

20. Dialogveranstaltung

Medizin und Theologie im Gespräch

Da hilft nur noch beten

-Krankheit und Spiritualität-

- Vortrag und Diskussion -

Donnerstag, den 20. 10. 2011
Universitätsklinikum Bonn

„Spiritualität“ ist ein Wort, das seit einiger Zeit in vielfältiger Weise benutzt wird. Zumeist geht es um eine innere Haltung, mit der der Einzelne dem Leben und seinen konkreten Erfordernissen und Ereignissen begegnet und versucht, diese in einem Sinnzusammenhang zu sehen.

So spielt Spiritualität auch für den Umgang mit Krankheit und Leid eine große Rolle. In dieser Dialogveranstaltung soll es darum gehen, was wir als glaubende Christen in diesem Zusammenhang mit Spiritualität meinen und welchen Beitrag das Gebet dabei leistet. Dies wollen wir aus dem Blick von Seelsorger/innen, Ärzten/innen, Pflegenden, Patienten/innen bzw. Angehörigen betrachten.

Referenten:

Prof. Dr. med. Santiago Ewig
Prof. Dr. theol. Reinhard Schmidt-Rost
Elisabeth Püllen
Patient/in oder Angehörige/r

St. Augusta Krankenhaus Bochum
Evangelisch-Theologische Fakultät Bonn
Dipl. Pflegepädagogin

Einführung: Pfr. Andreas Bieneck
Grußwort: Prof. Axel von Dobbeler

Evangelische Klinikseelsorge am UKB
Evangelisches Forum Bonn

Moderation: Pastoralreferent Hans-Bernd Hagedorn

Veranstalter:



Evangelisches Forum Bonn
Katholisches Bildungswerk Bonn

Gefördert durch:



Einführung

Pfarrer Andreas Bieneck:

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Veranstalter der Reihe „Medizin und Theologie im Gespräch“ haben wir ganz bewusst für diese 20. Veranstaltung das Thema „Spiritualität und Krankheit“ gewählt. Denn als Klinikseelsorger machen wir immer wieder die Erfahrung, dass für Patientinnen und Patienten Glaube und Gebet eine heilsame Wirkung haben. Häufig wird bei unseren Besuchen am Krankenbett der Wunsch geäußert, gemeinsam zu beten oder ein solches Angebot von unserer Seite wird dankbar angenommen. Andere Patienten berichten von Menschen, die für sie beten oder bitten den Seelsorger, das zu tun. Auch die Sakramente und Rituale der Kirche sind wirksame und heilsame Komponenten im Prozess der Krankheitsbewältigung und etliche Patienten erbitten das Abendmahl bzw. die Kommunion oder die Krankensalbung.

Dies lässt sich leicht dadurch erklären, dass der Mensch ein mehrdimensionales Wesen ist, dem es nicht nur um seine körperliche oder seelische Befindlichkeit geht. Neben der somatischen und der psychischen Dimension spielen in unserem Leben auch spirituelle Fragen eine entscheidende Rolle. So auch im Umgang mit der Krankheit. In Unterricht und Fortbildungen versuchen wir immer wieder, diese verschiedenen Dimensionen des Menschen bei Pflegenden und Ärzten ins Bewusstsein zu rufen. Ganzheitliche Medizin und Pflege nimmt den Menschen in all diesen Aspekten wahr und ernst, eben auch den Aspekt der Spiritualität.

Amerikanische Wissenschaftler und Ärzte haben keine Scheu, die Wirkung von Glauben und Gebet auf die Heilung von Krankheiten nach wissenschaftlichen Kriterien zu erforschen und in Fachjournalen zu veröffentlichen. Sie fanden beispielsweise heraus, dass Herzpatienten, für die andere regelmäßig beteten, schneller und komplikationsloser gesund wurden. Auch die Erkenntnis, dass gläubige Menschen, die regelmäßig den Gottesdienst besuchen, nicht so leicht erkranken wie andere, gilt ihnen als erwiesen. Dies sind nur zwei Beispiele für ein Forschungsgebiet, das nach und nach auch in Deutschland entdeckt und ernst genommen wird.

Zugleich wissen wir, dass auch gläubige Patienten nicht immer gesund werden und dass das Gebet keine Garantie für eine Heilung ist. Aber im Umgang und bei der Bewältigung einer Krankheit kommt beiden dennoch eine große Bedeutung zu. Wenn eine Patientin oder ein Patient sich in allem, was ihr oder ihm widerfährt, geborgen weiß in der Hand Gottes, dann kann er auch eine unheilbare Krankheit leichter annehmen. Dann kann er sich ganz anders mit Fragen nach Tod und Ewigkeit, Schuld und Vergebung befassen. Dann findet er vielleicht die Kraft, einen Lebensrückblick und eine Bilanz zu ziehen, noch unerledigte Dinge zu klären, Beziehungen anzuschauen und wo möglich zu bereinigen. Auch die Fragen nach dem Sinn des Lebens oder einer Krankheit sind spirituelle Fragen und gehören hier dazu.

Lassen Sie mich zum Schluss noch etwas Persönliches sagen: Ich könnte nicht seit mehr als 18 Jahren Klinikseelsorger sein, wenn ich nicht das Vertrauen hätte, dass wir alle- Patienten, Angehörige, Klinikmitarbeiter, Seelsorger- umfungen sind von der Fürsorge Gottes, ja noch mehr, ihm in Gesundheit und Krankheit unsere Existenz zu verdanken haben. „Er ist nicht ferne von einem jeden unter uns. Denn in ihm leben, weben und sind wir“ - so sagt Paulus es nach der Apostelgeschichte. (Apg 17,28)

MEDIZIN UND SPIRITUALITÄT – WAS MACHT UNS HEIL ?

Prof. Dr. med. Santiago Ewig

I
Meine sehr geehrten Damen und Herren, das Thema „Medizin und Spiritualität“ bringt mich als Arzt in große Schwierigkeiten, denn es weckt einen länger nicht mehr wahrgenommenen Phantomschmerz. Spiritualität spielt in unserem ärztlichen Handeln wenn überhaupt nur eine hintergründige Rolle in der Praxis des einzelnen Arztes; in der Medizin als Betrieb hat sie ausgedient.

Bevor wir uns der Frage zuwenden, wie es dazu gekommen ist, möchte ich zwei Bemerkungen vorausschicken.

Erstens: wenn ich von der „Medizin“ und dem „Medizinbetrieb“ spreche, arbeite ich mit einer Zuspitzung. Im Bewusstsein, dass die Wirklichkeit zu komplex ist, um in der notwendigen Kürze mit hinreichender Differenziertheit von der Medizin und ihrem Betrieb zu sprechen, zeichne ich ein Bild, das aus meiner Sicht vorherrschende Realitäten und Tendenzen zu Ende denkt. Dazu bedarf es des bösen Blickes des Kurzsichtigen, der nahe hinsieht. Ich klammere dabei alle offenkundigen Errungenschaften der Medizin aus, derer ich mir, das dürfen Sie mir sicher abnehmen, sehr bewusst bin, und ohne die ich nicht arbeiten könnte, wo ich arbeite. Schon gar maße ich mir keinerlei Urteil über die Motive der Handlungen meiner Kollegen an. Ich begreife die Medizin ohnehin wie alle Kultur als eine komplexe Ambivalenz. Ich nehme hier in meinem Vortrag aber Bezug auf theoretisch und institutionell begründete, global wirksame Entwicklungstendenzen, innerhalb derer sich alle bewegen müssen, die ärztlich, pflegerisch, seelsorgerlich oder in der Sozialarbeit tätig sind.

Zweitens: ich muss bezeichnen, was wir im Rahmen dieses Vortrages unter „Spiritualität“ verstehen wollen. Gemäß dem Lexikon für „Theologie und Kirche“ (1) steht das Wort heute synonym für „Frömmigkeit“, bezieht sich jüngst aber auch auf „vagabundierende, weder dogmatisch noch institutionell festgelegte Religiosität“. Es folgt: „Allgemein besagt heute „Spiritualität“ eine Mentalität, die sinngebend die Tatsachenwelt übergreift“.

In christlicher Deutung heißt es dann:

„Christliche Basis ... (für die Spiritualität) ... ist der Geist Gottes, der sich in der Schöpfung vielfältig äußert, in dem Jesus zu uns spricht und im Kairos der Geschichte wahrnehmbar wird.“

Zwei wesentliche Kriterien für Spiritualität sind damit genannt, auf die ich mich im Folgenden beziehen möchte: Spiritualität als die sinngabende (sinnsuchende) Übersteigerung der „Tatsachenwelt“ und der Bezug auf den Geist des christlichen Gottes, in dem Jesus zu uns spricht. Ich möchte ausdrücklich verzichten auf andere Verständnisse der Spiritualität, da dies den Rahmen dieser Gedanken sprengen würde. Wir sagten, mit der Spiritualität habe es ein Ende genommen in der Medizin bzw. im Medizinbetrieb. Wie ist es dazu gekommen? Mit dem Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin im ausgehenden 19. Jahrhundert, besonders befördert noch einmal durch die revolutionären Erkenntnisse in der Genetik und Molekularbiologie, begreift die Schulmedizin den Patienten als organisches Substrat, das immer differenzierter in therapeutischer Absicht interventionell manipuliert werden kann. Alle zwischenzeitlichen Einsprüche aus Psychoanalyse und Psychosomatik sind längst in dieses Modell integriert oder als Randposition in die Alternativmedizin verwiesen worden. Theologisch begründetes Krankheitsverständnis gar wird auch von Theologen kaum noch formuliert; so es noch geschieht, findet es keine Anschlussfähigkeit an die naturwissenschaftliche Meistererzählung. In der Folge finden sich die Patienten in der Rolle des Aufzuklärenden: ihre Befunde, ihre Werte, ihr Therapieansprechen, ihre Alternativen sind Objekte der medizinischen Intervention. Der Medizinbetrieb beansprucht und suggeriert die technische Beherrschbarkeit der Krankheit, und nur auf sie kann der Patient setzen. Darüber hinaus ist keine Bezugsgröße erkennbar.

Nun bestreitet kein Mediziner, auch der hartgesottenste Determinist in keiner Weise, dass Menschen Gefühle, vor allem aber Präferenzen haben. Und in der für die Gegenwart so charakteristischen, eigentümlich widersprüchlichen Mischung aus absoluter Autonomieforderung einerseits und Determinationsglauben andererseits ergeht sogar die Forderung nach uneingeschränkter Selbstbestimmung des Patienten: er soll inmitten naturwissenschaftlich beschreibbarer Tatsachen Selbstbehauptung üben, indem er allein über Umfang und Richtung seiner Therapie entscheidet.

Die Medizin traut sich nämlich vielfach gar kein Urteil mehr zu über das medizinisch Indizierte und verlegt die Verantwortung zunehmend auf die Patientenseite. Die Mediziner sind paradoxerweise dabei, sich als verantwortlich Handelnde abzuschaffen. Dem Patienten wird jetzt vielmehr zugemutet, das System der Krankheitstheorie und der aus dieser abgeleiteten Interventionen nachzuvollziehen und seine Gefühle und Präferenzen darzulegen, um daraus das autonom bestimmte Behandlungskonzept abzuleiten und zu rechtfertigen. Mit anderen Worten: die Räume, in denen der Patient sein eigenes Verhältnis zur Krankheit entwickeln kann, werden immer dichter zu-

gestellt durch die Aufforderung, sich theoretisch und emotional jeweils rational im Sinne der Medizintheorie zu verhalten. Dem entgeht auch der nicht, der sich bestimmten Therapien verweigert: der hat eben eine irrationale Option gewählt, und auch diese wird technisch begleitet, sofern der Patient nicht das Weite sucht. Offenkundig hat eine „Mentalität, die sinngebend die Tatsachenwelt übergreift“, gar nach dem Geist Gottes sucht, hier keinen Platz mehr.

II

Nun gibt es zweifellos auch heute noch spirituelle bzw. gläubige Patienten. Und es gibt auch noch kirchliche Träger von Krankenhäusern. Wie verhalten sich die Patienten zu dieser Form der Betreuung? Gestalten kirchliche Krankenhäuser diese Betreuung anders?

Ich habe noch in einem katholischen Krankenhaus gearbeitet, in dem bei einer Reanimation der Priester gerufen wurde, und der, nicht langsamer als der Arzt in seiner Reaktionszeit auf den Notruf, während der Reanimation lateinische Sterbegebete sprach. Wie jedermann der Beteiligten (wahrscheinlich auch der Priester) spürte, war dies eine unvermittelte Antwort auf das Leben in zwei gegensätzlichen Welten, eine somit unmögliche Antwort gewiss, mit der dieser Art Antworten eigenen unfreiwilligen Komik.

Nichts ist falsch, vielmehr ist ganz sicher richtig, dass der Seelsorger gegenwärtig nicht mehr als der Angesehene wird, der dann auf den Plan tritt, wenn keine Hoffnung auf Überleben mehr ist, sondern von Anfang an als der Anwalt der Hoffnung wahrgenommen werden kann, im Leben und über das irdische Leben hinaus. Allerdings ist zu fragen: von welcher Hoffnung spricht er überhaupt, und wie ist diese Hoffnung im Verhältnis zu der Hoffnung, die die Medizin begründet?

Desweiteren gilt es festzuhalten, dass nichts falsch daran ist, vielmehr den Kranken sehr gerecht wird, wenn Seelsorger sich heute nicht mehr primär als konfessionelle Vertreter verstehen. Hier wenigstens ist die Ökumene eine Realität aus Notwendigkeit und gesundem Menschenverstand. Ebenso ist nicht falsch, wenn Seelsorger ganz selbstverständlich auch für Nichtchristen da sind; Christus selbst würde ganz sicher nicht anders handeln. Bedenklich allerdings ist die klar zu erkennende Tendenz, die theologische Grundlage der seelsorglichen Praxis zunehmend zurückzustellen zugunsten eines allgemeinen professionellen Betreuungsauftrags im Rahmen eines Sozialarbeits-Teams. Spiritualität verliert in diesem Kontext seine spezifisch theologische Tiefendimension und wird zu einer manipulierbaren Größe, die dem ansonsten vollkommen kontraspirituellen Medizinbetrieb hilft, seine offene Flanke zu

verdecken, mehr noch, die spirituellen Bedürfnisse der Patienten zugunsten des zunehmend geschlossenen medizinischen Kommunikationssystems zu instrumentalisieren und sie dadurch stillzulegen. Der Seelsorger wird wieder ein Zuständiger für bestimmte Bedürfnisse, die er erfüllt, wie die Küche den Hunger stillt und das Schmerzmittel den Schmerz nimmt.

Kirchliche Krankenhäuser sind heute als solche kaum noch erkennbar, wenn man vom Kreuz im Eingang einmal absieht. Nicht einmal die Zahl der Seelsorger ist höher als bei nichtkirchlichen Trägern. Die Anfragen an die Seelsorger gelten somit gleichermaßen an solche, die in kirchlichen Krankenhäusern arbeiten.

Ich möchte diese Ausführungen konkretisieren in einem Jüngst publizierten Beitrag in einer Zeitschrift meines Faches unter dem Titel „Konzept einer vorausschauenden Kommunikation in der palliativen Behandlung von Patienten mit palliativ-pneumologischen Erkrankungen“ (2), in dem es heißt:

- ▶ Die Patienten und ihre Angehörigen lernen auch die Aspekte ihres Krankheits- und Behandlungsverlaufs deutlicher wahrzunehmen und in ihrer Wirkdimension einzuschätzen, die sie, weil ungeliebt, immer wieder aus ihrem Bewusstsein drängen wollen. Sie verstehen die innere Kausalität ihrer Krankheit und deren Behandlung im Laufe des Kommunikationsprozesses immer besser. Sie bekommen den roten Behandlungsfaden schneller wieder zu fassen, sofern sie ihn verloren haben. Redundante Nachfragen und Konflikt behaftete Missverständnisse nehmen deutlich ab.

Natürlich bleibt ein unaufgeklärter Rest an Ratlosigkeit und Angst. Aber auch dafür ist gesorgt. Folgen wir dem Aufsatz, so finden wir:

Mit der psychoonkologischen Beratung kommen die Patienten und ihre Angehörigen wunschgemäß oder auf Empfehlung des für sie zuständigen Arztes in der Regel schon während des ihrerseits Angst besetzten diagnostischen Prozesses in Berührung. Nicht wenige Patienten und Angehörige fragen sodann in eigener Initiative, ob der Psychoonkologe an ihrem Aufklärungsgespräch teilnehmen kann. Zumeist soll er sie dabei unterstützen, dass sie die Ängste und Bedenken, die sie im Vorfeld mit ihm erörtert haben, hinreichend zur Sprache bringen und ohne Scham in ihrem Sprachduktus die Fragen stellen, die sie im Innersten beschäftigen.

Selbstverständlich muss dies professionell geschehen, mittels eines „konsiliarischen Palliativ-Care-Teams“:

Idealerweise sollte ein konsiliarisches Palliativ-Care-Team bestehen aus:

einem Palliativmediziner, einem Lungenfacharzt, einem Arzt mit Zusatzausbildungen in Naturheilverfahren und Akupunktur, einer Krankenschwester mit Palliativ-Care-Ausbildung, einer Ausbildung in aktivierender, therapeutisch-begleitender Pflege, einer Ernährungsberaterin, einer Physiotherapeutin, die unter anderem spezialisiert ist auf Atemtherapie und Lungensport, einer Sozialarbeiterin, einem Psychoonkologen, einem Seelsorger und einer Sterbeamme.

Seelsorger und Sterbeamme: da haben wir sie doch noch, die Beauftragten für den unaufgeklärten Rest, das Rätselhafte, das Furchtbare. Ansonsten bleibt die stattliche Runde der anderen Experten mit jeder Menge nachweislich erworbener Zusatzkompetenzen.

III

Hat der Patient aber heute eigentlich spirituelle Bedürfnisse, und wenn ja, müssen diese eigentlich geweckt werden? Und in welchem Verhältnis stehen diese, wenn sie denn bestehen, zur Position des Medizinbetriebs? Sie sehen, dass ich mir gar nicht mehr sicher bin, ob und wie viele Menschen heute ein tatsächlich spirituell zu nennendes Bedürfnis haben. Ich vermute auf der Grundlage meiner Erfahrungen als Zeitgenosse innerhalb und außerhalb der Klinik, dass die Mehrheit der Patienten durchaus gerade in der Krankheitserfahrung die Frage nach Gott empfinden und entsprechend stellen. Not lehrt beten; das kann man in jedem Flugzeug beobachten. Allerdings möchte ich annehmen, dass die meisten Kranken, die noch „gläubig“ sind tatsächlich deistisch glauben: Gott mag die Welt erschaffen haben; die Krankheit lässt sich nur medizinisch behandeln. Gott greift nicht mehr in die Welt ein. Wunder sind nur bildhaft zu verstehen. Dies ist die vorherrschende Auffassung seit dem Beginn der Aufklärung im 18. Jahrhundert, und daran hat sich bis heute nichts verändert. Gott hilft allenfalls bei der Bewältigung der Not; Religion als „Kontingenzbewältigungspraxis“, wie Lübke es einmal formuliert hat.

Allerdings: man braucht nur Gott wegzustreichen und die Kontingenzbewältigung professionell zu denken und zu organisieren, und wir sind bei dem angelangt, was professionell das „Konzept einer vorausschauenden Kommunikation in der palliativen Behandlung“ genannt wird.

Fassen wir zusammen, so ergibt sich sehr folgerichtig die Liquidierung der Spiritualität im Medizinbetrieb bzw. die Eingliederung ihrer Restbestände in den rationalen Medizinbetrieb. Seelsorger, die eine zertifizierte, aber inhaltsleere Spiritualität vertre-

ten, Patienten, die vielleicht an Gott, nicht aber an Gottes Wirken in der Welt glauben mögen, und eine Medizin, die den Kranken als determiniertes organisches System mit individuellen Präferenzen in seiner absoluten Autonomie ansieht: kein Wunder, möchte man sagen, dass von Spiritualität nicht mehr wirklich die Rede sein kann.

IV

Die Ansprüche der naturwissenschaftlich begründeten Medizin sind nun keineswegs so absolut unanfechtbar, wie diese das gerne darstellt. Natürlich ist sie ein Segen; natürlich soll in keiner Weise die naturwissenschaftliche Begründung in Frage gestellt oder gar aufgegeben werden. Jede naturwissenschaftlich begründete Therapie ist mir tausendmal lieber als eine unbegründete spirituelle Alternativtherapie. Sie ist es deshalb, weil spirituelle Alternativtherapien sich heimlich auf dieselbe Anspruchsebene wie die von ihr kritisierten naturwissenschaftlichen Theorien stellen, ohne sich ihren Begründungsregeln zu unterwerfen.

Man kann jedoch, man muss gerade im Interesse einer „guten Medizin“ über die jetzige spezifische Verfassung der Medizin und ihre einseitig naturwissenschaftliche Begründung hinaus denken.

- 1) Die Forschung in der Medizin bewegt sich ganz wesentlich in Fragestellungen, die einen großen ökonomischen Nutzen verheißen. Dieses „blockbuster“-Denken verstellt interessante und innovative Ansätze der psychosomatischen Forschung, die sich durchaus innerhalb des biomedizinischen Paradigmas bewegen. So sind beispielsweise Zusammenhänge von Infektionen und psychischem Stress lange bekannt, ohne die medizinische Praxis im Sinne einer kommunikativen, nicht ausschließlich apparativen Ausrichtung beeinflusst zu haben. Das heißt, die Medizin könnte viel weitreichender als heute kommunikative Praxis sein, auch wenn sie ausschließlich naturwissenschaftlich begründet bliebe.
- 2) Ebenso ist lange bekannt, dass die Medizin vielfach technische Antworten auf Fragen gibt, die technisch nicht zu beantworten sind. Ein Beispiel ist die Vielzahl der psychosomatischen Befindensstörungen. Mit anderen Worten: sie beansprucht Gebiete, die ihr nicht zugehören. Sie schließt dann Krankheiten aus, statt sie zu erkennen und zu behandeln. (In nicht wenigen Arztbriefen, vor allem aus der Kardiologie, lautet die Diagnose: „Ausschluss von ...“), Das heißt: die Medizin muss die Grenzen ihres naturwissenschaftlichen Ansatzes

besser und früher erkennen und andere wissenschaftliche Ansätze produktiv für sich nutzbar machen.

- 3) Die naturwissenschaftliche Medizin muss das Selbstmissverständnis überwinden, Universaltheorie von Gesundheit und Krankheit zu sein. Sie kann nicht einmal sagen, was gesund und krank ist, sondern bleibt zutiefst abhängig von geisteswissenschaftlich informierter Orientierung. Nur im Rahmen einer solchen Aufklärung über sich selbst kann sie auch den mit der einseitig naturwissenschaftlich orientierten Medizin unlösbar verbundenen Tendenzen auf struktureller Ebene wehren, den Arzt (und mit ihm den Patienten) als verantwortlichen Handelnden zugunsten eines standardisiert analog einer Autoindustrie verfassten Betriebes abzuschaffen.

V

Eine derartige Kritik der Medizintheorie eröffnet der Spiritualität jedoch erst wieder einen eigenen Raum – diesen muss eine spirituelle Praxis jedoch erst wieder neu entdecken. Solange diese ein Reservat zugewiesen bekommt, vorzugsweise durch den Seelsorger auszufüllen, andererseits aber kein genuiner Bestandteil medizinischer Praxis ist, bleibt sie ein Fremdkörper, etwas Artifizielles, ja etwas Ideologisches.

Eine Aufstellung des Medizinbetriebs, die Spiritualität als substantielles Element in sich trägt, ist heute nirgendwo vorfindbar. Allenfalls bleibt es dem einzelnen überlassen, seine ärztliche Praxis spirituell inspiriert zu gestalten, so er es denn kann und durchhält.

Ich möchte an dieser Stelle einige Andeutungen machen, welche Elemente eine spezifisch ärztliche Spiritualität umfassen könnte.

Wenn es der naturwissenschaftlich gebildete Arzt mit dem Patienten in seiner Leiblichkeit zu tun hat, so ergibt sich diese Leiblichkeit als erster Adressat der ärztlichen Spiritualität. Schon rein schulmedizinisch ist kein Patient richtig untersucht, der nicht angefasst worden ist: Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Funktionsprüfung, das ist die Basis jeder weiteren Diagnostik und Therapie. Den Patienten, den der Arzt nicht körperlich untersucht hat, kennt er nicht.

Leiblichkeit darüber hinaus nicht als Zellhaufen zu verstehen, sondern als unantastbares Geheimnis des göttlichen Schöpfungs- und Heilswillens, lässt den Arzt allerdings ganz anders über die Leiber seiner Patienten denken als den Biologen. Er wird den Leib verehren, auch und gerade in seiner Verfallsform, auch in seiner mög-

lichen Widerlichkeit. Er wird den Leib verehren und zu berühren suchen, an die spezifische heilende Kraft des Handgebens und – auflegens glauben. In welchem Sinne kann dies gemeint sein?

In vielen Heilungsgeschichten geschieht die heilende Handlung Jesu über das Berühren und Handauflegen. Heilung geschieht dabei als Heilung von gestörter Gottes- und damit Menschenbeziehung (oder umgekehrt), die sich körperlich in einer Gesundung manifestiert. Krankheit ist somit immer schon als ganzheitliche vorausgesetzt, in einer körperlichen, geistigen, sozialen und spirituellen Dimension. Der körperliche Kontakt, die sinnliche Wahrnehmung spielt in der körperlichen Heilung eine wichtige Rolle. Umgekehrt öffnet der körperliche Kontakt auch den Weg ins Innerste des Menschen, seine Gottesbeziehung.

Die ärztliche Wahrnehmung und Verehrung des Leibes öffnet somit einen weiteren Weg zum Patienten. Sie öffnet den Weg zu seiner Wahrnehmung der Person. Ärztliche Spiritualität („Mentalität, die sinngebend die Tatsachenwelt übergreift“) sieht nun nicht mehr nur den kranken Menschen, sondern auch den ehemals gesunden, den ganzen Menschen. Er sieht dem Patienten in die Augen, öffnet sich seinem Ausdruck. Er beginnt, mit dem Patienten zu kommunizieren außerhalb der spezifischen Belange der ärztlichen Tatsachenwelt. Es handelt sich damit um eine den Bedingungen und Erfordernissen des Medizinbetriebes grundsätzlich äußerliche Begegnung, die keinerlei instrumentellen Zielen unterstellt ist, ausdrücklich auch nicht denen der im „Konzept einer vorausschauenden Kommunikation in der palliativen Behandlung von Patienten“ dargestellten Ziele. Es ist fundamental wichtig, diese grundsätzliche Äußerlichkeit der hier gemeinten Wahrnehmung des Patienten gegenüber irgendwelchen therapeutischen Zielen zu verstehen, da ansonsten alles im Netz der technischen Beherrschung durch professionelle Akteure stecken bleibt und, statt diese in ihre Grenzen zu weisen, diese noch umfassender ihre Ansprüche erweitert, die Wahrnehmung des Patienten als Person aber fundamental verfehlt wird.

Ich schließe mich hier ganz den Ausführungen von Ivan Illich an. Illich hat immer wieder eindrücklich die Professionalisierung der Fürsorge und Seelsorge kritisiert, weil sie ihr das Wichtigste nimmt: die Freiheit zur Wahrnehmung des Anderen (3). Gelingt es jedoch, den Kranken als ganzen Menschen wahrzunehmen, ihn zu berühren, ihm ins Angesicht zu schauen, so mag es vorkommen, dass der Arzt im Kranken den erkennen kann, mit dem Christus sich identifiziert. Er ist dann der ihm aufgebene „Geringste“, dem er etwas tun kann. Was für ein Wandel der Perspektive ist hier wirksam! Eben noch der Patient mit einer Krankheit, die dem Arzt die Aufgabe aufgibt, ein rationales Behandlungskonzept zu entwerfen, das mit dem Willen des

Patienten im Einklang steht, sieht er jetzt darüber hinaus einen Menschen in seiner Ganzheit, in seiner Kläglichkeit und Hinfälligkeit, der ihm anvertraut ist. Nicht nur die körperliche Verfassung des Kranken hängt jetzt von ihm ab, sondern das Heil des Patienten, verstanden als seine innerste Verfassung, ist ebenfalls berührt, und damit auch sein eigenes Heil.

Wenn im Titel des Vortrags gefragt wurde: „Was macht uns heil?“ so liegt die Herausforderung des Wortes „heil“ natürlich in seiner Doppelbedeutung des Heils im Sinne des körperlich Gesunden und im Sinne des göttlichen Heils. Tatsächlich können wir feststellen, dass die Medizin, wie sie sich heute überwiegend verstehen möchte, nur für das körperlich Heile zuständig ist. Sie traut sich allerdings den Begriff der Heilung gar nicht zu; realistisch, wie sie ist, spricht sie etwa von 5-Jahres Überlebensraten und nicht von Heilungen. Den Heilungs-Begriff hat sie auch früher schon gescheut: sie sprach früher von der „restitutio ad integrum“, der Wiederherstellung des Ausgangszustands – was immer das war. Und nirgendwo ist mehr Zurückhaltung geboten als wenn ein medizinischer Forscher von „Heilungsperspektiven“ spricht. Er bewegt sich zuverlässig in den Gefilden der Utopie, um Forschungsgelder zu generieren und / oder auf ethisch heikle Forschungsmethoden auszugreifen. Medizin hat tatsächlich mit Heilung nichts zu tun – sie stellt bestenfalls etwas wieder her, in sehr verändertem Zustand. Wie ich vielleicht andeuten konnte, steht in der Medizin für einen spirituellen Menschen bzw. Arzt dennoch auch das Heil auf dem Spiel. Das Heil ist hier allerdings nicht gedacht als manipulativ herzustellendes Ergebnis, sondern als Ereignis, das möglich wird, wenn sich die Wahrnehmung ändert, über „die Tatsachenwelt“ hinaus.

Wir wären nicht aufrichtig, wenn wir nicht zugeben würden, dass dies heute nur selten geschieht – wo sind heute die Räume, wer nimmt sich heute die Zeit für die Möglichkeit einer solchen Begegnung? Wer hat noch das Selbstbewusstsein, nach ihr zu suchen? Wer die Geduld, auf diese zu warten, dass sie sich ereigne? Wie soll so etwas überhaupt möglich sein in einer Medizin, die Teil der Gesundheitsindustrie ist, eines der tragenden Marktsegmente der kapitalistischen Wirtschaftsordnung?

Mir kam es hier zunächst nur darauf an anzudeuten, worin eine ärztliche Spiritualität bestehen kann; offenkundig kann sie gleichermaßen pflegerisch, seelsorglich oder auch in der Sozialarbeit geübt werden. Spezifisch ärztlicher aber ist die Frage, ob diese Spiritualität auch medizinisch messbare Folgen haben kann.

VI

Heil kann sich, wie wir gesehen haben, am Krankenbett ereignen, in Berührungen, Gesten, Gesprächen. Kann sich auch eine „Heilung“ ereignen? Gibt es Kräfte und Mächte über „die Tatsachenwelt“ hinaus, die wirksam werden können, und somit doch einen medizinischen Nutzen haben? Gibt es medizinische Wunder? Oder haben die Deisten recht – Gott hat sich aus den wirkursächlichen Zusammenhängen der Welt entfernt, mit seinem Wirken sollte nicht gerechnet werden? Oder anders gefragt: bleibt die Spiritualität rein geistig oder kann sie sich leiblich auswirken ?

Ich kann und will diese Frage hier nicht theologisch diskutieren, sondern bleibe bei meinen ärztlichen Leisten. Wunder als Durchbrechung naturwissenschaftlicher Gesetze kann ich mir nicht vorstellen, Wunder als Ergebnis von Zusammenhängen, die wir bisher nicht verstanden haben bzw. (noch) nicht verstehen, sehr wohl. In cartesianischer Tradition sind wir gewohnt, den Zusammenhang von Leib und Seele dualistisch zu verstehen: hier die Vernunft, die alles begreifen kann und außerhalb der Materie steht, dort der Leib, der wie eine Maschine begriffen werden muss. Dieses Modell ist gerade naturwissenschaftlich völlig überholt. Natürlich wissen wir längst, dass auch der Sitz der Vernunft, das Gehirn, ein materielles Substrat hat, dass alle Geistigkeit materiell repräsentiert ist, ja auch materiell ist. Bedeutet dies den Sieg der materialistischen Anschauung ? Keineswegs mit Notwendigkeit; man könnte genauso gut umgekehrt vom Sieg des Idealismus sprechen: jeder Gedanke erzeugt in der Materie Veränderungen, und, wie wir zunehmend verstehen, Erfahrungen (also komplexe Erinnerungsmuster) scheinen sogar zu vererbaren Veränderungen führen zu können. Stress zeitigt massive immunologische Folgen, Depression ebenso, usf.. Wer wollte somit die Möglichkeit eines Einflusses des Geistigen, der Berührung, der Begegnung auf körperliche Vorgänge prinzipiell leugnen? Mutmaßlich entscheidet die relative Kraft der Einflusskräfte (Biologie einer Entzündung, eines Tumors etc. einerseits, Wirkung der gemachten Erfahrung andererseits) über den Ausgang; aber ein Einfluss der Erfahrung besteht in jedem Fall. Die Wahrnehmung des Gegenüber bewirkt nicht nur geistig etwas, im Gegenüber und im Wahrnehmenden. Die Erfahrung eines Heiles begründet wohl auch körperlich Heilendes, auch wenn es meist (oder regelhaft?) nicht heilt.

Ist die Spiritualität deswegen der Medizin unterlegen? Die Frage setzt ein Missverständnis der Ebenen voraus, auf denen wir uns bewegen: Medizin und Spiritualität bewegen sich auf sehr unterschiedlichen Ebenen. Während die Sorge der Medizin (sinnvollerweise) dem Körper gehört (auch der Geist ist in diesem Verständnis wie ein Körper), so gilt die der Spiritualität der inneren Gesundung des existentiell Kran-

ken. Sie greift damit weit über die körperliche Verfassung aus auf die absolute Zukunft des kranken Menschen. Auch die in den biblischen Texten Geheilten sind wahrscheinlich wieder erkrankt und sicher eines Tages verstorben; die Texte vermitteln uns jedoch die Erfahrung, dass eine Teilhabe am Heil auch in der irdischen Zeit schon möglich ist, wenngleich es unsere Hoffnung bleiben muss (wenn wir das glauben wollen bzw. können), dass unser Heil erst in Gottes Zukunft unwiderruflich wirksam wird.

VII

Wir haben einen weiten gedanklichen Bogen abgeschritten, verkürzt und unzureichend gewiss, doch in der Hoffnung, die Überwindung der Gefangenschaft von Patienten (aber auch den Ärzten und allen anderen im Medizinbetrieb Tätigen) in rein medizinisch-naturwissenschaftlicher und ökonomischer Rationalität gedanklich andeuten zu können. Die Bedingungen für eine gelebte Spiritualität in der Medizin sind heute ohne Frage ausgesprochen ungünstig. Dennoch ist gerade Spiritualität eine Angelegenheit der Graswurzelrevolution; sie findet im Kleinsten statt, sie kann auch wortlos geschehen, sie kann fortwirken, wo wir es uns gar nicht ausdenken können. Wir müssen uns in der gebotenen Nüchternheit verabschieden von großen Erwartungen, großen Gesten gar; wenn wir sagen wollen, dass wir als Ärzte in den Kranken Christus erkennen, so bedeutet das vielleicht konkret nicht mehr, als dass wir diesem Kranken einen Schutzraum eröffnen wollen, wie wir es mindestens Christus schuldig wären, einen Schutzraum der Freundlichkeit und Empathie sowie der prinzipiellen Offenheit für das Ereignis einer Begegnung, die Heilendes bewirken kann. Gerade kirchliche Krankenhausträger werden sich fragen lassen müssen, wo innerhalb aller unabweisbaren ökonomischen Rationalität noch Platz für Spiritualität bleiben kann. Es genügt jedenfalls keinesfalls, auf zertifizierte Strukturen zu verweisen, die die Mitführung von Seelsorgern und Psychoonkologen usw. vorschreiben. Die Kirchen sind sich nach meinem Eindruck gar nicht voll bewusst, was für ein Potential der Verkündigung hier offensteht, wie richtungweisend eine Auffassung von Medizin, die Spiritualität zulässt und sich von ihr umgreifen lässt, in unserer Gesellschaft wirken könnte.

Vielleicht hören wir am besten noch einmal dem NT zu, so empfinden wir am besten den Abstand, der heute zu einer spirituell gelebten Praxis herrscht, aber auch die Schönheit des Heilsereignisses im Innersten der Kranken und die nicht geborgenen Kräfte der Heilsworte:

„Jesus aber fasste ihn an der Hand und richtete ihn auf, und der Junge erhob sich.“

(Mk 9,27)

„Da berührte er ihre Hand, und das Fieber wich von ihr.“ (Mt 8,15)

„Darauf berührte er ihre Augen und sagte: wie ihr geglaubt habt, so soll es geschehen.“ (Mt 9,29)

„Er legte jedem Kranken die Hände auf und heilte alle.“ (Lk, 4,40)

„Da streckte Jesus die Hand aus, berührte ihn und sagte: „Ich will es – werde rein.“

(Lk 5,13)

Literatur

(1) Lexikon für Theologie und Kirche. Artikel „Spiritualität“, Band 9, pp 851 ff, Herder Verlag, 2006

(2) Tessmer G, Zaba O, Grohé C. Konzept einer vorausschauenden Kommunikation in der palliativen Behandlung von Patienten mit palliativ-pneumologischen Erkrankungen Pneumologie 2011; 65: 503-509

(3) Illich, I: In den Flüssen nordlich der Zukunft. Letzte Gespräche über Religion und Gesellschaft mit David Cayley. C.H.Beck Verlag, 2006

DA HILFT NUR NOCH BETEN.

Prof. Dr. theol. Reinhard Schmidt-Rost

1. Das Gebet als Heilmittel

Die medizinische Forschung eilt von Projekt zu Projekt, von Ergebnis zu Ergebnis, von Erfolg zu Erfolg. Nachgerade atemlos bemüht sie sich, die Exzellenz ihrer Arbeit im Dienst der Gesundheit des Menschen zu erweisen. Gerade in Bonn werden wieder dutzende Stellen finanziert und hunderte Stellplätze auf dem Venusberg gebaut, um weitere Forscher zu mobilisieren, die sich dem Leiden der Menschheit noch Forscher entgegenwerfen, vor allem solchen Leiden, die früher keine Beachtung fanden, weil Menschen daran schnell starben oder weil sie erst mit der gesteigerten Lebenserwartung überhaupt in erkennbarem Maß aufgetreten sind.

Der Volksmund spricht: „Heute muss man doch an so etwas nicht mehr sterben ...“ oder: „Hoffentlich gibt es bald ein Mittel dagegen ...“ oder: „Früher wurden die Menschen gar nicht so alt, um an solchen Krankheiten zu leiden ... „ – die hohe Leistungsfähigkeit der modernen Medizin ist in aller Munde.

Vor vierzig Jahren, als die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland bei etwas über 70 Jahren und noch nicht bei 80 Jahren lag wie heute, da hatte der Ausspruch „Da hilft nur noch beten“, wenn er so je gesagt wurde, noch seinen ursprünglichen, zynischen Sinn: „Nun sind Sie dran Herr Pfarrer! Aber Sie werden schon sehen, dass Sie jetzt auch nicht mehr helfen können mit Ihren salbungsvollen Worten, Ihren Beschwörungen. Sie können es mit Ihren Gebeten ja mal versuchen, aber wo der Arzt nicht mehr helfen kann, sind auch die Mittel des Pfarrers erschöpft!“ Und man sah dann den Arzt förmlich wie den Kapitän auf einem sinkenden Ozeanriesen, der dem Bordpfarrer zuruft: „Jetzt hilft nur noch beten.“ Die Titanen der Medizin mochten sich damals bei Sterbefällen so fühlen, als seien sie mit Ihrem Nimbus der Unfehlbarkeit auf Eisberge der Unheilbarkeit aufgelaufen und leckgeschlagen und bemühten sich nun, die Unfähigkeit aller höheren Mächte offen zu legen, auch die der Religionen.

Heute kann der Ausspruch „Da hilft nur noch beten“ zu ganz anderen Überlegungen führen – und damit meine ich nicht die genauso zynische Umkehrung, die von vielen

hochbetagten Menschen und ihren Begleitern wohl gedacht, aber selten ausgesprochen wird:

„Da hilft nur noch beten“ – nämlich Beten um ein baldiges gnädiges Ende ihres Lebens, das die Medizin mit ihren Mitteln nicht herbeiführen will, geschweige denn herbeiführen darf.

Vielmehr soll das geflügelte Wort „Da hilft nur noch beten“ heute dazu beitragen, einen ganz anderen Gebrauch des Gebets ins Auge zu fassen, nicht als das letzte in der Reihe möglicher Heilmittel, sondern als Beitrag zu einer Kultur des Vertrauens im Krankenhaus.

2. Das Gebet als wirkende Kraft

Die Welt der Medizin kann aus dem Denken von Maßnahmen und Mitteln nicht aussteigen. Sie wird also auch das Gebet, wenn sie es nicht einfach belächelt, zunächst im Sinne der psychosomatischen Medizin einordnen, als ein psychisches Mittel, das möglicherweise auch den organischen Befund, die Krankheit zu verändern vermag. Aber auch wenn die Seele teilweise in die Denkwelt der Medizin eingemeindet worden ist, lässt sich über das Gebet mehr und anderes sagen, als dass es wie ein psychosomatisches Heilmittel wirke.

- a) Das Gebet wirkt als vertrauensbildende Maßnahme: Es geht bei der Frage nach der Wirkung des Gebets auf keinen Fall um eine Konkurrenz zum ärztlichen Handeln, also nicht um die Frage: Wird der Kranke vielleicht durch einen Einfluss gesund, den interessierte Beobachter als Wunder werten würden wie in der biblischen Geschichte vom Hauptmann von Kapernaum. Es geht nicht einmal mehr ausschließlich um die individuelle Befindlichkeit eines einzelnen Kranken. Wo für Kranke und mit Kranken gebetet wird und sei es in der Stille der Kapelle im Klinikum, da erhält die Ahnung eine konkrete Gestalt, dass alles Leben gegeben ist und nicht hergestellt wird, auch nicht in einem Stadtteil wie dem Bonner Venusberg, der inzwischen fast wie Silicon Valley wirkt. Es geht also um die Gestaltung einer heilsamen Atmosphäre, die als eine im Hintergrund wirkende Voraussetzung für die Wirkung aller medizinischen Behandlung Beachtung verdient. An der Gestaltung der Atmosphäre wirken alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Klinikum mit – und auch alle Patienten und ihre Besucher.

- b) Ist das Gebet eine vertrauensbildende Maßnahme, so ist sie zugleich ein Dokument der Verbindung zwischen allen an der Bekämpfung von Krankheit und Leid Beteiligten. Das Gebet ist ein Geschehen als Wortlaut oder als Geste, das dem Geschehen um Krankheit und Gesundheit eine spezifische Bedeutung zuspricht. In welcher Gestalt auch immer ein Gebet geschieht oder wahrgenommen wird, ob von Kranken am Bett erbeten oder von Seelsorgern angeboten, ob als Spruch an der Wand dezent gerahmt, ob als freundlich unaufdringlicher Segenswunsch eines Seelsorgers in einer Mitarbeiterbesprechung, es gibt viele Gestalten des Gebets, die direkt oder indirekt über die Betreuer auf Patienten einwirken, ihnen zugute kommen. Denn das Gebet zeugt von der Einsicht aller Beteiligten, dass sie die Verantwortung für ein Leben nicht allein tragen können, weder die Tätigen, noch die Leidenden. Krankheit zwingt Verantwortung zu teilen, wo aber geteilt werden muss und vor allem, wo Verantwortung geteilt werden muß, da stellt sich der Gedanke an das Gemeinsame, an die gemeinsame Last und das gemeinsame Ziel, alsbald ein. Wenn das zugestanden wird, dass Krankheit und Behandlung ein Geschehen sind, bei dem Verantwortung geteilt wird, dann liegt die gemeinsame Bitte um ein gedeihliches Zusammenwirken und um den Segen für dieses Geschehen nicht mehr fern.
- c) Die Transzendenz des Gebets, die Anrufung einer Vernunft, die höher ist als alle Vernunft von Menschen, ist überkonfessionell und nicht an eine bestimmte Religion gebunden. Sie findet je nach kultureller Tradition ganz verschiedene Ausdrucksformen, in jedem Fall aber ist das Gebet ein Memento, eine Erinnerung daran, dass die Kräfte des Menschen bei aller Kunst begrenzt sind. Insofern wirkt das Gebet im Krankenhaus entlastend: Man kann es aussprechen, dass nicht alles gelingen kann, dass Kunstfehler die ärztliche Kunst begleiten.

3. Das Gebet zwischen Therapie und Pflege

Diese Gedanken über die Bedeutung des Gebets jenseits aller Verunglimpfungen als wertloses Heilmittel galten schon immer, sie stellen sich allerdings heute nicht von ungefähr mit neuer Prägnanz ein: Die medizinische Praxis hat mit ihren Erfolgen zu einer Lage beigetragen, in der nicht eigentlich die Mittel der Technik ausgeschöpft sind, davon kann keine Rede sein. Man erhofft sich ja gerade von der Demenz-

Forschung in Bonn weitere Möglichkeiten, auch alten Menschen noch helfen und junge Menschen vor dieser Störung bewahren zu können. Dramatisch verändert hat sich jedoch das soziale Gefüge, das die Veränderungen aushalten muss, die die Medizin durch ihre Erfolge hervorgerufen hat. Auf die verlängerte Zeitspanne, in der eine zum Tode führende Krankheit ausgehalten werden musste, reagierten verantwortungsbewusste Bürger schon vor über 40 Jahren nicht von ungefähr mit der Gründung der Hospizbewegung. Das lange, anonyme Sterben in kalten Krankenhäusern rief die Mitleidsbewegung der Sterbebegleitung hervor und versammelte viele engagierte Menschen, die sich um sterbende Menschen sorgten. So kam es zu einer Ausweitung der Seelsorgepraxis weit über kirchlich-christliche Dienste hinaus.

Die vergangenen zwanzig Jahre haben nun die Frage nach einer Pflege, die die Menschlichkeit auch hilfälliger Menschen bewahren könnte, immer mehr in den Vordergrund treten lassen. In der Pflegepraxis sind die betreuenden Personen alltäglich nicht nur mit der Hilflosigkeit der Hilfälligen, sondern mit ihrer eigenen Hilflosigkeit konfrontiert. Vielen auf Pflege angewiesenen Menschen können sie zwar das Leben erträglich gestalten, aber eine Verbesserung ist nicht mehr möglich. Diese Aussichtslosigkeit steht in einem starken Gegensatz zu der Hoffnung auf Verbesserung, die aller medizinischen Forschung und Therapie selbstverständlich zugrunde liegt. In diesem Zwiespalt zwischen medizinischen Heilungshoffnungen und hoffnungsarmer Pflegepraxis hat die Praxis des Gebets ihren Raum. Die religiös Interessierten müssen sich diesen Raum allerdings erst wieder als ihr Wirkungsfeld zusprechen und dazu gehört zunächst und vor allem der Abschied vom Grundgedanken der Medizin: Hilfe in Not. „Da hilft nur noch beten!“ bezeichnet den Verzicht auf menschliche Macht, ohne deshalb in der Betreuung zu resignieren.

4. Grundgeste „Gebet“: - Verweis auf Transzendenz

Das Gebet ist die Grundgeste jeder religiösen Praxis, jeder Praxis, die sich im Gegenüber zu einer Transzendenz weiß, darauf besinnt, auf sie beruft und aus dieser Besinnung auf ein Gegenüber lebt. Man mag es Gott nennen oder Allah oder Vishnu. Die Praxis der Religionen erinnert heute alle Wissenschaften – nicht zuletzt die Medizin – an ihre Grenzen, nachdem die Wissenschaften über Jahrhunderte die Religionen an deren Grenzen erinnert haben.

Das Gebet ist die Grundgeste *aller* Religionen, sie kann auch als Heilmittel wirken, wenn die Kultur nicht durch rationale Reflexion diesem Hilfsmittel den Boden in den

Seelen der Menschen entzogen hat. Da dies in unserer Kultur weithin der Fall ist, kann ich als rational reflektierender, liberaler christlicher Theologe das Gebet nicht als magisches Heilmittel zum unmittelbaren Einsatz am Krankenbett empfehlen. Es steht für mich in einem anderen Wirkungszusammenhang: Meine Fürbitte für die Kranken und Sterbenden im Gottesdienst der Gemeinde nennt und beschreibt das Gegenüber, dem sich die betende Gemeinde anvertraut: Gott, die Kraft der Liebe, die alle Menschen ins Leben rief und schuf:

„Gott, der Herr, rief sie mit Namen, dass sie all ins Leben kamen, kennt auch dich und hat dich lieb.“

Das Gebet zeigt sich als sprachproduktives Geschehen, in dem die Grundkräfte menschlichen Lebens zur Sprache gebracht werden, so dass die rastlose Tätigkeit in medizinischer Forschung und Therapie für einen Augenblick zur Ruhe kommen kann.

Da hilft nur noch beten...

aus der Perspektive der Pflege

Elisabeth Püllen, dipl. Pflegepädagogin

Vielen Dank für die Einladung . Ich freue mich, dass ich an dieser Stelle vor diesem Publikum aus der Perspektive der Pflege zu diesem Thema sprechen darf.

Ich selbst bin zwar seit vielen Jahren nicht mehr in der direkten Pflege tätig, mein Interesse gilt aber unverändert der Weiterentwicklung der Pflege. Als Mitarbeiterin des Bildungszentrums unterstütze ich Pflegenden sowohl in der Reflexion der eigenen Haltung als auch im Hinblick auf die Betriebsstrukturen. Der Begegnung von Mensch zu Mensch mehr Aufmerksamkeit und Raum zu geben steht bei allen Gesprächen und Seminaren zentral im Fokus unserer Überlegungen.

Im Rahmen von Schulungen neuer Dokumentationsformulare war ich in den letzten Wochen sehr intensiv mit Pflegenden im Gespräch. Vielfach gewann ich Einblick in die Krankengeschichten von Patienten und konnte ahnen, dass die Pflege und Therapie vieler Patienten alles andere als leicht und als schnell abgeschlossen angesehen werden konnte. Während kurzer Pflegevisiten sah ich in manch entstelltes vom Krebs gezeichnetes Gesicht, schaute in angsterfüllte Augen von Angehörigen. Ausweglose oder ausweglos erscheinende Situationen, in denen der Gedanke „ da hilft nur noch beten“ nahe liegt – so mein Eindruck -, gehört zum Alltag vieler Pflegenden hier am UKB.

Was sind das für Situationen?

Der Gedanke „ Da hilft nur noch beten“ deutet darauf hin, dass schon viel versucht wurde und menschliche Anstrengungen erfolgt sind, aber jetzt nichts mehr geht. Nur noch Gott kann helfen.

Es sind Krankheitssituationen, in denen der Patient spürt und weiß, die Therapie schlägt nicht an, die Krankheit führt in Kürze zum Tod. Oder es ist der Schock nach einer Diagnose, der Menschen so überfordert, dass sie nicht offen sind für das Wissen und Können, was Pflege und Medizin für Sie bereithält, oder ein plötzliches Ereignis, das zusätzlich zur Krankheitskrise für den Patienten alle Hoffnungen zunichte macht, wie eine Scheidung oder andere familiäre oder berufliche Einbrüche. Viele Patienten kommen bereits mit Mehrfachbelastungen ins Krankenhaus. Die Krankheit ist dann der Auslöser, der „das Fass zum Überlaufen bringt“.

Pflegende sind von ihrem Auftrag her wie kein anderer Beruf nahe an den Bedürfnissen, Sorgen und Nöten des Patienten. Sie sind in der Lage, Nuancen in den Äußerungen des Patienten wahrzunehmen. An ihnen liegt es auch, sensibel herauszuhören, welche Bedeutung das Gebet für einen Patienten haben kann.

Eine jüdische Patientin erzählte ihrer Krankenschwester: Sie wisse nicht, ob es Gott gäbe, aber wenn es ihr schlecht geht, bat sie Gott ihr zu helfen, sie sprach mit Gott, weil sie gesund werden wollte. Sie umgab sich mit religiösen wirksamen Gegenständen und suchte Wallfahrtsorte auf, um ihr Schicksal zu beeinflussen und um Böses abzuwenden. Sie wandte diese verschiedenen Schutz- und Kraftquellen ungezielt und unspezifisch an, aber als flächendeckende Absicherung gegen noch mehr Unheil. (vgl. Käppeli, S. (1997); Zwischen Leiden und Erlösung, Bern; Huber Verlag; S. 142ff)

Ein sterbender jüdischer Patient erzählte: Nachts, wenn ich nicht schlafen kann, schreibe ich gewissermaßen Briefe an Gott, Gebete, nicht erlernte, ich habe Sätze geformt. (ebd. S. 208)

Es gibt aber auch das Verschließen religiöser Menschen angesichts schwerer Lebensschicksale. Das als unrecht empfundene Leiden und der Vorwurf gegen Gott kann für religiöse Menschen die Krise noch verschlimmern. Hier sind Pflegende oft überfordert, ein Hinweis an den Seelsorger dagegen kann für den Patienten eine echte Hilfe sein.

Schließlich gibt es auch viele, die keinen Bezug zur Transzendenz haben oder die nicht über Religiöses sprechen, weil sie es als ihre Privatsache ansehen, oder denen die Worte dazu fehlen. Angesichts von existenziellen Herausforderungen, wie dies eine Krankheit darstellt, kann sich die Einstellung zum Religiösen völlig ändern. Eine wachsame aufmerksame Begegnung kann helfen, neue Kraftquellen im Patienten aufzuschließen.

Wie hilft Beten?

Zu beten ist eine Form der Bewältigung, die den Menschen helfen kann emotionale Belastungen abzubauen. Es hilft Strategien wie Vermeidung, Beschönigung, Entfremdung, Distanzierung oder selektive Wahrnehmung, die eher mit Verleugnung und Wunschdenken zu vergleichen sind, positiv zu wenden. Das Hauptkennzeichen hoffnungsloser Menschen ist ihr Mangel an Artikulationsfähigkeit, ihr Unvermögen aufzuschreiben und sich an eine höhere Macht zu wenden (Sölle 1973/1975). Viel-

leicht findet der Patient durch das Gebet nicht nur emotionale Entlastung, sondern auch zu einer kognitiven Neubewertung seiner Situation, bei dem im Wesentlichen die Gefühle, Einstellungen und Bewältigungsversuche überdacht (bebetet) werden. (vgl. Farran; Herth; Popovich;(1999) Hoffnung und Hoffnungslosigkeit; Wiesbaden; Ullstein Medical S.28ff)

Was ist das Gebet? Gebet ist das Sprechen mit Gott und sowohl bei Christen als auch bei Juden und Muslimen wesentlicher Ausdruck ihres Glaubens an Gott. Das Gebet und das religiöse Leben ist weder alleine Gefühl noch alleine eine rationaler Akt. Das religiöse Leben vollzieht sich primär im Inneren des Menschen, wenn ihm der Anruf Gottes bewusst wird und er darauf reagiert. Die Antwort darauf umfasst alle Aspekte des Menschseins. Da Leib, Seele und Geist eine Einheit bilden und das Leben als Individuum sich immer in der Gemeinschaft abspielt, können die Bereiche der Innerlichkeit und Äußerlichkeit im religiösen Vollzug nicht voneinander getrennt werden. Beten ist per se nicht nur Privatsache, sondern nimmt Einfluss und ist selbst auch beeinflusst durch die Gemeinschaft und die äußeren Bedingungen. Der ganze Mensch ist gefordert, sonst käme keine menschliche Antwort zustande. Es ist eben ein Unterschied, ob der Mensch eine Rechenaufgabe löst oder betet. Das Gebet ist für den religiösen Menschen existenziell. Es kann verschiedene Formen annehmen: still, laut, aktiv und passiv, privat oder öffentlich, frei oder in festen Gebetsformen.

Jeder ist frei so zu beten, wie er am besten persönlich mit Gott ins Gespräch kommt. Beten weitet den eigenen Horizont und lässt Gott in das Leben. Gebet ist eine Erhebung des Gemütes zu Gott und eine Befreiung aus dem Sperrgebiet der eigenen Gedanken, Emotionen und Glücksvorstellungen. Es wird eine Erfahrung möglich, die den Menschen sein Sosein annehmen lässt und gleichzeitig über sich hinauswachsen lässt.

Echtes Gebet ist Ausdruck von Hoffnung und kann den Geist herausfordern und mobilisieren

Rolle der Pflege:

Unabhängig von Alter, Gesundheitszustand bzw. Krankheitsgrad eines Patienten werden Pflegende als Quellen der Hoffnung empfunden. Aufgrund ihrer beruflichen Rolle, ihrer (zwischen) menschlichen Fähigkeiten und des Respektes, den ihr pflegerisches Können hervorruft, verfügen Pflegende über ein großes Potenzial, Einfluss auf Patienten und ihre Angehörige nehmen zu können. Es ist Aufgabe von Pflegen-

den zumal in existenziellen Krisen, dem Patienten und seinen Angehörigen zu helfen, die vielfältigen inneren und externen Ressourcen sowie den Kern seiner Hoffnung wahrzunehmen und im besten Fall freizusetzen. Was im Einzelnen hilft, muss jeweils von Fall zu Fall ganz individuell entschieden werden.

Die Rolle der Pflegenden ist in dem Prozess der **Katalysator**, sie schafft die internen und die externen Bedingungen, in denen der Patient in seinen unterschiedlichen Beziehungen bis hin zu seiner Beziehung zu Gott, Fürsorge erleben kann und Verbundenheit erfährt.

Fehlformen des Gebets zu identifizieren sind nicht einfach. So kann es sein, dass an die Stelle des wirklichen Gebets eine magische Praktik tritt, nämlich der Versuch die übermenschlichen Mächte verfügbar zu machen, ja Gott selbst als eine funktionierende Potenz einzubeziehen, in die Zwecksetzungen der eigenen Lebensvorstellungen. Zu Beten um diesen Erfolg ist nicht völlig aus der Welt zu schaffen, ist aber eine Verkehrung und Verfälschung des Religiösen ins Magische. Daraus können Bitternis und Verzweiflung für den Menschen erwachsen.

Was kann Pflege tun?:

Religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen und spirituelle Praktiken zu kennen gehört zur Professionalität von Pflege. Religiosität entstammt der existenziellen Dimension des Menschen und ist deshalb auch unabhängig von Alter, Schweregrad und Art der Erkrankung oder Todesnähe. Durch das aktuelle Leidenserleben und angesichts von Todesnähe oder in existenziellen Grenzsituationen verändert sich auch die Religiosität des Menschen. Wenn es darum geht, die Hoffnung nicht zu verlieren, wird der Religiosität, was nichts anderes heißt als Rückbindung an Gott - eine eigene Bedeutung gegeben.

(vgl. Farran; Herth; Popovich;(1999) Hoffnung und Hoffnungslosigkeit; Wiesbaden; Ullstein Medical S.102ff)

Beten wird im Klinikalltag aus dem Schatten des Privaten nur hervortreten können, wenn es eine Atmosphäre des Vertrauens gibt. Das Wissen um religiöse Praktiken und das Verstehen um die Bedeutung des Betens für den Patienten ist ebenso wichtig, wie das Schaffen von einer Verbundenheit durch vertrauensvolle und verlässliche Kommunikation untereinander, zum Patienten und seinen Angehörigen. Diese Verbundenheit geht über den normalen sozialen Rückhalt hinaus. Die gegenseitige Beziehung ist getragen von Präsenz, Empathie, Echtheit, bedingungsfreier Annahme,

Wärme, Wirklichkeitsnähe und Authentizität. Hier kann eine Beziehung sich entfalten, in der man füreinander da ist, einander zuhört und sich gegenseitig zum Reden ermutigt.

Wie erhält Beten seine Bedeutung im Pflegeprozess?

Interventionen, die dem Patienten darin unterstützen, seine Religiosität zu leben, basieren auf den Daten, die bei einer eingehenden Einschätzung des Patienten erhoben werden (Pflegeanamnese). Hierbei ist von Interesse ob der Patient sich einer Religionsgemeinschaft zugehörig fühlt und was er im Hinblick auf Sinn des Lebens, Hoffnung, Schuld und Vergebung denkt. Bezieht ein Patient seine Kraft aus einer spirituellen oder gar religiösen Quelle, ist es die Aufgabe der Pflegekraft dafür sorgen, dass er das entsprechende Umfeld vorfindet und auf die für seine religiösen Überzeugungen und Praktiken notwendigen Ressourcen zurückgreifen kann.

Das kann im Einzelnen sein:

Besuch des Seelsorgers, Teilnahme an Gottesdiensten Radioübertragung von religiösen Sendungen Gottesdiensten, Freiraum für das Gebet durch Respekt vor dem Bedürfnis des Patienten sich zurückzuziehen, Rosenkranz, Bibel, Bedeutung religiöser Bilder erfragen und wertschätzen, Zimmerkreuz, Bereitschaft, die Visite, das Mittagessen zurückzustellen, wenn der Patient gerade auf dem Zimmer betet, die Kommunion empfängt....

An früheren einschneidenden Erlebnissen eines Patienten etwa kann nichts mehr geändert werden, das rationale Element eines Bedürfnisses nach einem Gott und ihn anzurufen, kann beeinflusst werden, wenn man ihn dazu ermutigt. Vielleicht können Bücher von Menschen, die in der Krise Kraft durch das Gebet gefunden haben, hilfreich sein. Oder das Gespräch über eigene positive Erfahrungen. Das gemeinsame Gebet ist dann denkbar, wenn es auch für die Pflegenden stimmt. Wichtig bei allem ist dieses wache Hören auf das, was der Patient äußert und auch nicht äußert. Nicht selten ist Beten immer noch ein Tabu oder wird in die Privatsphäre des Patienten gedrängt. Eine glaubwürdige Ermutigung zum Gebet auch von nicht religiösen Pflegenden kann sehr authentisch sein. Entscheidend sind ausschließlich der Wille und die Zustimmung des Betroffenen. Jeder Mensch hat das Recht auf würdevolle Begleitung, das sein Verhältnis zu Gott einschließt.

Einige Bemerkungen zum Schluss:

Ideal und Wirklichkeit

Zwei Welten stoßen hier aufeinander. Viele Pflegende werden meinen Ausführungen leicht folgen können. Auf der anderen Seite fordert die Welt des Funktionierens seinen Tribut. Wie gewaltige Zentrifugalkräfte werden Pflegende aus der Sphäre des Patienten gerissen. Beziehungen erfordern Zeit und Aufmerksamkeit. Sie können gegen die Kräfte des „Funktionieren müssens“ kaum bestehen, geschweige denn aufgebaut werden. Damit bleiben für viele Patienten wichtige Kraftquellen ungenutzt. Angehörige oder gute Menschen in ihrem unmittelbaren Umfeld sind oft diejenigen, die ihnen zu ihrem Recht verhelfen, als Mensch mit religiösen, spirituellen Bedürfnissen ernst genommen zu werden. Die Wirklichkeit des Existierens ist die Lebensform, die erfüllt und den Zugang zu den eigenen Kraftquellen ermöglicht. Diese beiden Wirklichkeiten, die des Funktionierens und die des Existierens, stehen einander diametral entgegen. Heribert W. Gärtner fordert in seinem Buch „Zwischen Management und Nächstenliebe: Dienstleistung im Krankenhaus braucht Sach- und Sinnqualität.“ Wollen wir die spirituellen Kraftquellen, die eigenen wie auch die der Patienten und ihrer Angehörigen nicht verschütten, reicht die Sachqualität nicht aus, sie wirkt im Gegenteil sogar zerstörerisch. Soll Beten im Krankenhaus religiösen Patienten als Kraftquelle zugänglich bleiben, braucht es diese Aufmerksamkeit z.B. in kleinen Gesten und den Raum z.B. eine Kapelle, in denen sich diese Sinndimension wiederfindet und zur Entfaltung kommen kann.

Themen der Dialogveranstaltungen „Medizin und Theologie im Gespräch“

Veranstalter: Kath. und evang. Seelsorge der Unikliniken Bonn

in Kooperation mit dem Kath. Bildungswerk und dem evangelischen Forum Bonn

gefördert durch die evangelische Stiftung Krankenhaushilfe

1. Glaube - ein Heilmittel ?

Prof. Dr. E. Hauschild; Dr. A. Glasmacher u. a. - 07. 09. 2000

2. Wenn nichts mehr geht...

- Grenzerfahrungen im Krankenhaus -

Prof. Dr. T. Sauerbruch; Prof. Schmidt-Rost u. a. - 29. 03. 2001

3. Gesellschaftliche Folgen der Gentechnik;

- werden wir neue Ungleichheiten bekommen? -

A. Fischer (MdB) Gesundheitsministerin a.D. u. a. - 06. 12. 2001

4. Euthanasie - und unsere Antwort

- Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben -

Prof. Klaschik; Prof. Molinski SJ u. a. - 25. 04. 2002

5. Geld oder Leben - auf dem Weg in die Zwei-Klassen-Medizin

Prof. Dr. M. Honecker; Dr. med. H. Hüneburg u. a. - 07. 11. 2002

6. Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts

„... über Risiken und Nebenwirkungen...“

Prof. Dr. O. Brüstle; Prof. Dr. U. Eibach u. a. - 15. 05. 2003

7. „eingeliefert – ausgeliefert“

- Der Patient im Krankenhaus zwischen Selbst- und Fremdbestimmung -

Prof. Dr. M. Lentze; Chr. Bremekamp u. a. - 22. 04. 2004

8. Dem Tod entgegenwachsen – Sterben als Abbruch oder Vollendung

Dr. Chr. Ostgathe; Dr. M. Rieger u. a. - 04. 11. 2004

9. Licht am Ende des Tunnels

- Nahtoderfahrung: Hirngespinnst oder Blick ins Jenseits? -

Dr. rer.nat. Chr. Hoppe; Prof. Dr. U. Eibach u.a. - 21. 04. 2005

10. „Mein Wille geschehe“

– Die Patientenverfügung, Bedeutung und Probleme im klinischen Alltag -

R. Rossbruch (Rechtsanwalt); Prof. Dr. med. D. Decker,
Dipl. Theol. Hagedorn und andere - 17. 11. 2005

11. Hauptsache gesund ! Hauptsache gesund ?

Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Schott, Prof. Dr. Dr. h. c. L. Honnefelder u.a. - 30. 11. 2006

- 12. „Die Hoffnung stirbt zuletzt“**
- vom Umgang mit der Hoffnung in Zeiten der Krankheit-
Prof.Dr. Y.D. Ko, Prof.Dr. M. Schulz., Barbara Ohrendorf, u.a. -3.05.2007
- 13. „Krank – selber schuld !?“**
Krankheit: Schicksal oder Folge unserer Lebensführung
Prof. Dr. R. Hoppe, Dr. Th. Wilde u.a. - 22. 11. 2007
- 14. „Die Wahrheit wird euch freimachen ... “** - 10.04.2008
aber: wie viel Wahrheit vertragen wir in Zeiten der Krankheit?
Prof. Dr. Reinhard Schmidt-Rost, Prof. Dr. Andreas Hirner, Pfarrer Andreas Bieneck
- 15. „Wenn Ärzte Fehler machen ... “** - 30.10.2008
Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Heiner Koch, Hubert Klein
- 16. „Ersatzteillager Mensch?“** - 26.03.2009
Organspende und die Auswirkung auf das Bild vom Menschen
Dr. Ulrike Wirges, Prof. Dr. Hartmut Kreß, Horst Urmersbach
- 17. „Wenn das Leben uns Grenzen setzt “** - 10.11. 2009
Pfarrer N. Schneider, Prof. Dr. F. L. Dumoulin, Ilseget von Hofe
- 18. „Gott und Gehirn “** - 11.03.2010
-wie entsteht Glaube-
Prof. Dr. Saskia Wendel, Dr. Christian Hoppe
- 19. „Was uns heil macht“** - 4.11. 2010
Prof. Doris Nauer, Dr. Walter Bruchhausen, Pfr. Walter Koll
- 20. „Verzicht: Eine neue alte Tugend in der Medizin ?“** -7. 4. 2011
Prof. Dr. med. Thomas Heinemann, Prof. Dr. Eberhard Hauschildt, Ulrich Lemm
- 21. „Da hilft nur noch beten – Krankheit und Spiritualität“** - 20.10.2011
Prof. Dr. Santiago Ewig, Prof. Dr. Reinhard Schmidt-Rost, Elisabeth Püllen
-