

Reinhold Gestrich

Gespräche mit Schwerkranken

Krisenbewältigung durch
das Pflegepersonal

3., vollständig überarbeitete
und neu gestaltete Auflage

Kohlhammer | *Pflege*

Wissen und Praxis

Der Autor:

Pfr. Dr. Reinhold Gestrich war viele Jahre als Krankenhausseelsorger an verschiedenen Krankenhäusern tätig und arbeitet seit 2000 als Gemeindepfarrer an der Frauenkirche in Esslingen a. N.

Reinhold Gestrich

Gespräche mit Schwerkranken

Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal

3., überarbeitete und neu gestaltete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

3., überarbeitete und neu gestaltete Auflage 2006

Alle Rechte vorbehalten

© 1991/2006 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 3-17-018907-7

E-Book-Formate:

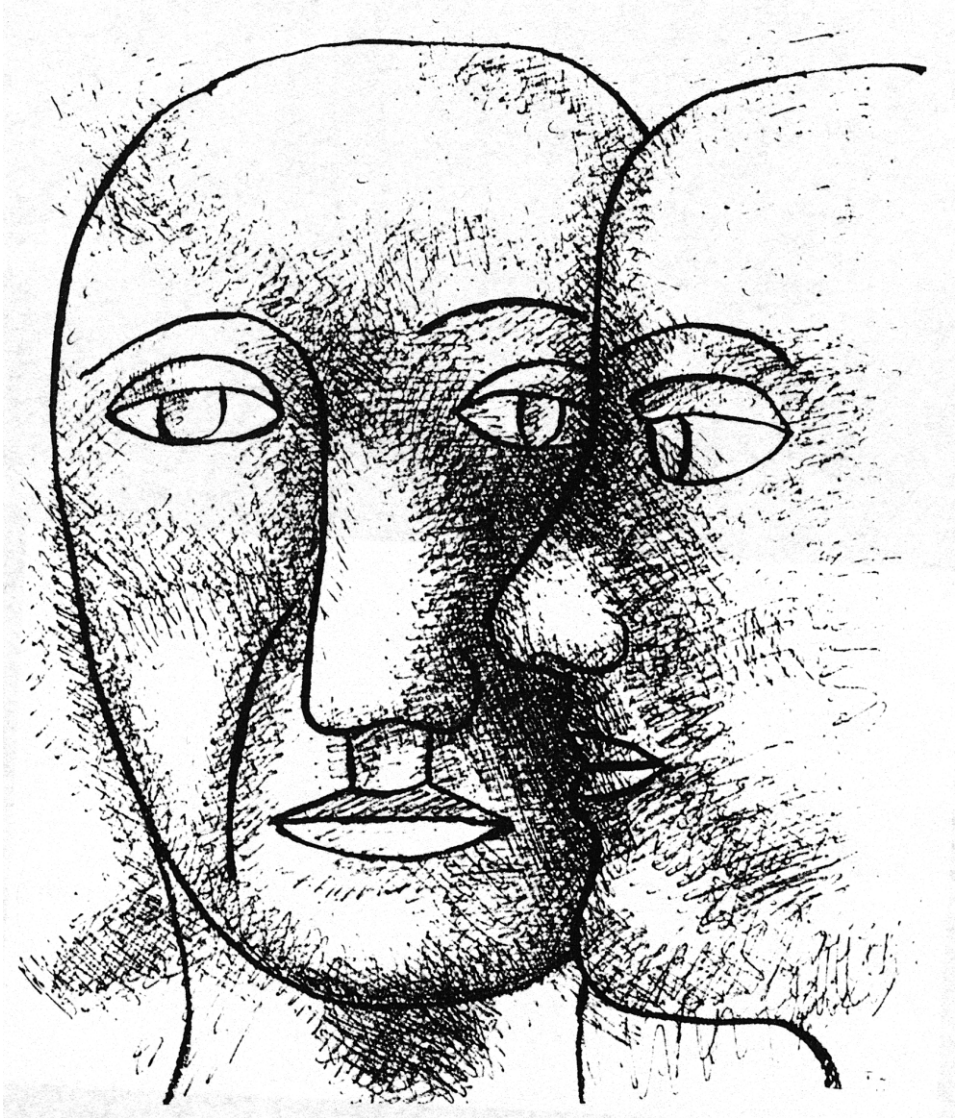
pdf: ISBN 978-3-17-026497-7

Inhalt

1	Menschliche, patientenzentrierte, gesprächsorientierte Pflege	9
1.1	Gespräche gehören dazu	9
1.2	Helfen und heilen – Berufsmotivation und Gespräch	11
1.3	Pflege – vom ganzen Menschen für den ganzen Menschen	12
1.4	Hindernisse beim Gespräch mit Patienten	13
1.5	Nicht ablassen, sich um eine befriedigende, ganzheitliche, gesprächsfördernde Pflege zu bemühen	16
1.6	Literatur	18
2	Die Krise der Krankheit	21
2.1	Ins Krankenhaus kommen	21
2.2	Schwer krank werden	22
2.3	Gefühlsreaktionen bei schwerer Krankheit	24
2.4	Die Krise einer schweren Krankheit innerlich bewältigen	26
2.5	Sinn- und Existenzfragen bei schwerer Krankheit	28
2.6	Begleiten in schwerer Krankheit	30
2.7	Literatur	32
3	Wenn Schwerkranke schwierig werden	35
3.1	Verbergen negativer Gefühle	35
3.2	Die schwierige Lage der Menschen im Krankenhaus	36
3.3	Patienten stellen manchmal schwere Fragen	37
3.4	Schwierige Patienten sprechen über Umwege	38
3.5	Schwierige Patienten sind oft sterbenskranke Patienten	40
3.6	Umgang mit schwierigen Patienten	41
3.7	Grenzen der persönlichen Zuwendung	43
3.8	Literatur	44
4	Das helfende Gespräch in der Pflege	47
4.1	Vorbemerkung: Gespräch der pflegenden Hände	47
4.2	Innere Bewegung beim teilnehmenden Gespräch	47
4.3	Mechanismen, mit denen man sich Schweres „vom Leib halten“ kann	48
4.4	Beziehungsmuster im pflegerischen Gespräch	51
4.5	Haltungen im Gespräch mit Schwerkranken	52
4.6	Aufgabe der Wahrnehmung	53
4.7	Regeln der Gesprächsführung	55
4.8	Weitere praktische Hinweise – „Kleines ABC“ der Begleitung	57
4.9	Literatur	63

5	Lernbeispiele zum Gespräch mit Schwerkranken	65
5.1	Am Ende der Behandlung oder: „Wenn man nicht isst, wird man nicht gesund“	65
5.2	Aktive Sterbehilfe oder: „... dass ich dort wäre, von wo es keine Rückkehr mehr gibt“	67
5.3	Drohender Selbstmord oder: „Leider habe ich meine Pistole weggegeben“	69
5.4	Wut gegen das Schicksal oder: „Sie machen hier stur Ihren Stiefel, ohne Rücksicht“	72
5.5	Depression überwinden oder: „Viele Zehen sind weg, ich glaub‘ alle“	74
5.6	Hoffnung in der Hoffnungslosigkeit oder: „Ich glaube, dass Gott auch die Löcher versteht“	76
6	Tröstende Pflege	81
6.1	Trost als Auftrag im Krankenhaus	81
6.2	Trostbedürftigkeit im Krankenhaus	82
6.3	Trost, der „nicht trägt, sondern trägt“	83
6.4	Trösten – reden oder schweigen	85
6.5	Trösten – nicht vertrösten	86
7	Die „Wahrheit am Krankenbett“	91
7.1	Patient und Wahrheit	91
7.2	Argumente gegen eine Patientenaufklärung	94
7.3	Argumente für eine Patientenaufklärung	96
7.4	Verhaltensweisen im Umgang mit der Wahrheit	97
7.5	Mitteilung der Wahrheit als Hilfe zum Sterben	100
7.6	Literatur	101
8	Sprechen mit Menschen, die nicht mehr sprechen können	103
8.1	Die Not der Sprachbehinderten und unsere Not mit ihnen	104
8.2	Sprechen mit Apoplex-Patienten	106
8.3	Sprechen mit Menschen im Koma	107
8.4	Apallisches Syndrom und Hirntod	110
8.5	An Schläuchen angeschlossen	111
8.6	Depressives Verstummen	112
8.7	Literatur	113
9	Gespräche mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind	115
9.1	Einführung	115
9.2	Ansätze einer verbesserten Gesprächskultur	116
9.3	Literatur	121

10	Aufgaben im Umgang mit Sterbenden	123
10.1	Im schwersten Amt	123
10.2	Die seelische Dimension des Sterbens	125
10.3	Seelische Bedürfnisse der Sterbenden	128
10.4	„Schwester, muss ich sterben?“ – „Warum darf ich nicht sterben?!“	129
10.5	Sterbebeistand durch Pflegende	131
10.6	Die Betreuung Sterbender in einer anthroposophischen Klinik	135
10.7	Begleitung der Angehörigen	136
10.8	Literatur	138
	Stichwortverzeichnis	139



Fernand Léger: Zwei Köpfe (1939)

(© VG Bild-Kunst, Bonn 2005)

1 Menschliche, patientenzentrierte, gesprächsorientierte Krankenpflege

1.1 Gespräche gehören dazu

Vieles kann man bei einer dreijährigen Pflegeausbildung lernen – eines wird man wohl ungelernt mitbringen: die Freude am Menschen und die Fähigkeit zum Gespräch mit den Patienten. Die Pflege ist eine uralte, urmenschliche Form der Zuwendung füreinander, die den Gesprächskontakt selbstverständlich mit einschließt. Alle Tätigkeiten bei der Pflege am Krankenbett, beim Transport der Kranken durch die Klinik, beim Essenreichen oder Spazierenführen auf dem Flur sind verbunden mit Anrede und Unterhaltung. Es beginnt mit der Begrüßung am Morgen und dem ersten Gespräch beim Bettenmachen, dem dann bald eine Information über den Ablauf des Tages folgt. Kontakte ergeben sich daraufhin ununterbrochen: beim Abrufen der Patienten zu den Untersuchungen, beim gemeinsamen Gang zu den Funktionsabteilungen oder in den OP, beim Anhängen von Infusionen und beim Verbandwechsel, beim Ausgeben von Medizin und bei der Vermittlung von Erklärungen, bei allen Tätigkeiten am Bett vom Einreihen bis zum Waschen, vom Spritzen bis zum Messen, vom Essen geben bis zum An- und Auskleiden im Bett. Je besser den Pflegenden das Ansprechen der Patienten gelingt, desto besser wird das menschlich-therapeutische Klima auf einer Station.

Das Miteinander-Reden geschieht als Frage-und-Antwort-Spiel oder kurzer Wortwechsel, als aufmunterndes Ansprechen oder sachliche Information, als schnelle Erkundigung oder als ausführliches Eingehen auf den Patienten. Dabei besteht jede Begegnung mit den Patienten aus sachlicher, praktischer ebenso wie aus geistiger und seelischer Substanz. In der ausgewogenen Zusammensetzung dieser unverzichtbaren Substanzen ist sie pflegerisch oder, was dasselbe ist, menschlich.

Dass die sachlichen „Arbeitsinhalte“ und die menschlichen „Pflegeziele“ in enger innerer Beziehung stehen und in der täglichen Praxis nicht voneinander zu trennen sind, lässt sich an folgender Übersicht erkennen (Tab. 1).

Formen des
Gesprächskontakts

Es muss nicht mehr betont werden, dass die Pflege, obwohl sie in gewisser Hinsicht eine ausgesprochen „handwerkliche“ Tätigkeit ist, zu den Berufen gehört, in denen der verbale Kontakt und das Gespräch im Mittelpunkt stehen. Das „Werkstück“ Mensch kann eben nicht leben, ohne angesprochen zu werden, und er ist insbesondere dann darauf angewie-

Bedeutung des Gesprächs

Tab. 1:
Praktische Arbeitsinhalte
und menschliche Pflegeziele

Praktische Arbeitsinhalte	Menschliche Pflegeziele
• begrüßen, aufnehmen, einweisen • informieren, erläutern, erklären (z. B. Untersuchungsziele, Behandlungsmaßnahmen) • sich selbst informieren, den Zustand des Patienten kennen lernen, ihn beobachten • Begleitgespräche bei Verrichtungen aller Art	• kennen lernen, Beziehung aufbauen, Ängste minimieren, heimisch machen • Vertrauen schaffen, Verständnis erwecken, Geborgenheit vermitteln, Sicherheit geben • persönliche Zuwendung schenken, die seelische Befindlichkeit erkunden, Teilnahme zeigen • eingehen auf Bitten, Klagen, Wünsche usw.

sen, wenn er krank ist. Patienten bedürfen der Anrede und des Zuspruchs, der persönlichen Beachtung, der Nachfrage und der Aussprache, weil sie darin erleben, dass sie als Leidende nicht allein gelassen, sondern beachtet und verstanden werden. Pflegende widmen i. d. R. ca. 50% ihrer Arbeit dem Gespräch mit Patienten. Wie der Beruf des Lehrers, Erziehers, Sozialarbeiters oder Seelsorgers, so ist auch die Pflege einer der großen Humanberufe. Sie ist immer noch in der Nähe von so „unausgebildeten“ Menschheitsberufen wie „Mutter“ und „Schwester“, aber ebenso in der Nähe von so spezialisierten Heilberufen wie Arzt und Psychotherapeut angesiedelt.

Weiterführende Fragen

Im Folgenden sollen einige Beobachtungen über Gespräche auf einer Station verschiedene Aspekte aufdecken und verdeutlichen. Was ereignet sich jeden Tag in unserem Zusammensein mit den Patienten? Wie ist der Zustand der „Gesprächskultur“? Wo sind Defizite spürbar und wo bestehen Verbesserungsmöglichkeiten? Wie können die Pflegenden zum Nutzen der Patienten ihr eigenes Einfühlungsvermögen und ihre Gesprächsfähigkeit stärken? Was brauchen insbesondere die Schwerkranken von ihnen? Auf dem Weg zur Beantwortung dieser Fragen sollen auch die Schwierigkeiten bedacht werden, unter denen die Gespräche der Pflegenden möglicherweise zu leiden haben. Anhand von Anregungen und Beispielen kann das eigene Gesprächsverhalten überprüft werden, mit dem Ziel, die Sensibilität der gesprächsführenden Pflegepersonen zu unterstützen und Hilfen für eine ganzheitliche Betreuung der Patienten zu geben. So möchte das Buch dem Ziel ein wenig näher führen, dass die Patienten die Begleitung erhalten, die sie benötigen und die wir ihnen ja auch geben möchten.

1.2 Helfen und heilen – Berufsmotivation und Gespräch

Fast alle, die einen Pflegeberuf ergreifen, nennen als Motiv für die Berufswahl den Wunsch, anderen Menschen zu helfen. Sie wählen die Pflege also nicht nur deshalb, weil sie die Arbeit mit Menschen der Arbeit an Maschinen vorziehen, sondern auch, weil sie sich Menschen, die Hilfe brauchen, fürsorglich zuwenden wollen. So steht am Anfang der Berufslaufbahn vielleicht ein mitmenschliches Ideal mit folgenden Zielsetzungen:

Motiv des Helfers

Beispiel 1: „Ich möchte mich den Patienten zur Verfügung stellen und ganz für sie da sein. Durch meinen Dienst will ich ihre Schmerzen lindern, ihr Leid erleichtern und ihre Genesung mit Hingabe fördern. Die Patienten sollen sich durch meine Pflege nicht nur körperlich, sondern auch seelisch wohl fühlen. Deshalb will ich jede Gelegenheit nützen, den Patienten im Gespräch mit Verständnis und Teilnahme zu begegnen. Der psychischen Seite der Krankheit will ich meine Aufmerksamkeit schenken und auf die Gefühle der Patienten achten, die mit ihrer Behandlung einhergehen. Ich möchte mich außer um die medizinischen Probleme auch um die menschlichen, familiären und sozialen Belange kümmern. In allem zeige ich mich aufgeschlossen, einfühlsam und gesprächsbereit, und ich bemühe mich um Freundlichkeit und ein fröhliches, zugewandtes Wesen.“



Freilich gibt es auch Faktoren, die den hier zum Ausdruck kommenden Vorstellungen von Pflege im Weg stehen. Nicht ganz zu unterschätzen sind diejenigen Hindernisse, die – ohne dass wir es wissen – in unserer eigenen Person verborgen sind. Eines sei hier schon genannt: das Bedürfnis, anderen zu helfen, ist manchmal gleichbedeutend mit einem besonderen Bedürfnis nach Nähe. Daran ist an sich nichts Problematisches – im Gegenteil. Doch kann das Bedürfnis, anderen Menschen nahe zu kommen, manchmal dazu führen, dass man den Abstand zu ihnen verliert. Helfende Beziehungen sind wohl auch dadurch gekennzeichnet, dass man für sie immer eine gewisse Distanz braucht. Helfende Personen möchten sich dem anderen zuwenden, aber gleichzeitig auch von ihm abwenden, so dass sie Raum haben, sich zu schützen, genau wahrzunehmen und zu fühlen, gründlich zu überlegen und erst dann zu sprechen oder zu handeln. So gilt es in der Krankenpflege wie auch in anderen helfenden Beziehungen, die naive Nähe, die vielleicht mehr der Helfende selbst und weniger die Kranken brauchen, zu unterscheiden von der Nähe, die dem anderen weiterhilft. Trotzdem ist die Berufsmotivation Helfen, verbunden mit dem Wunsch, anderen nahe zu kommen, eine ganz wertvolle Voraussetzung auch für das mitmenschliche Gespräch. Mit diesem inneren Beweggrund kann sich ein Pfleger gut in die Patienten einfühlen und sie begleiten. Im Patienten-

Aufrechterhalten
von Distanz

kontakt geht es zunächst und hauptsächlich um diese Grundhaltung: ich möchte da sein und bereit sein für den anderen, wenn er mich braucht!

1.3 Pflege – vom ganzen Menschen für den ganzen Menschen

Ganzheitlicher Pflegebegriff

Das Reizvolle an der Pflege ist, dass sie sich nicht auf einzelne Fertigkeiten und Handreichungen reduzieren lässt und auch dann noch nicht richtig definiert ist, wenn man sagt, sie sei eine Tätigkeit der Hände, verbunden mit menschlicher Anrede. Vielmehr ist Pflege erst dann richtig beschrieben, wenn man sie umfassend sieht: als helfende, heilende Zuwendung eines ganzen Menschen zu einem ganzen Menschen. Ebenso wenig, wie wir den Patienten in getrennt zu betrachtende Bestandteile aufteilen wollen, genauso wenig kann auch die Pflegefürsorge sich aufspalten in Handwerk und emotionale Betreuung oder medizinische Dienstleistung und mitmenschliche Fürsorge.

Krankenpflege ist nicht denkbar ohne medizinische Ausbildung, pflegerische Erfahrung und handwerkliche Sorgfalt, aber auch nicht möglich ohne Mitgefühl, Interesse, Hingabe und partnerzentriertes Nachdenken. Ob man nur Blutdruck misst oder Infusionen anhängt, ob man den täglichen Patientenbericht schreibt oder den Arzt bei der Visite berät, ob man einen Patienten auf die Operation vorbereitet oder ihm in schweren Nöten beisteht – immer ist der ungeteilte Mensch gefordert, der ganzheitlich seine Berufsaufgabe erfüllt. Die Patienten brauchen nicht nur die Hilfe des Pflegenden, sondern auch ihn selbst, seine Nähe, Zuwendung und Freundschaft, seinen Geist und seine Gedanken, denn auch diese haben eine therapeutische Wirkung und tragen zur Genesung bei. Darum darf man feststellen: die Pflege ist gleichermaßen manuelle Tätigkeit wie menschliche Begleitung.

Heilende Wirkung menschlich ganzheitlicher Gespräche

Menschlich-ganzheitliche Gespräche haben eine heilende Bedeutung sowohl für die Patienten als auch für die Pflegenden. Ihre Ausgeglichenheit erhalten können sie nur, wenn auch sie – wie die Patienten – Nähe und Beziehung erleben. Gespräche werden im Krankenzimmer auch deswegen geführt, damit es den Pflegenden gut geht. Sie dürfen sich – mit zu beachtenden Grenzen – auch als einfache Menschen und Privatpersonen mit ihren normalen Bedürfnissen nach Kontakt und Anteilnahme in die Pflege einbringen. Wenn sie das tun, werden sie mit Befriedigung spüren, dass die Patienten ihnen vertrauen und dass sie miteinander Menschen sind.

Schlussfolgernd kann man genau dies als das Schöne an der Pflege bezeichnen: Es ist möglich, die Lebendigkeit, Kraft und Liebe eines Menschen in diesen Beruf einfließen zu lassen. Ist man bereit, diese persönlichen Güter zu investieren, dann kann in einem bei der Arbeit mit den

Patienten vielleicht das Glücksgefühl entstehen, von dem F. NIGHTINGALE vor über 100 Jahren sagte: Die Pflege „ist eine Kunst und fordert – wenn sie zur Kunst werden soll – eine ebenso große Hingabe, eine ebenso ernste Vorbereitung wie das Werk eines Malers oder Bildhauers, denn was bedeutet die Arbeit an toter Leinwand oder kaltem Marmor im Vergleich zu der am lebendigen Körper, dem Tempel für den Geist Gottes? Krankenpflege ist eine der schönsten Künste, fast hätte ich gesagt, die schönste aller Künste.“

1.4 Hindernisse beim Gespräch mit Patienten

In diesem Abschnitt werden potenzielle Schwierigkeiten dargestellt, die im Rahmen des helfenden Gesprächs mit dem Patienten auftreten können.

Zu wenig Zeit

Die Aufgaben im Pflegedienst sind ständig im Wachsen begriffen, doch die pro Patient zur Verfügung stehende Zeit wächst nicht mit. Je mehr für die Patienten getan werden kann, desto mehr Handlungen müssen die Pflegekräfte ausführen und dokumentieren. Der steigende Verwaltungsaufwand hat zur Folge, dass die Pflegenden die Zeit, die dem einzelnen Patienten noch geschenkt werden darf, gut einteilen müssen. Da sich der Stellenschlüssel trotz der Weiterentwicklung in der Pflege nicht verändert hat, muss dieselbe Zahl von Menschen heute im Vergleich zu früher wesentlich mehr Arbeit leisten. Beim Dienst an einem Patienten hat man immer schon den nächsten Patienten vor Augen, der ebenfalls auf etwas wartet. Sitzt man an einem Krankenbett, um ein Gespräch zu führen, muss man oft schnell ins Stationszimmer zurückkehren, um ein Telefonat entgegenzunehmen oder ärztliche Anordnungen auszuführen. Durch die Vervielfältigung der Pflegearbeiten ist der Kontakt zu den Patienten heute manchmal fast gezwungenermaßen auf die sachlich-technische Kommunikation reduziert. Zu einer persönlichen, dem Einzelnen gerecht werdenden Betreuung fehlt die Zeit. Das wird von allen Pflegekräften am meisten bedauert. So sagt z.B. eine Krankenschwester: „Das Furchtbarste für mich war, zu spüren, was die Patienten brauchen, aber es ihnen nicht geben zu können, weil ich keine Zeit habe. Ich wusste, die Patienten brauchen es, dass ich bei ihnen am Bett bleibe und ihnen nur die Hand halte. Aber nein, ich musste irgendwelche Laborzettel ausfüllen. Wie ein Magnet war ich oft angezogen von den Patienten, aber ich musste die Kraft aufbringen, aufzustehen und rauszugehen, weil ich keine Zeit hatte, sitzen zu bleiben. Und das nicht nur einmal am Tag, sondern hundert Mal. Das hat mich am meisten fertiggemacht.“¹

¹ ANNELIE RUNGE: Angst am Arbeitsplatz, Stuttgart 1990, S. 24 f.

Technisierung
der Behandlung

Zwischen die Patienten und die Behandelnden haben sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr die Folgen des technischen Fortschritts geschoben. Überspitzt lässt sich formulieren, dass die Ärzte dadurch hauptsächlich zu Organisatoren von Diagnoseprogrammen und Auswertern von Befunden geworden sind und die Pflegenden das Los trifft, zu Verwalten und Zubringern des Untersuchungs- und Behandlungsapparats zu „degenerieren“. Eine große Zahl von Personen beschäftigt sich täglich mit den Patienten, und manche Pflegenden in großen Häusern hat es umgekehrt mit einer Vielzahl von Kranken zu tun, die sie oft nur ein einziges Mal sieht. Außer den Mitgliedern des Pflegeteams kommen Krankengymnasten, Laboranten und Mitarbeiter des Sozialdiensts in die Krankenzimmer. Wie oft am Tag bekommt der Patient noch seine Bezugspflegeperson zu Gesicht? Gäbe es auf den Stationen nicht die Gruppenpflege, die den Kranken wieder eine Bezugsperson verschafft, wüssten die Patienten vielleicht bald nicht mehr, wer sich für sie zuständig fühlt und an wen sie sich wenden können.

Gespräche gelten nicht
als Arbeit

Wenn sich Pflegenden länger in einem Zimmer aufhalten als für eine bestimmte Tätigkeit notwendig erscheint, setzen sie sich möglicherweise dem Argwohn der Kollegen aus und müssen sich vorwerfen lassen, sie vertrieben sich die Zeit mit Plaudereien. Solche Kritik mag tatsächlich ausgesprochen oder von den Pflegepersonen nur befürchtet werden – selbst als bloße Befürchtung tut sie ihre Wirkung. Die Pflegenden geben sich dann Mühe, mit den Patienten so schnell wie möglich fertig zu werden. Obwohl die ganzheitliche, patientenzentrierte Pflege von allen gutgeheißen wird, gibt es den unsichtbaren Druck unter den Teammitgliedern, sich meistens auf die somatische Seite der Pflegearbeit zu beschränken. Längere persönliche Gespräche gelten vor allem dann nicht als Arbeit, wenn von der nur auf den Körper bezogenen Arbeit sehr viel zu erledigen ist. Man darf unter diesen Bedingungen im Zusammenhang einer Verrichtung oder Information auf den Patienten kurz eingehen. Extraktakte, die nur dem Menschlichen gelten, erscheinen dann als nicht gutzuheißender Luxus.

Gefahr der Gleichgültigkeit

Bedenkt man den Zeitmangel und die Zersplitterung der Funktionen, dann stellt sich u. U. die Frage, die G. EGAN schon 1979 stellte: „Was bedeutet es, wenn jemand einen anderen bezahlt, damit er jemandem hilft, der ihm eigentlich gleichgültig ist?“² Dazu äußerte sich R. NEUBAUER: „Die Antwort muss wohl lauten: Es bedeutet, dass eine rein mechanische Hilfe geleistet wird.“³ Dies impliziert jedoch zugleich die Gegenfrage: kann es das wirklich geben – Gleichgültigkeit in der Pflege? Ist es denkbar, dass die Patienten den gestressten und überforderten Mitarbeitern so einerlei werden, dass sie ihnen nur noch mechanische Hilfe leisten? Meines Erachtens nein. Es ist durchaus vorstellbar, dass die Fähigkeit zu Mitgefühl und persönlich gestalteter Beziehung abnimmt, je

² GERARD EGAN, *Helfen durch Gespräche*, Weinheim 1996¹.

³ REINHARD NEUBAUER, *Haus für Kranke*, Göttingen 1981, S. 186.