

ERICH GARHAMMER

Seelsorge im Krankenhaus

Anmerkungen zu einem Krankenhauspraktikum

Primär wird hier das Praktikum an einer Hochschule beschrieben; es werden aber damit Fragen und Probleme von großer Wichtigkeit aufgegriffen. Der Blick wird geschärft für schwierige Situationen des Seelsorgers; große Behutsamkeit im Umgang mit Kranken und Sterbenden wird eingefordert. Der Verfasser ist Dozent für Homiletik an der Theologischen Fakultät der Universität Passau. (Redaktion)

1. Zur Begründung von Praktika in der Pastoraltheologie

Die Disziplin der Pastoraltheologie an den theologischen Fakultäten ist ein Ergebnis des praktischen Interesses der Aufklärungszeit.¹ In der Ausdifferenzierung der verschiedenen Spezialberufe wurde auch ein professionelles Priesterbild entwickelt, das sich nicht mehr ausschließlich auf das Charisma der unbeeinflussbaren Gnadenwirkung zurückführte, sondern ein hohes Maß an speziellen Fertigkeiten aufweisen sollte. Das Ideal des „Pastor bonus“, das aus dem Umkreis jansenistischen Gedankenguts stammte und stark asketische Merkmale aufwies, wurde zum pragmatischen Modell eines theologischen Funktionärs verändert, der das teilweise noch magisch durchsetzte Alltagswissen der Menschen rational aufhellen mußte. Der Priester als Aufklärer war geboren. Die Rationalität bewies freilich sehr schnell ihre Eigendynamik: Stand sie zu Beginn noch im Dienst der Theologie

und des Glaubens, so streifte sie diesen Dienstcharakter bald ab und entdeckte ihre eigene Autonomie. Theologie mußte nun *sub specie rationis* betrieben werden. Diese Rationalität, die die historisch-kritische Methode im Gefolge führte, wurde zum Fundamentalprinzip des Theologietreibens. Daß Theologie für vernünftige Argumentationsmuster offen war, war dabei nicht neu: Anselm von Canterbury und Thomas von Aquin seien für diesen durchaus nicht vernunftfeindlichen, traditionellen Typus von Theologie genannt. Nunmehr hatte sich freilich der Vernunftbegriff gewandelt: Aus der herkömmlichen Vernunft, die der Weisheit des Hörenkönnens, des Vernehmens entstammte, war die instrumentelle Vernunft geworden, die im Zugriff analytischer Methoden Wirklichkeit nicht mehr nur deutete, sondern erst festlegte, was Wirklichkeit eigentlich sei. Unter den theologischen Disziplinen fiel diese Aufgabe der Pastoraltheologie zu. Sie wurde konzipiert als der Sinnhorizont der theologischen Traktate und entschied über deren Brauchbarkeit bzw. Unbrauchbarkeit. Als sinnstiftendes Kriterium wurde dabei die Optimierung der Lebensmöglichkeiten der Menschen verwendet. Diese faszinierende Perspektive verlor freilich in dem Moment ihre Plausibilität, in dem sich die Dialektik des Fortschrittsglaubens erwies. Die pastoraltheologische Disziplin war genötigt, nach ihrem Spezifikum jenseits gesellschaftlicher Heilszu-

¹ Zur Geschichte der Pastoraltheologie vgl. N. Mette, *Theorie der Praxis. Wissenschaftsgeschichtliche und methodologische Untersuchungen zur Theorie-Praxis-Problematik innerhalb der praktischen Theologie*, Düsseldorf 1978.

stände zu fragen. Sie begann zu lernen, daß sie selber kritische Theorie der Wirklichkeit zu sein hat und in der Lage sein soll, mit den Impulsen des Evangeliums eine neue Praxis zu stiften. Diese Anleitung kann aber nicht nur lehrhaft-aufklärerisch geschehen, sondern bedarf des faktisch gelebten Lebens als Bezugspunkt. Die praktischen Handlungsfelder der Seelsorge, die die Pastoraltheologie bedenken und reflektierend verändern will, fordern demnach mehr als eine theoretische Darbietung; sie verlangen praxisbegleitende Maßnahmen und theoretisch antizipierte Praxis. Das der Pastoraltheologie inhärente Dilemma von theoretischer Wissenschaft und Praxisbefähigung erweist sich unter diesem Gesichtspunkt als Chance; die konkrete Praxis zu bedenken und in ersten Versuchsschritten eine neue Praxis zu initiieren, führt zu einer Entzerrung der oft beklagten Kopflastigkeit des Studierens. Daher haben Praktika in der Theologenausbildung ihren legitimen und notwendigen Ort. Sie dürfen aber nicht nur als zu erbringende Leistungen vorgeschrieben werden, sondern brauchen eine fachkundige Begleitung.

2. Das Selbstverständnis der Medizin heute: Ansätze für den Seelsorger

Nicht nur die Pastoraltheologie ist in ihrer Methodik stark von der Aufklärung geprägt, auch die Medizin hat in dieser Epoche einen Wandel im Selbstverständnis vollzogen.² Bis dahin war der Gesundheitsbegriff der Antike nach wie vor gültig: Nach der Auffassung des Hippokrates bedeutete Gesundheit nichts anderes als die Harmonie der Körpersäfte; der Arzt

hatte die Aufgabe, durch beratende Begleitung und Aufforderung zur richtigen Lebensweise (Diätetik) zu dieser Harmonie beizutragen. Er war nicht der „Macher“, sondern der Kybernet.

Diese „Humoralpathologie“ wurde erst im 18. Jahrhundert abgelöst durch die Konzentration auf das Nervensystem mit der neuen Methode des Reiz-Reaktions-Mechanismus. Die Krankheit wurde nicht mehr den Umwelteinflüssen oder einer falschen Lebensweise zugeschrieben, sondern ausschließlich im Zusammenhang mit dem befallenen Organ oder Körperteil betrachtet. Das Standardwerk dazu lieferte der Italiener Giovanni B. Morgagni mit seinem fünfbändigen „De sedibus et causa morborum“ (Venedig 1761). Die Reduktion der Krankheit auf das erkrankte Organ erhöhte die Heilungschance, schloß aber kosmische und diätetische Zusammenhänge aus. Gesundwerden bedeutete nun, gegen einen erkrankten Körperteil anzukämpfen. Die Krankheit wurde vom übrigen Leib, und der Kranke von der übrigen Gesellschaft isoliert. Das Krankenhaus als medizinische „Reparaturwerkstatt“ entstand, der ärztliche Blick³ veränderte sich von der makroskopischen Lebenswahrnehmung zur mikroskopischen Diagnose. Zu solchem Blick und dem anschließenden Eingriff gehörte hinfert geschultes Wissen; das Alltagswissen über die Gesundheit und Krankheit wurde abgelöst von der Delegation dieses Wissens an einen professionellen Stand.⁴ Mit der Verfeinerung der Methoden und der Notwendigkeit von Apparaturen wurde schließlich das Krankenhaus zur „Absorptionszentrale“ des Krankseins. Damit freilich stellte sich die

² Zur Geschichte der Medizin vgl. H. Schipperges, *Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte*, Stuttgart 1970, und ders. (u. a.), *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Freiburg 1978.

³ Dieser Terminus entstammt der Untersuchung von M. Foucault, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blickes*, München 1973.

⁴ Zur Professionalisierungsdebatte in der Medizin vgl. P. Unschuld, *Professionalisierung und ihre Folgen*, in: Schipperges, *Krankheit*, 517–555.

Medizin unter einen permanenten Erfolgszwang; das Krankenhaus wurde nämlich als Ort der Wiederherstellung der früheren Gesundheit gesehen. Mit der Zunahme der Heilungserfolge war allerdings die Nachtseite des Lebens, der Tod, zur vermeidbaren Ausnahme, ja zum Unfall geworden, der kaschiert werden mußte, wenn er sich wirklich ereignete. Vor einem solchen Anspruch mußte der Sieg der Medizin zum Pyrrhussieg werden, weil sie dauernd Siegesnachrichten zu verbreiten hatte und ihre Angeschlagenheit vom Tod nicht eingestehen durfte — jedoch immer neu bewiesen bekam. Die Medizin heute ist — trotz aller Erfolge — auf der Suche nach einem alternativen Modell: Gesundheit wird wieder mehr als das Fertigwerden mit den eigenen Krankheiten und Krisen gesehen denn als Zustand von Schmerzfreiheit. Der Horizont der Endlichkeit des Lebens gerät neu in den ärztlichen Blick. Die Mediziner sind in der postaufklärerischen Phase zusehends zum Gespräch mit den Humanwissenschaften, aber auch mit der Theologie bereit. Eine Folge davon ist das therapeutische Team im Krankenhaus, in dem auch der Seelsorger seinen Platz hat. Für dieses Gespräch muß freilich auch der Theologe qualifiziert werden, auch wenn die Krankenhauspastoral im späteren Alltag sehr viel bescheidener, aber deswegen keineswegs anspruchloser aussieht.

3. Krankenhauspraktikum als Angebot

Wie ein Krankenhauspraktikum im Verlauf des Theologiestudiums aussehen kann, sei an einem Beispiel gezeigt. Am Lehrstuhl für Pastoraltheologie in Regensburg wird alle zwei Jahre ein solches Praktikum angeboten. Planung und

Durchführung sollen im folgenden näher geschildert werden.

3.1. Vorbereitung auf das Praktikum

Schon vor Beginn des eigentlichen Praktikums mußte sich jeder Teilnehmer mit einem Spezialproblem der Krankenhaus-seelsorge auseinandersetzen und dazu ein Referat erstellen. Die Themen waren dabei breit gestreut, um das ganze Spektrum dieses pastoralen Feldes zu eröffnen: Psychologisches, mitmenschliches und geistliches Verhalten des Seelsorgers am Krankenbett — Situation des Kranken im Krankenhaus — Sterbebegleitung im Krankenhaus — Feier der Krankensalbung — Kirchliche Erklärungen zur Krankenpastoral — Der Krankenbesuchsdienst der Gemeinde — Das Gebet mit Kranken und für Kranke — Zusammenarbeit von Arzt, Pflegepersonal, Seelsorger und Krankenhausleitung: Möglichkeiten, Probleme, Grenzen.

Diese Themenliste bot die Möglichkeit zur theoretischen Reflexion eines Problemreiches der Krankenhauseselsorge und veranlaßte den einzelnen Teilnehmer zur Beschäftigung mit einschlägiger Literatur. In einem Rollenspiel wurde die Gruppe auf die Situation im Krankenhaus vorbereitet. Dabei lösten sich sichtlich die ersten Verkrampfungen. Durch simulierendes Spiel eines Krankenbesuches wurden elementare Gesprächsregeln eingeübt, wobei natürlich die Eröffnungsphase im Vordergrund stand.

Ein gemeinsamer Besuch im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg,⁵ ein Gespräch mit dem Prior und der Schwester Oberin und eine anschließende Führung durch das Haus dienten dem Vertrautwerden mit der künftigen Aufgabe.

⁵ Zu den Problemen des kirchlichen Krankenhauses heute vgl. J. Kessels (u. a.), *Die Gestalt des Kath. Krankenhauses*, Freiburg 1981, u. H. J. Pottmeyer, *Das kirchliche Krankenhaus — Zeugnis kirchlicher Diakonie*, in: Essener Gespräche zum Thema Staat und Kirche, Bd. 17, Aschendorff 1983, 62–82.

3.2. Durchführung des Praktikums

Die Auswahl der Stationen wurde mit der Krankenhausleitung vorher abgesprochen. Je zwei Teilnehmer bildeten ein kleines Team und übernahmen zwei medizinische Stationen, wobei es sich als zweckmäßig und psychisch eher verkraftbar erwies, wenn eine „leichtere“ mit einer „schwierigeren“ Station gekoppelt wurde. Notwendig und hilfreich war auch eine Kurzinformation über die medizinische Problematik der einzelnen Stationen.

Die erste Woche war als Pflegepraktikum konzipiert. In den nächsten drei Wochen schloß sich das Gesprächspraktikum an: von 16 bis 19 Uhr war Zeit zum Gespräch mit den Patienten. Je nach Fluktuation auf der Station entwickelte sich eine kontinuierliche oder auch nur einmalige Gesprächsmöglichkeit. Mit zunehmender Dauer wuchs die Sensibilität bei den Teilnehmern für die Signale der Kranken. Nach der intensiven Gesprächsmöglichkeit mit den Patienten erfolgte täglich von 19 bis 20.30 Uhr eine Nachbesprechung im Plenum bzw. in der Gruppe. Im Plenum wurden aktuelle Erfahrungen und Erlebnisse ausgetauscht, dann erfolgte eine thematische Auseinandersetzung mit Problemen der Krankenhauseelsorge anhand der Referate und der inzwischen gemachten persönlichen Beobachtungen. In der Einzelgruppe wurden vor allem einzelne Situationen, die als ge- oder mißlungen empfunden wurden, und Gesprächserinnerungen verarbeitet; das Gesprächsprotokoll war dafür eine wertvolle Hilfe. Daneben bestand für jeden Teilnehmer die Möglichkeit zum Einzelgespräch mit den Gruppenleitern, die eifrig benützt und auch in der Schlußauswertung als sehr positiv registriert wurde.

Neben der unmittelbaren Praxisbegleitung hatte das Praktikum auch eine spirituelle Dimension. Es wurde mit einer Aussendungsfeier für die Teilnehmer eröffnet

— wobei die Handauflegung als besonders eindrucksvoll erlebt wurde — und mit einem gemeinsamen Gottesdienst abgeschlossen. Mit den Kranken wurde ebenfalls ein Gottesdienst gefeiert, den die Studenten vorbereitet hatten; darüber hinaus nahmen manche an der Kommunionausteilung oder der Spendung der Krankensakramente teil. Gerade auch diese Erfahrungen schafften eine gute Beziehung zu den Kranken.

In den Gruppen wurde das Gebet für die Kranken geübt, nicht als Ersatz einer nicht gelungenen menschlichen Kommunikation, sondern als deren Vertiefung. Eine Möglichkeit dazu bildete ein fiktiver Brief des Trostes und der Ermutigung an einen Kranken, um dadurch die eigene Theologie zu klären. Es zeigte sich bei diesem „Schreibvorgang“ eine Klärung der Beziehung zum Kranken; das Gebet wurde dadurch als intensivere Beziehung mit einem Menschen erlebbar, die Gefahr stereotyper Leerformeln oder der Zuspruch von „billiger Gnade“ (Bonhoeffer) wurden vermieden.

Im Laufe des Praktikums sollte auch die Institution „Krankenhaus“ transparent gemacht werden. Der spätere Seelsorger (Pastoralassistentin) steht ja in der Gefahr, seinen Kontakt zum Kranken zu individualisieren und vom Ort der Begegnung zu abstrahieren. Dabei kann es oft zu unliebsamen Konflikten kommen, wenn der Betrieb eines solchen Hauses gestört wird. Der Seelsorger „verarbeitet“ dann den kühlen Ton der Angestellten ihm gegenüber oft damit, daß er das ganze Haus für unchristlich erklärt.

Das Leben und der Ablauf im Krankenhaus müssen also sehr sorgfältig und aufmerksam wahrgenommen werden; das hat nichts mit pastoraler Leisetreterei zu tun, sondern bedeutet Sensibilität für den Kairos einer echten Begegnung. Durch ein solches Verhalten eröffnen sich gerade auch gute Kontakte mit dem Personal, das

sich dadurch ernstgenommen fühlt. Der Besuch auf dem jeweiligen Stationszimmer soll nicht nur der Information über das Befinden des Patienten dienen, sondern beinhaltet ein Signal der Offenheit auch gegenüber den Angestellten.

Einer weiteren Vertiefung der Kenntnis des Krankenhauses diene ein Gespräch mit dem Krankenhauspersonal (Schwestern, Pfleger) und den Ärzten. Dabei wurden manche Überforderungen deutlich. Von den Schwestern und Pflegern verlangen die Patienten Freundlichkeit und intensive Zuwendung, die Krankenhausleitung zügiges und rasches Arbeiten und Erledigung von vielerlei Tätigkeiten. Selber stellen sie sich oft unter den Anspruch von Quasi-Ärzten und geben dabei ihr Spezifikum auf: den pflegerischen Dienst, der auch Zeit zum Gespräch impliziert und nicht durch medizinische Fachtermini den Kranken auf Distanz halten soll. Ein solches Gespräch wird freilich oft nicht als konkrete Arbeit anerkannt oder wird gar abgewertet.⁶

Im Gespräch mit den Ärzten stand die Frage nach der Wahrheit am Krankenbett im Vordergrund. Dabei wurde deutlich, daß Wahrheit nicht mit einer kalten, gefühllosen Information gleichzusetzen ist, sondern die Beziehungsebene zum Kranken mitbetrifft. Einhelliger Tenor war: Die Wahrheit sollte so mitgeteilt werden, daß sie nicht tötet oder demoralisiert, in ihr sollte Hoffnung mitschwingen, ohne Illusionen zu erzeugen. Gerade die Einbeziehung der Angehörigen, die allseits gefordert wird, erweist sich oftmals als sehr schwierig; sie neigen eher zum Verdrängen als der Kranke, schieben ihn deswegen ins

Krankenhaus ab, um ihr Leben nicht stören zu lassen.

In der Erklärung von Sidney (1968) des Weltärztebundes ist eine klare Absage von der Seite der Ärzte erfolgt, den Vitalwert des Lebens zum absoluten Prinzip zu erheben: „Das klinische Interesse zielt aber nicht darauf, einzelne Zellen lebensfähig zu erhalten; es geht vielmehr um das Schicksal des Menschen.“ Zum Schicksal des Menschen gehört die Endlichkeit seines Lebens; der Arzt muß also Allmachts-erwartungen, die an ihn gestellt werden, korrigieren und den Patienten mit seiner Wirklichkeit versöhnen. Bei dieser Aufgabe aber sieht er sich oft überfordert und ist offen für den Seelsorger, nicht als Lückenbüsser seiner Kunst, sondern als Sachverständigen für eine andere Dimension von Wirklichkeit.

3.3. Erkenntnisse — Erfahrungen — Konsequenzen

Das Krankenhaus fordert den aufmerksamen, gesprächsbereiten und offenen Seelsorger. Bei einer „Gemeinde“ von geringer Homogenität, was die Praxis des Glaubens anbelangt, ist er in der Gefahr, sich nur auf seine Lieblingspatienten zu beschränken. „Der Krankenhausseelsorger, 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.“⁷

Der Seelsorger hat im Krankenhaus sei-

⁶ „Die Möglichkeiten dazu . . . müssen aber institutionell gegeben sein; denn es geht nicht an, wie es heute fast allerorten noch ist, daß jemand, der sich für ein herzliches und sei es auch nur kurzes Gespräch am Krankenbett Zeit nimmt, als ein Nichtstuer und eine Planbremse abqualifiziert wird.“ (H. Kramer, Zur Ethik des Krankenhauses, in: StdZ 108 (1983) 182–190, hier 190).

⁷ J. Mayer-Scheu, Das seelsorgerliche Gespräch mit Kranken, in: K. Baumgartner (Hg.), Das Seelsorgegespräch in der Gemeinde, Würzburg 1982, 92–102, hier 96f.

nen Platz neben anderen Diensten. Durch Rücksichtnahme und Aufmerksamkeit kann er unliebsame Konflikte vermeiden. Seine Sensibilität für die Vorgänge im Krankenhaus ist ein Zeichen verstehender Empathie und erleichtert seine Aufgabe. Gegen die Schweigespirale, die den Patienten durch dienstefriges Umsorgen oder ein Anhängen an technische Apparate beruhigen will, hat er eine Atmosphäre zu schaffen, die auch offen ist für das Ausprechen bedrängender Wirklichkeit. Nicht ein schnelles, kurzfristiges Erscheinen mit dem neuesten Witz auf den Lippen hilft weiter, sondern Zeit zum Gespräch oder Üben von betroffenem Schweigen und solidarischer Nähe. Sonst degradiert sich der Seelsorger selbst zur „Witzfigur“. Als wichtige Erfahrung ergab sich für die Teilnehmer, daß keinem Patienten mit theologischen Formeln geholfen ist, sondern daß es eines anderen Ausdrucks von Beziehung bedarf. In der Schlußauswertung formulierte es ein Teilnehmer folgendermaßen: „Ich ging als Helfer mit leeren Händen zum Patienten, ohne Möglichkeit, technische oder andere Handgriffe auszuüben, nur als Mensch zum Menschen. Dadurch fühlte ich mich viel verletzbarer, aber auch fähiger, dem Patienten auf gleicher Ebene zu begegnen.“ Ein anderer: „Ich lernte Verhaltensweisen von schwerkranken Patienten kennen, die mich tief beeindruckt haben, und ich konnte spüren, wie sich mein Verhältnis zum Patienten weiterentwickelt hat vom bemitleidenden Zuhören zum hilfreichen Gespräch.“

Der anfängliche Praxisschock wich sehr bald dem sensiblen Empfinden für lebendige, wenn auch schwierige Begegnungen. Defizite bisheriger Studienschwerpunkte wurden für manchen sichtbar und forderten eine Korrektur. Zwischen Praxischock und -euphorie pendelte sich ein

realistisches Verständnis ein, das eine Bereitschaft zur Begleitung und Supervision in künftigen Vollzügen erkennen ließ. Für das Fach Pastoraltheologie an der Universität ergab sich als Konsequenz, in regelmäßigen Abständen solche Maßnahmen zu wiederholen und die Studenten für spätere Praxisfelder zu qualifizieren.

4. Sensibler Umgang mit Krankheit

Krankheit bedeutet eine Zäsur in jedem Leben; meist werden solche Signale weggeschoben, nicht ernst genommen, verdrängt oder als lästig empfunden. Vom Aufenthalt im Krankenhaus erwartet man schnelle und reibungslose Behebung. Gegen solch technisches Vorgehen hat der Schriftsteller W. Schnurre, der selber an einer Muskelatrophie litt, so daß er nicht einmal mehr schreiben konnte, sich ausgesprochen. Er hat sehr sensibel formuliert, wie der Umgang mit der Krankheit aussehen könnte:

„Mit ihr leben, ohne in ihr wohnen zu wollen; sie ist der Gast. Nicht Ergebung, sondern Partnerschaft also. Schließlich: Es ist meine Krankheit. Ihre Wahl ist auf mich gefallen; hier ist kein Zufall im Spiel. Von Anfang an war dieser Körper gemeint . . . Meine Krankheiten haben das Recht, mich zu zeichnen. Sie müssen die Gewähr haben, nicht vergessen werden zu können. Denn eine vergessene Krankheit wäre eine sinnlose Krankheit gewesen. Krankheiten sind Hinweise: Dieses Leben ist ein Geschenk . . . Und wie, wenn die Krankheit den Tod bringt? Sie bringt ihn nicht. Sie geleitet mich zu ihm hin. Es wird dann keinen treueren Begleiter geben als sie.“⁸

Wer so zärtlich von der Krankheit sprechen kann, hat schon lange mit ihr gelebt. Sie wird nicht denunziert, sondern akzeptiert. Ihr kommt man nicht mit triumphalen Worten bei, sondern nur mit behutsamer Sprache. Die Grammatik dieser Sprache ist nicht schnell erlernbar, sie fordert die Deckung mit dem eigenen Leben. Das Krankenhauspraktikum ließ erahnen, was Begleitung Kranker fordert.

⁸ W. Schnurre, *Der Schattenfotograf. Aufzeichnungen*, München 1978, 30f.