

Vom „Spiel der Masken“ zur Kommunikation unter Menschen

Begegnung zwischen Kranken und Helfern im Spital

1. Der Mangel an Kommunikation

Wer immer mit Menschen zu tun hat, weiß, daß die Vereinsamung eines der Leiden unserer Zeit ist¹. Isolierung wird schon durch Technik und Lebensweise bewirkt²: Wir fahren in unseren Autos wie in Käfigen durch das Land. In unseren Häusern verstummt das Gespräch, sobald das Fernsehgerät eingeschaltet ist.

Viele von uns haben die Kunst von Gespräch und Begegnung verlernt und leiden nun unter einem Mangel an zwischenmenschlicher Kommunikation. Nicht umsonst beschäftigt dieses Problem Schriftsteller und Philosophen unseres Jahrhunderts von Kafka bis Bergmann und von Buber bis Sartre. Nicht umsonst steht der Ruf nach einer Wiederbelebung des Dialogs im Vordergrund: Ob wir nun an das letzte Konzil oder an das Leben in der weltlichen Gemeinschaft denken.

2. Die besonderen Verhältnisse im Krankenhaus

Im Krankenhaus (besonders in den Abteilungen für Schwerkranke) treffen religiös-seelsorgerische und weltlich-soziale Aspekte zusammen: Hier warten Kranke, oft todkranke Menschen, auf die liebevolle Begegnung mit anderen, mit den helfenden Menschen, die den Leidenden in ihren seelischen und leiblichen Nöten beistehen, ihre Schmerzen lindern und ihre Vereinsamung und Angst, die bis zur Todesangst geht, beseitigen sollen. Hier im Krankenhaus bekommen Dialog und zwischenmenschliche Kommunikation ganz besonderes Gewicht³.

Wenn wir uns mit diesem Thema näher befassen wollen, können wir von mehreren Seiten herangehen: Wir können uns zunächst mit der Natur der zu vermittelnden Botschaft befassen, sodann mit der Grundhaltung der vermittelnden Personen und schließlich mit der Situation der Angesprochenen, d. h. der Patienten im Krankenhaus.

a) Die Botschaft

Die Botschaft, die man einem vereinsamten und verzweifelten Menschen bringen muß, sollte zweifellos eine tröstliche Wahrheit sein⁴. Wie kann man aber etwas Wahres und zugleich etwas Tröstliches sagen, wenn man weiß, daß sich ein Mensch in schwerer Bedrängnis befindet, daß es vielleicht mit ihm zu Ende geht, daß er vor dem Tode steht?

In diesem Zusammenhang wird schon lange darüber diskutiert, ob man überhaupt einem Schwerkranken die Wahrheit über seinen Zustand sagen solle und, wenn ja, wer dann diese Wahrheit aussprechen solle und wie dies zu geschehen habe. Die Meinungen gehen hier sehr auseinander: Es gibt Leute, die empfehlen, dem Patienten mit brutaler Offenheit die Wahrheit zu sagen und es ihm dann selbst zu überlassen, mit seiner Situation fertig zu werden; andere empfehlen, den Kranken bis zuletzt mit einer barmherzigen Lüge zu täuschen und ihn selbst dann, wenn er vor dem Sterben steht, immer noch an seine Gesundung glauben zu lassen⁵.

Ich glaube, beide extreme Standpunkte gehen am Wesentlichen vorbei. Beide ent-

¹ Bolech P., *Altenpastoral in Gegenwart und Zukunft*, St. Gabriel - Wien 1974, 17 ff.

² Rütger B., *Krankenhaus und Politik*, Kohlhammer, Berlin 1973, 57 ff.

³ Bowers M., *Wie können wir Sterbenden beistehen?* Kaiser, München 1974, 159 ff. *Sporken P.*, *Umgang mit Sterbenden*, Patmos, Düsseldorf 1976.

⁴ Bolech P. / Huber H., *Sterbehilfe heute*, in *ThPQ* 126 (1978), 42 ff.

⁵ Ansohn E., *Die Wahrheit am Krankenbett*, Furcht, Hamburg 1975, 24 ff.

sprechen Fehlhaltungen, die entstehen, wenn die Heilkunst in oberflächlicher Wissenschaftlichkeit steckenbleibt, so daß ihr der Zugang zum vollen Wesen des Menschen, zu seinem Leben und Sterben, versperrt bleibt. Nur wer die Gesamtwirklichkeit des Menschlichen erfaßt, wer an den Sinn des Lebens, des Leidens und auch des Todes glaubt, nur wer davon überzeugt ist, daß die menschliche Existenz mit dem physischen Tod nicht endet, sondern in eine geheimnisvolle Dimension der Unsterblichkeit führt, kann dem Sterbenden tröstliche Botschaft überbringen. Wir werden im folgenden dies noch klarer aufzeigen können⁶.

Nebenbei bemerkt: Ich schreibe es jener einseitigen, nicht die ganze menschliche Wirklichkeit umfassenden Anschauung auch zu, daß es manchmal zu gefährlichen Verirrungen kommt, wo dann die Tötung von „hoffnungslos Erkrankten“ vorgeschlagen wird: Wer das Leben des Menschen nur als mechanischen Ablauf physischen Geschehens sieht, ist natürlich allzu leicht bereit, den „menschlichen Apparat“, sobald er nicht mehr „funktioniert“, als sinnlos abzuschalten⁷.

b) Die Grundhaltung der Vermittler

Es ist leicht einzusehen, daß es auf die Grundhaltung derer, die dem Kranken eine tröstliche Botschaft übermitteln sollen, sehr ankommt. Nur wer selbst eine positive Einstellung zum Menschen hat, wer mit der Herausforderung des Lebens ebenso wie mit der Herausforderung des Todes fertig wird, kann dem Schwerkranken, der sich ja in der unmittelbaren existentiellen Not der Todesangst befindet, seelisch helfen⁸.

Wer aber selbst mit dem Gedanken an seinen eigenen Tod nicht fertig wird, hat es da schwer. In dem Buch „Interviews mit Sterbenden“ der Schweizer Ärztin Elisabeth Kübler-Ross⁹ heißt es dazu: „Um die richtige Form der Begegnung zu finden, sind zwei Voraussetzungen nötig: Vor allem die Fähigkeit des Arztes, dem eigenen Tod ins Auge zu sehen. Falls das für ihn schwierig ist und er den Tod für ein furchtbares Ereignis und für ein Tabu hält, kann er nicht ruhig und hilfreich mit seinen Patienten darüber reden.“ Wenn wir nicht selbst dem Tod gelassen gegenüberstehen, wie können wir dann unseren Patienten helfen?

c) Die Situation des Patienten, das „Spiel der Masken“

Neben der Haltung des Helfers muß auch die besondere Situation des Patienten, der Hilfe empfangen soll, bedacht werden. Vor dem Arzt, der Schwester, dem Seelsorger liegt vielleicht „ein zu Tode erschrockener Mensch“, der sich aus Angst vor einer erahnten, aber noch nicht verarbeiteten Wahrheit zurückzieht: Er flüchtet in die Abkapselung oder in eine kämpferische Abwehrhaltung, in Wehleidigkeit oder in Trotz, in dumpfe Verzweiflung oder in zur Schau getragene Euphorie¹⁰. Der Kranke nimmt gleichsam eine Maske vors Gesicht und läßt den anderen nicht an sich herankommen. Wenn nun auch der Helfer – aus Angst, Unsicherheit oder Verlegenheit – ähnlich reagiert und sich hinter eine Maske flüchtet, beginnt das, was ich ein „Spiel der Masken“ nennen möchte. Jede wahre Kommunikation wird dadurch zunichte gemacht¹¹.

3. Die Masken der Krankenhelfer

Die Maske ist ein Theaterrequisit prähistorischen Ursprungs. Sie dient dem Schauspieler dazu, eine andere als seine eigene Person darzustellen, eine Rolle zu spielen, die nicht die Rolle seines Lebens ist, und einen Dialog zu führen, der nicht seiner eigenen,

⁶ Bowers M., ebd. 103 ff.

⁷ Sporken P., Darf die Medizin, was sie kann? Patmos, Düsseldorf 1971, 203. Vgl.: Menschenwürdiges Sterben, Sterbensbeistand und Euthanasie, in Texte der Pastoralkommision Ost., St. Gabriel 1977, 13.

⁸ Bolech P. / Huber H., ebd. 41.

⁹ Kreuz-V., Stuttgart 1971, 35.

¹⁰ Sporken P., Umgang mit Sterbenden, Patmos, Düsseldorf 1976, 77 ff.

¹¹ Bowers M., ebd., 59 ff.

sondern einer fiktiven Persönlichkeit entspricht. Auf der Bühne ist die Maske ebenso wie im Faschingstreiben ein unschuldiges Mittel, sich zu verbergen. Jeder Zuschauer weiß, daß er es mit einer kostümierten Person zu tun hat.

Es gibt aber auch (wenigstens im Gleichnis) weniger unschuldige Masken. Masken, die täuschen wollen, Masken, unter deren Schutz Böses geschieht, und schließlich Masken, die den Träger verbergen und vor wirklichen oder vermeintlichen Gefahren schützen sollen. Über die – nicht immer unschuldigen – „Masken im Gesellschaftsleben“ gibt es verschiedene tiefgründige Äußerungen von Nedoncelle¹² und von einigen Autoren der Frankfurter Schule. Auch die Masken, die im Umgang zwischen Kranken und Krankenhelfern getragen werden, um eine unmittelbare Begegnung auszuschließen, möchte ich zu diesen keinesfalls ungefährlichen Requisiten zählen¹³.

a) Die Maske des Arztes

Der Arzt, der einen direkten oder persönlichen Kontakt mit dem schwerleidenden Menschen scheut, kann sehr leicht sein Menschsein hinter der Maske des Berufes verstecken: In einer strikt technischen Interpretation seiner Aufgabe kann er alle Requisiten hoch entwickelter therapeutischer Technik einsetzen, Proben entnehmen, Messungen vornehmen, diagnostizieren und kontrollieren, die Behandlung und Betreuung des Patienten im Krankenhaus organisieren und überwachen, Anweisungen geben und eine Art medizinischer Administration von höchster bürokratischer Vollendung durchführen. Mit all dieser Geschäftigkeit wird er wohl an etwas sehr Wesentlichem, an der unmittelbaren Kommunikation mit dem Patienten, vorbeigehen. Er wird auch den Patienten von einer vielleicht vorliegenden Selbsttäuschung nicht befreien. Der Patient macht – hinter seiner Maske verborgen – das „Theater“ mit. Es kommt nicht zur existentiellen Selbstfindung, zur Katharsis, zur Begegnung.

Wenn ein Arzt sich auf diese Weise – hinter der Maske des Technikers verborgen – einer wesentlichen Aufgabe entzieht, wird er sich vor sich selbst gelegentlich damit rechtfertigen, daß eben die Anwendung „handgreiflicher“ therapeutischer Methoden seine Aufgabe sei, daß ihm nicht die Seele, sondern der Körper des Patienten anvertraut sei, daß er dem gegenwärtigen Stand seiner Wissenschaft entsprechend handle. Er wird sich wohl auch damit rechtfertigen wollen, daß sein Beruf schon so schwer genug sei und daß man ein über seine unmittelbare Aufgabe hinausgehendes Engagement von ihm nicht verlangen könne.

Bowers M. analysiert in ihrem Buch „Wie können wir Sterbenden beistehen?“ genau die Maske des Arztes, die unter verschiedenen Aspekten auftreten kann. Davon greife ich einige heraus:

(a) „Der Arzt sieht und handelt beruflich. Er hat ein bestimmtes Verhalten, eine bestimmte Autorität, Kleidung und Ausrüstung, durch die er gewöhnlich einen Abstand zwischen sich und dem Patienten schafft, um die direkte Begegnung zu vermeiden. In der Szenerie des Krankenhauses beansprucht er die Autorität eines Hohenpriesters, dessen Wort Gesetz ist und der mit absoluter Allmächtigkeit über Leben und Tod regiert“ (60).

(b) „Die Fachsprache kann zur Maske werden. Der Arzt weiß, was er sagt, ist aber ganz sicher, daß die Worte, die er gebraucht, für den Patienten wenig oder gar keinen Sinn haben. Hier verstößt die Sprache gegen ihre Funktion, da sie den Sinn des Gesagten eher verschleierte als ihn mitzuteilen. Das befriedigt vielleicht die Bedürfnisse des Arztes, aber die Bedürfnisse des Patienten werden mißachtet“ (60).

(c) „Es gibt die Maske der Requisiten. In diesem Fall besteht die Abwehr darin, daß immer etwas Gegenständliches zwischen dem Arzt und dem Patienten bleibt. Das kann eine Sauerstoffmaske, ein Stethoskop oder eine subkutane Spritze sein. Was es auch sei, es wird zu einem Punkt, der die Aufmerksamkeit auf sich zieht, der die empfindsame Seele des Arztes gegen die Gefühle und die Angst des Patienten abschirmt und es dem Arzt ermöglicht, in seiner Arbeit fortzufahren, geschützt vor einer direkten Begegnung mit dem Patienten“ (61).

(d) „Es gibt die Maske der Unpersönlichkeit. Der Patient gerät nur als Fall oder als

¹² In seinem Buch „La Réciprocité des Consciences“, Paris 1942.

¹³ Masken als Abwehrmechanismen bei Bowers M., 59 ff.

Krankheit ins Blickfeld. Ein Arzt bat seine Krankenschwester, im Wartezimmer nachzusehen, wie viele Patienten noch da seien. Nachdem sie die Tür geöffnet und im Zimmer umhergeschaut hatte, hörte man sie sagen: „Das Herz und die Lunge sind noch hier.“ Die Tendenz, sich lieber auf die Krankheit als auf den Patienten zu beziehen, gibt dem Arzt die Möglichkeit, sich nur mit dem Teil der Person zu beschäftigen, bei dem er sich sicher fühlt... Wenn er das Unpersönliche betont, kann der Arzt die Beziehung aufnehmen und wieder abbrechen, ohne daß der Kern seines Wesens von Gefühlen überflutet wird, mit denen er nur schwer fertig werden könnte“ (61).

(e) „Die Maske der Krankenhausroutine nimmt dem Patienten fast unmerklich jene Aspekte seines Lebens, die seine Persönlichkeit und seine Würde bestimmen“ (61).

b) Die Maske der Krankenschwester

In einigen Punkten hat sie es leichter als der Arzt: ihre Autorität (und weitgehend ihre Verantwortlichkeit) hängt vom Arzt ab, der den Weg der Behandlung vorzuzeichnen und die Entscheidungen zu fällen hat. Die Schwester könnte sich so sehr leicht hinter der Maske der Erfüllungsgehilfin verstecken und sich damit begnügen, in genauer Observanz und mit einem „aufgesetzten freundlichen Gesicht“ die verschiedenen Handgriffe durchzuführen. Auch sie könnte ihre Rolle als Maskenträgerin rechtfertigen: es sei ihr nicht zuzumuten, sich mit all dem Leid und mit den menschlichen Problemen, die sie umgeben, persönlich auseinanderzusetzen. Dazu sei sie zu sehr beschäftigt, dazu sei die Zahl der Patienten, die ihrer Pflege anvertraut sind, zu groß. Sie könnte sich selbst die Frage stellen, was sie die Verzweiflung der Leidenden angehe und ob es nicht einzig und allein ihre Aufgabe sei, im Bedarfsfall, besonders bei sterbenden Patienten, Beruhigungspillen zu verabreichen? Das Beruhigungsmittel, das verabreicht werden kann, könnte wirklich zur Maske werden, um den Patienten und sein unangenehmes Verhalten, das zwischen ihm und den Menschen um ihn möglich wäre, weiter zu entfernen.

c) Die Maske des Priesters

Dem Priester wird es sicher am schwersten fallen, sich hinter einer Maske zu verbergen, um einer erschütternden menschlichen Begegnung auszuweichen. Schließlich erwartet man von ihm, daß er sich der seelischen Not der Menschen, deren Obsorge ihm anvertraut ist, annimmt. Er ist Seel-Sorger.

Und doch kann auch er in „maskenhafte“ Routine verfallen, sein Menschsein hinter formelhafter Liturgie verbergen und aus dem pastoralen Wirken seelsorglichen „Betrieb“ entwickeln, in unverbindlicher, routinemäßiger Betriebsamkeit erstarren. Auch er spielt dann das „Spiel der Masken“ mit, in dem jede Person der „Krankenhausbühne“ eben das tut, was nach „eingespielter“ Tradition von ihrer Rolle erwartet wird.

Bowers M. beschreibt in ihrem Buch „Wie können wir Sterbenden helfen?“ auch einige Aspekte der Maske, die der Priester tragen kann.

(a) „Da ist zunächst die Maske der Absonderung. Der Akt der Ordination kennzeichnet einen Menschen als Hüter der heiligen Geheimnisse, als ob er mehr als andere von der Wahrheit kenne und ihm Kräfte verliehen seien, die jenen Menschen vorbehalten bleiben, die besonders qualifiziert sind. Die genaue Tragweite dieser abgesonderten Stellung ist vielleicht mehr eine Folge der Vorstellung der Gemeinde von diesem Amt als eine Folge der Anmaßung des Pfarrers, aber das besagt doch nur, daß der Pfarrer besonders bemüht sein sollte, aus dieser Sonderstellung herauszutreten“ (73).

(b) „Weiters gibt es die Maske der rituellen Handlung. Festgefügte Gebete und traditionelle Handlungsweisen machen es möglich, eine Beziehung zu einem Menschen aufzunehmen, ohne sich der vollen Begegnung mit seiner Persönlichkeit aussetzen zu müssen, weil die Verbindung mehr allgemeiner als persönlicher Natur ist. Wenn er neben dem Bett steht, kann der Pfarrer die Frage: „Wie werden Sie mit all dem fertig?“ vermeiden und statt dessen fragen: Sollen wir ein kurzes Gebet sprechen? Diese Worte bewahren den Pfarrer vor dem Fühlen des Patienten und er kann schnell wieder in die Welt jenseits des Krankenzimmers entfliehen, mit dem Gefühl, er habe seine Pflicht getan; in Wirklichkeit läßt er den Patienten jedoch noch einsamer zurück und noch stärker von den Menschen isoliert, die einen Zugang zu seinen Empfindungen finden können“ (73).

(c) „Auch die Verkündigungssprache kann als Maske fungieren. Ungebräuchliche Worte, denen der traditionelle Brauch Gewicht verliehen hat, die aber nur wenig persönliche Bedeutung haben, können eher eine Trennwand aufrichten als eine Brücke bilden . . . Wendungen wie ‚rettende Gnade‘ und ‚erlösende Kraft‘ können einen vertrauten Klang haben, der mit gottesdienstlichen Handlungen in Verbindung gebracht wird, aber sie bedeuten dem Patienten vielleicht wenig und sagen ihm nichts, da der tiefere Gehalt dieser Worte nie ganz ausgeschöpft wurde. Sie bedeuten vielleicht für den Pfarrer etwas oder sind tröstliche Redewendungen, von denen mit Bestimmtheit gesagt werden kann, daß ihre tiefere Bedeutung nicht in Frage gestellt werden wird“ (74).

(d) „Dann gibt es die Maske der besonderen Kleidung. Die spezifische Amtstracht, die die Geistlichen traditionsgemäß tragen, verschafft ihnen vielleicht ohne weiteres Zugang zum Krankenhaus, aber sie sagt: ‚Ich bin anders als du‘, zu einem Zeitpunkt, wo es wichtig wäre, zu sagen: ‚In diesem Augenblick teile ich mit dir die Gedanken und Gefühle, die in deine Einsamkeit eindringen‘“ (74).

(e) „Schließlich gibt es die Maske der Geschäftigkeit. Manche Pfarrer kultivieren sorgfältig die Vorstellung, daß sie von einer Vielzahl wichtiger Aufgaben in Anspruch genommen seien und daß sie diese vielen Pflichten unterbrächen, um dem sterbenden Patienten durch ihren kurzen Besuch rasch eine Gefälligkeit zu erweisen. Ihr Kommen und Gehen hat etwas Magisches an sich, das bedeutet: ‚Die Tatsache, daß ich hier gewesen bin, sollte deine Bedürfnisse befriedigen‘; auf diese Weise gehen sie mühelos der Tatsache aus dem Wege, daß nur das, was wirklich getan wird, eine besondere Bedeutung hat“ (74).

d) Masken von Verwandten und Freunden

Auch die Angehörigen, die Freunde und Bekannten schlüpfen oft in eine Maske. Es soll aber hier weniger die Rede von jener Verstellung sein, die Liebe und Fürsorge nur vorspiegelt, während dahinter die Gleichgültigkeit und Lieblosigkeit lauern. Auch das kommt vor und ist traurig genug; die Patienten spüren es auch, sie wissen genau zu unterscheiden, ob der Besucher ehrlich ist oder nicht¹⁴.

Noch tragischer ist es aber oft, wenn die Verwandten dem Patienten in der Maske der Zuversicht entgegentreten, obwohl sie in Wirklichkeit vom hoffnungslosen Zustand des Kranken wissen, darunter leiden und ihr eigenes Leid verdecken. Diese Verwandten und Freunde würden selbst Hilfe brauchen, um mit ihrem Leid, das sie nicht zeigen dürfen, fertig zu werden. Zu einer wahren Hilfe dem Kranken gegenüber, zu einer Kommunikation der Wahrheit und der gemeinsamen Bewältigung des Leidens sind sie in dieser Lage nur schwer fähig.

e) Das „Spiel der Masken“ als Erschwernis und als Erleichterung der Kommunikation

Wir haben gesehen, daß das gegenseitige Maskentragen aller im Krankenhaus handelnden und leidenden Personen zunächst die Kommunikation erschwert. Wie Trennwände lassen diese Masken die Menschen nicht wirklich zueinander kommen. Auch der Krankenbesuch wird zur Farce. Indem jeder nur gleichsam eine einstudierte Rolle spielt, kommt es zu keiner wahren Begegnung, zu keiner Aussprache, zu keiner gemeinsamen Bewältigung der Situation. Man wollte eine Begegnung, aber es wurde eine Farce daraus, eine Art Gesellschaftsspiel am Krankenbett. Am Ende des Besuches fühlt sich der Patient so allein wie am Anfang. Kein Mitmensch hat ihn als Mitmenschen in seiner Not erkannt, angenommen, getröstet. Eine echte Kommunikation hat nicht stattgefunden. Hier tritt die große Gefahr auf, daß der Patient in eine so große Depression gerät, daß ihm alles gleichgültig erscheint.

Tournier P. beschreibt¹⁵, wie der Patient in seiner schweren Depression beim Krankenbesuch reagiert: „Man glaubt, ihm Freude zu machen, und man erregt ihn. Man glaubt, ihn zu trösten, und man provoziert ihn. Auf dieses lebendige Fleisch haben die liebsten Worte eine brutale Wirkung. Wenn man ihm sagt, daß er gut aussieht, wird er erwidern, daß man die Leute nicht vom Aussehen her beurteilen soll. — Wenn man ihm das nächste Mal sagt, daß er nicht so gut aussieht, wird er bemerken, daß man sich nicht stören lassen sollte, um ihn zu besuchen, daß man so zu seinem Elend beitrage. Wenn man nichts von seinem Leid

¹⁴ Bolech P., Das Bild des kranken Menschen, in „Arzt und Christ“, Müller, Salzburg, 15. Jg. (1969) 102.

¹⁵ In seinem Buch „Krankheit und Lebensprobleme“, Basel 1965, 13 ff.

sagt, wird er euch verständnislos finden. Wenn ihr ihm die Ergebenheit ratet, findet er euch selbst zu rasch ergeben, und wenn ihr eine energische Reaktion ratet, wird er bestreiten, daß das leicht ist, wenn man nicht krank ist; wenn ihr zu ihm über das Kreuz und die Liebe des Leidens spricht, wird er sagen, daß ihr nicht wisset, worum es sich handelt.“

Es ist klar, daß zuerst das Trennende, das Maskenhafte der Begegnung abgebaut werden muß. Aber zunächst ist sie eben da, die Maske, die zu starke Identifikation mit der jeweiligen Rolle (des Patienten, des Besuchers, des Priesters, des Arztes u. a.). Hat aber diese Ausgangsposition nicht auch ihr Gutes? Die Rolle des Priesters, des Besuchers, des Arztes usw. gibt mir die Möglichkeit, „auf der Bühne zu erscheinen“. Wesentlich ist nur, daß ich dann nicht im Masken- und Rollenhaften steckenbleibe, sondern die „theatralische Situation“ durchbreche und zur warmen, aufrichtigen menschlichen Kommunikation vorstoße¹⁶.

4. Der Weg über die Maske zur echten Kommunikation

Die Maske, die uns zunächst sogar den Zugang (wie eben dargestellt) erleichtern kann, später aber echte Kommunikation unmöglich macht, muß also überwunden werden. Dazu freilich bedarf es eines Abbaues der Angst und der Befangenheit. Solange dies nicht geschehen ist, können wir uns von den Masken nicht befreien.

a) Die Überwindung der Angst

Um die Grundangst, die Angst vor dem Tode, zu überwinden, gibt es nur einen Weg, den Weg des Glaubens. Es ist der Glaube an Gott, an die Auferstehung und die Unsterblichkeit, der Glaube an ein Leben des Menschen jenseits des Todes, in einer göttlichen Sphäre des Lichtes, der Gerechtigkeit, der Liebe und des Glückes. Es ist dabei nicht unabdingbare Voraussetzung, daß dieser Glaube immer glasklar – gleichsam dogmatisch – formuliert und völlig problemlos erlebt wird; es genügt, daß er in den Tiefen des Herzens gegenwärtig ist. (Es handelt sich hier wohl überhaupt um ein zentrales Thema der Theologie und insbesondere auch der Krankenseelsorge, das hier nicht näher besprochen werden kann und muß¹⁷.)

b) Die Überwindung der Maske

Fällt die Angst, so wird auch bald die Maske fallen. Man braucht sie nicht mehr. Nach dem „Spiel der Masken“ folgt menschliche Kommunikation. So wird etwa der Arzt seiner Rolle als Arzt treu bleiben, aber dabei nicht stehenbleiben. Er wird aus ihr heraustreten und sich als Mitmensch, als Bruder des Patienten fühlen. Er findet das Wort zu ihm als Mensch, wenn er ihm seinen ärztlichen Dienst anbietet. Er läßt ihn verstehen, daß er versteht, was in ihm geschieht. Durch seine Ruhe und Selbstverständlichkeit läßt er ihn wissen, daß sein Zustand schwer, aber nicht voll des Unheils ist; er hilft ihm behutsam, einen Weg zu finden, würdig und sinnvoll zu sterben. Das Wort Tod braucht dabei nicht einmal ausgesprochen zu werden. Es genügt, daß man sich verstehend versteht. Es gibt auch Dialoge ohne Worte.

Ähnliches kann man von der *Krankenschwester* sagen. Sie kann den Patienten verstehen lassen, daß sie ihren Dienst nicht gleichgültig versieht. Der Patient empfindet das, er ist dankbar dafür, wenn ihn die Schwester nicht kalt und geschäftig, sondern mit Liebe, ja mit einer gewissen Mütterlichkeit versorgt. Seine Dankbarkeit kommt aus dem Wissen, daß sie nicht mehr tun kann. Er verlangt nicht von ihr, daß sie für ihn weint... Der kranke Mensch braucht in seiner existentiellen Not nicht nur eine exakte Versorgung, er braucht vielmehr als lebendiger Mensch das persönliche Umsorgtsein, er braucht das Menschliche. Die Hilfsbereitschaft der Betreuer und der Ein-

¹⁶ Bowers M., ebd., 75 ff.

¹⁷ Boros L., Der Tod als Entscheidung, in „Aus der Hoffnung leben“, Walter, Olten 1972, 23 ff.

satz des Herzens sind unabdingbarer Bestandteil ihrer Berufung. Ja, sie ist die Quelle und die Kraft aller Hilfsmaßnahmen im einzelnen¹⁸.

Der *Priester* am Krankenbett wird dann zu einer wahren Kommunikation mit dem Patienten gelangen, wenn er in Ansprache und Gebet innere Teilnahme verrät, die Handlungen der Liturgie und die Spendung der Sakramente mit innerem Glauben erfüllt. Gefühl und Takt werden es ihm erleichtern, den Augenblick abzuwarten, in dem der Patient selbst ihn akzeptiert¹⁹. Der Seelsorger wird dann von sich aus jede Aufdringlichkeit vermeiden, die etwa dadurch entstehen könnte, daß man auf eine möglichst genaue Ausführung aller Zeremonien übertriebenen Wert legt. Der *Priester* wird im Gespräch (so wie dies ja auch vom Arzt verlangt wird) nicht mit der „brutalen Wahrheit“ beginnen, sondern die Hoffnung in den Vordergrund stellen, die Wertschätzung des Leidens und des leidenden Menschen bekunden. Er sollte dabei an Christus denken und an das Bild Christi unter den Gläubigen (aber auch Halbgläubigen und Ungläubigen), das ein Bild der göttlichen Barmherzigkeit ist und bleibt.

Die *Verwandten und Freunde* werden dann leichter zu einer unverfälschten Begegnung mit ihrem Kranken in der Stunde existentieller Not befähigt sein, wenn sie sich, so gut sie es vermögen, dem Glauben erschließen und durch Bewältigung des Todesgedankens hinsichtlich ihres eigenen Todes ebenso (wie des Todes ihrer Angehörigen) im Sterben nur den Übergang zu einem anderen Sein sehen und so in der Hoffnung einer Wiedervereinigung mit ihren Lieben verbleiben. Sie können dann den Hinübergang eines lieben Angehörigen mit Liebe und Verständnis begleiten, sei es mit oder ohne Tränen. So werden alle am Ende zueinander finden, ihre Rolle ohne verzerrende Maske spielen und zu echter gegenseitiger Kommunikation und zum Zusammenwirken in einem der schwierigsten und bedeutendsten Momente gelangen.

c) *Ein gegenseitiges Einander-Aufrichten*

Wir haben zu Beginn unserer Überlegungen die besondere Situation im Krankenhaus betrachtet, um zu verstehen, welche besonderen Schwierigkeiten in der dortigen Situation der Kommunikation unter den Menschen entgegenstehen und wie diese zu überwinden sind.

Ich möchte zum Abschluß noch einmal einen Blick auf die Atmosphäre im Krankenhaus werfen und über Beobachtungen sprechen, die manchen fürs erste überraschen werden. Es gibt gerade im Krankenhaus manch unerwartete Voraussetzungen, die der Kommunikation förderlich sind.

Da gibt es einmal überall hervorragende Ärzte, Krankenschwestern und Priester, die durch Menschlichkeit, Schwung und Optimismus eine günstige Atmosphäre schaffen. Gerade das Leid sowie die Notwendigkeit, aber auch die Möglichkeit, es im Zusammenwirken zu lindern und zu ertragen, führen die Menschen zusammen. Wenn dann echte Kommunikation gelungen ist, fühlen sich alle Betroffenen durch eine eigenartige, fast undefinierbare Offenbarung des Göttlichen im Menschen über die Grenzen von Zeit und Elend hinaus erhoben. Dem Ernst dieser Stätte zu Trotz gibt es in einem Krankenhaus auch Heiterkeit, und in manchen Stunden scheint hier mehr wahre Freude zu herrschen als in irgendeinem Lokal draußen. Man freut sich über die Besserung mancher Patienten und ist fast traurig, wenn einer das Krankenhaus verläßt, um in seinen gewohnten Lebenskreis zurückzukehren; und selbst die, die hier ihre letzte irdische Stunde erlebt haben, umgeben uns wie Freunde des Hauses, wie Schutzgeister für jene, die leiden und gegen das Leiden ankämpfen.

So wird ein Krankenhaus oft ein gutes Zentrum tiefer Verbundenheit unter den Menschen, eine Stätte der Kommunikation, ein Herd der Menschlichkeit, der auf die ihn umgebende Gesellschaft eine wohltuende Wirkung ausübt.

¹⁸ Bolech P., Mensch sein im Krankenhaus, Dolomiten 3. 11. 1978; Rütger B., Die Krankenschwester, Lambertus-V., Freiburg 1955.

¹⁹ Mayer-Scheu J., Seelsorge im Krankenhaus, Grünewald, Mainz 1974, 23.