

## **Prekäre Situationen – Rituale im Krankenhaus**

Arbeitsgemeinschaft für ev. Krankenhauseelsorge Bernried 19.10.2015

(Prof. Dr. Harald Schroeter-Wittke, Universität Paderborn)

Liebe Seelsorgerinnen und Seelsorger!

Wer einen Professor der Praktischen Theologie zu einer Berufstagung von Praktiker\*innen einlädt, erwartet zu Recht, dass er sie auf den neuesten Stand der Forschung bringt.

Nun bin ich von der Profession her kein Seelsorgespezialist, sondern Religionspädagoge und Kirchengeschichtler, dazu noch Musiker, Spieleautor und Präsidiumsmitglied im Dt. Ev.

Kirchentag. Meine professionelle Grundfrage in allen Dingen, die ich treibe, lautet daher:

Welche Bedeutung hat das Thema x,y für das Lernen als Lebensvollzug des Glaubens? Für unser Thema lautet die Frage daher: Was wird im Krankenhaus gelernt? Diese Frage beziehe ich vor allem auf die Patient\*innen dort. Und: Was kann die Seelsorge im Krankenhaus zum Lernen als Lebensvollzug des Glaubens beitragen?

Ich werde diesen Fragen so nachgehen, dass ich Sie zunächst auf den neuesten Stand der Forschung bringe, wie er sich mir darstellt. Sodann werde ich mich selber zum Fall für Ihr Thema machen. Ich werde Ihnen von hieraus eine im Moment vielfach rezipierte Ritualtheorie vorstellen, vor deren Hintergrund ich dann eine doppelte Denkbewegung mache: Das Krankenhaus als Ritual – Rituale im Krankenhaus.

### 1. Forschungsstand

Obwohl ich also kein ausgewiesener Poimeniker bin, haben aus mir unerfindlichen Gründen bislang dennoch 3 poimenische Doktorarbeiten ihren Weg zu mir nach Paderborn gefunden. Die jüngste dieser Dissertationen befindet sich noch mitten im Verfahren. Die Gutachten liegen gerade aus, die mündliche Prüfung findet am 30.11. statt. Diese Dissertation ist allerdings so überzeugend gut, dass ich Ihnen einige Einsichten daraus nicht vorenthalten will. Sie trägt den Titel „Das Sinnsystem SEELSORGE. Studie zur Frage, wer tut was, wenn man sagt, dass man sich um die Seele sorgt.“ Sie stammt von dem Klinikseelsorger der Universitätsklinik Mainz, Günther Emlein, Jg. 1951. Sie stellt sein Lebenswerk dar. Emleins Leitfrage lautet: Zu welchem Problem der Gesellschaft kann man Seelsorge als Lösung beobachten?

Seine Antwort lautet: Seelsorge hält die Frage danach wach, dass wir durch unsere Antworten, die in verschiedenen Systemen notwendigerweise gegeben werden müssen, dass wir durch diese Antworten immer schon die Löcher, die der Sinn oder der Unsinn reißt, verstellen. Das Gesundheitssystem gibt Antworten in Form von Diagnosen, Operationen, Medikationen etc. Es kann nur aufgrund dieser Antworten sinnvoll existieren. Demgegenüber ist die Aufgabe der Seelsorge sinnfrei, indem sie die Fragen wach hält, die sich in all diesem Tun stellen, obwohl sie von den Antworten der anderen Systeme verstellt werden. Ein Spitzensatz der Dissertation Emleins lautet daher: „Dass man keine Diagnose bekommt, ist die Hoffnung der Individuen und der Vertrauensvorschuss, den Religion hat.“ (179f.) Emlein zeigt, dass Sinn keinen Halt bieten kann, weil er immer auch anders konstruiert werden könnte oder hätte konstruiert werden können. Deshalb geht es in der Seelsorge um das Wach- und das Aushalten der Sinnlosigkeit, die in allem Sinn mitgeführt wird. Ein wesentliches Medium für diese Aufgabe sind nach Emlein Rituale. Rituale sind nichtantwortende Antworten bzw. zelebrierte Nichtantworten. Sie führen wie die Mystik ins Zweitlose und beantworten keine Fragen. „Die Frage als unbeantwortbar festzuhalten, zu bewahren und manchmal auszuhalten, kann an Kontingenzerfahrungen anschließen und solche wach halten. ... Mein Gott, wozu hast du mich verlassen?“ (156)

Emleins poimenisches Ergebnis lautet: „Die Welt wird zu Frage – ohne Antwort.“ (166) Das ist die gesellschaftliche Aufgabe von Seelsorge, die Trost spendet. „Tröstlich muss nicht sein (aber es kann sein), was gesagt wird, tröstlich muss auf jeden Fall sein, wie etwas gesagt wird

und *wem* etwas gesagt wird. Trost als Medium ist Kommunikation. Daher wird Trost auch gespendet. ... Der auf die Trostmitteilung folgende Anschluss legt fest, ob die vorausgehende Kommunikation als Trost interpretiert wird. Nicht das Spenden interpretiert eine Mitteilung als Trost, sondern das Empfangen.“ (168f)

Dabei markiert Emlein auch den Unterschied zum Vertrösten: „Wird Trost eingesetzt in Situationen der Reparierfähigkeit und Verbesserungsfähigkeit von Adressen, sabotiert er Optionen und wird zur Vertröstung. Trost hat den Charakter des Existenziellen. Wird Trost eingesetzt, um durch Kommunikation Veränderbares zu verdecken, so werden Betroffene angehalten, etwas hinzunehmen, was sie nicht hinnehmen müssten. ... Trost erhält Adressabilität, Vertröstung beschädigt sie.“ (171) „Trost heißt, Adressabilität aufrecht zu erhalten in Situationen, in denen Adressabilität sabotiert zu werden droht.“ (177)

Emlein macht klar, dass Seelsorge ein Rezeptionsphänomen ist. In der Seelsorgetheorie müssen die Fragen nach dem Wie und dem Wem daher stärker gewichtet werden, als die Frage nach dem Was.

Stell dir vor, es ist Gottesdienst und... Nach Emlein ist dabei nicht die Frage entscheidend, was für Gottesdienste wir feiern, sondern wie sie empfangen werden bzw. werden können und wer sie empfängt.

Ich komme zurück zur Krankenhausseelsorge und rede nun zu Ihnen als jemand, der Krankenhausseelsorge empfangen hat.

## 2. Autobiographische Fallstudien

Szene 1: Meine Oma starb Ende Februar 1987. Kurz nach Neujahr hatte sie eine Gehirnblutung gehabt. Meine Mutter war dabei und verständigte den Notarzt. Als dieser kam, war meine Oma schon ins Koma gefallen. Meine Mutter erklärte dem Notarzt, dass meine Oma ausdrücklich keine Leben verlängernden Maßnahmen wünsche, aber der Notarzt war machtlos. Er musste Notfallmaßnahmen qua Amt einleiten, weil er sich sonst unterlassener Hilfestellung schuldig gemacht hätte. Diese Alternativlosigkeit seines Handelns teilte er meiner machtlosen Mutter mit, so dass meine Oma die letzten 6 Wochen ihres Lebens machtlos auf der Intensivstation verbrachte, ohne noch irgend eine Regung zu zeigen. Ich war ihr Lieblingsenkel und studierte damals Theologie. Leider bin ich bis heute total schlecht im Auswendiglernen. Aber als ich meine Oma, die eine fromme Frau war, in den Semesterferien auf der Intensivstation besuchte, dachte ich mir, vielleicht tut ihr der Psalm 23 gut. Ich begann also den Psalm 23 aufzusagen, geriet aber ins Stocken und wusste nicht weiter. Da bewegten sich die Lippen meiner Oma ganz deutlich und sie sagte mir vor, wie es weiterging: Und ob ich schon wanderte im finstern Tal, fürchte ich kein Unglück. Was für ein Glück, dass ich selbst allerzentralste Dinge der Theologie nicht auswendig kann!

Szene 2: Am 1. Dezember 2012 wurde unser jüngster Sohn geboren. Die Geburt verlief rasch, aber nicht ganz unkompliziert. Unser Sohn wurde schnell nach draußen gebracht. Als er wieder ins Zimmer gebracht wurde, flüstert die Ärztin: „Er hat wahrscheinlich das Syndrom.“ Er würde jetzt erstmal auf die Intensivstation kommen. Danach kümmern sich alle erst einmal um meine Frau, die ausgeschabt werden muss. Man sagt mir, dass ich ruhig dabei bleiben könne, aber ich entschieße mich, zu unserem Sohn auf Intensiv zu gehen. 2 Stunden später kommt ein Praktikant zu mir und bittet mich nach unten in die Geburtsstation. Die Ärztinnen eröffnen mir, dass die Blutungen nicht aufhören und jetzt schnell die Gebärmutter entfernt werden müsse. Ich willige ein und gehe wieder hoch zu meinem Sohn. Weitere 2 Stunden später werde ich langsam nervös. Ich gehe wieder runter. Da ruft meine Schwiegermutter an. Ich sage ihr, dass die Gebärmutter entfernt werden musste. Sie ist geschockt und gibt mir am Telefon meinen großen Sohn, 6 Jahre alt. Er wolle mit mir reden. Ich breche am Telefon zusammen und sage nach ca. 1 Minute, dass wir jetzt stark sein müssen. Kurz danach werde ich wieder ins Wehenzimmer gerufen. 2 blutüberströmte Ärztinnen stehen vor mir und eine

junge Hebamme, die am ganzen Leib zittert und mit den Tränen kämpft. Meine Frau habe 24 Blutkonserven bekommen, A negativ, und sie habe 4 Minuten reanimiert werden müssen. Ich könne sie jetzt sehen, sie liege im Koma und werde gleich in den anderen Teil des Krankenhauses unten in der Stadt auf die Intensivstation gebracht. Ich bedanke mich und nehme die immer noch zitternde Hebamme in den Arm. Wir spenden uns gegenseitig Trost. Dann sehe ich meine Frau auf dem Flur in einem Hochbett mit Apparaturen völlig friedlich daliegen. Sie wird intubiert und ist blass wie Schneewittchen im Glassarg. Der Anästhesist kommt vorbei und sagt: Wahrscheinlich hat Ihre Frau keine bleibenden Schäden. Das ist der Zeitpunkt, wo ich dringend Hilfe für mich brauche. Ich gehe zum Empfang der Klinik und bestelle die Krankenhauseelsorge in das Wehenzimmer, das man mir zur Verfügung stellt. Ich versuche meinen Kollegen und Freund Martin Leutzsch telefonisch zu erreichen, aber er ist nicht da. Ich liege auf dem Bett – nichts geht mehr! Da kommt Schwester Juliana, eine Vincentinerin. Ich stelle mich vor und sage, dass ich Professor für Ev. Theologie schräg gegenüber an der Universität sei. Ich habe das Gefühl, dass es fair ist, wenn Schwester Juliana das weiß. Und dann sagt Schwester Juliana etwas, was sich für mich wie Himmel anfühlt.

Sie macht mir eine Aufforderung und stellt eine Frage: Erzählen Sie mal, was ist denn passiert? Endlich kann ich jemandem erzählen, was passiert ist.

Beim Stichwort Koma erzähle ich auch die Geschichte von meiner Oma und mir.

Daraufhin betet Schwester Juliana für mich den Psalm 23.

Welch eine Wohltat! Die Tränen fließen

Doch gleichzeitig muss ich innerlich grinsen, denn ich denke: Das ist nicht Luther. So also geht Einheitsübersetzung!

Schwester Juliana fügt auch noch ein Ave Maria an.

Natürlich: Wir sind in Paderborn. Und da hilft das Ave Maria auch!

5 Stunden später ist meine Frau schon wieder wach und ganz bei Sinnen.

Einige Tage später wird meine Frau von Schwester Juliana besucht. Eine Krankenschwester hatte bemerkt, dass meine Frau sehr traurig darüber ist, dass sie nicht bei Emilio auf der Intensivstation sein kann und fragt vorsichtig an, ob die Krankenhauseelsorge kommen soll. Schwester Juliana kommt und nimmt sich viel Zeit. Ihre zentrale Botschaft lautet: Gott macht keine Fehler. Und dann entschuldigt Sie sich im Laufe des Gesprächs bei meiner Frau dafür, dass sie mit mir das Ave Maria gebetet hat.

Nach 2 Wochen können meine Frau und unser Sohn entlassen werden. Beide sind wohlauf. Vor der Entlassung nehmen wir noch an der Kindersegnung teil, die die Vincentinerinnen zweimal in der Woche anbieten. Das tut gut!

Was Emlein in der Theorie beschrieben hat, habe ich bei Schwester Juliana erlebt: Sie stellte eine Frage, die vieles löste und bot mir in aller Hilflosigkeit ein Ritual an, mit dessen Hilfe ich meine Ohnmacht und Ungewissheit aushalten konnte. Schließlich gab es mit der Kindersegnung noch ein weiteres Ritual, das wir auch mit unseren beiden großen Kindern schon genossen haben und das uns Sprache und Raum gegeben hat für unsere unendliche Dankbarkeit, die eine Geburt mit sich bringt. Jede Geburt ist Drama. Bei jeder Geburt steht das Leben auf dem Spiel. Es ist so unwahrscheinlich, dass Leben gelingt. Und es macht unendlich dankbar, wenn uns Leben geschenkt wird. Dafür braucht es Rituale, die diese unbeschreibliche Ambivalenz des Lebens zur Darstellung bringen.

Aber das Krankenhaus ist auch ein Sterbeort. Und auch hier machen sich ambivalente Gefühle breit, von Schmerz und totaler Verunsicherung bis hin zu Dankbarkeit für die Erfahrungen mit einem Menschen, der nun verstorben ist. Wohin damit, wenn wir dieses Geheimnis des Lebens nicht rituell begehen würden?

Ein Jahr später lade ich das Krankenhaus zu einem Konzert in das evangelische Gemeindehaus ein. Mit meinem Klavierpartner zu 4 Händen wollen wir unter anderem Mathis der Maler von Paul Hindemith spielen und dabei die entsprechenden Bilder des Isenheimer Altars zeigen. Hier kommen Musik und Medizin zusammen. 1 Tag vor dem Konzert schneidet sich mein Partner tief in den Finger. So disponiere ich innerhalb von 24 Stunden um und gebe nun ein Solokonzert zum Thema „Nacht“. Das ganze Krankenhaus ist gekommen, vom Chefarzt bis zur Hebamme und zur Krankenschwester, leider ist keine Vincentinerin dabei. Es wird ein bewegender Abend. Das Ritual des Konzerts bringt eine unglaubliche Geschichte zu einem guten Ende. Übrigens: Die evangelische Krankenhausesseelsorge ist in dem gesamten Geschehen nicht ein einziges Mal aufgetaucht.

### 3. Das Krankenhaus als prekärer Ort

Ich vollziehe einen Perspektivenwechsel vom Angehörigen zum Patienten. Anfang dieses Jahres hatte ich eine Leisten-OP und habe das Krankenhaus nach 20 Jahren mal wieder als Patient erlebt. Das Krankenhaus ist ein prekärer Ort. Es ist ein Übergangsort, kein Zuhause. Die Privatsphäre ist radikal eingeschränkt. Der Tagesrhythmus wird fremd bestimmt. Viele Dinge sind undurchsichtig und unüberschaubar. Zwar werde ich medizinisch gut aufgeklärt, aber dennoch verstehe ich das nicht alles auf einmal. Die Menschen, die sich um mich kümmern, wechseln ständig. Einmal am Tag gibt es Zeitfenster von einigen Minuten, bei dem ich total präsent sein muss, um das alles zu verstehen, was da gesagt wird. Viele dieser Dinge verstehe ich falsch, was sich aber meist erst später heraus stellt. Ich weiß oft auch nicht genau, was ich fragen soll. 5 Personen stehen um mich herum. Ich liege und bin müde, aber auch glücklich, dass offenbar alles gut gegangen ist. Aber die Machtkonstellationen im Krankenhaus sind manchmal so stark, dass ich Fragen, die mir wichtig sind, schlicht vergesse. Und für viele Dinge und Situationen, in denen ich mich gar nicht wieder erkenne, schäme ich mich. Die behalte ich aber lieber für mich.

Mit anderen Worten: Im Krankenhaus befinde ich mich in einer rundum prekären Situation. Eine prekäre Situation ist laut Fremdwörterbuch eine missliche, schwierige, bedenkliche, peinliche, unangenehme Situation. Das Wort prekär kommt aus dem französischen *précaire*, was unsicher, widerruflich bedeutet. Im Krankenhaus liege ich auf Widerruf. Das Wort prekär hat seinen Ursprung im lateinischen *precarius*, welches denselben Wortstamm hat wie die *preces*, die Fürbitten. *Precarius* meint, dass ich in einer Lage bin, in der ich etwas erbitten muss. Ich bin nicht mehr selbstständig, sondern auf die Gunst oder das Geschick anderer angewiesen. Ich bin Bittsteller, abhängig! Das Krankenhaus setzt die schlechthinnige Angewiesenheit menschlichen Daseins schmerzlich in Szene. Wenn Religion mit Schleiermacher als schlechthinnige Abhängigkeit gedacht wird, dann ist das Krankenhaus ein Ort, an dem dies unwiderruflich zu Geltung kommt. Wenn man mit der Systemtheorie Luhmanns Religion als soziologische Notwendigkeit annimmt, dann wird dies im Krankenhaus systemisch sichtbar, weshalb Krankenhausesseelsorge dort ihren guten Ort hat. Luhmann sieht Religion nicht als anthropologische Notwendigkeit – es gibt offensichtlich viele Menschen, die völlig ohne Religion auskommen. Luhmann sieht Religion aber als gesellschaftliche Notwendigkeit. Krankenhausesseelsorge ist gesellschaftlich deshalb notwendig, weil sie eben die unbeantwortbaren Fragen wach hält, die sich gerade im Krankenhaus zuhauf stellen. Mit ihren Ritualen und *preces* bearbeitet die Krankenhausesseelsorge prekäre Situationen, in denen Menschen sich dort befinden.

### 4. Eine Ritualtheorie

Was aber ist ein Ritual? Die Kulturwissenschaften, zu denen in Paderborn auch die Theologie zählt, haben in den letzten 25 Jahren die Ritualtheorie des schottischen Ethnologen Victor Turner breit rezipiert. Ich will Sie Ihnen daher kurz vorstellen. Ich beginne dabei mit Arnold van Genneps epochaler Ritualschrift *Les rites de passage* aus dem Jahr 1909. Van Genneps

Interesse ist zu zeigen, dass Zeremonien und Rituale in drei Phasen verlaufen: Ablösungsphase – Schwellen- bzw. Umwandlungsphase – Integrationsphase. Nach einer Trennung erfolgt in einer Zwischenphase eine Umwandlung, an deren Ende eine Angliederung steht. Dabei ist die mittlere Transitionsphase durch einen mehr oder weniger ausgeprägten Übergang mit charakteristischen Merkmalen gekennzeichnet. Dieser Übergang, diese Transformation geschieht in einer für das jeweilige Subjekt charakteristischen Weise: Das Subjekt "schwebt zwischen zwei Welten".<sup>1</sup>

Van Gennep bezog diese Einsicht auf Rituale. Während Rituale im Gefolge Sigmund Freuds zunächst vornehmlich mit dem Odium des Zwanghaften bedacht wurden, griff der schottische Ethnologe Victor Turner (1920-1983) van Genneps Ritual-Analyse auf und legte sein Augenmerk vor allem auf diese mittlere Phase.

So konnte er zum einen zeigen, dass das von van Gennep beschriebene Schweben ein Ritual nicht zu einer zwanghaften Veranstaltung, sondern zu einem sozialen Drama mit befreiender Wirkung macht. Rituale werden zumeist nötig, wenn ein Bruch<sup>2</sup> mit der Ordnung vorliegt und/oder wenn eine Transformation, eine Veränderung ansteht. Im Ritual als einem "sozialen Drama" führt eine Gesellschaft nach Turner ihre Ressourcen so auf, dass der Alltag dieser Gesellschaft für alle Beteiligten wieder lebbar wird. Dabei sind Rituale nicht "confirmatory", sondern "transformative".<sup>3</sup> Sie stellen einen transitus, einen Übergang dar, der die Menschen verändert: Übergang statt Untergang.<sup>4</sup>

Zum anderen transformierte Turner van Genneps Ritualtheorie zu einer Theorie, die nicht nur für Individuen bedeutsam ist, sondern für unterschiedliche Gemeinschafts- und Gesellschaftsformen, angefangen von den Ndembu in Sambia, bei denen Turner in den frühen 1950er Jahren seine Feldforschungen betrieben hatte, über revolutionäre Bewegungen wie z.B. die Franziskaner bis hin zu zeitgenössischen Formen des Theaters. Turner nannte diese mittlere Phase, die van Gennep auch "Schwellenphase" genannt hatte, liminale Phase – ein Kunstwort, das das lateinische *limen*, Schwelle – Grenze, beinhaltet. Mit der liminalen Phase schuf Turner eine Vorstellung von Grenze,<sup>5</sup> die diese nicht nur als abgrenzende Linie, sondern als ausgegrenzten, umfriedeten Raum versteht, in dem Übergänge vollzogen, begangen werden können. So konnte Turner diese Phase mit theatralischen Begriffen näher beschreiben. Er verstand diese Übergänge als Performances und war damit einer der Wegbereiter für den sog. *performative turn*, der in den Kulturwissenschaften seit etwa 30 Jahren zu beobachten ist.

Was aber passiert nun beim Schweben in der sog. liminalen Phase? Turner benennt hier verschiedene Faktoren für die sog. Schwellenwesen, die "weder hier noch da", "weder das eine noch das andere" sind, sondern die sich in einem Zustand "*betwixt and between*"

<sup>1</sup> Arnold van Gennep, Übergangsriten (Les rites de passage). Aus dem Französischen von Klaus Schomburg und Sylvia M. Schomburg-Scherff, Frankfurt/M. 1986, 27: "Jeder, der sich von der einen Sphäre in die andere begibt, befindet sich eine Zeitlang sowohl räumlich als auch magisch-religiös in einer besonderen Situation: er schwebt zwischen zwei Welten."

<sup>2</sup> Anhand mittelalterlicher Phänomene in der europäischen Frauenmystik hat die Afro-Amerikanerin Caroline Walker Bynum zeigen können, dass die Vorstellung des Bruchs als Auslöser für liminale Prozesse und damit auch die Vorstellung von der Umkehr eine vornehmlich für die männliche Welt geltende Kategorie darstellt; vgl. dazu Caroline Walker Bynum, Fragmentierung und Erlösung. Geschlecht und Körper im Glauben des Mittelalters, Frankfurt/M. 1996.

<sup>3</sup> Victor Turner, *Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites of Passage*, in: Ders., *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*, Ithaca 1967, 93-111: "Ritual ist transformative, ceremony is confirmatory." (95)

<sup>4</sup> Vgl. dazu Harald Schroeter-Wittke, Übergang statt Untergang. Victor Turners Bedeutung für eine kulturtheologische Praxistheorie, in: ThLZ 128 (2003), 575-588.

<sup>5</sup> Vgl. dazu Henning Luther, Grenze als Thema und Problem der Praktischen Theologie. Überlegungen zum Religionsverständnis, in: ThPr 19 (1984), 221-239.

befinden – "zwischen vom Gesetz, der Tradition, der Konvention und dem Zeremonial fixierten Positionen," so Turner in seinem Buch "The Ritual Process" von 1969. Dabei legt Turner alles Gewicht auf die damit gegebene Ambivalenz. Die Schwellenwesen befinden sich zwischen allen Stühlen, in einem schwebenden Verfahren, in einer prekären Situation. Hier sind die geltenden gesellschaftlichen Regeln, Strukturen und Normen außer Kraft gesetzt bzw. in ihr Gegenteil verkehrt. In genau diesem Prozess sieht Turner die transformierende Kraft des Rituals. Denn durch die in der liminalen Phase vollzogenen, z.T. recht schmerzhaften Handlungen entsteht unter den Initianden eine Egalität, die sie zu einer solidarischen Gemeinschaft werden lässt. Hier erleben sie eine *communitas*, in der Rang- und Statusunterschiede im Gegensatz zu allen Formen alltäglicher Gemeinschaft keine Rolle mehr spielen. In dieser umkehrenden Erfahrung, verkehrten Welt liegen die konstruktiven Kräfte einer Gemeinschaft begründet.

Kein Wunder, dass etwa die Grundbotschaft des Galaterbriefs "Zur Freiheit hat uns Christus befreit!" (Gal 5,1) sehr plausibel mit Hilfe des Turnerschen Theorems interpretiert werden konnte.<sup>6</sup> Paulus verdeutlicht dies in Gal 3,27f. anhand des christlichen Initiationsrituals: "Denn ihr alle, die ihr auf Christus getauft seid, habt Christus angezogen. Hier ist nicht Jude noch Grieche, hier ist nicht Sklave noch Freier, hier ist nicht Mann noch Frau, denn ihr seid allesamt einer in Christus Jesus."<sup>7</sup>

Das ist höchst ambivalent. Es befreit die Menschen, indem es die sozialen Strukturen zugleich relativiert und transzendiert. Wo dies nicht geschieht, wo solche Ambivalenz nicht mehr zur Darstellung kommt, da spricht Turner von Zeremonien, die im Unterschied zu Ritualen nicht transformierend, sondern konfirmatorisch sind. Sicherlich – Menschen brauchen auch Zeremonien, aber Zeremonien setzen Menschen nicht mehr in Bewegung. Sie bestätigen den status quo. Sie bringen nicht weiter.

Turner hatte seine Theorie anhand vormoderner Kulturen entwickelt. Kurz vor seinem Tod erschien 1982 der Essay "From Liminal to Liminoid, in Play, Flow, and Ritual". Hier führt Turner seine Theorie differenziert fort, indem er sie auf moderne Gesellschaften hin transformiert. Rituale in vorindustriellen Gesellschaften nennt Turner nun liminal, Rituale in industriellen Gesellschaften jedoch liminoid. Ein wesentlicher Unterschied besteht dabei darin, dass Rituale in industriellen Gesellschaften nicht mehr für alle verbindlich sind. Liminoide Phänomene sind daher grundlegend durch Freiwilligkeit gekennzeichnet. Sie sind "eher individuelle Hervorbringungen" und haben "einen pluralistischen, fragmentarischen und experimentellen Charakter".<sup>8</sup> Auch sie bieten veritable Schwellenerfahrungen. Auch in ihnen wird *Communitas* erfahren. Dabei sind sie aber stärker vom Moment der Freiwilligkeit und des Spiels bestimmt. Was in ihnen erlebt wird, ist eine Fluss-Erfahrung, eine flow-experience, wie Turner dies nun im Anschluss an den Kreativitätsforscher Mihalyi Csikszentmihalyi nennt.<sup>9</sup> In dieser Fluss-Erfahrung kommt es z.B. zu kurzfristigen Aufhebungen der Subjekt-Objekt-Spaltung oder zu ekstatischen Sequenzen, wie sie etwa von Musikern während ihres Spiels beschrieben werden, wo es dann eben anfängt zu fließen. Schließlich unterscheiden sich liminale und liminoide Phänomene dadurch, dass sich die Menschen in liminalen Ritualen dem vorgegebenen Ritual unterziehen. Sie sind dort Unterworfenen des rituellen Geschehens und in

<sup>6</sup> Vgl. dazu Christian Strecker, Die liminale Theologie des Paulus. Zugänge zur paulinischen Theologie aus kulturanthropologischer Perspektive, Göttingen 1999, bes. 40-82.

<sup>7</sup> Vgl. dazu Heike Walz, "... nicht mehr männlich und weiblich ..."? Ekklesiologie und Geschlecht in ökumenischem Horizont, Frankfurt/M. 2006.

<sup>8</sup> Victor Turner, Vom Ritual zum Theater. Der Ernst des menschlichen Spiels, Frankfurt/M. 1989, 85f.

<sup>9</sup> Vgl. Victor Turner, Vom Ritual zum Theater. Der Ernst des menschlichen Spiels, Frankfurt/M. 1989, 88-94, wo er sich bezieht auf, Mihalyi Csikszentmihalyi: *Flow*. Studies of Enjoyment, Chicago 1974.

diesem Sinne *sub-iectum*. Deshalb spielen dort auch unbedingte Gehorsamsstrukturen eine große Rolle. In liminoiden Ritualen sind die Menschen in einem neuzeitlichen Sinne Subjekte, d.h., sie werden Ritualen nicht mehr ungefragt unterzogen, sondern sie nehmen aus freien Stücken an Ritualen teil. Sie gestalten Rituale nicht nur mit, sondern sie bestimmen auch darüber mit, wie ihre Rituale gestaltet werden sollen. Turner fasst den Unterschied so zusammen: "Man *arbeitet* am Liminalen, *spielt* aber mit dem Liminoiden."<sup>10</sup> Liminoide Rituale stellen nach Turner kein zu beklagendes Verfallsphänomen dar, da sie der einzige Ort in unserer Gesellschaft sind, wo gesellschaftsverändernde Ideen und Potentiale überhaupt erwachsen können. Deshalb geht der Weg vom Liminalen zum Liminoiden bzw. vom Ritual zum Theater, wie Turner eine seiner letzten Publikationen betitelt. Vor dem Hintergrund dieser Skizze der Turnerschen Ritualtheorie komme ich nun zu zwei Gedankengängen.

### 5. Das Krankenhaus als Ritual

Die Patient\*innen im Krankenhaus erleben zumeist alle Dinge, die Turner für seine Ritualtheorie geltend macht: Daher kann der Krankenhausaufenthalt selber als Ritual, als soziales Drama mit ungewissem Ausgang verstanden werden. Mit seinen stark hierarchischen Zügen und dem dementsprechenden Gehorsam als Gesundheitsbedingung eignen dem Krankenhaus aber vor allem liminale Züge, die das Subjekt häufig zu einem *sub-iectum*, zu einem unterworfenen machen. Das beginnt bei der Nahrungsaufnahme über die Narkose bis hin zu den postoperativen therapeutischen Maßnahmen. Das wird sichtbar in der strengen und bisweilen egalitären Kleiderordnung während dieses rituellen Handelns bei allen Beteiligten. Aber auch die schmerzlichen Erfahrungen, von denen Turner berichtet, sind im Krankenhaus allgegenwärtig. Man kommt aus dem Krankenhaus anders heraus, als man hineingegangen ist. Es ist eine Übergangsstation – entweder zum Leben oder zum Tod. In diesem Übergang hält Krankenhauseelsorge Adressabilität aufrecht in einer Situation, in der die Adressabilität bedroht ist. Krankenhauseelsorge spricht mich an, damit ich ansprechbar bleibe und im Fluss der Kommunikation gehalten werde. Der Kranke / die Kranke ist der Experte seiner / ihrer Krankheit. Aber im Krankenhaus sind die Kranken den dortigen hierarchischen Strukturen unterworfen. Dieses Dilemma ist unausweichlich. Aber nur, wenn die Patienten ihre Expertise für ihre Krankheit in den Kommunikationsfluss mit einbringen, kann der Gesundheitsprozess gelingen. Die Adressabilität muss gestärkt werden, was aber die Systeme Medizin und Ökonomie, die das Krankenhaus beherrschen, nicht immer leisten können. Und genau dies ist eine gesellschaftlich notwendige Aufgabe, die die Krankenhauseelsorge im Zusammenhang mit dem System Recht wahrnimmt, auch wenn Krankenhauseelsorge nicht von allen oder sogar nur von wenigen Menschen wahrgenommen wird.

### 6. Rituale im Krankenhaus

Vor diesem Hintergrund ist nun zu fragen, welche Rolle Rituale in diesem ritualisierten Komplex Krankenhaus spielen. Ich sehe ihre Bedeutung in ihrer liminoiden Ausrichtung. Als Zeremonien oder liminale Inszenierungen werden sie zunehmend bedeutungsloser. Krankenhauseelsorge hat das Liminoide gegenüber dem Liminalen stärken. Due Freiwilligkeit muss gestärkt, ja, manchmal erst wieder zum Leben erweckt werden gegenüber den Zwängen, dem So-und-Nicht-Anders der Krankenhaussituation, dem Unterworfenensein des Subjekts. Rituale im Krankenhaus haben daher die Ermächtigung des Subjekts zu einem selbstständigen und handlungsfähigen zum Ziel. Das aktuelle Heft 3 / 2015 der Zeitschrift Praktische hat die Neuen Rituale zum Thema. Christoph Morgenthaler eröffnet seinen Beitrag<sup>11</sup> mit den Sätzen: „Die Zeiten ändern sich und mit ihnen die Rituale. Und umgekehrt. Die Rituale ändern sich und mit ihnen die Zeiten.“

<sup>10</sup> Victor Turner, Vom Ritual zum Theater. Der Ernst des menschlichen Spiels, Frankfurt/M. 1989, 91.

<sup>11</sup> Christoph Morgenthaler, Welche rituelle Gestaltungskraft hat die Kirche? Praktisch-theologische Erwägungen, in: PrTh 50 (2015), 133-139.

(133) Er macht zum einen deutlich, dass der Protestantismus nicht ausschließlich an seiner rituellen Gestaltungskraft gemessen werden kann und darf – auch nicht im Krankenhaus. Hermeneutische Erschließung und ethische Orientierung, die auch im Krankenhaus immer noch vor allem über das Medium Gespräch laufen, sind ebenso wichtig. Wenn es aber um Rituale geht, dann zeigt sich eine zunehmende Differenzierung, Pluralisierung und Individualisierung von Ritualen, dem sich auch die Krankenhausseelsorge nicht entziehen kann. So ist es z.B. fraglich, ob und inwiefern die Gottesdienste im Krankenhaus allen Ritualbedürfnissen der dort Lebenden und Arbeitenden angemessen begegnen können. Wer ist bei welchen Gottesdiensten wie im Blick? Offensichtlich gibt es Gottesdienste mit erlahmender ritueller Kraft, z.B. die Sonntagmorgengottesdienste, während es gleichzeitig Gottesdienste gibt, die stark in Anspruch genommen werden – Trauergottesdienste für Föten und deren Eltern, Gedenkgottesdienste für im Krankenhaus Verstorbene, Segnungsgottesdienste für neugeborenes Leben. Die Krankenhausgemeinschaft kommt in solchen kasuellen Gottesdiensten kasuell differenziert zur Geltung. Dort fühlen sich Menschen angesprochen, weil dort ihr Fall mit Aussicht auf Trost wahrgenommen wird. Dabei besteht der Trost in einem doppelten. Hier wird gemeinsam das Erschütternde dieses Kasus zur Sprache gebracht und das Unaussprechbare ausgehalten: als Dank, als Klage, als Erinnerung. Und hier begegnet sich zum anderen die Gemeinschaft derjenigen, die von eben diesem Kasus auch betroffen sind, was *communitas* schafft. Im Krankenhaus gibt es nicht mehr nur eine *communitas*, sondern verschiedene *Kommunitäten*. Da ist die *communitas* derjenigen, die mit Tod und Trauer konfrontiert sind. Da ist die *communitas* derjenigen, die mit neuem Leben konfrontiert sind. Da ist die *communitas* derjenigen, die bei allen Bemühungen doch schwere Niederlagen einstecken müssen oder mussten. Da ist die *communitas* derjenigen, die gegen alle Wahrscheinlichkeit und mit unendlich hohem Einsatz Leben gerettet haben. Und da ist schließlich die *communitas* derjenigen, die an den Fehlern, die auch im Krankenhaus geschehen, leiden, ohne dafür einen Ort zu finden, an dem dies ausgesprochen werden kann.

Neben der gottesdienstlichen Dimension der Krankenhausseelsorge gibt es eine zunehmende Wiedererstarkung der rituellen Wahrnehmung des seelsorglichen Gesprächs, etwa durch das kurze Gebet, die Lesung eines Psalms, die segnende Berührung oder auch „die Salbung als Ausdruck des ‚Seufzens der Schöpfung‘“<sup>12</sup>, wie Heike Ernsting dies nennt.

Wie kann all dies zusammengehalten werden? Für die Seelsorgerinnen und Seelsorger, die im Krankenhaus arbeiten, bedarf es selber einer rituellen Umgebung, damit sie in all diesen differenzierten Anforderungen nicht untergehen. Ich denke, dass hier eine klösterliche Haltung der Krankenhausseelsorge sinnvoll sein kann. Dabei meine ich, dass es regelmäßige Angebote der Meditation und der Andacht im Krankenhaus geben sollte. Es könnte z.B. sinnvoll sein, jeden Abend ein Abendgebet in der Krankenhauskapelle anzubieten, das auch auf die Zimmer übertragen wird. Viele Patient\*innen kennen dies noch aus ihrer eigenen Kindheit: Abends wurde mit ihnen gebetet. Bei den stark regressiven deprivatisierenden Zügen, die ein Krankenhausaufenthalt mit sich bringt, könnte ein tägliches Abendgebet ein religionspsychologisch guter Anknüpfungspunkt sein für viele. Ein solches Abendgebet sollte so gestaltet sein, dass auch die Seelsorger\*innen sich dabei fallen lassen können und nicht immer Neues produzieren müssen. Ein Abendgebet ist deutlich niedrigschwelliger als ein Gottesdienst. Ein Gottesdienst im Schlafanzug oder Bademantel ist nicht jedermanns Sache. Zum Abendgebet aber ist es nicht peinlich, wenn ich im Schlafanzug erscheine. Ein tägliches Abendgebet wäre auch dann sinnvoll, wenn ich nicht daran

---

<sup>12</sup> Heike Ernsting, Kraft zum Menschsein. Heilungsrituale, in: PrTh 50 (2015), 149.

teilnehme. Denn ich weiß, dass dort auch für mich gebetet wird. Ich weiß, dass ich dort gesehen werde, auch wenn ich nicht anwesend bin.

Rituale im Krankenhaus betreffen nicht nur die Patient\*innen, sondern auch deren Angehörige. Im Abendgebet könnte deutlich werden, was das Kloster stellvertretend für die ganze Gesellschaft agiert hat: Das Gebet trägt uns. Das Abendgebet macht deutlich, was die Losung für den Kirchentag 2017 mit der Hagar-Geschichte zur Sprache bringt: Du siehst mich (Gen 16,13). Ich denke, dass die Seelsorge im Krankenhaus eine klösterliche Haltung braucht, um liminoid so handeln zu können, dass die Seelsorgetreibenden nicht vom Burnout bedroht sind.

Schließlich sind mir die Angehörigen von Patient\*innen ein wichtiges Anliegen.

Krankensauseelsorge macht stark, dass wir keine Diagnose bekommen. Aber wie lässt sich dies verbinden mit den hunderten Diagnosen, mit denen Menschen im Krankenhaus tagtäglich konfrontiert sind und die das Leben dieser Menschen nachhaltig, manchmal lebenslänglich prägen wird? Während das Gespräch face to face im Krankenhaus die individuelle Situation im Auge hat, kann das Abendgebet mit seinem Segen alle Menschen im Krankenhaus im Blick haben:

Diejenigen, die mit Ungewissheit ihren Krankenhausaufenthalt durchleben.

Diejenigen, die mit neu geschenktem Leben dankbar auf ihren Alltag zugehen.

Diejenigen, die entlassen werden mit einer Diagnose, von der sie nicht wissen, wie dies nun ihren bevorstehenden Alltag prägen wird.

Und diejenigen, die dem Tod ins Auge blicken und um ein Leben trauern, das vergangen ist.

Auf dass wir alle wieder lernen, ganz bei Trost zu sein!