

Susanne Brauer (Hg.)

# Glaube und Rituale im medizinischen Kontext

EDITION **N Z N** PAULUS  
BEI **T V Z** AKADEMIE





Susanne Brauer (Hg.)

**Glaube und Rituale im medizinischen Kontext**

**T V Z**

*Schriften Paulus Akademie Zürich, Band 14*

Susanne Brauer (Hg.)

# Glaube und Rituale im medizinischen Kontext

Unter Mitarbeit von Anouk Holthuisen

EDITION **N Z N**

BEI **T V Z**

Theologischer Verlag Zürich

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2019–2020 unterstützt.

**Bibliografische Informationen  
der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung: Simone Ackermann, Zürich  
Unter Verwendung einer Fotografie von Niklaus Spoerri  
Satz und Layout: Claudia Wild, Konstanz  
Druck: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz

ISBN 978-3-290-20187-6  
© 2020 Theologischer Verlag Zürich  
[www.edition-nzn.ch](http://www.edition-nzn.ch)

Alle Rechte vorbehalten.

# Inhalt

<b>Zwischen philosophischer und praktischer Neugierde</b>	
Eine Einführung .....	7
<b>«Es ging zu und her wie im Bienenhaus.»</b>	
Ein Spitalseelsorger wird herausgefordert .....	13
<b>«Wir sind so dankbar für diese Woche.»</b>	
Ein Elternpaar trauert um sein neugeborenes Kind .....	19
<b>«Alle Eltern stellen die Frage nach der Schuld.»</b>	
Im Gespräch mit der Pionierin für Pädiatrische Palliative Care Eva Bergsträsser .....	31
<b>«Ich stand zwischen den Eltern und der Kirche.»</b>	
Ein katholischer Pfarrer gerät wegen eines Schwangerschaftsabbruchs in einen Gewissenskonflikt .....	39
<b>«Weil Blut heilig ist.»</b>	
Eine Zeugin Jehovas lotet Berufsstand, Muttersein und Glauben aus .....	45
<b>«Es bleibt das Gefühl, versagt zu haben.»</b>	
Eine Anästhesistin über Schwierigkeiten, im Medizinalltag stets den Patientenwillen berücksichtigen zu müssen ...	51
<b>«So liess sich die unangenehme Dynamik durchbrechen.»</b>	
Eine muslimische Seelsorgerin vermittelt in einer Frauenklinik .....	57

<b>«Was ist letztlich der Sinn meines Lebens?»</b>	
Im Gespräch mit dem Theologen und Professor für Spiritual Care Simon Peng-Keller .....	65
<b>«Ich teile diesen absoluten Wert des menschlichen Lebens nicht.»</b>	
Ein Jude über seinen Umgang mit den kulturellen und religiösen Erwartungen .....	75
<b>«In einer Therapiesitzung geht es manchmal zu wie in einem Beichtstuhl.»</b>	
Eine Psychotherapeutin über die schmerzhaft Suchen eines Mönchs nach Spiritualität .....	81
<b>«Ich kann in Afrika Patienten nicht so behandeln wie hier.»</b>	
Ein Schweizer Psychiater mit Wurzeln in Ghana pendelt zwischen den Welten .....	89
<b>«Man muss den Mut haben, zu sagen: «Ehrlich gesagt verstehe ich Sie nicht.»»</b>	
Im Gespräch mit dem Psychosomatiker und Kommunikationsexperten Wolf Langewitz .....	99
<b>«Das Selbstbestimmungsrecht schützt auch die Religions- und Gewissensfreiheit des Patienten.»</b>	
Im Gespräch mit dem Rechtswissenschaftler Bijan Fateh-Moghadam .....	109
<b>Dank</b> .....	125

# Zwischen philosophischer und praktischer Neugierde

## Eine Einführung

Vor einigen Jahren hielt ich auf Einladung einen Vortrag über Religion und Medizin an einer europäischen Wissenschaftskonferenz in Dublin. Das Thema war neu für mich, die Aufgabe reizvoll. Als Philosophin und Ethikerin stellte sich mir die grundlegende Frage, ob in medizinethischen Konfliktsituationen religiöse Überzeugungen ein besonderes normatives Gewicht erhalten. Macht es in medizinischen Entscheidungssituationen einen Unterschied, ob sich ein Patient oder eine Angehörige auf ihren Glauben beruft? Dürfen im Namen der Religionsausübung medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden, die man sonst verwehren würde, z. B. die Zirkumzision beim Kind ohne medizinischen Grund? Ist es ethisch vertretbar, Behandlungen, etwa eine Bluttransfusion, abzulehnen und damit auch dem behandelnden Arzt ein grösseres Risiko zuzumuten, dass eine Operation tödlich endet? Welche Akzeptanz dürfen Menschen für ihre Religionsausübung erwarten, und wo sind die Grenzen der Toleranz zu ziehen?

Für die Ausführung solcher Überlegungen schienen mir neben dem Begriff der Autonomie vor allem die Konzepte der

Identität und Authentizität hilfreich. In einer pluralistischen, liberalen Gesellschaft sollte es Menschen möglich sein, unterschiedliche Identitäten ausbilden und authentisch leben zu können. Religionen als eine Quelle von Wert- und Ordnungssystemen, in denen Menschen Orientierungspunkte für die Fragen nach dem Sinn ihres Lebens finden, können die Ausbildung einer Identität sehr prägen.

Aus meiner Sicht ist dieser Zusammenhang von Identität und Religion für die Medizin äusserst relevant, wenn sie über eine rein formale Achtung von Patientenansichten hinausgehen will. Denn zum Respekt gegenüber der Patientenautonomie gehört auch die Verantwortung von Gesundheitsfachpersonen, Patientinnen auf ihrem Weg dahin zu unterstützen, eine für sie persönlich gute Entscheidung in medizinischen Fragen zu treffen. Und ihnen beizustehen, eine Krankheitssituation zu bewältigen, die für die Betroffenen oft neu und überraschend, mit Schmerzen und einem Gefühl von Verletzlichkeit und Abhängigkeit verbunden ist. Damit nimmt die Medizin den Patienten in den Fokus, nimmt ihn in seiner Biografie, seinem

familiären Umfeld, seinen persönlichen und sozialen Ressourcen wahr und vor allem auch in dem, was ihm im Leben wichtig ist. Wenn sich die Gesundheitsversorgung zum Ziel setzt, die Lebensqualität von Menschen zu verbessern, dann muss sie die Sichtweise der Patientinnen miteinbeziehen. Denn Lebensqualität lässt sich nicht ausschliesslich objektiv, sondern erst durch die Hinzunahme der Subjektivität (oder: des Empfindens) der betroffenen Person definieren. Was es für einen Menschen bedeutet, ein «gutes Leben» zu führen oder ein «gutes Sterben» erleben zu dürfen, hängt von seinen Erfahrungen und seinem Wertehorizont ab, der von religiösen Überzeugungen und der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft geprägt sein kann. Die Aufnahme des Spiritual-Care-Ansatzes durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) – auf Wunsch der Patientin spirituelle und religiöse Begleitung in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen – zeigt deutlich, dass das Selbstverständnis der Medizin nicht mehr bloss die Heilung von Krankheit umfasst, sondern darüber hinaus auch das Eingehen auf Bedürfnisse nach Sinnhaftigkeit, die sich angesichts von schwerer Krankheit und nahendem Lebensende besonders deutlich zeigen.

Damit ist aus philosophischer Sicht grob die Bedeutung von Gläubigkeit und Religionszugehörigkeit in einer ganzheitlichen Wahrnehmung von Patientinnen umrissen, jedoch noch

keine Aussage darüber getroffen, wie solche Wertüberzeugungen, religiös motivierte Wünsche oder Forderungen in medizinischen Konfliktsituationen zu gewichten sind. Erschwerend kommt eine Diskrepanz hinzu, wenn einerseits versucht wird, beispielsweise mehr als 2500 Jahre alte Vorschriften streng einzuhalten, andererseits aber die neuesten medizinischen Möglichkeiten genutzt werden wollen. Dieses Zusammentreffen von religiösen Vorstellungen aus einer Zeit, in der man sich heutiges medizinisches Können und Wissen nicht vorzustellen wagte, mit der heutigen Komplexität medizinischer Entscheidungssituationen, die neben einem gesellschaftlichen Wandel von Werten und Menschenbild in der Medizin vor allem dem medizintechnischen Fortschritt und den sich daraus ergebenden Möglichkeiten gezollt sind, führt unweigerlich zu Spannungen.

Die eingangs aufgeführten Fragen finden sich in diesem Buch in den Geschichten von Betroffenen – Fachpersonen aus dem Bereich Medizin und Seelsorge, Patientinnen und Angehörige – wieder und werden auch in den Interviews an Expertinnen und Experten aus Recht, Medizin, Spiritual Care und Kommunikation adressiert. Trotzdem stellt dieser Band keine ethische Abhandlung dar. Vielmehr macht der theoretische Blickwinkel einer empirischen Neugierde Platz: Da Krankheit alle Menschen betreffen kann, ist das Spital in einer multikulturellen Gesellschaft wie der Schweiz ein Kosmos aus Weltan-

schauungen, Werten und Kulturen und somit ein Ort, an dem Leben und Tod und die damit verbundenen Sinnfragen sehr präsent sind. Oft spielen Spiritualität und Religion im Spital eine grössere Rolle als sonst in der Gesellschaft, weil sie im Kontext von existenziellen Erfahrungen stärker in den Vordergrund treten.

In den Erfahrungsberichten zeigt sich exemplarisch, wie man in der Gesundheitsversorgung Irritationen, die – zuweilen vermeintlich – durch Glaubensansichten oder Ausübungen von Ritualen entstanden sind, begegnen kann. Es handelt sich um Situationen, in denen Standardabläufe nicht (mehr) funktionieren und die von den Beteiligten Fingerspitzengefühl, Verständnis und Einfallsreichtum verlangen. Das Buch entstand dabei nicht mit der Absicht herauszufiltern, wer von einem ethischen Standpunkt aus «Recht hat» oder ob die Bewältigung der Lage ethisch gesehen «richtig» war. Vielmehr richtet sich der Fokus der Texte auf die Kreativität in der Berufspraxis: wie Menschen Situationen durchlebt haben, in denen beispielsweise Abläufe im Spital oder Werthaltungen von Fachpersonen mit Bedürfnissen von Patienten oder deren Angehörigen kollidieren.

Subjektivität und ein Ringen mit der eigenen Werthaltung, Glaubensansicht oder einem moralischen Kodex zeigen sich in den Gesprächen aller interviewten Personen. Denn trotz der

angestrebten Objektivität und Wissenschaftlichkeit ist auch die Medizin geprägt durch normative Annahmen, was ein «vernünftiger» Patient tun sollte. In Konfliktsituationen können diese Annahmen erneut auf den Prüfstand kommen. Gefühle von Zweifel und Unbehagen machen – ungeachtet der Profession – generell den Anfang in einem Prozess, sich der eigenen Überzeugungen und Haltungen bewusst zu werden und diese zu hinterfragen. Auch das führen die in diesem Band gesammelten Interviews in teils sehr berührender Weise vor.

Die Berichte in diesem Buch sind ein Zeugnis davon, wie durch Krankheit und Leid betroffene Menschen vom Personal im Gesundheitswesen getragen werden und wie dieses oftmals intensiv und einfallsreich versucht, den Bedürfnissen von Patienten oder Angehörigen gerecht zu werden. Eine spirituelle Begleitung von Menschen kann dabei bedeutungsvoll sein und schon allein darin bestehen, dass jemand unvoreingenommen am Leid des Patienten oder der Angehörigen Anteil nimmt und zuhört. Solches Zuhören und kleine Rituale wie ein Segen oder eine Koranrezitation können die Betroffenen darin unterstützen, Ordnung ins innerliche Chaos zu bringen und nicht an der Situation zu zerbrechen. Religionen und Formen der Spiritualität sind zwar divers, zentrieren sich aber um ein gemeinsames Anliegen: Raum für das Bedürfnis zu schaffen, verstanden und nicht mit seinen Ängsten alleingelassen zu werden. Dies

gelingt durch Präsenz und Zuwendung, sei es durch eine Seel-  
sorgerin oder eine medizinische Fachperson. Die Erfahrungs-  
berichte bringen Erstaunliches zutage, insbesondere wie wand-  
lungsfähig der Mensch ist und welche Kraft er entwickeln  
kann, mit Schicksalsschlägen umzugehen, wenn er dafür  
Unterstützung erhält. Auch Menschen, die Patienten umsor-  
gen, werden trotz jahrelanger Berufserfahrung von den Ereig-  
nissen berührt und nehmen zum Teil ebenfalls Rituale zu Hilfe  
oder Gespräche in Anspruch, um diese Gefühle und Eindrücke  
zu verarbeiten.

Der vorliegende Interviewband entstand arbeitsteilig: Die  
Gespräche wurden von mir geführt und anschliessend von

Anouk Holthuisen in Textform gebracht. Fotograf Niklaus  
Spoerri hatte den Auftrag, alle Interviewpartnerinnen und  
-partner zu porträtieren, so dass sich dem Leser nach dem inne-  
ren Bild, das er sich bei der Lektüre von ihnen macht, auch das  
äussere erschliesst. Die Porträts sollen unterstreichen, dass es in  
diesem Buch um persönliche Ansichten, Auffassungen und  
Erfahrungen von Menschen geht, die daraus individuelle  
Rückschlüsse für das eigene Leben oder ihren Beruf zogen. Es  
sind Geschichten mit einem Gesicht, das sich vertrauensvoll  
der neugierigen Betrachterin öffnet.

Susanne Brauer, Zürich, 23. Oktober 2019





## «Es ging zu und her wie im Bienenhaus.»

### Ein Spitalseelsorger wird herausgefordert

Menschen gehen je nach individueller Prägung, kultureller Herkunft und religiösem Hintergrund unterschiedlich mit dem Verlust einer nahestehenden Person um. Luzius Müller, Spitalseelsorger, begleitet Menschen in solchen Situationen und berichtet von seinen Erfahrungen. Einen fixen Arbeitsablauf kennt er nicht.

Wir Spitalseelsorger werden häufig gerufen, wenn ein Mensch verstirbt oder Angehörige gemeinsam mit den Gesundheitsfachpersonen entschieden haben, dass lebenserhaltende Massnahmen eingestellt werden sollen. Meistens geschieht dies auf der Notfall- und der Intensivstation. In solchen Momenten weist das Personal die Angehörigen auf uns Spitalseelsorger hin. So können wir die Hinterbliebenen seelsorgerlich begleiten, was auch eine Entlastung für die Ärzteschaft und Pflegenden darstellt. Selbstverständlich entscheiden die Angehörigen, ob sie eine solche seelsorgerliche Begleitung wünschen oder nicht.

Wir haben bei dieser Arbeit keinen fixen Ablauf, sondern sind offen für alles, was die Menschen in diesem Moment beschäftigt. Manche Betroffene möchten erzählen, was sich in den vergangenen Tagen und Stunden ereignet hat, von ihrer

Beziehung zur verstorbenen Person oder auch über deren Leben reden. Es sind oft emotional sehr dichte Momente, in denen auch Pausen und Stille ihren Platz haben. Eine zugewandte Präsenz ist in solchen Situationen hilfreich: Es ist jemand da, der beisteht, zuhört, unterstützt. So können sich Menschen im Erzählen, Weinen, Schweigen innerlich zu ordnen beginnen und spüren, was sie besonders bewegt. Wenn es uns angezeigt scheint, bieten wir an, einen Segen oder ein Gebet zu sprechen. Beides dauert nicht lang, aber diese Rituale sind meist auch für nicht-religiöse Menschen im Moment des endgültigen Abschieds passend. Dabei knüpfen wir an Rudimente von Religiosität an, die angesichts des Todes bedeutungsvoll werden. Auch nicht-religiöse Menschen haben in einer solch existenziellen Situation das Bedürfnis, dass jemand das Unfassbare des Verlustes durch ein schlichtes Ritual symbo-

lich in einen grösseren, beständigen Zusammenhang stellt, dass Worte des Segens, des Lebens, der Hoffnung gesprochen werden. Ähnliche Bedürfnisse zeigen sich auch an Abdankungsfeiern auf dem Friedhof.

Ich habe erlebt, dass das Pflegepersonal sehr emotionalen Angehörigen Beruhigungsmittel angeboten hat. Das kann angezeigt sein, wenn Menschen an die Grenzen ihrer inneren

*Medikamente  
sollten nicht dazu  
dienen, starke  
Gefühle von Trauer,  
Wut, Angst etc.  
grundsätzlich zu  
unterbinden.*

Kräfte kommen. Diese Medikamente sollten aber nicht dazu dienen, starke Gefühle von Trauer, Wut, Angst etc. grundsätzlich zu unterbinden. Bisweilen werden wir Seelsorgenden gerufen, damit wir Trauernde trösten, die Tränen zum Verschwinden bringen. Ich bin nicht der Meinung, dass dies die Aufgabe der Seelsorge ist. Angehörige reagieren beim Tod eines geliebten Menschen stark emotional. Diese Gefühle sollen in der seelsorgerlichen Begleitung nicht abgeblockt werden, sondern Raum bekommen. Das Wehklagen, die innere Erschütterung sind nicht störend. Es gibt auch andere Arten, wie Menschen diese Momente des Abschieds erleben: ruhig, gefasst, dankbar. Ja, manchmal gar kühl und distanziert – dies ist eben sehr individuell. Eine Bewertung des jeweiligen Umgangs von Angehörigen steht uns nicht zu, und wir sollten uns jeglichen Versuchs der Steuerung oder Manipulation vollkommen enthalten.

## **Platzverhältnisse bestimmen Seelsorge**

Unsere Arbeit ist stark durch den räumlichen Kontext geprägt. Auf einer Notfallstation ist es recht eng und betriebsam, wie in einem Bienenhaus. Die Patienten sind nur für die erste Stabilisierung dort und werden möglichst bald auf eine andere Station verlegt. Ständig werden neue Unfallopfer hereingebracht. Eigentliche Zimmer mit Türen gibt es meist nicht. Die Wahrung der Intimsphäre ist dort schwierig – die Notfallversorgung hat Priorität. Auf Intensivstationen sind die Betten eines Zimmers durch Vorhänge voneinander getrennt, überall stehen Apparate und Gerätschaften, auch hier ist es eng. Manche Patienten werden über eine längere Zeit intensivbehandelt. In dieser Umgebung frage ich mich oft, ob Menschen hinter dem Vorhang das Gebet, den Psalm, das Lied mithören können, das ich am Sterbebett eines Patienten spreche oder singe. Und wie diese ungewohnten Worte wohl auf sie wirken. Wo die Privatsphäre weitgehend fehlt, werden Menschen Zeugen des Schicksals ihrer Leidensgenossinnen. Sie hoffen selbst auf Genesung und erfahren vom Tod ihrer Bett Nachbarin. Auch darüber sprechen wir in der Seelsorge mit Patienten. Als Spitalseelsorger ist es wichtig, ein Gespür dafür zu haben, dass der räumliche Kontext auch einen Einfluss auf die Situation hat. Es gibt gewisse Orte, wo ich selbst lieber nicht sterben wollte.

Wenn immer möglich wird ein sterbender Patient in ein Einzelzimmer verlegt. Dann ist die Intimsphäre gewahrt, und es ist mehr Platz vorhanden, so dass mehrere Personen Abschied nehmen können. Auch mir als Seelsorger ist diese Situation lieber, aber sie lässt sich nicht immer realisieren.

Wenn ich zu einem sterbenden Menschen gerufen werde, treffe ich ausser dem Patienten oft einige wenige Personen an, die Abschied nehmen. Ihnen kann ich mich individuell widmen. Unsere herkömmliche Spitalseelsorgeausbildung orientiert sich vor allem an solchen Situationen. Doch es gibt Kulturen des Abschieds, in denen Gefühle und Anteilnahme im grossen Kollektiv gelebt werden. Dies wirkt mitunter recht chaotisch. Meine Kollegin begleitete einmal die Familie eines türkischen Mannes, der auf die Intensivstation eingeliefert worden war. In kurzer Zeit erschienen zahlreiche Angehörige, um ihm beizustehen. Aufgrund der knappen Platzverhältnisse waren aber bloss eine oder zwei Verwandte am Bett des Patienten zugelassen. Die Familienmitglieder, Freunde und Kolleginnen versammelten sich vor der Tür der Station und versuchten, Einlass zu erhalten. Daraufhin wurde Sicherheitspersonal vor der Tür platziert, was die Angehörigen irritierte. In diesem Moment kam zufällig meine Kollegin vorbei und erkannte die angespannte Lage. Sie übernahm die Rolle einer Vermittlerin und lud die Angehörigen ein, sich in der Kapelle zu versam-

eln, wo genügend Platz für alle war. Der Vorschlag führte zunächst zu einer neuerlichen Irritation, die Stimmung war angespannt, doch meine Kollegin konnte klarstellen, dass die Kapelle nun nicht als religiöser Raum diene, sondern als Versammlungsort abseits des turbulenten Spitalbetriebs. Mehrere Stunden lang eilte die Seelsorgerin zwischen Kapelle und Intensivstation hin und her und informierte die Angehörigen über den Zustand des Mannes. Dieser kehrte einige Tage später nach Hause zurück.

Auch ich erlebte eine ähnliche Situation. Vor etlichen Jahren wurde ein junger Mann indischer Herkunft in der Notfallstation eingeliefert. Er war bereits auf dem Weg ins Spital verstorben. Bald darauf trafen rund 30 Personen ein, um dem Verstorbenen ihre Aufwartung zu machen. Sie trauerten bewegt und lautstark, was den Betrieb auf der Notfallstation zu behindern begann. In dieser Klinik gab es keinen Sicherheitsdienst, deshalb wurden wir Seelsorgenden zur Unterstützung aufgeboten. Wir sollten eher als Ordnungshüter denn als individuelle Begleitung der Angehörigen auftreten. Diese Rolle behagte mir nicht sehr. Spitäler sollten für solche Aufgaben einen freundlichen, kompetenten Sicherheitsdienst engagieren. Auch damals führten wir die Gruppe in die Kapelle und überlegten, wie wir sie unterstützen könnten. Ich wusste wenig über hinduistische

*Sie hoffen selbst  
auf Genesung  
und erfahren vom  
Tod ihrer Bett-  
nachbarin.*

*Alle weinten,  
klagten laut und  
umarmten sich,  
griffen dann wieder  
nach dem Handy.*

Kulturen des Abschieds. Auch war mir nicht klar, wen ich in dieser Gruppe hätte ansprechen sollen, niemand bot sich offensichtlich an. Doch die Gruppe schien sich selbst zu organisieren, obwohl alles sehr unorganisiert wirkte: Alle weinten, klagten laut und umarmten sich, griffen dann wieder nach dem Handy und waren damit beschäftigt, weitere Menschen über den Todesfall in Kenntnis zu setzen. Immer wieder geleitete ich neue Leute in den Raum. Sie waren bei der Ankunft im Spital jeweils ganz gefasst, aber kaum betraten sie die Kapelle, stimmten sie ins gemeinsame Klagen mit ein. Den Frauen und Männern schien es nichts auszumachen, sich in einer Kapelle mit christlichen Symbolen aufzuhalten. Für sie war es wichtig, zusammen zu trauern und in der Nähe des Toten zu sein. Wir Seelsorgenden waren anwesend, hielten uns aber im Hintergrund.

### **Im engsten Familienkreis oder im grossen Kollektiv**

Menschen trauern sehr unterschiedlich, je nach kultureller Herkunft, religiösem Hintergrund, gesellschaftlicher Stellung, milieuspezifischer Identifikation und individueller Prägung. Die Religionszugehörigkeit allein ist nicht ausschlaggebend.

Für Menschen mit westeuropäisch-bildungsbürgerlichem Hintergrund ist ein Todesfall oft eine sehr persönliche Angelegenheit. Man trägt die Trauer nicht zur Schau, kommuniziert wohlüberlegt, verschickt sorgfältig formulierte und gestaltete Traueranzeigen und nimmt oft im engsten Familienkreis Abschied. Zurückhaltung und Pietät haben einen hohen Stellenwert. In den eben geschilderten Fällen jedoch waren spontane, kollektive Anteilnahme und der emotional bewegte Abschied wichtig. In bestimmten Gebieten Europas werden heute noch bei Beisetzungen Klageweiber aufgeboten, die laut weinen und schreien, obwohl sie den Toten manchmal gar nicht kannten. Es besteht die Vorstellung, dass der Tote laute Wehklage verdient habe.

Beim Abschied im Spital erkennen wir Seelsorgenden oft schnell, wer in welcher Beziehung zum bzw. zur Totkranken oder Verstorbenen steht. Dies zeigt sich teilweise daran, in welchem Abstand jemand zum Sterbebett steht. Es erinnert mich bisweilen an das Bild einer Weihnachtskrippe: Jede Figur hat einen bestimmten Platz, definiert durch ihre Funktion und ihre Beziehung zum Jesuskind – eine Art Familienaufstellung. Bei den beschriebenen kollektiven Abschieden gibt es ein anderes Muster: Der Tote, aber auch die Eltern, Ehepartner und Geschwister bilden gleichsam verschiedene Zentren, zwischen denen man sich hin und her treiben lässt.

Bei Menschen mit christlichem oder jüdischem Hintergrund ist meist klar, wer Ansprechperson in religiösen Belangen ist. Es gibt ansässige Gemeinden und religiöse Fachpersonen: Pfarrfrauen, Priester, Älteste, Rabbiner. Solche «Funktionäre» gibt es auch in anderen Religionen. So haben wir Spitalseelsorgenden beispielsweise Listen mit Adressen von Imamen. Im Islam gibt es verschiedene Strömungen, zu berücksichtigen ist ausserdem auch der ethnische und kulturelle Hintergrund der Menschen – schon der Sprache wegen. Es ergibt wenig Sinn, einfach irgendeinen Imam aufzubieten. Die religiösen Traditionen Indiens sind noch komplexer. Im indischen Subkontinent existieren sehr viele verschiedene Formen von Religiosität und Spiritualität. Darum gebe ich den Gesundheitsfachpersonen auf den Stationen jeweils den Rat, dass man die Hinterbliebenen selbst fragen möge, ob sie Kontakte zu entsprechenden Religionsvertretern hätten, die man aktivieren könnte. Schwierig wird es diesbezüglich bei Touristen, die bei uns im Spital eingeliefert werden.

Wir Spitalseelsorgerinnen und -seelsorger sind in Kliniken meist die ersten Ansprechpersonen für religiöse und kulturelle Fragen. Wir suchen nach Lösungen, vermitteln Kontakte und versuchen im Gespräch mit den Menschen, die passende Form für den Abschied zu finden. Unsere ganze Arbeit basiert auf der Bereitschaft der Menschen, sich begleiten zu lassen. Niemand muss, aber alle dürfen auf unsere Angebote zurück-

greifen. Wir sind uns letztlich sehr bewusst, dass der intensive innere Weg beim Verlust einer nahestehenden Person von den Hinterbliebenen selbst gegangen werden muss. Wir stehen bereit, ein kurzes Wegstück mitzugehen, und hoffen, dass andere Personen, beispielsweise Verwandte, Freundinnen und Freunde, unsere Arbeit in geeigneter Weise fortführen.

*Wir stehen bereit,  
ein kurzes Wegstück  
mitzugehen.*

### **Der Auftrag der Spitalseelsorge**

Spitalseelsorge richtet sich an alle Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und die Mitarbeitenden im Spital, unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit und Lebensphilosophie. Die Landeskirchen, das Spital oder beide zugleich beauftragen damit Theologinnen und Theologen, die eine seelsorgerliche/psychologische Zusatzausbildung haben. Das Anliegen der Seelsorge ist es, für die persönlichen Anliegen von Menschen offen zu sein, sie zu begleiten und ihnen Zuwendung und Nähe zu vermitteln. Sie bietet in Krisen unkompliziert Hilfe an. Seelsorgende besuchen Kranke, um in ihrer besonderen Situation einfach da zu sein, und helfen Patienten und Patientinnen sowie den Angehörigen, mit den Belastungen ihrer Situation möglichst gut umzugehen. Das Angebot ist kostenlos.



## «Wir sind so dankbar für diese Woche.» Ein Elternpaar trauert um sein neugeborenes Kind

Als Natascha in der 32. Schwangerschaftswoche keine Bewegungen des Kindes mehr spürt, wird es per Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Das Mädchen ist schwerstbehindert und muss beatmet werden. Die Ärzte raten den Eltern, es sterben zu lassen. Natascha und Fabrizio haben einen schweren Weg zu gehen. Dabei werden sie von vielen Menschen getragen, auch von Seiten des Spitals.

Es dauert zehn Jahre, bis es endlich klappt. Das Paar, nennen wir die beiden Natascha und Fabrizio, hatte alles versucht, um ein Kind zu bekommen. Zwei Mal wurde Natascha schwanger, beide Male erlitt sie eine Fehlgeburt. Auch die Adoption eines Kindes klappte nicht. Im Dezember 2016, nach einem mehrjährigen Entscheidungsprozess, starteten sie einen letzten Versuch mit In-vitro-Fertilisation.

*Fabrizio:* Wir hatten eigentlich alle Hoffnungen aufgegeben, doch erstaunlicherweise wurde Natascha schwanger. Die Schwangerschaft verlief gut. Nie gab es Anzeichen, dass etwas nicht stimmt.

*Natascha:* Zuerst lief alles bestens. Dennoch wagten wir nicht, uns allzu sehr zu freuen, denn in unserem Bekanntenkreis gibt es leider mehrere Eltern von Sternenkindern (Kinder,

die vor, während oder kurz nach der Geburt gestorben sind, Anm. d.A.). Aufgrund meines Alters bestand ein erhöhtes Risiko für Komplikationen. Wir trauten uns nicht, schon vor der Geburt ein Kinderzimmer einzurichten.

In der 28. Woche nimmt Natascha eine Weile lang keine Bewegungen ihres ungeborenen Kindes wahr. Sie ruft die Gynäkologin an und lässt sich untersuchen. Alles ist in Ordnung. Als Natascha vier Wochen später wieder keine Bewegungen im Bauch verspürt, reagiert sie zunächst gelassen. Sie weiss, wann im Tagesablauf sie ihr Kind am besten spüren kann, zum Beispiel in der Mittagspause. Doch auch in dieser fühlt sie nun, an einem Tag im Juli, keine Bewegungen. Spätabends fährt das Paar beunruhigt ins Universitätsspital. Die Untersuchung

*Mitten in der  
Nacht entscheiden  
die Ärzte.*

ergibt, dass der Herzschlag ungewöhnlich ist. Mitten in der Nacht entscheiden die Ärzte, das Kind per Kaiserschnitt zu

*Ich muss  
die Realität aus-  
geblendet haben.*

entbinden. Die kleine Tochter kommt nachts um zwei zur Welt, sie wiegt 1450 Gramm und ist 42 Zentimeter gross. Die Ärzte nehmen sie in ihre Obhut, Mutter und Vater können nur einen kurzen Blick auf ihr Kind werfen, dann sehen sie es stundenlang nicht mehr. Zunächst sind die beiden nicht beunruhigt. Sie wissen, dass ihre Tochter in den besten Händen ist.

*Natascha:* Am Morgen um 7 Uhr durften wir unsere Tochter in der neonatologischen Intensivstation besuchen. Wir bemerkten schon, dass sich alle anderen Babys dort mehr bewegten, aber ich dachte, sie sei eben zu früh auf die Welt gekommen und brauche noch etwas Zeit. Ich muss die Realität ausgeblendet haben, denn ich arbeitete ja selbst in einem Kinderspital, allerdings kannte ich mich nicht mit Frühchen aus. Irgendwann realisierten wir, dass etwas nicht in Ordnung ist. Wir entschieden uns dann innert 24 Stunden für einen Namen. Ich suchte in diesen Stunden alle Bedeutungen der Namen auf, die wir uns in den Wochen zuvor überlegt hatten. Da stiess ich bei Luisa auf «die Kämpferin, die Starke». Vor zehn Jahren hatte meine Schwester, die wir zur Gotte unserer Tochter bestimmt hatten, in der gleichen Station einen Sohn zur Welt gebracht, auch ein Frühchen mit weniger als einem Kilo

Geburtsgewicht, der den Namen Luis erhielt. Er ist heute ein grosser gesunder Bub. Ich dachte: Luisa, das passt.

## **Der Schock**

Eine Woche lang versuchen die Ärzte herauszufinden, was mit Luisa nicht stimmt. Diese Tage zwischen Hoffnung und Angst sind für das Paar sehr schwer. Manchmal bewegt sich Luisa ein bisschen, was Natascha und Fabrizio die Hoffnung gibt, dass alles doch noch gut kommen könnte. Doch eigentlich wissen auch sie: Es ist nicht so, wie es sein sollte. Natascha beobachtet permanent das Personal. Warum schaut die Ärztin sie so an? Ist das ein besorgter Blick?

Mit jeder Untersuchung wird klarer, wie ernst Luisas Zustand ist. Sie kann sich nicht bewegen, die Augen sind geschlossen, sie ist nicht wach und muss beatmet werden. Die Eltern befassen sich mit dem Gedanken, dass ihr Kind wahrscheinlich schwerbehindert sein könnte. Die ersten Untersuchungen führen zu keinem Befund. Nach sieben Tagen wird eine MRI gemacht, das Resultat gibt nur noch wenig Grund zur Hoffnung. Es zeigt, dass Luisas Gehirn schwer geschädigt ist. Irgendwann während der Schwangerschaft muss der Fötus kurzzeitig zu wenig Sauerstoff bekommen haben. Die genaue Ursa-