



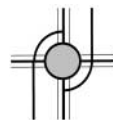
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schriftenreihe VII

in Kooperation mit der

Klinikseelsorge

am Rhön-Klinikum Bad Neustadt



Tagung

„Seelsorge und Psychotherapie“

Freitag, 28.10.2005



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 65 93 01

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com

Impressum

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
der Rhön-Klinikum AG
Redaktion: Dr. phil. Lothar Schattenburg
Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Jörg Rieger
Erk Scheel

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

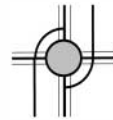
I.500 - 10.06

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

in Kooperation mit der

Klinikseelsorge

am Rhön-Klinikum Bad Neustadt



Tagung

„Seelsorge und Psychotherapie“

Freitag, 28.10.2005



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

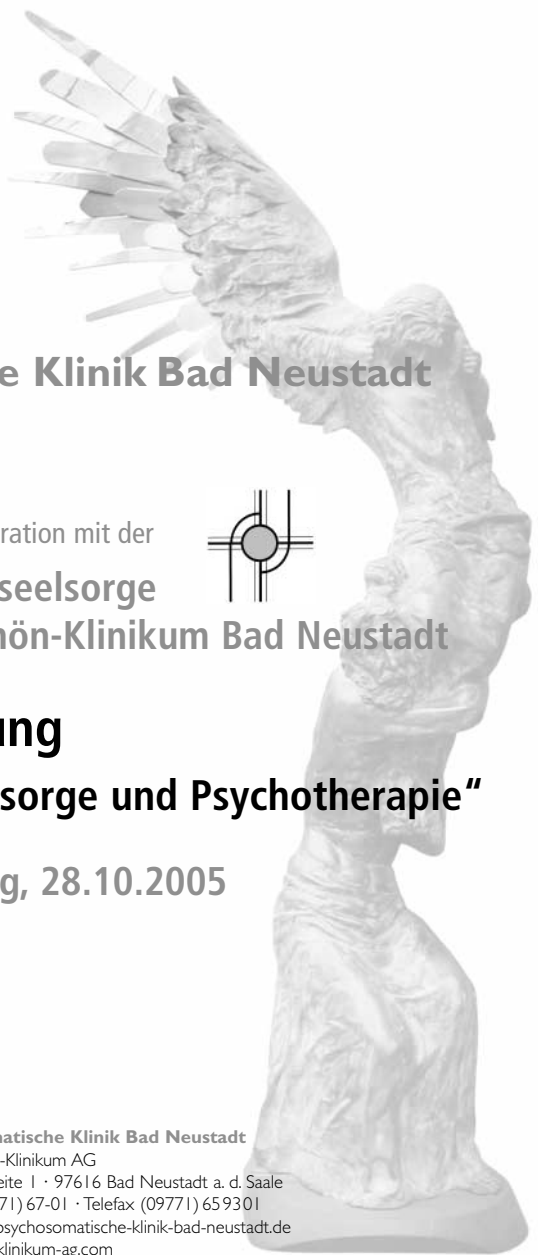
Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com



Inhalt

	Vorwort	3
Kapitel 1	Warum Seelsorge in einer Psychosomatischen Klinik? <i>Hanno Irle</i>	4
Kapitel 2	Warum Seelsorge in einer Psychosomatischen Klinik? <i>Peter Bertram</i>	9
Kapitel 3	Der Stellenwert der Seelsorge in der Rehabilitation <i>Barbara Hassenkamp</i>	15
Kapitel 4	Seelsorge in einer Psychiatrischen Klinik <i>Johanna Schießl</i>	35
Kapitel 5	Erfahrungen am Grenzübergang – das Kooperationsmodell der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt – Aus seelsorgerischer Sicht <i>Susanne Hiller-Richter</i>	41
Kapitel 6	Erfahrungen am Grenzübergang – das Kooperationsmodell der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt – Aus psychotherapeutischer Sicht <i>Rudolf Maaser</i>	45
Kapitel 7	Die heilende Kraft des Glaubens bei psychosomatischen Erkrankungen <i>Pater Anselm Grün</i>	54
	Autoren	66
	Veröffentlichungen	67

Vorwort

Die Psychosomatische Klinik arbeitet eng mit der evangelischen und katholischen Krankenhauseelsorge zusammen. Neben einem regelmäßigen Austausch auf Leitungsebene werden seit Jahren gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen geplant und veranstaltet. Der Dialog der Professionen kommt der Arbeit mit den Patienten zugute.

Die Psychotherapie ermöglicht neue emotionale Erfahrungen und Reflexionen, mit der Seelsorge eröffnen sich weitere transzendente Horizonte für suchende, religiös geprägte wie auch belastete Patienten. So wie Seelsorge Psychotherapie nicht ersetzen kann und soll, würde jedoch die Psychotherapie ihre Grenzen überschreiten und ihr Profil verwischen, wenn sie sich im Bereich religiöser Spiritualität und Transzendenz auf das Gebiet christlicher Seelsorge vorwagte. Im konkreten Einzelfall zeigt sich immer wieder der Nutzen solcher Standortbestimmungen.

Mit der Tagung wurden die Erfahrungen der fruchtbaren Zusammenarbeit in Bad Neustadt dargestellt. Darüber hinaus diskutierten wir die Antworten der Psychotherapie und der christlichen Kirchen auf die Suche der Patienten nach transzendentalen Erfahrungen. Auch beschrieben wir den Spielraum, der uns während einer stationären Psychotherapie zur Verfügung steht, um den brennenden existentiellen Fragen der Patienten nach dem Sinn ihres Leidens, nach Schuld und Vergebung, nach der Sorge für sich und die Mitmenschen zu begegnen.

Unser besonderer Dank gilt der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Münster und den Referenten, die sich für unsere Veranstaltung zur Verfügung gestellt und mit ihren Beiträgen ganz wesentlich zum Erfolg der Veranstaltung beigetragen haben.

Einmal mehr gilt auch unser Dank allen Mitarbeitern, die in den vergangenen Jahren durch ihr Engagement, ihren Fleiß, ihre Kompromissfähigkeit und ihre Kreativität dazu beigetragen haben, die Klinik zu dem zu machen, was sie heute darstellt.

Bad Neustadt, im Juli 2006

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Ärztlicher Direktor

Dr. phil. Rudolf Maaser
Supervisor und Therapiecontrolling

Dr. med. Franz Bleichner
Chefarzt

Jörg Rieger
Geschäftsleitung

Warum Seelsorge in einer psychosomatischen Klinik?

Das SGB IX hat in den letzten Jahren bekanntlich deutliche Spuren in der Reha-Landschaft hinterlassen. Als offizieller Vertreter der Rentenversicherung Bund kommt mir heute unter anderem auch die Aufgabe zu, den trägerseitigen Rahmen des Themas ein wenig zu beleuchten. Mit seiner Forderung nach einer direkteren Beteiligung des Rehabilitanden an Planung und Durchführung des Reha-Prozesses knüpft es auch an die Erfahrung an, dass sich Erfolge und Wirkungen in der Rehabilitation nur erzielen lassen, wenn diese bei den unmittelbaren Bedürfnissen des Patienten ansetzen. Dies klingt zunächst einmal recht banal, über die praktischen Schwierigkeiten im Alltag bin ich mir dabei durchaus bewusst. Das SGB IX sieht vor, dass den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten einschließlich ihrer religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse entsprochen werden soll, soweit sie „angemessen“ sind, was immer das im Einzelnen auch heißen mag.

Dieser Leitforderung ist seitens der Rentenversicherung natürlich auch schon vor der offiziellen Kodifizierung des SGB IX Rechnung getragen worden. Wenn ich an die Zuweisung zum Beispiel bei Rehabilitanden mit psychischen Störungen denke, so hat die ehemalige BfA immer versucht, derartigen Wünschen gerecht zu werden. In den Reha-Anträgen der Versicherten kommt es immer wieder einmal vor, dass im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechtes auch ausdrücklich um eine Behandlung zum Beispiel in einer christlich geprägten Einrichtung gebeten wird. Im Rahmen der überregionalen Zuweisung haben die einzelnen Träger der Deutschen Rentenversicherung in der Vergangenheit keine ideologischen Berührungspunkte gezeigt und auch Einrichtungen unterschiedlicher religiöser Prägung für Reha-Leistungen in Anspruch genommen, wenn die Basisanforderungen insbesondere an die Struktur- und Prozessqualität erfüllt waren. Hier hat es in der Psychosomatik in früheren Jahren bei einzelnen Einrichtungen auch einen Entwicklungsprozess mit wechselseitigem Austausch gegeben. Ich kann mich noch gut an entsprechende Diskussionen z. B. in Baden-Württemberg erinnern, wo es darum ging, die dortigen Angebotsstrukturen in der Psychosomatik an die inhaltlichen Erwartungen der Rentenversicherung anzupassen. Durch die institutionelle Verankerung einzelner Reha-Anbieter in den großen Kirchen – ich denke hier an Diakonie oder Caritas zum Beispiel als Betreiber von Sucht-Einrichtungen – kann ja auf umfassende Erfahrungen sowohl auf Anbieter- als auch auf Kostenträgerseite zurückgegriffen werden.

Fragen der Weltanschauung und des Glaubens sind in unserer eher laizistisch geprägten Gesellschaft lange Zeit ein wenig tabuisiert gewesen. In letzter Zeit gibt es aber einen Trend, sich wieder stärker mit diesen Themen zu beschäftigen. Der viel beklagte

Werteverlust in einer Zivilgesellschaft mit einer Überbetonung von Individualisierung und Abgrenzung geht derzeit offenbar auch mit einer verstärkten Sehnsucht nach transzendentalen oder spirituellen Erfahrungen einher.

Zugleich zeigt zum Beispiel die Debatte um den Religionsunterricht in den neuen Bundesländern oder um das Tragen des Kopftuches im Unterricht, wie stark emotional besetzt derartige Themen sein können, wenn die Grenzfläche zwischen staatlichem bzw. öffentlich-rechtlichem Aufgabenbereich und den jeweiligen Einstellungen und Handlungsidealen einzelner Gruppen berührt wird. Die Bedeutung von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten hat in der Psychotherapieforschung zwar eine lange Tradition, spezifische religiöse Fragestellungen sind dabei aber meist nur am Rande berührt worden. Wenn ich an mein Studium und meine Psychotherapieausbildung zurückdenke: Das Interesse von Theologen und Seelsorgern an psychotherapeutischen Fragen war oft größer als das Interesse von Psychotherapeuten, sich mit seelsorgerischen und theologischen Fragen auseinanderzusetzen.

Trotzdem liegen die Berührungspunkte ja immer wieder auf der Hand; die Bedeutung individueller Werte für Gesundheit und Krankheit sind unbestritten. Für die gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung wurde in letzter Zeit zum Beispiel von Herrn Dr. Zwingmann versucht, die Begriffe „Spiritualität“ und „Religiosität“ mittels Selbsteinschätzungsskalen zu erfassen und auf die Rehabilitation zu übertragen. Analog der amerikanischen Autoren aus Gerontologie, Palliativmedizin und Pflegewissenschaften wird von ihm Spiritualität als breiteres und der Religiosität übergeordnetes Konzept verstanden. Religiosität wird als die Übernahme von Glaubensüberzeugungen sowie die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen einer organisierten Religionsgemeinschaft mit einem spezifischen Normen- und Traditionssystem angesehen. Demgegenüber gilt Spiritualität als subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb traditioneller Religiosität angesiedelt sein kann und damit allen – nicht nur religiösen – Menschen zu eigen ist. Spiritualität wird dabei vielfältig umschrieben, z. B. als Art und Weise, in der Menschen das Leben hinsichtlich seines letzten Sinns und Werts verstehen und leben, als Bedürfnis, zufrieden stellende Antworten auf Fragen zu finden oder als Beziehungs- und Bedeutungsnetz, das dem Leben Kohärenz verleiht. Die Erfassung von Religiosität und Spiritualität ist im Reha-Bereich meines Wissens bislang nur vereinzelt im Rahmen der Messung von Lebensqualität vorgenommen worden; in der klinischen Anwendung können schriftliche Fragebogenskalen auch als Einstieg für eine vertiefende Exploration genutzt werden, um zum Beispiel individuelle Überzeugungen und deren Bedeutung, Pflichten und moralische Werte, Erfahrungen und Gefühle, Rituale und Praktiken, soziale Unterstützung durch eine religiöse Gesellschaft, Autorität und Führung zu erfassen.

Die Kraft, die aus dem individuellen Glauben geschöpft wird, ist uns bei Bewältigung von Krisensituationen immer wieder überzeugend nahe gebracht worden. Sie ist sicherlich nicht nur bei Menschen mit starken religiösen Überzeugungen anzutreffen, sondern

auch beim Vorherrschen von anderen festen Grundannahmen, sei es im moralischen, sei es im weltanschaulichen Bereich im Sinne einer persönlichen Philosophie. Diese Feststellung bringt uns einerseits in eine gedankliche Auseinandersetzung mit der Bedeutung von strukturierenden Elementen wie Ritualen, Zeremonien, aber auch individuellen Gewohnheiten für Gesundheit und Wohlbefinden, andererseits in inhaltliche Nähe zu Konzepten der Persönlichkeitsstruktur.

Nicht zuletzt aus dem verhaltenstherapeutischen Modell von A. T. Beck wissen wir, dass diese Grundannahmen, „basic beliefs“ bzw. Weltanschauung parallel zur Sprachentwicklung zwischen dem 4. und 18. Lebensjahr erworben werden. Sie ermöglichen ein kohärentes Handeln über die gesamte Lebensspanne hinweg und sind emotional tief verankert. Das heißt auch, dass sie als sehr änderungsresistent anzusehen sind. Sie haben einen ausgesprochen starken gruppen- und kulturidentitätsstiftenden Charakter. Die Verknüpfung zwischen lerntheoretischen Modellen und philosophischen bzw. weltanschaulichen Fragen war erst kürzlich Thema einer stark besuchten Tagung in der Reha-Klinik Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund unter der Leitung von Prof. Linden.

Wie wir alle wissen, haben derartige „basic beliefs“ bzw. religiöse oder weltanschauliche Grundüberzeugungen aber nicht nur eine Schutzfunktion. Ihnen kann im Einzelfall auch im Rahmen der Psychopathologie eine erhebliche Bedeutung zukommen. Das Bedürfnis nach transzendentaler Erfahrung und religiöser Erweckung bzw. spiritueller Heilserwartung lässt sich nicht selten auch psychopathologisch zuordnen. Als pathogenetischer Faktor müssen hier sicherlich nicht immer zum Beispiel eine manifeste Wahnerkrankung, eine Zwangsstörung oder eine Depression mit religiösem Inhalt im Vordergrund stehen. Der Begriff der ekklesiogenen Neurose wurde bekanntlich vor etwa fünfzig Jahren vom Frauenarzt und Psychoanalytiker Eberhard Schaetzing in einem Beitrag für die Zeitschrift „Wege zum Menschen“ veröffentlicht. Sie ist gekennzeichnet durch ein skrupulöses Gewissen, das monomorphe und strenge interne Sollsätze und Wertvorstellungen sowie Angst vor Fehlverhalten (Sünde) umfasst. Erhöhte Selbstaufmerksamkeit und Selbstbeobachtung sowie Angst vor Tod und Verdammnis, würde man im Sinne der kognitiven Verhaltenstherapie als stimulusgebundene Angstreaktionen und Sorgen übersetzen, dysfunktionales Vermeiden von Verführung würde in eine soziale und berufliche Anpassungsstörung einmünden.

Man darf Weltanschauungen und Religiosität allerdings nicht nur unter pathogenetischen Gesichtspunkten betrachten, sondern auch als Beitrag zur Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten. In diesem Zusammenhang möchte ich an die von Viktor E. Frankl entwickelte Logotherapie erinnern, wo es – platt gesagt – um die Suche nach dem Sinn geht. Die Logotherapie fragt ja weniger nach den Triebkonflikten, sondern versucht, die aktivierende und motivierende seelische Schicht der Person zu erreichen, mit dem Ziel, dass der Kranke den Sinn seines Lebens findet. Dieses Ziel allerdings ist nicht als Erreichung eines einheitlichen „Sinnkontinuums“ für alle Lebenslagen zu verstehen,

sondern eher als der Erwerb der Fähigkeit, in gegebenen Situationen des Lebens den jeweils individuell sinnvollsten Modus des Umgangs damit zu finden.

Entsprechend der Schichtenlehre nach Lersch und Wellek werden die „noetischen Schichten“ der Persönlichkeit stimuliert durch eine sogenannte paradoxe Reaktion, das heißt, der Patient wird in teilweise extreme Situationen hinein versetzt, die ihn zwingen, zu reagieren. Die Logotherapie mobilisiert die antagonistischen „psycho-noetischen Kräfte“ gegen Triebkräfte und versucht dem Patienten das Spektrum seiner konkreten Möglichkeiten bewusst zu machen, wobei sie den Patienten mit dem „logos“ seiner Existenz konfrontiert. Dadurch wird dem Patienten ermöglicht, seine Lebensleere zu füllen und sich von den neurotischen Symptomen frei zu machen (noogene Neurose).

Viktor E. Frankl hat – aus meiner Sicht recht treffend – auch die Rollenverteilung zwischen Religion und Psychotherapie beschrieben.

Demnach wird in der Psychotherapie die seelische Heilung angestrebt, während die Religion auf das Seelenheil abzielt.

Psychotherapie hat eher eine Sinnfindende Funktion, der Religion kommt eher eine Sinnstiftende Funktion zu.

Die moderne Psychotherapie arbeitet mit einem möglichst individuell angepassten Methodeninventar, Religion gibt hingegen bewährte, die religiöse Gemeinschaft betonende und Halt gebende Strukturen und Inhalte vor.

Psychotherapie intendiert die individuelle Befreiung von seelischem Leid durch Förderung von Selbstreflexion sowie der Übernahme von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, Religion kann durch die Vermittlung von Rückhalt und Sicherheit – auch „Gottvertrauen“ genannt – für viele Menschen eine Hilfe auf dem Weg darstellen, das individuell Mögliche anzufangen und das nicht Änderbare zu akzeptieren.

Wir werden heute sicherlich noch Gelegenheit haben, über die dialektische Beziehung zwischen Psychotherapie und Seelsorge zu diskutieren. Wenn in der medizinischen Rehabilitation ein für verschiedene Weltanschauungen offener Raum für Selbstreflexion und Besinnung auf individuelle Werte und vorhandene Ressourcen geschaffen wird, dann wird sie ihrem ganzheitlichen, integrativen Anspruch sicherlich am ehesten gerecht. Im Umgang mit den Rehabilitanden heißt das für den Psychotherapeuten, die Grundüberzeugungen des Betroffenen zu respektieren, zugleich aber ein Gespür für eine religiöse bzw. spirituelle Problematik des Patienten zu entwickeln und ggf. eine Bearbeitung derselben im therapeutischen bzw. rehabilitativen Prozess anzubieten. Für den Seelsorger gilt dies in umgekehrter Weise, nämlich dem Menschen in seelischer Not beizustehen, zugleich aber auch die Grenzen hilfreichen seelsorgerischen Handelns zu erkennen, wenn es um die Behandlung einer manifesten Symptomatik von ausgeprägtem Krankheitswert geht. Nicht Konkurrenz um den Patienten, sondern

Kooperation zwischen den Vertretern von Psychotherapie und Religion – selbstverständlich unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten – sind das Gebot im Umgang nicht nur mit psychisch erkrankten Menschen.

Mit einem kleinen, weltanschaulich sehr toleranten Zitat aus einer Inschrift in der Old Saint Paul's Church in Baltimore, England, aus dem Jahre 1692 möchte ich schließen: „Leb´ (deshalb) in Frieden mit Gott, wen immer Du dafür hältst, und leb in Frieden mit Deiner Seele, was immer Dein Tun und Streben im lärmigen Durcheinander des Lebens sei.“

Warum Seelsorge in einer psychosomatischen Klinik?

1. Seelsorge: Was ist das? – einige theseartige Verständigungen

Seelsorge...

- ...ist vielen heute ein fremdes Wort geworden
- ...löst oft ambivalente Empfindungen aus
- ...ist etwas zutiefst Menschliches
- ...ist unverzichtbares kirchliches Handeln
- ...ist eine Brücke zur entkirchlichten Welt
- ...geschieht auf vielfältige Weise

Evangelisch -Lutherische Kirche in Bayern – Referat Seelsorge und Beratung
Kirchenrat Peter Bertram

Menschen haben eine ungefähre Vorstellung von Seelsorge. Sie ist nicht unbekannt, aber doch fremd. Das Wort an sich klingt etwas altertümlich und gehört zur Sprache einer Sonderwelt. Betreuung, Beratung, Begleitung, Lebenshilfe sind geläufiger.

Das Wort Seelsorge löst ambivalente Empfindungen aus. Zum einen zeigen alle Umfragen die besondere Wertschätzung der Seelsorge durch die Gemeindeglieder. Andererseits: Seelsorge ist sehr wichtig, aber der Einzelne hofft, dass er sie selber nicht braucht. Seelischer Hilfe zu bedürfen, erscheint eher peinlich, ein Zeichen von Schwäche - sei es psychischer, sei es geistiger, sei es lebenspraktischer Art. Bei Seelsorge gehen unsere Gedanken zuerst an Andere, die Beistand brauchen, kranke, zweifelnde, sterbende, in Not geratene Menschen.

Seelsorge ist etwas zutiefst Menschliches und unverzichtbar. Es ist menschlich jemanden zu haben, dem man sein Herz ausschütten kann dem man sich zumuten darf. Der Mensch braucht ein Du, ein Gegenüber.

In einer Erzählung von Martin Buber heißt es: Eine Zeit nach seinem Tode sagte ein Freund: „, hätte er zu wem zu reden gehabt, er lebte noch“. Soweit kann die Bedeutung eines „Du“ gehen!

Seelsorge ist eine Grunddimension, gerade in einer sich verändernden Gesellschaft. Indem Menschen miteinander sprechen und füreinander aufmerksam werden – helfen, stärken, herausfordern, raten, ermutigen – erfahren sie etwas von der Menschenfreundlichkeit Gottes in Christus, die in seiner Gemeinde Gestalt gewinnt, dort „wo zwei oder drei in Seinem Namen versammelt sind“.

Seelsorge stellt eine Brücke zur säkularen Welt dar. In Gefängnissen, in Krankenhäusern, bei Notfällen und Krisen, begegnen Vertreterinnen und Vertreter der Kirche Menschen unterschiedlichster Herkunft und religiöser Prägung. Seelsorgerinnen und Seelsorger bewegen sich dort, wo Menschen leben und arbeiten, wo sie freiwillig und unfreiwillig Zeit verbringen müssen, wo sie lieben, leben und leiden. Sie treffen auf Menschen, die in besonderer Weise sensibel sind für religiöse Fragestellungen. Dabei geraten die sozialen wie die leiblichen Aspekte seelischer Not und seelischen Reichtums in den Blick.

In der Konsequenz geschieht Seelsorge auf vielfältige Weise und in ökumenischer Weite. Sie ist nicht fixiert auf ein bestimmtes Setting – etwa den Besuch am Krankenbett oder das ausdrücklich vereinbarte Gespräch im Seelsorgezimmer.

Zusammenfassung:

Grunddimension Seelsorge

- Seelsorge ist eine Grunddimension kirchlichen Handelns.
- Die christliche Kirche bezeugt Gott, der sich in Jesus Christus in das Menschsein hineinbegibt, gerade auch in Leid und Not. Dies ist erkennbar an der besonderen, heilsamen Zuwendung Jesu zu kranken, belasteten Menschen und Menschen mit Behinderungen.
- Das Evangelium von Jesus Christus vermittelt den Menschen durch Wort und Tat Annahme, Trost, Wert und Würde. Gerade kranke und belastete Menschen sind in besonderer Weise ansprechbar und offen für die religiöse Dimension ihres Lebens und für Fragen christlichen Glaubens.

Evangelisch -Lutherische Kirche in Bayern – Referat Seelsorge und Beratung
Kirchenrat Peter Bertram

2. Herausforderung für die Seelsorge

Die Gesundheitsreformen zwingen das Gesundheitssystem effizienter zu machen; dies gilt insbesondere durch die Einführung der neuen Fallpauschalen. Die sich verändernden Rahmenbedingungen haben Auswirkungen auf die gelebte Seelsorgepraxis und lassen neu fragen:

- Was erwarten und brauchen Patientinnen und Patienten?
- Welche Aufgaben soll und kann die Seelsorge unter veränderten Rahmenbedingungen leisten?
- Wo findet sie ihren Platz im Zusammenwirken mit anderen Professionen?

In der Süddeutschen Zeitung vom 24.12.2003 schreibt Wolfgang Huber, Bischof von Berlin/Brandenburg und gegenwärtiger Ratsvorsitzender der EKD:

Entdeckung der religiösen Tiefenschicht des Lebens

„... (es) sagen inzwischen viele, die wichtigste Aufgabe der Kirche sei die Öffnung eines Raums für die Begegnung mit dem Heiligen, die Botschaft von Gottes Zuwendung zu seiner Welt, die Sorge für die Seelen. Die religiöse Tiefenschicht des Lebens wird wieder entdeckt. Und von der Kirche wird erwartet, dass sie bei der Auseinandersetzung mit dieser Tiefenschicht Orientierung gibt.“

Wolfgang Huber, Ratsvorsitzender der EKD in: Süddeutsche Zeitung 24.12.2003, Seite 2
Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern – Referat Seelsorge und Beratung
Kirchenrat Peter Bertram



„Gegen eine verbreitete Ökonomisierung des Denkens wird neu nach der spirituellen Dimension menschlichen Lebens gefragt. Der Glaube wird wieder in seinem transzendenten Bezug zum Thema. Die Kirche ... wird wieder als Raum für die Begegnung mit dem Heiligen wahrgenommen. Auf die Frage, was die wichtigste Aufgabe der Kirche sei, wurde lange Zeit geantwortet: Der diakonische Einsatz, das Eintreten für die Schwachen in der Gesellschaft. Auch wenn diese Antwort ihre Bedeutung behält, sagen inzwischen viele, die wichtigste Aufgabe der Kirche sei die Öffnung eines Raums für die Begegnung mit dem Heiligen, die Botschaft von Gottes Zuwendung zu seiner Welt, die Sorge für die Seelen. Die religiöse Tiefenschicht des Lebens wird wieder entdeckt. Und von der Kirche wird erwartet, dass sie bei der Auseinandersetzung mit dieser Tiefenschicht Orientierung gibt.“

(Süddeutsche Zeitung vom 24. Dezember 2003, Seite 2)

Im Kontext einer Klinik erscheint es notwendig, den inneren Sinn von Seelsorge – jenseits von Therapie – wieder neu zu gewinnen. Der Pfarrer und jede/r kirchliche Mitarbeitende, auch ehrenamtlich, repräsentiert und symbolisiert die seelsorgerliche Dimension im Krankenhaus. Sie sind Repräsentanten der religiösen Dimension, also dessen „was mich unbedingt angeht“ (Paul Tillich). Seelsorgerinnen und Seelsorger kommen nicht im Namen der Gesundheit, sondern im Namen Gottes. Und sie kommen „von der Kirche“, sind trotz der Klinik-Zugehörigkeit nicht identisch mit dem Klinik-Betrieb. Durch Seelsorgende wird nicht in erster Linie das therapeutische Angebot erweitert (Hilfs-Therapeuten, Ersatz-Psychologen), sondern die Gemeinschaft mit Gott, wo zwei oder drei versammelt sind in Seinem Namen, in der christlichen Kirche gestärkt.

Seelsorge geschieht somit durch Personen und Angebote. Die Kirche kann hier durch ihre personale und strukturelle Präsenz einen gewichtigen Dienst leisten, indem sie Menschen in ihrer besonderen Situation aufsucht – motivierend, integrierend und stabilisierend wirkt und einer Isolierung der Patienten entgegenarbeitet.

Das besondere Eigene von so verstandener Seelsorge ist darin zu sehen, dass sie die theologische Dimension von Lebensereignissen vermittelt und hilft, neues Vertrauen in die eigene Lebens- und Glaubensgeschichte zu finden. Es sollen Hilfestellungen gegeben werden zur eigenen Sinnfindung und zur Selbsthilfe.

Die Patienten werden dabei unterstützt ihre Situation auszudrücken und neue Möglichkeiten für gelingendes Leben zu entdecken. Seelsorge möchte, wie es die Leitlinien der EKD für die Evangelische Krankenhausseelsorge aus dem Jahr 2004 formulieren, die „Kraft zum Menschsein stärken“.

3. Kräfte bündeln und den Dialog suchen

Kräfte bündeln

„Orientiert sich die Arbeit im Krankenhaus am Wohl des kranken Menschen, dann vertreten Psychologie, Seelsorge und Sozialarbeit neben Medizin und Pflege wichtige Einsichten in Aspekte der Krankheit und ihrer Behandlung, die im Interesse der Patienten/Patientinnen zur Geltung kommen müssen. Also ist die Arbeit im interdisziplinären Teams unerlässlich.“

Christoph Schneider – Harpprecht/Sabine Allwinn (Hg.), Psychosoziale Dienste und Seelsorge im Krankenhaus, Göttingen 2005, Seite 223f

Evangelisch -Lutherische Kirche in Bayern – Referat Seelsorge und Beratung
Kirchenrat Peter Bertram

„Eine schiedlich-friedliche Abtrennung der Felder – dem Arzt der Körper, dem Psychologen die Emotionen, dem Seelsorger der Transzendenzbezug, dem Sozialarbeiter, das soziale Netz – ist unmöglich und absurd, weil der Mensch, um den es geht eine Einheit ist, in der die Grundbeziehungen zum Körper, zum inneren Erleben, zum Mitmenschen und zur Transzendenz untrennbar miteinander verbunden sind. Orientiert sich die Arbeit im Krankenhaus am Wohl des kranken Menschen, dann vertreten Psychologie, Seelsorge und Sozialarbeit neben Medizin und Pflege wichtige Einsichten in Aspekte der Krankheit und ihrer Behandlung, die im Interesse der Patienten/Patientinnen zur Geltung kommen müssen. Also ist die Arbeit im interdisziplinären Teams unerlässlich.“

So Christoph Schneider – Harpprecht, Theologieprofessor und Sabine Allwinn, Psychologiestudien, beide in Freiburg, in dem von ihnen herausgegebenen Band, Psychosoziale Dienste und Seelsorge im Krankenhaus, Göttingen 2005 (Seite 223f).

Für beide geht es um nichts weniger als die Entwicklung einer „vierten Säule“ im Klinikbetrieb – neben Medizin, Pflege und Verwaltung. Sie fordern angesichts eines verschärften Kampfes um Ressourcen in der Klinik eine Kultur des gegenseitigen Helfens und des Dialoges ein, die Arbeit an gemeinsamen Werten und Zielen und damit eine Profilierung der Kompetenzen der unterschiedlichen Professionen.

**Gute Medizin,
gute Pflege,
gute Verwaltung,
gute Seelsorge,**

gehören zusammen.

Evangelisch -Lutherische Kirche in Bayern – Referat Seelsorge und Beratung
Kirchenrat Peter Bertram

Die Patienten werden davon profitieren, aber nicht nur sie: Die Klinik, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das Ansehen der Einrichtung. Der Beitrag der Seelsorge kann im interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenspiel zu einem Qualitätsmerkmal für die Klinik werden und somit für die Klinik auch zu einem Wettbewerbsvorteil.

Gute Medizin – gute Pflege – gute Verwaltung – gute Seelsorge gehören zusammen.

Der Stellenwert der Seelsorge in der Rehabilitation

Lassen Sie mich hierzu zunächst als Grundlage einige generelle Aussagen zum Thema „Krankheit und Rehabilitation“ machen.

Dazu möchte ich zunächst auf das heutige Verständnis von Gesundheit und Krankheit abstellen. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen, sondern ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Wenngleich diese Definition sicherlich einen utopischen Zustand beschreibt, so macht sie dennoch deutlich, welche Bereiche für die Gesundheit des Menschen von entscheidender Bedeutung sind bzw. welche Faktoren die Entstehung von Krankheitsdispositionen beeinflussen. Nach heutiger Erkenntnis ist Gesundheit nicht etwas Statisches, also kein Guthaben, das der Mensch bei seiner Geburt mitbekommt und je nach seiner Konstitution wechselnd schnell im Laufe seines Lebens verbraucht, sondern etwas Dynamisches, ein Gleichgewichtszustand in jedem Lebensabschnitt zwischen körperlichem und seelischem Leistungsvermögen und den Umfeldforderungen.

Diesem Gesundheitsbegriff entspricht ein Verständnis von Krankheit, das einerseits im Krankheitsgeschehen körperliche Vorgänge sieht, die mit physikalisch-chemischen Methoden festgestellt werden können, und das andererseits seelische und gesellschaftliche Faktoren mit berücksichtigt. Der Mensch wird dabei als psycho-sozio-somatische Einheit betrachtet. Diese ganzheitliche Sicht erscheint schon deshalb wichtig, weil gerade heute wesentliche Störfaktoren, die die Entstehung von Krankheiten begünstigen, aus dem psychosozialen Bereich kommen.

Mit diesem ganzheitlichen Krankheitsverständnis korrespondiert ein weitgefasstes Rehabilitationsverständnis im Sozialgesetzbuch, das die rechtlichen Grundlagen für die Leistungen zur Teilhabe enthält.

Ich möchte Sie jetzt nicht mit den verschiedenen Rechtsnormen aus dem Bereich der Rehabilitation langweilen, jedoch möchte ich zwei grundlegende Vorschriften kurz herausgreifen, um den rechtlichen Rahmen der medizinischen Rehabilitation zu skizzieren.

Im gegliederten System der sozialen Sicherung sind die gemeinsamen Aufgaben aller Rehabilitationsträger in § 10 SGB I formuliert. Darin heißt es:

„Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“

Der Auftrag zur Rehabilitation umfasst also die Hilfe zur Wiedergewinnung und Erhaltung der aktiven Teilnahme am normalen Leben, insbesondere am Arbeitsleben, aber auch im Hinblick auf Familie und Gesellschaft. Dieses weitgefaste Rehabilitationsverständnis orientiert sich an Menschen mit bleibenden Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen. Ihnen soll dazu verholfen werden, trotz Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, durch die Entwicklung noch vorhandener Kräfte sowie durch zusätzliche Hilfen ein möglichst normales Leben führen zu können.

Die Leistungen der Rentenversicherung zur Rehabilitation sind durch einen speziellen gesetzlichen Auftrag beschrieben:

Die Rentenversicherung erbringt nach § 9 SGB VI Leistungen zur Teilhabe, um

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegen zu wirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Der spezielle gesetzliche Auftrag der Rentenversicherungsträger zielt also auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten als grundlegender Bestandteil der gesamten Behandlungskette etabliert. Dies gilt insbesondere bei solchen chronischen Erkrankungen, deren Folgen langfristig schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Integration der Betroffenen in Beruf und Alltag haben.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben im Jahre 2004 803.159 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht und fast 2,9 Mrd. Euro für die medizinischen und ergänzenden Leistungen aufgewendet. Ergänzend habe ich noch einige Zahlen aus

den vergangenen Jahren mitgebracht, um die Entwicklung deutlich zu machen, wobei ich insbesondere auf das Jahr 1995 hinweisen möchte, in dem etwa eine Mrd. Euro mehr aufgewendet worden sind als heute. Dies erklärt sich durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz aus dem Jahr 1997, durch das die Mittel der gesetzlichen Rentenversicherung ja erheblich reduziert wurden.

Wenn wir uns das Krankheitsspektrum ansehen, so wird der größte Anteil an Rehabilitationsleistungen bei Männern (39 %) für orthopädische Erkrankungen erbracht (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems). An zweiter und dritter Stelle stehen psychische Erkrankungen bzw. Neubildungen (jeweils 16 %) sowie die Krankheiten des Kreislaufsystems (mit 14 %). Bei den Frauen stellt sich die Verteilung ähnlich dar. Auch bei ihnen wird der Großteil der Reha-Leistungen im Zusammenhang mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems erbracht. An zweiter Stelle stehen bei den Frauen die Neubildungen (22 %), es folgen dann psychische Krankheiten (20 %) und mit einem relativ großen Abstand dann Krankheiten des Kreislaufsystems (5 %).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es um Krankheiten geht, bei denen es darauf ankommt, dauernde, nachhaltige Veränderungen in und an sich selbst zu akzeptieren, zu verarbeiten, sich also auf veränderte persönliche Ausgangsbedingungen einzustellen und mit ihnen weiter zu leben. Das ist – denke ich – eine ganz wesentliche Aussage, gerade wenn wir gleich auf den Stellenwert der Seelsorge in der Rehabilitation zu sprechen kommen.

Bevor ich dazu komme, möchte ich jedoch zunächst noch auf die Aufgaben der medizinischen Rehabilitation eingehen, denn ohne uns diese Aufgaben nicht noch einmal vor Augen zu führen, können wir den Stellenwert der Seelsorge im Hinblick auf die Rehabilitation schwer ausmachen.

Chronische Erkrankungen und ihre Folgen lassen ebenso wie Akuterkrankungen und traumatische Ereignisse häufig eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit nicht mehr zu. Die Aufgabe der Rehabilitation liegt in diesen Fällen darin, eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten, bereits eingetretene Fähigkeitsstörungen und -beeinträchtigungen weitestgehend zu reduzieren und dem Auftreten dauerhafter Benachteiligungen vorzubeugen.

Eine wesentliche Zielsetzung besteht darin, die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat umzugehen und trotz Behinderung ihre Funktion in Beruf, Familie und Gesellschaft so weit wie möglich wahrzunehmen.

Konkrete Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sind im einzelnen:

1. Diagnostik der Erkrankung und der Schädigung, die Funktionsdiagnostik (körperliche und psychische Leistungsfähigkeit) und die psychosoziale Diagnostik als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik.
2. Erstellung eines Rehabilitationsplans, der soweit wie möglich die Behandlungskonzepte der Vorbehandler berücksichtigt, auf den Ergebnissen der Verlaufsdiagnostik in der Rehabilitationseinrichtung aufbaut und die individuellen Voraussetzungen der Rehabilitanden sowie die besonderen Anforderungen in Beruf und Alltag einbezieht.
3. Fortführung, ggf. Anpassung der medizinischen Therapie und Durchführung von physikalischen, psychologischen und weiteren Therapiemaßnahmen.
4. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Fähigkeitsstörungen.
5. Information der Rehabilitanden über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen.
6. Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: d.h. Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.
7. Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgang (Selbstmanagement) mit der Erkrankung.
8. Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens.
9. Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit den Rehabilitanden und den Folgen ihrer Gesundheitsstörung.
10. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden.
11. Beratung der Rehabilitanden im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens.
12. Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und Vorbereitung der Rehabilitanden darauf.

Insbesondere die Ziele 5, 6, 7, 8 und 9 haben viel mit Lebenseinstellungen, mit Veränderung und einer gewissen Introspektionsfähigkeit zu tun. Es handelt sich also vor allem um Punkte, bei denen Seelsorge ihren Ansatz finden kann.

Um den Stellenwert der Seelsorge für die Rehabilitation erkennen zu können, möchte ich noch einmal die Situation reflektieren, in der sich die Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation befinden. Meist haben sie schon über einen längeren Zeitraum mit ihrer Erkrankung zu tun. Sie befinden sich vielfach in einer Phase ihres Lebens, in der sie lernen müssen, einen angemessenen Umgang mit ihrer Erkrankung und ihren Folgen zu finden. Gerade lang andauernde oder schwer zu behandelnde Krankheiten bedeuten für die Betroffenen oft eine Grenzerfahrung. Die körperlichen Beschwerden, unter denen die Betroffenen leiden, signalisieren ihnen täglich neu, dass menschliche Gesundheit, menschliche Möglichkeiten, ja menschliches Leben überhaupt, Grenzen haben. Diese Binsenweisheit, die jeder kennt, ist im Blick auf die eigene Person schwer zu verarbeiten. Im Gegensatz zu einer nach wie vor weit verbreiteten Fortschritts- und Wachstumsideologie erfahren die Patienten, dass es nicht automatisch stetig aufwärts geht und dass sich manche ihrer Vorstellungen und Träume nicht verwirklichen lassen.

Nicht wenige erleben dies als persönliches Versagen, vor allem dann, wenn sie mit vielen Zeitgenossen bisher den Wert ihres Lebens weitgehend daran gemessen haben, was sie zu leisten und sich zu leisten in der Lage waren. Viele müssen sich im Verlauf ihrer Erkrankung damit abfinden, dass sie künftig mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit und mit einem unter Umständen deutlich begrenzten Aktionsradius weiter leben müssen. Häufig ist im Gefolge der Erkrankung eine Umstellung der bisherigen Lebensweise erforderlich und damit auch eine Änderung der Lebenseinstellung. Mancherlei wird möglicherweise „nicht mehr gehen“. Die Frage, die sich dann stellt, ist, ob diese Menschen ihrem Leben trotzdem einen Sinn abgewinnen können. So dankbar die Patienten einerseits die Hilfe und den Dienst anderer, z.B. des Arztes oder der Physiotherapeuten, annehmen, so stark empfinden sie andererseits die Tatsache, darauf angewiesen zu sein, als Abhängigkeit. Darum schwanken viele in ihrem Verhalten zwischen Regression und Aggression. Nicht selten leiden Menschen in der Zeit einer Rehabilitation unter akuten Depressionen. Dass die meisten Patienten in der Reha allein sind, also ohne ihre Angehörigen, losgelöst von ihrer gewohnten Umgebung, ihrer Arbeit und von ihrem eingespielten Lebensrhythmus, macht das Ganze nicht einfacher. Die Menschen in der Rehabilitation brauchen daher jemanden, der ihnen bei der Bewältigung dieser Probleme hilft.

Die Frage, die sich hierbei jedoch stellt, geht dahin, ob es für diese Bewältigungsarbeit der seelsorgerischen Betreuung bedarf oder ob nicht eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung den Bedürfnissen der Patienten mehr entgegen käme. Sowohl bei der Psychotherapie als auch bei der Seelsorge geht es darum, Schwierigkeiten, Probleme und Symptome im Zusammenhang mit den jeweiligen Lebensgeschichten zu verstehen. Während bei der Psychotherapie jedoch mehr eine

Rolle spielt, mit den Patienten beispielsweise ungelöste innerseelische Konflikte zu bearbeiten oder die Selbstwahrnehmung zu stärken, zielt die Seelsorge darauf, Antworten auf die Frage nach der grundsätzlichen Bestimmung des Lebens zu finden. Die ganz spezifische Aufgabe der Seelsorge besteht insbesondere darin, die religiöse Dimension in jedem Leben zu sehen und zu verstehen.

Die Frage, ob in der heutigen Zeit ein seelsorgerisches Angebot den Bedürfnissen der Menschen entspricht, stellt sich insbesondere vor dem Hintergrund, dass in unserer Gesellschaft die Bindung an die Kirchen bzw. Religionsgemeinschaften mehr und mehr verloren geht. Das Religiöse ist heute nicht mehr selbstverständlich. Drei Viertel derer, die einer Religionsgemeinschaft angehören, haben keinen oder kaum Kontakt zu dieser Gemeinschaft. Ist somit die Kurseelsorge ein Relikt aus grauer Vorzeit oder ist sie doch ein für viele Menschen wichtiger Bestandteil eines erfolversprechenden Rehabilitationskonzeptes?

Die Erwartungen von Patienten an die Seelsorge in einem Krankenhaus oder einer Klinik wurden bisher relativ wenig untersucht. Es gibt eine Studie aus den USA aus dem Jahre 1982 – die sog. Carey-Studie (Raymond Carey) –, die mit handfesten Daten die Wichtigkeit von Seelsorge darlegt. Zwei Drittel der befragten Patienten gaben damals an, dass sie gern Kontakt zur Seelsorge hätten. Die wichtigste Erwartung an die Seelsorge war der Trost.

Eine weitere Untersuchung stammt aus dem Jahr 1985 und wurde durch Ludger Simon durchgeführt. Diese Studie machte deutlich, dass die Patienten sehr unterschiedliche Erwartungen haben. Sie hielt als Ergebnis fest, dass sich die Patienten vor allem eine Seelsorge wünschen, bei der sie sich in menschlicher Hinsicht mit ihren Bedürfnissen und Problemen gut aufgehoben fühlen und weniger eine priesterzentrierte Seelsorge erwartet wird, die das religiöse Ritual in den Vordergrund stellt.

In jüngerer Zeit haben sich Mitarbeiter der Klinik Königsfeld in Ennepetal mit diesem Thema befasst, in persona Frau Pfarrerin Anke Lublowski-Zienau, Herr Dipl.-Psychologe Jörg Kittel und Herr Professor Marthin Karoff. Die Klinik Königsfeld – eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen – ist ein Zentrum für medizinische Rehabilitation bei Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen mit etwa 200 Betten. Bei ihrer ersten Studie ging es zunächst um die Frage, was die Patienten von der Seelsorge erwarten. In einer weiteren Untersuchung wurde dann ergänzend der Frage nachgegangen, wie Seelsorge von kardiologischen Rehabilitanden angenommen wird. Diese Fragestellungen sind gerade vor dem Hintergrund knapper finanzieller Ressourcen von Bedeutung, da sich gerade in einer Zeit der knappen Mittel um so mehr die Frage stellt, welche Angebote vorgehalten werden müssen, welche wichtig sind und sich zu finanzieren lohnen. Da die Seelsorge nicht in den Behandlungsplan eingebaut ist und daher im Bereich der Rehabilitation eine strukturell eher nachgeordnete Rolle spielt, besteht bei ihr zweifellos die besondere Gefahr, Einsparungen zum Opfer zu fallen.

Im folgenden möchte ich die Untersuchungen der Klinik Königsfeld kurz vorstellen:

Die erste Untersuchung wurde Ende 2001 in einem Zeitraum von 12 Wochen anhand eines selbst entwickelten Fragebogens durchgeführt. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer lag bei 56 Jahren. An der Gesamtzahl von 454 Teilnehmern hatten die Männer einen Anteil 80,4 % Männer. Zwei Drittel der Patienten waren im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung in der Klinik, ein Drittel zum Heilverfahren. Von den Teilnehmern gehörten etwa 80 % einer Religionsgemeinschaft an, wobei jedoch etwas mehr als die Hälfte angab, aktiv nicht am Leben ihrer Religionsgemeinschaft teilzunehmen.

Die Erwartungen in Bezug auf die Seelsorge stellten sich wie folgt dar:

Gut die Hälfte der Teilnehmer (51 %) erwartete, dass es Seelsorge in einer Klinik gibt. Fast ein Fünftel (18 %) ging davon aus, dass der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin von sich aus auf die Patienten zugeht, ohne von ihnen dazu aufgefordert worden zu sein.

Sieht man sich die Erwartungen im Einzelnen an, so ist für mehr als 80 % der Teilnehmer das Zuhören von besonderer Bedeutung. Für 77,5 % ist es wichtig, über Sterben, Angst und Hoffnung sprechen zu können. An dritter Stelle lag das Trösten mit 71,5 %. Der relativ geringste Wert kam dem Beten mit 55,1 % zu. Auch Aspekte wie Gottesdienste oder Eucharistie wurden nur von 55 bis 60 % als wichtig eingestuft. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Resultaten von Carey und Simon, so bestand bei diesen das Trösten an erster Stelle. Dieses unterschiedliche Ergebnis haben die Verfasser der Untersuchung in Königsfeld damit erklärt, dass die beiden Studien aus den 80iger Jahren in einem Akutkrankenhaus durchgeführt wurden. Das Zuhören kann möglicherweise ein Indikator für besonderen Gesprächsbedarf in der Rehabilitation sein.

Insgesamt hat die Studie die Aspekte der Seelsorge in einen therapeutisch-zwischenmenschlichen und einen religiös-rituellen Bereich untergliedert. Zu dem therapeutisch-zwischenmenschlichen Aspekt gehören beispielsweise Zuhören, Trösten und gegenseitiger Austausch, während der religiös-rituelle Aspekt insbesondere das Feiern von Gottesdiensten, das gemeinsame Beten oder das Spenden der Krankensegnung umfasst. Wenn man die beiden Faktoren vergleicht, so hat sich zwar gezeigt, dass dem therapeutisch-zwischenmenschlichen Aspekt mehr Bedeutung zugemessen wurde als dem religiös-rituellen, jedoch lagen die Werte letztlich nicht weit auseinander. Man kann also sagen, dass beide Aspekte für die Seelsorge wichtig sind und auch von den Patienten erwartet werden.

Ich komme nun zu den Ergebnissen der zweiten Studie aus der Klinik Königsfeld, die vor einigen Wochen – ebenso wie die erste Studie - in der Zeitschrift „Wege zum Menschen“ veröffentlicht wurden. Verfasser dieser Studie sind ebenfalls Frau Lublewski-Zienau, Herr Kittel und Herr Professor Karoff.

In dieser Studie geht es im wesentlichen darum, herauszufinden, wie die Seelsorge in der Klinik wahrgenommen und angenommen wird. Durch eine Befragung der Patienten am Ende ihres stationären Aufenthaltes in der Klinik wurde die Akzeptanz von Klinikseelsorge untersucht. Insgesamt gaben 69 % der Teilnehmer an der Studie an, die Seelsorge in der Klinik wahrgenommen zu haben. Annähernd 35 % hatten an Gottesdiensten teilgenommen und fast 29 % hatten mindestens ein Einzelgespräch mit der Seelsorgerin. Die Teilnehmer an den Gottesdiensten waren eher ältere Patienten. Während mehr als die Hälfte der über 60jährigen dieses Angebot wahrnahm, war es in der Gruppe der 40- bis 60jährigen nur ein Viertel, bei den unter 40jährigen sogar nur ein Achtel.

Hinsichtlich der Erwartungen in Bezug auf die Seelsorge zeigten die Ergebnisse eine ähnliche Tendenz wie bei der ersten Studie. Auch bei dieser Gruppe hatte das Zuhören in der Bedeutungsskala oberste Priorität.

Um Veränderungen in der Beurteilung des Stellenwertes einzelner Aspekte von Seelsorge zu erfassen, hat man in der zweiten Studie die Ergebnisse zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung und zu deren Ende miteinander verglichen. Fast alle Aspekte stiegen in den Bewertungen. Auffallend war, dass gerade bei den religiös-rituellen Faktoren ein starker Anstieg der positiven Bewertungen zu verzeichnen ist. Vier von fünf Kriterien, die sich zwischen Beginn und Ende der Maßnahme am stärksten verändert hatten, stammten aus diesem Bereich.

Darüber hinaus zeigten sich folgende Ergebnisse:

- Für Frauen ist die Seelsorge signifikant wichtiger als für Männer.
- Je älter ein Patient bzw. eine Patientin war, desto bedeutender war die Seelsorge.
- Für diejenigen, die einer Religionsgemeinschaft angehören, ist die Seelsorge signifikant wichtiger als für diejenigen, die keiner angehören.

Insgesamt gesehen machen die beiden Studien deutlich, dass der Seelsorge – zumindest in der kardiologischen Rehabilitation – ein hoher Stellenwert zukommt. Das Angebot einer Klinikseelsorge wird von der Mehrheit der Patienten erwartet. Die Klinikseelsorge wurde von allen Teilnehmern durchweg positiv bewertet. Während ihr zu Beginn etwas mehr als die Hälfte der Patienten eine hohe Bedeutung zugemessen hatten, waren es am Ende der Rehabilitation sogar drei Viertel der Teilnehmer. Beide Studien haben gezeigt, dass sich sogar die Menschen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, einen Kontakt mit der Seelsorge vorstellen können.

Die Ergebnisse der Studie werden von ihren Verfassern in zwei Richtungen diskutiert, und zwar einmal unter dem Aspekt ihrer Bedeutung für die Klinik, zum anderen aber auch im Hinblick auf die Bedeutung für die Kirche.

Mit der Klinikseelsorge ist die Kirche an einem Ort in unserer Gesellschaft anwesend, an dem die Menschen ihre oft gravierenden Folgen einer Erkrankung verarbeiten und sich mit existentiellen Fragen auseinander setzen müssen. In einer solchen Situation finden sie häufig wieder Zugang zu religiösen Institutionen, die ihnen dabei helfen, die Sinnfragen ihres menschlichen Daseins zu beantworten. Der Kirche bietet die Seelsorge in der Rehabilitation also die Chance, dem Abwärtstrend der institutionalisierten Religiosität entgegen zu wirken.

Die Klinik profitiert von der Seelsorge, weil durch sie ein Aspekt in das Heilungsgeschehen eingeführt wird, der im normalen Klinikalltag mit Diagnostik, Therapie und Pflege naturgemäß zu kurz kommt.

Soweit zu den beiden Studien aus der Klinik Königsfeld. Zusammenfassend kann man sagen, dass der Seelsorge nach diesen beiden Studien eine große Bedeutung zukommt, auch wenn diese Studien vielleicht letztlich nicht repräsentativ sind, da sie sich lediglich auf den Bereich der kardiologischen Rehabilitation beziehen. Ich wage aber dennoch die generelle These, dass die Seelsorge von grundlegender Bedeutung für die Rehabilitation insgesamt ist.

Rehabilitation geht stets von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Ein solcher Ansatz setzt voraus, dass neben den rein medizinischen Aspekten auch soziale, psychische und eben auch religiöse Faktoren in die Behandlung einbezogen werden können. Nur auf diese Weise kann der Einheit von Körper und Seele bzw. Geist Rechnung getragen werden. Von daher ist die Seelsorge in der Rehabilitation für viele Menschen ein unverzichtbarer Bestandteil des Heilungsprozesses. Es ist somit für die Kliniken eine ganz wichtige Aufgabe, die Funktion bzw. die Aufgabe der Seelsorge klar zu definieren. Ich betone dies deshalb besonders, weil die Seelsorge in einer Klinik, die in erster Linie medizinisch-naturwissenschaftlich ausgerichtet ist, und die nach wirtschaftlichen Effizienzkriterien arbeitet, möglicherweise doch vielfach ein Schattendasein führt oder zumindest keine eindeutig beschriebene Identität hat. Hier bedarf es einer klaren Aufgabenstellung innerhalb des Klinikkonzeptes. Wichtig ist hierbei eine kontinuierliche Begleitung der Patienten während ihres Aufenthalts in der Klinik und eine gute Zusammenarbeit der Seelsorger mit den einzelnen Abteilungen der Klinik. Sind diese beiden Voraussetzungen erfüllt, kann die Seelsorge zweifellos einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsbewältigung und damit auch zur Gesundung der Patienten leisten.

Ich habe bisher bei meinen Ausführungen überwiegend auf die Seelsorge in der Klinik abgestellt. Mir ist natürlich klar, dass nicht in allen Rehabilitationskliniken Seelsorge als Angebot vorzufinden ist. In den Kliniken, in denen dieses nicht der Fall ist, kommt dem Seelsorgeangebot durch die jeweilige Kirchengemeinde natürlich eine besondere Bedeutung zu.

Lassen Sie mich nun zum Abschluss noch kurz zwei Punkte nennen, die meines Erachtens bei der Seelsorge in der Rehabilitation nicht vernachlässigt werden dürfen. Zum einen rede ich von der Einbeziehung der Angehörigen. Für die Angehörigen ist der Umgang mit der Erkrankung häufig ein ebenso großes Problem wie für die Patienten bzw. Rehabilitanden selbst. Daher sollte die Seelsorge in der Rehabilitation auch für sie zur Verfügung stehen und im Bedarfsfall Angebote bereit halten.

Der zweite Punkt betrifft die Tatsache, dass der Anteil der Bevölkerung wächst, der nicht in einer christlichen Tradition groß geworden ist. Zwar ist der Anteil der nicht christlichen Rehabilitanden vergleichsweise gering; aber man sollte sich auch für diesen Personenkreis Gedanken machen, wie dessen Bedürfnissen nach Seelsorge Rechnung getragen werden kann. Hier gibt es sicherlich eine gemeinsame Basis, denn allen Religionen ist letztlich gemeinsam, dass der Mensch sein Leben einer höheren Geistesebene anvertraut.

Fazit:

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass der Seelsorge ein hoher Stellenwert in der Rehabilitation zukommt. Die Mehrheit der Patienten erwartet ein entsprechendes Angebot. Sie ist ein sinnvoller Bestandteil bzw. eine sinnvolle Ergänzung der Rehabilitation. Mit der Vermittlung religiöser Sinngehalte bringt die Kurseelsorge eine Dimension in die Krankheitsbewältigung ein, die von keiner anderen Bezugsperson übernommen werden kann. Sie darf natürlich nicht „verordnet“ werden, sollte aber denjenigen, die entsprechende Angebote wünschen, auch ermöglicht werden. In solchen Fällen kann sie zweifellos einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsbewältigung und damit auch zur Gesundung der Patienten leisten.

Aufgrund dieses hohen Stellenwertes der Seelsorge für die Rehabilitation begrüßt die Deutsche Rentenversicherung Westfalen jedes Engagement auf diesem Feld, wobei sie sich bewusst ist, dass sie selbst diese Aufgabe nicht erfüllen kann. Klinikseelsorge ist und bleibt letztlich Aufgabe der Kirchen und der Kliniken. Im Interesse aller Rehabilitanden wollen wir sie ermuntern, das ihnen Mögliche zu tun, um ein entsprechendes Angebot vorhalten zu können.

Der Stellenwert der Seelsorge in der Rehabilitation

Barbara Hassenkamp

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

„Seelsorge und Psychotherapie“

28.10.2005

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Gesundheit:

Definition der WHO:

nicht nur Freisein von Krankheit
und Gebrechen, sondern Zustand
völligen körperlichen, seelischen
und sozialen Wohlbefindens

Krankheit:

- ⇒ körperliche Vorgänge, die mit
physikalisch-chemischen
Methoden festgestellt werden
können
- ⇒ Mitberücksichtigung von
seelischen und
gesellschaftlichen Faktoren

Rechtliche Grundlagen - § 10 SGB I

Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern

Rechtliche Grundlagen - § 9 SGB VI

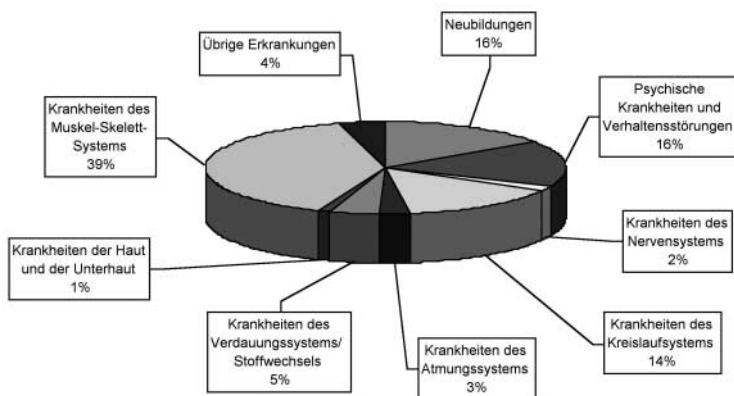
Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

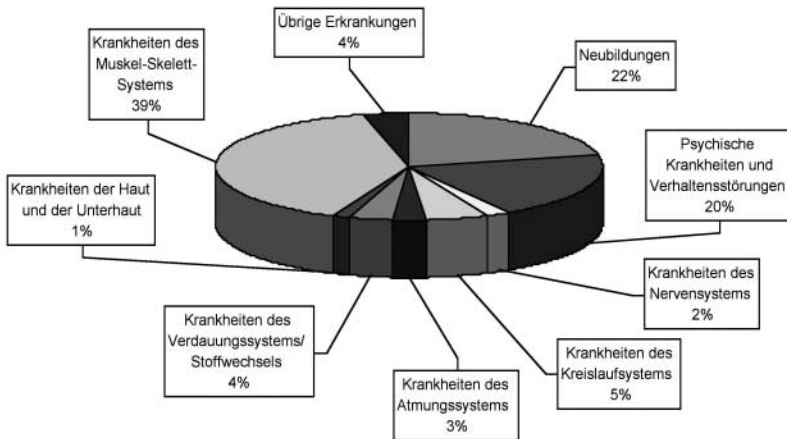
	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Aufwendungen für medizinische und ergänzende Leistungen
2004	803.159	2.887.000.000 €
2000	835.878	3.101.000.000 €
1995	985.415	3.851.000.000 €
1990	728.319	2.428.000.000 €

Verteilung der Hauptdiagnosen (Männer)



Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation des Jahres 2003, Tabelle

Verteilung der Hauptdiagnosen (Frauen)



Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation des Jahres 2003, Tabelle

(Eine wesentliche) Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation:

Die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat umzugehen und trotz Behinderung ihre Funktion in Beruf, Familie und Gesellschaft so weit wie möglich wahrzunehmen.

Konkrete Aufgaben der Rehabilitation

1. Diagnostik
2. Erstellung eines Rehabilitationsplanes
3. Therapie
4. Training zur Kompensation von Fähigkeitsstörungen
5. Information der Rehabilitanden über die Erkrankung und deren Folgen
6. Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“)
7. Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung
8. Verhaltensmodifikation
Ziel: Aufbau einer krankheitsadäquaten Lebensweise
9. Beratung und Anleitung von Bezugspersonen
10. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit
11. Beratung der Rehabilitanden im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des Leistungsvermögens
12. Planung und Anregung weiterer Maßnahmen

Frühere Studien zu den Erwartungen von Patienten an die Seelsorge

1. Raymond Carey (1982)
⇒ Darlegung der Wichtigkeit von Seelsorge
(wichtigste Erwartung: Trost)
2. Ludger Simon (1985)
⇒ Seelsorge, bei der sich Patienten in menschlicher
Hinsicht gut aufgehoben fühlen

(Anke Lublewski-Zienau, Dipl.-Psychologe Jörg Kittel, Prof. Dr. Martin Karoff)

1. 2001

Erwartungen von Patienten an die Klinikseelsorge

2. 2005

Annahme der Seelsorge durch kardiologische Rehabilitanden

Quellen: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Klinikseelsorge?, Wege zum Menschen 2001, 463 ff

Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, Wege zum Menschen 2005, 283 ff

Teilnehmer (Studie der Klinik Königsfeld 2001)

Teilnehmer:	454
⇒	80,4 % Männer
⇒	19,6 % Frauen
Durchschnittsalter:	56 Jahre

79,9 % gehörten einer **Religionsgemeinschaft** an, davon nahmen mehr als die Hälfte (55 %) nicht am Leben ihrer Religionsgemeinschaft teil.

Quelle: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Seelsorge?, Wege zum Menschen 2001, 463 ff

Erwartungen der Teilnehmer (Studie der Klinik Königsfeld 2001)

51 %: Es gibt Seelsorge in einer Klinik

18 %: Seelsorger/Seelsorgerin geht von sich aus auf die Patienten zu

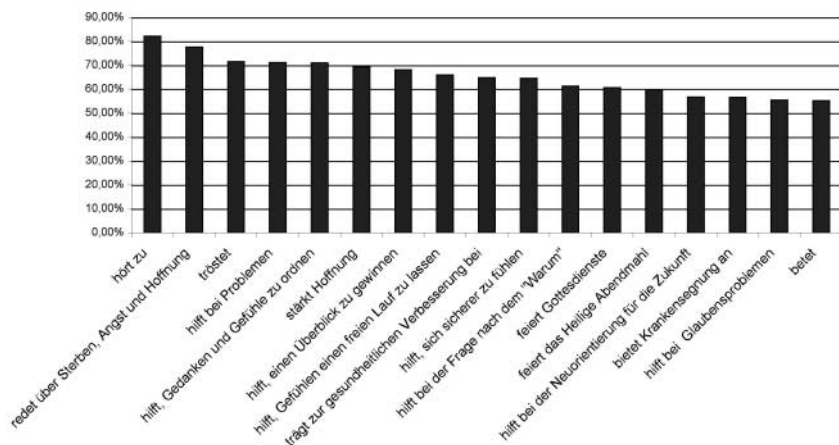
Quelle: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Seelsorge?, Wege zum Menschen 2001, 463 ff

Oktober 2005
© Barbara Hassenkamp

13

Deutsche
Rentenversicherung
Westfalen

Häufigkeiten der einzelnen Erwartungen der Patienten (Studie der Klinik Königsfeld 2001)



Quelle: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Seelsorge?, Wege zum Menschen 2001, 463 ff

Oktober 2005
© Barbara Hassenkamp

14

Deutsche
Rentenversicherung
Westfalen

Ergebnisse der 2. Studie (Studie der Klinik Königsfeld 2005)

69 % haben Seelsorge wahrgenommen

35 % nehmen an Gottesdiensten teil

29 % hatten mindestens ein Einzelgespräch mit der Seelsorgerin

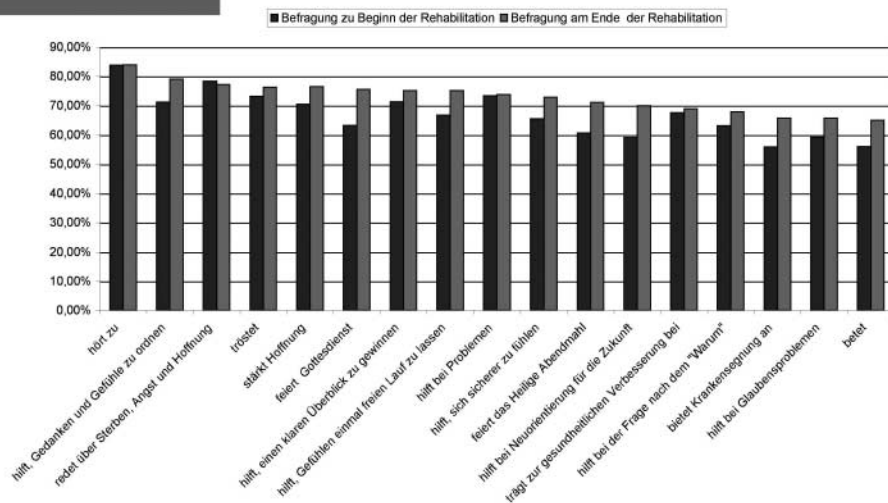
Quelle: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, Wege zum Menschen 2005, 283 ff

Oktober 2005
© Barbara Hassenkamp

15

Deutsche
Rentenversicherung
Westfalen

Erwartungen im Einzelnen (Studie der Klinik Königsfeld 2005)



Quelle: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, Wege zum Menschen 2005, 283 ff

Oktober 2005
© Barbara Hassenkamp

16

Deutsche
Rentenversicherung
Westfalen

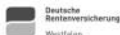
Bedeutung der Seelsorge (Studie der Klinik Königsfeld 2005)

1. Für Frauen ist die Seelsorge signifikant wichtiger als für Männer.
2. Je älter eine Patientin/ein Patient ist, desto bedeutender war die Seelsorge.
3. Für diejenigen, die einer Religionsgemeinschaft angehören, ist die Seelsorge signifikant wichtiger als für diejenigen, die keiner angehören.

Quelle: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, Wege zum Menschen 2005, 283 ff

Oktober 2005
© Barbara Hassenkamp

17



Zusammenfassende Ergebnisse der Studien der Klinik Königsfeld

1. Das Angebot einer Klinikseelsorge wird von der Mehrheit der Patienten erwartet.
2. Die Klinikseelsorge wurde positiv bewertet.
3. Auch Menschen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, können sich Kontakt zur Seelsorge vorstellen.
4. Diejenigen, die das Seelsorgeangebot nutzen, bewerten besonders stark die religiös-rituellen Elemente der Seelsorge

Quelle: Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Wege zum Menschen 2001, 463 ff
Lublewski-Zienau, Kittel, Karoff, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, Wege zum Menschen 2005, 283 ff

Oktober 2005
© Barbara Hassenkamp

18



1. Der Kirche bietet die Seelsorge die Chance, dem Abwärtstrend der organisierten Religiosität entgegenzuwirken
2. Die Klinik profitiert von der Seelsorge, weil durch sie ein Aspekt in das Heilungsgeschehen eingeführt wird, der im normalen Klinikalltag häufig zu kurz kommt.

Quelle: Von Lublewski, Kittel, Karoff, Was erwarten Rehabilitanden und Patienten von der Klinikseelsorge, Wege zum Menschen 2001, 463 ff.

Fazit

1. Hoher Stellenwert der Seelsorge.
2. Die Mehrheit der Patienten erwartet ein entsprechendes Angebot.
3. Sinnvoller Bestandteil bzw. sinnvolle Ergänzung der Rehabilitation.
4. Keine „Verordnung“ der Seelsorge, aber Angebot für diejenigen, die sie wünschen.
5. Seelsorge in der Rehabilitation ist eine Aufgabe der Kirchen und der Kliniken.

Krankenhaus

für

**Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und
Neurologie Rupert-Mayer-Klinik für forensische
Psychiatrie** Bezirkskrankenhaus Lohr am Main
stationäre – komplementäre – ambulante Bereiche

Behandelt werden:

organische Psychosen ... Suchterkrankungen ...
Schizophrenie ... affektive Störungen ... neurotische und
Belastungsstörungen ... Verhaltensauffälligkeiten mit
körperlichen Störungen ... Persönlichkeits- und
Verhaltenstörungen ... Intelligenzminderung ...
Entwicklungsstörungen ... Verhaltensstörungen mit
Beginn in Kindheit/ Jugend

„Ich war krank und ihr habt mich besucht“

Die Sorge der Kirche um die Kranken

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 Jüngerinnen und
Jünger Christi.

(Pastoralkonstitution gaudium et spes)

Die Würde des Menschen gründet nicht in Gesundheit oder
Leistungskraft, sondern in seiner Gottebenbildlichkeit.

Psychisch kranke Menschen sind wie alle Menschen mit
Charismen und Fähigkeiten begabt und nicht ausschließlich
und immer krank.

Sie sind keine „Defizit-Wesen“, sondern Geschöpfe nach dem
Abbild Gottes.

Psychiatrieseelsorge

begegnet Menschen, deren Lebensvollzüge und –planung,
deren Alltag, deren Selbstverständnis und Selbstbild durch
ihre Erkrankung bedroht und buchstäblich aus
den Fugen geraten sind

will diesen bedrohten Menschen aus dem Glauben an ihre
unzerstörbare Würde als Gottes Ebenbild heraus beistehen,
(sie verstehen) und helfen, zu bestehen

sie durch vielfältige Formen des Gesprächs und
Gebets in ihrer Krankheit begleiten

ihnen in Gesten, Ritualen und durch sakramentale Vollzüge
die heilsame und bedingungslose Güte und Zuwendung
Gottes zusprechen

Psychiatrieseelsorge

fragt nach der jeweiligen Lebensgeschichte und ihren
gesellschaftlich und sozialen Verflechtungen

benennt lebensgeschichtliche Konflikte und schuldhaftige
Verstrickungen und kann so zu einer geläuterten
Selbstwahrnehmung und –akzeptanz verhelfen

kann aufgrund ihres heilsamen Horizontes zur Versöhnung
mit sich, den Mitmenschen und Gott beitragen

ermöglicht die Annahme der eigenen fragmentarischen und
durch die Krankheit immer wieder bedrohten
Lebensgeschichte

Seelsorge
zwischen
Integration und Distanzierung

- ... von außen kommend + mittendrin dasein
- ... im Betrieb, aber nicht vom Betrieb
- ... in der Klinikhierarchie nicht unterzubringen
- ... verschwiegen + für alle offen

Eine, die man ansprechen kann, **wenn man will**, an der man aber auch großlos vorbeigehen kann, **wenn man will**.
Die Frau, der Mann, mit der, mit dem man reden kann, ohne Konsequenzen irgendwelcher Art befürchten zu müssen.

Seelsorge
als
Beziehungsgeschehen

- ... Dabeisein + **Dasein** = „ganzheitliche Präsenz“
- ... **Besuchen** = sich auf den Weg machen zu den Menschen hin
- ... **Begleiten** = das geduldige Mitgehen, Zuhören, Aushalten, Mittragen, das verlässliche Kommen
- ... **Begegnung** = solidarisch schützende, helfende und stützende Begleitung, aber auch Widerspruch, Konfrontation, Zumutung einer anderen Sichtweise

Seelsorge als Unterbrechung

- ... menschliche Zuwendung unterbricht medizinisch-pflegerisches Routinehandeln
- ... Respekt vor dem Kranken, vor seiner Würde als unverwechselbare Person, unterbricht die Festschreibung als Querulant, als Alki, als pädophiler Straftäter
- ... Gebet, Segen, Sakrament erinnert, dass Pflege nicht alles ist, was ein Mensch zum Heilwerden braucht
- ... Zuspruch der un-bedingten Liebe Gottes unterbricht die oft zerstörerischen Selbstbilder und –vorwürfe psychisch kranker Menschen

Seelsorge als Parteinahme

bedeutet: Option für Marginalisierte, Benachteiligte, aus dem sozialen Netz Gefallene, nicht Anpassungsfähige und –willige, Überflüssige, Schuldbeladene, Verwirrte, lebens-unwertes Leben

bedeutet: den oftmaligen Zusammenhang zwischen individuellem Leiden und gesellschaftlichen Verhältnissen benennen

bedeutet: politische und strukturelle Vorgaben kritisch aufdecken,

wenn die durchaus notwendige ökonomische Betrachtung zum alleinigen Maßstab gesundheitspolitischen Handelns gemacht wird

Beispiele aus der seelsorgerlichen Praxis

„Was bis du aufgelöst, meine Seele, und was tobst du gegen mich?“

(Ps 42)

Seelsorge in der Akutpsychiatrie

Heilungs-Ritual:

du heilbringender Gott (Jesus/Geist)

heile meinen Leib

heile meine Seele

heile meinen Geist

du heilbringender Gott (Jesus/Geist)

heile Leid und Schuld

heile alles Leben

heile deine Schöpfung

„Mein Gott, ich rufe bei Tag, doch du gibst keine Antwort,
ich rufe bei Nacht und finde doch keine Ruhe“

(Ps 22)

Seelsorge in der Gerontopsychiatrie

Wertschätzung

Einführung / Validation

Berührung

Segnung / Salbung

„Der Gott des Friedens mache dich heil und ganz und
bewahre

deine Seele, deinen Leib und deinen Geist unversehrt.“

Kommunikation

„Sprich du das Wort und schenke das Brot, das uns heil
macht an Leib und Seele.“

„Wenn du Schuldverstrickungen bewahrtest, Jahwe,
wer könnte dann Bestand haben?“

(Ps 130)

Seelsorge in der Forensik

oder die Bereitschaft zu einem längeren Atem

Präsenz

Begegnung zwischen Empathie und Konfrontation

Gruppengespräch (Bibelkreis) + Gottesdienst

Schuld + Vergebung

ungewöhnliche(re) Formen der Seelsorge:

Selbsta Ausdruck in Theater, Schreibwerkstatt, Kunst

Erfahrungen am Grenzübergang – das Kooperationsmodell der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

Aus seelsorgerischer Sicht

Ein Bahnwärter öffnet, gedrängt durch das Hupen der wartenden Autos, die Schranken einen Moment zu früh. Deswegen streift ein Motorradfahrer das Trittbrett des letzten Zugwagens und wird in den Tod gerissen. In der Gerichtsverhandlung wird der Bahnwärter vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen. Trotzdem belastet ihn das Geschehen sehr. Er erkrankt an einer depressiven Störung und wird arbeitsunfähig. Wie kann diesem Mann geholfen werden? Ambulante Therapie, ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik, Medikamente? Oder ein Gespräch mit einem Pfarrer, das zur Beichte und Vergebung führt? In einer der thematischen Fortbildungen, die die psychosomat. Klinik Bad Neustadt und die Klinikseelsorge zusammen durchführten, haben wir diese Frage diskutiert. Haben das theologische Verständnis von Schuld und Vergebung dem therapeutischen Zugang zu Schuld und Schuldgefühlen gegenübergestellt. Haben Verständnis füreinander gewonnen und sind letztlich zu dem Schluß gekommen, daß zum Wohle des Patienten der eine Zugang den anderen ergänzt. Ist der Bahnwärter religiös geprägt, wird ihn der Zuspruch der Vergebung Gottes entlasten können. Andere Strukturen seiner Persönlichkeit, die dazu beigetragen haben, daß diese Krise ihn krank machte, wird er mit therapeutischer Hilfe bearbeiten können.

Klinikseelsorger und Mitarbeiter der psychosomat. Klinik haben in dieser und anderen gemeinsamen Fortbildungen voneinander gelernt. Sowohl die Abgrenzung von stationärer Psychotherapie und Seelsorge wie auch die Schnittmengen beider Ebenen haben für uns an Klarheit gewonnen.

Lassen Sie mich Ihnen an dieser Stelle kurz darstellen, welchen Weg wir in den letzten 8 Jahren gegangen sind.

Mehrmals im Jahr treffen sich das ökumenische Team der Klinikseelsorge und das leitende Team der Klinik zum fachlichen Austausch. Schwerpunkte dabei sind die gegenseitige Beratung zur Begleitung von Patienten und die gemeinsame Planung und Vorbereitung von Fortbildungen. Über die Jahre sind hier wachsendes gegenseitiges Verständnis und Achtung gewachsen.

Ein bereits zu Beginn dieser Zeit gefundener Grundkonsens über die Struktur der Zusammenarbeit bewährt sich bis heute im Gegenüber von Abgrenzung und Zusammenarbeit. Die Abgrenzung ist zum einen eine räumliche, d.h. wir sprechen mit Patienten in der Regel nicht in der Klinik, sondern die Patienten vereinbaren Gespräche mit uns in einem unserer Sprechzimmer in den anderen Häusern. Dadurch bleibt der Schutz des therapeutischen Prozesses in der Klinik gewahrt. Die Zusammenarbeit zeigt

sich darin, daß die Einladung an die Patienten, seelsorgerliche Begleitung zu suchen oder Gottesdienste zu besuchen, von Seiten der Klinik aus deutlich ist und dadurch verstärkt wird, daß Therapeuten Patienten mit einer klaren religiösen Thematik immer wieder auch ermutigen, das Gespräch mit einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin zu suchen. Die zweite – nach außen wenig sichtbare, aber genauso wichtige Form der Zusammenarbeit von Seelsorge und Therapie ist das kontinuierliche fachliche Gespräch miteinander.

Vor allem durch ca. 3 Fortbildungen pro Jahr zu seelsorgerlich-spirituellen Themen entwickelte sich der Dialog mit den Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik. Dazu gehören thematischen Fortbildungen wie zu dem anfangs genannten Thema „Schuld“ oder beispielsweise zum Thema „Die suizidale Krise“. Immer wird das Thema aus seelsorgerlicher und psychotherapeutischer Sicht dargestellt und dann diskutiert. Einrücklich in Erinnerung habe ich aus der Diskussion um die suizidale Krise, daß wir an einer Stelle uns nicht darin trafen, wie dieser Krise bei einem Menschen zu begegnen sei, sondern in unserem beiderseitigem Empfinden der Ohnmacht gegenüber dem entschiedenen Willen eines Menschen, sich das Leben zu nehmen. Auch die Grenze, an die sowohl Seelsorger wie Psychotherapeuten gelegentlich geraten, aussprechen und gegenseitig anerkennen zu können, war eine gute Erfahrung. Besonders spannend und weiterführend bei unseren gemeinsamen Fortbildungen sind die Fallbesprechungen, die wir seit einigen Jahren halten. Nach einem realen Gespräch mit einem Patienten zu einem spirituellen Thema hinter der Glasscheibe im Supervisionsraum wird der Prozeß im offenen, manchmal auch kontroversen Austausch von Therapeuten und Seelsorgern nachbesprochen.

Ebenfalls von Bedeutung war und ist die Einladung an uns Seelsorger, an manchen Fallbesprechungen oder Supervisionsgruppen der Klinik teilzunehmen. Dadurch konnten wir Einblick in die therapeutischen Abläufe der klinischen Therapie gewinnen und zugleich ins Gespräch mit den Therapeuten kommen.

So ist das gegenseitige Verständnis gewachsen. Es kommt vor allem den Menschen, die in dieser Klinik Heilung suchen, zugute.

Eines ist uns in unserer Zusammenarbeit zunehmend mehr aufgefallen:

Wir sind in der Begleitung von Menschen, wie auch im interdisziplinären Austausch immer wieder auf Schnittmengen gestoßen, Schnittmengen, an denen die Unterschiedlichkeit wie auch die Überschneidung des therapeutischen und des seelsorgerlichen Zugangs zu bestimmten Themen besonders deutlich wird. Eine solche Schnittmenge ist das Thema „Schuld“, mit dem ich begonnen habe. Eine zweite kann die seelische und körperliche Erschöpfung von Menschen durch schwere Krisenerfahrungen sein. Eine dritte Schnittmenge eröffnet sich oft da, wo wir es mit Menschen zu tun haben, die in ihrem Leben die Erfahrung machen mußten, zum Opfer geworden zu sein und darunter leiden...

Ich lasse das für den Moment so stehen und möchte Ihnen an dieser Stelle etwas erzählen, was wir in einer unserer gemeinsamen Fallbesprechungen entdeckt haben. Wir sind auf eine biblische Geschichte aus dem Alten Testament gestoßen, die auf besondere Weise in sich die Möglichkeit birgt, an den seelsorgerlich-biblischen Inter-

ventionen gegenüber dem leidenden Menschen auch deren therapeutische Qualität zu entdecken. Ich spreche von der sicher vielen gut bekannten Geschichte des Propheten Elia in der Wüste. Lassen Sie mich das Wesentliche der Geschichte kurz erzählen.

In der Zeit des Alten Testaments war der Glaube der Israeliten an den einen Gott ständig von den Götterwelten der benachbarten Völker bedroht. Propheten setzten sich dafür ein, den Glauben Israels zu stärken und zu erhalten. Einer davon war Elia. Er hatte für den Gott Israels bis an die Grenzen seiner Kraft gearbeitet. An seinem letzten Auftrag, die falschen Propheten der Fruchtbarkeitsgötter zu besiegen, war er fast zerbrochen. Erschöpft und von den Soldaten der Königin verfolgt, flieht er in die Wüste. „Ich kann nicht mehr – Gott nimm mein Leben“, sagt er, als er zu Boden sinkt. Da kommt ein Engel Gottes und stärkt den Erschöpften. Wasser, Brot, Schlaf und ein richtungweisendes Wort werden ihm geschenkt. Zweimal darf er essen, trinken und ausruhen. Erst dann folgt er dem Wort des Engels: „Steh auf und geh!“. Aber sein Weg ändert sich. Nicht zurück in das Kampfgebiet geht er, sondern in die Einsamkeit eines Gebirges, um in einer Höhle Gott in der Stille zu finden. Und erst in dieser Stille erkennt er, was Gott ihm mitteilen will. Er hat genug gearbeitet. Er muß nicht länger Prophet sein. So bricht Elia auf, um seinen Nachfolger zu finden und gibt sein Prophetenamt ab. Elia - ein Mensch, der sich als Opfer erlebt, weil nicht Belohnung seinem Einsatz folgte, sondern eine Verfolgung auf Leben und Tod durch die königlichen Soldaten. Elia – ein völlig überforderter und ausgebrannter Mann, der keinen Sinn mehr in seinem Tun finden kann. Elia – ein Mensch, der so erschöpft ist, daß er in diesem Moment am liebsten sterben würde. Elia – ein biblischer Mensch, der stellvertretend für die vielen Patienten steht, deren Leid bis ins Unerträgliche geht.

Wie kann ein Mensch in einer solchen Lebenssituation Hilfe erfahren? Elia geschieht die einfachste und menschlichste Geste, die wir kennen. Eine liebevolle Berührung durch den Engel, das Stillen der Sehnsucht nach Essen, Trinken und Schlaf. Eine ganz unmittelbare Zuwendung, die nichts von ihm fordert und ihn spüren läßt, daß er angenommen ist mit allem, was ihm widerfahren ist. Angenommen in seiner tiefen Erschöpfung, mit seiner Lebenskrise, mit seiner Schuld. Die unmittelbare und konkrete Stärkung von Leib und Seele ist das Erste und Wichtigste für Elia. Erst dann kann er das Wort des Engels hören „Steh auf und geh“, das Wort, das ihn aus der inneren Lähmung reißt und ihm einen neuen Schritt in seinem Leben ermöglicht. So verstehen in der Seelsorge die Zuwendung Gottes zu den Menschen. Eine Zuwendung, die im Verständnis des christlichen Glaubens noch einmal eindeutiger geworden ist in der Art und Weise, wie Jesus Menschen begegnete und sie heilte.

Eine spirituelle Erfahrung wie die, die Elia machte, birgt in sich eine große Kraft. Religiös geprägten Menschen kann sich durch Gebet und Meditation, durch Gottesdienste und kirchliche Rituale diese Kraftquelle immer wieder neu öffnen. Wer dazu neigt, sich in beruflicher Hinsicht oder durch ein zu strenges Ich-Ideal zu überlasten, kann es als entlastend erleben, sich im Glauben ohne Leistungsforderungen angenommen zu erfahren. Menschen in Krisensituationen auf solchen Wegen zu begleiten, ist eine zentrale Dimension seelsorgerlichen Handelns – wenn auch sicher nicht die einzige. Am wichtig-

sten dabei jedoch ist aus meiner Erfahrung heraus immer die unmittelbare Begegnung mit dem an Leib und Seele kranken Menschen. Wo in der seelsorgerlichen Beziehung heilsame Zuwendung spürbar wird, wo ein Mensch sich angenommen fühlt, da öffnet sich auch die Tür für die spirituelle Bedeutung dieser Zuwendung und ein neuer Schritt kann möglich werden. Wir Seelsorger und Seelsorgerinnen verstehen unser Tun so, daß wir in allem geschulten und professionellem Handeln getragen sind von einer anderen Dimension, der Dimension des göttlichen Wirkens in der jeweiligen Begegnung. Wir vertrauen darauf, daß diese göttliche Kraft heilend in der seelsorgerlichen Beziehung wirkt. Und zugleich tun wir oft nichts anders als die Therapeutinnen und Therapeuten, die in gleicher Weise um den leidenden Menschen bemüht sind. Das Verständnis, das wir von unserem Tun haben, mag ein anderes sein. Aber ist das entscheidend? Gibt es nicht viele Wege, auf denen ein Mensch Hilfe, Trost und neue Orientierung erfahren kann? Welche Deutung des Geschehens ist richtig? Ich kann als Seelsorgerin auch im therapeutischen Geschehen das Wirken Gottes sehen, ein Therapeut würde sicher zu manchem Fall, den ich erzähle, sagen, daß dies nichts anderes als ein weltliches therapeutisches Geschehen sei. Eine Aufteilung in richtig oder falsch ist an dieser Stelle nicht angebracht. Im Gegenteil – denn der Dialog von Psychotherapeuten und Seelsorgern in unserer Klinik führte uns immer mehr zu Räumen, in denen verschiedene Deutungen der Wirklichkeit nebeneinander stehen bleiben können und sich nicht bekämpfen, sondern einander ergänzen. Wie würde z. B. ein Psychotherapeut die Geschichte von Elia in der Wüste sehen? Wie ist aus psychoanalytischer Sicht die Begegnung von Elia und dem Engel zu deuten? Mit meinem Kollegen Dr. Rudolf Maaser bin ich darüber in ein spannendes Gespräch geraten und gebe den Ball jetzt an ihn weiter...

Erfahrungen am Grenzübergang – das Kooperationsmodell der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

Aus psychotherapeutischer Sicht

Einleitung

Die im Vorreferat angesprochenen Schnittstellen Schuld, Trauer/Suizid und Opfer sollen nun im Weiteren aufgearbeitet werden. Ich werde mich dabei den reflexiven Möglichkeiten meiner Profession, nämlich der tiefenpsychologischen Psychotherapie, bedienen. Wie geht die tiefenpsychologische Psychotherapie an diese Themen heran und wie ist vor diesem Hintergrund die Zusammenarbeit, allgemein das Verhältnis von Seelsorge und Psychotherapie, zu bestimmen?

Vorbemerkung

Die Zusammenarbeit von Seelsorge und Psychotherapie ist ein Abenteuer. Es erfordert ein gehöriges Stück Mut, nicht bei alten Vorurteilen, deren es in der Geschichte beider Professionen doch einige gibt, stehen zu bleiben, sondern „sein Herz über die Hürde zu werfen“. Natürlich kann ich jeden verstehen, der lieber in „alten Schützengräben“ verbleibt, denn alte Schützengräben haben sich ja bewährt, sie vermitteln Sicherheit, nur eben keine neuen Erfahrungen, die, nebenbei bemerkt, nicht immer ganz einfach zu verarbeiten sind. Beim Blick über den Rand eines altbewährten Schützengrabens musste schon mancher Kämpfer für die Wahrheit die bittere Erkenntnis akzeptieren, dass er sich nicht mehr auf dem Schlachtfeld befindet. – Hie und da noch vereinzelt ein paar „Nach-Scharmützel“, aber ansonsten ist der Krieg weiter gezogen. Wohin aber? – Das soll nun aus dem Gesamtzusammenhang meines Vortrags deutlich werden.

Es ist auch ein Abenteuer für den, der sich die „Lust auf Reflexion“ bewahrt hat. Nicht nur im eigenen System zu denken, sondern sich auch auf die Denkmuster des jeweils anderen einzulassen, und so zu einer gemeinsamen Reflexion zu gelangen, ist sehr befriedigend. Am spannendsten ist jedoch die gemeinsame Arbeit mit einem konkreten Patienten, das ist immer wieder ein „Highlight“ in unserer gemeinsamen Arbeit. Wir sind stolz darauf, dass es uns gelungen ist, folgende Praxis zu entwickeln: Ein Psychotherapeut oder ein Seelsorger spricht mit einem Patienten (oder einer Gruppe von Patienten) in unserem Supervisionsraum, ein Supervisionsteam mit Seelsorgern und Psychotherapeuten verfolgt diese Arbeit hinter der Einwegscheibe, anschließend wird das Geschehen unter seelsorgerischer oder psychotherapeutischer Leitung nachbesprochen und hinsichtlich bestimmter Themen aufgearbeitet. Ich kann Ihnen schon versichern, dass es für mich eine Art „Kulturschock“ war, zum ersten Mal ein seelsor-

gerliches Gespräch in unserem Supervisionsraum mitzuerleben. Und dann kam noch die Angst dazu – ich hatte nämlich die Leitung der anschließende Besprechung übernommen –, wie reagiert die „Meute“ hinter der Scheibe. Aber der Mut auf allen Seiten lohnt sich, alle haben es überstanden, es entwickelte sich wie immer eine interessante und anregende Nachbesprechung.

Noch zum Thema Mut: Die Patienten haben am allerwenigsten Schwierigkeiten mit dieser Praxis. Alle angesprochenen Patienten haben sich als offen gegenüber religiösen Themen erwiesen und hatten auch keinerlei Bedenken, sich für ein Gespräch vor der Supervisions-scheibe zur Verfügung zu stellen. Für diesen Mut sei an dieser Stelle einmal ein besonderer Dank ausgesprochen.

Schuld, Trauer und Opfer

Nun zu den Inhalten unserer gemeinsamen Arbeit: Im Vorreferat wurden schon die Themen „Schuld, Trauer (einschließlich der Themen Depression und Suizid) und Opfer“ von seelsorgerlicher Seite gleichsam als gemeinsame Schnittmengen beschrieben. Aus meiner Sicht handelt es sich dabei nicht um eine zufällige Aneinanderreihung verschiedener Themen, sondern um eine sich an diesen Themen stufenweise intensiver entwickelnde Auseinandersetzung.

Das Thema Schuld war dafür der Anfang: Die Geschichte des Schrankenwärters, der durch zu frühes Öffnen der Schranke einen Unfall verursacht, wurde hierfür – Frau Hiller-Richter hat dies im Vorreferat dargestellt – von seelsorgerlicher Seite aus eingebracht. Für uns Psychotherapeuten war dies das Thema des therapeutischen Umgangs mit einer realen Schuld. Wir hielten mit der Geschichte eines geschlagenen Kindes dagegen, das, mit der Katastrophe dieser Gewalterfahrung allein gelassen, in seiner kindlichen Verzweiflung nicht anders konnte, als das Erlebte im Sinne eines „Du bist selbst Schuld daran! Du hast es nicht besser verdient!“ schuldhaft gegen sich selbst gerichtet zu verarbeiten, sozusagen als Gegenbeispiel eines neurotischen Schuldgefühls, keiner realen Schuld. Auf der einen Seite die reale Schuld, der seelsorgerliche Umgang damit einschließlich der Möglichkeit der Vergebung, auf der anderen Seite das neurotische Schuldgefühl mit der Möglichkeit der psychotherapeutischen Aufarbeitung, das sind zwei verschiedene Zugangsweisen, die uns in einem ersten Schritt der Zusammenarbeit die Unterschiedlichkeit der Ansätze deutlich werden ließ.

Wurden beim Thema der Schuld die Verschiedenheit der Ansätze sichtbar, schlug das Pendel bei unserem nächsten Thema gewissermaßen in die gegenteilige Richtung aus. Im Zugang zum Problem der Trauer konnten wir eher das Gemeinsame herausarbeiten. In der Praxis der Begleitung unserer Trauerpatienten haben wir uns doch als sehr „wesensverwandt“ erfahren, und zwar in der Beschränkung auf das Wesentliche in der Begleitung, das „einfache“ Da-sein für den Patienten unter Zurücknahme von Aktivismus und falsch verstandener Tröstung. Wir entdeckten eine gemeinsame Wegstrecke in unserer praktischen Arbeit mit leidenden Menschen und auch, beim Thema Trauer, Depression und Suizid, gleichermaßen die Grenzen unserer Möglichkeiten.

Gegenwärtig sind wir beim Thema Opfer bzw. Opferrolle angekommen. Wir haben uns dieses Thema für unsere nächste gemeinsame Fortbildung im Dezember vorgenommen. Natürlich sind wir nicht zufällig an dieses Thema geraten, ich glaube aber, obwohl wir erst am Anfang der Auseinandersetzung mit diesem Thema¹ stehen, dass sich damit aber die Chance für eine neue Stufe, gleichsam eine neue Qualität, unserer Zusammenarbeit eröffnet. Zunächst aber noch einmal zurück zur Frage: Wie sind wir auf das Thema Opfer bzw. Opferrolle gekommen? Im Rückblick kann ich zwei Wege ausmachen:

Zuallererst können wir feststellen, dass dies ein Thema ist, das uns in der Praxis des klinischen Alltags immer häufiger begegnet. Wir behandeln viele depressive Patienten, die sich als Opfer von vielerlei Belastungen und Schicksalsschlägen erleben, denen gegenüber sie sich ohnmächtig und hilflos ausgeliefert fühlen. Gehen wir von einem Beispiel aus der Praxis aus: Ich arbeite gerade im Rehabilitationsbereich auf einer Sektion, das sind zwei Stationen, auf denen Patienten ab dem 50. Lebensjahr behandelt werden. Sehr eindrücklich ist mir eine Patientin in Erinnerung, die, Ende 50, mit einer schweren Depression zu uns in die Behandlung kam. Wenn unsere Beispielpatientin von ihrem Leben in den letzten Jahren berichtet, ist dies eine Aneinanderreihung von Niederlagen und Katastrophen:

- Vor fünf Jahren hat sie ihre Arbeit verloren: Es kam ein neuer Chef, mit ihm neue Methoden und neue Anforderungen, sie passte nicht mehr in das neue Konzept, wurde schließlich „entsorgt“, die übliche Geschichte! Das war ihre erste Katastrophe!
- Dann vor zwei Jahren hat sie ihr Mann verlassen und hechelt nun mit heraushängender Zunge und eingezogenem Bauch einer 20 Jahre jüngeren Frau hinterher. Das war ihre zweite Katastrophe!
- Und dann kam der Krebs, das war die schlimmste Katastrophe, mit Chemotherapie und Bestrahlungen, alles inklusive! Aber auch das hat sie ganz gut überstanden, jetzt ist aber alle Kraft verbraucht, sie ist in ein tiefes depressives Loch gefallen, aus dem sie sich nicht mehr mit den eigenen Möglichkeiten befreien kann.

Das sind alles schwerste Belastungen, die die Patientin in letzten Jahren getroffen haben. Es ist nur allzu verständlich, dass unsere Patientin keine Kraft mehr hat, dass sie allen Mut verloren hat und sich nur noch als Opfer widriger Umstände und von Menschen, die ihr Schlimmes angetan haben, erleben kann. Es bleibt ihr nur noch die Rolle des depressiven Opfers, gleichsam die Flucht in die Rolle des depressiven Opfers als eine Art letztmögliche „Überlebensnische“.

Die Geschichte unserer Patientin ist natürlich individuell, aber sie ist kein Einzelfall, denn wir leben in einer Zeit des Umbruchs. Globalisierung und die damit einhergehende Massenarbeitslosigkeit haben die Situation im Arbeitsbereich bzw. in der sozialen Absicherung verändert, verschlechtert oder derart verschärft, dass sich viele Menschen auf der Verliererstraße wiederfinden. Kommt dann noch eine Belastung im

Beziehungs- und Gesundheitsbereich hinzu, hat nicht jeder gleich per Knopfdruck einen neuen Lebensentwurf parat, und die Entwicklung einer Depression ist vorgezeichnet. Insofern kann man mit einiger Berechtigung sagen, unsere gegenwärtige gesellschaftliche Situation erzeugt depressive Opfer. In diesem Sinne sind wir mit unserem Thema Opfer mitten in der Psychopathologie unserer Epoche angelangt.

Wir sind aber noch über einen zweiten Weg zu diesen Thema gekommen, und zwar über die biblische Geschichte des Propheten Elia, die Frau Hiller-Richter im Vorreferat schon angesprochen hat. Es ist eine „merkwürdige Geschichte mit dieser Geschichte“. Sie wurde zum ersten Mal von Frau Hiller-Richter vor drei Jahren als „seelsorgerlicher Input“ in eine gemeinsame Fallbesprechung einer depressiven Patientin eingebracht. Wir können den individuellen Fall der entsprechenden Patientin nicht mehr nachvollziehen, wir wissen nur, dass uns diese Geschichte seitdem nicht mehr losgelassen hat. Sie ist immer wieder in unserer Zusammenarbeit aufgetaucht und hat so eine Art Eigenleben entwickelt. Es muss sich also lohnen, sich näher mit ihr zu beschäftigen. Ein erster Blick auf die Geschichte lässt sogleich einen Zusammenhang zu unserem Thema Opfer augenfällig werden. Denn der Elia in unserer Geschichte, der da unter dem Ginsterbusch liegt, ist ja ein am Boden Zerstörer, in der Sprache der Psychotherapie ein depressiver, suizidgefährdeter Patient. Er war erst Täter und ist dann selbst zum Opfer geworden. Elia ist damit eine Figur, die gut in unsere Zeit passt, weil sich in ihr die ganze Widersprüchlichkeit und Doppelgesichtigkeit menschlicher Existenz als Täter und Opfer widerspiegelt.

Kooperation als intermediäre Erfahrung

Die Geschichte Elias passt gut in unsere Zeit, sie passt aber auch gut in die Zusammenarbeit von Seelsorge und Psychotherapie. An dieser Geschichte bzw. an unserem Umgang mit dieser Geschichte lässt sich deshalb auch musterhaft die Beziehung zwischen Seelsorge und Psychotherapie aufzeigen. Hierfür zunächst zurück zur Geschichte Elias: Er ist selbst zum verfolgten Opfer geworden, völlig am Boden zerstört liegt er unter einem Ginsterbusch. Da wird er von einem Engel angesprochen, ermuntert und auf den Weg geschickt, gewissermaßen aus seiner Depression herausgeführt. In der biblischen Geschichte folgt dann der Weg in die Wüste, die Situation in der Höhle und die Begegnung mit Gott. Ich kann mich noch gut an meinen Einwand erinnern, als wir über diese entscheidende Stelle der Geschichte sprachen: Halt! Stop! – Das ist doch ein tiefenpsychologisches Bild, nämlich das Bild der Höhle als Muttersymbol! Und auf dieser Ebene kann man die Geschichte auch ganz anders lesen, nämlich als psychotherapeutische Geschichte: In der Höhle kehrt Elia ganz zu sich selbst, zu seinem Innersten, zu seinem Ursprung, gleichsam symbolisch in den Mutterleib zurück, also ein regressiv-psychotherapeutischer Prozess im klassischen Sinne. Wir hatten damit in der biblischen Geschichte gewissermaßen eine psychotherapeutische Folie, eine Art zweite Geschichte, entdeckt. Dann stand natürlich sofort die Frage im Raum, wie ist das Verhältnis beider Geschichten zueinander zu bestimmen: Stehen beide

Geschichten einfach nebeneinander? Ist die eine der anderen untergeordnet? Geht die eine teilweise oder ganz in der anderen auf? Erwartungsgemäß konnten wir diese Fragen nicht sofort klären, aber es entwickelte sich aus diesen Fragen eine muntere und facettenreiche Fallbesprechung, wobei sich für mich folgende sehr interessante Aspekte ergaben:

- Die Frage, wie ist das Verhältnis der biblischen und der psychotherapeutischen Geschichte zueinander, d. h. wie ist der Zusammenhang zwischen Seelsorge und Psychotherapie zu verstehen, diese Frage rückte in den Hintergrund, sie wurde im Laufe der Fallbesprechung eher uninteressant.
- Bei verschiedenen Fragestellungen der Fallbesprechung ergab sich immer wieder eine reizvolle Rollenverwirrung: Die psychotherapeutischen Kollegen ließen sich weitere dazu passende Geschichten aus der Bibel einfallen, reagierten also als „wahre Bibelexperten“, die Seelsorger dagegen arbeiteten eifrig an entsprechenden psychotherapeutischen Interventionen, wobei sich dabei eine durchweg kreative Arbeitsatmosphäre entwickelte.
- Trotz allem Durcheinander und aller ungeklärter Fragen waren wir mit dem Ergebnis der Fallbesprechung zufrieden. Wir fühlten uns in einem tieferen Sinne entlastet und bereichert.

Wie lässt sich ein solcher Ablauf erklären? Es lohnt sich, hier näher zu untersuchen, denn ich glaube, dass sich anhand der beiden Geschichten des Elias und vor allen Dingen an dem, was sich an beiden Geschichten in der Zusammenarbeit entzündet, geradezu musterhaft das Verhältnis von Seelsorge und Psychotherapie aufzeigen lässt. In dieser Analyse bediene ich mich natürlich der reflexiven Möglichkeiten meiner Profession, d. h. ich versuche die Abläufe so zu analysieren, wie ich es eben als tiefenpsychologischer Psychotherapeut gelernt habe. Um diesen Ansatz entsprechend entfalten und dann auf unsere Fragestellung des Verhältnisses von Seelsorge und Psychotherapie anwenden zu können, möchte ich zunächst bitten, mir auf einen kurzen Exkurs in Theorie der modernen Tiefenpsychologie zu folgen.

Moderne Tiefenpsychologie heißt Objektbeziehungstheorie. Was ist damit gemeint? Objektbeziehungstheorie beschreibt, wie sich in der frühen Kindheit die Persönlichkeit des Kleinkindes entwickelt, wobei grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass sich diese Entwicklung im Rahmen der Beziehung zur nächsten Bezugsperson², in der Regel die Mutter, vollzieht, auf deren Fürsorge, Versorgung und Pflege der Säugling zunächst völlig angewiesen ist. Die Regulierung der kindlichen Psyche wird in dieser Phase ausschließlich von außen durch das Versorgungsverhalten der Mutter gewährleistet. Im Laufe der Entwicklung wird nun diese anfangs nur äußere Regulierung schrittweise als Bestandteil der eigenen Psyche des Kindes „verinnerlicht“, ein Vorgang, der in der tiefenpsychologischen Fachsprache als Internalisierung bezeichnet wird. Auf diese Weise wird die gesamte Persönlichkeit letztlich aus Interaktionserfahrungen „zusammenge-

baut“. Insofern finden darin auch alle in frühen Beziehungen erlebten Traumata und Defizite ihren Niederschlag, ein Zusammenhang, an dem dann eine später notwendige Psychotherapie ansetzt.

Einer der Väter der modernen Objektbeziehungstheorie ist Winnicott, ein britischer Psychoanalytiker, der vielen von Ihnen bekannt sein dürfte. Seine grundlegenden Arbeiten stammen zwar aus den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts (Winnicott 1951)³, manche Ansätze von ihm sind jedoch nach wie vor modern und werden gegenwärtig wieder vor allem im Zusammenhang mit den Ergebnissen der modernen Säuglingsforschung diskutiert⁴. Er hat auch für unseren Themenbereich der Religiosität einen Ansatz erarbeitet, der wir nun zur Klärung der Beziehung zwischen Seelsorge und Psychotherapie in Anwendung bringen wollen. Hierfür fasse ich zunächst die Argumentationslinie Winnicotts kurz zusammen:

Winnicott geht von der Voraussetzung aus, dass das Kleinkind mit Hilfe der Internalisierung früher Interaktionsmuster der stabilen Fürsorge seitens der Mutter schrittweise lernt, sein psychischen Kräfte zu organisieren und zu strukturieren. Die Annahme eines solchen Differenzierungsprozesses setzt logisch zwingend die Annahme eines „Stadiums davor“, d. h. eines Stadiums des Erlebens einer Einheit und Differenzlosigkeit von Subjekt und Wirklichkeit voraus. Eigene Antriebe und Impulse erlebt der Säugling in diesem Stadium noch mit den entsprechenden Befriedigungsreaktionen seiner Bezugspersonen verschmolzen. Insofern besteht im affektiven Erleben noch keine Kluft zwischen eigenem Selbst und Realität. Wie wird nun die allmähliche Vergegenwärtigung und Anerkennung einer vom eigenen subjektiven Erleben unabhängigen Wirklichkeit geleistet? Mit seinem Konzept des Übergangsobjektes bzw. des intermediären Raumes findet Winnicott hierauf eine m. E. genial-originelle Antwort. In der Beziehung zu und im Umgang mit einem Übergangsobjekt, das kann ein Spielzeug, ein Kissen oder notfalls der eigene Daumen sein, schafft sich das Kleinkind einen eigenen Wirklichkeitsbereich, einen sogenannten intermediären Zwischenbereich, der einerseits nicht mehr zum Bereich des eigenen subjektiven Erlebens, andererseits noch nicht zur Welt der objektiven Tatbestände gehört. Dabei ist es für ein Kind, das in sein Spiel, beispielsweise mit einer Puppe, vertieft ist, natürlich völlig uninteressant, ob es eine Realität außerhalb seines Spiel gibt und in welcher Beziehung sein Spiel zu dieser Realität steht. Auch für einen Erwachsenen, der ein solches Spiel beobachtet oder in irgendeiner Weise daran beteiligt ist, stellt sich diese Frage überhaupt nicht. Kein Elternteil käme beispielsweise je auf die Idee, einem Kind, das im Gespräch mit seiner Puppe vertieft ist, erklären zu wollen, dass man doch mit einer aus Plastik gefertigten Figur überhaupt nicht sprechen könne. Wir sind im Gegenteil alle darauf programmiert, bei einem solchen Spiel mitzumachen und dann auch ein paar Worte mit der Puppe zu wechseln. d. h. es ergibt sich eine Art „natürliches Mitmachen“. In diesem Sinne wird dieser eigenständige kindliche Erlebnisbereich von allen Beteiligten in selbstverständlicher Weise akzeptiert und geradezu geschützt. Hinsichtlich seiner Funktion, also der Frage, wozu dient dieser intermediäre Bereich bzw. das Übergangsobjekt, ergeben sich drei Aspekte:

- Übergangsobjekte sind Ersatzbildungen. Sie ersetzen die verloren gegangene Mutter, kompensieren und erleichtern die Trennung. Symbiosephantasien und -wünsche können so weiter bestehen.
- Mit Hilfe von Übergangsobjekten können diese Symbiosephantasien spielerisch an der Realität erprobt und damit allmählich auch verändert werden.
- Wütende Attacken gegen das Übergangsobjekt helfen, die Trennung von der Mutter emotional-affektiv zu verarbeiten, und tragen so letztlich dazu bei, die schmerzhaft erlebte Kluft zwischen innerer Erlebniswelt und äußerer Realität zu überbrücken.

Hier schließt sich eine entscheidende Hypothese Winnicotts (a. a. O., S. 23 f.) an: Das Konzept des Übergangsobjekts bzw. des intermediären Bereichs erfasst keinen in der Kindheit entwicklungsmäßig völlig abgeschlossenen Vorgang, sondern die Akzeptierung der Realität ist eine Aufgabe, die immer wieder, sozusagen zeitlebens nie abschließend lösbar, gemeistert werden muss, d. h. kein Mensch ist ein Leben lang ganz frei von dem Druck, innere Erlebniswelt und äußere Realität nebeneinander ertragen, akzeptieren und immer wieder zueinander in Beziehung setzen zu müssen. Winnicott geht an dieser Stelle seines Konzeptes noch einen entscheidenden Schritt weiter, und damit wird es für unserer Thema höchst interessant: Kunst und Religion sind Bereiche, die sich unmittelbar aus den Übergangsobjekten der frühen Kindheit entwickelt haben. Sie sind gewissermaßen intermediäre Bereiche auf erwachsenem Niveau, die uns zumindest zeitweise eine Befreiung von dem Druck gewähren, unsere Zerrissenheit zwischen innerer und äußerer Realität immer wieder aushalten zu müssen. Der Bruch zwischen innerer und äußerer Realität wäre demnach ein Stück primärer menschlicher Ausstattung, eine Art grundlegender anthropologischer Mitgift, und diese Gebrochenheit kann durch die Religion erträglich gemacht werden. Inwiefern sich an dieser Stelle ein objektbeziehungstheoretischer Gottesbegriff ausarbeiten ließe, wäre sicher einiger durchaus reizvoller philosophischer Überlegungen wert, ich möchte jedoch dieses Konzept des intermediären Raumes hier direkt auf die Praxis unserer Zusammenarbeit beziehen. Ich glaube nämlich, dass sich in unserem Umgang mit den „zwei Geschichten des Elias“ für uns, seelsorgerlich wie auch psychotherapeutisch, eine Art „intermediärer Spielraum“ eröffnet hat, gleichsam in der praktischen Arbeit realisiert hat. Dieser Spielraum, unter unserem objektbeziehungstheoretischen Zugriff als intermediärer Bereich verstanden, ist durch folgenden Aspekte gekennzeichnet:

- Im intermediären Bereich einer Kooperation werden Unterschiede, Gegensätze und Grenzen jeder Art nicht aufgelöst, nicht aufgehoben, nicht verwischt, sondern schlicht uninteressant, und zwar für einen überschaubaren Zeitraum.
- Indem Gegensätze und Grenzen gewissermaßen „eine Weile zurücktreten“, eröffnet sich ein spielerischer Bereich, in dem wir uns dann kreativ, d. h. eben „ungestört von Gegensätzen und Unterschieden“, der jeweiligen gemeinsamen Aufgabe, einem Thema

oder einem konkreten Fallbeispiel, widmen können. Wir sind dann, um mit Winnicott zu sprechen, wie Kinder, „die in ihrem Spiel verloren sind“ (a. a. O., S. 24). In diesem Spielraum ist auch manchmal Ungewöhnliches möglich, wie z. B. ein bisschen belebende Provokation. Wie wäre es denn mit folgender Geschichte? Die Geschichte Elias mal ganz anders erzählt: Ein fundamentalistischer Terrorist gerät selbst in die Rolle des gejagten Opfers und dekompenziert depressiv an diesem Rollenwechsel. Er wird von einem Psychotherapeuten oder meinetwegen von einem Notfallseelsorger aufgelesen und in Psychotherapie geschickt. Er geht also auf Reha und anschließend – er gibt ja sein Prophetenamt ab – in Rente. – Ein Terrorist geht in Rente, das ist doch auch eine schöne Geschichte! Natürlich ist das so erzählt eine Provokation. Ich hoffe aber, eine durchaus erträgliche Provokation, denn wenn ich mich mit meiner Profession zur Kategorie der Engel zähle, dann haben Sie hoffentlich das Stück Ironie gegenüber der eigenen Position mitgehört.

- Vorgänge und Abläufe im intermediären Bereich der Kooperation sind zeitlich begrenzt und grundsätzlich reversibel, d. h. wir können diesen Bereich jederzeit wieder verlassen. Der spielerische Umgang mit unseren gemeinsamen Themen ist ein kreativer, jederzeit bewusstseinsklarer, auf keinen Fall einengender Prozess. Oder psychotherapeutisch gesprochen: Es ist ein progressiver, kein regressiver Vorgang!
- Der intermediäre Bereich ist unideologisch. Niemand wird vom jeweils anderen vereinnahmt oder in irgendeiner Weise missioniert.
- Im Ergebnis zusammenfassend gesehen verlässt man den intermediären Bereich nicht in seiner Identität beschädigt oder verändert, sondern in Hinblick auf das eigene Selbstverständnis klarer, und insgesamt bereichert, erleichtert und ermutigt.

Auf eine Formel gebracht ergibt sich aus dieser objektbeziehungstheoretischen Herleitung der Vorschlag, das Verhältnis von Seelsorge und Psychotherapie als ein kooperativ-intermediäres zu bestimmen.

Schlussbetrachtung

Unsere so erarbeitete Definition ist nicht einfach eine hochtrabende Formulierung, sondern ich glaube, dass sich dieses Konzept in jedem konkreten Fall auf die Praxis „herunterdividieren“ lässt. Und in der Praxis ist solch eine intermediäre Kooperation letzten Endes immer eine Art „Mut-mach-Veranstaltung“, so banal das vielleicht klingen mag. Ich meine aber, dass wir gerade deshalb einen solchen Ansatz gebrauchen können. – Wir denken zurück an unsere Beispielpatientin: Sie hatte in den letzten Jahren auf allen Ebenen ihres Lebens nur noch Katastrophen erlebt. Arbeitsplatzverlust, Verlust des Partners und schließlich lebensbedrohlicher Verlust der Gesundheit, all das zusammen ist ihr zu viel geworden, sie kann ihr Leid nicht mehr tragen, nicht mehr ertragen

bzw. ihr Leben ist ihr nur noch in der Rolle des depressiven Opfers einigermaßen erträglich! So geht es vielen Menschen, unsere gegenwärtige gesellschaftliche Situation produziert depressive Opfer. Unsere vornehmste Aufgabe, gleich ob Seelsorger oder Psychotherapeut, ist es, uns auf dieses Unerträgliche einzustellen, d. h. wir, die wir es mit massiven Ohnmachtserfahrungen, Verlassenheitsängsten und Enttäuschungen unserer heutigen Patienten zu tun haben, müssen uns um uns selbst kümmern und immer wieder von neuem lernen, diese schier unerträglichen Gefühle unserer Patienten zu ertragen. Nur auf dieser Grundlage besteht für uns überhaupt die Chance, der Psychopathologie unserer Epoche nicht zu erliegen, sondern ihr eine möglichst menschliche, professionell-helfende Antwort entgegen setzen zu können. Die Zusammenarbeit zwischen Seelsorge und Psychotherapie hilft uns dabei. Im intermediären Bereich der Zusammenarbeit, im Raum zwischen zwei verschiedenen Ansätzen im Umgang mit menschlichem Leid, in unserem Beispiel bildlich und narrativ in den beiden Geschichten des Elias symbolisch zum Ausdruck gekommen, finden wir einen spielerische Freiraum für neue kreative Möglichkeiten in Bezug auf unsere alltägliche Arbeit und in emotionaler Hinsicht eine Ermutigung im besten Sinne. – Wie sagte doch der Engel zu Elia? Können Sie sich erinnern? Er sagte: „Steh auf und iss!“ Das heißt doch anders ausgedrückt: Stelle Dich und kümmere Dich erst einmal um Dich! Für mich ist das eine ganz basale psychotherapeutische Intervention, eine Art „Mutter aller psychotherapeutischen Interventionen“. Ganz einfach und verdichtet zusammengefasst macht diese Aufforderung Mut. – Und ein bisschen mehr Mut können wir alle gebrauchen in dieser verzagten Zeit, in diesem verzagten Land und natürlich auch in dieser manchmal verzagten Klinik.

¹ Wir haben uns dem Begriff unter dem Thema „Patienten in der Rolle des depressiven Opfers“ genähert, zum biblischen Begriff des Opfers sind wir noch nicht vorgestoßen, d. h. wir stehen wirklich erst am Anfang der Auseinandersetzung mit dieser Problematik.

² Eine Bezugsperson wird in der Psychoanalyse bzw. der Tiefenpsychologie in der Nachfolge Freuds traditionsgemäß als Objekt bezeichnet.

³ Winnicott, D.W. (1951): Übergangsjekte und Übergangsphänomene. In: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta, 1989, 10-36

⁴ Z. B. bei Honneth, A. (2000): Objektbeziehungstheorie und postmoderne Identität. Über das vermeintliche Veralten der Psychoanalyse. Psyche, 54, 1087-1109

⁵ Objektbeziehungstheoretisch gesehen entwickelt sich das Ich in der Beziehung zu einem Du. Als Voraussetzung ist also ein Du notwendig, damit ich mein Ich überhaupt denken kann. Damit entsteht aber ein Unterschied, eine Art schmerzhaftes Kluft, zwischen Ich und Du, d. h. auch zwischen meinem Ich und der Realität. Um diese Kluft dann ertragen zu können, muss notwendigerweise Gott dazwischen gedacht werden. Demnach wäre Gott kein „Wesen im Himmel“, sondern Gott wäre zwischen mir und dir, dort wo sich mein Ich an der Erfahrung des Du und der Realität bricht. Oder etwas prosaischer ausgedrückt: Gott, das ist die Chance zwischen mir und dir!

Die heilende Kraft des Glaubens bei psychosomatischen Erkrankungen

Spiritualität mit einer gesunden Psychologie zu verbinden, ist keine moderne Mode. Vielmehr haben schon die frühen Mönche den spirituellen Weg immer auch als einen Weg zur „apatheia“, wie Evagrius Ponticus, ein Mönch aus dem 4. Jahrhundert beschreibt, verstanden. Apatheia aber ist die Gesundheit der Seele. Wer den Weg zu Gott geht, der wird auch in seiner Seele gesund. Und umgekehrt gilt: Wer sich auf den Weg zu Gott macht, der muss sich um seine eigene Seele kümmern, der muss die Regungen, Bedürfnisse und Leidenschaften seiner Seele kennen und sie ins Licht Gottes halten, damit er damit richtig umgehen kann. Die Verbindung von Spiritualität und Psychologie ist aber noch älter: Die griechische Medizin verstand als die wichtigste Aufgabe des Arztes nicht, Krankheiten zu heilen, sondern die Kunst des gesunden Lebens zu lehren. Der Evangelist Lukas, der Jesus auf dem Hintergrund griechischer Philosophie und Psychologie beschreibt, versteht Jesus als den „archegos tes zoes“, als den Anführer zum Leben, als den Anleiter zum gelingenden Leben, als Lehrer in die Kunst des gesunden Lebens. Wie kein anderer Evangelist beschreibt er Jesus als Arzt und Therapeut. Worte wie „iaomai = heilen“ und „therapeuein = gesundmachen“ kommen bei ihm häufiger vor als in den anderen Evangelien. Und ganz häufig spricht Lukas von „saos“ heil sein, ganz sein. Es geht ihm darum, wie der Mensch ganz wird, heil und gesund.

Diese Sendung Jesu als Arzt wird bei Lukas schon in der ersten Rede Jesu in der Synagoge von Nazareth deutlich. Jesus bezieht das Wort des Propheten auf sich: „Der Geist des Herrn ruh auf mir; denn der Herr hat mich gesalbt. Er hat mich gesandt, damit ich den Armen eine gute Nachricht bringe und die heile, die zerbrochenen Herzens sind; damit ich den Gefangenen die Entlassung verkünde und den Blinden das Augenlicht; damit ich die Zerschlagenen (Niederbeugte, Ermattete) in Freiheit setze und ein Gnadenjahr des Herrn ausrufe.“ (Lk 4,18f) Jesus ist der Arzt, der die Krankheiten heilt. Es sind aber nicht nur körperliche Krankheiten, die er heilt, sondern auch psychische. Das wird deutlich in den beiden Bildern von den Gefangenen und Zerschlagenen oder Niederbeugten. Es sind Menschen, die in ihren Zwängen gefangen sind und von Depression niederbeugt sind, die keine Kraft mehr haben.

Für Lukas stellt Jesus den kranken Menschen wieder so her, wie er eigentlich von Gott gedacht war. Daher heilt er vornehmlich am Sabbat, um zu zeigen, wie Gott den Menschen geschaffen hatte. Der Mensch soll durch die Heilung wieder in die Gestalt hinein kommen, die Gott ihm zudedacht hat. Wie Jesus heilt, das fasst Lukas in der Heilung des Wassersüchtigen in die drei Worte: „Er fasste ihn an, heilte (iasato) ihn und entließ (apelysen) ihn.“ (Lk 14,4) Heilung geschieht durch Berührung. Jesus legt dem

Kranken oft die Hände auf. Er berührt ihn zärtlich. Und er vermittelt ihm durch die Berührung Gottes heilende Kraft. Er heilt ihn. Er stellt ihn so wieder her, wie er von Gott ursprünglich gemeint ist. Und er löst ihn (lyo) , er löst die Fesseln der Krankheit oder die Fesseln der Dämonen, die Fesseln zwanghafter Ideen oder psychischer Komplexe. Heilung ist immer auch Befreiung, Lösen von krankmachenden Lebensmustern, von neurotischen oder psychotischen Zügen. Die drei Heilungen, die Lukas am Sabbat schildert, zeigen das Wesen der Heilung: Jesus richtet die gekrümmte Frau wieder auf. Er stellt sie so her, wie sie von Gott gedacht ist. Sie spürt wieder ihre unantastbare Würde. Jesus heilt den Mann mit der verdorrten Hand, er macht den Menschen wieder handlungsfähig. Und er heilt den Wassersüchtigen. Der Wassersüchtige ist für die Griechen der, der sein Maß verloren hat, der aus dem Gleichgewicht heraus gefallen ist. Jesus heilt, indem er den Menschen zu seinem Maß bringt, dass er seinem Wesen entsprechend lebt. Das ist ja auch der Sinn aller Therapie: dass wir unsere Maßlosigkeit aufgeben, uns von Illusionen unserer Grandiosität verabschieden und das Maß finden, das unserem Wesen entspricht, das unseren Fähigkeiten, aber auch unserer Brüchigkeit gerecht wird.

Lukas ist auch der Theologe christlicher Spiritualität. Jesus führt uns durch seine Worte ein in ein gesundes Leben. Seine Worte provozieren uns oft, damit wir aufwachen und unsere Illusionen aufgeben. Aber die Worte Jesu sind immer auch heilende Worte. Das zeigt sich vor allem in den Gleichnissen, in denen er die Menschen dort abholt, wo sie stehen, sie aber unmerklich zu einer anderen, gesünderen Sichtweise ihrer selbst und zu einem neuen Gottesbild führt. Die Art, wie Jesus spricht, ist in sich therapeutisch. Jesus nimmt uns die Illusionen, die wir uns oft zurecht gelegt haben, um unserer Wahrheit auszuweichen. Und er führt uns manchmal provozierend, manchmal ermutigend und behutsam, zu einer angemessenen Sicht unseres Lebens vor Gott.

Jesus lebt uns selbst echte Spiritualität vor. Jesu Spiritualität zeigt sich vor allem in seinem Beten. Kein Evangelist hat uns soviel vom Beten Jesu erzählt. Jesus nimmt auch am jüdischen Gottesdienst, an den Ritualen und an den Festen teil. Die Rituale schaffen eine heilige Zeit. Das Heilige ist für die Griechen das, was der Welt entzogen ist. Und für die Griechen vermag nur das Heilige zu heilen. Auch die Teilnahme an den Ritualen hat daher eine therapeutische Wirkung auf die Menschen. Lukas gilt als der Theologe des Kirchenjahres. Alle Feste des Kirchenjahres gehen auf Lukas zurück. In der Liturgie der Feste geschieht heute an uns, was damals für die Menschen Wirklichkeit geworden ist: das Heil und die Heilung, die Befreiung und Aufrichtung kranker und gebeugter, gefangener und ermatteter Menschen. Ich möchte die fünf Bereiche, die nach dem Lukasevangelium Orte der Heilung sind, kurz darstellen.

1. Meditation der biblischen Geschichten und Bilder

Lukas gilt der Legende nach als Arzt und Maler. Ihm geht es darum, dass der Mensch „saos“ heil wird und dass er gesund lebt, seinem Wesen als Mensch entsprechend. Er hat die Fähigkeit, so zu schreiben, dass Bilder entstehen. Indem wir sein Evangelium lesen, entstehen in uns innere Bilder. Es sind heilende Bilder, die sich in uns einbilden möchten, damit all die kranken Selbstbilder sich in uns auflösen. Die Gesundheit eines Menschen hängt davon ab, welche inneren Bilder er von sich hat. Wenn einer sich ständig negativ sieht, sich entwertet und mit Schuldgefühlen zerfleischt, dann wird er krank. Lukas zeichnet uns in Jesus das Bild eines wahrhaft gerechten Menschen, der richtig lebt, der so ist, wie es dem Bild Gottes vom Menschen entspricht. Und er beschreibt das Leben Jesu wie ein heiliges Schauspiel. Schauspiele waren für die Griechen der Ort der Katharsis. Da ging es um Reinigung der Emotionen und Heilung des inneren Menschen. Wer sich in der Meditation des Lukasevangeliums dem Schauspiel Jesu stellt, der wird ähnlich verwandelt und geheilt, wie es Lukas von den Zuschauern bei der Kreuzigung Jesu beschreibt: „Alle, die zu diesem Schauspiel herbeigeströmt waren und sahen, was sich ereignet hatte, schlugen sich an die Brust und gingen betroffen weg.“ (Lk 23,48) Wenn wir auf Jesus schauen, der selbst am Kreuz seinen Mördern noch vergibt, dann entdecken wir in ihm den wahrhaft gerechten Menschen, auf den die Griechen seit Platon gewartet haben. Im Schauen auf Jesus am Kreuz kommen wir mit unserem eigenen göttlichen Kern in Berührung und wir gehen verwandelt nach Hause.

Franz Kafka meint von den biblischen Geschichten, sie seien wie eine Axt für das gefrorene Meer unserer vereisten Gefühle. Indem wir die biblischen Erzählungen in uns eindringen lassen, tauen die gefrorenen Emotionen in uns auf. Unterdrückte und verdrängte Gefühle sind häufig Ursache psychischer Krankheiten. In der Meditation des Lukasevangeliums kommen wir in Berührung mit allen Gefühlen, die in uns sind. Und es geschieht Katharsis, Reinigung und Klärung der Gefühle. In der Katharsis sieht Sigmund Freud ja das Wesen der Psychoanalyse. So hat das Lesen der Bibel eine therapeutische Funktion. Das gilt natürlich vor allem für die biblischen Heilungsgeschichten. In den Heilungsgeschichten begegnet uns Jesus als Arzt und Therapeut. Er ist nicht der Zauberer, der uns möglichst schnell die Krankheit wegnimmt. Er konfrontiert uns vielmehr mit der eigenen Krankheit. Er legt den Finger in die Wunde, damit wir uns selbst den Verletzungen stellen. Heilung geschieht immer in der Begegnung. Indem wir unsere Verletzungen anschauen und sie Jesus hinhalten, kann Heilung geschehen. Wir halten unsere Wunden in die Liebe Jesu und spüren, wie er uns heute genauso berührt wie die Menschen damals. Er schaut uns an. Er spricht uns an und er legt seine Hand auf uns, damit seine heilende Kraft in unsere Wunden einströmt. In der Meditation begegnen wir heute dem göttlichen Arzt, der damals die Menschen geheilt hat, damit er uns heute genauso heile.

Nicht nur die Meditation der Heilungsgeschichten hat eine heilende Wirkung auf uns. Auch die Worte Jesu vermögen zu heilen. Wenn wir die Gleichnisse Jesu meditieren, dann geschieht an uns Heilung. Oft provoziert uns Jesus in den Gleichnissen. Dort wo wir uns über eine Stelle ärgern, stoßen wir immer auf ein falsches Selbstbild und Gottesbild. Jesus lädt uns in den Gleichnissen ein, ein richtiges Bild von uns selbst und von Gott zu entwickeln. In den Gleichnissen spricht Jesus so zu uns, dass er durch das Sprechen einen Prozeß der Verwandlung und Heilung in uns auslöst. Er holt uns dort ab, wo wir stehen. Er fasziniert uns durch die Art und Weise, wie er erzählt. Doch dann auf einmal öffnet er unsere Augen, damit wir das Eigentliche sehen: Wer bin ich wirklich? Wer ist Gott? Und wie möchte ich vor diesem Gott leben? Indem Jesus Gleichnisse erzählt, tut er das, was später die Psychoanalyse bezweckt: durch Worte die verdrängten Emotionen und Bedürfnisse bearbeiten und verwandeln.

Für die frühe Kirche waren alle Worte der Bibel Heilungsworte. Und sie haben diese Worte immer wieder meditiert. Die Mönche haben im vierten Jahrhundert die sogenannte „ruminatio“ entwickelt, das Wiederkäuen von Worten. Sie haben einen Satz der Bibel mit dem Atem verbunden und mit jedem Atemzug tiefer ins Herz fallen lassen. In den Worten, die durch den Atem bis in ihr Unbewußtes eindringen, haben sie die heilende Kraft Gottes an sich erfahren. Die Worte der Bibel heilten all die krankmachenden Worte, die wir oft in uns haben und die die heutige Psychologie Einreden oder Lebensskript nennt. Gegen Worte der Angst sprachen die Mönche Worte des Vertrauens wie: „Der Herr ist mit mir, ich fürchte mich nicht. Was können Menschen mir antun?“ Indem ich dieses Wort in meine Angst hinein spreche, verwandelt sich langsam meine Angst und ich komme mit dem Vertrauen in Berührung, das schon in mir ist.

2. Das Gebet

Kein Evangelist hat uns Jesus so als betenden Menschen beschrieben wie Lukas. Jesus betet vor allen wichtigen Entscheidungen. Er zieht sich immer wieder in die Einsamkeit zurück, um in der Stille zu beten. Im Beten erfährt Jesus die Gemeinschaft mit seinem Vater. Und das gibt ihm die Kraft, seinen Weg zu gehen, ohne sich von den Menschen und ihren Erwartungen davon abhalten zu lassen. Letztlich erfährt Jesus im Gebet die Stärkung, die er braucht, um seine Passion zu bestehen. Selbst am Kreuz ist Jesus noch der Beter, der Gott darum bittet, seinen Mördern zu vergeben.

Lukas hat mit der Schilderung des betenden Jesus auch uns Christen im Blick. Wie Jesus sollen wir durch das Gebet unser Leben bewältigen. Und das Gebet ist der Ort, in die Gesinnung Jesu hinein zu wachsen und das Geheimnis Jesu zu verstehen. Und im Gebet soll uns die heilende Kraft Jesu durchdringen und unsere Wunden heilen. Aber wir müssen das Gebet auch richtig verstehen. Es geht nicht darum, Gott nur zu bitten, dass er uns von unserer Angst befreit oder von unserer Depression. Es gibt Christen, die sich weigern, die eigene Wirklichkeit anzuschauen, weil sie ihnen zu unangenehm ist. Sie bitten lieber Gott, er möge sie davon erlösen. Doch wir sollten im Gebet unsere Angst

und unsere Depression, unsere neurotischen Lebensmuster und unsere körperliche Krankheit Gott hinhalten. In diesem Hinhalten schauen wir genau hin, was uns blockiert. Und wir bitten Gott, dass er uns die tieferen Wurzeln unserer Krankheit zeigen möge. Wenn wir bereit sind, uns unserer Wahrheit zu stellen, dann kann im Gebet Christi heilende Kraft in unsere Wunden strömen und sie verwandeln.

Das Gebet ist jedoch etwas anderes als Therapie. In der Therapie sprechen wir über unsere Verletzungen und versuchen, sie aufzuarbeiten. Im Gebet stellen wir uns auch unseren Verletzungen. Aber wir vertrauen darauf, dass Gottes Liebe sie heilt und verwandelt. Und es geht im Gebet darum, dass wir durch unsere Emotionen, Leidenschaften und Krankheiten hindurch zu Gott kommen. Wenn ich im Gebet mit Gott über meine Angst spreche, dann wird mir das Gebet die Gründe meiner Angst aufzeigen. Vielleicht habe ich zu hohe Erwartungen an mich, die ich nicht erfüllen kann. Vielleicht mache ich mich zu abhängig von der Meinung anderer. Ich habe Angst, vor andern als Versager da zu stehen. Wenn ich das im Gebet erkenne, könnte mich die Angst zu Gott führen. Sie zeigt mir, dass ich mein Lebenshaus auf den Sand der Zuwendung oder Anerkennung gebaut hat. Und sie lädt mich ein, mein Haus auf den Fels Gottes zu bauen. Nur dann wird es halten und den Ängsten und Sorgen standhalten. Im Gebet geht es nicht nur darum, meine Angst, meine Eifersucht, meine Empfindlichkeit, meinen Ärger, meine Traurigkeit zu überwinden, sondern durch sie in den Grund meiner Seele zu gelangen. Im Grund meiner Seele werde ich Gott finden. So werden alle meine Emotionen und Leidenschaften zu einem Weg zu Gott. Das ist ihre wahre Überwindung und Heilung.

Heute gibt es viele wissenschaftliche Untersuchungen über die heilende Kraft des Gebetes. Menschen, die in einem religiösen Kontext leben, werden schneller gesund. Wir dürfen dankbar sein, dass die Medizin und Psychologie die heilende Wirkung des Gebetes neu entdeckt haben. Aber das Gebet ist kein Zaubermittel, zu dem wir greifen können, um alle Krankheiten zu heilen. Wir können Gott im Gebet nicht zu etwas zwingen. Beten ist immer Begegnung mit Gott, oder wie Lukas es uns zeigt: Sprechen mit Gott wie mit einem Vater und wie mit einem Freund. In der Begegnung mit Gott begegne ich auch mir selbst. Vor Gott erkenne ich immer auch, wer ich selbst bin. Da gehen mir meine krankmachenden Lebensmuster, meine Selbstüberschätzung, meine Fluchtendenzen, meine Feigheit und meine Angst auf. Auch Jesus hält im Gebet am Ölberg seine Angst Gott hin. Und Gott schickt einen Engel vom Himmel, der ihn in seiner Angst stärkt. Der Engel nimmt ihm die Angst nicht ab. Doch er stärkt ihn, dass er in seiner Angst noch inständiger betete, dass er der Angst letztlich auf den Grund ging und sie so verwandeln konnte.

3. Die therapeutische Dimension des Kirchenjahres

Lukas gilt als der Theologe des Kirchenjahres. Die wichtigsten Feste sind seinem Evangelium entnommen. Und Lukas schreibt siebenmal vom „Heute“. Der Engel verkündet den Hirten die Geburt Jesu mit den Worten: „Heute ist euch in der Stadt Davids der Retter geboren.“ (Lk 2,11) Bei der Taufe heißt es: „Heute habe ich dich gezeugt.“ Bei der ersten Predigt in Nazaret sagt Jesus: Heute hat sich das Schriftwort, das ihr eben gehört habt, erfüllt.“ (Lk 4,21) Bei der Heilung des Gelähmten spricht das Volk voller Betroffenheit: „Heute haben wir etwas Unglaubliches gesehen.“ (Lk 5,26) Zum Zöllner Zachäus spricht Jesus zweimal vom Heute. Und am Kreuz antwortet er dem rechten Schächer: Heute noch wirst du mit mir im Paradies sein.“ (Lk 23,43) Lukas stellt sich das Wirken Jesu als ein Heilsjahr vor. Was damals geschah, wird in den Festen des Kirchenjahres immer wieder gefeiert, damit es heute an uns geschieht. So kann sich das Heil immer tiefer in die Geschichte eingraben. Das gilt nicht nur von der Gesamtgeschichte, sondern auch von unserer persönlichen Lebensgeschichte. Wir feiern immer wieder das Heil, das Jesus damals an Menschen wirkte, damit sich dieses Heil in unsere Lebensgeschichte einprägt und sie immer mehr heilt.

C.G. Jung, der Schweizer Psychologe, spricht vom Kirchenjahr als therapeutischem System. An den Festen wird nicht nur das Heil dargestellt, das damals in Jesus an den Menschen geschehen ist, sondern wesentliche Themen der menschlichen Seele werden angesprochen und zum Ausdruck gebracht. An den Festen geht es sowohl um Gefährdungen der menschlichen Seele als auch um ihre Heilung. So hat jedes Fest letztlich eine heilende Wirkung auf den Menschen. Ich möchte das nur an ein paar Beispielen darstellen: Die Adventszeit bringt uns mit unserer Sehnsucht in Berührung. Heute leiden viele Menschen unter Süchten. Sucht ist immer verdrängte Sehnsucht. Die Adventszeit hat die therapeutische Aufgabe, die Süchte wieder in Sehnsucht zu verwandeln. Damit wird die Sucht in unserem Grund geheilt. Vor einigen Jahren hat mich der Chefarzt einer Schweizer Klinik zu einer Suchttagung eingeladen, ich sollte einen Vortrag halten mit dem Thema: „Sucht in Sehnsucht verwandeln“. Er als Arzt und Therapeut war davon überzeugt, dass man Sucht nicht allein durch Disziplin oder Verhaltenstherapie zu heilen vermag, sondern letztlich nur, indem der Süchtige sich seiner Sehnsucht stellt. Die Sehnsucht ermöglicht es ihm, ja zu sagen zu seiner Durchschnittlichkeit. Und sie ermutigt ihn, aus dem Nest seiner Mutterbindung heraus zu gehen und sich dem Leben zu stellen. Denn das Leben selbst muss gar nicht seine Sehnsucht erfüllen. Das vermag allein Gott. Dieses Wissen befähigt uns, unser Leben in seiner Brüchigkeit anzunehmen, ohne daran zu zerbrechen. Die Sehnsucht wird durch Erfüllung und Enttäuschung geweckt. Statt über die Enttäuschung zu jammern, weiß ich, dass sie meine Sehnsucht anstachelt und mich auf diese Weise lebendig hält.

Weihnachten ist nicht nur ein mystisches Fest, sondern ebenso ein therapeutisches. Wenn Gott in mir geboren wird, dann komme ich mit meinem ursprünglichen, unverletzten und unverfälschten Bild in Berührung. Ich finde mein wahres Selbst. Und wir

feiern an Weihnachten, dass Gott mit uns einen neuen Anfang feiert. Wir sind nicht festgelegt auf unsere Vergangenheit, auf die Verletzungen unserer Lebensgeschichte, auf die Versäumnisse und auf das ungelebte Leben, an dem viele heute leiden. Weihnachten ist also ein wichtiges Fest unserer Selbstwerdung.

In der Fastenzeit geht es nicht nur um körperliche, sondern auch geistige Reinigung. Wir brauchen immer wieder eine solche Reinigungskur, um uns von dem seelischen Ballast zu befreien, der sich in uns ansammelt. Wir müssen unsere Emotionen reinigen, damit wir nicht beitragen zur emotionalen Umweltverschmutzung. Wir müssen die Bitterkeit läutern, die uns sonst innerlich vergiften würde. Und wir üben uns ein in die innere Freiheit. Wir beweisen uns, dass wir noch selbst über unser Leben bestimmen und nicht bestimmt werden von unseren Bedürfnissen. Askese ist die Bedingung für das Gefühl, noch selbst sein Leben formen zu können, anstatt den Veranlagungen meines Charakters hoffnungslos ausgeliefert zu sein. An Ostern feiern wir die Freiheit von allen Fesseln. Und wir üben uns die 50 Tage der Osterzeit ein in die Lebendigkeit, die uns Christus durch seine Auferstehung geschenkt hat. Auch der Auferstehungsweg ist ein therapeutischer Weg. Er möchte das Leben, das in uns ist, zur Blüte bringen. Das ist ja auch das Ziel jeder Therapie, dass der Mensch fähig wird zu leben und nicht einfach nur dahin vegetiert. Lebendigkeit ist immer Zeichen von seelischer Gesundheit.

Ostern gipfelt im Pfingstfest. Die 50 Tage sind Symbol für die Ganzwerdung des Menschen. Und sie zeigen, dass der Mensch ganz und gar vom Heiligen Geist durchdrungen ist. Wenn er vom Geist Gottes durchdrungen ist, dann ist er wahrhaft gesund, dann ist er gerecht, richtig. Dann ist er frei. Lukas schildert uns das in drei Bildern. Der Heilige Geist kommt wie ein Sturm daher. Er bringt die Jünger in Bewegung und treibt aus ihnen alles Verstaubte heraus, alles, was sich an depressiver und nörgelnder Stimmung in ihnen festgesetzt hat. Der Heilige Geist lässt sich in Feuerzungen auf den Jüngern nieder. Henry Nouwen meint, viele seien heute ausgebrannt. Wenn sie reden, klingen ihre Worte wie aus einem leeren Kanister. Pfingsten lädt uns ein, die innere Glut in uns wieder zu entdecken. Wenn wir mit unserer Glut in Berührung kommen, dann bekommt auch unsere Sprache wieder etwas Zündendes, etwas Wärmendes. Viele Politiker und Wirtschaftler sprechen heute eine kalte Sprache, die uns frieren lässt. Nur eine wärmende Sprache, eine Sprache, die aus der Glut des Herzens kommt, vermag die Menschen zu heilen und miteinander zu verbinden. Sie lässt die Menschen im Haus des Wortes wohnen. Eine kalte Sprache vertreibt die Menschen. So ist das dritte Bild für Pfingsten das Sprachwunder. Die Menschen verstehen die Sprache der Jünger. Das ist auch ein Kriterium für Heilung, dass wir mit unserer Sprache das ausdrücken, was das Herz fühlt, und dass wir damit andere erreichen und berühren.

4. Sakramente als Orte der Heilung

Man kann nicht sagen, dass Jesus die Sakramente eingesetzt hat, wie das die frühere Theologie getan hat. Aber das siebenmalige Heute im Lukasevangelium hat im Laufe der Kirchengeschichte zu den sieben Sakramenten geführt. In den Sakramenten geschieht heute das Heil und die Heilung an mir, die Jesus damals an den Menschen gewirkt hat. Sieben ist eine archetypische Zahl. Da geht es um die Verbindung des Irdischen mit dem Göttlichen, um die Verwandlung des Menschen durch das göttliche Leben. In den Sakramenten – so sagen die Kirchenväter – berührt uns die Hand des geschichtlichen Jesus. Wie Jesus damals die Menschen durch Berührung heilte, so auch uns heute. Alle Sakramente sind Berührungssakramente. Sie sind der Ort, an dem wir die heilende Hand Jesu spüren und sein aufrichtendes Wort hören. Ich möchte nur ganz kurz einige heilende Elemente der Sakramente aufzeigen.

In der Taufe erfahren wir bedingungslose Daseinsberechtigung. Wir hören über uns das Wort: „Du bist mein geliebter Sohn, meine geliebte Tochter. An dir habe ich mein Gefallen.“ Bedingungslose Liebe zu erfahren, ist die Voraussetzung psychischer Gesundheit. Viele – sagt der Pastoralpsychologe Karl Frielingsdorf – erfahren als Kind nur bedingte Daseinsberechtigung: „Du darfst sein, wenn du brav bist, wenn du Erfolg hast, wenn du etwas leistest.“ Das führt dann dazu, dass Kinder Strategien des Überlebens entwickeln, indem sie immer mehr leisten, immer angepasster leben, nur um beliebt zu sein. Das ist aber kein Leben, sondern nur ein Überleben. In der Taufe wird das Kind mit Wasser übergossen. Es soll immer aus der Quelle des Hl. Geistes trinken und nie vertrocknen. Und im Wasser werden all die Trübungen abgewaschen, die wir dem Kind durch unsere Projektionen zufügen. Der ursprüngliche Glanz dieses einmaligen Kindes soll aufstrahlen.

Die Beichte ist seit jeher ein therapeutisches Sakrament. Da geht es darum, dass wir trotz unserer Schuld Annahme erfahren. C.G. Jung meint, wenn einer wirklich schuldig geworden ist, dann braucht es das Ritual, das in die Tiefen seines Unbewußten reicht und dort die Widerstände gegen die Vergebung überwindet. Denn tief in uns haben wir einen unbarmherzigen Richter, der uns nicht verzeihen kann, wenn wir etwas falsch gemacht haben. Die Beichte ist ein wichtiger Weg, an die Vergebung glauben zu können und uns selbst zu vergeben. Versöhnung mit uns und unserer Lebensgeschichte ist aber die wichtigste Voraussetzung für Heilung in jeder Therapie.

Die Krankensalbung ist der Ort, an dem die Heilung des Menschen am eindeutigsten intendiert ist. Wir salben den Kranken, um ihn mit der Kraft Jesu Christi zu stärken, damit seine Krankheit geheilt wird und damit er die Krankheit bestehen kann. Es geht nicht nur um Heilung der körperlichen Krankheit, sondern auch um die Befähigung, an seiner Krankheit nicht zu zerbrechen, sondern sie als Weg zu größerer Durchlässigkeit für Gott zu verstehen, als Weg in eine neue Dimension menschlicher Reife und Weisheit.

Das Sakrament, das wir am öftesten feiern, ist die Eucharistie. Und auch sie hat immer mit Heilung zu tun. In der Eucharistie begegnen wir dem heilenden Jesus. Wenn wir als Evangelium eine Heilungsgeschichte hören, dann geschieht das, was damals geschehen ist, heute an uns. Wir, die wir aussätzig sind, uns selbst nicht ausstehen können, wir mit unseren blinden Flecken, wir, die wir uns wie die blutflüssige Frau völlig verausgabt haben, kommen in der Kommunion zu Jesus und erfahren in der Hostie seine Zusage: „Meine Tochter, dein Glaube hat dir geholfen. Geh hin in Frieden.“ (Lk 8,48) Die Eucharistie ist Verwandlung unseres Lebens. Wir halten im Brot unser Leben mit seiner Zerrissenheit und Brüchigkeit Gott hin, damit er es durch seinen Geist verwandle und christusförmig mache. Wir halten im Kelch unser Leid und unsere Bitterkeit hin, damit Gottes Liebe uns verwandle. Und wir halten unsere Liebe hin, die oft vermischt ist mit Besitzansprüchen und aggressiven Impulsen, damit die göttliche Liebe darin aufscheine. Und Eucharistie ist Heilung, weil wir darin den Tod und die Auferstehung Jesu feiern und so bekennen: Es gibt nichts Erstarrtes, das nicht aufgebrochen werden kann zum Leben, keine Dunkelheit in uns, die nicht erleuchtet wird, kein Grab, in dem nicht das Leben ist, kein Scheitern, das nicht zu neuem Leben wird.

Schon die Kirchenväter haben die Eucharistie als „medicamentum“ verstanden. Um das Jahr 100 nennt sie Ignatius von Antiochien „Unsterblichkeitsarznei und Gegengift, dass man nicht stirbt, sondern immerdar lebt in Jesus Christus“ (Eph 20,2). Eucharistie ist nach Irenäus „Arznei des Lebens“. Wie können wir das in unsere Sprache übersetzen? In der Eucharistie essen und trinken wir Leib und Blut Christi, das er für uns hingegeben hat. Die heilende Wirkung hat für mich drei Aspekte: Zum ersten: Wenn ich eins werde mit Christus und wenn sein Leib und sein Blut meinen ganzen Leib und meine Seele durchdringen, dann kann auch ich einverstanden sein mit mir selbst. Dann gibt es nichts in mir, was von der Liebe Christi ausgeschlossen ist. Indem ich eins werde mit Gott durch Jesus Christus, werde ich auch eins mit mir selbst. Die Ursache aller psychischen Erkrankung ist immer die Abspaltung. Das Einswerden in der Eucharistie heilt meine inneren Spaltungen. Ich kann ja sagen zu mir mit allem, was in mir ist. Zum zweiten: Im Leib und im Blut Jesu durchdringt uns Gottes heilende Liebe und heilende Kraft, die in Jesus Christus auf dieser Erde für uns greifbar geworden sind. Ich kann mir vorstellen: Jesus berührt mich gerade dort, wo ich verletzt oder krank bin, sowohl an den kranken Stellen im Körper als auch in den seelischen Bereichen, in denen ich nicht im Einklang bin mit mir. Zum Dritten: Wir feiern in der Eucharistie die Hingabe Jesu. Jesus sagt von sich: „Ich bin der gute Hirt. Ich gebe mein Leben hin für die Schafe.“ (Joh 10,15) Wir sehnen uns danach, dass wir für jemanden so wichtig sind, dass er sein Leben für uns aufs Spiel setzt. Damit wir uns selbst annehmen können, brauchen wir die Erfahrung, dass sich einer für uns hingibt. Das ist der Grund, auf dem wir unser Lebenshaus bauen können. In der Eucharistie feiern wir täglich neu die Hingabe Jesu als das Fundament unseres Lebens. Ich bin wichtig und einmalig, so wichtig, dass Christus sich für mich hingegeben hat. Ich bin bedingungslos und absolut geliebt. Diese Tatsache muss ich mir immer wieder vor Augen führen, damit mein Leben gelingt.

5. Geistliche Begleitung und ihre therapeutische Dimension

Jesus ist im Lukasevangelium der archegos tes zoes, der Anleiter zum gelingenden Leben. Er geht uns nicht nur den Weg voraus, der zu Gott und in seine Herrlichkeit führt, in die doxa, die einmalige Gestalt, die Gott uns zugedacht hat. Er leitet uns auch an, dass wir den Weg finden. Wie er das tut, das wird deutlich in seinen Belehrungen, in seinen Gleichnissen und vor allem im Gespräch mit den Emmausjüngern. Wie Jesus auf die Emmausjünger eingeht, darin wird für mich das Wesen der geistlichen Begleitung sichtbar. Jesus hört erst einmal zu, was die Jünger ihm erzählen. Sie bringen mit bewegten Worten ihre Enttäuschung, ihre Gefühle der Traurigkeit, der Verlassenheit, der Verzweiflung und des Misstrauens zum Ausdruck. Jesus hört zu, ohne zu bewerten. Doch dann bringt er ihre Erfahrungen mit den Erfahrungen der Bibel in Verbindung. Er deutet ihnen das, was sie erlebt und erlitten haben, im Licht der Bibel. Und bekommt auf einmal alles einen Sinn. Alles, was sie erlebt haben, war der notwendige Durchgang in die Herrlichkeit Gottes, in das einzigartige Bild, das Gott sich von ihnen gemacht hat. Er spricht so zu ihnen, dass ihnen das Herz zu brennen beginnt. Und auf einmal erkennen sie ihn beim gemeinsamen Mahl.

Das ist für mich ein schönes Bild für die geistliche Begleitung. In der geistlichen Begleitung erzählen die Menschen ähnlich wie in der Therapie von ihren Verletzungen und Kränkungen, von ihren Enttäuschungen und von ihrer Unfähigkeit, mit dem Leben zurecht zu kommen. Es geht dann nicht darum, auf alles ein frommes Pflaster zu setzen und ihnen zu raten, sie bräuchten nur zu beten, dann würde alles wieder gut. Vielmehr muss der geistliche Begleiter erst genau anhören, was den Klienten bewegt. Er muss seine Gefühle ernst nehmen. Aber dann geht es darum, die Gründe für seine Gefühle anzuschauen und im Licht der Bibel zu fragen: „Was wollen dir deine Gefühle sagen? Welche Sehnsucht steckt in ihnen? Welchen Sinn haben sie?“ Jesus ist überzeugt, dass alles einen Sinn hat. Das, was mich durchkreuzt, kann mich aufbrechen für Gott. Dort, wo ich verletzt worden bin, kann ich offen werden für das wahre Geheimnis meines Lebens. Dort komme ich in Berührung mit meinem wahren Selbst. Die Kränkungen müssen nicht mich zerbrechen, sondern nur die Illusionen, die ich mir vom Leben gemacht habe. Daher ist ein wichtiger Weg der geistlichen Begleitung, die Illusionen zu durchschauen, die wir uns von uns selbst, von unserem Leben und auch von unserer Spiritualität gemacht haben. Eine Illusion ist z.B.: Ich bräuchte nur gesund zu leben, genügend zu beten, dann könnte mir nichts passieren. Jesus sagt: Es gehört zu unserem Leben, dass wir durch mancherlei Bedrängnisse hindurch müssen, um zum ursprünglichen Glanz unserer Seele zu finden. Es ist natürlich, dass uns manches durchkreuzt, um uns immer mehr für Gott aufzubrechen.

Eine Illusion, die wir uns von unserer Spiritualität oft genug machen, besteht darin, dass wir uns über andere stellen. Wir fühlen uns gut, wenn wir einen spirituellen Weg gehen. Aber ohne es zu merken, halten wir uns für besser als die anderen, die einfach so dahin leben. Jesus möchte uns diese Illusion nehmen. Im Gleichnis vom unnützen Sklaven sagt

er: „Wenn ihr alles getan habt, was euch befohlen wurde, sollt ihr sagen: Wir sind unnütze Sklaven; wir haben nur unsere Schuldigkeit getan.“ (Lk 17,10) Spiritualität heißt für Jesus: tun, was wir uns selbst, was wir dem andern, was wir dem Augenblick und was wir Gott schuldig sind. Tun, was jetzt in diesem Augenblick dran ist. Das bewahrt uns davor, uns als etwas Besonderes zu fühlen und die Spiritualität als Flucht in schöne Gefühle zu missbrauchen, um der eigenen Wirklichkeit aus dem Weg zu gehen. Auf dem spirituellen Weg begegnen wir unserer eigenen Wahrheit. Daher hat die geistliche Begleitung immer auch Ähnlichkeit mit der therapeutischen Begleitung. Sie überspringt die Wirklichkeit unseres Lebens nicht, sondern schaut alles an: die Stärken und Schwächen, die Ressourcen, aus denen wir schöpfen, und die Verletzungen, die uns prägen. Und alles wird in das Licht Gottes gehalten. Gott kann nur verwandeln, was wir ihm hinhalten. Die geistliche Begleitung will uns Mut machen, alles in uns anzuschauen und zur Sprache zu bringen, damit es im Licht Gottes sich zu wandeln vermag.

Das ist die eine Seite der geistlichen Begleitung. Die andere besteht darin, ganz nüchtern zu fragen: „Wie lebst du? Wann stehst du auf? Wie arbeitest du? Wie sind deine Beziehungen zu andern Menschen? Welche Rituale hast du? Wie und wann betest du?“ Es geht nicht um Leistung, sondern um das konkrete Leben. Geistliches Leben braucht immer auch eine Struktur. Und es drückt sich darin aus, dass wir den Anforderungen unseres Lebens gerecht werden. Manche missbrauchen das geistliche Leben, um ihrer eigenen Wirklichkeit zu entfliehen. Sie flüchten lieber in fromme Gefühle, als sich der Herausforderung ihres Alltags zu stellen. Im Lukasevangelium warnt uns Jesus vor dieser Flucht. Geistliches Leben ist etwas ganz Nüchternes: tun, was jetzt von mir gefordert wird. Der geistliche Begleiter muss sensibel sein, wo der Klient seine Frömmigkeit als religiösen Narzissmus missversteht. Er darf diese Tendenz nicht unterstützen, sondern soll ihn dazu führen, dass sein Leben Frucht bringt. Fruchtbar wird das Leben nur, wenn wir aus der inneren Quelle des Hl. Geistes heraus leben und sie in die konkreten Vollzüge unseres Alltags, in unsere Arbeit und in unsere Beziehungen strömen lassen. Die geistliche Begleitung will den Klienten zur persönlichen Reife führen, damit er wie Jesus wahrhaft ein gerechter Mensch wird, ein Mensch, der richtig lebt, der seinem Wesen entsprechend lebt, der das wahre Bild des Humanum verkörpert.

SCHLUSS

Die Menschen sehnen sich heute nach Heilung. Es werden viele Wege der Heilung angeboten. Es gibt zahlreiche Angebote alternativer Medizin und auf dem Psychomarkt gibt es eine verwirrend viele Wege und Methoden, die Heilung versprechen. Wenn wir die christliche Botschaft von der heilenden Kraft Gottes, die in Jesus Christus unter uns aufgeleuchtet ist und auch heute unter uns und in uns wirksam ist, im Dialog mit heutiger Medizin und Psychologie glaubhaft verkünden, dann erreichen wir die Herzen der Menschen. Allerdings müssen wir uns davor hüten, christliche Spiritualität als letzten Strohalm anzubieten, nach dem man greift, wenn alles andere nichts mehr hilft. Spiritualität ist kein magisches Mittel, das automatisch hilft. Und sie liegt nicht auf der

gleichen Ebene wie psychologische Methoden. Es geht in der Spiritualität vielmehr darum, dass ich mich mit Leib und Seele Gott anvertraue und Gott hinhalte, dass ich mich von Gottes Liebe umgeben und durchdrungen weiß. Die eigentliche Absicht der Spiritualität ist nicht, von meinen Wunden geheilt zu werden, sondern Gott zu suchen und zu finden und mich von Gottes Geist verwandeln zu lassen. Für uns Christen geht es darum, ganz und gar durchlässig zu werden für Jesus Christus und auf diese Weise für ihn Zeugnis abzulegen in unserer Welt.

Wir werden aber nur dann für Gottes Geist durchlässig, wenn wir alles, was wir in uns wahrnehmen, Gott hinhalten. Der Weg zu Gott führt über unsere eigene Wahrheit. Wenn Gottes Geist uns durchdringt, dann werden wir heil und ganz. Denn wir leben dann nicht mehr im Zwiespalt mit uns selbst, sondern in Übereinstimmung mit unserem innersten Wesen. Das aber ist das Geheimnis des Heils, dass wir ganz sind, authentisch, transparent für Gott. Dann ist es nicht mehr so wichtig, ob unsere körperlichen oder psychischen Krankheiten im medizinischen oder psychologischen Sinn geheilt sind. Entscheidend ist, dass wir in unseren Stärken und Schwächen, in unserer Gesundheit und Krankheit transparent werden für Gottes Geist, Gottes Liebe und Licht. Dann sind wir im Heil, auch wenn wir an unserer Krankheit sterben. Heil ist mehr als Heilung im medizinischen Sinn. Heil ist etwas, aus dem wir nicht mehr heraus fallen können, auch nicht durch Scheitern oder Tod. Wir bekennen als Christen, dass uns das eigentliche Heil durch Jesus Christus geschenkt wurde, dass wir durch Christus heil geworden sind und ganz, erlöst und befreit in das ursprüngliche Bild Gottes in uns.

Autoren

Bertram, Peter, Pfarrer,

Kirchenrat, theol. Referent für Sonderseelsorge
der evang.-luth. Kirche in Bayern

Bleichner, Franz, Dr. med.,

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, Abt. Krankenhaus,

Hassenkamp, Barbara,

Deutsche Rentenversicherung, Westfalen, Münster

Grün OSB, Pater Anselm, Dr. theol.,

Benediktinerabtei Münsterschwarzach

Hiller-Richter, Susanne, Pfarrerin,

evang. Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt

Irlle, Hanno, Dr. med., Dezernat 1006,

Deutsche Rentenversicherung, Bund, Berlin

Knickenberg, Rudolf, J., Dr. med.,

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, Abt. Rehabilitation

Maaser, Rudolf, Dr. phil., Dipl.-Psych.,

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Rieger, Jörg, Geschäftsleitung,

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schießl, Johanna, Dipl.-Theol.,

Katholische Klinikseelsorge am Bezirkskrankenhaus Am Sommerberg, Lohr

Veröffentlichungen

• Schriftenreihe I

Vorträge zur Fachtagung 2003

Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung,
Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung.

• Schriftenreihe II

Vorträge zur Fachtagung 2004 „Return to work“

Die Wiedereingliederung in Arbeitsprozess als Aufgabe der Psychosomatischen Rehabilitation.

• Schriftenreihe III

Vorträge zur Fachtagung 2004

Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht

Aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention, Behandlung und Rehabilitation.

• Schriftenreihe IV

2. Bad Neustädter Fachtagung für Sozialpädagogen und Sozialarbeiter 2004

„SGB IX und Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG): Erste Erfahrungen“

• Schriftenreihe V

Forschungsbericht 2005

anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Klinik

• Schriftenreihe VI

30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik

und Psychotherapie zwischen Grundlagen

und klinischer Umsetzung

• Publikationen 2005

1. Beutel ME, Knickenberg RJ, Krug B, Mund S, Schattenburg L & Zwerenz R
(in press) Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients
– with an emphasis on work related conflicts. International Journal of Group Psychotherapy.
2. Beutel ME, Zwerenz R, Bleichner F, Vorndran A, Gustson D, Knickenberg RJ
(in press) Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation
– Short and long-term results from a controlled study. Disability & Rehabilitation.
3. Knickenberg RJ, Beutel ME (2005) Prävention vor Kuration psychischer Störungen
– ein Konzeptmodell. In: Frieboes RM, Zaudig M, Nosper M (Hg) Rehabilitation
bei psychischen Störungen. Urban & Fischer, München, S. 353 - 364.
4. Schattenburg L, Knickenberg RJ, Beutel ME, & Zwerenz R (2005) Vergleich von
tiefenpsychologischen Gruppen (halboffen vs. geschlossen) im stationären Setting
mit dem Gruppenklimafragebogen (GCQ-S) von MacKenzie. Psychotherapie,
Psychosomatik, medizinische Psychologie, 55(2), III.

5. Schattenburg L, Knickenberg RJ, Krug B, Mund S, Beutel ME, & Zwerenz R (2005) Behandlungintegrität einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation – Videogestützte Analyse der Interventionen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Ed.), 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven – vom 28. Februar bis 2. März 2005 in Hannover (Vol. 59, pp. 453-455). Frankfurt / Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
6. Zwerenz R, Knickenberg RJ, Schattenburg L & Beutel ME (2005) Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. Rehabilitation, 44(01), 14-23.

- **Qualitätsberichte**

der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG,
Berichtsjahr 2004

der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG,
Berichtsjahr 2005



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com