

Krankenhausseelsorge – ihr Selbstverständnis, ihr Anliegen und ihre Möglichkeiten

Ein Beitrag zum Gespräch zwischen Seelsorge und Pflegedienst über Menschlichkeit im Krankenhaus

Von Pfarrer Dr. Hermann Eberhardt*

Krankenhausseelsorge – Was ist das?

„Sagen Sie: Ist das nicht bedrängend für den Patienten, wenn er einfach vom Krankenhausseelsorger besucht wird, ob er will oder nicht?“ So lautete eine der ersten Fragen, die mir vom Oberkurs einer Krankenpflegeschule entgegenkam, dem ich über Krankenhausseelsorge berichten sollte. Da Erleben besser ist als Theoretisieren, schlug ich vor, die Situation gemeinsam, mit verteilten Rollen durchzuspielen. Die Klasse willigte ein. Ein Mutiger fand sich, die Rolle des Patienten zu übernehmen. Wir spielten die gefragte Szene: Der Krankenhauspastor besucht einen Patienten, der mit der Kirche nicht viel im Sinn hat.

„Das war, als wenn mich ein Freund besucht hätte“, berichtete der Pflegeschüler anschließend. Und später: „Ja, er ist im richtigen Augenblick gegangen.“ „Sie haben ja gar nichts Religiöses angesprochen!“, kam es fast erstaunt aus dem Kurs. Offenbar war dies erwartet worden. Doch die im Rollenspiel erlebte Begegnung verlief anders – natürlicher. Daß das nicht immer so sein muß, habe ich der Klasse dann auch gesagt. Nicht jeder Besuch gelingt. Menschliche Begegnung ist immer ein Wagnis.

Was ist nun Krankenhausseelsorge? Was tut der Krankenhausseelsorger? Aus der lebendigen Erinnerung an das Gespräch mit dem Oberkurs heraus möchte ich zunächst sagen: Wenn wir uns diese Frage stellen, dann tun wir gut daran, uns erst einmal zu vergegenwärtigen, was sich jeder von uns selbst vorstellt, wenn er an Krankenhausseelsorge denkt. Vielleicht tauchen sehr konkrete Erfahrungen vor uns auf. Vielleicht stellt sich ein bestimmtes Bild von einem Pastor ein. Vielleicht hat der eine oder andere auch schon einiges über Seelsorge gelesen. Mir selbst wird deutlich, daß die Vorstellungen, die ich in meiner Arbeit zu verwirklichen versuche und hier vortragen möchte, sicherlich nicht selbstverständlich allgemeingültig sind. Dafür ist die Geschichte der Seelsorge zu vielfältig und der Unterschied der Auffassungen zwischen den Generationen zu offensichtlich. Doch auf der anderen Seite meine ich schon, mit meiner Ansicht nicht allein zu

* Veröffentlicht in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 7/80, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, S. 399-401 (Seitenumbruch im Text in [|] vermerkt)

stehen. Seit mehr als einem Jahrzehnt gibt es Ausbildungszentren im Bereich unserer Kirchen, die sich speziell der Ausbildung von (Krankenhaus-)Seelsorgern widmen. Von solch einer Ausbildung komme ich her. (An einem meiner Kurse nahm übrigens auch eine Krankenschwester teil.) Da die Klinische Seelsorge-Ausbildung Lernen durch reflektiertes Eigenerleben praktiziert, darf sie den begründeten Anspruch erheben, wirklichkeitsnah zu sein. Und dem Maßstab der Wirklichkeitsnähe müssen wir uns alle stellen, ob unser Tun nun pflegerisches Helfen oder seelsorgerliches Handeln ist.

Wirklichkeitsnahe Seelsorge

Eine nach meinem Empfinden wirklichkeitsferne Vorstellung ist die, ein Krankenhauspastor führe ausschließlich kirchlich-religiöse Gespräche. Wahrscheinlich gründet diese Meinung in einer Verwechslung von Seelsorge mit Predigen (oder gar Missionieren und Bekehren). Da auch Pastoren manchmal beides miteinander verwechseln, kann sich so ein Vorurteil schnell festsetzen. Doch das ändert nichts daran, daß ein grundlegender Unterschied in der Weise des Miteinander bzw. der Kommunikation besteht. Wer eine Predigt hören will, stellt sich darauf ein, der Entfaltung einer Glaubensbotschaft zuzuhören. Die Rollen sind klar verteilt: hier Sender – dort Empfänger. In der Seelsorge dagegen geschieht „Senden“ und „Empfangen“ wechselseitig. Der Prediger darf voraussetzen, daß sein Hörer versuchen will, auf der predigteigenen „Welle“ zu empfangen. Der Seelsorger wird zunächst alle Konzentration darauf verwenden, herauszuspüren, welche „Welle“ bei seinem Gegenüber eingestellt ist. Der Prediger mag mit einem Bibelwort auf den Lippen erwartet werden. Vom Seelsorger darf ich annehmen, daß er mit offenen Augen und Ohren kommt und bereit ist, sich ganz auf die Situation seines Gegenübers einzulassen. So mag es sein, daß der Patient Ruhe braucht oder den Pastor „nicht riechen kann“. Der Seelsorger wird dies (hoffentlich) wahrnehmen und dem Patienten auf keinen Fall seine Gegenwart aufdrängen. Wie sollte auch anders eine vertrauensvolle Beziehung wachsen können, wenn nicht unter der Voraussetzung persönlicher Entscheidungsfreiheit?

Natürlich kann es sein, daß ein Patient unmittelbar kirchliche oder religiöse Fragen anschnidet, wenn ich mich ihm als Krankenhauspastor vorgestellt habe. Doch vielleicht tut er es aus Höflichkeit und denkt insgeheim: „So kannst Du den Pastor am besten in eine zeitvertreibende Diskussion verwickeln – oder Dir vom Leibe halten.“ Es ist ja so: Echte, d.h. an den eigenen Nerv gehende religiöse Fragen stecken meist zu tief im Herzen, als daß sie laut werden könnten, ohne daß ich mich vorher des anderen vergewissert hätte. Es kann sein, daß es mir gute Erfahrungen mit Seelsorgern möglich machen, ohne Umschweife von dem zu reden, was mich in meinem Fragen nach Gott in der Tiefe bewegt, die Regel ist das jedoch nicht. Dafür sind diese [398|399] Fragen zu intim. Auch wäre es eine

ungute Einengung, würde die Möglichkeit der Aussprache mit einem Seelsorger von vornherein auf religiös-kirchliche Themen beschränkt sein. Wenn Seelsorge etwas nicht brauchen kann, dann sind es Scheuklappen, seien sie nun religiöser oder anderer Art. Wenn ich mich bei meinen Krankenbesuchen bewußt als Pastor vorstelle, heißt das nicht, jetzt geht es auf Biegen oder Brechen um religiöse Themen, sondern meint: „Du darfst sicher damit rechnen, daß Du in mir einen Partner findest, der auch dann mit Dir geht (als Begleiter, Abrufpartner oder Schrittmacher – je nachdem, was geboten ist), wenn Du Dich in die Tiefe der Frage nach Gott begibst.“

Ist damit deutlich geworden, daß Seelsorge im Sinne pastoraler Arbeit nicht Einengung auf religiöse Thematik, sondern Freiraum für sie meint, dann reicht es fast aus, wenn wir weiterführend feststellen: Seelsorge geschieht da, wo einer in dem, was ihn bewegt, einen Menschen findet, der mitfühlend, hörend, mitdenkend, verstehend, aber auch förderlich hinterfragend an seiner Situation ganz teilnimmt. Diese Teilnahme wird öfter auch wortlos geschehen. „Gehen Sie nicht in das Zimmer, dem geht es ganz schlecht!“, „Der ist frischoperiert, mit dem können Sie jetzt nicht reden“ oder: „Der ist nicht ansprechbar.“ Wie oft habe ich so etwas im Krankenhaus schon gesagt bekommen. Müssen wir denn erst selbst hilflos krank gewesen sein, um zu wissen, wie wichtig die Nähe eines teilnehmenden Menschen ist? Wie gut es tut, wenn da einer ist, der mir die Hand hält oder meine Sprachlosigkeit mit aushält, wo Worte nicht möglich oder zu viel sind?

Mitaushalten! Ich glaube, dies Wort muß groß geschrieben werden. Weshalb ist wirkliches Zuhören so schwer – z.B., wenn einer klagt? Ist es nicht deshalb so schwer, weil ich dann auch die Angst, das Leiden, die Sinnlosigkeit und die Tränen, die da aus einem Menschen hervorbrechen können, mit aushalten muß? Wie schnell bin ich versucht, mich davor zu schützen – mit den gängigen Trostsprüchen: Ist doch nicht so schlimm ... Es wird schon werden ... Man darf die Hoffnung nicht verlieren ... Kopf hoch! (Und natürlich gibt es da auch fromme Sprüche!) Aber es ist eine Selbsttäuschung, wenn ich meine, Trost – ein wesentlicher Teil von Seelsorge – bestünde darin, den passenden Spruch zu landen. Mit Kopfhoch-Redensarten rette ich mich gar zu leicht nur selbst – und lasse den anderen allein. Warum geschieht das nur so oft gegen jede tiefere eigene Erfahrung? Ich möchte darauf später noch zurückkommen. Doch zunächst zu den Aufgaben der Seelsorge im Zusammenhang mit den anderen Krankenhausdiensten.

Seelsorge als Sorge um den ganzen Menschen

Zu den geläufigen Gewohnheiten im Krankenhaus gehört es, Patienten nach den Krankheiten, derentwegen sie ins Krankenhaus kamen, zu sortieren. Die Stationschwester fragt, in welches Zimmer „der Blinddarm“ am besten gelegt werden

könnte. Der Anästhesist verständigt sich mit Kollegen über die „private Galle“, die morgen dran ist. Der „unklare Bauch“ gibt den verschiedensten medizinischen Disziplinen diagnostische Probleme auf. Auf Anfrage erfahre ich, daß „412 II“ und „408 I“ das Abendmahl wünschen. Selbstverständlich weiß jeder, der den Betrieb kennt, daß Abkürzungen der schnellen Verständigung dienen. Auf der anderen Seite ist es aber gerade im Krankenhaus wichtig, sich bewußt zu sein, was hier alles im Eifer des Betriebsablauf abgekürzt werden kann. Mit einer Prise Salz dabei möchte ich sagen: Wenn niemand sonst es wahrnimmt, dann ist auf jeden Fall dem Seelsorger die Sorge um das wichtig, was ein rasanter Krankenhausbetrieb so leicht wegekürzt und wo der Patient in seiner Ganzheit als Mensch dann eben zu kurz kommt.

Ohne Frage wird schon in der Krankenpflegeschule gelehrt, daß ein Ulcus ventriculi psychische Ursachen haben kann, und vieles andere mehr. Wir kennen es ja auch von uns selbst: Dem einen verschlägt es den Appetit, dem anderen drückt es das Herz ab, wenn er seelisch belastet ist. Der eine bekommt aus Angst Herzklopfen, der andere muß auf die Toilette. Wir könnten beliebig lang die einfachsten Erfahrungen über körperlich-seelische Zusammenhänge zusammentragen. Sie alle laufen darauf hinaus, daß gute Sorge um den Patienten die seelische (und soziale) Seite der Krankheit und des Krankenhausaufenthaltes nicht außer acht lassen wird.

Ein „unklarer Bauch“ erzählt mir: „Mein Mann hat meinen Kleiderschrank abgeschlossen und gesagt: ‚Jetzt, wo Du selbst Geld verdienst, kauf Dir Deine Kleider selber!‘“ Ein „kardiales Geschehen“ auf der Inneren Intensivstation berichtet vom einzigen Sohn Peter. Er hat neulich selbst ein Telegramm geschickt: „Peter ist gestorben.“ Man muß kein Psychotherapeut sein, um so wichtige Dinge erzählt zu bekommen! Der Anfang ist wohl einfach der, daß wir bereit sind, die menschlich-seelische Dimension wirklich zur Sprache kommen zu lassen, und daß wir uns mühen, ihr den Raum zu gewähren, den sie braucht. Da geschieht dann Seelsorge. Oder muß mir erst selbst eine Brust amputiert bzw. ein Anus praeter gelegt sein, bis ich merke, daß hier mehr geschieht als ein chirurgischer Eingriff? Ich möchte jedenfalls nicht Menschen ausgeliefert sein, die meinen Kummer um den Anus praeter mit der Bemerkung abtun: „Ob die Scheiße nun vorne oder hinten herauskommt, das ist doch egal!“

Zusammenarbeit von Seelsorge und Pflegedienst

Dem ganzen Menschen den Raum gewähren, den erbraucht. – Für mich als Seelsorger ist das tagtäglich zunächst auch der Raum, den ich für meine Arbeit im Krankenhaus bekomme. Und es ist die Frage, ob ich mit meinem Anliegen Partner vorfinde. Hier habe ich ganz konkrete Wünsche im Hinblick auf die Zusam-

menarbeit mit Schwestern und Pflegern, auf die ich im folgenden näher eingehen möchte.

Gegenseitige Hilfe

Unter diesem Stichwort verbirgt sich für mich z.B. der Wunsch, meine Gespräche mit Patienten möglichst ungestört durchführen zu können. Natürlich ist dazu Absprache nötig. Der Betrieb steht ja nicht still, wenn der Seelsorger kommt. Doch es ist einfach so: Ein gutes Gespräch kann eine sehr zarte Pflanze sein. Eine kleine Störung, und sie geht ein. Nicht, daß jede Begegnung zwischen Seelsorger und Patient unbedingt stör anfällig sein müßte. Manches Gespräch läßt sich auch zu anderer Zeit fortsetzen. Aber dies zu beurteilen, ist eben nur in der jeweiligen Situation möglich. Z.B.: Eine sterbenskranke Patientin setzt gerade an, von ihrer To[399|400]desangst zu sprechen. Die Schwester kommt mit dem Inhalator herein und setzt das veraltete laute Ding wie selbstverständlich in Betrieb. Das Gespräch war kaputt. Beim nächsten Besuch war die Frau schon gestorben.

Als Zweites wünsche ich mir, was man allgemein kollegiale Zusammenarbeit nennen könnte. Wer ständig um die Patienten ist, der kann viel wahrnehmen und hat manche Gelegenheit zu beiläufigen Gesprächen. Bei meinem größeren Arbeitsbereich als Krankenhausseelsorger ist das notgedrungen anders. Nicht nur, daß mir Hinweise auf diesen oder jenen Patienten sehr wichtig sind, ich bin in meiner Arbeit auch davon abhängig, wie weit die Seelsorge durch Schwestern und Pfleger den Patienten ins Bewußtsein gebracht wird. Es macht viel aus, wenn die Schwester anbietet, dem Seelsorger zum Besuch Bescheid zu sagen. Und der Pfleger, der von sich aus zum Patienten sagt: „Zum Gottesdienst will ich Sie wohl bringen, er wird Ihnen gut tun...“, wird manchem über eine Schwelle helfen, die sonst zu hoch für ihn bleiben würde. Umgekehrt ist es für mich selbstverständlich, im Sinne des Pflegedienstes mitzudenken. Wie oft rücke ich das Bett herauf oder herunter, wie vielen Patienten habe ich schon das Gesicht gekühlt oder zu trinken gegeben. Auch wenn es das Beichtgeheimnis zu wahren gilt, der Seelsorger kann Informationen geben, die zur Orientierung des Pflegedienstes hilfreich sind.

Gemeinsame Sorge um sterbenskranke Patienten

Ein spezielles Gebiet wichtiger Zusammenarbeit ist die Betreuung sterbenskranker Patienten und ihrer Angehörigen. Schon immer war es so, daß ein Seelsorger damit rechnen konnte, hier am ehesten gebraucht zu werden – und sei es als „Lückenbüßer“ angesichts einer Lücke, die gerade um so tiefer klafft, je technisch perfekter die medizinische Versorgung wird. So schwer die Begleitung Sterbender auch ist, als Seelsorger ist es mir recht, hier besonders in Anspruch genommen zu werden. Daß das um der weiteren Seelsorge willen nicht ausschließlich

geschehen darf, ist klar. Zu schnell wird die Kehrseite dieser Medaille wirksam. Da besuche ich einen Patienten, der eine Gallenoperation gut überstanden hat, und kaum habe ich mich ihm vorgestellt, schaut er mich schon verängstigt an: „Ist der Befund schlecht?“

Es wäre nicht gut, wenn die Krankenhauspraxis das alte Image des Pastors als Todesboten förderte. Seelsorge muß allgemein selbstverständlich sein, nicht nur dort, wo die ärztliche Kunst am Ende ist. Ist dies deutlich, dann möchte ich mit Nachdruck sagen: Geben Sie dem Seelsorger Bescheid, wenn Sie Patienten an der Grenze des Lebens haben. Es ist ganz wichtig, daß wir einander im Dienst an Sterbenden nicht allein lassen. Zusammen (der Arzt einbezogen) haben wir sicher mehr Möglichkeiten, die schwere Wahrheitsfrage anzugehen und die Situation der Hilflosigkeit durchzutragen.

Wie viele Patienten sterben in eiskalter seelischer Isolation, weil wir als Einzelpartner zu schwach sind, den Weg mit dem Sterbenden in die Gewißheit – und Bewältigung – des Todes hinein mit auszuhalten. Auch wenn man beim Seelsorger voraussetzen darf, daß er mehr Möglichkeiten hilfreicher Begleitung von Sterbenden hat als ein Laie, wenn er zu spät gerufen wird und keine Zusammenarbeit geschieht, dann wird auch er oft steckenbleiben. Wer von uns kann das auf die Dauer aushalten? Muß nicht unsere eigene Menschlichkeit dabei einfrieren und mit ihr auch die Menschlichkeit im Krankenhaus, wenn wir nicht in die Depression abrutschen wollen? Damit sind wir beim letzten Punkt im Zusammenhang der Frage nach Seelsorge im Krankenhaus.

Menschlichkeit im Krankenhaus – Forderung und Wirklichkeit

In jüngster Zeit ist die Forderung nach mehr Menschlichkeit im Krankenhaus in aller Munde. Um es offen zu sagen: Wenn einer diese Forderung mit Recht zu seiner eigenen machen kann, dann ist es sicher der Seelsorger. Und doch bekomme ich öfter Bauchschmerzen, wenn ich sie so gänzlich theoretisch und unsolidarisch vorgetragen höre. Da gibt es treffende Analysen der gesundheitspolitischen Entwicklung. Da wird dies und jenes Defizit kritisch aufgespießt und an Appellen fehlt es nicht.

Natürlich brauchen die Patienten mehr menschliche Zuwendung. Natürlich ist es ein Unding, daß der Patient im Durchschnitt pro Arztvisite nur eine Frage stellen kann. Natürlich stimmt es, daß es auch im Pflegedienst freie Minuten gibt, die sich auf ein Mehr an Gegenwart beim Patienten verrechnen lassen. Natürlich gibt es auch im Krankenhaus menschlich untaugliche Mitarbeiter. Doch ich wehere mich hier gegen die üblichen Kurzschlüsse. Ich weigere mich, zu glauben, daß früher alles besser war und Schwestern und Pfleger heute ihren Beruf nur noch als „Job“ sehen. Ganz abgesehen davon, daß auch früher Heilige selten waren, der springende Punkt ist doch ein anderer. Wir müssen es deutlich sehen:

Menschlichkeit, Zuwendung, Wärme, Mitaushalten ist eine Kraft, die uns nicht unbegrenzt zur Verfügung steht. Wenn ich das Krankenhaus nach einem Arbeitstag verlasse, dann spüre ich oft nur zu deutlich, wie leer mein Tank nach diesem Tag ist. Manch einer mag das nicht so klar empfinden. Er fühlt sich einfach müde oder zerschlagen, oder er möchte das Krankenhaus so schnell wie möglich vergessen. Und dann gibt es eben die Rettung in eine energiesparende Routine, den Selbstschutz hinter einer Mauer von Sprüchen und Redensarten oder oberflächlicher Unbekümmertheit. Der weiße Kittel wird zu einer Schutzhaut. Es mag sein, daß einer sich als Krankenpflegeschüler noch dagegen gewehrt hat und gegen die herzlose Routine auf der Station Sturm gelaufen ist. Heute ertappt er sich vielleicht dabei, wie er ungerührt eine Zigarette raucht, während er zusammen mit dem Kollegen die Blechkiste zur Leichenhalle schiebt.

Die medizinische Entwicklung hat in rasantem Tempo Technik ins Krankenhaus gebracht. Technik bewirkt Erleichterungen, aber sie muß zugleich menschlich kompensiert werden, wenn die Menschen dazwischen nicht zu Robotern werden sollen. Das kostet Kraft. Die Patientenverweildauer verkürzt sich von Jahr zu Jahr. Das Bedürfnis nach Menschlichkeit, das uns da in jedem Patienten anfragt, kann sich nicht verkürzen. Es kommt ja kein kürzerer Mensch zu uns. Wie können wir das auffangen? Als Kinder eines Wirtschaftswunderlandes, in dem viele Wünsche wie selbstverständlich erfüllt werden, von denen andere allenfalls träumen, sind wir weniger geübt im Ertragen von Leid und Frustration als frühere Generationen. Wo nehmen wir die Übung her, dauernd an einem Ort zu arbeiten, an dem sich Leiden, und damit auch die Last der Schule des Leidens, zunehmend konzentriert? (Einmal zum Schlag[400|401]abtausch gereizt, könnten wir laut fragen: Riecht nicht die Forderung nach Menschlichkeit im Krankenhaus, wenn sie von einer Gesellschaft ausgesprochen wird, die ihre Angehörigen zum Sterben ins Krankenhaus abschiebt, nach Alibi? Ist sie nicht auch das ungewollte Eingeständnis allgemeinen Versagens? Doch lassen Sie uns nicht über Gegenfragen vor den eigenen Fragenweglaufen!)

Was wir für (unsere) Menschlichkeit im Krankenhaus tun können

Wir haben gesehen: Menschlichkeit, Zuwendung, Wärme, Mitaushalten kostet Kraft. Unsere Kraft ist begrenzt. Niemand kann immer nur geben, ohne auch zu nehmen. So darf auch die Forderung nach Menschlichkeit im Krankenhaus nicht in sich unmenschlich sein. Doch dabei brauchen wir nicht stehen zu bleiben. Die Feststellung, daß Menschlichkeit Kraft kostet, und unsere seelische Kapazität begrenzt ist, ist die eine Seite. Auf der anderen Seite gilt bei genauerem Hinsehen, daß wir schon etwas dafür tun können, uns neue Kraftquellen zu erschließen und die vorhandene Kraft zu trainieren oder haushälterischer mit ihr umzugehen. Was ich hier so flott hinstelle, umreißt für mich ein ganzes Feld eigener Erfah-

rung im Seelsorgebereich und dann auch ein Stück Programm in der Krankenhausarbeit.

Wir brauchen Raum zur Aussprache

Wie die Patienten bei uns etwas von ihrer Last abladen wollen und wir ihnen Mitmenschen sind, wenn wir sie sich aussprechen lassen, so brauchen auch wir die Möglichkeit, uns auszusprechen. Ob es Leid, Betroffenheit, Ärger oder Angst sind, die sich – oft unbewußt – in uns anstauen, wenn wir sie nicht am richtigen Ort herauslassen können, dann werden wir alle Energie verbrauchen, um zu verhindern, daß wir am falschen Ort explodieren oder aus seelischer Erschöpfung nichts mehr aufnehmen können. D.h., um unserer Patienten und um unser selbst willen müssen wir etwas für uns tun. Konkret hieße das z.B., an einer Gesprächsgruppe teilzunehmen, wo Probleme der Arbeit offen ausgesprochen werden können und wir auch persönlich aneinander Anteil nehmen.

Das Angebot der Gruppenarbeit

Menschlich umgehen miteinander ist nicht nur Begabungs- und Konditionssache, es ist auch eine Fähigkeit, bei der man dazulernen kann. Das weiß ich von meiner eigenen Seelsorgeausbildung her. Und warum sollten nicht diejenigen, die im Pflegedienst ständig doch auch seelsorgerlich gefragt sind, hier etwas dazulernen können? Wie reagiere ich, wenn der Patient fragt: „Schwester, muß ich sterben?“ Was geht in einer Patientin vor, die alles darauf anlegt, dem Pflegepersonal den letzten Nerv zu rauben? Verstehen ist wichtig, um einen Menschen richtig zu nehmen. Manche Kraft geht in kleinen Kämpfen mit Patienten drauf, die bei kundigerer Sicht gespart werden könnte. Viel ermüdende, ungeschickte Zuwendung läßt sich konzentrieren, wenn ich gleich den Kern treffe. Auch das Sich-Lösen von Patienten ohne zu verletzen oder faule Ausreden zu gebrauchen, kann gelernt werden. In der Krankenpflegeschule kamen diese Dinge nicht im Lehrplan vor. Sich hier fortzubilden ist wahrhaft kein Armutszeugnis und bringt viel persönlichen Gewinn. Ich meine, Sie dürfen hier guten Mutes den Krankenhaus-seelsorger um Hilfe angehen. Wer durch die Klinische Seelsorgeausbildung gegangen ist, gibt gerne von dem weiter, was er gelernt hat. Meine Dienstanweisung sagt z.B. ausdrücklich, daß ich auch für Schwestern und Pfleger da bin. Nicht nur als Spezialist – auch als Bruder. Damit komme ich zum letzten, was mir zu sagen wichtig ist.

Das Persönliche

Wer häufig mit Menschen an der Grenze des Lebens zu tun hat, der stößt unweigerlich immer wieder auf Grenzfragen. Es muß gar nicht erst geschehen, daß eine

Patientin fragt: „Glauben Sie an ein Leben nach dem Tode?“

Jeder von uns wird natürlich selbst entscheiden wollen und müssen, wie er mit seinen Grenzfragen umgeht. Mir persönlich ist es in den viereinhalb Jahren meiner Krankenhausarbeit so gegangen, daß ich, glaube ich, beides geworden bin: realistischer und frommer. „Frommer“, das hat nichts mit „frommen Sprüchen“ zu tun. Es kann im Prinzip das gleiche sein, ob ich einen Patienten mit „Es wird schon werden“ abfüttere oder das „Befiehl dem Herrn Deine Wege!“ mißbrauche. Frommer heißt für mich, daß mir immer selbstverständlicher wird, wie sehr ich das Beten brauche.

Psalm 118 Vers 5 heißt nach dem Urtext: „Als mir Angst war, rief ich den Herrn an, und er hörte mich und stellte meine Seele in weiten Raum.“ Wie viel Krankenhauserfahrung habe ich in den Psalmen der Bibel schon wiedergefunden. Aber nicht nur da. Als Seelsorger brauche ich selbst auch Seelsorge. Das Gebet ist eine Dimension, Gottesdienst eine andere. Persönliche Beratung und Gruppenarbeit dürfen nicht fehlen. Seelsorge im Krankenhaus ist nie nur Sache dessen, den man Seelsorger nennt. Sie wird ganz entscheidend davon leben, daß alle, die einander im Krankenhaus begegnen, sich erlauben, auch als Menschen vorzukommen im Krankenhaus: mit ihren Fragen ebenso wie mit ihrem Glauben. Mit ihren Stärken ebenso wie mit ihren Schwächen. Es läßt sich viel tun, wenn wir den Mut haben, mit uns selbst anzufangen.

Anschrift des Verfassers: Pfarrer Dr. Hermann Eberhardt, Arenbergstraße 16, 4350 Recklinghausen