

## **Dr. Traugott Roser, Krankenhausseelsorgetagung 10.3.2015**

### **Dein Glaube hat Dir geholfen**

**(Zusammenfassung von Mag.<sup>a</sup> Martina Stigler, Seelsorgerin im LK Gmünd und LPH Litschau)**

#### **Theologie am Krankenbett**

Als Krankenhausseelsorger stehen wir in der praktischen Theologie – und da gilt, dass nicht wir die Dogmatik brauchen, sondern die Dogmatik braucht uns als Referenz aus der Praxis. Am Krankenbett ist nicht der Platz, von Theologie zu sprechen. Nicht mal von der Theodizeefrage. Die Theodizee ist vielleicht auch eher eine Frage der Theologen und nicht der leidenden Menschen. Seelsorge ist mehr als die Theodizeeproblematik! Ist mehr als das Sprechen über die Frage nach dem Warum! Aber sie fragt danach, wie der Leidende sein Leiden mit sich selbst in Zusammenhang bringt, fragt nach der Synthese mit der Person. Das Leiden will gedeutet sein im Hinblick auf das gelebte Leben und das noch zu lebende Leben. Es ergibt sich geradezu ein Zwang zur Lebensdeutung im Leiden.

Man kann vom Leiden lernen und von der Person in ihrem Leiden – wie diese Person sich im Leiden versteht, darin liegt die Sinnfrage!

Als Theologen neigen wir vielleicht zur Überdosierung der Gottesbildfrage. Theologisierung am Krankenbett kann Leiden vielleicht sogar noch erhöhen.

Einen Ansatz in anderer Richtung liefert hier Emmanuel Levinas: Dem Antlitz des Anderen entspringt der Impuls zum Helfenwollen. Da braucht es keine weitere theologische Begründung. Dieser Blick ins Antlitz entspricht noch am ehesten einem personenzentrierten Ansatz. Wir dürfen jedenfalls den Menschen nicht zum Objekt der Seelsorge machen. Es geht um Compassion – Mitleiden.

Die entgegengesetzte Reaktion ist das Sich- Entziehen, den Blick abwenden, vielleicht den ganzen Leib abwenden vom Leiden des Anderen. Das Leiden des Anderen erscheint oft so inhuman, dass es weggeschnitten wird. Wo wird das Antlitz des Anderen weggeschnitten? Bei den Sterbenden im Badezimmer?

Johann Baptist Metz: Gottesgedächtnis geschieht aus dem Leidensgedächtnis heraus! So auch bei der Exoduserfahrung!

Compassion auch bei Metz: eine Mystik der politischen, sozialen Situation! So war das auch bei Jesus! Er hat sein Engagement nicht theologisch begründet!

Seelsorge muss keinen Erfolg haben, nichts verkaufen, einfach Leiderfahrung zur Sprache bringen. Dies könnte ein Impuls für eine prophetische Verkündigung sein!

Auch bei Dorothee Sölle: Das Leiden muss Sprache finden.

## **Die Sprache wider das Verstummen**

Verstummen ist der Tod. Wem gegenüber kann der Patient sein Leid überhaupt noch zur Sprache bringen? Vielleicht sind wir als Seelsorger manchmal die einzigen, denen gegenüber es zur Sprache gebracht wird. In die Beziehung gebracht wird. Und damit auch ins Verhältnis zu sich selbst. Wir brauchen das Warten, bis der Patient es in die Sprache bringt. Geduld, wenn er um Worte ringt. Aber so kann der Leidende neben sich treten und sich vom Leiden distanzieren!

## **Der Textraum überlieferter Worte**

Bietet Orientierung, wenn eigene Worte nicht mehr gefunden werden können. Gebete, Choräle... Diese altvertrauten Worte haben einen Klangraum, den man sich entfalten lassen kann. Der einzelne kann sich hineinfinden. Wir können dann an der Mimik ablesen, welche Verse Reaktionen entfalten. Also oft ist es ein „Weniger ist Mehr“ an Worten. Nicht die Vielzahl der Worte macht das Heilsame aus.

## **Resilienzfaktoren:**

Innere Ressourcen

Sinn

Kohärenzgefühl

Ressourcen aus der Biografie

Glaube und Spiritualität

Wenn ein Mensch sich noch zumindest in einem dieser Punkte aktiv machen kann, gilt: Dein Glaube hat dir geholfen!

Aber Vorsicht: Es geht nicht darum, schon wieder Effizienz und Effektivität herausfinden zu wollen.

Der Patient soll auch nicht das Gefühl bekommen, er müsste mehr glauben, mehr beten, frömmel sein, sobald der Seelsorger die Tür aufmacht. Glaube ist nicht Leistung, sondern Geschenk!

## **Zum Thema assistierter Suizid:**

Die Frage, ob es so schlimme Leidenszustände gibt, dass sie nach Beendigung, nach Abkürzung durch einen absichtlich herbeigeführten Tod verlangen, ist auch nicht neu. Z.B. in *Paradise Lost* von John Milton: Schon er hat eine Liste gemacht mit durch Suizid zu beendenden Leiden!

Die Sehnsucht nach Stille, dass es einfach enden möge, kennen wir auch schon von Hiob.

In Krankenhäusern und an anderen Orten des Leidens fragen die Mitarbeiter (und wenn auch nur unbewusst) uns Seelsorger: Wenn du an solch einem unerträglichen Leiden erkranken würdest, was würdest du tun? Dieser Anfrage sind wir ausgesetzt und es bleibt nicht erspart, Position zu beziehen. Aber werden wir von politischer Seite überhaupt gefragt?

An dieser Frage hat im Grunde die Palliativmedizin ihren Ausgang genommen. Wie stellt sich die Palliativbewegung jetzt zum Thema? Es spaltet die Szene!

Der klinische Diskurs ist eine Gesamtheit von Hypothesen und Entscheidungen. Ethische und religiöse Deutungen spielen auch mit hinein. Aber diese spürt der Arzt nicht auf. Wir schon in den Gesprächen mit den Patienten!

Das Thema sollte nicht rein ärztlich definiert und dominiert werden. Was dann z.B. sich darin äußert, dass es nur mehr um die Dosis des zu verwendenden Medikaments geht.

## **Leid als physisch – psychisch – spirituell – sozialer Zustand**

„Suffering begins where pain ends“ – Cicely Saunders

Oder Cassell: Medizinische Interventionen können Leiden noch steigern, während sie Krankheiten heilen wollen!

„Suffering results not only from disease but also from treatment“

Besonders wenn Intaktheit der Person gefährdet ist. Z.B. wenn die durch Chemotherapie hervorgerufene Gefühllosigkeit in den Fingern einer Künstlerin das künstlerische Arbeiten verunmöglicht.

Tiefe Verunsicherung, wenn jemand aus dem Krankenhaus nach Hause kommt und merkt, die Welt geht weiter wie bisher, aber man selbst hat sich verändert und passt nicht mehr in diese Welt. Und spürt die Anfrage: Wann kannst Du wieder 100% ?

Gibt es dann in der Gemeindeseelsorge jemanden, der mehr zu sagen hat als die Nachbarn? Und wer aktiviert die? Ein Hausarzt wird aktiviert, aber die Seelsorge? Und trauen die Gemeindeglieder überhaupt noch ihrer Kirchengemeinde und wenden sich an sie?

## **Seelsorge als Raum außerhalb der Hierarchie des Krankenhauses**

Sie hat damit die Möglichkeit einer prophetischen Rolle. Sie darf Fragen stellen und infrage stellen. Z.B. im Blick auf die Vokabeln im Krankenhaus. Insofern ist Seelsorge am Diskurs beteiligt. Und darf ihr spezifisches Wissen zur Verfügung stellen. Auch das Wissen um den einzelnen Patienten, wenn der Patient gefragt wird: Was sollen wir weiter mitteilen?

Seelsorge kann sich an den Bruchlinien positionieren in einer Welt des Simultanen, wo Netze sich verknüpfen. Seelsorge bringt alte Sprüche in ein technisiertes Spital, ist seltsam deplaziert und gerade deshalb am Platz. Kann Alternativen einbringen, die verloren gegangen sind. Z.B. besetzt eine Kerze einen Raum neu, ohne ihn in seiner Funktion zu beeinträchtigen. Eine andere Zeitrechnung kann Einzug halten. Unsere Anwesenheit allein ist ein Marker der Heterotopie. Vgl. Stall von Betlehem: War auch Anderort und Anderzeit. Gegenposition zum römischen Reich!

## **Heterotopien**

Siehe Foucault: Krankenhausräume sind auch Orte außerhalb aller Orte. Anderorte. Wie zum Beispiel Gärten, Friedhöfe, Irrenanstalten, Bordelle.