wort von der Gnade der späten Geburt des ehemaligen Bundeskanzlers Helmut Kohl. Es fördert die Haltung des Nicht-Betroffenseins, der Verleugnung und der Einfühllosigkeit in Menschen in der 2. und 3. Generation nach dem Krieg. Familiengeschichten und Familiengeheimnisse, Tabus, Traumatisierungen, gedankenlose Kommentare wirken bis in die Gegenwart hinein, wie Beispiele aus der Beratungsarbeit dokumentieren. Ratsuchende brauchen dafür neben einfühlsamem Verstehen der Berater(innen) einen Raum der Verständigung und der Resonanz.

Psychosoziale Stichworte: Angst, Familiengeheimnisse, NS-Verbrechen, Rechtsradikalismus, Retraumatisierung, Trauma, Opfer, Verdrängung, Vergangenheit bearbeiten, Verleugnung, Verfolgung

Mehr als zwanzig Jahre ist es her, seit aus Kanzlermund das Wort von der "Gnade der späten Geburt" ertönte. Einhellig wurde es von zeitgeschichtlich bewussten Bürgerinnen und Bürgern als Gutheißen von Verleugnung gesehen. Einer Mehrheit in Deutschland dürfte es dagegen wohl sehr entgegen gekommen sein als Ausdruck einer Grundstimmung: "Von den Verbrechen der NS-Zeit sind wir, die Spät- oder Nachgeborenen nicht betroffen."

Nehmen wir, jenseits aller Polemik, dieses problematische Wort einmal als Leitfaden für einige Betrachtungen, was es an Nachwirkungen der NS-Zeit bei Menschen der zweiten und dritten, zum Teil auch schon der vierten Generation bis auf den heutigen Tag geben mag. Das ist ein Thema, mit dem ich mich ziemlich genau seit der Zeit jenes Ausspruches befasst habe, zunächst am Kinderzentrum München, dann seit 1986 innerhalb meiner Tätigkeit an der Evangelischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle München Hasenberg sowie in eigener psychotherapeutischer Praxis in Dachau. Dorthin bin ich 1982 mit meiner Familie von München aus gezogen über eine kleine Distanz von 18 Kilometern, aber es war ein Schritt über Abgründe von der "Hauptstadt mit Herz" (vormals allerdings "Hauptstadt der Bewegung") in die "KZ-Stadt" (der allerdings das KZ von München aus auf Anordnung des damaligen Polizeipräsidenten Heinrich Himmler hingesetzt wurde). In dieser Stadt habe ich viel gelernt, besonders auch über eigene Verleugnung, und habe engen Kontakt zu einer Reihe ehemaliger Häftlinge

(Antifaschisten, Kommunisten, Juden) bekommen. Das bildet den Horizont auch der folgenden Betrachtungen.

Wo hatte Kohl, wenn auch eher unfreiwillig, Recht mit seinem Ausspruch? Natürlich ist es eine Gnade höchsten Ausmaßes, nicht zu einem Zeitpunkt geboren zu sein, von dem aus man in die Verfolgungsmaschinerie der Nazis geraten konnte. Das ist eine außerordentliche Gnade. Doch Helmut Kohl sprach ja für sich und die Deutschen wie er, und das waren nun einmal in der übergroßen Mehrheit Menschen aus dem breiten Lager der Volksgenossen, also nicht Verfolgte, im Gegenteil.

Die Gnade, die er meinte, liegt darin, dass jemandem mit dem Geburtsjahrgang 1930 und später in aller Regel die NS-Verbrechensschuld nicht zugerechnet werden kann. So weit, so klar.

In jenem Wort von der Gnade der späten Geburt schwang aber mehr mit, nämlich so etwas wie ein Nicht-Betroffensein von den NS-Verbrechen, eine Haltung des "Lasst mich damit in Ruhe" und nicht einer primär von Mitgefühl gegenüber den Verfolgten bestimmten Einstellung.

Beginnen wir deshalb mit der Ungnade selbst nach einer zwei Generationen späteren Geburt.

Es war eine ganz "normale" Anmeldung an meiner Erziehungs- und Familienberatungsstelle in München, und es war in den "ruhigen" Zeiten der alten Bundesrepublik, nämlich im Jahr 1989. Eine Mutter saß zum Erstgespräch bei mir, weil doch endlich etwas geschehen müsse für ihren zehnjährigen Sohn Simon. Eine ausführliche Diagnostik war bereits erfolgt an einer renommierten kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz, und das Hauptergebnis lag darin, dass sich ein Zustandsbild im Rahmen der damals so genannten Minimalen Cerebralen Dysfunktion ergeben hatte. Heute würde man von einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom sprechen. Doch was sollte jetzt geschehen, um dem Jungen zu helfen angesichts seiner verschiedenen Auffälligkeiten, die besonders in der Schule zum Tragen kamen? Wir sprachen ausführlicher über die schulische und häusliche Situation, über die medizinischen Untersuchungen und die Eindrücke der Lehrer. Manches erschien recht klar, doch es gab auch ein paar eigenartige, schwer einzuordnende Details. So berichtete Frau G., dass Simon mit seinen zehn Jahren jeden Mittag, wenn er aus der Schule komme, die Süddeutsche Zeitung von Anfang bis Ende gründlich durchlese. Allenfalls den Wirtschaftsteil überfliege er nur. Er brauche das nach seinen Angaben zur Entspannung. Oder ich erfuhr, dass ihn das Geiseldrama in einer weit entfernten Stadt in extreme Ängste versetzt hätte, die so weit gingen, dass er sich persönlich bedroht und verfolgt fühlte. Ihm in seiner offenkundigen Not zu helfen, sei aber generell sehr schwer, da er in der Schule wie auch im Elternhaus an seiner negativen Rolle geradezu festhalte. Zum Beispiel weigere er sich häufig, im Haushalt mitzuhelfen, und spreche dann davon, man wolle ihn damit foltern.

Wie war das alles zu verstehen? Relativ bizarr wirkende Auffälligkeiten kannte ich schon lange bei Kindern mit Beeinträchtigungen aus dem Bereich einer Minimalen Cerebralen Dysfunktion, doch das soeben Gehörte ging darüber hinaus, war schwer nachfühlbar, wirkte "verrückt". Ich machte mir meine Gedanken und fragte vorsichtig weiter. Dazu gehörte auch, dass ich auf etwas zurückkam, das zuvor "so ganz nebenbei" zwischen uns behandelt worden war. Frau G. hatte mir ein Bild von Simon gezeigt mit der Intention, mir einen Eindruck von seiner Kreativität zu vermitteln. Mit Bleistift geschrieben, las ich am unteren Rand des Blattes: "Für Mutter zu Chanukka". Ich hatte Frau G. gefragt, sie seien also Juden, und sie hatte bejaht. Jetzt, bei meinem Nachdenken angesichts von Simons eigenartigen Verhaltensweisen und Ängsten, kam mir der Gedanke, ob sie auf eine Verfolgung der Familie unter den Nazis verweisen könnten. Sofort meldete sich in mir eine Stimme, die solch ein Nachfragen für unpassend erklärte. Ich schob meine Bedenken beiseite und sprach es trotzdem an. Und was kam als Antwort? Frau G.s Vater war Überlebender von Auschwitz. Darüber hätte er noch nie mit ihnen, den Kindern, gesprochen. Durch Verwandte wisse sie nur, dass er Entsetzliches habe mit ansehen, erdulden und wahrscheinlich auch ausführen müssen. Sie selber habe sich schon seit längerem gefragt, ob Simons auffälliges Verhalten etwas mit diesem Familienhintergrund zu tun haben könne. Von sich aus aber war sie gegenüber uns Fachleuten nicht darauf zu sprechen gekommen.

Ich halte einen solchen Zusammenhang für mehr als plausibel. Warum sonst sollte ein zehnjähriger Junge täglich die Süddeutsche Zeitung verschlingen und sich so wenig gegen die Vorgänge in einer fernen Stadt absetzen können? Natürlich mochte eine größere psychische Labilität aufgrund der Minimalen Cerebralen Dysfunktion mitspielen, aber doch wohl nur im Sinne einer allgemein höheren Störbarkeit, aufgrund derer er wahrscheinlich mehr noch als seine Geschwister von dem Familienschicksal geprägt ist. Hinzu kommt, dass er als ältestes Kind zugleich auch das erste Enkelkind für diesen Großvater war und man von daher annehmen kann, dass auf ihm von Anfang an besondere Erwartungen lagen.

Simon selber habe ich nicht zu Gesicht bekommen. Als die Mutter mit ihm über die Möglichkeit von Therapie sprach, flehte er sie an, er könne einfach nicht darüber sprechen, wie es in ihm aussehe, und wenn man ihn doch irgendwohin bringe, so würde er dort nur etwas vorspielen. Die tiefe hier zum Vorschein kommende Angst davor, sich "offenbaren" zu müssen, kann ich nur so sehen, dass sie zumindest wesentlich mit dem Verfolgungsschicksal der Familie zu tun hat. Zwanghaft auf der Durchführung einer Therapie zu bestehen, hätte ich von daher für besonders unpassend gehalten. Vielmehr bot ich der Mutter an, dass wir weiterhin in Verbindung bleiben könnten. Jener Satz von Simon aber, er würde nur etwas vorspielen, hat sich mir tief eingeprägt, denn in bewegender Weise zeigte er, in welcher schwerer innerer Situation sich dieser Junge aus der dritten Generation befand, wenn er Hilfe so sehr fürchten musste.

Aber: Dieses Drama ist nicht nur ein privates, also beschränkt auf diese "betroffene Familie" und ihr "schweres Schicksal". Vielmehr ist es zugleich ein politisches Drama. Simon, der Enkel des Auschwitz-Überlebenden, war sehr beunruhigt an-

gesichts antisemitischer Äußerungen auf Plakaten und von Politikern anlässlich der Europawahl vom Juni 1989. Seine "deutsche" Großmutter aber, die sich angeblich so gut damit zurechtgefunden hatte, eine jüdische Schwiegertochter zu haben, hat allen Ernstes und dann noch ausgerechnet zu ihm gesagt: Als Deutscher könne man heute wirklich nur noch die (rechtsradikale) DVU wählen! Und auch dies war nur eine von einer ganzen Reihe brutaler Äußerungen und Verhaltensweisen innerhalb der Familie gegenüber Simon und seiner Mutter, alles hinter der Fassade einer "ordentlichen Familie".

Ungnade später Geburt, Ungnade, deren Quellen aber nicht sämtliche in der Vergangenheit liegen, sondern die sich bis ins Heute ziehen. Und als solche Quellen aktueller Unmenschlichkeit habe ich immer wieder gerade Menschen kennen gelernt, die sich gerne auf Worte wie das von Helmut Kohl berufen und es weit von sich weisen, selber "betroffen" zu sein, was immer das im Einzelnen heißen möge.

So denke ich dann an einen Ausspruch einer Mutter, mit der nur eine ähnlich bruchstückhaft bleibende Arbeit wie mit Familie G. möglich war. Sie war die Enkelin eines prominenten Nazi-Gegners, der im KZ ermordet wurde, und der Schatten der Verfolgung lag bis in die Gegenwart über der ganzen Familie, auch über ihrem kleinen Sohn, also jemandem bereits aus der vierten Generation. Als ich sie telefonisch nach den Gründen für ihr wiederholtes Wegbleiben fragte, antwortete sie, in den Gesprächen sei sie mehrfach stark bewegt gewesen, hätte es sich aber nicht getraut, diese Gefühle zuzulassen, nicht nur mir gegenüber, sondern auch vor sich selber. Wenn sie weiter hergekommen wäre, so hätte sie befürchtet, mir "Unsinn" erzählen zu müssen, um diese Punkte zu umgehen. Deshalb sei sie weggeblieben. Es gehe ihr aber nicht gut, und sie spüre, dass etwas in ihr sei, zu dem sie bisher keinen wirklichen Zugang gefunden hätte und weshalb sie auch oft an Therapie denke, es sich aber immer noch nicht traue. Und sie fügte etwas hinzu, das wahrscheinlich grundlegend ist für ihre innere Verfassung wie auch die ihrer Familie: "Das Leben an sich fühlt sich für mich nicht als etwas Positives an." Das ist ein Satz, an den ich seitdem oft denken muss.

"Gnade der späten Geburt" – der darin enthaltene Einfühlungsverlust gegenüber den Verfolgten und ihren Nachkommen wiegt schwer.

Zugleich geht das darin enthaltene Vorbeisehen ja noch weiter. Denn was ist mit all den Kindern und Jugendlichen, die Bombenkrieg, Flucht und Vertreibung erleben mussten? Und was ist mit den Nachkommen derer, die das überlebt haben? Gnade der späten Geburt?

Für das lebenslange Fortwirken solcher Traumatisierungen ein Beispiel aus einer Paarberatung:

Es ist vier Uhr dreißig in der Früh. Lärm dringt durch das gekippte Schlafzimmerfenster. Ein Hubschrauber, erkennt Herr F. sofort, ein ziemlich altes Modell wohl, der Lautstärke nach zu urteilen. Krankentransport? Polizei? Eine leichte Beunruhigung durchzieht ihn. Frau F.s Stimme aus dem Dunkel: "Was ist da los?" Er weiß, dass sie von so etwas leicht erschreckt wird. "Ein Hubschrauber", antwortet er,

"nichts weiter." Beim Frühstück sagt sie ganz ruhig, dass sie danach erst einmal nicht mehr schlafen konnte. Das überrascht weder ihn noch sie. Doch dann: "Ich war völlig in Angst. Ich wollte nur noch raus. Dieser Lärm, ich musste weg, raus aus dem Haus. Nur, dann hab ich mir überlegt, dann kommst du ja in dem Haus um, du schiefst ja schon wieder. Da bin ich doch geblieben, wegen dir." Ihnen beiden wird schnell klar, was da abgelaufen ist. Frau F. hat als Kind den Bombenangriff auf Hamburg miterlebt, war im Keller. Davon sind ihnen verschiedene Nachwirkungen schon seit längerem klar. Heute aber war etwas Neues zutage getreten. "Dieser Lärm heute Nacht, das muss damals auch so gewesen sein, das war in meinen Erinnerungen bisher nicht dabei." An vieles aus der Schreckensnacht hatte sie sich immer klar erinnern können, doch der Lärm kommt erst in dieser Nacht wieder hoch in ihr, Jahrzehnte später.

So ist es. So geht es vielen Menschen nach Traumatisierungen. Das Vergangene ist urplötzlich wieder da, als läge nicht einmal eine Minute dazwischen. Frau F. hat so etwas schon öfter erlebt, und sie weiß, dass ihr Mann das versteht, es nicht abtut und sie für verrückt erklärt. Und trotzdem, im Augenblick, so wie in dieser Nacht, hilft ihr dieses Wissen allenfalls so weit, nicht wirklich aus dem Haus zu stürzen ins Freie. Das ist mühsame Verstandesarbeit. Auf der Gefühlsebene dagegen zählt dann die Gegenwart nicht.

Nicht nur die Zeit kann in solcher Weise ganz relativ werden, so dass Vergangenheit und Gegenwart verschwimmen. Auch mit räumlichen Entfernungen ist es manchmal so. Am 11. September 2001 fuhr Frau F. wie gewohnt auf dem Rückweg von ihrer Arbeit über die Autobahn. Sie schaltete das Radio ein, hörte die Nachricht vom Anschlag in New York – und befand sich mit einem Schlag in einem Panikzustand. Flugzeuge könnten jeden Moment aus dem Himmel herunter donnern, auf ihr Autodach knallen und sie erschlagen. Dabei ist sie eine couragierte, lebensstüchtige Frau, die sich mit großer Tatkraft für andere einsetzt und beruflich und privat schon vielen Leuten aus Schwierigkeiten geholfen hat und in solchen Situationen ganz angstfrei ist. Doch hier, an solchen Stellen, rutscht es in ihr blitzschnell in alte Zeiten, weit entfernte Orte sind völlig nah, und sie befindet sich vom Gefühl her auf einen Schlag im Bombenkeller von damals.

"Gnade der späten Geburt", es braucht keine weitere Erläuterung, um die Blindheit, die Einfühlungslosigkeit dieses Wortes auch mit Blick auf die Menschen zu erkennen, die Bombenkrieg, Flucht, Vertreibung zu erleiden hatten. Oft sind davon auch noch deren Nachkommen betroffen.

Gibt es überhaupt keine Gruppe, für die jener Ausspruch Geltung hat? Doch, natürlich findet sich sogar eine große Zahl von Menschen in Deutschland, die weder selbst noch von ihren Vorfahren her betroffen sind, die wirklich Glück hatten in all dem Desaster ringsum. Aber das ist bei genauerer Betrachtung doch nur ein relativ begrenzter Teil. Kanzler Kohl dagegen meinte es ja in Bezug auf seine ganze Generation sowie die der Jüngeren – also doch wohl nur in Bezug auf die "leidige" Schuldfrage.

Was diese betrifft, so wird ja immer wieder und mehr oder weniger klug hantiert mit den Begriffen kollektiver Schuld, Scham und Verantwortung, und dies in einer so "schonenden" Richtung, dass eigentlich niemand der Spät- und Nachgeborenen diesbezüglich mehr Anlass haben müsste zu schlaflosen Nächten.

Es gibt aber Menschen in Deutschland, die dieses unerhörte Vermächtnis umtreibt bis heute. Ihre Stimmen, Stimmen sozusagen aus einer deutschen Unterwelt, erreichen mich seit Jahren. Ich bringe deshalb einige Ausschnitte aus Mails, die mich nach Veröffentlichung meines letzten Buches (Müller-Hohagen 2005) erreichten.

Frau A.: "Des Weiteren gibt es, wie ich jetzt herausgefunden habe, in meiner Großfamilie, ein paar gemeinsame Tabus, nämlich Tabu von Wut, Tabu von Angst, Tabu von schlechter Laune, Tabu von Hängenlassen – und eine demonstrativ zur Schau gestellte Fröhlichkeit. Ich frage mich, ob ich gelernt habe, Wut ganz generell gegen mich zu richten. Und natürlich, ich musste immer perfekt funktionieren, so bin ich dann auch ein perfektes Kind gewesen.

Ich bin insgesamt eine sehr kommunikative, energiereiche, fröhliche Frau – aber ich kenne eben auch ungeheure destruktive Kräfte in mir, nämlich ein riesen-großes Gefühl, nicht existieren zu dürfen, das mich immer wieder überfällt.

Mein Hauptthema ist, wie ich meine Vergangenheit Vergangenheit sein lassen kann. Ich war schon öfter in Therapie, es war schon sinnvoll, aber dieses totale Unwertgefühl in mir, damit hat sich noch nie jemand mit mir beschäftigt. (...)

So lese ich jetzt Bücher über die Zeit, als meine Eltern Kinder waren. Ob ich da in der richtigen Richtung suche, ich weiß es nicht. Ob ich meine Eltern dazu bringen kann, mit mir über die Vergangenheit zu sprechen, weiß ich auch nicht."

Frau B.: "Es ist eine Klarheit, die ich bei Therapeuten und Psychologen bisher weitgehend vermisst habe, und zwar durchgehend, von Menschen, die Psychologie studiert haben bis zu Menschen, die irgendeine Beraterinnenausbildung hinter sich haben und einen Heilpraktikerinnenschein gemacht haben. Immer wieder hörte ich Sprüche wie "Ich darf nicht urteilen" oder "Ich darf nicht werten" oder "du musst auch Verständnis haben", "du musst lernen tolerant zu sein", "du musst lernen, Meinungen anderer zu akzeptieren", "du musst verstehen, das sind Menschen, die selbst auf eine Art missbraucht wurden, so wie eine Frau, die sexuell missbraucht wurde" (über eine Frau, welche die Verbrechen ihres Großvaters auch nach sechzig Jahren noch verherrlichte, verharmloste, beschönigte). Das waren noch die harmloseren Sprüche. Schlimm wurde es, wenn mir vorgehalten wurde, ich sei selbst therapiebedürftig, habe mich nicht unter Kontrolle, etc."

Frau C.: "Ich merke, dass ich weiter ausholen muss. Ich hatte erst vor, Ihnen eine einfache Email zu schicken, in der ich Ihnen schreibe, wie sehr mir Ihr Buch gefallen hat, aber dann ist mir etwas dazwischengeraten, auf einmal befand ich mich im Erzählen. Ich weiß immer noch nicht, was ich alles erzählen soll. (...) Ich habe gestern Abend hin und her überlegt, bin am Ende zu dem Schluss gekommen, dass ich meine Email unter das Motto 'Dank' stellen werde – und merke jetzt beim

Schreiben, dass auch das nicht funktioniert. Ich will es aber versuchen, und dann vielleicht noch ein paar kleinere Fragen stellen ..."

Und noch eine Mitteilung: "Warum ich Ihnen heute schreibe, möchte ich Ihnen gleich verraten: Vor einigen Tagen begann ich Ihr Buch *Verleugnet verdrängt verschwiegen* zu lesen. Es machte mich von der ersten Seite an sehr betroffen. In den ersten beiden Tagen empfand ich ein überwältigendes Mitgefühl, einfach alles tat mir leid!!! Ein kleiner Junge, der unter meinem Balkon auf der Brücke saß und den Kopf hängen ließ, ein Schmetterling, dessen Flügel gebrochen war ... ich musste zwei Tage lang sehr viel heulen, obwohl ich das gar nicht von mir kenne.

In den letzten vier Tagen hatte ich große Einschlafschwierigkeiten und jede Nacht träumte ich, nachdem ich endlich eingeschlafen war, ich würde ersticken.

Ich weiß, dass diese Dinge mit dem Buch zusammen hängen. Manchmal setzte ich einen Tag mit Lesen aus. Wenn ich mich allerdings etwas erholt hatte, nahm ich das Buch gleich wieder zur Hand.

Diesen Nebel, den Sie so oft in Ihrem Buch erwähnen, kenne ich seit meiner frühesten Kindheit. Schon als kleines Mädchen hatte ich immer das Gefühl, dass es in unserer Familie ein dunkles Geheimnis gab. Ich kam mir oft vor, als müsse ich alles Leid der Welt tragen. Auch war ich ein sehr schwieriges Kind, mit heftigen Wutausbrüchen.

Wenn ich mich an meine frühe Kindheit erinnere, dann gibt es für mich da nur diese schrecklichen Ängste. Ich hatte einfach nur Angst und konnte nicht sagen, vor was ich Angst hatte. Ich fühlte mich grundsätzlich an allem schuld, dies war auch in meinem späteren Leben noch so. Erst seit meiner vierjährigen Psychoanalyse wurde vieles für mich besser. Ich habe mittlerweile Vertrauen in das Leben, Vertrauen in mich selbst. Es hat sich sehr viel für mich geändert und obwohl ich als alleinerziehende Mutter finanziell und materiell jeden Monat zu kämpfen habe, obwohl ich keinen Partner habe, war ich noch nie zuvor so zufrieden."

Ungnade später Geburt, Leiden unter dem Schweigen der Älteren, dem Abwinken der Gleichaltrigen, Zweifel an sich selber, Leben im Nebel, langwierige Suche, manchmal mit Erfolg, so manches Mal ohne Resonanz und Versinken in Verzweiflung, in Selbstbeichtigungen – das ist die Situation vieler Spät- und Nachgeborener aus Familien von Tätern und Mitläufern, Aufwachsen im Nebel von Schweigen, Verleugnen, Verdrängen, wehe dem, der zu fragen wagt, der nicht anders kann als zu fragen. Die einen reklamieren "Gnade" für sich, die anderen schlagen sich um so mehr mit den Abgründen herum.

Psychotherapie kann hier außerordentlich wichtig sein, hat aber in der Vergangenheit oft nicht gehört auf diese Hintergründe. Mir scheint, mittlerweile sind diese Themen auch im Beratungsbereich stärker angekommen. Ich finde das sehr wichtig. Oftmals suchen Menschen heute vor allem einen Ort der Vergewisserung angesichts ihrer dunklen Ahnungen und Ungewissheiten, suchen dafür nicht die lange Therapie, sondern eher einen Raum von Verständigung und Resonanz.

Ich habe hier versucht, in einiger Kürze und doch möglichst anschaulich, Einblicke zu geben in dieses schwierige und außerordentlich wichtige Gebiet. Viele Themen konnten dabei nicht berührt werden. Ich verweise dazu auf mein Buch von 2005, dort finden sich auch weitere Literaturhinweise. Oder schicken Sie eine Email.

Literatur

Müller-Hohagen, Jürgen

Verleugnet, verdrängt, verschwiegen. Seelische Nachwirkungen der NS-Zeit und Wege zu ihrer Überwindung. München 2005

Weitere Informationen unter: www.dachau-institut.de

Zum Autor:

Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Leiter der Evangelischen Erziehungs- und Familienberatungsstelle München Nord. Zahlreiche Veröffentlichungen über seelische Auswirkungen der Nazizeit, Mitbegründer des Dachau Institut Psychologie und Pädagogik (www.dachau-institut.de)

c/o

Evangelische Erziehungs- und Familienberatungsstelle München Hasenberg
Riemerschmidstr. 16, 80933 München
Email: mueller-hohagen@diakonie-hasenberg.de

"Erste Hilfe für die Seele" – die Notfallseelsorge im Kontext von Psychotraumatologie und Notfallpsychologie¹

Abstract

Der Autor beschreibt Einsatzbereiche der Notfallseelsorger(innen) und stellt die Entwicklung dieses expandierenden Arbeitsgebietes in den letzten Jahren dar. Häufig sind traumatisierende Ereignisse für die Menschen so einschneidend und prägend, dass sie eine Zäsur in ihrem Leben sind, der Beginn einer individuellen Zeitrechnung, die ein Leben davor und danach unterscheidet. Opfer zeigen seelische Belastungsstörungen, machen Lebens- und Glaubenskrisen durch. Der Autor plädiert für einen interdisziplinären Dialog zwischen Notfallpsychologie und Notfallseelsorge. Ziel der Notfallseelsorge bleibt die Vermittlung von Lebensgewissheit. Sie arbeitet in der Nachsorge für Opfer und Einsatzkräfte mit kirchlichen wie nichtkirchlichen Beratungsangeboten zusammen und sorgt so für eine klientenzentrierte Auswahl angemessener Hilfsangebote, auch im Rahmen einer Gehstruktur. Gottesdienste, Rituale und Kontakte zu Schicksalsgemeinschaften haben wichtige Krisen begleitende Funktionen für die Opfer und Einsatzkräfte.

Abschließend werden die "Kasseler Thesen" zur Notfallseelsorge vorgestellt.

Psychosoziale Stichworte: Ersthelfer, Einsatznachsorge, Gewalterfahrung, Großschadensereignisse, Kasseler Thesen, Kriseninterventionsdienste, Seelsorge, Tod, Trauer, Suizid, Suizidalität, Unfalltod, Plötzlicher Kindstod (SIDS), Posttraumatische Belastungsstörung, Psychotraumatologie, Trauma, Traumatherapie, Schuld, Sinnfrage, Überlebensschuld

"Erfolgreiche Reanimation", "Plötzlicher Säuglingstod", "Überbringen von Todesnachrichten", "VU mit" (Verkehrsunfall mit verletzter Person), "Person springt" (suizidgefährdete Person) sind alltägliche Situationen für die Notfallseelsorge, die in den letzten fünfzehn Jahren in der Kirche eine rasante Entwicklung gemacht hat und nun mit über 7000 Einsätzen in 250 Notfallseelsorgegruppen in der Bundesrepublik Deutschland aus dem kirchlichen Leben nicht mehr wegzudenken ist. Die genannten Stichworte sind Einsatzindikationen, bei denen die gut ausgebildeten Notfallseelsorger(innen) wissen, da ist für alle beteiligten Einsatzkräfte ein Einsatz

¹ Überarbeitete Fassung des Artikels: *Notfallseelsorge - Impulse zu einer seelsorglichen Kirche*, in: Anja Kramer/Freimut Schirmmacher (Hrsg.), *Seelsorgliche Kirche im 21. Jahrhundert*, Neukirchen 2005, Neukirchener Verlagshaus

vorausgegangen, der einen bis an die Belastungsgrenze führen konnte oder sogar darüber hinaus. Wird die Notfallseelsorge zeitnah alarmiert, kann sie für unverletzte Beteiligte, für die bangenden Angehörigen oder die Hinterbliebenen eine erste Hilfe für die verletzte Seele bieten. Sie ist akute seelsorgliche Begleitung, stabilisiert und leitet in vielen Fällen den Beginn der Trauerarbeit ein.

Beim Plötzlichen Säuglingstod: "Was sage ich den Eltern, wie reagieren sie, wenn jetzt die Polizei gerufen werden muss, wie bringe ich die Todesnachricht am besten rüber?" Fragen, die auch für erfahrene Einsatzkräfte aus Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst nicht einfach zu beantworten sind. Und dann der schale Nachgeschmack: "Wir müssen jetzt raus aus der Familie – zum nächsten Einsatz, wissen aber ganz genau, dass hier Betreuung notwendig wäre..."

Bei einem Verkehrsunfall mit Toten und Verletzten: "Was mich am meisten bewegt hat, das waren die Eindrücke von der zerstörerischen Gewalt dieser Unfallsituation, die Fahrzeuge, nur noch ineinanderverwickelte Knäuel" – Bilder, die auch für Polizisten, Feuerwehrleute und Rettungskräfte nicht so einfach "wegzustecken" sind. Eine Einsatznachsorgetunde, bei der diese Eindrücke frühzeitig nach einem Einsatz bearbeitet werden, kann eine nachhaltige Entlastung bieten.

Solche Eindrücke und der damit verbundene Wunsch nach Unterstützung waren es, die in den vergangenen fünfzehn Jahren an vielen Orten die Notfallseelsorge ins Leben gerufen haben. Es waren vor allem die Bitten der Feuerwehren, der Rettungsdienste, der Notärzte und der Polizei, die an die Kirchen herangetragen worden sind, dass sie die Verantwortung für Menschen in besonderen Krisen- und Notfallsituationen endlich sehen mögen und die Arbeit der Einsatzkräfte durch die garantierte Erreichbarkeit von Seelsorgern unterstützen mögen.

Die Entstehung der Notfallseelsorge

Im letzten Jahrhundert wurde mit der Entstehung von Krankenwagen und einem sich professionell entwickelnden Rettungsdienst ein von einem Unfall oder Notfall betroffener Patient schnellstmöglich ins Krankenhaus befördert, wo mit intensivmedizinischen Mitteln viele Menschen vor dem sonst sicheren Tod bewahrt werden konnten. Die kirchliche Antwort auf die schnelle Erreichbarkeit medizinischer Hilfe vor Ort und im Krankenhaus war der flächendeckende Aufbau der Seelsorge im Krankenhaus nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Krankenseelsorge wird zur Krankenhausseelsorge und erhält mit der aus den USA kommenden Seelsorgebewegung einen erheblichen Aufschwung und eine weitreichende Professionalisierung.

Die seelsorgliche Begleitung von Angehörigen von Notfallpatienten, die in der Wohnung verblieben waren, fiel aber immer mehr weg, da sich Angehörige auf Grund ihrer Schocksituation meist nicht meldeten. Ortsgeistliche erhielten die Nachricht häufig erst dann, wenn der Patient nach kürzerem oder längerem Aufenthalt in der Klinik verstorben war und die Beerdigung anstand. Für eine intensive Begleitung von Angehörigen vor dem Tod des Patienten war es dann zu spät.

Die hochschnellenden Zahlen von Verkehrstoten und Verletzten durch Verkehrsunfälle ließ in den siebziger Jahren sogenannte Unfallfolgedienste entstehen entlang der Hauptunfallstrecken auf einzelnen Autobahnen. Hier bahnten sich auch erste intensivere Kontakte der Kirchen zu Feuerwehren und Hilfsorganisationen an. Bewährt haben sich diese Projekte allerdings nicht, da die einzige Indikation für das Tätigwerden von Seelsorgern der Verkehrsunfall war. So sind diese Dienste nach kurzer Zeit wieder von der kirchlichen Bildfläche verschwunden.

Erst in den späten achtziger Jahren kommen neue Impulse hinzu. In der Rettungsdienstphilosophie wird nach einer ersten Phase: Krankenwagen = Schnelltaxi zum Krankenhaus und einer zweiten Phase: Patient vor Ort medizinisch stabilisieren – dann gesichert ins Krankenhaus die Parole ausgegeben: Der Mensch steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Die medizinischen und psychosozialen Bedürfnisse von Patienten müssen im Einsatz gleichermaßen berücksichtigt werden.

Vor allem die Rettungskräfte und Notärzte spüren das Manko, dass Angehörige unbegleitet zurückbleiben, wenn sie mit dem Patienten zum Krankenhaus aufbrechen. Aber auch Feuerwehrleute erleben ihre Grenzen, wenn an Unfallstellen, bei Bränden und anderen Schadensereignissen Betroffene "völlig neben der Spur sind" und sie vor allem massive emotionale Ausbrüche nur schwer aushalten können.

Es werden Forderungen in zwei Richtungen aufgestellt:

Zum Ersten: Einsatzkräfte sollen in ihrer humanitären und psychosozialen Kompetenz gestärkt werden, damit sie neben ihren normalen Aufgaben auch die Betreuung von Patienten und deren Angehörigen übernehmen können. Hier liegt die Wurzel der Entstehung von sogenannten Kriseninterventionsdiensten.

Zum Zweiten: Es wird an die Kirchen appelliert, ihre seelsorgliche Kompetenz verstärkt für die Begleitung von Angehörigen von Notfallpatienten einzusetzen. Die Anfrage an die Kirche wird immer lauter, ob es nicht ihre ureigenste seelsorgliche Aufgabe sei, Menschen in akuter Not beizustehen.

Diese Rufe verhallen nicht ungehört. An vielen Orten nehmen sich einzelne Pfarrerinnen und Pfarrer dieser Aufgabe an, halten Kontakt zu den Feuerwehren und Rettungsdienstorganisationen und bauen Strukturen auf, nach denen die Aufgaben der Notfallseelsorge auf möglichst breite Basis gestellt werden. Notfallseelsorgedienste gehen "ans Netz", sind rund um die Uhr für die Leitstellen erreichbar.

An dieser Stelle erscheint es mir wichtig zu betonen, dass die Notfallseelsorge niemals die gemeindliche Seelsorge ersetzen soll und kann; sie geht ihr aufgrund ihrer schnellen Erreichbarkeit nur voraus. Anschließend erfolgt in der Regel eine Übergabe an den zuständigen Seelsorger.

Viele Schadensfälle wie das ICE-Unglück in Eschede haben die Notfallseelsorge auch in das Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit gerückt. Dort waren ca. 70 Pfarrerinnen und Pfarrer, Diakoninnen und Diakone im Einsatz in der Akutphase der Rettungs- und Bergungsarbeiten, sowie in der sich anschließenden Einsatz-

nachsorge. Auch bei den jüngsten Großschadenslagen wie dem Transrapid-Unglück im Emsland waren viele Notfallseelsorger im Einsatz.

Durch den intensiven Erfahrungsaustausch in Bundeskonferenzen und dem jährlich stattfindenden Bundeskongress, den landeskirchlichen Konventen und Fortbildungsveranstaltungen werden Leitlinien zum allgemeinen Verständnis der Notfallseelsorge aufgestellt, die so genannten "Kasseler Thesen". Sie formulieren Ziele und Inhalte der Arbeit und vor allem die Forderung an die Kirchen, diese Arbeit finanziell und personell angemessen auszustatten. Auf der Basis der Kasseler Thesen kommt es zu einer immer größer werdenden Vereinheitlichung in Ausstattung und Arbeitsweisen der Notfallseelsorge, der Qualitätssicherung kommt mit der größer werdenden Zahl der Gruppen eine zunehmende Bedeutung zu. Für die Feuerwehren und Rettungsdienste, für die Polizei und die Organisationen im Katastrophenschutz wird damit die Notfallseelsorge zu einem verlässlichen Partner.

In den Landeskirchen und Bistümern ist die Notfallseelsorge in vielen Regionen längst aus dem Pionierstadium entwachsen und zu einem normalen kirchlichen Arbeitsfeld geworden. In der Öffentlichkeit und vor allem bei Betroffenen hat sie längst die notwendige Akzeptanz erlangt. Durch die natürliche Fluktuation auch bei Pfarrerinnen und Pfarrern braucht es bei über 250 regionalen Gruppen in der Notfallseelsorge in Deutschland ständig Aus- und Fortbildung sowohl vor Ort in den Kirchenkreisen und Dekanaten wie auch zentral in den Landeskirchen und Bistümern.

Notfall und Krise aus der Sicht der Notfallseelsorge

Es gibt Menschen, die orientieren sich in ihrem Leben nicht mehr am Kirchenjahr (Advent, Weihnachten, Ostern, Pfingsten) oder am Verlauf des säkularen Jahres (Neujahr, Frühling, Sommer, Herbst und Winter, Geburtstag oder Namenstag), für sie gibt es nur noch drei Zeiten: Die Zeit vor dem Ereignis, eine Zeit glücklichen Lebens, dann der Tag des Ereignisses und die Zeit danach. Der Unfall, der als persönliche Katastrophe erlebt wird, wird im Erleben zu der entscheidenden Zäsur ihrer Biographie. Die Zeit danach wird durch die Jahrestage des Ereignisses segmentiert, die regelmäßig mit erneut wachsendem Leiden durchlebt werden. Dabei ist nicht vorhersehbar, für wie lange der Verlust eines nahen Angehörigen die eigenen Lebensvollzüge beeinträchtigen wird, ja ob ein solcher Verlust je überwunden werden wird.

Ein Unfall, ein Notfall oder eine Gewalterfahrung lösen auch bei Menschen, die schon vieles erlebt haben, einen Ausnahmezustand aus. Sie werden mit einem Ereignis konfrontiert, das ihre Biographie schlagartig verändert. Anders als bei einer Krankheit können sie sich bei einem Unfall oder Notfall in keinster Weise darauf vorbereiten und erleben sich entsprechend hilflos und ohnmächtig. Sie machen Erfahrungen mit sich und erleben Symptome an sich, die ihnen völlig fremd, ungewöhnlich, ja nahezu verrückt vorkommen. Sie werden massivem Leid ausgesetzt, erleben die Todesangst des Partners, der Partnerin nach einem Herzinfarkt, müssen die grausamen Verletzungsbilder nach einem Verkehrsunfall mit ansehen

und leiden selbst zutiefst darunter. Das Geschehene lässt sie für eine Weile nicht mehr los, überlagert alles andere und absorbiert Lebenskraft und -energie.

Solche Ereignisse können seelische Verletzungen hervorrufen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Dabei gilt es, Trauer und Trauma deutlich zu unterscheiden.

Trauer ist – in der Poimenik² selbstverständlich – die angemessene seelische Reaktion auf den Verlust eines Menschen, zu dem eine (enge) Beziehung bestanden hat. Sie ist ein dynamischer Prozess, der mit dem Auffinden eines toten Angehörigen oder der Nachricht vom Tod eines nahestehenden Menschen einsetzt und bis zu ihrer Bewältigung eine Reihe von Phasen durchläuft. Dabei bleibt festzuhalten, dass der Trauerprozess bei jedem Menschen ganz individuell verläuft und von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Hilfreich ist, wenn Menschen sich auf den Tod der Eltern, den Tod der Partnerin oder des Partners oder auch eines Kindes vorbereiten konnten, weil eine Krankheit langsam zum Tode führte.

Einsatzsituationen der Notfallseelsorge sind allerdings in der Regel davon geprägt, dass sich die Menschen nicht auf den Tod eines nahen Angehörigen vorbereiten konnten. Daher verlaufen Trauerprozesse für Angehörige von Opfern eines Notfalls oder eines Unfalls auch anders. Die Weichenstellung, ob Trauerarbeit gelingen kann, hängt in besonderem Maße von den Erfahrungen ab, die Hinterbliebene in den ersten Stunden und Tagen nach dem Tod ihres/r Angehörigen machen (müssen).

Für die Notfallseelsorge stellen sich schon vor dem Einsatz Fragen:

- Wie ist der Tod eingetreten?
 - natürlicher Tod
 - ungeklärte Todesursache
 - Tod durch Fremdeinwirkung
- Wo ist der Tod eingetreten?
 - im häuslichen Umfeld
 - außer Haus (Unfall, Suizid, Verbrechen)
- Ist ein Abschied mit Anblick und Berühren des/r Toten möglich?
- Spielen Schuldfragen eine Rolle?
- Wie reagiert das soziale Umfeld auf den Tod?
 - Mitgefühl
 - unterschwellige Vorwürfe (z. B. bei Plötzlichem Säuglingstod)

Eine seelische Verletzung kann auch eintreten, wenn ein Unfallbeteiligter mit Tod oder grausamen Verletzungsfolgen konfrontiert wird, mit Bildern, die ihn nicht mehr loslassen, mit Gerüchen, die nicht aus der Nase gehen oder Geräuschen,

² Lehre von der Seelsorge

die lange in den Ohren klingen. Eine heftige Gewalterfahrung kann das Gefühl der Sicherheit oder der persönlichen Integrität zerstören.

Von Psychologen und Psychotherapeuten werden die Folgen als Akute Belastungsstörungen oder (definitorisch) nach einem Monat als Posttraumatische Belastungsstörung behandelt. Die Diagnoseschlüssel unterscheiden dabei physische, kognitive, emotionale Symptome und die Veränderung im Verhalten bei den akuten Symptomen sowie wiederkehrende, sich aufzwingende Erinnerungen, erhöhtes Erregungsniveau und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten bei den sekundären Belastungsreaktionen.

Zu den körperlichen Reaktionen gehören u. a. Zittern, Schwitzen, Übelkeit, Magenbeschwerden, aber auch erhöhter Blutdruck, Schwindel und Atemnot.

Die kognitiven Reaktionen bestehen aus Denk- und Sprachblockaden, Konzentrationsschwierigkeiten, einer eingengten Wahrnehmungsbreite sowie Phänomenen von Derealisation und Depersonalisation.

Bei den emotionalen Reaktionen handelt es sich im weitesten Sinne um eine emotionale Taubheit mit Interesselosigkeit und Erschöpfungszuständen oder um aggressive Gereiztheit mit Wut und Zornausbrüchen.

Im Verhalten wird zumeist ein Rückzug aus den sozialen Bezugssystemen beobachtet und ein veränderter Konsum von Alkohol, Nikotin, Drogen und Medikamenten, immer im Sinne einer Selbstmedikation.

Bei den späteren Reaktionen herrschen die sich aufzwingenden Wiedererinnerungen (Intrusionen) mit Bildern, Gerüchen oder Geräuschen vor in Flashbacks oder Albträumen.

Vermieden werden Orte, Menschen, Tätigkeiten, Gespräche, Gedanken und Gefühle.

Der erhöhte Erregungszustand drückt sich in Schlaflosigkeit, Angst, Ruhelosigkeit und starker Gereiztheit aus.

Die Veränderung im sozialen Verhalten führt zu sozialen und beruflichen Schwierigkeiten.

Diese scheinbar präzise Beschreibung der Symptome in der Psychotraumatologie der letzten zehn Jahre ist von der Notfallpsychologie adaptiert und zur Grundlage der Psychischen Ersten Hilfe und der notfallpsychologischen Erstinterventionen gemacht worden.

Sie hat zunächst auch dazu geführt, die Aufmerksamkeit der Seelsorgerinnen und Seelsorger auf diese Phänomene zu lenken und zu einer Stabilisierung und Normalisierung der betroffenen Personen beizutragen. Das war anfangs hilfreich und gut. Doch die Themen und Inhalte der Notfallseelsorge in der Akutphase und der sich daran anschließenden seelsorglichen Beratung und Begleitung differieren auch von denen der Notfallpsychologie und Notfallpsychotherapie. Darum gilt es, dass Notfallseelsorge und Notfallpsychologie noch viel stärker als bisher in den

interdisziplinären Dialog eintreten. Im Folgenden soll daher den Themen der (Notfall-) Seelsorge eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die Sichtweise aus der Psychotraumatologie bildet einen wichtigen, allerdings nur einen Teil der Wirklichkeit ab. Für die Seelsorge wesentlich bedeutender sind die Erfahrungen, die mit "Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses" auch nur annähernd beschrieben werden. Die Erschütterung oder der Verlust von bisher tragenden Glaubensüberzeugungen sind es, die in dem betroffenen Menschen für sich nur noch eine erheblich eingeschränkte Zukunft sehen lassen und auch zum Verlust von Karrierebewusstsein und der Bedeutung sozialer Beziehungen führen. Es geht um die Gewissheit, dass mein Leben und diese Welt einen Sinn haben. Nicht nur das Bild eines dem Menschen zugewandten Gottes ist zerstört oder verloren gegangen. Die Gewissheit, dass Gott mir auch nach einem katastrophalen Geschehen die Freiheit schenkt, mein Leben aktiv zu gestalten, ist erschüttert oder verloren. Das Leben macht so keinen "Sinn" mehr.

Es ist die Erfahrung der Ohnmacht, in einer extremen Situation nicht angemessen handeln zu können, weder die Situation beherrschen zu können, noch ihr zu entfliehen, sondern hilflos ausgesetzt zu sein, die zu heftigen Eindrücken von Angst, Furcht, Orientierungslosigkeit führt, und die Person sich als wütend und aggressiv oder völlig apathisch erlebt.

Zu den Folgen seelischer Verletzungen tragen auch in besonderer Weise objektive Schuld oder Schuldgefühle bei, die Überzeugung, das Geschehene schuldhaft nicht verhindert zu haben, der Eindruck, unangemessen überlebt zu haben, während andere gestorben sind (Überlebensschuld). Insgesamt zutiefst eine Überzeugung, in der akuten Situation des Geschehens persönlich versagt zu haben mit anhaltenden Folgen für die Bewertung der eigenen Persönlichkeit. Daraus ergibt sich der Wunsch nach Wiedergutmachung, der Wunsch, dass einem vergeben wird, der Wunsch, seine Entschuldigung werde auch angenommen.

Möglich ist auch ein Erschrecken über die eigene Gewalt, die in einem steckt und unkontrolliert zum Ausbruch kam. Möglicherweise aber auch ein rauschhaftes Erleben der eigenen Machtfülle und ein einsetzendes Entsetzen darüber.

Das Leben erscheint zweigeteilt, nicht mehr als ein Ganzes.

Zu dem veränderten Selbstbild mit der verloren gegangenen Selbstgewissheit gesellt sich ein verändertes Weltbild. Die eigene Umgebung, die Welt wird nicht mehr als stabil wahrgenommen, sondern als zutiefst gefährdet und dauerhaft bedroht. Die Überzeugung, dass das eigene Leben Sinn hat und es Sinn macht, Leben weiter zu geben und die Überzeugung, dass diese Welt in ihrem innersten zusammen gehalten wird, ist zerbrochen und ist einer Überzeugung gewichen, dass sich die Welt mir entgegenstellt, mich vernichten will.

Die Neurobiologie und körperorientierte Verfahren haben die alte Erfahrung neu aufgezeigt, dass ein Unfall, ein Notfall oder eine Gewalterfahrung einem den "Schreck in die Glieder" fahren lassen kann, also den gesamten Organismus betrifft, körperliche und seelische Verletzungen bedingen kann. Neuere Erkenntnisse

aus der Bioenergetik lokalisieren diesen "Schrecken" in der Verspannung und ständigen Reizung des Psoas-Muskels, eines Muskels, der sich der willkürlichen Entspannung durch Massage oder Entspannungstraining entzieht und lang anhaltende Traumafolgen "bindet".

Gefordert ist und bleibt daher auch für die Notfallseelsorge eine ganzheitliche Sicht des Menschen als Organismus mit Körper, Geist und Seele, mit einer sozialen und ökologischen Umwelt.

Das Ziel der Seelsorge ist es dann dazu beizutragen, dass ein Mensch nach einer traumatischen Erfahrung wieder neue Lebensgewissheit entwickeln kann, wohlwissend, dass sich dieser Prozess einer puren "Machbarkeit" entzieht. Das ist aus der Sicht der Theologie noch einmal etwas anderes als die Gewinnung von Sicherheit, Stabilität und Integration des Traumas in die Biographie als Ziel einer Traumatherapie, auch wenn sie sich als integrativ versteht. Die Definition einer traumatischen Erfahrung als "Psychotrauma" greift zu kurz und muss ergänzt werden um die existentielle, spirituelle, religiöse Dimension.

Was macht die Notfallseelsorge in der Akutsituation?

Eine betroffene Person sieht sich einem extremen Geschehen schutzlos preisgegeben.

Zur ersten Aufgabe der Notfallseelsorge gehört es daher, diese Situation mit auszuhalten, Bei-Stand zu leisten im wahrsten Sinne dieses Wortes. Dies kann geschehen im Aushalten des Schweigens, im Zuhören, in zuwendenden Gesten und Worten und im Ausloten von Entscheidungsspielräumen.

Wo objektive Schuld zu einer extremen Situation geführt hat, gilt es, Schuld nicht zu bagatellisieren, Verantwortung klar zu benennen, Vorsatz deutlich von Fahrlässigkeit oder nicht angepasster Einschätzung einer (gefährlichen) Situation zu unterscheiden. Nur so können Opfer und Täter in ihrer jeweiligen Würde wahrgenommen werden.

Wo vor Ort die elementaren Glaubensüberzeugungen erschüttert sind, bringt die Notfallseelsorgerin oder der Notfallseelsorger den Glauben (und vor allem die Hoffnung) der Kirche und den eigenen Glauben stellvertretend ein und stellt damit die Erschütterung des Glaubens in einen weiten Raum, ohne zu fordern, unaufdringlich und dennoch aktiv handelnd und damit die Hilflosigkeit von Betroffenen mildernd.

Dies kann geschehen durch einen reichen Schatz von situationsangepassten Gebeten und Riten. So sind inzwischen die Aussegnung von Verstorbenen an einer Unfallstelle und Gedenkgottesdienste nach größeren Schadensereignissen selbstverständlich geworden.

Notfallseelsorge und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung – Berührungspunkte

Die Notfallseelsorge arbeitet in der Regel in der Akutphase nach einem Unfall, Notfall oder einer Gewalterfahrung. Sie kann und will die gemeindliche Seelsorge oder andere bewährte Formen von Begleitung und Beratung nicht ersetzen. Daher gehört die Übergabe an die gemeindliche Seelsorge zur Regeltätigkeit und bildet im Idealfall den Abschluss der Tätigkeit der Notfallseelsorge im engeren Sinne.

Allerdings sind immer weniger der Betroffenen kirchlich gebunden. Sie gehören einer anderen Religion an oder sind gar nicht religiös. So kann es sein, dass eine Übergabe an die gemeindliche Seelsorge ins Leere greift. Eine Übergabe an ein niederschwelliges Beratungsnetz kann hier in anderer Weise hilfreich sein.

In der Nachsorge nach den größeren Katastrophen der letzten Zeit, bei denen Deutsche betroffen waren, vor allem nach der Tsunami-Katastrophe am zweiten Weihnachtsfeiertag 2004 zeigte sich, dass bei Betroffenen ein extrem hohes Bedürfnis entsteht, sich auszutauschen mit Menschen, die von dem gleichen Schicksal betroffen sind. Sie wünschen sich das als Austausch in sogenannten Angehörigentreffen auf regionaler oder sogar bundesweiter Ebene. Das Projekt "hoffen bis zuletzt", eine Initiative der Notfallseelsorge aus verschiedenen Evangelischen Landeskirchen und dem Deutschen Roten Kreuz hat in seiner umfangreichen Evaluation aufgezeigt, dass ein niederschwelliges Angebot in der Form einer von psychosozialen Fachleuten, Seelsorgern und (säkularen) Kriseninterventionsmitarbeitern angebotenen "moderierten Schicksalsgemeinschaft" auf eine hohe Akzeptanz stößt. Zu beachten ist dabei jedoch, dass es sich hierbei um Angebote handelt, die den Betroffenen im Sinne einer "Gehstruktur" aktiv angeboten werden, Angebote, die auf die Betroffenen zugehen.

Eine längerfristig projektierte Zusammenarbeit der Notfallseelsorge mit Trägern der Beratungsarbeit wie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung könnte regional gute Unterstützungssysteme schaffen. Zwar gibt es schon Gruppen wie die "Verwaisten Eltern" oder die "Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod" und ortsnahe Trauergruppen, aber Schicksalsgemeinschaften nach Verkehrsunfällen oder anderen Extremereignissen sind bisher eher die Ausnahme als die Regel.

Was kann von der Notfallseelsorge erwartet werden – was kann die Notfallseelsorge leisten? Eine Thesenreihe

1. Eine Notfallsituationen ist für die Notfallseelsorge keine "missionarische Gelegenheit". Die Befürchtung, hier könnte ein Notfall ausgenutzt werden, um der Kirche verloren gegangene Schafe wieder zurück zu holen, ist sicher völlig unbegründet. Die Kirche versieht hier einen gesellschaftsdiakonischen Dienst für alle Menschen, unabhängig von Konfession oder Religion.
2. Meist ist gar nicht sofort klar, ob ein Notfallpatient religiös oder kirchlich gebunden ist. "Was sagt eigentlich ein Katholik, wenn ein Evangelischer Pfarrer auf-

taucht, statt eines Priesters?" Die meisten Notfallseelsorgesysteme sind ökumenisch, Vertreter beider Konfessionen sind darin vertreten. Die Erfahrung zeigt, dass es in der Akutsituation nicht sehr bedeutend ist, welche Konfession der Betreuende hat. Bei jedem Notfallseelsorgeeinsatz wird eine sogenannte Übergabe vollzogen. Der zuständige Seelsorger wird informiert, so dass die weitere Begleitung unmittelbar von dem entsprechenden Vertreter der Konfession übernommen wird.

3. Für die Notfallseelsorge gibt es keine "Fehleinsätze" – zeigt sich, dass entgegen der Einschätzung der Alarmierenden keine Begleitung gewünscht wird, so wird sich der Notfallseelsorger umgehend diskret zurückziehen. Dies kommt allerdings nur äußerst selten vor. In der überwiegenden Mehrzahl der Einsätze ist der oder die Betroffene den Einsatzkräften überaus dankbar, wenn er nicht nur patientenzentriert arbeitet, sondern die Angehörigen verstärkt mit im Blick hat und die seelische Begleitung mit initiiert. In ihrer Schocksituation sind Angehörige meist gar nicht in der Lage, Hilfe von außen herbeizurufen.

4. Was tut ein Notfallseelsorger in der Akutsituation?

Zunächst versteht sich ein Notfallseelsorger als einer, der Beistand leistet und begleitet. Ein Notfallseelsorger hat gelernt, mit Schmerz-, Trauerschock- und Schreckreaktionen angemessen umzugehen, auf hysterisch-hyperaktive Trauerschockreaktionen genau so gefasst zu sein wie auf apathische. Die Erfahrung in der Notfallseelsorge hat gezeigt, dass Schockreaktionen häufig kommunikativ zu begleiten sind, medikamentöse Beruhigung für die Initiierung von Trauerarbeit eher kontraindiziert sein kann. Ein Notfallseelsorger wird daher auch bei motorisch überaus unruhigen Personen zunächst versuchen, kommunikativ zu beruhigen, was in der Regel auch gelingt.

5. Schuldgefühle und objektive Schuld spielen schon in der Akutsituation häufig eine wesentliche Rolle. Notfallseelsorger wissen, dass sie in dieser Phase nicht diskursiv zu bearbeiten sind. Sie werden aber Schuldgefühle weder bagatellisieren noch zu negieren versuchen, sondern sie als zusätzliche besondere Belastung ernst nehmen, anerkennen und damit das Verständnis von Schuldfragen signalisieren.

6. Notfallseelsorger werden Angehörige nicht mit religiösen Symbolen und Riten überschütten, sondern sensibel die Bedürfnisse erspüren und angemessen reagieren.

Dabei kommt der Gestaltung von Abschied eine besondere Bedeutung zu. Wohl wissend, wie wichtig ein visueller und taktile Abschied sind, werden sie in enger Abstimmung mit Notarzt und/oder Leichensachbearbeiter der Polizei ausloten, was sinnvoll und möglich ist, je nach Zustand der verstorbenen Person. Denkbar und angemessen kann eine "Aussegnung" auch an einem Unfallort sein, wenn es die Umstände ermöglichen. Ein stellvertretendes fürbitendes Gebet, das die Erschütterung und Hilflosigkeit und ggf. das Entsetzen der Angehörigen mit ins Gebet einschließt, kann vor Ort eine starke Entlastung und ein erster Trost sein. Notfallseelsorger werden sich dagegen hüten, eine

vorschnelle Sinndeutung eines für die Angehörigen katastrophalen Geschehens zu bieten.

7. Auch für die Akutbegleitung von Sterbenden steht die Notfallseelsorge an einer Einsatzstelle unterstützend zur Verfügung. Wichtig ist für den Notfallseelsorger dann die Diagnose, um angemessen einen Sterbenden begleiten zu können.
8. Die Notfallseelsorge arbeitet in einer Großschadenslage analog den Strukturen des Katastrophenschutzes. Sie ist vertraut mit den Sachgebieten und Einsatzabschnitten des Katastrophenschutzes. Für den Leitenden Notarzt steht der Leitende Notfallseelsorger als Einsatzpartner zur Verfügung, der den Bedarf an psychosozialer Unterstützung in enger Abstimmung mit der Einsatzleitung feststellt und Notfallseelsorger in die entsprechenden Einsatzabschnitte entsendet. Auf Wunsch des Leitenden Notarztes werden Schwerpunkte in der Nähe der Triage zu bilden sein. Die Triagekategorie "abwartende Behandlung", wo sie genutzt werden muss, signalisiert der Notfallseelsorge, sich dieser Personengruppe besonders zuzuwenden.
9. Zwar arbeitet die Notfallseelsorge nahezu ausschließlich in der Akutphase eines Schadensereignisses, besitzt jedoch inzwischen viel Erfahrung in der Gestaltung von Gedenkveranstaltungen und Gedenkgottesdiensten kurz nach einem Geschehen oder auch an den symbolischen Tagen danach, z. B. dem ersten Jahrestag usw. Hier bietet sich eine enge Partnerschaft an.
10. Nicht zuletzt haben sich viele Notfallseelsorger in der Methodik strukturierter Einsatznachorgegespräche fortgebildet und können diese Entlastungsgespräche für Einsatzkräfte unmittelbar nach einem Einsatz oder in einem Zeitfenster von 24 bis 72 Stunden anbieten. Hier arbeiten sie in der Regel mit Teams aus "Psychosozialen Fachleuten" und geschulten Einsatzkräften, so genannten "Peers", um psychische Auswirkungen eines belastenden Ereignisses schnellstmöglich abzumildern.

Kasseler Thesen

Notfallseelsorge ist "erste Hilfe für die Seele" in Notfällen und Krisensituationen.

Notfallseelsorge ist damit ein Grundbestandteil des Seelsorgeauftrages der Kirche.

Sie sieht den Menschen in Not und Bedürftigkeit, in Schwäche und Schuld als ein von Gott getragenes, geliebtes und auf Hoffnung hin versöhntes und erlöstes Geschöpf.

Notfallseelsorge wendet sich in ökumenischer Weite und Offenheit an primär Geschädigte, andere Betroffene und an Einsatzkräfte.

Seelsorge in Notfallsituationen nimmt ernst, dass bei den Menschen in existenziellen Extremsituationen die faktisch wirksamen religiösen und weltanschaulichen Prägungen offenbar werden. Notfallsituationen sind Schnittstellen des Lebens, an

denen Sinn- und Wertfragen aufbrechen, der eigene Lebensentwurf und seine schlagartige Veränderung besonders bewusst werden, Schuld- und Theoziefrage die Gegenwart überschatten und die Lebenskraft absorbieren.

Seelsorge für Einsatzkräfte begleitet die Einsatzkräfte in ihrer Arbeit, vor allem bei einer besonderen Belastungssituation, die einhergeht mit Gefühlen von Versagen und Hilflosigkeit, Ohnmacht und ggf. Angst und hilft im Anschluss an das Einsatzgeschehen belastende Eindrücke, die sich in die Seele eingebrannt haben, zu verarbeiten.

Die **Arbeit der Notfallseelsorge** geschieht im Wesentlichen durch Beziehung und Kommunikation, seelsorgerliches Gespräch und Präsenz des Seelsorgers, der Seelsorgerin vor Ort.

Konkrete Tätigkeiten des Notfallseelsorgers vor Ort können sein:

- Begleitung von unverletzten Beteiligten
- Begleitung von Verletzten während der Rettung und in Wartezeiten
- Begleitung von Angehörigen, die am Einsatzort sind oder dahin kommen
- Fürsorge für erschöpfte Einsatzkräfte
- auf Wunsch Spende der Sakramente und Gebet für Sterbende und Tote
- Überbringung von Todesnachrichten gemeinsam mit der Polizei

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Notfallseelsorge professionalisieren ihre seelsorgerliche Kompetenz in extremen Arbeitsfeldern, um Einsatzkräfte an den Einsatzstellen unterstützen zu können bzw. die seelsorgliche Begleitung nach dem Abrücken der Einsatzkräfte weiterführen zu können, vor allem bei folgenden (häufigeren) Einsatzindikationen:

- erfolglose Reanimation
- Tod von Kindern
- Suizidabsicht/Suizid
- schweres Einsatzbild

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Notfallseelsorge erwerben sich seelsorgliche und theologische Kompetenz und insbesondere Kenntnisse und Fähigkeiten über

- **Reaktionsformen von Menschen in Not- und Extremsituationen** und das mögliche Eingehen darauf
- **Gefahren an der Einsatzstelle** (Erkennbarkeit, Selbstschutz, Schutzausrüstung)
- **organisationsübergreifende Zusammenarbeit** (Arbeitsweisen und Zusammenwirken von allen am Einsatz beteiligten Organisationseinheiten und die eigene Mitwirkung.)

Sie halten engen Kontakt zueinander und reflektieren ihre Erfahrungen regelmäßig in Fortbildungen der Notfallseelsorge. Für den Dienst ist Supervision unabdingbare Voraussetzung.

Die Notfallseelsorge entwickelt regional Strukturen, die mit den Gegebenheiten von Kommune und Kirche kompatibel sind.

Die beteiligten Kirchen sprechen geeignete Beauftragungen aus auf den Ebenen der Kirchenkreise, Dekanate und Landeskirchen, Bistümer und kommen für die Personalkosten auf.

Die Notfallseelsorger organisieren sich auf Bundesebene in einem Konvent.

Literatur

Müller-Lange, Joachim (Hrsg.) *Handbuch Notfallseelsorge*, zweite, überarbeitete Auflage. Edewecht 2006

Zippert, Thomas *Notfallseelsorge*. Heidelberg 2006

Zum Autor:

Joachim Müller-Lange, Landespfarrer für Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland

Akazienstr. 22, 53859 Niederkassel

E-mail: notfallseelsorge@ekir.de

Mehrgenerationenhäuser – eine Chance für Beratungsstellen

Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des Familienministeriums will den Zusammenhalt und den Austausch der verschiedenen Generationen stärken. Mehrgenerationenhäuser sind aktive und aktivierende Zentren im Sinne offener Tagestreffpunkte und Dienstleistungsdrehscheiben.

Bis 2010 sollen 439 Mehrgenerationenhäuser entstehen – eines in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt. Am 20. September wurde die erste Ausschreibungswelle beendet. 904 Initiativen und Projekte aus ganz Deutschland bewarben sich, aus denen jetzt 50 ausgewählt werden. Im nächsten Jahr startet die zweite Ausschreibungswelle; bis Ende 2007 werden dann die restlichen 389 Mehrgenerationenhäuser vergeben.

Mehrgenerationenhäuser können aus bereits bestehenden Einrichtungen entwickelt werden, z. B. Kindertageseinrichtungen, Mütterzentren, Senioren- oder Bürgertreffs.

Wenn diese aus dem Aktionsprogramm gefördert werden sollen, müssen sie allerdings folgende Mindestvoraussetzungen erfüllen:

- Einbeziehung der vier Lebensalter Kinder/Jugendliche, Erwachsene, junge Alte über 50 Jahre, Hochbetagte
- generationsübergreifende Angebote
- Kinderbetreuung
- Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamtlichen auf gleicher Augenhöhe
- Entwicklung als Informations- und Dienstleistungsdrehscheibe vor Ort
- Einbeziehung der lokalen Wirtschaft
- offener Tagestreff mit Cafeteria und Bistro.

Bei dieser Konzeption wird deutlich, dass das Angebot von Mehrgenerationenhäusern durch die Beteiligung von Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern sowie integrierten Beratungsstellen sinnvoll ergänzt werden kann; diese Beteiligung kann ganz unterschiedlich sein:

- Im Sinn der oben erwähnten "Dienstleistungsdrehscheibe" können die örtlichen Beratungsstellen im Mehrgenerationenhaus ihr Angebot bekannt machen (z. B. durch Aushänge und Flyer);
- sie können die im Mehrgenerationenhaus arbeitenden Haupt- und Ehrenamtlichen über ihr Beratungsangebot informieren, so dass diese Ratsuchende qualifiziert an geeignete Beratungsstellen weiter verweisen können.

- sie können offene Elternabende zu spezifischen Themen (z. B. Gewalt in der Schule, Geschwisterrivalität) anbieten;
- sie können fortlaufende Gruppen durchführen (z. B. Elterntrainings, Gruppen für Geschiedene und Getrenntlebende);
- sie können einen regelmäßigen Außensprechtag im Mehrgenerationenhaus abhalten,
- sie können eine Außenstelle ihrer Beratungsstelle im Mehrgenerationenhaus einrichten und schließlich
- können dazu qualifizierte Beraterinnen und Berater für die Fachberatung und "Fallsupervision" der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter(innen) des Mehrgenerationenhauses zur Verfügung stehen.

Auch wenn für diese Arbeit keine zusätzlichen Fördermittel aus dem Aktionsprogramm vorgesehen sind, so bietet die Beteiligung an Mehrgenerationenhäusern Beratungsstellen die große Chance, ein ausgesprochen niederschwelliges und bevölkerungsnahes Beratungsangebot vorhalten zu können.

Ausführliche Informationen über das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser sind unter www.mehrgenerationenhaeuser.de erhältlich.

Rezensionen

Hannah Lothrop

Gute Hoffnung, jähes Ende (7. aktualisierte Auflage 1998)
Kösel-Verlag, München 1991 (ISBN 3-466-34389-5) € 19,95

Dieses bereits vor 15 Jahren erstmals veröffentlichte Buch ist zweifellos ein Standardwerk zum Thema Trauer um Kinder und gehört in jede Schwangeren- und Familienberatungsstelle.

Zu diesem Urteil wäre ich vor etwa acht Jahren, als ich es bei meinem Einstieg in die Beratungsarbeit erstmals gelesen habe, sicher nicht gekommen. Die erneute Lektüre nach den Erfahrungen eigener Schwangerschaft und dem sehr nah miterlebten Verlust des Babys einer Freundin und nicht zuletzt eine ganze Reihe einschlägiger Beratungsfälle haben meine Sicht geändert.

Hannah Lothrop hat sich dem Thema aufgrund eigener Betroffenheit zugewandt. Im Rahmen ihrer Recherchen führte sie intensive Gespräche mit Trauernden in Deutschland und den USA. Die Autorin besuchte sogenannte Trauerstützgruppen in Florida und war lange in der Geburtsbegleitung und Nachbetreuung von Eltern, deren Kind tot geboren wurde, tätig. So begegnen dem Leser zum einen ganz

persönliche und ergreifende Erfahrungen von Betroffenen, von denen ausgehend die professionellen Handlungsmöglichkeiten aus Sicht einer Psychologin entwickelt werden. Der fachliche Diskurs nimmt u. a. Bezug zu den Werken *Trauern* von Verena Kast und *Verlust. Trauer und Depression* von John Bowlby.

Im ersten Teil des Buches richtet sich Hannah Lothrop an Eltern und Verwandte, die ein Kind durch Fehlgeburt, Totgeburt, Neugeborenenentod oder Plötzlichen Kindstod verloren haben. In sachlicher Weise erläutert und definiert die Autorin die verschiedenen Möglichkeiten, ein Kind zu verlieren – bis hin zu den Grenzbereichen Schwangerschaftsabbruch und Adoption. Sie beschreibt die Phasen der Trauer und gibt Anregungen zum Umgang mit ihnen. Zu jeder Phase werden Rituale als Lebenshilfe angeboten.

Weitere Kapitel im ersten Buchteil befassen sich mit der Trauer betroffener Väter und – für mich besonders eindrucksvoll – der Trauer von Geschwisterkindern. Hier wird die Verarbeitung des Verlusts in verschiedenen Altersstufen beschrieben einschließlich praktischer Hilfen für den Umgang mit den verbliebenen Kindern.

Der zweite Buchteil richtet sich an Angehörige, Freunde, Betreuungspersonal in Kliniken, professionelle Berater(innen) und alle, die trauernden Menschen in diesen schweren Momenten des Lebens begegnen. Die Autorin beschreibt den Trauerprozess in seinen einzelnen Phasen und gibt viele Beispiele für den hilfreichen Umgang mit Trauernden. Auch Erfahrungen mit unangemessenen Verhaltensweisen werden erläutert.

Das Buch beinhaltet einen sehr ausführlichen Anhang mit Adressen, Literaturhinweisen, Gebeten, Texten und Liedern, sowie Anregungen zu Meditationen und Trauer Ritualen.

Hannah Lothrop schreibt in einer klaren, für jeden verständlichen Sprache. Das Buch ist übersichtlich gegliedert und enthält, wie gesagt, vielerlei Übungen und "konkrete Anregungen für Heilung von Seele, Körper und Geist ..." (S. 21).

Das Buch ist nicht nur für Trauerarbeit hilfreich und heilsam, es ist lesenswert für alle, die sich mit Schwangerschaft und Geburt im weitesten Sinne befassen. Es ermöglicht generell eine Aussöhnung mit dem Tod und öffnet den Blick auf die Kräfte, die aus ihm entstehen können, und das Neue danach.

Cornelia Weller
Rosentalgasse 7, 04105 Leipzig
e-Mail: weller-cornelia@web.de

Ressortaufteilung des Vorstandes

Regionale Ansprechpartner:

- Baden Württemberg / Hessen / Rheinland-Pfalz / Saarland
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg / Mecklenburg-Vorpommern
- Bremen / Hamburg / Niedersachsen / Schleswig-Holstein
- Nordrhein-Westfalen
- Sachsen / Sachsen-Anhalt / Thüringen

Elisabeth Frake-Rothert
Dr. Florian Moeser-Jantke
Petra Thea Knispel

Petra Heinze

Cornelia Strickling
Berend Groeneveld

Cornelia Weller

Fort- und Weiterbildungsausschuss:

Berend Groeneveld (Vorsitz), Elisabeth Frake-Rothert, Petra Heinze, Christoph Krämer, Dr. Florian Moeser-Jantke, Cornelia Strickling

Ausschuss "Selbständige Eheberater(innen)":

Elisabeth Frake-Rothert (Vorsitz), Berend Groeneveld, Petra Heinze, Petra Thea Knispel, Christoph Krämer, Cornelia Weller, Cornelia Strickling

Informationsrundschriften:

Rolf Holtermann (verantw. Redakteur)

Redaktionsausschuss:

Rolf Holtermann (Vorsitz), Elisabeth Frake-Rothert, Berend Groeneveld, Cornelia Strickling

Rechnungsprüferinnen:

Rosmarie Jell, Alexandra Obogeanu

Herausgegeben von

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.
Neumarkter Str. 84 c, 81673 München

Druck: awi-printmedien, München

Diese Veröffentlichung erscheint mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Sie ist einschließlich aller ihrer Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der DAJEB unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Es ist deshalb nicht gestattet, diese Veröffentlichung ganz oder in Teilen zu scannen, in Computern oder auf CD's zu speichern oder in Computern zu verändern, es sei denn mit schriftlicher Genehmigung der DAJEB.

Einzelpreis dieses Heftes: EUR 7,50 zzgl. Versandkosten