



Ich habe hinter dem nachgeschaut, der mich angeschaut hat

Grußwort anlässlich 25 Jahre Berufsgemeinschaft der Krankenhaus-seelsorgerInnen der Diözese Linz

5. Februar 2020, Bildungshaus Schloss Puchberg, Wels

Krankenanstalten bündeln sehr viel vom Leben, von den Erfahrungen und von der Geschichte einer Region. 25 Jahre Berufsgemeinschaft der KlinikseelsorgerInnen: Da haben sich Geburt und Tod eingeschrieben, das ist eine Zeit der rasanten medizinischen, technischen und auch pflegerischen Entwicklung. In einigen Bereichen hat es Quantensprünge und Revolutionen gegeben, in anderen hat sich seit dem 19. Jahrhundert gar nicht so viel von der Problematik her verändert. Krankenhäuser spiegeln Zeiten der versteckten oder offenen Armut und des Wohlstands wider. In ihnen werden Einstellungen zum Leben, zur Arbeit und zum Alter, zur Gesundheit und zur Krankheit deutlich. Ins Krankenhaus sind die Menschen gekommen, die etwas vom offenen oder verborgenen Gewaltpotential abbekommen haben. Was kränkt, macht krank: In diesen Häusern wird leiblich sichtbar, wie die Leute in Oberösterreich miteinander umgehen, heilend, aufbauend oder eben auch kränkend, krankmachend, gewalttätig. Es wird die Solidarität in der Gesellschaft gelebt, dass die Kranken und Alten nicht ihrem eigenen Schicksal überlassen worden sind; das sind Zeiten der Besuche und der Begleitung, Zeiten der menschlichen Nähe und des Trostes. Die ganze Bandbreite des Lebens ist präsent: Gesundheitszustand und Zivilisationskrankheiten spiegeln soziale Nöte und Bedürfnisse wie Abschied, Trennung und Scheitern, wie Alleinsein oder Kontaktbedürfnis, Probleme mit Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten oder berufliche Überforderung. Das alles ist verbunden mit ethischen Fragen wie Lebensanfang und Lebensende, nach Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Forschung. Eingeschrieben hat sich in die Häuser auch eine Geschichte des Glaubens und des Gebetes. Krankheit und Sterben sind ja besondere Bewährungsproben für den Glauben, sie sind ein Testfall des Glaubens. Krankenanstalten sind sicher aber auch Orte der Säkularisierung und der Herausforderung durch die multikulturelle und multireligiöse, teilweise auch areligiöse Gesellschaft.

Krankenanstalten sind höchst komplexe Unternehmen: es sind komplexe Beziehungen zwischen den konkreten Menschen, den Kranken und den Ärzten, dem Pflegepersonal, den Gesundheitsökonominnen und den Seelsorgern, den Sozialarbeitern und den Psychologen, den Technikern und den Politikern. Es sind komplexe Systeme von Ökonomie und Ethik, von Medizin und Technik, von Bürokratie und Verwaltung. Und zwischen den einzelnen Systemen gibt es gute Kooperation, aber auch Konkurrenz und Rivalität. Da gibt es Sach- und Systemzwänge, da gibt es Reduktionen und Eindimensionalität.

Gesundheit: das höchste Gut?

Die Einstellung zu Gesundheit und Krankheit ist von einer tiefen Widersprüchlichkeit gekennzeichnet. Diese ist dem Einzelnen nicht allein als privates Versagen anzulasten. Sie entspricht vielmehr der Beschleunigung unseres gesellschaftlichen Lebensrhythmus', der für Krankheitszeiten und rekreative Unterbrechungsphasen immer weniger Raum lässt. Wo die Krankheit dennoch eine Unterbrechung erzwingt, wird sie zum reparaturbedürftigen Defekt erklärt, dessen schnellstmögliche Behebung wir vom Arzt und seiner Kunst und erst in zweiter Linie von uns selbst erhoffen.

Gleichzeitig wird Gesundheit zu einem erwerbba- ren Produkt, zur Ware, zu einem verfügbaren Gut, zur verwalteten Lebensressource, auf die ein Anspruch besteht, der von den dafür bereitgestellten SpezialistInnen zu erfüllen ist. Zu dieser Erwartungshaltung hat die Entwicklung der modernen Medizin selbst beigetragen. Diese macht den Menschen im Einzelnen zwar gesünder, indem sie ihm ein längeres, von Krankheiten weitgehend verschontes Leben ermöglicht. Im Ganzen wird der moderne Mensch jedoch kränker, weil sich seine Einstellung zum Kranksein verändert und wir heute ein krankes Verhältnis zur Gesundheit haben. Recht verstanden meint Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von körperlichen und seelischen Störungen, sondern die Fähigkeit, die eigenen Lebensaufgaben auch unter Belastungen und Einschränkungen erfüllen zu können.

Der Mensch in der Mitte?

„Der Weg der Kirche ist der Mensch.“¹ So hat es Johannes Paul II. im Hinblick auf Arbeit und Wirtschaft, auf Wissenschaft und Technik formuliert. Das gilt auch für das Gesundheitswesen. Es geht im Gesundheitswesen darum, den Menschen in „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst“ beizustehen, sie zu begleiten und in eine je größere Fülle des Lebens führen (GS 1)². Krankenanstalten stehen im Dienst an der Fülle des Lebens angesichts der Bedrohung des Lebens durch Entfremdung, Vereinsamung, Krankheit und Tod. ÄrztInnen, PflegerInnen, medizinisch-technische Berufe, psychosoziale Dienste, VerwalterInnen, ÖkonomInnen, SeelsorgerInnen, Putzpersonal, ArchitektInnen und auch PolitikerInnen sind FreundInnen und AnwältInnen des Lebens und stellen so eine Dimension Gottes dar. Gott hört die Not des Volkes Israel. Er ist der Arzt, der Israel heilt (Ex 15,26). Sein Segen bedeutet Heilung in persönlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Störungen. Auch Jesus wird als Arzt beschrieben (Mk 1,23-2,12). Im Krankenhaus stellen Sie etwas von dieser heilenden Kraft und Wirklichkeit Gottes dar. Christen sind Freunde des menschlichen Lebens in allen seinen Dimensionen: Freunde des gesunden und des kranken, des entfalteten und des behinderten, des irdischen und des ewigen Lebens.

Am Puls der Zeit

Ein Krankenhaus ist soziologisch gesehen nicht nur eine Sonderwelt, die sich durch architektonische Merkmale, die professionellen Kompetenzen der MitarbeiterInnen, durch Verhaltensvorschriften und sprachliche Codes von der übrigen Gesellschaft unterscheidet. Ein Krankenhaus ist zugleich ein Mikrokosmos, der an gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen partizipiert. Allgemeine soziokulturelle Veränderungen führen auch hier zu Herausforderungen und Konflikten. Diese sind das Feld, innerhalb dessen sich die Krankenhauseseelsorge bewegt.

¹ Johannes Paul II., Enzyklika Redemptor hominis, Rom 1979, Nr. 14.

² „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände. Ist doch ihre eigene Gemeinschaft aus Menschen gebildet, die, in Christus geeint, vom Heiligen Geist auf ihrer Pilgerschaft zum Reich des Vaters geleitet werden und eine Heilsbotschaft empfangen haben, die allen auszurichten ist. Darum erfährt diese Gemeinschaft sich mit der Menschheit und ihrer Geschichte wirklich engstens verbunden.“ (Zweites Vatikanisches Konzil, Pastoralkonstitution 1)

Walter Schaupp, Moralthologe in Graz, hat auf ein paar Eckpunkte hingewiesen, die für die Verortung der Seelsorge im Krankenhaus für die Gegenwart und Zukunft von Bedeutung sind³:

(1) Man wird auch im Krankenhaus trotz des Bedeutungsverlusts der großen Kirchen und dem Verschwinden von Religion aus Recht, Wissenschaft und Politik mit einer bleibenden Präsenz des Religiösen in gewandelter Form rechnen müssen. Für PatientInnen ist das Krankenhaus ein Ort, wo religiöse Fragen und Bedürfnisse zu Tage treten, weil Menschen hier mit schicksalhaften Diagnosen konfrontiert werden, die ihre Lebenspläne in Frage stellen; bis hin zur Konfrontation mit dem unvermeidlichen Tod. Krankenhäuser sind Orte existenzieller Grenzerfahrungen, man erlebt Ohnmacht, Kontrollverlust über das eigene Leben und die plötzliche Zerstörung bisheriger Lebenshoffnungen. All dies provoziert Fragen nach dem ‚wahren‘ Sinn des Lebens, nach dem Warum von Krankheit und Tod, nach dem Wert des bisher gelebten Lebens, nach dem Umgang mit Lebensschuld, sowie danach, ob es etwas gibt, das den Tod überdauert. Man wird damit rechnen müssen, dass diese Fragen allgemein und unbestimmt auftauchen, sondern dass Menschen hier in religiösen und spirituellen Anschauungen Halt und Geborgenheit suchen und sie auch finden, dass sie darin ernst genommen werden wollen und auch Hilfe benötigen.

(2) Man wird aber auch immer wieder die Meinungen antreffen, die das Krankenhaus als einen möglichst neutralen Ort betrachtet haben wollen, wo Religion öffentlich und intersubjektiv nicht, oder möglichst wenig, präsent sein soll. Kommunikation und Handeln aller Beteiligten sollten dem entsprechend möglichst vollständig durch die Rationalität der medizinischen Wissenschaften bestimmt werden, um den Heilerfolg zu optimieren. Religiös-spirituelle Anschauungen und Bedürfnisse erscheinen unpassend und störend, sobald sie geäußert werden, weil sie mit einem rationalen und aufgeklärten Welt- und Menschenbild als nicht vereinbar gelten. Dies kann sich mit der Meinung verbinden, es stehe ja jedem frei, privat und in seinem Inneren ein religiöser Mensch zu sein. Eine solche Marginalisierung des Religiösen kann die sichtbare Ebene der Gegenstände und Räume betreffen, die von aller religiösen Symbolik freigehalten werden, sie kann aber auch die Kommunikationsprozesse zwischen ÄrztInnen, Pflegenden, PatientInnen und Angehörigen betreffen, aus denen religiös-spirituelle Fragen ausgeklammert werden.

(3) Es muss bedacht werden, dass religiöse Sorge nicht mehr wie früher auf ein einziges, für alle gültiges religiöses Angebot bauen und auch nicht mehr von einer einzigen Religionsgemeinschaft wahrgenommen werden kann. Eine große Verschiedenheit der religiösen Anschauungen mit stark individualisierten religiös-spirituellen Bedürfnissen ist bereits Realität. PatientInnen müssen in diesen ihren je eigenen Bedürfnissen wahrgenommen werden, was ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und ‚spirituelle Kompetenz‘ erfordert.

(4) Natürlich birgt das wachsende Nebeneinander verschiedener religiöser Anschauungen Konfliktpotential in sich. Angehörige der Gesundheitsberufe werden mit verschiedenartigsten und oft unvereinbaren religiös motivierten Wünschen und Bedürfnissen konfrontiert. Eine weitere große Herausforderung besteht damit darin, im Lebensraum Krankenhaus eine tragfähige Kultur des Miteinanders und Nebeneinanders verschiedener religiöser Auffassungen und Praktiken zu ermöglichen.

(5) Man wird auch im Krankenhaus Wertedifferenzen und das Phänomen einer fundamentalistischen Verhärtung und aggressiven Eskalation religiöser Anschauungen. Gerade die

³ Vgl. Walter Schaupp, „Wiederkehr des Religiösen“. Gesellschaftliche Entwicklungen als Herausforderung für das Gesundheitswesen, in: W. Schaupp / J. Platzer / W. Kröll (Hg.), Gesundheitspflege und Spiritualität im Krankenhaus, Innsbruck 2014, 11–28, insb. 24–27.

moderne Biomedizin ist zum Austragungsort von Identitätskonflikten zwischen Religion und säkularer Gesellschaft geworden. Die Herausforderung besteht darin, Wege aufzuzeigen, wie religiöse Haltungen und Werte im Kontext des Krankenhauses, auch ‚öffentlich‘, in einer Weise gelebt werden können, die andere nicht vereinnahmt und verletzt und deren Freiheit auf religiöse Selbstbestimmung wahrt.

(6) Wissenschaftliche und spirituell-religiöse Weltdeutungen müssen langfristig in ein Verhältnis gebracht werden, wo sie einander nicht bekämpfen bzw. auf das Verschwinden der jeweils anderen hoffen, sondern, trotz aller Verschiedenheit positiv ergänzen. Die Medizin muss sich bewusst sein, dass dort, wo sie an ihre Grenzen stößt, grundsätzlich andere Formen der Krankheits- und Leidbewältigung notwendig werden. Diese dürfen nicht als Konkurrenz zu einem ‚rational‘ medizinischen Handeln gesehen werden, sondern als notwendige Ergänzung. Dass Menschen ganz allgemein, besonders aber im Umgang mit Leid, Krankheit und Tod nach etwas suchen, das über die nüchterne Logik empirischer Evidenz und technischer Effizienz hinausgeht, sollte als etwas Normales anerkannt und respektiert, und nicht als irrational oder unaufgeklärt abgewertet werden.

(7) In den letzten Jahren ist ohne Zweifel das Bewusstsein dafür gewachsen, dass eine umfassende Sorge um PatientInnen die religiös-spirituelle Dimension nicht ausklammern darf. Die Bedeutung des Religiösen muss auch im Hinblick auf Angehörige der Gesundheitsberufe thematisiert werden. Auch sie werden ja mit Krankheit und Tod, mit dem Scheitern ihrer Bemühungen und mit Fragen nach Warum und Wieso von Schicksalsschlägen konfrontiert. Auch sie werden spüren, dass es in vielen Situationen Antworten anderer Art als rein medizinischer Natur verlangt. Die Dimension des Religiösen auch in die Alltagswelt von Ärzten und Pflegenden zurückzuholen bedeutet dabei nicht, die eine oder andere Religion zu privilegieren. Sie bedeutet auch keinen Zwang oder Druck, sich mit solchen Fragen zu beschäftigen. Gemeint ist die Bereitschaft, dort solche Fragen zuzulassen, sie zu respektieren und ihnen Raum zu geben, wo sie auftauchen und im Raum stehen. Nicht zuletzt ist eine solche Bereitschaft auch für einen Umgang mit PatientInnen Voraussetzung, der diese in all ihren Problemen und Fragen wahrnimmt und respektiert und der die Kommunikation mit ihnen nicht dort abbricht, wo klassisches medizinisches Handeln an seine Grenzen gelangt.

Berufsgemeinschaft

Eine Berufsgemeinschaft bedeutet Zusammenhalt und Austausch. Sie bedeutet Reflexion auf die seelsorgliche Arbeit und gemeinsames Hindenken auf die Einbettung in verschiedene Ebenen: Diözese, System Krankenhaus. Sie bedeutet auch Vergewisserung über das, was uns alle trägt und warum wir uns dieser Aufgabe widmen.

Im Alten Testament gibt es die Erzählung von Hagar, einer ägyptischen Sklavin im Zelt Abrahams, die – neben Sarai (später: Sara) – Abrahams rechtmäßige Frau wird. Mit ihr hat er den ersten Sohn: Ismael („Gott hat gehört“). Hagars Geschichte hält einige Intrigen und Demütigungen parat. Während ihrer Schwangerschaft wird sie auf Drängen Sarais von Abraham in die Wüste geschickt. Am Brunnen zwischen Kadesch und Bered erscheint ihr Gott in der Gestalt eines Engels. Nach dieser Gottesbegegnung heißt es: „Da nannte sie den Namen des HERRN, der zu ihr gesprochen hatte: Du bist El-Röi – Gott schaut auf mich –. Denn sie sagte: Gewiss habe ich dem nachgeschaut, der auf mich schaut! Deswegen nennt man den Brunnen Beer-Lahai-Röi – Brunnen des Lebendigen, der auf mich schaut –.“ (Gen 16,13f) Dieses Bekenntnis der Hagar wird in eurer Seelsorge spürbar: „Du bist ein Gott, der auf mich schaut“. Gott sieht mich an, gibt mir Ansehen und Würde, gibt mir Lebensrecht und Lebensraum. Gott ist der, der sich dem Menschen in seiner Not zuwendet: „Ich habe hinter dem nachgeschaut,

der mich angeschaut hat.“ Gott begegnet in den kranken Menschen. Er ist dabei in der Erzählung der Lebensgeschichte, in der geweihten Hostie / im Brot des Lebens, im Duft des Krankenöls, in der Geste des Segens, im Schweigen, in der Klage.

Oft ist es in der Seelsorge so, dass wir Gott nachsehen. Da ist der Versuch, das Erlebte einzuordnen, zu verstehen, einen Sinn zu erkennen und zu spüren, dass man an Grenzen kommt. Vieles sperrt sich auch dagegen, gedeutet und verstehbar zu werden.

Patientinnen und Patienten sagen oft ein „Danke“, ein „Danke, das hat mir gutgetan“ oder „Danke, das hat mir geholfen“. Was ist diese Hilfe, was ist dieses Gut-Tun? Als Seelsorgerin, als Seelsorger gibt man Raum für Hoffnung, für Gespräch, für Vertrautheit. Man gibt auch Raum für Tränen, für Wut, für Angst, für offene Fragen, für die Frage nach Gott.

„Ich habe hinter dem nachgeschaut, der mich angeschaut hat.“ Das Nachschauen Gottes impliziert auch, dass Gott vorausgeht. Wir sind alle gespannt darauf, wohin das sein wird. Wir befinden uns zwar nicht immer in der Wüste, aber in der Seelsorge doch an mehr oder weniger exponierten Orten. Hier geben Sie als Seelsorgerinnen und Seelsorger Hoffnung und Zeugnis dafür, dass der Ort, wo einem Gott begegnet, dass das Krankenzimmer *ein Beer-Lahai-Roi*, ein ‚Brunnen des Lebendigen, der auf mich schaut‘, ist. Dieser Brunnen ist tief. Er reicht bis ins Grundwasser.

So gratuliere ich zum 25-jährigen Bestehen der Berufsgemeinschaft der Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger aufs Herzlichste und danke jeder und jedem Einzelnen für den Dienst an den Menschen, den Sie im Auftrag der Kirche so großartig erfüllen.

+ Manfred Scheuer
Bischof von Linz