

## Krankenseelsorge im Umbruch

Über acht Millionen Neuaufnahmen verzeichnen die deutschen 3639 Krankenanstalten jährlich, über eine Million die 313 Krankenhäuser in Österreich. 210 bzw. 25 Millionen Pflage tage im Krankenhaus bedeuten zwar nicht auch gleich ein schweres Schicksal, aber wenn jemand — derzeit durchschnittlich 20 Tage — rund drei Wochen außerhalb des gewohnten Alltags, nicht unbefangen auf Urlaub irgendwo im Süden, sondern immerhin mit einer lebensnahen Sorge, vielleicht sogar unter dem Druck von Schmerz oder Gefahr, in einem Anstaltsbett liegt, erlebt er in unverdrängbarer Weise seine *menschliche Existenz*. Er begegnet sich selbst, er erfährt seine Körperlichkeit mit ihren tausend Bedingtheiten, er stößt auf die Wirklichkeit seiner Gefährdung und Schwäche, er fragt nach Hilfen und Hoffnungen.

Diese Frage regt sich noch schmerzlicher in dem, der *daheim krank* daniederliegt. Überall in der Welt, auch im modernen Wohlfahrtsstaat mit Gesundheitsfürsorge und Sozialversicherung, gibt es „draußen“ — in den Wohnsiedlungen — mehr Leidende als in den Krankenhäusern. Auf diese entfällt nur etwa ein Drittel der allgemeinen Sterbefälle pro Jahr. Das heutige Krankenhaus, speziell die Klinik, will ja nicht Pflegeheim sein wie in früheren Zeiten, sondern die Stätte, wo die Diagnose gefunden, der Eingriff vorgenommen, die Therapie angesetzt wird. Der daheim Bettlägerige, bei dem der Kassenarzt notfalls eilig hereinschaut, wird weder durch den klinischen Betrieb abgelenkt noch durch eine Therapie beschäftigt; so ist er dem Kranksein unmittelbar ausgeliefert und soll sich damit auseinandersetzen.

Was bedeutet in diesem Zusammenhang nun *Krankenseelsorge*? Tritt hier der Schwarze Mann ans Bett, dessen Nähe nichts Gutes bedeutet, sondern eine Gefahr ankündigt oder schockierend erschreckt? Schon unsere Statistik zeigt, daß Krankenseelsorge im Krankenhaus nur bei jedem Fünfundzwanzigsten Sterbebeistand ist, die andern 49 gehen geheilt oder gebessert wieder heim. Gewiß soll man auch diesen Beistand bei dem einsam mit dem Tode Ringenden, der von Arzt und Schwester „aufgegeben“ worden ist, nicht unterschätzen, zumal ihn sonst niemand leisten kann. Den 49 andern bietet die Seelsorge eine persönliche Begegnung und einen menschlichen Dienst an, der gerade in der unfreiwilligen Pause zwischen der Gehetztheit und Überforderung des Alltags willkommen sein kann. Die 210 bzw. 25 Millionen Pflage tage unserer Krankenhäuser sind ein unerhörtes *Angebot der Besinnung*, der Auseinandersetzung, der Stärkung vor der Rückkehr in Beruf und Gesellschaft. Und wie unsere Vorträge in der Urlauberseelsorge an den Erholungsorten überfüllt sind, weil viele erst in ihrer Freizeit wieder frei werden für ihre seelischen Anliegen, so zeigt auch die Erfahrung der Krankenhausseelsorge, daß ihr Angebot oft und bereit angenommen wird.

Der Ausgangspunkt dieser Seelsorge ist also der *Krankenstand*. Früher lastete auf den Kranken meist der ausweglose *Schmerz*, und wir können Medizin und Pharmazie nicht dankbar genug sein, daß sie seit einigen Jahrzehnten die körperliche Qual in den meisten Fällen gefahrlos und für länger beseitigen können; in den Jahrhunderten vorher hat man das Problem des Leidens der Religion zugeschoben, und unsere Seelsorge mußte auch im körperlichen Schmerz eine Bedeutung, eine Würde und Heiligkeit zu entdecken suchen, die theologisch nicht (mehr) vertretbar sind. Die Leidensmystik dieses Dolorismus ist in der heutigen Krankenseelsorge überwunden, auch wenn sie neuerdings von pathologischen Beständen im psychologischen Bereich wieder herausgefordert wird. Der andere Druck auf den Kranken war früher die nahe *Gefahr*, wodurch die mittlere Lebenserwartung vieler Generationen auf 34 Jahre gedrückt wurde; nun hat sich diese reelle Aussicht in einer Generation verdoppelt, von 34 auf rund 70 Jahre. Ohne der Hybris zu verfallen, den Tod als „vorläufig unheil-

bare Krankheit“ und das Sterben als „eine schlechte Gewohnheit der Menschen“ zu bezeichnen, wird unsere Seelsorge jedenfalls deutlich aus dem Schatten der Todesnähe heraustreten und nicht mehr so häufig an die Brücke zum Jenseits, an die Eschatologie heranführen müssen. Wo befindet sie sich also, wenn sie heute einem Kranken beisteht?

*Krankheit* bedeutet zweifellos mehr als die „Abwesenheit der Gesundheit“ oder des Wohlbefindens. Auf die Frage nach ihrem Wesen gibt es seit je verschiedene Antworten. Der *Ontologismus* sieht die Krankheit in ihrer übermächtigen Gegebenheit als ein eigentliches Sein, oft sogar als eine innewohnende Person, von der erlittenen Dämonie bis zur bejahten Behexung. Diese Deutung mag in der Psychopathologie (bei Schizoiden wie bei Paranoiden) nachwirken. Wenn solche Einwohnung – wie früher oft angenommen – dem Zorn Gottes oder einer Schuld bzw. Verstocktheit des Betroffenen entsprängt, werden Priester und Mediziner zum magischen Gegenpart feindlicher Mächte mit den Mitteln der Beschwörung. Der *Dynamismus* faßt Krankwerden als Irritation der Lebenskräfte, als Nachlassen des geistigen Ringens, auch bloß als Nachwirkung eines veränderten Lebensstils auf, so daß dem Seelsorger in diesem System des Rationalismus und Psychologismus nur eine parainetische Rolle des ermunternden Zuspruchs, der Suggestion, der Ablenkung oder auch des „Tröstens“ zusteht, nicht mehr und nicht weniger. Der *Funktionalismus* deutet Krankheit als Betriebsstörung im Organismus beziehungsweise als Heilversuch im Sinne biologischer Entelechie, wobei dem Schmerz als Signal noch bleibende Wichtigkeit zukommt. Hilfe im Namen Gottes – das könnte in diesem Zusammenhang bedeuten Dienstbarmachung seiner Schöpfung, vom Tierexperiment bis zum Labor, und alle Übernatur mag dabei ausgeklammert bleiben. Die *Humoralpathologie* versucht seit Hypokrates, in diesem Sinne speziell dem inneren Haushalt des Körpers mit seinen Sekretströmungen auf die Spur zu kommen. Wenn sie früher die Trockenlegung – vom Fasten bis zum Aderlaß – bevorzugte, wird in unsern Zeiten bekanntlich die aktive Einmischung mit Medikamenten und Injektionen praktiziert, wofür mehrere zehntausend Drogen zur Verfügung stehen. Der Arzt tritt hinter seiner Rezeptur und hinter der Chemie zurück, das „Schweizer Präparat“ belebt die Hoffnung des Patienten, und der Seelsorger wird zur Randfigur eines Risiko. Schließlich hat die *Zellulärpathologie* seit hundert Jahren die Chirurgie, Hand und Messer des Operators, Technik und Apparatur des perfekt eingespielten Eingriffssystems in den Mittelpunkt gerückt. Der berühmte Professor hat die 14 Nothelfer verdrängt, und der Seelsorger hat in dieser Hierarchie höchstens beim – völlig unerwünschten – Katastrophenfall eine Abschlußrolle wahrzunehmen, deren Vollzug möglichst verborgen bleiben sollte.

Krankenseelsorge wird trotz aller Fehldeutung weder fehlen noch versagen, wenn ihr – im Rahmen der angedeuteten Systeme – eine Möglichkeit zum Dienst am Menschen geboten wird. Wo aber liegen ihre *wesentlichen Grundlagen*? Im christlichen Verständnis ist Krankheit im einzelnen Menschen wohl existent, besitzt aber für sich keine eigene Wesenheit. *Krankheit* ist nach unserer Deutung weder ein gottgewollter Wesensbestand noch eine schicksalsmäßige Grundbefindlichkeit tragischer Existenz, sondern ein Nichtsein und Nichtsollen, das aus der Verletzung der Gottesordnung in der „Erbsünde“ folgt. Paulus schreibt in diesem Sinne: „Durch die Sünde des Einen kam das Sterbenmüssen . . . Der Sold der Sünde ist der Tod“ (Röm 5, 12). Also wird Krankheit nicht verselbständigt als etwas, was in Gott wäre, durch ihn gesetzt wird oder aus ihm quillt, in ihm wieder (nach dem Tode) vorgefunden würde, sondern sie bleibt – wie jedes Leid – in der Ebene und Reichweite des Menschen, eine sittliche, verantwortbare und zu meisternde Aufgabe! Der Hinweis auf die „Erbsünde“ verweist zwar in ein fernes Geheimnis, er läßt auch die Härte des Krankseins nicht verleugnen, aber er macht daraus keine persönliche Schuld, mag Krankwerden oft genug mit dem Nachlassen eigener Selbstbehauptung oder gar mit unmenschlichem Wüten gegen sich

selbst zusammenhängen. Gerade in diesem Zusammenhang leuchtet die Botschaft vom Heil in Gott auf: „Ich bin gekommen, damit sie Leben und es in reichem Maße haben!“ (Jo 10, 10). Die Ausheilung der Schuldfolgen steht im Dienste der Offenbarung des barmherzigen Gottes (Mt 15, 32), die *allem Helfen und Heilen* der Menschen untereinander eine tiefere Berechtigung und Sinngebung gibt, weil es so nicht nur der Schmerzlinderung und Lebensbewahrung dient, sondern „zum Heile ist“ (Lk 19, 42). Sowohl das Erleiden der Krankheit wie das sorgende Helfen aller Art für Kranke Mitmenschen steht so im Zeichen „des Trösters, den ich euch vom Vater senden werde. Auch ihr sollt Zeugen für mich sein . . . Er wird mich in euch verherrlichen, weil er von dem Meinigen nehmen und es euch anvertrauen wird“ (Jo 15, 26; 16, 14). Im Mittelalter wurde in diesem Sinne der Heilige Geist als Patron der Krankenpflege und Hausherr der Spitäler verehrt.

Im gleichen Geiste hat die christliche Caritas das Krankenhaus als Zusammenfassung sorgender Bemühungen im 4. Jahrhundert „erfunden“ und ihm immer wieder – in wechselvoller Geschichte – hingebendes Pflegepersonal zur Verfügung gestellt. Hier sollte das Krankenzimmer nicht Kampffeld menschlicher Niederlagen und ungemeisterter Leiden sein, sondern *Ort der heilsvermittelnden Kirche* inmitten kreatürlicher Bedrängnis. Der Heilsvollzug ist nicht klerikalisiert, sondern zunächst Sache der beteiligten Fachleute: des Arztes, der Pflegeschwester, der Angehörigen und des Patienten selber! Sie haben in erster Frontlinie die Grundaufgabe eines Krankenhauses zu bewältigen: die Abwendung der Lebensgefahr, die Linderung der Schmerzen, die Aktivierung des Gesundheitswillens, die Versorgung in der Hilfsbedürftigkeit, auch die Bereitung für das Sterben. Schon im Rahmen dieser Aufgabenstellung ergeben sich beträchtliche seelsorgliche Anteile für das eben erwähnte Laienapostolat.

Was fällt *speziell dem Seelsorger zu*? Der Teamcharakter der Fachleute im Gesundheitsdienst scheint Außenseiter mit anderen Gesetzlichkeiten auszuschließen. Antiklerikale Affekte oder politische Unterströmungen mögen auch dazu beitragen, daß der Seelsorger im modernen Krankenhaus oft mehr geduldet als erwünscht zu sein scheint. Jedenfalls wird von ihm erwartet, daß er seine enggezogenen Kompetenzen nicht überschreitet, keine extremen Grundsätze vertritt, in jeder Hinsicht Störungen oder Taktlosigkeiten vermeidet und in keiner Weise irgendwie psychologisches Unheil anrichtet. Im Notfall mag er – auf Wunsch, diskret, unauffällig – zur Verfügung stehen. Auch wenn neuerdings im Zeichen der Psychosomatik und verwandter Lösungen das Verständnis für die Krankenseelsorge wieder gewachsen ist, droht ihr sinngemäßer Vollzug doch inmitten des Heilbetriebes grundsätzlich, zeitlich und organisatorisch an den Außenrand zu geraten.

*Aufgabe des Krankenseelsorgers* im Auftrag der Kirche bleibt die Heilsvermittlung in der Sorge um den kranken Menschen. Dabei mag man für Katholiken zunächst an das *Angebot der Sakramente* denken. Nachdem sich das II. Vatikanische Konzil nur nebenbei geäußert hat, geht die theologische Auseinandersetzung über Sinngebung und Anwendung der *Krankensalbung* wohl weiter; in der katholischen Kirche gibt es keine „Sterbesakramente“, die zum Tode hinführen, so daß man sich vor ihnen schrecken müßte und Leidende vor solchen Aufregungen bewahren sollte. Unter dem Druck des jansenistischen Rigorismus wurde im 17. Jahrhundert der Empfang der Heiligen *Eucharistie* (als „Wegzehrung“) so erschwert, daß man bei Lebensgefahr auf die Krankensalbung auswich, die als „Letzte Ölung“ bezeichnet wurde. Dieses Sakrament der Salbung hat jedoch einen anderen Inhalt; es soll helfen in den körperlichen Leiden der Krankheit, in deren seelischen Bedrängnissen, und im Notfall das Bußsakrament zur Sündenvergebung ersetzen. Die weitaus meisten Patienten sollen jedoch in ihrem Krankenstand Gelegenheit haben, das Sakrament der Buße und die heilige Eucharistie zu empfangen. Die Wiederbegegnung mit der Kirche, die Heimkehr in den Schoß und in die Praxis der Pfarrgemeinde, die gläubige Sinndeutung des wieder-

geschenkten Lebens, der Wiederaufbau auf den großen Lebensgesetzen Gottes, die Stärkung durch die Gnadenmittel — das wäre zweifellos kein geringer Gewinn aus dem Aufenthalt im Krankenhaus.

Dieses wird aber doch für viele der Ort, wo man lernen soll, sich auf *sein Sterben zu bereiten*. Gegenüber dem Gleichmut der Stoiker, dem mutigen Bekenntnis der Märtyrer, dem trotzigen Soldatentod der Ritter, dem patriarchalischen Abschied im Bürgertum, hat sich in unserer Zeit bekanntlich — auch abseits militärischer Schlachtfelder — ein *neuer Todesstil* entwickelt. Er trägt grausame Züge nicht nur in der Atmosphäre differenzierter Euthanasie oder gehäufter Verkehrsunfälle, sondern auch in der positivistischen Ratlosigkeit moderner Gesundheitsfürsorge. Vom Arzt verlangt man Strenge gegenüber seiner Aussage- und Wahrheitspflicht, namentlich bei bedenklicher Diagnose, und im Ernstfall seine Bereitschaft, den Schwerkranken medikamentös einzuschläfern; der entscheidungsschwere Vollzug persönlicher Vollendung vor der Ewigkeit droht pseudonym verdeckt oder anonym vereitelt zu werden. Wir sind heute sehr weit entfernt von einer *Ars moriendi*. Dabei sind nicht nur die Ansichten über den Eintritt des klinischen Todes in starke Bewegung geraten, sondern auch die berechtigten Auffassungen darüber, wieweit bei äußerem Reaktionsausfall auch die inneren Vorgänge und Erlebnisse abklingen. Aus unserer täglichen Erfahrung wissen wir, daß sich der Übergang — gerade der müde gewordenen alten Menschen — meist wie im Schlummer sanft vollzieht. Wir werden aber ebenso täglich Zeuge, daß der abgehetzte und verwirrte Mensch unserer Tage oft *völlig unvorbereitet* vor das Abenteuer seiner Lebensgefährdung, seiner Isolierung und Vereinsamung, erst recht seiner Verabschiedung gestellt wird. Das gilt nicht zuletzt für die Vielen, die erst im Lauf der Zeit abgekommen sind von ihrem Glauben, von Kirche und Gemeinde, von Gebet und Zuversicht. Krankenseelsorge wird sich hüten vor taktloser Aufdringlichkeit oder gar Proselytenmacherei, ausgerechnet bei Matten und Hilflosen, aber sie muß zur Verfügung stehen können auch mit der *Hilfe zur Heimkehr*.

In diesem Zusammenhang kommt unserm *seelsorglichen Wortdienst* besondere Bedeutung zu, sowohl in der Predigt beim Krankengottesdienst, an dem durch die Übertragung auf den Hausrundfunk viele Bettlägerige teilhaben, wie namentlich im Gespräch am Krankenbett. Hier lebt in „Hausbesuch“, Dialog und ökumenischer Begegnung vieles von dem auf, was etwa in der überlasteten Pfarrtätigkeit weithin unmöglich bleibt. Vor allem erwartet man mit Recht vom Krankenseelsorger einen *echten Trost des Leidens*, über alle hohlen Phrasen und leeren Schlagworte, über hilflose Ablenkungsmanöver und auch „barmherzige“ Lügen hinweg. Diese Erwartung hegen nicht zuletzt die wirklich Schwerkranken, die Siechen und Unheilbaren, die im Alter Gereiften. Ohne einem Dolorismus mit einseitiger Vergötzung des Leidensanteils zu verfallen, soll sich gerade der Krankenseelsorger respektvoll dem Leidensproblem stellen, wobei er die Botschaft der christlichen Eschatologie nicht übersehen darf. Daraus sollte aber auch eine Hilfe erwachsen für eine vordringliche Aufgabe unserer Verkündigung; nachdem die christliche Botschaft in den vergangenen Jahrhunderten für Menschen mit der schon erwähnten kurzen Lebenserwartung sich vorwiegend an Kinder, Jugendliche und jüngere Ehepaare wandte, wird sie sich nun stärker als *Verkündigung für reife Menschen* verstehen und darstellen müssen. Die Krankenseelsorge kann zu dieser Entfaltung sowohl inhaltlich wie methodisch gewiß einen wertvollen Beitrag leisten.

So hat sich von dieser Seelsorge in den letzten Jahren eine eigene *Alterspastoral* abgezweigt. Natürlich nicht in dem Sinne, daß alte und kranke Menschen gleichgestellt würden, sondern als einführende Kenntnisnahme der Tatsache, daß heute die meisten Menschen nicht mehr zwei oder drei, sondern fünf Zyklen zu je 14 Jahren zu leben und zu bewältigen bekommen. Wenn meine bescheidene „Alters-seelsorge“ in mehrere Sprachen übersetzt und mein Büchlein „Abend in Gott“ mit

über 150.000 Exemplaren ein Bestseller wurde, so wird daran die breite Aktualität einer christlichen Gerontologie und gemäßen Altersseelsorge deutlich. Hier bestätigt sich die Absicht, die auch die Krankenseelsorge weithin prägt, nicht in einem fort auf die Anvertrauten einzureden oder sie in einen ermüdenden Dialog hineinzuzwingen, sondern zur inneren Stille, zur wohltuenden Besinnung, zur gesegneten Betrachtung und zu einer schönen *Gebetskultur* zu führen. Wir haben uns in diesem Sinne viel Mühe gemacht und zahlreiche Anregungen oder Hilfsmittel beigelegt. Der Rundfunk mit seinen Gottesdiensten und Kranken-Sendungen bedeutet hier eine unschätzbare Hilfe, besonders wo – über literarischen Kurzweil hinweg – ernsthaft auf die Bedürfnisse und Anliegen der Kranken eingegangen wird. Andererseits entfaltet sich – gerade nach dem Konzil – vielfältig in unsern Krankenanstalten eine reiche Liturgie sowohl in der Meßfeier wie bei Wortgottesdiensten, bei der Sakramentspendung auf den Zimmern wie als Brauchtum im Lauf des Kirchenjahres, mit zahlreichen Segnungen und schöner Tagesweihe, so daß Einsamkeit und Bedrohung gnadenhaft aufgehellt werden.

Diese *Lebensweihe der Leidenden* erfährt einen bewegenden Ausdruck im *Krankenapostolat*. Ohne sich das Wort von einer eigenen „Welt der Kranken“ zu eigen zu machen, haben sich bei uns zehn Gemeinschaften entwickelt, darunter solche mit rund 40.000 Kranken, wo sich Dauernkranke schicksalhaft zusammenfinden und „einer des andern Last mitträgt“. In der „Fraternität“ besucht der Gehfähige den Bettlägerigen und in der „Union“ schreiben sich die seit langem ans Zimmer Gefesselten in Zirkeln zu zehn fortwährend verlängerte Rundbriefe. Allen gemeinsam ist die Geborgenheit im Glauben und die Bereitschaft zum Opfer, dessen Segen und fürbittende Kraft der ganzen Menschheit zugute kommen soll.

Unweit davon arbeitet die Seelsorge für die *Sinnesgeschädigten*. Gewiß – Blinde sind keine Kranken, aber unsere Pastoral für *Blinde, Taubblinde, Gehörlose und Taubstumme* hat sich bei aller Verschiedenheit in der Methode auf das gemeinsame Ziel der Heilsvermittlung trotz körperlich bedingter Hindernisse eingestellt. Verschieden sind bereits die *Ansatzpunkte*; sie liegen kompensatorisch beim Blinden mehr im Gehör, beim Gehörlosen im Gesichtsfeld, beim Körperbehinderten in der lokalen Fixierung, beim Invaliden in der Muße, im Angebot an Zeit, im Mangel einer Aufgabe. Dementsprechend wird die *Chance* wahrgenommen werden können: Beim Blinden in seiner Ansprechbarkeit, Geduld, Besinnlichkeit und Innerlichkeit; beim Gehörlosen in seinem Geltungswillen, im Bildungshunger und Wissensdurst, im Ernstnehmen und Respektieren seiner Menschenwürde; beim Körperbehinderten in der taktvollen Bedachtnahme auf seine Grenzen, seine Empfindlichkeit, im Verhüten falscher Töne, in der Herzlichkeit der Begegnung; beim Invaliden schließlich in der Achtung vor der errungenen Lebensform und gewonnenen Lebensweisheit, vor seiner erkämpften Freiheit und Ehre, in der Zuweisung gemäßer Aufgaben. Dabei müssen gerade wir in der Seelsorge uns hüten vor einem *Jargon der Schlagworte*, der etwa die Blinden gedankenlos auf „ihr inneres Licht“ vertröstet, die Gehörlosen als beschränkt oder störrisch verdächtigt, den Körperbehinderten als „Krüppel“ bezeichnet und gegenüber dem Invaliden eine kitschige Kindergartensprache mit Verharmlosungen bevorzugt. Die Situation des Benachteiligten und erst recht des Leidenden sollte uns alle einen falschen Zungenschlag vermeiden lassen.

Man wird dafür Verständnis haben, wenn aus unsern allgemeinen Erwägungen die seelsorgliche Begegnung mit Psychopathen einerseits und mit Geisteskranken andererseits ausgeklammert wird; beide haben ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten, Methoden und Träger. Aber angesichts der Tatsache, daß der weitaus größte Teil unserer Krankenhauspatienten nach einigen Wochen Behandlung wieder nach Hause geht, und nach mehreren Monaten erneut in ärztliche Betreuung zurückkehrt, wird unsere Seelsorge ständig mit dem *Ernst der menschlichen Situation* in der modernen Industriegesell-

schaft konfrontiert. Zahllose Schädigungen von Gesundheit und Leben werden unbedenklich hingenommen – von der Pest in Luft und Wasser und dem Gift in der Nahrung über die Lärmplage und andere Nervenzerrüttungen bis zum Übermaß an Alkohol, Nikotin und Drogen; die Umkehrung des Erholungszieles der Urlaubszeit durch Umtrieb und Enthemmung geht immer noch weiter; die forcierte Frühvergreisung junger Menschen durch zerstörenden Selbstverbrauch wird eher noch angefeuert, und auf diesem Untergrund sind viele Zeitgenossen auf Krankenschein, Anstaltsbett und Medikament aus, ohne einen eigenen Gesundheitswillen als Voraussetzung sinnvoller Therapie ins Spiel zu bringen. So ist es kein Wunder, daß man damit nicht fertig wird, wenn alle Selbsttäuschung versagt und die Bedrohung ernsthaft gefährdet. Wir spüren in der Krankenseelsorge den wachsenden Druck einer Welle von Lebensmüdigkeit und Selbstmord, von Ansinnen zur Euthanasie, von Bereitschaft zu Kindesmißhandlungen und Verkehrsdelikten. Nicht immer ist dabei eine zynische Anthropologie oder Lebensphilosophie am Werke, aber nichts ist vielen weniger selbstverständlich geworden als die ganz *persönliche Mitverantwortung* um Gesundsein und Gesundwerden in einer angemessenen Lebensführung. Die Versorgungskategorien verstricken in Hilflosigkeit, wenn man das eigene Schicksal leichtfertig aufs Spiel setzt und sich im Bedarfsfall auf die Fürsorge der Öffentlichen Hand verlassen will. An manchem Krankenbett werden wir daran erinnert, daß neben dem Herrenwort: „Steh auf und geh nach Haus“ (Lk 5, 24) die Mahnung steht: „Du bist nun also gesund geworden. Sündige nicht mehr, damit dir nichts Schlimmeres widerfahre!“ (Jo 5, 14). Um so mehr ist zu bedauern, daß es weder organisatorisch noch personell möglich ist, die Seelsorge auf die zahlreichen Einrichtungen der Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen und Heilbäder auszudehnen, die als eigentliche *Kurbetriebe* gelten können; über 760.000 werden im Jahr auf Kur geschickt und stehen in deren Verlauf oft auch vor der Aufgabe einer grundlegenden Neuordnung ihres Lebens.

Ob die Seelsorge überhaupt zum Zuge und wie sie an ihr Ziel kommt, hängt in nicht geringem Maße von der Umgebung des Patienten ab, von seinen Zimmergenossen und Besuchern, vor allem aber vom *Pflegepersonal*. Neben den fast 35.000 Ärzten wirken in den deutschen Krankenanstalten über 98.000 Pflegepersonen, davon 67.000 Krankenschwestern. In diesem Zusammenhang darf daran erinnert werden, daß zur Erreichung des gesundheitsfürsorgerischen Zwecks unserer Krankenhäuser auch Verwaltung (mit 21.000 Köpfen) und Wirtschaftspersonal (die größte Gruppe mit 120.000 Mitarbeitern) gehören. Hier soll nicht weiter auf die äußeren Probleme eingegangen werden: Ich habe vor mir eine Statistik eines modernen Hauses mit 350 Betten, das Personal aus 22 (!) Nationen hat und wo bei 315 Personen des Pflegedienstes 1966 ganze 237 Aus- und Neueintritte verzeichnet wurden. Unter diesem kurzen Schlaglicht wird klar, daß es – seit je – zu den Obliegenheiten der Krankenseelsorge gehört, sich um das menschliche Wohl und seelische Heil des Personals zu sorgen, für eine entsprechende Prägung des Stils und der Atmosphäre des Hauses einzustehen, die christliche Sinngebung der Krankenpflege mit ihrer ständigen Überforderung zu ermöglichen, die Grundlagen ihrer Berufsethik im nachrückenden Nachwuchs sichern zu helfen. Wenn die große Auflage meiner „Berufsethik für katholische Krankenpflege“ in drei Monaten vergriffen war und weit über den konfessionellen Raum verbreitet wurde, so mag das unterstreichen, wie redlich auch heute um einen rechten Dienst am kranken Menschen gerungen wird. Die beratende Funktion des Seelsorgers zur Gewissensentscheidung in Konfliktsfällen sei nur am Rande erwähnt.

Von Schwierigkeiten in der *Kompetenz oder Präzedenz* zwischen Arzt und Seelsorger ist heute nicht mehr viel die Rede. Sie lassen sich um so leichter vermeiden oder beheben, als wir gerade nach dem Konzil von jeglichem klerikalen Integralismus weit entfernt sind und die demütige Dienstbereitschaft eines Johannes XXIII. noch unvergessen ist. Andererseits könnte der Seelsorger seine Aufgabe nicht erfüllen, wenn er ge-

zwungen wäre, noch eben geduldet durch das Haus zu schleichen, fast illegal und eilfertig eine Blitzliturgie zu inszenieren, höchstens am Abend noch ein Gespräch mit total erschöpften Patienten zu versuchen, und im übrigen nur in Notfällen zu bereits Bewußtlosen herbeizitiert würde. Er soll seines Amtes walten können, wo es geht um die Seele des Menschen, um sinnvolle Rückkehr ins Leben, um Bewältigung von Krankheit und Leid, von Alter und Siechtum, um Schuld und Vergebung, um Wahrheit und Hoffnung, und um das Sterben.

Darf ich zum Schluß noch einmal kurz zu sprechen kommen auf die daheim *Bettlägerigen*? Wer nimmt sich ihrer an? Im letzten Jahr sind allein in einer einzigen Diözese 63 Stationen ambulanter Pflege in den Gemeinden draußen gekündigt worden — wegen des Nachwuchsmangels der Orden. Ich habe kürzlich eine Kranke daheim angetroffen, die seit 17 Jahren nicht mehr auf der Straße war, weil ihr Herzleiden jedes Treppensteigen unmöglich macht. Eine alte Dame gestand mir beim Krankenbesuch, daß sie seit 8 Monaten nicht mehr warm gegessen habe; sie besitzt noch einen Rest Schwarztee und eine Nachbarin bringt ihr jeden zweiten Tag einen Leib Brot. Eine andere liegt daheim, unheilbar aus dem Krankenhaus entlassen; jeden Morgen gegen 10 Uhr kommt die Pfarrschwester, legt trocken, gibt die Injektion gegen die furchtbaren Schmerzen und ein mitgebrachtes Süpplein, und dann ist die Leidende wieder allein, der Pein, dem Hunger und der Einsamkeit ausgeliefert. Was kann hier ein 64jähriger Pfarrer einer Großstadtgemeinde selber tun? Krankenseelsorge ist — wie jede Sorge um den Mitmenschen — immer wieder nicht so sehr Amtspflicht von Spezialisten, sondern Verantwortung aller. Das ist eine der großen Urkunden der Menschheit, wenn Christus vorhersagt: „Ich war krank, und ihr habt mich besucht. Denn was ihr einem von diesen meinen Brüdern, und sei es dem Geringsten, getan habt, das habt ihr mir selbst getan!“ (Mt 25, 40).

BRUNO REGNER

## Der Bischofbrief

### Ein Fastenhirtenbrief in neuer Form

Statt des herkömmlichen Hirtenbriefes in der Fastenzeit, der in allen Kirchen verlesen (und nur von einem Drittel aller Christen zur Kenntnis genommen) wird, hat Erzbischof Dr. Andreas Rohrer von Salzburg in der Fastenzeit 1967 eine neue Form der Kommunikation gewählt: Er schrieb einen persönlich gehaltenen Brief an die „Sehr geehrten Damen und Herren“ in seiner Diözese. Dieser Brief, der handgeschrieben war und in gutem Faksimile hergestellt wurde, enthielt die Bitte, zu den Fragen, die in einem Beiblatt angefügt waren, Stellung zu nehmen. Von besonderer Bedeutung war dabei der Wunsch des Bischofs, diese Stellungnahme „im Kreise Ihrer Familie, in Gesprächsrunden, in den Vereinigungen, denen Sie angehören oder im Pfarrausschuß“ durchzubespochen. Damit war ein gewaltiger Impuls für religiöse Gespräche und Diskussionen gegeben, der dann tatsächlich — mehr als man hoffen konnte — wirksam wurde.

### Vorbereitung der Synode

Der äußere Anlaß für diesen Brief war die angekündigte Diözesansynode 1968. Der Bischof wollte mit dem *Dialog* Ernst machen. Er wollte einmal selbst „hörende Kirche“ sein, damit er mit seinem Lehrwort nicht an den Menschen von heute vorbeiredete. Wie wir noch sehen werden, ist gerade die Unmittelbarkeit der Aussagen, die über den religiösen und geistigen Stand des „Volkes Gottes“ Aufschluß geben, von größter Wichtigkeit. Bauen wir in unseren Überlegungen und Plänen, in den Beschlüssen der