

Die Kirche und das Leid des heutigen Menschen

Die Gemeinschaft der Gefolgsleute Christi, Kirche genannt, ist von ihrem Stifter an die Leidenden verwiesen. „Arme (und Leidende) habt ihr allezeit in eurer Mitte.“ Der Dienst an der leidenden Mitwelt ist kein Anhängsel, keine „Aufgabe am Rande“, sondern Hauptsorge der Kirche auf ihrem Weg durch diese Zeit. Die Kirche muß deshalb dort sein, wo das Leid ist, wo es Leidende gibt, um mit ihnen mitzutragen und Hilfe zu sein. Diese Aufgabe recht zu erfüllen, muß sie daher stets aufgeschlossen bleiben für die Formen und Gestalten von Leid und Krankheit, die jeder Zeit eigen sind.

Die folgenden Ausführungen wollen das weite Feld heutiger Gefährdung des Menschen durch Krankheiten ableuchten und einige Hinweise der Entgegnung, des Dienstes durch die Kirche, die wir sind, versuchen.

I. Die soziologische Situation

Welches Ausmaß hat die Not, der wir uns als Kirche hiezulande und speziell als Seelsorger gegenübergestellt sehen? So weit darüber auf Grund äußerer Feststellungen etwas gesagt werden kann, mag Folgendes bedacht werden.

1) Die Not der leiblich Kranken

Wir haben in Deutschland etwa 3644 Krankenanstalten mit 651.353 Betten und etwa 208 Millionen Pfl egetagen pro Jahr, in Österreich 313 Krankenanstalten mit 25 Millionen Pfl egetagen. Durchschnittlich kommt jeder Mitteleuropäer für etwa 20 Tage in seinem Leben in das Krankenhaus. Das ist eine gewaltige Not, die da jährlich öffentlich registriert wird. Und doch wissen wir, daß die Zahl derer, die „daheim“, — also draußen in den Wohnsiedlungen, leiden, weit größer ist als jene in den Krankenhäusern. Die meisten Kranken liegen daheim in unseren Pfarreien. Auf die Krankenanstalten entfällt hiezulande nur ein Drittel aller Todesfälle. Nicht ganz zwei Drittel aller Menschen sterben außerhalb des Krankenhauses. Das Krankenhaus ist heute nicht sosehr Pflegeheim, als vielmehr Ort für die Diagnose, für den Ansatz der Therapie und des akuten Eingriffes: also Ort der Krankheitsfeststellung, das Kranksein muß der Mensch anderswo austragen.

Nahezu zwei Drittel (65 Prozent) aller Todesfälle des Jahres 1969 in Österreich haben nach Mitteilung des Statistischen Zentralamtes Herzkrankheiten, Kreislauferkrankungen oder Krebs zur Ursache. Diese sogenannten Abnutzungskrankheiten dominieren als Todesursache im höheren Lebensalter. Man stirbt heute infolge des Fortschrittes der Medizin, Hygienie und der daraus resultierenden höheren Lebenserwartung an Krankheiten, die man früher nicht mehr „erlebt“ hat. Anders im jugendlichen Alter: Hier werden die Erfolge der medizinischen Wissenschaft, besonders auf dem Gebiet der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, durch eine hohe Unfallsterblichkeit kompensiert. So beträgt der Anteil der Unfälle mit tödlichem Ausgang bei Knaben und Jungmännern zwischen dem 5. und 30. Lebensjahr mehr als die Hälfte aller Todesfälle dieser Altersstufen. In der Gruppe der 15- bis 20jährigen Burschen erreicht der Anteil der Unfallstoten (von 355 Gestorbenen waren es 240) sogar den Spitzenwert von zwei Drittel der Verstorbenen. Beim weiblichen Geschlecht schwanken diese Quoten im Kindes- und jugendlichen Alter zwischen 22 und 47 Prozent.

Unter den Kranken wiederum, die außerhalb des Krankenhauses leiden, befindet sich ein sehr großer Prozentsatz von chronisch Kranken, von Rollstuhl- und Dauerpatienten, von Behinderten, Verkrüppelten, irgendwie nur „Dreiviertelkranken“, von solchen, die im Leben „zu kurz gekommen sind“. Sie wohnen und leben oft in allernächster Nähe von uns, also gleichsam „im Schatten unserer Kirchtürme“. Zahlen sind leider Schicksale von Einzelmenschen, die sich herumschlagen mit der Frage nach dem

„Warum“, „Woher“ und „Wie lange noch“ etc., — bei oft kaum zu ertragendem Trommelfeuer von Schmerzen und körperlichen Qualen.

2. Die Not der seelisch Erkrankten

Ein statistischer Hinweis erübrigt sich. Er läßt die Brisanz, die heute in dem Stichwort „seelisch Erkrankter“ steckt, ohnedies kaum erkennen. Denn es gibt hier Formen, die klinisch niemals erfaßt werden.

a) Der heutige Mensch ist äußerst stark belastet durch seelische Erkrankungen. Das hat natürlich seine Gründe, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Man spricht davon, daß etwa jeder vierte Mitteleuropäer „angeschlagen“ ist und „sein Neuröschchen“ hat. Die meisten Erkrankungen im seelischen Bereich werden durch den Fachmann kaum erreicht. Denn die Befallenen verschließen sich und kommen damit nicht an das Tageslicht, sei es aus einer gewissen Verliebtheit in diesen Zustand, sei es, aus offensichtlicher Unfähigkeit, aus sich „herauszugehen“, sei es letztlich aus falscher Einschätzung. In einem utopischen Zukunftsroman unserer Tage heißt es, daß in Zukunft der normale Mensch der Kranke und Angeschlagene sein wird, und daß Ärzte nur noch für die wenigen Gesunden da sein werden.

b) Bei näherem Zusehen dürfte an die Seite einer gewissen paranoiden Welle (mit ihrer vorwiegenden Lebens- und Daseinsangst) eine *hysteroide* Welle getreten sein. Sie ist gekennzeichnet durch einen exaltierten Lebensdrang, den Drang zu besitzen, zu haben, zu genießen, — bei dem ein eben noch errafftes Statussymbol Personwert vortäuschen muß. Wir stecken in einer Hysterie des Prestiges, des Lebensstandes, eines Scheinbesitzes, hinter der Leere und Lebenslüge gähnen.

c) Wir stellen weiters fest, daß dieser insgesamt seelischen Not zuwenig Abhilfe gegenübersteht. Fachlich: wir haben zuwenig gut ausgebildete Psychotherapeuten und sonstige Fachärzte. Auf den medizinischen Fakultäten war in letzter Zeit eine Flucht der Studenten weg aus der Psychiatrie zu konstatieren. Auch das seelsorgliche Augenmerk ist für die seelischen Erkrankungen noch nicht da. Wir haben noch lange nicht das „Organ“, das Empfinden dafür, daß es sich in so vielen Fällen um *echte Erkrankungen* —, oft sogar schweren Grades! — handelt. Wir sprechen eher von charakterlichen Mängeln, von Verschrobenheiten („Der oder die hat ja einen Hieb!“), wir machen uns eher lustig über solche Menschen und lassen sie links liegen. Und offen gesagt: unsere Seelsorger sind für die Begegnung mit seelisch Erkrankten nicht geschult und vorbereitet.

d) Ein eigenes Problem, das einer eingehenden Darstellung für sich bedarf, dem wir uns als Kirche zu stellen haben, ist hier nur zu erwähnen: Das Suchtproblem mit all seinen Nebenerscheinungen.

3) Die Not der alten Menschen

Eines der brennendsten Probleme für die heutige Gesellschaft stellt der alte Mensch dar. Soziologisch ist zu bemerken, daß wir augenblicklich 25 Prozent aller Mitbürger zu den 60jährigen und darüber zählen müssen. 24 Prozent aller in Krankenhäusern belegten Betten sind von alten Menschen (über 60 Jahre) belegt. Jedoch 62 Prozent aller alten Menschen leben privat (nicht in Anstalten) und vereinsamt irgendwo auf dem Land oder in unseren Städten. Gerontologie, Geriatrie und Alterspastoral (innerhalb der Seelsorge) bemühen sich in erhöhtem Einsatz um den alten Menschen.

II. Die theologische Situation

Dieser Not, die hier nur kurz skizziert werden konnte, müssen wir uns als Kirche, als Seelsorger stellen. Noch einmal: wir haben dazu den klaren Auftrag durch Christus und sein Evangelium. „Geht hin und macht die Kranken gesund und sagt ihnen: das Reich Gottes hat sich euch genäht!“ „Wenn einer krank ist unter euch, ruft die Priester der Kirche!“ „Arme habt ihr allezeit in eurer Mitte!“ ... Die Kirche hat sich zu allen Zeiten in irgendeiner Form diesem Auftrag gestellt.

Welche Antworten können wir als Christen von Christus her grundsätzlich geben?

1) *Christi eigene Begegnung mit Leidgeprüften und Kranken ist bleibendes Beispiel echter seelsorglicher Entgegnung, das wir nachzuvollziehen haben, — um dadurch echt christlich zu helfen.* Christus hat sich persönlich der Not seiner Mitmenschen gestellt. Seine Krankenheilungen, — das „*Evangelium der Tat*“ —, sind der Rahmen seiner Begegnung mit den Notleidenden. Sie stellen letztlich eine Heilsbegegnung dar. Unsere Hinwendung muß nach dem Beispiel des Herrn ein Wirken des Heiles bedeuten. In der Art, wie er den Kranken begegnet ist, hat uns der Herr ein „*Tempo vorgelegt*“, einen Weg gezeigt, der nicht nur allzeit gangbar ist, sondern gleichzeitig spezifisch und typisch christlich ist: Christus ist zugänglich und offen für alle. „*ER heilte alle Kranken!*“ ER hilft in unmittelbarer Begegnung und in individueller Zuwendung; und er kuriert nicht kranke Organe, um nur „*an der Oberfläche*“ zu helfen, sondern ihm geht es um den *ganzen Menschen*, — um dessen letztgültiges Heilsein vor Gott.

2) Darüber hinaus haben wir die Antwort Christi anzubieten, die er auf das *Leid* selbst gibt. Die Fragen des „*Warum*“ und „*Wozu*“, „*Warum gerade ich?*“ sind ja nach wie vor die drängendsten in der Begegnung mit leidenden Menschen. Die Kirche muß sich um Antworten bemühen und diese weiterverkünden, — ob gelegen oder ungelegen! — wohl wissend, daß auch das Bodenlose und Abgrundtiefe des Leides seine Eigenständigkeit weiterhin behauptet. Die Antworten, die Christus gibt, sind kein theoretisches Abrechnen mit dem Leid, sondern *Lebenshilfen zur Bewältigung*: Gott kann auch aus dem „*Nichts*“ noch verherrlicht werden. „*Die Werke Gottes sollen an ihm (dem Kranken) offenbar werden!*“

Antwort ist (über den Wert der Sühne, der Läuterung und personalen Selbstwerdung, der Genugtuung hinaus) vor allem Christi eigenes Leben, sein eigener Tod, der das Prinzip der Stellvertretung, der Er-lösung, der Rettung für andere herausstellt. Das Leiden eines Christen kann als Fortsetzung dieses so vieldimensionalen Herrenleides verkündet werden.

3) Eine Entgegnung auf das Leid wird konkret in Gestalt und Applikation der *Krankensalbung* als Heiligung des Krankenstandes. Wie bekannt, hat sich in der Einstellung zu diesem Heiligungsmittel Christi in den letzten Jahrzehnten eine Wandlung vollzogen, die auch in den einschlägigen Dokumenten des II. Vatikanums ihren Niederschlag gefunden hat. Demnach haben wir es nicht mit einem „*Sakrament der Sterbenden*“ (oder gar schon Verstorbenen) zu tun, sondern mit einem Sakrament für Kranke und Leidende. Die Aussage dieses Sakramentes ist eine Antwort Christi auf die Frage des Leides, die wir nicht außer acht lassen dürfen.

III. Die pastorale Situation

Auf Einzelprobleme unserer Tage zugeschnitten, müssen wir als Kirche folgendes entgegnen:

1) *Im überindividuellen Bereich*

a) Wir müssen gesundheitspolitische Entwicklungen im Auge behalten und rechtzeitig unsere Antworten und christlichen Lösungen anbieten. Vom Ausland sickert beispielsweise in der Frage der Geburtenregelung eine Praxis ein, nach der die „*Pille*“ bereits durch Fürsorgerinnen (also außerhalb der ärztlichen Kontrolle) verabreicht wird. In den nordischen Ländern ist gesetzlich die Euthanasie (also Tötung auf eigenes Verlangen) freigegeben.

b) Wir haben unsere katholischen (konfessionellen) Krankenhäuser zu sichern gegen die sogenannten „*Schwerpunktkrankenhäuser*“, die Mammutanstalten fordern und die kleineren Anstalten minderbemitteln: das alles zum Nachteil des kranken Menschen und zum „*Vorteil*“ einer Entpersönlichung und Vermassung des Heilungs-Prozesses (= der menschlichen Begegnung und Betreuung). In der Bundesrepublik sind diese Großanstalten bereits Schwerpunkt der dortigen Regierung.

c) Wir müssen auch hierzulande die ambulante Krankenpflege in den Gemeinden (den politischen und kirchlichen) ausbauen für die vielen „Privatkranken“, im Sinne ehrenamtlicher Hauskrankenpflege; dazu ist erfordert die systematische Durchführung von etwa 6 bis 8wöchigen Kursen. (In einer deutschen Diözese wurden innerhalb von 6 Monaten 22.000 Frauen und Mädchen für diese Hauskrankenpflege ausgebildet.)

d) Unsere Antwort auf das *Altersproblem* muß entschiedener forciert werden. Im Ausbau einer gültigen Alterspastoral; in Einrichtung einer spezifischen Altersbetreuung durch ausgebildetes Pflegepersonal (in Österreich wären sofort mindestens zwei Alterspflegeschulen nötig; in der Bundesrepublik Deutschland gibt es kirchlicherseits deren bereits 12); in der gezielten seelsorglichen Betreuung der Rentner und Alten auf Pfarrebene. Wie aus der Presse bekanntgeworden ist, haben sich gerade die Frauenorden Österreichs ernstlich dieses Problems angenommen und auf der gesamt-österreichischen Tagung der weiblichen Orden Österreichs in Vöcklabruck (Ende Jänner 1971) in Erwägung gezogen, eine „Schule für Altenhelferinnen“ zu eröffnen.

e) Wir müssen der heranrollenden Lawine der Suchtgefährdungen positiv entgegenwirken.

f) Wir müssen schließlich auch kirchlicherseits und seitens der regulären Seelsorge die Nachwuchssorgen für die Krankenpflegeberufe im Auge behalten. Augenblicklich ist man in dieser „Nachwuchsfrage“ für die Krankenpflegeberufe ein wenig sorglos, weil die hohe Anzahl der Schwestern täuscht. In Österreich stehen 12.000 Schwestern für die große Pflege zur Verfügung. Jedoch ein Viertel dieser Zahl besteht aus Schülerinnen. Das ist bedenklich. Es besagt, daß eine Krankenschwester in ihrem Beruf „nicht alt“ wird. (Unter den Kinderschwestern sind sogar 70 Prozent dieses Berufsstandes Schülerinnen.) Das bedeutet, daß für den größten Teil der Anwärterinnen nicht der Beruf selbst das Ziel ist, sondern das Diplom, und zwar als „Lebensversicherung für alle Fälle“. (Krankenschwestern, vor allem Kinderschwestern, sind sehr begehrte Bräute!) Die religiöse und ethische Schulung dieser Pflegekräfte verdient mehr Beachtung, als das bisher der Fall war. Sie stehen im vordersten Frontgebiet, in unmittelbarem Einsatz gegen das Leid, und erleben am unmittelbarsten die „Grenzsituationen“ des Lebens. Ein überzeugter Christ auf diesem Posten kann eminent viel Gutes wirken und die Barmherzigkeit Gottes leuchtend aufstrahlen lassen.

2) Im Bereich der persönlichen und abgrenzbaren Begegnung mit Leidenden

a) Der konkreten Not eines Mitmenschen muß man mit einer gültigen Antwort begegnen können. Wir brauchen daher vor allen „praktischen Hantierungen“ eine tragfähige Theologie des Leidens, eine echte „Kreuzestheologie“. Es ist bedauerlich, daß wir diese weitgehend *nicht* haben. Wohl haben wir eine gut formulierte Theologie der Aktion und man hat bisweilen den Eindruck, daß heute nur der aktive und rührige, „christliche Kraftmensch“ das Ideal ist, der „Kraftmeier von Christ“, der in nimmermüdem Einsatz etwas „tut“ für das Reich Gottes; daß nur er gewertet und beachtet wird, der Leidende aber zu einer „quantité négligeable“ geworden ist.

b) Darum gilt es nicht nur, die psychologisch recht günstige Situation der Krankheit für den Aufbruch des Menschen zu Gott hin zu nutzen, sondern den Leidenden selbst auch zu engagieren im Sinne echten Mittuns in einem „Krankenapostolat“, sei es in der Form der Gemeinschaft (wie das die Fraternité oder die Katholische Krankenvereinigung erreicht), sei es durch persönlichen Kontakt von Seelsorger und Kranken für einzelne aktuelle Anliegen der Seelsorge. Das Echo vieler, vor allem chronisch Erkrankter: „Gebt uns etwas zu tun im Reiche Gottes!“

c) Die ganze Gemeinde muß für die Kranken und Leidenden der Pfarrei aufgeschlossen werden. Predigten und Ansprachen sollten dieses Kapitel nicht meiden. Der „Altentag“, der „Tag der Kranken“ sollte zum fixen Programm des Kirchenkalenders gehören. Diesem Zweck soll auch eine eigene Krankenkulturgie dienen. Neuerdings sind Kran-

kenmessen in den Privathäusern möglich. Welch eine Ausstrahlung von einer solchen Eucharistiefeier nicht nur auf die Kranken selbst, sondern auf alle Mitfeiernden doch ausgeht!

Unsere Jugendgruppen, unsere Frauenrunden etc. haben eine ideale und bleibende Betätigung in der Mitsorge für die Alten und Kranken der Pfarre.

d) Der Hauptseelsorger für die Kranken ist und bleibt aber der Priester. Er ist als erster von Christus angewiesen, sich der Kranken und Leidenden anzunehmen. Muß es gesagt werden, daß man zu dieser Seelsorge mehr Zeit braucht als zu jeder anderen? Und Zeit haben wir heute so wenig! Denn der Leidende möchte sich aussprechen können. Wir müssen davon abrücken, daß sich diese Seelsorge in einem sakramentalen Funktionalismus erschöpft. Die Sakramentenspendung ist nur der Spitzenfall, allerdings auch die Krönung jeder Seelsorge am Leidensort. Wichtig ist eine echte Gesprächsfähigkeit aus innerer Nähe zu Kreuz und Leid. Nichts wäre verhängnisvoller als salbungsvolle Besserwisserie, die mit einigen frommen Phrasen aus meilenweiter Distanz über den Leidenden hinwegredet. Das Leid kann nur gemeistert werden, wenn es mitgetragen wird. Und vor jeder theoretischen Antwort haben wir als Kirche unsere Schultern anzubieten, mit denen wir die Last des andern tragen, weil wir nur so das Gesetz Christi erfüllen.

Es gibt keine dankbareren Mitglieder der Gemeinde als die Kranken (und übrigens auch deren Verwandten), denen man ganz Stütze und Hilfe sein will. Es geht von ihnen ein Segen aus, den man oft mit Händen greifen kann. In den Leidenden ist Christus unter uns geblieben und wir sollten als Kirche an diesem Christus nicht vorübergehen!

KARL H. NEUFELD

Theologische Ausbildung heute — ein neues Modell

Endgültige Formen für die Vorbereitung auf das Priestertum wurden noch nicht gefunden; verschiedene Versuche hat man angestellt. Was die Neuordnung der theologischen Studien betrifft, so wird seit längerem über den Grundkurs und eine Neuverteilung der Vorlesungen bzw. Übungen verhandelt, doch steht man mit den praktischen Versuchen am Anfang und hat noch wenig Erfahrung. Diese Neuordnung hängt zudem von der allgemeinen Hochschulreform ab, die noch nicht überschaubar ist und auch die theologischen Hochschulen tangiert, die nicht als Fakultäten einer Universität eingegliedert sind. Andererseits macht sich gerade in Umbruchszeiten die Reserve der kirchlichen Autoritäten gegenüber Änderungen des Bestehenden bemerkbar. In ruhigeren Zeiten der Theologie Freiheit zu lassen auf der Suche nach möglichst brauchbaren Formen des Lehr- und Lernbetriebes, das erfordert nicht diesen Mut, der heute verlangt wird.

Bei allen Reformversuchen sieht sich also die Theologie von anderen Faktoren abhängig. Und das ist normal, da sie nicht autonom ist, sondern einen Dienst leisten will. Andererseits kann sie nicht ohne eigenen Raum leben, in dem sie frei nach eigener Verantwortung wirkt. Oft scheint die Abhängigkeit von außen so groß, daß das notwendige Eigenleben der Theologie bedroht ist. Früher konnte man dann ausweichen in ein anderes theologisches System, in eine andere Hochschule, in neue Fächer und dergleichen. Heute beobachten wir z. B., wie sich die naturwissenschaftliche Forschung weitgehend aus den Universitäten zurückzieht und in großen Industriebetrieben, in privaten und öffentlichen Forschungsinstituten bessere Bedingungen und mehr Förde-