

Verantwortung tragen – Solidarität teilen – Vertrauen stärken

Theo Paul, Generalvikar des Bistums Osnabrück

Liebe Hospizmitarbeitende, sehr geehrte Damen und Herren!

Begleitung und Unterstützung bei schwerer Erkrankung, echte Solidarität und Teilnahme in Zeiten von Verlust, Verzweiflung und Trauer: das wünscht sich jeder Betroffene in solchen Leidenssituationen. Die Themen, Leid, Krankheit, Sterben und Tod werden in unserer Gesellschaft vor dem Hintergrund der Fortschritte der Medizin, den gesundheits- und sozialpolitischen Fragestellungen sowie ethischen Paradigmen diskutiert.

Dabei spielen sowohl die mit der medizinischen Entwicklung einhergehende Hoffnungen auf Gesundheit bis ins hohe Alter als auch zunehmend die Ängste vor einer am Lebensende nicht mehr loslassenden Medizin und vor unwürdiger Pflege eine Rolle.

Unter der Leitlinie "Menschenwürdig leben bis zuletzt" muss im Rahmen der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion deshalb vermehrt die Wahrung der Menschenwürde im Mittelpunkt stehen. Ziel muss es sein, leidenden, schwerkranken, sterbenden und trauernden Menschen einen würdigen Lebensraum zu schaffen und dabei ihre Wünsche und Bedürfnisse ohne Einschränkung zu achten.

Verantwortung tragen - Solidarität teilen - Vertrauen stärken

Im Bereich unseres Bistums leisten die Mitarbeiter/innen der Hospizbewegung mit ihrem Engagement, der Palliativpflege und Palliativmedizin einen wesentlichen Beitrag in der Sorge um schwerstkranke Menschen, wenn sie Leiden lindern, Leidenswege begleiten und so eine Lebensqualität zu gewährleisten versuchen, auch wenn Heilung nicht mehr zu erreichen ist.

Mit ihren ambulanten und stationären Angeboten sehen die Mitarbeitenden der Hospizinitiativen und Palliativdienste in der bewussten Anerkennung abschiedlichen Lebens durch Krankheit, Sterben und Verlust als Teil des je eigenen Lebens eine grundsätzliche Bedingung dafür, dass die Würde des Menschen auch in der Krankheit, in der letzten Lebensphase und im Prozess des Sterbens geachtet wird. Um jedoch eine Pflege und Betreuung erster und zweiter Klasse auf Dauer zu verhindern und letztlich in allen Einrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt zu gewährleisten, wird in unserem Bistum intensiv daran gearbeitet, sowohl im häuslichen Bereich als auch in den stationären Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege die Palliativversorgung zu verbessern.

Zudem werden die bereits vorhandenen Strukturen (Besuchsdienste, Caritaskonferenzen, ambulante Pflege, Hospizinitiativen, stationäre Einrichtungen, Palliativdienste, seelsorgliche und psychosoziale Dienste) in den Gemeinden und Regionen verstärkt miteinander vernetzt und bei Bedarf durch neue Dienste erweitert.

Dabei sollen die bestehenden leistungsrechtlichen Voraussetzungen zielführend, verlässlich und zügig im Sinne einer angemessenen Leistungserbringung weiterentwickelt und umgesetzt werden.

Erst durch diese Vernetzung können schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen in unseren Gemeinden und Regionen bestmöglich unterstützt und betreut werden.

Gerade für die Angehörigen sind das beratende und seelsorgerische Gespräch sowie die zeitliche Entlastung von unendlicher Bedeutung, um wieder neue Kraft zu schöpfen.

In nicht seltenen Fällen erfahren jedoch betroffene Menschen zu spät von den vielen Möglichkeiten der haupt- und ehrenamtlichen Hospizhilfe und den Palliativdiensten.

Dabei ist die große Angst vieler Menschen vor dem Leid, der schweren Krankheit und letztlich dem Sterben derart gewichtig in ihrem Leben, dass dieses Faktum an sich mehr Aufmerksamkeit bedarf: Warum ist für so viele Menschen allein die *Vorstellung* von schwerem Leid, schwerer Krankheit, vom Sterben, von Verlust und Trauer so unerträglich, dass sie einen schnellen Tod als Wohltat empfinden und diesen gleich schon in Zeiten der Gesundheit planen, um ja erst gar nicht in solche Leidenssituationen zu kommen?

Die nachvollziehbaren Ängste vieler Menschen vor Fremdbestimmung, unwürdiger Betreuung, Pflege, Einsamkeit und Schmerzen angesichts häufig unzureichender psychosozialer und seelsorglicher Lebens- und Sterbebegleitung und vielerorts mangelhafter Erreichbarkeit angemessener, qualitativ abgesicherter Pflege und Medizin, bedürfen dringend einer überzeugenden Antwort der Gesellschaft, der Politik, der beteiligten Fachdisziplinen und der Kostenträger des Gesundheitswesens.

Diese Antwort wird den entscheidenden Anteil daran haben, die in der Bevölkerung teilweise vorhandene hohe Zustimmungsbereitschaft zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) zurückzudrängen.

Der Diskurs zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe:

Unter Berufung auf individuelle Selbstbestimmungsrechte wird in der gegenwärtigen medizinischen und moralphilosophischen Debatte das Recht zur Beendigung des eigenen Lebens bei schweren Leidenszuständen oder/und in der letzten Lebensphase gefordert.

Befürworter einer "Tötung auf Verlangen" argumentieren in solchen Leidenssituationen mit dem Gedanken des "Lebensinteresses": wo also das Interesse an der Beendigung eines aussichtslosen Leidens derart überwiegt und das Leben nicht mehr bewusst erlebt werden kann, stößt die Beachtung eines angeblichen Interesses an das Leben ins Leere. Folglich spricht dieses Argument eher für die moralische Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe.

Die Forderung nach einem selbstbestimmten Tod erscheint dabei als letzte Konsequenz des Rechtes auf ein selbstbestimmtes Leben, das wir uns in allen anderen Lebensfeldern selbstverständlich zugestehen. Moralische Selbstbestimmung beinhaltet demnach vor allem die Fähigkeit, den Wert der eigenen Existenz zu beurteilen.

Die Unterscheidung zwischen einem lebenswerten und einem nicht lebenswerten Leben verliert in der Befürwortung aktiver Sterbehilfe ihre moralische Anstößigkeit; sie dient angeblich dem Schutz der Menschenwürde.

Allerdings ist das menschliche Leben nur solange schutzwürdig, wie es aus der Sicht der betreffenden leidenden Person noch als wertvoll erlebt wird.

Demnach macht der Respekt vor der moralischen Selbstbestimmung es fast zur Pflicht, den Todeswunsch eines leidenden Menschen zu erfüllen; der Versuch der moralischen Rechtfertigung von "aktiver Sterbehilfe" lässt sich kurz so zusammenfassen, dass es im Hinblick auf ein selbstbestimmtes Leben genauso verwerflich ist, einen todeswilligen Menschen zum Leben zu zwingen, wie es verwerflich ist, einen lebenswilligen Menschen zum Tode zu verurteilen.

Diese Argumentation erscheint jedoch äußerst fragwürdig:

Die moralische Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe hängt doch davon ab, ob der Todeswunsch eines leidenden Menschen als *letzter* Ausdruck seiner moralischen Selbstbestimmung betrachtet werden darf und ob seine Erfüllung für ihn eine *wirkliche* und noch dazu *die einzige Hilfe* darstellt, die ihm in seiner qualvollen Lage gegeben werden kann.

Zudem gilt es zu bedenken, dass die Einschätzungen des eigenen Lebenswertes in der einen oder anderen Richtung immer auch eine Reaktion auf die Wertschätzung darstellt, die er im Urteil seiner Umgebung erfährt.

Das Bild, das ein Mensch von sich selbst im Leid gewinnt, hängt nicht zuletzt auch davon ab, wer er in den Augen der anderen ist.

Es hängt davon ab, wie auf seine Bedürfnisse eingegangen wird, ob seine körperlichen und seelischen Schmerzen erkannt und therapeutisch behandelt werden. Ob er sie überhaupt mitteilen darf. Es hängt davon ab, ob er die Chance erhält, würdig leben zu können - und das bis zuletzt.

Eine freie, überlegte und rationale Entscheidung über das eigene Leben, eine endgültige Bilanz des Gesamtwertes der eigenen Existenz, die von der Haltung der menschlichen Umgebung und des gesellschaftlichen Umfeldes völlig unbeeinflusst bliebe, ist dagegen doch eine sehr zweifelhafte Konstruktion.

Wenn zudem befürwortet wird, dass eine Tötung auf Verlangen nur dann als moralisch zulässig gelten kann, wenn sie die *einzig* Möglichkeit ist, einem schwer leidenden Menschen *wirksam* zu helfen, so wird doch die Suche nach Alternativen, beispielsweise nach einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und psychosozialen Begleitung von vornherein gelähmt.

Wenn die direkte Tötung erst einmal zum allgemein akzeptierten Bestandteil des sozialen Lebens geworden ist, besteht die große Gefahr, dass die aktive Sterbehilfe, die zunächst nur als "letztes" Mittel in Betracht kommen soll, die aufwendigere Palette medizinischer, pflegerischer, seelsorglicher und psychologischer Maßnahmen auch ersetzen kann.

Hingegen belegen Erfahrungsberichte aus der ärztlichen, pflegerischen und seelsorglichen Praxis, dass gerade in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium und in schweren Lebenskrisen Sterbewünsche häufig eine Art verhüllte Mitteilung darstellen, die auf einer tieferen Ebene etwas anderes meinen, als sie sprachlich zum Ausdruck bringen.

Die in einer depressiven Phase geäußerte Bitte um einen sofortigen Tod kann später von einer neuen Lebenskraft abgelöst werden. Im Nachhinein erweisen sich solche Todeswünsche als verzweifelter Appell, in der Not des Leidens nicht allein gelassen zu werden. Hinter ihnen steht der Wunsch nach wirksamer Hilfe im Leid, in der Krankheit im Sterben.

Die mögliche Erfahrung des eigenen Lebenssinns gelingt einem leidenden Menschen nur dann, wenn sie von echter Solidarität und Nähe anderer Menschen mitgetragen wird.

Beiden Tendenzen, der künstlichen Verlängerung des Lebens um jeden Preis und der absichtlichen Herbeiführung des Todes liegen in vielfacher Hinsicht eine verwandte Einstellung zugrunde, nämlich der Begegnung mit der Krankheit, dem Leid, dem Sterben und Tod auszuweichen.

Eine Überwindung der scheinbaren Alternative zwischen künstlicher Lebensverlängerung und der einvernehmlichen Tötung leidender und schwerstkranker Menschen zeigt sich dagegen im Konzept einer humanen Lebensbegleitung, die den kranken Menschen durch pflegerische Betreuung, wirksame Schmerztherapie und psychologisch-seelsorglichem Beistand zu befähigen hilft, sein Leid und sein eigenes Sterben und seinen Tod anzunehmen.

Werden schwerkranke und leidende Menschen in den Krankenhäusern, Alteneinrichtungen, in der ambulanten Pflege oder aber auch in der Behinderten- und Psychiatrischen Pflege so begleitet und versorgt, dass sie konkrete Hilfe und Stütze erfahren, ihr Leiden annehmen und tragen können?

Haben leidende Menschen überhaupt genug Möglichkeiten, sich mitzuteilen, damit sie ihr Leid auch verarbeiten und letztlich annehmen und aushalten können?

Liegt nicht neben dem Mangel an palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Angeboten, vor allem auch in der Kommunikation zwischen dem Arzt, dem Seelsorger, den Pflegenden, den Angehörigen einerseits und dem Patienten andererseits häufig eine Hilflosigkeit vor - gerade, wenn es um das "Mitgehen" in solchen Leidenssituationen geht?

Verantwortung tragen - **Solidarität teilen** - Vertrauen stärken

Die Schriftstellerin Simone Weil schrieb über das Erleben von Leid folgendes: "Wer leidet, sucht sein Leid anderen mitzuteilen ... wer ganz unten ist, wer sein Leid nicht mitteilen kann, bei dem bleibt das Leid in ihm und vergiftet ihn."

Diese Aussage deutet die Folgen an, die aufgrund der Misere kommunikativen Versagens eintreten können: gerade wenn es darauf ankäme, anderen die Chance einer Minderung ihres Leids dadurch zu eröffnen, dass Menschen sich dieses Leid mitteilen lassen, verfallen sie häufig in eine Sprachlosigkeit oder flüchten in die verschiedensten Formen kommunikativer Abwehr. Leid wirkt anstreckend - und davor haben viele Menschen scheinbar Angst.

Mitten in einer Situation nie gekannten Kommunikations-Überflusses, kommt es unterhalb der Oberfläche des Dauergedes zu einem sich mehr und mehr ausdehnenden, kaum registrierten, fast unheimlichen Verstummen, wenn es um das Leid geht.

Simone Weil formulierte ihre Gedanken vor mehr als einem halben Jahrhundert. Aber erst heute - so scheint es - entfalten sie ihr eigentliches diagnostisches Potential:

Wo und wem gegenüber können Menschen ihr Leid mitteilen?

Um die Illusion fortwährenden psychischen physischen Wohlbefindens aufrechtzuerhalten, müssen die existentiellen Fragen, die Fragen nach dem Unverfügbaren, das Erleben von Leid, Krankheit, Sterben und Tod häufig aus dem öffentlichen, aber auch aus dem privaten Diskurs ausgeblendet werden.

Weil aber Leiden systematisch verdrängt wird, kehrt es in anderer Gestalt wieder. Vieles spricht dafür, dass die wachsende Befürwortung einer Tötung auf Verlangen *ein* Ergebnis jenes kollektiven Zustands sprachlosen Leids ist - eines Leids, das sich nicht mitteilen kann, weil die Sprache des Leids nicht verstanden wird.

"Wer sein Leid nicht mitteilen kann, bei dem bleibt es in ihm und vergiftet ihn".

Darin steckt auch ein radikaler kommunikationsethischer Imperativ: nur wer die *kommunikative* Not verwandelt, verwandelt damit auch die *existentielle* Not des leidenden Menschen!

Verantwortung tragen - Solidarität teilen - **Vertrauen stärken**

Die Anforderungen an die pflegerisch/-medizinische, psychosoziale und seelsorgerische Begleitung von kranken Menschen und ihren Angehörigen haben sich in den vergangenen zehn Jahren rasant und merklich verändert, sodass auch die Praxis einer qualifizierten Hospizarbeit einer regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung bedarf, um letztlich Ausdruck einer diakonalen Pastoral zu sein. Dabei muss das Augenmerk stetig auf die von Leid und Krankheit betroffenen Menschen gelegt werden, um letztlich eine qualifizierte Begleitung und Betreuung entwickeln und durchführen zu können und damit Prophylaxen und Alternativen zur Befürwortung einer "Tötung auf Verlangen" anbieten zu können.

Die Beziehung zwischen Patienten auf der einen Seite, Arzt, Seelsorger, Pflegenden auf der anderen Seite ist für den Patienten immer eine angstbesetzte Situation. Angst weicht nur der Sicherheit, Sicherheit aber kommt aus dem Vertrauen.

Kranke und leidende Menschen befinden sich in einer besonderen Situation der Schutzlosigkeit. Sie sind in der Defensive und fühlen sich dem, was auf sie zukommt, erst einmal ganz ausgeliefert.

Leidende Menschen fühlen sich aus ihrer Mitte geworfen - sind oft "außer sich", ohne Halt, in Angst und Verzweiflung.

Sie müssen den *Weg nach innen* antreten, dieser Weg ist jedoch ein höchst verschlungener, labyrinthischer Weg mit all den Möglichkeiten der Verirrung und des Scheiterns. Es ist dies die Situation scheinbarer Ausweglosigkeit, die nach Erlösung schreit.

Zugleich aber ist der labyrinthische Weg auch der Weg zu einem höheren Bewusstsein, das mit dem Kranksein verbunden ist. Der Weg führt vom Biologischen zum Psychischen, vom Leiblichen zum Seelischen.

In solchen Krisenzeiten geben Hospizmitarbeitende leidenden Menschen das Gefühl von Heimat und Herberge, wenn sie gerade in schweren Krisensituationen auch die dunkle Seite des Menschen aushalten, wo andere wegsehen.

Zur Angst und zum Gefühl des Kontrollverlusts kommt vielfach das Erleben des Verlustes von Intimität. Die Preisgabe der Intimität zwingt den leidenden und kranken Menschen in eine Art Demuthaltung. Krankheit kann als eine existentielle, alle Seinsebenen des Menschen, die seelische, geistige, körperliche, soziale und spirituelle Ebene, durchdringende Störung beschrieben werden.

Die bloße professionelle begriffliche Ein- und Zuordnung der Kranken und des Leids bestätigt lediglich den Status quo der jeweiligen Wissenschaft und ihrer funktionell-instrumentellen Handlungsmuster. Solche ergebnisorientierte Versachlichung ist ein höchst problematisches Gegenkonzept zur notwendigen empathischen Zuwendung.

Wer den kranken und leidenden Menschen lediglich als Objekt der Behandlung sieht, ihn einfach begrifflich kategorisiert, der hält sich damit den Patienten auf Distanz. Solche Versachlichung nimmt dem Geschehen die persönliche Dimension, aus dem *Kranksein* als persönliche Empfindung, wird eine begrifflich fassbare, objektivierte *Krankheit*, die ein vom Menschen mehr oder minder unabhängiges Dasein führt.

Der kranke Mensch wird nach neusten wissenschaftlich-technischen Errungenschaften behandelt und fühlt sich dennoch emotional vernachlässigt.

Er sucht eine Existenz tragende Begegnung - was er findet ist jedoch häufig eine Begegnung mit Begriffen, die ihm fremd sind.

Um aber ein Verhältnis zu sich selbst und zu seiner Situation finden zu können, bedarf es nicht der Distanz und Sachlichkeit, sondern gerade im Gegenteil eines begleitenden ärztlichen pflegerischen und seelsorglichen Nahverhältnisses.

In der Kraft der so aktualisierten Solidarität liegt die Chance der sinnstiftenden Transzendierung der persönlichen Krankheits- bzw. Leidenserfahrung.

Horizont des Glaubens

Es geht somit um echte Solidarität und um eine Mit-Leidenschaft, Compassion, die nicht im Mitleid stecken bleibt. Es geht in der Begleitung leidender, schwerkranker und sterbender Menschen um die Leidenschaft, sich einzulassen, solidarisch zu sein. Solch eine Mit-Leidenschaft und Solidarität besteht in der Bereitschaft, sich in die Situation des leidenden Anderen hineinnehmen, sich von ihr "anstecken" zu lassen - und Christus im Anderen zu erkennen.

Das bedeutet aber auch die Bereitschaft, sich mit der ewigen Leidensproblematik auseinanderzusetzen und sich konfrontieren zu lassen. Solch ein Miteinander schafft dem leidenden Menschen Ausdrucksmöglichkeiten und er wird gehört.

Kommunikation, Solidarität und Mit-leidenschaftliches Engagement sind der Weg zur Seele des Menschen. Im Zustand der Leiderfahrung geht es um mehr als ein wechselseitiges Engagement am Thema - das wäre zu wenig.

Diese Solidarität wird letztlich zur Schicksalsgemeinschaft. "Das Schicksal des Kranken nimmt der Begleiter, der Arzt, der Pflegende, der Seelsorger mit auf sich. Der Kranke und leidende Mensch bleibt nicht mehr sich selbst überlassen - sondern alles was gesagt, nicht gesagt und ausgehalten wird, geschieht im gemeinschaftlichen Prozess des Daseins.

In solch einer Begleitung setzen Barmherzigkeit und aktive Mit-Leidenschaft den radikalen Verzicht der Durchsetzung eigener Anschauungen voraus. Der kranke Mensch und seine Zugehörigkeit stehen mit ihren Leiderfahrungen im Vordergrund und sind einzig tragendes Motiv.

Im Gespräch zwischen kranken, leidenden Menschen, den Ärzten, Pflegenden und vor allem auch den Seelsorgern und Begleitern muss es darum gehen, den Bann der Einsamkeit und Isolation zu brechen, den leidende Menschen aufgrund innerer Blockaden so oft erleben. Es muss darum gehen, den kranken Menschen in empathischer Verstehensweise aufzurichten, sein angegriffenes Selbstwertgefühl zu festigen und es muss vor allem um einen tröstenden Zuspruch gehen, um die inneren seelischen Konflikte aufzuspüren. Das gelingt freilich nur auf der Basis echter Einfühlung und Teilnahme.

So besteht die entscheidende Weichenstellung darin, dass dem Kranken und Leidenden ein Stück weit zur Annahme seines Schicksals und damit seiner selbst verholfen wird.

Erich Fromm beschreibt jeden Lebensprozess - und sei er noch so leidvoll - als Neugeburt. "Kein Lebensabschnitt ist endgültig, wenn wir offen und bereit sind für das Unerwartete".

Offen und bereit für das Unerwartete - das schließt bei allem Leid und aller Krankheit auch inneres Heil-Werden, innere Heilung und Lösung von Blockaden mit ein.

Das kann im Leid und in schwerer Krankheit nur durch die Erfahrung von Zuwendung, echtem Trost und Mitgehen anderer Menschen erfahren werden, die selbst offen und bereit sind für das Unerwartete - die selbst aus einer Hoffnung leben.

Hospizarbeit leistet hierzu ihren Beitrag

In unserem Bistum begleiten viele Mitarbeitende der Hospizinitiativen und Palliativstationen schwerkranke und leidende Menschen. In der Zugewandtheit zum Menschen, im Dasein in dunklen Stunden können sie sprachloses Leid verwandeln und lassen innere Heilung und Heil möglich werden. Sie vermitteln eine gute medizinische Versorgung und psychologisch-seelsorgliche Betreuung.

Vor 10 Jahren hat der Hospizverein Sögel unter der Koordination von Schwester Amanda die Arbeit aufgenommen und bis heute zahlreiche Menschen begleitet.

Als Mitarbeitende des Hospizdienstes erfahren sie in den Gesprächen und Begleitungen, wie sehr die Menschen sich nach Symptomlinderung sehnen.

Sie erfahren und spüren aber auch die Sehnsucht der leidenden Menschen nach innerem Heil-Sein und Heilung - die Sehnsucht danach, Frieden zu finden mit sich und dem Schicksal.

Diese Sehnsucht nach innerem Heil im Sinne von "Mit-sich-selbst-eins-sein" - sich und sein Schicksal annehmen können - durchzieht die gesamte Bewusstseinsgeschichte der Menschheit.

Die christliche Spiritualität in der Lebens- Sterbebegleitung und Trauerpastoral greifen diese Sehnsucht auf und drückt sich gerade darin aus, in allen kranken, leidenden, sterbenden und trauernden Menschen Christus zu entdecken und in seinem Namen nach Trost und Hoffnung zu suchen - sowohl für die Kranken, als auch für die Angehörigen und Freunde.

Denn nicht jede Kunst des abschiedlichen Lebens ist schön und sanft, sondern auch furchtbar und erschreckend.

Christlich orientierte Spiritualität in der Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung teilt die Dunkelheiten des Lebens, des Todes und der Trauer und sucht nach Sinn und vor allem aber nach einer Kraft, Schmerz und Leid annehmen und aushalten zu können.

Es ist sehr bemerkenswert, dass so viele kranke und leidende Menschen, die sich selbst als "nicht so kirchlich" und "nicht gerade als tief gläubige Christen und Christinnen" beschreiben, in ihrer Suche nach Heil und heil-Sein, Ausschau nach Jesus Christus halten und häufig formulieren, dass sie in der Krise Halt im christlichen Glauben suchen. Sie glauben, dass Jesus Christus Kranke geheilt hat. Sie glauben ihn als denjenigen, der heilen kann.

Diese uralten Sehnsüchte, Ahnungen und Erfahrungen der Seele - sie sind bis heute nicht aufgehoben.

Aber sie sind durch Christus, seine Auferstehungsbotschaft und damit die Überwindung des Todes zu ihrer Erfüllung und Vollendung gekommen.

Das Kreuz wird zwar täglich neu "in der Welt des ewigen Leides" errichtet, aber es ragt über sie hinaus. Und nur deshalb kann gegen die Unbegreiflichkeit des Elends der Welt, gegen alles Nicht-Verstehen-Können, gegen allen scheinbaren Widersinn hoffend angenommen werden. Das ist das eigentliche Mysterium, das das Mysterium des Realen übersteigt.

Mitten aus dieser "eschatologischen Paradoxie" einer unentrinnbar zum Leben verurteilten und zugleich davon erlösten Welt heraus speist sich letztlich der kommunikationsethische Anspruch "Sei mit mir". Der kranke und leidende Mensch selbst ist der Appell an den Arzt, den Seelsorger, Appell an die Mitarbeitenden in den Kliniken und Heimen, der ambulanten Pflege und den Hospizdiensten, an die Angehörigen und Freunde.

Diesen Appell "Sei mit mir" greifen Sie in der Hospizarbeit und in der Begleitung von leidenden und trauernden Menschen auf. Dabei sind Sie den Menschen zugewandt, unabhängig von dem was sie mitbringen, wer sie sind und welcher Konfession sie angehören: dies ist ein weiteres ganz zentrales Charakteristikum Ihrer Arbeit.

Damit bekommt die Aussage von Dietrich Bonhoeffer in Ihrer Arbeit Gestalt: "die Kirche ist nur dann Kirche Jesu Christi, wenn sie Kirche für andere ist."

Man muss folglich nicht groß und stark sein, sondern lebens- und wandlungsfähig, um als Kirche für die Zukunft Bedeutung zu haben.

Die hospizliche Arbeit in den Gemeinden unseres Bistums ist von der großen Hoffnung geprägt, dass wir in Gottes Liebe hinein leben und sterben.

Vielleicht könnte das Kernwort des Apostels Paulus im Epheserbrief, "der Geist Gottes erleuchte die Augen eures Herzens, damit ihr versteht, zu welcher Hoffnung ihr durch ihn berufen seid." (Eph 1,18) mit der Bitte ergänzt werden: er erleuchte uns, damit wir erkennen, zu welcher *Leidenschaft* wir berufen sind, um diese Hoffnung, dass wir in Gottes Liebe hinein leben und sterben, auch in die Welt zu tragen und damit sprachloses Leid zu verwandeln.

Dieser Trost, der auch durch Leiden, Krankheit, Sterben und Tod nicht zerstört werden kann, sei allen Menschen gewünscht.

Danke für Ihren Dienst.