

Josef Mayer-Scheu

Seelsorge im Krankenhaus

Ansätze einer Neuorientierung

1. Situation

1.1. Niemand will krank sein

Krank sein¹, bettlägerig krank, womöglich noch im Krankenhaus, bedeutet für die meisten Menschen unserer Leistungsgesellschaft die Vorstellung von einer unangenehmen, ja peinlichen Ausnahmesituation untauglichen Lebens, die sie weit von sich wegschieben. Um so hilfloser macht sie die Krankheit, noch mehr das Sterben von Angehörigen, erst recht, wenn sie selbst von Krankheit und Sterben «befallen» werden. Diese Erfahrung machen jedenfalls Krankenhausseelsorger tagtäglich in den mehr als 3 500 Krankenhäusern in der BRD, wo sie immerhin über 10 Millionen Bürger – d.h. jeden Sechsten in diesem Lande – antreffen können, abgesehen von der noch größeren Zahl von Kranken in Ambulanzen, Sprechstunden, zu Hause und in Altersheimen.

Vielleicht sind wir doch alle nicht so gesund, wie wir meinen? Oft ist es nur ein kleiner Schritt: von einer Krise in unserer Gesellschaft, in der eigenen Lebensgeschichte, in den gegenseitigen Beziehungen bis zu einem Stolpern, das zum Beinbruch führt, von einer nervösen Störung bis zur «inneren» Krankheit. Wer sich auf die Gedankenfolge einläßt, hat vielleicht schon einen Schlüssel zum Verständnis, was Kranksein über die körperliche Beeinträchtigung hinaus bedeutet, vielleicht auch einen Schlüssel, um zu verstehen, warum ihm Krankenbesuche schwerfallen.

1.2. Kranksein erleben

Sehen wir uns einige typische Fragen und Aussagen an, die dem Gesprächspartner von Kranken alltäglich begegnen: «Wie lange muß ich noch...?» «Kann ich danach wieder...?» «Wie geht es ohne mich zu Hause, im Betrieb weiter?» oder: «Ich bin ja zum Glück nur...!» «Halb so schlimm...!» «Man muß es nehmen, wie es kommt.» «Man muß immer Hoffnung haben, sonst...!» Aber auch: «Warum gerade ich?» «Wie habe ich das verdient?» «Wie kann Gott das zulassen?» Die meisten dieser – sehr häufig anzutreffenden – Aussagen spiegeln viel Abwehr gegenüber der eigenen Krankheit

wider. Nur wenige Kranke vermögen das, was sie im Kranksein zuinnerst fühlen, unmittelbar und offen einzugestehen. Will ihr Gesprächspartner sie tiefer verstehen, so muß er die oft formelhaft und äußerlich klingenden Klagen und Beschwerden entschlüsseln lernen. Er muß sich an ihr Erlebnis der Krankheit von den äußeren Dingen zur eigentlichen *Krise* ihres Krankseins verstehend herantasten.

Das Erleben des Krankseins beginnt meist bei dem Gefühl körperlicher Schwäche und Unfähigkeit, dem Ausgeliefertsein an Verordnungen, Befehle, Medikamente und Apparate. Meistens geht damit das Liegen- und Wartenmüssen einher, womöglich verbunden mit der Unsicherheit von Diagnose und Prognose. Sehr oft werden diese Situationen als starke Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls erlebt. Gerade lebensstüchtige und dauernd mit Verantwortung belastete Menschen erfahren das Ausgeliefertsein als fundamentale Gebrochenheit ihres Daseins, ja als Krise, die ihr Welt- und Gottesverständnis ins Wanken bringt. Häufig wird die Krankheit als Zusammenbruch der eigenen «heilen» Welt erlebt und als unbegreifliche Strafe. Wer die Fragen kranker Menschen als Signale verstehen lernt, auch wenn sie in noch so banalen alltäglichen Äußerungen und Klagen hervorgebracht werden (z.B. permanente Unzufriedenheit über schlechte Behandlung u.ä.), wird immer mehr entdecken, wie der kranke Mensch in einem verstehenden und mittragenden Gespräch selber zu einer lebendigen Frage wird: zur Frage an sich selbst, an seine Umwelt (der Familie, des Krankenhauses, seines Berufes, der Kirche und der Gesellschaft) und zur Frage an den Sinn des Lebens. Er sucht nicht nur ein gutes oder richtiges Wort als Antwort auf seine Fragen, sondern *muß selber ein Stück Antwort auf seine Situation werden.*

2. Therapeutischer Horizont²

2.1. Krankheit als Krise

Prinzipiell weist die Krankheit auf eine Krise des Menschen hin. Eine wirkliche Heilung des Menschen darf nicht nur die rasche Überwindung der Krankheit durch eine möglichst schnelle «Reparatur des defekten Körperteils» ins Auge fassen, sondern muß sich der Frage stellen, ob jene – latente oder offene – Krise des Patienten nicht vielleicht einen Grund in seiner Lebensführung hat. Denn sie beruht nicht selten auf einer falschen Einstellung des Kranken zu sich selbst und zu seiner Umwelt (z.B. in Familie, Beruf, Gesellschaft). Eine grundsätzliche, in der modernen Leistungs- und Konsumgesellschaft besonders verbreitete Krise tritt dabei meist zutage: die Verleugnung unvermeidlicher

Konflikte des Lebens, insbesondere der menschlichen Beziehungen (Eltern-Kind, Mann-Frau, Vorgesetzter-Angestellter u.a.), der Frage des Leids, der Ungerechtigkeit, des Sterbens und des Todes.

Die primären menschlichen Aktualfähigkeiten des Kranken – wie z.B. Liebe, Geduld, Zeit, Sexualität, Kontakt, Selbstbehauptung, Autonomie und Interdependenz, Zutrauen und Vertrauen – sind häufig am Konfliktfall nicht erprobt und fallen deshalb als Hilfe weithin aus. Oft richtet er seine Erwartungen ausschließlich auf den verantwortlichen Arzt, die Medikamente (Drogen!) und die Behandlung, deren Erfolg er sich durch seine Bezahlung erkaufen zu können meint. Damit hängt er, jede Verantwortung delegierend, Illusionen mitunter geradezu magisch an. Aber auch dort, wo jene Verleugnungsmechanismen nicht entscheidend ins Gewicht fallen, löst die Situation der Krankheit beim Patienten die Frage nach dem Sinn des Leidens, des Wartenmüssens und des Annehmens seiner selbst und der Welt des Krankenhauses aus. Der Kranke muß seine gestiegenen Chancen einer Heilung oder Lebensverlängerung mit einer erheblich größeren Abhängigkeit von dem Apparat des Krankenhauses erkaufen.

2.2. *Postulate einer ganzheitlichen, psychosomatisch orientierten Medizin*

Wer stellt sich den Fragen des Patienten, hält sie gemeinsam mit ihm aus und gibt ihm Hilfen und Antworten, die seiner Erfahrungswelt entsprechen? Eine ganzheitlich verstandene Therapie und Pflege – als Heilung, als Bewältigung einer unheilbaren Krankheit oder als Hilfe im Sterben – darf diesen Problemen und der dabei direkt oder implizit gestellten Frage nach der Transzendenz weder ausweichen noch sie mit einer «Vertröstung auf das Jenseits» voreilig und unwahrhaftig beantworten.

Für diese Aufgabe kann sicher niemand eine ausschließliche Kompetenz beanspruchen. Aber gerade im modernen Krankenhaus sind Ärzte, Schwestern und Pfleger angesichts der Technisierung und Spezialisierung ihrer Berufe oft überfordert, um diesen Fragen genügen zu können. Vielfach sind sie auch nicht (mehr?) motiviert, diesen Horizont der Fragen des Patienten als ihre Aufgabe zu akzeptieren. Im konkreten Fall können sie kaum die Zeit für so ausgedehnte Intensivgespräche aufbringen, wie es die Situation des Patienten oft verlangt. Meistens eröffnet aber das Eingehen auf den Grund einer Krankheit, auf die Krise eines Menschen erst die Chance einer wirklichen Heilung oder einer Selbstannahme des Patienten (z.B. in seinem Sterben).

2.3. *Was kann der Seelsorger im Feld der Therapie ausrichten?*

In der BRD gibt es ca. 1 000 hauptamtliche und über 2 000 nebenamtliche Krankenseelsorger. Das Hauptarbeitsgebiet bei der Krankenbetreuung liegt in den Krankenhäusern. Wie in einem Brennglas verschärfen sich im modernen Krankenhaus die Probleme unserer Gesellschaft an der Situation des kranken Menschen und seinem Schicksal³. Hier liegt auch der Ort, wo besondere Anforderungen an den Krankenseelsorger und das Seelsorgegespräch gestellt werden, sowohl von seiten des Patienten als auch von seiten der Ärzte, Schwestern und Pfleger. Wenn man sich dem Problem der Heilung des Kranken grundsätzlich und umfassend stellen will, ohne den Fragehorizont des Patienten willkürlich zu beschneiden oder voreilig zu beantworten, bietet sich eine Krankenseelsorge in Ergänzung der ärztlichen Tätigkeit des Pflegebereichs und der Sozialarbeit geradezu an. Diese Ergänzung erfordert ein Minimum an Verständnis für den Grundansatz und den Funktionsablauf des je anderen Arbeitsbereiches, weiterhin die Bereitschaft zum Dialog, die gegenseitige Abstimmung der Dienste und einen fairen Austrag der unvermeidlichen Kollisionen. Kein Arbeitsbereich darf dabei den anderen von vornherein als sekundär abwerten. Erfahrungsgemäß läßt sich durch ein sachliches und offenes Austragen der Konflikte eine für alle im konkreten Fall tragbare Lösung finden.

Für die Krankenseelsorge setzt dies einen Ansatz voraus, der von den oben entwickelten Fragen des Kranken ausgeht und auf die anderen Tätigkeitsbereiche eindeutig zugeordnet ist. Dabei ist von seiten der Seelsorge deutlich zu machen, inwiefern «Glauben» oder besser noch: «Vertrauen» als menschlicher Akt zur Therapie gehört. Dieser Vorgang bedarf einer weltlichen Sprache, in der theologische und psychologische Anthropologie in Einklang zu bringen sind. Der Seelsorger wird nur dann im Rahmen eines Therapieprogramms einer Klinik sein pastorales Proprium entfalten können, wenn er in der Lage ist, seinen Dienst im Verhältnis zur Therapie deutlich zu machen und auch gegen ein rein säkulares Therapieverständnis zu vertreten. Nicht selten fällt ihm eine prophetische Aufgabe zu, nämlich im therapeutischen Team bestimmte Aspekte des Humanum zu vertreten, insbesondere die Berücksichtigung der persönlichen Beziehungen des Patienten (vor allem zu seinen Angehörigen), die mit dem Therapieprozeß oft integriert werden müssen, sodann die Beachtung seiner konkreten Sinnfrage.

Um im Krankenhaus ein anerkannter Partner zu werden, bedarf der Krankenseelsorger einer be-

stimmten Vorbildung. Seine eigentliche Funktion ist aber nicht die eines Therapeuten, auch wenn er vertritt, daß Heilung und Heil, Therapie und Seelsorge zusammengehören. Zunächst ist er einfach der «Begeleiter» des Kranken, dessen theologische Dimension im folgenden darzulegen ist.

3. Theologische Dimension⁴

3.1. Der Seelsorger im Krankenhaus als Gesandter der Kirche

3.1.1. Die Tätigkeit des Krankenhauseelsorgers unterscheidet sich bereits im Ansatz fundamental von allen anderen beratenden Tätigkeiten von Seelsorgern: Während sonst Ratsuchende – z.B. in der Telefonseelsorge, in Häusern der Offenen Tür, in Familien- und Lebensberatung oder auch im Pfarrhaus – den Seelsorger aufsuchen, muß der Krankenseelsorger von Tür zu Tür und von Bett zu Bett gehen, ohne zu wissen, ob sein Erscheinen überhaupt erwünscht ist. Selbst gegenüber dem Hausbesuch bei Unbekannten ist die Situation insofern verschärft, als er zugleich in einer fremden Institution arbeitet und der Beobachtung anderer Patienten ausgeliefert und auf die Kooperation mit Ärzten und Pflegepersonal angewiesen ist.

3.1.2. Diese Tatsache verändert die Art seines Auftretens und auch seine möglichen Zielsetzungen zumindest für den Erstbesuch bei jedem Patienten. Er muß immerhin damit rechnen, daß in einer weltlich gewordenen Welt – hier des säkularen Krankenhauses – je nach Landschaft 50 bis 90 Prozent seiner Gesprächspartner kirchlich nicht praktizierende Christen sind. Das, was er von seiner Ausbildung und Herkunft her anzubieten hat, ist in vielen Fällen nicht gefragt, zumindest nicht zu Beginn seiner Tätigkeit, die in jeder Woche in jedem Zimmer neu anfängt.

3.1.3. Gleichwohl bleibt bei der Beschreibung dieser Ausgangslage festzuhalten, daß er Botschafter ist für das Fragen und Suchen nach dem Sinn des Lebens, für die Möglichkeit zu glauben und zu vertrauen, für die Bewältigung von Schmerzen, Leid, Not und Tod – und das mitten in einer ganz funktionellen weltlichen Therapie, deren Vertreter von diesen Fragen oft nichts wissen wollen.

3.1.4. Er bleibt zugleich auch Vertreter der Kirche, d.h. er muß lernen, seinen Kopf hinzuhalten für die Geschichte einer 2000jährigen Institution und für die schlechten Erfahrungen des einzelnen mit der Kirche im Laufe seines Lebens, mehr noch: Er muß auch mit dem umgehen können, was alles auf Papst, Bischöfe, Pfarrer und Kirche projiziert wird. Und dieser Faktor ist nicht zu gering zu veranschlagen angesichts der ge-

sellschaftlichen Situation der Kirche und der besonderen Situation der Patienten, von denen manche im Leid dazu neigen, das böse Schicksal ihrer Krankheit der Kirche oder Gott anzulasten. Dies erfordert die Ausbildung seiner Ich-Stärke, die Fähigkeit zu guter Fremd- und Selbstwahrnehmung, um im Dickicht der Aussagen, Fragen und Vorwürfe persönlich bestehen zu können, dem einzelnen Möglichkeiten zur Identifikation oder zur Auseinandersetzung anbieten zu können.

3.1.5. Der Krankenseelsorger, der im Krankenhaus nur auf die kleine Zahl der Patienten baut, die ihn bereits mit offenen Armen erwarten, die Gebet, Verkündigung und Sakramente wünschen, muß erfahren, daß die übrige Arbeit für ihn zum reinen Spießrutenlaufen wird, weil sein Tätigkeitsbereich so schmal ist, daß er von den therapeutischen Diensten nicht mehr ernst genommen wird. Noch wichtiger erscheint mir, daß die eigentliche Sinnstufe seines Handelns im Krankenhaus überhaupt nicht in den Blick kommt, wenn er sich auf die amtlich-kirchlichen Tätigkeiten des Verkündigens, des Gebetes und der Sakramente beschränkt. Dann wird nämlich nicht transparent, daß er auch mitten in dieser Welt etwas zu verkörpern und zu bezeugen hat, was auch ohne eine theologische Chiffre seinen theologischen Wert hat. Hier liegt die entscheidende Frage: Hat der schlichte Krankenbesuch, das Begleiten eines Menschen in einer Krise eine eigene theologische Bedeutung, die auch einem Andersdenkenden verständlich gemacht werden kann?

3.1.6. Schließlich muß der Seelsorger Partner praktizierender Ökumene im Krankenhaus sein. Das wird heutzutage weithin nicht nur vom Pflegepersonal vorausgesetzt, sondern auch von den Patienten, die im Mehrbettzimmer selbstverständlich erwarten, daß der Seelsorger sie alle besucht. Ja, nicht selten gehen die Erwartungen darauf hinaus, daß auch die Angehörigen anderer Konfessionen bei Gebet und Gottesdienst mit angesprochen und beteiligt werden. Zumindest wird in dieser Frage viel Rücksichtnahme und Takt erwartet.

3.2. Kranke besuchen – Kranke begleiten

3.2.1. Ausgangspunkt des Seelsorgegesprächs mit Kranken ist der schlichte Krankenbesuch, der nichts anderes will, als den evangelischen Rat erfüllen: «Kranke zu besuchen» (vgl. Mt 25,36), um das Jesus-Ereignis in der Welt der Kranken erfahrbar zu machen. Da der Seelsorger im Krankenhaus nicht weiß, ob sein Erscheinen erwünscht ist, steht sein Besuch unter dem Vorzeichen, daß er wie das Evangelium selbst angenommen oder abgelehnt werden kann. Gerade gegenüber den der Kirche fernstehenden Patienten kommt es

entscheidend darauf an, wie der Seelsorger diese Freiheit des Evangeliums verkörpert: wie er damit umgeht, wenn er abgelehnt wird, ohne dabei ein devoter Duckmäuser zu sein, der die Auseinandersetzung scheut;

– ob sein Angebot so persönlich ist, daß es auch den Andersdenkenden zur Auseinandersetzung reizt oder im Falle der Ablehnung nachdenklich macht,

– ob er selbst innerlich so viel Freiheit zulassen kann und die Frustration aushält, mit seinem guten Willen und seiner Botschaft nicht anzukommen,

– ob sein Gesprächsangebot wirklich auf die Bedürfnisse des Patienten eingeht, auf das, was er beim Gespräch wahrnimmt, fühlt und erlebt, ohne dem Patienten Phantasien oder Deutungen aufzudrängen, die nur Fluchtversuche in dieser Begegnung sind oder den Patienten manipulieren oder gar unterdrücken,

– ob sein religiöses Angebot aus dem persönlichen Bedürfnis kommt, erfahrenen Glauben zu bezeugen und nicht die Wehrlosigkeit des Patienten auszunutzen, um ihn mit der «Macht Gottes» unter Druck zu setzen!

3.2.2. Diese Fragen nach der Haltung des Seelsorgers bei seinem Krankenbesuch sind im Evangelium ganz schlicht ausgedrückt in einer Verheißung und einigen Postulaten: «Das Himmelreich ist nahe. Heilt Kranke, ... treibt Dämonen aus! Umsonst habt ihr empfangen. Umsonst sollt ihr geben» (Mt 10.7b,8). Oder an anderer Stelle: «Freut euch mit den Fröhlichen, weint mit den Weinenden» (Röm 12,15). Das Evangelium geht also davon aus, daß die Solidarität mit dem Leidenden zum Heilungsauftrag gehört. Weiter wäre vom Evangelium her zu fragen, ob ein Seelsorger z.B. mit den «Dämonen» des Widerstandes, der Ablehnung, des Trotzes, des Schmerzes, der Wut, der Ohnmacht, der Verzweiflung, der ungerechten Anklagen usw. aus der Leiderfahrung eines Patienten umgehen kann, damit der leidende Mensch Heil und vielleicht sogar ein Stück Heilung erfährt. Seine Rolle besteht nicht im Therapieren, seine Methode ist nicht das Ausfragen und die Anamnese, sondern das freie Gespräch, in dem er sich als Fremder und doch als Mann der Kirche anbietet, ein persönliches Gespräch zu führen über die Dinge, die dem Patienten wichtig sind und von denen er bezeugen kann, daß sie ihm wichtig sind.

3.3. Die Botschaft des Krankenseelsorgers – das Gottesbild, das verkörpert werden will

3.3.1. Wenn der Krankenseelsorger damit anfängt, den Therapeuten Konkurrenz zu machen – sei es als Mini-psychotherapeut, sei es als Quacksalber, der mit religiösen Formeln und Gebräuchen mehr erreichen will

als die Therapie –, so muß er damit rechnen, daß er als lästiger Konkurrent oder als lächerliche Randfigur nicht ernst genommen und in die therapeutische Kooperation nicht einbezogen wird. Dann hat er noch nicht einmal Gelegenheit, sein prophetisches Amt im Krankenhaus wahrzunehmen. Verkündigung und Sakramentenspendung, Gebet und seelsorgliches Gespräch dürfen im Krankenhaus nicht in Konkurrenz zu dem funktionellen Ablauf des Therapieprogramms stehen. Vielmehr müssen auch die spezifisch kirchlichen Tätigkeiten gerade das «ganz Andere» durch die Art der Verkörperung der Freiheit und der Zuwendung gegenüber dem Patienten deutlich machen.

3.3.2. Es geht nicht darum, daß Gott vielleicht doch das noch kann, was der beste Operateur in diesem Krankenhaus nicht mehr schafft, sondern es geht um die Botschaft von dem Gott, der durch dick und dünn mit uns hindurchgeht, durch hell und dunkel, durch Erfolg und Mißerfolg, der uns führt zur Gesundung und auch durch den Tod hindurch! Es geht also um die Botschaft des mitgehenden Gottes, der uns an unseren Grenzen heraufruft, der den, der glauben und vertrauen kann, zum Transzendieren befähigt, d.h. zur Grenzüberschreitung und zur Akzeptation endgültiger Grenzen, z.B. im Sterben und im Tod. Es ist der Gott, dessen ursprüngliche Botschaft heißt: Ich bin da, ich gehe mit dir! (Vgl. Ex 3,14–17.) Wenn du auf mich vertraust, wird du die «Wüste», die Not, das Leid und den Tod bestehen; ein Gott, der keine Erfolgsgarantie gibt, der aber den Menschen zu seiner eigentlichen und tieferen Stärke bringt, so daß selbst Ärzte, Pfleger und Schwestern staunen, wozu ein Mensch noch einmal fähig ist, sei es in einer überraschenden Gesundung, in einer guten Mitarbeit bei der Therapie oder auch in der Selbstannahme im Leid, in der chronischen Krankheit und im Sterben.

3.3.3. Der Seelsorger, der einen Kranken über den einfachen Krankenbesuch hinaus in besonderen Krisen intensiv begleitet, möchte also dem Patienten zum Glauben helfen im Sinne von Vertrauen als einem Grundakt des Menschen. Dies meint nicht ein Fürwahrhalten bestimmter Sätze, sondern ein Sicheinlassen – im Sinne von Erfahrungsfähigkeit – auf eine Wirklichkeit, insofern sie nicht durchschaubar, vorausberechenbar und kontrollierbar ist. Der Grund dieses Glaubens liegt im Vertrauen gegenüber anderen oder darin, daß er mit sich selbst im letzten eins ist (Selbstvertrauen). Selbstvertrauen fußt auf der Erfüllung gewagten Fremdvertrauens, d.h. der Erfahrung des Angenommen- und Aufgefangenseins in der Liebe und der Herausforderung, den nächsten Schritt selbst, d.h. ohne fremde Hilfe zu wagen. Gerade in jenen wagenen Schritten liegt die Hoffnungsstruktur des

Glaubens, das Sich-der-Zukunft-Stellen des Menschen aus seiner angenommenen Vergangenheit und Gegenwart.

Die Fähigkeit zu glauben und zu hoffen, die in vielfältigen, welthaften Formen eingeübt, gewagt und in ihrer Tragweite und Wirkung erfahrbar gemacht werden muß, setzt, wie gesagt, die Erfahrung der Liebe voraus, d.h., daß ich akzeptieren kann, daß ich gewollt, angenommen, aufgehoben und aufgefangen bin. Wenn es dem Seelsorger gelingt, diese Grundakte mit dem Patienten anhand seiner Erlebnisse des Krankseins und seiner Krankheit zu erarbeiten, dann wird dieser tiefer die Botschaft des mitgehenden Gottes, die Chance des schöpferischen Glaubens und das Eingehen in das Schicksal Jesu an seinem eigenen Leibe als Sinnerfüllung erfahren können. Aber selbst wenn einem Patienten diese ausdrücklich theologische Dimension verschlossen bleibt, so hat doch die seelsorgliche Begleitung in der Erarbeitung dieser Schritte und in dem konkreten Glaubensvollzug des einzelnen in seiner Situation seine Erfüllung gefunden.

3.3.4. Das Sicheinlassen auf die Wirklichkeit muß auch die Realität von Sterben und Tod als Aufgabe in den Blick nehmen. Sterben ist ein Vorgang, der sich nicht erst am Ende des Lebens abspielt, sondern als Trauer in seinen verschiedenen Dimensionen erfahren und eingeübt werden muß (z.B. in der Fähigkeit, Abschied zu nehmen, Trennungen zu verarbeiten u.ä.). Hier ist nach einer Neuorientierung kirchlicher Sterbenshilfe zu fragen.

4. Methode des seelsorglichen Gesprächs mit Kranken⁵

4.1. negativ: Das seelsorgliche Gespräch mit Kranken ist nicht auf bestimmte Methoden festgelegt. Sollte es doch dem Seelsorger zunächst einfach darum gehen, den evangelischen Rat zu befolgen, «Kranke zu besuchen»! Der Krankenseelsorger kommt nicht in einer Therapeutenrolle und verzichtet daher auf Anamnesen ebenso wie auf inquisitorische Ausfragerei, die ihn schnell in die Rolle eines Bußpredigers bringen könnte, der den Zusammenhang von Krankheit und Sünde einseitig interpretiert⁶ und die Möglichkeit eines freien Zugangs zur Transzendenzerfahrung versperrt. Auf keinen Fall darf die Wehrlosigkeit des Kranken durch den von der Kirche Gesandten ausgenutzt werden.

4.2. Wenn der Krankenseelsorger Begleiter des Kranken werden möchte, dann wird er darauf vertrauen lernen, daß seine Botschaft vom mitgehenden Gott sich am besten erfüllt, wenn er selber zur Begegnung frei ist und damit fähig zu der Wahrnehmung und zum Aussprechen, was im Augenblick der Begegnung ihn selbst und den Patienten bewegt.

4.3. Solche Fähigkeiten setzen indessen nicht nur persönlichen Glauben und ein Minimum an Begabung voraus. Die Fähigkeit zur Kommunikation, insbesondere beim Aufkommen negativer Gefühle verlangt durchaus Übung und Training, weil Partnerschaft, Solidarität, Authentizität, Selbst- und Fremdwahrnehmung Haltungen und Fähigkeiten sind, die man lernen kann. Auf ihre Schulung sollte bei der Ausbildung von Krankenseelsorgern besonderer Wert gelegt werden.

4.4. In der amerikanischen Seelsorgebewegung ist die sogenannte Clinical Pastoral Education (CPE = im deutschen Sprachraum Klinische Seelsorgeausbildung)⁷ entwickelt worden, eine Methode, die unter Berücksichtigung sozialpsychologischer und tiefenpsychologischer Erkenntnisse versucht, den Seelsorger für das Feld des beratenden und seelsorglichen Gesprächs zu schulen. Wenn sich auch der seelsorgliche Auftrag von dem des Therapeuten unterscheidet, so kann der Seelsorger nicht auf Erkenntnisse und Methoden verzichten, durch die ihm eine Erziehung zu den oben beschriebenen Haltungen in methodischer Durchführung erst verhelfen will.

Es gibt also in verschiedenen psychotherapeutischen Methoden Ansätze, die sich gerade zur Entwicklung der oben beschriebenen Haltungen und Fähigkeiten eignen. Um zu lernen, wie man Kranke begleitet, mit ihnen fühlt, dabei auf die eigenen Gefühle achtet, authentisch bekennt, sich solidarisiert und distanziert, eignen sich besonders die Methoden des Pastoral Counseling. Weiterhin sollte der hauptamtliche Krankenhausseelsorger mit grundlegenden tiefenpsychologischen Erkenntnissen so weit vertraut sein und ihre Methoden erfahren haben, daß er z.B. mit eigenen und fremden Widerständen und Störungen umgehen und frühzeitig neurotische Störungen erspüren kann. Das hilft ihm die Grenze seiner Aufgabe wahrzunehmen und in angemessener Weise den Patienten auf eine Therapie zu verweisen oder auch, um bei sich selbst übergangene Probleme aufzuarbeiten.

4.5. Wer damit anfängt, in diesem Feld selbst zu erfahren und zu üben, wird den Zusammenhang von Seelsorge und Therapie neu verstehen. Er wird feststellen, daß Seelsorge ebenso wichtige therapeutische Auswirkungen haben kann, wie eine indizierte Therapie erst zu einem fruchtbaren Glaubensverständnis verhelfen kann. Im weiteren Sinn ist dann Seelsorge auch Therapie. Und doch ist die eigene Aufgabe des Seelsorgers im Krankenhaus in ihrer theologischen Dimension so wichtig, daß der Seelsorger sich auf sie beschränken sollte. Nur in Ausnahmesituationen sollte er therapeutische Aufgaben übernehmen, natürlich nur, soweit er dies kann (und sich z.B. in einem solchen Fall von einem erfahrenen Therapeuten kon-

trollieren läßt) und kein Therapeut zur Verfügung steht und er sich selbst sicher fühlt in den Methoden, die er anwendet. Je mehr der Seelsorger versteht, was zwischen ihm und dem Patienten, mit dem er spricht, vorgeht, desto mehr wird er auch zum Partner des Ärzte- und Pflegepersonals in dem gemeinsamen Bemühen um eine ganzmenschliche Heilung.

4.6. In der Ausbildung und Fortbildung hauptamtlicher Krankenhauseelsorger sollte die Durcharbeitung der Praxiserfahrung an erster Stelle stehen. Geeignete Formen dafür sind: Nachgespräche mit Supervisoren im Anschluß an Besuche auf Krankenstationen, Kleingruppengespräche über die aus dem Gedächtnis selbst angefertigten Protokolle über Patientengespräche, Rollenspiele, Selbsterfahrungsgruppen zur Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Themenzentrierte interaktionelle Gruppen (nach Ruth C. Cohn)⁸. Eine eigene Bedeutung in der Krankenhauseelsorger-Fortbildung haben inzwischen Balint-Gruppen gefunden, die in verschiedenen Städten Deutschlands stattfinden. Sie gehen auf den ungarischen Arzt und Freud-Schüler Michael Balint zurück⁹.

5. Pastorales Angebot (in Großkrankenhäusern mit ordentlicher Krankenhauseelsorge)

Johann Hofmeier hat behauptet, daß ein Krankenhausbetrieb mit 500 Betten als pastorales Arbeitsfeld durchaus der Aufgabe einer Pfarrgemeinde von etwa 10000 Gläubigen entspricht¹⁰. Bei etwa 1,3 – zum Teil hochspezialisierten – Klinikangestellten pro Krankbett wird verständlich, daß es für die Kirche im Krankenhaus nicht nur um Krankensakramente, auch nicht nur um Individualseelsorge mit Kranken gehen kann. Es geht vielmehr

- um die Präsenz der Sinnfrage für die Kranken *wie für das Krankenhauspersonal*,
- um die Herausforderungen des Evangeliums an die technisierte Welt des Krankenhauses,
- um dialogische Gesprächspartner in den psychologischen, gesellschaftlichen und menschlichen Krisen der Welt der Medizin mit ihrer weithin naturwissenschaftlichen Prägung.

5.1. In diesem Feld besteht für die Kirche die Aufgabe einer Personalgemeinde – zentriert um das Engagement für eine menschenwürdige Therapie und Begleitung des Kranken in seiner Heilung, seiner chronischen Krankheit und in seinem Sterben.

5.1.1. *Bildungsangebot für das Krankenhauspersonal*¹¹: In allen größeren Krankenhäusern ist das besondere Angebot des artheiligen Aspektes der Theologie im Krankenhaus erforderlich, das im weiteren Sinn

immer unter dem Grundthema steht: die Gemeinsamkeit unseres Berufes – die Begleitung kranker Menschen. Hier müssen die oben beschriebenen Dimensionen der Begleitung des Kranken gelehrt, miteinander durchdacht, erfahren und eingeübt werden. Das setzt ein Bildungsangebot der Klinikgemeinde (vor allem an den Universitätskliniken) als ebenso notwendig voraus, wie dies Studentengemeinden an den Hochschulen für sich wahrzunehmen haben. Besonders dringend erscheint mir die Aufnahme ethischer und sozialetischer Fragen zum Lebensbeginn, zu besonderen Krisen des Lebens und zum Tod (wie z.B. Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Organtransplantation¹², Suizid¹³, Sterbenshilfe¹⁴, Euthanasie¹⁵ u.a.).

5.1.2. Theologische und anthropologische Aspekte in der Fortbildung der Klinik: In dem Maß, wie Krankenhauseelsorge in den therapeutischen Rahmen des Krankenhauses integriert ist, bieten sich auch die Möglichkeiten an, an Fortbildungsveranstaltungen des Krankenhauses selbst teilzunehmen und die theologischen bzw. anthropologischen Aspekte, die hier genannt worden sind, einzubringen. Durch die Integration anthropologischer und theologischer Aspekte in medizinische Vorlesungen wird eine ganzheitliche Ausbildung der Medizinstudenten mehr gefördert als durch das eigene Angebot eines Theologen, der pastoral-medizinische Vorlesungen hält, zu denen kaum Hörer erscheinen¹⁶.

Nur dort, wo die Kooperation mit dem Ärzte- und Pflegeteam wenigstens von Zeit zu Zeit intensive Früchte der gemeinsamen Auseinandersetzungen und Bemühungen auch um das Einzelschicksal des Patienten zeitigt, wächst auch im Ärzte- und Pflegeteam das Interesse an der Kenntnisnahme des eigenen Aspektes und Beitrags der Krankenhauseelsorge für ihre Arbeit. Aus solchen Bemühungen erwachsen auch gemeinsame wissenschaftliche Interessen, an denen deutlich wird, daß jeder Aspekte zu bieten hat, die den Beitrag des anderen ergänzen.

5.2. Gleichwohl bleibt der Patient, um dessentwillen das Krankenhaus besteht, der Erstadressat des theologischen und anthropologischen Engagements einer Krankenhauspastoral. Für eine ordentliche Krankenhauseelsorge sind folgende Grunddienste unerlässlich:

5.2.1. *Der kursorische Besuch auf den Krankenstationen*: gilt in der Regel allen Patienten. Er beginnt auf dem Stationszimmer beim Stationspersonal, wo er erste Informationen über Zustand, Belastbarkeit, besondere Anliegen einzelner Patienten erhalten kann. Er enthält das Angebot, den Patienten in der Krankheit zu begleiten, die Informationsmöglichkeit für Inten-

sivgespräche, Hilfe in besonderen Anliegen, Angebot von Gebet und Sakramenten. Dabei ist das Kranksein im Krankenhaus eine der Lebenssituationen, in denen ein Besuch des Seelsorgers und ein Gespräch mit ihm bei den allermeisten Menschen, auch den der Kirche Fernstehenden, gern angenommen, ja sogar erwartet wird.

5.2.2. *Auf Intensivpflegestationen*¹⁷: möglichst täglich kursorischer Besuch (evtl. im Wechsel mit den evangelischen Kollegen bei gegenseitiger Information über konfessionsspezifische Bedürfnisse der Patienten). Gründe: rascher Wechsel der Patienten, geringe Belastbarkeit, Vielfalt der durchzuführenden therapeutischen Maßnahmen. Dafür nur Kurzbesuch: oft nur eine gehaltene Hand, eine Geste der Aufmerksamkeit, ein aufmunterndes Wort, ein kurzes Gebet, die Spendung der Krankensalbung ohne großen Aufwand. Wichtig ist hier die häufige Präsenz des Seelsorgers (auch für das Personal), sofern er kontinuierlich ohne technische Funktionen mit denen aushält, deren Leben extrem ausgeliefert ist an Apparate, Medikamente und Funktionsträger, ferner als Gesprächspartner für die Bewältigung der hohen Dauerbelastungen des Stationspersonals.

5.2.3. *Das Intensivgespräch*: entsteht anlässlich des kursorischen Besuchs, durch Vermittlung von Angehörigen oder Krankenhauspersonal. Es beabsichtigt die intensive persönliche Begleitung des Patienten für bestimmte Fragestellungen, in besonderen Krisen (z.B. als Sterbebeistand, Berater in Berufs- und Familienkrisen, bei Suizidalität, in chronischer Krankheit, vor wichtigen Entscheidungen). Häufigkeit: meist mehrfach wöchentlich, mitunter täglich. Gerade dabei wird der Seelsorger zum anerkannten Partner für Ärzte und Pflegepersonal in der Krankenbetreuung, nicht selten auch für deren eigene seelsorglichen Fragen und Anliegen.

5.2.4. *Das persönliche Gebet* am Krankenbett auf Wunsch des Patienten, beim Besuch oder als Angebot in passenden Situationen: möglichst einfach, situationsbezogen, sinnerhellend, nicht zu lange, persönlich gesprochen mit Rücksicht auf Andersdenkende und -fühlende. Das Gebet für gerade Verstorbene (die keine Krankensalbung mehr empfangen können), für Trauernde als Zeichen der Hoffnung auf Auferstehung und als Zeichen der Respektierung des Todes in einer Krankenstation (Tabuisierung!).

5.2.5. *Die Kommunionfeier* hat sich bewährt als regelmäßiges Angebot auf Krankenstationen (insbesondere wenn Patienten nicht zur Kapelle kommen können) zu festen Zeiten wöchentlich oder vierzehntäglich in Kooperation mit dem Personal. Dies ist nur möglich, wenn der Krankenhauseelsorger als Partner an-

erkannt ist, so daß das Pflegepersonal für ihn auf den Zimmern nach dem Bedarf fragt und er nur auf die gemeldeten Zimmer zu gehen braucht. (Form: persönliche Begrüßung, einleitendes Gebet, Schriftwort, Kurzanrede, gemeinsames Vaterunser, Kommunion, Schlußgebet, Segen) Zeit: ca. 5 bis 15 Minuten, je nach Situation¹⁸. Die besondere pastorale Chance des frei gestalteten Gottesdienstes in einem Krankenzimmer als nichtsakralem Raum liegt in der besonderen Lebensnähe dieser Verkündigung, in der viele Patienten – womöglichst gemeinsam mit Andersdenkenden – den Zusammenhang von Glauben und Leben in ganz neuer existenzieller Weise erfahren können.

5.2.6. *Krankensalbung*¹⁹ und *Krankenbeichte*: Die Krankensalbung am besten im Krankengottesdienst bzw. anlässlich der Kommunionfeier als regelmäßiges Angebot für mehrere im Krankenzimmer (ekkesiologischer Aspekt – Solidarität im Leid und Entlastung von der Todesbedrohung für den einzelnen), wenn nicht anders möglich auch an Bewußtlose. Die Krankenbeichte wird immer seltener gewünscht, hat aber nach wie vor bei Gelegenheit des kursorischen Besuchs oder des Intensivgesprächs bzw. auf Wunsch oft große Bedeutung.

5.2.7. *Die Begleitung von Angehörigen* aufgrund der Kontakte beim Besuch, auf Vermittlung des Krankenhauspersonals oder auf Anfrage erhält angesichts der immer unpersönlicheren Atmosphäre in vielen Krankenhäusern wachsende Bedeutung als Hilfe in der Bewältigung ihrer Ängste und Nöte (Trennungsangst, Verlustangst, Schuldgefühle, persönliche Probleme, soziale Probleme). Durch Vermittlung des Krankenhauseelsorgers gelegentlich Einbeziehung der Angehörigen in die Krankenpflege, Kranken- und Sterbegleitung.

5.2.8. Verwiesen sei auf die wachsende Bedeutung von *spontanen Gruppengesprächen* im Mehrbettzimmer und Sälen und auf *methodisch durchgeführte seelsorgliche Patientengruppen*, die insbesondere für Langzeitpatienten (z.B. psychisch Kranke, Dialysepatienten, Querschnittsgelähmte u.a. chronisch Kranke) eine eigene Bedeutung haben. Für diese Patienten kann nach unseren Erfahrungen²⁰ ein besonderes Angebot der Klinikgemeinde zu einer dauerhaften Lebenshilfe werden, sozusagen als ein «Fenster» aus der Klinik nach draußen in die Welt, auf die sie sich rehabilitativ in ersten Schritten des Vertrauens einüben und für die gerade Entlassenen als ein «Fenster» zur beschützenden Welt der Klinik. Methodisch hat sich hierbei besonders die themenzentrierte Interaktion nach R.C. Cohn bewährt⁸.

5.2.9. Das – hier selbstverständlich vorausgesetzte – religiöse und gottesdienstliche Angebot einer Kran-

kenhausseelsorge bedarf im Hinblick auf die Erlebniswelt der Kranken und des Krankenhauspersonals in der Krankenhauskirche immer wieder eigener inhaltlicher Akzente und Gestaltungsformen, die jedoch kei-

neswegs nur vom Thema der Krankheit her bestimmt sein müssen, wohl aber die Auseinandersetzung mit dem Aspekt des Heils und der Heilung auch für die «Gesunden» fördern sollen.

¹ Vgl. dazu H.C. Piper, *Kranksein – Erleben und Lernen* (Betrachtungsreihe) (München–Mainz 1974); R. Ruthe, *Krankheit muß kein Schicksal sein* (Reihe ABC-team) (Wuppertal 1975).

² Vgl. zum folgenden: J. Mayer-Scheu, *Das seelsorgliche Gespräch, Entwurf für eine neue Praxis* (Mainz 31975) 14 ff.

³ Vgl. H.C. Piper, *Von der Kunst des Zuhörens. Neue Wege der Krankenseelsorge: Evangelische Kommentare* 9 (1974) 563 f.

⁴ Vgl. zum folgenden: J. Mayer-Scheu, *Das seelsorgliche Gespräch mit Kranken: Lebendige Seelsorge* 3/4 (1975), 177–181.

⁵ Vgl. zum folgenden: H. Faber/E. van der Schoot, *Praktikum des seelsorglichen Gesprächs*, Göttingen 41972; *Seelsorge für den Einzelnen: Lebendige Seelsorge* 3/4 (1975), mit Beiträgen von G. Griesl, H. Stenger, H. Pompey, K. Gastgeber u. J. Mayer-Scheu, hier 181–183; R. Riess, *Seelsorge, Orientierung – Analysen – Alternativen* (Göttingen 1973).

⁶ Zu diesem Problem grundlegend: A. Knauber, *Pastoraltheologie der Krankensalbung, Handbuch der Pastoraltheologie, Band IV* (Freiburg 1969) 154–178.

⁷ Vgl. dazu: *Klinische Seelsorgeausbildung* (Clinical Pastoral Education), *Schriften der evangelischen Akademie in Hessen und Nassau*, Heft 98 (Frankfurt 1972), mit weiteren Literaturhinweisen; H.J. Clinebell, *Modelle beratender Seelsorge* (München–Mainz 1971). Das erste katholische Zentrum für Klinische Seelsorgeausbildung in der BRD besteht seit 1974 an den Heidelberger Universitätskliniken unter der Leitung des Verfassers dieses Beitrags.

⁸ Vgl. R.C. Cohn, *Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion* (Stuttgart 1975); M. Kroeger, *Themenzentrierte Seelsorge* (Stuttgart 1973).

⁹ Vgl. M. Balinet, *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (Stuttgart 31963); H. Argelander, *Gruppenprozesse* (Rororo Taschenbuch 1972); J. Mayer-Scheu, *Art. Balintgruppe: Praktisches Wörterbuch der Pastoralanthropologie* (Wien–Freiburg–Göttingen 1975) 95 f.

¹⁰ J. Hofmeier, *Menschlich sterben. Postulate an die Kirche: Diakonia* 3 (1972) 307–310.

¹¹ Zum folgenden: J. Mayer-Scheu, *Seelsorge im Krankenhaus*, aaO. 39–41.

¹² Vgl. J. Mayer-Scheu, *Sozialethische Probleme der Dialyse bzw. der Nierentransplantation, Monatskurse für die ärztliche Fortbildung* 24 (1974) 162–169.

¹³ Vgl. A. Reiner, *Ich sehe keinen Ausweg mehr. Suizid und Suizidverhütung* (München–Mainz 21976).

¹⁴ Vgl. dazu Themaheft «Sterben»: *CONCILIUM* 4 (1974), mit weiteren Literaturhinweisen; außerdem: P. Sporken, *Menschlich sterben* (Düsseldorf 1972).

¹⁵ Vgl. V. Eid, *Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten* (Mainz 1975) und weitere Literaturhinweise dort.

¹⁶ Experimente dieser Art haben sich an den Heidelberger Universitätskliniken u.a. sowohl in der Frauenklinik zum Thema des Schwangerschaftsabbruchs wie in der Inneren Med. Klinik zu Themen wie Sterbenshilfe und Suizidverhütung bewährt.

¹⁷ Dazu H. Mayer-Scheu, *Der Beitrag der Seelsorge in der Existenzkrise des Menschen: Diakonia* 4 (1975), noch unveröffentlicht.

¹⁸ An den Heidelberger Universitätskliniken führen wir an jedem Wochenende auf ca. 50 hierfür in Frage kommenden Stationen dieses Angebot durch. Durchschnittlich nehmen auf 50 Stationen ca. 150 Patienten teil, was einem erheblich höheren Anteil an praktizierenden Katholiken entspricht, als er in unserem Einzugsgebiet für den Kirchenbesuch üblich ist.

¹⁹ Vgl. dazu J. Mayer-Scheu/A. Reiner, *Heilszeichen für Kranke, Krankensalbung heute* (Kevelaer 21975) und I. Oñatibia, *Voraussetzungen zu einer Erneuerung des Sakraments der Krankensalbung* (in diesem Heft).

²⁰ Vgl. J. Mayer-Scheu, *Patientengruppen in einer Sozial-psychiatrischen Klinik, Lebendige Seelsorge* 3 (1972) 196–202.

JOSEF MAYER-SCHEU

1936 in Mainz geboren, Oratorianer in Heidelberg. 1969 zum Priester geweiht. Nach dem ersten juristischen Staatsexamen 1961 in Heidelberg studierte er Theologie und promovierte in Staatskirchenrecht. Er ist Pfarrer an den Universitätskliniken in Heidelberg, wo er unter anderem die Klinische Seelsorgeausbildung für Seelsorgerinnen und Seelsorger leitet. Er veröffentlichte: (mit Artur Reiner) *Heilszeichen für Kranke. Krankensalbung heute* (Kevelaer 21975); *Seelsorge im Krankenhaus, Entwurf für eine neue Praxis* (Mainz 31975), ferner in: Volker Eid (Hg.), *Euthanasie – oder: Soll man auf Verlangen töten?* (Mainz 1975); er ist Mitherausgeber des *Praktischen Wörterbuchs der Pastoral-Anthropologie*. Anschrift: Blumenstraße 23, D-69 Heidelberg 1.