



Vereinigung der deutschschweizerischen evangelischen Spital-, Heim- und Klinikseelsorger und -seelsorgerinnen

Vereinigung der katholischen Spital- und Kranken-Seelsorgerinnen und -Seelsorger der deutschsprachigen Schweiz

www.spitalseelsorge.ch



Ökumenische Fachgruppe Palliative Care – Berichte

Der vielfältige Arbeitsalltag von Palliative Care

Psychische Krankheit, Alltag, Freundschaft, Suizid, Trauer, Supervision

Bericht von Michael Seitz

Michael Seitz ist reformierter Klinikseelsorger (50%) im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden in Herisau (PZA) und Spitalseelsorger (30%) im Kantonalen Spital Herisau (KSU).

Ich möchte in meinem Beitrag zwei Personen vorstellen, Frau A. und Herrn B., zwei Menschen die ich in einem Zeitraum von gut fünf Jahren begleitet habe. Die Begegnungen mit ihnen gehörten zu meinem Arbeitsalltag. Mit Herrn B. verband mich ein freundschaftliches Verhältnis. Beide lernte ich kennen, als ich in Herisau Klinikseelsorger wurde. Frau A., Mitte 70, lebte im Wohn- und Pflegezentrum (WPZ), einem psychiatrischen Altersheim, das sich auf dem Campus des Psychiatrischen Zentrums befindet. Herr B., Ende 50, war häufig auf dem Gelände des Psychiatrischen Zentrums anzutreffen, wo er viele Bekannte hatte, gelegentlich war er auch Patient. Ich versuche, in aller Kürze das Verhältnis zu skizzieren, das sich zu beiden Personen ergab, formuliere die offenen Fragen, die sich mir nach ihrem Tod stellten, und beschreibe den Trauerprozess, den der Tod dieser beiden Menschen in mir auslöste. Ich hoffe, damit einen Beitrag zum vielfältigen Arbeitsalltag von Palliative Care zu schreiben, in dem sich Kolleginnen oder Kollegen wiederfinden. Vielleicht habt ihr ähnliche Situationen in eurer Arbeit erlebt?

So stelle ich euch Frau A. und Herrn B. vor. Frau A. kam als Frau, die lange mit einer psychischen Krankheit lebte, plötzlich in eine palliative Situation. Herr B. hat sich suizidiert. Er hat keine palliative Situation durchgestanden. Da die Begleitung von Menschen, die sich suizidieren, auch zum Alltag von Seelsorgenden gehört, stelle ich ihn in diesem Bericht vor. Mir ist natürlich bewusst, dass Suizide nicht unter das Thema Palliative Care fallen.

Ich bin dankbar, dass ich Frau A. und Herrn B. kennenlernen konnte. Ich bewundere sie für die ihnen jeweils sehr eigene Art und Weise, mit der sie als Menschen mit einer psychischen Krankheit gelebt haben.

Frau A.

Frau A. hatte das Herz auf der Zunge. Wenn ich am Morgen in mein Büro ging, traf ich meist auf Frau A., die unter einem Laubengang an einem der dort aufgestellten Tische sass und eine Rauchpause einlegte. Dann wurde ich wortreich begrüsst. Frau A. erzählte von den Hausarbeiten, die sie auf ihrer Station gerade erledigte. Da mir Hausarbeiten nicht fremd sind, habe ich manchmal ein paar Sätze mit ihr geplaudert. Wenn ich es eilig hatte, war ich auch mal kürzer angebunden. So begannen viele Arbeitstage für mich plaudernd.

Als ihr Mann, der sie oft besuchte, überraschend starb, entdeckte ich eine ganz andere Seite von Frau A.. Unsere Plaudereien gingen weiter. Doch hinter den vielen Worten stand eine sehr sensible Frau, die sehr tief und bewegend um ihren Mann trauerte. Sie erzählte weiter von ihren Alltagsaufgaben, sie erzählte von ihrer Trauer, manchmal fast im selben Atemzug. Ich spürte, dass hier etwas nicht überhört werden durfte. Frau A. war katholisch und wurde über viele Jahre von meinem katholischen Kollegen begleitet. Daher habe ich Frau A. nicht regelmässig besucht, unsere Begegnungen ergaben sich meist zufällig. Einmal, anlässlich eines kurzen Aufenthaltes im Spital Herisau, ging ich geplant zu ihr. Ein Schwerpunkt meiner Arbeit ist, Psychiatriepatientinnen und -patienten im Spital Herisau aufzusuchen. Der Besuch selbst ist mir nicht mehr in Erinnerung, nur die Reaktion von Frau A., die danach fast jedes Mal, wenn sie mich im Wohn- und Pflegezentrum sah, rief: «Du hast mich im Spital besucht!» Alltag mit Frau A.

Als ein weiterer Spitalaufenthalt für Frau A. anstand, besuche ich sie auf der Intensivstation. Sie war vorher an der Dialyse, jetzt bestand die Hoffnung, dass sich Frau A. wieder erholte und ihre Niere wieder funktionieren würde. Frau A. begrüßte mich wie gewohnt wortreich, sie vermisste ihre Zigarettenpause. Nach unserem Gespräch habe ich, wie ich es oft im Spital mache, einen Segen für Frau A. gesprochen. Ganz unvermittelt fragte mich Frau A. danach: «Muss ich sterben?» Ich gab die Antwort: «Nein, Sie müssen nicht sterben! Sie werden sich wieder erholen!» Die Pflegenden hatten mir kurz vorher gesagt, ihr Zustand sei stabil.

Frau A. wurde auf eine Station gelegt, doch sie erholte sich nicht. Um ihre Niere nicht zu belasten, wurden ihre Psychopharmaka abgesetzt. Frau A. war nun nicht mehr ansprechbar, doch jetzt fiel ihr wirrer Blick denen, die sie besuchten, verstörend auf. Die Pflegenden im Wohn- und Pflegezentrum wiesen mich darauf hin, dass Frau A. unter Wahnvorstellungen zu leiden beginnt, wenn sie ihre gewohnten Medikamente nicht bekommt. Bei der nächsten Visite habe ich den behandelnden Arzt darauf angesprochen. Es wurde ihr mehr Morphium gegeben. Ihr Gesichtsausdruck wurde ruhiger. Dennoch hatte ich den Eindruck, dass Frau A. um ihr Leben rang, leider vergeblich. Frau A. wurde zusehends schwächer und starb.

Als mir ihr Tod mitgeteilt wurde, war mein erster Gedanke: «Das war kein schöner Tod!» Ein wenig beschämt war ich darüber, dass ich es ihr nicht mehr sagen konnte, als sich ihr Zustand verschlechterte. Das musste zwischen uns offen bleiben. Ich spürte, dass ich um Frau A. mehr trauerte als um andere Patientinnen und Patienten. In der Gruppensupervision, die ich regelmässig besuche, wurde mir gesagt, dass mich sehr viel mit Frau A. verbunden hat. Meine Trauer um Frau A. ist verständlich, auch wenn mich ihre Intensität überrascht. Ich gestehe mir diese Trauer zu und bekomme durch die Supervision einen Blick dafür, dass Alltag verbindet, auch im professionellen Arbeiten mit Menschen.

Herr B.

Herr B. war ein Original und ein Lebenskünstler. In seiner Werkstatt produzierte er Kunsthandwerk aus Holz und Metall, das auf den umliegenden Märkten verkauft wurde. Wenn es wärmer wurde, trat er mit seiner Klarinette als Strassenmusikant auf; war es kälter, spielte er in Bars und Gaststätten. Herr B. war überall bekannt.

Seit seiner Jugend litt er an Schizophrenie; schon früh war er durch Europa gereist. Als Jugendlicher musste er gelegentlich von seinen Verwandten unter dramatischen Umständen in die Schweiz zurückgeholt werden. Nach seiner Lehre hatte er als Zimmermann im Trockenbau gearbeitet. Er war ein kräftiger Mann, der zupacken konnte. Gleichzeitig hatte er eine feinfühligkeit, konnte gelegentlich aber auch sehr aggressiv werden. Mit der Zeit entstand zwischen Herrn B. und

mir ein freundschaftliches Verhältnis. Ab und zu lud ich ihn in der Mittagspause im Spital zum Essen ein. Wir sassen dann meist, wenn es nicht allzu kalt war, auf der Dachterrasse, ein geschützter Ort, an dem wir ungestört sprechen konnten. Wenn es ihm schlecht ging, war er meist für einige Wochen in der Klinik, häufig auf der Akutstation. Hier besuchte ich ihn, wenn es möglich war. Einmal wurde ich von der Stationsleiterin zurückgehalten. Er hatte ihr gesagt, dass er gerade jedem Pfarrer eins in die Fresse hauen könne.

Herr B. hörte Stimmen, böse Stimmen, gegen die er einen «geistlichen Kampf» führte, indem er sie mit Worten der Heiligen Schrift bekämpfte. Er war bibelfest. Eine Zeitlang besuchte er die Gottesdienste einer sehr konservativen evangelikalen Freikirche.

Als Herr B. mir mehr zu vertrauen begann, habe ich mit ihm über die beengenden Ansichten dieser Freikirche gelegentlich diskutieren können. Insbesondere hatte Herr B. als Mann Mühe mit der rigiden Sexualmoral, die ihm dort vermittelt wurde. Wenn es ihm gut ging, war es möglich, beengende religiöse Vorstellungen mit ihm in Frage zu stellen. Wenn es ihm schlecht ging, wusste er, «wo Gott hockt», und liess mich dies mit seiner profunden Bibelkenntnis wissen. Dann schrieb er mir viele SMS, die fast nur aus Bibelstellenangaben bestanden. Dann war er am Kämpfen.

Gelegentlich habe ich ihn in solchen Situationen gefragt, wie es ihm eigentlich geht. Durch diese einfache Frage konnte das Gespräch meist in ganz andere Bahnen gelenkt werden. Er konnte dann von sich erzählen; ich konnte Anteil nehmen an seiner Situation.

Herr B. empfand eine tiefe Scham darüber, psychisch krank geworden zu sein. Eine Scham darüber, was er im Laufe seines Lebens seiner Familie mit dem Verlauf seiner Krankheit zugemutet hatte. Diese Scham, es nicht geschafft zu haben, begleitete Herrn B..

Als ihm zwei Jahre vor seinem Tod nach einem Streit seine Wohnung und seine Werkstatt gekündigt wurde, war er zunächst in einer verzweifelten Situation. Gleichzeitig stand ein Klinikaufenthalt an. Es gelang Herrn B., der in ständigem Krach mit seinen wechselnden Beiständen lebte, ohne fremde Hilfe wieder eine Wohnung und eine Werkstatt zu finden. Dabei halfen ihm die vielen Kontakte im Dorf.

In der Zeit der Wohnungssuche kam es zu einem Streit zwischen Herrn B. und mir. Nach meinen Sommerferien sah ich Herrn B. in der Klinik-Cafeteria. Wir begrüsst uns, er erzählte mir, dass er einen neuen Beistand bekommen habe, der ihm bei der Wohnungssuche helfen solle. Am nächsten Tag sei ein Gespräch geplant. Ich schlug ihm vor, dieser neuen Person eine Chance zu geben. Doch damit eskalierte die Situation schlagartig. Herr B. schüttete mir ein grosses Glas mit Wasser an mein Hemd. Ich brach das Gespräch ab und Herr B. den Kontakt zu mir.

Mein Supervisor fand dann, das sei doch eigentlich eine entlastende Situation. Und das war es denn auch. Herr B. hatte Kontakt zu anderen Seelsorgern, was mir bekannt war. Er hatte ein Beziehungsnetz, das ihn trug. So konnte ich gut in Distanz zu Herrn B. gehen. Es brauchte ein Jahr, bis Herr B. wieder den Kontakt zu mir suchte. Er entschuldigte sich bei mir. Dabei bestätigte sich, was ich nach dem Kontaktabbruch geahnt hatte: Es hätte nicht viel gefehlt und Herr B. wäre handgreiflich geworden. Ich hielt weiterhin eine gewisse Distanz zu ihm.

Einige Monate vor seinem Tod beobachtete ich Anzeichen von Verwahrlosung bei Herrn B. Es beruhigte mich, dass ein Klinikaufenthalt bevorstand, sodass er zumindest wieder regelmässig essen würde.

Wieder standen Sommerferien an. Kurz nach meiner Rückkehr erfuhr ich, dass sich Herr B. am Wochenende vorher während eines Wochenendurlaubs suizidiert hatte. Die Erschütterung war gross, zumal auf der Station davon ausgegangen wurde, dass für Herrn B. ein Suizid aus religiö-

sen Gründen nicht in Frage käme! Manche seiner Mitpatientinnen und -patienten sowie einige Pflegende kannten Herrn B. seit Jahrzehnten. Herr B., der Lebenskünstler, war seines Lebens müde geworden! Die Art und Weise, wie er aus seinem Leben schied, liess auf einen sehr überlegten Suizid schliessen.

Es galt auszuhalten, dass Herr B. vermutlich mit niemanden über seine Suizidgedanken gesprochen hatte. Es galt auszuhalten, dass ein Mensch mit einer sehr bewegten und leidvollen Biografie, der gleichzeitig ein Lebenskünstler war, diesen Weg gegangen ist.

Zum Schluss Herr C.

Ich möchte diesen Bericht abschliessen, in dem ich von Herrn C. erzähle. Manchmal sitzt er dort, wo früher Frau A. sass, und raucht. Herr C. ist ein sehr schweigsamer Mann.

Herr C. hilft im Stall, kümmert sich um die Hühner und die Gänse. Sein Tag beginnt in aller Frühe. Mit Herrn C. verbindet mich eine etwas abenteuerliche Reise in seinen Heimatkanton, auf der ich ihn begleitete. Seitdem grüsst mich Herr C. freundlich. Wie gesagt, Herr C. ist sehr schweigsam. Vor ein paar Wochen hat der Fuchs Hühner im Stall gerissen. Das musste er mir erzählen. Das Leben geht weiter, auch im Alltag eines Seelsorgers. Gott sei Dank!

Das Leben geht weiter! Zum Leben gehört die Trauer um Menschen. Mir half es, mit Pflegenden, Patientinnen und Patienten Erinnerungen an Frau A. und Herrn B. auszutauschen; die gegenseitige Betroffenheit zur Sprache zu bringen; auszusprechen, wo uns Frau A. und Herr B. als Menschen fehlten. Es half mir, in der Supervision meine Trauer über Frau A. reflektieren zu können. Bei Herrn B. war es für mich hilfreich, dass ich die Nähe und die Distanz zu ihm in der Supervision anschauen konnte. Ich hatte nach seinem Tod nicht das Gefühl, ihm etwas schuldig geblieben zu sein.

Das Leben geht weiter! Zum Leben gehören Sympathie und freundschaftliche Gefühle, auch in der professionellen Begleitung von Menschen. Es tut mir gut, mir gelegentlich bewusst zu machen, dass mich mit den Menschen, die ich länger begleite, mehr verbindet, als ich auf den ersten Blick meine.

(Auf das Thema Freundschaft in helfenden Beziehungen wird kurz und gut im folgenden Buch eingegangen: Peter N. Watkins, Recovery – wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker, Bern 2009. Watkins hat sein Buch als Psychiatrieerfahrener und Psychiatriepraktiker geschrieben. Ein sehr lesenswertes Buch!)

Frau A. und Herr B. haben mir bewusst gemacht, dass auch die Trauer einen Platz haben muss, wenn wir Menschen über lange Zeit als Seelsorgende begleiten. Sie haben mir gezeigt, dass freundschaftliche Gefühle bei der professionellen Begleitung von Menschen entstehen können. Dazu gehört auch die Trauer, die sich einstellt, wenn Menschen von uns gehen, die wir lange begleitet haben.

Herisau, 6. Juli 2016

Michael Seitz, michael.seitz@svar.ch

Mit herzlichen Dank an die beiden Herisauer Kolleginnen für ihr kritisches Mitdenken beim Verfassen dieses Artikels!