

Gebet als Resonanzereignis

Annäherungen im Horizont
von Spiritual Care

Theologische
Anstöße

Simon Peng-Keller (Hg.)

7



V&R

neukirchener
theologie



neukirchener
theologie

Theologische Anstöße

Herausgegeben von
Michael Beintker, Johannes Eurich, Günter Thomas,
Christiane Tietz und Michael Welker

Band 7
Simon Peng-Keller (Hg.)
Gebet als Resonanzereignis

Simon Peng-Keller (Hg.)

Gebet als Resonanzereignis

Annäherungen im Horizont
von Spiritual Care

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-7887-3229-5

Weitere Angaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

© 2017, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstr. 13, D-37073 Göttingen/
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der
vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlaggestaltung: Stellbrink graphik design, Bielefeld

Satz: Thomas Fries, Zürich

Inhalt

Vorwort.....7

Simon Peng-Keller

Einleitung: Gebet als Resonanzereignis
Konzeptionelle und ethische Annäherungen im Hinblick
auf interprofessionelle Spiritual Care9

I. Grundlegende Aspekte

Hans Weder

Resonanzen im Gebet.....29

Josef-Anton Willa

Die (Gebets-)Stimme als Resonanzorgan
Eine Annäherung auf der Grundlage der Stimmforschung
Alfred Wolfsohns55

Simon Peng-Keller

Von der Stimmlichkeit des Betens.....69

II. Thematische Fokussierungen im Horizont von Spiritual Care

Hubert Kößler / Pascal Möсли

Jodeln auf der Intensivstation
Beten im Spital.....93

Arndt Büssing

Empirische Zugänge zum Beten im Horizont von Krankheit
und Gesundheit.....111

Thomas Fries

Gebet und Trosterfahrung in schwerer Krankheit129

Klaus Baumann

Gebet in schwerer Krankheit und Spiritual Care
Zwischen Sinnsuche, Klage und Akzeptanz des Unverständlichen..... 143

Ralph Kunz

Beten in der Anfechtung
Praktisch-theologische Annäherungen an Gebete,
die nicht auf Resonanz stoßen 159

Cornelia Richter

Trauer zwischen Gebetsnot und »Nötigung« ins Gebet
Eine Skizze situativer Lebenshermeneutik 177

John Swinton

»Das ist mein Leib«
Gebet, Demenz und unsere verleblichten Erinnerungen..... 193

Birgit Jeggle-Merz

Rituelles Gebet in Todesnähe 207

Christoph Gellner

Gebetzeugnisse in zeitgenössischen Krankheits-
und Sterbenarrativen
Theologisch-literarische Erkundungen 229

Martin Schleske

In Klang gegossenes Gebet 251

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 253

Vorwort

In ihren 2015 veröffentlichten Aufzeichnungen »Schmelzungen« beschreibt die über 90-jährige Schriftstellerin Ilse Helbich ihre Vorbehalte gegenüber dem Gebet. Zugleich beobachtet sie, wie mitunter unversehens ein Gebet in ihr hochsteigt – verbunden mit dem

»Altenwunsch [...], das dunkle unbekannte Gegenüber mit ›Gott‹ anzureden, ohne die Erwartung einer Antwort, aber doch mit der Zuversicht auf ein Gehört-, Gesehenwerden in einer anderen, uns reinem unvorstellbaren Sphäre. Sie könnte nicht sagen, woher diese neue Zuversicht, von drüben her wahrgenommen zu werden, ihr plötzlich zugewachsen ist.«¹

Das Gebet als »Resonanzereignis« zu verstehen, bedeutet, es als etwas zu verstehen, was sich überraschend einstellt. Die Leitmetapher der »Resonanz« verweist auf die Unverfügbarkeit, die Responsivität und die Sinnlichkeit des Betens: Es beginnt nicht bei sich selbst, sondern kommt von woanders her. Und es betrifft nicht nur den menschlichen Geist, sondern den Menschen als verleiblichtes Selbst. Die Beiträge des vorliegenden Bandes erkunden die genannten Aspekte im Hinblick auf das Gebiet heutiger Spiritual Care. Im Kontext von Krankheit und Todesnähe ist das Gebet die vermutlich häufigste spirituelle Praxis. Auch in säkular geprägten klinischen Welten finden sich vielfältige Gebetsvollzüge. Sie stehen in einem eigentümlichen Verhältnis zu den therapeutischen und palliativen Behandlungen, die sie begleiten. Denn das Beten behandelt nicht, sondern antwortet auf den Widersinn von Krankheit, Behinderung, Tod und finaler Trennung. Auf leib sinnliche Art und Weise können sich in Gebetsvollzügen neue Sichtweisen auf das eigene Leben und Erfahrungen von Trost und Behütetsein erschließen.

Dieser Studienband entstand im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojekts *Beten als verleiblichtes Verstehen. Hermeneutische Zugänge zum Ereignis des Gebets*. Ich danke dem Schweizerischen Nationalfonds für die großzügige Unterstützung dieses Forschungsvorhabens und den Herausgebern der „Theologischen Anstöße“ für die Aufnahme des Bandes in ihre Buchreihe. Ein großer Dank gebührt ebenso Prof. Dr. Dr. Ingolf U. Dalferth für die vielfältige Ermutigung und Unterstützung sowie Dr. theol. Thomas Fries und Dr. theol. Josef-Anton Willa für ihre sorgfältige Durchsicht und Formatierung der Texte.

Zürich, im Mai 2017

Simon Peng-Keller

¹ *Ilse Helbich*, *Schmelzungen*, Graz/Wien 2015, 53f. Vgl. den Beitrag von Christoph Gellner in diesem Band.

Simon Peng-Keller

Einleitung: Gebet als Resonanzereignis

Konzeptionelle und ethische Annäherungen im Hinblick auf interprofessionelle Spiritual Care

Die Rede vom *Gebet als Resonanzereignis* ist doppeldeutig: Sie kann sowohl metaphorisch als auch akustisch verstanden werden. Diese sinnreiche Zweideutigkeit, die dem Gebetsphänomen selbst entspricht, soll mit Blick auf die Beiträge des vorliegenden Bandes in einem ersten Schritt einleitend erkundet werden. Nach einigen grundsätzlichen Überlegungen und der Rückbindung an jüngere Resonanzdiskurse (I.) nähere ich mich Resonanzerfahrungen im Kontext der Krankenhausseelsorge an (II.) sowie den damit verbundenen Diskussionen über geeignete (Resonanz-)Räume (III.) und die Möglichkeiten und Grenzen gemeinsamen Betens im Kontext interprofessioneller Spiritual Care (IV.). Am Ende steht ein Überblick über die Beiträge dieses Bandes (V.).

I. Resonanz zwischen Akustik und Metaphorik

Gebetsvollzüge im Horizont des Resonanzphänomens zu untersuchen, bedeutet, einen *acoustic turn*¹ zu vollziehen und die Aufmerksamkeit auf die Stimmlichkeit des Betens und das darauf bezogenen Hören zu lenken. Beschränkt man sich auf eine akustische Beschreibung, scheint der Zusammenhang zunächst schlicht zu sein: Die Stimmbänder fungieren als Oszillator, das Ohr als Resonator. Näher betrachtet erweist sich das Phänomen jedoch bereits auf physiologischer Ebene als weit komplexer. Denn sowohl im Stimmorgan als auch im Gehör spielen mehrere Resonanzphänomene zusammen, und diese sind wiederum eingebettet in räumliche Resonanzen. Bereits der Gehörgang hat seine Eigenresonanz, die dazu beiträgt, dass wir in ein Klangeschehen einzutauchen vermögen. Dass der Sprechende und Hörende Leib kein bloßes Registrier- oder Reproduktionsgerät darstellt, sondern ein mitschwingender Resonanzkörper ist, zeigt sich gerade in der bedeutungsträchtigen Vielgestaltigkeit der Stimmformen, die Gebetsvollzüge so klangreich machen.

Das metaphorische Potential der Resonanz, das sich schon in der Übertragung des in der Akustik beheimateten Begriffs in die Elektromagnetik und Mechanik zeigt, speist sich aus dem Reichtum solcher lebensweltlicher Resonanzphänomene. Was sie zur Grundmetapher für Kommunikation aller Art auszeichnet, ist nicht zuletzt, dass deren Unwillkürlichkeit

¹ Vgl. Petra Maria Meyer (Hrsg.), *acoustic turn*, München 2008.

und Eigendynamik sich nur begrenzt steuern lassen. Ereignishaft und überraschend ist insbesondere die sympathetische Resonanz, die sich an Saiteninstrumenten beobachten lässt: im Mitschwingen einer nicht gezupften Saite mit einer gleichgestimmten anderen.² Diese Urform aller Resonanzereignisse verdankt sich einem unsichtbaren Medium: der Luft. Da für das menschliche Auge nicht wahrnehmbar ist, wie eine klingende Saite eine andere in Schwingung zu setzen vermag, legt es sich nahe, »geistige« Wechselwirkungen zu vermuten.

Die antike und mittelalterliche Vorstellung, dass das All in sphärischen Harmonien klingt, findet sich noch in elaborierten spätmodernen Weltentwürfen, die den Anspruch einer naturwissenschaftlichen Fundierung erheben. So beginnt Friedrich Cramer, der von 1962 bis 1991 Direktor am Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin in Göttingen war, sein programmatisch überschriebenes Werk *Symphonie des Lebendigen. Versuch einer allgemeinen Resonanztheorie* mit dem vielversprechenden Satz: »Der nun vorliegende Band über eine *allgemeine Resonanztheorie* ist der dritte Teil eines Werkes, das versucht, den Stand unseres wissenschaftlichen Denkens an der Wende zum 3. Jahrtausend zusammenfassend darzustellen.«³ Einen nicht weniger ambitiösen Anspruch erhebt auch Joachim-Ernst Berendt in seinem vieldiskutierten Buch *Nada Brahma. Die Welt ist Klang*.⁴ Das metaphorische Potenzial der Resonanz tritt dabei wie bei Cramer in den Dienst eines spekulativen Versuchs, ästhetische Erfahrung und naturwissenschaftliches Wissen in einer universellen Theorie zu harmonisieren.

Während sowohl Cramer als auch Berendt die Unterscheidung zwischen deskriptiver Beschreibung und Resonanzmetaphorik einziehen und letztere ontologisieren, findet sich in Hartmut Rosas ebenfalls umfassend angelegten Studie *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung* der Versuch, Resonanz begrifflich als einen spezifischen Modus von Weltbeziehungen zu bestimmen und in Abgrenzung zu Entfremdungsphänomenen soziologisch zu profilieren.⁵ Resonanz in *diesem* Sinne ist als »ein momenthafter Dreiklang aus konvergierenden Bewegungen von Leib, Geist und erfahrbarer Welt« zu fassen.⁶ Was Rosa in akustischer Metaphorik als

² Dabei muss »die Eigenfrequenz der anzuregenden Saite [...] nur annähernd mit der Erregerfrequenz der gespielten Saite übereinstimmen« (*Karsten Lichau / Viktoria Tkaczyk / Rebecca Wolf*), Anregungen, in: *Karsten Lichau / Viktoria Tkaczyk / Rebecca Wolf* (Hrsg.), *Resonanz. Potentiale einer akustischen Figur*, München 2009, 11–32, hier: 19). Daran knüpft sich die Vermutung: »Die so ermöglichte Toleranz mag mit ein Grund dafür sein, dass sich der Begriff der Resonanz zum einen als Modell für das Hören, zum anderen aber auch als Metapher für unsichtbare Zusammenhänge oder Denkprozesse eignet« (ebd.).

³ *Friedrich Cramer, Symphonie des Lebendigen. Versuch einer allgemeinen Resonanztheorie*, Frankfurt a. M. / Leipzig, 1996, 7.

⁴ *Joachim-Ernst Berendt, Nada Brahma. Die Welt ist Klang*, Frankfurt a. M. 1983.

⁵ Vgl. *Hartmut Rosa, Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*, Berlin 2016.

⁶ Ebd. 290.

Dreiklang beschreibt – die Konvergenz von leibsinlichen bzw. weltlichen Resonanzphänomenen und Resonanz in einem metaphorisch-geistigen Sinne –, wird am Beispiel des Chorsingens veranschaulicht:

»Die von der Stimme gestifteten Resonanzbeziehungen erweisen sich [...] als doppelseitig zwischen Leib und ›Seele‹ einerseits und zwischen Subjekt und Welt andererseits aufgespannt, und beide Male treten [...] physische und symbolische Resonanzen miteinander in Wechselwirkung. [...] Wer sich daran [am Chorsingen, S.P.-K.] beteiligt, erfährt in den gelingenden Momenten eine ›Tiefenresonanz‹ zwischen seinem Körper und seiner mentalen Befindlichkeit zum Ersten, zwischen sich und den Mitsingenden zum Zweiten sowie die Ausbildung eines kollektiv geteilten physischen Resonanzraumes (in der Kirche oder im Konzertsaal etc.) zum Dritten.«⁷

Dass in Rosas Studie die (Sing-)Stimme eine gewisse Vorrangstellung einnimmt, ist nicht zufällig. Zum einen scheine nichts anderes »eine vergleichbare psychisch wirksame Qualität zur alltäglichen Vermittlung und ›Heilung‹ subjektiver Weltverhältnisse zu besitzen«⁸ – wobei ›Heilung‹ hier in einem sozialtherapeutischen Sinne als Gegenpart zu den von Rosa beschriebenen Entfremdungsphänomenen zu verstehen ist. Zum anderen sei kein anderes Medium in vergleichbarer Weise bedeutsam für die Herausbildung und Stabilisierung spätmoderner Identitäten. Sie vollziehe sich in einer Identifikation mit (Sing-) Stimmen, die tragende und nähernde Welt- und Sozialbeziehungen vermitteln⁹ und »starke Wertungen« verkörpern.¹⁰ An dem, was Menschen leidenschaftlich gern hören (und singen), zeige sich, womit sie sich identifizieren und was sie inspiriert.

Am Beispiel des Chorsingens lässt sich zudem die Rosas Werk strukturierende Unterscheidung zwischen *horizontalen*, *diagonalen* und *vertikalen Resonanzachsen* veranschaulichen. Die horizontale Achse, der alle Formen sozialer Gemeinschaft zugeordnet werden, kreuzt sich mit der diagonalen Achse der dingbezogenen Resonanzbeziehung und den vertikalen Resonanzachsen, in denen es um das Leben und die Welt als Ganzes geht. Zu letzteren zählt Rosa die Religion, ästhetische Natur- und Kunsterfahrungen und den »Mantel der Geschichte«, der die eigene Lebensgeschichte umhüllt.¹¹ Erfahrungen der »Tiefenresonanz«, die sich etwa im Chorsingen ereignishaft einstellen können und mit dem Gefühl eines »fundamentale[n] Einklang[s] mit uns selbst und mit der Welt«¹² verbunden sind, haben Verheißungscharakter. Sie bilden Ausgangs- und Zielpunkt für lebensgeschichtliche Suchbewegungen, wie sie Rosa einleitend an modellhaften Lebensgeschichten veranschaulicht.

⁷ Ebd. 111f.

⁸ Ebd. 112.

⁹ Ebd. 110.

¹⁰ Ebd. 291.

¹¹ Ebd. 435ff.

¹² Ebd. 196.

Rosas vieldimensionales Konzept bietet eine Matrix, die es erlaubt, Gebetsvollzüge differenziert in ihrer sinnhaften Sinnlichkeit zu beschreiben. Ansätze dazu finden sich bereits bei Rosa selbst. So deutet er das Falten der Hände als Unterbrechung des instrumentellen Weltverhältnisses¹³ und beschreibt die meditative Versenkung als Rücknahme aller fokussierten Weltbeziehungen, durch die sich eine Tiefenresonanz einstellen könne.¹⁴ Ebenso macht er darauf aufmerksam, dass in gottesdienstlichen Vollzügen sich die vertikale Tiefenresonanz mit horizontalen und diagonalen Resonanzbeziehungen verbinde: »Daraus entsteht so etwas wie ein sensorischer Resonanzverbund, in dem die drei Achsen sich gegenseitig zu aktivieren und zu verstärken vermögen.«¹⁵

Das kann mit Blick auf das Gebet weiter konkretisiert werden. Ich wähle dafür zunächst ein zeitgeschichtliches Zeugnis, an dem sich nicht allein die mitunter komplexe Resonanzgestalt des Betens herausarbeiten lässt, sondern die auch darauf hinweist, dass jeder konkrete Gebetsvollzug in Resonanz steht zu einer ihm vorausgehenden und ihn ermöglichenden Praxis. Was sich im folgenden Beispiel in einer weltgeschichtlichen Konstellation zeigt, findet sich in klinischen Kontexten in vielfältigen biografischen Varianten. Die Rede ist von einem Text, der sich in Manès Sperbers autobiografischen Schrift *Die Wasserträger Gottes* findet:

»Das war im Frühjahr 1933 in Berlin – ich habe kaum je einen schöneren Frühling gekannt. Wie viele meinesgleichen saß ich im Gefängnis. Es gab noch keine Konzentrationslager, jeder von uns dachte, daß man ihn zu irgendeiner Stunde, wahrscheinlich am frühen Morgen, aus der Einzelzelle hinausführen und »auf der Flucht« erschießen würde. Da geschah es: der Tag ging zu Ende, im Gefängnishof hatten sich Leute von der SS zusammen mit vielen Wächtern unter der Hakenkreuzfahne zum Abendappell versammelt. Und nun drang deutlich und drohend das im Chor gesungene Horst Wessel-Lied in die Zelle. Natürlich hatte ich es schon oft gehört, aber in jenem Augenblick beeindruckte es mich wie ein Gebet, das heißt, ich achtete nicht auf die Worte, sondern nur auf die mißbrauchte alte Soldatenmelodie. Als es vollends Nacht wurde und das Zellenlicht erlosch, drängte sich mir – wie von außen kommend – ein Psalm über die Lippen: »Nicht uns, nicht uns erweise die Ehre, sondern tu's um Deiner Gnadenhaftigkeit und um Deiner Wahrheit willen. Warum sollen die Heiden höhnen: »Wo ist denn ihr Gott?« Unser Gott aber ist im Himmel wie auf Erden, was er will, das vollbringt er ...« – Ich hörte mir erst mit ironischem Staunen zu, dann aber ließ ich mich gehen. In jener Nacht habe ich alle Psalmen, die ich auswendig kannte, leise vor mich hingesungen und dann das Nachtgebet aufgesagt, mit dem ich als Kind die Erzengel aufzählte, die, zu meinen Häupten und zu meinen Füßen, über mich und meinen Schlaf wachen würden. Im hypnagogischen Schlummer, aus dem ich schließlich in einen wahrhaft tiefen Schlaf sinken sollte, hörte ich Lieder, die einander unterbrachen und sich miteinander seltsam verquickten.«¹⁶

¹³ Ebd. 109.

¹⁴ Ebd. 203.

¹⁵ Ebd. 442.

¹⁶ Manès Sperber, *Die Wasserträger Gottes*, in: *ders.*, *All das Vergangene*, Wien 31983, 15–255, hier: 54f.

Die Tiefenresonanz, die Sperber beschreibt, entsteht in agonaler Antwort auf den Chorgesang seiner Peiniger. Die Melodie des Horst Wessel-Lieds beeindruckt den Gefangenen »wie ein Gebet«. Die erhebende Melodie dringt von außen in seine Zelle ein, so wie auch die Gebetsworte aus Ps 115, die Sperber später in nächtlicher Dunkelheit einfallen, von außen zu kommen scheinen. Der durch den Gesang der Wächter geweckten Tiefenresonanz begegnet Sperber zunächst mit ironischem Staunen. Die anfängliche Distanz zu den Gebetsworten, die ihm aus seiner Kindheit in einem ostgalizischen Shtetl vertraut waren, dauert jedoch nur ein Augenblick. Dann macht der damals 27-Jährige sie sich zu eigen. Die unwillkürlich erinnerten Psalmverse ergänzt er durch jene Worte und Melodien, die seiner bewussten Erinnerung zugänglich werden. Im Aufsagen des Nachgebets ruft er schließlich die Schutzengel herbei, die ihn in einen von Stimmen und Liedern erfüllten Schlaf begleiten. Das aktive Psalmოდieren und Beten wird auf diese Weise umrahmt von passivisch wahrgenommenen Gebetsresonanzen.

II. Resonanz und Gebet im Kontext der Krankenhausseelsorge

Auch wenn Sperbers Notsituation sich deutlich von den Krankheitswelten unterscheidet, die im vorliegenden Band im Vordergrund stehen, so kann vermutet werden, dass die von ihm beschriebenen Resonanzphänomene auch in letzteren auftreten. Erste Hinweise darauf finden sich in den folgenden drei Vignetten, die uns im Rahmen einer Befragung zu Lebensendphänomenen mitgeteilt wurden.¹⁷ Eine Seelsorgerin berichtete uns von der Begegnung mit einem Patienten, den sie von früher kannte:

»Er lag auf der Intensivstation. Zwischendurch öffnete er die Augen und sagte dann: »Amen«. Als ich ihn fragte, ob ich ein Gebet sprechen dürfe, nickte er und war danach ganz ruhig. Er ist einige Tage später friedlich eingeschlafen.«

Das Auftauchen von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in Krankenzimmern löst bei Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäß sehr unterschiedliche Resonanzen hervor. Dass das Kommen eines ›Geistlichen‹ den nahen Tod ankündigt, hat sich dem kulturellen Gedächtnis so tief eingeschrieben, dass heute noch Patienten halb humorvoll, halb ernst sagen: »Ist es schon soweit mit mir?« Auch in der vorliegenden Vignette kann ein Resonanzereignis dieser Art vermutet werden. Dass das Amen dem Gebet vorausgeht, kann als sprachliche Besiegelung des zu Ende gelebten Lebens verstanden werden. Für das daran anschließende Gebet holt sich

¹⁷ Vgl. *Simon Peng-Keller / Silvia Köster / Rahel Rodenkirch*, Lebensend-Phänomene im Arbeitsfeld klinischer Seelsorge. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zu symbolischer Kommunikation und visionärem Erleben in Todesnähe, in: *Spiritual Care* 5 (2016), 113–120.

die Seelsorgerin die Erlaubnis des Patienten ein. Der Bericht legt nahe, das Ruhigwerden des Patienten als Wirkung des gesprochenen Gebets zu betrachten. Es entspräche dann der hypnagogen Qualität des Nachtgebets Sperbers.

Dass das Gebet in klinischen Situationen nicht nur immer als Quietiv, sondern auch als Stimulans wirkt, lässt sich an weiteren Beispielen zeigen. Es gehört zu den regelmäßig bezugten klinikseelsorglichen Erfahrungen, dass das Beten an Kranken- und Sterbebetten auf eine belebende Resonanz stößt und mitunter selbst somnolente Patienten mitzubeten beginnen. In diese Richtung weisen die folgenden beiden Vignetten, die ebenfalls unserer Umfrage entnommen sind:

»Frau M., hochbetagt, lag im Sterben. Seit über einem Tag reagierte sie nicht mehr, wenn sie angesprochen wurde. Für die Pflegenden war klar, die Frau wird in den nächsten Stunden sterben. Doch am andern Tag öffnete sie wieder die Augen, reagierte wieder und konnte sogar sprechen. Und als eine der Pflegenden, die sie besonders gut mochte, ans Bett kam, sagte sie: »Sie waren es doch, die gestern Nachmittag meinen Lieblingsvers aufgesagt hatten.«

»Ein Mann, mittleren Alters, lag seit Monaten nach einem schweren Unfall im Koma. Die Seelsorgerin besuchte ihn regelmäßig. Meist saß sie einfach eine Weile da. Wenn es Neuigkeiten aus dem Dorf zu berichten gab, erzählte sie ihm davon. Oder sie schilderte ihm jahreszeitliche Naturbeobachtungen. Ab und zu glaubte sie, minimale Reaktionen seiner Augenlider feststellen zu können. Sie war sich aber nicht sicher, wie sehr da Wunschenken eine Rolle spielte. Dann kam der Winter und Weihnachten. Am Weihnachtstage erzählte sie von Weihnachten und von den Lichtern am Christbaum. Und auf einmal hatte der Mann Tränen in den Augen.«

Die Berichte weisen darauf hin, dass Worte manchmal Menschen auch in einem Zustand erreichen können, der medizinisch als Bewusstlosigkeit beschrieben wird. In beiden Fällen darf vermutet werden, dass die beschriebene Tiefenresonanz sowohl auf lebensgeschichtlich gefüllte Worte bzw. die durch sie geweckten Erinnerungen als auch auf das Medium einer vertrauten und vertrauenswürdigen Stimme zurückzuführen ist. Mit beidem ist in Gebetssituationen zu rechnen. Sie resonanztheoretisch zu beschreiben, bedeutet, von nicht steuerbaren Wechselbeziehungen auszugehen und sie zu erfassen suchen. Resonanz tritt in diesem Zusammenhang als ein wechselseitiges Geschehen auf, in das auch die Begleitpersonen involviert werden. So etwa in dem folgenden Beispiel aus einem palliativen Kontext:

»Herr A., 72 Jahre, metastasiertes Bronchialkarzinom, alleinstehend. Herr A. erzählt seine Lebensgeschichte mit vielen Krisen und Kontaktabbrüchen. Auf meine Frage, wie er das alles durchgehalten habe, streckt er seinen linken Arm aus und zeigt mit dem Zeigefinger nach oben. Wenn es ganz schlimm sei, dann bete er alles, was er gelernt habe. Daheim, von der Mutter. Und dann kämpfe er weiter. Auch jetzt sei das gut, wenn es ans Sterben gehe. Er streckt mir beide

Hände entgegen. Ich nehme sie in meine Hände. Und so beten wir zusammen. Sein erstes ist das Glaubensbekenntnis, dann folgt das Vaterunser und anschließend ein Mariengebet. Danach der Text eines Marienliedes und wir enden mit dem trinitarischen Gruß/Votum.«¹⁸

III. Resonanzräume

Resonanz ist ein akustisches und als solches auch räumliches Phänomen. Bezogen auf das Gebet zeigt sich diese Räumlichkeit in doppelter Gestalt: Zum einen ist das Gebet, insofern es sich in stimmlicher und gestischer Weise vollzieht, selbst ein raumbildendes Phänomen; zum anderen gibt es architektonische Resonanzräume, die in besonderer Weise zum Gebet einladen. Wo sich das Gebet in klinischen Institutionen Raum verschafft und nach Resonanzräumen sucht, kommt es mitunter zu spannungsreichen Konstellationen. Auf der Neonatologie, einer Intensivstation oder in einem Mehrbettzimmer in hörbarer Weise zu beten, kann als ebenso befremdlich wie wohltuend empfunden werden.¹⁹ In einem sonst durch und durch säkular geprägten Hause einen atmosphärischen Raum zu betreten, in dem gebetet und meditiert wird, ist eine ähnliche Kontrasterfahrung. Während es sich in einem Fall um flüchtige Räume handelt, die sich während des Gebetsvollzugs aufbauen und sein Ende nur kurze Zeit überdauern, handelt es sich bei letzterem um stabile Orte der Einkehr und der Zuflucht, an denen sich mehr oder weniger deutlich zeigt, welchen Stellenwert und welche Färbung die spirituellen und religiösen Belange in der jeweiligen Institution haben. Bei aller Funktionalität vermitteln Gebets- und Meditationsräume Atmosphären und erzählen Geschichten – auch solche über gegenwärtig sich vollziehende Transformationsprozesse im Bereich des Spirituellen. In einem Beitrag über die Gebetsräume in den Universitätsspitalern in Lausanne und Zürich arbeitete Thomas Fries kürzlich heraus, wie diese Räume selbst im Wandel begriffen sind. Durch kleine Umstellungen wird beispielsweise versucht, ihren Resonanzbereich so zu erweitern, dass sie auf ein möglichst breites Spektrum von Patientinnen und Patienten einladend wirkt.²⁰

Um Raumkonflikten vorzubeugen, können Richtlinien hilfreich sein. So hat die Deutsche Bauministerkonferenz eine Planungshilfe »Palliativstationen« herausgegeben, in der sich auch Rahmenvorgaben für einen Raum der Stille finden:

¹⁸ Margret Ehni, Seelsorge in der (stationären) Palliativversorgung, *Spiritual Care* 6 (2017), 257–259.

¹⁹ Vgl. das titelgebende Beispiel des Beitrags von Hubert Kössler und Pascal Mösl.

²⁰ Vgl. Thomas Fries, Raum, Leib und Ritualität. Beobachtungen zu einigen Aspekten verleblichter Spiritualität in Schweizer Universitätsspitalern, in: *Spiritual Care* 6 (2017), 153–165.

»Dieser Raum ist sowohl für Patienten und Besucher, als auch für das Personal gedacht und kann verschiedene Funktionen erfüllen: Andachtsraum, Therapie-raum (Klangraum / Entspannungsraum / Lichtraum / Musiktherapie), Verabschiedung, Personalgespräche. Es gibt die Möglichkeit, sich in einer besonderen Raumatmosphäre zurückzuziehen oder auch ein ungestörtes vertrauliches Gespräch zu führen. Als Platz und Gelegenheit für Spiritualität ist der Raum stimmungsvoll zu gestalten und auszustatten (Licht, Wand- und Deckenbehänge, Sitzgelegenheiten etc.).«²¹

Die zitierten Rahmenvorgaben sind selbst von der Spannung geprägt, die sie zu regeln suchen. Verträgt sich doch die angezielte Multifunktionalität (»Andachtsraum, Therapieraum [Klangraum/Entspannungsraum/Licht-raum/Musiktherapie], Verabschiedung, Personalgespräche«) nicht umstandslos mit dem Anliegen, auf atmosphärische Weise »Platz und Gelegenheit für Spiritualität« zu schaffen. Spiritual Care umfasst in diesem Zusammenhang auch die Sorge dafür, dass Räume des Gebets entstehen und zugänglich gehalten werden. Zur Wahrung der Religionsfreiheit in klinischen Kontexten gehört es, Patientinnen und Patienten in ihrer Religionsausübung unter erschwerten Bedingungen zu unterstützen. Die von Gesundheitsfachleuten wahrgenommene Spiritual Care wird in diesem Zusammenhang in der Regel eine assistierende sein. Gibt es jedoch auch Situationen, in denen das gemeinsame Gebet eine legitime Form gesundheitsberuflicher Spiritual Care darstellt?

IV. Gebet als Form gesundheitsberuflicher Spiritual Care?

Der Einbezug des Gebets in eine interprofessionell verantwortete Spiritual Care wirft ethische Fragen auf. Sie ergeben sich zum einen aus der besonderen Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten. Damit können sich Fragen verknüpfen, die *nicht* krankenhausspezifisch sind, aber in klinischen Kontexten eine besondere Prägnanz bekommen, etwa solche des interreligiösen Gebets.

Der Fall Caroline Petrie

Dass es sich beim Gebet um einen neuralgischen Punkt gesundheitsberuflicher Spiritual Care handelt, lässt sich an einem Fall illustrieren, der 2009 in der britischen Öffentlichkeit intensiv diskutiert wurde, weil er zur vorübergehenden Entlassung einer im ambulanten Bereich tätigen

²¹ Bauministerkonferenz, Konferenz der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (ARGEBAU), Ausschuss für Staatlichen Hochbau, Fachkommission Bau- und Kostenplanung, Netzwerk Krankenhausbau, Palliativstationen: Baulich-funktionale Anforderungen, 2011 (www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Planungshilfe_Palliativstationen.pdf; Zugriff 18.02.2017)

Pflegefachfrau führte.²² Caroline Petrie, eine damals 45-jährige Baptistin, hatte bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Verwarnung bekommen, weil sie einem Patienten ein selbst angefertigtes Gebetskärtchen zugesteckt hatte. Zudem bot sie ihren Patienten an, für sie zu beten, sei es in deren Gegenwart oder für sich alleine. Ein solches Gebetsangebot wurde zum Stein des Anstoßes. »Möchten Sie, dass ich für Sie bete?«, habe sie die ältere Patientin gefragt, die sich darüber bei ihren Vorgesetzten beschwerte. Was sie zu dieser Frage geführt habe, sei die Sorge um das Wohlbefinden der Patientin gewesen und der Wunsch, es möge ihr bald wieder besser gehen. Die Entlassung wurde mit Verweis auf die geltende Berufsordnung begründet, die zum einen zu »equality and diversity« verpflichtete und es zum anderen verbot, den professionellen Status zu etwas anderem zu nutzen als zur Förderung der Gesundheit. In der hitzigen Diskussion, die schließlich zur Rücknahme der Kündigung führte, wurde darauf hingewiesen, dass die zitierten professionsethischen Standards keine ausdrücklichen Hinweise auf die Streitfrage enthielten und Raum für unterschiedliche Auslegungen ließen. Wenn das Gebet als etwas betrachtet wird, das die Gesundheit und das Wohlbefinden von Patienten positiv beeinflussen – gehören sie dann nicht ebenfalls in das Aufgabenfeld von Pflege und Medizin?

Beten als Aufgabe »allgemeiner« Spiritual Care?

In einer 2011 veröffentlichten Studie wurden U.S.-amerikanische Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung und Gesundheitsfachpersonen aus den Bereichen Medizin und Pflege danach gefragt, in welchen Situationen sie ein gemeinsames Gebet als passend erachten würden.²³ Die Mehrheit der befragten Patientinnen/Patienten (71%), Ärztinnen/Ärzte (65%) und Pflegefachpersonen (83%) erachteten ein gemeinsames Gebet in gewissen Situationen als passend. Bemerkenswerterweise neigten die Ärztinnen und Ärzte dazu, den Gebetswunsch der Patientinnen und Patienten zu unterschätzen, während die Pflegefachpersonen ihn überschätzten.

Im deutschen Sprachraum dürften die Vorbehalte gegen eine solche Gebetspraxis sowohl bei Patienten als auch bei Professionellen größer sein. Ein indirekter Hinweis darauf findet sich im 2017 publizierten Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychothera-

²² Andrew Alderson, Nurse suspended for offering to pray for elderly patient's recovery, in: The Telegraph 31.08.2009, online: www.telegraph.co.uk/news/health/news/4409168/Nurse-suspended-for-offering-to-pray-for-patients-recovery.html (abgerufen am 12.01.2017); Charlotte French / Aru Narayanasamy, To pray or not to pray: a question of ethics, in: British Journal of Nursing 20:18 (2011), 1198–1204.

²³ Vgl. Michael J. Balboni / Amenah Barbar / Jennifer Dillinger / Andrea C Phelps / Emily George / Susan D. Block / Lisa Kachnic / Jessica Hunt / John Peteet / Holly G. Prigerson / Tyler J. VanderWeele / Tracy A. Balboni, »It Depends«: Viewpoints of Patients, Physicians, and Nurses on Patient-Practitioner Prayer in the Setting of Advanced Cancer, in: Journal of Pain and Symptom Management 41:5 (2011), 836–847.

pie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.²⁴ Darin wird hervorgehoben, dass Psychiater und Psychotherapeuten durch ihre Berufsethik verpflichtet sind, innerhalb des Methodenspektrums ihrer Profession tätig zu sein. In einer ersten Fassung des Dokuments wurde dies durch den Hinweis konkretisiert, dass Vertreter der betreffenden Berufsgruppen nicht die Initiative zu einem Gebet oder einem anderen Ritual ergreifen sollen. In der finalen Fassung wurde eine Formulierung gewählt, die zwar das Gebet nicht mehr erwähnt, zugleich jedoch absoluter klingt: »Dies schließt religiöse oder spirituelle Interventionen aus. Dies stellt eine sinnvolle und notwendige Selbstbeschränkung dar.«²⁵ Die nicht näher spezifizierte Formulierung lässt es offen, ob ein Gebet(sangebot) als eine »religiöse oder spirituelle Intervention« zu betrachten ist.

Während das Positionspapier der DGPPN zur Zurückhaltung mahnt, findet sich in der U.S.-amerikanischen Fachliteratur der Trend, es unter gewissen Bedingungen als legitim und sinnvoll zu erachten, wenn Ärzte und Pflegefachpersonen mit Patienten beten. Eine ausdrücklich bejahende Position findet sich in Harald Koenigs Standardwerk *Spirituality in Patient Care*.²⁶ Die Argumentation ist hier vom Gedanken geleitet, dass Gesundheitspersonen religiöse Aktivitäten (inkl. Gebet) fördern sollen, *insofern* »diese dem Patienten bei der Bewältigung seiner Krankheit und der daraus erwachsenden Veränderungen helfen.«²⁷ Doch gehört es tatsächlich zu den Aufgaben von Gesundheitsfachpersonen, Patienten zu Gebet und Meditation zu ermutigen, mit ihnen über ihre Gebetsnöte zu sprechen²⁸ oder gar mit ihnen zu beten?

Koenig vertritt eine durchaus differenzierte Position: Im Normalfall können Gesundheitsfachleute diese Aufgaben den zuständigen Seelsorgenden überlassen. Doch gebe es besondere Situationen, in denen es legitim und sinnvoll ist, dass auch Ärzte und Pflegenden sich involvieren lassen: zum einen wenn Patienten selbst die Bitte um ein solches Gebet äußern; zum anderen gebe es Grenzfälle, in denen es sinnvoll sein kann, ein Gebet zu initiieren. Die Problematik eines solches Angebotes wird auch von Koenig unterstrichen: »Wegen dem Machtgefälle besteht das Risiko,

²⁴ Vgl. Michael Utsch / Ulrike Anderssen-Reuster / Eckhard Frick / Werner Gross / Sebastian Murken / Meryam Schouler-Ocak / Gabriele Stotz-Ingenlath, Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Positionspapier der DGPPN, in: *Spiritual Care* 6 (2017), 141–146.

²⁵ Ebd. 144.

²⁶ Ich zitiere aus der dt. Übersetzung: *Harold G. Koenig*, *Spirituality in den Gesundheitsberufen*. Ein praxisorientierter Leitfaden. Bearbeitet und mit einem Geleitwort von René Hefli, Stuttgart 2012.

²⁷ Ebd. 67.

²⁸ Vgl. *Elizabeth Johnston Taylor*, *Prayer's Clinical Issues and Implications*, in: *Holistic Nursing Practice* 17:4 (2003), 179–188, hier: 183: »The most frequent questions a nurse may need to address are as follows: I cannot concentrate, so how can I pray? How do I pray when I am too sick? Am I doing it the right way? Why is God silent? Is God there?«

dass die Initiative der Gesundheitsfachperson als Druck empfunden wird; es ist nicht einfach für einen Patienten, zu einem solchen Vorstoß Nein zu sagen, besonders im Krankenhaus, wo er sich nicht auslesen kann, wer ihn betreut.«²⁹ Seitens der Professionellen drohe die Gefahr von Gegenübertragung und Machtmissbrauch. Koenig nennt drei Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit ein solches Angebot dennoch legitim sein kann: Zum einen müsse die betreffende Fachperson »mit Sicherheit wissen, dass der Patient ein Angebot zum Gebet gerne annehmen wird«;³⁰ zum andern sei es nötig, dass sie denselben religiösen Hintergrund habe; und schließlich sei eine solche Initiative nur dann gerechtfertigt, wenn ein dringliches spirituelles Bedürfnis vorliege. Ein solches Gebet soll für Krisen und Umstände vorbehalten bleiben, in »denen weder der Patient noch die Fachperson den Ausgang der Dinge in der Hand haben.«³¹ Darüber hinausgehend lässt sich noch ein weiteres Kriterium nennen, das Koenig vermutlich als selbstverständlich voraussetzt: Die betreffende Fachperson muss sich selbst sicher fühlen beim Gedanken, in der betreffenden Situation ein Gebet zu sprechen. Während die beiden letztgenannten Kriterien unstrittig sein dürften, bedarf die Frage des interreligiösen Betens, wie der Beitrag von Hubert Kössler und Pascal Mösli zu diesem Band zeigt, der weiteren Diskussion. Denn gibt es nicht Situationen, in denen auch ein interreligiöses Gebetsangebot im klinischen Kontext gerechtfertigt sein kann?

Bruce D. Feldstein: Interreligiöses Gebet als ärztliches Handeln?

In einem Fallbericht, der 2001 im renommierten *Journal of the American Medical Association* veröffentlicht wurde, beschreibt der jüdische Arzt Bruce D. Feldstein ein von ihm selbst initiiertes Gebet mit einer katholischen Patientin.³² Feldstein hatte sie eben erst kennengelernt: eine 86-jährige Frau mit einem metastasierenden Lungenkrebs. Als diensthabender Arzt hatte Feldstein die Aufgabe, ihr den jüngsten Befund mitzuteilen: Die Metastasen hatten sich auf das Gehirn ausgebreitet. Frau Martinez, wie sie genannt wird, reagierte schockiert: »Das ist ein Todesurteil.« Nach einem vergeblichen Versuch, sie zu beruhigen, wagte sich Feldstein auf ein ihm bisher unbekanntes Feld vor:

»Ich bemerkte, dass sie ein großes Kreuzifix um den Hals trug, und erinnerte mich an eine Geschichte über einen Kardiologen, der zusammen mit seiner Patientin betete.«³³ Ich wusste, was ich zu tun hatte. Ich fühlte mich dabei sehr

²⁹ Ebd. 68.

³⁰ Ebd. 69.

³¹ Ebd. 70.

³² Vgl. *Bruce D. Feldstein*, Toward Healing, in: *Journal of the American Medical Association* 286:11 (2001), 1291–1292.

³³ Möglicherweise bezieht sich Feldstein auf eine Schilderung von *Rachel Naomi Remen*, *Kitchen Table Wisdom. Stories That Heal*, Riverhead Books: New York 1996, 252–254. Der von Remen beschriebene Arzt ist zwar kein Kardiologe, aber sein

unwohl. Zwar hatte ich mit meinen Patienten gelegentlich schon über Spiritualität und Religion gesprochen, aber der Gedanke, zusammen mit einem Patienten zu beten, war eine andere Sache. Wie sollte ich vorgehen? ›Liegt ihnen etwas am Gebet?‹, fragte ich zögernd. Frau Martinez nickte: ›Ja.‹ Unbeholfen machte ich ihr das Angebot: ›Also, würden sie ein gemeinsames Gebet schätzen?‹ Sie schaute sofort zu mir auf. ›Ja, gerne.‹ Und nun? Wir kamen aus völlig unterschiedlichen Welten. Sie war katholisch und hatte einen mexikanischen Hintergrund. Ich bin jüdisch, stamme aus Detroit und war mit meinen 43 Jahren halb so alt wie sie. Eben erst hatten wir uns kennengelernt. Sie betete zu Jesus. Ich betete nicht zu Jesus. Was sollte ich sagen? Im Medizinstudium war ich nicht auf eine solche Situation vorbereitet worden. Ich legte ihre Hände in die meinigen. Wir schlossen unsere Augen. Ich wartete darauf, dass sie den Anfang machte, doch realisierte ich bald, dass sie auf mich wartete. Ich begann zu sprechen im Vertrauen darauf, dass mir die richtigen Worte kommen und sie Trost darin finden würde. ›O Gott, Du, der Du der große Heiler bist.‹ Ich hielt einen Augenblick inne und dachte darüber nach, was ich als nächstes sagen sollte. Frau Martinez wiederholte: ›O Gott, Du, der Du der große Heiler bist.‹ Sie folgte mir! Nun hatte ich die richtigen Worte zu finden, die sie wiederholen konnte. ›Der du uns durchs Leben führst‹, sprach ich. ›Der du uns durchs Leben führst‹, wiederholte sie. Ich fuhr fort und Frau Martinez wiederholte es. [...] ›Danke, dass Du unser Beten erhörst.‹ ›Danke, dass Du unser Beten erhörst‹, war ihr Echo. ›Amen.‹ ›Amen.‹ Erleichtert öffnete ich die Augen. Die ihrigen hingegen blieben geschlossen. Sie ließ meine Hand nicht los und begann das Vaterunser zu beten: ›Vater unser im Himmel, geheiligt werde Dein Name ...‹ Ich folgte, so gut ich konnte. Dann begann Frau Martinez auf Spanisch zum Heiligen Judas zu beten, dem Schutzheiligen für hoffnungslose Fälle, wie ich später erfuhr. Nachdem sie damit fertig war, öffneten wir beide die Augen. Frau Martinez wirkte sichtlich beruhigt. Sie schaute mir direkt und tief in die Augen. ›Ich danke Ihnen‹, sagte sie sanft. Dabei rollte ihr eine Träne über die Wangen. Auch ihr Sohn hatte feuchte Augen. ›Ich danke Ihnen‹, antwortete ich. Ich war ebenfalls den Tränen nahe und von einer tiefen Dankbarkeit erfüllt. [...] Mit Frau Martinez zu beten, fühlte sich völlig richtig an. Aber war es das wirklich? Für sie und ihren Sohn war es gewiss tröstlich. Und ebenso für mich, der ich mit dem Gefühl hinausging, mich als nützlich erwiesen zu haben, während ich mich sonst trost- und hoffnungslos gefühlt hätte. Doch ist das Gebet mit einem Patienten ethisch oder rechtlich zu rechtfertigen?³⁴

Betrachtet man die Gebetsworte, so gehören sie zum gemeinsamen Schatz jüdischen und christlichen Betens. Feldstein wählte eine offene Gottesanrede und Formulierungen, wie sie im jüdischen als auch im christlichen Beten üblich sind. Frau Martinez konnte diese Gebetsworte gut nachsprechen und ergänzte sie anschließend durch die ihr vertrauten Gebete: das Vaterunser, das Feldstein noch mitbeten konnte, und ein spanisches Gebet zum Heiligen Judas, das Feldstein durch seine schweigende Präsenz begleitete. Das letzte gesprochene Gebet markierte zugleich eine Grenze: Es war ein Gebet, das Feldstein als Jude nicht mehr mitbeten konnte, auch wenn Frau Martinez es auf Englisch gebetet hätte. Er mag

Entscheid, einer Patientin mit einem lateinamerikanischen Hintergrund ein Gebet anzubieten, geschieht wie bei Feldstein aus einer Intuition heraus.

³⁴ Ebd. 1291f. (meine Übersetzung).

es auf *seine Weise* mitgebetet haben. Die Beteiligten bleiben in ihrer eigenen Gebetswelt und sind zugleich durch ein gemeinsames Anliegen und leibsinnsliche Kopräsenz verbunden.

Für das titelgebende Leitmotiv des vorliegenden Bandes, das Gebet im Horizont von Spiritual Care als Resonanzereignis zu verstehen, bietet Feldsteins Bericht vielfältige Anhaltspunkte. Arzt wie Patientin lassen sich auf ein Geschehen anrührender Resonanzen ein. Zugleich wirft der Bericht ethische Fragen auf, die auch Feldstein selbst weiter beschäftigten. In der beschriebenen Gebetsituation sind bestenfalls zwei der vier genannten Bedingungen für ein Gebetsangebot seitens einer Gesundheitsfachperson erfüllt: Zweifellos handelt es sich um eine Grenzsituation, in der »weder der Patient noch die Fachperson den Ausgang der Dinge in der Hand haben«. Ob Feldstein mit Sicherheit wissen konnte, dass Frau Martinez, die er eben erst kennengelernt hatte, sein Gebetsangebot annehmen würde, ist allerdings fraglich. Feldstein beschreibt sein Gebetsangebot als Wagnis. So sicher er sich in seiner Intuition auch war, so unbehaglich fühlte er sich gleichzeitig aufgrund seiner fehlenden Vorerfahrungen und der religiösen Differenz. Rührte sein Unbehagen auch daher, dass er Frau Martinez nicht über seine jüdische Religionszugehörigkeit aufgeklärt hatte und er dadurch umso mehr genötigt wurde, Gebetsworte zu finden, die sowohl zu seinen eigenen Überzeugungen wie zur katholischen Gebetspraxis seiner Patientin passten? Wäre es nicht angezeigt gewesen, Frau Martinez darüber zu informieren, dass sie es mit einem jüdischen Arzt zu tun hatte, der bereit war, sich auf ihre christliche Gebetspraxis einzulassen?

Säkulares Gebet?

Wenden wir uns zum Schluss noch einem anderen Grenzfall zu: Ist es unter gewissen Umständen denkbar, dass auch Professionelle *ohne* religiösen Glauben sich an einem Gebet beteiligen, *wenn* Patienten ihnen gegenüber einen solchen Wunsch äußern? In der folgenden Vignette wird eine solche Situation geschildert:

»P.M., eine erfahrene Pflegefachfrau, erholte sich gerade von einer größeren Unterleibsoperation. Es gab Komplikationen und sie fühlte sich auch emotional erschöpft. Eine fähige junge Pflegefachfrau unterstützte sie durch eine kompetente postoperative Pflege. P.M. fragte die junge Fachfrau: »Es würde mir wirklich nichts ausmachen, wenn Sie meine eigenen Überzeugungen nicht teilten, doch wären Sie so lieb, mit mir zusammen ein Gebet zu sprechen?« P.M. formulierte ihre Frage sehr sorgfältig, um die Pflegefachperson nicht in eine ungemütliche Situation zu bringen. Man kann sich vorstellen, wie enttäuscht sie war, als die Pflegefachperson sie mit der Antwort überraschte: »Nein, ich mache das nicht.«³⁵

³⁵ Taylor, *Prayer's Clinical Issues and Implications* (s. Anm. 28), 179 (meine Übersetzung).

An der Authentizität einer solchen Antwort ist ebenso wenig zu zweifeln wie an der Legitimität, einen solchen Gebetswunsch abzuweisen. Auf eine zurückhaltend gestellte Frage einer vulnerablen Person mit einem schroffen Nein zu antworten, ist dennoch problematisch. Wie ist es möglich, in solchen Situationen zu den eigenen Grenzen zu stehen, ohne jemanden zu verletzen? Die junge Pflegefachfrau hätte beispielsweise vorsichtig zurückfragen können, ob sie Frau M. eine dafür geeignete Person vermitteln dürfe. Oder sie hätte ihr vorschlagen können, ein durch die Patientin selbst gesprochenes Gebet durch stille Präsenz und gute Gedanken zu unterstützen. Nach der bereits zitierten Studie von Balboni und Kollegen gibt es zudem Gesundheitsfachpersonen, die ein Gebet als tröstlichen Zuspruch wahrnehmen, der nicht notwendigerweise einen religiösen Glauben voraussetzt. Einer der Befragten formulierte es so: »Gebet hat für mich nichts mit Religion zu tun. Es ist eine Gruppe von Worten, die einer Person Hoffnung, Sinn und Frieden vermitteln können.«³⁶ Entsprechend dazu finden sich säkulare Formen des Gebets auch bei Patienten. So wird etwa das Gebet zu Schutzengeln auch von Patienten praktiziert, die sich als nicht-religiös und nicht-spirituell beschreiben.³⁷

Sinnliches und diskretes Gebet

Dass das von Feldstein initiierte Gebet zu einem Resonanzereignis wurde, das für alle Beteiligten berührend und tröstlich war, dürfte nicht zuletzt damit zu tun haben, dass die sorgfältig gewählten Gebetsworte mit intensivem Körperkontakt verbunden waren. Feldstein umschloss die Hände von Frau Martinez und sie beten beide mit geschlossenen Augen, was die körperliche Berührung intensiviert. Im Vollzug des Betens wird Solidarität und wohlwollende Präsenz auf leibsinliche Weise spürbar. Fragen zu einer professionellen Sensibilität für Grenzen stellen sich allerdings auch in dieser Hinsicht. Was in Grenzsituationen passend sein kann, ist keinesfalls verallgemeinerbar. Dass Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachpersonen *mit* ihren Patientinnen und Patienten beten, dürfte unter hiesigen Verhältnissen ohnehin eher einen Ausnahmefall darstellen. Anders dürfte es sich mit dem Gebet *für* Patienten verhalten. Anekdotische Berichte lassen vermuten, dass es nicht wenige Gesundheitsfachpersonen gibt,³⁸ die auf diskrete Weise für ihre Patienten beten. Das zeigt auch eine von Arndt Büssing und Kollegen durchgeführte Studie, die die spirituellen Praktiken von deutschen Ärztinnen und Ärzten untersuchte, die zur

³⁶ Balboni et al., »It Depends« (s. Anm. 23), 842.

³⁷ Vgl. Arndt Büssing / Franz Reiser / Andreas Michalsen / Anne Zahn / Klaus Baurmann, Do patients with chronic pain diseases believe in guardian angels even in a secular society? A cross-sectional study among German patients with chronic diseases, in: Journal of Religion and Health 54 (2015), 76–86.

³⁸ Zur Gebetspraxis von Seelsorgenden vgl. den Beitrag von Arndt Büssing in diesem Band.

Mehrheit eine komplementärmedizinische Spezialisierung besaßen.³⁹ 47% der Befragten gaben an, für andere zu beten. Obwohl nicht nach den Gebetsadressaten gefragt wurde, kann man davon ausgehen, dass die betreffenden Ärztinnen und Ärzte auch für ihre Patienten beten. In einer von Susanne Schneider und Robert Kastenbaum bei Hospizmitarbeitern in Arizona durchgeführten Umfrage war die Zahl noch bedeutend höher: Die große Mehrheit der Befragten gab an, im Stillen häufig für ihre Patienten zu beten.⁴⁰ Ob man ein solches Gebet als unauffällige Form gesundheitsberuflicher Spiritual Care betrachten soll oder eher als eine private Angelegenheit, hängt vom vorausgesetzten Verständnis der beruflichen Rolle und Aufgabe ab. Die von Schneider und Kastenbaum befragten Hospizmitarbeiter, die sich fast alle als religiös beschrieben, bezeichneten das stille Gebet als zentrales Element ihrer beruflichen Tätigkeit – auch wenn diese intensive Gebetspraxis nur in sehr seltenen Fällen zu einem Beten mit Patienten führte.⁴¹

V. Überblick über die Beiträge

Das Gebet als Resonanzereignis zu verstehen, wirft viele Fragen auf, die in den Beiträgen des vorliegenden Bandes in unterschiedlicher Weise aufgenommen werden. Im ersten Teil loten drei grundlegende Beiträge das gebetstheologische Potenzial des Leitbegriffs aus, der diesen Band programmatisch überschreibt. In Aufnahme eines zentralen Gedankens hermeneutischer Theologie geht *Hans Weder* von der Beobachtung aus, dass das Beten den Menschen eine »Erfahrung mit seiner Erfahrung« machen lässt. Durch die im Gebet sich ereignende Resonanz können sich menschliche Lebenserfahrungen klären und auf neue Weise »zu sprechen« beginnen. In Auslegung von Röm 8,12–30 und Mt 6,9–13 zeigt Weder auf, dass christliches Beten einen doppelten Resonanzraum bildet: Zum einen sind es weltliche Erfahrungen der Dankbarkeit und der Not, die im Gebet Raum finden und sich in einem Resonanzgeschehen transformieren; zum anderen ist es der von Gottes Wort geschaffene Sprach- und Resonanzraum, der die Welt der Betenden und ihre Erfahrungen »in einen neuen Zusammenhang stellt und sie in Resonanz zum göttlichen Schöpfer versetzt«.

³⁹ Vgl. *Arndt Büssing / Almut Tabea Hirdes / Klaus Baumann / Niels Christian Hvidt / Peter Heusser*, Aspects of Spirituality in Medical Doctors and Their Relation to Specific Views of Illness and Dealing with Their Patients' Individual Situation, in: Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine (2013), Artikel ID 734392. Von den 237 befragten Ärztinnen und Ärzten hatten 187 eine komplementärmedizinische Spezialisierung.

⁴⁰ Vgl. *Susanne Schneider / Robert Kastenbaum*, Patterns and meanings of prayer in hospice caregivers. An exploratory study, in: *Death Studies* 17 (1993), 471–485.

⁴¹ Ebd. 479.

Der Stimme als Medium des Betens widmet sich der Beitrag von *Simon Peng-Keller*. Der weitere Horizont des Beitrags bildet die Diskussion um die Vergeistigungs- und Entsinnlichungstendenzen in der abendländischen Tradition. Anknüpfend an jüngere Versuche, die philosophische Bedeutung der Stimme zu artikulieren, wird der Sinn der Stimmlichkeit des Betens in seinen vielgestaltigen medialen Möglichkeiten untersucht. Der näheren Erkundung eröffnet sich ein Spektrum, das von der mitunter sakramentalen Qualität der Gebetsstimme bis zu Wirkungen instrumenteller Art reicht.

Dem heilenden Potenzial der (Gebets-)Stimme geht *Josef-Anton Willa* in seinem Beitrag über den Stimmforscher und Gesangstherapeuten Alfred Wolfsohn nach. In dessen experimenteller Erforschung der Stimme, die von Willa biografisch eingebettet wird, vollzieht sich ein *performative turn*, der auch für die Gebetspraxis und die theologische Reflexion über das Gebet inspirierend sein kann.

Indem er den therapeutischen Aspekt stimmlicher Resonanzen betont, schlägt Willa auch eine Brücke zum zweiten Teil, der sich mit unterschiedlichen Formen des Betens im Horizont von Spiritual Care beschäftigt. Er wird eröffnet durch den Beitrag von *Hubert Kössler* und *Pascal Mösl*, der nicht nur einen differenzierten Einblick in die Gebetswelt der Klinikseelsorge vermittelt, sondern auch die damit verbundenen Herausforderungen und Problemfelder analysiert.

Komplementär zu dieser Nahperspektive vermittelt *Arndt Büssing* eine Übersicht über die empirische Forschung zum Gebet im Kontext von Gesundheit und Krankheit. Die resümierten Studien dokumentieren die eindrückliche Persistenz des Betens in der säkular geprägten Welt des heutigen Gesundheitswesens. Büssing wendet nicht zuletzt gegen den Verdacht, die empirische Gebetsforschung trage zu einer Instrumentalisierung des Betens bei.

Eine theologische Auseinandersetzung mit einer empirischen Annäherung an spirituelle Erfahrungen findet sich in *Thomas Fries'* Reflexionen zu Gebet und Trosterfahrung im Kontext schwerer Krankheit. Auf der Basis einer spiritualitätsgeschichtlichen Rekonstruktion lotet der Beitrag das Verhältnis aus zwischen einer theologisch gefüllten Rede vom ›Trost im Misstrost‹ der Krankheitssituation und dem Begriff des ›spiritual wellbeing‹, der in der empirischen Spiritual Care-Forschung eine Schlüsselrolle spielt.

Im Kontrast zum ›spirituellen Wohlbefinden‹ stehen die Phänomene, die in den drei folgenden Beiträgen im Zentrum stehen. Wie Thomas Fries nimmt auch *Klaus Baumann* das Beten in Situationen schwerer Erkrankung in den Blick. Doch untersucht er es in seinem Beitrag im Spannungsfeld zwischen Sinnsuche, Klage und Akzeptanz des Unverständlichen. Eine besondere Affinität zur letztgenannten Haltung sieht Baumann ebenso in *den* inzwischen auch in klinischen Kontexten weitverbreiteten Achtsamkeitsübungen wie in der Einübung in die »Samm-

lung«, wie sie von Romano Guardini in der »Vorschule« des Betens beschrieben wurde.

Bei *Ralph Kunz* wiederum wird der Blick auf die gemeinschaftliche Dimension des Betens geweitet. Untersucht wird das Klagegebet als gemeinschaftliche Trauerarbeit. Im Zentrum des Beitrags steht das Phänomen eines Betens, das (scheinbar) nicht auf Resonanz stößt und dadurch selbst zum Anlass der Klage wird, die jedoch ihrerseits eine Form des Betens darstellt und es zu intensivieren vermag.

Ein damit verwandtes Gebetsphänomen umkreist auch *Cornelia Richter*, wenn sie Trauer als Gebetsnot thematisiert. Am Anfang ihres Beitrags entwirft Richter eine kleine Phänomenologie der Trauererfahrung, die ihr dann als Hintergrund dafür dient, sich dem leibsinlichen Beten von Trauernden anzunähern, denen das Gebet selbst gleichermaßen zur Not fehlender Resonanz wie zur Nötigung werden kann, in aller Dissonanz in ein »bodenloses Vertrauen« zu finden.

Die besondere Qualität verleiblichten Betens lotet auch *John Swinton* aus, wenn er an einem konkreten Beispiel über Gebet, Demenz und unsere verleiblichten Erinnerungen nachdenkt. In Anknüpfung an Maurice Merleau-Ponty skizziert Swinton das Konzept eines »liturgischen Selbst«, das sich auch unter den Bedingungen fortschreitender Demenz zu bezeugen vermag – nicht zuletzt in Gestalt verleiblichter Gebetsvollzüge, die inmitten des Vergessens an die Verheißung göttlichen Gedenkens erinnern.

Mit betendem Gedenken und verleiblichtem Beten in Grenzsituationen beschäftigt sich auch *Birgit Jeggle-Merz*. Rituelles Gebet in Todesnähe, so der Leitgedanke ihres Beitrags, lebt nicht von Geschäftigkeit in letzter Minute, sondern von einer Bedächtigkeit, die die Aufmerksamkeit auf das fokussiert, was diese Situation erfordert, und Raum schafft für sinnstiftende Präsenz – jenseits des Verstehens.

Christoph Gellners theologisch-literarische Annäherungen an Gebetszeugnisse in zeitgenössischen Krankheits- und Sterbenarrativen und eine Meditation von *Martin Schleske* runden den Reigen der Beiträge ab. In den von Gellner untersuchten Texten, in denen sich vielfältige und teils gegensätzliche Erfahrungen verdichten, bildet das Nicht-mehr-Beten-Können oder zumindest das Abhanden-Kommen früher gepflegter Formen des Betens ein mehrfach wiederkehrendes Motiv. Manchmal kommt es jedoch auch zu Wiederentdeckungen, wie bei Christoph Schlingensiefel und Ilse Helbich, deren Gebeterfahrung den vorliegenden Band eröffnet hat. Von der mitunter mühevollen Neuerschließung solcher Resonanzen, spricht auch Martin Schleske im Hinblick auf seine Aufgabe als Geigenbauer, klangliches Leben zur Welt zu bringen und entstellte Klangkörper wiederherzustellen. Die handwerkliche und musikalische Kunst, menschliche Lebensräume zum Klingen zu bringen, deutet Schleske als Gleichnis für die Resonanz, die sich im Gebet ereignen kann und die er als beglückende und fragile Gleichzeitigkeit mit Gott beschreibt.