

Vor-Wort

Wieder eine Publikation zum Thema „Spiritualität im Krankenhaus“.

Zwei Jahre nach der Durchführung des **ersten interdisziplinären Symposions „Heil werden-Spiritualität im Krankenhaus“** im November 2003, dessen Texte wir 2005 veröffentlichen konnten, legen wir Ihnen nun die Vorträge und Statements des zweiten Symposions vor. Die anerkennende Resonanz auf unsere bisherige Arbeit ermutigt uns, die Auseinandersetzung mit den komplexen existenziellen, spirituellen und religiösen Fragen, wie sie sich den kranken und leidenden Menschen, ihren Angehörigen und den in der Klinik Tätigen stellen, fortzuführen. Dabei war und ist es uns ein besonderes Anliegen, durch die Symposien eine Gesprächssituation bereitzustellen, die einen möglichst erfahrungsnahen Austausch zwischen den Angehörigen der verschiedensten Berufsgruppen im Umfeld des Krankenhauses und den PatientInnen ermöglicht.

Das zweite Symposion zum Thema „Spiritualität im Krankenhaus“ mit dem Titel „Dem Unaussprechlichen Resonanz geben“ fand von 19.1. - 20.1.2006 im Bildungshaus Mariatrost in Graz statt.

Es wurde von der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Graz, vom Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie der Karl-Franzens-Universität Graz sowie dem Bildungshaus Mariatrost veranstaltet.

Der Entscheidung, dieses Symposion außerhalb des Krankenhauses zu veranstalten, lag die Idee zugrunde damit auch Menschen anzusprechen, die nicht beruflich an diesem Thema interessiert sind, aber vielleicht aus der Position der potenziellen PatientInnen oder Angehörigen Sichtweisen und Anregungen einbringen wollen. Wir wollten diesen InteressentInnen die Möglichkeit der Teilnahme erleichtern und hielten dafür ein externes Bildungshaus für besser geeignet als die vielleicht oft zu sehr „respekt- und furchteinflößenden“ Mauern des Universitätsklinikums. Eine Öffnung nach außen, stärker in die Lebensbereiche der Menschen hinein, war unser Anliegen. In diesem Sinne war das Bildungshaus Mariatrost mit seiner langjährigen Tradition von Bildungsveranstaltungen, konzipiert für die „Begleitung von Menschen in Krankheit, Leid und Tod“, ein passender Ort.

Der inhaltlichen Gestaltung des Symposions gingen zahlreiche Sitzungen der **Interuniversitären Arbeitsgemeinschaft „Spiritualität im Krankenhaus“**¹ voraus. Diese interprofessionelle und interkonfessionelle Gruppe engagierter Menschen versucht, das vielfältige Themenfeld der „Spiritualität“ für das LKH- Universitätsklinikum zu positionieren.

Der Fokus liegt dabei eindeutig auf der Wahrnehmung der spirituellen Bedürfnisse kranker und leidender Menschen. Wir bemühen uns aber auch, die spirituellen Anliegen der im Krankenhaus

1 Der bisherige Arbeitskreis „Spiritualität in Krankenhaus“ änderte seinen Namen im Zuge einer Neustrukturierung und institutioneller Klärung jetzt in Interuniversitäre Arbeitsgemeinschaft „Spiritualität im Krankenhaus“ („AG Spiritualität“).

Tätigen in den Blick zu nehmen. In der existenziellen Auseinandersetzung mit Krankheit, Leid und Tod stehen alle Menschen vor grundlegenden Lebensfragen, wenn auch mit sehr unterschiedlichen Perspektiven.

Das Hauptanliegen dieser Arbeitsgemeinschaft ist es, respektvoll auf die verbal oder auch nonverbal geäußerten Anliegen der PatientInnen einzugehen, um so eine gute Versorgung und Betreuung gemeinsam mit dem gesamten behandelnden Team zu gewährleisten. Dies erfordert ein großzügiges, oft weit über das konkrete medizinische Behandlungsangebot hinausreichendes Engagement und Selbstverständnis aller Beteiligten.

Krankheit, Kranksein oder ein Krankenhausaufenthalt sind eben nicht nur Zeiten der Korrektur oder Wiederherstellung bestimmter wichtiger körperlicher Funktionen, sondern auch Zeiten des Innehaltens, des Aus-der-Bahn-Geratens, der Sinnsuche, der vielen Fragen, der Hoffnung, der Trauer, der Schwere oder der Erleichterung.

All diese Themen sind mit spirituellen und religiösen Fragen verbunden. Bisher vorliegende Forschungsergebnisse zur Bedeutung der „Spiritualität im Krankenhaus“ zeigen mit großer Deutlichkeit die Wichtigkeit dieses Themenkomplexes im Verlauf der Auseinandersetzung, Bewältigung oder „Heilung“ von Krankheit, Schmerz und Leid.

Wir möchten Ihnen mit dieser zweiten Publikation das Thema „Spiritualität im Krankenhaus“ wieder ein Stück näher bringen und freuen uns, wenn vieles „Unaussprechliche“ oder „Unausgesprochene“ auch bei Ihnen in „Resonanz“ kommt.

Wir danken allen, die sich an der Bearbeitung des Themas beteiligt haben sehr herzlich und hoffen, dass es auch in Zukunft Möglichkeiten geben wird, weitere Schritte in diese Richtung gemeinsam zu gehen.

Dr. Monika Glawischnig-Goschnik
Prof. Dr. Karl-Heinz Ladenhauf
Karin Oblak
Univ. Prof. Dr. Walter Pieringer
Mag. Herwig Hohenberger

Wir bitten auch Sie, unsere Arbeit durch eine Spende auf das

Konto, Nr.: 500 957 05202 , BLZ: 12 000 bei der Bank Austria Creditanstalt
IBAN: AT32 1200 0500 9570 5202 Swift Code = BIC: BKAUATWW
Kontowortlaut: Universität Graz/Verwaltung laut §26 UG 2002 „AG Spiritualität“

zu unterstützen!

Vielen herzlichen Dank!

Inhalt dieses Bandes

Vorwort	3
Inhalt	5
Begrüßung und Eröffnung	
Dr ⁿ . Monika Glawischnig - Goschnik, Psychotherapeutin	6
Referate	
„Wege des Lebens – zu den letzten Dingen des Menschen“	
Univ.-Prof. Dr. Gottfried Bachl, em. Prof. für Dogmatik, Salzburg	6
„Religiosität und Spiritualität in der Auseinandersetzung mit Krankheit	
Ass. Prof. Dr. Karl-Heinz Ladenhauf, Psychotherapeut, Pastoralpsychologe, Graz	
Dr. Human-Friedrich Unterrainer, Psychologe, Graz	17
„Theodizee und Gottesbeziehung im Gespräch mit Krebskranken“	
Univ.Ass ⁱⁿ . Dr ⁿ . Judith Heizer, Wien	29
„Religiösen und spirituellen Themen Resonanz geben“	
Erfahrungen aus dem klinischen Alltag - Kurzstatements	
Univ. Prof ⁿ . Dr ⁿ . Elisabeth Aberer, Dermatologin, Qualitätsmanagement ,	36
Dr ⁿ . Monika Glawischnig – Goschnik, Ärztin, Psychotherapeutin, Musiktherapeutin	38
DGKS Gerlinde Elfriede Krammer, Chirurgie	40
Dr ⁿ . Barbara Mörtl, Religionspädagogin, aus der Sicht der Patientin	42
Dr. med. et Mag. theol. Horst Pilgram, Ass. Arzt, Univ. Palliativmedizin. Einrichtung	43
Christine Uitz, Hospizmitarbeiterin, Univ. Palliativmedizin. Einrichtung	44
„Religiösen und spirituellen Themen Resonanz geben	
Statements von Vertretern der Religionsgemeinschaften	
Mag. Michael Aldrian, buddhistischer Religionslehrer und Praktizierender	46
Mag ^a . Gabriele Gaar, Krankenhausseelsorgerin der r.k. Kirche	49
Mag. Herwig Hohenberger, Krankenhauspfarrer der evang. Kirche	51
Ingo Taleb-Rashid, Sheikh der Naqshbandi Rashidiya Tradition, Deutschland (Islam)	53
Hannah Seitz, Kultusrätin der israelitischen Kultusgemeinde	55
Die ReferentInnen	56

Begrüßung am Symposium

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Ich freu' mich, dass Sie gekommen sind - von ganzem Herzen!

Dies ist die zweite größere Veranstaltung des Arbeitskreises „Spiritualität im Krankenhaus“. Das erste Symposium fand im November 2003 statt, wir haben die Referate von damals inzwischen als Bändchen gedruckt und Sie halten sie hoffentlich in den Händen, wir haben sie Ihnen am Eingang überreicht.

Der Arbeitskreis ist offen für alle Interessierten, wenn auch Sie Interesse haben, melden Sie sich bitte und geben Sie Ihre Daten am Eingang bekannt!

Dieses zweite Symposium soll sich verstärkt an die im Krankenhaus und in anderen Pflegeeinrichtungen tätigen Menschen richten, mit dem Ziel, in Resonanz zu treten:

„Dem Unaussprechlichen Resonanz geben“ heißt offen sein für die Anliegen der uns anvertrauten Menschen, wahr - nehmen, was zwischen den Zeilen gesagt wird, oder auch nicht gesagt wird und mitschwingt...“

Was aber ist das Unaussprechliche?

Der Tod? Das Leben? Der Sinn des Lebens? Ziele? Wünsche? Befürchtungen? Ängste?
Themen aus Religion, Konfession, Philosophie, Psychologie, Medizin, Musik?

Krankheit ist immer als Grenzerfahrung zu verstehen, als Auszeit.

Die Fragen der Spiritualität betreffen nicht nur die Sterbenden, es sind ganz existenzielle, wesentliche Fragen des Menschseins, die in Zeiten der Krise und Bedrohung drängender sind, mehr gehört werden wollen als in Zeiten des guten Funktionierens im Alltag.

Wir wollen vor allem mit Ihnen als Teilnehmer in Resonanz treten, offen sein für Ihre Erfahrungen und Wünsche und uns gut vernetzen, damit wir wirklich hilfreich sein können für die Menschen, die von uns Hilfe erwarten.

Wie schon in meiner Eröffnung von 2003 möchte ich betonen:

Keinesfalls ist es unser Anliegen, bestimmte Konzepte, Ideologien oder Glaubensrichtungen mehr oder höher zu bewerten als andere.

Es ist uns bewusst, dass auch bei diesem Symposium wieder viele wichtige Konzepte und Fragen nicht behandelt sind und werden.

Michael Peintinger hat in seinem Beitrag für das erste Symposium so schön formuliert:

„Spiritualität ist der Baustil, der die Architektur meines Lebenshauses bestimmt!“

Ich wünsche uns allen in diesem Sinne viel Freude und Interesse bei der Auseinandersetzung und Betrachtung der verschiedensten Häuser, Hütten, Höhlen, Burgen, Schlösser oder Zelte die im Laufe dieser Veranstaltung vor unseren geistigen Augen entstehen werden.

Mein besonderer Dank geht an:

- Karin Oblak und Professor Karl-Heinz Ladenhauf, ohne die das Symposium in dieser Form nicht denkbar wäre,
- Professor Walter Pieringer, der immer in entscheidenden Momenten die Wichtigkeit des Themas betont hat,
- die MitstreiterInnen des Arbeitskreises „Spiritualität im Krankenhaus“, die durch ihre Ideen und Gedanken zum Gelingen des Konzeptes beigetragen haben,
- unsere ReferentInnen, die mit sehr bescheidenen Honoraren zufrieden sind und unser Thema mittragen,
- Professorin Elisabeth Aberer und die Firmen Roche und Wyeth-Lederle,
- „live music now“, die wieder für den Einklang unserer Idee sorgen,
- und all die vielen HelferInnen, die ich jetzt nicht namentlich anführen kann.

In diesem Sinne wünsche ich fruchtbare Stunden und in Anlehnung an Rilke viele „klingende Saiten“ unseres Themas!

Dr. Monika Glawischnig-Goschnik

Wir danken den Firmen

Wyeth Lederle Pharma GmbH

und Roche Austria GmbH

für die freundliche Unterstützung!

Wege des Lebens. Zu den letzten Dingen des Menschen.

Univ. Prof. Dr. Gottfried Bachl



1.

Der gute Gott, den wir im Glaubensbekenntnis ansprechen, mutet uns allerhand zu: Die zeitliche Dauer des Lebens ist so bemessen, dass deren stärkster Eindruck die Flüchtigkeit zu sein scheint. Dazu kommt die Unübersichtlichkeit, denn die halbwegs klaren Blicke, die im Licht der Welt möglich sind, zerbrechen an den Grenzen, die der Anfang und das Ende setzen. Ungefragt komme ich her, unwillig muss ich gehen. Was dazwischen möglich ist, hängt von vielen Faktoren ab, die sich meistens der souveränen Steuerung entziehen. Die Stimmungen, die Daseinsgefühle, die sich in dieser Lage entwickeln, sind deshalb auch sehr verschiedener Art und schwer auf einen Nenner zu bringen. Ich versuche, die prägnantesten Formen wenigstens zu nennen. Die entschiedene Absage an das Leben hat die griechische Kultur des klassischen Altertums produziert.

„Nicht geboren zu sein / das geht über alles, doch wenn du lebst, / ist das zweite, so schnell du kannst, / hinzugelangen, woher du kamest.“²

Das ist kein vereinzelter Vers, sondern der Ausdruck einer breit gestreuten Stimmung, die auch in der biblischen Tradition bezeugt ist, zum Beispiel im Buch Hiob:

„Ausgelöscht sei der Tag, an dem ich geboren bin, die Nacht, die sprach: Ein Mann ist empfangen. Jener Tag werde Finsternis, nie frage Gott von oben nach ihm...“ (3, 3-4) oder bei Jeremia: „Verflucht der Tag, an dem ich geboren wurde; der Tag, an dem meine Mutter mich gebar, sei nicht gesegnet“ (20,14).

Der schnelle Abschied aus der Welt, in die man versetzt wurde, wird gepredigt von den verschiedenen Kampf- und Märtyrer-Theologien, nahegelegt von gnostischer Spiritualität, und seit jeher praktiziert von Menschen, die in die Falle der Depression geraten sind. In die ganz andere Richtung zielt der Aphorismus des Kohelet: „Ein lebender Hund ist besser als ein toter Löwe“ (9, 6). Das spricht dafür, dass man gern existiert und bereit ist, den Aufenthalt in der Welt zu verlängern, mit immer effizienteren Mitteln, vielleicht auch mit allen Mitteln. Zu allen Zeiten breitet sich die selbstverständliche Mentalität aus, diffus und gering akzentuiert. Sie fragt nicht und klagt wenig, begnügt sich mit dem möglichen Vergnügen und versucht, sich mit den Widrigkeiten des Lebens zu arrangieren. Soll kommen, was kommen mag, man ist so und so dem Schicksal ausgeliefert. Da man nichts Gewisses weiß über die Existenz einer anderen Welt, ist es Zeitverschwendung, über eine Zukunft nach dem Tod zu grübeln.

Wie Horaz es schon in der Antike vorgeschlagen hat: *dum loquimur, fugerit invida / aetas: carpe diem quam minimum credula postero* („Neidisch entflieht, während wir sprechen, die Zeit, schenke dem kommenden Tag kein Vertrauen, koste den Augenblick.“) Das christliche Daseinsverhalten ist geprägt sowohl von der Zustimmung zur geschaffenen Welt wie von der Hoffnung auf eine Zukunft, die alles überbietet, was diese Welt leisten kann. Dem entspricht ein

² Sophokles, Ödipus auf Kolonos

³ Oden I/11

Leben in der Vorläufigkeit, das die Existenz in der Gegenwart dieser Welt als ein Versprechen annimmt. Gott hat es gegeben und Gott wird es erfüllen. Daher schreibt Paulus an die Thessalonicher: „Es zieht mich nach beiden Seiten: Ich sehne mich danach, aufzubrechen und bei Christus zu sein – um wie viel besser wäre das! Aber eurentwegen ist es notwendiger, dass ich am Leben bleibe. Im Vertrauen darauf weiß ich, dass ich bleiben und bei euch allen ausharren werde, um euch im Glauben zu fördern und zu erfreuen...“

2.

Derselbe Paulus schreibt in seinen Briefen drei Sätze, die für unser Empfinden erstaunlich, vielleicht sogar schockierend sein mögen, aber die die christliche Haltung zu den letzten Dingen in konsequenter Klarheit beschreiben:

Röm 8,18: „Ich bin überzeugt, dass die Leiden der gegenwärtigen Zeit nichts bedeuten im Vergleich zu der Herrlichkeit, die an uns offenbar werden soll“.

1Kor 2,9: „Nein, wir verkündigen, wie es in der Schrift heißt, was kein Auge gesehen und kein Ohr gehört hat, was keinem Menschen in den Sinn gekommen ist: das Große, das Gott denen bereitet hat, die ihn lieben.“

2 Kor 4,17: „Denn die kleine Last unserer gegenwärtigen Not schafft uns in maßlosem Übermaß ein ewiges Gewicht an Herrlichkeit...“

Was ist der Inhalt dieser Sätze?

Das Verhältnis des hiesigen Lebens zum kommenden ist ein Verhältnis in der steigenden Bewegung des Lebens, nicht vom Etwas zum Nichts, nicht vom Jemand zum Niemand, nicht vom Plus zum Minus.

Möglich ist das durch das Entgegenkommen Gottes, nicht durch die Aufbruchsleistung des Menschen, der in der Lage wäre, die Region des Seins zu erobern.

Es ist ein Verhältnis der Maßlosigkeit, denn der Mehrwert, das Plus, das der Mensch darin gewinnt, wiegt alle weltliche Negativität auf. Das gilt auch für die positive Entsprechung von Freude zu Freude. Paulus sagt: „Miss nicht das kommende Leben an den hiesigen Erlebnissen, denn es gilt das Maß der Überbietung. Das Kommende kann nicht weniger sein, wenn es Leben sein soll.“

Daher ist das Verhältnis zum künftigen Leben auf Überraschung gebaut, nicht auf dem Kalkül, in dem schon jetzt der existenzielle Gewinn an Lebensmacht und Lebensfreude vorausbemessen werden könnte.

Der Zustand, in den der Mensch aufgenommen wird, ist nicht die Zufriedenheit, sondern der Exzess der Seligkeit. Die Sprache dieser Hoffnung sammelt Bilder des Überschwangs: Hochzeit, Musik, Gesang, Zuruf, Aug in Aug, Rausch der Liebe, alles in allem: überschießende Festlichkeit. Gott selbst strömt in den Menschen, jetzt schon, vorläufig auf den explosiven Ausbruch der vollkommenen Gegenwart hin.

Die Front, gegen die diese Hoffnungsworte gesprochen sind, bilden die feindlichen Elemente, die zur Welterfahrung des Menschen gehören - Paulus nennt sie die Leiden dieser Zeit. Über allem kann das Hauptwort Angst stehen. Alle banalen und hoch dramatischen Formen dieses menschlichen Urgefühls sind damit gemeint. Das ist uns allen so gut bekannt, dass ich die einzelnen Formen nicht aufzuzählen brauche. Die Christen der ersten Zeit waren jedenfalls, das kommt einem aus jeder Seite des Neuen Testaments entgegen, inmitten ihrer Welt überzeugt,

dass alle Mächte der Unheimlichkeit einer lichten Gegenwart unterworfen sind, dass die Kälte des Universums überboten ist durch die Wärme, die vom Christus-Gesicht ausgeht (Offenbarung des Johannes 1), dass die Flüchtigkeit der Lebenszeit aufgefangen ist von dem ewigen Willen Gottes, Dauer zu geben, nichts in der Vergleichenheit verschwinden zu lassen.

3.

Nun könnte eben an dieser positiven, superlativen Sprache der Verdacht wachsen, dass diese Zukunft allzu schnell und überstürzt kommt, sich gewissermaßen im Kopfsprung über alles hinwegsetzt, über die ganze wild durchwachsene Summe der Jahre. Vielleicht beginnt sich etwas in mir dagegen zu wehren, dass mir der Weg und die Wegekosten meines Lebens entwendet werden, leichtsinnig, naiv oder zynisch, als hätte nicht stattgefunden, was im Operationssaal und an anderen Plätzen der Passion passiert ist. Wir sind froh, wenn die Schmerzen nachlassen, am besten überhaupt aufhören, wir hängen ihnen nicht nach, aber es soll auch nicht vergessen sein, dass es unsere Schmerzen waren.

Die Sprache der biblischen Bilder antwortet dieser Befürchtung. Jesus hat die Instrumente seiner Hinrichtung nicht weggeworfen und die Wunden nicht unsichtbar gemacht. Das Kreuz sagt die Wahrheit dieses Lebens, es ist der Gestalt des Messias eingeschrieben. Es ist, wie es im Kreuzlied heißt, das Denkmal seiner Leiden, aber nicht nur seiner persönlichen, sondern aller anderen Leidensgeschichten auf der Erde. In diesem Zeichen ist niemand vergessen und nichts bagatellisiert. Andererseits ist nicht zu übersehen, dass die Allgegenwart der Kreuzfigur, die brutale Anschaulichkeit, in der sie den gewaltsamen Tod vor Augen stellt, viele Menschen ärgert und abstößt, nicht erst heute in den postmodernen Erlebnisgesellschaften.

Ich nenne nur zwei Namen. Nietzsche: „...wo der schlimmste aller Bäume wuchs, das Kreuz – an dem Lande ist nichts zu loben.“ Und Goethe: „Hieraus machen wir kein Geheimnis; aber wir ziehen einen Schleier über diese Leiden, eben weil wir sie so hoch verehren. Wir halten es für eine verdammungswürdige Frechheit, jenes Martergerüst und den daran leidenden Heiligen, dem Anblick der Sonne auszusetzen, die ihr Angesicht verbarg, als eine ruchlose Welt ihr dieses Schauspiel aufdrang, mit diesen tiefen Geheimnissen, in welchen die göttliche Tiefe des Leidens verborgen liegt, zu spielen, zu tändeln, zu verzieren und nicht eher zu ruhen, bis das Würdigste gemein und abgeschmackt erscheint.“

Wir wissen aus der Geschichte der christlichen Religion, dass in manchen ihrer Varianten der Schmerz einen schier absoluten Stellenwert erhalten hat. Als sei er die Münze, mit der man an der Zollschranke der Ewigkeit am rentabelsten bezahlen kann. Darum müssen alle Schmerzpfllichten erfüllt werden, wenn man Gott gefallen will. Ich rede jetzt nicht von der biologischen Funktion des Schmerzes, sondern von dessen religiöser Wertung. Das Kreuz begründet einen Schmerzkult dieser Art nicht, auch keine Schmerzensrechnung, nach der für soviel Blut soviel Glück geliefert würde. Für das Evangelium ist der Schmerz kein wesentliches Element des Lebens, darum bleibt er nicht in der künftigen Welt, und die Leistung bestimmter Schmerzquanten ist kein Kriterium des wahren Christentums. Das Kreuz Jesu bedeutet also nicht, dass er den Schmerz ewig gemacht, ihn auch noch in den Himmel geschleppt hat. Es ist ein Weg-Zeichen, nicht die Zielsäule.

4.

„Heute noch“, sagt Jesus zum mitgekreuzigten Räuber auf Golgatha, „wirst du mit mir im Paradies sein.“ Sofort also mit diesem Tod der fertige Himmel, die unüberholbare Endgültigkeit des seligen Lebens. Gegen dieses Tempo der Vollendung steht der Glaube an die Reinkarnation, gegen die Schnelligkeit der langsame Gang, gegen den kürzesten Weg werden die verschlungenen Umwege vorgezogen. Reinkarnation also, in der vulgären Redeweise Seelenwanderung, die Vorstellung, dass die Seele eines Lebewesens nach dem Tod mit dem Körper eines anderen Lebewesens verbunden wird, um in diesem eine weitere aber befristete Existenz zu haben. Der Geburtenkreislauf richtet sich in seinem wechselhaften Vorgang nach dem Komplex der Faktoren (Karma), der sich in den Lebensphasen ansammelt. Das in den asiatischen Religionen (Hinduismus, Buddhismus) entwickelte Konzept weist dem Kreislauf der Geburten einen negativen Charakter zu, der sich eher mit dem christlichen Gedanken der Verdammnis (Hölle, Purgatorium) als mit dem Himmel vergleichen lässt. Erst der moderne europäische Transfer des Reinkarnationsglaubens hat daraus eine positive und wünschenswerte Existenzform gemacht: die Chance immer neuen Erlebens, die anhaltende Arbeit an der persönlichen Reife und Besserung, die Befreiung vom Druck der knappen Zeit. Die christliche Kirche ist schon in der Antike auf deutliche Distanz zu dieser Lehre gegangen (Origenes, Justin, Tertullian), weil die biblische Tradition nirgendwo ein greifbares Interesse daran zeigt. Die Reinkarnation wird abgelehnt, weil sie dem Geschehen der einen und einzigartigen Auferstehung des Fleisches entgegensteht. Sie widerspricht der Überzeugung „von der Einmaligkeit des menschlichen Lebens und der definitiven Gültigkeit seiner Entscheidungen, von der unvertauschbaren Identität des Individuums und von der Rettung durch Gottes Erbarmen, nicht durch menschliche Bußleistung...“ (Vorgrimler).

Damit ist nicht gesagt, dass im christlichen Glauben die Anliegen, die in der Reinkarnationslehre enthalten sind, nicht wahrgenommen werden können. Auch der Christ weiß - oder sollte es deutlich wissen - dass der irdische Mensch zu klein und häufig zu müde ist für das Dort-sein mit Gott. Er ist mit seinem Fassungsvermögen Gott nicht gewachsen. Daher muss der Hubraum der Seele vergrößert werden. Die Auferstehung ist deshalb in der christlichen Tradition nie als bloße Fortsetzung des hiesigen Lebens verstanden worden sondern als gewaltige Steigerung. In der biblischen Sprache steht dafür das Wort neu. „Wenn also jemand in Christus ist, dann ist er eine neue Schöpfung: Das Alte ist vergangen, Neues ist geworden“ (2Kor 5,17). Die Begegnung mit Gott öffnet den Menschen, erschließt ihm neue Dimensionen der Existenz und reinigt ihn zugleich. Das Gericht Gottes und die darin geschehende Läuterung sind der christliche „Weg“. Es ist eine vergebliche Mühe, diesen Weg zeitlich zu messen, entscheidend ist, dass allen, die auf dem Weg sind, die Einübung in das Kommende bevorsteht. Besser als alle Spekulationen über eine mögliche Reise durch die Stationen der Reinkarnation ist für den Christen das schlichte Gebet: Mache meine Seele groß für das Ewige.

5.

Es gehört zu den alten Überzeugungen in der christlichen Glaubensgemeinde, dass die Auferstehung ein Geschehen der Wahrheit ist: Im Gegenüber zu Gott wird klar, wer ich bin, wie ich meine irdische Zeit genützt habe, was die Welt bedeutet, wieviel unverschuldete Leiden zu heilen, wieviel Bosheit zu überwinden ist, was die Gestalt des Kosmos sein wird: insgesamt ein neuer Blitz der Offenbarung. Der heilende und der wahr machende Gott wird dem Menschen in

diesem Übergang begegnen: „Und er, Gott, wird bei ihnen sein. Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal...“ (Offenbarung des Johannes 21, 3-4).

An diesem Punkt ist es in der christlichen Tradition zu einer Gabelung der Wege gekommen, die bis in die Gegenwart hereinreicht. Nach der einen Auffassung, für die Namen wie Cyprian von Carthago, Augustinus, Chrysostomus stehen, begegnet Gott der menschlichen Geschichte als der souverän die Gerechten von den Ungerechten scheidende Richter. Er fällt sowohl Urteile der Barmherzigkeit wie Urteile der Verdammnis und exekutiert beide Formen mit ewiger Wirkung. Der Ausgang der Geschichte wird sehr pessimistisch gesehen, denn in der ewigen Hölle werden viel mehr Menschen landen als im Himmel Gottes. In der anderen Richtung der Lehre, vertreten von Theologen wie Clemens von Alexandrien, Origenes, Gregor von Nyssa, erscheint Gott am Ende der Zeit als der versöhnende und heilende Schöpfer der neuen Welt. Er wird allem Unrecht und allem Bösen in seinem Gericht widerstehen, aber dieser strafende Widerstand wird heilend sein und schließlich alle Geschöpfe, auch den Satan zur Gemeinschaft mit Gott führen. In diesem Konzept ist die Hölle keine Sache des Zieles, sondern ein pädagogisches Mittel des Weges. In der Tradition hat über die längste Zeit die erste Form der Eschatologie nicht nur die Theologie, sondern auch die Seelsorge beherrscht.

Hans Urs von Balthasar hat mit Recht darüber geurteilt, dass es in dieser Dominanz der Gerichtsidee zu einer furchtbaren Verfinsterung des Glaubens gekommen ist, unter der viele Menschen unsäglich gelitten haben. In der gegenwärtigen Situation ist diese Höllentheologie abgelöst von einer Theologie der offenen Hoffnung, die viele Elemente der alexandrinischen Theologie aufgenommen hat. Diese hat das Tun Gottes gern in der symbolischen Rede von der Kunst des Arztes beschrieben, wie das schon in der hellenistischen Religionsphilosophie geschehen ist (Plutarch). „Alle Dinge Gottes, die bitter erscheinen, gereichen zur Erziehung und zum Heilmittel. Gott ist Arzt, Gott ist Vater; er ist nicht grausam, sondern mild...“ (Origenes).

6.

Der Versuch, die Wege Gottes mit dem Gleichnis der ärztlichen Kunst zu erfassen und daraus einen plausiblen Gedanken zu gewinnen, löst selbst wieder zudringliche Fragen aus. Die Nähe der ärztlichen Arbeit zum menschlichen Leiden versetzt zudem in eine besondere Situation. Aus jeder Diagnose, aus jeder Therapie und jedem Krankheitsverlauf kann ein Wirbel von Gedanken entstehen. Warum ist der Mensch so gemacht? Woher stammt die Idee, das Geschöpf diese Wege gehen zu lassen? Die aufgesammelten Antworten leisten nicht, was sie sollen, sondern produzieren neue Probleme. Wenn zum Beispiel gesagt wird, die Krankheit sei die große Chance zur menschlichen Reifung und Läuterung, sind im gleichen Satz die Wucherungen und Schmerzen zu nennen, die keinerlei Erziehungs- und Heilungsfunktion haben, die zu gar nichts nütze sind. Eine alte Auskunft lautet, das Leiden sei in seinem offenliegenden oder verborgenen Sinn die Strafe für begangene Sünden.

Aber die Bibel widerspricht dieser simplen Lösung. Hiob lässt sich die Behauptung seiner Freunde, sein Unglück sei eine Konsequenz seiner Sünden, nicht gefallen. Er fordert Gott in offener Rede heraus: „Hast du die Augen eines Sterblichen, siehst du, wie Menschen sehen?...dass du Schuld an mir suchst, nach meiner Sünde fahndest, obwohl du weißt, dass ich nicht schuldig bin...“(Hiob 10, 4.6-7). Und Jesus von Nazareth, der christliche Messias, beendet sein Leben am Kreuz nicht mit einem Geständnis seiner Schuld, sondern mit der Frage an Gott,

die er mit einem Schrei bekräftigt: „Warum hast du mich verlassen?“ (Mk 15, 34.37). Die Frage wird nach zwei Richtungen offen gehalten. Es wird nicht gesagt: In der Welt gibt es Unrecht und üble Dinge, also existiert Gott nicht, denn Gott ist allein die Chance, mit der Welt in ihrer faktischen Verfassung zurechtzukommen. Aber es steht auch noch aus, wie das ganze Unternehmen im Grunde zu verstehen ist. Darauf wird ausdrücklich insistiert. Die christliche Orientierung geschieht also in der Form einer positiven Vorläufigkeit. Die Richtung ist angegeben, die Reise bleibt abenteuerlich, und das Ziel verborgen. Nicht zu beliebiger Fahrt sind die Christen eingeladen, irgendwie irgendwohin. Sie geschieht auf der Trasse der Liebe und zugleich in der Hoffnung, Gott werde sich selbst schließlich so zeigen, dass der Sinn des Ganzen überzeugend erscheint. In diesem Sinn spricht die Theologie der letzten Dinge vom Gottesgericht am Ende der Zeit: „Das Weltgericht ist die geistige Weltvollendung, damit die Rechtfertigung Gottes und seines Gesalbten...“ (Hermann Schell). Daher heißt das praktische Prinzip der Hoffnung: Arbeiten im Sinn dieser Vorläufigkeit erfindend, bewahrend, reparierend, heilend, lindernd alles das aufnehmend, was die alte ars moriendi, die Sterbekunst schon einmal begonnen hat. Von dieser wird gleich noch die Rede sein. Aber zunächst steht noch aus die Frage:

7.

Wohin gehen wir? Die Antwort ist sehr kurz: Wir gehen zu Gott. Wir, die wir schon bei Gott sind, gehen zu ihm, „denn in ihm leben wir, bewegen wir uns und sind wir...“ (Apg 17, 28).

Es ist also keine Reise in die totale Fremde, in das absolut Neue, aber auch keine flache Fortsetzung dieses Lebens. So spielt die Sprache, in der das Ziel angesagt wird, zwischen Vertrautheit und Fremde, zwischen Heimatlichkeit und Distanzgefühl: Reich Gottes, Reich der Himmel, Himmel, ewiges Leben, Paradies, Seligkeit, Licht, Ruhe, Hochzeitsmahl, Herrlichkeit, himmlisches Jerusalem, Anschauung Gottes, - alles in allem festliche Bewegung des erfüllten Lebens. Die zeitliche Verfassung des irdischen Lebens ist offen genug, um immer wieder Augenblicke ahnen zu lassen, die der menschlichen Erlebnissfähigkeit weder zu lang noch zu intensiv sind.

Faust spricht davon: „Mag ich zum Augenblicke sagen: verweile doch, du bist so schön...“, und erst recht empfinden es die Freunde Jesu auf dem Tabor: „Hier ist gut sein, lasst uns Hütten bauen“ (Mk 9, 5). Aber das ist nicht die Kraft, den erfüllten Augenblick wirklich zu leben; sie ist nur zu gewinnen aus der Nähe zu Gott, die mit neuem Feuer in den Menschen geht. Die Rede von dieser Zukunft im Himmel hat sich schon seit langem zu wehren gegen zweifelnde Vorstellungen aller Art. Immer wieder ist es die Langeweile, die mit ihren Ängsten droht; es ist ja nicht sehr leicht, sich die Inhalte des ewigen Lebens vertraut zu machen. Was ist der Zustand der Seligkeit, was geschieht da, was tun wir die ganze Ewigkeit? Das unaufhörliche Halleluja? Die dauernde standing ovation? Die nicht abnützbar Freude, der unerschöpfliche Sinn, die nicht erschlaffende Spannung verwehren sich der ausmalenden Phantasie.

Im konkreten Umgang mit den letzten Dingen stehen im Vordergrund der Kampf mit dem Schrecken des Todes, des Sterbens, die Angstabwehr, die Bewältigung der Endlichkeit. Im Schatten bleibt die Freude auf das Kommende, das Reich, den Himmel, das neue große Leben. Wer hat schon Augenblicke gehabt, in denen die Freude auf den Himmel stärker war als das Gefühl der Resignation? Gegen alle Fragen dieser Art hält das Hoffnungsevangelium der Bibel daran fest, dass das bruchstückhafte Glück auf dieser Erde in dieser Zeit nach einer Zukunft ruft,

in der es bewahrt und überboten wird. Die Mutter Erde ist es wert, dass ihr die Himmelszukunft geöffnet wird, und es lohnt sich, darauf einige Aufmerksamkeit zu verwenden.

8.

Die Rede von der *ars moriendi*, der Sterbekunst, stammt aus der geistlichen Literatur des späten Mittelalters. Sie entwarf ein Programm der religiösen Vorbereitung auf den Tod, durch das eine *gute Sterbestunde* garantiert werden sollte. Ausgerüstet mit den sakramentalen Gnadenmitteln sollte der Christ einen getrosteten Tod erleiden können, in dem er weder das Ende noch das Gericht Gottes zu fürchten brauchte. Dabei schwingt auch das Interesse mit, dass der Tod nicht einfach der von außen hereinschlagende Gewaltakt des Schicksals bleiben musste. Die Freiheit des sterblichen Menschen konnte irgendetwas daran teilhaben. Der Lerngewinn, der dabei im Lauf der Zeit erzielt wurde, bestand in der abermaligen Einsicht, dass der Tod nicht zu lernen ist, dass bestenfalls eine Einübung in das Sterben möglich ist. Der Tod kann nicht vorweggenommen werden. Mit allen Aktionen und Strategien bleibt man außerhalb, tot sein lässt sich nicht am spirituellen Simulator trainieren.

Gibt es christliche, heute brauchbare Formen einer *ars moriendi*? Es kann kein Zweifel sein, dass das Gebet im Blick auf diese letzte Stunde in der Welt heute wie damals eine heilsame Andacht ist. Aber da sind auch andere Motive, die das Bewusstsein bewegen oder vielleicht unter der Decke einer lebensfrohen Kultur schlafen.

Wird der Tod in unserer heutigen Kultur mit ausreichender Intensität gewusst oder wird er, wie es im psychologischen Jargon heißt, verdrängt? Wäre es also Aufgabe der christlichen Gemeinden, Todeserinnerung zu betreiben? Man kann hier sehr leicht massiven Klischees verfallen und mit dem Instrument der raschen Verallgemeinerung massive Diagnosen erzielen. Ehe man sich daran macht, die konkrete Bewusstseinslage zu erkunden, könnte man zum Beispiel darüber nachdenken, wieviel Wachheit zum wahren Leben nötig ist, wie die Balance zwischen aufgeweckter und schlafender Gegenwart der vitalen Inhalte aussieht. Das christliche Evangelium spricht unverblümt, aber ohne Panikmache vom Tod. Es betreibt keine Erpressung, die über jede schöne Farbe des Lebens mit schwarzer Tinte hinfährt. Der Tod gilt nicht als Zustand des Zieles, sondern als die Bewegung des definitiven Hinübergehens. Das heißt auch, der Tod ist zuletzt keine bleibende Größe, sondern eine vergehende.

Mit größerer Gewalt drängt sich das Thema *Wahrnehmung des Todes* in einer anderen, globalen Perspektive auf. Das 20. Jahrhundert wird das Jahrhundert der Massenmorde genannt. Ich liefere jetzt keinen Nachweis der Zahlen, obwohl ihre anschauliche Evidenz für das Ausmaß des Schreckens unentbehrlich ist. Wir achten aber jetzt auf die Merkmale dieses historisch singulären Geschehens. Der Tod als zugefügter, verübter, getaner Tod; die Massenhaftigkeit des Todes, die Millionen auf den Haufen geworfener Leichen, die gewählten Regierungen als Täter, die großen Ideen und Utopien als Rechtfertigung der Massentötung, Schlachtung als Akt des humanen Fortschritts. Der ferngesehene, nicht mehr gesehene Tod. Das schnell gleitende Verschwinden der Opfer, die Überlebenden gehen über sie hinweg weiter, ohne das Tempo oder die Bewegung zu ändern.

Der Philosoph Günter Anders hat die mengenmäßige Vergleichgültigung des Todes eindringlich beschrieben. Sein Gedicht:

Erhöben wir die Stimme nur zu drein
- drei Kläger nur im allerdünnsten Chore –
wir fänden rasch den Weg zu eurem Ohre
und leicht in euer Herz hinein.

Denn drei sind Vater, Mutter und das Kind.
Drei Tote könnte jedes Herz ermessen.
Doch wir Millionen sind schon heut vergessen,
weil wir Millionen viel zu viele sind.
(Besuch im Hades)

Das Evangelium setzt an dieser Stelle einen Gedanken ein, der gegen das Verschwinden gerichtet ist, nämlich die unlöschbare Aufmerksamkeit Gottes: „Vor ihm bleibt kein Geschöpf verborgen, sondern alles liegt nackt und bloß vor den Augen dessen, dem wir Rechenschaft schulden“ (Heb 4, 13). Gott erscheint in dieser Kennzeichnung als das genaue Gedächtnis, das im Anblick der Vielen das einzelne Gesicht nicht verwischt, sondern ewig weiß und bewahrt. Eine christliche ars moriendi gewinnt daraus den Mut, gegen die Vermassung und gewaltsame Verwaltung des Todes anzugehen, betend und praktisch. Das heißt auch: Skepsis lernen in Bezug auf die großen Ideen und die allzu guten Meinungen; fragen, mit welchen Mitteln die Menschheitsverbesserungsprogramme realisiert werden sollen. Nicht zuletzt wird es christliche Aufgabe sein, die Gesichter zu zählen, Name für Name, ohne jemand zu überspringen, ohne die Einzelnen der Allgemeinheit zu opfern.

Ein Drittes noch: „Es gibt auch unter Christen einen falschen Leichenkult. Es gibt ein falsches, indiskretes Starren in das Antlitz des Toten, ein angstvolles Spähen nach seinem Ausdruck: ob seine letzten Augenblicke schrecklich waren, ob seine Züge Frieden widerspiegeln. Aber der Leichnam ‚spricht‘ nicht mehr; chemisch-physikalische Prozesse sprechen in ihm. Zwar ist er wegen seiner Geschichte – die unwiderrufflich beendet ist – mit Ehrfurcht zu behandeln. Nichts spricht aber dagegen, dass Ehrfurcht und Zweckmäßigkeit einander die Waage halten, was den Umgang mit dem Leichnam angeht. Verzicht auf tagelange Aufbahrung, Aufbewahrung in einem Kühlhaus, Feuerbestattung bezeugen von sich aus keineswegs den Verlust des Glaubens an das Leben und die Gegenwart des Toten“ (Herbert Vorgrimler).

Auch andere Elemente gehören zu diesem Totenkult: Die Ortung der Toten geschieht gewöhnlich in einer spontanen Hinwendung zum Grab, in einer selbstverständlichen Fixierung auf den Friedhof. Da mag immer noch die Vorstellung mitspielen, dass hier die Wohnung, der Aufenthalt des Verstorbenen sei. Dagegen steht der Satz aus dem Lukasevangelium: „Was sucht ihr den, der lebt, bei den Toten?“ (24, 5). Grab und Friedhof sind die Orte für den Leichnam, nicht die Adresse des Verstorbenen. Der Leichnam ist nicht der neue Mensch, nicht das sich in Gott bewegende Du des Toten. Die Sprache der Totenbildchen, der Grabinschriften, der Partezettel bindet aber die Phantasie stärker an das gewesene Leben als sie es auf das kommende Leben öffnet. Die Hoffnung, die vom Evangelium nahegelegt wird, holt dagegen die Verstorbenen nicht

in diese Welt zurück, sie wendet auch nicht den Blick allein auf ihr Gewesensein hin. Sondern ausgehend vom beendeten Leben in der Welt, richtet sie sich aus auf ihre jetzt reale neue Gegenwart. In diese sind die Toten so fortgewendet, dass sie nicht mehr in die Welt der irdischen Wahrnehmung zurückreichen können. Diese Entrückung in die andere Phase des Daseins ist uns nicht völlig unbekannt. Der zur Welt geborene Mensch, der den Uterus der Mutter verlassen hat, kann nicht mehr in die Gebärmutter zurückreden oder zurückhandeln. Das Leben gewinnt er nur vorwärts.

Von dieser grundsätzlichen Wende des Lebens her müsste Ostern viel deutlicher die Festzeit und der Festort für den Umgang mit den Toten sein. Ostern könnte noch viel intensiver der Brennpunkt werden, sprachlich, symbolisch, rituell. Der Ostertag ist nicht nur der lichte Schlusspunkt hinter der anstrengenden Karwoche, sondern das Ziel, der Kern und die Blüte dieser Tagfolge. Denn das Christentum ist nicht auf der Finsternis des Karfreitags errichtet, sondern es entspringt dem Ostertag, dem Lebenstag. Darum sind alle Wege dahin Wege des Lebens, auch die dunkle Straße des Todes.

Univ. Prof. Dr. Gottfried Bachl

„Die Menschen brauchen Geschichten, um zu überleben!“

Religiosität und Spiritualität in der Auseinandersetzung mit Krankheit. Forschungsergebnisse der empirischen Religionspsychologie in ihrer Relevanz für die klinische Praxis.

**Ass. Prof. Dr. Karl Heinz Ladenhauf (Bild),
Dr. Human-Friedrich Unterrainer (ohne Bild)⁴**



Sehr geehrte Damen und Herren!

Nach den grundsätzlichen theologischen und philosophischen Überlegungen zu den „letzten Dingen“, wie sie uns Prof. Bachl eindrucksvoll vermitteln konnte, und den nahe gehenden Einblicken in die Ergebnisse einer qualitativen Forschung mit krebserkrankten Menschen durch Judith Heizer werde ich Sie nun mit einem völlig anderen „genus literarium“ konfrontieren. Die vorwiegend verwendeten Methoden der quantitativen Forschung setzen hauptsächlich auf statistische Verfahren und ermöglichen die Überprüfung grundlegender theoretischer Konzepte der Religionspsychologie. Sie erlauben aber keine Aussagen über das Erleben und Verhalten einzelner Menschen.

1. Einführung in das Thema

Meine Präsentation wird zwei Bereiche umfassen. Nach einigen grundlegenden Anmerkungen zur Religionspsychologie versuche ich im ersten Teil, Ihnen einen knappen Einblick in die Ergebnisse einiger ausgewählter Studien der empirischen Religionspsychologie zu geben. Im zweiten Teil gehe ich auf einige Aspekte des interdisziplinären Forschungsprojektes ein, das ich in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Psychologen Dr. Human-Friedrich Unterrainer von 2002-2005 durchführen konnte.⁵ Meine Darstellung wird sich auf jene Ergebnisse beschränken, die eine gewisse Relevanz für die konkrete Praxis des Umgangs mit schwerkranken Menschen aufweisen. Forschungsmethodische und theoretische Grundsatzfragen bleiben ausgespart.

Mit meinen Ausführungen verbinde ich das Anliegen, Sie, die Sie täglich kranken Menschen begegnen und daher die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Einbeziehung religiöser und spiritueller Dimensionen in die Pflege und Behandlung längst kennen, ein wenig zu ermutigen. Die Züricher Pflegewissenschaftlerin Silvia Käppeli hat in einer vorbildhaften Studie deutlich darauf hingewiesen, warum dies als eine wichtige Aufgabe anzusehen ist. Ihrer Argumentation stimme ich vollinhaltlich zu. Das biomedizinische Modell, das den Krankenhausalltag dominiert,

⁴ Dieser Aufsatz stellt eine unter Mitarbeit von Human-Friedrich Unterrainer erweiterte Fassung des Vortrags von Karl Heinz Ladenhauf dar.

⁵ Ein Ergebnis dieser Arbeit liegt in der Dissertation von Dr. Human-Friedrich Unterrainer vor: Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit. Testpsychologische Operationalisierung im Kontext von seelischer Gesundheits- und Krankheitsverarbeitung, unveröffentlichte Dissertation, Graz 2005.

weist trotz vieler Bemühungen noch immer die Tendenz auf, die „Subjektivität der Leidenserfahrung zu vernachlässigen. (...) Die Vernachlässigung religiöser Fragen innerhalb der Pflege (und der Medizin, KHL) wäre dann eine natürliche Folge davon. Das Ausklammern des Religiösen aus der Fachliteratur und damit aus der akademischen und beruflichen Bildung hat zur Folge, dass es nicht als Teil der Rolle oder der beruflichen Praxis derer, die Krebskranke betreuen, betrachtet wird. Dies bedeutet aber auch, dass Patienten, für die der Glaube ein wichtiges Element in der Bewältigung ihrer Krankheit darstellt, nicht wagen und keinen Raum erhalten, darüber zu sprechen oder ihren Glauben im Spital spontan und auf ihre Art zu praktizieren.“⁶.

2. Anmerkungen zur Religionspsychologie

Religionspsychologie versteht sich als Psychologie, sie ist keine Theologie. Sie fragt nicht nach der Wahrheit von religiösen Inhalten (Gott). Dies ist eine Aufgabe der Theologie. Die Religionspsychologie fragt nach den Auswirkungen und Funktionen, die ein „Glaube“ – oder ein „Unglaube“ an Gott im menschlichen Leben aufweist. „Die Aufgabe einer modernen, psychologisch betriebenen Religionspsychologie ist es, mit dem methodischen Instrumentarium und den theoretischen Konzepten der Psychologie religiöse Emotionen, religiöse Kognitionen und religiöses Verhalten zu erklären und zu verstehen. Dies betrifft sowohl die individuelle Form von Religion in ihrer mehr oder weniger institutionalisierten Form. Religionspsychologie bezieht sich dabei also lediglich auf die psychologischen Aspekte von Religion. (...) Für die Psychologin bzw. den Psychologen ist nicht die *Wahrheit* der gemachten Aussage, sondern deren innerpsychische und soziale *Wirklichkeit* entscheidend.“⁷.

Das globale Anliegen religionspsychologischer Forschung liegt für mich als Praktischen Theologen und Psychotherapeuten in der

- Erarbeitung von (religionspsychologischem) Grundlagenwissen zur Entwicklung und Förderung einer interdisziplinär verantworteten „Religionskompetenz“ der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den medizinischen, pflegerischen und seelsorglichen Berufen
- Förderung der Integration der religiös-spirituellen Dimension in die Begleitung kranker Menschen im Kontext Krankenhaus durch wissenschaftliche Diskurse (AK „Spiritualität im Krankenhaus“)

⁶ Käppeli Silvia, Zwischen Leiden und Erlösung. Religiöse Motive in der Leidenserfahrung von krebskranken Juden und Christen, Bern: Huber 1998, 81. Ähnliches beschreibt die Studie von Rüdiger Jacob, Willy Eirmbter, Alois Hahn, Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 7(1999) 105-119, 107: Die moderne Medizin hat die Menschen mit diesem Bedürfnis weitgehend allein gelassen und durch ihre „Deutungsabstinenz insofern ein neues Problem (geschaffen), als der Einzelne mit seiner Krankheit und den daraus resultierenden Erfahrungen faktisch allein gelassen wird.“

⁷ Murken Sebastian, Rüdell Heinz, Wie kann Religiosität gesundheitsfördernd sein?, in: Deter Hans C. (Hg.), Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin, Bern: Huber 2001, 540-548, 541.

- Befähigung zum sensiblen und reflektierten Umgang mit religiösen und spirituellen Anliegen kranker Menschen durch das gesamte Klinikpersonal
- Tatsache, damit einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Umgang mit kranken Menschen zu leisten

3. Worin gründet die Aktualität der religionspsychologischen Forschung?

Meine Erfahrungen (KHL) aus der Zusammenarbeit mit Pflegenden, ÄrztInnen und SeelsorgerInnen in Supervision, Beratung in ethischen und psychosozialen Fragen sowie in der Weiterbildung (speziell im Bereich der Palliative Care und der Hospizarbeit) erweisen mir die Notwendigkeit und das vielfältige Interesse an der Entwicklung einer wissenschaftlich fundierten Religionskompetenz für diese Berufe.

Im Feld der modernen Krankenbehandlung findet sich bedingt durch die kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungen seit der Aufklärung eine lange Periode der Nichtbeachtung oder Ausgrenzung religiöser Fragen. Im Zuge der „Verkirchlichung des Christentums“ (F.X. Kaufmann) wurde alles Religiöse an die Kirchen delegiert und von diesen weitgehend auch monopolisiert. Der gegenwärtig anzutreffende Wandel des Religiösen äußert sich auch in einer neuen Offenheit und im zunehmenden Interesse an religiösen und spirituellen Fragen. Das unbestimmte, plurale Phänomen der „Spiritualität“ erscheint mir dabei als ein Eingangstor zu fungieren. Da es sich der Definitionsmacht etablierter Religionsgemeinschaften weitgehend entzieht, findet es weit über die Grenzen der Kirchen hinaus Interesse.⁸

Trotz allen Bedeutungsverlustes von Religion in Westeuropa ist Religiosität „ein bedeutender Faktor und Bereich, ohne den man das Leben eines Großteils der Bevölkerung nicht befriedigend verstehen kann. Humanwissenschaften, die das Verhalten und Erleben des Menschen erforschen wollen, werden sich denn auch mit seiner Religiosität befassen müssen.“⁹ Auch Tonja Deister fordert zu Recht, dass religiöse Orientierungen „eigentlich ein ganz selbstverständlicher Gegenstand der Psychologie sein (sollten), widmet sich diese Disziplin doch dem menschlichen Erleben und Verhalten.“¹⁰

In den letzten Jahren wurden zahlreiche angloamerikanische Studien zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit und zur religiös-spirituellen Auseinandersetzung mit Krankheit auch in Europa rezipiert und popularisiert. Die Ergebnisse amerikanischer Arbeiten können aber nicht

⁸ Vgl dazu: Gebhardt Winfried, Engelbrecht Martin, Bochinger Christoph, Die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts. Der „spirituelle Wanderer“ als Idealtypus spätmoderner Religiosität, in: Zeitschrift für Religionswissenschaft 13(2005) 133-151.

⁹ Grom Bernhard, Religionspsychologie, Göttingen: Kösel 1992, 11.

¹⁰ Deister Tonja, Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellungen. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten, Mainz: Grünwald 2000, 41. Ganz ähnlich argumentiert Anna Yeginer: „Die Wirkung einer spirituellen Einstellung auf die Verarbeitung einer Krebsdiagnose hat aber möglicherweise eine größere Bedeutung als allgemein angenommen wird“ (Spirituelle Praxis als Hilfe zur Bewältigung einer Krebserkrankung, in: Belschner Wilfried, Gottwald Peter, Gesundheit und Spiritualität, Oldenburg: BIS 2000, 119-148, 127).

einfach in den europäischen Kontext übertragen werden. Er weist eine völlig andere religiöse Tradition und religionssoziologische Struktur auf.

Die Integration religiös-spiritueller Themen in den Diskurs der empirischen Wissenschaften kann einen Beitrag leisten zur Enttabuisierung der religiös-spirituellen Thematik. Sie stärkt die „Erlaubnis“, diese Themen auch im klinischen Alltag anzusprechen („Ich dachte, hier darf man über solche Themen nicht reden“), verringert die Deutungsabstinenz des medizinischen Systems, das den Einzelnen „mit seiner Krankheit und den daraus resultierenden Erfahrungen faktisch allein gelassen“¹¹ hat. Intendiert ist auch, die Fähigkeiten des Krankenhauspersonals zu fördern, sich auf die subjektiven Leidenserfahrungen einzulassen. Somit wird versucht, die kommunikative Kultur im Krankenhaus zu erweitern. „*Die Menschen brauchen Geschichten, um zu überleben!*“ formuliert es Peter Bichsel treffend.

Ein weiterer Anlass für das Engagement im Feld der religionspsychologischen Forschung findet sich in Entwicklungen im Feld der Krankenhausseelsorge. In der Diskussion über „Pastoral Care“ und „Spiritual Care“ erfolgt eine Reaktion auf die weltanschauliche Pluralisierung und Multireligiosität in der westlichen Welt.¹²

Die verstärkte Beachtung der Salutogenese¹³ im Feld der Gesundheitswissenschaften führte im Gesundheitswesen zu einer erweiterten Sensibilität gegenüber möglichen Ressourcen in der Bewältigung belastender Lebensereignisse.

4. Die Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität als Komponenten der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“

Eine Auseinandersetzung mit Fragen der Spiritualität und Religiosität¹⁴ erfolgt seit einigen Jahren auch im Feld der Forschungen zur „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (health related

¹¹ Jacob/Eirnbter/Hahn, Laienvorstellungen, 107.

¹² Besonders ausgeprägt ist dies in den USA, UK, Australien. Vgl. Rumbold Bruce (Hg.), *Spirituality and Palliative Care*, Melbourne: Oxford University Press 2002; Cobb Mark, *The Dying Soul. Spiritual care at the end of life*, Philadelphia: Open University Press 2001.

¹³ Vgl. Antonovsky Aaron, *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen: DGVT-Verlag 1997.

¹⁴ Religiosität wird „als die Übernahme von Glaubensüberzeugungen sowie die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen einer organisierten Religionsgemeinschaft mit einem spezifischen Normen- und Traditionssystem angesehen“, Spiritualität wird im Unterschied zum Sprachgebrauch in der christlichen Tradition als „breiteres und der Religiosität übergeordnetes Konzept aufgefasst“ und definiert „als subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb traditioneller Religiosität verortet sein kann und damit allen – nicht nur religiösen – Menschen zu Eigen ist.“ Zwingmann Christian, *Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*, in: Zwingmann Christian, Moosbrugger Helfried (Hg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*, Münster: Waxmann 2005, 215-237, 218. Vgl. auch eine gekürzte Fassung: Zwingmann Christian, *Spiritualität/Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?*, in: *Wege zum Menschen* 57(2005) 68-80.

quality of life). Damit wird die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes erfasst. Die zunehmende Berücksichtigung der Selbsteinschätzung gründet nach Christian Zwingmann¹⁵ in der Tatsache, dass angesichts belastender Therapie neben der Lebensverlängerung auch die subjektiv empfundene Lebensqualität zu berücksichtigen ist. Auch die Zunahme chronischer Erkrankungen und die verstärkte Ökonomisierung des Gesundheitswesens sowie die Ausweitung der Palliativ- und Hospizbetreuung führen zur verstärkten Wahrnehmung der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“.

Zwingmann benennt drei Begründungen für die Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität in die Forschung:

1. „Spiritualität und Religiosität werden von den Patienten selbst als wichtiger Aspekt ihrer Lebensqualität benannt.
2. Der spirituell/religiöse Bereich stellt eine bedeutsame Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse dar, seine Erhebung ist daher klinisch nützlich.
3. Die Erhebung von Spiritualität/Religiosität erbringt zusätzliche Informationen, die sich mit anderen – z.B. psychischen oder sozialen – Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht überlappen.“¹⁶

Die Berücksichtigung von Spiritualität und Religiosität ist selbstverständlich auch dann bedeutsam, wenn Menschen unter ihrer Religiosität leiden, wie dies z.B. beim Bild eines strafenden, Angst machenden Gottes der Fall sein kann. Was Annette Dörr¹⁷ für den Bereich psychischer Gesundheit erhellte, kann auch für unser Praxisfeld gelten. Zur Belastung in der Krankheitsbewältigung wird Religiosität, wenn sie sozialen Druck und Angst vor sozialer Ausgrenzung (Konformitätsdruck) verursacht, wenn durch eine religiös gegründete Religiosität eine kognitive Rigidität die flexible Auseinandersetzung behindert, wenn strenge moralische Richtlinien, („Über-Ich-Religiosität“) Menschen darin behindern, „negative“ Gefühle (Aggressionen, Auflehnung, Hadern ...) in angemessener Weise wahrzunehmen und auszudrücken oder wenn ein naiv-magisches Glaubensverständnis an die Allmacht Gottes die Nutzung der eigenen Fähigkeiten behindert.

5. Religiosität als Bewältigungshilfe in der Auseinandersetzung mit schweren Erkrankungen – ausgewählte Forschungsergebnisse

Zahlreiche Studien aus dem angloamerikanischen Raum konnten die vorwiegend positiven Auswirkungen von Spiritualität und Religiosität auf die Verarbeitung von Krankheit nachweisen. Kognitive, emotionale und soziale Aspekte sind dabei relevant¹⁸. Vor allem im Feld der Coping-

¹⁵ Vgl. Zwingmann, Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, 215.

¹⁶ Zwingmann, Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, 219.

¹⁷ Vgl. Dörr Anette, Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhgangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte, Hamburg: Kovac 2001.

¹⁸ Siehe den kurzen Überblick bei Zwingmann, Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, 220-222.

Forschung¹⁹ konnten wichtige Ergebnisse erzielt werden. Da sich das religiöse Milieu in den USA von den europäischen Gegebenheiten gravierend unterscheidet, können diese Ergebnisse nicht einfach in unseren westeuropäischen Kontext übernommen werden.

5.1 Forschungsergebnisse aus dem deutschen Sprachraum

Die Ergebnisse einiger weniger Studien werden im Folgenden referiert.

Sebastian Murken befragte eine unausgelesene Stichprobe von PatientInnen einer psychosomatischen Fachklinik.²⁰ Für ca. ein Drittel der Befragten ist „Religiosität wichtig und alltagsrelevant“. 32% stimmen der Aussage zu: „Gott gibt mir Kraft“, 29% „Gott unterstützt mich bei meinen Problemen“.

Claudia Müller u.a. arbeiten an einer Längsschnittstudie (zwei Messzeitpunkte) mit 198 Patientinnen einer Rehabilitationsklinik mit Brustkrebs. 84% gaben an, einen eher starken religiösen Bezug zu haben, 79% beziehen ihre Religiosität in ihre Krankheitsbewältigung ein.

Es wurde aber deutlich, dass die Frage, inwieweit die Religiosität hilfreich oder hinderlich bei der Anpassung an die Erkrankung ist, sich nicht einfach im Sinne von „religiös sein hilft oder schadet“ beantworten lässt. Je nachdem wie wichtig oder zentral die Religiosität im Leben einer Patientin ist und abhängig davon, was sie glaubt, zeigen sich unterschiedliche Effekte²¹. So ist etwa für Hochreligiöse ein positiver Bezug (positive Gottesbeziehung, Sinndeutung durch religiöse Attributionen) hochsignifikant mit besseren Anpassungswerten verbunden, wohingegen bei mittelreligiösen Patientinnen diese positiven Effekte fast verschwinden, dafür aber negative religiöse Deutungen (negative Gottesbeziehung, Hadern mit Gott, Attributionen als Strafe) Erklärungswert für schlechtere Krankheitsanpassung haben.“²²

Schon 1992 konnten Fritz Muthny und MitarbeiterInnen PatientInnen in der Nachsorgephase nach einer schweren Erkrankung nach ihrer Selbsteinschätzung des „Nutzens“ von Krankheitsverarbeitungsstrategien befragen. Mit 17-26% Zustimmung lag „Trost im religiösen Glauben“ an zweiter Stelle nach der „Entwicklung von Kampfgeist“ (16-32%).

Eine inhaltlich wie methodisch eindrucksvolle Studie veröffentlichte die Schweizer Pflege- und Religionswissenschaftlerin bzw. Judaistin Silvia Käppeli²³. Sie geht den religiösen Motiven nach,

¹⁹ Einen umfassenden Überblick gibt: Pargament Kenneth I., *The Psychology of Religion and Coping*, New York/London: Guilford Press 1997.

²⁰ Murken Sebastian, *Die Bedeutung der Religiosität für die Behandlung von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation*, in: Murken Sebastian, Rüdell Heinz, Laux Ulrich (Hg.), *Spiritualität in der Psychosomatik*. CD-ROM-Dokumentation, Marburg: Diagonal 2003.

²¹ Vgl. Huber Stefan, *Zentralität und Inhalt. Ein neues, multidimensionales Messmodell der Religiosität*, Opladen: Leske&Buderich 2003.

²² Müller Claudia, Körber Jürgen, Huber Stefan, Murken Sebastian, *Religiosität als Bewältigungsressource – Ein vernachlässigter oder vernachlässigbarer Faktor in der onkologischen Rehabilitation?*, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.), *Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation*. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf (DRV-Schrift, Bd. 52), Frankfurt am Main 2004, 487-489.

²³ Käppeli, *Zwischen Leiden und Erlösung. Frau Käppelis Arbeit gründet in einer langjährigen Pflegeerfahrung und in der wissenschaftlich präzisen Analyse einer großen Zahl offener Gespräche mit*

die krebserkrankten Menschen im Zusammenhang mit ihren Leidenserfahrungen erleben. In ihren Analysen zeichneten sich sechs religiöse Motive in der Auseinandersetzung mit dem Leiden ab: „das Vergeltungsmotiv, das Motiv der Vorwürfe gegen Gott, die Aufopferung, das Ringen um den Willen Gottes, die Annäherung an die Endzeit, die mystische Überhöhung. Diese Motive sind durch überlappende religiöse Phänomene eng miteinander verknüpft. Diese Motive, als Teile der bis heute sinnstiftenden jüdischen und christlichen Leidenstraditionen, ermöglichen den Kranken, ihre Leidenserfahrung zu deuten und ihr Ausdruck zu verleihen.“²⁴ Aus der Vielzahl der relevanten Einsichten, die die Arbeit von Frau Käppeli vermittelt, können hier nur einige wenige angeführt werden.

Leidende gestalten ihre Glaubensinhalte so, dass sie zur Erleichterung des Lebens und zum Weiterleben trotz der existenziellen Bedrohung beitragen. Dabei ist die Wirkung religiöser Deutungen durchaus ambivalent. Sie können stabilisierend, aber auch labilisierend wirken. Besondere Bedeutung gewinnt das Gebet. „Die Kranken finden im Glauben Trost, Hoffnung und Vertrauen, d.h. eine Zukunft, welche für das Bewältigen des Leidens wichtiger zu sein scheint als klare religiöse Vorstellungen.“²⁵ Die individuelle Bedeutung des Religiösen scheint im Leiden größer zu werden. Krebs rückt nach Käppelis Studie Betroffene näher zu Gott. „Dies geschieht unabhängig von ihrer formalen Religionszugehörigkeit und weitgehend unabhängig von religiösen Institutionen.“²⁶ Die Begleitung krebserkrankter Menschen erfordert daher – und darin ist Frau Käppeli uneingeschränkt zuzustimmen – „eine Art Sensibilität für Religiöses und eine persönliche Präsenz, die nicht nur Seelsorgern, sondern auch Pflegepersonen möglich ist“²⁷.

Anja Mehnert u.a.²⁸ befragten Melanom-PatientInnen einer Hamburger Klinik. Sie konnten nachweisen, dass es zwischen religiösen Überzeugungen und einem aktiv-kognitiven Stil der Krankheitsverarbeitung, der einen günstigen Einfluss auf den Verlauf aufweist, einen signifikant positiven Zusammenhang gibt. Dieser für das Krankheitserleben bedeutsame Zusammenhang konnte auch in unserer eigenen Studie bestätigt werden.²⁹

In einer umfassenden Studie mit 157 lebensbedrohlich erkrankten Menschen stellt sich Tonja Deister der Frage: „Hat eine ‚religiöse Orientierung‘, bestimmt als ‚positive religiöse

krebserkrankten Juden und Christen. Sie zeichnet sich auch durch die jüdisch-pflegewissenschaftliche Interdisziplinarität aus und ermöglicht höchst differenzierte Einsichten von unmittelbarer Praxisrelevanz.

²⁴ Käppeli, Zwischen Leiden und Erlösung, 209.

²⁵ Käppeli, Zwischen Leiden und Erlösung, 223f. (Hervorhebung im Original).

²⁶ Käppeli, Zwischen Leiden und Erlösung, 224. Dieser Befund korrespondiert mit den Ergebnissen der Religionssoziologie zum Wandel der Religiosität. Für eine kurze Übersicht dazu vgl. Ladenhauf Karl Heinz, Unterrainer Human-Friedrich, Religiosität und Spiritualität im Krankheitsprozess, in: Schaupp Walter, Ruckebauer Hans-Walter (Hg.), Macht Religion gesund?, Innsbruck: Tyrolia 2007 (im Druck).

²⁷ Käppeli, Zwischen Leiden und Erlösung, 225.

²⁸ Vgl. Mehnert Anja, Rieß Sandra, Koch Uwe, Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome, in: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 24(2003) 147-166.

²⁹ Vgl. Unterrainer, Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit, 325. Zwingmann verweist darauf, dass die adaptive Funktion des religiösen Glaubens in der Auseinandersetzung mit Krebserkrankungen durch vergleichende Studien in den USA und Israel kulturübergreifend bestätigt werden konnte (vgl. Zwingmann, Spiritualität/Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?, 76).

Einstellungen', eines lebensbedrohlich erkrankten Patienten Einfluss auf die ‚Verarbeitung‘ seiner schweren Erkrankung, welcher Art ist dieser Einfluss?“³⁰ Auch Ihre Ergebnisse stützen die Annahme eines Zusammenhangs zwischen religiöser Orientierung und Krankheitsverarbeitung. Ihre Arbeit bestätigt, dass „aktiv-auseinandersetzungorientierte‘ Weisen der Krankheitsverarbeitung (...) eher mit positiven religiösen Einstellungen einher(gehen) als ‚passiv-vermeidende‘. (...) Je positiver die (...) Einstellungen zu religiösen Inhalten, umso eher wird die Krankheitsverarbeitung im Sinne der Strategie ‚Religiosität und Sinnsuche (KV 4)‘ verarbeitet, umso weniger in Form von ‚Ablenkung und Selbstaufwertung (KV 7)‘ bzw. von ‚Gefühlskontrolle und sozialem Rückzug (KV 8 des FKV)‘.“³¹ Allerdings führt eine schwere Erkrankung nach den Ergebnissen Deisters nicht zu mehr Beschäftigung mit religiösen Inhalten. Das Sprichwort von der ‚Not, die beten lehrt‘, bestätigt sich hier im Unterschied zur Studie Käppelis nicht. Je positiver aber jemand schon vor der Erkrankung zur Religion steht, desto eher beschäftigt er/sie sich damit in der Krankheit.³²

5.2 Gründe für den Zusammenhang von religiösen Überzeugungen und aktiv-kognitiven Formen der Krankheitsbewältigung:

Auf der Grundlage bisheriger Forschungen kann Folgendes ausgesagt werden: Religiosität fördert die Anpassung an die Erkrankung durch Sinngebung, die Stärkung von Hoffnung, vermittelt ein Gefühl der Kohärenz durch die Verfügbarkeit positiver Interpretationen und Erklärungen für Erfahrungen von Leid, Krankheit, Sterben und Tod; Religiosität stützt die Einordnung belastender, bedrohlicher Ereignisse in übergeordnete Sinnzusammenhänge (Kontingenzbewältigung). Als hilfreich erfahren wird auch die soziale Unterstützung durch die Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft.³³

Auf einen für die Praxis der Begleitung bedeutsamen Zusammenhang hat der Theologe und Arzt Eckhard Frick SJ hingewiesen. Der Glaube an eine übergeordnete Instanz vermindert in scheinbar paradoxer Weise den persönlichen Kontrollverlust und damit die Angst. Cole und Pargament sprechen von „spiritueller Hingabe“ als „paradoxem Weg zur Kontrolle.“³⁴ Frick bezeichnet den Konflikt, in dem viele Schwerkranke und Sterbende, ihre Angehörigen und das klinische Personal stehen, unter Rückgriff auf ein theologisches Diktum Dietrich Bonhoeffers als „Konflikt zwischen ‚Widerstand und Ergebung‘, zwischen dem Kampf um das Leben und dem Akzeptieren des Sterbens.“³⁵ In dieser Situation brauchen betroffene Menschen „die Aufrechterhaltung der therapeutischen Präsenz, das Benennen der tabuisierten oder scheinbar

³⁰ Deister, Krankheitsverarbeitung, 184.

³¹ Deister, Krankheitsverarbeitung, 185. (FKV = Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung von Muthny, 1989).

³² Deister, Krankheitsverarbeitung, 185.

³³ Vgl. Mehnert/Rieß/Koch, Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen, 149.

³⁴ Brenda Cole und Kenneth I. Pargament sprechen von „spiritueller Hingabe“ als „paradoxem Weg zur Kontrolle“ (Spiritual surrender: a paradoxical path to control, in: Miller William R. (Hg.), Integrating spirituality into treatment, Washington, DC: American Psychological Association 1999).

³⁵ Frick Eckhard, Widerstand oder Ergebung? Spirituelle und ärztlich-psychotherapeutische Kriterien der religiösen Krankheitsbewältigung, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik 50(2004) 371-383, 380.

unlösbaren Fragen („naming the silences“), eine adäquate, unaufdringliche Selbstdeklaration und gegebenenfalls ein Weiterverweisen an Seelsorger.“³⁶

5.3 Ergebnisse des eigenen Forschungsprojektes in Graz³⁷

Das interdisziplinäre Forschungsprojekt zwischen Klinischer Psychologie, Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie wurde von 2003 bis 2005 an der Universitätsklinik Graz durchgeführt. Es konnten insgesamt 504 Personen, davon 56.9% Frauen und 43.1% Männer, befragt werden. 241 Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung im klinisch-stationären Raum bzw. wegen einer existenziell bedrohlichen Erkrankung in ambulanter Behandlung. 263 Personen hatten zum Zeitpunkt der Befragung nicht den Status eines/r PatientIn (Kontrollgruppe). Im Hinblick auf die Religionszugehörigkeit entspricht die Stichprobe im Wesentlichen der Verteilung der Gesamtbevölkerung³⁸. Es konnten 50 PatientInnen der Dermatologie, 50 der Orthopädie, 81 der Onkologie und 60 SuchtpatientInnen befragt werden. In einem umfassenden Testinstrument wurde versucht, das „religiös-spirituelle (Wohl)befinden“ der Befragten in den fünf Dimensionen „Allgemeine Religiosität“, „Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens“, „Hoffnung“, „Erfahrung von Sinn“ und „Vergeben können“ zu erfassen. Auf detaillierte testpsychologische Kriterien³⁹ soll hier nicht eingegangen werden, weil sie vor allem für die weitere Forschung bedeutsam sind.

Einige wenige Ergebnisse der in Graz durchgeführten Befragung sollen vorgestellt werden.

Frage: „Wie sehr beschäftigen Sie sich in Ihrer derzeitigen Lebenssituation mit religiös – spirituellen Fragen?“

Die Befragten konnten auf einer Skala von 1(gar nicht) bis 6 (sehr häufig) antworten.

Werden zur Verdeutlichung des Ergebnisses in der folgenden Tabelle die beiden Extremwerte 1+2 (gar nicht/kaum) bzw. 5+6 (häufig/sehr häufig) zusammengefasst, ergibt sich folgendes Bild:

	Anzahl der befragten PatientInnen	Gar nicht /kaum (1+2) %	Sehr häufig/ häufig (5+6) %
Orthopädie	50	30%	22%
Onkologie	81	21%	38%
Dermatologie	50	38%	38%
Sucht	60	51%	20%
Vergleichsgruppe	263	29%	38%

³⁶ Frick, Widerstand oder Ergebung?, 381.

³⁷ Vgl. Unterrainer Human-Friedrich, Ladenhauf Karl Heinz, Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit: Die Entwicklung eines Messinstruments und erste empirische Ergebnisse, unveröffentlichtes MS, Graz 2006. Zur umfassenden Darstellung siehe: Unterrainer, Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit.

³⁸ Vgl. die Angaben der Statistik Austria.

³⁹ Dazu vgl. Unterrainer, Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit.

PatientInnen der Onkologie beschäftigen sich demnach am häufigsten, SuchtpatientInnen am wenigsten mit religiösen und spirituellen Fragen. Diese Unterschiede erweisen sich auch nach teststatistischer Überprüfung als signifikant.

Frage nach GesprächspartnerInnen für religiös- spirituelle Themen

Auf die für Mehrfachnennungen offene Frage nach dem/der gewünschten Gesprächspartner/in für religiös-spirituelle Themen erfolgten von den 241 befragten PatientInnen 219 Nennungen in folgender Verteilung:

Berufsgruppe Gesamtzahl: 219	Häufigkeit der Nennungen	Prozent von 219
Krankenschwester / Krankenpfleger	9	4,1 %
Krankenhausseelsorgerin / Krankenhausseelsorger	62	28,3 %
Psychologin / Psychologe	53	24,2 %
Ärztin / Arzt	20	9,1 %
Stationsgehilfin / Stationsgehilfe	1	0,5 %
Angehörige	54	24,7%
Andere	20	9,1%
Gesamt	219	100 %

Aus dem Ergebnis, dass im Feld der Professionellen neben den Krankenhausseelsorgerinnen auch PsychologInnen als GesprächspartnerInnen angesehen werden, folgt die Notwendigkeit, dass sich auch diese Berufsgruppe eine zumindest grundlegende Kompetenz zur Begleitung in religiös-spirituellen Anliegen aneignet.

Zusammenfassung weiterer Ergebnisse:

Wie schon in oben angeführten Studien konnte auch in unserem Projekt nachgewiesen werden, dass Personen, die einen höheren Wert im Bereich des religiös-spirituellen Wohlbefindens aufweisen einen Vorteil in der Auseinandersetzung mit der belastenden Situation vorfinden. Im Hinblick auf die Wahl verschiedener Strategien der Krankheitsverarbeitung (Coping-Strategien)

tendieren sie zu einem als vorteilhaft anzusehenden aktiven, problemorientierten Bewältigungsstil und zeigen ein geringeres Maß an depressiver Verarbeitung. Menschen, die sich als im höheren Ausmaß religiös-spirituell beschreiben, verfügen auch über mehr Kohärenz im Krankheitsprozess, d.h., es ist ihnen im Sinne von Antonovsky leichter möglich, die Krankheit als sinnvoll zu begreifen und sie in das „Lebensganze der Biographie“ (Hilarion Petzold) zu integrieren. Diese Einsicht korrespondiert mit der in der jüngsten Coping-Forschung postulierten Dimension der „sinngestützten Krankheitsbewältigung“ (meaning based coping).⁴⁰

6. Schlussfolgerungen:

Bisherige Forschungen konnten trotz aller Widersprüchlichkeiten in den Ergebnissen und weiterhin offenen Fragen nachweisen, dass kranke Menschen religiöse Deutungen und Handlungen in ihre Auseinandersetzung mit Krankheit einbeziehen. Ob sich die Religiosität als stützend oder belastend erweist, hängt wesentlich von der Stärke und dem Inhalt des Glaubens (z.B. Gottesbild) ab. Religiöse und spirituelle Inhalte sind bedeutsame Aspekte der Lebensrealität vieler kranker Menschen und sollten in der Zusammenarbeit von Therapie, Pflege, seelsorglicher und psychologisch-psychotherapeutischer Begleitung wahrgenommen werden.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Erkenntnissen für die Begleitung von kranken Menschen im klinischen Umfeld?

Als vielleicht wichtigster Impuls kann gelten, die religiös-spirituellen Bedürfnisse der Menschen wahr- und anzunehmen, sie in kompetenter Weise zu erfassen. Kranken Menschen sollte ein „Resonanzraum“ eröffnet werden, in dem sie die Freiheit erfahren, auch die spirituellen und religiösen „Melodien“ in der Auseinandersetzung mit der Krankheit anklingen zu lassen.

Der Bereich von Religiosität und Spiritualität findet in den Ausbildungen zu den medizinischen bzw. psycho-sozialen Berufen meist nur marginale Beachtung. Die Auseinandersetzung mit Ergebnissen der religionspsychologischen Forschung kann dem klinischen Personal die Möglichkeit eröffnen, sich den spirituellen und religiösen Themen, wie sie sich ihren PatientInnen vielfach stellen, im Rahmen eines wissenschaftlichen Diskurses und ohne Bekenntnisdruck zu nähern.

Ein kompetenter Umgang mit den spirituellen und religiösen Bedürfnissen der PatientInnen setzt ein Mindestmaß an Selbstreflexion und Wissen zu diesen Themen durch das klinische Personal voraus. Die Vermittlung und die Diskussion religionspsychologischer Forschungsergebnisse können meines Erachtens *einen* gangbaren Weg zur Entwicklung einer solchen „Religionskompetenz“ eröffnen. Im Feld der Theoriebildung wird sich weiterhin als notwendig erweisen, das Bemühen um eine Realisierung des bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsmodells (das allerdings noch längst nicht ausreichend in die Praxis umgesetzt wird), um die Dimensionen der Religiosität und Spiritualität zu erweitern.⁴¹

⁴⁰ Vgl. Folkman Susan, Moskowitz Judith T., Coping: Pitfalls and Promise, in: Annual Review of Psychology 5(2004) 745-774.

⁴¹ Miller William R., Thoresen Carl E., Spirituality and Health, in: Miller, Integrating Spirituality into Treatment, 3-19.

Was Silvia Käppeli am Ende ihres Buches für Pflegende schreibt, kann uns allen in der Begleitung kranker Menschen Tätigen als Anregung dienen. Alle „können viel zur erfolgreichen religiösen Bewältigung beitragen, wenn sie das Religiöse im Leiden enttabuisieren und den Kranken ermöglichen, über ihr religiöses Erleben zu sprechen. *Die Leidenserfahrung der Kranken ist ein existentielles Geschehen, das den ganzen Menschen betrifft.* (...) Religiöses muss von Psychologischem unterschieden und soll nicht durch dieses weggedeutelt werden. Dies soll andererseits aber nicht zur Fragmentierung von Zusammengehörigem führen. Letztlich geht es sowohl bei den Kranken als auch bei den Betreuern ums Aushalten der Unbeantwortbarkeit der Frage nach dem Leiden. Es ist wichtiger, einen konstruktiv-kreativen Umgang mit dem Leiden und eine Form von Beistand zu entwickeln, als eine Antwort auf die Frage nach dem Warum bereit zu haben. Damit wird ein theologisch-philosophisches Problem zu einem pflegerisch-seelsorglichen bzw. ein akademisches zu einem menschlichen.“⁴²

Ass. Prof. Dr. Karl Heinz Ladenhauf

Dr. Human-Friedrich Unterrainer

⁴² Käppeli, *Zwischen Leiden und Erlösung*, 225 (Hervorhebung im Original).

"Das, was ich mir bis jetzt vorgestellt habe, das stimmt nicht mehr, das passt nicht mehr" (Christine, 53)

Theodizee und Gottesbeziehung im Gespräch mit Krebskranken

Univ. Assⁱⁿ. Drⁱⁿ. Judith Heizer



Krebskranke Frauen reden über Gott. Sie fragen eindringlich nach dem Warum, nach dem Sinn, ob es persönlich zu nehmen ist, was daran fair und gerecht sein soll ...
Bisher Geglaubtes bröckelt und greift nicht mehr. Als wäre es nicht schon genug, kommt oft noch ein „Leiden an Gott“⁴³ hinzu, denn:

„In gewissem Sinn wird das Problem des Schmerzes durch das Christentum eher geschaffen als gelöst; denn der Schmerz wäre kein Problem, hätten wir nicht, vergraben in unsere tagtägliche Erfahrung mit dieser schmerzgefüllten Welt, dennoch die, wie wir glauben, gültige Versicherung empfangen, die letzte Wirklichkeit sei voller Gerechtigkeit und Liebe.“⁴⁴

Die praktischen Erfahrungen mit Betroffenen in Kliniken und Hospizen zeigen, dass medizinische und psychologische Therapien häufig nicht ausreichen, um die Ganzheit des in diesen Situationen aktiv werdenden Schmerzes abzudecken. Menschen mit unheilbaren Krankheiten leiden nicht nur an physischen, emotionalen und sozialen Schmerzfaktoren, sondern auch an einem spirituellen Schmerz: Sie leiden an Gott, den sie nicht verstehen können und der ihnen weit weg, ungerecht und grausam erscheint; sie leiden, weil sie keinen Bezug mehr zu Gott haben; sie leiden, weil Schuldfragen sie beschäftigen; sie leiden, weil sie nicht verzeihen können, sie leiden an der Angst vor dem Tod; sie leiden, weil sie sich fürchten vor dem, was nach dem Tod kommt oder weil sie nicht an ein Leben nach dem Tod glauben. Selten wird die Frage nach Gott so konkret wie bei Menschen, die von einer tödlichen Krankheit betroffen sind.

Die Reaktionspalette ist vielfältig und reicht von zorniger Anklage über Selbstbeschuldigungen und Strafgedanken bis hin zur demütig-resignierten Annahme eines Willens, den man selbst nicht durchschauen kann. Schwerkranke Menschen werden im Laufe ihres Krankheitsprozesses mit einer Vielzahl an Schmerzen und Ängsten konfrontiert. Ihr inneres Empfinden oszilliert zwischen Hoffnung und Verzweiflung, der Grad ihrer Angst reicht vom nagenden Gefühl des Unbehagens und Ausgeliefertseins vor Operationen, Therapien und Untersuchungen bis hin zu Todesangst und Panik. Dass es ihnen mitunter schwer fällt, Gott in all dem noch zu erkennen, all

⁴³ Armin Kreiner, Gott im Leid, 63

⁴⁴ Lewis, Über den Schmerz, 27

dies als seinen Willen zu akzeptieren und sich diesem Martyrium ergeben zu fügen, ist verständlich („Die Hölle habe ich jetzt“). Tatsache ist: Gott ist Thema. Die Frage, wie ein liebender, gütiger Vater und Schöpfer seine Geschöpfe leiden und sterben lassen kann, beschäftigt sie. Selbst wenig religiöse Menschen macht dieser Widerspruch zumindest nachdenklich.

Ein theologisch ehrliches Nachdenken über das Wesen und die Eigenschaften Gottes, sein Verhältnis zur Welt und den Menschen im Kontext des Übels und der Frage, wie sich die Erfahrung von Schmerz, Leid und existenzieller Bedrohung mit seiner Liebe und Allmacht vereinbaren lassen, lässt sich in diesem Kontext nicht umgehen. Denn von Gott als dem barmherzigen Vater zu sprechen ist gegenüber schwerkranken und sterbenden Menschen nicht mehr ungebrochen möglich. Es bleibt weiterhin schwierig, vom guten und den Menschen liebevoll begleitenden Gott zu sprechen – im Wissen darum, dass Gott nur für manche Menschen behütend und barmherzig ist. Für viele scheint er oft ganz anders zu sein. Insofern stellt sich die Frage, wie die Betroffenen Gott in dieser Phase ihres Lebens erleben, inwiefern sich ihr Gottesbild und ihre Gottesbeziehung durch die Krankheit verändert haben, womit sie kämpfen, woran sie leiden, was ihnen Kraft gibt oder sie verzweifeln lässt.

Meine Gespräche mit Betroffenen haben gezeigt: Menschen in Krisensituationen fragen nach dem Warum, nach dem Sinn, nach Gerechtigkeit. Angst, Schuldgefühle, Verbitterung und Forderungen, Anklagen, Demut oder Resignation, aber auch Vertrauen sind Emotionen, die sie beschäftigen. Zentral ist die Suche nach einer Antwort, nach Erklärungen, nach Verstehen. In ihren Lösungsversuchen taucht Gott in unterschiedlichsten Formen und Bildern auf. Vorherrschend sind vor allem Verwirrung und Irritation.

„Wie soll ich sagen, ich bin gottgläubig, aber in diesem gottgläubig sind so viele Aspekte drin, die ich nicht unter einen Hut bringe.“

„Wie gesagt, ich bin verwirrt, ich weiß überhaupt nichts mehr. Welchen Teil von Gott soll ich jetzt ansprechen? Den barmherzigen oder den verdammenden?“

Die unterschiedlichen Eigenschaften (Mosaiksteinchen) Gottes sind nicht so ohne weiteres miteinander zu vereinbaren. Die „Einheit der Gegensätze“ (Nicolaus Cusanus) löst sowohl Anziehung als auch Entfremden aus („fascinosum et tremendum“). Die unfassbaren Teilaspekte des einen und vielfältigen Gottesbildes widersprechen sich, bezweifeln sich gegenseitig, heben sich auf. Im Zuge eines so schwerwiegenden Einschnittes in das eigene Lebenskonzept wie eine Krebserkrankung verändert sich das Gottesbild manchmal ganz subtil, mitunter auch explizit.

„Ja, ich such nach einem neuen Gottesbild. Denn das, was ich mir vorgestellt hab, das stimmt nicht mehr, das passt nicht mehr.“

„Also in diesem Zusammenhang ist das ganze Gottesbild, das sich natürlich in meinem Leben immer wieder geändert hat, zerbröckelt, ja.“

Zentrale Fragestellungen in meinen Gesprächen waren:

Ist Gott überhaupt Person? Ist Gott Person im Sinne eines direkten Kommunikationspartners und Gegenübers? Eine Ansprechperson, mit der eine Form des Dialogs möglich ist?
Ist Gott ein autoritärer, prüfender Gott?

„Ich bin so groß, und du bist - bist klein, ja!“

„Was mich auch immer wieder einholt ist dieser erhobene Zeigefinger. Der liebe Gott sieht alles und weiß alles. Und wie damals als Kind im Volksschulalter frag ich mich, wenn er alles weiß, dann kennt er ja auch meine Gedanken, also dann hab´ ich nichts für mich, also dass ich mir da dann schon ausgeliefert vorgekommen bin ...“

I: „Also mit Gott haben Sie nie gesprochen?“

IP: „Nein, nein, nein. Der ist zu hoch oben. Der ist die Respektsperson. Hätte ich mich nie gewagt.“

Ist Gott ein strafender Gott und verhält sich die Strafe direkt proportional zur auf sich geladenen Schuld?

„Ich hab mich komischerweise nie gefragt: warum, weil so viele das tun. Ich hab das immer als Bestrafung gesehen, die mir von Gott gegeben wurde. Für meine schlechten Gedanken, für meine Lebensweise, meine Taten. Mit dem kämpfe ich heute noch. Das Schuldgefühl, ich bin selbst dran schuld, dass ich Krebs hab.“

„Weil ich zu viel von meinen Schuldgefühlen überzeugt bin. Irgendwas sperrt und hindert ... Ja, wenn ich jetzt fantasieren würde, denk´ ich mir, Gott liebt mich nicht, dann denk´ ich mir wieder, aber wen Gott liebt, den züchtigt er, also somit bleib´ ich immer im Zweifel, ich bleib´ immer ohne, ich bleib´ immer in Unsicherheit.“

„... ist mir das jetzt auferlegt worden, um meine Schuld abzutragen.“

Und wenn Gott ein guter Gott ist, der die Menschen liebt, warum greift er dann nicht ein?

„Ja, und irgendwo der Glaube, er hat mir mal geholfen, er wird mir wieder helfen und es hilft mir jetzt gar niemand. Irgendwo kommen dann nicht Zweifel, aber die Enttäuschung. Zuerst kommt die Enttäuschung. Er hilft mir nicht. Warum hilft, warum hilft er mir nicht?“

Dient das Böse als Erziehungszweck, das uns zu einer Lebensänderung, Neuorientierung, einer bewussteren Wahrnehmung oder zu Erneuerung und Umkehr motivieren soll?

„Was interessanterweise dann geholfen hat, war, wie dieses Fürchterliche passiert ist, dieser Tsunami, nicht. Das hat mir interessanterweise damals geholfen, so dieses: Es geht weit über mich hinaus. Es hat nicht mit mir persönlich zu tun, sondern das gibt es gar nicht, dass so viele Menschen irgendetwas falsch gemacht haben.“

Ist Gott ein ungerechter Gott, ein Poker und Würfelspieler? Geschieht menschliches Elend und Leid aus reiner Willkür? Haben wir einfach Glück oder Pech, jenseits aller Regeln der Fairness?

„Ich kann mich sehr erinnern, dass ich manches Mal diese Formulierung gebraucht habe: Das ist nicht fair. Also ich hab immer das Gefühl gehabt, es braucht nicht sein, ja. Es braucht nicht sein und es ist nicht fair, aus!“

„Ich war irrsinnig zornig, also ein irrsinniger Zorn. So - warum mir? Warum gerade ich? Wieso dürfen die anderen gesund sein und ich nicht? Was hat das mit Gerechtigkeit zu tun, ja? Also auch, es ist kein gerechter Gott. Es gibt keine Gerechtigkeit und es hat nichts mit Gerechtigkeit zu tun.“

„Ja, wer stirbt, das ist nicht klar. Das ist einfach irgendwie... gewürfelt oder gepokert oder auch nicht. Also du hast keinen Einfluss. Du hast einfach großes Glück, wenn du gesund bist und das ist aber nicht selbstverständlich.“

Ist Gott ein schuldiger Gott? Trägt er Verantwortung für das Übel, sündigt Gott, vergeht er sich an sittlichen oder religiösen Normen? Frevelt Gott am Menschen?

„Das war so ein Moment, wo ich mich nicht wirklich verstanden gefühlt habe, wo eine gute Freundin mich gefragt hat: Und gibst du Gott die Schuld? Na ja, ich meine, so kann man es nicht sagen, aber ... wenn ich nicht schuld bin, wer ist denn dann schuld?“

Ist Gott ein (mit)leidender, ein ohnmächtiger, hilflos zusehender Gott?

„Unlängst hab ich irgendwo gehört, na, Gott leidet mit mir. Ich bin richtig ärgerlich geworden! Denke ich mir, ich will überhaupt nicht, dass er mit mir mit leidet, ja. Was soll er mit mir mitleiden? Was hab ich davon?“

Ist Gott tatsächlich liebevoll, gütig und barmherzig gegenüber den Menschen, insbesondere den Schwachen und Kranken?

„Was ist mit Liebe und Barmherzigkeit und all dem? Wie passt das Elend der Welt mit einem liebenden Gott zusammen?“

„Also einen liebenden Vater stelle ich mir anders vor!“

„Was ist Liebe? Gott ist die Liebe. Aber was ist jetzt Liebe, wenn das alles dazugehört?“

„Es fühlt sich überhaupt nicht nach Liebe an. Auf jeden Fall nicht das, was ich mir bis jetzt unter Liebe vorgestellt hab.“

Ist Gott als Vater- oder Mutterfigur in solchen Situationen auch Halt und Stütze, die auffängt, Kraft gibt? EinE ständigeR BegleiterIn, der/die weiter trägt? Kann sich Gottesbeziehung durch die Erfahrung von schwerer Krankheit und Schmerz intensivieren?

„Diese Liebe, die ich erfahren habe, in einer unwahrscheinlich schönen Form ... wo ich wirklich das Gefühl hatte, ich werde getragen.“

„Es hat nichts und niemand meine Liebe zu Gott zerstören können. Und wenn man mich heute fragen würde, hat sich etwas verändert? Hat sich das Gottesbild für dich verschoben ... eigentlich nein. Sicherlich, nein. Keine Sekunde, ich hab mich so, so fest angeklammert.“

Weitere Motive in meinen Gesprächen waren Stellvertretung („besser ich als jemand, der damit nicht umgehen kann oder eine Mutter mit kleinen Kindern“) und Solidarität mit Jesus am Kreuz („nur recht und billig“) im Sinne einer imitatio Christi. Auch die Interpretation der Krankheit als Kreuzweg wurde erwähnt, immer wieder nahmen meine Interviewpartnerinnen auch Bezug auf einen übergeordneten Sinn, in dem sich das für sie Unbegreifliche einordnen lässt, selbst, wenn uns dieser derzeit noch verborgen bleibt.

„Da hab´ ich lang gesucht, lange nach einem Sinn gesucht. Ich habe es aufgegeben, ja, ich sehe keinen Sinn, auf jeden Fall momentan keinen Sinn in dieser Krankheit.“

Menschliches Leid bleibt eine schwerwiegende Anfechtung des Glaubens.⁴⁵ Wer mit Krebskranken zu tun hat, sieht sich unmittelbar mit dieser Dialektik konfrontiert. Wenn Theologie lebenszugewandt und praktisch am Menschen orientiert sein will, muss sie sich mit den Betroffenen gemeinsam dieser Ambivalenz stellen. Daher ist es nahe liegend, in diesem Kontext Überlegungen zum Verhältnis Gott – Mensch sowie dem Vorteil, dem „Mehrwert“ einer christlich-religiösen Überzeugung und des Glaubens an Gott überhaupt anzustellen, kurz: Die

⁴⁵ Vgl. Dillmann, Durch Leid Gehorsam lernen?, 142

Theodizeefrage muss aus ihrem Elfenbeinturm theoretisch-systematischer Reflexionen herausgeholt und zu einem wichtigen, wenn nicht vorrangigen Thema der Praktischen Theologie erklärt werden, indem wir versuchen, sie „zu erden“ und in den praktischen Kontext der Kranken- und Sterbebegleitung einzufügen. Weniger, um rasche Antworten auf Fragen nach Gott und seinem Verhältnis zum Menschen oder zum menschlichen Leid zu liefern, sondern, um dort präsent zu sein, wo Leid passiert und Menschen zu allem anderen noch an einem Gott leiden, den sie sich nicht erklären können oder der einem Bild entspricht, das einem autoritären Tyrannen weit näher kommt als einem guten Gott.

Mit Schwerkranken über Gott zu sprechen ist kein leichtes Unterfangen. Wenn spürbar wird, dass sie dieses Thema berühren und anschnitten dürfen, ohne belächelt oder mit leeren Phrasen abgespeist zu werden, wird rasch deutlich, wie tief die Verzweiflung, wie stark der Zorn, wie groß die Sehnsucht nach Gott ist.

Was also können wir tun? Wir können gemeinsam nach ihrer eigenen Lösung und Antwort suchen und uns mit ihnen auf die Suche nach einem Weg machen, wie Gott sich in ihrer spezifischen und individuellen Situation vielleicht doch erfahren lässt, indem wir offen und hellhörig sind auf die Botschaften, die Gott sendet – sei es in Träumen oder verschiedenen Weisen seiner Selbstmitteilung.

Vor allem aber können wir versuchen, ein anderes Bild von Gott zu zeichnen als jenes des strafenden, indifferenten, weltüberhobenen Schöpfers, den das Leid seiner Geschöpfe unberührt lässt, der uns im Leid entgegengieht, sich davon betreffen lässt und dem es nicht gleichgültig ist, auch wenn es oft schwer fällt, ihn als die zweite Spur im Sand neben uns zu erkennen. Doch der Abba Jesu, die Vorstellung von Gott als liebenden, zärtlichen Vater mag mit Sicherheit mehr Trost zu spenden als jene eines unerreichbaren Weltenplaners, der seine Geschöpfe sich selbst überlässt. Und schließlich kann Gott als Gott der Leidenden Hoffnung geben – auf mehrere Arten. Zum einen schenkt er die Hoffnung auf eine letzte Sinnggebung, auf eine tröstende Rechtfertigung des Leidens, auf eine Antwort, die überzeugt und keine Fragen mehr offen lässt. Zum anderen gibt er die Hoffnung auf eine Geborgenheit in einem Gott, der treuer als alle vorstellbar-idealisierten irdischen Eltern ist, der freiwillig mit uns mit-leidet und uns auch hier noch seine Nähe schenken will. Ein weiterer Hoffnungsaspekt liegt darin, dass die Nähe Gottes im Leid und sein eigenes Leiden am Kreuz, wenn es wirkliches Leiden Gottes sein soll, noch etwas anderes beinhalten muss als nur Mit-Leiden, mag dies noch so radikal sein. Sein bloßes „Hineingerissensein in den Strudel des Schmerzes reicht nicht aus.“⁴⁶ Gottes Leiden muss die Rettung und Heilung der leidenden Person mit einschließen – wie es die alttestamentlichen Psalmen vom leidenden Gerechten erhoffen und der neutestamentliche Osterglaube vom gekreuzigten Jesus annimmt.

Gottes Schmerz ist nur dann erlösend und heilend, wenn Gott das Leid nicht nur ohnmächtig-passiv erträgt und selbst im Leiden überwältigt untergeht, sondern wenn in seiner frei mitleidenden Liebe eine größere Kraft (Allmacht) ist, die aus noch tieferen und zutiefst betroffenen Potenzialen Leid aktiv-real und kreativ zu heilen und zu überwinden vermag. Diese

⁴⁶ Hans Kessler, Gott und das Leid seiner Schöpfung. Nachdenkliches zur Theodizeefrage, 110

Heilung und Überwindung soll nicht erst post mortem geschehen, sondern sich zumindest ansatzweise bereits im Hier und Jetzt ereignen – und sei es auch nur in der Kraft, Leid in Würde und Hoffnung zu bestehen.

Der Beitrag, den eine geistliche Begleitung hier leisten kann, ist aufgrund der Virulenz der spirituellen und religiösen Themen und Verwirrungen ein beträchtlicher – auch ohne bereits genau definierte Antworten. Es reicht oft schon, da zu sein und die Antwortlosigkeit mit auszuhalten. Die Spiritualität derer, die Sterbende pflegen, muss die Spiritualität des Freundes oder der Freundin sein, der/die neben ihnen geht, ihnen hilft, mit ihnen redet und manchmal einfach nur mit leeren Händen dasitzt, wenn man viel lieber davonlaufen möchte. Es ist eine Spiritualität der Gegenwart, die damit zu tun hat, in der Nähe zu sein, aufmerksam zu sein, verfügbar zu sein, einfach da zu sein – und es zu bleiben.

„Dazu müssen wir die Fähigkeit entwickeln, mit beiden Beinen fest auf dem Boden der Realität der Wunden und Brechschalen zu stehen, dabei aber den Blick über das Chaos des Hier und Jetzt hinaus auf eine Zukunft unvorstellbarer Hoffnung zu richten. Vor allem anderen muss man tiefer in seinem Inneren überzeugt sein, dass der Tod nicht das Ende, sondern der Anfang ist.“⁴⁷

Univ. Assin. Drⁱⁿ. Judith Heizer

⁴⁷ Sheila Cassidy, Die Dunkelheit teilen, 20

„Religiösen und spirituellen Themen Resonanz geben“ Erfahrungen aus dem klinischen Alltag



Aus der Sicht eines Projekts

Dr.ⁱⁿ Elisabeth Aberer
Univ.-Klinik für Dermatologie



Ausgangspunkt:

An der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie läuft ein Projekt zum „Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagement – Systems nach ISO 9001:2000“.

Im Rahmen dieses Projektes werden Themen wie Prozessabläufe, Medizinische Leitlinien, Standards, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit (medizinisch sowie auch die Hotelkomponente) angesprochen.

Tumorpatienten sowie auch chronisch Kranke mit Hautveränderungen stehen in regelmäßiger stationärer Behandlung. Spirituelle Fragen entstehen unweigerlich in diesem Zusammenhang.

Die Arbeitsgruppe **Spiritualität im Krankenhaus** beschäftigt sich intensiv mit diesen Fragestellungen, da Krank-Sein zum Nachdenken über das eigene Leben einlädt.

Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe entstand die Idee eines Pilotprojektes, welches im Rahmen des Qualitätsmanagements zum Thema wurde mit dem Titel:

Ökumenisches Seelsorgekonzept an der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie

Arbeitsteam: Mag. Gabriele Gaar (katholische Klinikseelsorge)
Mag. Herwig Hohenberger, Renate Bauer (evangelische Klinikseelsorge)
Ao Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Aberer (Dermatologin und Qualitätsmanagerin,
Univ.-Klinik für Dermatologie)

Projektschwerpunkte

1. Leseblatt der Klinikseelsorge 1x/Monat

Jedes Leseblatt greift ein existenzielles Thema auf wie
Sehnsucht – Grenzen – Angst – Trost – Beziehung – Hoffnung – Einsamkeit ...

2. Besinnungsangebot

Gemeinsames Innehalten jeweils donnerstags 17.30-18.00 auf einer der 3 Stationen der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie mit Kommunionfeier, Meditation, Musik im Krankenhaus, Abendgebet

3. Spezifische Aufgaben der Klinikseelsorge

- Gesprächsangebot
- Religiöser Zuspruch im Gebet
- Segen
- Kommunionempfang
- Krankensalbung
- Sakrament der Versöhnung
- Gottesdienste in der Krankenhauskirche

Projektzeitrahmen: Dezember 2005 bis Juni 2006

Zielgruppe: Patientinnen und Patienten der Univ.-Klinik für Dermatologie

Dr.ⁱⁿ Elisabeth Aberer

Aus der Sicht des psychosomatisch-psychotherapeutischen Konsiliardienstes am Universitäts-Klinikum Graz



**Dr.ⁱⁿ Monika Glawischnig-Goschnik
Ärztin, Psycho- und Musiktherapeutin**

Im Rahmen des psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienstes werden PatientInnen aller Abteilungen des Klinikums auf Wunsch des behandelnden Teams bei ihrer Krankheitsbewältigung psychotherapeutisch unterstützt.

Bei diesen Besuchen steht vor allem der kranke Mensch und nicht so sehr die Krankheit im Vordergrund.

PatientInnen bekommen die Möglichkeit, mit ausreichend Zeit ihre Kranken-Geschichten zu erzählen, von ihren Bewältigungsversuchen zu berichten, und ihre Ressourcen ausfindig zu machen und zu nützen.

Die MitarbeiterInnen des Konsiliar- und Liaisondienstes (CL-Dienst) verfügen über differenzierte psychosomatische und psychotherapeutische Kompetenzen und haben ein besonderes Ohr für „das Unausprechliche“ und das Unausgesprochene, das in den Berichten der PatientInnen mitschwingt und in unterschiedlichster Weise zum Ausdruck gebracht wird.

Menschen sind sowohl durch ihre verbale Sprache präsent, als auch in hohem Maß durch Nonverbales, durch Gestik und Mimik, durch Haltung und Bewegung oder durch das, was sie an sich tragen, wie z.B. durch Kleidung.

Einen Eindruck der Person und ihres Umfeldes erhält man aber auch z.B. durch die Gegenstände im Raum, durch die Blumen am Nachttisch oder die Bücher, durch die Musik, die gehört wird, durch Fotos, kleine Bildchen mit Segenswünschen, das Kreuz an der Halskette oder den Glücksbringer, der über dem Bett hängt.

All das ist Ausdruck der persönlichen Werte und Wichtigkeiten, die, auch ohne viel hinterfragt zu werden, Auskunft geben und Zeichen sind, für Wünsche und Vorstellungen, Begleitumstände und Kraftquellen, die für den einzelnen wichtig sind und ihn und seinen Umgang mit Gesundheit und Krankheit in hohem Maße ausmachen.

Die psychotherapeutische Begleitung nimmt den einzelnen Menschen und sein Geworden-sein sehr ernst, im Gespräch geht es um das Erzählen der persönlichen Krankheits- und Lebensgeschichte, um das Aufkommen und Schwinden der Hoffnung, um die Anwesenheit oder Abwesenheit der Familie, es geht um Unterstützung und Belastung, Angst und Freude, Sehnsucht und Trauer.

All das sind Fragen mit immer wieder wichtiger spiritueller Thematik, die oft nicht ganz klar und deutlich angesprochen - und ausgesprochen werden (wollen), immer aber im Erzählten mitschwingen.

Diese Fragen gilt es zu hören, ernst zu nehmen, verbal oder nonverbal anwesend sein zu lassen und wenn möglich gemeinsam mit den PatientInnen zu beantworten .

In diese Fragestellungen ist das gesamte Behandlungsteam involviert und die hilfreiche Begleitung und Behandlung des einzelnen Menschen in Krankheit und Not hängt sehr wesentlich von der Selbstverständlichkeit ab, mit der diese Themen anwesend sein dürfen.

Neben der (schul)medizinischen Behandlung, den psychosozialen Interventionen und der Seelsorge bieten sich auch ergänzende Therapiemethoden wie z.B. die Musiktherapie an, „Unaussprechliches zur Sprache zu bringen“.

Mitgebrachte, stärkende und nährenden Musik kann gemeinsam gehört werden, es gilt, Lebensmelodien (wieder) zu finden, gemeinsam zu singen oder zu improvisieren, Klänge zu suchen, für die Hoffnung, die Trauer, die Angst oder die Freude.

Das Thema Spiritualität in seinen vielen Facetten ist in den Kontakten und Gesprächen, die aufmerksam mit PatientInnen geführt werden, sehr präsent.

In Situationen der Lebensbedrohung und des Abschiedes genauso wie in nicht existenziell bedrohten Zeiten stellt sich die Frage nach dem „Warum“, oder „Warum ich“, oder „Warum jetzt“, oder die Frage nach dem „Schicksal“ oder der „Bestimmung“ oder der „Schuld“.

Es gilt, diese Themen sehr sorgsam zu hören, Zeit und Raum zur Verfügung zu stellen und gemeinsam, interdisziplinär und interprofessionell mit allen MitarbeiterInnen des Teams die Anliegen und Bedürfnisse der PatientInnen zu formulieren, sie ernst zu nehmen und einer hilfreichen Begleitung, Behandlung und Betreuung zuzuführen.

Dr.ⁱⁿ Monika Glawischnig-Goschnik

Aus der Sicht der Krankenschwester

**DGKS Gerlinde Elfriede Krammer,
Chirurgie**



Sehr geehrte Damen und Herren!
Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Darf ich mich kurz vorstellen, mein Name ist Gerlinde Elfriede Krammer, ich bin Diplomkrankenschwester seit 1970 im LKH Graz, Allgemeinchirurgie und habe inzwischen zwölf Jahre Babypause genossen.

Unser heutiges Thema „Dem Unaussprechlichen Resonanz geben“ ist vor allem für unseren Beruf, sprich das Pflegepersonal, von großer Bedeutung und Wichtigkeit!

Es ist notwendig, dass wir diesen Widerhall sowohl vom Patienten als auch vom Mitarbeiter versuchen zu spüren, manchmal auch nur schweigend.

Das „Da-zu-sein“ bzw. Begleiten ist für mich als Krankenschwester geradezu eine so schöne und große Herausforderung, dass ich diesen Beruf ohne „Wenn und Aber“ nochmals wählen würde.

Ich weiß mich auch gefordert, mich um die religiösen Bedürfnisse der Patienten zu kümmern, sei es durch Information über Angebote oder Seelsorge, wie zum Beispiel Heilige Messen, Kommunionfeiern, Einbeziehung von Pastoralassistenten und Besuchsdienst, Sterbebegleitung. Das zuletzt genannte Engagement ist für mich besonders bewundernswert!

Nun zwei Beispiele aus meiner Erfahrung als Krankenschwester:

Da ich bis 2003 eine Barmherzige Schwester als Stationsschwester hatte, war bei uns das Morgengebet auf der Station nach der Dienstübergabe ein selbstverständliches Ritual. Nun habe ich mir dies zur Aufgabe gemacht, und das Echo, sprich die Resonanz, ist fast immer vorhanden. Ich bete, mit einem Guten Morgengruß beginnend, ein kurzes nicht schwebendes Morgengebet aus dem Gotteslob oder ein Vater unser und „Gegrüßet seist du Maria“. Meine jetzige Stationsschwester sagte unter anderem: „Ich speise erst aus, wenn Sie gebetet haben“. Da ich auf einer operativen Station arbeite, kann dies vor allem für Patienten, welche kurz vor der Operation sind, sehr hilfreich sein, natürlich aber auch für alle anderen. Die Aussagen von Patienten nach dem Morgengebet: „Heute habe ich Sie schon gehört“ oder „Ich weiß schon dass Sie da sind“ sind für mich für diesen Tag ein wundervoller Beginn. Es gibt auch Resonanzen wie: „Schwester, so lange habe ich schon kein Vaterunser mehr gebetet, ich kann es kaum mehr, aber heute habe ich über den Lautsprecher leise mitgebetet“. Auch Schülerinnen, Studenten und Ärzte sind zum Teil neugierig und hören mir zu. Manchmal fragen sie auch, warum ich das mache. Eine meiner Antworten ist: „Nicht nur der Körper, auch die Seele ist bei unseren Patienten krank“.

Bei meinem zweiten Beispiel geht es für mich um eine wunderschöne Begegnung und Begleitung einer Heimbewohnerin aus dem Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder in Kainbach. Vor einiger

Zeit war die besagte Patientin bei uns auf der Station. Sie war geistig und körperlich sehr kindlich, obwohl ihr Alter circa 30 Jahre war. Eine Kommunikation fand nur mit Augen und Händen statt. Sie brauchte in allen Lebenslagen Hilfe. Nach der Operation fiel mir auf, dass ihr Blick immer wieder auf das Nachbarbett schweifte, am Galgen dieses Bettes war nämlich ein aus Watte und Stülpa vom Pflegepersonal der Wachstation selbst angefertigter Schneemann befestigt. Meine Überlegung war nun, wie komme ich heute am Samstagabend relativ schnell zu einem Kuschtier! Plötzlich kam mir eine Idee, ja mir wurde sie geschickt, es fielen mir die Kuschtiere meiner bereits erwachsenen Kinder ein, welche gewaschen und weggeräumt auf die zukünftigen Enkelkinder warten. Zuhause angekommen wählten mein Mann und ich ein am besten passendes Tierchen aus (kuschelig und klein) und am Sonntagmorgen nahm ich es mit. Nach der Morgentoilette gab ich es dieser Patientin, zu Beginn war sie etwas misstrauisch, schaute mich immer wieder an, streichelte das Tier, als ich mit ihr sprach, aber immer wieder mit der Geste: „Darf ich es wohl behalten“. Für mich war dies einer meiner rührendsten Begegnungen. Es war für mich ein Geschenk, dass mir diese Idee gegeben wurde. Eine junge Kollegin war auch sehr begeistert davon, seitdem ist zwischen uns beiden ein sehr stimmiges Miteinander entstanden. Auch die anderen Patienten im Zimmer meinten „wiederholenswert“.

Die Aussage: „Leb den Glauben so, dass du danach gefragt wirst“ ist für mich dienstlich wie privat immer wieder Priorität, natürlich gelingt es nicht immer und ein Neubeginn ist wieder notwendig. Wenn wir unseren Blick nicht mehr zum Himmel aufheben und danken, dann bleibt uns nur noch die Erde mit ihrem Lärm und Geschrei.

Zum Schluss möchte ich Ihnen noch ein Gedicht von Martin Gutl vorlesen, das gerade für unseren Beruf eine große Herausforderung ist!

„Ich möchte dich begleiten,
nicht dass ich mehr wüsste als du.
Nicht dass ich sicherer sein könnte als du.
Ich sage es, weil ich wie du ein Mensch bin.
Ein Mensch, der seit Jahrzehnten leidenschaftlich sucht,
einer, der gefunden hat und wieder sucht,
ein Mensch, der betet.
Für den es trotzdem Fragen gibt,
wie für dich.
Für den die Rätsel des Lebens nicht schon gelöst sind.
Ein Mensch, der manchmal in die Seele des anderen
hineinblicken darf,
und für den doch jeder ein Geheimnis bleibt.
Ich möchte dich begleiten,
ich bin kein Übermensch.
Ich möchte mit dir die Spuren Gottes suchen
mitten im Alltag.
Ich bin mit dir unterwegs,
ich bin wie du unterwegs!“

DGKS Gerlinde Elfriede Krammer

Aus der Sicht der Patientin

Dr.ⁱⁿ Barbara Mörtl
Religionspädagogin

„Religiösen und spirituellen Themen Resonanz geben“ – nach sieben Jahren chronisch lymphotischer Leukämie (CLL), unzähligen Chemotherapien, Zeiten voller Hoffnung und Enttäuschung frage ich: Geht das überhaupt? Ist es möglich, noch Sinn im Leben zu finden? Wie weit hat dieses Anliegen Bedeutung für ärztliches Personal, für die Pflegenden?

Unterschiedliches begegnete mir in den letzten sieben Jahren dazu. Ich erlebte und erlebe es immer wieder als persönliches Geschenk - wenn es für Sie passt als „Gnade“ - mich nie verlassen gefühlt zu haben. Ich meine damit primär, dass das Gefühl der Gottverlassenheit mich nicht belastete. Ich fühle mich als Geschöpf Gottes, ausgestattet mit einer Reihe „göttlicher Gaben“, aber eben nicht perfekt – sonst wäre ich Göttin. Dieses Imperfekt Sein schließt Kranksein mit ein, Heil-sein aber nicht aus.

Ganz anders ging es mir mit meiner Umgebung. Aufgrund der enormen Arbeitsbelastung auf einer Station bin ich dort in erster Linie „die CLL“. Untersuchungsergebnisse stehen im Mittelpunkt des Interesses, nicht meine persönliche Befindlichkeit. Natürlich gibt es Momente guter Gespräche und Zuwendung, und die sind Balsam für die Seele. An dieser Stelle ein hohes Lob an die Bediensteten des Reinigungspersonals. Sie nehmen sich oft wirklich Zeit!

Die Krankenhauseelsorge erlebte ich eher negativ, denn das Erste, was da im Raum stand, waren Begriffe wie Schuld und Opfer. Das hat sich in den letzten beiden Jahren ungemein zum Positiven hin verändert. Herzlichen Dank dafür!

Ich möchte aus meiner Situation allen Mut machen, „dem Unausprechlichen Resonanz zu geben“, denn als Menschen sind wir endliche Wesen, und so kann, ja muss auch das Reden über das Ende Platz haben. Damit meine ich auch, dass dieses Ende ein neuer Anfang sein kann. Viele Frauen und Männer können die Klinik als Gesunde verlassen, sagt das aber etwas über ihr „Heil-sein“ aus?

Dr.ⁱⁿ Barbara Mörtl

Aus der Sicht des Arztes

Mag. theol. Dr. med. Erwin-Horst Pilgram



Als Arzt treffe ich einen Menschen in einer für ihn „existenzbedrohenden“ Lebenssituation, wo Fragen nach dem „Warum ich...“, „Woher komme ich...“ und „Wohin gehe ich...“ stets präsent sind.

Jeder Patient, der einen Arzt oder sogar ein Krankenhaus aufsuchen muss, fühlt sich in seiner körperlichen Integrität bedroht und wird somit seiner Begrenztheit gewahr.

Zutiefst fundamentale Fragen bewegen den Patienten im Angesicht der Endlichkeit seines ‚Seins‘. Nicht immer, aber doch auch nicht so selten, werden diese Fragen mit mir als Arzt angesprochen und ich meine, dass man diesen Fragen nicht ausweichen muss bzw. soll.

Jedoch wird meine Antwort von meinem lebensphilosophischen und spirituellen Hintergrund geprägt sein. Als Kind dieser Zeit darf ich nicht der „Hybris“ verfallen, dass meine Erkenntnis ‚neutral‘ ist. Nur in der kritischen Reflexion der Erkenntnisse, welche die Menschen hervorgebracht haben, gelange ich zu meiner Erkenntnis, zu meinem Glauben. Aber auch diese – nun mehr meine Sichtweise – gilt es zu hinterfragen und hinterfragen zu lassen. Hier fordere ich eine Wahrhaftigkeit in diesen religiös-spirituellen Gespräch von allen Gesprächspartnern.

Es gibt hier nicht eine neutrale „übergeordnete“, sogenannte „wissenschaftliche“ Diskussionsposition, sondern einen – um die eigene Verwurzelung wissend – toleranten, den jeweils anderen respektierenden Dialog.

Im klinischen Alltag sind kleine Symbole (Heiligenbildchen, Rosenkranz, wundertätige Medaille...) am Nachttisch der Patienten nicht zu übersehen, um ein Gespräch über Religiosität, Spiritualität zu beginnen bzw. ein Signal zu geben, dass der Patient eingeladen ist, sich diesem Bereich auch im Krankenhaus öffnen zu dürfen.

Zu bedenken ist stets die Tatsache, dass die Mehrheit der Patienten mit einer traditionellen religiösen Sprache und Symbolik aufgrund der kirchlichen Gegebenheiten in Österreich vertraut ist. Somit gilt es auch, die Menschen dort „abzuholen, wo sie sind“ und sich einer Sprache bedienen, die für die Patienten verständlich bleibt und nicht in eine „esoterische Transzendenzsprache“ abhebt.

Das Krankenhaus darf weder zu einem Tummelplatz selbsternannter Missionare werden, diesbezüglich gibt es klare Regelungen der Krankenhauseelsorge vom Gesetzgeber, noch zu einem ‚pseudo-religionsfreien‘ Raum degradiert werden, der unter dem Deckmantel der „Toleranz“ das Grundrecht auf Glaubensfreiheit angreift und so den Menschen seiner spirituellen-religiösen Dimension beraubt.

Die Krankenhauseelsorger in Österreich haben den Auftrag (von ihren Kirchen und den Krankenhausträgern) und die Kompetenz dieser religiösen Ausrichtung der Patienten aufgrund ihrer Ausbildung in offener Weise zu begegnen.

Die Krankenhauseelsorge soll dem Patienten ebenso angeboten werden wie eine psychologische oder sozialarbeiterische Betreuung, wenn man den Menschen als Person versteht, der neben der – im Krankenhaus im Vordergrund stehenden – somatischen auch eine psychische, soziale und spirituelle Ebene hat.

Dr. Erwin-Horst Pilgram

Aus der Sicht der Hospizmitarbeiterin



Christine Uitz
Hospizmitarbeiterin

Im Leben jedes Menschen gibt es Zeiten, in denen er einfach so dahinlebt, die Frage nach dem Woher und Wohin stellt sich überhaupt nicht. Oft erst in Grenzsituationen, in Zeiten einer schweren Erkrankung oder am Lebensende tauchen viele Fragen auf: Welchen Sinn hat mein Leben? War das alles? Warum muss ich so viel Leid ertragen? Gibt es ein Leben nach dem Tod? Menschen, die von einem Glauben getragen werden, fühlen sich nicht allein gelassen, der Glaube kann Kraft und Zuversicht spenden.

Seit 1998 begleite ich als ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin Schwerkranke, Sterbende und deren Angehörige.

Was bedeutet für mich begleiten? Für den anderen da sein, Zeit schenken, dem Menschen Wertschätzung entgegen bringen, gut zuhören, sein Leben nicht bewerten und Raum geben für seine Spiritualität. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass bei einer schweren Erkrankung oder am Ende des Lebens Bilanz gezogen wird – das Leben wird kritisch betrachtet, manche Erlebnisse genauer beleuchtet.

Die Menschen erzählen mit schonungsloser Ehrlichkeit, sie wollen ihre ganz persönliche Lebensgeschichte mitteilen. Im Leben gut Gelungenes – Partnerschaft, Kinder, Beruf – wird dankbar wahrgenommen, von Kränkungen, Verletzungen erzählt. So vieles will mitgeteilt werden! Bei dieser „Lebensbeichte“ darf alles angesprochen und ausgesprochen werden.

Welche Rolle spielt die Spiritualität bei einer Hospizbegleitung? Auf die Frage: „Wie können sie ihr schweres Leid so gut ertragen?“, kommt oft die Antwort: „mein Glaube an Gott gibt mir Kraft.“ Ich denke, Spiritualität ist nicht mit religiöser Erfahrung verbunden, es geht um den Geist, der uns beseelt. Als Hospizbegleiterin soll ich keine Glaubensgemeinschaft vertreten, sondern überkonfessionell denken. Der leidende Mensch hat das Bedürfnis, über seine Ängste aber auch über seine Hoffnung zu sprechen, er braucht Beistand und Trost. Fertige Antworten können nicht helfen, wohl aber zuhören und verstehen lernen, wie anders ihre Weltwahrnehmung sein kann. Andreas Wittrahm über Hospiz-Spiritualität: „Hospizarbeit ist in sich Vollzug christlicher Spiritualität, unabhängig von der jeweiligen persönlichen Einstellung, denn sie ist Dienst am Menschen um des Menschen willen...“

Ein Fallbeispiel:

Ich möchte von einer Begleitung erzählen, die auf der Palliativstation begonnen hat. Eine 86-jährige Frau, sehr gläubig, ihre Krebserkrankung war weit fortgeschritten. Sie klagte nicht - sie war bereit zu sterben. Von ihrer Familie wurde sie liebevoll umsorgt, das Mutter-Tochter-Verhältnis war sehr innig. Ihre Tochter konnte sich schwer vorstellen, ja es machte ihr der Gedanke Angst, dass sie ihre Mutter bald verlieren würde. Es wurde alles vorbereitet, damit Frau A. zu Hause betreut werden konnte.

Doch leider verschlechterte sich ihr Zustand, sie war nicht transportfähig. Am nächsten Tag ging es ihr wieder besser, sie schlug die Augen auf und war ganz erstaunt, als sie die Gesichter der Schwestern sah. Sie fragte: „Bin ich noch nicht im Himmel?“ Frau A. erholte sich wieder und konnte in ihre Wohnung gebracht werden, wo sie von einer Pflegerin rund um die Uhr betreut wurde. Ihre Tochter bat mich, die Mutter einmal zu Hause zu besuchen.

Einige Tage später hatte ich das Gefühl, ich muss zu Frau A. Es war früher Abend als ich läutete – die Tochter öffnete, sie wollte gerade nach Hause gehen. Im Vorraum hörte ich schon das schwere Atmen ihrer Mutter. Die Tochter bat mich ins Zimmer, ihre Mutter war nicht mehr ansprechbar. Wir setzten uns ans Krankenbett und sie erzählte von ihrer besonderen Beziehung zu ihrer Mutter, es waren unvergessliche Erlebnisse, Erinnerungen, die für sie so kostbar waren. Plötzlich veränderte sich die Atmung von Frau A. - ganz friedlich hauchte sie ihr Leben aus.

Wir holten die Pflegerin, die im Nebenraum war, gemeinsam beteten wir. Der Raum war von einer ergreifenden Stille erfüllt, nichts Bedrohliches, nichts Beängstigendes - Friede war spürbar. Die Tochter konnte sich von ihrer Mutter so verabschieden, wie es für sie gut war. „Ich bin so dankbar, dass ich beim Sterben meiner Mutter dabei sein konnte und ich bin so froh, dass ich nicht alleine war. Sie wurden mir vom Herrgott geschickt“, sagte die Tochter.

Christine Uitz

Religiosität und Spiritualität im Krankenhaus

Anliegen der Religionsgemeinschaften

Buddhismus

Mag. Michael Aldrian



- Patient/inn/en: Meditationsraum, Begleiter/in mit eigener Praxiserfahrung („Seelsorger/in“), Zugang zu geeigneten Medien (Film, Buch, Hörkassette...), Ansprechstelle (derzeit: evang. Krankenhausseelsorger, Mag. Hohenberger – vielen Dank für den Einsatz)
- Pflegende, Behandelnde: Ansprechstelle für Begleiter/innen (interessierte Freiwillige oder Pfleger/in mit Praxiserfahrung) zur raschen und kompetenten Abwicklung formaler „Hürden“ (derzeit: ebenfalls der evang. Seelsorger!). Raum und Respekt für das eigene spirituelle Bedürfnis.
-

Krankheit, Alter, Sterben und Tod aus buddhistischer Sicht:

Alles, was zusammengesetzt ist, wird sich wieder auflösen. Das gilt für Lebewesen genauso wie für Planeten, Sterne oder das Universum.

1. Einsicht über Vergänglichkeit und bedingtes Entstehen⁴⁸

Wir sind als Menschen geboren, unsere physischen Körper erleiden Schmerz- und Lusterfahrungen. Das Leben und Sterben der anderen führt uns das Leid angesichts von Krankheit, Alter und Tod vor Augen. Wir selbst leiden am Verfall oder Verlust eines geliebten Menschen oder des eigenen Körpers. Wir sind an diese Bedingungen⁴⁹ unseres Daseins gebunden. Obwohl sie illusorisch sind, wie ein Traum, erleben wir diese Bedingungen sehr real, weil wir daran glauben, daran festhalten: Wir kennen auch nichts anderes und haben uns daran gewöhnt!

⁴⁸ skt.: Pratitya Samutpada = Entstehen in Abhängigkeit, Konditionalnexus, 12-gliedrige Kette des abhängigen Entstehens; die wichtigsten für dieses Leben: Geburt, Alter, Krankheit und Tod.

⁴⁹ Siehe vorige Fußnote

Der Buddha zeigt nun einen Weg, der über die Daseinsform der menschlichen Existenz hinausführt. Genau genommen führt dieser Weg *zurück*⁵⁰ zu jenem Zustand wunschlos glücklichen, gleichmütigen Einsseins, aus dem heraus der Geist kein Verlangen mehr danach entwickelt, seine Existenz immer wieder durch Geburt zu manifestieren.

Diesen Zustand nennen wir Buddhanatur, Natur des Geistes oder ursprünglicher Zustand des Geistes. Wie dieser Zustand beschaffen ist, kann niemand sagen. Die (eigene) geistige Schau und die bildhafte Sprache der Erleuchteten weisen darauf hin, das genügte dem Buddha, es soll auch uns genügen.

Sicher ist, dass dieser ursprüngliche Zustand des Geistes **allen** fühlenden Lebewesen innewohnt.

2. Die vier edlen Wahrheiten oder grundlegenden Einsichten

Für Buddhisten ist der Dharma⁵¹ das Werkzeug, mit dessen Hilfe sie in diesem Leben voller Verlockungen und Hindernisse Ausgeglichenheit und Zufriedenheit erreichen.

Der Kern von Buddhas Lehre sind jene vier „edlen“ Wahrheiten⁵², die er nach dem „Erwachen“ formuliert hat:

- Die Wahrheit vom Leiden, die besagt, dass dieses Leben von Leid und Freude bestimmt ist, dass diese Zustände vergänglich sind und aus dem Erkennen ihrer Vergänglichkeit wiederum Leid entsteht.
- Die Wahrheit von der Ursache des Leids, die erklärt, wie Unwissenheit, Dummheit und Vergessen uns vom Eigentlichen des Daseins ablenken. Wir gewöhnen uns an angenehme und unangenehme Erfahrungen im Leben und lernen festzuhalten, was uns gefällt und abzulehnen, was uns missfällt. Diese Triebkräfte werden Geistesgifte⁵³ genannt.
- Die Wahrheit vom Ende des Leidens, die besagt, dass wir, ohne die Verantwortung für uns selbst zu übernehmen, das Leiden nicht überwinden können. In schweren Krisensituationen und zuletzt, wenn wir sterben, wird unser gesamtes Leben noch einmal vor uns erscheinen und wir haben einen kurzen, „lichten“ Augenblick Zeit, diese Illusion als solche zu erkennen und uns auf Dauer davon zu befreien.
- Schließlich die Wahrheit vom Weg, der zum Aufhören des Leidens führt. Dieser Weg beginnt mit einigen lebenspraktischen Anweisungen, dem Werkzeug für die Erleuchtung, die als der „achtfache Pfad“ des vollkommenen Denkens, Redens und Wirkens bekannt sind: Tue Gutes, meide Übles, reinige Dein Herz und bezähme Deinen Geist. Darüber hinaus empfiehlt der Buddha das Aufsuchen heiliger Plätze, das Pilgern, Reinigungspraktiken. Wiewohl dies „nur“ Empfehlungen sind, sagt der Buddha, dass es ohne Praxis niemandem gelingen wird sich vom Leiden zu befreien...

⁵⁰ lat.: religere = zurück verbinden (mit dem Ursprung, mit Gott, mit seiner eigenen Natur); Religio

⁵¹ skt.: Dharma = die Lehre des Buddha

⁵² skt.: Dhukka = Leid; skt.: Trsna = „Durst“, Gier; skt.: Nirvana = Leidfreiheit, skt.: Buddhadharma = Lehre des Buddha, Weg zur Leidfreiheit; siehe weiter unten.

⁵³ die „Geistesgifte“ Gier, Hass, Zorn, Neid und Unwissenheit und daraus entstehende andere emotionale Zustände, ziehen uns Generation für Generation tiefer in den Kreislauf des Daseins/Leidens (s. oben Samsara).

Dem Dharma folgend üben Buddhisten das Sterben, bevor es soweit ist. Sie anerkennen das Leiden, ob psychisch oder physisch, und nutzen es als Hilfe auf dem Weg zur Befreiung.

Im tibetischen Buddhismus ist ein besonderes, ursprünglich sehr geheimes, mittlerweile allen Interessierten zugängliches Ritual überliefert, das Phowa, das gerade den Zeitpunkt des Sterbens als das große Tor zur Erleuchtung betrachtet.

Dabei tritt das Bewusstsein (Energie) aus dem Sterbenden aus und vereinigt sich mit dem Buddha Amithaba, dem Buddha des grenzenlosen Lichts. Damit sich diese Vereinigung ungestört vollziehen kann, sind im Umgang mit Sterbenden einige Regeln aus der buddhistischen Tradition zu beachten.

Der Zustand, in dem ein/e Sterbende/r verweilt, nennt sich Bardo⁵⁴. Der/die Sterbende darf, außer er/sie wünscht es, nicht berührt oder in der Lage verändert werden. Das gilt von den letzten Lebensstunden bis drei Tage nach Eintreten des Todes. Erwünscht ist hingegen die Nähe anderer Praktizierender, die während dieser Zeit ständig das Phowa Ritual ausführen und damit den/die Sterbende/n unentwegt an seinen/ihren Plan und Wunsch erinnern, die Vereinigung im lichten Moment des Todes zu vollziehen. Je nach Fähigkeit gelingt es dem/der Verstorbenen innerhalb der 49 Tage im Bardo, seine/ihre Buddhanatur zu befreien. Wer bis dahin sein Licht nicht gefunden hat, geht wieder in einen Körper ein.

Einzig jene Wesen erstreben eine Wiedergeburt, allerdings mit ganz anderen Fähigkeiten als gewöhnliche Lebewesen, die versprechen, nicht eher in den natürlichen Zustand des Geistes zurückzukehren, bis nicht alle anderen fühlenden Wesen von Unwissenheit und Anhaftung an diese illusorische Existenz befreit sind: Wir nennen diese Wesen Bodhisattvas⁵⁵.

Buddhisten bemühen sich in ständiger Achtsamkeit und Übung um die Erleuchtung. Jede Lebensregung ist erlaubt, geradezu ein Hilfsmittel zur Befreiung. Jedes Gefühl, jeder Gedanke, jede Tat kann in Unwissenheit geschehen oder aber bewusst wahrgenommen werden. Ist einmal Bewusstsein, was das Loslassen von der Anhaftung an den eigenen Körper betrifft, entstanden, so werden positive wie negative Ursachen und ihre entsprechenden Wirkungen gleichermaßen als illusorisch erkannt. Dies zu meistern erfordert starke Motivation und viel Übung.

An den Bedingungen (Alter, Krankheit, Tod) ist wenig zu ändern, die Ursachen sind längst (mit der Geburt) gesetzt, unaufhaltsam reifen die Wirkungen heran.

Sarva Mangalam

Karma Tashi Dondrup
Mag. Michael Aldrian

⁵⁴ tib.: bardo = Zwischenzustand; Zustand des Übergangs von einem zu einem anderen Stadium: Leben, Sterben, Wiedergeburt...

⁵⁵ Erleuchtungskörper mit der Kraft des Mitgefühls für alle anderen Lebewesen

Römisch – katholische Kirche

„Ich wohne am Rand der Tränen“ (Mascha Kaléko)
Spiritualität in der seelsorglichen Praxis

Mag.^a Gabriele Gaar
Krankenhauseelsorgerin im LKH – Univ. Klinikum Graz



Dialog mit Gott

Um sensibel zu werden für das, was Patientinnen und Patienten erleben, wie sie leiden und sich fühlen und versuchen, ihr mühevolltes Leben zu bewältigen, zitiere ich ein Gebet. Der Verfasser, 38 Jahre alt, verunglückte bei seiner Hochzeitreise mit dem Motorrad. Er überlebte den schweren Unfall, blieb aber querschnittgelähmt. Ein ganzes Jahr verbrachte er im Krankenhaus:

Gebet:⁵⁶

Wenn es Dich überhaupt gibt,
dann hilf mir, bitte hilf mir!

Ich kann meinen Kopf und meine Arme noch bewegen,
aber alles andere spüre ich nicht mehr.

Ich rauche viel und lebe fast nur noch von Kaffee und Zigaretten.

Angst vor dem Tod habe ich nicht.

Angst habe ich nur noch vor Hilfe.

Behüte mich vor der Berührung durch Ärzte,
die über meine Schmerzen, meine Tränen lachen,
Tränen lachen.

Bewahre mich vor der Berührung von Pflegern und Schwestern,
die mich als Fall streng nach Vorschrift behandeln.

Wenn's mit mir soweit ist, dann Sorge dafür,
dass mich niemand bemerkt,
wenn ich mich auf den Weg mache zu Dir –

⁵⁶ Das Gebet stammt aus dem Manuskript von Claudio Kürten, Texte zur Patienten-Wirklichkeit, 3. Aufl., Hann. Münden 1993.

in einer Winternacht im warmen Schnee.

Der Mensch als Ort Gottes

Das Krankenhaus ist ein Ort, der hoch belastet ist durch Gefühle der Angst, der Sorge, der Bedrohung, der Ohnmacht. Belastendes aussprechen zu können, ist nicht nur ein emotionales, sondern auch ein spirituelles Bedürfnis. Wenn Menschen über ihr Leben erzählen, über ihre Erfahrungen, ihr Glück und ihr Scheitern, formulieren sie darin auch ihr Geheimnis. Im Erinnern und Erzählen vergewissert sich der Mensch seiner Identität. Identität und Spiritualität gehören untrennbar zusammen und bedingen einander.

„Wir bauen an dir mit zitternden Händen“ (Rainer Maria Rilke)

Patientinnen und Patienten klagen, wenn man ihnen das erlaubt. Gerade Gott klagen sie an, weil sie empfinden, er habe das Leid nicht verhindert. Aber auch in der Klage bleibt Gott der Gerufene. In der Unruhe und Untröstlichkeit verbirgt sich eine Gottesahnung, in der Gottverlassenheit schwingt die ungestillte Sehnsucht nach Gott mit. Auch wenn Gott vermisst wird, stellen Menschen ihre Lebenssituation in einen religiösen Horizont und beziehen sich auf ein letztes Geheimnis.

Alltagsworte als spirituelle Symbole

Kommt der Krankenhauseelsorger, die Krankenhauseelsorgerin zu Besuch, bringen Menschen nicht selten zur Sprache, was sie im Alltag trägt und woraus das eigene Leben seinen Sinn empfängt. So ist denn auch oft gerade nicht ausdrücklich von Gott die Rede. Spiritualität und Religiosität gründen im Alltagsleben und in konkreten Erfahrungen. Was wichtig ist, drücken Menschen in Alltagsworten aus. Man macht ja auch Gott nicht göttlicher, wenn man von ihm in einer religiösen oder gar kirchlichen Sprache spricht! Gibt es deshalb vielleicht mehr Gebete unter den Menschen als man gewöhnlich anzuerkennen bereit ist?

Verschiedene spirituelle Welten

Sowohl in säkularen Krankenhäusern als auch in kirchlichen Ordensspitälern trifft die Krankenhauseelsorge auf die unterschiedlichsten Weltanschauungen. In einer Zeit der zurückgehenden religiösen Praxis, der immer weniger vorhandenen kirchlichen Bindung und der Pluralität der religiösen Deutungshorizonte muss die von den christlichen Kirchen beauftragte Klinikseelsorge offen sein für die verschiedenen spirituellen Welten der Menschen. Kirchliche Seelsorge muss darauf achten, dass die Patientinnen und Patienten die ihnen gemäße Begleitung erhalten. Sie muss die Überzeugungen und Quellen, aus denen heraus die Menschen Krankheit, Krise und Sterben bewältigen, gelten lassen und, wenn möglich, weiter entfalten.

Abschließend möchte ich zusammenfassen, dass das Krankenhaus für mich als Krankenhauseelsorgerin ein Ort ist, wo gehofft und gezweifelt, gelacht und geweint wird und in diesem Sinn ein Ort ist, an dem mehr gebetet wird als anderswo. So wünsche ich mir auch, dass diese Lebensmelodie bei den Angehörigen der verschiedenen therapeutischen Berufe im Krankenhaus vermehrt Resonanz findet.

Mag.^a Gabriele Gaar



Pfr. Mag. Herwig Hohenberger

Ich besuche einen Mann, dessen Augen deutlich verraten, dass sein Lebenslicht zu verlöschen droht. Er kann nicht sprechen. Ich rede mit ihm, reiche ihm die Hand. Er flüstert mir etwas zu. Ich verstehe nicht gleich, dann aber ganz leise: „Abendmahl!“ Ich sage: Sie wünschen sich das Heilige Abendmahl. Seine Augen strahlen. Ich sage, dass ich die Utensilien holen ginge. Als ich zurück komme, sind seine Frau und sein Schwager zufällig (?) gekommen. Wir feiern. Dann legt er sich satt und zufrieden zurück, schließt die Augen und genießt die Hand seiner Frau.

Resonanz geben!

Die Kirche ist dazu berufen, durch ihr Handeln in Wort und Tat Gottes Heil in Christus den Menschen in die jeweilige Situation hinein zu bezeugen. Eine wesentliche Aufgabe christlicher Seelsorge ist dabei die Zuwendung zu den Kranken. Daraus ergibt sich der Auftrag der Kirche zur Seelsorge auch im Krankenhaus. Die Krankenhausseelsorge begegnet dabei Menschen in Krisen, in Grenz- und Übergangssituationen. Sie will Botschafterin der Liebe Gottes sein, die jeden Menschen sucht. Jesus sagt: „Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht!“ (= biblische Grundlage).

Ich soll ein Kind taufen, drei Monate ist es alt. Dann ruft mich die Mutter an, sagt die Taufe ab. Das Kind ist verstorben – plötzlicher Kindstod. Die Eltern und ich sitzen zusammen und schweigen lange. Das sagt die Mutter: „Ich kann es nicht fassen!“ Darum geht's in der Seelsorge: Resonanz geben, das Unfassbare zum Schwingen bringen, es ein wenig fassbar zu machen durch eine Deutung, die es ermöglicht, das Unfassbare zu verarbeiten. So sagt der Vater: „Ich seh' das so: Eines Tages ist Gott zu unserem Mädchen gekommen und hat gesagt: Komm mit! Und da ist sie mitgegangen. Jetzt ist sie bei ihm!“

Das Unausprechliche aussprechbar machen!

Das Seelsorgeangebot gilt auch den Angehörigen von Patienten und Patientinnen. In besonderen Situationen, beispielsweise auf Intensivstationen, Kinderstationen, bei Sterbenden, wendet sich die Seelsorge bewusst und gegebenenfalls vorrangig den Angehörigen zu.

Ich werde auf eine Station gerufen. Die Schwester erzählt mir, dass der Mann eingeliefert wurde und plötzlich verstorben sei. Ihm war nicht mehr zu helfen. Seine Frau sei da und sie selber wolle auch dabei sein. Sie hat lange mit dem Mann gesprochen und auch mit seiner Frau. Sie selber brauche, so sagt sie, auch Ansprache, auch wenn sie es gewohnt sein müsste, dass immer wieder Ähnliches geschieht.

Dem Unaussprechlichen Resonanz geben.

Das Seelsorgeangebot schließt grundsätzlich die im Krankenhaus arbeitenden Personen mit ein. Dies geschieht durch eine offene Gesprächsbereitschaft, durch Beratung in Krisensituationen in spiritueller Hinsicht und durch das Angebot von rituellen Feiern..

Unsere Seelsorge verfolgt als Ziel, da zu sein, wenn jemand nach Rat und Hilfe sucht. Wir helfen durch Zuhören, Zuwendung und Zuspruch in einer Atmosphäre des Vertrauens. So können Menschen selbst Lösungen und Deutungen für ihre Fragen und Probleme entdecken. Wir machen uns gemeinsam mit diesen Menschen auf die Suche nach neuer Geborgenheit und vertiefter Sinnerfahrung. Dabei wenden wir uns zunächst an die Mitglieder unserer Konfession, sind aber unter Anerkennung der jeweils eigenen religiösen, spirituellen und weltanschaulichen Überzeugung offen für alle. Unsere evangelische Seelsorge ist grundsätzlich ökumenisch offen, denn wir glauben, dass gerade im Krankenhaus in außergewöhnlichen und Extremsituationen eine Zusammenarbeit nötig ist.

Diese Zuwendung bedeutet neben den bio-, psycho- und sozialen Grundgegebenheiten des Menschen eine Stärkung im spirituellen Bereich. Die ersten drei sind in den Krankenhäusern durch ÄrztInnen, PflegerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen abgedeckt. Unsere seelsorgerliche Tätigkeit stellt somit eine wichtige Qualitätssicherung des Krankenhauses in den Grenzbereichen der menschlichen Existenz dar.

Was wir dazu brauchen ist

- Kompetenz, die die SeelsorgerInnen erlernen, bevor sie eingesetzt werden,
- die Bereitschaft der Krankenhäuser anzuerkennen, dass Seelsorge eine wichtige und nötige Dimension des Menschen ist,
- aber auch die Akzeptanz der jeweiligen Krankenhäuser, der Menschen auf den Kliniken und Stationen, sowie ein
- Minimum an zur Verfügungstellung von Arbeitsmöglichkeiten und –materialien von der Kirche aber auch den Krankenhäusern (Räume, Haken für Kleidung auf den Stationen, Computer, Information ...)

Dem Unaussprechlichen Resonanz geben! – Darum geht es!

Pfr. Mag. Herwig Hohenberger

Islam

Ingo Taleb-Rashid



Liebe Teilnehmer,
ich möchte zuerst noch einmal erklären, warum ich hier nicht für den Islam insgesamt sprechen möchte: Der Islam ist eine Religionsgemeinschaft von über einer Milliarde Menschen. Innerhalb des Islams gibt es ein weites Spektrum an Anschauungen, Ausrichtungen und Gruppierungen. Genannt seien als bekannte Beispiele Sunniten, Schiiten, aber auch die unterschiedlichen Rechtsschulen innerhalb der Sunna und als weniger bekannte Beispiele Gruppierungen wie die Aleviten, Ismailiten und die Bektashi.

Dann gibt es „Tassawuf“, im Westen als Sufismus bekannt, eine mystische Strömung, die mit dem Islam in einem weiteren Sinne verbunden ist. „Tassawuf“ bedeutet „Kontemplation“ oder „Einüben des „Sich-Gewahr-Seins“. Innerhalb des Sufismus gibt es wiederum viele verschiedene Richtungen. Daher möchte ich hier nur als Vertreter einer Richtung innerhalb des Sufismus⁵⁷ von einem sozusagen begrenzten Standpunkt aus etwas sagen: Die arabische Sprache ist relativ mathematisch aufgebaut. Die Konsonanten, sprachwissenschaftlich hier Wurzeln genannt, haben für das Arabische eine spezielle Bedeutung um ein größeres Wortfeld zu definieren. Die Vokale ergeben dann eine Differenzierung hin zu einer spezifischen Sinnggebung.

Ein Beispiel dafür ist das Wort „Islam“. Es hat die Wurzeln S, L und M. Das Wort Islam (ISLaM) bedeutet „Hingabe an den Frieden“ oder „Hingabe an den Willen des Göttlichen“. Salam (SaLaM) wiederum, mit den selben Konsonanten S, L und M, bedeutet „Frieden“. Sie kennen sicher auch die hebräische Entsprechung „Shalom“. Ein „Muslim“ nun, ist eine Person, die bewusst versucht, sich dem Frieden oder dem Göttlichen hinzugeben, ein Praktizierender des Islam also. Wieder haben wir die drei Konsonanten S,L,M, erweitert um eine Vorsilbe (MuSLiM).

Im Qur`an, der heiligen Schrift des Islam, bezieht sich das Wort „Muslim“ in 90 Prozent der Textstellen auf Menschen zu allen Zeiten und in allen Ländern, die versuchen, sich dem Göttlichen hinzugeben. Es sind also meist nicht nur die Angehörigen des historischen Islam gemeint. Es geht hier vielmehr um die Aufforderung, einen inneren Raum aufzusuchen, der noch unerforscht ist oder dessen Kartographie vergessen worden ist. Es geht um einen unendlich

⁵⁷ Naqshabandi-Rashidiya-Tariqa, auf Deutsch die „Tradition der BaumeisterInnen auf dem Weg zum Göttlichen“, eine spezifische Richtung im Sufismus, die aus Zentralasien stammt.

weiten Raum, der Stille und Besinnung beinhaltet und die „Re-ligio“, Rückverbindung zur eigenen Quelle bedeutet.

Damit möchte ich noch einmal auf das Thema hier zurückkommen: „Dem Unaussprechlichen Resonanz geben...“ Auch Krankheit ist ein Teil dieses Unaussprechlichen. Somit braucht sie ihren Raum und ihre Beachtung. Wir glauben, dass die Krankheit ihren Platz und ihre Zeit braucht, da der Mensch keine Maschine ist, die mit einem neuen Ersatzteil wieder zum Funktionieren gebracht werden kann. Ich möchte den Zustand des Krank-seins nicht schönreden, wenn er aber eintritt, so will er auf seine spezielle Art und Weise gewürdigt sein. Das kann mit sehr einfachen Mitteln geschehen.

Ich möchte hier für eine einfache Spiritualität, jenseits von Theologien und Dogmen, eintreten. Ja ich möchte sogar von einer einfachen „Integralität“ sprechen, da Körper, Geist und Seele, so wie wir hier im Raum sitzen, nicht voneinander trennbar sind. Sie sind eine Einheit, die aus verschiedenen zusammenwirkenden Komponenten besteht. Sie sind integriert.

Die einfachen Möglichkeiten, dem Kranken beizustehen sind vielleicht ein mitfühlender Blick, ein extra Quantum an Zeit, das Geben eines Schmerzmittels, auch wenn es medizinisch nicht ganz vertretbar ist, oder das nicht Geben eines Schmerzmittels, und viele andere kleine Dinge mehr. So wird der Kranke nicht in eine unpersönliche Maschinerie hineingezogen, die ihn gesund wieder ausspucken möchte, sondern er hat die Möglichkeit, mit Beistand zu sich zu finden. Er kann somit auf diese Art zusammen mit dem Behandlungsteam und den Angehörigen dem Unaussprechlichen Resonanz geben.

Vielen Dank!

Ingo Taleb-Rashid



Hannah Seitz
Kultusrätin der Israelitischen Kultusgemeinde

Jüdische Ethik als Grundlage des Umgangs mit Kranken

Nach jüdischem Glauben gehört alles auf der Welt, auch der menschliche Leib, dem Ewigen, da er der Schöpfer von allem ist. Dabei gleicht die Stellung des Menschen der eines Mieters. Wie dieser ist er verpflichtet, mit dem „Mietgegenstand“, dem eigenen Leib, liebevoll und sorgsam umzugehen.

Viele Gebote geben genaue Anweisungen, wie man sich mit richtiger Ernährung und Hygiene sowie maßvoller Lebensführung gesund hält.

Obwohl die jüdische Tradition Krankheit als Strafe für begangene Verfehlungen sieht, ist ihre medizinische Behandlung nicht nur erlaubt, sondern absolut verpflichtend. Verpflichtend sowohl für den Kranken als auch für den Arzt.

Ärztliche Hilfeleistung ist in unserem Glauben eine religiöse Vorschrift, ja es dürfen sogar 610 von unseren 613 Geboten übertreten werden, wenn es gilt, ein Leben zu retten.

Ein Arzt, der Hilfe verweigert, gleicht einem, der Blut vergießt!

Da der Arzt als medizinischer Experte betrachtet wird, ist der Kranke verpflichtet, seinen Anweisungen zu folgen, was aber nicht heißt, dass der Kranke nicht das Recht hätte, zwischen mehreren, medizinisch sinnvollen Behandlungen zu wählen. Von größter Bedeutung ist dabei die Qualität der „Arzt-Patient-Beziehung“, die von gegenseitigem Respekt und Vertrauen getragen sein soll. Selbstverständlich muss der Kranke in alle Entscheidungsprozesse eingebunden werden.

Von größter Wichtigkeit im Umgang mit Kranken ist unsere Sichtweise, dass der Mensch als Ebenbild seines Schöpfers absoluten Anspruch auf respektvollen Umgang hat.

Um seine Würde zu wahren, bedarf es eines Menschenbildes, das den Kranken nicht allein auf seine somatischen Störungen reduziert, sondern auch seine psychischen Befindlichkeiten und darüber hinaus auch seine spirituellen Bedürfnisse anerkennt.

Gerade im Rahmen einer schweren Erkrankung taucht die Frage nach dem Sinn und den Zusammenhängen des Lebens zwangsläufig auf. Nichts wird in einer solchen Situation mehr gebraucht als die verständnisvolle Anwesenheit, ein Ohr, das zuhört und noch besser, eine Hand, die hält. . .

Aus Zeitmangel und auch Angst, sich zu sehr auf den anderen einzulassen, wird dieser Umgang mit Kranken oft vermieden, was der Würde von Arzt und Patienten abträglich ist.

Dabei sind es oft nur Kleinigkeiten, die im Umgang mit Kranken beachtet werden müssten, um dem Unaussprechlichen Resonanz zu geben.

Zu meinen Aufgaben in der jüdischen Gemeinde gehören u. a. Besuche bei unseren alten und kranken Mitgliedern. Dabei habe ich Beobachtungen gemacht, die ich als kleine, praktische Anregungen einbringen möchte, wie vielleicht ohne allzu großen Aufwand, eine der Würde des Kranken entsprechende Behandlung sichergestellt werden könnte:

1. Das Schamgefühl muss absolut akzeptiert und darauf Bedacht genommen werden, dass dieses bei Menschen, die aus anderen Kulturkreisen kommen, noch stärker ausgeprägt ist.
2. Dazu gehört die Forderung, dass bei Untersuchungen am Krankenbett und bei der Körperpflege mobile Trennwände aufgestellt werden.
3. Befundbesprechungen, insbesondere solche, deren Ergebnis für den Kranken traumatisch sind, sollten nach Möglichkeit im Einzelkontakt erfolgen. Beunruhigenden Fragen soll dabei nicht ausgewichen werden.
4. Es wäre schön, wenn die behandelnden „Experten“ mit ihrem ganzen „Menschsein“ zur Verfügung stünden.
5. Es verletzt die Würde des Menschen, wenn Patienten in Behinderteneinrichtungen geduzt werden.
6. Der Umgang mit Schmerzen sollte endlich überall angelsächsischen Standard erreichen (Schmerzmittel im Tropf, Zuführung für den Kranken selbst steuerbar).
7. Der psychische Ausnahmezustand eines Schwerkranken soll anerkannt und etwaige Unfreundlichkeiten nicht persönlich genommen werden.
8. Bei der Unterbringung in Mehrbettzimmern sollte nach Möglichkeit Rücksicht auf Lebenshintergründe genommen werden, z. B. keinen Shoa-Überlebenden mit einem Antisemiten in einem Zimmer unterzubringen.
9. Sterbende bitte nicht isolieren! Der Mensch ist ein soziales Wesen, von seinem Anfang bis zu seinem Ende. . .

10. Die Würde, die dem Menschen als Ebenbild seines Schöpfers zusteht, erstreckt sich auch auf dessen Leichnam, der niemals einer lächerlichen Position ausgesetzt werden darf.
11. Jüdische Tote dürfen nicht sezirt werden, es sei denn, ein Verbrechen ist aufzuklären, oder es ist bei Erbkrankheiten damit zu rechnen, dass das Ergebnis zur Gesundheit anderer Familienmitglieder beitragen kann.
12. Nach rabbinischen Erkenntnissen ist es aber gestattet, Organe für eine Transplantation zu spenden und transplantiert zu erhalten. Lebensrettung ist vorrangig und oberste religiöse Pflicht.

Diese kleine Liste erhebt selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Unsere Anliegen haben sich eben aus spontanen Beobachtungen in den diversen Einrichtungen ergeben. Da unsere Gemeinde klein ist, werden Sie nur selten auf einen jüdischen Patienten treffen. Es würde mich aber besonders freuen, wenn die jüdische Sicht des Menschen und des Umgangs mit Kranken all jenen zugute kommt, die Sie tagtäglich mit großem Engagement zu heilen suchen.

Hannah Seitz

Die ReferentInnen

Aberer, Univ. Prof. Dr.ⁱⁿ Elisabeth, ist Dermatologin und zuständig für Qualitätsmanagement an der Universitätsklinik für Dermatologie im LKH/Uniklinikum Graz

Aldrian, Mag. Michael, ist buddhistischer Religionslehrer und Praktizierender in Graz

Bachl, Dr. Gottfried, ist em. Univ. Prof. für Dogmatik an der Universität Salzburg

Gaar, Mag.^a Gabriele, ist Krankenhauseelsorgerin der römisch katholischen Kirche im LKH/Uniklinikum Graz

Glawischnig-Goschnik, Dr.ⁱⁿ Monika, Ärztin, Psychotherapeutin und Musiktherapeutin, ist an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie im LKH/Uniklinikum Graz tätig

Heizer, Dr.ⁱⁿ Judith, ist Universitätsassistentin am Institut für Pastoraltheologie der katholischen Fakultät der Universität Wien

Hohenberger, Mag. Herwig, evang. Pfarrer, Psychotherapeut und Pastoraltherapeut, ist Krankenhauseelsorger der evangelischen Kirche im LKH/Uniklinikum Graz

Krammer, DGKS Gerlinde Elfriede, arbeitet als Diplomkrankenschwester an der Univ. Klinik für Chirurgie im LKH/Uniklinikum Graz

Ladenhauf, Ass. Prof. Dr. Karl-Heinz, Pastoralpsychologe und Psychotherapeut, ist Leiter des Arbeitsbereiches Pastoralpsychologie am Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie der katholischen Fakultät der Universität Graz

Mörzl, Dr.ⁱⁿ Barbara, ist Religionspädagogin, am Symposium sprach sie aus der Sicht der Patientin

Pilgram, Mag. theol., Dr. med., Assistenzarzt an der Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung im LKH/Uniklinikum Graz

Seitz, Hannah, ist Kultusrätin der israelitischen Kultusgemeinde Graz und zuständig für Besuche im Krankenhaus

Taleb-Rashid, Ingo, ist Sheikh der Naqshbandi Rashidiya Tradition, Deutschland/Irak

Uitz, Christine, ist Hozpitzmitarbeiterin an der Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung im LKH/Uniklinikum Graz