

Aus der Reihe:

**Dialogversuche:
Medizin und Theologie
im Gespräch**

*Dokumentation der Veranstaltung vom
Donnerstag, den 3. Mai 2007*

**„Die Hoffnung stirbt zuletzt“
vom Umgang mit der Hoffnung in Zeiten der Krankheit**

Hoffnung ist eine treibende Kraft in unserem Leben. Lebenswichtig wird sie vor allem in Zeiten der Not. Besonders kranke Menschen hoffen auf Heilung, auf Linderung ihres Leidens. Worauf aber hoffen schwerkranke oder sterbende Menschen? Gut gemeinte Trostworte, wie: "Alles wird gut!" sind Ausdruck von Beschwichtigung und Verdrängung; einer ernsthaften Auseinandersetzung mit einer akuten Lebenskrise wird damit ausgewichen. Wirklich Kraft schöpfen können wir nur aus ehrlichen Hoffnungsworten, die in Wahrhaftigkeit gesprochen werden.

Wie schöpfen Menschen trotz einer existentiellen Krise Hoffnung und woran macht sich diese Hoffnung fest? Von welcher Hoffnung kann der Arzt sprechen, wenn es die große Hoffnung auf Heilung nicht gibt? Welche Hoffnung kann aus dem Glauben erwachsen? Trägt uns dann eine Hoffnung, die den Horizont der menschlichen Endlichkeit übersteigt?

Diese und andere Fragen sollen uns an diesem Dialogabend beschäftigen, zu dem wir Sie herzlich einladen.

Referenten:

Prof. Dr. med. Yon-Dschun Ko	Chefarzt Innere Medizin, Johanniter-Krankenhaus
Prof. Dr. Michael Schulz	Kath. Theol. Fakultät, Universität Bonn
Sr. Barbara Ohrndorf	Stationsleitung Innere Medizin, Uniklinik Bonn
Dr. U. Hillenkamp	Patient

Einführung: Pfarrer Walter Koll, Kath. Klinikseelsorger

Moderation: H.-B. Hagedorn, Kath. Klinikseelsorger

Herausgeber: Evangelische und Katholische Klinikseelsorge
der Universitätskliniken Bonn

gefördert durch:



Zusammenstellung und Layout: H.-B. Hagedorn (Klinikseelsorger)

Begrüßungsworte

Pfr. Walter Koll;

Katholischer Klinikseelsorger der Universitätskliniken Bonn

Liebe Anwesende, sehr geehrte Damen und Herren

Ich heiße Sie alle ganz herzlich willkommen heute Abend zu unserer Dialogveranstaltung. Leider mussten wir den Ort kurzfristig wechseln - aus dem vertrauten Hörsaal in der Dermatologie hier in den Hörsaal der Frauenklinik.

Im siebten Jahr dieser Veranstaltungsreihe ist es unser Anliegen, Medizin und Theologie ins Gespräch miteinander zu bringen über Themen, die beide Bereiche berühren, und dabei auch immer die Perspektive der Praxis beziehungsweise die Sicht und die Erfahrungen von Betroffenen mit hinein zu nehmen.

Getragen werden diese Dialogabende von der katholischen und evangelischen Seelsorge hier am Universitätsklinikum Bonn und von den Bildungswerken der beiden Kirchen. Unterstützt werden sie von der evangelischen Stiftung Krankenhausseelsorge. Im Namen dieser Veranstalter begrüße ich Sie ganz herzlich.

Das Thema des heutigen Abends ist ein Thema, das unser ganzes Leben betrifft, das aber in besonderer Weise in schwierigen Lebenssituationen eine hervorragende Rolle spielt: es geht um die Hoffnung.

Eine der Grundfragen unseres menschlichen Lebens, so Immanuel Kant, lautet: was dürfen wir hoffen? Und der Apostel Paulus schreibt in seinem ersten Brief an die Gemeinde in Korinth: wenn alles vergeht, so bleiben diese drei: Glaube, Hoffnung und Liebe.

Ohne Hoffnung können wir nicht leben - das wird besonders deutlich, wenn wir von einer Situation oder gar einem Menschen als hoffnungslosem Fall sprechen. Wir brauchen die Hoffnung, weil sie uns eine Perspektive gibt; weil sie über das Aktuelle hinausgeht; weil sie uns Aussicht gibt auf bessere Zustände, auf bessere Zeiten. Wir brauchen letztlich eine Hoffnung, die selbst über den Tod hinaus weist.

Hoffnung hält uns am leben und - was noch viel wichtiger ist - im Leben. Sie ist eine Lebenskraft, sie aktiviert körperliche und seelische Kraftressourcen, die uns durch schwierige Phasen hindurch helfen.

Wir sprechen heute Abend über die Hoffnung - und wir sprechen darüber in der Klinik, an einem Ort also., wo. Menschen als Patienten bzw. Angehörige in existentielle Krisen hineingeraten, wo. sie mit schweren Erkrankungen, mit zum Teil unerträglichem Leiden, mit der Erfahrung ihrer Endlichkeit, mit der Aussicht auf Sterben und Tod konfrontiert werden.

Auf der anderen Seite sind hier im Klinikum Menschen, die als Pflegende, als Mediziner/innen, als Sozialarbeiter/innen oder Seelsorger/innen die Kranken und ihre Angehörigen behandeln und begleiten; die mit fremdem Leid konfrontiert sind; die mit aushalten müssen, was oft nicht auszuhalten ist; die von den Patienten und Angehörigen Fragen gestellt bekommen wie: können Sie mir Hoffnung machen; darf ich noch hoffen; gibt es noch Hoffnung für mich?

Und es ist oft eine Gratwanderung, mit der Hoffnung umzugehen. Da kann das Festhalten an der Hoffnung auf Heilung / auf Leben auf Seiten der Patienten / Angehörigen dazu führen, die Realität auszublenden, sich nicht mit dem möglichen Lebensende zu beschäftigen, das Abschied nehmen zu verpassen. Da kann das zum Dogma erhobene Prinzip der Bestärkung der Hoffnung auf Heilung / auf Lebensverlängerung durch Ärzte und Pflegende bzw. die Maxime, dem Patienten niemals die Hoffnung zu nehmen, dazu führen, dem Patienten / den Angehörigen die Wahrheit, zumindest die ganze Wahrheit vorzuenthalten; die eigenen Fragen und Ängste zu überspielen; der Auseinandersetzung mit den Fragen und Ängsten der Patienten / Angehörigen

auszuweichen. Das Gleiche gilt im übrigen auch für die Seelsorger/innen, wenn sie zu sehr und zu schnell von der Hoffnung auf das ewige Leben sprechen.

Um den Umgang mit der Hoffnung in Zeiten der Krankheit geht es im Folgenden an diesem Abend. Um die Frage: welche Hoffnung kann der Arzt dem Kranken machen; welche Hoffnung kann der Theologe / der Seelsorger vermitteln; wie sieht der Umgang mit der Hoffnung aus Sicht einer Krankenschwester / eines Krankenpflegers aus; und wie lebt ein Schwerkranker mit seinen Hoffnungen und Enttäuschungen, und wie erlebt er den Umgang der verschiedenen Berufsgruppen mit der Hoffnung für ihn; welche Hoffnung kann aus dem Glauben in solchen lebensbedrohlichen Situationen erwachsen?

Ich begrüße die Referentin und die Referenten dieses Abends, die uns jeweils aus ihrer Sicht ihre Erfahrungen aber auch ihre Grundhaltungen zu diesen Fragen vortragen werden:

ich begrüße als Patient Herrn Dr. Ulrich Hillenkamp, der sich sehr kurzfristig für diesen Abend zur Verfügung gestellt hat, nachdem der Patient, der uns zugesagt hatte, vor ein paar Tagen absagen musste

ich begrüße als Krankenschwester Frau Barbara Ohrndorf, seit vielen Jahren stationsleitende Schwester auf Station Rühle in der Medizinischen Klinik;

ich begrüße Herrn Professor Dr. Michael Schulz, Dogmatikprofessor an der katholisch-theologischen Fakultät der Universität Bonn;

ich begrüße Herrn Professor Dr. Yon-Dschun Ko, viele Jahre Oberarzt in der onkologischen Ambulanz der Med. Poliklinik in der Wilhelmstraße, jetzt Chefarzt im Johanniter-Krankenhaus.

Wir alle dürfen nun auf gute Vorträge und einen interessanten Abend hoffen.

Vortrag von Prof. Dr. Michael Schulz

Kath. Theol. Fakultät, Universität Bonn



Die Hoffnung stirbt zuletzt - sagt man. Warum? Offenbar weil man die Erfahrung machen kann: Kurz bevor alles aus ist, stirbt sie. Ja, wer die Hoffnung verloren hat, ist bereits wie tot: ein lebender Toter. Wenn man diesem Spruch „die Hoffnung stirbt zuletzt“ einen sinnvollen Inhalt abgewinnen will, dann offenbar den, dass Menschsein und Hoffen (Hoffnung haben) eine innere Einheit bilden. Fällt die Hoffnung, sinkt der Mensch ins Nichts.

1. Ianusköpfige Hoffnung in der Antike

Der geflügelte Spruch „Die Hoffnung stirbt zuletzt“ findet sein Echo in der Geistesgeschichte. Ein flüchtiges Blättern durch die Philosophiegeschichte zeigt, dass sich der Mensch in der Tat stets als Wesen der Hoffnung betrachtet hat. Allerdings konnte man mit dem Wort „Hoffnung“ ganz unterschiedliche Inhalte verbinden¹.

Die griechische Philosophie versteht unter Hoffnung (elpís) oft nur eine allgemeine Erwartung. Diese Erwartung ist zudem negativ gekennzeichnet als eine unverschämte Erwartung der Sterblichen; sie ist bestimmt von egoistischen Gedanken und Einbildungen. Hoffnung entlarvt den Menschen als ein Wesen, das es liebt, sich in Illusionen und falschen Vorstellungen zu ergehen. Die launische Schicksalsgöttin Tyche durchkreuzt diese trügerischen Erwartungen. Zuletzt stirbt die Hoffnung – ein Glück, wenigstens zuletzt! Denn offenbar fällt es dem Menschen unendlich schwer, falsche Illusionen fahren zu lassen und der ungeschminkten Realität standzuhalten. Der Göttin Tyche käme demnach im Krankenhaus die Aufgabe zu, Patienten und Ärzte von falschen Erwartungen zu befreien.

Überliefert ist die Pandorasage: Ihr zufolge wird Pandora von Zeus mit einer Büchse voll von Übeln auf die Erde gesandt. So will Zeus sich an den Menschen rächen, denen Prometheus das Feuer gebracht hat, obgleich es Zeus den Menschen versagt hatte. Pandora, von Neugier gequält, öffnet den Deckel der Büchse. Da entweichen alle Übel wie Krankheit, Hunger und Sorge und verbreiten sich auf der ganzen Erde. Tief unten in der Büchse bleibt allein die Hoffnung zurück. Sie ist nicht entwichen, als der Deckel wieder geschlossen wird. Erst als sich der Deckel zum zweiten Mal hebt, strömt auch sie heraus.

Dieser Mythos wird verschiedentlich verstanden. Eine Variante deutet ebenso die Hoffnung als ein Übel, als ein Halluzinogen der Sterblichen, das den Verstand vernebelt. Diese trügerische Hoffnung macht also krank wie die anderen Übel. Eine andere Variante besagt: Die Hoffnung sei das einzige Gute, das geblieben ist und gegen die Übel Krankheit und Hunger anzugehen hilft. Die Philosophie Platons malt uns ebenso eine ianusköpfige Hoffnung: Ein Gesicht zeigt sie als realitätsfremde Illusion, das andere als zukunftsweisende Ausrichtung auf eine postmortale Existenz. In der Zukunft liegt die Wesensverwirklichung des Menschen, der nach Platon Seele

¹ Vgl. zum Folgenden H.-G. Link, Art. Hoffnung, in: Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 3, Darmstadt 1974, 1157-1166.

ist, eine Seele, die ihre vollkommene Existenzform nicht im irdischen Leben findet, sondern allein im Jenseits erreicht. Wer auf Irdisches hofft, auf die bloße Gesundheit des Leibes, der verfängt sich in Illusionen. Das Jenseits bietet das Entscheidende, Erfüllende: die Kontemplation der Wahrheit selbst, der Ideen der Dinge, der Idee des höchsten Gutes. Der Tod als Tor zum Jenseits ist der Freund des Menschen. Auf ihn, den Befreier aus dem leiblichen Grabmal der Seele, ist zu hoffen.

2. Alttestamentliche Diesseits- und Jenseitshoffnung

Schlagen wir das Alte Testament auf, dann bezeugen die frühen Texte eine ganz diesseitige Hoffnung: ausgerichtet auf langes Leben, Reichtum, große Nachkommenschaft, generationenüberdauernde Ehre, viel Land. Krankheit und kurzes Leben zeigen Gottes Verwerfung². Die Verwirklichung der Diesseitshoffnung liegt nicht in der Hand des Menschen. Die Hoffnung richtet sich allein auf Gott, den Herrn der Geschichte. Die jüdische Hoffnung bezieht sich demnach auf jemanden, wenngleich sie sich auf etwas richten mag wie Land und Leben. Nicht *das* Gute, wie in der Philosophie Platons, sondern *der* Gute – der gute und alles gut schaffende und fügende Gott - steht im Mittelpunkt von Glaube und Hoffnung.

Diese exklusive Hoffnung Israels auf Gott muss stets neu erlernt werden. Die Hoffnung auf ein „Etwas“ aus der Hand des Menschen scheint einfacher; aber sie ist illusionär. Als Israel aus Ägypten auszog und durch die Wüste wanderte ins gelobte Land, musste Mose immer wieder im Volk die Hoffnung auf Gott wachrufen. Viele zogen es vor, ihre Hoffnung an etwas aus eigener Produktion festzumachen: an einem selbstgeschaffenen Götzen – der sollte Gesundheit und Wohlergehen garantieren.

Auch die weitere Geschichte Israels ist gekennzeichnet durch die permanente Bedrohung, Glaube und Hoffnung in Gott gegen selbstgemachte Zukunftsprojekte einzutauschen. Mehr trauen die Könige Israels den von ihnen geschlossenen Bündnissen mit den Nachbarvölkern als Gottes Bündnistreue. Die Propheten prangern diese hoffnungslose Apostasie an. Die Eroberung des Nordreiches 721 v. Chr. durch die Assyrier und die Zerstörung Jerusalems 586 v. Chr. durch die Babylonier beweisen das Junktum von Hoffnung und Leben: Wo die Hoffnung stirbt, da ist auch Israel schon lange todkrank, ausgeliefert an seine Feinde. Nur Gott kann Hoffnung und Leben garantieren. Jeremia verkündet daher dem Volk in der Fremde, im Exil an Euphrat und Tigris den Gott, der Zukunft und Hoffnung schenkt und die Heimkehr ins gelobte Land.

Zweihundert Jahre vor Christus ungefähr entsteht im Judentum die Überzeugung, dass der Gott, der Leben ist und in Treue zu seinem Bund steht, auch die nicht im Stich lassen wird, deren Treue zum Bund ebenso vorbehaltlos ist und die sogar bereit sind, das Martyrium zu erleiden. Die späten Schriften des AT bezeugen den Glauben und die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod in der Gemeinschaft mit Gott. Die Märtyrer verwandeln also Israels Diesseitshoffnung in eine Hoffnung auf Auferstehung und ewiges Leben. Stirbt diese Hoffnung, dann hieße dies, dem Gott des ewigen Lebens wegsterben. Langes Leben und irdischer Ruhm, Gesundheit und Wohlergehen sind also nicht mehr höchste Werte und Projekte der Hoffnung. Entscheidend ist die vorbehaltlose Bindung an Gott. Keine unsterbliche Seele garantiert den Fortbestand des Menschen, sondern Gottes Treue und Gerechtigkeit werden retten – selbst aus den Banden des Todes. Darauf ist alle Hoffnung zu setzen.

3. Die absolute Hoffnung des Christentums

Für den Christen schließlich ist der Grund der Hoffnung Gottes Handeln am gekreuzigten Jesus von Nazareth. Aber auch schon vor dem Kreuz hat Jesus eine Liebe gelebt, die stärker ist als der Tod. Wenn erfülltes Leben sich gelebter Beziehung verdankt, dann führte Jesus ein erfülltes Leben, weil er ganz Beziehung auf Gott den Vater hin war. Aus dieser Beziehung heraus kam ihm die Möglichkeit zu, Leben in Fülle weiterzugeben: Leid zu mildern, Kranke zu heilen, Tote

² Vgl. zu Folgendem Medard Kehl, Eschatologie, Würzburg 1986, 104-134.

ins Leben zurückzuführen, vor allem aber: die hoffnungslose Trennung des Menschen von Gott, dem Quell des Lebens, zu überwinden.

Auf die Liebe, die stärker ist als der Tod, hoffen seitdem die Christen. Stirbt diese Hoffnung, so stirbt der Christ. Ohne Hoffnung kein Christentum. Der französische Philosoph Gabriel Marcel hat diesen Gedanken, dass Christsein gleichzusetzen ist mit gelebter Hoffnung, zu dem Gedanken einer absoluten Hoffnung weiterentwickelt³. Mit dem Begriff der absoluten Hoffnung meint Marcel, dass sie jeden konkreten Inhalt übersteigt und sich ausschließlich an Gott, am absoluten Du festmacht. Diese personale Ausrichtung der Hoffnung auf ein absolutes Du kennt die griechische Philosophie nicht, weshalb für sie die Hoffnung trügerische Illusion sein konnte, die in nichts Wirklichem Halt findet.

4. Die Hoffnung als „theologische Tugend“ und natürliche Anlage

Das Mittelalter versteht die Hoffnung als sog. theologische Tugend im Verbund mit den beiden anderen Tugenden: Glaube und Liebe. Theologische Tugend heißt, dass Glaube, Hoffnung und Liebe Gaben des Heiligen Geistes sind, also nicht einfach aus den menschlichen Möglichkeiten oder „religiösen Begabungen“ heraus erwachsen. Weil die Hoffnung von Gott her ermöglicht ist, verbindet sie auch wirklich mit Gott.

Gleichzeitig spricht man im Mittelalter auch von einer natürlichen Hoffnung: Von einem natürlichen Streben des Menschen hin zur eschatologischen Gemeinschaft mit Gott (*desiderium naturale in visionem Dei*). Einerseits sei zwar der Mensch auf endliche Güter hin ausgerichtet, die er für sein eigenes Leben erhofft, wie Gesundheit und langes Leben. Andererseits aber strebt der Mensch als Mensch über endliche Güter hinaus; er streckt sich nach einem absoluten Gut aus, das ihm allein vollkommene Erfüllung zu bieten vermag. Mit weniger als mit Gott ist der Mensch letztendlich nicht zufrieden zu stellen. Weniger als Gott zu erhoffen, ist unmenschlich.

Diese Sicht des Menschen als eines Wesens, das strebt, das von Natur aus hofft und auf eine ewige Gemeinschaft mit Gott angelegt ist, hat das Christentum mit dem Judentum und dem Islam gemeinsam. Diese Gemeinsamkeit bezeichnet einen Unterschied zu asiatischen Vorstellungen, etwa zum klassischen Buddhismus, nach dem das Streben des Menschen Leid verursacht, ihn krank macht. Das Streben des Menschen, sein Durst nach Dasein und Leben bleibt unerfüllt⁴. Ein absolutes Du gibt es nicht. Der achtfache Pfad führt deshalb aus dem Streben und Hoffen hinaus hin zu einem Zustand der Leere, in dem das natürliche Hoffen und Streben zum Schweigen kommt. Nach dieser Konzeption muss die Hoffnung sterben, damit der Mensch in Frieden leben kann. Mit Asien sagt das Christentum also: Das Leben ist Durst, ist Hoffnung auf „mehr“. Doch die Antworten fallen entgegengesetzt aus, einmal: Der Durst selber muss leer werden, erlöschen muss die Hoffnung auf ein stets Mehr; das andere Mal: Der Daseinsdurst hofft zu Recht auf das Wasser göttlichen Lebens (Joh 4,1-26; 7,37-38; Offb 22,1.17).

5. Die Hoffnung zwischen Hochmut und Verzweiflung

Nochmals zurück ins Hochmittelalter, zu Thomas von Aquin⁵. Er profiliert die theologische Tugend der Hoffnung, indem er sie von zwei „Untugenden“ abgrenzt: von Hochmut und Verzweiflung.

Dem Hochmut verfällt der Mensch, wenn er meint, er könne sozusagen selbst ins Ziel der Hoffnung springen, sich das Ziel nehmen, ohne warten, ohne empfangen zu müssen. Dieser Haltung steht jedoch schon die allgemeine Erfahrung entgegen, nach der das Entscheidende im Leben Geschenk ist. Das Nichtnotwendige tut uns not: unverhofft uns zuteilwerdende

³ Gabriel Marcel, *Homo viator. Prolégomènes à une métaphysique de l'espérance*, Paris 1945, deutsch Düsseldorf 1949.

⁴ *Der Buddhismus I (Die Religionen der Menschheit 24,1)*, hg. v. Heinz Beichert u.a., Stuttgart 2000, 33-41.

⁵ Vgl. zu Folgendem Josef Pieper, *Über die Hoffnung*, in: ders., *Schriften zur Philosophischen Anthropologie und Ethik: Das Menschenbild der Tugendlehre (Werke in acht Bänden, hg. v. B. Wald; 4)*, Hamburg 1996, 256-295.

Aufmerksamkeit und Anerkennung, Sympathie und Zuneigung, die wir nicht erzwungen haben, erfüllt uns. Stirbt die Hoffnung im Hochmut, so ist der Mensch schließlich selbst tödlich gefährdet. Denn wer sich das Ziel und die Erfüllung seines Lebens selber erschaffen will, kann sich nicht nur nichts mehr schenken lassen; er wird auch zum Ausgangspunkt destruktiver Überforderung: der Versuch, aus Beziehungen oder Beruf letzte Erfüllung herauszupressen, herauszuproduzieren, scheitert, denn er wird Partner oder Beruf heillos, nämlich unendlich überfordern. Tödlich überfordert wären ebenso Medizin und Krankenhaus, sollten sie dem Mensch nicht nur Gesundheit, sondern auch Heilung im umfassenden Sinn erbringen.

Mancher greift desillusioniert zu Medikamenten und träumt sich hochmütig in das Ziel und Glück seines Lebens - und verpasst es dabei. Die Hoffnung unterläuft diese heillose Überforderung und irrealer Illusion; sie schenkt Wohlgespanntheit (Eutonie).

Diese hoffende Eutonie hilft ebenso gegen die Untugend der Verzweiflung. Stirbt die Hoffnung, weil es nichts mehr vom Leben zu erwarten gibt, dann erschläft die Spannkraft des Willens; er fällt auf sich selbst zurück, verkrümmt sich in sich.

Die Verzweiflung kann sich nach der Tradition des Mönchtums vor allen Dingen im Laster der Acedia (acedia) zeigen, in einer tiefen hoffnungslosen Traurigkeit, in Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Depression oder Überdruß⁶. Heimgesucht wird der Mensch von diesen Dämonen der Erschlaffung, sobald sich der Wille von jedem Ziel abgelöst hat. Jetzt erscheint die Welt grau, konturenlos, welk. Alles ist nur die ewige Wiederkehr des Gleichen, nichts bewegt sich wirklich fort. Das Dasein zerrinnt, zerläuft, geht unter in einem schwarzen Loch. Es gibt nichts mehr zu hoffen, zu erwarten. Dieses Phänomen ist bei Menschen zu beobachten, denen gesundheitlich nichts fehlt. Dass man in diesem Fall von Untugend und Laster spricht, drückt aus, dass der sich der Verzweiflung hingebende Christ im Gegensatz zu der von Christus eröffneten Heils- und Zukunftsperspektive lebt, leben will. Christus verheißt Rettung aus diesem Abgrund. Seine Hand, die sich nach uns ausstreckt, gilt es zu ergreifen.

Auch eine Krankheit kann in diese Verzweiflung der Hoffnungslosigkeit stürzen. Der Patient hat sich ganz aufgegeben. Was habe ich noch zu erwarten? Wem kann ich noch nützen? Wozu noch? In einer psychologischen Sicht gehört diese Phase der Verzweiflung zum Verlauf einer schweren Krankheit; sie scheint ganz und gar menschlich, normal und kein „Laster“, keine „Untugend“ zu sein. Dennoch möchte man aus verzweifelten Situationen ausbrechen. Sie als Dauerzustand zu akzeptieren scheint nicht vorstellbar (Selbstmord). „Untugend“ meint deshalb „vormoralisch“ einen „heillosen“ Zustand, etwas Nichtsollendes – etwas, das im Glauben allmählich überwunden werden kann.

Die Hoffnung ist die von Gott geschenkte Tugend gegen Verzweiflung und Sinnlosigkeitsdepression. Sie richtet den menschlichen Willen wieder auf ein Ziel hin aus. Sie weigert sich, verankert in Gott, das Leben an die Sinnlosigkeit auszuliefern, auch dann, wenn es unweigerlich zu Ende geht.

6. Krankheit und Tod und Hoffnung in biblischer Sicht

Die eigentliche Krankheit ist in biblischer Sicht diese angesprochene Sinn- und Hoffnungslosigkeit in Form von Hochmut und Verzweiflung⁷. Aber auch eine körperliche Erkrankung wird im Zusammenhang eines ursprünglichen Sinnverlustes gesehen. Niemals reduziert sich die Krankheit nur auf einen mechanischen Defekt der Körpermaschine. Der Arzt ist kein Mechaniker, der eine schief laufende Körperfunktion neu ausrichtet, ein ausgeleiertes Zahnrad ersetzt. Die Urkrankheit des Menschen ist nach biblischer Vorstellung seine mangelhafte Bindung an Gott; der Mensch ist nicht radikal festgemacht in Gott. Der Mensch erlebt sich deshalb in einer Weise, in der er sich von Gott her nicht erleben sollte, gerade nicht in Krankheit

⁶ Vgl. Gabriel Bunge, Acedia. Die geistliche Lehre des Evagrius Pontikos vom Überdruß, Würzburg ⁴1995. Es geht hier nicht um eine z.B. durch Stoffwechselstörungen verursachte Depression, sondern um einen Zustand, der noch vom Willen des Menschen abhängt.

⁷ Vgl. zu Folgendem vom Autor: Sakramentale Theodizee: die Krankensalbung. Anthropologie, Theologie und Spiritualität eines Sakramentes, in: Theologie und Glaube 91 (2001) 69-86.

und Tod. Krankheit und Tod, wie sie vom Menschen konkret erlebt werden, scheinen zu widerlegen, dass Gott alles gut, den Menschen sogar sehr gut geschaffen hat (Gen 1,4.10.12.18.21.25.31). Für Paulus dürften aber Krankheit und Tod nicht die Gutheit der Schöpfung in Frage stellen. Wenn alles gut ist, was Gott geschaffen hat, dann müsste dies auch für den Menschen in seiner Endlichkeit, Begrenztheit und Sterblichkeit gelten. Der Mensch, der in einer ursprünglichen Gottesfreundschaft mit Gott steht, müsste deshalb die Härten der Endlichkeit anders erleben als der Mensch, der von Gott entfremdet ist. Wer ein klares Ziel vor Augen hat, wer z.B. einen hohen Berg erklimmen will, der nimmt viele Strapazen auf sich. Aber diese Anstrengungen stellen nicht das Ziel in Frage. Verliert man allerdings das Ziel aus den Augen, dann wird alles unerträglich. Erst recht geschieht dies in schwerer, quälender Krankheit. Paulus wagt, im Römerbrief die Behauptung aufzustellen: denjenigen, die Gott lieben, gereicht alles zum Guten (Röm 8,28). Alles! Wir können also hinzufügen: selbst Krankheit und Tod. Paulus ist überzeugt, wer sein Leben in Gott festgemacht hat, für den stellen Krankheit und Tod nicht den Sinn des Daseins in Frage. Im Römerbrief gibt Paulus jedoch zu erkennen, dass die Menschheit seit ihren Anfängen diese hoffende Ausrichtung auf Gott als Ziel und Sinn des Lebens nicht fest ergriffen hat (Röm 5). Darum gereicht nicht mehr alles zum Guten, erst recht nicht Krankheit und Tod. Krankheit und Tod scheinen ein ohnehin nichtiges Leben zu besiegeln, scheinen offenzulegen, was in diesem Leben in Wahrheit steckt: nichts.

Paulus sieht in Jesus eine Alternative. Für Jesus werden Leid und Tod nicht zu Symbolen eines nichtigen Lebens, sondern zu Zeichen der Kommunikation, die Leben schafft. Jesus ist der menschengewordene Sohn Gottes, der sich ganz in die Entfremdungssituation des Menschseins hineinbegibt, um in Solidarität mit der Menschheit, mit ihrem Leiden und Sterben, eine neue Verbindung zum Quell des göttlichen Lebens zu schaffen. Das geschieht dadurch, dass der Sohn Gottes sich in die letzte Gottverlassenheit des von Gott entfremdeten Menschen begibt, am Kreuz. Bei Matthäus (8,17) lesen wir: Jesus „hat unsere Leiden auf sich genommen und unsere Krankheiten getragen.“ Dadurch, dass der Sohn Gottes an den Ort kommt, der mit Gott überhaupt nichts mehr zu tun hat, wird an der Stelle radikaler Gottlosigkeit und Gottverlassenheit eine neue Beziehungsmöglichkeit eröffnet. Es wird Heilung geschenkt am Ort der absoluten Krankheit, des Gottesverlustes. Dadurch hat jeder Mensch die Möglichkeit einer neuen Gemeinschaft mit Gott, dem Quell des Lebens. Wer sich deshalb in Krankheit und Leid mit dem solidarisiert, der sich seinerseits mit der gottentfallenen Menschheit identifiziert hat, der macht sein Leben zu einer großen Fürbitte, dass die Erlösung, die Christus allein gewirkt hat, auch faktisch von allen Menschen angenommen wird. Krankheit und Leid erhalten so eine neue Qualität: Sie sind nicht Ausdruck der Hoffnungslosigkeit und Vergeblichkeit des menschlichen Daseins, sondern sie werden zu Symbolen der Gemeinschaft mit Christus und der Menschheit zugunsten des Heiles aller. Das kann im Idealfall dazu führen, dass der Schwerkranke sein Leiden und Sterben als Zeichen der Hoffnung lebt für andere, für deren Heil, für deren ewige Gemeinschaft mit Gott. Zuletzt stirbt deshalb nicht die Hoffnung, sondern zuerst stirbt die Hoffnungslosigkeit.

7. Gebet um ein Wunder

Natürlich hat der Christ auch die Möglichkeit, in seinem Leiden den Herrn um Heilung und Überwindung der Krankheit anzurufen. Es muss keine Vermessenheit darstellen, auf ein Wunder im eigenen Leben zu hoffen. Jesus hat Kranke geheilt, er hat eine Glaubenskraft in den Menschen geweckt, die er heilen wollte, und durch die Beziehung mit ihnen die Überwindung körperlicher Gebrechen oder geistiger Verwirrung geschenkt. Freileich, man hört nie davon, dass ein amputierter Fuß nachgewachsen ist. Aber es können offenbar in bestehenden Organen Heilungsprozesse in Gang gesetzt werden, die das Normale übersteigen. Glaube und Hoffnung spielen dabei eine wichtige Rolle. Menschen, die Jesu Heilen erlebt haben, rufen erstaunt aus: „Er hat alles gut gemacht!“ (Mk 7,37) In Jesus wird die Gutheit der Schöpfung neu erfahren. Auf Jesus richtet sich daher alle Hoffnung: „Alle suchen dich.“ (Mk 1,37)

Die Jünger heilen Kranke und salben sie mit Öl (Mk 6,13). Die Gabe der Heilung kennt auch die frühe Kirche, ebenso die Gegenwart. Der Jakobusbrief bezeugt außerdem die Krankensalbung, die mit der Bitte um Heilung und Sündenvergebung von den Presbytern der Gemeinde gesendet

wird (5,14-15). Die Kirche ist demnach Ort durchbeteter Hoffnung, Ort der Genesung und Heilung. Dieser Krankendienst der Kirche motiviert zum Bau von Spitälern und Krankenhäusern, zum Studium der Medizin, zur Forschung, zur Begleitung von Sterbenden. Auch auf diesem natürlichen Weg erhört Gott das Gebet um Heilung und Begleitung der Kranken. Dazu gehört schließlich jeder, ob Christ oder nicht. Wer Kranke besucht, ihnen beisteht, folgt wissentlich oder nicht Christus nach, ja berührt ihn in heilsrelevanter Weise im Kranken (Mt 25,36ff) und ist Teil der Erfüllung der Bitte um Genesung.

Am 14. September 2000 veröffentlichte die Kongregation für die Glaubenslehre eine Instruktion über die Gebete um Heilung durch Gott⁸. Diese Instruktion ermuntert zu Gottesdiensten, in denen betend auf Heilung gehofft wird – eine Möglichkeit auch hier in den Universitätskliniken. Gleichzeitig warnt man vor autosuggestiven Praktiken und hysterischen Anwandlungen. Auf keine geschickte Gebetstechnik oder –taktik ist die Hoffnung zu setzen. Gott ist der Arzt des Lebens (Ex 15,26), ihm gilt das Vertrauen. Und die eigentliche Krankheit, die es zu überwinden gilt, bleibt nach wie vor die Trennung von ihm. Darum heilt Jesus nicht alle körperlichen Gebrechen. Er will nicht als Heiler, sondern als Heiland tätig sein, so sehr ihn das Geschick der Kranken jammert. Was antwortet man auf Jesu Frage: „Ist es leichter, zu dem Gelähmten zu sagen: Deine Sünden sind dir vergeben!, oder zu sagen: Steh auf, nimm deine Tragbahre und geh umher?“ (Mk 2,9) Auf was hoffen wir?

Ob Gott das Gebet um Heilung erhört, können wir sicher mit Ja beantworten, denn Gott erhört jedes Gebet⁹. Doch die Art und Weise der Erfüllung kann anders aussehen, als im Gebet erhofft. Dies macht nicht zuletzt das Lebensgeschick Jesu deutlich. Vor seinem Tod bittet er den Vater darum, dass der Kelch des Leidens an ihm vorübergehen möge. Doch er beschließt sein Gebet damit, dass er sich ganz dem Willen des himmlischen Vaters anheimgibt: „Nicht was ich will, sondern was du willst, soll geschehen.“ (Mk 14,36)

Dieses Gebet ist keine hoffnungsfeindliche Kapitulationserklärung des Menschen angesichts des göttlichen Willens oder des grausamen Geschicks. Die Bitte um das Geschehen des göttlichen Willens ist die Bitte um das Heil, das Gott schenken möchte und schenken wird. Dieses Heil kann eine andere Gestalt annehmen, als die im Gebet erhoffte. Die Erfüllung des Gebetes Jesu ist schließlich die Auferstehung. Die Auferstehung ist auch für jeden Kranken, für jeden, der mit seinem Sterben rechnen muss, also auch für jeden Gesunden (!), Grund der Hoffnung. Die im Glauben erfasste Realität der Auferstehung täuscht nicht, ist keine Illusion, ist Basis der Hoffnung über den Tod hinaus.

8. Die Hoffnung stirbt zuletzt – ins ewige Leben hinein

Paulus fasst das christliche Hoffnungsprogramm im 8. Kapitel seines Briefes an die Gemeinde in Rom mit folgenden Worten zusammen: „Ist Gott für uns, wer ist dann gegen uns? Er hat seinen eigenen Sohn nicht verschont, sondern ihn für uns alle hingegeben – wie sollte er uns mit ihm nicht alles schenken? Was kann uns scheiden von der Liebe Christi? Bedrängnis oder Not oder Verfolgung, Hunger oder Kälte, Gefahr oder Schwert? All das überwinden wir durch den, der uns geliebt hat. Ich bin gewiss: Weder Tod noch Leben, weder Engel noch Mächte, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Gewalten der Höhe oder Tiefe noch irgendeine andere Kreatur können uns scheiden von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserem Herrn.“ (8,31-39)

Das ist die christliche Hoffnung. Sie stirbt nicht oder man könnte auch sagen: Sie stirbt zuletzt, dann nämlich, wenn der Mensch hinübergelangt in die Erfüllung der Hoffnung: in die endzeitliche Gemeinschaft mit dem Gott, der uns im irdischen Leben „Zukunft und Hoffnung“ (Jer 29,11) gibt.

⁸ Vgl. dazu vom Autor: Krankheit, Heilung und das Gebet um Heilung, in: *Rivista teologica di Lugano* 6 (2001) 457-473.

⁹ Vgl. zum Bittgebet z.B. Hans Schaller, *Das Bittgebet. Eine theologische Skizze*, Einsiedeln 1979; Karl-Heinz Menke, *Handelt Gott, wenn ich ihn bitte?*, Regensburg ²2001.

Vortrag von Prof. Dr. med. Yon-Dschun Ko

Chefarzt Innere Medizin, Johanniter-Krankenhaus



Zunächst einmal herzlichen dank für die Einladung, hier zu sprechen. Ich habe lange überlegt, was ich Ihnen sagen könnte und bin zur Auffassung gelangt, dass ich Ihnen etwas sehr persönliches vortrage möchte, nämlich das, was mir durch den Kopf geht, wenn es um das Thema Hoffnung geht. Hoffnung im Leid, in der Krankheit aber auch allgemein. Wir haben eben ein theologisches Konzept gehört, das vielleicht bei Menschen, die unter einer schweren Erkrankung leiden, nur sehr schwer zum tragen kommt. Wir leben in einer Gesellschaft, die es den Menschen sehr schwer macht, zu leben oder zu denken, was wir eben im Vortrag von Prof. Schulz gehört haben – so ist meine ganz persönliche Meinung.

Ich bin aber auch hierher gekommen, um Ihnen zuzuhören. Warum ? Ich glaube, Hoffnung ist etwas sehr Individuelles. Es ist etwas, was uns antreibt, was uns Mut schenkt. Es ist etwas, was uns begeistern kann und die Möglichkeit schenkt, voran zu schreiten. Hier muss jeder für sich schauen, woraus seine eigenen Hoffnungen bestehen.

Hoffnung im Allgemeinen

„Ich bin alt geworden, ich habe alles gehabt, bin zufrieden. Ich gehe jetzt von dieser Erde und bin entspannt und froh, lasse alles los und gehe.“ Dies ist etwas, was wir uns alle für unser Lebensende wünschen – das Leben als abgerundet, in gewisser Weise als vervollkommen zu erfahren. Das ist das höchste Ziel, das wir erreichen können. Ich kann Ihnen sagen, dass es diese Menschen gibt, die im Sterben in dieser Weise vom Leben lassen können. Vielleicht sind es 5% oder 10%, die in meiner 20 jährigen Berufszeit auf dieser Weise sterben konnten. Ich möchte Ihnen sehr nahe legen, darüber nachzudenken, dass es diese Möglichkeit gibt, die Möglichkeit, Seelenfrieden zu erlangen. Es ist deshalb sehr wichtig, da es eine sehr existentielle Hoffnung ist, nach der wir unser Leben ausrichten können.

Das Problem ist, dass ich vielleicht hier von einem 90 jährigen Menschen spreche, der stirbt. Kann ich das auch von einem 40 jährigen Krebspatienten erwarten ? Wer kann dann sagen, er habe alles gehabt, ist zufrieden, hat ein glückliches Leben gehabt ? Vielleicht kann das einmal am Ende einer langen Leidensgeschichte so gesagt werden. Es braucht eine Entwicklung, um zu dieser Aussage kommen zu können. Es ist eine lebenslange Aufgabe, diesen Punkt zu erreichen. Ich werde Ihnen später erläutern, warum dies in unserer Zeit, in unserer Gesellschaft so schwierig geworden ist.

Nicht zu wissen, was morgen ist, nicht wissen zu können, was die Zukunft bringt – ist das nicht eine zentrale Wirklichkeit, wenn wir über unsere Hoffnung nachdenken ? Wenn wir alles wüssten, was morgen, in einer Woche, in einem Jahr geschieht, würde uns das hoffnungsfroher machen ? Ein Wissen um die Zukunft war auch in der Antike nie erwünscht, weil es den Menschen unglücklich macht. Ein angenommenes Wissen um eine Unsterblichkeit enthielte eine

extrem hoffnungslose Dimension. Das Nichtwissen um die Zukunft ist die Basis und die Antriebsfeder unserer Hoffnungen.

Ebenen menschlichen Hoffens

Es gibt sehr unterschiedliche Ebenen unserer Hoffnungen. Da ist die Hoffnung auf körperliches und seelisches Wohlbefinden. Wenn ein Kind geboren wird, dann spricht es nicht davon, aber alles drängt danach, bei seiner Mutter, bei seinem Vater zu sein. Es will wahrgenommen sein, will körperliche Nähe und Wärme. Eine existentielle Hoffnung, aus der Leben nur wachsen kann. Wir kennen alle Menschen, die ohne diese körperliche Nähe groß werden. Diese Menschen haben es in ihrem Leben oft sehr schwer und wir erleben dies besonders bei psychiatrischen Krankheitsbildern.

Die zweite Ebene in der wir uns alle bewegen ist die Hoffnung in unserer materiellen Welt auf unsere materiellen Werte. Wir sind – und zu Weihnachten wird dies sehr greifbar – kaum noch in der Lage, abseits materieller Werte Hoffnungen zu schüren. Wir denken fast ausschließlich in der Kategorie materieller Werte. Wenn Sie sich überlegen, was sie sich im Augenblick als nächstes erhoffen, wonach Sie zur Zeit körperlicher Gesundheit streben, dann werden dies größtenteils Inhalte materieller Werte sein.

Wenn wir an diesen Zielen, an diesen Hoffnungen kleben, dann haben wir ein Problem, die nächste Stufe unserer Hoffnungen erreichen zu können – und hier stoßen wir wieder in eine theologische Dimension – nämlich die Hoffnung auf Erlösung. Die auf materielle konzentrierte Orientierung verhindert eine Auseinandersetzung mit den Fragen um die Endlichkeit unseres Lebens.

Welche Ereignisse reißen uns letztlich aus diesem Kreislauf materiellen Denkens?

Es sind Naturkatastrophen, es sind Kriege, es ist aber auch Krankheit. Krankheit reißt uns aus den Gedanken um materielle Erfüllungen heraus. Hier wird Hoffnung zu einem klaren Phänomen. Hoffnung ist davon geprägt, dass wir auf ein Ereignis warten. Wir hoffen, dass sich etwas ereignet, was uns heil macht. Wenn diese Wahrscheinlichkeit sinkt, dann sinkt auch unsere Hoffnung. Wir sollten annehmen, dass diese Hoffnungen ersterben, wenn die Möglichkeiten zur Heilung sinken. Dies ist aber nicht der Fall. Die Hoffnung in uns erfährt eine oft ungeahnte Kraft, einen „drive“, die uns letztlich auch an Wunder glauben lässt – selbst in ausweglosen Situationen. Auch diese Ausprägung der Hoffnung verhindert eine Auseinandersetzung mit dem Tod. Wir brauchen aber auch diesen Weg der Hoffnung, um unsere Würde zu erhalten. Egal, auf welcher Hoffnungsebene wir uns bewegen, unsere Hoffnungen erhalten uns unsere menschliche Würde.

Hoffnung in Zeiten der Krankheit.

Aus den Hoffnungen materieller Werte herausgeworfen, beginnt die Auseinandersetzung mit dem Sterben, mit dem Tod. Als Onkologe bin ich mit Krankheitsbildern konfrontiert, die von Anfang an auch die Frage des Todes beinhalten. Als Arzt, der einen Blinddarm zu behandeln hat ist man mit dieser Frage nicht befasst, aber als Onkologe ist man von Anfang an mit dem Patienten auf diese Frage gestoßen. Verhindert der Materialismus diese Auseinandersetzung, so kommt oft von heute auf morgen diese neue Dimension der Frage nach Hoffnung in unser Leben – so, als sollten wir hier die Auseinandersetzung mit dieser Dimension nachholen. Die Hoffnungen in Zeiten der Krankheit stabilisieren die Ungewissheiten der Zukunft. Gibt es in diesen Lebensabschnitten keine Hoffnungen, so fallen Patienten in die Depression. Sie verlieren ihren Lebensmut. Wir brauchen auch in Zeiten, in denen wir wissen, dass die Möglichkeit des Sterbens in den Blick rückt, Hoffnung, die uns stabilisiert.

Der Arzt und die Hoffnung

Welches Problem stellt sich dem Arzt im Umgang mit der Hoffnung? Wir können durchaus suggestiv und patriarchalisch Hoffnung machen, indem wir sagen „wir schaffen das schon, wir machen Sie wieder gesund“! Das Problem dabei ist, dass wir an der Realität vorbei Hoffnung

machen und dabei die Auseinandersetzung mit dem Tod, der Grenze unserer Existenz verhindern. Der Arzt, der nur das Ziel hat, Hoffnungen zu machen, verhindert die zentrale Bewegung, die in Zeiten der Krankheit eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod ermöglicht. Wenn der Arzt aber zu wenig Hoffnung macht und sagt: „Sie haben nur noch 8 Monate zu leben, gestalten Sie diese Zeit für sich in guter Weise“! oder: „Die mittlere Lebenserwartung beträgt noch 8 Monate!“ so können die Patienten damit nicht umgehen. Damit ist keinerlei Hoffnung verbunden. Der Arzt muss auch in der Ausweglosigkeit ein gewisses Maß an Hoffnung geben, damit der Patient nicht in die Depression, in den Verlust der Würde getrieben wird. Ein Problem des Arztes im Umgang mit der Hoffnung ist die Tatsache, dass die Einschätzung zu ausgesprochenen Hoffnungsaspekten zwischen Arzt und Patient sehr weit voneinander abweichen können. Auch muss der Arzt sich bewusst sein, dass er die angesprochenen Hoffnungen auch einhalten kann. Auch das ärztliche Schüren von Hoffnung zum Eigennutz darf im Arzt-Patient-Verhältnis keinen Platz haben. Wir kennen aus vielen Situationen, dass durch Ärzte oder andere Begleiter schwerkranker Menschen Hoffnungen auf der Basis des Eigennutzes ausgesprochen werden (Selbstberuhigung – Vermeiden der Todesthematik) und beachten dabei zu wenig, dass die Kranken sich sehr auf Hoffnungsaspekte fixieren und schwer unterscheiden können, welche Hoffnung wahrhaftig und welche falsch ist. Die von Leiden betroffenen Kranken suchen nach stabilisierenden Faktoren und Botschaften.

Das Resultat eines Gesprächs zwischen Arzt und schwererkranktem Patienten darf nicht Hoffnungslosigkeit sein, es muss immer auch der Versuch unternommen werden, eine andere Ebene der Auseinandersetzung mit unseren Hoffnungen anzustoßen und zu begleiten.

Ein Beispiel: Es gibt Krebserkrankungen, in denen 90% der Patienten geheilt werden. Die 10% der Fälle, in denen Patienten Rezidive entwickeln, soll in einem Gespräch mit dem Patienten nicht Thema sein. Es würde die Gefahr beinhalten, dass sich der Patient auf diese 10% fixiert und ihm die wesentliche Hoffnung zum Kampf gegen die Krankheit entzogen wird. Der ärztliche Einfluss auf die Hoffnung soll und darf maximal sein.

Nicht so einfach sind Fälle, in denen Heilung mit körperlicher Versehrtheit einhergehen wird. Stellen Sie sich vor, dass ein Fußballspieler wegen einer Krebserkrankung sein Bein opfern müsste, um weiter leben zu können. Der Arzt muss sehr sensibel damit umgehen, in welcher Weise er hier von Hoffnung spricht. Wollen Sie nun die Hoffnung machen auf Heilung mit der Konsequenz der Aufgabe des Berufes oder wollen Sie auf eine zwar kürzere Lebenszeit, aber mit der Möglichkeit, noch Fußball spielen zu können hinweisen? Hier wird die Problemlage des Arztes deutlich.

Sehr schwierig wird es, wenn es um Lebenszeitverlängerung geht, um die Frage, ab wann nur noch eine palliative Behandlung angemessen ist, also in Situationen der existentiellen Bedrohung. Hier kann dann keine Hoffnung mehr auf Heilung ausgesprochen werden. Wenn nicht mehr von Heilung gesprochen werden kann, ist der Arzt in der problematischen Situation, nach Aspekten der Hoffnung zu suchen, die der Situation angemessen sind. Ein Inhalt der Hoffnung kann dann durchaus eine Verlängerung der Lebenszeit bedeuten. Auch Leidensbegrenzung, Schmerzfreiheit kann dann Inhalt der Hoffnung sein. Oder es gibt biographische Inhalte von Hoffnung, wenn z.B. ein Patient noch die Geburt eines Enkels oder den nächsten Geburtstag der Ehefrau miterleben möchte. So werden wir viele kleine Inhalte finden können, an denen Hoffnung festgemacht werden kann. Wir müssen die Patienten in guter fürsorglicher Weise begleiten und dabei ihre Autonomie beachten. Wir müssen dabei immer auch sehen, dass die Zeit der Auseinandersetzungen bis zum Tod kurz sein kann. In palliativen Situationen handelt es sich oft nur noch um wenige Wochen **Lebenszeit**.

Eine Therapie nach der anderen als Hoffnung oder eine Therapie von außen mit ungewisser Chance anzubieten ist nicht ehrlich. Eine Auseinandersetzung mit dem Sterben wird hinausgezögert oder vermieden. Wir Ärzte müssen mit dem Begriff Hoffnung vorsichtig umgehen und dürfen nichts versprechen, was nicht auch eingehalten werden kann. Würdevolles Sterben ist ein Ziel der Hoffnung und muss als Ziel in einer palliativen Behandlung zentral im Blick sein und kommuniziert werden.

Das höchste Ziel ärztlichen Handelns ist die Hoffnung auf Erlösung. Dies klingt jetzt ein bisschen schwierig. Ich kann dies nicht theologisch begründen. Die Hoffnung auf Erlösung beinhaltet eine Zwangsläufigkeit. Bei einer unheilbaren Erkrankung ist das Leiden ein ständiger Begleiter. In Zeiten der Gesundheit, in unserem Alltag kennen wir kein wesentliches Leiden. Die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung verändert dies radikal. Das Leiden wird ein stetig zunehmender Begleiter. Das Leben wird zunehmend als unleidig empfunden und mancher wird dann auch einmal sagen: „wann darf ich denn sterben?“ „Wann darf ich gehen?“ „Wann werde ich erlöst?“ Das Ziel der Erlösung ist unmittelbar verbunden mit dem oft langen Weg des Leidens.

Wege für den Arzt

Ich möchte etwas kritisches zum Arztdasein sagen: Der Arzt ist für das Handeln primär auf einer Ebene ausgebildet. Er ist nicht auf eine Auseinandersetzung mit der Frage nach Erlösung ausgebildet. Der Arzt alleine kann dies nicht leisten. Wir brauchen die SeelsorgerInnen und Seelsorger, wir brauchen das Umfeld des Patienten. Der Arzt allein kann den Weg mit dem unheilbar kranken Menschen nicht allein gehen. Wir haben schon davon gesprochen, dass das Umfeld in der materialistisch geprägten Lebensweise diesen Weg eher erschwert. Der Weg über die oben genannten Ebenen der Hoffnung bis zur letzten Frage nach Erlösung muss von vielen begleitet werden, die dies auch für sich als wesentlich erkannt haben.

Ich komme immer wieder auf einen Text zurück, der mir vor 15 Jahren von einer Patientin geschenkt worden ist.

***Herr, schicke mir im rechten Augenblick
einen Menschen, der den Mut hat,
mir die Wahrheit in Liebe zu sagen.***

Wenn wir dies als Ärzte schaffen, dann haben wir eine gute Grundlage, den Menschen das zu geben, was ihnen den Weg zu Wesentlichem eröffnet.

Vielen Dank !

Vortrag von

Sr. Barbara Ohrndorf

Stationsleitung Innere Medizin, Uniklinik Bonn
DRK-Schwesternschaft Bonn

Meine sehr verehrten Damen und Herren.

Herzlichen Dank für die Einladung zu diesem Dialogabend, an dem ich gern etwas aus meiner Erfahrung in der konkreten Stationsarbeit vortragen möchte. Seit 1996 leite ich eine Lungenfachabteilung mit dem Schwerpunkt Bronchialkarzinom (Lungenkrebs).

„**Alles wird gut**“ - diese Überschrift aus der ursprünglichen Ausschreibung für diesen Abend wirkte auf mich wie ein rotes Tuch auf einen Stier. Sie machte mich und mein Team wütend. In unserem Bereich wird nichts gut, es wird aber **anders!**

Gut, dass der Titel später noch durch die Verantwortlichen dieses Dialogabends umbenannt wurde und der Abend nun unter dem neuen Leitgedanken steht: . „Die Hoffnung stirbt zuletzt“ - vom Umgang mit der Hoffnung in Zeiten der Krankheit

Ich möchte Ihnen heute Abend anhand eines Beispiels aufzeigen, wie wir mit der **Hoffnung** im Umgang mit den Patienten arbeiten.

Eine Patientin (65J.) bekommt die Diagnose Lungenkrebs mitgeteilt. Große Betroffenheit macht sich breit. Es fließen viele Tränen.

Eine aufkeimende Ohnmacht wird erstickt. Wut und Verzweiflung wollen das Zepter in die Hand nehmen.

Plötzlich ist das Gefühlschaos verschwunden, die Patientin strafft sich mit den Worten: „Du kriegst mich noch nicht!“

Es keimt ein zarter Zweig Namens **Hoffnung** heran. Dies geschieht durch geschenkte Zeit, um z.B. die Geburt der Enkelkinder (Zwillinge) noch erleben zu dürfen. Der errechnete Termin war in drei Monaten.

Für mich war das ein sehr bewegender Moment, zu sehen mit welcher Klarheit die Patientin die Situation erfasst hat.

Auch wir fingen an zu hoffen. Gespräche mit „ganz oben“ in Form von „Mach, dass das klappt“ oder: „Nimm ihr nicht die Hoffnung“, gehörten fast täglich dazu.

Die Patientin ertrug die schwere Chemotherapie immer verknüpft mit der **Hoffnung**, das bevorstehende Ereignis mit zu erleben und ihrer Tochter zur Seite zu stehen.

Sie hat es geschafft. Aus eigener Kraft durch ihren starken Willen und mit dem Wissen um Gottes Hilfe. Sie genießt die Zeit mit diesem kleinen neuen Leben, auch wenn sie begrenzt ist. Sie spricht sehr deutlich darüber und erleichtert auch uns den Umgang mit ihr.

Nun hat sich herausgestellt, dass der Tumor kleiner und ihre Stimme ein wenig besser geworden ist. Die Patientin sagt ganz klar: „Ich weiß, dass es nicht mehr gut wird, bin aber sehr dankbar für die geschenkte Zeit und hoffe auf einen friedlichen Tod. Diesen Weg gehe ich nicht alleine!“

Diese Ruhe und Geklärtheit erinnert mich an eine für sie vielleicht auch durchaus bekannte Lebenssituation, die im Text „Spuren im Sand“ angesprochen wird:

Spuren im Sand

Eines Nachts hatte ich einen Traum: Ich ging am Meer entlang mit meinem Herrn. Vor dem dunklen Nachthimmel erstrahlten, Streiflichtern gleich, Bilder aus meinem Leben. Und jedes mal sah ich zwei Fußspuren im Sand, meine eigene und die meines Herrn.

Als das letzte Bild an meinen Augen vorübergezogen war, blickte ich zurück. Ich erschrak, als ich entdeckte, dass an vielen Stellen meines Lebensweges nur eine Spur zu sehen war. Und das waren gerade die schwersten Zeiten meines Lebens.

Besorgt fragte ich den Herrn: "Herr, als ich anfang, dir nachzufolgen, da hast du mir versprochen, auf allen Wegen bei mir zu sein. Aber jetzt entdecke ich, dass in den schwersten Zeiten meines Lebens nur eine Spur im Sand zu sehen ist. Warum hast du mich allein gelassen, als ich dich am meisten brauchte?"

Da antwortete er: "Mein liebes Kind, ich liebe dich und werde dich nie allein lassen, erst recht nicht in Nöten und Schwierigkeiten. Dort wo du nur eine Spur gesehen hast, da habe ich dich getragen."

Margaret Fishback Powers

Dies war nur ein kleiner Ausschnitt aus meinem alltäglichen Berufsleben, der aber sehr deutlich veranschaulicht, was für eine starke, treibende Kraft die **Hoffnung** in sich birgt! Sie wird nie aufgegeben und begleitet uns alle im alltäglichen Leben und im Beruf. Sie wird auch an kleinen Dingen gemessen.

Es wird nicht alles gut, aber anders!

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit.

Vortrag von

Dr. U. Hillenkamp

Patient (akute myeloischer Leukämie)

Kurze Vorstellung: Ulrich Hillenkamp, werde in diesem Monat 67 Jahre, bin im Ruhestand, lebe (wieder) in Bonn, nachdem ich von 1994 bis 2005 an einer Einrichtung der Europäischen Gemeinschaft in Turin in einer mich sehr fordernden, aber auch sehr erfüllenden Position gearbeitet habe, verbunden mit vielen Reisen auch in ferne und unter schwierigen Bedingungen lebende Länder. Davor war ich lange im Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft hier in Bonn. Ich bin verheiratet und wir haben einen Sohn.

Ich erkrankte im November 2003 an akuter myeloischer Leukämie, ohne - jedenfalls für mich - erkennbare Vorzeichen in der Zeit davor. Die Diagnose ergab sich eher zufällig anlässlich der Vorbereitung für eine kleine Routineoperation.

Was der Diagnose folgte, war zunächst der tiefe Schock, das nicht begreifen können und nicht begreifen wollen – für mich, für meine Familie, meine Freunde. Eine Vorbereitung hierfür, die der realen Situation entspricht, gibt es - so denke ich auch im Nachhinein - nicht.

Auch wenn man im Leben gelegentlich innehält, z.B. aus Anlass von schwerer Krankheit, gar Tod im engeren Kreise, tragen viele Menschen wie auch ich doch offensichtlich etwas in sich, dass die eigene Gefährdung und Zerbrechlichkeit ins Unbestimmte verschiebt.

Konfrontiert mit einer solchen Diagnose gibt es aber keine Möglichkeit des Ausweichens mehr: Die Diagnose führt zu Panik, die zunächst klares Denken fast unmöglich macht.

Ich verstehe zwar: es gibt Behandlungsmöglichkeiten. Die medizinischen Studien, nach denen diese erfolgen, zeigen aber überdeutlich, wie hoch in meinem Alter das Risiko ist, noch während der Behandlung oder auch kürzere Zeit danach zu sterben. Auch stärken endlose Kataloge zu Risiken und Nebenwirkungen von Behandlungen, die es immer wieder zu unterschreiben gilt, nicht gerade das Vertrauen.

Der Dialog mit den Ärzten in solch einer Situation - zumindest am Anfang der Behandlung - ist nicht einfach, stehen doch auch sie in dem Konflikt, wie sie mit ihrem Patienten umgehen sollen, wie viel er wissen sollte (oder möchte) und wie man am besten die Überlebenskräfte stärkt, ohne die Möglichkeit des Sterbens ausschließen zu können.

Ich verstehe aber schließlich doch (trotz aller Panik): so schlimm die Diagnose ist, es gibt die Möglichkeit von Zeit, es gibt Hoffnung und es gibt sogar die Möglichkeit zu überleben.

Und ich beginne, den Ärzten zu vertrauen, dass sie alles in ihrer Macht stehende tun werden, dieses Ziel zu erreichen.

Die Zeit des direkten Kampfes gegen die Krankheit dauerte - einschließlich der Rehabilitation und manch irritierender Phasen danach - ein gutes Jahr.

Wenn ich darauf zurückblicke – und dies ist alles noch gar nicht so lange her - dann denke ich, dass ich mein Überleben (von Heilung sprechen die Ärzte erst, wenn ich fünf Jahre lang leukämiefrei bleibe) neben der wirksamen und hochkompetenten ärztlichen Behandlung auf der Station Liebermeister der Universitätsklinik Bonn, die sicherlich an erster Stelle zu nennen ist und die immer wieder das Behandlungskonzept in der für mich richtigen Weise anpasste - doch auch einer Reihe weiterer "Faktoren" (mir fällt kein besseres Wort dafür ein) verdanke, die ich gern Ihnen gern nennen möchte:

1. die liebevolle, nie ermüdende Unterstützung meiner Frau, die immer für mich da war und die richtigen Worte fand, den Mut nicht zu verlieren und den Kampf und die Hoffnung nicht aufzugeben. Das so selbstverständliche Dasein meines Sohnes, für den es in der ersten Zeit meiner Erkrankung nichts Wichtigeres gab, als bei mir zu sein. Und mir wird bang' bei der Frage, wie es Menschen ergehen mag, die niemanden so an ihrer Seite haben.
2. die Zuwendung, das Verständnis, die Hilfe, die Zeit und die Ermutigung, die ich durch viele Menschen innerhalb der Station und von außen erhalten habe. Dabei spielen ein immer ansprechbares, kompetentes und zugewandtes Pflegepersonal wie auf der Station Liebermeister sowie Initiativen wie die Leukämie-Initiative Bonn mit ihrem Erfahrungsschatz, ihrer fachkundigen wie sehr persönlichen Unterstützung eine ganz entscheidende Rolle.
3. das Erfahren von anderen, die es in vergleichbarer Situation geschafft haben macht Mut
4. die sich seltsamer und überraschender Weise nach relativ kurzer Zeit und trotz aller immer wieder sich einstellender Verzweiflung und dunkler Stunden mehr und mehr verfestigende Vorstellung, dass ich im Leben noch (wie viel auch immer) Zeit bekommen werde und dies nicht das Ende ist
5. der Versuch, schon im Krankenhaus beginnend meine Situation durch das Schreiben einer - wie ich es nannte - "Chronik einer Behandlung -und die Zeit danach" besser zu verstehen und zu bewältigen
6. die Inanspruchnahme von therapeutischer und allgemeiner Lebenshilfe, auch zu so quälenden Fragen wie, ob die eigene Lebensgestaltung "schuld" an der Erkrankung, die Erkrankung gar als Strafe zu verstehen sei oder ob fehlende Einsicht und unzulängliche Mobilisierung innerer Kräfte während der Behandlung eine Genesung schuldhaft verhindere
7. und schließlich - ohne Mitglied einer Kirche zu sein - das Erfahren von etwas Göttlichem, das in einer sehr persönlichen Beziehung steht und mir einen Dialog ermöglichte, der mit zu der Vorstellung führte, noch Lebenszeit zu bekommen, noch nicht am Ende meines Lebens zu stehen.

Zum Abschluss meines kleinen sehr persönlichen Beitrags möchte ich sagen, dass mir die Zeit der Krankheit neben aller Todesangst, schwer aushaltbaren Zuständen und schlichtem Leiden eine überraschende Vielfalt von mich bereichernden Erlebnissen, Eindrücken, menschlichen Kontakten, Erkenntnissen, Gedanken und Gefühlen gebracht hat.

Es war - so seltsam dies vielleicht klingen mag - alles andere als eine verlorene Zeit. Und ich wünsche mir, dass wenn das Leben dann wirklich zu Ende geht und es keine Hoffnung auf ein Weiterleben mehr gibt, mir Ärzte und mir liebe Menschen dabei helfen werden, auch diese letzte Phase des Lebens noch als lebenswert zu erleben, Abschied nehmen zu können und dann den Tod annehmen und in Frieden gehen zu können, was immer auch danach sein wird.