



„Trösten kann eine Lüge sein“ Prof. Traugott Roser im Gespräch

Von Lukas Wilhelmi

Herr Prof. Dr. Traugott Roser, 1964 im mittelfränkischen Pappenheim geboren, arbeitet nach seiner Promotion als Pfarrer sowie als wissenschaftlicher Assistent. Ab 2004 ist er Inhaber der Projektstelle „Seelsorge in der Palliativmedizin“. Daran anschließend folgen Professuren für Palliativ Care Research in Montreal und an der LMU für Spiritual Care. Zwischen 2010 und 2013 ist Roser zusätzlich Stiftsseelesorger am Augustinum München-Neufriedenheim und dabei für die Implementierung der Palliativversorgung an den Wohnstiften der Einrichtung verantwortlich. Seit März 2013 hält er eine Professur an der WWU Münster für Praktische Theologie.

Herr Prof. Dr. Roser, ich habe ein Problem: Ich kann keine klare Definition von Spiritual Care finden, haben Sie eine für mich?

Es liegt im Wesen der Sache, dass dieser Begriff prinzipiell unbestimmt ist. Es ist unsere Arbeitsauffassung, ihn nicht zu konkretisieren. Er ist nur in der konkreten Begegnung in einer aktuellen Betreuungssituation bestimmbar mit einem Patienten, Angehörigen oder Mitarbeiter. So gesehen, lautet meine Formel: Spiritualität ist, was immer der einzelne dafür hält. Dies geht von der Definition von Schmerz aus, wie sie die Palliative Care festgelegt hat, dass Schmerz ebenso ist, was der Patient dafür hält.

Welche Möglichkeiten bietet ein solcher Ansatz?

Es hilft uns, auf die Patienten zuzugehen, nach seinen Bedürfnissen fragen. Aber er gibt uns auch die Möglichkeit, seine Ressourcen zuerkennen. Es ist wichtig, dass sich unsere Arbeit nicht auf eine bestimmte Religion oder Weltanschauung bezieht. Im Vordergrund stehen immer der Sinn und die Suche nach ihm, als

Spiritualität ist, was immer der einzelne dafür hält.

Traugott Roser

auch das Bezogen und das Einbezogen sein.

Ist denn das Fehlen von Sinn bereits ein Schmerz?

Auch hier muss man sagen, dass es vom Patienten abhängt. Es gibt Patienten, die dies als Schmerz empfinden. Es ist möglich, dass diese Leere erst in der spirituellen Begleitung zum Thema wird, dass dort ein Gedankenprozess angeschoben wird. Trotzdem gehen wir natürlich mit einer konkreten Erwartung in eine Betreuungsbegegnung. Das heißt: Bei bestimmten Erkrankungen liegen erfahrungsgemäß häufig bestimmte Leiden vor. Dies gilt genauso für die Patienten wie für die Familien und Angehörigen. Es gibt einen Anfangsverdacht, den es zu bestätigen aber eben auch zu widerlegen gilt. Auch um herauszufinden, was den Patienten stärkt und schwächt. Was er

sondern vielmehr darum, seinen Frieden zu finden und wie dies passieren kann. Auch in einer solch ausgewogenen Situation geht also immer noch viel um die Zukunft. Auch wenn ein Bedürfnis vorherrscht Bilanz zu ziehen, was bereits sehr früh möglich ist, geht es dabei selten um explizite Glaubensfragen.

Ist also etwas Wahres an dem Klischee, dass im Sterben liegende Menschen ihre „Frömmlichkeit“ entdecken?

Das kann man nicht sagen, nein. Wir können, auch in Untersuchungen, keinen Anstieg von Frömmigkeit oder Gottesglauben feststellen. Allerdings finden Menschen in solchen Situationen einen neuen Zugang zu ihrer religiösen Praxis, die ihnen zuvor abhanden gekommen ist. Dies kann man feststellen, indem man diese Themen anspricht und prüft, ob



besprechen möchte und was nicht, genauso wo seine Kraftpotenziale liegen. Diese Ebenen sind durch ein klares Abfragen definierbar. Wir bemühen uns sehr um eine klar strukturierte Anamnese. Allerdings nicht im Sinne eines formelhaften Abfragens, sondern es geht darum, sich für den anderen Menschen zu interessieren und seine Situation zu eruieren.

Gibt es eine Schnittmenge an Wünschen oder Verhaltensweisen, die sie immer wieder bei Patienten oder Angehörigen beobachten?

Viele Menschen erkennen in einer solch existenziellen Situation, was ihnen wirklich wichtig ist. Es geht dabei weniger um die Frage ‚Warum‘,

jemand in der Lage ist, seine Situation in einem Gebet zu fassen oder ob er mit bestimmten Ritualen vertraut ist. Allein durch die Wiederaufnahme solcher bekannten Vorgänge entsteht bei den Patienten ein sehr fruchtbarer Prozess. Immer in Bezug auf eine bereits bestehende religiöse Biografie, nicht auf eine plötzlich neu entwickelte.

In ihrer Arbeit sind Rituale, ganz gleich ob kirchlicher oder anderer Natur, ein ganz zentraler Punkt, richtig?

So ist es. In den letzten Jahren hat man insgesamt entdeckt, dass Rituale ein ganzes wesentliches Instrument unserer Arbeit sind. Wovor

Wenn man sich die biblischen Traditionen anschaut, wurden nicht immer nur die Todgeweihten gesegnet, sondern diese selbst segneten immer ihre Angehörigen und Nahestehenden.

Traugott Roser

wir allerdings warnen, ist Rituale als Trostpflaster zu begreifen. Rituale sind eine Möglichkeit, in einer ganz ungewissen Situation sich über seinen Platz im Leben zu vergewissern. Durch sie erhält jemand einen neuen und ganz sicheren Platz zurück, den er ausfüllen kann. Ich kann das auch ganz handfest erläutern. Wenn man sich die biblischen Traditionen anschaut, wurden nicht immer nur die Todgeweihten gesegnet, sondern diese selbst segneten immer ihre Angehörigen und Nahestehenden. In der konkreten Situation einer heutigen Palliativstation bedeutet dies: Jemand, der durch die Krankheit und die damit verbundenen empfangenen Behandlungen, Besuche und Pflegeleistungen sich nur noch als passives Objekt wahrnimmt, wird plötzlich in die Situation versetzt, in der er den anderen etwas geben kann. Und damit ist eine Stärkung des Selbstbewusstseins verbunden, sowie eine Befähigung der Angehörigen, nicht immer nur geben zu müssen, sondern sich auch als empfangend erfahren zu können. Das Ritual spielt also eine ganz wichtige Rolle, auch um die soziale Gewichtung in einer Familie zu gewährleisten. Ganz zu schweigen davon, dass die Trauer der Hinterbliebenen nachweisbar reduziert werden kann, wenn rituelle Verabschiedungen stattgefunden haben. Und dafür braucht es eben auch einen ritualkundigen Seelsorger, der solche Verhaltensweisen unterstützt und vorantreibt.

Vereinfacht ausgedrückt, wird der Spiritual Care gerne vorgeworfen, sie mache seelsorgerische Arbeit und nenne sich nur anders. Wo grenzt sich ihre Arbeit von einer rein seelsorgerischen ab?

Wir wollen genauer beschreiben, und genau dies hat Forschung schließlich zum Ziel, was Seelsorge und was andere im Bereich spiritueller Begleitung tun und wie die unterschiedlichen Berufsgruppen in diesem Bereich zusammenarbeiten. Diese Punkte werden von der Seelsorge-Theorie kaum beschrieben. Durch unsere Arbeit haben wir sehr viel genauere Beschreibungen, wo die besondere Kompetenz und Leistung der Seelsorge liegt. Wie können andere Berufsgruppen dieses Wissen nutzen und in ihre Arbeit einfließen lassen, interessiert mich. Der Ansatzpunkt für dieses Verfahren ist, dass nach Definition der Palliative Care Seelsorge zum Auftrag der palliativen Betreuung gehört. Nur haben nicht alle Einrichtungen einen Seelsorger. Die Patienten haben aber einen Anspruch auf diese Betreuung. Wie dieser aussehen und aufgebaut sein kann, genau darum geht es bei Spiritual Care. Inhaltlich geht es nicht darum, die Seelsorge anders oder neu zu erfinden.

In ihren Arbeiten und Veröffentlichungen setzen Sie sich auch immer wieder mit dem Verhältnis von Religion und Film auseinander. Film entwickelt dabei Sinn über Bilder. Hilft Ihnen das bei ihrer Arbeit?

Ich setze es gezielt in der Aus- und Fortbildung ein. Weil Filme sehr verdichtet Dinge aufzeigen und somit eine Analyse möglich machen. Als ich noch in München gearbeitet habe, haben wir die Studenten mit Eröffnungssequenz des Films Halt auf freier Strecke konfrontiert.

...in welcher ein Mann mittleren

Alters in Anwesenheit seiner Frau von einem ziemlich ungelenkten Arzt erfährt, dass einen unheilbaren Gehirntumor hat...

Dies sind konzentrierte Anschauungen darüber, worauf ich achten muss im Umgang mit den Patienten, in seinen Erzählpassagen, diese auch als Narration zu begreifen und dementsprechend darauf zu reagieren. Das hilft zu erfahren, wo die Bereiche sind, in denen Sinn erfahren oder konstruiert wird.

Und wie ist es außerhalb der Ausbildung, bei den Patienten selbst?

Es gibt ja psychotherapeutische Ansätze, die ganz viel mit filmischen Mitteln arbeiten. Aber nach meiner Erfahrung, sind die Patienten so voll mit ihren eigenen Bildern und Geschichten, dass es keinen Sinn macht, da extern noch weitere hinzuzufügen, die dann den Betreuten auch normative Konzepte aufstülpen. Also, es muss dann kurz vorm Tod noch die Fahrt ans Meer sein...

...wie in Knocking On Heavens Door...

Ja, oder es müssen irgendwelche anderen Wünsche noch schnell abgearbeitet werden. Solche Prozesse sind im Seminar sehr hilfreich, weil sie dort kritisch hinterfragt werden können. Nicht direkt beim Patienten. Schließlich muss das Meer nicht für jeden ein Sehnsuchtsort sein. Da sind wir wieder bei dem Ansatz, dass Spiritualität das ist, was der Patient dafür hält. Bei uns herrscht eine radikale Patientenzentrierung. Diese Subjektorientierung ist maßgeblich.



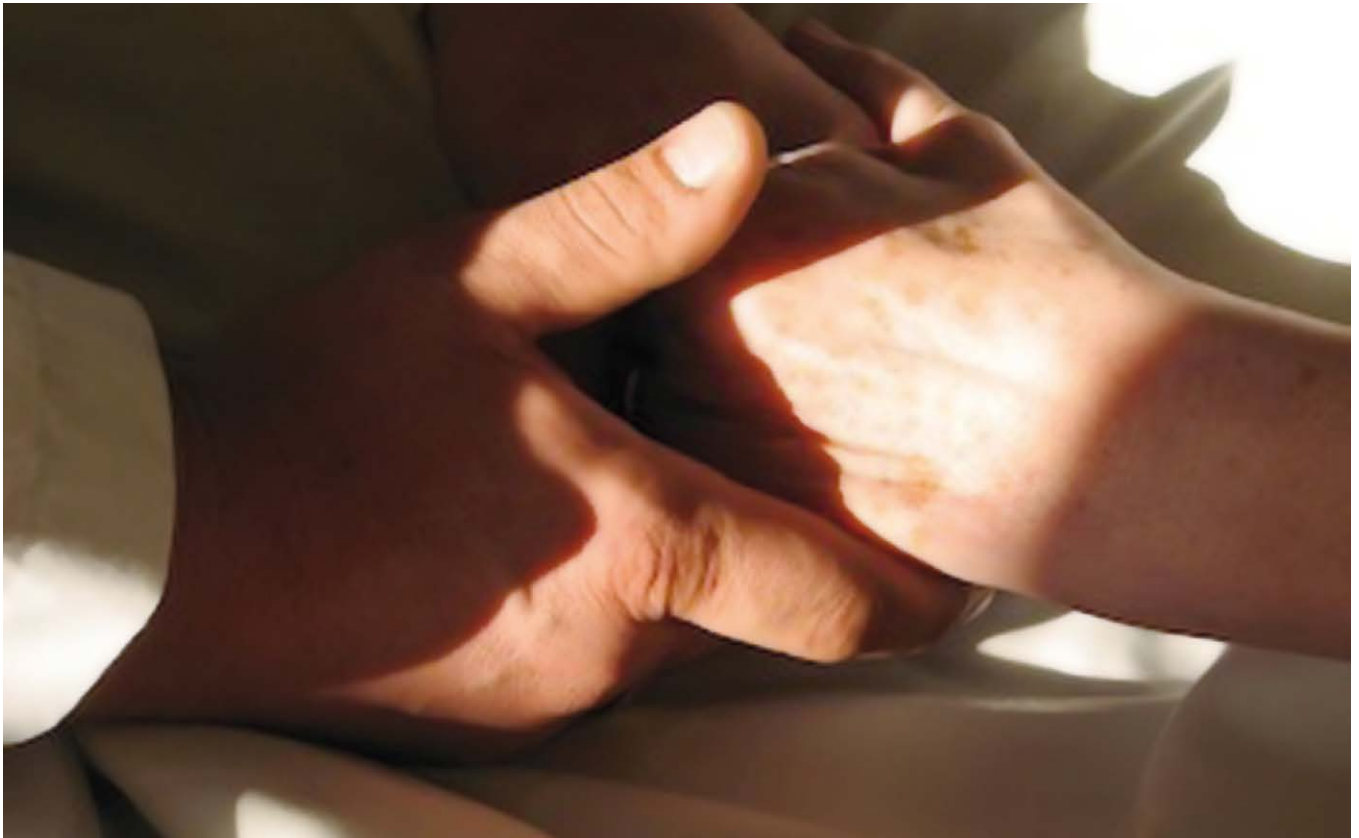
Frieden heißt aber nicht Auslöschung, sondern vielmehr Akzeptanz.

Traugott Roser

Und die Kranken verlangen keine Normativität? Schließlich wären solche Bilder ja auch eine Leitung und könnten diesen Menschen vielleicht helfen?

Wenn man den Angehörigen die Chance gibt, sich selbst als kompetent und lebenserfahren zu begreifen, gibt es diese Bedürfnisse nach Normativität, nach dem „richtigen Verhalten“ selten. Zwar gibt es häufig den Prozess, dass jemand, sagen wir einen Priester oder einen anderen spirituellen Begleiter aufsucht und fragt ‚Das müssen Sie doch wissen‘, ihnen sozusagen die Führung überträgt. Doch da sind wir, pastoralpsychologisch orientiert, sehr zurückhaltend. Wir versuchen vielmehr im Gespräch die eigenen Ressourcen des Patienten herauszufinden und diese zu stärken. Wenn wir allerdings merken, dass es ein Bedürfnis nach Orientierung gibt, und dies ist in der Gesprächsführung auch gut feststellbar, sind Möglichkeiten wie die angesprochenen Rituale und anderes natürlich denkbar. Dennoch ist der Grundansatz der, zu schauen, was ist vorhanden, wo ist eine Grundgeborgenheit vorhanden. Alles, was man extern hinzufügt, den Patienten, in seinem Selbstbewusst-





manchmal stark eingebüßt hat, nochmals schwächt. Ich würde im klassischen Sinne die Hilfe zur Selbsthilfe immer noch gelten lassen.

Sie können also den alten Satz von Max Frisch bestätigen, wonach ‚jeder Mensch, früher oder später eine Geschichte erfindet, die er für sein Leben hält‘?

Wir machen dies ja im Grunde unablässig in unserem Leben. Nur wird dieser Prozess in einer solch existenziellen Situation, wie wir sie oft vorfinden, besonders bedeutsam.

Ein Großteil der Gespräche, die wir führen, gilt der Erueierung der akuten Situation, was im Moment im Leben des Patienten passiert. Das zweite Hauptthema sind biografische Gespräche, in denen Menschen Zusammenhänge ihres Lebens neu zusammensetzen und in gewisser Weise sich selbst nochmal neu bestimmen. Das können natürlich belastete Geschichten sein oder solche, in denen Dankbarkeit ausgedrückt wird. Dass jemand erzählt, er habe immer Pech gehabt und nun im Angesicht dieser Schicksalserfahrung die gesamte Biografie nochmal neu zusammen

setzt. Was für uns natürlich die Herausforderung ist, an diesen Stellen zu kennen, wo Verwunden und Verletzungen sichtbar werden. Um dann auch stabilisierend zu wirken. Viele meiner Kollegen greifen dabei auch eine psychotherapeutische Zugangsweise auf. Indem sie eben diese ganzen Bilder und Erzählungen aufgreifen und in einen neuen Zusammenhang stellen, Reframing betreiben und ein neues Deutungspotenzial erkennen.

In der Psychotherapie ist das Reframing ja häufig ein sehr schmerzvoller Prozess, weil man erkennt, dass vieles dem man sich sicher glaubt, in Wahrheit gar nicht so stabil ist. Aber geht es in der Palliativmedizin nicht um Schmerzlinderung, so dass die Hilfskonstruktionen nicht eher aufrecht gehalten werden sollten?

Häufig wird ja von Seelsorge das erwartet, was wir explizit nicht leisten, nämlich dass die Menschen getröstet oder beruhigter werden. Doch das ist nicht das Ziel. Dass Probleme zum Beispiel im Gespräch richtig aufbrechen, hat definitiv seinen Platz. Selbstverständlich wird man dabei einen Patienten nicht gegen seinen Willen oder gegen die Signale, die er hat, bedrängen. Die Autonomie des Patienten ist bei allem maßgeblich. Nur in der Zusammenarbeit können Dinge entstehen. Häufig setzen die

**Lebensqualität ist, was der Patient dafür hält.
Und Menschen signalisieren sehr deutlich wohin
sie schauen möchten und wohin nicht.**

Traugott Roser

seelischen Schmerzen erst ein, wenn der körperliche behandelt ist. Zuvor war das Leiden noch überlagert. Nicht zuletzt haben manche Schmerzen eine spirituelle Grundlage und sind daher gar nicht medikamentös behandelbar. Die Linderung dieser Schmerzen besteht aber nicht darin, Dinge zu dämpfen und zu besänftigen, sondern sich intensiv damit auseinanderzusetzen.



Trotzdem kann ein hinwegtrösten eine Lüge sein und die hilft niemandem.

Traugott Roser

sein und die hilft niemandem.

Und eine Lüge wäre keine Steigerung der Lebensqualität?

Nein! Wieder: Lebensqualität ist, was der Patient dafür hält. Und Menschen signalisieren sehr deutlich wohin sie schauen möchten und wohin nicht. Sehr häufig sehen sie, dass die Zeit Dinge in Ordnung zu

Ihre Studenten tun sich sicherlich damit schwer, Schmerz erst einmal stehen zu lassen und nicht sofort dem Impuls nachzugehen, ihn zu lindern?

Häufig sind es ja die Begleiter und Betreuer, die den Schmerz nicht aushalten. Oftmals geht es, auch bei Angehörigen, gar nicht darum, ob der Patient damit leben kann. Der Tröstungsversuch ist ganz häufig der Versuch, sich dieser Situation zu entziehen und deswegen den Schmerz gar nicht zuzulassen. Dies muss man wirklich lernen. Weswegen die seelsorgerische Ausbildung fordernd und aufwendig ist.

Arbeiten sie, wie in der psychotherapeutischen Ausbildung, auch autobiografisch?

Absolut. Auch in der Theologie und anderen Bereichen ist autobiografisches Arbeiten ein Schlüssel zur Qualität. Das gilt für ehren- und hauptamtlich Tätige. Wir arbeiten intensiv daran, diese Möglichkeiten auch methodisch aufzuzeigen. Nur wer Selbstbewusstsein und -reflexionsqualität besitzt, kann auf andere Menschen eingehen. Herausforderung ist, an diesen Stellen zu kennen, wo Verwunden und Verletzungen sichtbar werden. Um dann auch stabilisierend zu wirken. Viele meiner Kollegen greifen dabei auch eine psychotherapeutische Zugangsweise auf. Indem sie eben diese ganzen Bilder und Erzählungen aufgreifen und in einen neuen Zusammenhang stellen, Reframing betreiben und ein neues Deutungspotenzial erkennen.

Palliativmedizin dreht sich ja um den Begriff Lebensqualität, nicht um den Begriff der Heilung. Und ist Tröstung in diesem Kontext nicht auch eine wirksame Form der Symtombekämpfung?

Wenn Trösten kein Zudecken ist. Wir müssen ja die Not und die Situation ernst nehmen. Wir müssen uns darauf einlassen und uns solidarisch erklären. Das passiert aber nicht, wenn jemand es wegbläst und sagt ‚ist doch nicht so schlimm‘, sondern fragt ‚wo tut’s denn weh‘. Natürlich zeigt man sich selbst auch berührt und geht auf sein Gegenüber ein, es sind ja auch dramatische Situationen. Trotzdem kann ein hinwegtrösten eine Lüge

bringen, ausläuft. Und allein für die Lebensqualität ist es meist schon gut zu sagen, da ist ein unheilbarer Schmerz. Den bekomme ich auch nicht mehr gelöst, aber indem ich ihn schildere und indem ich es in einem Gebet formuliere, wird es thematisiert und ich mache damit meinen Frieden. Frieden heißt aber nicht Auslöschung, sondern vielmehr Akzeptanz. So hat die Palliativmedizin auch angefangen: Sich den Schmerz anzugucken. Das gleiche gilt auch für den spirituellen Schmerz. Zu schauen, wo es wehtut und wie ist es möglich damit zu leben. Manche Patienten wollen auch im spirituellen Schmerz weiterleben. Auch solche Dinge muss man gemeinsam aushandeln.

Impressum

Herausgeber

Palliativ-Portal, Im Köstlersbrunn 28,
96135 Stegaurach.
Geschäftsführer: Dr. med. Jörg Cuno
info@palliativ-portal.de

Der Autor



Lukas Wilhelmi kam zum Studium der Kulturkritik an die HFF in München. Dort wohnt und arbeitet er als freier Journalist und Autor.

Hinweis

Das Interview ist Eigentum des Palliativ-Portal. Teilweise oder komplette Auszüge dürfen nur nach Erlaubnis weiterverwendet werden.

APP



Das Palliativ-Portal gibt's auch als APP für iPhone, iPad und Android. Download kostenlos unter www.palliativ-portal.de



Laden Sie sich Ihre APP kostenlos herunter und nutzen Sie viele Vorteile:

- **Neuigkeiten** aus der Palliativmedizin
- Zugriff auf das große **Palliativ-Adressbuch**
- **Stellenmarkt**
- **Vor-Ort-Suche**


DOWNLOAD KOSTENLOS



FÜR IPHONE & IPAD



FÜR ANDROID

 **ProStrakan** A member of the Kyowa Hakko Kirin group **KYOWA KIRIN**

www.palliativ-portal.de

Dr. med. Jörg Cuno

Im Köstlersbrunn 28 · 96135 Stegaurach
Tel.: (0951) 992 10 13 · info@palliativ-portal.de