

---

## Leben mit Grenzen

### Der Einfluss von Jenseitsvorstellungen auf den Umgang mit Krankheit und Tod

Birgit Weyel

»Mein Gott, mein Gott«, stieß er hervor, »immer wieder, und es hört nicht auf.« Und plötzlich erschien ihm die Krankheit in einem völlig anderen Licht. »Blinddarm! Niere!« sagte er sich. »Nicht um den Blinddarm handelt es sich, nicht um die Niere, sondern um Leben und ... Tod. Ja, da war das Leben, und nun geht es hin, geht hin und ich kann es nicht aufhalten. Ja. Wozu sich betrügen? Ist nicht allen mit Ausnahme von mir klar, daß ich am Sterben bin und daß es nur noch eine Frage von Wochen ist, von Tagen ... jetzt gleich vielleicht. Einst war ein Licht da, jetzt ist es ringsum dunkel. Einst weilte ich hier, jetzt geht es dorthin! Wohin nur?« Es überlief ihn kalt, sein Atem stockte. Er hörte nur noch die Schläge seines Herzens.<sup>1</sup>

Das kurze Zitat aus der eindrucksvollen Erzählung »Der Tod des Iwan Iljitsch« von Leo Tolstoi illustriert das Einsickern des Gedankens der eigenen Sterblichkeit in das Bewusstsein eines Menschen. Iwan Iljitsch überfällt die grundlegende anthropologische Einsicht in die Endlichkeit des eigenen Daseins. Es ist eine Grenzerfahrung, die sich erst mit dem Bewusstsein einstellt, dass es nicht um den Blinddarm oder die Niere geht, nicht um die Krankheit, sondern um Leben und Tod. Keine theoretische Spekulation über ein Leben nach dem Tod oder den Tod des anderen, der letztlich abstrakt bleibt, weil er nicht der eigene ist, sondern die überfallartige schmerzliche Einsicht stellt sich ein: *Einst weilte ich hier, jetzt geht es dorthin! Wohin nur?*

Die Frage nach dem Einfluss von Jenseitsvorstellungen auf den Umgang mit Krankheit und Tod setzt bei dieser Grenzerfahrung an. Die Themenstellung behauptet, dass die Vorstellungen, die man sich über das »dorthin! Wohin nur?« bildet, einen Einfluss auf das Bewältigungsverhalten hat. Krankheit und Tod sind nicht nur ein Anlass, Bilder von einem Jenseits der Grenze zu entwerfen, sondern diese Vorstellungen haben auch eine wesentliche Bedeutung für den Umgang mit der Krankheit.

Ich möchte daher im Folgenden zunächst 1. etwas zum Phänomen der Krankheitsbewältigung sagen, bevor ich dieses dann 2. in Beziehung zu Jenseitsvorstellungen setze. In diesem Zusammenhang sind dann auch 3. Forschungsperspektiven und Überlegungen zum kirchlichen Handeln anzuschließen.

In meiner Darstellung greife ich auf einige Fallbeispiele zurück. Es handelt sich um Material, das in transkriptbasierten Erzählinterviews im Rahmen einer Pilot-

1. L. Tolstoi, Der Tod des Iwan Iljitsch. Erzählung (russ. Original 1886), Stuttgart 2006, 54.

studie zum Thema Krankheitsbewältigung und Jenseitsvorstellungen in Kooperation<sup>2</sup> mit der psychoonkologischen Abteilung der Tübinger Universitätsfrauenklinik gewonnen wurden. Es handelt sich nur um Teilergebnisse aus einer Pilotstudie mit Brustkrebspatientinnen und einem Patienten, die allerdings einige Schlaglichter auf mögliche Zusammenhänge von Jenseitsvorstellungen und Bewältigungsverhalten werfen.

## 1. Krankheitsbewältigung und religiöses Coping

»Krankheit wird von den Betroffenen erlebt als Grenzerfahrung, in der das bisher als völlig fraglos und dauerhaft angenommene Fundament des alltäglichen Lebens [...] ins Wanken gerät«<sup>3</sup>. Krankheit kann »das bisherige Lebensgefüge erschüttern«<sup>4</sup>. Krankheit ist damit wesentlich Widerfahrnis, das den Menschen plötzlich und ohne Zutun trifft. Sie irritiert die Routine des Alltags, oftmals ist sie mit Wendepunkten in der Biographie verbunden. Sie fordert in einem hohen Maße den Menschen dazu heraus, sich zu ihr zu verhalten, gerade weil sie wesentlich Widerfahrnis ist. Der Alltag ist – wie es eine erst kürzlich erkrankte Patientin ausdrückt – »auf'n Kopf gestellt«. »[J]a der Familienalltag isch 'n anderer jetzt [...] gruppiert sich um meine Krankheit herum«<sup>5</sup>. Die Diagnose wird zu einer in der biographischen Rekonstruktion einer 36-Jährigen markierten Zäsur: »Durch die Krankheit hat sich *alles* verändert [...] ich bin mit 33 erkrankt, und /ehm/ da bin ich grad 33, grad geworden [...] und das ist nicht ein Alter, wo man sich mit solchen Themen überhaupt auseinandersetzt. Man hat Pläne, man hat vieles, vieles ist noch im Bau sozusagen, und dadurch ist eigentlich alles zunichte gemacht worden«<sup>6</sup>.

Der Umgang mit der Krankheit ist als eine aktive Suchbewegung vorzustellen. Bewältigungsverhalten ist eine Gegenbewegung zur Kontingenz der Erkrankung. Das Unbegreifliche will verstanden sein, das Sinnlose muss einen Sinn haben, um mit der Krankheit und ihren Zumutungen leben zu können. Der aktive Umgang mit der Krankheit ist der Versuch, sich gewisse Residuen an Aktivität, Autonomie und Selbstbestimmung gegenüber dem Widerfahrnis zurückzuerobieren. Medizinisch gesehen ist es durchaus gefordert, dass der Kranke sich zur therapeutischen Mitwirkung und zu Verhaltensänderungen motivieren kann. Für die Medizinpsychologie ist das Bewältigungsverhalten unter dem terminus technicus Coping (engl.: cope = bewältigen) daher schon länger ein Thema. Dass

2. Namentlich mit Oberarzt Dr. med. Alexander Marmé.

3. M. Klessmann, Seelsorge im Krankheitsfall, in: W. Engemann (Hg.), Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile, Leipzig 2007, 390-410, 390.

4. J. Ziemer, Seelsorgelehre, Göttingen 2004, 317.

5. P 5, 2-4 (Ich zitiere hier und im Folgenden die Sequenzen aus den Transkriptionen).

6. P 2, 4-6.

Religiosität und Spiritualität Faktoren sind, die sich auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Kranken auswirken, gewinnt seit einigen Jahren auch im deutschsprachigen Raum an Plausibilität. In der Psychosomatik und der Psychoonkologie ist eine Öffnung gegenüber der Religionsthematik zu beobachten.<sup>7</sup> Skizzenhaft gesagt hat sich gezeigt: Der Religion kommt eine Moderatorenrolle für die Krankheitsbewältigung zu.<sup>8</sup> Aber auch: Nicht jede religiöse Deutung der Krankheit wirkt sich positiv, d.h. depressivitätsmindernd und lebensqualitätssteigernd aus. Diese Bedingungskonstellation näher zu untersuchen ist bisher nur ansatzweise gelungen und vorwiegend in den USA unternommen worden. Die Übertragbarkeit der US-amerikanischen Studien ist allerdings nicht zuletzt aufgrund des anderen zivilreligiösen Klimas in Frage zu stellen. Im deutschsprachigen Kontext gibt es zwar einige Studien aus neuerer Zeit. Diese arbeiteten allerdings mit Fragebögen. Ein sehr differenzierter Fragebogen ist von einem Ärzteteam der Herdecker Klinik entwickelt worden. Ob die Skepsis der Medizin und der Psychologie gegenüber qualitativen Methoden überwunden werden wird, bleibt abzuwarten.<sup>9</sup> Aus theologischer Sicht sind Fragebogenerhebungen ergänzungsbedürftig, weil sie durch Antwortvorgaben selbst dann, wenn das Spektrum an Möglichkeiten weit gespannt ist, die individuelle kommunikative Struktur der Krankheitsbewältigung nicht zur Geltung bringen.<sup>10</sup> Die enge Verbindung von Lebensgeschichte, Krankheitsgeschichte und religiösem Suchverhalten kommt nur in Erzählinterviews zur Sprache. Gerade die Jenseitsvorstellungen sind so vielfältig, dass semantische Vorgaben kaum treffen.

Bevor ich zwei Beispiele für positives und negatives Coping vorstelle, möchte ich zwei allgemeine Bemerkungen machen:

1.) Die Anstrengungen, der Krankheit einen Sinn zu verleihen, das Sinnlose mit Bedeutung zu versehen, sind kaum zu überschätzen. Cassirers Diktum, dass der

7. Wie Gewinne für die Seelsorge durch ein integrales Konzept zu erzielen sind, hat *T. Roser* dargestellt: *Spiritual Care. Ethische, organisationelle und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*, Stuttgart 2007.
8. Vgl. *A. Dörr*, Religiöses Coping als Ressource bei der Bewältigung von Life Events, in: *C. Zwingmann/H. Moosbrugger (Hg.)*, *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie, Münster 2004, 261-275, insb. 270.
9. Mixed Methods haben neuerdings vorgeschlagen: *N. Kohls/A. Hack/H. Walach*, Measuring the Unmeasurable by Ticking Boxes and Opening Pandora's Box? Mixed Method Research as a Useful Tool for Investigating Exceptional and Spiritual Experiences, in: *Archive for the Psychology of Religion* 30 (2008), 155-187.
10. Vgl. dazu etwa Ergebnisse aus den MMRS- und den Brief-RCOPE-Fragebögen in: *JPalliat-Med* (2006), 646-657 sowie den von dem Herdecker Arzt Arndt Büssing entwickelten SpREUK-Fragebogen: *A. Büssing/P. E. Matthiessen/T. Ostermann*, Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P1.1. questionnaire as a tool of quality of life research, in: *Health and Quality of Life Outcomes* 3 (2005), 1-11.

Mensch ein animal symbolicum ist, lässt sich vielfältig illustrieren.<sup>11</sup> Eine erst kürzlich erkrankte Patientin sagt:

»[E]s kommen halt immer wieder diese Tiefpunkte, wenn mer dann alleine ist, wenn mer sagt: Warum genau ich? [...] warum trifft es mich? [...] Fünzigtausend [...] oder so? Frauen werden befallen, jede Siebte- ((leiser)) warum muss gerade ich die Siebte sein, ich hätt ja jetzt die Sechste sein können, und ein anderer die Siebte. [...] Aber auf der anderen Seite hab i jetzt heut au mit 'ner Bettnachbarin gesprochen, die hat gesagt: ((lachend)) vielleicht sind wir dadurch vor jeder anderen Krankheit geschützt, ((lachend)) weil mer jetzt schon sowas haben. [...] Muss man sich an sowas wieder festhalten. [...] Vielleicht ist es wirklich so«<sup>12</sup>.

Das Lösungsmodell der Bettnachbarin wird spielerisch ausprobiert, nicht als innere Überzeugung präsentiert, sondern mit einer kritischen Distanz. Eben dieser durchaus selbstreflexive Umgang mit der eigenen Sinnsuche spricht auch aus der Erzählung einer Frau, die bereits auf eine 17-Jährige Krankheitsgeschichte zurückblickt:

»Und /ehm/ dann such ich immer nach Möglichkeiten, wenn etwas ist, das mich wirklich belastet [...] ... dass ich dann /ehm/ ... irgendein Strohalm finde oder suche, dass mir das einfach auch hilft zu bewältigen ... und /ehm/ ... ich hab das Gefühl, dass mir das eigentlich gelingt. ((leiser)) Meistens.«<sup>13</sup>

2.) Krankheit wird in der ersten Zeit vielfach verstanden als eine Herausforderung, als eine Prüfung, deren Subjekt häufig diffus bleibt. Eine Patientin erzählt ihre lange Krankheitsgeschichte als Prozess der Läuterung, wörtlich spricht sie von einer »Bereinigung«<sup>14</sup>, die mit einer veränderten Werteinstellung einhergeht: der Abkehr von Leistung, Karriere und Beruf hin zur Liebe, zum Mitgefühl mit anderen und zur Sensibilität für Naturwahrnehmungen.

Explizit religiöse Deutungen kommen häufig erst im Laufe einer längeren Krankheitsgeschichte in den Blick oder gewinnen erst dann an Zentralität. Religiöse Konzepte liegen vielfach im Archiv des lebensgeschichtlichen Gedächtnisses und werden erst dann für das eigene Bewältigungsverhalten abgerufen und aktiviert, wenn sich die Situation verschärft, sei es durch einen Rückfall oder durch eine depressive Verstimmung. Eine US-amerikanische Studie aus dem Jahr 2007 kommt zu dem Ergebnis, dass zu Beginn der Krankheit traditionelle und habitualisierte Konzepte angewendet werden. Insbesondere Protestanten stimmten der Aussage zu, die Krankheit sei eine Prüfung durch Gott, die dazu beitrage, ihren Glauben zu stärken.<sup>15</sup> Dieses Konzept wurde als hilfreich empfunden

11. Vgl. M. Moxter, Ernst Cassirer. Religion als symbolische Form, in: W. Gräßl/V. Drehsen/ B. Weyel (Hg.), Kompendium Religionstheorie, Göttingen 2005, 108-120, insb. 111.

12. P 4, 32-36.

13. P 1, 60.

14. P 1, 126.

15. J. P. Bjorck/J. W. Thurman, Negative Life events, Patterns of Positive and Negative Religious Coping, and Psychological Functioning, in: Journal for the Scientific Study of Religion 46 (2007), 159-167, 165.

den und wirkte sich Stress vermindernd aus. Erst dann, wenn die Krankheit länger andauere und neuen Stress verursache, würden neue Konzepte gesucht, erdacht und ausprobiert. Diese dann zum Teil idiosynkratischen Formen religiöser Krankheitsdeutung wirken sich eher depressivitätsfördernd aus. Damit ist natürlich auch eine Rückfrage an die zur Verfügung stehenden theologischen Konzepte gestellt, die nur über kurze Krankheitsverläufe hinweghelfen können. Dazu später mehr.

Ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie überhaupt erst nach einer langen Krankheit die explizite Religion in ihre Krankheitsbewältigungsstrategien Eingang findet und dann zentral wird, gibt eine konfessionslose Migrantin aus Osteuropa. Sie hat die unterschiedlichen Krankheitsphasen immer wieder mit Verhaltensänderungen und Neuorientierungen in ihrem Leben verbunden. Ihre Reaktion auf eine erneute Erkrankung beschreibt sie so: »Ja, dann war mir klar, also das ist unheimlich ((Stimme bricht)) ernst. Und ich weiß wie heute, ich lag da auf dem Zimmer, und /ehm/ war wirklich im Schock und hab gedacht: Was machsch du jetzt? [...] Und /ehm/ auf dem Bett hab ich mir gedacht: Mensch du hast so viel geleistet, aber *das* da, das ist sowas von Schweres und sowas von Ernstes, dass du das nicht alleine schaffst, und wer kann dir helfen? Und da kam mir der Gedanke mit dem Gott. ... Da hab ich mir gesagt, also da musch du diese diese Richtung gehen, sonst packsch du's nicht. [...] Da war mir klar, ich könnt dazu beisteuern, ja, aber dass das nicht reicht, das wusste ich, das hab ich gespürt, *wenn* ich das schaffen soll, wenn ich einigermaßen noch überleben soll, muss diese Sache einfach her. [...] Jetzt will ich wieder zum Gott ... so würde ich das jetzt formulieren«<sup>16</sup>.

Die Patientin entwickelt eine enorme Energie bei der Umsetzung ihrer neuen Copingstrategie. Sie repräsentiert einen religiösen Copingstyle, den Kenneth Pargament als »collaborative-style« bezeichnet hat.<sup>17</sup> Charakteristisch ist, dass der Mensch Eigenverantwortlichkeit übernimmt und zugleich die Überzeugung vertritt, dass Gott handelt. Hier liegt eine active man / woman – active God-Perspektive vor, von der insgesamt die positivsten Effekte ausgehen. Problematisch wird dieser Copingstil, wenn er auf die Seite eines magischen Denkens kippt, so als könnte Gott durch die Gebetspraxis mechanistisch beeinflusst werden.<sup>18</sup>

In einer 2007 von Sebastian Murken und Claudia Müller durchgeführten Studie<sup>19</sup> wurden vier religiöse Verarbeitungsstile von an Brustkrebs erkrankten Frauen

16. P 1, 160-180.

17. K. I. Pargament, *The Bitter and the Sweet. An Evaluation of the Cost and Benefits of Religiosity*, in: *Psychological Inquiry* 13 (2002), 168-181. Vgl. dazu auch die Studie von A. Dörr (a. a. O., Anm. 8), die die Copingstile für den deutschsprachigen Kontext adaptiert hat.

18. Vgl. dazu die Passagen zum Herzensgebet von P 1, 304 ff.

19. S. Murken/C. Müller, »Gott hat mich so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann.« Religiöse Verarbeitungsstile nach der Diagnose Brustkrebs, in: *Lebendiges Zeugnis* 62 (2007), 115-128.

verschiedener christlicher Konfessionen erhoben. Diese Stile waren an der Gottesbeziehung orientiert. Ein Teilergebnis dieser Studie bestand darin, dass die Hoffnung auf ein besseres Leben nach dem Tod Sorgen und Ängste relativiere. Die Gottesbeziehung steht zweifellos in Interdependenz mit Vorstellungen von einem Leben nach dem Tod. Die thematische Fokussierung auf die Jenseitsvorstellungen bietet allerdings mehr Freiräume, Bilder auszumalen, traditionell-religiöse und medial vermittelte Eschatologien individuell zu adaptieren. Über die Vorstellungen von einem »Leben nach dem Tod« hinaus können auch solche »Jenseitsvorstellungen« nachgefragt werden, die nur einen geringen Transzendenzgrad aufweisen.

## 2. *Wohin nur? Vorstellungen von einem Jenseits der Grenze*

### 2.1 Der Himalaya. Oder: »so im *Himmel* gefühlt«

Der erzählerische Umstand, dass Iwan Iljitsch im Verlauf erst spät zu der Frage nach dem Wohin kommt, hat sich auch in den Patienteninterviews bestätigt. Der erste Schock der Diagnose (»Du stirbst!«) wird sehr schnell abgelöst durch den Rückgriff auf lebensgeschichtlich bewährte Handlungsmuster, alles zu tun, den Kampf gegen die Krankheit aufzunehmen und die Sache anzupacken. Hochreligiöse und terminale Kranke dagegen machen sich ausführliche Gedanken darüber, was nach dem Tod kommen könnte. Außerordentlich positiv wirkt sich die Jenseitsvorstellung einer Patientin aus, die an Lebenserfahrungen anknüpft. Als Kind schon sei sie eine begeisterte Bergsteigerin gewesen. Ihren Mann lernte sie in einer Wandergruppe kennen. Ihr Traum war es, einmal das Basislager des Mount Everest zu ersteigen. In einer schweren Phase der Erkrankung plante sie, sich den Traum zu erfüllen, den Himalaya zu besteigen. Sechs Jahre lang rückte dieser Gedanke in den Hintergrund. Nach dem Ende eines erneuten therapeutischen Intermezzos und durch eine Erbschaft begünstigt, setzt sie ihren Traum in die Tat um. »Da wollte ich hin, das war der Weg ... das war, das erste Gefühl war: Jetzt bin ich angekommen. [...] Ja? Ich bin dann die Pfade gegangen und hab gedacht: Das *ist* das. Das war also unheimlich stark emotionell. Und heute kann ich sagen, dass ich eigentlich auch sehr nah dem Gott war. [...] Vielleicht war das eben diese Weite und diese Nähe zum Gott, das Ganze was mich unheimlich glücklich gemacht hat, in dem Moment, wo ich auch für mich selber [gedacht] habe: Jetzt hast Du alles erlebt, jetzt kann kommen was will, jetzt ((nachdrücklich)) hasch *du das erlebt*, was du immer wolltest.«<sup>20</sup>

Ein Jahr später erkrankt sie erneut schwer, der Himalaya wird in dieser kritischen Situation zum Bild des Himmels. »[A]lso auch wenn's lustig klingt, als ich aus der

Narkose erwachte, [...] nach sieben Stunden Operation, war mein erster Satz / ehm/: Ach bin ich froh, dass ich schon im Himalaya war ... [...] das sagt einfach aus, dass was mir das bedeutet hat, ja, [...] egal ob jetzt von dem, weil ich mir das gewünscht hab, oder auch von dem, dass ich mich dort so so im *Himmel* gefühlt habe«<sup>21</sup>. Angesichts der Verschärfung der Situation wird der Himalaya-Trip über die gelungene Realisierung eines Lebenstraums hinaus zur Metapher für eine Jenseitserfahrung. Mehrfach bekräftigt sie, dass diese Erfahrung »ein Stück Himmel« gewesen sei. Ihr positives religiöses Copingverhalten macht die Patientin ausdrücklich, als sie ihre zwiespältigen Emotionen schildert, eine befreundete Patientin, die im Sterben liegt, zu besuchen. Sie überwindet ihre Angst mit dem Gedanken, dass sie ja dann jemand hat, der sie im Himmel erwartet. Wörtlich sagt sie: »Also ich versuch dann immer aus solchen negativen Sachen ein bisschen für mich selber das ... positiv darzustellen, damit ich nicht nur in Angst lebe, sondern auch in in *guten* Erwartungen.«<sup>22</sup> Auf ausdrückliche Nachfrage nach ihren Jenseitsvorstellungen spricht sie von einem riesigen Raum, in dem alle Seelen versammelt seien, die auf die Erde zurückkehren. »So wie ich zum Beispiel vielleicht von irgendeiner Seele von irgendeinem ... ((atmet ein)) vom Himalaya habe«<sup>23</sup>. Auf Gott kommt sie erst zu sprechen, als ich nachfrage. Gott sei, so erläutert sie, nicht vorstellbar. »Der ist nämlich für mich *überall* und *über* alles. Als aller- aller – nicht aller Macht, weil Macht ist kein schönes Wort, gehört nicht in mein Leben jetzt, ja, [...] als aller Wissen und als aller Glauben und als aller Liebe. So einfach«<sup>24</sup>. Bemerkenswert ist, dass ihre Jenseitsvorstellungen sehr dicht mit ihren Krankheitserfahrungen verwoben sind. Sie liegen auf den Krankheitsdeutungen auf, die sie in vielen Etappen immer wieder neu gebildet hat. Gott ist das Ziel der Seelenzustände (aller Wissen, aller Glauben, aller Liebe), und das Jenseits ist der Zielpunkt der veränderten Werteinstellungen, die sie durch die Krankheit schrittweise gewonnen hat. Das Jenseits ist durch eine Diesseitserfahrung emotional aufgeladen und bildlich vorstellbar geworden. Das Gefühl der Beheimatung und der Nähe Gottes, das sich mit dem Himalaya verbindet und in enger Verbindung mit ihrer identitätsstiftenden Bergleidenschaft steht, kann gewissermaßen als Angeld auf das zukünftige Leben und den Vorschein der Auferstehung gedeutet werden.

2.2 Gott – ein Monster. Oder: »Aber was macht der nachher mit mir?«

Negativ ist das Copingverhalten eines hochreligiösen Patienten zu charakterisieren, der in seinem Elternhaus und noch in erster Ehe unter dem Einfluss der Zeu-

21. P 1, 184-190.

22. P 1, 350.

23. P 1, 390.

24. P 1, 406-408.

gen Jehovas stand. Mit Mitte 20 ist er – nach einer kurzen Phase des Suchens – evangelisch geworden und hat wieder geheiratet. Seine Sichtweise auf die Sekte und die in der Sekte verbliebenen Familienmitglieder ist durchweg ablehnend, nur das Verhältnis zu seinem inzwischen verstorbenen Vater ist positiv. Er liest häufig in der Bibel seines Vaters, geht den Gebrauchsspuren nach. Der Vater sei zwar streng gewesen und habe seine Konversion nicht akzeptiert, aber als seinen Sohn habe er ihn *trotzdem* akzeptiert. Der Patient begründet seine Trennung von der Sekte ausdrücklich mit dem problematischen Gottesbild: »zu einem Gott, der sich als Monster darstellt und [...] viele Milliarden umbringen würde, ((leise)) mit diesem Gott möchte ich eigentlich wenig zu tun haben«<sup>25</sup>. Seit seiner Erkrankung vor zwei Jahren ist der Patient trotz einer günstigen Prognose depressiv. Der Patient spricht von einer puren, nackten Angst vor dem Tod. Er fürchtet sich vor dem Jenseits, weil der Gott, mit dem er es dann zu tun bekommt, für ihn letztlich ein Monster geblieben ist. Meine Nachfrage nach Gottes Eigenschaften wird zwar mit dem Hinweis auf seine Güte beantwortet, der Patient illustriert die Güte dann aber lediglich, indem er die Langmut hervorhebt. Als ehemaliger Heizungsbautechniker lässt er sich lange über Energieverschwendung aus und fragt, wie lange Gott sich das noch gefallen lassen werde. »Ish es vielleicht so, dass wenn die Ressourcen zu Ende gehen, dass *des* unsre Strafe isch und er sich auf nen andre Planet dann wirft und sagt: ... gibt noch andre Möglichkeiten«<sup>26</sup>. Immer wieder bemüht er sich, eine monströse Gerichtsvorstellung zu verwerfen. An der Gerechtigkeit Gottes hält er unbedingt fest, diese ist für ihn aber klar eine *iustitia distributiva*. Für ihn steht fest, dass er selbst in keinem Fall einen günstigen Ausgang des Jüngsten Gerichts für sich erwarten kann. Deutlich wird die nahezu verzweifelte Suchbewegung, eine Vorstellung zu gewinnen, mit der er leben kann. »Ob des vielleicht die Alternative zum Himmel isch, dass /ehm/ ... mein Geist vielleicht irgendwo ... aufbewahrt wird, und zu einem bestimmten Zeitpunkt irgendjemand ... beflügelt, Gutes zu tun, was ich versucht habe, was mir nicht immer gelungen isch. Dass des vielleicht die die Alternative zum Himmel isch.«<sup>27</sup>

Unerträglich ist der Gedanke, bei Bewusstsein aufbewahrt zu werden, um mit seinen Taten konfrontiert zu werden. Erleichterung bringt ihm nur der Gedanke einer Reinkarnation eines Substrats seiner als gering eingeschätzten positiven Eigenschaften. Lieber noch ist ihm die Vorstellung, dass nichts mehr kommt. »Und na wird – wenn i dann sterb, na kommt der und sagt dann mir alles, was ... schief g'laufen isch. ... Und na denk i immer: Vielleicht isch [...] gar nix mehr nach'm Tod.«<sup>28</sup>.

Die starke Prägung durch die Kindheit und Jugend ist unverkennbar. Dennoch

25. P 3, 14-16.

26. P 3, 390.

27. P 3, 124.

28. P 3, 420.



muss man festhalten, dass 40 Jahre Mitgliedschaft in der evangelischen Kirche keine Umformung seiner Gottes- und Jenseitsvorstellungen mit sich gebracht haben. An die Stelle des Monstergottes ist kein positives Gottesbild getreten, zu dem der Patient ein positives Verhältnis gewinnen könnte. Seine Gedanken kreisen um die quälende Frage: »Aber was macht der nachher mit mir?«

### **3. Jenseitsvorstellungen und Krankheitsbewältigung. Drei Überlegungen**

Gewiss lassen sich aus diesen wenigen Beispielen keine weitreichenden Konsequenzen ableiten. Dennoch möchte ich drei Punkte ansprechen, die mir besonders zu denken geben.

3.1 Die Suche nach Sinn ist ein aktives Geschehen, das durch die Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod an Dynamik gewinnt. Deutungskonzepte werden hervorgeholt und ausprobiert, umgeformt, biographisch angereichert, in Teilen verworfen, neue gesucht. Krankheitsbewältigung ist eine abenteuerliche Queste, und kirchliches Handeln kann diese Suchbewegung allenfalls punktuell begleiten. Darin liegt eine große katechetische, poimenische, homiletische und liturgische Herausforderung. Die Deutungskonzepte verdanken sich nicht nur vielfältigen Herkünften, sondern die religiöse Praxis der von mir Interviewten war auf individuelle Formen der Religionsausübung vielfach beschränkt: und zwar auf private Bibellektüre, individuell formulierte Gebete, Meditation in Kirchräumen. Die Teilnahme an Gottesdiensten, das Hören von Predigten, die gemeinschaftliche Feier, sakramentale Vollzüge kamen in der praxis pietatis der – so ist einschränkend zu sagen – von mir Befragten kaum vor. Es sind hier oft nur noch wenige Schnittmengen zwischen individueller und öffentlicher Religionskultur auszumachen. Die Medien stellen ein enormes Reservoir an Sinndeutungen bereit, das in dieses Vakuum hineinrückt: Ratgeberliteraturen (Anselm Grün wurde ausdrücklich genannt), Filme (Das Meer in mir / Schmetterling und Taucherglocke) und Talk-Shows, in denen z. B. Nahtoderlebnisse angesprochen werden.<sup>29</sup> Die Frage ist: Wie können christliche, evangelische Konzepte in die individuellen Suchbewegungen eingespielt und Kirche und Individuum in Kontakt gehalten werden? Die Hoffnung auf eine Auferstehung des ganzen Menschen und die Verkündigung einer göttlichen Gerechtigkeit, die liebende Zuwendung und nicht zerstörerische Wut bedeutet, müssen so zur Sprache gebracht werden, dass sie als Teil des »kulturell Imaginären«<sup>30</sup> präsent sind. Der Respekt vor der Grenze zwischen Diesseits und Jenseits, den die Theologie des 20. Jahr-

29. Zum Phänomen vgl. *H. Knoblauch/H.-G. Soeffner (Hg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen*, Konstanz 1999.

30. Vgl. dazu *H. Knoblauch, Die Sinnprovinz des Jenseits und die Kultivierung des Todes*, in: ebd., 271-292.

hunderts stark machte, hat zu einem Eschatologieverlust beigetragen, den wir überwinden müssen. Statt Jenseitsvorstellungen zu zensieren, geht es doch darum, traditionelle Bilder neu zu entdecken, die Phantasie zu wecken, sich Vorstellungen zu machen und zum Gespräch zu ermutigen.

3.2 Wenn sich die Chance eines seelsorgerlichen Kontaktes ergibt, so wäre darauf zu achten, die bereits vorhandenen Vorstellungen und theologischen Konzepte, die Sinndeutungen der Menschen wahrzunehmen, sie ausdrücklich zu machen und an diese kommunikativ anzuknüpfen. Nur so wird ernst genommen, dass die Menschen bereits auf dem Weg sind, mit den Erschütterungen zu leben. Impulse von außen haben dann eine Chance, das bereits lebensgeschichtlich gesponnene Sinngewebe zu variieren, wenn sie auf dieses bezogen sind. Interventionen sind, wenn sie sensibel mit den Vorstellungen der Patienten vermittelt sind, in vielen Fällen durchaus gewünscht, freilich ohne durch vollmundige Sinnzuschreibungen die Leidenserfahrungen zu verleugnen. Henning Luthers eindrückliche Kritik an den Lügen der Tröster bleibt stets zu vergegenwärtigen.<sup>31</sup> Poimenische Ansatzpunkte sind im Rahmen einer lebensgeschichtlich orientierten narrativen Seelsorge zu suchen. Die Interviews haben bisher gezeigt, dass die Lebenserfahrungen und die Deutungskonzepte, die im Laufe einer kurzen oder langen Lebensgeschichte erworben wurden, die Basis für den Umgang mit Krankheit und Tod bilden. Im Falle des Patienten, der fürchtet, nach dem Tod einem Monster-Gott ausgeliefert zu sein, bietet die Erfahrung mit dem eigenen strengen Vater einen Anknüpfungspunkt. Die Liebe des Vaters ist für den Patienten kostbar, gerade weil der Vater die Trennung von den Zeugen ablehnte. Wenn es gelänge, diese Erfahrung mit Lk 15 in Verbindung zu bringen, wäre möglicherweise ein Ansatzpunkt gewonnen, ein anderes Gottesbild anzudenken.

3.3 Die gemeinsamen Forschungsperspektiven mit der Medizin zum Thema Coping bieten eine Fülle von wechselseitigen Anregungen. Der Beitrag evangelischer Theologie zu diesem Themenfeld könnte darin liegen, nicht nur nach den Funktionen, sondern vor allem nach den Inhalten zu fragen. Die zentrale Einsicht reformatorisch geprägter Soteriologie, dass der verborgene Gott – auch wenn er unbegreiflich und schrecklich ist, letzten Endes derselbe Gott ist, der sich als Liebender dahingegeben hat, bietet ein inhaltlich bestimmtes Konzept, das ein – wenn es so etwas überhaupt gibt – allgemeines religiöses oder spirituelles Gottesbild übersteigt. Ohne die Perspektive auf eine Auferweckung, die das eigene Leben in ein neues Licht rückt, können Krankheit und Verlust und die Bewältigung des Lebens, das eine »Krankheit zum Tode« ist, nicht theologisch sachge-

31. H. Luther, Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge, in: PrTh 33 (1998), 163-176.

mäß thematisiert werden. Die beste ars moriendi ist die Besinnung auf den seelsorgerlichen Grundzug der zentralen reformatorischen Einsicht. Die Suche nach Sinn gewinnt wesentlich orientierende Kraft aus der Einsicht, dass das Leben ein verdanktes ist, das letztlich unverfügbar bleibt und damit aufgehoben ist in eine Sinnperspektive, die das eigene Leben überschreitet.

Erst im Sterben selbst erschließt sich für Iwan Iljitsch in Tolstois Erzählung ein Jenseits: »An Stelle des Todes war ein Licht da. [...] ›Es ist zu Ende!‹ sagte jemand über ihm. Er hörte diese Worte und wiederholte sie in seinem Geiste. ›Zu Ende ist der Tod‹, sagte er sich. ›Er ist nicht mehr!‹«<sup>32</sup>.

32. L. Tolstoi, a. a. O. (Anm. 1), 92.