

KOMMUNIKATION IN GRENZ- UND KRISENSITUATIONEN

Theorie- und Praxisseminar



Dieses Studienheft der Landakademie Weilrod e.V. widme ich Menschen, die ehrenamtlich oder beruflich in Grenz- und Krisensituationen helfend engagiert sind: Feuerwehrleuten, Menschen in Rettungs- und Sanitätsdiensten, Krankenpflegerinnen und -pflegern, auch Ersthelfern* am Unfallort.

Die Ersten an Unfallorten u.ä. sind aber oft einfach „Laien“: Nachbarn, zufällige Augenzeugen, Familienangehörige. Und auch sie müssten im Grunde etwas wissen von der „Ersten Hilfe für die Seele“, von angemessenen Reaktionen auf traumatisierte oder verletzte Menschen, von helfender Kommunikation. Auch diese „Laien“ sollen mit diesem Studienheft angesprochen werden, ihr Interesse vorausgesetzt.

Mögen die nachfolgenden Texte beiden nützlich sein, Spezialisten und „Amateuren“.

Professor Dr. Horst Seibert

*Als Ersthelfer in einer Notfallsituation gelten Menschen, die in Erster Hilfe oder - wie z.B. Soldatinnen und Soldaten - in lebensrettenden Sofortmaßnahmen ausgebildet sind und ggf. Verletzte vorbehandeln können, bis Notfallärzte und -ärztinnen, Notfallsanitäter, Rettungsassistentinnen und -assistenten eintreffen.

Impressum

Herausgegeben

von der Landakademie Weilrod e.V.

- Gefördert vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst -

Verfasser: Dr. phil.habil. Horst Seibert,

Professor em. für Diakoniewissenschaft, PD em. für Praktische Theologie, Pfarrer i.R.,
Diplom-Sozialarbeiter (FH+HS)

Design: Rüdiger Daniel Seibert

Copyright 2022

Bildnachweise: pexels.com, Wikipedia gemeinfrei (S. 3, 6, 70, 112)

Vorausgeschicktes

Bei Unfällen, Katastrophen u.ä. gibt es heutzutage eine Fülle von „Krisenagenten“: Träger hoheitlicher Gewalt, Feuerwehr, Rettungsdienst, Ärzte, Sonderrettungsdienste (z.B. Rettungshundestaffeln), spezielle Dienstleister (z.B. Bestatter), Journalisten, Notfallseelsorger.

Diese Fülle besteht noch nicht lange; Feuerwehren im heutigen Sinne sind erst im 19. Jh. entstanden; Rettungswachen und Sonderrettungsdienste gibt es erst im 20. Jh.; und ein Notarztsystem hat sich erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt. Früher waren Menschen also Katastrophen viel direkter ausgeliefert und auf materielle wie psychische Eigenhilfe angewiesen.

Fachleute beobachten, dass durch die starke Zunahme von Sicherungssystemen die allgemeine Bewältigungskompetenz für Grenz- und Krisensituationen nicht zugenommen, sondern eher abgenommen hat. Im Umgang mit dem Leiden sind heutige Menschen oft „unbeholfener“, inkompetenter als einstmals. Man muss sich ja auch nicht kümmern: es gibt ja Kümmerer.

Welchen Sinn hat dieser Studienbrief?

Bei Großschadensereignissen gibt es das Zusammenspiel dreier Hilfesysteme: der medizinischen, technischen und psychosozialen. Es wäre vermessen, dem Leitenden Notfallarzt oder der Leitung des Technischen Hilfsdienstes Ratschläge zu erteilen; da sind erfahrene Spezialisten am Werk. Es bleiben die psychosozialen Hilfen, zu denen – neben Notfallseelsorgerinnen und -seelsorgern, Polizeipsychologinnen und -psychologen, diversen Kriseninterventionsdiensten u.a. - auch zufällig Betroffene etwas beitragen könnten. Überwiegend im Bereich dieses dritten Hilfeflexes bewegen sich die folgenden Texte.

Da in diesem Studienbrief nicht jedes Mal alle in Frage kommenden professionellen und ehrenamtlichen Dienste und Personenkreise aufgezählt werden sollen, wenn ihr Hilfehandeln beschrieben oder für angebracht erachtet wird, wird die Gruppenbezeichnung „(Unfall-)Helferin“ bzw. „-Helfer“ verwendet. Die Betonung liegt also auf Motivation und Funktion „Helfen“. Dass der Verfasser ein Faible für die Ehrenamtlichen unter den Helferinnen und Helfern hat, ist bei der Gesamtlektüre des Studienbriefs unübersehbar.

Die Begriffe „Grenz- und Krisensituationen“ werden im Folgenden nicht nur bei Großschadensereignissen oder schweren Unfällen angewendet, sondern auch bei individuellen Verlusten. Der Krankenhaus-Tod eines geliebten Menschen kann Verwaiste in schwerste Krisen stürzen, kann für eine Familie eine bis dato unvorstellbare Grenzsituation markieren.

Wer sich auf dem Markt der Handreichungen und Handlungsempfehlungen für Helferinnen und Helfer in Grenz- und Krisensituationen umsieht, stößt auf eine große Menge an Fachliteratur, an theoretischen und handlungspraktischen Ausarbeitungen von meist hervorragender Qualität. Damit muss dieser Studienbrief nicht dienen. Er beschränkt sich auf zwei ausgewählte ausführliche Praxisbeispiele u.E. exzellenter Experten.

Die Studienbriefe der Landakademie Weilrod e.V. – dieser und die vorausgehenden über Gerontologie und Thanatologie, Sozialtherapie und Religionspsychologie – sind „anders“, haben einen etwas andersgelagerten Anspruch. Die Landakademie Weilrod e.V. ist nach ihrem Selbstverständnis eine gemeinnützige Erwachsenenbildungsinitiative – und „Bildung“ geht über jede noch so gescheite Gebrauchsanweisung hinaus. Auch dieser Studienbrief stellt **Bildungs- und Wissenszusammenhänge** her, die den Kompetenzrahmen der Leserin und des Lesers erweitern, auch die Handlungsperspektiven breiter ausleuchten sollen.

Das Selbstverständnis als „Akademie“ bedeutet nicht nur, dass akademische Lehrer die Studienbriefe der Landakademie Weilrod e.V. verfassen; der Akademie-Begriff schließt auch ein, dass hier verschiedene Wissenschaften miteinander im Gespräch sind – und dieses Gespräch kann durchaus offen ausgehen und der Leserin und dem Leser **Entscheidungsspielräume** auf tun. Es ist ein Moment **akademischer Freiheit** in diesem Konzept gewollt: durch ein größeres Angebot an Wahrnehmungsdimensionen. Helferinnen und Helfer sollen ihre Situation, ihre Rolle, im größeren kulturellen, sozialen, auch wirkungsgeschichtlichen Zusammenhang verstehen lernen. Das heißt aber auch: ihre Verantwortung für die anderen und für sich.

UNFÄLLE, ZUFÄLLE UND DER MENSCHLICHE FAKTOR

Black-Box-Kommunikation: kommentierte Abstürze

80% aller Flugzeugabstürze werden auf sog. menschliches Versagen zurückgeführt, d.h. aber auch: auf häufig **unsachgemäße Kommunikation in einer existentiellen Grenzsituation**. Das belegen u.a. die in seinem in London herausgegebenen Buch „The Black Box“ von Malcolm MacPherson aufgeführten 28 Beispiele; hier eine kleine Auswahl.

Auf diesen Black-Box-Aufzeichnungen kann man z.B. hören, wie zwei Piloten den Verbleib der Landebahn erörtern:

„Wo ist denn die Runway?“
„Keine Ahnung, aber gerade war sie noch da.“

Oder Piloten diskutieren, ob ihre Maschine brennt, weil der Kabinenboden bei den Passagieren gerade merkwürdig weich zu werden begonnen hat:

„Wird das Ding wirklich weich?“
„Riechst du denn nichts?“
„Ja schon, aber das hatte ich schon einmal.“

Oder ein Airbus-Pilot und sein Co-Pilot streiten sich in 15m Flughöhe über einem südkoreanischen Reisfeld hinter der Landebahn:

(Co-Pilot:) „Durchstarten!“
(Captain:) „Hände weg vom Steuerknüppel!“
(Co-Pilot:) „Durchstarten!“
(Captain:) „Nein! Nicht! Mann, du bringst uns alle um!“
[Crash-Geräusche] – (Co-Pilot:) „Ich bin ganz o.k.!“

In die traurige Geschichte der Luftfahrt gingen die beiden Piloten des Avianca-Fluges 052 von Kolumbien nach New York ein; sie hatten in Medellin nur so viel Kerosin getankt, wie zum einfachen Erreichen des Flugziels nötig war. Der Bordingenieur, der diese Marotte der beiden Piloten kannte, flehte sie an, diesmal die Landebahn schon beim ersten Anflug zu treffen; doch statt der Flugkontrolle beim Anflug die Spritnot zu offenbaren, flogen sie die ihnen angewiesene Nochmal-Schleife. Hier der Originalauszug der Black Box:

Flugkontrolle: „Ich bringe Sie in 15 Meilen wieder herum. Ist das in Ordnung für Sie?“

Captain: „Was sagt er? Ich höre ihn nicht.“ (Der Captain ist schwerhörig)

Engineer: „Ich glaube, der Controller ist jetzt sauer auf uns.“ ...

Captain: „Take it easy. Take it easy.“

Sekunden später verloschen die Brennkammern der Triebwerke 1 bis 4. Die Boeing 707 stürzte bei Long Island ins Meer. 73 Passagiere und die Crew kamen ums Leben.



Anatomie einer Katastrophe

Im Juli 2002 starben 71 Menschen bei einem Flugzeug-Crash bei **Überlingen am Bodensee**. Eine DHL-Boeing und eine Tupolew waren im rechten Winkel aufeinander zugerast und streiften sich knapp.

- Das Kollisionswarnsystem am Boden war wegen Wartungsarbeiten ausgeschaltet.
- Die üblichen Telefonleitungen zur Kommunikation mit anderen Flugsicherungsdiensten waren kurzzeitig blockiert.
- Der Fluglotse Peter N. musste in Zürich zum Zeitpunkt des Unglücks zwei Schirme gleichzeitig überwachen – sein Kollege nahm gerade seine Pause.
- Ein Kollisionswarnsystem der benachbarten Kontrollstelle Karlsruhe schlug zwei Minuten vor dem Crash Alarm, doch die dortigen Lotsen konnten Zürich nicht erreichen.
- Kurz vor dem Crash sprachen die an Bord der beiden Maschinen installierten Kollisionswarnsysteme an:
 - Sie fordern die Tupolew zur Steigen \triangle
 - und die Boeing zum Sinken auf ∇
- Sekunden später meldet sich der Lotse, der die Gefahr nun ebenfalls erkannt hat.
- Er fordert im Gegensatz zu den bordeigenen Systemen die Tupolew zum Sinken auf.
- Das Kollisionswarnsystem reagiert auf die fälschlicherweise sinkende Tupolew und fordert die Boeing zu einem noch stärkeren Sinkflug auf.
- Die Tupolew streift die Boeing am hinteren Leitwerk.
- „Ich war in der Unfallnacht Teil eines Netzwerks von Menschen, Computern, Überwachungs-, Übermittlungsgeräten und Regelungen“, erklärt der Lotse N. bei seiner Vernehmung.
- Im Februar 2004 bringt ein Hinterbliebener der Opfer den Fluglotsen N. um.

Gedenkstätte
Überlingen

Die zerrissene
Perlenkette



Bild: Wikipedia/gemeinfrei

Kann man Grenzsituationen vorausberechnen?

Wenn das ginge, könnte man sich zielgenau darauf vorbereiten. Die Erfahrung zeigt, dass vor allem Großschadensereignisse **kaum wirklich antizipierbar** sind (zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Textes sucht man Schuldige für die Jahrhundert-Hochwasser-Katastrophe im Ahrtal: typisch für den Umgang mit Unvorhersehbarem). Fehleinschätzungen im Großen und Kleinen unterlaufen durchrationalisierten, hochtechnischen Organisationen und einfach Menschen bei Alltagsrisiken.

NASA-Studie

1985 veröffentlichte die NASA eine Studie, die für den Absturz einer Space-Shuttle eine Wahrscheinlichkeit von **1 : 100 000** errechnete.

Nach 113 Missionen (bis 2004) gingen zwei Fähren verloren.

Die Quote also: **1 : 56**.

Umfragen in Deutschland zeigten, dass Eltern (vor Corona) Gelbsucht und Hirnhautentzündung sowie Folgeschäden von Kinderkrankheiten als größte Gesundheitsrisiken für ihre Kinder einschätzten. Statistiken und klinische Erfahrungen zeigten, dass Unfälle, speziell Verkehrsunfälle, Allergien, Dieselruß und Folgen des Treibhauseffekts für Kinder weitaus gefährlicher sind.

(Belege bei Jochen Wegner, Warum immer ich? – Schicksal. Eine Betriebsanleitung, 2014)

Zufall? Naturgesetz? Oder was?

Es gibt ein weitverbreitetes Bedürfnis, in manchen Unfällen usw. eine Logik, einen tieferen Sinn, eine „Vorsehung“, ein Naturgesetz, ein Muster zu erkennen. Die Anerkennung eines Zufalls fällt schwer, z.B. in den Fällen, die im Focus Nr. 17/2004 beschrieben wurden:

...Nehmen wir die 70-jährigen Zwillingbrüder Lauri und Elmer Impola, die im finnischen Städtchen Raahe lebten, 600 Kilometer nördlich von Helsinki. Am Morgen des 5. März 2002 bestieg Lauri wie jeden Tag sein Fahrrad und machte sich trotz eines Schneesturms auf ins nahe gelegene Pattijoki. Er bog in die Schnellstraße 8 ein, ohne im dichten Schneetreiben den Lastzug zu bemerken, der sich mit hohem Tempo näherte. Lauri wurde von ihm erfasst und war sofort tot.

Eindreiviertel Stunden später starb sein Zwilling – auf die gleiche Weise. Ein Lkw hatte auch Elmer erfasst. Auch Elmer war mit dem Fahrrad auf der Schnellstraße 8 unterwegs gewesen, in entgegengesetzter Richtung, von Pattijoki nach Raahe. Er wurde genau 1120 Meter entfernt von jener Stelle getötet, an welcher Lauri kurz zuvor ums Leben gekommen war. „Es war schwer vorstellbar, dass dies Zufall gewesen sein sollte“, erinnert sich Polizeiinspektor Marko Salo, der am nächsten Tag die Ermittlungen aufnahm. Fast ganz Raahe dachte, der zweite Zwilling habe sich aus Trauer umgebracht. „Das hätte alles erklärt“, sagt Salo. Seine Untersuchung zeigte jedoch, dass sich Elmer nur auf den Weg zu einem Friseurtermin gemacht hatte, in bester Stimmung und ohne vom Tod seines Bruders zu wissen.



An einen bizarren Zufall wollte die Familie dennoch nicht glauben. „Es war ihre Bestimmung“, erklärte der Neffe der Zwillinge. Die Schwester der beiden glaubte an eine terroristische Verschwörung.

Die Wahrscheinlichkeit, dass so etwas zufällig passiere, erklärte sie, existiere gar nicht...

Geschichten wie der Zwillingstod in Finnland, die Statistiker kaum beeindruckten, machen uns staunen. Geschichten wie die vom Park Ranger Roy Sullivan aus Virginia, der in seiner 35-jährigen Karriere siebenmal vom Blitz getroffen wurde, meist bei der Arbeit, aber auch mal im Büro oder vor seinem Haus, auf dem Weg zum Briefkasten (Er erschoss sich mit über 70 Jahren, angeblich aus Liebeskummer)... Oder die 67-jährige Dorothy Fletcher aus Liverpool, die im vergangenen Jahr während eines Fluges nach Florida einen Herzinfarkt erlitt: Auf den Ruf der Stewardess nach einem Arzt eilten insgesamt 15 Kardiologen herbei, viele davon mit Notausrüstung. Sie waren zufällig alle im selben Flugzeug, auf dem Weg zur selben Konferenz. Dorothy Fletcher wurde trotz des Gedränges gerettet.

Wer den ganz normalen Wahnsinn unseres Alltags studiert, dem dämmert, was Aristoteles gemeint haben könnte...: „*Es ist wahrscheinlich, dass das Unwahrscheinliche geschieht.*“

Die „Bild“ bedient das Bedürfnis nach „esoterischem“ Mustersehen, befeuert den Glauben an Zahlenmystik:

„Unheimliche Terrorzahlen“ titelte „Bild“: der Terroranschlag in Madrid ereignete sich 911 Tage nach „9-11“; es war der American-Airlines-Flug Nummer 11, der die Zwillingstürme als erster traf, an Bord waren 92 Menschen ($9+2=11$); der 11.9. war der 254. Tag des Jahres ($2+5+4=11$); „Afghanistan“, „New York City“, „The Pentagon“, „George W. Bush“ besitzen 11 Buchstaben; die Zwillingstürme sahen aus wie die Zifferna?

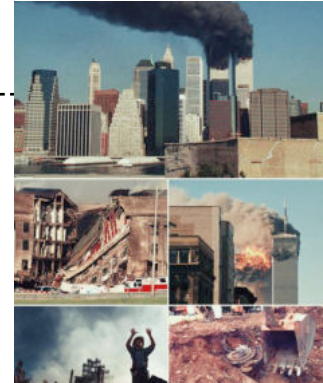


Bild: Wikipedia/CC BY-SA 3.0

Über den Zufall

Prof. Daniel Kahneman aus Princeton, Nobelpreisträger: „Nachdem etwas passiert ist, verstehen wir es. **Und wenn wir es verstehen, glauben wir, dass wir es hätten vorhersehen können.** Wir lernen nicht, dass es unmöglich ist, Dinge vorherzusehen...

Wir sind dafür geschaffen, Muster zu sehen. *Deshalb sieht der Zufall für uns nach Ordnung aus.* Wir können nicht zugeben, dass gewisse Dinge grundsätzlich nicht durchschaubar sind.“

Jochen Wegner (Buchtitel: „Die Magie des Zufalls“): „Prof. Perrow hatte ... den Beinahe-GAU des Kernkraftwerks Harrisburg untersucht. In einem Gewirr aus schlampiger Arbeit, defekten Instrumenten und Sicherheitssystemen (bis hin zu einer normalerweise nebensächlichen, an diesem Tag aber wichtigen Anzeige, über der ein Notizzettel klebte) konnte er keinen zentralen Unfallgrund finden.

Schon gibt es Wissenschaftler, die meinen, modernes Risikomanagement sei oft nicht viel mehr als ein Ritual.“

Exkurs zur Grundsatzdiskussion: **Zufall oder Gesetzmäßigkeit?**

Wie entstehen Naturgesetze?

(aus: Peter Ripota, PM Persp. 1999)

„Bislang wurde eine Alternative diskutiert: entweder lagen die Naturgesetze von allem Anfang an fest („Um es metaphorisch auszudrücken: Als Gott die Welt schuf, da wusste er, wie sich jedes Teilchen in jedem Zustand verhalten würde“), oder sie bildeten sich allmählich heraus, veränderten sich z.B. durch Gewohnheit und Verstärkung („Das ist die These des englischen Biologen Rupert Sheldrake. Die Natur hat eine Art Gedächtnis; sie merkt sich, was bereits geschah..., und verstärkt dadurch gewisse Trends...“).

„Eine dritte Alternative ist deprimierend: Naturgesetze sind weitgehend eine Täuschung. Der Mensch kann hervorragend Muster erkennen und sieht in allem etwas, auch dann, wenn gar keine Struktur vorliegt... Für diese Meinung spricht einiges, denn viele Erscheinungen sind so erklärbar. Und gerade in der Physik gibt es alternative Erklärungen für viele Phänomene, trotz der exakten Messbarkeit. Und wenn wir irgendwo ein Gesetz erkennen, dann oft nur, weil wir gedanklich einen Ablauf idealisieren, das heißt, von Nebenwirkungen befreien. Möglicherweise regiert überall das Chaos, und wir erkennen es nicht.“



Grenzsituation Unfall

In Deutschland gelten sechs sog. **Unfallkategorien**:

Kat. 1: Unfälle mit Toten,

Kat. 2: Unfälle mit Schwerverletzten,

Kat. 3: Unfälle mit Leichtverletzten;

ab **Kat. 4** geht es um Sachschäden (ein Aspekt, der in diesem Studienbrief keine Rolle spielt).

Unfallursache: zeitliche Verdichtungsprozesse bzw. das permanente Zeit-Gewinnenwollen

Ca. 70% der Autofahrer fällt es erklärtermaßen schwer, einem anderen Autofahrer hinterher zu fahren, der sich exakt an die Geschwindigkeitsvorschriften hält. Der hohe Anteil von Überholunfällen oder von Unfällen wegen „nicht angepasster Geschwindigkeit“ wirft unter Verkehrs- wie Zeitforschern grundsätzliche Fragen nach einem überindividuellen Zeit-Druck auf.

Der historische Weg verlief in etwa so: in der kulturellen Frühzeit wurde die Zeit an natürlichen Zyklen gemessen (am Lauf der Gestirne, an periodischen Überschwemmungen u.ä.). Erst im Frühmittelalter ging die kreisförmige Zeit der Umläufe und des ewigen Neubeginns zuende; es begann das lineare Zeitdenken, und es entstand damit ein neuer Menschentyp: denn die Zeit verlief nun in eine Richtung, lief gewissermaßen davon; man konnte zum ersten Mal Zeit „verlieren“. In psychohistorischer Sicht rennt jeder, der einen anderen überholt, der Zeit, die verloren zu gehen droht, hinterher. Aber das Rennen ist aussichtslos – angesichts des neuerlichen Zeitbezugswechsels in die Nano-Welt: Bis 1967 galt die Erdrotation als Bezugsgröße, die freilich noch nicht „exakt“ genug war; seitdem einigten sich Wissenschaftler und Regierungen darauf, eine vom chemischen Element Cäsium ausgehende Strahlung zur Grundlage der Zeitmessung zu machen; seitdem sind genau 9 192 831 770 Schwingungsperioden einer charakteristischen Strahlung des Cäsium-Isotops 133 abzuwarten, bevor eine Sekunde vergangen ist. Mit der veränderten Zeitmessung war immer eine Zeitgefühls- und Zeitumgangsrevolution verbunden. Als die Zeit noch nicht gemessen werden konnte, „hatte“ man sie. Je verfeinerter die Zeitmessungsverfahren sind, desto schneller wird das Leben. Wo Uhren keine Rolle spielen, bewegt man sich langsamer.

Beispiele:

- Franz Liszt, der vielleicht virtuoseste Pianist des 19. Jahrhunderts, benötigte eine Stunde, um Ludwig van Beethovens Hammersonate zu spielen. Heute wird sie im Schnitt in 40 Minuten gespielt.
- Die Geschwindigkeit im Luftverkehr hat sich in den letzten 50 Jahren verzwanzigfacht.
- In Berlin laufen die Menschen doppelt so schnell wie in einem sizilianischen Dorf.

Bei diesen Entwicklungen wird unsere Organbeschaffenheit zum Problem, z.B. beim Fernsehen: jede Fünfundzwanzigstelsekunde erzeugen 300 000 Bits ein neues Bild. Soviel kann kein Gehirn fassen – und daher sind unsere Gehirne ständig mit dem Sortieren und der Vernichtung von Informationen beschäftigt. Oder beim Autofahren: 180 km/h bedeuten 50 Meter „Erlebnis“ pro Sekunde...

Nicht nur die ständige Überforderung unserer Sinnesorgane und unseres Gehirns – eine Überforderung, die sich dann in Stress-Situationen entladen kann - ist eine Problematik, sondern vor allem auch die Erkenntnisse der modernen **Chronobiologie**: sie hat unzweifelhaft nachgewiesen, dass „der Mensch als einzigartiges Rhythmusgefüge anzusehen ist; vergleichbar einem riesigen Uhrladen. Es sind viele hundert verschiedene Prozesse mit einem ganz bestimmten Tag- und Nacht-Rhythmus bekannt. Wir sind zu jeder Stunde ein anderer Mensch. – Die internen Zeitprogramme sind zudem vielfach eingebunden in Rhythmen der äußeren Natur und werden z.B. vom Licht gesteuert. Obwohl der Makro-Uhr des Himmels genetisch nachgeformt, verfügen wir innerhalb bestimmter zeitlicher Spannbreiten über Freiheitsgrade. Nachtschicht und Jet-Reisen bringen die Synchronisation dieser inneren Uhren durcheinander. Aber das komplexe Zusammenspiel innerer und äußerer Rhythmen wird auch durch unser arhythmische Leben in einer Non-Stop-Gesellschaft gestört, die den Tag zur Nacht und die Nacht zum Tag macht und uns im Würgegriff der rasenden Zeit hält“ (Joseph Scheppach).

Nach chronobiologischer Auffassung ist unser Organismus aus dem Takt geraten – was nicht nur zu neuen Zivilisationskrankheiten führt (jeder Dritte leidet z.B. an so bedingten Schlafstörungen), sondern auch zu massenhaften Reaktionsstörungen und -ausfällen.

Das Zeit-Druck-Problem spielt nicht nur bei Unfallverursachern oder -opfern eine Rolle, sondern ggf. **auch bei Unfallhelferinnen und -helfern**, die unter diesem Druck Fehler begehen, die auf „übereilte“ Entscheidungen und Handlungen zurückzuführen sind. Behandlungsfehler im Bereich der Notfallmedizin gehören zu den häufigeren Todesursachen (vgl. C. Hohenstein u.a.).

Grenzsituation Unfall

Der Unfälle/die Unfälle: Faktum und Erklärungsmodelle

„...Bereits in den zwanziger Jahren machte der deutsche Psychologe K. Marbe die Beobachtung, dass Menschen, die einen Unfall erlitten haben, mit größerer Wahrscheinlichkeit wieder verunglücken als Menschen, die noch nie in ihrem Leben Unfallopfer gewesen sind.

Statistiken der großen Versicherungsgesellschaften bestätigten ihn später. Es zeigte sich: Die Unfälle in den großen Industriebetrieben waren nicht gleichmäßig auf die gesamte Belegschaft verteilt; es existierte eine kleine Gruppe von Arbeitern, die den größten Anteil an der Summe der Unfälle hatte. Der Einwand kam prompt: Das waren selbstverständlich die Arbeiter, die an den gefährlichsten Arbeitsplätzen standen. Er erwies sich als nicht stichhaltig. Die Betroffenen hatten nämlich auch zu Hause, in der Freizeit, auf dem Weg zum Betrieb ihr sogenanntes Pech. Wechselten sie ihren Arbeitsplatz, ‚nahmen‘ sie ihre Unfälle prompt mit.

In der Zweimillionenstadt Connecticut (USA) untersuchte man über den Zeitraum von sechs Jahren das Unfall-Verhalten der Autofahrer. Das Ergebnis: 36 Prozent waren in 86,4 Prozent sämtlicher Zusammenstöße verwickelt. Eine Weltfirma zog daraus ihre Konsequenzen. Alarmiert durch die hohe Unfallziffer der bei ihr beschäftigten Lastwagenfahrer, gingen ihre Spezialbeauftragten jeder Unfallgeschichte jedes einzelnen Fahrers nach. Und dann handelte die Firmenleitung anscheinend ganz primitiv: Sie versetzte alle ‚Pechvögel‘, also alle jene, denen immer wieder aus unerklärlichen Gründen etwas passierte, in andere Stellungen. Das Ergebnis war verblüffend: Die Unfallziffer bei der Kraftfahrerabteilung sank im folgenden Jahr um 80 Prozent. Die Firma erreichte damit ein Ziel, das weder durch Aufklärung noch durch bessere Ausbildung zu erreichen gewesen war. Die ‚straf‘-versetzten Chauffeure aber wurden an ihrem neuen Tätigkeitsort bald in neue Unfälle verwickelt.

Es musste also so etwas eine **Unfallpersönlichkeit** geben. Man begann nach den Eigenschaften zu suchen, die solche Menschen von anderen unterschieden. Waren sie dümmer, oder ... wiesen sie einen geringeren Intelligenzquotienten auf? Hatten sie eine längere Leitung, reagierten sie schwerfälliger, reichte ihre körperliche Kraft nicht aus? All diese Vermutungen stellten sich als falsch heraus.

Bei den sich über Jahre hinziehenden Reihenuntersuchungen einer großen Zahl von Knochenbruchpatienten, die alle zu den Stammgästen der Klinik gehörten, kam man zu ganz anderen Ergebnissen. Die amerikanische Psychiaterin F.Dunbar, eine Spezialistin auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch orientierten Unfallforschung, fand bei den zum Unfall neigenden Menschen eine überraschende Fülle von Gemeinsamkeiten: Sie waren von rascher Entschlusskraft, impulsiv, sprunghaft, ständig ‚geladen‘ wie mit Explosivstoff. Gedanke und Tat waren bei ihnen eins. Sie wechselten häufig ihre Stellung, begannen immer wieder etwas Neues, ihre Arbeitsleistung war unregelmäßig. Ebenso sprunghaft verhielten sie sich in ihren mitmenschlichen Beziehungen... Ihre Ehen waren selten glücklich, die Zahl der Scheidungen deshalb auffällig höher als bei anderen Menschen. Sie waren geneigt, jeder Augenblicksregung zu folgen, liebten Aufregendes, planten nie für die Zukunft. Alle waren sie Menschen, die zwischen Triebregung und Ausführung nicht viel Überlegung einschalteten.

Wo aber lag der Grund für dieses Jähe, Sprunghafte, Ungestüme im Charakter der Unfallpersönlichkeiten?

Nach Meinung der Tiefenpsychologen ist er in der Kindheit zu suchen. Fast alle Testpersonen nämlich bekannten, dass sie zu Hause mit äußerster Strenge erzogen worden seien. Sie hätten nie das tun können, was sie mochten. Immer wieder habe es kategorisch geheißen: So etwas tut man nicht! Sie alle waren...frustriert, das heißt, zu kurz gekommen, zurückgesetzt, an der normalen Triebbefriedigung gehindert.

Sie entwickeln dadurch eine starke Empfindlichkeit, eine Aufsässigkeit gegenüber Autoritätspersonen jeder Art. Die Aggressionen, die sie als Kind nicht hatten ausleben dürfen, rumorten in ihrem Innern. Der Unfälle ist deshalb in seinem Wesen ein Rebell. Er rebelliert gegen jede Art von Zwang, die von außen kommt - und auch von innen. Er kann nämlich *keine* Art von Beherrschung vertragen, auch die Selbstbeherrschung nicht. Es sind also Menschen, die unter einem ständigen seelischen Überdruck stehen.

Mit dem unbewusst herbeigeführten Unfall nun bringt er seinen Autoritätshass, seine Rachegefühle zum Ausdruck. Gleichzeitig büßt er seine Aufsässigkeit durch die Verletzung, die er erleidet. Er büßt mit Wonne. Denn er fühlt sich ja schuldig... Schuld aber kann man nur durch Leiden sühnen. Das Leiden stellt die Ordnung wieder her... (aus: S. Fischer-Fabian, *Das Rätsel in dir*)



M. Boss schildert ein merkwürdiges Wintersportabenteuer von Renate U., die sehr prüde erzogen war und Beziehungen zu jungen Männern regelmäßig beendete, wenn diese „zudringlich“ wurden. Mit 23 lernte sie einen jungen Mann kennen, der ihr besonders gut gefiel und bei dem sie sich vorstellen konnte, aus ihrer „Haut schlüpfen“ zu können. Sie verabredete sich mit ihm zu einer Freizeittätigkeit, in der sie sich besonders sicher fühlte, zum Skifahren in einem Wintersportort.

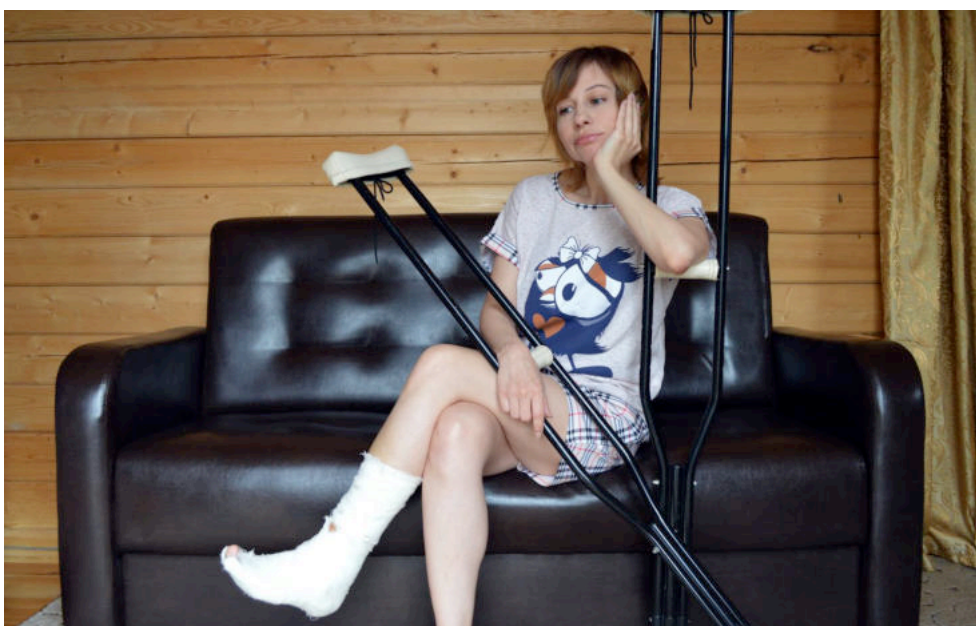
Sie traf vormittags dort ein, der Mann wollte nachmittags anreisen. Unmittelbar nach ihrer Ankunft geriet Renate in eine sich ständig steigende Unruhe; später charakterisierte sie ihren Zustand mithilfe der Redewendung: „Ich war zum Zerreißen gespannt“. Um sich abzulenken, beschloss sie, Ski fahren zu gehen. Als der junge Mann ankam, konnte er Renate nur noch im Spital besuchen: an einer völlig harmlosen Stelle der Piste, bei ausgezeichneten Schneesverhältnissen, hatte sich die bekanntermaßen sehr gute Skiläuferin einen komplizierten Beinbruch zugezogen.

Der Psychologe kommentiert: „Wann ereignen sich bei den Unfallanfälligen die so häufigen Gewebszerreiungen und Knochenbrüche?... Sie verunglücken immer dann, wenn sie wieder einmal in eine schwere Konfliktsituation hineingeraten sind, aber keinen Weg sehen, sie durch impulsives Brechen konflikthaft gespannter mitmenschlicher Beziehungen erledigen zu können. Dann bleibt ihnen gar nichts anderes übrig, als mit Hilfe sogenannter unbewusster Fehlhandlungen ihre gewalttätige explosive Verhaltensweise innerhalb der Sphäre der eigenen Leiblichkeit auszutragen. Dabei zerbrechen dann diese Menschen oft genug an Stelle ihrer mitweltlichen ihre innerleiblichen Verbindungen, ihre eigenleiblichen Binde- und Stützgewebe.“

(aus: Medard Boss, Einfuhung in die psychosomatische Medizin)

„Der zu Unfällen neigende Mensch behält seine Kindheitsaufsassigkeit gegenüber Autoritätspersonen auch im späteren Leben bei; und er behält gleichfalls die Schuldreaktionen, die er ursprünglich gegenüber seinen Eltern empfand. Die Kombination dieser beiden, Aufsässigkeit und Schuldgefühl, ist ein verbreiteter Faktor bei Unfällen. Diejenigen Menschen, die sehr viel von diesem Selbstbestrafungsdrang besitzen, stellen die Mehrzahl der zu Unfällen neigenden Personen. Ihre Schuldgefühle werden in überzeugender Weise durch die häufige Frage des Verunglückten unmittelbar nach dem Unfall belegt: ‚Warum musste mir das passieren? Womit habe ich das verdient?‘ Diese Fragen zeigen, dass das Schuldgefühl in unbestimmter Weise von dem Patienten wahrgenommen wird.“

(aus: Franz Alexander, Psychosomatik)



Grenzsituation Unfall

Auto, Straßenverkehr und Neurose

(Gedanken und Veranschaulichungen aus Arbeiten von Prof.Hch. VÖLKELE, ehemals Leiter der psychotherapeutischen und psychosomatischen Abteilung im Nervenheilkunde-Zentrum an der Kieler Universität)

„...‘Das Auto ist Medizin für mich‘, so diagnostizieren immer wieder Patienten während der psychiatrischen Behandlung, ‚das Auto ist mein Anti-Stress. Ich setze mich, wenn ich unruhig oder gespannt bin, ans Steuer. Wenn der äußere Stress im Straßenverkehr groß ist, dann wird der innere Stress um vieles geringer‘. Dem Psychiater und Psychotherapeuten sind solche Symptome vertraut: als **Flucht des Zwangsneurotikers nach vorn**, in die Aktivität. Das Auto eignet sich dazu besonders gut...“

„...Greift man im Bereich der Neurosen, die in der Entstehung und Gestaltung sehr umweltabhängig sind, ein Objekt von so hohem Rang wie das Auto heraus, dann ergeben sich unter dem Aspekt ‚Auto und Neurose‘ eine ganze Anzahl von Möglichkeiten, Fragen der speziellen Neurosenlehre zu veranschaulichen... Als einfacher und breiter Zugang zum Thema ‚Auto und Neurose‘ bietet sich die Tatsache an, dass uns in den Träumen des Gesunden und des neurotisch

Gestörten nicht selten das Auto begegnet...



(Beispiel aus Völkels Praxis: 24jährige Studentin, unter ungelöster ödipaler Problematik leidend, träumt stereotyp, dass sie in einem blauen VW fährt, die Fahrt zugleich beängstigend und beglückend erfährt, dabei aber keine Fahrerlaubnis hat. Der Vater, ein Pastor, fuhr zwischen 4. und 7. Lebensjahr der Patientin einen blauen VW). Die Symbolik ist recht durchsichtig:

Auto als (allgemeines) Triebsymbol, lebensgeschichtlich in enger Beziehung zum Vater. Die Triebbefriedigung wurde als illegal, illegitim (kein Führerschein) empfunden; die Traumstimmung schwankte zwischen Lust (Wunscherfüllung) und Angst (Strafe des Über-Ichs). So wie den Altvorderen in ihren Träumen die Pferde durchgingen, so schreckt der Träumer von heute schweißbedeckt hoch, wenn er die Kontrolle über sein Fahrzeug verloren hat - wenn das Es aus der Kontrolle des Ichs und Über-Ichs gerät. Je inniger und emotionaler die Beziehung des

Wagenbesitzers zu seinem Auto ist, je mehr das Auto zum ‚erweiterten Ich‘ gehört, desto wahrscheinlicher wird der Traum in entsprechender innerer oder äußerer Situation das Symbol des Autos darbieten...“

„Die enge Verbindung von **Auto und Aggressionsproblematik** symbolisieren beispielsweise Kinder, die mit Autos spielen: Da reiht sich eine Katastrophe an die andere...“

„Ein besonderes Kapitel beim neurotisch gestörten Autofahrer stellt der Rückspiegel dar: In ihn starrt:

- die Philologin (mit einer Tollwutphobie) wegen ihrer klaren Aggressionsproblematik: ‚Ich habe immer Angst, dass ich jemanden überfahren habe. Ich muss immer in den Rückspiegel schauen, ob jemand hinter mir auf der Fahrbahn liegt‘;
- der homoerotisch-pädophile Patient, der seine Triebregungen verdrängt und nun übertriebene Angst hat, von hinten angefahren zu werden. Beim Anblick eines dicht auffahrenden Wagens schießt er ein Repertoire analer Formulierungen ab - wie ‚Da schnuppert mir schon wieder einer am Auspuff‘...

Bei manchen Autofahrern ist es mir nicht gelungen, die Rückspiegelsymptome verständlich zu machen... Ein Wesensmerkmal des Menschen ist ja, drei Blickrichtungen zu integrieren: Rückblick, Blick in die aktuelle Situation und Blick voraus. Kann der zwanghafte Blick in den Rückspiegel Ausdruck einer tiefgehenden neurotischen Fixierung darstellen an das, was hinter einem liegt? Zu dieser vagen Hypothese passt, dass es Autofahrer gibt, die eine übertriebene Sorge vor dem haben, was vor ihnen liegt. Sie starren nicht so sehr in den Rückspiegel, bei ihnen ist eine Störung in der Zukunftsbezogenheit im neurotischen Symptom zu erkennen...“

Zu **„Auto und Sexualität“**: 42jähriger Kaufmann, muss häufig auf der Autobahn bei trockener, freier Fahrbahn und guter Sicht nach lustvoller Steigerung des Tempos plötzlich bremsen; er gibt an, dabei die gleiche angstvolle Gehemmtheit wie beim sexuellen Vollzug zu erleben.

Zu **„Auto, Regression und Depression“**: Politisch aktive Studentin, schmückte ihre „Ente“ mit Gardinen, Klebebildern und großem Namensschild, das den Kosenamen trug, den sie selbst als Kleinkind gehabt hatte; als sie nach Unfall das Geld für die Reparatur nicht hatte, verfiel sie in tiefe Depressionen.

Zu „**Auto und Triebangst**“: Hypochondrischer Angestellter nervt ständig Kfz.-Mechaniker mit übersteigertem Sicherheitsbedürfnis, glaubt, sein Auto könnte vom Schicksal dazu ausersehen sein, durch einen technischen Defekt an ihm die Todesstrafe zu vollziehen.

Zu „**Auto und Kontaktunfähigkeit**“: Höherer Offizier erklärt, sein Auto über alles zu lieben, weil er darin allein sein könne; mache alle Dienstreisen im Pkw, weil ihm in der Bahn ein Gegenüber unerträglich sei; wandelte für sich den BB-Slogan ab: „Alle reden vom Gegenüber - wir Autofahrer nicht“.



KRISE UND GRENZSITUATION

Bevor man mit einem Begriff hantiert, sollte man ihn klar definieren, damit Zuhörer oder Leser wissen, wovon überhaupt die Rede ist.

So einfach ist das nicht mehr. Gemäß neuerem Wissenschaftsverständnis – etwa aufgrund quantenphysikalischer Forschung – ist Definieren vielleicht notwendig, aber auch ebenso problematisch. „Wie kann überhaupt eine Wissenschaft sich durch Eindeutigkeit auszeichnen, wenn doch... **für jede Tatsache fast beliebig viele Bedingungen ihrer Möglichkeit, fast beliebig viele Erklärungen** gefunden werden können? Der offensichtliche Widerspruch zwischen der Forderung nach Eindeutigkeit und der Einsicht in die Komplexität eines jeden Begründungszusammenhangs lässt sich nur dadurch lösen, dass von vornherein das Interesse auf ausgewählte Aspekte eingeschränkt wird... Die Definition ist nichts anderes als eine Abmachung darüber, welcher Aspekt von Wirklichkeit als relevant, allgemeiner noch: was als wirklich gelten soll“ (so der Wissenschaftstheoretiker Johannes Anderegge).

Die nachfolgenden Definitionen sind daher zum einen relativ offengehalten, beziehen den jeweiligen Gegenstand meist schon auf andere Gegenstände; zum andern wird damit im wesentlichen nur festgelegt, für welche Ausschnitte erklärbarer Wirklichkeit Interesse besteht.

„Krise“

wird in der Psychologie „als dramatische Auseinandersetzung mit psychischen Konflikten aufgefasst“ (Wolfgang Schmidbauer), wobei „das dramatische Moment Bezug nimmt auf die Art des Problems, des Konflikts usw.“, und auf den Lösungsdruck, wie der Hinweis auf die medizinische Verwurzelung des Krisenbegriffs impliziert: „Hippokrates verstand darunter [unter der Krise, H.S.] die plötzliche Lösung eines akut lebensbedrohlichen Zustands (im Ggs. zur langsamen Lysis)“ (ders. aaO). Im klassischen Sinne ist die **Krise der Zeitpunkt, an dem sich entscheidet, wie es weitergeht**. Bei einer Krankheit bedeutet dies: ob sich die Symptome verstärken oder ob sie nachlassen oder ob sie aufhören. Eine Krise hat also auch ihr Gutes: es gibt eine Lösung.

Anders ist es bei der

„Grenzsituation“

Man kann ggf. nicht nur **mit** ihr leben, sondern sogar **durch** sie leben. Wir Menschen z.B. sind Grenzwesen, leben ständig auf und mit Grenzen. Im ganz Großen und im Kleinen.

Wir sind uns dessen lediglich nicht bewusst. Wir könnten nicht unbefangen leben, wenn wir es uns ständig bewusst machen würden oder müssten.

Beginnen wir unseren kurzen Ausflug ins Grenzsituationen-Universum im ganz Fundamentalen: **bei einem Klassiker der Astrophysik.**

Aus: John D. Barrow, Die Entwicklung des Universums

„Die universelle Expansion kann langfristig zwei Auswirkungen haben, die sich beide aus Einsteins Allgemeiner Relativitätstheorie herleiten lassen, aber auch völlig mit unserem naiven Gefühl für das Verhalten von Materie unter dem Einfluss der Schwerkraft übereinstimmen. Wir wissen, dass es eine kritische ‚Fluchtgeschwindigkeit‘ gibt, die eine Rakete erreichen muss, wenn sie der Schwerkraft der Erde entkommen soll (etwa 11 Kilometer pro Sekunde). Wenn die Anfangsgeschwindigkeit kleiner ist als die Fluchtgeschwindigkeit, fällt das Geschöß wie ein in die Luft geworfener Stein auf die Erde zurück; wenn die Anfangsgeschwindigkeit die Fluchtgeschwindigkeit übertrifft, ist die kinetische Energie beim Start größer als die Energie, die zur Verlangsamung gehört, die die Schwerkraft bewirkt. Das Geschöß kann dann dem Schwerefeld der Erde entkommen und sich (falls es im Universum nicht von anderen Körpern eingefangen wird) beliebig weit von der Erde entfernen.



Auch expandierende Universen haben... diese beiden Möglichkeiten. Ein ‚offenes‘ Universum beginnt die Expansion mit einer Geschwindigkeit, die die Fluchtgeschwindigkeit des Universums als Ganzes übertrifft, und dehnt sich immer weiter aus. Die Anfangsgeschwindigkeit des ‚geschlossenen‘ Universums ist kleiner als die Fluchtgeschwindigkeit; deshalb kommt die Expansion schließlich zum Stillstand und kehrt sich unter dem Einfluss der Schwerkraft, mit der alle Massen im Weltall einander anziehen, zu einer Kontraktion um.

Beide Modelle beschreiben Universen, die vor einer endlichen Zeit im Urknall entstanden; dem ‚geschlossenen‘ Universum ist anscheinend nach einer endlichen zukünftigen Zeit ein Endknall bestimmt. Wir wissen nicht, ob unser Weltall wirklich im Urknall entstand und schließlich im Endknall enden wird oder ob sich diese Vorhersagen nur deshalb ergeben, weil unsere mathematische Beschreibung des Universums bei diesen Extrembedingungen von Dichte und Temperatur versagt. Zwischen den Modellen für das offene und das geschlossene Universum liegt ein ‚kritisches‘ Weltmodell, das anfangs genau Fluchtgeschwindigkeit hat und sich mit dem kleinsten Arbeitsaufwand in alle Unendlichkeit ausdehnen kann.

Unser Weltall, und das ist eines seiner großen Geheimnisse, liegt geradezu quälend nahe an der Trennlinie zwischen den offenen und den geschlossenen Universen – so nahe, dass wir nicht sicher sagen können, ob wir eine unendliche oder eine endliche Zeit vor uns haben.

Nur in Universen, die zu Beginn hinreichend nahe an der Trennlinie zwischen offenen und geschlossenen Universen liegen, können sich Sterne bilden, die für auf Kohlenstoff basierendes Leben nötige Elemente und damit Leben erzeugen. Zu stark geschlossene Welten kollabieren im Endknall, bevor Sterne sich bilden und schwerere Elemente erzeugen können. Zu offene Welten dehnen sich zu rasch aus, als dass Materie sich zu Sternen und Galaxien verdichten könnte; auch fehlen ihnen Bausteine des Lebens...

Es sollte uns nicht überraschen, wenn wir uns so nahe an dieser Trennlinie befinden: Das ist eine notwendige Voraussetzung unserer Existenz.“

Was in kosmischen Dimensionen gilt, gilt auch für das Geschehen in unserem Gehirn.

Neurobiologisches zur Bedeutung der „Grenze“

(Aus: Wilfried Seifert, *Das Gedächtnis der Gene - Die Gene des Gedächtnisses*)

„...Eine fundamental wichtige Eigenschaft ganzheitlicher Netzwerke ist ihre *Fähigkeit zur Selbstorganisation*. Sie ist eine inhärente Eigenschaft komplexer nichtlinearer Systeme mit Rückkopplungsprozessen. Derartige nicht-lineare, rückgekoppelte Strukturen sind potentiell ‚chaotisch‘, und die im Verlauf des Prozesses entstehende Globalstruktur wird durch Details der Ausgangssituation in nicht-vorhersehbarer Weise beeinflusst (siehe dazu das Buch von *Friedrich Cramer: Chaos und Ordnung. Die komplexe Struktur des Lebendigen*).

Unser Gehirn ist ein solches nicht-lineares komplexes System. Neuronale Netzwerk-Systeme - wie auch komplexe soziale Systeme - liegen **auf der Grenzlinie zwischen Chaos und Ordnung**. Sie zeigen charakteristischerweise Eigenschaften wie Dynamik, Selbstorganisation, Flexibilität und Kreativität...

Das menschliche Gehirn mit seinen Myriaden* von Gedächtnis-Spuren ist in jedem Moment unseres bewussten und unbewussten Lebens... auf der Suche nach der *wiedergewonnenen Zeit* - den molekularen Engrammen unserer glücklichen und weniger glücklichen Erinnerungen“.

*(Myriaden = griech.: unzählbare Mengen)

Auch die aktuelle **Zeit-Forschung**

deklariert uns Menschen letztlich als Grenzwesen, z.B. der Münchener Neurobiologe Prof.Dr. E. PÖPPEL fasst seine sinnesphysiologischen Forschungen zusammen: „**Die Gegenwart gibt es nur als Grenze**: sie hat selber keine Ausdehnung, sondern trennt nur ... Vergangenheit und Zukunft“ (in: *Grenzen des Bewusstseins. Über Wirklichkeit und Welterfahrung*). Die Bedeutung, die wir dem Phänomen Gegenwart beimessen, ist illusionär.

„In der Tat wissen die Hirnforscher längst, dass unser Gehirn mit Hilfe des Gedächtnisses eine Abfolge von Ereignissen konstruiert. **Die Gegenwart kann für uns Menschen bis zu drei Sekunden dauern**. In diesem Zeitraum können wir Ereignisse unmittelbar zusammenbringen, wie etwa die Folge von Tönen in einer Melodie. Erhält das Hirn nach drei Sekunden keine neuen Reize, so stellt es sich quasi die Frage: ‚Was gibt es eigentlich Neues?‘ - und konstruiert einen neuen Moment der Gegenwart.

Umgekehrt kann das Gehirn zwei Sinnesreize nicht beliebig schnell hintereinander verarbeiten. Alle Reize, die schneller als etwa 30 Millisekunden aufeinander folgen, werden als gleichzeitig registriert. Das Gehirn nimmt die Welt also eigentlich ruckartig wahr, wie bei Fotos, die schnell hintereinander entstehen, verarbeitet aber die Schnappschüsse dann zu einem kontinuierlichen Strom der Zeit“ (Jan Lublinski, Gegenwart dauert drei Sekunden, in DW Made for Minds, 2005).



Die moderne Biologie zeigt auf, dass lebende Systeme (etwa auch die Milliarden unserer Körperzellen) unentwegt Energie, Materie, Information, „Zeit“ austauschen, und dass sich dieser Austausch **an den Systemgrenzen** bzw. mithilfe der Systemränder, z.B. der Haut oder der Membran, selbstreguliert. Das sog. autopoietische* Konzept bei Maturana/Varela („Baum der Erkenntnis“) oder auch moderne psychologische Ansätze (z.B. bei Asendorpf) beruhen auf dieser Beobachtung.

*(autopoietisch = griech.: selbsterschaffend, selbsterhaltend)

Wenn wir also in Grenzsituationen sind, sind wir eigentlich „zuhause“. Aber all diese wissenschaftlichen Feststellungen entsprechen nicht dem Alltagsgebrauch. Umgangssprachlich sind Situationen gemeint, in denen wir an unsere Grenzen stoßen, die den Rahmen unserer Erfahrungen und Möglichkeiten sprengen, in denen wir mit **Ohnmachtserfahrungen** konfrontiert werden, für die wir keine Lösungen haben.

Wie verkraften Opfer und/oder Helferinnen und Helfer Ohnmachtserfahrungen?

Nach **Horst Eberhard Richters** „gesellschaftspsychologischer“ Analyse ist für die Neuzeit „die Illusion von der menschlichen Allmacht“ (vgl. Buchtitel: Der Gotteskomplex) charakteristisch, einhergehend mit unterschiedlichen Modellen, mit Ohnmachtserfahrungen umzugehen: Menschen, die ständig mit ihren Möglichkeiten an der Wirklichkeit scheitern, neigen dazu, ihre Ohnmachtsgefühle in „projektiven Hass umzuwandeln“ (z.B. auf Minderheiten) oder verleugnen ihre Frustration „durch hysterisches Überspielen“, „beschwichtigen sich durch Ersatzbefriedigungen“, „verschleiern durch Sozialtechnik“; eine entscheidende Aufgabe der Gegenwart bestehe in der „Gewinnung eines menschlichen Maßes zwischen Ohnmacht und Allmacht“.

Im individualpsychologischen Ansatz von **Alfred Adler** ist die prägende Kindheitserfahrung: die generelle Unterlegenheit und Abhängigkeit des Kindes; Kinder seien vor allen Dingen Ausgelieferte, ständig eigentlich überfordert, ständig auf die Hilfe einer übermächtigen Umwelt angewiesen; diese Position der Schwäche erzeuge nun generell das Gefühl der Minderwertigkeit und als Reaktion darauf den Wunsch, stark zu sein, sich durchzusetzen und die Schwierigkeiten zu überwinden; dies nannte Adler den „Willen zur Macht“; dabei faszinierte ihn die Beobachtung, dass dieser Wille besonders stark sein konnte, wo ein Kind z.B. aus körperlichen Gründen eigentlich schlecht für eine bestimmte Leistung disponiert war („Organminderwertigkeit“), dass es in solchen Fällen durch



„Überkompensation“ zu außergewöhnlichen Leistungen kommen konnte (diese „power“ ohne Gemeinschaftsgefühl hielt Adler für eine Gefahr: das in Ohnmachtserfahrungen begründete Bedürfnis, über andere zu herrschen, kann zu „Verzerrungen des natürlichen Durchsetzungswillens“ führen).

Nach der sozialpsychologischen Theorie von **Christopher Lasch** („The Culture of Narcissism“) gründe die um sich greifende Verweigerungshaltung (Kennzeichen: pseudoindividualistische Fassade, sozial angepasst, politisch desinteressiert, konsumorientiert, um persönliche Probleme zentriert usw.) in einem Narzissmus, der letztlich **Angst vor der Ohnmacht** sei: „Wir bezeichnen einen Menschen als narzisstisch, der sein eigenes Ego zum Maß aller Dinge hochstilisiert, der zwanghaft bemüht ist, sich das Bewusstsein zu erhalten, im Mittelpunkt zu stehen. Seine Haltung geht auf die im Säuglingsalter, während der ersten Lebensmonate mangelhaft verarbeitete Erfahrung zurück, nicht mehr mit der ihn umgebenden Welt - wie vorher mit dem Leib der Mutter - eins zu sein. Durch sein Mittelpunktbewusstsein versucht er, die Angst vor dem Gefühl molekühafter Winzigkeit und Ohnmacht zu überspielen“.

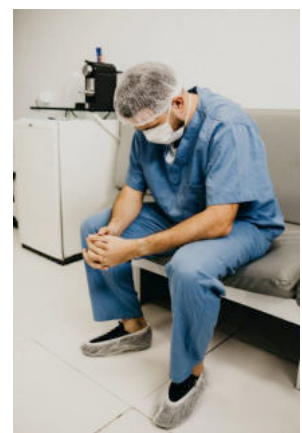
Konsequenzen

- z.B. nach dem **Stressmodell** (W.B. Cannon, W. Arnold u.a.) ist der Organismus ständig um Balance bemüht, um psychisches und physisches Gleichgewicht; z.B. ständige Ohnmachtserfahrungen bringen das Gleichgewicht durcheinander, es kommt nach Versuchen der Balance-Wiedergewinnung entweder zu ANGRIFFS- ODER FLUCHTREAKTIONEN.

Je nach sog. Stressoren werden **4 Stressarten** unterschieden:

1. **der physische Stress** (Beschleunigung, Sauerstoffmangel, Klimawechsel, Tagesrhythmusverschiebung usw.)
2. **der mentale Stress** (Problemlösung unter Zeitdruck, Mehrfachbeanspruchung der Aufmerksamkeit usw.)
3. **der emotionale Stress** (Verantwortungsdruck, Überforderung, Frustration)
4. **der soziale Stress** (Sicherheits- oder Statusbedürfnis usw.)

Der Mensch braucht ein gewisses Maß an Stressoren, um optimal zu „funktionieren“ („gesunder Stress“): *Alarmreaktionen* mobilisieren körpereigene Energiereserven; in einer Phase der *Widerstands-Reaktionen* werden neue Energiereserven aufgebaut; wirken die Stressoren aber über längere Zeit auf den Organismus ein, kann es zu *Erschöpfungs- und Fluchtreaktionen* kommen. Die Übergänge zwischen gesundem und krankem Stress lassen sich nicht generell festlegen, verlaufen bei verschiedenen Menschen



verschieden. Versucht man, den Organismus von allen Stressoren abzuschirmen., hat dies in der Regel sog. **sensorische Deprivationen*** im Gefolge (psychophysische Isolationsstörungen).

*(sensorische Deprivation: langanhaltende, vollständige Ausschaltung der Sinneseindrücke; je länger dieser Zustand andauert, desto öfter sind Denkstörungen, Konzentrationsschwäche, depressive Verstimmungen oder auch Halluzinationen zu beobachten)

- z.B. nach dem Modell „**Tod durch Ohnmacht**“ (Martin Seligman, „Todesursache: Selbstaufgabe“): demnach können Menschen, denen die Kontrolle über sich selbst genommen wird, denen keine Alternativen in existentiellen Entscheidungen usw. gelassen werden, denen dauernd Ohnmacht zugemutet wird, *im Extremfall* sterben. Die Redensweise vom „sozialen Tod“ bedeutet demnach keine Metapher, sondern bezeichnet eine soziale Realität, und zwar in Tier- und Menschenwelt, wie Experimente bewiesen haben. Der Tod unter psychologischem Stress gehört zu den bestdokumentierten Fakten der gegenwärtigen Psychologie.

„...Weitere Anzeichen dafür, dass psychologischer Verlust Ohnmacht erzeugen kann, die wiederum zum Tod führt, findet man auch in einer englischen Untersuchung an 4500 Witwern. Während der ersten sechs Monate nach dem Tod ihrer Ehefrauen starben 213 dieser Männer, die Todesrate lag um 40% höher, als man bei ihrer Altersgruppe erwartet hätte... N. A. Ferrari hat eine Doktorarbeit.. über das Problem geschrieben, welche Wahlmöglichkeiten Bewohner vom Altenheimen für sich überhaupt noch sehen. 55 Frauen über 65 - Durchschnittsalter 82 - hatten sich um Aufnahme in ein Altenheim beworben. Die Forscherin fragte sie danach, wie weit sie freiwillig gekommen waren, welche anderen Möglichkeiten sie gehabt hätten, und wieviel Druck von Seiten ihrer Verwandtschaft auf sie ausgeübt worden war. Von den 17 Frauen, die erklärt hatten, es wäre ihnen nichts anderes übriggeblieben, als in das Altenheim zu ziehen, starben innerhalb von 4 Wochen 8, und nach 10 Wochen waren 16 der 17 Frauen gestorben. Von den. 38 Frauen, die andere Möglichkeiten hatten, als in das Altenheim zu ziehen, ist in dieser Zeit nur eine gestorben...“ (Seligman)

Menschen allzu lange in Ohnmachtssituationen zu belassen, birgt also Risiken: seitens Unfall- oder Katastrophenopfern, seitens Helferinnen und Helfern. Andererseits steigt in unserer Gesellschaft sichtlich die Lust auf *Grenzüberschreitungen*: vgl. z.B. die Zunahme von Risikosportarten oder von

Tabubrüchen aller Art. Vieles sieht aus wie die o.g. aktive Bekämpfung der Angst vor der Ohnmacht. Oder Menschen, die mit ihren – beschränkten – Möglichkeiten ständig an der Realität scheitern, reagieren aggressiv: in jüngster Zeit auch auf Rettungsdienste, Feuerwehrleute, Polizisten.

Warum also tun Sie sich das an: anderen helfen wollen?



„Warum helfen Menschen Menschen?“

Der Mensch – oder wie die Biologie sagt: der soziale Primat Mensch – ist zu jeder Liebe fähig, zur Hingabe, zu hingebungsvollem Helfen. Man muss nicht immer an den eigenen Nutzen des Helfens appellieren, wenn man Menschen zu Mildtätigkeit provozieren will; es gibt auch so etwas wie selbstlose Liebe. Aber der Mensch ist auch zu jeder Teufelei fähig, die Opfer über Opfer fordert, die dann wiederum der Hilfe bedürftig sind. Historiker haben festgestellt: in den letzten 3200 Jahren gab es weniger als 300 Tage, an denen nicht irgendwo ein Krieg registriert wurde.



Es gibt normale, natürliche Hilfebedürftigkeit (Neugeborene oder demente alte Menschen könnten ohne Hilfe nicht leben) – und es gibt die nicht-natürliche, eigentlich nicht notwendige Hilfebedürftigkeit, Menschenwerk halt, manche sagen lieber: gesellschaftlich bedingt. Ob die anscheinend vermehrt auf uns zukommenden

Naturkatastrophen, die Hilfebedürftigkeit großen Ausmaßes erzeugen werden, eher Naturereignisse und insofern schicksalhaft sind oder doch eher etwas von Menschen Verschuldetes: darüber streiten gerade die Gelehrten. Die Schuldfrage führt manchmal auf Glatteis. Und liefert uns einen Vorwand beim Nicht-Helfen. Wenn jemand selber schuld ist an seinem (gesundheitlichen) Problem – z.B. ein Extremsportler - , dann sinkt, messbar, die Hilfebereitschaft ihm gegenüber.

Warum helfen Menschen Menschen? Die Frage ist vertrackter, als man denken mag. Das zeigen Studien aus verschiedenen Wissenschaftssystemen. Einige seien Ihnen vorgestellt.

Beginnen wir mit der **Biologie** und der **Verhaltensforschung**.

Die biologischen Positionen gehen weit auseinander. Für eine Gruppe von Verhaltensforschern ist **Helfen** „**etwas Natürliches**“, **etwas eigentlich „Triebhaftes“**, etwas nicht nur im Menschen „Angelegtes“: in der Tier- und sogar in der Pflanzenwelt werden Formen gegenseitiger Hilfe beobachtet. Schon in den am wenigsten entwickelten Populationen hilft man sich: bei der Brutpflege, bei der gegenseitigen Körperpflege – die urtümlichsten sozialen Handlungen vielleicht überhaupt. Und wird etwa das „positive Kindchenschema“ (K.Lorenz) aktiviert, das uns anrührt, werden fast automatisch Sympathie und Hilfe freigesetzt. Erinnern Sie sich noch an den kleinen Eisbären Knut? Oder manchmal haben wir den Effekt, wenn wir in einen Kinderwagen hineinschauen. Man möchte direkt ein besserer Mensch werden.

Warum helfen Menschen? Manche Biologen und Verhaltensforscher würden antworten: weil's eigentlich natürlich ist. Die normalste Sache der Welt.

Da kommt dann allerdings der Einwand der **Soziobiologen**. Aus deren Sicht ist Helfen zwar auch natürlich, aber nur im Dienst der Evolution, der Verwandtschaftsselektion, der Förderung der eigenen Art, der Art, die die Gene des Helfers besitzt; anderen Arten werde nur geholfen, wenn sie der Art des Helfers förderlich sind (E.O.Wilson). Gemeint sind z.B. die Vögel, die dem Nilpferd die Maden aus der Haut picken. Und was die Selektion angeht: dafür gibt es drastische Beispiele. Die Vogelmutter betreibt liebevolle Brutpflege, aber das schwächliche oder überzählige Junge schmeißt sie aus dem Nest. So gehen manche Nomadenvölker mit ihren Alten um, die nicht mehr mitkommen, zur Last für die Sippe werden. Die Alten werden verehrt, bis sie das Ganze gefährden; dann werden sie ausgesetzt. Und sie lassen das klaglos zu.

Die biologische Begründung des Helfens ist also nicht ohne Risiko. Das wird vollends deutlich, wenn man sich die neo-sozialdarwinistische Argumentation ansieht, wie sie etwa die sog. Bio-Ethik vertritt. Wenn man sein Verhalten an dem, was wirklich natürlich ist, orientieren wollte, dürfte man lebensgeschwächten, lebensunfähigen Wesen eigentlich nicht helfen: denn durch Hilfe hindere man unangepasste Lebensformen am Aussterben. So argumentierten die Nazis auf einem Flugblatt 1933; es war Polemik gegen die Arbeit der Inneren Mission, in der viel Kraft und Geld vergeudet würde für Lebewesen, denen man damit gar keinen Gefallen tue.

Man hätte denken sollen, dass die unsägliche Rede vom lebensunwerten Leben nach dem Dritten Reich für immer verstummt wäre, aber das ist nicht der Fall. Die Bio-Ethik tut's wieder. Nicht überall, wo „Bio“ draufsteht, ist etwas Menschenfreundliches drin.



Darwin selbst glaubte übrigens, dass seine Theorie von der natürlichen Auslese auf den Menschen nicht anwendbar sei; schließlich sei der Mensch nicht nur Natur, sondern habe vor allem Kultur.

Christen feiern jedes Jahr Pfingsten. Vielleicht ist die Idee, dass unserer Natur durch den Geist etwas völlig anderes aufgepfropft werden müsse – Glaube, Hoffnung, Liebe z.B. - gar nicht so falsch.

Für die **Soziologie** ist Helfen nichts primär Triebhaftes oder Selektives oder Gegenselektives, sondern eher etwas Zweckrationales: jede Gesellschaftsform, auch die älteste, auch die modernste, muss, wenn sie nicht Schaden nehmen will, das Helfen regeln.

Warum helfen Menschen Menschen? Der Soziologe sagt: Weils vernünftig ist. Weil's der Verstand gebietet. Hätten sich die Altvorderen nicht geholfen und Hilfe wie Gegenselektives erwartbar gemacht (durch Verträge, eidliche Absprachen, durch geschriebene und ungeschriebene Gesetze usw.), wäre das Ganze bedroht gewesen. Der deutsche Soziologe **Niklas Luhmann** sagt es ohne Wenn und Aber: Jede Gesellschaft muss das Helfen verlässlich regeln, andernfalls würde sie erheblich destabilisiert. **Jede massive Veränderung im Sozialsystem ging einher mit dem Zerbruch eines politischen Systems.** Das müsste eigentlich manchen in Berlin und Brüssel zu denken geben.

Luhmann hatte seinerzeit drei Gesellschaftsformationen auf die in ihnen typischen Hilfekonzeptionen hin untersucht: die archaischen Stammesgesellschaften, die kultivierten und hochkultivierten Gesellschaften und die moderne Gesellschaft.

1. Helfen in archaischen Gesellschaften ist nach Luhmann Sache auf **Gegenseitigkeit**, Sache der Gemeinschaft, Hilfe unter grundsätzlich Gleichen; es gilt Reziprozitätsethik: wenn ich helfen kann, wird von mir erwartet, dass ich helfe - so wie ich umgekehrt von dem, dem ich geholfen habe, Dankbarkeit erwarten kann, d.h., erwarten kann, dass er mir in einer Notlage „gegenhilft“; wenn ich nicht helfen kann, wird es auch nicht von mir erwartet - so wie ich von anderen, die nicht helfen können, dies nicht erwarte; wenn ich allerdings helfen könnte und tue es nicht, bin ich der Sünder des Systems. Dieses Hilfekonzept hatte im wesentlichen den Sinn, Menschen, die aus der Gleichheit der grundsätzlich Gleichen herausgefallen waren (z.B. durch gewaltsame Beeinträchtigung, Krieg, oder eine Naturkatastrophe u.ä.), wieder gleich zu machen.

2. Helfen in kultivierten und hochkultivierten Gesellschaften ist nach Luhmann Sache einzelner und bestimmter Gruppen: es gibt Anfänge von **Professionalisierung** und **Monetarisierung** (Geld wird zum Dankbarkeitsäquivalent); Helfen ist Ausdruck sozialer Differenz - und vertieft sie oft noch; man muss sich Helfen leisten können. Man muss nicht mehr helfen, aber man soll. **Helfen wird zur Tugend**. Opferethik und Tugendlehren vermitteln: auch wenn ich etwas gebe und nichts Materielles zurückbekomme, habe ich etwas davon - bei Gott und vor mir selbst. Im Grunde bin ich es mir schuldig, nicht unterhalb meiner sozialen Fähigkeiten zu bleiben.

3. Helfen in modernen Gesellschaften wird Sache organisierter Sozialsysteme; es kommt zur Einschränkung von Freiwilligkeit und Beliebigkeit beim Helfen: Hilfebedürftige sind keine Bittsteller mehr, sondern Bürger in einer Notlage und mit einem **Rechtsanspruch auf Hilfe**. Zugleich muss ich aber auch nicht mehr meines Bruders Hüter sein: ihm wird geholfen aufgrund meiner Abgaben an Staat bzw. gesellschaftliche Sicherungssysteme. **Sozialpolitik ersetzt Solidarität**. Sozialethik wird vergesellschaftet. Und das Helfen in darauf spezialisierten Sozialsystemen wird relativ unabhängig von persönlichen Begründungen der beruflich Helfenden. Für jede Problemlage gibt es eine zuständige Stelle; Hilfe nimmt die Form einer Verweisung an.

In **psychologischer** Betrachtung ist Helfen entweder Ausdruck besonderer Freiheit und Souveränität - oder besonderer Unfreiheit, Folge eines Über-Ich-Zwangs; ist Ausdruck einer besonderen Fülle oder eines besonderen Mangels.

Einige Vertreter der Psychologie haben sich mit der Mentalität und den Problemen beruflicher Helferinnen und Helfer befasst, mit Menschen, die am Helfen krank geworden waren. Wolfgang Schmidbauer veröffentlichte seine Beobachtungen in dem Bestseller „Die hilflosen Helfer“ und Horst E. Richter publizierte Vergleichbares in seinem Buch „Flüchten oder Standhalten“. In beiden Publikationen geschah eine gnadenlose Entmythologisierung, Entzauberung, des Helfenwollens.

So suchen nach H.E. Richter Menschen, die eine soziale Tätigkeit wählen, **Kommunikation und eine Vervollständigung ihrer selbst**. Und sie benutzen dazu die Hilfebedürftigkeit anderer.

Nach W.Schmidbauer ist der Helfer häufig ein „verwahrlostes, hungriges Baby hinter einer starken, prächtigen Fassade“. Viele Berufshelfer würden krank, weil sie durchs Helfen nicht bekämen, was sie eigentlich suchen - was sie sich aber nicht eingestehen können. Der Helfer will „**gebraucht“ werden: eine Ersatzerfahrung für Geliebtwerden**. In diesem Helfer-Syndrom darf der eine, dem eigenen überhöhten Ideal zufolge, nicht schwach sein, muss immer nur helfen; und der andere soll nicht stärker und gesünder werden, sonst ginge die Beziehung verloren, von der sein Helfer lebt. Von daher rühre auch eine unbewusste Aggression gegen Menschen, die keine Hilfe brauchen. Der Helfer brauche demnach seinen Hilfebedürftigen im selben Maße wie der Hilfebedürftige seinen Helfer.

Und wenn Helfer an einem besonders ausgeprägten Über-Ich-Zwang litten, dann würde Helfen zu einer Form der **Selbstbestrafung durch Selbstausbeutung**. Manche Helfer opfern sich ja regelrecht auf.

Warum helfen Menschen Menschen? Die beiden Psychologen sagen: Weil sie selbst etwas vom Helfen haben wollen.

Als diese Ansichten publiziert worden waren, wirkten sie zunächst wie ein Schock auf die Sozialberufler. Manche Studentinnen und Studenten wollten damals das Studium der Sozialarbeit, der Sozialpädagogik, der Religionspädagogik, der Pflegewissenschaft abbrechen, um nicht in den Verdacht zu geraten, ein sog. Helfersyndrom zu haben, nur aus Ich-Schwäche für andere da sein zu wollen.

Allen sei Souveränität empfohlen, Drüberstehen. Ich habe ein Helfersyndrom?

Na und? **Besser ein Helfersyndrom als gar kein soziales Gewissen.**

Angefeindete Helferinnen und Helfer: Die Konfrontation mit dem Hass

Dass die Umgangsformen und die Sprache verrohen, dass vor allem auch die sog. sozialen Medien daran ursächlich beteiligt sind, ist unbestritten. Feindseligkeit und Hass begegnen Politikern und Staatsrepräsentanten wie z.B. Polizisten, aber auch Feuerwehrleuten und Rettungsdienstlern. Woher kommt dieser hemmungslose Hass? Hier einige neuere Erkenntnisse der **Hassforschung**.



Dr. **Michael Depner**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sagt, Hass sei eine **Persönlichkeitsstörung**:

- Das Selbstwertgefühl der **narzisstischen Persönlichkeit** hänge überwertig von der Bestätigung durch andere ab. Verweigern andere die geforderte Bewunderung, kann ihnen abwertender Hass entgegenschlagen.
- Die **paranoide Persönlichkeit** sehe sich im Unglück grundsätzlich dem schuldhaften Werk boshafter Zeitgenossen ausgesetzt. Je nach Temperament wird sie ihren Hass offen zeigen; oder sie lebt mit geballter Faust in der Tasche.
- Die **emotional-instabile Persönlichkeit** neige dazu, andere auf der Suche nach Liebe zu idealisieren. Wird sie in der Folge von den Realitäten enttäuscht, schlägt die unkritische Begeisterung für den Anderen ins Gegenteil um. Der jüngst noch Liebende ist von überschießender Wut gegen sein einstiges Liebesobjekt beherrscht.

- Die **schizoide Persönlichkeit** habe ein starkes Bedürfnis, über sich selbst zu bestimmen. Fehlt ihr der Mut, das tatkräftig zu tun, können geringfügige Übergriffe von Seiten anderer heftige aggressive Affekte auslösen. Meist wird der Schizoide seinen Hass hinter kühler Distanz verbergen.

Prof. **Arno Grün** glaubt erkannt zu haben: „Nicht die Ideologie treibt die Menschen dazu zu hassen. Die kommt später und wird nur dazu gebraucht, um den Hass zu rechtfertigen. Der Hass war vorher da.“

Forscher am University College in London haben entdeckt, wo im menschlichen Gehirn die Gefühle für Hass entstehen. Dabei stellten sie überraschend fest, dass Hass und Liebe gleichermaßen die Putamen, Kerngebiete des Großhirns, sowie deren Inselrinde aktivieren. Die Studie beweist, dass dieselben Reize im Putamen stattfinden, wenn die Probanden eine gehasste oder geliebte Person sehen. Die Wissenschaftler beobachteten auch, dass die Inselrinde auf beunruhigende Reize reagiert. Denn sowohl Liebe als auch Hass beunruhigen den Menschen, wenn auch in unterschiedlicher Weise. Neurologisch betrachtet, kann das Gehirn nicht zwischen einem Liebes- oder Hassreiz unterscheiden.

Wenn also Menschen leidenschaftlich hassen, dann werden in deren Gehirnanaren nicht verwandte Gefühle wie Angst und Wut aktiviert, sondern der Hass teilt sich bestimmbar Bereiche des Gehirns mit der Liebe. Vielleicht hatten also die alten Philosophen recht: **Hass ist gescheiterte Liebe** (S. Kierkegaard u.a.), Hass ist der Zorn derer, deren Liebe im Leben gescheitert ist, unerfüllt blieb. Ein Ersatz dafür, sich selbst nicht gut sein zu können.

Nach **P.H. Hallie** erzeugt gering entwickeltes Selbstwertgefühl, die Unfähigkeit, sich annehmen zu können, der Realität standzuhalten – der des Ich, der des Wir – ein Bedürfnis, die Leere, den Hohlraum durch die „Lust an der eigenen Unerbittlichkeit“ auszufüllen.

Wichtig ist auch eine Anmerkung zur gegenwärtigen Kommunikationskultur: „Eine Gesellschaft, die sich an Hass-Sprache gewöhnt, verroht. **Hass ist ansteckend**. Die Empathie-Fähigkeit kann verloren gehen“

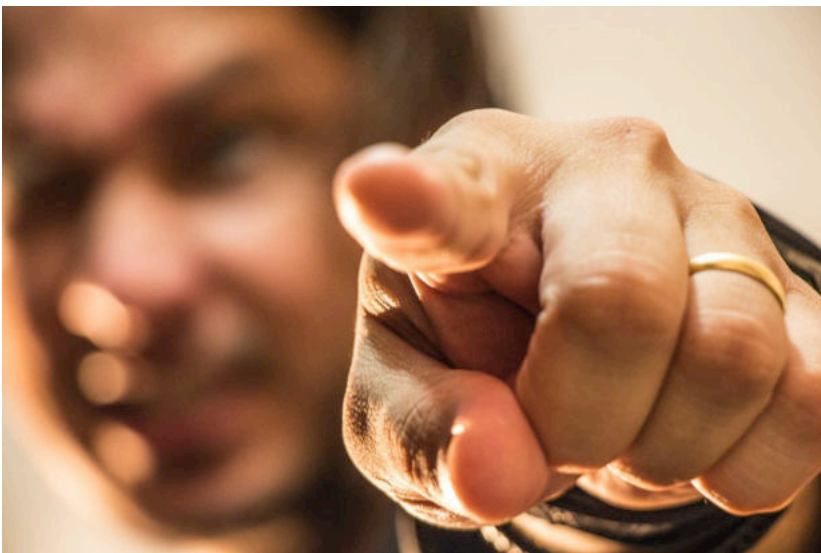
(Joachim Bauer, Klinik f. Psychosomatische Medizin am Klinikum Freiburg 2017)

Sie treffen auf Dominanz- und Drohgebärden

Wenn ein aggressives Gegenüber merkt, dass Sie sein Verhalten hinnehmen, hat er gewonnen und wird noch verstärkt zu dominieren versuchen (s.o. Watzlawick). Geben Sie entweder **Feedback** („Ich habe es nicht gern, wenn Sie mir so begegnen...“ o.ä.) oder greifen Sie zu einer **offensiveren Lösung**: indem Sie Ihr Gegenüber „spiegeln“ oder es ablenken zu einem anderen Thema, das eine veränderte Verhaltensstrategie erfordert.

Ihr aggressives Gegenüber **spricht** und untermalt das Gesprochene mit Gebärden, z.B.:

- zeigt mit gestrecktem Zeigefinger auf Sie
- ballt die Hand zur Faust und signalisiert Kampfbereitschaft
- Baut sich vor Ihnen auf und behandelt Sie „von oben“



Der berühmte Pantomime **Samy Molcho** beschreibt metaphorisch drei weitere Gesten, die öfter als Drohgebärden eingesetzt werden:

- Der **Eisbrecher**. Hierbei formt man mit den Fingerspitzen eine Pyramide und senkt diese Pyramide nach vorn. Aus der Sicht des Angegriffenen wirkt sie wie ein Keil, wie der Bug eines Eisbrechers. Die nach vorn gerichtete Spitze weist ab, droht, attackiert den Gesprächspartner. Gleichzeitig lenken die Unterarme alle Argumente und Einwände ab.
- Die **Pistole**. Beide Zeigefinger zielen wie der Lauf einer Waffe nach vorne, beide Daumen sind aufwärts gespannt, die übrigen Finger zum Griff verschränkt.
- Das **Stachelschwein**. Die ineinander verschränkten Finger spreizen sich und zeigen abwehrend ihre Spitzen.

Ihr aggressives Gegenüber **hört zu** und zeigt Dominanzgebärden, z.B.:

- Pokerface (ohne Feedback)
- tut während Ihrer Worte andere Dinge
- Dreht sich weg und sagt: Sprechen Sie ruhig weiter...

Wie kann ich auf derlei **reagieren**?

z.B. **sachlich**; etwa durch Rückfragen („Was meinen Sie denn mit...“) oder Spiegeltechnik („Sie meinen anscheinend...“);

z.B. **gerade-noch-sachlich**; etwa durch Umdefinition („*Sie sind ein Merkelknecht!*“ - „Wenn Sie darunter einen Menschen verstehen, der sorgfältig verantwortungsvolle Regeln befolgt, dann danke ich für Ihr Kompliment“) oder die „Gerade-weil“-Technik;

z.B. **tricky**, etwa durch Umlenkung auf die Verfassung des Angreifers („*Sie sind ein Vollidiot!*“ – „Ihre Erregung überrascht mich. Worum geht es Ihnen denn in der Sache?“), durch Verwirrungstaktik (mit einem x-beliebigen Thema antworten: „Sie haben doch sicher auch die Fernsehsendung über ‚Jugend forscht‘ gesehen; da haben zwei Siebzehnjährige ein sagenhaftes Recycling-Konzept erfunden, das zu Ihnen passen würde“; „Behalten Sie mal im Kopf, was Sie sagen wollten. Mich beschäftigt seit langem: Steckt die globale Erderwärmung hinter allem?“ – Oder die Kompliment-Reaktion: „Ihre Ratschläge sind von unschätzbarem Wert“; „Sie beeindruckten mich durch Ihre Urteilsfähigkeit“ usw. – Oder die Lorient-Methode: „Ach was?“, „Soso“) oder durch die Hörfehler-Technik („Sie müssen viel lauter reden!“).



MENSCHLICHES KOMMUNIZIEREN

Schon vorgeburtlich kommunizieren Kinder mit ihren Müttern und reagieren auf Ereignisse in der Umwelt. Nach ihrer Geburt lernen sie prozesshaft, sich der Sprache zu bedienen. Betrachtet man die Stadien kindlicher Sprachentwicklung, die wachsende Souveränität im verbalen Kommunizieren, lassen sich Sinn und Funktion menschlichen Kommunizierens überhaupt ansatzweise erkennen.



Stadien des Spracherwerbs

(nach M.A.K. Halliday: Relevante Sprachmodelle; in: D. Kochan, Hg.: Sprache und kommunikative Kompetenz)

1. Das „Ich will“-Stadium:

Hier ist Sprache vornehmlich ein Hilfswerkzeug, um materielle Bedürfnisse zu befriedigen.

2. Das „Tu, was ich dir sage“-Stadium:

Kinder erfahren, dass ihr eigenes Verhalten — durch die Eltern oder auch durch ältere Geschwister — sprachlich reguliert wird; Kinder übernehmen danach die regulative Funktion der Sprache, um sie in ihren Dienst zu stellen, um ihrerseits Macht oder Einfluss auf Menschen oder Dinge auszuüben.

3. Das „Ich und du“-Stadium:

Kinder haben erfahren, dass die Sprache menschliche Beziehungen herstellt bzw. aufrechterhält; Kinder beginnen ihrerseits, so Beziehungen aufzunehmen.

4. Das „Hier bin ich“-Stadium:

Kinder begreifen, dass ihre Sprache ein Teil ihrer Persönlichkeit ist, Repräsentation des Ich.

5. Das „Warum“-Stadium:

Kinder beginnen nun, neben Händen, Augen, Ohren und Nase auch die Sprache gezielt als Mittel zur Erforschung der Umwelt einzusetzen.

6. Das „Stell dir vor“-Stadium:

Die Sprache wird zum Ausdruck kindlicher Imagination; Kinder schaffen sich mit der Sprache ein Experimentierfeld für Wirklichkeit und Phantasie.

7. Das „Ich will dir was erzählen“- bzw. „Ich hab dir was zu sagen“-Stadium:

Kinder werden fähig, erkannte, durchschaute, verstandene Sachverhalte mitzuteilen.

Sprache ist also nicht nur ein Mittel, um sich Gehör zu verschaffen, sich zur Geltung zu bringen: sie dient auch dazu, sich die Welt verfügbar zu machen. Sie ist ein **Weltaneignungsinstrument**. Und noch mehr als Aneignung: Sprache **schafft auch Wirklichkeit**. In der Kommunikationswissenschaft heißt dieser Sachverhalt z.B. SEP = Selbsterfüllende Prophezeiung. Ich kann etwa in einer Gruppe eine Krise herbeireden – und sie wieder wegreden. Es gibt Untersuchungen, die zeigen: Ein Lehrer lobt einen Schüler und sagt ihm, in ihm stecke ein tolles Talent; und tatsächlich, die Leistungen des Schülers werden – objektiv messbar – besser. Ein Lehrer sagt einem Schüler: Aus dir wird nie ‘was – und die Leistungen sacken ab.

„Eine aus der selbsterfüllenden Prophezeiung resultierende Handlung...schafft erst die Voraussetzung für das Eintreten des erwarteten Ereignisses und **erzeugt** in diesem Sinne recht eigentlich eine Wirklichkeit, die sich ohne sie nicht ergeben hätte... „ (Paul Watzlawick, *Die erfundene Wirklichkeit*, 5. Aufl., München 1985)

Paul Watzlawick (1921-2007) war Psychotherapeut und einer der einflussreichsten Kommunikationswissenschaftler.

Die von ihm aufgestellten fünf metakommunikativen Axiome handeln z.B. davon, dass *Kommunikation sehr viel mehr ist als unser Sprechen*.

(**metakommunikativ** = wörtl. „Kommunikation über Kommunikation“; eine Reflexion über Kommunikation auf quasi höherer Ebene; ein **Axiom** ist ein unmittelbar einleuchtendes Prinzip, das eigentlich keines Beweises bedarf)

Paul Watzlawicks metakommunikative Axiome

1. **“Man kann nicht nicht kommunizieren.“**

Auch die Vermeidung von Kommunikation ist Kommunikation. Es sind Interaktionen im Gange, auch wenn man glaubt, nicht zu kommunizieren. Und das bedeutet: Material unserer Kommunikation sind nicht nur Worte, sondern Verhalten jeder Art. Worte oder Zeichen, beide haben Mitteilungscharakter - und andere können darauf nicht nichtreagieren. Auf mein Nichtnichtkommunizieren-Können kann auch der andere nicht nichtkommunizieren. Hier wird erkennbar, dass Watzlawick aus der Schizophrenie-Therapie kommt und von daher Erfahrungen mitbringt: Schizophrene versuchen häufig, nicht zu kommunizieren, und geraten dadurch in paradoxe Lagen, da auch die Vermeidung von Kommunikation Kommunikation ist. Schizophrene versuchen jede Mitteilung zu vermeiden, und verneinen gleichzeitig, dass ihr Verneinen eine Mitteilung ist.

2. **“Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist.“**

In jedem Verständigungsvorgang **vermengen sich Kommunikation und Metakommunikation.** Was mir jemand mitteilt, bezieht sich nur zum Teil auf die Sache. Der Beziehungsaspekt ist eine Kommunikation über Kommunikation. Der Inhaltsaspekt vermittelt Daten, der Beziehungsaspekt weist an, wie diese Daten zu verstehen sind. – Vielleicht kennen Sie das noch aus der Schule: Zwei Lehrer oder Lehrerinnen vermitteln dasselbe Thema; von einer Person wird der Inhalt angenommen, von der anderen nicht.

3. **„Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“**

Kommunikation ist nur scheinbar ein ununterbrochener Austausch von Mitteilungen; in Wahrheit **unterlegt ihr jeder Interaktionspartner eine Struktur**, und dabei setzt jeder eine andere Interpunktion (Bsp. aus der Eheberatung: er zieht sich zurück, weil sie nörgelt; sie nörgelt, weil er sich zurückzieht). - Bei Tierversuchen nach dem Reiz-Reaktions-Schema scheint die Sache klar zu sein: der Versuchsleiter löst die Reize aus, und das Tier reagiert. Wenn ein Versuchstier „dächte“: „Ich habe meinen Versuchsleiter so abgerichtet, dass er jedes Mal, wenn

ich den Hebel drücke, mir zu fressen gibt“, würde es sich also „weigern“, die Interpunktion anzunehmen, die der Versuchsleiter der Situation aufzuzwingen versucht. - Oder: einer hält sich für den Gesprächsführer, der Zeichen und Regeln setzt - und er merkt gar nicht, dass die andern ihn l a s s e n, also i h r e Interpunktion praktizieren.

4. „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten.

Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für eindeutige Kommunikationen erforderliche logische Syntax.“

Gemeint ist: Je sachlicher und exakter die Kommunikation, desto weniger leistet sie auf der Beziehungsebene (digitale Kommunikation); je beziehungsfördernder die Kommunikation, desto weniger eindeutig ist sie (analoge Kommunikation). Digitale Kommunikation meint willkürlich festgelegte Kodifizierungen, die ebenso wenig Ähnlichkeit mit den Daten zu haben brauchen wie eine Telefonnummer mit dem damit gemeinten Ferngesprächsteilnehmer. Etwas steht für etwas, und es gibt darüber ein semantisches Übereinkommen. Die analoge Kommunikation enthält und ist eine Zuschreibung, eine Beziehung. Wenn zwei Menschen verschiedener Sprache sich gegenüberstehen und aufeinander einreden, können sie sich ggf. verstehen, auch wenn die digitale Verständigung nicht klappt. Tiere verstehen offenbar die analoge Sprache. Beziehungsaspekte werden überwiegend nicht digital, sondern analog vermittelt. Analoge Sprache ist oft paradox oder gegensinnig: mit einem Lächeln kann ich Sympathie und Verachtung ausdrücken, mit Zurückhaltung Taktgefühl oder Gleichgültigkeit. Wir stehen vor der Notwendigkeit, ständig von der einen in die andere Sprache übersetzen zu müssen, um einander zu verstehen zu versuchen.

5. „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“

Völkerkundler haben – laut Watzlawick - bei afrikanischen Stämmen beobachtet, dass Prahlen, Imponiergehabe, ihr kulturbedingtes Verhalten ist. Die „angeprahlten“ Stämme reagieren darauf ebenfalls mit Prahlen. Prahlen führt zu mehr Prahlen. Diese Beziehungsform ist symmetrisch. Bei Stämmen mit eindeutiger Hierarchie

zeigt sich, dass das Dominanzverhalten der einen ein Unterwerfungsverhalten anderer Gruppen auslöst. Unterwerfung führt aber zu immer weiterer Ausdifferenzierung des Dominanzverhaltens, was wiederum noch weitergehendes Unterwerfungshandeln nach sich zieht. Beides ist komplementär, es gleicht sich aus, wird sich aber nicht ähnlicher, wird nicht symmetrisch. **Symmetrische Kommunikation vermindert Unterschiede, komplementäre Interaktionen basieren auf gegenseitig sich ergänzenden Unterschiedlichkeiten** (kompl.: Mutter/Kind, Arzt/Patient, Lehrer/ Schüler). Der eine Partner muss dem andern Verhalten nicht aufzwingen; beide verhalten sich in einer Weise, die das bestimmte Verhalten des andern sowohl voraussetzt als auch bedingt; es ist durchaus beiderseitige Beziehungsdefinition.

Es sind also kommunikative Interaktionen im Gange mit bestimmten Regelmäßigkeiten – auch ohne Sprachmittel.

Nicht-sprachliche Kommunikation

nach M.Argyle, Non-Verbal Communication in Human Social Interaction

Körperkontakt (z.B. Schulterklopfen; Handgeben)

Abstand (z.B. symbolische Grenzziehungen, etwa im Chefzimmer usw.)

Körperstellung (z.B. Zuwendung, „kalte Schulter“)

Auftreten und Erscheinungsbild (z.B. bescheidene bis aufdringliche Kleidung; Schmuck; Schminke; Signets)

Kopfzeichen (z.B. leises Kopfschütteln oder -nicken)

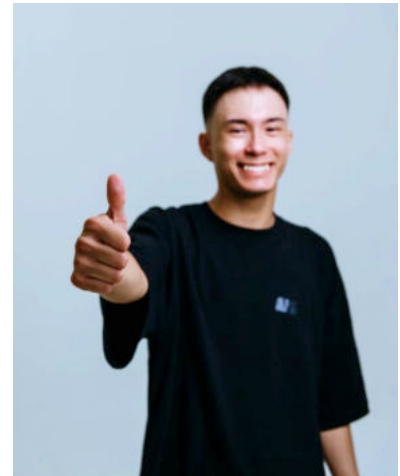
Gesichtsausdruck (z.B. Öffnen und Schließen der Augen; Blicke ins Leere, an die Decke; Stirnrunzeln)

Gesten (z.B. Bewegung der Hände zur Unterstreichung oder Abweisung des Gesagten)

Körperhaltung (z.B. offene oder verschlossene Sitzhaltung)

Augen (z.B. Bewegung, Flackern; Fixieren)

Stimme (z.B. Nervosität; Lautstärke; Emphase)



Diese Aufzählung mag banal erscheinen, aber es gibt dabei einen für die gesellschaftliche, private und soziale Kommunikation bedeutsamen Aspekt: Menschen haben ein **Raumverhalten**, eine Raumsprache. Zu bestimmten Gesprächspartnern werden unterschiedliche Körperkontakt-Abstände gehalten: entsprechend *sozialen Rollen, Zugehörigkeiten und Sympathien*; verhaltenspsychologische Untersuchungen zeigen, dass Menschen unterschiedliche Distanzzonen errichten, und zwar *intime, persönliche, gesellschaftliche und öffentliche*. (vgl. Armin Poggendorf: Raumbedeutung, in: Umwelt und Gesundheit Nr. 4, 2000, S. 137ff.)

Wichtiger im Blick auf die Kommunikationswirkung ist die Einkleidung der Worte, sind die „Transportmittel“ der Worte. Wirkungsforscher gehen davon aus, dass das *bloße* Wort nur einen Wirkungs- bzw. Überzeugungsgrad von 7% hat. Tonfall, Tonlage, Sprachtempo oder Lautstärke machen 38% der Wirkung aus. Wie die Botschaft beim Empfänger ankommt, hängt dann weiter zu 55% mit Elementen wie Mimik, Gestik und – s.o. – Körperhaltung ab.

(vgl. Albert Mehrabian, Silent Messages. Implicit Communication of Emotions and Attitudes, 2.Aufl. 1981)

Die früher gefühlsbegründete Redeweise, dass bestimmte Menschen eine gewisse „Ausstrahlung“ hätten, wird heutzutage wissenschaftlich untermauert:

**Kommunikation geschieht bewusst und unbewusst, gewollt und ungewollt:
Die sog. Quantenkommunikation**

(nach Andreas Huber, Quanten- und Energiemedizin: Das Heil aus dem Nichts? Forscher auf der Suche nach neuen, nichtpharmakologischen Grundlagen für die Gesundheitswissenschaften, in: Psychologie heute, 26. Jg., Heft 8/1999, 54 f)

Es gibt „kommunikative Prozesse als holistische (= ganzheitliche, H.S.) Interaktionen“ (im Ansatz bereits seit Max Plancks quantentheoretischem Modell denkbar). Björn Nordenström, Mediziner, als Krebsforscher langjähriges Mitglied der Nobelpreiskommission, entdeckte bereits in den 1980er Jahren einen „Kreislauf der Bioelektroströme“ (BCEC: Biologically Closed Electrical Circuits), „ein weiteres, vom zentralen Nervensystem unabhängiges bioelektrisches Kreislaufsystem“. Die so beschriebenen Wirkungen sind nicht nur für interne bioelektrische Abläufe des menschlichen Körpers verantwortlich, sondern wirken

über den Körper hinaus - auf andere Körper: „Diese BCEC-Ströme produzieren Magnetfelder, die intern kommunizieren, aber ebenso *über die Körpergrenzen wechselwirken*“.

Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass der Begriff „Kommunikation“ und die damit gemeinten Funktionen in den letzten Jahrzehnten eine ständige Ausweitung erfuhren, eine Entgrenzung über den sprachwissenschaftlichen Gebrauch hinaus. Seit die Wissenschaftssysteme in neuer, z.B. quantenphysikalisch abgestützter Weise erkannt haben, was die Alten schon sagten, dass nämlich alles mit allem zusammenhängt und miteinander austauscht, formulieren Wissenschaft und Populärwissenschaft in immer neuen Anläufen, dass und wie alles mit allem kommuniziert: das Fernste und das Nächste, das Kleinste und das Größte. Diese Austauschprozesse geschehen zwischen unseren Milliarden von Körperzellen, die sich so am Leben erhalten, und – s.o. – zwischen Mensch und Mitmenschen, Mensch und Umwelt usw.

Offenbar tauschen alle lebenden Systeme – biologische, soziologische, psychologische u.v.a. – unentwegt *Materie, Energie, Information und Zeit* miteinander aus. Diese komplexe Kommunikation in und zwischen allem, was lebt, wurde z.B. von den Biologen Maturana und Varela (dt.: *Der Baum der Erkenntnis*, 1987) anschaulich beschrieben.

Diese Form der Kommunikation hat weitreichende Konsequenzen. In der Epigenetik-Forschung wurde seit den 1990er Jahren beobachtet, dass so auch sogar die Gene im Lebensverlauf mitgeprägt werden - und die Gene ja zugleich den Körper steuern; Verhalten und Umwelt beeinflussen wiederum die Genregulation, es besteht ein sog. „formbarer Code“.

(Joh. Huber, *Die Anatomie des Schicksals – Was uns lenkt*, 2019)

All dies hat Konsequenzen für das herkömmliche Verständnis menschlicher Kommunikation, ihrer Funktionen und Möglichkeiten, ihrer Erweiterung und ihrer Begrenzungen. Nehmen wir als Beispiel zunächst die Begrenzungen. Wir sind

Informationelle Mängelwesen.

Die moderne Informationstheorie quantifiziert Information, die Maßeinheit: das Bit. Ein 13bändiges Lexikon hat einen Informationsgehalt von ca. 100 Millionen Bit. Das menschliche Auge erfasst in einer Sekunde bis zu 3 Millionen Bit. Diese enorme Menge wird zwar aufgenommen, nicht aber bearbeitet und gespeichert.

Unser Bewusstsein ist für das große allgemeine Kommunikationsgeschehen zwischen Mensch und Umwelt nicht ausreichend.

(Gleichzeitig vermitteln uns auch unsere Sinnesorgane nur ein unvollständiges Bild der Außenwelt. Wir besitzen z.B. *kein Organ zur Wahrnehmung von radioaktiver Strahlung, von Magnetischen Feldern oder Kohlenmonoxyd*. Und aus dem *riesigen Spektrum elektromagnetischer Schwingungen* können wir nur einen schmalen Frequenzbereich wahrnehmen; der wird dann als Licht oder Wärmestrahlung erfahren.)

Was kommt tatsächlich in unserem Bewusstsein an? Der Informationsfluss wird von Millionen von Bit je Sekunde auf etwa 16 Bit eingeschränkt. Das ist nicht nur eine **Informationsvernichtung großen Ausmaßes**, sondern ein komplizierter Prozess der Zeichenerkennung: diejenigen Kommunikationsmuster werden erkannt, die nach bisheriger Erfahrung für unsere Existenz von Bedeutung sind (= sog. selektive Wahrnehmung!). Häufig wird nur das erkannt, was das bisher schon vorhandene Weltbild bestätigt. Dies ist der Grund dafür, dass bei nicht wenigen Menschen Kommunikations-, vor allem aber auch Lernfähigkeit stagnieren. Andererseits ist aber auch wahr: „Nicht die Augen sehen, vielmehr *i c h* sehe vermittelt durch sie, nicht die Ohren hören, *i c h* tue es mit ihnen. In mir wird der eine wie der andere Sinngesamt gebildet, denn ich sehe nur, was ich auch sprachlich zu benennen in der Lage wäre, und höre nur, was sich auch anschauungsmäßig muss thematisieren lassen können“ (Hermann Timm, Zwischenfälle, Gütersloh 1983).

Man muss also auch an seiner Sprache arbeiten, um die Dinge besser sehen und verstehen zu können! Wenn die Sprache verkommt, leidet die Erfassung der Wirklichkeit. Der Austausch- und Wechselwirkungscharakter der Kommunikationsbedingungen hat u.a. zur Folge, dass **der Ausgang von Kommunikation nicht vorherbestimmbar** ist. Dazu Jens Asendorpf (Keiner wie der andere, 1988): „Die Wirkung eines Umweltfaktors ist eine Funktion der gesamten Geschichte der Person-Umwelt-Transaktion. Und diese lässt sich nicht additiv aus der Geschichte der Person und der Geschichte der Umwelt zusammensetzen. - So, wie das gleiche Verhalten derselben Person zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Wirkungen auf die Umwelt hervorrufen kann..., kann die gleiche Umwelt zu verschiedenen Zeitpunkten der Persönlichkeitsentwicklung unterschiedliche Wirkungen auf die Persönlichkeit haben.“ Das heißt z.B.: Weniger starke kommunikative Aktivität kann unglaublich viel bewirken – oder wenig, oder gar nichts. Großer kommunikativer Einsatz kann Großes bewirken – oder wenig, oder gar nichts.

Drei junge Männer suchen den Tod

Zu Paul Watzlawicks Lieblingsgeschichten gehört diese aus dem alten Wien. Ein Gendarm schlendert am Ufer der Donau entlang. Als er sieht, wie ein junger Mann ins Wasser gehen will, zieht er seine Waffe, richtet sie auf den angehenden Selbstmörder und ruft: „Kommen Sie sofort heraus – oder ich schieße!“ Der verblüffte junge Mann kommt tatsächlich ans rettende Ufer zurück.

Ein anderer junger Mann steht in einem offenen Fenster und plant offenbar den tödlichen Sprung. Ein Zimmer und zwei Fenster daneben beugt sich ein Psychologe vom Rettungsdienst heraus. Das Gespräch nimmt einen guten Verlauf. Der junge Mann ist sichtlich ins Nachdenken gekommen. Dann sagt der Mann vom Rettungsdienst: „Sie sind doch noch so jung. Es liegt doch noch alles vor Ihnen!“ „Das ist es ja“, sagt der junge Mann und springt.



Ein anderer junger Mann ist auf einen Baukran geklettert: offenbar mit der Absicht, sich von dort herabzustürzen. Er zog sein Jackett aus, in dem sich auch seine Ausweispapiere befanden, so dass der Polizeipsychologe unten in der Baustelle seinen Namen erfuhr und ihn mithilfe eines Megafons ansprechen konnte – was offenbar Wirkung zeigte. Fast eine Stunde lang sprach der Polizeipsychologe ins

Megafon, bis der junge Mann sich auf den Weg nach unten machte. Der erfahrene Retter erntete viel Lob und Schulterklopfen. Später kam heraus, dass an diesem Tag der Wind so stark war, dass der junge Mann oben auf dem Kran kein Wort verstehen konnte.

Also: Der Ausgang von Kommunikation ist nicht vorhersehbar. Man kann als Rettungsdienstler u.ä. alles falsch machen – und es geht gut aus. Man kann im Grunde alles richtig kommunizieren – und es misslingt. Und man denkt, man habe etwas bewirkt – und alles hat sich von alleine zum Guten gewendet.

Es gibt beim Erforschen all dessen, was auf menschliche Kommunikationsfähigkeit und -fertigkeit einwirkt, eine überaus positive Neuentdeckung:

Spiegelneuronen

Seit kurzem wurde nachgewiesen, dass z.B. die Gefühle anderer in unserem neuronalen System abgebildet werden. In unserem Gehirn sind die gleichen Aktivitätsmuster nachweisbar, als ob wir die Emotion anderer selber erleben würden. In unserem Gehirn werden offenbar alle Basisemotionen „gespiegelt“: Angst, Trauer, Überraschung, Glück, Ekel, Ärger. In uns gibt es demnach ein *Resonanzsystem*, vor allem in der linken Amygdala passiert etwas durch Bildgebungsverfahren Nachweisbares. Nach gegenwärtiger Auffassung der Forscher gehören Spiegelneuronen zur **Grundausrüstung unseres Gehirns**; vollentwickelt sei das System bereits im 3./4. Lebensjahr.

Aus der Sendung von **PLANET WISSEN** vom 10.10.2017: „Spiegelneuronen funktionieren unbewusst, wir müssen nicht darüber nachdenken. Die Bewegungsmuster oder Körperzeichen des anderen werden von unserem Gehirn schnellstens dechiffriert. In unserem Gehirn entsteht ein Spiegelbild von dem, was wir sehen. Nachdem durch die Körpersprache des anderen die Information zu unserem Gehirn kam, werden spezifische Spiegelneuronen aktiv, die die entsprechenden Gefühle zum Schwingen bringen. Egal ob es Trauer, Freude oder Ärger ist: In kürzester Zeit beginnen die Spiegelneuronen den gleichen Zustand in der beobachtenden Person ‚anzustecken‘, also die gleichen Emotionen zu übertragen. In einem nächsten Schritt vergewissern wir uns, ob die Gefühle, die wir empfinden, beim anderen auch echt sind. - Das Funktionieren der Spiegelneuronen ist für unser alltägliches Zusammenleben unentbehrlich. Wir haben bestimmte Muster abgespeichert, die uns signalisieren, was bestimmte Handlungen bedeuten. Ohne intuitive Gewissheiten darüber, was eine gegebene Situation unmittelbar nach sich ziehen wird, wäre ein Miteinander von Menschen undenkbar...

Es gilt „mittlerweile als bestätigt, dass das Spiegelneuronen-Netzwerk eine zentrale Rolle in der Steuerung verschiedener psychologischer Prozesse spielt. So wissen wir heute, dass Imitation, Empathie, aber auch mentales Training durch... (die Spiegelneuronen) mitgesteuert werden. Dadurch trägt das Spiegelneuronen-Netzwerk einen Teil zum Verständnis bei, wie wir Menschen von anderen Menschen lernen und sie verstehen“ (Prof.Dr. Oliver Genschow, 2017). Neuronale Resonanz bewirkt verstärkte Übereinstimmung. Spiegelneuronen sind eine Bild-Sprache unseres Gehirns.

Anders gesagt:

Ein guter Kommunikator kann wissen, dass er in jeder Begegnung mit mindestens drei Bildern umgeht: da ist sein Selbstbild, seine Vorstellung, die er von sich hat; und dann ist da das Bild, das er sich (dank seiner Spiegelneuronen) von seinem Gegenüber macht; und schließlich macht er sich auch noch ein Bild davon, welches Bild von ihm sich wahrscheinlich sein Gegenüber macht. Da sich auch sein Gegenüber solche Bilder macht, entsteht bei jeder Begegnung ein kompliziertes Bildergemeinschaft, in dem beide Personen ebenso bildern wie „gebildnert“ werden.

Was bei dieser wechselseitigen Bildnerei geschieht, ist zum einen gewiss gefühlsmäßig gesteuert (und daher muss man, etwa als professioneller Helfer, seine Motive kontrollieren...); zum andern ist es bei wissenschaftlich geschulten Menschen modellgesteuert: ich habe für die Situation, für die besondere Problemlage, für den besonderen Menschenschlag gleichsam eine Folie, die ich über Situation, Problem und Mensch respective über alles in einem breite (schließlich habe ich z.B. gelernt, wie Psychosen entstehen und was sie aus Menschen machen); und diese Folie kann eine Lesehilfe sein - oder so etwas wie ein Leichentuch, mit dem ich alles zudecke... Die Macht der vorgefertigten Menschen-Bilder kann zu groß werden, kann z.B. die Empathie ersticken.

Die Bedeutung der Empathie in der helfenden Kommunikation

Es war Carl R. Rogers (1902-1987), der mit seiner **Personenzentrierten Psychotherapie bzw. Klientenzentrierten Gesprächstherapie** das einführende Verstehen, das nicht-wertende Eingehen auf einen Menschen in das Zentrum therapeutischen Kommunizierens rückte. Er proklamierte die bedingungslos positive Zuwendung im therapeutischen Gespräch; die Therapeutin oder der Therapeut, die Pädagogin oder der Pädagoge, die Seelsorgerin oder der Seelsorger, die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter: sie sollen „genau die Gefühle und persönlichen Bedeutungen spüren, die der Klient erlebt, und dass sie dieses Verstehen dem Klienten mitteilen“ (C.R.Rogers, Der neue Mensch, 1981). Dieser **Spiegel-Vorgang** soll freilich nicht ein Papageien-artiges Nachplappern dessen sein, was ein Klient erzählte, sondern dieser soll spüren können, dass jemand versucht, die Welt mit den Augen des Klienten zu sehen.

Die besten Voraussetzungen für helfende Kommunikation:

- Die Beraterin/der Berater zeigen **Authentizität und Transparenz**, zeigen *eigene Gefühle* (was – als „Vorleistung“ – Bewusstheit über die eigenen Gefühle voraussetzt),
- sie lassen **Akzeptanz** spüren, das *Wertschätzen* des Gegenübers
- und sie zeigen **Empathie, Mitfühlen**.

Rogers und seine Mitstreiter weisen zudem immer wieder auf die Fehler hin, die auch bei bester Absicht in psychologischer, psychosozialer, therapeutischer Beratung, aber auch in Form gutgemeinter freundschaftlicher Ratschläge begangen werden:

- man *wertet*, und dabei wird die Meinung des anderen Menschen an den eigenen Wertmaßstäben gemessen – als ähnlich oder abweichend;
- man *sondiert*, taucht neugierig z.B. in den Intimbereich des anderen Menschen hinein – und fördert so dessen Abwehrverhalten;
- man erteilt *Ratschläge*: meist aufgrund eigener Lebenserfahrungen;
- man *interpretiert*: auch dies in der Regel „autobiografisch“.

So bleibt die beratende Person im Grunde immer mehr bei sich selbst als bei dem Menschen, der von ihr Hilfe erwartet.

Manche in der Rogers-Tradition lehrende Fachleute legen den Akzent stärker auf die Kunst des **mitfühlenden Zuhörens**, weil sie erkannt haben, dass auch professionell Beratende oft lieber Antworten geben, als auf Fragen zu hören

(vgl. A.Newberg/M.R.Waldman, Die Kraft der mitfühlenden Kommunikation, 2013).

Die Klientenzentrierte Gesprächstherapie erlebte einen gewaltigen Siegeszug. Sie traf das Bedürfnis der Nachkriegszeit nach einem neuen, positiven, verstehenden, mitfühlenden Menschenverständnis. In den letzten Jahren regte sich Widerspruch, die Forderung nach sachlichen, eher faktenorientierten Kommunikationsmustern kam auf: vor allem in Krisen- und Grenzsituationen, so wurde eingewendet, wollen Menschen nicht unbedingt bemitleidet werden, sondern klare Situationsanalysen und Perspektiven vermittelt bekommen.

Die Argumente hatten im Großen und Ganzen ähnliche Muster wie die alten medizinethischen Fragen nach der „Wahrheit am Krankenbett“ (s. Abschnitt „Tod“). Was hilft moribunden Menschen eher: das verbale scheinbare Offenhalten der Situation oder die Härte des unabwendbaren Schicksals?

In den Pflegewissenschaften werden zwei Modelle diskutiert: das SPIKES- und das NURSE-Modell. Beide sind nicht unbeeinflusst von Rogers & Co., halten sich für grundsätzlich empathisch, setzen aber doch jeweils andere Akzente.

SPIKES (= **S**etting – **P**erception – **I**nvitation – **K**nowledge – **E**mpathy – **S**ummary) setzt z.B. beim Überbringen schlechter Nachrichten nicht auf Mitleidskommunikation, sondern operiert mit Fakten; die Überbringerin/der Überbringer soll nichts schönreden und vor allem die eigenen Emotionen beherrschen, sachlich zusammenfassen und weiteres Vorgehen besprechen.

NURSE (= **N**aming – **U**nderstanding – **R**especting – **S**upporting – **E**xploring) versteht sich als eine Form der *Patientenzentrierten Kommunikation*, getragen von Respekt und Empathie, was eher ein Ausbalancieren zwischen Aufrichtigkeit und realistischer Hoffnung erlauben soll.

Watzlawick sieht das Problem aus der Perspektive seiner Selbsterfüllende-Prophezeiung-Theorie: Wer sich – so sagt er - gefasst und realitätsbezogen auf seinen Tod vorbereitet, stirbt leichter, aber eher als der Mensch, der die Realität verdrängt: dieser lebt etwas länger, aber stirbt schwerer.

Praxisbeispiel

Verbales und non-verbales Kommunizieren am Einsatzort

(nach: Bernd Gasch, *Notfallpsychologie*, 2014; Frank Waterstraat, *Psychische Belastungen im Feuerwehreinsatz*, 2003; H.S.)

Eine aus personellen Gründen evtl. unvollkommene Begleitung ist besser, als die Betroffenen einfach nur sich selbst zu überlassen.

Realisieren, dass auch körperlich Unversehrte seelisch verwundet sein können, wenn sie z. B. mit ansehen mussten, wie andere Personen schwer verletzt oder getötet worden sind – vor allem dann, wenn es sich um nahestehende Menschen handelt.

Auf mögliche Symptome akuter Stressreaktion von Betroffenen achten: z. B. Zittern, Schwitzen, Artikulationsprobleme, räumliche und zeitliche Desorientierung, Blässe, Röte, Schock, Weinen, Schreien, zielloses Umherirren, Aggressionen (z. B. gegen den Unfallgegner oder Helfer), Apathie, offenbar sinnlose Aktivitäten, um überhaupt etwas zu tun (z. B. Wühlen im Gepäck), psychischer und physischer Kollaps, Angst und Sorge wegen des Schicksals verletzter Angehöriger, verbunden mit dem Wunsch der Kontaktaufnahme, Wiederholung immer derselben Äußerungen und Fragen.

Diese Symptome sind normale Reaktionen auf ein traumatisierendes Ereignis, das in keine Kausalkette mehr integrierbar ist.



Leitmotive der Einsatzkräfte und „Laien“ sollte sein: **Tu 'was – und tu es schnell!**

Und: Sprich – und höre zu!

Daher auf Betroffene zugehen und nicht warten, bis sie auf Einsatzkräfte oder zufällig Anwesende zukommen; sich vorstellen („**Guten Tag, ich bin NN von der Freiwilligen Feuerwehr XY; bitte kommen Sie doch mit mir zum Wagen dort**“ oder – wenn es sich um einen „Laien“ handelt - „**Ist es Ihnen recht, wenn ich mich hier mit Ihnen hinsetze und bei Ihnen bleibe?**“) und ggf. entlastende und beruhigende Sätze sprechen (z.B.: „**Ich bleibe bei Ihnen, bis der Krankenwagen kommt**“ oder „**Der Krankenwagen ist unterwegs**“).

Experten empfehlen, auch zu Bewusstlosen zu sprechen!

Auf jeden Fall **Vorwürfe vermeiden!** Da Kommunikation vor allem auch eine Frage der inneren Haltung ist: empathisches aktives Zuhören (verständnisvoll, einfühlsam, geduldig; Pausen akzeptierend).

Weiterführende Fragen können gestellt werden („Soll jemand benachrichtigt werden von Ihrem Unfall?“) oder Hilfsmöglichkeiten angesprochen werden (z.B.: „Möchten Sie, dass ein Pfarrer/Seelsorger gerufen wird?“).

Auf gutgemeinte Ratschläge verzichten! Zeigen non-verbaler Elemente der Zuwendung und des Verstehens (z.B. Blickkontakt, aufmunterndes Nicken, offene Körperhaltung); vorsichtiger Körperkontakt ist sinnvoll (ggf. Hand halten, Hand auf die Schulter legen; Berührungen am Kopf und anderen Körperteilen werden nicht empfohlen); insgesamt: sich nach Möglichkeit auf die Ebene des Opfers begeben.

Kinder besonders im Blick haben und vor allem inmitten der für sie extrem bedrohlichen Lage Sicherheit bieten; einen kontinuierlichen Betreuer an ihre Seite stellen (auch: Teddy auf dem Rettungswagen o.ä.). Evtl. eine Geschichte parat haben oder ein beruhigendes Lied oder einen Vers.

Kinder und Eltern sollten generell gemeinsam betreut werden: die Kinder haben dann vertraute Bezugspersonen, und die Eltern müssen sich weniger Sorgen machen um das Verbleiben oder den Zustand ihrer Kinder.

Z.T. abweichend von den generellen Regeln sind bei Kleinkindern (unter zwei Jahren) Körperkontakt (auf den Arm nehmen, streicheln u.ä.) und das Festhalten an einem vertrauten Gegenstand bzw. Spielzeug wichtig.

Etwas größere Kinder sollten zu eigenem Sprechen animiert werden – das lenkt evtl. von bedrückenden Situationen weg.

Je älter das Kind, desto mehr Bedeutung gewinnt das Gespräch. Ältere Kinder erkennen, wenn eine Situation bagatellisiert wird.

Möglichst für abgeschirmten Rückzugsraum sorgen, z. B. Mannschaftskabine größerer Fahrzeuge, bei größeren Schadensereignissen Zelt oder Sammelstelle. Vor Zuschauern oder Medien abschirmen; falls totale Abschirmung nicht möglich ist, versuchen, Zuschauer einzubeziehen und ihnen eine Aufgabe zu geben (**„Schauen Sie nach, ob die Unfallstelle abgesichert ist“** oder **„Helfen Sie bitte mit, die Leute auf Distanz zu halten“**).

Nach Möglichkeit personelle Kontinuität in der Betreuungssituation herstellen.

Ethische Probleme stellen sich, wenn nach der „Wahrheit“ über den Zustand verletzter oder toter Freunde und Verwandter gefragt wird. Wenn das Übermitteln einer Todesnachricht in einem leidlich geschützten Rahmen nicht möglich ist, sind zeitgewinnende und auch „hinhaltende“ Antworten ethisch zulässig (**„Er/Sie ist schwerverletzt, aber ich weiß nicht, wie es ihm/ihr im Augenblick geht“** oder: **„Ich weiß nicht genau, habe aber Hoffnung“** oder: **„Der Rettungsdienst kümmert sich nach besten Kräften um ihn/sie“** o.ä.). Sachliche Auskunft über den Zustand von Verletzten oder noch nicht Geborgenen kann ohnehin eigentlich nur geben, wer dazu autorisiert ist und über gesichertes Wissen verfügt.

Diese hinhaltenden Antworten verstoßen allerdings gegen das gesprächspsychotherapeutische Echtheitsgebot. Wenn sich der Betreute getäuscht fühlt, ist das Vertrauen dahin. Und Allgemeinplätze wie „Das Leben geht weiter“ oder „Die Zeit heilt alle Wunden“ wirken meist deplaziert, werden z.T. verübelt. Die Reaktion des Betreuenden könnte sich also auch so anhören: **„Ich kann Ihre Besorgnis sehr gut verstehen. Sie wollen Gewissheit. Ich kann sie Ihnen nicht geben, denn ich bin kein Arzt. Aber ich verspreche Ihnen, dass ich bei allernächster Gelegenheit ärztliche Auskunft einhole.“**

Wenn der Betreuer sich selbst (!) für notwendig gefasst, stabil und situativ distanzierungsfähig hält und den Eindruck gewinnt, dass der/die Betreute dem Trauerschock gewachsen ist, kann die Todesnachricht zugewandt, aber deutlich übermittelt werden – nach Möglichkeit mit Namensanrede: **„Herr/Frau NN ich muss Ihnen sagen, dass XY tot ist.“** Wenn vom Tod gesprochen wird, muss konsequent von ihm gesprochen werden, dürfen keine falschen Hoffnungen mehr geweckt werden.

Danach ist mit dem gesamten Spektrum möglicher Reaktionen zu rechnen, die über die o.g. Unfall-Stress-Symptome hinausgehen: Erstarrung, scheinbare geistige Abwesenheit bei sachlicher Kenntnisnahme der Mitteilung, Nichtwahrhabenwollen und Ablehnung der Nachricht und ihres Überbringers,

Weinen, Schreien, Herumlaufen, Zusammenbrechen, Androhung der Eigengefährdung („...dann will ich auch nicht mehr weiterleben“).

Durch Weinen und Tränen oder auch Schreien tun sich seelische Schleusen auf. Es ist gut, dass und wenn es dazu kommt. Längeres Weinen ist der Beginn des Abschiednehmens.

Wenn Menschen bei tödlich Verunglückten bleiben möchten, diesen Wunsch respektieren, sich in der Nähe bereithalten oder vorsichtig mit kontrolliertem Körperkontakt Halt geben.

Im Bei-Stehen die Betroffenen und ihre Warum-Fragen aushalten („Warum passiert uns das?“), ohne sie zu beantworten – das können, wenn überhaupt, sie nur selbst. Auch das eventuelle Schweigen aushalten.

Nicht selten wird um „etwas Religiöses“, um ein Gebet etwa, gebeten. Es ist gut, ein kleines „Repertoire“ davon zu haben. Der „Vorteil“ religiöser Texte liegt darin, dass sie sich selbst interpretieren, selbstwirksam sind (unabhängig von der sprechenden Person) und ggf. an Lebenserinnerungen der Betroffenen anknüpfen und so wieder Zusammenhänge herstellen, die durch den Unfall zerrissen schienen. Das ist ein nicht zu unterschätzendes Trostpotential.

Der Wunsch nach religiöser Tröstung gehört angesichts grassierender Säkularisierung zu den größten Überforderungen vor allem jüngerer Helfer.

Mögliche Texte: Als seelsorgerisch sehr wirksam gilt neben dem Vaterunser der Psalm 23 („Der Herr ist mein Hirte“), bes. Vers 4: *Und ob ich schon wanderte im finstern Tal, fürchte ich kein Unglück; denn du bist bei mir, dein Stecken und Stab trösten mich.*

Oder aus dem Lied „So nimm denn meine Hände“ der Vers: *Wenn ich auch gleich nichts fühle / von deiner Macht, / du führst mich doch zum Ziele / auch durch die Nacht. / So nimm denn meine Hände / und führe mich / bis an mein selig Ende / und ewiglich! (aus EKG 376)*

Oder bei wahrscheinlich tödlichem Ausgang der Situation: *Wenn ich einmal soll scheiden, / so scheide nicht von mir, / wenn ich den Tod soll leiden, / so tritt du dann herfür. / Wenn mir am allerbängsten / wird um das Herze sein, / so reiß mich aus den Ängsten / kraft deiner Angst und Pein. (aus EKG 85)*

Nach geraumer Zeit werden durch Betroffene manchmal Fragen eher weglenkend-technischer Art gestellt: z.B. wo die Autos und das restliche Gepäck hingekommen sind, welche Möglichkeiten der Weiterreise es gibt, wo man ggf. übernachten kann. Darüber sollte der Betreuer nicht befremdet sein, sondern versuchen, möglichst zuverlässig Auskunft geben zu können.

Helfer müssen auch den eventuellen Unfallverursacher mit im Blick haben, vor allem dann, wenn dieser sich Vorwürfe macht und Eigenbedrohung artikuliert („Mit dieser Schuld kann ich nicht leben“). Gegen Konfrontationen zwischen den Unfallparteien muss eingeschritten werden.

Zum Eigenstudium:

Über Krisenintervention allgemein:

<http://www.praxispaschmann.de/images/006.link2/02.kriesen/Krise.pdf>

Oder: <http://www.psychischeersthilfe.de>



Fragen zur Selbstverständigung

- Wann sind Sie in Ihrem Leben bislang mit dem Tod in Berührung gekommen?
- Was hat man Ihnen als Kind über das Sterben und den Tod gesagt?
- Wie, denken Sie, werden Ihre Kinder, Ihre Angehörigen und Freunde auf Ihr Sterben reagieren?
- Sehnen Sie sich manchmal auch ein wenig nach dem Tod?
- Glauben Sie, dass es nach dem Tod irgendwie weitergeht?
- Würde das Wissen um eine tödliche Krankheit Ihr jetziges Leben verändern?
- Würden Sie sich in jemanden verlieben wollen, von dem Sie wissen, dass er sehr bald stirbt?
- Wenn Sie wüssten, dass Sie bald sterben müssen: Wie würden Sie es Ihrem Kind klarmachen?
- Welche Spuren hinterlässt Ihr Leben? Woran wird man sich erinnern?

Werden und Vergehen

In vergleichsweise poetischer Sprache führt uns Allen Wheelis Ende der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts in den biologischen oder biochemischen Aspekt unseres Werdens und Vergehens ein:

„Wir treten als leichte Verdickung am Ende eines langen Fadens ins Sein. Zellen wuchern, bilden einen Auswuchs, nehmen menschliche Gestalt an. Das Fadenende liegt jetzt drinnen verborgen, wohlverwahrt, unversehrt. Unsere Aufgabe ist, es zu befördern, weiterzureichen. Einen Augenblick lang gedeihen wir, bringen es zu ein bisschen Vergnügen und Zeitvertreib, sammeln ein paar Erinnerungen, die wir auf ewig bewahren möchten, dann welken wir, gehen aus der Form. Das Fadenende liegt jetzt in unseren Kindern, der Faden reicht ohne Unterbrechung, unauslotbar durch uns, zurück in die Vergangenheit. Zahllose Verdickungen sind an ihm erschienen, haben ihre Zeit des Wachstums gehabt - und sind abgefallen, wie wir jetzt abfallen...“ (Allen Wheelis, zit. Nach D.R.Hofstadter/D.C.Dennett, Einsicht ins Ich)

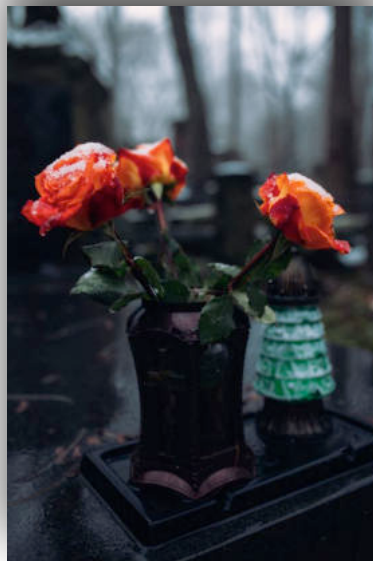
Die menschliche DNS, die Trägerin der Erbinformation: in dieser Sicht ein seit Urzeiten geschriebener, z.T. korrigierter Text, in den wir uns eintragen, den wir

weiterreichen und den unsere Nachfahren weiterschreiben. Wir sind endlich, haben eine endliche Spanne; es gibt eine Ewigkeit, Unendlichkeit, vor und nach uns (vor der vor uns haben wir merkwürdigerweise keine Angst. Jede/r von uns ist schon sehr lange unterwegs, bis er einmalige, unverwechselbare Gestalt gewinnt).

Lexikalisch: „Tod

Lebensende. Unumkehrbarer Funktionsausfall von Atmung, Kreislauf und Zentralnervensystem. BIOLOGISCHER TOD: Tod aller Organe. KLINISCHER TOD: Völliger Atem- und Kreislaufstillstand. Innerhalb der ersten Minuten besteht Möglichkeit der Wiederbelebung. HIRNTOD: Schwere irreversible Hirnschädigung mit Koma, Ausfall der Spontanatmung, Fehlen von Hirnreflexen (zusätzlich apparative Untersuchungen, z.B. Nachweis eines Kreislaufstillstandes im Gehirn). Gilt als Voraussetzung zur Entnahme von Körperteilen zur Organtransplantation. TODESZEICHEN: Unsicher: Trübung der Hornhaut, Blässe, spürbare Abkühlung, Fehlen von Reflexen, Puls oder Herztönen. Sicher: Totenflecke (an abhängigen Körperteilen nach ca. 30 min., nach 2 Stunden zusammenfließend, nach 12 Stunden nicht mehr wegdrückbar), Totenstarre (am ganzen Körper nach 8-10 Stunden, vollständige Lösung nach 34 Tagen), Fäulnis. SCHEINTOD: z.B. bei Schlafmittelvergiftungen und Unterkühlung. Tiefe Bewusstlosigkeit; Atmung, Puls und Reflexe sind nicht fühlbar; apparativ sind aber Aktivitäten von Herz und Gehirn nachweisbar. Sichere Todeszeichen fehlen. Wiederbelebung ist möglich.“

(aus: Harenberg Kompaktlexikon)



Einige Todesursachen in Deutschland

(durchschnittlich für je ein Jahr seit 2005 - ohne Pandemien u.ä.)

Kreislaufkrankungen (einschließlich Schlaganfall)	410 869
Krebs (alle Formen)	211 467
Schlaganfall	47 276
Unfälle (insgesamt)	20 784
Erkennbarer Suizid	11 670
Unfälle mit Fahrzeugen (Pkw, Lkw, Bus)	8 028
Leukämie	6 844
Asthma	4 086
Mord	800
Feuer und Flammen	526
Blinddarmenzündung	242
Blitzschlag	7
Masern	2

Wann ist der Mensch tot?

Unser Todesverständnis hat etwas zu tun mit ... **Sprachregelungen**. So ist es sogar dort, wo man Sicherheit vermuten würde, in der Medizin. Bis Ende der sechziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts galt ein Mensch als tot, nachdem sein Herz-Kreislaufsystem unwiderruflich stillsteht. Bis dahin war klar, dass eine Leiche ohne Herzschlag ist, ohne Reflexe, starr und kalt und alsbald Leichenflecke aufweist.

Seit die Harvard Universität 1968 die Hirntoddefinition einführte, die sich rasch ausbreitete, auch im deutschen Bundestag, bei den Kirchen, bei den Wissenschaftlichen Gesellschaften u.a. akkreditiert ist, gibt es für tot erklärte Menschen, die die früheren Todesbestimmungsmerkmale nicht zeigen. Wenn Hirntote etwa für eine Organentnahme aufbewahrt werden, dann können sie atmen, schwitzen oder frieren, können Fieber haben, mit den Zähnen knirschen; wenn sie das sog. Lazarussyndrom zeigen – das vor allem dem Pflegepersonal erheblich zusetzt - , dann richten sie sich im Bett auf, schlagen um sich oder treten – oder umarmen das Pflegepersonal. Die Haut dieser für tot Erklärten schimmert rosig, das Herz schlägt, der Brustkorb hebt und senkt sich. Diese Toten können weinen

und haben Ausscheidungen. Die männlichen Leichen könnten noch Kinder zeugen, und die weiblichen Leichen könnten noch 3-4 Monate lang Kinder austragen und gebären.

Es ist durchaus diskutabel, ob es sich bei diesen Hirntoten wirklich um Tote handelt. Nach kontroverser Auffassung sind es eher **Sterbende** (s.u.: Argumente). Hans Jonas spricht von einem „Restzustand von Leben“ und meint zum Ganzen:

„Es besteht Grund zum Zweifel daran, dass selbst ohne Gehirnfunktion der Mensch völlig tot ist.“

In Deutschland werden diese Leichen vor der Organentnahme vorsichtshalber anästhesiert. So ganz sicher, dass diese Toten keine Schmerzen mehr empfinden, ist man anscheinend nicht.

Argumente pro und contra Hirntod-These

„Wenn der Hirntod festgestellt wird, dann ist nach medizinischem Wissen ... der Tod des Menschen erfolgt, dann ist das, was seine Individualität, was seine Persönlichkeit ausmacht, das, was wir als Mensch an ihm erleben konnten, schon von uns gegangen, dann ist diese Persönlichkeit bereits verschieden“ (Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 13/183 – 25.6.1997)

„Ein Mensch, dessen Gehirn abgestorben ist, kann nichts mehr aus seinem Inneren und aus seiner Umgebung empfinden, wahrnehmen, beobachten und beantworten, nichts mehr denken, nichts mehr entscheiden. Mit dem völligen und endgültigen Ausfall der Tätigkeit seines Gehirns hat der betroffene Mensch aufgehört, ein Lebewesen in körperlich-geistiger oder in leiblich-seelischer Einheit zu sein. Deshalb ist ein Mensch tot, dessen Gehirn völlig und endgültig ausgefallen ist“ (Erklärung Deutscher Wissenschaftlicher Gesellschaften zum Tod, 1994).

„Der irreversible Ausfall des Hirns als ganzem ist das Ende des integrierten Lebensprozesses und damit der Tod des menschlichen Individuums.“ (M. Quante, Wann ist der Mensch tot? Zum Streit um den menschlichen Tod, in: Zeitschrift f. Philosophische Forschung 49/1995)

„Das Gehirn ist das zentrale Steuerungsorgan des Gesamtorganismus. Der Ausfall der Gehirnfunktion führt nicht nur zum Erlöschen der geistig-seelischen Funktionen, die wir als Bewusstsein subsumieren, sondern auch zu einem Ausfall der koordinierten Steuerung der verschiedensten Organfunktionen. Daher zerfällt mit dem Ausfall der Hirnfunktion die funktionelle Einheit des Organismus.“ (W.

Haupt, Die Feststellung des Todes durch den irreversiblen Ausfall des gesamten Gehirns, in: Deutsches Ärzteblatt 90/1993)

„Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgend etwas entscheiden.“ (Erklärung der deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Ev. Kirche in Deutschland, 1990)

„Die Grenzlinie zwischen Leben und Tod ist nicht mit Sicherheit bekannt, und eine Definition kann nicht Wissen ersetzen. Der Verdacht ist nicht grundlos, dass der künstlich unterstützte Zustand des komatösen Patienten immer noch ein Restzustand von Leben ist (wie er bis vor kurzem auch medizinisch allgemein angesehen wurde). ... Es besteht Grund zum Zweifel daran, dass selbst ohne Gehirnfunktion der Mensch völlig tot ist. In dieser Lage unaufhebbaren Nichtwissens und vernünftigen Zweifels besteht die einzig richtige Maxime für das Handeln darin, nach der Seite vermutlichen Lebens hinüberzulehnen. Daraus folgt, dass Eingriffe... unter keinen Umständen an einem menschlichen Körper stattfinden dürfen, der sich in diesem äquivoken bzw. Schwellenzustand befindet“ (H.Jonas)

„Sind wir erst einmal versichert, dass wir es mit einem Leichnam zu tun haben, dann sprechen keine logischen Gründe dagegen und starke pragmatische dafür, die künstliche Durchblutung (Lebenssimulation) fortzusetzen und den Leib des Verschiedenen zur Verfügung zu halten – als eine Bank für lebensfrische Organe, möglicherweise auch als Fabrik für Hormone und andere biochemische Substanzen, nach denen Bedarf besteht. ... Wir haben die ‚aktive‘ Kooperation eines funktionierenden Organismus, der für tot erklärt ist und deshalb keinen Schaden leiden kann: d.h., wir haben die Vorteile des lebenden Spenders ohne die Nachteile, die dessen Rechte und Interessen auferlegen“ (ders., Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, 1987).

J.Hoff / J.i.d.Schmitt: „Der Mensch ist so lange Person, wie er von seinem gegenüber als Person wahrgenommen werden kann. Diese Wahrnehmung richtet sich aber auf seinen Körper als eine unteilbare lebendige Einheit (Leib) und nicht auf einzelne Organe wie das Gehirn. Die Personalität des Menschen ist mit der Wahrnehmung seiner leiblichen Existenz unauflöslich verschränkt. Diese Unentflechtbarkeit von Personalität und Leiblichkeit setzt sich in unserem Verhältnis zum Tode eines Menschen fort. ... Der Organismus steht in einer unmittelbaren Beziehung zur ‚Würde des Menschen‘ und verwandelt sich nicht bereits dadurch in eine bloße Sache, dass die Medizin den Tod eines Organs diagnostiziert – selbst wenn es sich dabei um das Gehirn handelt.“

Unser Sprechen vom Tod oder: Der Tod schweigt uns an

Umstritten ist unter modernen Denkern, ob man vom Tod überhaupt etwas Angemessenes sagen kann, vom Sterben etwas Richtiges sagen kann - und welche Konsequenzen es hat, wie man diese Fragen für sich beantwortet. Es gibt konträre Positionen in der philosophischen Thanatologie. Die einen sagen, dass jede Rede vom Tod nur mit letztlich leeren Worthülsen operiere, hinter denen das Nichts stehe: um das Schweigen des Todes zu übertönen; **weil wir dieses Schweigen nicht aushalten können**. Für sie ist die Sprache der Metaphysik ein eigentlich sinnentleertes, aber psychologisch tröstlicher Abkömmling des archaischen Totenpalavers. Ein solches Totenpalaver erfolgt nach der Schamanenreise ins Jenseits (Schamanen begleiten ja die gerade Gestorbenen hinüber und berichten bei ihrer Rückkehr in diese Welt Tröstliches). Wir Heutigen gehen diesen Weg an und über die Grenze nicht mit, weil wir ja auch nicht wirklich glauben, dass jenseits der Grenze etwas sei, aber wir reden trotzdem darüber. Nachzulesen beispielsweise in vielen Beerdigungsanzeigen. Richtiger wäre, gleich zu schweigen. Wer schweigt, spricht immerhin eigentlich die Sprache der Toten. Im Schweigen dauern dann die Toten in uns fort.

Andere Thanatologen verwenden Bilder und Metaphern, glauben, dass man

1. nur in Metaphern vom Tod reden kann, und
2. dass in den Metaphern der Sinn steckt. Auffällig viele Todesmetaphern machen an die menschliche Handlungsfähigkeit gegenüber dem Tod glauben (z.B. Tod als Fortgang, Reise).

Bis in seine Todesbilder hinein verlängert der Mensch den Glauben an seine Macherschaft. Immerhin setzen uns Metaphern instand, überhaupt über den Tod zu reden.

Wie es Sterbenden geht: Buckmans Drei-Phasen-Modell

Der an der Universitätskrebeklinik in Toronto arbeitende Arzt Robert Buckman (Was wir für Sterbende tun können. Praktische Ratschläge für Angehörige und Freunde, 2. Auflage Zürich 1991) vertritt ein Drei-Phasen-Modell, das älteren Sterbe- und Trauerphasenmodellen – z.B. dem bekannten Kübler-Ross'schen – zum einen nicht unähnlich ist, zum andern einige Aspekte beleuchtet, die in früheren Konzeptionen so nicht vorkommen.

Die erste Phase: Die Auseinandersetzung mit der Bedrohung

Alle Menschen, die von ihrer unheilbaren Erkrankung und ihrem höchstwahrscheinlichen Sterben erfahren, haben Schwierigkeiten, damit umzugehen. In der Auseinandersetzung mit der niederschmetternden Information können Betroffene einerseits höchst unterschiedlich reagieren, andererseits Haltungen, die sie dazu eingenommen hatten, auch wieder grundlegend verändern.

- „Schock und Unglaube“

In der ersten Phase ist es – nach Buckman – z.B. ausgesprochen typisch, dass Patienten ihre Diagnose zeitweilig annehmen und zeitweilig verleugnen. Ein Zustand, der Stunden, Tage oder länger dauern kann. Ein Schock überlagert das Denken, okkupiert es, kann dazu führen, dass der Betroffene keine Entscheidungen mehr zu treffen vermag. Äußere Symptome sind z.B. erhöhte Vergesslichkeit oder die Verlangsamung von Tätigkeiten. Der betroffene Mensch spürt dies sehr wohl, bemerkt, dass er sich in einem desolaten Zustand befindet, aus dem er sich nicht befreien kann – und empfindet dies als äußerst unangenehm.

- „Leugnen“

Bedeutete „Unglauben“, dass der Patient nicht in der Lage ist, die schlimme Diagnose für sich zu realisieren, so meint „Leugnen“ ein bewusstes, gewolltes Handeln: der Patient weigert sich, ist nicht gewillt, die Diagnose zu akzeptieren. Diese Haltung ist unabhängig vom Informationsstand, hat auch nichts mit intellektueller Einsichtsfähigkeit zu tun. Intelligenz und Nicht-wissen-Wollen können in ausgesprochenem Konflikt miteinander stehen.

- „Wut“

Buckman unterscheidet drei Kategorien der Wut, die für ihn vor allem davon herrührt, dass der Patient erlebt, dass und wie er mehr und mehr die Kontrolle über sein Ergehen verliert:

„Wut auf die ganze Welt“: eine Art Verzweiflung hinter aggressivem Vorzeichen, eine Wut gegen alle Nichtkranken.

„Wut, die sich gegen das Schicksal richtet“: gegen ein anonymes oder ein personalisiertes Schicksal; bei religiösen Menschen bricht – ähnlich wie bei Hiob – die Weltordnung, der Glaube an die Gerechtigkeit Gottes zusammen (sog. Theodizee-Problematik).

„Wut auf jeden Menschen, der zu helfen versucht“: die Übermittler sind schuld oder mitschuld, vor allem die Ärzte.

- „Angst“

Angst ist eine kreatürliche Reaktion, die oft gerade auch dem Schutz des Menschen dient. Andererseits wird Angst gesellschaftlich oft nicht zugelassen, gilt als etwas, dessen man sich schämen müsste. Buckman unterscheidet mehrere Ängste:

▸ Die Angst, die Schmerzen nicht ertragen zu können; die Sorge, den nahestehenden Menschen zur Last zu fallen.

▸ Die Angst vor dem Tod und dem unsicheren Danach; die Sorge, vergessen zu werden.

▸ Die Angst, nicht genug gelebt zu haben.

▸ Die Angst um die evtl. unsichere Zukunft der hinterbliebenen „Lieben“.

- „Hoffnung, Verzweiflung, Depression“

Verzweiflung ist der Verlust der Hoffnung. Verzweiflung ist schubweise nachlassend und wiederkehrend. Symptome sind nach Buckman Schlaf- und Appetitlosigkeit, Inappetenz (= das Interesse an Interaktionen, Informationen, Wissen über Nachrichten usw. geht verloren), Weinen.

- „Schuldgefühle“

Schuldgefühle haben zwei sich überlagernde Ebenen: sie kommen zum einen aus den unerledigten Dingen, aus unbereinigten Problemen, ungelösten Fragen; man hat das Gefühl, anderen etwas schuldig geblieben zu sein; Erinnerungen steigen auf. Zum andern beziehen sich die Schuldgefühle aber auch auf das Empfinden, durch Krankheit und Tod bestraft zu werden für Sünden, Versäumnisse, Verstöße gegen die eigene Gesundheit (durch Trinken, Rauchen usw.).

Die zweite Phase: Das Kranksein

Buckman meint damit eine Übergangsphase zwischen Gesundheit und Akzeptanz des Sterbens. Es ist die Zeit nach dem Schock. Sie kann gleich nach Eröffnung der Diagnose einsetzen oder bis zum Tod andauern. Der Patient durchlebt die Alltäglichkeit und die Routine von Krankheit und „Therapien“, verliert zunehmend die Kontrolle, fühlt sich zermürbt – wobei alle Erscheinungen der ersten Phase weiterbestehen oder erneut auftreten können.

Die dritte Phase: „Das letzte Stadium“

Auch für die letzte Lebensphase proklamiert Buckman kein Gesetz: es gibt Patienten, die ihren Tod früh akzeptieren, und solche, die ihn nie akzeptieren. Auch bei denen, die ihr Sterbenmüssen früher realisiert haben, stellt sich Trauer ein, weil Verwandte, Freunde und viel Schönes zurückgelassen werden müssen. Buckman glaubt beobachtet zu haben, dass Menschen meist sterben, wie sie gelebt haben: freundlich und unkompliziert oder mürrisch und undankbar.



Zur Nahtod-Debatte

Was passiert, wenn ich sterbe?

(Bericht über Nahtoderlebnisse und ihre neue *quantenphysikalische Deutung*)
„...Wie kann ein Gehirn im Ausnahmezustand präzise Eindrücke formen, geschweige denn Erinnerungen an Geschehnisse, die passierten, während es bewusstlos war? Und wie sind solche Erlebnisse bei einem flachen EEG möglich? ,Es kann sein, dass unser Gehirn auch dann noch Bewusstseinszustände hervorbringt, wenn es gar nicht mehr im streng neurologischen Sinn funktioniert. Möglicherweise müssen wir die Frage von Körper und Geist überdenken und Wege in Erwägung ziehen, die uns etwa die Quantenmechanik weist‘, sagt Sam Parnia von der Universität Cornell in New York.

Der Spezialist für Lungen- und Reanimationsmedizin hat vieles erlebt, das die Grenzen der klassischen Medizin überschreitet. Vor allem die Beobachtung beschäftigt ihn, dass die Wahrnehmung im Moment des Todes ein Potenzial entfaltet, zu dem ein Mensch bei Bewusstsein (nach klassischer Definition) nicht in der Lage ist. Neue Klarheit bringen soll die AWARE-study (AWAREness During Resuscitation – Bewusstsein während einer Wiederbelebung): unter der Leitung von Sam Parnia haben Forscher 20 verschiedene Kliniken für den Nachweis von Nahtoderfahrungen präpariert...

Lange hielt sich die These, das fantastische Sterbeprogramm des Gehirns habe allein den Sinn, dem Sterbenden den Übergang in den Tod zu erleichtern. Ein Hormonschub für den sanften Abgang, ein wunderbares Geschenk zum Abschied. Eine Schlussfolgerung allerdings, die jetzt zunehmend angezweifelt wird.

Aber welche Erklärung liefert die Wissenschaft der kleinsten Teilchen? Die Nachricht der **Quantenphysiker** krepelte alles um, was Naturwissenschaftler bisher über die Beschaffenheit des Universums angenommen hatten. Den Physikern gelang der Nachweis, dass die Elementarteilchen des Universums, aus denen am Ende alles besteht, die Quanten, beides sein können: elektromagnetische Welle und im nächsten Moment handfestes Teilchen. Und Letzteres auch nur dann, wenn Wissenschaftler sie beobachteten. Zudem gelang der Nachweis, dass diese Quanten über weite Distanzen Informationen austauschen. Die winzigen Informations-Einheiten kommunizieren miteinander und tauschen ihre Informationen aus, ohne dafür eine Wegstrecke von A nach B zurücklegen zu müssen. Sie können an mehreren Orten gleichzeitig sein. Statt Materie nichts als Energie, ein ewiger Fluss von Informationen, in dem nichts geschieht ohne eine

Antwort aus einer anderen Ecke des Kosmos. Was aber würde es bedeuten, wenn alles, das gesamte Universum und damit auch das menschliche Gehirn, Information wäre? Dann bestünde selbst die Persönlichkeit aus einzelnen Informationseinheiten, unzerstörbaren Bewusstseinträgern. Der Widerspruch von Körper und Seele löste sich im Quantenuniversum in Wohlgefallen auf.“

(Friederike Schön in: WW 1/2010)

Stationäres Sterben

Über 90% der Deutschen möchten – laut Emnid-Umfrage – zu Hause sterben. Dieser Wunsch geht nur für etwa 20% in Erfüllung. Die meisten der in normalen (pandemiefreien) Zeiten täglich in Deutschland sterbenden ca. 2.600 Menschen sterben im Krankenhaus (ca. 70%). Die zweithäufigsten Sterbeorte Alten- und Pflegeheime sind im Gefolge der Pflegeversicherung „Endstationen“ für Hochbetagte, denen in ihrem Zuhause von Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten nicht mehr ausreichend geholfen werden konnte (vor allem auch wegen dementieller Symptome). Diese stationären Einrichtungen sind nicht mehr vergleichbar mit den früheren Altersheimen, in die ein alter Mensch noch aus freien Stücken umziehen konnte, in denen er auch noch für einige Jahre neue soziale Beziehungen aufnehmen konnte. Derlei ist heute nur noch in Seniorenresidenzen, Seniorenparks u.ä. möglich, die man sich allerdings wirtschaftlich leisten können muss.

Alternativen zu diesen Sterbeorten bilden Hospize und Palliativstationen an (einigen) Kliniken. Erst seit Ende der neunziger Jahre des 20. Jahrhunderts sind sie Bestandteil eines geregelten Versorgungs- und Finanzierungssystems. Seit Mitte 1999 ist geklärt, dass Hospizaufenthalte bis zu 90% durch Kranken- und Pflegeversicherung bezahlt werden; 10% der Kosten müssen durch Spenden oder z.B. durch Patientenbeiträge abgedeckt werden. Etwa zwei Drittel der Hospizinitiativen, die es in stationärer und ambulanter Form gibt, stehen in kirchlicher Trägerschaft.

In stationären Hospizen finden Menschen Aufnahme, die an weit fortgeschrittenen Krankheiten leiden, die im Krankenhaus „austherapiert“ sind, sich in „Endzuständen“ befinden; Menschen, die rund um die Uhr betreut werden müssen – was Angehörige nicht leisten können, selbst wenn es sie gibt. Hospizteams bestehen aus Menschen, die hochbelastbar und gleichwohl sensibel sein müssen und die sich aus verschiedensten Professionen zusammensetzen

(Fachleute aus Medizin, Schmerztherapie, Seelsorge, Krankenpflege, Ergotherapie, Sozialarbeit; auch aus Verwaltung und Hauswirtschaft); es sind Teams aus Haupt- und Ehrenamtlichen, die angetreten sind, die physischen, psycho-sozialen und spirituellen Bedürfnisse der „Gäste“ und ihrer Angehörigen ganzheitlich zu berücksichtigen (zum Ganzen vgl. Student, Everding/Westrich).

Palliative Medizin ist ein maßgeblicher Bestandteil der Hospizarbeit. Schmerzlinderung oder gar Schmerzfreiheit werden zur Voraussetzung, um Sozialkontakte aufrechterhalten und Gespräche führen zu können, die ein Mensch braucht, um sein Leben zu bilanzieren und sein Sterben zu verarbeiten. Der Einsatz von Opiaten ist eine hochsensible Angelegenheit und erfordert die Fähigkeit, individuell so zu dosieren, dass der „Gast“ sowohl weitgehend schmerzfrei als auch bei Bewusstsein ist (zum Ganzen vgl. Makowka, Davy/Ellis).

Sozialpsychologisches und –philosophisches zum Thema „Sterben im Krankenhaus“ (ZITATE)

„Wir haben keine Erfahrung vom Tode Anderer mehr. Das Erlebnis des Todes im Schauspiel oder im Fernsehen hat damit nichts zu tun. Die meisten haben nicht einmal mehr Gelegenheit, jemanden sterben zu sehen. In jeder anderen Gesellschaftsform wäre das unvorstellbar. Man wird vom Krankenhaus und von der Medizin versorgt, eine technische letzte Ölung hat alle anderen Sakramente ersetzt. Der Mensch verschwindet von seinen Verwandten, bevor er tot ist. Eben darum stirbt er.“ aus: Jean Baudrillard, Der symbolische Tausch und der Tod, 1982

Der soziale Tod in der Klinik tritt „in dem Augenblick ein, in dem die sozial relevanten Attribute des Patienten für den Umgang mit ihm keine Rolle mehr spielen und er im wesentlichen schon als ‚tot‘ betrachtet wird. Faktisch besteht der ‚soziale Tod‘ also aus einer Reihe von praktischen Verhaltensweisen, die mit zu den charakteristischen Merkmalen des ‚Sterbens‘ im Krankenhausmilieu gehören.“ aus: David Sudnow, Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung, 1973

„Noch immer ist das Grauen des Todes vor allem in jenem Augenblick gegenwärtig, in dem aus der Gestalt des soeben Gestorbenen schon alle Lebensphysiognomik gewichen, aber die Physiognomik des Toten, ‚der zur letzten Ruhe gebettet wird‘, noch nicht erreicht ist. Dies ist der Augenblick des Sturzes in die Stummheit; aus dem Anderen, der Mensch war, ist wahrhaft tote Natur geworden; jetzt werden die Lebenden alles tun, um den Augenblick der Stummheit

vergessen zu machen, denn er ist unerträglich: mit ihm kann keine Gesellschaft leben, nur gegen ihn.“ aus: Peter Strasser, Die verspielte Aufklärung, 1986

„Mitunter mag es zum Beispiel vorkommen, dass Personen, die noch im Koma liegen, schon für den Abtransport vorbereitet werden; Mund und Augen werden geschlossen, Kinnbinden angelegt, die Füße zusammengebunden - so hat man nach eingetretenem Exitus weniger Arbeit! Diese Neutralität hat freilich Lücken, aus denen die Betroffenheit sickert. So erzählt ein junger Praktikant am Berliner Universitätsklinikum von seinem ersten direkten Erlebnis des Sterbens - einem technisch immunisierten Vorgang, der auf Monitoren verfolgt wurde. Anschließend wird die Leiche in ein Nebenzimmer gebracht; er hilft der koreanischen Krankenschwester bei den notwendigen Maßnahmen und Verrichtungen. Sie bittet ihn dazubleiben, weil sie *Angst* habe. Und als er endlich fragt, *wovor* sie denn Angst habe, antwortet die routinierte Schwester dem Neuling: ‚In meinem Land sind Tote nicht tot‘. Der wilde Tod hält seinen Einzug ins Disney-Land der medizinischen Technologie.

...die Initiative des Todes ist vom Sterbenden auf die Familie und schließlich auf die Profis der Klinik übergegangen. Im Spital finden keine Riten und Zeremonien mehr statt; der Tod ereignet sich vielmehr als technisches Geschehen, das mit dem ‚Abbruch der Betreuung‘ zusammenfällt. Ziegler spricht von der *Thanatokratie* der Ärzte, und Aries nennt die Mediziner ‚Herren und Meister über den Tod‘. Es wird nicht mehr öffentlich getrauert. ‚Das Recht, seine Erschütterung zu zeigen, hat man nur privat, d.h. im Verborgenen‘ (Aries). Und selbst die privaten Schmerzen und Trauerempfindungen werden in einen sinnlos-konventionellen und ästhetischen Rahmen gebannt, der alle Affekte verleugnen und verdrängen hilft. Die Trauer gerät zum ‚unschicklichen Gefühl‘; und das Sterben zur Pornographie (Mitscherlich). Der Tod ist ausgebürgert, die Toten sind ‚exkommuniziert‘ worden.

Mit den Toten sind auch die Grenzgänger verschwunden, mit dem Tod die Leichenmimesis. Aber die Tilgung der Schwellen, der Verlust des Grenzbewusstseins, richtet sich gegen uns selbst. Hans Peter Duerr, oder Jean Baudrillard, haben die Konsequenzen der Extermination des Fremden drastisch geschildert. Der ausgesperrte Wahnsinn verwandelt sich in die kollektive Paranoia; mit den Kliniken erhöhen sich auch die Krankheitsziffern, und die Krankheiten der Lebensorganisation nehmen zu: Krebs, neuerdings AIDS. Je weiter die Kinder und die Alten an die Peripherie gedrängt werden, desto kindischer und seniler wird die Gesellschaft im Zentrum. In blinden Aggressionen offenbart sich die unerlöste Trauer: Blut statt Tränen. Die ‚sexuell emanzipierte‘ Gesellschaft verkommt in den

Peep-Shows und in den Wartezimmern der Therapeuten. Die verlorene Fremdheit nistet sich mitten im Vertrauten ein, und die Heimat wird uns zum Unheimlichen...“

aus: Thomas H. Macho, Todesmetaphern, 1987

„Alles in allem war in der mittelalterlichen Gesellschaft das Leben kürzer, die Unkontrollierbarkeit der Gefahren größer, das Sterben oft schmerzhafter, die Schuldangst vor der Strafe nach dem Tode unverdeckter... Heute weiß man die Qualen des Sterbens in manchen Fällen zu lindern; Schuldängste werden in höherem Maße verdrängt. Aber die Mitbeteiligung anderer am Sterben des Einzelnen ist geringer.“

aus: Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, 198



Vom Leben und Sterben unserer Körperzellen

Unsere Körperzellen haben eine unterschiedlich lange Lebenszeit zur Verfügung. Nervenzellen haben etwa 80 Jahre Zeit, manche sogar noch etwas mehr, bevor sie aufhören, sich zu erneuern. Dafür erneuern sich andere ständig. Die sog. Stammzellen stellen für die kurzlebigen immer wieder Nachschub bereit. Wird der Nachschub eingestellt, dann können die Rentnerzellen noch Jahre weiterleben, aber sie erneuern sich halt nicht mehr.

Also: Wie viel Zeit haben unsere Körperzellen?

Lebenslänglich: die Augenzellen; die Zellen der Netzhaut werden überhaupt nicht erneuert. Deswegen sind sie eines Tages ziemlich abgenutzt.

15 Jahre: unsere Muskelzellen. Muskelzellen sind anders als die andern: sie teilen sich nicht, sondern verbinden sich zu Muskelfasern und bleiben so bestehen. Es gibt sog. Satellitenzellen, die die Fasern reparieren – und nachwachsen.

Den Tod überdauernd: unsere Schweißdrüsen.

Lebenslänglich: unsere Hörzellen. Sind sie im Ohr durch Lärm und Krach demoliert, ist es mit dem feinen natürlichen Gehör vorbei.

Acht Wochen leben unsere Riechzellen. Drei Millionen von ihnen warten in der Nasenhöhle auf die Ablösung, und die kommt – je nach Geruchsspezifikation – alle vier bis acht Wochen.

2 Tage bis 16 Jahre: unsere Darmzellen. Dünndarmzellen haben gerade einmal zwei Tage Lebenszeit, Dickdarmzellen zehn. Aber die Zellen im sog. Leerdarm werden ca. 16 Jahre alt.

Sieben Tage für Magenschleimhautzellen: Was der Magenschleimhaut so zugemutet wird – Säuren, Basen usw. - hält auch die stärkste Zelle nicht länger als sieben Tage aus.

Acht Tage: unsere Lunge. So unglaublich es klingt, aber innerhalb von 8 Tagen wird die Lungenoberfläche komplett erneuert. Die Lungenzellen gehören zu den empfindlichsten ihrer Art.

Drei bis vier Wochen: unsere Hautzellen. An den Lippen ist die Haut extrem dünn; dort halten die Zellen nur zwei Wochen durch.

120 Tage: unsere Blutzellen. In dieser Zeit haben sie in den Blutbahnen unseres Körpers rund 1600 Kilometer zurückgelegt und gehen danach zur Entsorgung in der Milz.

150 Tage: unsere Knochenzellen. Nach rund 10 Jahren haben wir ein völlig runderneuetes Skelett (im Alter geht's langsamer, immer langsamer).

Wir sterben in Etappen

Nachdem das Herz zu schlagen aufgehört hat, erhalten andere Organe ihre Funktion noch für einige Zeit aufrecht. Man kann sogar sagen: Sogar wenn keine Hirnströme mehr messbar sind, kann der Körper als Ganzes noch weiter funktionieren. Er kann seine Temperatur eigenständig kontrollieren, kann auf Reize, vor allem auf Schmerzreize, reagieren, kann Infektionen bekämpfen, kann Urinausscheidungen regulieren.

Was das Dogma der Hirntod-Bestimmung in letzter Zeit ins Gerede brachte: bei 2 von 30 hirntoten Organspendern zeigten sich bei der Organentnahme eindeutige Lebenszeichen – Stunden oder gar Tage nach der Ausstellung des Totenscheins. In manchen Ländern ist es inzwischen Pflicht, tote Organspender unter Vollnarkose zu operieren und/oder Muskelentspannungsmittel zu injizieren – was das Auftreten des Lazarus-Syndroms verhindern soll, das reflexartige Um-sich-Greifen der Hirntoten.

Aber weiter mit dem „normalen“ Sterbevorgang. Nachdem das Herz aufgehört hat zu schlagen, sind die Muskeln noch mehr als acht Stunden lang am Leben. Bleibt der Energienachschub aus, werden die Kraftreserven der Muskeln langsam aufgebraucht. Und ohne Sauerstoff können sie nicht wieder aufgefüllt werden. Es dauert durchschnittlich etwa 12 Stunden, bis die Muskeln unbeweglich werden: die sog. Totenstarre durch verhakte Muskelfasern ist nun voll eingetreten. Dieser Zustand der Totenstarre hält allerdings nicht lange an: nach etwa zwei Tagen löst sich die Starre wieder.

Magen und Darm arbeiten noch bis zu 24 Stunden nach dem Herzstillstand weiter. Langzeitüberlebende sind die Spermien, die noch mehrere Tage nach dem Tod des Körpers aktiv sein können.

Die sog. Telomere und ihre Bedeutung für das „normale“ Sterben

Karen Wright in Spektrum der Wissenschaft – Spezial 1/2003:

„...Der medizinische Laie ist geneigt, Altern mit altersbedingten Krankheiten - wie Krebs, Herzerkrankungen, Osteoporose, Rheuma und Alzheimer-Krankheit - gleichzusetzen, als ob Gesundheit bereits Unsterblichkeit bedeuten würde. Die Biologie jedoch zeigt, dass dies nicht so ist. Altern ist keine Krankheit.

Die Menschen in den Industrieländern haben heute eine mittlere Lebenserwartung von mehr als siebzig Jahren. Eine Eintagsfliege hingegen lebt, wie ihr Name sagt, nur rund einen Tag. Die Biologen beginnen erst langsam zu verstehen, warum den verschiedenen Tierarten so unterschiedliche Lebensspannen zugemessen sind. Anders ausgedrückt: Unsere Tage sind gezählt, doch wer zählt sie?

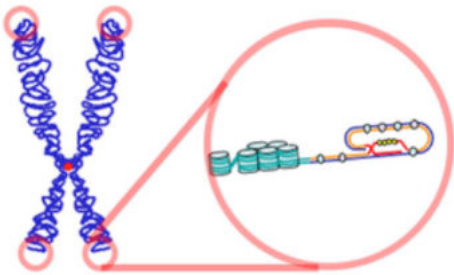
Die üblichen Verdächtigen — Gene, Stoffwechselrate, Körpergröße — werden mehr und mehr in Zweifel gezogen. Die natürliche Lebensspanne kann nicht einzig und allein durch das Erbgut einer Art bestimmt sein, denn Bienenarbeiterinnen zum Beispiel sterben bereits nach einigen Monaten, während ihre Königin mehrere Jahre alt wird. Trotzdem sind genetische Faktoren zweifellos wichtig, denn **die Mutation eines einzelnen Gens kann die Lebensspanne von Mäusen bis um die Hälfte verlängern**. Die Stoffwechselrate allein gibt auch nicht den Ausschlag. Eine hohe Rate kann zwar das Leben verkürzen, andererseits leben viele Vogelarten mit ihrem hohen Energieumsatz länger als Säugetiere vergleichbarer Größe. Umgekehrt sind große Tiere mit langsamem Stoffwechsel nicht unbedingt langlebiger als kleine. Die Lebenserwartung eines Papageien zum Beispiel entspricht etwa der eines Menschen, und bei Hunden haben kleinere Rassen in der Regel die besseren Chancen, alt zu werden.

Auf der Suche nach den Faktoren, die unsere Lebenszeit begrenzen, haben Wissenschaftler bisher gewöhnlich nicht den Organismus als Ganzes, sondern seine einzelnen Zellen betrachtet. Was dem Konzept einer Lebensuhr bisher am nächsten kommt, ist das so genannte mitotische Zählwerk. Dieses registriert jede Kernteilung (Mitose), die einer Zellteilung vorausgeht, und arbeitet im Grunde wie eine Sanduhr, bei der jedes Körnchen einer Teilung entspricht. Genau wie die Zahl der Sandkörnchen darin endlich ist, scheint auch die Vermehrungsfähigkeit normaler menschlicher Körperzellen begrenzt zu sein. In Kultur teilen sie sich maximal sechzig- bis hundertmal und »hören dann ganz einfach damit auf«, erklärt

John Sedivy von der Brown-Universität in Providence (Rhode Island). »Sie atmen, verbrauchen Nährstoffe und bewegen sich, aber sie teilen sich kein einziges Mal mehr.«

In Kultur erreichen menschliche Zellen freilich dieses Greisenstadium bereits nach wenigen Monaten. Glücklicherweise teilen sich die meisten Zellarten in unserem Körper viel langsamer als außerhalb. Doch letztlich, nach etwa siebzig oder mehr Jahren, kommt es vor, dass sie doch den Dienst quittieren. »Was Zellen zählen, sind nicht Stunden und Tage, sondern Teilungen«, konstatiert Sedivy, »deren Zahl ist entscheidend.«

Ihm war es 1997 durch eine Genmutation gelungen, aus menschlichen Bindegewebszellen zwanzig bis dreißig Zyklen mehr herauszuquetschen. Das betroffene Gen trägt die Bauanweisung für ein Protein mit dem Kürzel p21. Der Eiweißstoff spricht an, wenn die »Schutzkappen« an den Enden der Chromosomen »schmelzen«. Diese Kappen - die so genannten Telomere - bestehen aus dem gleichen Material wie Gene, also aus der Erbsubstanz DNA, enthalten aber nur eine Art Stottertext aus abertausend Wiederholungen einer Abfolge von sechs



DNA-Bausteinen (Basenpaaren). **Mit jeder Teilungsrunde geht am Ende aller Chromosomen ein Stück davon verloren.** Chromosomen frühembryonaler Zellen haben Telomere von 18 000 bis 20 000 Basenpaaren Länge. Wenn die gealterte Zelle jegliche Teilung einstellt, sind davon nur noch 6000 bis 8000 Basenpaare übrig.

Vermutlich stellen die Zellen ihre Teilung für immer ein, wenn die Länge ihrer Telomere eine kritische Grenze unterschreitet.“

Der plötzliche Kindstod

Der plötzliche Kindstod (SID = Sudden Infant Death) ist in Deutschland die bei weitem häufigste Todesursache im ersten Lebensjahr, genauer: zwischen dem 8. und dem 365. Lebenstag eines Kindes.

Zum Vergleich: im Jahr 2001 starben in Deutschland 280 Kinder unter 15 Jahren an Krebs, 216 bei Verkehrsunfällen – und 429 am plötzlichen Kindstod. Damit hat Deutschland im internationalen Vergleich eine der höchsten Sterberaten; eine Ausnahme bildet im nationalen und internationalen Vergleich lediglich der Freistaat Sachsen: er hat nach den Niederlanden die zweitniedrigste SID-Rate der Welt. Ein Kind, das in Sachsen geboren wird, hat – je nach sächsischem Regierungsbezirk – ein zwischen 50% und 90% verringertes SID-Risiko. Sachsen ist das einzige Bundesland mit einer systematischen Eltern-Aufklärungskampagne mit allgemeiner und direkter Ansprache (d.h., mit Faltblättern und Plakaten in Arztpraxen, aber auch persönlich adressierten Briefen und direkten Anrufen).

SID ist ein komplexes Phänomen, dessen Elemente in ihrem Zusammenwirken noch nicht vollständig geklärt sind, aber einige der nachhaltigsten Risikofaktoren gelten als gesichert:

- Säuglinge, die auf dem Bauch schlafen, haben ein neunfach höheres SID-Risiko. Nach gegenwärtigem Wissensstand hängt dies damit zusammen, dass der lebenserhaltende sog. Hustenreflex in Bauchlage erheblich verringert wird. Säuglinge schlafen am sichersten in Rückenlage.

- Rauchte eine Mutter während der Schwangerschaft, hat ein Säugling ein achtfaches SID-Risiko. Zur Zeit rauchen lt. ärztlicher Statistik ca. 25% aller Schwangeren; dabei nimmt der Anteil der Starkrauchenden ständig zu.

- Rauchen beide Elternteile, steigt der Risikofaktor auf 8,4.

- Der höchste Risikofaktor (einundzwanzigfach erhöhtes Risiko) ist die Ausstattung des Kinderbettchens mit Kopfkissen, „Nestchen“, Kuscheltieren, mobilen Bettdecken, Fellen u.ä. Mit 2-3 Lebensmonaten greifen Säuglinge nach allem, um es sich über den Kopf zu ziehen. Am sichersten schlafen Kinder im sog. Schlafsack, auf fester Matratze und in ansonsten leerem Bettchen.

- Das Co-Sleeping, das Mit-Schlafenlassen des Kindes im Bett der Mutter oder der Eltern, enthält den Risikofaktor 3. Am sichersten schläft der Säugling im eigenen Bettchen im Elternzimmer; es gibt eine positive akustische Rückkoppelung, die stabilisierend wirkt.

▸ Ein gesicherter, aber schwer bestimmbarer, weil individuell unterschiedlicher Risikofaktor ist auch die Raumtemperatur, in der ein Säugling schläft. Als besonders riskant gilt Überwärmung. Am sichersten schlafen Kinder bei Temperaturen zwischen 16 und 18 Grad.

Der suizidale Tod

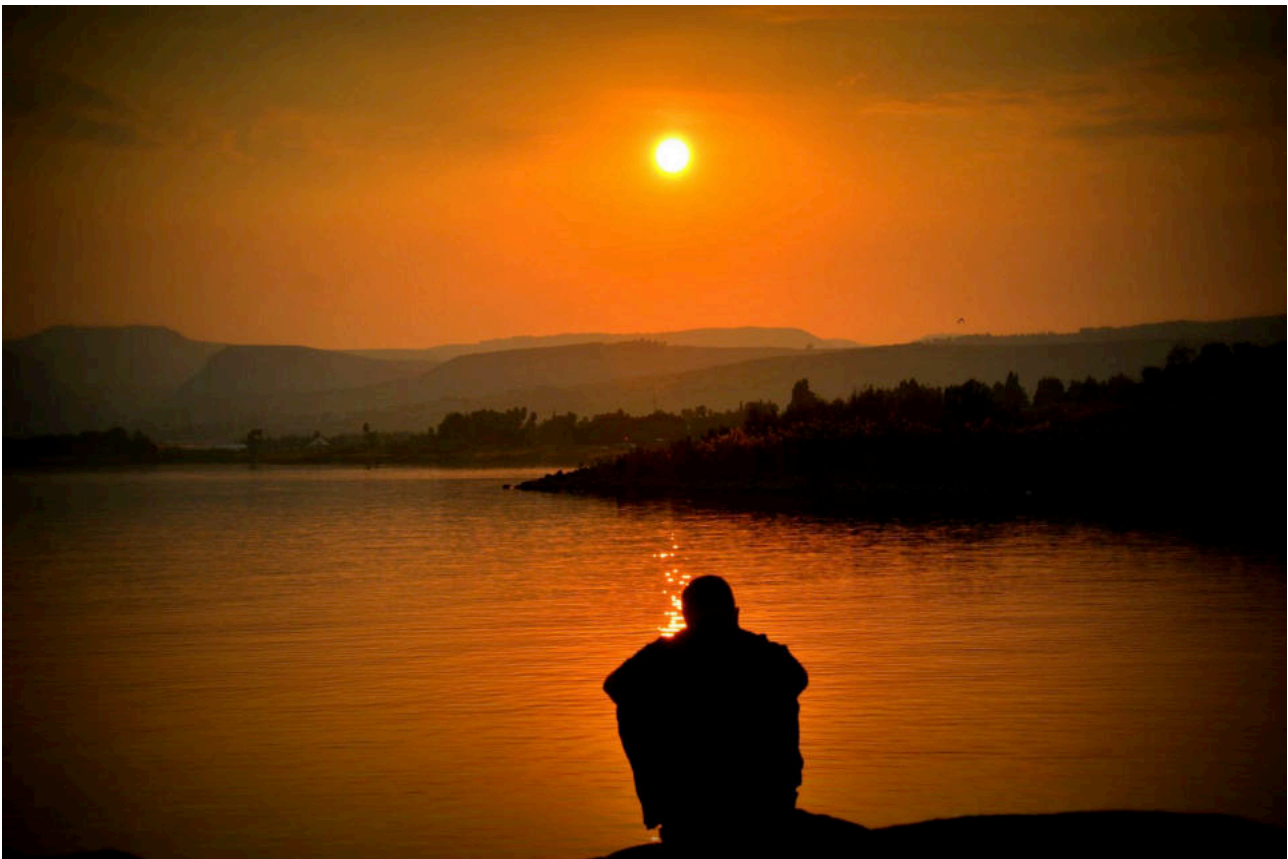
„Suizid und Suizidversuch meinen die vorsätzliche, bewusste und absichtliche, zielgerichtete Handlung eines Menschen bzw. die Unterlassung einer lebensrettenden Handlung mit der Bewussten Absicht der Selbsttötung bzw. der Inkaufnahme des Versterbens“ (Wolfersdorf, zit. N. Erlemeier). Nach Wolfersdorf ist Suizidalität keine Krankheit, sondern ein menschliches Potential, eine dem Menschen innewohnende Tendenz zur Selbstvernichtung, „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben“ (aaO 18).

Bei gewissen statistischen Schwankungen (Suizidrate Deutschland 1992: 15,6 pro 100.000 Einwohner; 2013: 12,5) gibt es auch Konstanten: Die Suizid**versuchs**rate liegt bei Frauen durchgängig erheblich höher als bei Männern (Relation Suizid / Suizidversuch bei Männern 1 : 5, bei Frauen 1 : 15) und zeigt mit dem Alter insgesamt abnehmende Tendenz. Bei den vollendeten Suiziden ist die Situation völlig anders: Mit dem Alter steigen die Suizidraten, ab dem 70. Lebensjahr steigen sie überproportional (z.B. bei Männern zwischen 80 und 90 ist die Suizidrate fast 5x so hoch wie bei Männern zwischen 30 und 40); der Männeranteil steigt überhaupt überproportional (bei den hochbetagten über 90-jährigen ist die männliche Suizidrate 6x höher als die weibliche, bei unter 90-jährigen 5x höher). Diese Gegebenheiten werden unter anderem zurückgeführt auf geschlechtsspezifische „Vorlieben“ für bestimmte Suizidmethoden (Männer neigen zu „harten“ Methoden wie Erhängen, Erschießen u.ä., Frauen zu „weichen“ wie Vergiften – bei den „harten“ Vorgehensweisen kommt es wohl seltener zu Fehlversuchen). Der Appellcharakter, den man den Suizidversuchen und Suiziden jüngerer Menschen nachsagt, tritt bei Älteren zurück: hier zeigt sich eher Inappetenz, der Appetit auf Leben ist erloschen: „Es ist genug“ ist der Tenor.

Sowohl bei der um Verstehen bemühten sachlichen Beschreibung des Phänomens als auch bei der statistischen Erfassung bleiben Hohlräume. Es gibt z.B. „larvierte“, verdeckte Suizide, eher indirekte Verhaltensweisen, aus denen man

mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit eine Suizidabsicht ableiten kann: z.B. bestimmte Formen der Selbstvernachlässigung, des „Leichtsinn“, etwa beim Verstoßen gegen medizinische Verordnungen. In Alten- und Pflegeheimen, aber auch in Krankenhäusern, wird der larvierte Suizidversuch häufig beobachtet; dort wird der offene Suizid freilich fast immer durch das Pflegepersonal verhindert – zumal die älteren oder schwerkranken Menschen oft physisch nicht in der Lage sind, eine aktivere Suizidversuchsform zu wählen.

Auch die Übergänge zum Phänomen des sog. sozialen Todes, das die Ohnmachtsproblematik berührt, sind im Alter fließend. Das alte gerontologische Diktum, wonach die Selbsterhaltung im selben Maße unwichtiger wird, in dem die Selbstentfaltung eingeschränkt wird, ist zu bedenken.



Verstehensversuche

Es gibt nicht die Suizidursache, nicht das Erklärungsmodell für dieses autodestruktive Verhalten. Aber der – sicher richtige – Hinweis auf „multifaktorielle Bedingtheit“ (Erlemeier) kann auch nicht befriedigen. Einige Schneisen lassen sich in den Dschungel aus Rat- und Hilflosigkeit, aus Symptomlesen und Mutmaßungen schlagen. In den siebziger Jahren des 20. Jhs. entstand z.B. Böckers Konfliktsituationen-Theorie, wonach klassifizierbare Konfliktsituationen suizidfördernd wirken – bei wiederum zu registrierenden geschlechtsspezifischen Präferenzen (im folgenden durch M/F gekennzeichnet):

- **Zwischenmenschliche Konfliktsituationen:** Auseinandersetzung mit Kindern (M: 18% F: 33%) oder mit dem Partner (M: 16% F: 13%).
- **Soziale Konfliktsituationen:** Ruhestandsversetzung, Wohnungswechsel; finanzielle Notlage u.ä. (M: 25% F: 11%).
- **Vereinsamung und Isolation** (M: 20% F: 22%).
- **Reaktion auf körperliche Beeinträchtigungen:** Panik bei akuter körperlicher Erkrankung, Resignation bei chronischen Leiden (M: 17% F: 19%).

Da nicht alle Menschen suizidal auf diese Krisensituationen reagieren, wird auf eine individuelle „psychische Struktur“ rückgeschlossen, die die Anpassung an neue Lebensumstände u.ä. erleichtert oder erschwert. Diese Struktur kann z.B. durch aufgenötigte Einschränkungen, durch abnehmende soziale Kontakte, unterschiedlich mögliche Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls u.a. geschwächt werden – was die Suizidzunahme im höheren Lebensalter erklären würde.

▸ Die **Kränkung des Selbstwertgefühls** steht im Zentrum eines tiefenpsychologischen Erklärungs-Modells, das den Suizid als „narzisstische Katastrophe“ (Henseler, zit. N. Erlemeier) deutet. Demnach wären die Gefährdung der Geschlechtsidentität, des Ich-Ideals, der Verlust von Macht und Einfluss u.ä. Suizid-Risikofaktoren, besonders für Männer.

▸ Sozialpsychologische Sichtweisen heben eine **ambivalente Intention suizidaler Handlungen** hervor, eine appellative und eine evasive (todesbezogene), eine kommunikative. Der kommunikativen Intention liegt die subjektive Bewertung des ganzen Lebens oder herausragender Lebensereignisse zugrunde (so Wiendieck nach Erlemeier).

▸ Nicht das belastende Ereignis an sich ist im stresstheoretischen Konzept ausschlaggebend für eine suizidale Handlung; entscheidend sei vielmehr, so die

Vertreter dieser Position (Launier, DeLongis u.a.), **wie ein Individuum seine Bewältigungskompetenz einschätzt**, der „subjektive Referenzrahmen“ (Erlemeier).

Martina Hirzel-Wille zeichnet einen **Prozess dynamischer Einschnürungen** nach, sich entwickelnder Einengungen:

- von situativ einengenden äußeren Faktoren, z.B. ungünstigen sozialen Verhältnissen,
- über dynamisch einengende Wahrnehmungen der Wirklichkeit, z.B. Desinteresse an der Welt,
- die Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen, z.B. durch Berufsausstieg, Abbruch von Kontakten, Tod von Angehörigen und Freunden,
- bis zur Einengung der Wertewelt, zum Verlust von Lebenssinn.

Phasenmodelle des suizidalen Prozesses sind vor allem für die Suizidprophylaxe von Bedeutung, weil das Erkennen des jeweiligen Status gegebenenfalls spezifische Interventionsmöglichkeiten eröffnet. Feuerlein (zit. N. Erlemeier) unterscheidet drei von verschiedenen Handlungsintentionen gekennzeichnete Phasen:

- die sog. parasuizidale Pause; hier dominiert die Sehnsucht nach Ruhe und Vergessenkönnen; die Phase gilt als „Zäsur“, wenngleich der tödliche Ausgang noch kein tragendes Motiv ist;
- die sog. parasuizidale Geste: häufig die letzten Versuche eines Appells an die Umwelt,
- die sog. parasuizidale Handlung: die Arrangements zielen hier schon eindeutig auf den tödlichen Ausgang.

Viele Thanatologen glauben an drei Phasen:

1. Erwägung
2. Ambivalenz
3. Entschluss

Suizidverhütung

Suizidverklärende Anschauungen sind uralt und hochaktuell: der „Freitod“ als letzter Freiheitsakt des Menschen, als Ausdruck einer finalen Selbstbestimmung. Diese Auffassung begegnet in philosophischer Gestalt (z.B. bei Jean Améry) oder als neuzeitlich organisierte Dienstleistung (z.B. Dt. Gesellschaft für humanes Sterben, der – in der Sprache des SPIEGELS – das Zyankali locker sitzt). Ob es einen „freien Willen“ überhaupt gibt, darüber haben nicht nur etwa Luther und Erasmus gestritten, sondern darüber diskutieren aktuell die Vertreter verschiedener neurowissenschaftlicher Positionen. **Ob der Suizid ein Akt letzter Freiheit oder letzter Unfreiheit, ob er Ausdruck menschlicher Grenzüberschreitung oder Eingeschränktheit ist, ist rational nicht zu klären.**

Auch rechtsphilosophisch ist die Sache verzwickelt. Sterbehilfevereine dürfen neuerdings in Deutschland tätig werden: bei Sterbenskranken. Den Suizid belässt das Recht „im gesetzesfreien Raum und verpflichtet niemanden, in diese Handlung einzugreifen“ (Pohlmeier). Unterlassene Hilfeleistung kann bestraft werden, aber offenbar nur, wenn jemand gerettet werden wollte. Wenn die Theorie von der parasuizidalen Geste (s.o.) stimmt, dann wollten einige Suizidanten zumindest in bestimmten Stadien eigentlich gerettet werden. Wenn ich also interveniere: werde ich dann dem Anliegen eines potentiellen Suizidanten gerecht – oder verletze ich sein „gutes Recht“ auf Selbsttötung? Das ganze Feld rechtsphilosophischer Argumentation ist gespickt mit Aporien.

Es gibt auch keine Patentrezepte zur Suizidverhütung. Generell wird es darum gehen, einem Menschen eine Zukunftsperspektive eröffnen zu können, ihm „ein sinnvolleres und für seine Persönlichkeit auch akzeptables Leben anbieten“ (Wellhöfer) zu können, ggf. einen „Antisuizid-Pakt“ (Wedler, zit. N. Erlemeier) mit ihm zu schließen, eine Art Stillhalte-Abkommen, das den neuerlichen Weiterleben-Versuch zeitweilig mit bestimmten Bedingungen und experimentellen Situationen und neuen Erfahrungen verknüpft.

Als gesichertes Wissen der Suizidprophylaxe gilt: Jede suizidinduzierte Rede oder Handlung ist ernstzunehmen. Je früher interventionistisch gehandelt wird, desto besser. Sobald bei einem Menschen Suizidalität begründet vermutet wird, sollte sie ihm gegenüber angesprochen werden. Der suizidgefährdete Mensch sollte zu therapeutischen Maßnahmen gedrängt werden, verstehend-abwartendes Verhalten endet meist tödlich.

Praxisbeispiel

Gespräch mit einem potentiellen Selbstmörder

[idealtypisch bei: Schramm, J. & Seidlitz, H. (2001). *Person droht zu springen ... Talk-down*. In Müller-Lange, J. (Hrsg.): Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht, Wien: Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey]

Erkennbarkeit als Helfer

Notfallseelsorger mit Jacke, Dienstausweis - Feuerwehrmann mit Uniform (Feuerwehr wird mit „Hilfe“ assoziiert) - Polizist möglichst in zivil (Polizeiuniform kann negative Assoziationen auslösen)

Hilfsmittel

Funkgerät für Kontakt mit der Einsatzleitung (nur in Absprache mit dem Suizidalen verwenden) - Ein Megaphon ist nur in wenigen Ausnahmefällen sinnvoll (Übertragungsprobleme, kein vertrauliches Gespräch möglich) – Feuerzeug, Zigaretten

Kontaktaufnahme

Vorsichtig nähern - Mit Namen und Funktion vorstellen; ermöglicht Klarheit und Sicherheit - Eigene Motivation und Befindlichkeit mitteilen. „Ich bin zu Ihnen gerufen worden. Man hat mir gesagt, sie befänden sich in einer verzweifelten Lage...“

- Anrede klären

„Wie darf ich Sie ansprechen? Ich würde Sie gerne mit einem Namen ansprechen...“

Verwendung von „Ich“ statt „Wir“

- Nähe und Distanz - Balance

Respekt vor dem Suizidwunsch (Suizid als eine Möglichkeit respektieren, auch wenn wir sie nicht immer verstehen) - Nähe und Distanz absprechen - Grenze auf keinen Fall überschreiten ohne zu fragen, keine Überrumpelungstaktik!

- „Ist es Ihnen recht, wenn ich noch etwas näher komme, damit ich Sie besser verstehen kann. Die anderen müssen unser Gespräch ja nicht mithören...“
- Wenn sie sich wirklich etwas antun wollen, kann ich Sie nicht daran hindern
- ...Vielleicht ist es Ihnen im Moment unangenehm, dass ich zu Ihnen komme
- ... Ich werde Ihnen nicht zu nahe kommen...“

Beziehung herstellen

- Vertrauen aufbauen
- Versuch, die Lebenswelt des Suizidgefährdeten zu erfassen

Versuchen, sein Weltbild, seine Probleme und seine Lösungsversuche zu verstehen und gelten zu lassen - Respekt auch vor dem Suizidwunsch und dem oft nur subjektiv verständlichen Suizidanlass: „Ich kann mir schon vorstellen, dass man manchmal keine anderer Möglichkeit mehr sieht, als sich das Leben zu nehmen, um endlich Ruhe zu haben. Wie ist es bei Ihnen dazu gekommen?“

- Aufbau einer Ja-Haltung (Äußerungen, die den anderen so erreichen, dass er mit einem Ja antworten und sich verstanden fühlen kann) : „Sie müssen in einer verzweifelten Lage sein...“ - „Keiner darf Ihnen jetzt zu nahe kommen. Ich glaube, das ist ganz wichtig für Sie.“ - „Ich denke, Sie möchten über sich selbst bestimmen.“ - „Ihnen ist sicherlich schon ganz kalt, so lange wie Sie schon hier oben sind...“
- Einführendes Verstehen, Respekt

Kein Ausfragen, keine Ratschläge - Nicht „zwischen den Zeilen“ lesen, stattdessen vom sichtbaren Verhalten ausgehen. Eigene Vermutungen dazu äußern und überprüfen: „Die Kündigung muss für Sie ein großer Schlag gewesen sein...“ - „Es scheint Ihnen erstmal wichtig, auf dem Fenstersims zu bleiben...“

- Positive Umdeutungen und Umetikettierungen, z.B. bei Drohgebärden
„Tut mir leid, ich habe wohl übersehen, wie wichtig es Ihnen ist, dass Ihnen keiner zu nahe kommt. Das haben Sie vielleicht schon öfter erlebt, dass man auf Sie keine Rücksicht genommen hat.“ Bei Schweigen: „Vielleicht wollen Sie lieber erstmal nichts sagen und nur zuhören.“ Bei unsicherem Zögern: „Ihnen scheint es wichtig, dass Sie sich Ihre Entscheidung genau überlegen...“
- Authentisches Verhalten, dabei Bitten und Besorgnisse einfach und direkt äußern
 - „Mir wäre wohler, wenn Sie etwas mehr vom Fenster zurücktreten würden...“
 - „Können Sie lauter sprechen, ich traue mich nicht, höher zu klettern, ich habe Angst runterzufallen.“
 - „Bitte wiederholen Sie noch einmal, was Sie gesagt haben.“
 - „Bitte legen Sie die Waffe jetzt weg!“
- Ressourcen betonen (jedoch nicht unbedacht loben! Das Lob muss sich mit dem negativen Selbstbild vertragen.)
 - „Dazu gehört aber Mut, jetzt alles auf eine Karte zu setzen!“
 - „Wie haben Sie es geschafft, das so lange auszuhalten?“

Einengung erweitern

Auswirkungen des Suizidwunsches klären - Mit Hilfe von hypothetischen, zukunftsorientierten Fragen:

- „Was erhoffen Sie sich von Ihrem Tod?“
- „Wer würde Sie am meisten vermissen?“
- „Wer wäre vielleicht sogar froh, wenn Sie nicht mehr am Leben wären?“
- „Was brauchten Sie, um am Leben bleiben zu können?“

Ambivalenz ansprechen und aushalten: „Einerseits sehen Sie, dass es so nicht mehr weitergehen kann, andererseits sehen Sie noch keinen anderen Weg, als sich das Leben zu nehmen.“

- Umdeutungen des Suizidwunsches anbieten (d.h. den Suizidwunsch als Suche nach anderen Lebensmöglichkeiten umdeuten): „ Sie suchen dringend nach einem Ausweg.“ - „Man soll Sie endlich einmal ernst nehmen.“
- Einladen, sich Zeit zu nehmen, den Suizidwunsch gründlich zu überdenken: „So ein Gespräch würde ich lieber in Ruhe und in einem geschützten Raum führen, als hier vor allen Leuten.“ - „Ich finde, Sie sollten das noch mal überdenken, ob Sie mit dem Leben Schluss machen wollen – vielleicht haben Sie in Ihrer Verzweiflung nicht alles bedacht.“
- Beziehungspersonen einbeziehen

Nur nach Abklärung der Erwartungen und sorgfältigem Abwägen (mögliche einseitige Reaktionen sind nicht vorhersagbar und kontrollierbar). Besser die Beziehungspersonen indirekt einbeziehen: „Was erhoffen Sie sich, wenn Ihre Frau kommt?“ - „Wie wird Sie vermutlich reagieren?“ - „Wäre das für Sie hilfreich?“ - „Was könnte sie im schlimmsten Fall sagen?“ - „Was passiert, wenn sie nicht kommt?“

Im Hier und Jetzt und zukunftsbezogen das Gespräch führen (z.B.: „Was bedeutet das jetzt für Sie, dass man Ihnen den Führerschein entzogen hat?“)

Konkrete, erreichbare Ziele finden und formulieren („Wir können jetzt nicht das ganze Problem lösen. Zuerst sollten wir eine Möglichkeit finden, wo Sie zur Ruhe kommen können. Ich schlage vor, dass Sie erst einmal in eine Klinik gehen, um Abstand zu bekommen.“)

Aufgabephase und Vorbereitung der unmittelbaren Zukunft

- Hilfsangebote machen: „Ich kann Ihnen nicht garantieren, dass man Sie jetzt nach Hause lässt. Wenn Sie wollen, werde ich Sie in die Klinik begleiten.“
- „Illusion der Alternativen“ anbieten (Reduzieren der Handlungsmöglichkeiten auf einfache Alternativen) „Darf ich auf Sie zukommen oder soll ich hier erst einmal warten?“ - „Wollen Sie lieber erst einmal ein Beruhigungsmittel oder gleich in die Klinik?“
- Perspektiven aufzeigen und Hemmungen berücksichtigen: „Ich kann mir vorstellen, dass Sie nicht gerne in die Klinik gehen. Viele Menschen glauben, man sei verrückt, wenn man in die Klinik geht. Die können nicht verstehen, dass man manchmal Abstand zum Alltag braucht, um wieder besser klarzukommen.“
- Gesichtsverlust des Suizidgefährdeten vermeiden, stattdessen sein Verhalten würdigen und positives Selbstbild stärken: „Sie haben jetzt allen deutlich gezeigt, dass es so nicht weitergeht, dass Sie bereit sind, über die Dinge zu sprechen, obwohl das nicht einfach für Sie ist!“

Evtl. Feuerwehr-Uniform anbieten als Schutz vor der Presse

- Nachkontakt: Auf weitere konkrete Hilfsangebote hinweisen bzw. ein begrenztes Kontaktangebot machen. Dabei für sich klären, ob ein Nachkontakt möglich und sinnvoll ist – sinnvoll für den Betroffenen, die Angehörigen, den Retter – und welches Ziel mit dem Nachkontakt verfolgt werden soll.

Person springt...

- Nicht nachschauen, evtl. Ohren zuhalten, Person nicht ansehen
- Eigene Nachsorge erwägen (kollegiale, fachliche Unterstützung, Begleitung annehmen).

Bernd Fertig empfiehlt in seinem *Einsatzführer Rettungsdienst*:

„Auf die ersten Worte kommt es an! Es kommt darauf an, einen Gesprächseinstieg zu finden, der die Person aufschließt und das Interesse weckt, sich Ihnen zuzuwenden.“ Neben den üblichen Gesprächseinstiegen („**Wie kann ich Ihnen helfen?**“ u.ä.), empfiehlt er – bei entsprechender Begabung des Helfers - , durchaus „originell und humorvoll aufzutreten“ (Beispiel: „**Hallo, ich bin der XY. Ich bitte Sie um Verständnis, dass ich nicht so weit an die Geländerbrüstung kommen kann – aber ich bin nicht schwindelfrei. Ich finde es schon mutig, wie Sie da sitzen. Mir wird schon schwindelig, wenn ich Sie so sitzen sehe. Möchten Sie mir erzählen, was Sie bewegt hat, hier heraufzusteigen?**“).

Das ist nicht der einzige etwas ungewöhnliche Einfall des Verfassers. „Stellen Sie klar, dass Sie weder Polizist noch Arzt oder Psychiater sind. Es ist auch wenig hilfreich, wenn Sie darauf hinweisen, dass Sie der Kreisgeschäftsführer des DRK sind. Sie sind ein freiwilliger Helfer, der bereit ist, sich bedrängter Menschen anzunehmen... Legen Sie sich ein Motiv für diese Bereitschaft zu helfen zurecht, das dem Suizidanten glaubhaft erscheint. Erzählen Sie z.B. eine Geschichte: ‚Ich hatte einmal eine Freundin, die sich das Leben genommen hat. Das hat mich sehr mitgenommen. Ich hatte immer das Gefühl, ich hätte ihr helfen können, wenn ich etwas davon geahnt hätte, wie schlecht sie sich gefühlt hat.‘“ Der Verfasser ist der Meinung, dass derlei den Suizidanten ermuntern könnte, von sich zu erzählen – und: „Wer spricht, springt nicht.“



Besonders belastend für Helfer: Kindersuizid und Kindsmord



„Laut Polizeistatistik werden in Deutschland derzeit jährlich 3600 bis 4000 Minderjährige, oft sehr kleine Kinder, krankenhausaufnehmbar geschlagen. Auf einen Fall, der bei der Polizei angezeigt wird, kommen, je nach Schätzung unterschiedlicher Institutionen im Kinderschutz, 50 bis 400 ähnlich schwere Fälle von

Misshandlung, die nicht angezeigt werden. Im Schnitt werden pro Jahr 60000 Kinder nach einem Unfall in Kliniken eingeliefert. Oft fehlt Ärzten das Wissen, um Symptome von Misshandlungen klar zu erkennen. **Deutschlands offizielle Statistik weist 160 getötete Kinder pro Jahr auf, die Dunkelziffer liegt bei mindestens 320 bis 350 getöteten und etwa 200000 misshandelten Kindern pro Jahr.** Bundesweit wurden 2012 rund 40000 Kinder vom Jugendamt in Obhut genommen, so viele wie nie zuvor. Geschätzte 60 Prozent der schweren Misshandlungsfälle – vermutlich viel mehr – landen nie vor Gericht. 2013 gaben 22,3 Prozent der Kinder in Deutschland in einer Gewaltstudie an, dass sie von Erwachsenen physische Gewalt erfahren“ (Caroline Fetscher, 2014).

Kindersuizid

Fast täglich stirbt in Deutschland ein Kind oder ein/e Jugendliche/r durch Suizid. Als die drei häufigsten suizidauslösenden Faktoren bei Kindern und Jugendlichen gelten Freundschaftskonflikte, familiäre Auseinandersetzungen und Schulprobleme (H.Bründel).

Nach neueren Studien

(<http://pflege.klinikumgrosshadern.de/campus/soziolog/suizid/suizid.html>)

- wollen sich Mädchen etwa dreimal so häufig wie Jungen das Leben nehmen;
- führen bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als bei Mädchen;
- sind Selbsttötungen von Kindern und Jugendlichen in Großstädten doppelt so häufig wie in ländlichen Regionen (am häufigsten in Berlin und Frankfurt/M.);
- liegen in ländlichen Regionen, die als ländliche Drogenhochburgen gelten, die Suizidzahlen 50% über dem Durchschnitt;

- sind Suizidversuche unter Schülern weitaus häufiger als bei Jugendlichen, die sich bereits in Berufsausbildung befinden;
- spielen soziale Faktoren (z.B. Armutsstatus) keine definierte Rolle;
- kündigen 8 von 10 Suizidanten ihren Suizid an;
- versuchen ca. 85% derjenigen, die einen Suizidversuch überlebt haben, es ein weiteres Mal.

Kindsmord

„Im Leben der Kinder gibt es genau zwei Menschen, die für ihre leibliche und seelische Gesundheit potenziell um ein Vielfaches gefährlicher sind als der gesamte Rest der Menschheit: ihre Väter und Mütter beziehungsweise deren jeweilige Lebensgefährten.“ So schreibt Michael Tsokos, Autor des Buches: „Deutschland misshandelt seine Kinder“: jede Woche sterben in Deutschland 3 Kinder durch Gewalt und werden 70 schwer misshandelt.

Gründe - z.B. um Missbrauch zu vertuschen.

„Das Kind ist bereits ein sexuelles Wesen. Diese kindliche Sexualität kann missbraucht werden. Die Oralität des Säuglings, die Analität des 2- bis 3-Jährigen, vor allem die Genitalität des 3- bis 6-Jährigen und die Rollenfindung des Mädchens als Mädchen und die Rollenfindung des Jungen als Junge werden von Erwachsenen missbraucht.

Allerdings zeigt die Forschung, dass der *Schwerpunkt des Missbrauchs* erst am Ende der Kindheit liegt, bei Jungen im Alter von 11,2 Jahren und bei Mädchen im Alter von 10,2 Jahren (Burger und Reiter). Das bedeutet natürlich nicht, dass nicht schon in kindlichem Alter sexueller Missbrauch vorkommt. Dieser ist umso schlimmer, weil das Kind gänzlich auf die Für-Sorge und das Um-Sorgtsein angewiesen und beim Missbrauch völlig hilflos dem Erwachsenen ausgeliefert ist (Trube-Becker). Das Ausmaß des sexuellen Kindermisbrauchs ist epidemiologisch schwer feststellbar. Alle Untersuchungen erbrachten sexuelle Missbrauchserfahrungen von mindestens 7 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer. Die Höchstschätzungen lagen bei 36 Prozent bei Frauen und 29 Prozent bei Männern (Finkelhor). Die hohe Abweichrate ergibt sich aus der Art der Definition, der Fragestellung und der gewählten Methode.

Es ist auch möglich, zwischen sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt zu unterscheiden. Während Frauen und Homophile beim Kindesmissbrauch in der

Regel keine Gewalt anwenden, geschieht dies bei Männern häufiger (Trube-Becker). Die Täter sind vorwiegend männlich, obgleich auch Frauen zunehmend als Täterinnen in Frage kommen. Die Missbrauchstäter rekrutieren sich folgendermaßen (Burger und Reiter): Zu 36,1 Prozent waren es leibliche Väter, 29,5 Prozent waren Stief-, Pflege- und Adoptivväter oder Partner der Mutter, 12,4 Prozent waren Stiefbruder, Bruder, Großvater oder Onkel, 12,6 Prozent kamen aus dem sozialen Nahbereich, wie Freunde der Familie, Nachbarn, Babysitter, 1,7 Prozent waren Lehrer, Erzieher, Heimerzieher und Ähnliches, 1,8 Prozent waren entfernte Bekannte und 5,6 Prozent waren Fremde und Unbekannte.

Auch die weiblichen Täterinnen gegenüber Mädchen und Jungen sind weitgehend die biologischen Mütter (63,7 % bei Mädchen und 82,3 % bei Jungen). Kindesmissbrauch und sexuelle Gewalt gegen Kinder findet also fast ausschließlich auf der Mikroebene der Gesellschaft statt, das heißt in der Familie und Verwandtschaft.“ (Winfried Noack, Familien kennen und beraten, 2020))

Kindstötung während eines Rauschzustands o.ä.

In Deutschland leben ca. 2,65 Millionen Kinder von alkoholmissbrauchenden oder –abhängigen Eltern und ca. 30.000 – 40.000 Kinder drogenabhängiger Mütter – womit etwa jedes 5./6. Kind in einer suchtblasteten Familie aufwächst.

Vererbte Gewalt

Einer der wenigen gesicherten Faktoren: brutale Erziehungsformen und extrem mangelhafte Zuwendung werden häufig „vererbt“, werden über Generationen weitergegeben.

Überforderung, Minderbelastbarkeit

Es gibt Zusammenhänge zwischen allgemein wachsender Gewaltbereitschaft und Verrohung (vor allem auch in sozialen Bezügen, z.B. zwischen den Geschlechtern; vgl. die Zunahme der Zahl von Vergewaltigungen auf zwischen 70 – 140.000) und Minderbelastbarkeit, speziell auch in Form von Autoaggression (= gegen sich selbst gerichtete Gewalt); manche Sozialwissenschaftler deuten Gewalt gegen Kinder als eine Form von Autoaggression.

Kulturbedingte Gewalt

Zunahme der Akzeptanz innerfamiliärer Gewalt aufgrund kultureller Normen (z.B. vor allem in muslimischen Familien; vgl. Ehrenmorde).

Die Wahrheit kommunizieren bei unheilbarer Krankheit?

Carl Friedrich von Weizsäcker schreibt in seinem wunderbaren Buch „Der Garten des Menschlichen“ (1984):

„...Die Situation des Menschen gegenüber dem Wissen vom eigenen Tod ist paradox. Der manifeste Träger des menschlichen Wissens ist das Ich. Das Ich ist die Selbstwahrnehmung des Individuums *als* Individuum. Unreflektiert ist das Ich das steuernde Zentrum der selbsterhaltenden Triebe, in der Reflexion umfasst es alle Wahrnehmungen und Wissensentscheidungen, die der Selbsterhaltung dienen und ist so das eigentlich menschliche Instrument der Selbsterhaltung, ihr erster Diener... Eben das Individuum aber ist das eigentliche Opfer des Todes. Indem das Ich zum reflektierenden Wissen gelangt, gelangt es zum Wissen seines notwendigen Untergangs...

Die üblichste Form menschlichen Umgangs mit dem eigenen Tod ist die Verdrängung. Wäre es nicht so, warum bedürftten wir der biblischen Erinnerung? Nun ist der psychische Mechanismus der Verdrängung an sich eine lebensnotwendige Fähigkeit. Abschirmung, Filterung von Information ist eine der wichtigsten höheren Leistungen unseres sensorischen Apparats; sie ist eine Bedingung der Begriffsbildung. Zu dem, was normalerweise verdrängt werden muss, gehört die Flut entfernter Gefahren, die kein akutes Handeln erfordern. **Verdrängung ist ein Wächter seelischer Gesundheit.** Aber ihre richtige Verwendung ist eine Aufgabe. Je bewusster der Mensch wird, desto unentbehrlicher ist für ihn die Kontrolle seiner eigenen Verdrängungen. Wahrheit wird für uns eine Lebensbedingung...

Blicken wir zunächst auf den Augenblick, in dem ich nicht mehr bloß weiß, dass man stirbt, sondern dass ich nun sterben muss. Auf jeden Menschen, sagt Jean Paul, wird im Augenblick der Geburt ein Pfeil abgeschossen; er fliegt und fliegt und erreicht ihn in der Todesminute. Wie, wenn ich das Schwirren des Pfeiles höre? Hier hat unsere Medizin ein Problem. Zur religiösen Lebensordnung gehörte es, den Menschen in seiner letzten Stunde nicht in der Unwissenheit allein zu lassen. Er empfing die Tröstungen, wenn er wusste, was der Arzt, der Priester, die Angehörigen wussten: dass er nun sterben müsse. In der heutigen Medizin hat sich die Überzeugung durchgesetzt, es sei humanes Gebot, dem Menschen das Wissen von seinem bevorstehenden Tod nicht aufzudrängen; ja, es gibt eine Praxis, es ihm auszureden.

Ich habe in diesem Zusammenhang eine Erfahrung gemacht. Mein kraftvollster philosophischer Schüler, auch physisch ein Bild der Gesundheit, musste sich wenige Wochen nach seinem Dokorexamen einer Untersuchung unterziehen. Danach kam seine Frau zu mir und fragte mich um Rat. Der Klinikchef hatte ihr die Diagnose, inoperabler Krebs, gesagt, und ihr dringend ans Herz gelegt, sie ihrem Mann zu verschweigen. Sie fuhr fort: ‚Ich habe meinen Mann noch nie belogen. Was soll ich tun?‘ Ich kannte sie und antwortete: ‚Das können nur Sie selbst wissen. Aber wenn Sie sich entscheiden, es Ihrem Mann zu sagen, werde ich die Verantwortung dafür gegenüber dem Klinikchef auf mich nehmen‘. Sie sagte es ihm. Als ich ihn daraufhin besuchte, war er aus tiefer Unruhe in ruhige Gewissheit gewandelt. Er sagte: Ich weiß jetzt, dass ich noch wenige Monate Zeit habe, um einige Dinge in meinem Leben zu ordnen, die ich sonst um Jahre hätte hinausschieben mögen. Natürlich handelte es sich bei diesen Dingen im Kern um das Verhältnis zu Gott. Eine Weile ging es ihm selbst physisch besser. Ich habe ihn bis zu seinem Tode jede Woche besucht, in den Schwankungen seiner Zustände, und dieses Sterben war etwas vom Wirklichsten, was ich gesehen habe.

Mediziner, denen ich diese Geschichte erzähle, sprechen dann manchmal von Ausnahmemenschen, und sie können auf viele gegenteilige Erfahrungen verweisen. Gewiss kann man Menschen, die unsere Kultur ein Leben lang verdrängen gelehrt hat, dass Leben Sterbenlernen bedeutet, nicht im letzten Augenblick zumuten, alles Versäumte nachzuholen. Aber selbst diese Menschen nehmen etwas wahr, was sie verstehen könnten, wenn man ihnen dazu hülfe. Oft ist der Arzt der Ratlose, oder der technische und kommerzielle Apparat der Medizin hindert den Arzt, das Mögliche sich zur Gewohnheit zu machen.

Viele Erfahrungen sprechen dafür, dass es eine Mitwahrnehmung des nahenden eigenen Todes gibt, auch wenn sie nicht ins reflektierte Bewusstsein aufgenommen werden kann. Sie begleitet nicht nur die Einschränkung des Bewusstseinshorizonts des Ich bei wegsinkender Lebenskraft. Im Gegenteil, sie ist der Möglichkeit nach eine gesteigerte, befreite Sensitivität...“

Der Arzt **Eugen Ansohn** ist zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Studienbriefs 93 Jahre alt. Ein weiser Mann! Von ihm stammt das Buch „Die Wahrheit am Krankenbett“; in ihm listet er auf, was nach seiner Erfahrung für und gegen die Wahrheit (nicht nur) am Krankenbett spricht.

- Nach Ansohn spricht **dagegen**: das Motiv der Schonung des Patienten; dass der Patient ggf. die Wahrheit (noch) gar nicht wissen will; dass Hoffnung nicht zerstört werden darf; dass in jeder Prognose ein Stück Unsicherheit liegt; dass das Sterben leichter sein kann, wenn man sich zuvor nicht zu lange quälte.
- **Dafür** spricht die Achtung vor der Persönlichkeit des Kranken; die Beobachtung, dass die Wahrheit Aktivitäten und Widerstandskräfte auslösen kann; dass die Glaubwürdigkeit des Arztes durch Lügen zerstört wird, was wiederum die Wirkung der ärztlichen Bemühungen beeinträchtigt
- Was nach Ansohn Voraussetzung für einen wirklichen Sterbebeistand ist: die richtige Einstellung zum eigenen Tod, die Bereitschaft zur Kommunikation, die *Befriedung* des Kranken (nicht die Beruhigung, die Ruhigstellung).

Über die **Rahmenbedingungen** des heiklen Gesprächs schreibt R. Mayrhofer aus ärztlicher Sicht:

- Wählen Sie einen ruhigen Ort für das Gespräch
- Bereiten Sie sich vor: Als aufklärender Arzt sollten Sie über den Patienten, seine Diagnose, seine bisherigen Behandlungen und über Therapievarianten Bescheid wissen.
- Stellen Sie sich namentlich vor.
- Stecken Sie den Zeitrahmen für das Gespräch ab, damit der Patient sich daran orientieren kann.
- Fragen Sie den Patienten schon zu Beginn des Gespräches nach seinen Erwartungen, Befürchtungen, seinem Informationsbedürfnis.
- Stellen Sie zu Beginn offene Fragen, fördern Sie Emotionalität, beziehen Sie psychosoziale Aspekte ein.
- Ermuntern Sie den Patienten, selbst Fragen zu stellen.
- Sind Sie sich dessen bewusst, dass möglicherweise nicht Sie allein alle Probleme des Patienten lösen können. Verweisen Sie gegebenenfalls auf andere Fachrichtungen, Sozialarbeit, Psychotherapeuten....
- Sagen Sie dem Patienten, dass Sie für ihn erreichbar sind. Geben Sie Ihre Telefonnummer und auch jene Stelle, an die er sich im Notfall wenden kann.“

Fragen zu Problemen des **interkulturellen Gesprächs** wirft E. Hauschild auf:

„Rollenambiguität, das ist es, worauf ich treffe bei meinem Gespräch mit der muslimischen Türkin aus Köln. Was für eine Rolle schreibt sie mir zu? Dass ich so etwas Ähnliches bin wie ein Imam. Oder so etwas Ähnliches wie ein Arzt? Oder so

etwas Ähnliches wie Pfarrer Fliege, den sie aus dem Fernsehen kennt? Oder einfach nur ein bedrohlicher Mann? Wie kann ich mich ihr verständlich machen? Worauf greife ich zurück? Auf meine Fachlichkeit? Auf die priesterliche Rolle?“



VOM TRAUERN UND VOM TRÖSTEN

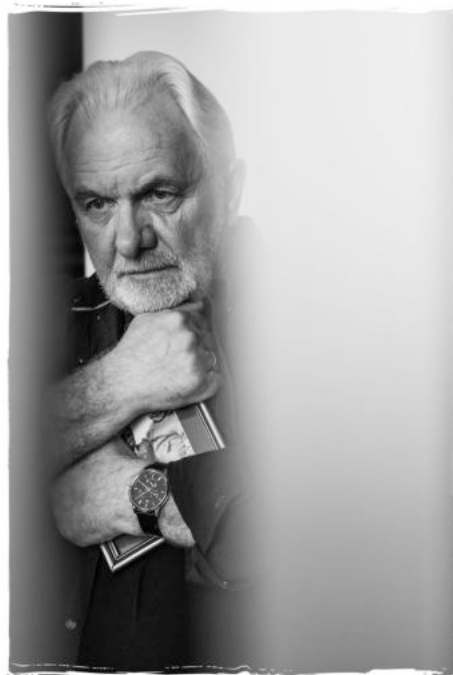
Wer trauernden Menschen helfen will, muss wissen, wie Trauer „geht“, wie Trauer ist, wie sich Trauer artikuliert usw.

Was meinen Sie zu den folgenden Äußerungen Trauernder?

„Ich möchte ihn so in Erinnerung behalten, wie er war“ (eine Witwe über ihren verstorbenen Mann).

„Ich wünschte, dass ich morgen früh auch nicht mehr aufwache“ (ein Witwer nach über 50jähriger Ehe).

Das Saint-Exupéry-Symptom (aus Der kleine Prinz: „Wenn du bei Nacht den Himmel anschaust, wird es dir sein, als lachten alle Sterne, weil ich auf einem von ihnen wohne“), z.B.: „Manchmal ist es mir, als ob ... [sie mir zuwinkt; als ob er neben mir stünde u.ä.]“



Was meinen Sie zu den folgenden Äußerungen gegenüber Trauernden?

„Es war doch eine Erlösung für ihn.“

„Es hätte noch schlimmer kommen können.“

„Wenn du willst, kannst du mich ja mal anrufen.“

Übung

Wer Trauernden Mut zum Weiterleben machen will, muss sich selbst Rechenschaft geben können. Also Ihre Aufgabe: Schreiben Sie fünf Gründe nieder, weshalb es sich lohnt zu leben.

1.

2.

3.

4.

5.

Das Trauern

Helferinnen und Helfer haben häufig mit Menschen zu tun, die schwere Verluste erlitten haben und trauern. Moderne Sozialwissenschaft versucht zu verstehen, was in trauernden Menschen geschieht.

Das Trauerphasenmodell von Yorick Spiegel

Yorick Spiegel (1935-2010) war ein Frankfurter Theologieprofessor mit stark sozialwissenschaftlichem Einschlag; er verfasste das Buch „Der Prozess des Trauerns“, in dem er vier Trauerphasen beschrieb:

1. *Die Phase des Schocks*, ausgelöst durch die Nachricht vom Tod einer geliebten Person. Die psychophysische Reaktion ist ein Erstarrungszustand, der in der Regel einige Stunden anhält.

2. *Die kontrollierte Phase*, in der Trauernde die Kontrolle sich selbst gegenüber ausüben, ergänzt durch Angehörige, Freunde und sog. transition technicians (=„Übergangstechniker“; Pfarrer, Bestattungsunternehmer u.ä.), die ihn beschäftigen und in seiner Selbstkontrolle unterstützen..

3. *Die Regressionsphase*: die psychische Organisation des Trauernden bricht zusammen; er muss alle Energie auf den Erhalt seiner Ichaktivität hin bündeln. „Er

verhält sich ichbezogen, apathisch und antriebsgehemmt und ist durch Empfindlichkeit, Verletzbarkeit und Misstrauen gegenüber der Umwelt gekennzeichnet. Es besteht erhöhte Selbsttötungsgefahr und die Bereitschaft eines passiven Sich-Sterben-Lassens.“ Nach Spiegel dauert diese Phase 1-3 Monate.

4. *Die adaptive Phase*: der Trauernde inkorporiert die verstorbene Person, d.h., er baut sie gewissermaßen in sich auf. In etwa parallel dazu restauriert sich seine psychische Organisation, wendet er sich wieder seiner Umwelt zu. Dies geschieht nach Spiegels Beobachtung gegen Ende des klassischen Trauerjahres.

Insbesondere fünf Aufgaben hat der Trauernde nach Spiegel im Laufe des Trauerprozesses zu bewältigen – wobei ihn Rituale, Seelsorge, Beratung maßgeblich unterstützen können:

- Der Trauerprozess muss überhaupt in Gang kommen können, darf nicht blockiert werden; der Trauernde muss sich auch gehenlassen dürfen, seine Klage und Anklagen artikulieren dürfen.

- Der Trauernde ist in einem emotionalen Chaos: „...er weiß weder, was alles er verloren hat, noch wo er beginnen soll, seinen Verlust aufzuarbeiten. Eine wesentliche Priorität hat hier die Aufgabe, sein Verhältnis zu dem Verstorbenen so zu klären, dass dieser weder verstoßen (verdrängt) werden muss noch zum beherrschenden Subjekt wird (Gefahr der Glorifizierung), sondern in seinen Schwächen und Stärken akzeptiert werden kann.“

- Rituale, wie vor allem die Beerdigung, haben nach Spiegel zunächst auch die Funktion, „die Realität des eingetretenen Verlustes zu verstärken“. Sie dienen der letztendlichen, unausweichlichen Anerkennung der Realität des Todes; ohne diese Einsicht kann der Trauerprozess nicht gelingen.

- Der Trauernde muss mit Gefühlen klarkommen, die gesellschaftlich, speziell auch familiär, eigentlich nicht zugelassen sind: Anklagen gegen den Toten, Hass, Schuldgefühle, Gefühle der Erleichterung und der Befreiung usw.

Gespräche mit Freunden und/oder Fachleuten oder auch wieder Rituale können zur Artikulation und damit zur Entlastung verhelfen.

- Vor allem in der o.g. Regressionsphase „befindet sich der Trauernde in einer Art Zwischenwelt zwischen Tod und Leben“. Der „Lebenswille“ müsse sich wieder durchsetzen – was eben nicht nur vom Wollen des Trauernden abhängt, sondern auch von sozialen Erfahrungen.

Spiegel weist darauf hin, dass vor allem Kinder, die beim Erleben des Todes oft vor einem für sie unverständlichen Ereignis stehen, der besonderen Beachtung und Sensitivität bedürfen, weil sie ausgerechnet in dieser Situation von den Erwachsenen meist weder die notwendigen Verstehenshilfen noch die dann besonders notwendige Zuwendung erfahren.

Die sog. komplizierte Trauer

Die neuere Forschung thematisiert auch eine sog. Komplizierte Trauer. Lichtenstein, Gatz und Berg (1998) beschreiben Trauerzustände, die ein hohes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einschließen, die im Grunde pathologische Trauerzustände sind. In diesen Fällen gelingt die Anpassung an die neue Wirklichkeit nicht. Es kommt zu Panikattacken, auch zu selbstbeschädigendem Verhalten, zu Schlaf- und Essstörungen, zu erhöhter allgemeiner Krankheitsanfälligkeit, zu Funktionseinbußen im sozialen Feld, im Beruf usw.

Nach Einschätzung der Forscher, die sich mit der komplizierten Trauer beschäftigen, sind insgesamt jüngere Personen stärker von ihr betroffen als ältere, Witwer stärker als Witwen, Mütter stärker als Väter.

Auch die Art des Todes beeinflusst die Trauerintensität: z.B. zeigen Angehörige von Menschen, die sich selbst getötet haben, eher Ablehnungsgefühle gegenüber dem Toten, während Angehörige von Unfallopfern oder von Verbrechen stärkere Trennungsangst aufweisen: z.B. die sog. **Posttraumatische Belastungsstörung**.

Besondere Trauerformen - z.B. nach dem Lebenspartnerverlust im höheren Alter - bergen besondere Risiken (belastende Suizidgedankenspiele, aber auch reale bösartige Neubildungen u.a.). Wenn der Partner einen erwarteten Tod starb, etwa nach langjähriger Krankheit, tritt die komplizierte Trauer seltener auf.

Das Trösten

Trostbedürftig sind wir von Anfang an. Unser Leben beginnt mit einem lebensgefährlichen Erlebnis, der Geburt. Der Biologe und Anthropologe Lyall Watson schreibt: „Möglicherweise ist unser erstes unmittelbares, dem Tode ähnelndes Erlebnis die Geburt. Nur wenige Menschen unternehmen jemals so eine gefährliche Reise, wie es der schreckliche Weg durch die zehn Zentimeter des Geburtskanals ist. Wir werden wahrscheinlich nie genau wissen, was in diesen Augenblicken im Kopf des Kindes vorgeht, aber es ist durchaus anzunehmen, dass es etwas Ähnliches wie die Stadien des Sterbens durchlebt.“

Wir werden unseren Müttern aufs Herz gelegt und werden stiller, werden so „gestillt“, noch bevor wir Nahrung bekommen. Wir erfahren die erste tröstende Umarmung, eine Urgebärde. Und werden still. Und wollen für immer so getröstet werden. Gegen unsere Babytraurigkeiten und Ängste hilft nur, wenn wir aus dem Kinderbettchen gehoben und in die Arme genommen werden.

Wenn wir später, viel später, mit Verwandten oder Freunden auf einem Friedhof stehen, wenn uns die tröstenden Worte, die wir uns zurechtgelegt hatten, einfach nicht mehr einfallen wollen oder uns plötzlich einfach banal anmuten, dann kommt es zu jener stummen Umarmung, die alles sagt - und in der eine sehr alte Erinnerung steckt. Umarmung tröstet. Es gibt tröstliche Urgesten.

Diese sind allen Worten voraus. Natürlich gehen uns auch die Worte unserer Mütter entgegen, kaum, dass wir da sind. Wir verstehen nicht ihren Wortlaut, aber ihren Sinn fühlen wir. Sie atmen Liebe. Es sind Worte, die streicheln. Auch die ersten tröstenden Worte sind eigentlich Gesten, Klanggesten. Es kommt nicht auf die Begriffe an, sondern auf ihren Sinn. So ist das noch oft im Leben beim Trösten, möglicherweise bis zuletzt.

Kurt Lückel, ein Seelsorger, schrieb ein Buch „Begegnung mit Sterbenden“. Darin schildert er ein ergreifendes Trösten: „Ich sehe mich noch als jungen Pfarrer mit meiner Taschenbibel in der Hand am Fußende eines Sterbebettes stehen. Man hatte mich, vertretungsweise, ins Altersheim zu einer sterbenden alten Dame rufen lassen. Als ich mit der Stationschwester das dämmerige Zimmer betrat, hörte ich als erstes ein schweres Röcheln und sah dann im Nähertreten ein hochrotes Gesicht voller Schweißperlen - eine Frau im beginnenden Todeskampf. Ich sprach sie an, aber sie reagierte kaum. Ich sagte ihr, dass ich gekommen sei, weil sie mich habe rufen lassen. Aber auch das ging fast völlig unter in ihrem Kampf mit ihrer totalen leiblichen Not.“

Daraufhin ging die Schwester ans Bett, strich ihr über ihr verschwitztes Gesicht, sprach sie in einem warmen, liebevollen Ton mit ihrem Namen an, beugte sich ganz nah an sie heran, nahm ihr Gesicht behutsam an ihre Brust, nahm sie gewissermaßen auf, wie man ein Kind stillt, und sagte...: „Unsere liebe Frau D., die hat jetzt solch eine Not“, und zu mir hin (mit leichten Wiegebewegungen): „Unsere liebe Frau D.“ und sie „stillte“ sie tatsächlich: das Röcheln ließ nach, die Sterbende beruhigte sich, ließ sich nach einer Weile von der Schwester auch auf mich aufmerksam machen. Dazu setzte sich die Schwester schließlich so aufs Bett, dass sie Kopf und Oberkörper der alten Frau in ihren abgestützten Arm betten konnte, und - so eingefasst in Geborgenheit - war die Sterbenskranke fähig und bereit, für ein paar Minuten auf das zu hören, was ich ihr, selbst betroffen, aus der Bibel vorlas. Es hätte dazu meiner nicht bedurft. Meine Gegenwart als Pfarrer hatte eher symbolische Bedeutung. Ich war sozusagen Symbolfigur, die durch ihre bloße Anwesenheit schon auf Gott verweist, auf Christus, auf den, der „uns die Hände unter den Kopf legt, wenn wir sterben müssen“, wie M. Claudius an Andres schreibt.

Aber eben dieser Symbolbezug wurde menschlich durch das Verhalten der Schwester bestimmt. *Sie* war es, die der Sterbenskranken die Hände unter den Kopf legte. Sie war denn auch der eigentliche Seelsorger in dieser Situation. Sie war es sowohl für die Sterbende als auch für mich: sie hat sich nicht mit einer verbalen Botschaft die Sterbende vom Leib gehalten, sondern sie hat mit ihrer Leiblichkeit, mit ihrer ganzen Person, mit ihrer Gestik, den Worten, dem Tonfall, mit ihrer Nähe und Wärme dieser Frau genau das gegeben, was sie brauchte: ein personales, leibhaftiges Du.

Diese Szene hat sich mir tief eingeprägt. Sie ist für mich damals schon beispielhaft gewesen und inzwischen so etwas wie ein Modell für ganzheitliche Seelsorge geworden - ganz gewiss aber ein Beispiel für Seelsorge in einer bestimmten Phase der Sterbebegleitung, nämlich auf jeden Fall dann, wenn die leibliche Not primär derart in den Vordergrund tritt, dass ein sterbender Mensch ganz seinem Leibgeschehen ausgeliefert ist: Seinen Schmerzen, seinen Ängsten, dem Sterben selbst.“

Kurt Lückel beschreibt eine Schwester, die sich verhält wie eine Mutter, die ihr Kind an sich nimmt. Es ist eine Szene, die anknüpft an die Urkommunikation zwischen Mutter und Kind; die anknüpft an die Geste, in der alles Urvertrauen begründet ist. Es ist dies der „organismische Dialog“ der Leiblichkeit: ein Gespräch, das tiefer reicht als alles andere Sprechen, das dann noch gehört wird,

wenn Worte versiegen und versagen. Es ist die Körpersprache der Seele, die hier laut wird. Es ist die Gegenwart der Seele im Fleisch, die hier mit anderem Fleische spricht. Der letztmögliche Dialog an den Rändern des Lebens, dort, wo die vorgeburtlichen und nachgeburtlichen Geborgenheitserfahrungen gespeichert sind; es ist ein Körperdialog.

Noch der Tod kann tröstender Körperdialog sein. Die sogenannten indigenen Kulturen dachten und denken sich z.T. auch heute noch den Tod wie eine rückwärtsgehende Geburt. Auch in unseren Breiten legte man einst die Toten in embryonaler Haltung in die Mutter Erde. Sterben ist eigentlich dasselbe wie Geborenwerden, nur gerade umgekehrt, glaubte man.

Zweierlei ist damit gemeint: So, wie nach gut begründeten wissenschaftlichen Theorien jede Angst, auch jede kleine Angst, ein Geschwister der Todesangst ist, so liegt alle Trostbedürftigkeit letztlich in unserem Todesschicksal begründet. Wir sind, soweit wir zur Zeit sehen, das einzige Wesen, das etwas weiß von seiner Vergänglichkeit. Und darum sind wir größer und elender als alle andere Kreatur – sagt schon Augustinus. Daher brauchen wir so viel Trost. Umarmungen gegen die Vergänglichkeit.

Das zweite: Wenn Männer trösten, dann spielen sie einen Teil einer mütterlichen Rolle. Wenn Männer helfende Berufe ergreifen, Sozialpädagoge oder Kindergärtner werden, dann praktizieren sie ein Stück Sozialmütterlichkeit. Wenn der im alten Israel ja durchweg männlich gedachte Gott tröstet, dann handelt auch er mütterlich: „Ich will euch trösten, wie einen seine Mutter tröstet“ (Jesaja 66, 13). Und Mütter trösten, indem sie Kummer stillen, stillmachen.

Da ist also ein Teil einer mütterlichen Rolle. Der ist unzweifelhaft da. Es gibt aber auch einen klassischen männlichen Anteil, der sich aber erst aus der Begriffsgeschichte erschließt.

Zu den Wurzeln des Trostes gehört das gotische „trausti“, das eigentlich „Vertrag“ oder „Bündnis“ bedeutet und eng mit dem englischen „trust“ zusammenhängt. Vertrauen und Treue berühren sich sprachgeschichtlich engstens mit dem „Trösten“. In altsächsischer Sprache gab es das Wort „gitrost“: es war das Gefolge, das einem Herzog in Treue verbunden war. Tröster sind ursprünglich Leute, die in schwerer Zeit zu einem halten, einem die Treue halten. Einen Menschen trösten, heißt in dieser Denk- und Sprachtradition eigentlich, ihm die Treue halten. Ist zuverlässiges Dasein und Für-ihn-Eintreten. Trösten ist, so gesehen, auch ein Macht herstellendes, wiederherstellendes oder überhaupt

machtweckendes Handeln; ich gebe dem andern etwas ab von meiner scheinbar oder tatsächlich stärkeren Position. In Zeiten seiner Schwäche und Bedrohtheit springe ich ihm bei, mache ihn stärker. Ich werde ein Teil seiner Schutzmacht. So stellt sich der eher männliche Anteil des Tröstens dar, zumindest sprachgeschichtlich.

Dass man anderen oder auch sich selbst Trost zusprechen kann, hat Elemente von beidem: vom mütterlichen Zuspruch, bei dem der Wortlaut anfänglich zweitrangig ist; und vom Schutzversprechen, das fast etwas von verlässlichen Verträgen hat, bei dem es auf den Wortlaut sehr wohl ankommt. Der Schüler, der auf dem Nachhauseweg von älteren Jungen so zusammengeschlagen wurde, dass ihm der Kiefer brach, brauchte die tröstende Umarmung, die ihn aller Liebe versicherte, ebenso wie das Versprechen: in Zukunft begleiten dich ältere Mitschüler; dir tut keiner mehr ´was.

Beides Trösten hilft gegen die Erfahrung von Ohnmacht. Sehr schön ausgeformt im Alten Testament: „Ich wandte mich und sah an alle, die Unrecht leiden unter der Sonne. Und siehe, da waren Tränen derer, die Unrecht litten und hatten keinen Tröster. Und die ihnen Unrecht taten, waren zu mächtig...“ (Prediger Salomo 4,1).

Es gibt Ungereimtheiten des Trostes und des Tröstens. Wo getröstet wird, Trost erfahren und gegeben wird, geht es manchmal etwas verrückt zu.

Zum Beispiel: Krankenhauspersonal oder Seelsorger erleben öfter, dass Sterbende ihre ratlosen Angehörigen getröstet haben - statt umgekehrt, wie man es sich so vorstellt, dass es sein müsste. Trösten verdreht manchmal alle Logik, stellt die Ordnung auf den Kopf.

Sterbende trösten manchmal die Überlebenden, sind in ihrer Schwäche stärker als die Überlebenden, die nicht loslassen können. Sterbende trösten die andern, damit diese sie freigeben, sie ziehen lassen. Manchmal tun sie es mit Worten. Manchmal z.B. mit Bildern. Elisabeth Kübler-Ross berichtet von einem fünfjährigen Mädchen, das an einem tödlichen Hirntumor leidet und seiner Mutter dadurch aus der Verzweiflung hilft, dass es ein Bild malt. Unter den Figuren des Blattes fällt der purpurrote Luftballon auf, der sich freischwebend von allen anderen Figuren löst. Kübler-Ross: „Dieses Bild wurde zur Quelle des Trostes für ihre Mutter, die die Botschaft ihrer kleinen Tochter verstand und die ihr Kind daraufhin loslassen und freigeben konnte - ebenso auch wie das kleine Mädchen selbst sich loslassen und den eigenen Tod im Bild durch einen frei gen Himmel schwebenden Luftballon symbolisieren konnte“.

Unberechenbar ist die Sache mit der Trösterin Zeit. Es gibt sie ja, diese Trösterin. Ob sie alle Wunden heilt, wie das Sprichwort sagt, ist wohl nicht ganz sicher; es gibt Wunden, die nicht heilen, die vielleicht bluten müssen, damit Erinnerung bleibt und Versöhnung gewollt wird, damit sich z.B. Menschen, die aufeinander geschossen haben, auf einstigen Schlachtfeldern in die Arme fallen. Manche alten Wunden müssen wohl aufreißen, damit es Frieden geben kann.

Aber grundsätzlich gilt sicher, dass die Zeit Wunden heilt. Die Zeit ist eine Trösterin. Augustinus hat dafür eine handfeste Erklärung: „Das Gedächtnis ist gleichsam der Magen der Seele.“ Die Seele leistet Verdauungsarbeit, und dabei geschieht Eigenartiges mit der Erinnerung; noch einmal Augustinus: „An meine überstandene Traurigkeit denke ich zuweilen froh zurück - und traurig an die Fröhlichkeit.“ Die Maßstäbe verwandeln sich merkwürdig.

Die Zeit ist auch deswegen tröstlich, weil sie manches vergessen lässt und dabei aufbewahrt für Zeiten, in denen wir nur noch aus der Erinnerung leben können. Wie tröstlich sind - etwa in der Arbeit mit dementen Menschen - oft alte Klänge und Geschichten! In der Kindheit und Jugend gelernte und dann lange vergessene Verse und Sprüche tauchen wieder auf aus der Tiefe, gewinnen Eigenleben und geben das Gefühl, noch da zu sein, wirklich zu sein, gelebt zu haben und zu leben. Trost nicht im Vergessen, sondern im Wiedererinnern von Leben.

Wer ganz Schlimmes erlebt hat, spürt, dass die Zeit zunächst einmal stillsteht für ihn. Und eigentlich, so weiß man da, müsste die Welt einmal stillstehen, Pause machen, denn etwas Arges ist passiert, das wahrgenommen und bedacht werden müsste. Es geht im Grunde nicht mehr weiter wie bisher. So war das früher in kleinen Gesellschaften, in Stämmen, Clans. Unsere Gesellschaft legt keine Pause mehr ein. „Das Leben der Großstadt wirkt so, als ob niemand mehr stürbe“ (Ariés).

Das ist wahr, aber für unsere Zeit ist zum Teil auch Gegenläufiges charakteristisch:

Eltern trauern über den Verlust von Kindern viel intensiver als zu früheren Zeiten.

Weil Eltern heute generell viel stärker psychisch abhängig sind von ihren Kindern und deren Ergehen als früher. Auch weil Kinder heute ein selteneres Gut sind als in Zeiten vor der Entwicklung moderner Formen der Empfängnisverhütung. Auch weil ein verstorbenes Kind heute oft nicht mehr „ersetzt“ werden kann, weil Ehen erst in höherem Alter geschlossen werden; weil es für weitere Schwangerschaften zu riskant oder zu spät ist.

Auch wissenschaftlich gestütztes Trösten erkennt paradoxe Züge an, nicht nur das Erfahrungswissen oder religiös fundierte Seelsorge. Das Trösten von Sterbenden muss nach Hilarion Petzold, dem Gestaltpsychotherapeuten, zwei scheinbar gegenläufige Intentionen haben: es muss Zeichen des Verbleibens in der Gemeinschaft der Lebenden haben und zugleich Beistand zum Hinausgehen aus der Gemeinschaft der Lebenden sein. Der Sterbende soll also zum einen erfahren, dass er dazugehört; wir zeigen es ihm im Gespräch und durch Gesten, Berührungen. Zugleich helfen wir dem Sterbenden aus dieser Gemeinschaft der Lebenden hinaus, indem wir ihm helfen, sich mit seiner Vergangenheit zu versöhnen, helfen zur Vergebung, helfen bei der Suche und der Frage nach dem Sinn; wir ermutigen zum Vertrauen auf Bewahrung angesichts des Todes, sprechen von Geborgenheit im Tod, sprechen von Hoffnung über den Tod hinaus. Trösten hält fest und gibt frei, erhält Gemeinschaft und führt aus ihr hinaus.

Dabei ist Trostbedürftigkeit offenbar unterschiedlich ausgeprägt. Es „zeigt sich ein durchgehender Trend, wonach Menschen, die in ihrem Leben die Dinge bewältigt haben, auch in ihrer Krankheit weniger niedergeschlagen, ängstlich oder reizbar sind und auch weniger soziales Rückzugsverhalten zeigen... Schwierigkeiten in der vergangenen Lebensbewältigung verstärkten auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Depression und Angst in der Krankheit... Dies stützt die häufige Beobachtung, dass die frühere Lebensweise eines Patienten auch die Art seines Sterbens beeinflusst“ (J.Hinton). Der Volksmund sagte früher: Was einer ist, was einer war, im Sterben wird es offenbar.

Nun war so viel von der ganz großen Trauer und der tiefsten und letzten Trostbedürftigkeit die Rede, kaum von den vielen kleinen Tröstungen, die wir brauchen zwischen morgens und abends. Wenn z.B. Fritz Riemanns Studien zutreffend sind, dann sind die tiefe und letzte und die kleine Trostbedürftigkeit Verwandte.

Trösten kann einen wohl so ziemlich alles, was man liebt und was einem Treue verspricht. Das Verständnis, das einem Menschen von einem geliebten Wesen entgegengeht – sei es ein Lebensgefährte, sei es der treue Hundeblick – kann tröstlich sein. Oder schöne Musik, Gedichte, Märchen können ein großes Trostpotential für Kleine und Große enthalten. Wenn Feuerwehrfahrzeuge oder Rettungswagen zu einem Unfallort ausrücken, sollten sie – für den Fall, dass sie dort ein Kind antreffen – etwas zum Liebhaben dabei haben: ein Püppchen, ein Bärchen.

Alltags-Trost ist sicher oft einfach nur Gemeinschaft mit einem traurigen, trauernden, verletzten Menschen. Wer tröstet, überwindet die psychische oder leibhaftige Berührungsangst. Viele haben Berührungsangst, weil sie sich vor „Leidansteckung“ fürchten. Trösten ist Mit-Aushalten.

Trost leitet nicht an zur Flucht aus der Wirklichkeit, bewahrt auch nicht vor Verletzungen, schafft aber noch an den Rändern der Wirklichkeit ganzheitliche Erfahrungen: Trost kann ich geben, und ich empfangen ihn - und nicht selten geschieht beides in einem; er kommt mit Worten - und kommt ganz ohne Worte aus; er kommt professionell einher - oder ganz dilettantisch. Menschen verfügen über die Gabe zu trösten - und Trost stellt sich einfach ein oder nicht, entzieht sich der letzten Verfügung.

Was tröstet am Ende? Zwischenmenschliche Beziehungen bis zuletzt, sagen die einen. Nähe. Kommunikative Stille. Getröstetsein kann auch darin bestehen, „das Unabwendbare zu wollen“.

Der religiöse Mensch kann getrost werden im Sich-Loslassen, Sich-fallen-Lassen; **„denn wohin stürzest du als in die Hand und den Schoß Gottes?“** (M.Luther)

Die Psychologie tut sich nicht gerade leicht mit dem Trost im Sterben. Es zeigt sich aber, dass bis zur letzten Minute eines Lebens psychische Schöpfungen und Neuschöpfungen erfolgen können, die eigentlich neue, angemessene Trostformen erfordern.

Dass es beim Trösten ziemlich verrückt zugehen kann, wurde schon erwähnt: Sterbende trösten Lebende. Oder Menschen, die nach menschlichem Ermessen wegen größter Probleme traurig sein müssten, werden seltsam fröhlich, manchmal provozierend getrost; dafür bleibt unter eigentlich günstigen Lebensbedingungen manchmal jede Hoffnung aus.

Und wir können erfahren, dass wir beim Trostgeben viel bekommen. Dorothee Sölle sagt es so: „Je mehr wir lieben, an je mehr Menschen wir Anteil nehmen, je enger wir verbunden sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass wir in Schwierigkeiten geraten. Aber umso reicher und erfüllter wird unser Leben“.

Einsatzkräfte müssen demonstrativ kompetent und professionell auftreten: gegenüber Kolleginnen und Kollegen ebenso wie gegenüber Opfern. Das gilt insbesondere für Einsatzleiter. „Im konkreten Fall bedeutet das, dass der Einsatzleiter sich seine Unsicherheit nicht anmerken lässt, um die Nervosität seiner Mitarbeiter nicht zu verstärken. Er muss Ruhe ausstrahlen, auch wenn er selbst sehr aufgeregt ist. Und wenn sich der Stress der Mitarbeiter auf ihn überträgt, so entsteht ein Teufelskreis, denn ein nervöser und unsicherer Einsatzleiter wird seinen Stress unbewusst an seine Kollegen weitergeben, z.B. in Form von unnötig laut oder aggressiv erteilten Anweisungen“ (Schüßler/Conrad/Wagner).

Vergleichende Stress-Parameter

Die Belastungsfelder sind bei verschiedenen Funktionsgruppen teils ähnlich, teils sehr verschieden. Es gibt neuerdings hochinteressante vergleichende Studien (z.B. von Wolf R. Dombrowsky) über posttraumatischen Stress. Er ist etwa **gleichhoch bei Feuerwehrleuten und Rettungsassistenten** (9%); aber Feuerwehrleute erhalten höhere Werte bei akuten Verdachtsdiagnosen (Depressivität, Aggressivität, Reizbarkeit, Somatisierung).

Bei vergleichenden Problemanalysen zu Stressfaktoren bei **Polizeikräften und Feuerwehrleuten** zeigt sich:

- Einige Belastungswerte sind gleichhoch: Tod von Kameraden, Tod von Kindern, schwere Verletzungen, überemotionale Betroffenheit (Dombrowsky: „Mit dem Ausbruch massiver Gefühle mögen beide Funktionsgruppen nur widerstrebend konfrontiert werden“ – z.B. beim Überbringen von Todesnachrichten).
- Aufgrund der Tatsache, dass Polizeikräfte über Schusswaffen verfügen und daher in Situationen geraten, in denen ihnen gegenüber ebenfalls Gewalt angewendet werden kann, ist ihre Verletzungsangst sehr groß.
- Bei der Polizei gibt es ein ausgeprägtes Stress-Spezialproblem: ein Mobbing-Problem, das so bei Feuerwehren nicht vorhanden ist (hat mit dem beamtenüblichen Beförderungsproblemen zu tun; nicht selten ist Polizeieinsatz verbunden mit einer Art Konkurrenzsituation).
- Das allgemeine **Angstpotential** ist bei Feuerwehrleuten größer, vor allem die Angst vor dem Versagen im Einsatz.

Angst

Der ältere S. Freud kam zu der Auffassung, dass nicht – wie er zuvor dachte – das Verdrängen Angst erzeugt, sondern dass die Angst als Ursache der Verdrängung angesehen werden muss. Die eigentliche Angststätte ist das Ich. Die Angst wäre also **eine Art Existential, dem der Mensch nicht entgehen kann**.

Fritz Riemann hat die „Grundformen der Angst“ (so der Buchtitel) gründlich untersucht und die Meinung vertreten, dass eigentlich jede Angst, auch jede noch so banale, **ein kleiner Abkömmling der tiefsten Angst, der Todesangst**, sei: „Da sich die großen Ängste unseres Daseins, die so wichtig für unsere reife Entwicklung sind, nicht umgehen lassen, bezahlen wir den Versuch, vor ihnen auszuweichen, mit vielen kleinen, banalen Ängsten. Diese neurotischen Ängste können sich praktisch auf alles werfen, und sie sind letztlich nur aufzulösen, wenn wir die dahinterliegende eigentliche Angst erkannt haben und uns mit dieser auseinandersetzen. In der Verschiebung und Verharmlosung und gleichsam karikierenden Verzerrung der Daseinsängste erscheinen die neurotischen Ängste als unsinnig - sie quälen und belasten nur noch.“

Wir sollten sie indessen als Alarmzeichen verstehen, als Hinweis darauf, dass wir auf irgendeine Weise nicht ‘richtig liegen’, dass wir etwas vermeiden wollen, statt uns damit auseinanderzusetzen, etwas Wesentlicheres, das die verschobene Angst zudecken will. Die Begegnung mit den großen Ängsten ist ein Teilaspekt unseres reifenden Weiterschreitens; die Verschiebung auf jene stellvertretenden neurotischen Ängste hat nicht nur eine lähmende und hemmende Wirkung, sondern sie zieht uns auch von wesentlichen Aufgaben unseres Lebens ab, die zu unserem Menschsein gehören.“

Triage

Seit Beginn der Corona-Pandemie taucht der Begriff **Triage** häufig in der öffentlichen Diskussion auf: welche Patientin, welcher Patient soll, wenn nur noch ein Beatmungsgerät vorhanden ist und mehrere Patienten auf Behandlung warten, intubiert werden?

Triage

Webdefinition: Die Triage, deutsch auch „Sichtung“ oder „Einteilung“, ist ein aus der Militärmedizin herrührender Begriff für die – ethisch schwierige – Aufgabe, etwa bei einem Massenanfall von Verletzten oder anderweitig Kranken darüber zu entscheiden, wie die knappen Mittel auf sie aufzuteilen seien. ...

<http://de.wikipedia.org/wiki/Triage>

Es gibt sog. Sichtungsalgorithmen, die Kriterien und Behandlungsreihenfolgen festlegen: unterschiedlich z.B. für die Notfallaufnahme in Krankenhäusern oder für das Katastrophenmanagement.

„Erfinden“ wurde das Triage-System 1792 durch den französischen Chirurg Dominique Jean Larrey für den Umgang mit verletzten Soldaten in den napoleonischen Kriegen. Die damalige Prioritätenregelung sah so aus, dass derjenige als erster medizinisch versorgt werden sollte, der danach am ehesten wieder militärisch einsetzbar war (die ärztliche Logik ist eine andere: man soll demjenigen helfen, der die ärztliche Hilfe am nötigsten braucht; dies ist das Prinzip der Individualmedizin).

Im derzeit gebräuchlichen deutschen „Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. lautet die **Triage-Empfehlung**: „**der größtmögliche Nutzen für viele**“.



Testbeispiel

In einem schweizerischen Feriengebiet mit kleinen Chalets ist eine verheerende Lawine abgegangen und hat fünf Chalets unter sich begraben.

Eine Rettungsmannschaft der Freiwilligen Feuerwehr aus dem Nachbarort macht sich auf den Weg; sie holt unterwegs per Handy beim Touristikbüro möglichst viele Informationen über Verortung und derzeitige Bewohner der verschütteten Chalets ein.

Auf dem etwa 10-minütigen Weg zum Katastrophenort muss sich das kleine Rettungsteam über sein Vorgehen verständigen. Die Bewohner eines der Häuser können wahrscheinlich noch lebend ausgegraben werden; unter sehr glücklichen Umständen können evtl. auch die eines zweiten Chalets gerettet werden; ein dritter Rettungseinsatz ist schon eher unwahrscheinlich, und die weiteren Chalets müssen von vornherein verlorengelassen werden.

Im Chalet 1 befindet sich ein junges Ehepaar auf Hochzeitsreise: er Lehrer, sie Krankenschwester.

Im Chalet 2 macht ein Nobelpreisträger für Medizin Urlaub, einer der bedeutendsten Mediziner der Gegenwart.

Im Chalet 3 ist eine alleinerziehende Friseurin mit ihrer 11-jährigen Tochter; die Frau hatte in einem Preisausschreiben einen einwöchigen Winterurlaub gewonnen.

Im Chalet 4 ist ein afrikanischer Politiker, der als „zweiter Mandela“ gilt – und als zur Zeit einziger Hoffnungsträger für die Befriedung von Mittel- und Nordafrika.

Im Chalet 5 logiert Enrico Sarcuso, der zur Zeit beste (und an den internationalen Opernhäusern gefragteste) Tenor der Welt, mit seiner Freundin, der letztjährigen Wimbledon-Siegerin Martina N.

Entscheiden Sie innerhalb von 10 Minuten über die Reihenfolge Ihrer Rettungsversuche!

Über rationale Entscheidungstheorien

In den meisten Entscheidungstheorien, wie sie in verschiedenen Wissenschaften – z.B. in den Sozial-, Medizin- und Wirtschaftswissenschaften – entwickelt wurden, geht es um ein Verhalten, das **den größten Nutzen oder Gewinn und den geringsten Nachteil oder Verlust** bringt.

Dieses Konzept hat aber auch Widerspruch erfahren: Ein Hauptkritikpunkt ist der sog. Methodologische Individualismus; es wird z.B. debattiert, wie sich das Entscheidungsverhalten einzelner zu Gruppenentscheidungen verhält (wenn z.B. Generäle von einem Vorgehen abraten – und sich der „Führer“ dank seiner Entscheidungsbefugnis als „Größter Feldherr aller Zeiten“ entgegengesetzt durchsetzt); oder es wird diskutiert, ob soziales Handeln nicht doch eigene Gesetzmäßigkeiten aufweist: außerhalb z.B. des Nutzen-Kalküls. Außerdem gibt es empirische Einwände, z.B. den, dass Menschen nur begrenzt rational handeln.

Einen interessanten Aspekt beleuchtet das Buch von **Gary Klein**: „Natürliche Entscheidungsprozesse. Über die Quellen der Macht, die unsere Entscheidungen lenken“.

Das Buch widerspricht der herrschenden Lehrmeinung, wie Entscheidungen gefällt werden, diametral. Gary Klein forschte 20 Jahre lang, wie Experten Entscheidungen fällen. So untersuchte er **Feuerwehrleute, Militärs, Krankenschwestern** und andere, die zum Teil schon viele Jahre in ihrem Beruf oder in ihrem Ehrenamt tätig sind. Und kam zu einigen - für die Anhänger der rationalen Entscheidungstheorie - verblüffenden Ergebnissen.

Zum Beispiel: Diese **Experten entscheiden im engeren Sinne überhaupt nicht**. Zumindest nicht zwischen zwei Möglichkeiten A und B. **Vielmehr erkennen sie einfach, was zu tun ist**. Sie sehen die Hebelpunkte, die andere nicht sehen. Und in den Fällen, in denen Sie es nicht sofort sehen, spielen sie einfach nacheinander mehrere Varianten durch und nehmen dann die erste, die positive Ergebnisse verspricht. Meist ist dies schon die allererste Variante.

Daraus ergibt sich eine verblüffende Konsequenz: Wenn es diese Experten irgendwie schaffen, gleich zu Beginn eine funktionierende Lösung zu entwerfen, dann wird jede weitere Option kontraproduktiv, verwirrt und frisst unnötig Zeit.

Die Vorstellung: Je mehr Ideen, desto besser die Lösung, ist also falsch - zumindest bei Experten. Um die wenigen richtigen Lösungen zu finden, muss man anders wahrnehmen. Und das tun Experten: Sie nehmen Dinge wahr, die Laien nicht sehen. Und das ist auch der Grund, warum selbst eine große Menge Laien einem Experten immer unterlegen ist: Entweder sehen sie Problem und Lösung gar nicht. Oder sie brauchen viel zu lange dazu.

Die Konsequenz daraus ist nun die: Um Experte zu werden, braucht man zwar auch Wissen und Fakten – aber nur bedingt. Man braucht eine andere Wahrnehmung. Und diese ergibt sich aus **Erfahrung**.

Aber vielleicht ist es auch mehr. Vielleicht ist es doch eine besondere „natürliche“ Begabung, ein sog. **Siebter Sinn**, ein **Instinkt**. Das ist die These des Cambridge-Professors für Biochemie und Zellbiologie Rupert Sheldrake: Wir Menschen hätten zwar viel von unserer instinkthaften Sensibilität, wie sie in der Tierwelt zu beobachten ist, verloren, aber sie gehöre trotzdem grundsätzlich auch zu unserer humanen Grundausstattung. In hunderten von eindrucksvollen Experimenten bringt Sheldrake Beweise für seine Annahme, dass in uns Menschen manchmal Vorahnungen wirksam sind, „die uns und anderen das Leben retten können“ (R. Sheldrake, Der siebte Sinn des Menschen, dt. 2021).



NOTFALL-AUFARBEITUNG

Nicht nur die Opfer von Unfällen erleiden Traumatisierungen, sondern oft auch die Helferinnen und Helfer.

Ein Trauma ist eine akute Belastungsreaktion nach einem traumatischen Erlebnis. Dauert dieser Zustand länger als vier Wochen an, liegt ein posttraumatisches Belastungssyndrom vor, ein Krankheitsbild. Nicht alle, die ein traumatisches Erlebnis hatten, erkranken derart; es gibt auch Resilienz. Auf jeden Fall ist die langfristige Traumabehandlung *fachlich* zu leisten. Nicht-Psychologen können akute Belastungssituationen lindern durch empathische Begleitung, fürsorgliche Kommunikation u.ä.



Traumatisierung

Akute Anzeichen während oder unmittelbar nach kritischen Ereignissen

Auf muskulärer Ebene:

Starre Mimik
Zucken
Zittern
Stottern

Auf der vegetativen Ebene

Herzrasen
weiche Knie
Kloß im Hals
Schwitzen

Auf der Gefühlsebene

Seelen-Camouflage
Fade-Away
Überempfindlichkeit
Hilflosigkeit
Verwirrung
Ängstlichkeit

Auf der gedanklichen Ebene

Leere im Kopf (Blackout)
Konzentrationsmangel
„den Wald vor lauter Bäumen
nicht sehen“

Auswirkungen bei fehlender oder mangelhafter Verarbeitung

Verspannungen
Rückenschmerzen
Kopfschmerzen

Herz- u. Kreislaufstörungen
Erschöpfungszustände
Asthma-Attacken
Bluthochdruck

Unsicherheit
Depression
Aggression
Fehlbewertungen

Flash-Backs
Vermeidungshaltungen
Alpträume

Methoden der Notfall-Aufarbeitung:

(Reihenfolge nicht zwingend)

- Erste Hilfe für die Seele: Aufgefangen werden in einem **Ritual** der Helfergruppe
- **Selbstunterstützung** (sich selbst Anerkennung aussprechen oder Anerkennung durch andere einfordern, wenn sie nicht spontan geäußert wird). Konstruktive Kritik wird geübt, gute Arbeit wird gelobt (da seitens der Geretteten u.a. selten Rückmeldungen kommen; Vorzug dabei: grausame Einzelschicksale vergessen sich eher, weil keine emotionalen Beziehungen zu Opfern aufgenommen werden konnten).
- **Rollenspiele**: Extremsituationen werden im Team durchgespielt (Erfahrung: Extremsituationen schweißen zusammen).
- **Konfliktgespräche werden simuliert**. „Erzählen hilft.“ Ggf. Gesprächsprotokolle, Gedächtnisprotokolle. Aber: darüber sprechen hilft meist nicht allein, und manche Formen der „aufdeckenden Befragung“ können auch schaden. Können re-traumatisieren.
- Therapeutische Verfahren (z.B. psychosomatische Arbeit, d.h. Beieinander von körperlicher und seelischer Ent-Spannung – Extrembeispiel therapeutisches Boxen [so in der Spezialklinik Bad Zwesten]; besonders wirkungsvoll: imaginative Verfahren, z.B. das sog. Bildschirmverfahren: **um Souveränität über die Szenen, die mich belasten, zu erlangen**); in schweren Fällen psychotherapeutische Aufarbeitung.
- Die klinisch wirksamste Behandlungsmethode ist z.Z. **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) nach Shapiro: eine Methode, die bei der Beobachtung einsetzt, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen den Sinnesorganen, durch die belastende Bilder in die Gedächtnisspeicher im Gehirn gelangen (bei traumatischen Schüben bewegen sich die Augen rasch in einer Diagonale hin und her), dort u.a. mit Sprachzentren verknüpft werden – und dass die sinnesorganischen Verschaltungen gleichsam in einem therapeutischen Rückkopplungsprozess nutzbar sind.

Neurolinguistische Methoden für den Umgang mit belastenden Bildern und Erinnerungen

(aus: Steve Andres/Charles Faulkner, Praxiskurs NLP – mit 21-Tage-Trainingsprogramm)



Machen Sie belastende Bilder kleiner

1. Schließen Sie die Augen und stellen Sie sich das unangenehme Bild bewusst vor. Gleichzeitig werden damit negative Gefühle in Ihnen aufkommen. Machen Sie sich diese Gefühle bewusst und lassen Sie sie einen Moment zu, auch wenn das unangenehm ist.
2. Stellen Sie sich dann einen kleinen Schwarzweiß-Fernseher vor, der links unten zu Ihren Füßen steht.
3. Nehmen Sie nun das unangenehme Bild und schieben Sie es zum Fernseher, so dass Sie das Bild auf der Mattscheibe des Fernsehers sehen können: klein und in schwarz-weiß. Wenn Sie wollen können Sie den Fernseher auch noch weit von sich wegschieben, so dass Sie ihn kaum noch erkennen können. Wie ändert sich dabei das Gefühl, das Sie mit der Erfahrung verknüpfen? Dann öffnen Sie die Augen und beschäftigen sich kurz mit etwas anderem.
4. Wiederholen Sie die Schritte eins bis drei einige Male, bis Sie merken, dass die Veränderung vom Ausgangsbild zum Bild auf dem Fernseher automatisch passiert und Sie sich auch dann gut fühlen, wenn Sie an die vorher unangenehme Erfahrung denken.

Drehen Sie belastende Bilder dunkel

1. Schließen Sie wieder die Augen schauen Sie das unangenehme Bild an. Werden Sie sich Ihrer Gefühle dabei bewusst, auch wenn es schmerzt
2. Stellen Sie sich vor, wie Sie das Bild immer dunkler werden lassen, so als ob Sie langsam den Helligkeitsregler an Ihrem Fernseher herunterdrehen - solange bis das Bild nicht mehr zu erkennen ist.

3. Wiederholen Sie diese Übung solange, bis das unangenehme Bild an Intensität und Wirkung verliert. Dann kann es Ihnen nichts mehr anhaben.

Verbrennen Sie belastende Bilder

1. Schließen Sie wieder die Augen und holen Sie sich das negative Bild vor Ihr inneres Auge. Spüren Sie bewusst den Gefühlen nach, die Sie mit dem Bild verbinden.
2. Zünden Sie nun in Ihrer Vorstellung ein Streichholz an und halten es an das unangenehme Bild. Schauen Sie zu, wie es langsam an der einen Ecke Feuer fängt, wie sich das Feuer langsam durch das gesamte Bild frisst, wie das Bild immer mehr vom Feuer zerstört wird und wie am Ende nur noch ein bisschen schwarze Asche übrigbleibt.
3. Stellen Sie sich vor, ein Wind bläst durch Ihre Vorstellung und trägt die schwarze Asche Ihres Bildes davon und lässt Sie ohne die unangenehme Erfahrung zurück. Dann öffnen Sie die Augen und beschäftigen sich kurz mit etwas anderem.

Für zwei besondere Zielgruppen dieses Studienheftes:

Eine kleine Geschichte der Krankenpflege, der Freiwilligen Feuerwehr und des Ehrenamts

Es ist gut, wenn man seinen sozialen Beruf oder sein soziales Ehrenamt im Strom der Geschichte verorten kann, um die alten Gründe weiß – und die Veränderungen versteht.

Vom Pflegen

In vorchristlicher Zeit gab es zwar einen Ärztestand, aber noch keinen allgemeinen Pflegestand; allenfalls die Existenz von Militärlazaretten ist aus der Antike verbürgt. **Krankheit war Privatsache**. Die allgemeine Krankenpflege ist eine christliche „Erfindung“, entsprang u.a. der Entprivatisierung menschlichen Leidens, war Ausdruck einer neuen Sichtweise der sozialen Dimension von Krankheit, Alter, Behinderung: Dein Leiden berührt mich, dein Schmerz tut auch mir weh (1.Kor 12,26). **Mitbetroffenheit, Liebe, gemeindliche Anteilnahme verbanden sich mit der alten Kultursitte des Herbergens**.

Es gab schon vor den neuen christlichen Impulsen antike „Kurorte“, Heiltempel, z.B. das sog. Incubatorium für den Heilschlaf, im 5. Jahrhundert entstand das christliche **Hospiz** (nicht zu verwechseln mit den heutigen Sterbehäusern), das danach jahrhundertlang, bis an den Rand der Neuzeit, die grundsätzlich identische Form der gemeindlichen oder klösterlichen Krankenpflege darstellte.

Hospize waren, wie man heute sagen würde, unspezialisiert: sie nahmen Arme, Obdachlose, Kranke, Sterbende, Alte, körperlich und geistig Behinderte, Blinde, Stumme, Taube, Epileptiker, Reisende und Wallfahrer auf. „Hospize waren entweder wie ein kleines Kloster angelegt oder auch wie ein typischer Haushalt oder Hof der Zeit, die damals eine große Familie, Verwandte und Gesinde umfassten... Es gab einen großen Raum wie ein Kirchenschiff, das war auch der Schlafsaal, und der Altar war an einem Ende des Schiffes, so dass jedermann die tägliche Messe sehen und hören konnte... Das ist auch der Grund dafür, dass solche Hospize später in England Bethäuser genannt wurden. Vielfach waren diese Hospize Stiftungen, deren Unterhalt ebenfalls aus Spenden sichergestellt wurde“ (W.Wolfensberger).

Einige der überlieferten Hospitalregeln lassen erkennen, dass und inwiefern die geübte Praxis ein Ausbalancieren von Patienten- und Pflegerinteressen war (aus der Regula Benedicti: „Die Sorge für die Kranken soll vor allem und über alles gehen... Jedoch sollen auch die Kranken bedenken, dass man ihnen um Gottes willen dient, und sie sollen deshalb die Brüder, die sie bedienen, nicht durch unnötige Anforderungen betrüben“).

Die spätere Umwandlung der Pesthäuser und Lazarette in Kranken- und Behindertenanstalten schadete dem Ruf der Häuser, die bis Ende des 19. Jahrhunderts als **Pflegeeinrichtungen für die armen Schichten** galten. Sehr oft wurden ausgediente Kriegsveteranen als Pfleger eingesetzt, was einer therapeutischen Atmosphäre wohl eher abträglich war.

1848 wurde dank der Initiative von Johann Hinrich Wichern die **Innere Mission**



als erster deutscher Wohlfahrtsverband gegründet; es entstanden **Diakonissen-Mutterhäuser und Brüderhäuser** für Diakonenschaften: pflegerisch, pädagogisch und in Seelsorge ausgebildete Frauen und Männer, in Familien- oder Genossenschafts-ähnlichen Lebensformen verbunden, die fortan in Krankenhäuser, Gefängnisse und Kirchengemeinden zum Dienst ausgesandt wurden. Auch die ersten Kindergärten wurden vielerorts von Diakonissen geleitet.

Überall im Land entstanden zu jener Zeit konfessionelle **Hilfsvereine**, um diese sichtbar sinnvolle Arbeit zu finanzieren. Das ursprünglich evangelische Vereins- und Verbands-Modell mit seinem Ehrenamtlichkeitsanteil an der guten Sache

zog Kreise; 50 Jahre nach der Inneren Mission – also gegen Ende des 19. Jahrhunderts - entstand katholischerseits die Caritas; auch ein bedeutender jüdischer Wohlfahrtsverband; auch die Arbeiterbewegung suchte einen vergleichbaren sozialverbandlichen Zusammenschluss, die Arbeiterwohlfahrt.

Bis ins erste Drittel des 20. Jahrhunderts hinein hatten Diakonissen und ihre konfessionellen Pendanten, katholische Ordensfrauen, ein **flächendeckendes Netz gemeindlicher Krankenpflege** über Deutschland gewoben, das erst durch die

nationalsozialistische Gesundheitspolitik zerrissen wurde. Das neue Schwesternleitbild lt. NS-Volkswohlfahrt: „Schwester Erika pflegt, reitet, spielt Tennis und schenkt dem Führer ein Kind“.

Der neue „Kamerad Schwester“ wurde einerseits mythologisiert, andererseits an den Fronten rücksichtslos verschlissen und im Extrem zum Krankenmord, zur Mitwirkung an der „Euthanasie“-Aktion Hitlers, missbraucht. Vor alliierten Gerichtshöfen gab es nach 1945 Schwesternprozesse, bei denen Fürchterliches verhandelt wurde.

Die Nachwirkungen der inhumanen staatlichen Indienstnahme des Pflegeberufs während der Nazi-Zeit waren erheblich: die „braunen Schwestern“ trugen sehr zur „Entzauberung“ des altehrwürdigen Pflegeberufsbildes bei. Der **Achtungsverlust** machte den Pflegeberuf nach 1945 auch deutlich weniger attraktiv. Bis Mitte der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts wurde öffentlich ständig über den notorischen „**Schwesternmangel**“ geklagt. Dem begegnete man zunächst mit verbesserter Ausbildung, mehr Kompetenz (vor allem in den Hierarchien der Krankenhäuser), etwas besserer Bezahlung und durch die Hoffnung auf „Laufbahnen“ – eine Hoffnung, die trog.

Neue Organisationsformen, etwa in Gestalt von **Sozialstationen, Gesundheitszentren, Diakoniestationen u.ä.**, führten – je nach Träger-Ethos – seit 1970 öfter zu geregelter Arbeitszeit, zur berufsüblichen Bezahlung, Urlaubsregelungen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Mit dem Pflegen war bis dahin kein Geschäft zu machen. Die Kosten wurden **gemeinnützig** erbracht. Pflegesätze wurden mit Staat und Krankenkassen ausgehandelt. Die Träger – Kirchen und Wohlfahrtsverbände - durften keine Rücklagen, kein Kapital bilden, **keinen Gewinn** erzielen.

Ende der achtziger, zu Beginn der neunziger Jahre begann die Bundesregierung, an den bis dahin geltenden Regeln bundesdeutscher Sozial- und Gesundheitspolitik brachial zu rütteln: **das Subsidiaritäts- und das Bedarfsdeckungssystem wurden ausgehebelt** und der soziale Bereich den Gesetzen des Markts ausgeliefert. **Pflegerinnen und Pfleger wurden zu „Dienstleistern“, Patienten zu „Kunden“.** Man konnte plötzlich mit Modellen strikter Zeit-Kosten-Ökonomie, Deckelungen, Fallpauschalen und minutiösen Abrechnungen kräftige Gewinne machen. In die Krankenhäuser, Altersheime, Gemeindekrankenpflege zog die eigentlich industrielle DIN-Logik ein.

Dementsprechend wuchsen bürokratische Erfordernisse, die Dokumentation erbrachter Leistungen nimmt nicht selten ein Drittel der Zeit in Anspruch, die eigentlich der Pflege dienen sollte. Und es gab fortan konkurrierende Anbieter, was der Qualität der Angebote im niedrigeren Preissektor nicht förderlich war. Die **Monetarisierung der Pflege** schuf ein Zwei-Klassen-System: Wer es sich leisten kann, kauft sich im Alter in ein gehobeneres Haus ein.

Seit dem Kaiserreich waren sich wohlweislich alle demokratischen Regierungen und Parteien von Weimar bis Bonn und zunächst in Berlin darin einig gewesen, dass es wenigstens einen Bereich geben sollte, in dem die beinahe allumfassenden Spielregeln der industriell-wirtschaftlichen Geschäftslogik nicht gelten sollten: der soziale Bereich. Das hatte sich nun geändert.

Und wo so viel Geld unterwegs ist, entstehen Begehrlichkeiten, gibt es Protektion, tummeln sich bald auch schwarze Schafe, bedarf es daher der besonderen Kontrolle, der Qualitäts- wie der wirtschaftlichen Kontrolle. Daher unterhält nun jedes Krankenhaus und jede Senioren- und Pflegeeinrichtung ein **Qualitätsmanagement**, professionelle Qualitätsbeauftragte. Dass das dazugehörige staatliche **Controlling** gelegentlich eher lasch ausgeübt wird, zeigt sich immer dann, wenn etwa eine Altenhilfeeinrichtung wegen Missmanagements oder jahrelanger Pflegemängel geschlossen werden muss oder ein mordender Pfleger in einer Klinik unbemerkt seiner krankhaften Neigung nachgeht oder – wie 2020 bei der hessischen AWO – die Führungsspitze des Wohlfahrtsverbands in die eigene Tasche wirtschaftet.

Was neu ist: die Pflege wurde **akademisiert**, man kann an deutschen Hochschulen seit einigen Jahren Pflegewissenschaft studieren. In anderen europäischen Ländern konnte man das schon lange. Die deutsche Krankenhaus-tradition macht eine tatsächliche Partnerschaft zwischen ärztlichem und pflegerischem „System“ nicht gerade leicht. Dieses Studienheft ist u.a. ein Plädoyer für die Bedeutung psychosozialer gesundheitspflegerischer Faktoren in Krisensituationen.

Die Arbeitsrahmen-Bedingungen für Frauen und Männer im Pflegeberuf sind nach wie vor belastend – was die Arbeitszeiten und die Bezahlung angeht. Pflegerinnen und Pflegern war angesichts der Corona-Pandemie viel versprochen worden. Wer besonders viel verspricht, vergisst auch viel.

Das Feuer suchen und sich seiner erwehren

Prometheus habe den Menschen das Feuer gebracht aus den Höhen des Olympos – erzählt ein uralter Mythos. Anfangs erleuchtete und wärmte das Feuer nur die hohe Götterwelt. Nun, dank Prometheus, nahm das Feuer den Menschen die Angst vor der Finsternis, und die Feuerstelle wurde zum Mittelpunkt gemeinschaftlichen Lebens, zur eigentlichen Keimzelle der Zivilisation.

Die Sache mit dem Feuer hatte nur einen Haken. Prometheus hatte den Göttern das Feuer *gestohlen*, und die zürnten nachhaltig ob des Frevels. Ein Nachklang des göttlichen Zorns steckt **im doppelten Wesen des Feuers**: es schuf Kultur und zerstörte Kulturen; es brachte die Menschen vorwärts und warf sie immer wieder auch zurück; es nutzt, und es schadet. Ein Stück Himmel ist darin und ein Stück Hölle. Die Revanche der alten Olympier: der Mensch konnte sich seiner Herrschaft über das Feuer nicht sicher sein, weil es ihm eigentlich nicht gehörte.

Und der alte Mythos, der im olympischen Himmel begann, setzte sich auf Erden fort: es gab eine klare Kluft zwischen denen, die mit dem Feuer umgehen. Das gute Feuer wurde gehegt, das böse bekämpft. Das Behüten und Bewahren des Feuers, des heiligen Feuers, geschah jahrtausendlang in den Tempeln – und das ewige Licht in katholischen Kirchen ist ein ferner Abglanz der feurigen Altäre. Priesterinnen und Priester, oft aus den vornehmsten Familien des Landes, bewachten einstmals das Feuer. Schon auf uralten ägyptischen Reliefs sieht man aber auch, wie Löschgefäße von Hand zu Hand gehen. Fast jede antike Stadt ist einmal bis auf die Grundmauern abgebrannt. Im alten Rom sollte eine Sklavenfeuerwehr – sie zählte 600 Mann – derlei verhindern. Bis ins 18. Jahrhundert hießen vielerorts auch in Deutschland die Brandbekämpfer „Feuerknechte“.

In unseren Breiten mussten im Mittelalter Zünfte und Innungen gegen „Wasser- und Feuersnot“ Vorsorge treffen. Später wurden die Schultheißen zur Organisation von Brandverhinderungsmaßnahmen verpflichtet. Gemeindliche Angestellte, Türmer oder Nachtwächter, sollten Brandherde erkennen und die Bürger alarmieren. „Feurio!“ hallte es dann durch die Straßen. Pflichtfeuerwehren waren gang und gäbe. Es gab sie in ländlichen Gebieten bis ins erste Drittel des 20. Jahrhunderts. In den Großstädten wurden seit Mitte des 19. Jahrhunderts Berufsfeuerwehren gebildet, die erste 1851 in Berlin.

Es hat sich viel verändert im Feuerwehrwesen. In mehrfacher Hinsicht. Das alte Wissen - wenn man dem Feuer dadurch die Luft abschneidet, dass man es mit

Wasser zudeckt, ist es gelöscht – hielt den Herausforderungen der Neuzeit nicht mehr ausschließlich stand. Der wissenschaftlich-industrielle Fortschritt produzierte immer mehr Stoffe und Materialien, denen man, wenn sie in Brand gerieten, mit Wasser nicht mehr beikommen konnte. Denn alles, was sich mit Wasser nicht mischt, lässt sich durch Wasser nicht löschen. Benzin zum Beispiel. Oder Fettschmelzen.

Also ist es bei der modernen Brandbekämpfung wie in der Homöopathie: Gleiches gegen Gleiches, Chemie gegen Chemie. Und da die chemischen Löschmittel eine entsprechende Technologie benötigen, sind Feuerwehrleute, die auf der Höhe der Zeit sind, **hochspezialisierte chemotechnische Praktiker**; und wenn sie ihre Kompetenz auf hohem Niveau wahren möchten, müssen sie viel Zeit investieren in theoretische und praktische Übungen.

Aber nicht nur Mittel und Instrumentarien haben sich verändert. Feuerwehren übernehmen zunehmend Aufgaben, die erheblich über die traditionelle Brandbekämpfung hinausgehen: Rettungs-, Bergungs- und Sicherungsaufgaben bei Verkehrsunfällen, Zugunglücken, Windbrüchen, Gasexplosionen, bei Öl- und Benzinausflüssen auf Straßen oder Gewässern. Eigentlich: die ganze Palette moderner Gefährdungen. Und da mancherorts Feuerwehren auch zur Suizidverhütung gerufen werden, gibt es bei den Wehren immer mehr notfallseelsorgerisch Ausgebildete.

Ehre und Amt

Der Weg vom Feuerknecht zum angesehenen Ehrenamt bei der Freiwilligen Feuerwehr war lang. Das hängt auch damit zusammen, dass das, was wir heutzutage Ehrenamt nennen, früher etwas anderes war.

Bis ins 19. Jahrhundert hinein, bis vor unsere geschichtliche Haustür, war das Ehrenamt eine **hoheitliche Gabe**, eine heraushebende Auszeichnung. Fürsten und Könige vergaben Ehrenämter: hoheitliche Befugnisse, die wertgeschätzten Leuten überantwortet wurden, Leuten, die es außerdem nicht nötig hatten, damit Geld zu verdienen. Adelige zum Beispiel. Oder reiche oder besonders angesehene Handwerksmeister. Für sie war es eine Ehre, stellvertretend für ihren Regenten handeln zu dürfen. Und sie konnten es sich leisten, unbezahlte Zeit zu opfern. Sie konnten sich dafür auch mit einem Orden schmücken.

1848 hatten wir in Deutschland die sog. Bürgerliche Revolution. Das Bürgertum erwachte und meldete Ansprüche an – und riss sich unter anderem um

Ehrenämter. Man wollte nun ebenfalls öffentlicher Ehre teilhaftig werden: Auch wir sind Ehren-wert! **1848** wurde zudem das Recht, **Vereine** bilden zu dürfen, gegen die Herrscherhäuser durchgesetzt. Erst von da an durften sich die Deutschen zu selbstgewählten Zwecken frei zusammenschließen; nun ja: nicht ganz frei, denn bis zum heutigen Tag muss man Vereinsgründung und –zwecke gerichtlich registrieren lassen.

Fortan schossen die Vereine nur so aus dem Boden und schufen Räume für ein neues bürgerliches Ehrenamt.

Manche Leute belächeln den Verein. Das geschieht aus Unwissen und Vorurteil. Vereine waren die ersten Orte, an denen Bürger das selbstbestimmte Leben probten. Etwas durchaus Emanzipatorisches war darin: Die Menschen wollten beteiligt sein an der Ausgestaltung ihres Gemeinwesens – nach dem Motto „Als Bürger bin ich es mir schuldig, meinen Staat mitzugestalten.“

Das alte hoheitliche Ehrenamt verschwand mit den alten Eliten, aber auch, weil der Staat sich immer totaler selbstverwaltete und hoheitliche Aufgaben mit bezahlten Beamten besetzte.

Auch die neue bürgerliche Ehrenamtlichkeit bekam Risse. Im 3. Reich oder später in der DDR mussten sich viele zu freiwilligen Diensten melden, die es eigentlich lieber nicht getan hätten. Aber sie mussten es tun, um nicht aufzufallen, um nicht Nachteile zu erleiden. Es gab Begeisterung, aber auch öffentlichen Druck. So ist es sicher kein Zufall, dass „33“ das freiwillige Feuerwehrwesen allerorten aufblühte, einige wenige Jahre lang – bis man die Männer in ganz andere Feuer hetzte.

Nach 1945 konnte man kaum noch nahtlos an frühere Zeiten anknüpfen: viele der Gründer von 1933 waren gefallen, anderen stand der Sinn nicht mehr nach Uniformen und Kommandos. Es dauerte ein paar Jahre, bis die Freiwilligen Feuerwehren wieder Fahrt aufnahmen.

Und heute ist es – wenn auch aus anderen Gründen – wie in alten Zeiten: **man muss sich das Ehrenamt leisten können.** Vor allem im ländlichen Raum ist dies ein Problem. Junge Leute können nicht leben von ihrem Ort, können oft ihr Brot auch nicht ortsnah verdienen. Die von der Wirtschaft so geschätzten Tugenden Mobilität und Flexibilität sind hier ehrenamtsfeindlich, einsatzhinderlich. Besonders bei Tagesalarmen. Innerhalb von 10 Minuten soll die Freiwillige Feuerwehr im Brandfalle am Einsatzort sein. In ländlichen Räumen muss das Drei- bis Fünffache an Einheiten alarmiert werden, um die notwendige Einsatzzahl zu erreichen;

Alarmrufe müssen auf große, eigentlich zu große Gebiete verteilt werden.

Ist also die Ehrenamtlichkeit bei Rettungsdiensten und den Freiwilligen Feuerwehren auf Dauer noch zu retten? Und gegebenenfalls, wie? Die allgemeine Umstellung auf berufliche Dienste und Wehren wäre ziemlich ruinös, würde nach vorsichtigen Schätzungen das Sechs- bis Siebenfache z.B. der bisherigen Brandbekämpfungskosten ausmachen.

Ehrenamtlichkeit wird seit Jahren durchleuchtet und erforscht. Einige Trends sind unbestreitbar. Zeitgenössische Ehrenamtliche wollen **mitbestimmen**, „sich einbringen“, wie man heute sagt. Und sie würden sich engagieren, wenn das Engagement **zeitlich begrenzt** wäre, etwa auf ein Jahr oder auf zwei. Damit kann die Feuerwehr aber leider nicht dienen. Das unterscheidet das Feuerwehrencorengagement von anderen Ehrenämtern. Es geht halt nicht, dass einer mit 40 sagt: „So, jetzt hab ich's beruflich geschafft, viel weiter bring ich's nicht; jetzt steige ich mal bei der Feuerwehr ein.“ Bei der Freiwilligen Feuerwehr zu sein, braucht Vorlauf, braucht Geschichte, manchmal eine ganze Lebensgeschichte, braucht soziale Verwurzelungen. Die Freiwillige Feuerwehr ist ein soziales Kontinuum eines Dorfes.

Manche Wünsche an das Ehrenamt wären nur politisch zu lösen: In einer großen Erhebung des Niedersächsischen Sozialministeriums erklärten vier von fünf Befragten, sie würden eine ehrenamtliche Aufgabe übernehmen, wenn sie im Gegenzug weniger Steuern zahlen müssten... Manche sind auch schon mit Auslagenersatz und anderen Entlastungen zufrieden. Es gibt eine Tendenz, das Ehrenamt zu verrechnen. Der nicht mehr ganz ehrenamtliche Ehrenamtliche ist offenbar nicht erst im Kommen, sondern vielerorts schon da.

In manchen Kommunen überlegen die Parlamentarier die Auslobung einer Ehrenrente für Brandschützer...

Auch die genannte Studie bestätigt: Schulbildung und Berufsleben haben offenbar einen großen Einfluss. Menschen ohne Arbeit sind deutlich seltener bereit, ein Ehrenamt zu übernehmen, sind nämlich allgemein weniger motiviert. Beamte, öffentlich Bedienstete und Selbständige machen rund 70% der Ehrenamtlichen aus. Ist ein Mensch zufrieden und hat ein gutes Familienleben, ist er viel eher bereit, für andere etwas zu tun, als jemand, der keine Perspektiven für sich hat.

Das ist ein wichtiger Fingerzeig: Gemeinden, die ein gutes soziales Umfeld bieten, ein familienfreundliches Klima, können die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement fördern.

Manche, leider nur manche in Politik und Wirtschaft haben im Grundsatz die



Bedeutung freiwilligen bürgerlichen Engagements erkannt. Einige Landesregierungen würdigen Ehrenamtlichkeit von Schülerinnen und Schülern durch ein Beiblatt zum Zeugnis - was offenbar die beruflichen Chancen der Betroffenen erhöht. Oder Ehrenamtlichkeit wird berücksichtigt bei der Studienplatzvergabe. In einigen Kommunen gibt es Vergünstigungen: Ehrenamtliche haben freien oder verbilligten Eintritt für Kulturelles, für Verkehrsmittel, für Sportplätze, Schwimmbäder usw. Andere Kommunen haben so etwas wie eine ausgeprägte Ehrungs- und Würdigungskultur für Ehrenamtliche entwickelt, feiern öffentlich ihre Ehrenamtlichen,

zeichnen sie aus. Und manchen Ehrenamtlichen genügt es schon, wenn ihre Arbeit gewürdigt wird.

Manche Betriebe fördern die ehrenamtliche Betätigung ihrer Mitarbeiterschaften, sehen es gern, wenn ihre Mitarbeiter soziale Kompetenz erwerben. Und es sind oft gerade solche Betriebe, denen es schon auch ein bisschen weh tut, Mitarbeiter freizustellen: mittelständische.

Und ein letzter klarer Trend: das bürgerschaftliche Engagement, das Ehrenamt, auch das bei der Feuerwehr, wird immer **weiblicher**. Eine gute Chance zum Einüben gleichberechtigter Partnerschaft – und vielleicht noch viel mehr: Mozart lässt in seiner „Zauberflöte“ sein Liebespaar durch Feuer und Wasser gehen. Wer miteinander durch Feuer und Wasser gegangen ist, findet – das ist die Botschaft – zur Erfüllung, zur großen, wahren Liebe. Und wo könnte man derlei besser erleben als bei einer „gemischten“ Freiwilligen Feuerwehr?

Verwendete Literatur (Auswahl)

- A. Adler**, Studie über Minderwertigkeit von Organen, 1907
- F. Alexander**, Psychosomatische Medizin, 1951
- J. Améry**, Hand an sich legen, 1976
- J. Andereg** (Hg.), Wissenschaft und Wirklichkeit, 1977
- S.Andres/C.Faulkner**, Praxiskurs NLP 2005
- E. Ansohn**, Die Wahrheit am Krankenbett, 1975
- M. Argyle**, Non-Verbal Communication in Human Social Interaction, 9. Aufl. 2005
- Ph. Ariès**, Geschichte des Todes, 1982
- M.B. Arnold**, Emotion and personality, 1960
- J. Asendorpf**, Keiner wie der andere. Wie Persönlichkeitsunterschiede entstehen, 1988
- J.D. Barrow**, The Book of Universes, 2011
- J. Baudrillard**, Der symbolische Tausch und der Tod, 1982
- M. Böcker**, Aus Katastrophen lernen?, 2018
- M. Boss**, Einführung in die psychosomatische Medizin, 1954
- J. Bowlby**, Verlust, Trauer und Depression, 1983
- H. Bründel**, Jugendsuizidalität und Salutogenese, 2004
- H. Bründel**, Amok und Suizid – eine unheilvolle Allianz, 2011
- R.Buckman**, Was wir für Sterbende tun können, 1990
- W.B. Cannon**, The Wisdom of then Body, 1932
- S.Covey**, Die sieben Wege zur Effektivität, 1998
- J. Davy/S.Ellis**, Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, 2003
- A. DeLongis et al.**, Relationship of Daily Hassles, Upfits, and Major Life Events to Health Status, in: Health Psychology 2/1982, S. 119 ff-
- M. Depner**, Seele und Gesundheit, 4 Bände bis 2020
- G. Dollard u.a.**, Frustration und Aggression, 1970
- W.R. Dombrowski**, Katastrophe uind Katastrophenschutz: eine soziologische Analyse, 1989
- F. Dunbar**, Psychosomatic Diagnosis, 1943
- H.P. Dürr**, Physik und Transzendenz (Hg.), 1989
- H.P. Dürr**, Geist, Kosmos und Physik, 2010
- N. Elias**, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, 1984
- N. Erlemeier**, Suizidalität und Suizidprävention im Alter, 2002
- G. Everding/A.Westrich**, Würdig leben bis zum letzten Augenblick, 2.Aufl. 2001
- D. Fertig**, Menschliche Begleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst, 1997
- C. Fetscher**, Der Blick von außen. Eindrücke von einer Fachtagung. Feedback einer am Kinderschutz interessierten Journalistin, in: Sozialmagazin 6/2912, S. 26-32
- W. Feuerlein**, Alkoholismus, 6. Aufl., 2008
- S. Fischer-Fabian**, Das Rätsel in dir, 1966
- S. Freud**, Studienausgabe, 10 Bände, ab 1969
- B. Gasch**, Notfallpsychologie, 2014
- O. Genschow**, Spiegelneuronen. Was ist dran am menschlichen Wunderwerkzeug?, The Inquisitive Mind, 2017
- A. Grün**, Die spirituelle Dimension der Psychotherapie, 1996
- M.A.K. Halliday**, Relevante Sprachmodelle, in: D.Kochan (Hg.), Sprache und kommunikative Kompetenz
- P.P. Hallie**, Grausamkeit – Der Peiniger und sein Opfer, 1971
- E. Hauschildt**, Notfallseelsorge als Gestalt des Christentums – Zwischen Zivilreligion und Auftrag der Kirche, in: J.Müller-Lange/U.Rieske/J.Unruh (Hg.) Handbuch der Notfallseelsorge, 3. Aufl. 2013, S. 60-72
- C. Hohenstein u.a.**, Kritische Ereignisse in der Notfallmedizin, in: Ztschr. Notfallmedizin 2011
- M. Hirzel-Wille**, Suizidalität im Alter, 2002
- J.Hoff/J.i.d.Schmitt**, Wann ist der Mensch tot?, 1995

A. Huber, Quanten- und Energiemedizin: Das Heil aus dem Nichts? Forscher auf der Suche nach neuen, nichtpharmakologischen Grundlagen für die Gesundheitswissenschaften, in: Psychologie heute, 26. Jg., Heft 8/1999,

J. Huber, Es existiert. Die Wissenschaft entdeckt das Unsichtbare, 2011

J. Huber, Die Anatomie des Schicksals, 2019

H. Jonas, Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, 1987

D. Kahnemann, Attention and effort, 1973

G. Klein, Natürliche Entscheidungsprozesse. Über die Quellen der Macht, die unsere Entscheidungen lenken, 2003

E. Kübler-Ross, Verstehen, was Sterbende sagen wollen, 2000

C. Lasch, The Culture of Narcissism, 1991

R.Launier/R.S.Lazarus, Stress-Related Transactions between Person and Environment, 1978

P.Lichtenstein/M.Gatz/S.Berg, A twinstudy of mortality after spousal bereavement, in: Psychological Medicine, 28/1998, S. 635 ff.

J. Lublinski, Gegenwart dauert drei Sekunden, DW Made for minds, 2005

K. Lückel, Begegnungen mit Sterbenden, 5. Aufl. 2001

N. Luhmann, Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen, in: H.U.Otto/S.Schneider (Hg.), Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 1, 1973, 21 ff.

M. MacPherson, The Black Box, 1984

Th.H. Macho, Todesmetaphern. Zur Logik der Grenzerfahrung, 1987

E. Makowka, Humanes Sterben im Krankenhaus, 1998

K. Marbe, Die gerichtspychologische Begutachtung von Autounfällen, 1932

H.R.Maturana/F.J.Varela, Der Baum der Erkenntnis, 1987

A. Mehrabian, Silent Messages, 2. Aufl. 1981

S. Molcho, Körpersprache als Dialog, 1987

W. Noack, Familien kennen und beraten, Studienbrief 4, FS Sozialtherapie, Weilrod 2020

A.Newberg/M.R.Waldman, Die Kraft der mitfühlenden Kommunikation, 2013

H. Pohlmeier, Depression und Selbstmord,3. Aufl.1995

E. Pöppel, Grenzen des Bewusstseins. Über Wirklichkeit und Welterfahrung,1985

A.Poggendorf, Raumbedeutung, in: Umwelt und Gesundheit 4/2000, 137ff.

H.-E. Richter, Flüchten oder standhalten, 1976

H.-E. Richter, Der Gotteskomplex, 1979

F. Riemann, Grundformen der Angst, 45. Aufl. 2019

M. Quante, Wann ist der Mensch tot?, in: Zeitschrift für philosophische Forschung, 49/1995

P.Ripota, Die sieben großen Rätsel der Forschung, in: P.M.Perspektive, 1999, 2831

C.R. Rogers, Die nicht-direktive Beratung, 1972

C.R. Rogers, Die klientbezogene Gesprächstherapie, 1973

C.R. Rogers, Der neue Mensch, 1981

J. Scheppach, Leben im Einklang mit der inneren Uhr, 2001

W. Schmidbauer, Der neue PsychotherapieFührer, 1997

W. Schmidbauer, Art. Krise, in: Wilhelm Arnold/Hans Jürgen Eysenck/Richard Meili (Hg.), Lexikon der Psychologie, Bd. 2, 1971, Sp. 369;

W. Schmidbauer, Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, 1977;

W. Schmidbauer, Die neuen "sozialen Berufe" und die Professionalisierung der Nächstenliebe, in: Diak. Werk Berlin (Hg.), Hilfe zum Helfen, 1982, 26 ff.;

F. Schön, Das Herz: Das zweite Gehirn des Körpers, WW 9/2010

J. Schramm/H.Seidlitz, *Person droht zu springen ... Talk-down*. In Müller-Lange, J. (Hrsg.): Handbuch Notfallseelsorge, 2001

P.Schüssler/A.Conrad/D.Wagner, Der andere Blick in Feuerwehr und Rettungsdienst. Ein Projekt der Notfallseelsorge Hamburg, DocPlayer.org, 2022

H. Seibert/ W.Noack, Die Krise der Sozialarbeit und ihre autopoietische Chance, in: Soziale Arbeit spezial, 1996

R. Sheldrake, Der siebte Sinn des Menschen. Gedankenübertragung, Vorahnungen und andere unerklärliche Fähigkeiten, dt. 2021

W. Seifert, Das Gedächtnis der Gene – Die Gene des Gedächtnisses, 2018

M. Seligman, Todesursache Selbstaufgabe, Psh 7/1976, 20 ff.

M. Seligman, Erlernte Hilflosigkeit, Weinheim-Basel 1999;

D. Sölle, Phantasie und Gehorsam, 1968
Y. Spiegel, Der Prozess des Trauerns: Analyse und Beratung, Mainz 1989
P. Sporken, Umgang mit Sterbenden, 1973
P. Sporken (Hg.): Was Sterbende brauchen, Freiburg i.Br. 1982
P. Strasser, Die verspielte Aufklärung, 1986
R. Student, (Hg.): Das Hospiz-Buch, Freiburg i.Br. 1989
D. Sudnow, Organisiertes Sterben, 1973
H. Timm, Zwischenfälle, 1983
H. Timm, Das Weltquadrat. Eine religiöse Kosmologie, 1985
M. Tsokos, Deutschland misshandelt seine Kinder, 2014
Hch. Völkel, Zur Psychopathologie und Klinik der neurotischen Depression, 1958
F. Waterstraat, Psychische Belastungen im Feuerwehreinsatz, 2003
F. Waterstraat, Wenn plötzlich alles anders ist. Notfallseelsorge im Einsatz, 2008
L. Watson, Beyond Supernature, 1986
P. Watzlawick u.a., Menschliche Kommunikation, 1972
ders., Wie wirklich ist die Wirklichkeit?, 1976
P. Watzlawick, Selbsterfüllende Prophezeiungen, in: ders. (Hg.), Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?, 5. Aufl. 1985, 91 ff
J. Wegner, Warum immer ich? – Schicksal. Eine Betriebsanleitung, 2014
J. Wegner, Die Magie des Zufalls
C.F. von Weizsäcker, Der Garten des Menschlichen, 1984
P.R. Wellhöfer, Selbstmord und Selbstmordversuch, Stuttgart 1981
A. Wheelis, Geist, zit. nach D.Hofstadter/D.C.Dennett, Einsicht ins Ich, 1986
G. Wiendieck, Arbeits- und Organisationspsychologie, 1994
E.O. Wilson, Sociobiology, 1975
W. Wolfensberger, Elemente der Identität und Persionen des christlichen Wohlfahrtswesens, in: Diakonie 3/1980
M. Wolfersdorf, Suizidalität, in: Der Nervenarzt 11/2008

Dies ist ein Studienbrief der Landakademie Weilrod e.V., der einzigen Landakademie in Hessen – und der einzigen in Deutschland, deren Leitungsorgane und Dozenten auf ehrenamtlicher Basis tätig sind. (Land-)Akademien sind keine Hochschulen, sie sind – um einmal Wikipedia zu bemühen – „Fort- und Weiterbildungseinrichtungen – vor allem für Multiplikatoren in sozialen und kulturellen Berufen, die mit staatlicher Unterstützung getragen werden“. Daher steht auf allen Urkunden der Landakademie e.V. – sei es auf bloßen Teilnahmebestätigungen, sei es auf Prüfungszeugnissen – „Gefördert vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst“.

Absolventinnen und Absolventen können nach dem Durcharbeiten dieses Studienbriefs eine Prüfung ablegen: zum Critical Incidents Coach (CIC).