

**Raum für das „Nichtmachbare“ - über den Umgang mit Endlichkeit und Tod im  
„gesundheitsfördernden Krankenhaus“ -**

Vortrag von Pfr. Erhard Weiher, Klinikpfarrer in der Universitätsklinik Mainz  
beim Studiennachmittag am 18. Mai 2006 im OWS:

Ich habe gerne wieder zugesagt, weil ich noch vom ersten Besuch hier sehr beeindruckt war; damals auch von der Kirche und überhaupt von dem Ganzen, was hier passiert, auch was Sie als Seelsorger im Krankenhaus machen, und deswegen bin ich auch gerne wieder gekommen.

Ich bin Pfarrer an einer Universitätsklinik, also an einem Ort, der Maximalmedizin, und das ist wichtig zu betonen, weil nämlich durch die Maximalmedizin, durch die Hochleistungsmedizin weitgehend in der Gesellschaft *die* Signale gestellt werden, die für den Umgang mit Sterben, Tod, Trauer, Endlichkeit maßgebend sind. Denn diese Medizin stellt ja mit ihren Maximalbehandlungen in Aussicht, daß der Tod verhindert werden kann. Und diese Möglichkeiten werden von der Gesellschaft natürlich begierig aufgenommen und von Seiten der Gesellschaft ihrerseits wieder verstärkt. Und da organisiert jetzt die Krankenhauseelsorge eine Veranstaltung, die die andere Seite in den Mittelpunkt zu stellen versucht, nämlich Endlichkeit und Tod. Das ist von alters her das Lieblingsthema der Religion und der Seelsorge, die betonen das ganz gerne und das mit der Endlichkeit und dem Tod. Kommt da nicht die alte Heilungskonkurrenz zum Vorschein, die zwischen Religion und Medizin? Wer wird jetzt dem Wesen des Menschen mehr gerecht: die, die den Tod hinauschieben oder die, die die Bedeutung von Sterben und Tod als Existential des Menschen betonen; also die Religion und die Theologie nach dem Motto: Der Tod ist ein Erzieher für die Menschheit und muß als Teil des Lebens durchlebt werden, der Mensch kann durch das Sterben eine letzte Reifung erlangen usw.?

Ich sage das nicht als ein Programm, sondern es war einmal lange Zeit das Programm der Religion und der Kirchen und der Seelsorge. Ist die Welt nicht längst anders geworden, sind die Medizin und die Pflege nicht dem Kampf gegen den Tod verpflichtet? Und *müssen* sie nicht alle Ressourcen mobilisieren? Und je mehr sie die Hoffnung hochhalten, desto mehr

motivieren sie die Menschen zum Durchhalten. Sie sagen nicht, wenn ein Mensch krank wird, na gut, dann ist es halt so, sondern im Gegenteil, da laufen sie zur Hochform auf, um dem Menschen zum Überleben zu verhelfen. Zumindest verlangt das Gesellschaft von diesen Professionen. Ich habe gesehen, es sind keine Mediziner da, keine Ärzte, aber virtuell ist die Medizin auch in dieser Veranstaltung, bei diesem Thema immer da. Das ist der Hintergrund, deshalb kommen die Patienten zu Ihnen ins Krankenhaus. Die kommen nicht wegen der Seelsorge oder wegen der Ehrenamtlichen, weil die so nett sind, sondern sie kommen wegen der Ärzte und deren Medizin. Und dazu gehört natürlich die Pflege. Wenn ich also sage, es gibt eine Heilskonkurrenz zwischen Medizin und Seelsorge, dann darf uns das als Seelsorger und Religionsvertreter nicht zu Besserwissern und zu moralischer Arroganz verführen, sondern wir brauchen uns als Professionen gegenseitig. Es gibt ja seit 20, 30 Jahren eine richtige Mode, voreilig Kritik an der Medizin zu üben, an der "Apparate-Medizin", „die Ingenieure da vom OP“ oder so, „der Ingenieurbetrieb Krankenhaus“. Ich möchte da nicht in die Masche von besser und edler und humaner verfallen, sondern interdisziplinär argumentieren.

Um die Strukturen und das Selbstverständnis heutiger Krankenhäuser zu verstehen und realistisch bezüglich des Umgangs mit Endlichkeit und Tod einschätzen zu können, ist es hilfreich, die unterschiedlichen Wurzeln und die Geschichte zu beachten. Daher eine kurze historische Skizze am Anfang:

Über viele Jahrhunderte dienten öffentliche und auch kirchliche Krankenhäuser dem Schutz der Gesunden vor den Kranken, also durch die Absonderung der Kranken. Ursprünglich war ja auch das Krankenhaus auf der Baumgartner Höhe dazu da, einerseits die Kranken vor den Gesunden zu schützen und vor deren Gaffen und andererseits auch aus der Stadt herauszuverlagern, damit sie nicht in der Stadt ständig zum Stadtbild gehören, denn da passen sie nicht hin. Das war das eine Motiv, die Kranken sozusagen zu isolieren; und das andere Motiv galt auch: Krankenhäuser waren Orte der Caritas, der Pflege, auch der Versorgung von Menschen ohne Angehörige – über viele Jahrhunderte, im ganzen Mittelalter. Ich war jetzt kürzlich auf Urlaub in Beaune in Burgund. Da steht das Hotel Dieu. Es ist ursprünglich dazu da gewesen, um vor allem hilflose alte Menschen oder Menschen, die keine Angehörigen mehr haben, zu versorgen, denen einen

Lebensraum zu geben. Schwer Kranke gingen sowieso auf den baldigen Tod zu, die Medizin war zu jener Zeit mehr oder weniger „palliativ“, aus heutiger Sicht gesehen natürlich. Aus der Sicht der Religion und der Metaphysik war Krankheit eine Grundmetapher für das Leben: Das irdische Leben mit seiner Mühe und Plage war Übergang in das eigentliche Leben der Ewigkeit. Daher war *die* Therapieform die geistliche, nicht die medizinische Begleitung. Die ars moriendi galt als wichtiger als die Heilkunde. Am längeren Hebel der Krankheitsdeutung saß sowieso die Metaphysik und die Religion. Bis ins Mittelalter waren Medizin und Pflege ein kleiner Teil im Kosmos des Menschlichen. Der Kosmos des Menschlichen war von der Religion und von der Metaphysik bestimmt; die haben die Welt gedeutet. Genau genommen haben sogar Metaphysik, Religion und Theologie am längeren Hebel gesessen.

Ab Ende des 18. Jahrhunderts wurden die großen Allgemeinen Krankenhäuser gegründet. Ich denke, dazu gehört auch hier das Otto Wagner-Krankenhaus. Aufgrund der Aufklärung, der technisch-naturwissenschaftlichen Medizin konnte man auf einmal zielgerichtet die Krankheits- und Sterberate senken. Man konnte jetzt auf einmal in der ganzen Bevölkerung die Sterberate senken, Zug um Zug konnte die naturwissenschaftlich denkende Medizin eine ganze Reihe von Krankheiten vom baldigen Tod wegziehen und den Tod sozusagen erst einmal weit hinausschieben, wonach sich die Menschheit über Jahrtausende natürlich gesehnt hat, zumindest im Geheimen. Sie hat zwar ihre Religion gehabt und hat letztlich der Krankheit und dem Sterben zustimmen müssen, dies aber mangels anderer Möglichkeiten. Und jetzt auf einmal konnte die Menschheit das realisieren, zumindest die westliche Gesellschaft, wonach sich der Mensch im Grund sehnt. Jetzt war konkret in Aussicht gestellt, daß man den Tod bekämpfen konnte. Die Krankenhäuser waren jetzt von ihrer Grundausrichtung her nicht mehr für die Siechen und die Alten und die Sterbenden da, sondern zur Bekämpfung des Sterbens, nicht mehr zur Betreuung der Sterbenden. Zu diesem Zweck wurde die Krankenhausmedizin immer mehr arbeitsteilig organisiert; wie in der aufkommenden Industrie. Das Sterben wurde zunehmend aus Medizin und Pflege herausverlagert. Das war ja sowieso schon immer Sache der Kirchen, die konnten sich dann darum kümmern.

Die Medizin entwickelte im Zuge ihrer Lebensdeutung jetzt einen immer längeren Hebel auf ihrer Seite. Vorher war das der Hebel der Religion, jetzt kann auf einmal die Medizin einen viel längeren Hebel im Kampf gegen das Sterben entwickeln. Diese Entwicklung hatte erhebliche und durchschlagende Folgen für die Gesellschaft, für Gesundheit und Überleben, die waren nämlich auf einmal machbar geworden –bis zur Hochleistungsmedizin heute. Das will ich nicht alles nachzeichnen, aber das ist so ein ganz grober Überblick.

Die Ausbildung der Ärzte und der Pflegenden galten und gelten dem Machbaren, deswegen kommen Menschen ins Krankenhaus. Krankheiten waren im Blickfeld der Professionalität, nicht der Tod. Gesundheit wurde zur Leitmetapher, das Leben *vor* dem Tod, nicht die Vorbereitung auf den Tod und erst recht nicht die Vorbereitung auf das Leben nach dem Tod. Dafür ist der Arzt dann Leistungserbringer für Gesundheitsleistungen, und das ökonomische Gut Gesundheit wird auch ökonomisch verwaltet. Leitmotiv ist das Machbare und der optimale Nutzen. Schließlich stellt die Gesellschaft ja auch das Geld dafür zur Verfügung, und zwar die Gesellschaft, die sich diesseits des Jordan befindet, möchte ich einmal sagen, also diesseits von schwerer Krankheit und Sterben. Die Anderen, auf der anderen Seite des Jordan, die haben sowieso keine Kraft und Energie, die sind ja schon im Krankenhaus oder in Pflegeheimen. Die anderen Aspekte, also Begleitung, psychosoziale Betreuung, das Mitgehen mit der Endlichkeitserfahrung, das fällt bei den Berechnungen weg. Das ist Privatsache; Privatsache der Betroffenen, also der Kranken und ihrer Angehörigen. Was du dabei fühlst, ist deine Privatsache und wie du damit klarkommst. Das ist aber auch Privatsache der Professionellen. Auch Ärzte und Pflegenden müssen in der Moderne die Zeit und die Aufmerksamkeit und die Energie für die Begleitung und Verarbeitung der Endlichkeitserfahrung letztlich privat aufbringen, aus eigenem persönlichem Budget sozusagen erwirtschaften. Das kriegen die nicht zur Verfügung gestellt in ihren Dienstplänen. Das Wort „krank“ wird heute eher tabuisiert, die Wortwahl heißt „Gesundheitseinrichtung“; Gesundheitskasse statt Krankenkasse, die Krankenhäuser sind medizinische Zentren, die Patienten sind Kunden und Empfänger von Gesundheitsleistungen, das ist der moderne Sprachgebrauch.

Wenn ich sage, daß das, was über die moderne Gesundheitsmetapher hinausgeht, privat erwirtschaftet werden muß, also vom persönlich inneren Haushalt eines Arztes, eines Pflegenden, eines Therapeuten, eines Psychosozialen usw. aufgebracht werden muß, dann sind wir Psychosozialen und wir von der Seelsorge nicht berechtigt, den Mangel in unseren Krankenhäusern einzelnen Personen, also *der* Ärztin oder *der* Schwester oder *dem* Pfleger anzulasten. Es geht hier um ein ganzes System, in dem Medizin, Klinikphilosophie und Gesellschaft zusammenwirken. Die Gesellschaft bestimmt das so, und das Geld wird dafür gegeben, damit es dafür eingesetzt wird. Und alles andere muß eingespart werden. Ich möchte das einmal ganz klar betonen: Das ist nicht einer einzelnen bestimmten Institution anzulasten! Das ist hier ein Zusammenspiel von vielen Philosophien. Und die Öffentlichkeit spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Und wie mit dieser systemischen Sicht umzugehen ist, das haben ja Andreas Heller, der hier in Wien arbeitet, und seine Leute weiter ausgearbeitet. Niemand hat in diesem systemischen Zusammenhang einen einseitigen Hebel, mit dem er alle Probleme ausheben könnte.

Damit es nicht so theoretisch und organisationell bleibt, ein paar Takte zur Mentalitätsänderung in Sachen Endlichkeit und Tod. Die gesellschaftliche Wirklichkeit betrifft ja nicht nur die Organisation von Krankheit und Sterben, sondern verändert auch tiefgreifend das Erleben von Krankheit, Endlichkeit und Tod heute. Was früher zum baldigen Tod führte, eine schwere Krankheit, das ist heute in eine chronische Krankheit verwandelt worden. Ein einfaches Beispiel: Eine Lungenentzündung war früher, vor 100 Jahren noch, die Freundin des alten Mannes. Die hat ihn nämlich von den Gebrechen des Alters erlöst. Das Alter war meist schwierig, man war gebrechlich, und dann kam eine Krankheit, die hat dann, Gott sei Dank kann man sagen, Schluß gemacht. Das ist keine Deutung von mir, es wurde so empfunden.

Solche Krankheiten können heute natürlich leicht beherrscht werden: Nierenversagen – natürlich kann man das behandeln; Darmverschluss – selbstverständlich kriegen wir das wieder hin; so daß es im Prinzip nie so weit ist – das Sterben ist heute in eine chronische Krankheit verwandelt, zumindest symbolisch. Und täuschen wir uns nicht: Diese Entwicklung, diese Deutung ist nicht nur der Medizin zuzuschreiben, sondern auch den Angehörigen und den Patienten, also der Gesellschaft. Niemand will am Ende schuld sein an einer Unterlassung, an einem frühzeitigen Tod. Wenn also das Sterben inzwischen

eine chronische Krankheit ist, zumindest subjektiv so erlebt wird, –objektiv kann der Arzt manchmal schon sagen, das geht nicht mehr lange, aber subjektiv wird es so erlebt, man könnte ja immer noch etwas machen- dann ist dem Sterben oft auch seine Dramatik genommen. Der Mensch geht noch selten direkt auf seinen Tod zu, sondern er geht auf die nächste Operation zu, auf die nächste Chemo, auf die nächste Bestrahlung usw. und nicht auf den Abgrund. Und alle – der Patient, die Krankenschwester und der Arzt setzen ihre Hoffnung auf das Gelingen dieses nächsten Schrittes. Ich denke, im Geheimen geht es uns Seelsorgern doch ähnlich. Die Hauptenergie, die vom drohenden Tod ausgeht, wird in viele Seitenenergien umgelenkt. Das Sterben ist subjektiv kein Sterben mehr, sondern eine Krankheit, die man zu überleben hofft. Das gilt auch für den Mediziner. Das ist ja einerseits ein Erfolg für den Arzt, die Ärztin, die können nämlich alles einsetzen, was sie zur Verfügung haben: Intensivmedizin, Hightech-Diagnostik, molekulare Behandlungsmöglichkeiten. Andererseits aber können sie am Ende das Sterben nicht beseitigen, höchstens in der Schwebe halten, das kann man heute, Sterben lange in der Schwebe halten. Wenn dann aber der Tod plötzlich doch eintritt, ist das die berühmte Niederlage und die Kränkung des Arztes, die er sich zwar nicht so richtig eingestehen will und darf, die aber, wie Untersuchungen beweisen, sich in einer verdeckten und versteckten Trauer niederschlagen. Für die Gesellschaft ist der Tod das Versagen der dafür eigentlich zu teuren Medizin. Dafür aber stellt die Medizin andererseits diese teuren Mittel zur Entdramatisierung des Sterbens zur Verfügung. Menschen gehen im Zuge von vielen Behandlungen eher unbewußt „hinüber“, über die Schwelle des Todes. Und damit ist auch die Trauerarbeit aus dem Krankenhaus hinausverlagert, denn trauern muß der Patient ja immer um die nächste Einschränkung, die man erlebt, aber nicht um das gesamte Leben, das jetzt zu Ende geht. Die Patienten, zumindest im Krankenhaus der Großmedizin - das ist anders im Hospiz, anders vielleicht auf der Palliativstation, aber selbst auch auf der Palliativstation ist es so - sind immer noch überrascht, wenn der Arzt nach zwei, drei Tagen sie nochmals, ein zweites Mal aufzuklären versucht. Sie haben gedacht, da wird doch noch einmal etwas dagegen gemacht. Obwohl man doch heute im Kopf aufgeklärt ist, das ist kein Vorwurf, das ist nur eine Beschreibung der Tatsache, wird auch eine Palliativstation nicht als Signal gesehen: Jetzt ist es für mich bald so weit. Ich sage noch mal: Das ist kein Vorwurf, das ist ein Teil unserer menschlichen Mentalität, das gehört auch dazu, und wenn wir mal dran sind, geht es uns sicher ähnlich.

Ich muß noch ein kurzes Stück Historie betreiben, damit die Sache nicht zu einseitig wird. Alle Last der Defizite wird zu schnell bei der Medizin abgeladen. Die Seelsorge hat ja auch ihre Geschichte, die durchaus ins Bild paßt und die durchaus nicht unschuldig ist. Die Religion hatte zwar bis zur Aufklärung das Monopol für die Deutung von Endlichkeit und Tod, ihre heilende Tätigkeit war konkurrenzlos, nämlich Caritas und Pflege, das konnte man sozusagen gegen das Sterben und gegen den Tod aufbieten, aber mit dem Aufkommen der modernen Medizin mußte die Religion ihren Anspruch zurücknehmen. Die Medizin konnte jetzt auf einmal die irdische Heilung vieler Krankheiten vorweisen. Da hat sich die Religion auf das ewige Heil verlegt, wohin ihr wiederum die Medizin nicht folgen konnte und auch nicht zu folgen brauchte, hatte doch die Medizin sichtbare und meßbare Erfolge im Irdischen, genug, so daß man auf einmal den Eindruck hatte, die Religion brauche man dafür gar nicht mehr. Auch das ist kein Vorwurf und keine Bewertung von irgendwo her, sondern nur eine Beschreibung.

Der Preis für diese Arbeitsteilung war allerdings hoch. Beide, Medizin und Religion, verloren nämlich den Bezug zum leidenden und sterbenden Menschen. Die Religion bezog sich ja auf das Jenseits. Dort lag das Seelenheil und nicht in der körperlichen Heilung. Die metaphysische „Seele“ sozusagen leidet ja nicht, die ist ja sowieso bei Gott und ist ein abgehobenes Teilchen im Gesamtkosmos des Menschlichen (nach dieser Auffassung). Der Trost lief auf das jenseitige Leben hinaus, und das Leben war ja noch eine Ewigkeit lang. Für das diesseitige Leben übernahm die Medizin den Trost, denn sie konnte sagen: So schnell stirbt man noch nicht! Beide, Medizin und Religion, verloren das Leiden und die Endlichkeit aus dem Blick. Jeder saß sozusagen am Ende seines Hebels. Die Medizin an dem Pol „Körper ohne Seele“, und die Religion saß an der Ecke „Seele ohne Körper“, denn die Seele war ein jenseitiges Ding. Wer natürlich mit dem Leiden der Menschen nach wie vor konfrontiert war und ist, das ist die Pflege (und natürlich die Privatpsyche des Arztes, die ist natürlich auch betroffen. Die Privatseele des Seelsorgenden ist natürlich auch betroffen, aber das ist eine Privatangelegenheit).

Ich will in dieser Skizze die weiteren Entwicklungen übergehen, die Entstehung von Psychologie und Psychosomatik, die humanistische Psychologie in den 60er, 70er Jahren

und die Esoterik, den Konstruktivismus in der Philosophie und die Alternativmedizin, da könnte man jetzt überall ein bißchen nachzeichnen, aber dafür haben wir jetzt hier die Zeit nicht. Und damit sind wir nicht mehr bei der Moderne, die alles Menschliche auf Effektivität und Funktionalität reduzieren wollte. Die Moderne hat gesagt: Das kriegen wir alles ohne Metaphysik und religiöse Deutung, also naturwissenschaftlich hin. Wir sind in der Postmoderne gelandet. Ich deute nur ganz wenige Elemente an, die ich für die Postmoderne halte.

Elisabeth Kübler-Ross hat es zwar nicht alleine entdeckt, aber sie hat es erforscht und populär gemacht: Patienten und Sterbende, hat sie gesagt, erleben ja auch etwas in ihrem Krankheitsprozeß. Das ist nicht einfach Körper ohne Seele. Da läßt sich ja etwas beobachten. Und das schien die Helfer von ihrer Ohnmacht und Sprachlosigkeit zu erlösen. Auf einmal konnte man sagen: Ach, so geht das Sterben! Da kommt erst das und dann das und dann das. Jetzt haben wir 's kapiert, und jetzt haben wir einen Zugriff zu diesen Vorgängen, damit wir nicht einfach so ohnmächtig dem gegenüberstehen. Darin steckt natürlich die Gefahr, daß man jetzt „unter Anleitung“ sterben mußte oder konnte. In der Folge davon ist die Hospiz-Idee und die Palliativ-Bewegung entstanden. Stichwort hierzu: „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun“ (Ich glaube, Andreas Heller hat das formuliert, zumindest ist es von ihm veröffentlicht). Also auch, wenn wir den Kampf gegen den Tod aufgeben müssen, wenn das „cure“, das Behandeln, vom „care“ (palliative care), also von der Fürsorge und vom Mitgehen abgelöst wird, dann ist noch viel zu tun. Hospiz- und Palliativ-Bewegung sind eine Antwort auf das strukturelle Defizit der Moderne, und sie scheinen ein neues Paradigma zu begründen, nämlich ein postmodernes Paradigma. „Postmodern“ heißt, es sind auf einmal viele Aspekte möglich und nicht nur eine Linie sozusagen. In idealer Form heißt das, beide Seiten – Medizin und die Sorge für die Seele, also nicht nur die Seelsorge als Spezialberuf, sondern jeder menschnahe Beruf ist Seelsorge im weiteren Sinn- streben nicht mehr immer weiter auseinander, sondern sie sind dabei, den Blick zu wenden und sozusagen aus diesem Auseinander, wie ich es eben dargestellt habe, den Blick nach innen zu wenden und eine gemeinsame Mitte zu suchen. Denn gerade die Medizin, die sehr viel gegen die Endlichkeitserfahrung tun kann, steht ja vor der Frage, wem, welcher Auffanginstanz kann sie denn den Menschen anvertrauen, wenn die Endlichkeit und das Sterben am Ende doch nicht zu umgehen sind? Der Arzt kann

dem Patienten die Diagnose mitteilen, aber wo tut denn die Medizin ihren Patienten hin, damit er gut aufgefangen ist mit dieser Diagnose? Die Medizin kann zwar die physische Seite am Menschen behandeln, aber wo bleibt die soziale, die psychische, die spirituelle Seite am sogenannten „Gesamtschmerz? Das ist eine Bezeichnung, die inzwischen von der WHO aufgenommen wurde, nämlich daß zur ganzheitlichen Versorgung und Begleitung eines Patienten die psychische Seite, die soziale Seite und die spirituelle Seite gehören, und daß das nicht nur eine private Zutat der Therapeuten ist. Das wird von der Weltgesundheitsorganisation, die kulturübergreifend die therapeutische Versorgung formuliert, so dargestellt.

Wir erkennen längst, daß Leiden im Sinne von Symptomen zwar behandelbar sind, aber die Endlichkeit, das Leid, das mit Endlichkeit und Tod gegeben ist, obwohl man viel an den Symptomen machen kann, muss durchlitten werden. Wo bleibt das? Sterben *ist* leidvoll, Trauer *ist* leidvoll – ob mit oder ohne Schmerzmittel. Gegen *die* Leiden, gegen *die* Symptome kann man kämpfen, gegen *das* Leid, gegen die Trauer sind wir machtlos. Machtlosigkeit stellt in Frage – ich komme noch darauf zu sprechen. Das ist die Frage, die David Roy im Lehrbuch „Palliativmedizin“ gestellt hat: „Was tun wir denn, wenn wir keine Sprache finden, innerhalb derer wir unsere Unsicherheiten gemeinsam erleiden können?“ Wir können medizinisch eine Menge machen, aber wo ist denn die Sprache dafür, daß wir (das sind alle patientenbezogenen Berufe, nicht nur die Seelsorge, das ist ein Arzt, der das geschrieben hat) den ganzen Rest des Menschen auffangen können? Es gibt ja längst nicht mehr *eine* Bibel, *ein* heiliges Buch, *eine* Religion oder sagen wir auch ein Heilungsbuch oder ein Lebensberatungsbuch, wo alles drin steht, was man für das Sterben braucht. Zum Thema Lebensberatung gibt es meterweise Literatur, zur Esoterik gibt es meterweise, zur Theologie gibt es meterweise Literatur. Der Markt ist heute plural aufgefächert. Wir können heute nicht mehr sagen: Es steht ja alles in der Bibel drin! Oder im Tibetischen Totenbuch. Dann gibt es ein abendländisches Totenbuch. Und so könnten wir unendlich weiter aufzählen. Wir haben keine gemeinsame Bibel mehr, die hilft, das Leid, die Endlichkeit, den Tod aufzufangen. Das heißt, die Medizin kann nicht einfach wie vor 30, 40 Jahren oder vor 100 Jahren auf die Religion und die Seelsorge verweisen, dort seien Endlichkeit und Tod gut aufgehoben und die wüßten ja, wie das geht. Viele Menschen haben diesen religiösen Hintergrund heutzutage nicht mehr.

Dieser Frage gilt jetzt ein zweiter Teil: Wenn die Seelsorge im Krankenhaus Baumgartner Höhe schon die Frage aufwirft „Wo ist der Platz für Endlichkeit und Tod?“, dann muß sie auch Angebote machen und Ressourcen aufzeigen für die anderen Berufe und die anderen Tätigkeiten. Also: Welche Ressourcen stehen uns als Helfern zur Verfügung, damit wir diesen existenziellen Erfahrungen einen Platz einräumen können? Sind die Helfer da wirklich machtlos, „ohnmächtig“, wie es immer heißt, wenn sie dem Leid und dem Tod begegnen? Müssen sie diese Erfahrungen immer ausblenden, um überhaupt überleben zu können? Ich möchte das im folgenden Modell vom „Container“ anschaulich machen:

Das Wort „Container“ müssen wir erst einmal ganz allgemein sehen als einen Behälter, der sozusagen ein gewisses Fassungsvermögen hat. Dieser Begriff „Container“ stammt aus der Entwicklungspsychologie und meint ganz elementar, daß jeder Mensch, der hilflos ist, also ein kleines Kind ist oder ein Mensch, der in Not ist, aufgefangen werden und Halt bekommen muß. Containing, auf Englisch, heißt Halt geben, zusammenhalten. Was hält einen Menschen zusammen, dessen Lebenskräfte auseinanderzufallen drohen? Also ein Auffang-Container für die Endlichkeits- und Sterbeerfahrung. Meine Frage ist im Folgenden: Was ist alles an Hilfsmitteln in unserem Helfercontainer? Wir haben einen inneren Behälter, mit dem wir zu unseren Betroffenen, den Patienten, kommen und sagen: Ich mit meinem Ding bin jetzt für dich da. Ich will es im Folgenden noch genauer beschreiben, damit das noch viel anschaulicher wird. Was haben wir in unserem Berufscontainer drin, mit dem wir diesen existenziellen Erfahrungen begegnen können? Da ist zunächst einmal auf die alleroberste Schicht. Was ist da alles drin, was uns hilft, damit umzugehen? Das ist zunächst einmal die Fachkompetenz. Auch Hospizhelfer haben ja eine gewisse Fachkompetenz. Das ist natürlich auch das ärztliche und das pflegerische Handeln und Behandeln. Wenn ich jetzt immer ärztlich und pflegerisch sage, dann können Sie da sicher immer Ihre eigenen Berufe da hinein tun, die passen da auch hin. Das ärztliche Handeln ist nämlich auch eine Zuwendung zum Leid des Menschen, denn Krankheit drückt sich in körperlichen Schmerzen und Missempfinden und Funktionsstörungen aus. Da geht der Arzt ran, und das will der Patient, daß ihm von der körperlichen Seite her geholfen wird. Wenn der Patient in die Klinik kommt, dann wird er zum Röntgen und zur

Blutabnahme geschickt und er bekommt damit das Signal, wir nehmen dein Leiden ernst und jetzt wenden wir uns dir zu. Der Mensch hat eine physikalisch-chemisch-biologische Seite. Er ist Materie und nicht nur Seele und Geist. Das wird in der Gesellschaft sehr zwiespältig, schizophren beurteilt. Einerseits will jeder, daß ihm möglichst anschaulich und spürbar materiell geholfen wird. Wenn ich zum Doktor gehe und der verschreibt mir was, dann ist die Sache eigentlich schon klar, denkt er. Ich habe jetzt etwas in der Hand, was man gegen mein Leiden machen kann. Einerseits will jeder, daß es so anschaulich materiell zugeht. Andererseits ist dieses Vorgehen massiv in der Kritik. Ich denke, es kränkt den modernen Menschen, daß er eine objektiv materielle Seite an sich hat. Der Mensch der Moderne möchte sich lieber als einmalige Person, als Sieger über die Natur und ihre Wiedrigkeiten sehen. Er will sanft berührt werden, mit Wellness, mit unblutiger Naturmedizin, ohne widerständiges Fleisch. Die Medizin sollte unblutig sein und das Materielle am besten überspringen. Dann wäre es eine Idealmedizin. Medizin heißt aber in erster Linie, den Menschen vom Physischen her aufhelfen und dem Menschen von daher dienen. Ich betone diese Seite, weil wir alle als Professionelle in Wellness-Einrichtungen auch zu dieser Seite unseres Berufes stehen müssen. Auch wenn die Seelsorge den Patienten „nur“ seelisch berührt, berühren wir auch da die verletzte und sehr, sehr irdische und leidvolle Seite am Menschen.

Wenn der Arzt dem Patienten eine schwerwiegende Diagnose mitteilt, dann greift er ja massiv in das Lebenskonzept eines Menschen ein. Aber ist das nicht seine Aufgabe? Soll er dem Patienten die Diagnose verschweigen, nur damit es ein bißchen sanfter zugeht? Auch das Gespräch über die Wahrheit einer Diagnose ist ein Eingriff, der vom Arzt gewagt werden muß. Ich kann jetzt nicht im Detail darauf eingehen, wie das kommunikationstheoretisch und -praktisch geht. In der Veröffentlichung z.B. von Martin Weber, einem Oberarzt der Palliativmedizin in Mainz, und Andreas Werner und anderen ist das sehr gut beschrieben, und das sollten sich vielleicht auch einmal die nicht-ärztlichen Berufe und nicht-pflegerischen Berufe zu Gemüte führen. Da wird der Patient mit der Wahrheit seiner Endlichkeit konfrontiert, wenn der Arzt z.B. nach einer Einleitung beginnt: „Ich fürchte, ich habe keine guten Nachrichten für Sie“. Irgendwie muß er ja anfangen. Und die postmodernen Autoren empfehlen, einmal im Verlauf des Aufklärungsgesprächs das Wort „Krebs“ zu verwenden, es nicht zu vermeiden, wenn es ein Tumor ist. Denn der

Patient fragt sich sowieso im Geheimen: Habe ich denn Krebs? Und im Gespräch wird ein Tiefpunkt erreicht werden, wo der Patient seine ganze Endlichkeit spürt. Diesen Tiefpunkt gilt es auch für den Arzt einige Augenblicke auszuhalten und den Patienten nicht mit einer Fülle von Begriffen zuzudecken, die der dann ja sowieso nicht mehr aufnehmen kann. Vielmehr fragt der Arzt ihn, den Patienten, was jetzt in ihm vorgeht, so daß auch die Gefühle des Patienten nachkommen können und er alle seine Fragen stellen kann.

Ich habe das jetzt einmal im Schnellverfahren skizziert. Das ist ein einfaches Beispiel dafür, daß der Arzt nicht selbst in die Todesangst des Patienten hineingehen muß, wenn er einen Menschen mit der Endlichkeit konfrontiert; sondern er muß aushalten, daß der Patient diese Todesangst hat. Professionelle müssen sich auch nicht ständig mit ihrem eigenen Sterben konfrontieren, wenn sie in das Zimmer eines Sterbenden kommen. Das haben wir in den 70er Jahren so von der Psychologie her und von der Psychotherapie her und der Seelsorge lange gefordert: Die müssen sich mit ihrem eigenen Sterben konfrontieren! Professionelle sind mit dem Sterben anderer konfrontiert. Der Patient kommt ja wegen seinem Leid, nicht wegen meinem, also dem des Arztes, der Schwester usw. Ich als Helfer sterbe nicht jeweils mit, ich muß einmal mein eigenes Sterben bewältigen, aber jetzt brauchen die Betroffenen einen Arzt, einen Beruf, der sie mit ihrem Leid auffangen kann, und der Arzt und die Schwester dürfen nicht selbst von der Todesangst des Patienten gelähmt sein, sonst können sie ihn nicht auffangen. Also das ist die obere Schicht in diesem Auffangcontainer, nämlich daß wir mit unserer Fachkompetenz an die Sache rangehen, und zu dieser Fachkompetenz gehört auch die Facheinrichtung. Wir arbeiten im Verbund einer Facheinrichtung, die für all das Leidvolle da ist, und in der Menschen miteinander daran arbeiten. Und die Facheinrichtung ist Teil der Gesellschaft, die hat uns beauftragt, dafür, also auch für die Endlichkeitserfahrung der Menschen, da zu sein, wenn die ins Krankenhaus kommen, und dem nicht aus dem Weg zu gehen.

Ich komme aber noch auf etwas Weiteres. Das sind die beiden obersten Schichten sozusagen. Die nächste Schicht, die sozusagen auch eine Auffang-Ebene darstellt, muß auch dazugehören, nämlich die der kommunikativen und sozialen Kompetenz der Helfer. Die ist verbunden mit Empathie. Es geht hier nicht einfach um die Beherrschung von Kommunikationsregeln, sondern es geht auch darum, daß die Wärme des Mitteilenden mit

drin steckt. Jeder Behandlungsberuf arbeitet zwar im Vordergrund auf der körperlichen Ebene, also mit Fieberthermometer, mit Binden, mit Spritzen usw. – im Vordergrund. Aber er berührt dabei auch die Innenseite des Menschen. Schon beim Fiebermessen und beim Röntgen wird sich der Patient fragen: Es wird doch nichts Ernstes oder Lebensbegrenzendes ein, was die da finden beim Ultraschall? Das Instrument wird zwar am Körperlichen angesetzt, aber berührt wird auch die Innenseite. Nur in der Kommunikation, die mit Empathie verbunden ist, entsteht Vertrauen, so daß auch die Innenseite mitschwingen kann, daß der Arzt oder die Schwester oder der Physiotherapeut usw. keine Meßinstrumente sind, die einfach neutral ihre Werte ausspucken, sondern die verbinden die Daten mit ihrer menschlichen Wärme. Durch seine Empathie (also des Professionellen) signalisiert er, daß diese Endlichkeitserfahrung einfühlbar ist. Ich als Patient fühle mich dann nicht allein gelassen. Empathie signalisiert sogar, daß mein Leid aushaltbar ist, tragbar ist, weil sich ja andere Menschen da hineinfühlen können. Was hat es mir vor kurzem so gut getan, als mir die Zahnärztin bei der Wurzelbehandlung, die ohne Spritze verlief, immer wieder die Hand an die Backe gelegt hat, mit einem Gummihandschuh dazwischen, aber das war egal. Es hat gewirkt. Also: Empathie trägt das Leiden mit, ohne daß ich als Helfer selbst immer mitleiden muß. Diese mit Empathie und Anteilnahme verbundene Kommunikation muß natürlich gelernt und trainiert werden. Dafür muß das Krankenhaus Ressourcen bereitstellen, und zwar auch für die Ärzte und die verwandten Berufe.

Es gibt aber noch eine weitere Schicht im Containermodell, unterhalb der Ebene „Wärme und Empathie“. Das ist die Symbolwirkung unseres Berufs. Das ist die Symbolwirkung von Heilungs-, Krisen- und Pflegeberufen. Das wird schon daran deutlich, wie aufgeregt Patienten vor der Visite sind. Wenn der Arzt kommt, kommt er ja nicht als Privatperson, sondern er kommt jetzt mit seiner Rolle. Die Rolle aber ist mehr als nur Fachkompetenz. Die Rolle gibt dem Patienten und seinem Leiden Bedeutung. Dieser Mensch, diese Frau, diese Ärztin, diese Schwester, denen die Gesellschaft diese Rolle anvertraut hat, die hören mich an, die kümmern sich um mich, die verstehen was von Krankheit und Endlichkeit. Die haben einen Querschnittsberuf und eine Querschnittserfahrung, die begegnen nämlich vielen Menschen in Krisen und Belastungen. Die stehen nicht nur für medizinische Daten, sondern auch für Fürsorge und Auffangen,

wenn jemand krank geworden ist. Ein kleines, leider negatives Beispiel: Eine schwerkranke Patientin in der Gynäkologie äußert ihren Neid auf die jungen fitten Krankenschwestern. Die Schwestern sagen dann im Schwesternzimmer: „Da gehen wir nur noch hin, wenn es unbedingt sein muß! In der wird der Neid ja nur noch größer, wenn wir öfter reingehen“. Das ist eine Verwechslung! Die Patientin ist es, die „neidisch“ ist. Es ist ihre Form der Auseinandersetzung mit dem Tod. Und dafür stehen wir Helfer ein. Wo sollen die Kranken denn hin, wo sollen sie mit ihren Bildern und Projektionen denn hin, wenn sie nicht einmal diese Symbolrolle dafür benutzen dürfen? Wir stehen ja auch für Gesundheit, nach der sich die Patienten sehnen, die sie vielleicht entbehren. Wir Helfer sind dann gar nicht ohnmächtig, wir stehen nämlich für etwas. Wir sind nicht ohnmächtig. Und damit arbeitet der Patient. Wenn ich reinkomme und er sagt: „O je, Herr Pfarrer!“ Dann sage ich nicht gleich: „O Gott, ich gehe ja schon wieder raus, daß Sie ja an nichts Schlechtes erinnert werden!“, sondern dafür muß ich einstehen, damit arbeitet der Patient. Das sind dann meistens die interessantesten Gespräche. Der Patient arbeitet damit, und wir natürlich auch. Und so kann jeder Arzt, jeder Pfleger, jeder Hospizhelfer, jeder Seelsorger damit arbeiten mit dem Material, das er vom Patienten sozusagen zur Verfügung bekommt. Es ist ja *seine* Arbeit, die des Patienten, wir müssen nur dafür einstehen in unserer Rolle, weil wir nicht als Privatpersonen zu den Menschen kommen. Wir sind dafür da, gesendet z. B. vom Hospizverein. Wir stehen auch ein für die gute Ordnung des Lebens. Deswegen ist die Patientin ja auch neidisch auf die jungen fitten Krankenschwestern, weil die nämlich das volle Leben mitbringen. Ein Krankenhaus verkörpert auch eine Sinnstruktur, d. h. wenn jemand krank wird, dann sagt die Gesellschaft nicht, es sei halt dumm gelaufen, du hast halt verloren, sieh zu, wo du bleibst, sondern sie stellt eine symbolische Auffangstation zur Verfügung, nämlich das Krankenhaus und alle seine Leute, die da arbeiten. Symbolisch. Das heißt, da geht man hin, wenn man Leid hat. Da kann man nicht alles wegmachen, aber es gibt einen Ort für mich, den Menschen in Sorge und Leid. Ein Krankenhaus mit seinen Berufen steht für eine gute Ordnung des Lebens, zu der auch Endlichkeit und Tod gehören. Sonst könnten wir unseren Beruf gar nicht ausüben, dann müßten wir sagen: du mußt halt sehen, wo du bleibst. Nein! Wir sind für eine Ordnung des Lebens da, in der das seinen Platz hat! Ein Arzt auf einer Palliativstation hat erzählt, daß er sich nach seinem Urlaub nicht den Patienten zumuten wollte, braungebrannt und vital wie er war. Auch das ist eine Verwechslung. Der einzelne Arzt ist nicht die gute Ordnung des Lebens, auch die Seelsorge

ist das nicht, wir repräsentieren das nur, wir sind das nur symbolisch, aber „nur“ in Anführungszeichen. Wir sind das so stark symbolisch, daß die Patientin neidisch wird oder sich mit uns darüber auseinandersetzt. „Nur“ symbolisch ist keine Abwertung, im Gegenteil! Symbol heißt, da ist mehr drin als nur die Sache selber. Ich komme da rein, um „nur“ die Spritze zu setzen? Nein, ich bringe was mit an Symbolkraft, mit mir kommt die ganze Kraft der Erwartungshaltung und die ganze Kraft der Angst usw. mit ins Krankenzimmer. Ein Symbol ist nie das Ganze, aber es steht für das Ganze. Für die Symbolrolle ist es deswegen so wichtig, daß sie mit Empathie verbunden ist, das heißt, der mit dieser menschheitlichen Rolle, der versteht mich, der sorgt sich um mich, ich bin als Patient mit diesem Leid nicht der einzige, der nun mal verloren hat, nein, ich gehöre als Subjekt weiter zur Menschheitsgemeinschaft und habe durch die Symbolrolle des anderen Bedeutung in der Ordnung des Lebens. Oder warum sonst erzählen uns Helfern Patienten alles, was sie bewegt, als wenn man sich schon lange kennen würde? Nicht weil die Privatperson des Helfers, sondern weil die Symbolrolle Trost vermittelt. Nicht alles, was der Helfer sagt, vermittelt Trost, das vergessen die Patienten sowieso bald wieder, sondern weil der mit dieser Rolle da war, weil die Schwester nach mir als Patient geguckt hat. Dazu gehört auch eine wichtige Handlungsweise, die uns Professionellen hilft, das darzustellen – und das sind Rituale.

Rituale sind nicht nur eine Erfindung der Religion oder der Kirchen, sondern Rituale werden dann gebraucht, wenn der Sinn einer Lebenserfahrung nicht mehr erklärt oder analysiert oder besprochen werden kann, sondern wenn das Geheimnis des Lebens sozusagen nur noch durch Tun symbolisch ausgesagt werden kann. Wenn jemand gestorben ist oder wenn ein Kind geboren wird, dann sagen wir mit einer Handlung, z.B. durch die Taufe oder ein Abschiedsritual, daß auch das einen Sinn hat, auch wenn wir noch nicht wissen, was aus diesem Kind einmal wird, und auch, wenn wir nicht wissen, wie es nach dem Tod genau weitergeht. Wir sagen das mit einem Ritual. Rituale haben ihre Kraft gerade auch beim Nicht-Machbaren, also gerade auch in der Palliativ- oder in der Hospizversorgung. Ein Ritual der Pflegekräfte und Ärzte auf Station, z.B. wenn ein Patient verstorben ist, signalisiert allen Beteiligten, das darf hier sein, hier darf ein Mensch auch sterben, und das darf uns auch alle betreffen. Sterben und Tod sind nichts, was verschwiegen oder als Niederlage gesehen werden muß. Wenn sich Schwestern z.B. nach

dem Versterben eines Patienten nochmals zusammensetzen und Kaffee trinken; oder wenn eine nochmals sagt: „Ach Gott, das war vielleicht schwierig!“ Und eine andere sagt: „Aber er hat doch damals so ein schönes Wort gesagt, erinnert ihr euch?“ Und dann lachen sie alle. Das ist ein Abschiedsritual für die Helfer vom Patienten. Das sind Rituale. Es wird also nicht alles einfach routiniert abgewickelt, sondern man begeht das auch z.B. durch ein einfaches Kaffeetrinken usw. Es gibt ganz alltägliche Rituale, die dem Patienten signalisieren, daß er auch mit seiner Krankheit zur Ordnung des Lebens gehört: ihn begrüßen, ihn anschauen beim Reden und nicht in die Kurven schauen beim Reden, nicken, wenn man etwas bekräftigen will, sich wieder verabschieden usw. Rituale sagen da etwas symbolisch. In einer Fabrik muß man Menschen nicht begrüßen, da braucht man nur an den Knopf an der Maschine zu gehen, da braucht man niemanden zu begrüßen oder zu verabschieden. Aber wenn man es tut, dann sagt das symbolisch etwas von Würde und Anerkennung und daß auch dieser Teil des Lebens Sinn macht und das nicht nur einfach nebenher geschieht. Der Arzt geht auch zum Sterbenden rein, auch wenn er nichts mehr da drinnen zu tun hat. Er kann es auch übergehen. Er kann es auch nebenbei laufen lassen, da kann man eh nix mehr machen, aber er kann das auch mit einem kleinen Ritual tun, noch mal reingehen, noch mal den Brustkorb abhören, den Puls fühlen, warum nicht? Nicht mehr eine Spritze setzen. Überlegen Sie einmal, welche alltäglichen, auch Routinehandlungen im Krankenzimmer zu einem einfachen Ritual qualifiziert werden könnten. Für uns und für den Patienten erlebbar.

Ich möchte jetzt noch ganz kurz die anderen Auffang-Ebenen im Container skizzieren:

Also: Die Symbolwirkung hilft die gute Ordnung des Lebens darstellen. Die vorletzte Ebene ist die, daß Endlichkeit und Tod zur Wahrheit und Weisheit des Lebens gehören. Es ist eine menschlich - existenzielle Dimension, daß Leben und Sterben zusammengehören. Arzt und Krankenschwester und Seelsorger repräsentieren auch Grenze und Tod. Der Arzt hat die Diagnose nicht erfunden, sondern sie gefunden. Wir vertreten auch die Wahrheit, daß das Leben endlich ist. Wir sagen dem Patienten nicht, jedes Leben ist endlich, jedes Leben hört mal auf oder so, jeder Mensch muß mal sterben usw. Das sind alles Sprüche. Aber wir vertreten das durch unsere Rolle. Auch die Seelsorge vertritt das. Auch ich muß dafür einstehen, wenn der Patient bei meinem Kommen fragt: „Ist es schon so weit, Herr

Pfarrer?“ Da kann ich nicht sagen: „Nein, um Himmels Willen“ usw. usw. Ich kann aber auch nicht sagen: „Ja, ja, natürlich, Gott ruft jeden mal aus dem Leben“. Aber einstehen muß ich dafür. Wir sind auch Spielverderber des Lebens. Der Arzt entdeckt ja oft einen Tumor schon im Labor oder im PC, auch wenn der Patient ihn noch lange nicht spürt. Wir vertreten die Wahrheit und die existenzielle Verfaßtheit des Lebens und des Menschlichen. Im Leiden vollzieht sich eine menschheitliche Wahrheit. Das ist nicht unser Versagen, daß es das gibt, sondern es ist das Schicksal allen Lebens, das bei uns, bei unseren Berufen nur zum Vorschein kommt. Dafür haben wir diesen Beruf. In diese Wahrheit hinein darf ich als Professioneller meine Belastung abgeben und entsorgen. Ich habe nämlich die Krankheit nicht erfunden, sondern ich bin nur damit beschäftigt. Wir stehen in einem größeren Horizont, in den unsere Rolle eingebettet ist. Wir können den Betroffenen oft ihre Gesundheit nicht wieder geben und den Angehörigen nicht das Sterben ihrer Liebsten ersparen oder ihnen den Toten zurückgeben, wenn sie zur Trauerbegleitung kommen. Das wäre natürlich toll! Aber es gibt Berufe, die können das nicht ausgleichen und trotzdem müssen sie dafür einstehen. Wir sind dann Zeugen des Leids, Zeugen der Trauer, Zeugen des Todes. Betroffene brauchen auch Zeugen für ihr Leid. Diese Zeugenschaft ist keine Ohnmachtsrolle, sondern es ist eine Ressource, wenn ich mir das bewußt mache. Ich stehe da als Zeuge und nicht als Ohnmächtiger, der auch nicht mehr weiter weiß.

Zuletzt noch die allerunterste Ebene in unserem Berufscontainer: Leben, Leiden, Sterben und Tod sind in dem Geheimnis allen Lebens verankert. Geheimnis heißt nicht „Nix Gewisses weiß man nicht“, sondern darunter, in allem Leben vollzieht sich ein Geheimnis, das gefüllt ist, das einen Inhalt hat, das nicht leer ist, das das Leben offensichtlich seit Urzeiten prägt, ohne daß der Mensch darüber verfügen könnte. Dieses Geheimnis ist offensichtlich sogar so reizvoll, daß wir Menschen es immer wieder wagen, obwohl am Ende der Tod steht. Warum setzen Eltern Kinder in die Welt, obwohl sie nicht wissen, was einmal aus diesem Kind wird? Weil sie es dem Geheimnis des Lebens anvertrauen. Dieses Geheimnis ist anthropologisch grundgelegt und es ist spirituell deutbar. Es muß nicht spirituell gedeutet werden, aber es ruft direkt danach, ob es nicht doch von Gott ermöglicht und mit seinem Geist erfüllt ist: Geburt, Sterben, Tod, Heiraten, Examen machen, 60 Jahre alt werden, in ein Altenheim kommen usw. Das ruft direkt danach, ob Gott mit seinem Geist nicht auch da noch dabei ist.

Mein Fazit: Wohin mit Endlichkeit und Tod im gesundheitsbezogenen Krankenhaus, wohin mit dem Leid, der Trauer, dem Nicht-Machbaren also? Ich habe Ihnen hier keine Techniken in Gesprächsführung vorgelegt, aber auch keine Moralpredigt halten wollen, sondern einmal das Feld aufzeigen, in dem die Endlichkeit Platz in unserer Tätigkeit hat. Vorkommen tut sie sowieso, die Endlichkeitserfahrung bei den uns Anvertrauten. Aber ob sie dafür auch einen Resonanzraum findet, so daß sie als zum Leben und zum Beruf gehörig erfahren wird, das ist die Frage. Die Helfer begegnen den Hilfesuchenden nicht nackt und ohnmächtig. Ein Container ist voll von Kraft und Möglichkeiten. Ich hoffe, ich habe Ihnen das ein bißchen aufgezeigt, auch wenn man „nichts“ gegen das Leid und das Sterben machen kann. Der Helfer kann gar nicht die Kraft gegen Endlichkeit und Tod aufbringen, wenn er nur auf seine Fachkompetenz zurückgreifen will. Die versagt nämlich zu allerletzt. Oder wenn er versucht, dem Leiden mit seiner ganzen Empathie und mit seinem ganzen Mitleiden zu begegnen, die Patienten sogar seelisch noch mit nach Hause zu nehmen und auch da noch ihnen helfen zu wollen, zu grübeln, wie man ihnen noch weiterhelfen könnte, wo doch das Leid so schlimm ist.

Meine letzte These ist: Wir Helfer sind nicht nur Container, in den alle Not und alles Leid hineingeworfen werden, der Helfer hat auch einen Container, der ihm die Not tragen hilft: Das ist die Symbolrolle, das ist die Empathie. Diese tragen Endlichkeit und Tod mit. Ich muß das nur in meiner Rolle aktivieren, ich muß es bei mir wissen, in meine Haltung übernehmen. Dann spüren die Patienten, daß sie damit gut bei uns aufgehoben sind, auch im Krankenhaus. Die Patienten wissen, daß der Doktor nicht alles dagegen machen kann. Dafür sind wir da, auch wenn wir als Helfer nichts machen können. Aber wo sollen denn die Menschen sonst hin mit ihrem Leid, wenn nicht zu den Berufen, die das verkörpern und die dafür da sind? Auch mit Leid und Tod kann man „gesund“, heil, stark umgehen. Und das ist ja auch das Ziel eines gesundheitsfördernden Krankenhauses.