

Die Krankenseelsorge im Krankenhaus.

Von P. Dr Robert Svoboda O. S. C., Wien.

I. Voraussetzungen zur Krankenhausseelsorge.

Wirkliche Krankenseelsorge ist in ihrer Methodik und in ihrem Erfolg engstens mit der *Persönlichkeit des Seelsorgers* verknüpft. Das gilt auch im Krankenhaus, wo auch bei günstigsten äußeren Voraussetzungen die seelsorgliche Erfassung und Betreuung der Patienten bald an dem Versagen des Geistlichen scheitern oder leerlaufen kann. Indes weiß jeder Spitalsgeistliche aus Erfahrung, wie abhängig selbst sein hingebenstes Bemühen ist — von der *Haltung der Menschen um den Kranken*, von Arzt und Schwester, von den räumlichen, organisatorischen oder technischen Vorbedingungen und dergleichen. Deshalb soll ein Wort darüber vorausgeschickt werden.

1. Anstaltsverwaltung.

Für gewöhnlich ist es die *Verwaltung* des Spitäles, mit der wir Seelsorger am wenigsten zu tun haben; das ist der — richtige — Normalzustand. Natürlich werden wir nicht versäumen, auch mit ihr Fühlung zu halten und besonders zu Anlässen wie Neujahr u. s. w. diese Fühlungnahme zu vertiefen. Gesellschaftlich werden wir mit Verwaltungsbeamten zielklar und abgegrenzt — am besten zu Familienereignissen oder Hausfeiern — im Verkehr bleiben. Namentlich im Sinne der Gesetzesvorschriften zur Förderung der Betriebsgemeinschaft werden wir hier Anschluß suchen. Oft ist es ein überaus sicheres Kriterium, ob man durchaus seelsorglich wirkt, daß und wieweit Angehörige der Verwaltung unsere seelsorglichen Dienste beanspruchen. Jedenfalls wäre das eine Garantie mehr dafür, daß sie unsere Seelsorge mittragen und stützen. Andererseits würde das Letztere am ehesten dadurch verscherzt, daß wir uns irgendwie in Verwaltungsfragen einmischten. Man hüte sich sowohl vor Kritik — auch vor Patienten oder Auswärtigen, — wie vor Produktion verwaltungstechnischer Anregungen. Mit diesen Unzuständigkeiten ist sicher schon viel gesündigt worden.

Schwieriger wird die Situation in mancher Hinsicht dann, wenn Träger der Verwaltung nicht ein angestellter Privatbeamter oder eine Ordensoberin, sondern ein *Vertreter der öffentlichen Hand* ist — von Staat oder Gemeinde oder Kasse. Einerseits liegt dann viel Vorteil

in der Objektivität des Staatsbeamten, in der Geborgenheit durch feste Verordnungen, in der ruhigen Führung und sicheren Stellung des Verwaltungsbeamten. Andererseits ergeben sich hier auch für den Seelsorger weitgehende Abhängigkeitsschwierigkeiten von tausend Bestimmungen und Instanzen, von politischen Auswirkungen und rechtlichen Abgrenzungen, die sich bis zu strikten negativen Weisungen verstärken können. Es wäre nützlich, sich ein Bild über die entsprechende Lage zu machen.

Der Zutritt zu öffentlichen Krankenhäusern als solchen unterliegt gegenwärtig wohl keinen allgemeinen Einschränkungen.¹⁾ In private oder sonst verwehrt Anstalten muß man sich ausdrücklich rufen lassen, um Fuß fassen zu können. Die hauptamtliche Position von Seelsorgern in staatlichen Spitälern ist im allgemeinen unberührt geblieben. Das Entgegenkommen im Einzelfall hängt meist von der Sondervereinbarung im persönlichen kurzen Wege ab.

2. Ärzteschaft.

Die Hauptperson im Krankenhaus ist der *Arzt*, auch im Blickfeld des Patienten. Deshalb muß sich unser gutes Einvernehmen mit dem Arzt nicht nur ohne Bruchstelle halten, sondern hie und da auch vor den Kranken dokumentieren — beim Treffen im Saal, in der gegenseitigen Rücksichtnahme am Krankenbett, bei frohen oder ersten Anlässen der Hausgemeinschaft. Als bester Weg zu solcher Eintracht sollte meines Erachtens nicht so sehr die häufige gesellige Zusammenkunft inter pocula gesehen werden, sondern die stete Kultur der täglichen kurzen Begegnung, das gelegentliche Gespräch über gemeinsame Grenzfragen, das betonte freundliche Interesse an der medizinischen Arbeit, das Zustecken guter Literatur (Zawisch, Schulte, Fischer, Fleckenstein u. s. w.)

¹⁾ Unter dem 22. Juli 1938 gab das Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten an alle Direktionen der Wiener öffentlichen Fondskrankenanstalten einen Erlaß heraus, der anordnet, „daß in Hinblick der Seelsorgedienst am Krankenbette nur bei solchen Pfleglingen zu versehen ist, die dies ausdrücklich gewünscht haben... Die diesbezüglichen Wünsche der Pfleglinge sind durch das Pflegepersonal entgegenzunehmen und von der Krankenabteilung schriftlich — unmittelbar oder durch die Direktion — zu einer festgesetzten Zeit dem Rektorat zu übermitteln... Den Bediensteten aller Kategorien ist verboten, die Pfleglinge diesbezüglich zu beeinflussen... Aus ärztlichen und psychischen Gründen wird das Sakrament der letzten Ölung nicht in einem Raume, in dem sich noch andere Schwerkranke befinden, zu spenden sein.“

und Zeitschriften. Entscheidend ist, ob der Mediziner vor uns und unserer Tätigkeit Achtung empfindet. Dann wird er uns weder hemmen noch ignorieren — und mehr verlangen wir im Krankenhaus von ihm nicht. Ausgesprochenes Apostolat des christlichen Arztes bleibt im Anstaltsbetrieb doch immer eine Ausnahme. (Im übrigen vergleiche meine Darlegungen über die „Wiederbegegnung von Arzt und Seelsorger“ im „Seelsorger“, 1937/4, oder „Nosokomeion“, 1938/1.)

3. Pflegeschwestern.

Sie sind für die unmittelbare Seelsorge die wichtigsten Personen neben Priester und Patient. Bei *geistlichen Schwestern* ist die Seelsorgehilfe nicht immer auch sofort gegeben, mitunter auch nicht geschickt oder taktvoll genug. Darüber wollen wir ihre pastorale Bedeutung indes nicht übersehen, sondern ihnen dankbar sein, ihnen stets gütig und verständnisvoll begegnen, ihnen ohne Einmischungsversuche auch persönlich gerne beistehen, ihre geistige Aushungerung oder physische Überarbeitung bedenken. Besonders wertvoll ist ihre Mitarbeit dann, wenn man sich die Mühe nimmt, sie — auch in Einzelheiten — zu schulen.

In der *weltlichen Schwesternschaft* begegnen wir einer Fülle verschiedenartigster weltanschaulicher Einstellung gegenüber unserer Tätigkeit. Das äußere Wohlfühlen hängt u. a. davon ab, ob wir Verständnis für ihren schweren Beruf zeigen, bei unserer Tätigkeit ihre Arbeiten nicht störend durchkreuzen oder behindern, in der Methode eine stete und glaubensfreudige Konsequenz erweisen, bei den Patienten eine seelisch günstige Auswirkung unserer Betreuung erreichen. Entschieden wichtiger ist die persönliche religiös-seelsorgliche Erfassung der Schwestern und schon der Diplomschülerinnen, namentlich mit den bewährten Mitteln der katholischen Schwesternschaften.

Der Seelsorger des Krankenhauses sei nicht Propagandist einer — wenn auch katholischen — Organisation. Seine Hinweise auf Kongregation, Caritas-Schwesterenschaft u. dgl. seien wohlabgewogen. Noch heikler ist es, Sonderseelsorger einer kleinen Personalgruppe zu sein und deren Veranstaltungen in der Anstalt selber abzuhalten. Andererseits ist es gleichwohl notwendig, eine Kerntruppe heranzubilden. Einkehrtage und Exerzitien, Abendvorträge und Arbeitsgemeinschaften, Buchapostolat (besonders die Bücher von Michael Fischer und die Zeit-

schrift „Krankendienst“) und persönliche Beratungen haben sich darin bewährt.

Bezüglich des Inhaltes unserer Zusammenarbeit mit der Krankenschwester stehe im Vordergrund die Mithilfe bei der Sakramentspendung, bei der Sorge um die Sterbenden, bei der Beeinflussung des Patientengesprächs, bei apologetischen Auseinandersetzungen in unserer Abwesenheit und schließlich bei der religiösen Unterweisung des Genesenden für das neue Leben nach der Spitalszeit. Auch der Besuch unserer Gottesdienste in der Kapelle hängt in Intensität und Form entscheidend von den Schwestern ab.

4. Hausangestellte.

In diesem Zusammenhang sei nur darauf hingewiesen, daß oft ein Zweifaches übersehen wird: daß wir Anstaltsseelsorger nicht bloß für die Patienten, sondern auch für das *Hauspersonal* seelsorglich verantwortlich sind — und daß zahlenmäßig die stärkste Gruppe innerhalb dieses Personales gewöhnlich von den arbeitenden Hausangestellten gebildet wird. Wer von außen — etwa von der Pfarrei aus — ins Krankenhaus kommt, wird mit dieser Gruppe wenig zu tun haben, und am besten mit priesterlicher Freundlichkeit sein Auslangen finden. Der im Spital wohnende Geistliche indes wird sich mit ihr unter Umständen sehr einführend beschäftigen müssen, um sozial-karitativ wie menschlich-seelsorglich wirken zu können.

Für die *außerhalb wohnenden Hausangestellten* wird zumindest Raum für eine Sonntagsmesse zu schaffen sein, in der sie von der Predigt besonders angesprochen werden. Für die in der Anstalt Wohnenden hat sich vielfach eine eigene Gemeinschaftsmesse an einem Wochentag und ein — monatlicher — Abendvortrag bewährt. Beim Muttertag z. B. werden wir sie ebensowenig wie zu Weihnachten vergessen, und uns am 1. Mai freudig in ihrer Arbeitsfront zeigen. Ihre Familienereignisse sollen eventuell den kirchlichen Ausdruck in unserer Anstaltskapelle finden. Zahllose kleine Anlässe zu ihrer Beratung dürften nicht ungenützt verstreichen.

Über allen Personalgruppen darf aber nicht übersehen werden, daß wir *in erster Linie Seelsorger der Kranken* sind. Ihnen gilt unsere Arbeit im eigentlichen Sinne. Von dieser soll nun die Rede sein.

II. Krankenseelsorge im Krankenhaus.

1. Der Krankenhauspatient.

5 Prozent unserer Anstaltspatienten sterben bei uns, die anderen 95 Prozent gehen — geheilt oder gebessert — nach durchschnittlich drei Wochen wieder nach Hause. So ist das Krankenhaus im allgemeinen Durchgangstation — einerseits mit der ganzen Unrast des modernen Menschen im Patienten, andererseits mit der plötzlichen Pause in allem Getriebe. Deshalb haben die Insassen der Spitäler — zum Unterschied von denen der Heilanstalten oder Altersheime — verhältnismäßig wenige oder bloß undeutliche seelische Eigenheiten, die den Seelsorger angehen. Was über die Psyche des Kranken, neuerdings von Heinz Fleckenstein (Persönlichkeit und Organminderwertigkeiten, Freiburg i. Br. 1938) gesagt wird, gilt meist nur von den länger Bettlägerigen, bezw. dauernd Leidenden, weniger von den akut Erkrankten.

Wenn wir aus unserer Erfahrung im Krankenhaus die Patienten der einzelnen Abteilungen nach der seelsorglichen Zugänglichkeit klassifizieren, so hängt das teilweise mit dem erwähnten Umstand zusammen. So hat die Herzstation, der Saal der Lungentuberkulösen, die Orthopädie die besonderen Schwierigkeiten der Langleidenden, während die chirurgische Abteilung durch den Einschnittspunkt des Operationstages dem Religiösen näherbringt. Daß die Lues-Säle der Hautklinik schwieriger zu erfassen sind, liegt anderswo als in der psychischen Reaktion auf die Krankheit begründet. Ein buntes Bild ergibt der seelische Querschnitt durch die internen Abteilungen, wobei diese Buntheit weniger von der Erkrankungsart als von dem mithereinflutenden Außenleben bestimmt wird.

Aus dem gleichen Hintergrund sind uns die schwierigsten Patienten die unsteten, ungeformten Jugendlichen, nicht die erwachsenen Männer des gereiften Alters. Die Kinder sind fast durchwegs von ihrer Krankheit unbeeindruckt und nehmen bloß den gefühlten Schmerz ernst.

Natürlich fällt die Begegnung mit dem Seelsorger anders aus, wenn ein Patient nur deshalb ins Krankenhaus kommt, um „den Befund zu erhalten“, als wenn er halbtot, fast zu spät, hereingebracht wurde und über seine Genesungsaussichten völlig im Ungewissen bleibt. Ich möchte den Satz wagen, daß erstere seelsorglich die unangenehmeren Patienten sind, während letztere die schwie-

rigeren Aufgaben stellen; und daß im allgemeinen die am längsten Bettlägerigen den Seelsorger am freudigsten und verständnisvollsten begrüßen. Davon wären aber jene recht davon zu unterscheiden, die — mit dem Winteranfang — regelmäßig mit irgend einer Beschwerde Jahr um Jahr für ein paar Monate ins Spital einrücken, um hier längere Zeit zu privatisieren; sie suchen — aus durchsichtigen Gründen — mit den Schwestern und auch dem Geistlichen ein gutes Einvernehmen und sind deshalb auch regelmäßige Besucher der Kapelle und des Beichtstuhls, dürfen jedoch für gewöhnlich nicht als großer pastoraler Aktivposten gebucht werden.

2. Die Begegnung mit dem Patienten.

In der Pfarrseelsorge geht es hier hauptsächlich darum, die Kranken ausfindig zu machen. In der Anstaltsseelsorge gilt es wohl umgekehrt, zu verhüten, daß man „vor lauter Bäumen den Wald“ nimmer sieht; der Kontakt mit dem einzelnen muß hergestellt werden.

Die Säle der Schwerkranken brauchen wohl jeden zweiten Tag, die anderen mindestens einmal in der Woche unseren Besuch. Damit uns niemand unversehen stirbt, genügt aber selbst diese Regelmäßigkeit selten, und wir müssen sowohl eine Schwester bitten, uns im Bedarfsfall zu verständigen, wie auch ihr klar gemacht haben, wo und wie wir sicher und leicht zu erreichen sind. Wer aber nur „gerufen“ herbeieilt und dann sogleich auf den gefährdeten Patienten losstürzt, dürfte in diffizileren Situationen vollständig fehlwirken.

Für viele Menschen und erst recht Kranke ist der erste Eindruck besonders wichtig. Wir Krankenseelsorger müssen uns deshalb sehr in der Gewalt haben, um nicht als zu jung oder zu alt, zu leicht oder zu verbraucht, zu gepflegt oder zu vernachlässigt, zu neugierig oder zu zugeknöpft, zu spaßmacherisch oder langweilig, zu weltlich oder zu klerikal u. s. w. zu wirken. Länger bettlägerige Schwerkranke schauen uns wieder bei jedem wiederholten Besuch ängstlich forschend an, um uns vom Gesicht abzulesen, ob sie einen besseren oder schlechteren Eindruck machen. Nebenbei: es ist klar, daß die Häufigkeit unserer Besuche — namentlich bei jüngeren weiblichen Patienten — rein nach pastoralen Gesichtspunkten geregelt werden darf.

Es ist schrecklich und spricht sich schnell herum, wenn der Seelsorger jeden Neuankömmling mit denselben stereotypen Phrasen und witzig gemeinten Ge-

meinplätzen begrüßt. Ein Witz ist überhaupt fast nie die geeignetste Introductio und im Krankenzimmer selten die Aufgabe des Geistlichen. Das Beste ist für gewöhnlich, den Kranken ungezwungen zu veranlassen, seine Leidensgeschichte zu erzählen. Manchmal ist es opportun und pflichtgemäß, den Patienten nach kurzer Begrüßung sofort wieder zu verlassen, anstatt ihn mit den Allerweltsfragen des Neugierigen zu quälen.

Niemals aber verlasse man ihn, ohne irgendwie einen positiven religiösen Gedanken zum Aufleuchten gebracht zu haben. Öfter empfiehlt es sich dann noch, den Zeitpunkt des nächsten Besuches anzudeuten, und ihm eine Drucksache zum Lesen dazulassen; unser Begrüßungsbrief (im Allgemeinen Krankenhaus, Wien IX.) hat sich jedenfalls gut bewährt.

3. Eigentliche Seelsorgemittel im Krankenhaus.

a) Die Anstaltskapelle.

Eine Kapelle mit nicht über 100 bis 150 Sitzplätzen für je 500 Betten ist eine dringlichste Notwendigkeit. Geht die Patientenzahl über 1000, empfiehlt sich unter Wahrung der Dezentralisation eine weitere Anlage. Natürlich sollen diese Räume zunächst den Forderungen der *Hygiene* entsprechen.

Dunkle, lichtlose und schwerlüftbare oder zugige Kammern sind ebenso unmöglich wie nicht heizbare. Für die braven Augenkranken ist die Anlage der Fenster und deren Glasungsart wichtig. Ähnlich gilt ganz allgemein von grellen Lichteffekten, daß sie Kranke noch mehr aufregen als Gesunde. Eine Marter ersten Ranges sind oft die Bänke. Selten lassen sie Platz für Tragbetten, die hereingeführt werden sollen. Nicht unwichtig ist noch die Art, wie die Tür (rückwärts) angebracht ist.

Sodann die Forderungen der *Liturgie* überlegen! Der Altar soll, den Augen aller erreichbar, im Zentrum stehen und als Opfertisch in einfachen Formen, ohne von Bildern, Gipsstatuen, Expositorien oder Lichterkränzen verdrängt zu werden, gerade auf Kranke besonders anziehend wirken. Nebenaltäre vermeide man ebenso wie bunte Statuetten auf geschmacklosen Postamenten. Damit ist aber nicht gewehrt dem stillen Winkel vor dem Muttergottesbild, das in jede katholische Kapelle gehört. Überhaupt sei bei aller Monumentalität der liturgischen Gedankenwelt Raum gelassen für jene Intimität, die jeder Spitalsraum braucht; deshalb: kleines Priesterchor, Verzicht auf die Kanzel, geschickte Unterbringung

des Beichtstuhles, Tönung der Fenster, Gebrauch von Vorhängen u. s. w.

Damit kommen wir zu den Gesichtspunkten der *Religionspsychologie*. Die Krankenhauskapelle wird das Positive, Aufbauende, Freudige betonen. Wandfärbung wird deshalb hell und doch warm zu halten sein, und alles Grelle, Harte, Kalte, Scharfe, Unruhige und Vermengte in Tönung und Linie wäre zu vermeiden. Dabei soll das Ganze durchaus nicht in einem Einheitsbrei untergehen, sondern auch feste, klare Formungen aufweisen, die zusammenfassen und mitführen. Zugleich wird alles, was das Empfinden des Geborgenseins und Heimatlichen vertiefen kann, zu betonen sein. Andererseits soll der Kranke auch im Kirchenraum Stütze und Ausgleich gegen sein Minderwertigkeitsgefühl finden; dazu gehört u. a. die Heranziehung der modernen Kunst, die stolz und kräftig anspricht. Es wäre ehrfurchtslos vor dem Leid, ausgerechnet in der Krankenhauskapelle minderwertigen Kitsch und harmlose Fabrikware abzuladen.

Diese Kapelle sei günstig gelegen, mit guten Zugängen versehen und leicht zu entdecken. Die Kirchenglocke macht einigemal am Tag auf sie aufmerksam; in jedem Saal hängt die Gottesdienstordnung. Die Kapelle steht den ganzen Tag offen. Vor dem Eingang hängt das Klosterneuburger Wandplakat. Vielleicht steht dort auch ein Tischchen des Schriftenapostolates, wenigstens mit dem Kirchenblatt. Beim Ausgang ist der — einzige — Opferstock, zumal während der Gottesdienste der Kranken nicht kollektiert werden kann. Wohl dem Geistlichen, der die Sorge um Reinhaltung und Schmuck der Kapelle in guter Frauenhand wissen darf.

Der Kamillianerorden hat das Privileg, auf Krankenzimmern zu zelebrieren. Im Spital kann es sehr schön sein, wenn — etwa auf einem großen Saal der Tuberkulosenabteilung — zu Ostern oder einmal im Monat Saalmesse ist. In mancher Heilstätte feiert man im Sommer jeden Sonntag draußen im Freien.

b) Der Gottesdienst.

Der Gottesdienst im Krankenhaus wird — nach einer, möglichst selten zu ändernden Ordnung — zu früher Stunde angesetzt werden können und müssen (6 oder $\frac{1}{2}$ 7 Uhr früh); dann sollen die Patienten dem Arzt, bezw. der Therapie des Leibes zur Verfügung stehen. Erfahrungsgemäß sind aber die Abendandachten besser besucht. Die Feste haben ihr Hochamt, die Sonntage ihre

Betsingmesse mit Predigt, die Werktage die heilige Messe mit Volksgesang oder Meßandacht oder Missa recitata. Auch an den höchsten Festen genügt ein gemäßigter, gehaltener Pomp vollauf. Immer aber sollen die Patienten angenehm und anregend beschäftigt werden. Zumindest liegen genügend Gebetbücher in den Bänken auf. Besonders gern jedoch haben es die Kranken, wenn der Priester ohne Gebetbuch ihnen frei vorbetet. Unter den Andachten sind die Mai- und Kreuzwegandachten weitaus am beliebtesten; es gilt natürlich, den Herz-Jesu-Freitag ähnlich einzubürgern. Zu allem gehört viel guter Volksgesang, der sich dann im frommen Lied bis auf die Krankensäle fortpflanzt.

Die *Predigt* in der Krankenhauskapelle unterscheidet sich inhaltlich wenig von jeder anderen. Der Unterschied liegt vielleicht mehr im Formalen und Rhetorischen, wo jedes falsche Pathos und wilde Getue unterbleibt und einem herzlichen entretien (cordial) weicht. Die Prediger im gehobenen Gesprächston schlagen am besten ein. Inhaltlich ist es für gewöhnlich gar nicht angebracht, stets auf die Krankheit unmittelbar zu applizieren. Andererseits haben weitgespannte Zyklen beim Wechsel der Zuhörer wenig Sinn. So empfiehlt sich — hier mehr noch als in der Pfarrkirche — die Homilie.

Unterlagen für eigene Krankenpredigten existieren fast nicht; ich habe Material bereit liegen, das bei Krankenfesten u. dgl. verwandt werden könnte. Es sei auch verwiesen auf die Schriftenreihe „Die Stunde der Kranken“ (im Verlag F. Schöningh-Paderborn), deren erstes Bändchen „Große Kranke“ soeben erschienen ist; die Reihe bringt überarbeitete Vorträge, die ich in der „Stunde der Kranken“ am Wiener Rundfunksender während einiger Jahre hielt.

Der Gottesdienst auf den Krankensälen liegt in der Hand der Schwestern. Man leite sie an, nicht ein blasses Schema mit etlichen Vaterunsern herunterzuleiern, sondern abwechslungsreich und sorgfältig ausgewählte Gebete andächtig jeweils am Morgen und Abend vorzubeten, wozu dann noch Gesang treten soll. An Festtagen oder im Advent läßt sich auch etwas Geeignetes dazu vorlesen. Im Mai ist schnell eine Marien-Andacht improvisiert. Die Hausbräuche des Kirchenjahres ragen mitunter ungezwungen und leicht in das Krankenzimmer hinein. Bei Trauungen oder Erstkommunionen im Krankenzimmer geht es natürlich besonders feierlich zu.

c) *Der Sakramentenempfang*

Es besteht vielleicht Gefahr, daß wir dann, wenn der Patient die Sakramente empfangen hat, es genug sein lassen und unsere seelsorgliche Pflicht als erfüllt ansehen; andererseits wissen wir, daß das opus operatum Dei über alle unsere menschlichen Bemühungen hinausgreift. Das *Rituale Romanum* stellt am Krankenbett zwei Aufgaben in den Vordergrund: den Kranken für den Genesungsfall zu einer Besserung und Verinnerlichung des Lebenswandels anzuleiten (V, 4, 17) und ihn zum Empfang der heiligen Sakramente, namentlich bei Lebensgefahr, zu bewegen (V, 4, 10).

Es sagt weise dazu, daß es zu diesem Zwecke häufig notwendig sein wird, die Hindernisse in der Einstellung des Kranken, seiner Mitpatienten, Angehörigen und Pflegepersonen klug zu überwinden; und daß man bei diesen Bemühungen einen Kranken nicht leicht aufgeben solle (V, 4, 11). In diesem Sinne werde stets auf die positiven Heilswirkungen der heiligen Sakramente, nicht zuletzt der heiligen Ölung, selbst für das körperliche Befinden (gemäß Jak V, 14) hingewiesen. Auch der psychotherapeutische Wert der heiligen Beichte wird durch uns sehr hervorgehoben.

Ganz allgemein wird sich gerade der Krankenseelsorger vor Augen halten müssen: *sacramenta sunt propter homines*. Es wird selten vorkommen, daß er nicht absolvieren kann. Er lerne davon, daß sogar die Rubrizisten und Kanonisten das *periculum mortis*, in quo omnia cessant sehr ernst nehmen. Manche Vorschrift über äußere Zurüstung, Vollständigkeit der Zeremonien, Amtstracht und Ministranten, Stimmlage und Sprache wird hier hinfällig.

Das will beileibe nicht sagen, daß Großzügigkeit zur Schlamperei werden darf. Man widme dem würdigen Vollzug der heiligen Handlung gerade am Krankenbett und angesichts des Todes besondere Sorgfalt (V, 1, 11). Andererseits sind Kürzungen vom *Rituale* selbst (V, 1, 12; 21; 22; 2, 6) in mehreren Fällen vorgesehen. Die Salbung der Füße unterbleibt oft.

Besondere Bedeutung besitzt der möglichst weite Gebrauch der deutschen Sprache in schöner Übersetzung. Das erspart viel Vorbereitung und Aufklärung und schafft viel Segen. So werden von uns die Gebete bei der heiligen Krankenkommunion und die Nebengebete bei der heiligen Ölung gewöhnlich deutsch verrichtet. Dazu kommen noch die freien Gebete des Priesters zur Vor-

bereitung und Danksagung, namentlich nach der gemeinschaftlichen heiligen Kommunion. (Vgl. unser Heft „Zum Versehgang“, Verlag des Katholischen Krankenwerkes, Wien, XIII/9, Kamillianerkloster.)

Schade ist, daß wir selten Zeit und Gelegenheit haben, die schönen Gebete des Rituale zum Beistand der Sterbenden (V, 7) und beim Hinscheiden (V, 8) — unter Umständen mit taktvoller Auswahl — zu verrichten. Dafür besteht bei uns die Übung, bei jeder Andacht in der Kapelle auch der Sterbenden zu gedenken.

Im einzelnen darf noch kurz angefügt werden, daß das Rituale für die heilige Krankenbeichte (V, 4, 8) besondere Liebe und Rücksichtnahme einschärft, daß bei der heiligen Kommunion auf dem Krankenzimmer die Danksagung sorgfältige Aufmerksamkeit erfordert, daß wir zur heiligen Ölung ja recht frühzeitig bei der Hand sein sollen, daß wir gegenüber Wünschen zur kirchlichen Trauung am Krankenbett vorsichtig sein müssen, daß relativ oft die Nottaufe in articulo mortis in Betracht kommen kann, daß auch die heilige Firmung in der Anstalt gespendet werden sollte.

d) Der Wortdienst am Krankenbett.

Das Rituale fordert, daß der Krankenbesuch rein seelsorglich eingestellt sei (V, 4, 6), was im ganzen Auftreten wirksam zum Ausdruck kommen solle. Besonders warnt es vor dem Anraten oder Anwenden von Heilmitteln (V, 4, 9), ohne aber der Barmherzigkeit an armen Kranken wehren zu wollen (V, 4, 5). Neben der Belehrung über die dem Kranken zu spendenden Sakramente und Sakramentalien (V, 2, 4; 6, 4) und der Vorbereitung auf einen guten Tod (V, 2, 13; 7, 2) wird positiv als Aufgabe des seelsorglichen Zuspruchs bezeichnet, den Kranken zu trösten, aufzurichten, frohzumachen und zu übernatürlicher Einstellung zu erziehen (V, 4, 7).

Dabei solle man es nicht auf den Zufall ankommen lassen, sondern sowohl die Leitgedanken wie veranschaulichende Beispiele wohl durchdacht und bereit haben (V, 4, 7). Auch dürfe man selbst schwierigeren Fragen und ersten Seelennöten des Patienten nicht aus dem Wege gehen (V, 4, 12), sondern sich mit ihnen klug und wirksam auseinandersetzen. Im Mittelpunkt wird wohl meist das Leidensproblem mit seinen zahllosen Ausstrahlungen stehen. Manche Gedanken werden am geeignetsten in der Form des mit dem Patienten gemein-

sam zu verrichtenden, frei zu formenden Gebetes nahe-zubringen sein (V, 4, 14).

Bloß zum Vertreiben der Langeweile haben wir selber keine Zeit. Auch das Witze-Erzählen ist nicht unsere Aufgabe. Erst recht nicht das Politisieren in irgend einer Form und Richtung. Wohl aber obliegt uns öfter die Pflicht zu Apologetik unter kluger und liebevoller Wahrung der apologetischen Spielregeln; vor allem der Abschluß des Gespräches ist wichtig, um seelsorglich zu gewinnen.

Viel Hilfe leisten uns hier die *Drucksachen*. Wir haben einen Begrüßungsbrief eigens für unser Spital, jede Woche das Kirchenblatt und Zweipfennigblatt, jeden Monat den „Gruß ans Krankenbett“ (Wien, XIII/9, Kamillianerkloster), zur Osterzeit ein Andenken an den Sakramentenempfang, zum Muttertag ein schönes Bild, zu Pfingsten einen Gebetszettel, zum Fest des Krankenspatrons ein Kamillus-Bildchen, zur Weihnachtszeit Photos von der Krippe, bei bestimmten Anlässen die Klosterneuburger Flugzettel, die Materialien des Kranken-Apostolates, für manchen Patienten das Kamillus-Büchlein, in der Kapelle die Singblätter und die Gebetshefte u. s. w. Einen Schriftenverkaufsstand haben wir nicht. Dafür führen wir allein im alten Teil des Hauses acht Krankensbibliotheken mit durchschnittlich je 300 Bänden, die dank einer guten Organisation wirklich sehr fleißig benutzt werden.

Die „Stunde der Kranken“ im Wiener Rundfunk ist in diesem Frühjahr aufgelassen worden. Die geistliche Stunde wird auf einigen Sälen mit Lautsprechern kollektiv abgehört und mitgefeiert. Im übrigen aber sind die Kranken auf Radio und Lautsprecher nicht sehr neugierig. Jedenfalls empfehlen sich meist Anlagen mit Kopfhörern.

Manche Utensilien gehören unter Umständen zum Krankenbesuch, wie Rosenkränze, Krankenkreuzchen, Muttergottesmedaillen, von denen wir immer welche zur Verfügung haben sollten. Zu den Ausnahmen sollte es gehören, daß wir dem einen Patienten eine Dose Kompott, dem anderen eine Zigarre und einem Dritten eine finanzielle Unterstützung oder die Freimarken für den Brief zustecken; das kann zu leicht mißdeutet oder mißbraucht werden. Unsere karitative Tätigkeit sollte lieber in andere Bahnen gelenkt werden.

Schließlich sei noch kurz erinnert an die Möglichkeit und Aufgabe, manche Patienten außerhalb des Kranken-

zimmers — im Hof, auf dem Korridor, im Tagraum u. s. w. — zu erreichen. Wir werden nicht versäumen, sie dort wenigstens zu grüßen, und manchmal ins Gespräch zu ziehen.

4. Sonderfragen.

Noch einige Fragen, auf die unsere Aufmerksamkeit hingelenkt werde. Mancherorts ist dem Krankenhaus eine *Gebärklinik* angegliedert, die uns zahlreiche Taufen, manche Ehesanierung, auch uneheliche Mütter zur Aufgabe stellt. Wo andererseits die *Einsegnung der Leichen* zu unserer Tätigkeit gehört, sei uns auch das eine Gelegenheit zu apostolischem Wirken, dem wir ohne Schema, ohne Überdruß und Gedankenlosigkeit obliegen wollen. Der Gedanke an die ungezählten Besucher unserer *Krankenhaus-Ambulatorien* soll uns Seelsorger auf Wege sinnlen lassen, zu ihnen zu gelangen und sie irgendwie pastoral zu erreichen. Auch die *Luetiker* gehören zu unseren Anvertrauten; mit keiner Patientengruppe stehen wir im Kriegszustand, keine lassen wir ganz links liegen. Daß die Seelsorge in Nervenkliniken oder gar Heilanstalten für *Geisteskranke* ihre besonderen Gesetzmäßigkeiten hat, ist klar. Umgekehrt wird die Arbeit im *Kinderspital* ruhig abgegrenzt und normalisiert sein dürfen.

Merkmal der rechten Krankenseelsorge ist stets die individuelle Formung. Gleichwohl weiß jeder Krankenhausgeistliche um viel *Gemeinsames* mit seinen Konfratres. Mit ihnen verbinde ihn eine Arbeitsgemeinschaft. Möglichste Einhelligkeit herrsche auch über die Auffassung des Krankenapostolates. Manche Hilfsmittel, besonders Drucksachen, könnten ausgetauscht oder gar gemeinsam hergestellt werden. Von hier aus ergäbe sich auch eher die Möglichkeit, das Gedankengut der Seelsorge am Leidträger der Gesamtpastoral zugute kommen zu lassen.

III. Der Krankenhausseelsorger.

In diesem Zusammenhang zum Abschluß ein Wort über den Krankenhausseelsorger selber. Wir sind uns zunächst gewiß darin einig, daß die Seelsorge im Krankenhaus einerseits besondere, heutzutage nicht zu unterschätzende Möglichkeiten unmittelbarer Erfassung und Betreuung bietet und andererseits durchaus nicht jedermanns leichte Sache ist; beides Gesichtspunkte, die eine Minderbewertung dieser Tätigkeit nicht zulässig und eine

individualisierte Auswahl der für sie bestimmten Geistlichen erforderlich scheinen lassen. Die Praxis, in große Spitäler ausschließlich in ihrem Hauptamt überbelastete Religionslehrer oder abgearbeitete Pensionisten zu entsenden, ist jedenfalls nicht zu billigen. Um damit keiner ungesunden Spezialisierung das Wort zu reden, wird es der Krankenhauseelsorger selber begrüßen, wenn er sich gelegentlich oder regelmäßig nach Möglichkeit in der Seelsorge außerhalb seiner Anstalt nützlicherweise betätigen kann (Exerzitien, Einkehrtage, Triduen, Predigten, Beichtstuhl, Kirchenblatt). Umgekehrt muß er auch manchmal einen Mitbruder hereinbitten, wenn er persönlich ein Hindernis wäre, daß jemand die heiligen Sakramente empfängt.

Es ist selbstverständlich, daß der Krankenhauseelsorger bei seinen Krankenbesuchen zunächst den *hygienischen Anforderungen* entspricht. Sauberkeit, bezw. Desinfizierung ohne Ängstlichkeit — Geruchlosigkeit auch des Rauchers oder des Magenkranken — Pflege von Mund, Zahn, Finger und Haarwuchs — ordentliche und praktische Kleidung — Beachtung der diesbezüglichen Hausordnung, wie der besonderen ärztlichen Anordnungen seien ihm ein stetes Anliegen. Weiters braucht er als Berufsgabe ein ausgeprägtes *Einfühlungsvermögen*: wann er besuchen kann — wann er einer Bemerkung nachgehen und wann er bald wieder weiterwandern soll — ob er ernsthaft vertiefen oder mit herzhaften Redewendungen zu einem fröhlichen Vergessen führen darf — wo er Zeit lassen und wo er sofort aufs Ganze gehen muß. In diesem Sinne sei darauf verwiesen, daß der Spitalsgeistliche auch ein gewisses Ausmaß soliden *medizinischen Fachwissens* besitzen soll, um sowohl vor Arzt und Schwester wenigstens mit seiner Interessiertheit, bezw. Beherrschung der Fachausdrücke bestehen zu können, als auch um sich in seinem Beruf und vor den Patienten sicher bewegen zu können. Je eine Zeitschrift für Schwestern und Ärzte sollte auch zu seiner ständigen Lektüre gehören, bei der er desgleichen die Bücher von Lieck, Munthe, Fischer u. s. w. verarbeitet haben wird. Das steigert die *Berufsfreude*, die gerade der Krankenhauseelsorger sehr braucht.

Im *religiösen Bereich* bedarf der Krankenseelsorger eines unbedingten ehrfürchtigen Glaubens an die Wirkkraft der heiligen Sakramente, eines innerlichen Wissens um die Werte des Gebetes, des Opfers und des Leides als Elemente übernatürlicher Geistigkeit, und eines

festen Willens zu persönlicher Seelsorge um den Einzelmenschen jenseits aller organisatorisch-technischen Ersatzmittel. In seinem ganzen Wesen aber möge ihn das Schriftwort prägen: „Die den Herrn liebhaben, sollen sein, wie die Sonne aufgeht in ihrer Pracht!“ (Richter 5, 31.)

Prüderie — Distanzhalten.

Von B. van Acken S. J., Trier.

Mit dem Vorwurf der Prüderie oder mit dem viel mißbrauchten Wort: Dem Reinen ist alles rein, wurde stets und wird noch heute die christliche Ascese und Moral bekämpft und lächerlich gemacht. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die geschlechtliche Sittlichkeit in allen Schichten des Volkes sehr im argen liegt und daß dadurch die physische Gesundheit und die Kraft des Volkes bedroht ist. Ja, die sittliche Entartung ist soweit fortgeschritten, daß sie notwendig zum Absterben der Nation führen muß, wenn nicht eine sittliche Erneuerung unseres Volkes eintritt. Daß die sittliche Entartung des Volkes notwendig zum Volkstode führt, hat Regierungs-medizinalrat *Dr Ferdinand Hoffmann* in seiner Schrift: *Sittliche Entartung und Geburtenschwund*, 2., verbesserte Auflage, München 1938, Lehmanns Verlag, klar und eingehend nachgewiesen.

Durch falsche Erziehung und vor allem durch die Prüderie, so sagt man, sei die natürliche Unbefangenheit und die höhere Sittlichkeit unserem Volke verloren gegangen. Was ist an dieser Behauptung wahr? Leider ist wahr, daß wir oft genug, früher häufiger als jetzt, an Stelle der echten Reinheit Prüderie finden.

Was ist denn Prüderie? *Prüde*, von *providus* = besorglich, bedeutet *zimperlich*, *spröde*. Prüderie bedeutet demnach Über-Reinlichkeit, Über-Korrektheit auf geschlechtlichem Gebiet. Die Prüderie tritt in verschiedenen Formen auf.

Wir finden oft Menschen, die den Willen zur Reinheit haben und sich vor jeder bewußten Hingabe an die geschlechtliche Sinnlichkeit um ihrer selbst willen, wo sie ihnen als solche kenntlich ist, fernhalten und die dabei doch nicht wirklich rein sind, weil sie eine gewisse sinnliche Befriedigung in ihrer Sensationslust und in ihrer ganzen Art, sich zu bewegen, suchen und finden. Ja, sie halten sich selbst für spezifisch rein und sprechen