

Seelsorge auf Intensivstationen *

Dies scheint zunächst ein Thema für Spezialisten unter den Krankenhausseelsorgern, ist es aber nur zum Teil: Jeder von uns kann von einer Stunde auf die andere in die Situation kommen, daß ein Angehöriger, Mitarbeiter, Freund oder ein Gemeindemitglied z. B. infolge eines schweren Unfalls in eine Intensivstation eingeliefert werden muß. Gerade in solcher Extremsituation von Ängsten und Schmerzen sollte der Mensch nicht nur den Apparaten ausgeliefert sein, sondern braucht er menschliche Nähe und Begleitung. Der folgende Beitrag führt in das Problem ein, weckt das Verständnis für die Situation dieser schwerstkranken Menschen, zeigt die (heute noch begrenzten) Möglichkeiten der Begleitung, aber auch die Bemühung um eine Verbesserung der Situation unter allen Beteiligten. — Die Erfahrungen gelten in ähnlicher Weise auch dort, wo für solche Schwerstkranke keine Intensivstation zur Verfügung steht. red

1. Was geschieht auf einer Intensivpflegestation?

1.1 Behandlung in akuten lebensbedrohlichen Krisen — mit großem technischen Aufwand

Seit Mitte der sechziger Jahre gibt es in der Bundesrepublik Deutschland sogenannte Intensiv-(pflege)-Stationen. Sie sind inzwischen ein wesentlicher Bestandteil von Großkrankenhäusern, insbesondere von Universitätskliniken geworden. Es handelt sich dabei um Krankenstationen, auf denen speziell ausgebildete Ärzte, Schwestern und Pfleger mit Hilfe besonders hochentwickelter medizinischer und apparativer Technik Menschen in akuten lebensbedrohlichen Krisen behandeln, pflegen und am Leben zu erhalten versuchen.

* Der folgende Beitrag wurde ab Ziffer 2 von dem Verfasser als Vortrag bei der 7. Gemeinsamen Tagung der Deutschen und Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für internistische Intensivmedizin am 11. Oktober 1975 in Gießen gehalten.

Neben dem großen technischen Aufwand fallen dort das unerbittliche Therapie- und Pflegeprogramm, die permanente Überwachung der Patienten und die strengen hygienischen Vorschriften für alle auf, die sich dort aufhalten.

Die Patienten solcher Intensivpflegestationen befinden sich meist in schweren prä- oder postoperativen Zuständen oder in permanenter Überwachung (insbesondere ihrer gefährdeten Organe) oder im Zustand einer künstlichen Beatmung. Eine beträchtliche Anzahl dieser Patienten ist bewußtlos oder kaum bewußtseinsmächtig, fast alle Patienten sind in einem sehr angeschlagenen, häufig mit großen Ängsten verbundenen Zustand. Im Vergleich zu anderen Krankenstationen ist die Zahl der Todesfälle signifikant höher, womit eine besondere Belastung sowohl der Patienten wie des Pflegepersonals bereits angedeutet ist¹. Der ungewöhnliche Einsatz intensivtherapeutischer Maßnahmen und die seelische Labilität der Patienten bedingen meist eine geringe Kommunikation zwischen Behandelnden und Patienten. Dabei spielt auch der verständliche Selbstschutz der Therapeuten eine Rolle, die die Kraft ihrer ganzen Konzentration benötigen, um den hier genannten Anforderungen zu genügen.

1.2 Ruf nach stärkerer Kommunikation

Dennoch ist in den letzten Jahren der Ruf nach einer stärkeren Kommunikation des Ärzte- und Pflegepersonals mit den Patienten auf Intensivstationen immer lauter geworden². Die Berücksichtigung solcher Forderungen ist nur möglich, wenn in die Ausbildung von Schwestern, Pflegern und Ärzten für die Intensivstationen ein neues Ausbildungskriterium eingeführt wird, dem bisher in der medizinischen wie auch in der pflegerischen Ausbildung kaum Beachtung geschenkt wurde: das Erlernen der

¹ Vgl. dazu J. Mayer-Scheu, Der mitmenschliche Auftrag am Sterbenden, in: Concilium 4 (1974) 286 ff.

² Vgl. dazu Themen der Krankenpflege, 1. Jg. (1973) Band 2: Klinisch-psychologische Probleme der Schwestern-Pfleger-Gruppen, Urban und Schwarzenberg 1973, insbes. 222 ff.; Ch. Stolz, Der integrierte Seelsorger auf der Intensivpflegestation, Schwestern-Revue 11 (1973) Nr. 3 und 4.

Kommunikation mit akut gefährdeten und verängstigten Patienten, insbesondere die Fähigkeit, mit den dabei auftretenden Ängsten bei sich selbst umgehen zu lernen. Dazu gehört aber beispielsweise auch die Fähigkeit, einem Patienten eine therapeutische Maßnahme an seinem Körper so einfach begleitend zu erklären, daß sie der Patient verstehen und sich darauf innerlich einstellen kann, verbunden mit so viel Zuwendung, daß der Patient von unnötigen Ängsten entlastet wird³.

1.3 Primäre personale Bedürfnisse — Kontakt mit Angehörigen

Wer damit anfängt, auch in der Intensivstation so zugewendet mit dem Patienten zu arbeiten, kann sich nicht mehr primären personalen Bedürfnissen der Patienten verschließen, die über die reine Körperpflege und Behandlung hinausgehen. Dazu gehört auch der Kontakt mit den nächsten Angehörigen des Patienten, soweit dies zwingende hygienische und therapeutische Maßnahmen zulassen. Von einer solchen Forderung fühlt sich das Ärzte- und Pflegepersonal jedoch durchweg noch überfordert, nicht nur mit Rücksicht auf den technischen und zeitlichen Ablauf des Stationsprogramms, sondern vor allem im Hinblick auf die Kommunikationsprobleme, die sich mit besorgten, häufig noch stärker als die Patienten selbst verängstigten Angehörigen ergeben.

Und doch stellt sich hier eine prinzipielle Frage nach der Humanität in unseren Krankenhäusern, deren Gewicht nur an drei Kriterien gemessen werden kann:

- an der Alltäglichkeit und Regelmäßigkeit, mit der solche Grenzsituationen von Patienten zum klinischen Normalfall geworden sind,
- an der vorrangigen Bedeutung einer Intensivstation für jedes Krankenhaus

— und an den primären personalen Bedürfnissen in solchen Existenzkrisen des Patienten, die nicht selten mit seiner letzten Lebensphase zusammenfallen.

Eine angemessene Lösung dieser Probleme muß Berufsgruppen (Psychotherapeuten, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter oder besonders ausgebildete Schwestern und Pfleger) auf den Plan rufen, die mit dem therapeutischen Ablauf einer Intensivstation so weit vertraut sind, daß sie dessen dringende Bedürfnisse abschätzen können, im übrigen aber vor allem in der Kommunikation mit verängstigten Menschen so weit geschult sind, daß sie den Kontakt zwischen Angehörigen und Patienten angemessen vermitteln und begleiten und in Krisensituationen selbst eingreifen können. Im Anschluß an diese Frage stellen sich weitere strukturelle Probleme, z. B. die Frage nach einem Raum in der Nähe einer Intensivpflegestation, in dem ein ungestörtes Gespräch mit Angehörigen von Patienten auf einer solchen Station geführt werden könnte. Ich kenne kein Krankenhaus, in dem auch nur 4 qm hierfür von vornherein eingeplant sind.

1.4 Seelsorge auf Intensivpflegestationen

An dieser Stelle entsteht auch die Frage nach der Seelsorge auf Intensivpflegestationen und ihrer Mittlerfunktion zwischen Patienten, Angehörigen und Pflegepersonal.

2. Von der Fremdheit zur Nähe

Seelsorge auf Intensivpflegestationen war bis vor drei bis vier Jahren weithin eine Ausnahmeerscheinung:

2.1 „Versehgang“ zum Bewußtlosen

Sie beschränkte sich meist darauf, daß der Pfarrer — auf Wunsch von Angehörigen oder von kirchlich praktizierenden Schwestern/Pflegern — zu schon Bewußtlosen oder gerade Verstorbenen (z. B. zum sogenannten Versehgang) gerufen wurde. Nur selten wurden — in dieser intensiven Form der Therapie — Wünsche von Patienten

³ Vgl. dazu die wegweisenden Arbeiten von H. Freyberger, *Psychosomatische Aufgabenbereiche*, in: *Praxis der Intensivbehandlung*, hrsg. von P. Lawin, Stuttgart 1970; H. Freyberger, B. Porschek, H. Bödeke, H. Kowitz, F. K. Maetzel, L. Mors, A. Rott, *Das Berufsbild der Intensivschwester und des Intensivpflegers*, in: *Zeitschr. für prakt. Anästh. Wiederbeleb.* 7 (1972) 135 u. weitere Beiträge in: H. E. Franz, *Praxis der Dialysebehandlung*, Stuttgart 1973.

nach dem Seelsorger erfüllt. Meist wurden solche Wünsche auch gar nicht laut.

2.2 „Zutritt nur für Stationspersonal!“

Das Warnschild: „Intensivstation! — Zutritt nur für Stationspersonal! Keine Besuche!“ ließen auch die meisten Seelsorger — traurig resignierend oder auch um eine harte Pflicht erleichtert — für sich gelten. Sie waren und sind von ihrer Ausbildung her auf solche Situationen nicht vorbereitet. Der Funktionsablauf einer Intensivpflegestation ist ihnen meist völlig fremd, die Apparate, Geräusche, Gerüche und Befehle wirken auf sie oft ebenso erdrückend und beängstigend wie auf die Patienten. Sie hatten eher das Gefühl, im Wege zu stehen und keine Funktion zu haben, als erwartet und gebraucht zu werden.

2.3 Abweisende Reaktionen

Diese Befürchtungen und Erwartungsängste (was kommt da auf mich zu?) wurden noch verstärkt durch ängstliche, mitunter auch abweisende Reaktionen beim Stationspersonal, bei Angehörigen und bei manchen Patienten. Das ohnehin seltene — (meist auf Situationen kurz vor oder noch häufiger nach dem Tod des Patienten beschränkte) — Erscheinen des Seelsorgers wurde durchweg mit der Frage assoziiert: „Ist es so weit mit mir?“ — bzw. mit diesem oder jenem Patienten? Solche Voraussetzungen und Erfahrungen waren wenig ermutigend für eine Seelsorge auf Intensivpflegestationen, sie waren aber auch eine massive Herausforderung, nach dem Auftrag des Seelsorgers in so zugespitzten und doch so alltäglichen Krisensituationen von Menschen in unseren Krankenhäusern zu fragen.

2.4 Der Seelsorger als wichtige Bezugsperson und Mitglied des Teams

Mein Heidelberger Kollege Erich Ritsche begleitete 1965 in täglichen Besuchen einen Jungen, der mit schweren Verbrennungen auf der Chirurgischen Wachstation lag. Er ließ sich von keinen Verbotstafeln abhalten und wurde für den Jungen — und für das Pflegepersonal! — zur wichtigsten Bezugsperson in dessen Betreuung. Von

dieser Begebenheit an wurde er vom Pflegepersonal gebeten, doch täglich zu kommen, weil man sich von seiner Art der Zuwendung, des Verstehens, was den Patienten wirklich bedrückte, und der Entlastung, die man bei dem Jungen erlebt hatte, auch bei anderen Patienten ähnliche Hilfe erhoffte. Die täglichen Besuche meines Kollegen auf den Chirurgischen Wachstationen führten bald dazu, daß er im weiteren Sinn bald als zum Team gehörig empfunden, immer häufiger zu schwierigen, z. B. nörgelnden, klagenden, weinenden Patienten gerufen wurde, daß man ihn nach seinen Beobachtungen und Einschätzungen fragte.

2.5 Anstoß von Prof. Freyberger

Aber es bedurfte eines Anstoßes von außen, bis wir uns alle entschließen konnten, trotz unserer Belastungen (von durchschnittlich 20 bis 25 Stationen pro Seelsorger) täglich auch auf die internistischen Intensivpflegestationen zu gehen. Bei der Tagung der Kath. Krankenhausseelsorger in Würzburg 1970 konfrontierte uns Professor Freyberger mit Realitäten, die wir zwar ahnten, aber eben doch nicht konsequent berücksichtigten:

- Wöchentliche oder 14tägige Besuche des Seelsorgers treffen auf eine rein zufällige Besetzung der Intensivpflegestation, die an dem täglichen Wechsel von Patienten und den möglichen Fragen an einen Seelsorger völlig vorbeigehen.
- Die Situation auf Intensivpflegestationen verlangt, im täglichen, ja oft stündlichen Ablauf Veränderungen und Bedürfnisse wahrzunehmen und auf sie einzugehen, deren Bearbeitung in so großen Zeiträumen für das Pflegepersonal nicht einmal der Erwähnung wert sind.
- Auf diese Weise kann der Seelsorger weder Partner für Patienten noch für das Personal werden.

2.6 Neue Akzente durch die täglichen Besuche

Die Änderung unseres Arbeitsstils, vor allem der tägliche Besuch auf den Intensivpflegeabteilungen — im Wechsel mit un-

seren evangelischen Kollegen — brachte ganz neue Akzente für unsere Arbeit:

- eine stärkere Ausdifferenzierung unseres Umgangs und unserer Tätigkeiten mit Patienten — je nach Situation und Bedarf;
- eine Erweiterung und häufig auch eine Vertiefung unserer Beziehungen zu den Patienten;
- ein neues, stärker integriertes Verhältnis zum Stationspersonal und zum ganzen Krankenhaus aufgrund unserer stärker beachteten Mitarbeit auf den „Kern“ (= Intensiv)-Stationen des Hauses;
- neue Formen für unsere eigene Aus- und Weiterbildung;
- gewisse Schwerpunktbildungen unter uns Seelsorgern für die Betreuung bestimmter Patientengruppen (was für Theologen ja ein Novum ist):
 - 2 Kollegen arbeiten in den 4 Chirurgischen Wachstationen (inkl. Beatmung, Neurochirurgie und Urologie),
 - 2 Kollegen besuchen die Patienten der cardiologischen Überwachungsstation und der Dialysezentren ⁴,
 - 2 Kollegen arbeiten in der internistischen Entgiftungs- und Beatmungsstation, insbesondere bei der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch mit.
- Mein Kollege Artur Reiner hat über seine Arbeit mit Suizidenten eine Dissertation ⁵ angefertigt und mit ärztlichen Kollegen der inneren und psychiatrischen Klinik ein Team zur Betreuung der Suizidenten aufgebaut, in dem sowohl das Pflorgeteam als auch die Ärzte beider Kliniken integriert zusammenarbeiten und Supervision erhalten.

2.7 Ähnliche Erfahrungen anderswo

Von ähnlichen Erfahrungen wie bei uns in Heidelberg könnte ich bei einem guten Dutzend Kollegen an anderen Großkrankenhäusern berichten, wo sich unter den Seelsorgern nach und nach eine neue Einstellung verbreitet.

⁴ Vgl. dazu *J. Mayer-Scheu, Sozialethische Probleme der Dialyse bzw. der Nierentransplantation*, in: *Krankendienst* 1 (1975).

⁵ Vgl. *A. Reiner, Ich sehe keinen Ausweg mehr. Suizid und Suizidverhütung — Konsequenzen für die Seelsorge*, München — Mainz ¹⁹⁷⁶.

3. Was tut der Seelsorger auf der Intensivpflegestation?

3.1 Freies Angebot — ohne Instrumentarium

Er ist zunächst ein Mitarbeiter ohne sichtbares Instrumentarium und steht mitunter recht wehr- und hilflos vor dem Patienten, „an dem“ (!) er ja zunächst einmal nichts zu messen, zu fühlen, zu injizieren, zu reiben, zu stechen, zu reißen, zu füttern, zu klopfen, kurzum nichts zu hantieren hat. Er kann bei persönlichen Fragen auch nicht in das aufmerksame Hinhorchen auf den Blutdruck oder Pulsschlag ausweichen. Er kann sogar weggeschickt werden. Denn sein Angebot steht unter dem Gesetz freier Annahme oder Ablehnung ⁶.

3.2 Solidarisch im Ausgeliefertsein

Darin liegt seine erste Unterscheidung von allen anderen Angehörigen des Ärzte- und Pflgeteams, aber auch seine Chance: Er kann sich mit dem Patienten auf der Ebene des Erlebnisses der Wehrlosigkeit und des Ausgeliefertseins solidarisieren, wenn er nur fähig ist, seine eigene handgreifliche instrumentale Ohnmacht und Hilflosigkeit zu akzeptieren, und wenn er auch von der Anfechtung frei ist, die Wehrlosigkeit eines Schwachen zu Proselytenmacherei auszunützen, einem Widerspruch, der der einzigen Möglichkeit, wirklich zu glauben und das heißt in Freiheit zu vertrauen, entgegensteht.

3.3 Grundfunktion: Dasein, Begleiten

Seine Grundfunktion ⁷ besteht darin, nicht (bzw. nur in Notfällen, wenn sonst keiner da ist und eine Not des Patienten offenkundig ist) zu handeln und zu „machen“, sondern da zu sein. Dasein oder „mitgehen“ und „begleiten“ heißt für uns keineswegs passiv zu sein, sondern:

- zunächst wahrzunehmen, d. h. zu hören, zu sehen, zu riechen, zu schmecken, zu fühlen;

⁶ Vgl. dazu *J. Mayer-Scheu, Das seelsorgliche Gespräch mit Kranken*, in: *Lebendige Seelsorge*, Heft 3/4, Mai 1975; *H. C. Pöper, Von der Kunst des Zuhörens — Neue Wege der Krankenhaus-seelsorge*, in: *Evangelische Kommentare* 9 (1974) 563 f.

⁷ Vgl. ebd.; vgl. dazu *J. Mayer-Scheu, Seelsorge im Krankenhaus, Entwurf für eine neue Praxis*, Mainz ¹⁹⁷⁵, 13 ff., 20 ff.

- zu reflektieren und zu unterscheiden: was fühle ich, was fühlt der andere? Nicht zu phantasieren und zu spekulieren, sondern zunächst zu fragen, aber ohne auszufragen;
- „mitzugehen oder zu begleiten“: d. h. zunächst den anderen zu akzeptieren (mit seinen positiven und negativen Gefühlen, Klagen und Beschwerden), zu verstehen versuchen, mit ihm aushalten (auch wenn es keine Antwort oder Hilfe gibt);
- als weiteren Schritt: Hilfe zu geben, z. B. Realitätskontrolle (in der Verstiegenheit, in der Angst, im Wahn), zu ermutigen, gemeinsam nach dem Sinn zu suchen, (nicht zu vorschnell) zu deuten, persönlich zu bezeugen, authentisch selektiv (je nach Belastbarkeit) eigene Gefühle und Überzeugungen zu bekennen, zu beten und zu trösten.

3.4 Spannung zur hektischen Atmosphäre

Diese Tätigkeiten des Mitgehens und Daseins stehen meist in einer Spannung zur hektischen, funktionellen, apparativ beherrschten Atmosphäre einer Intensivpflegestation. Sie besteht oft nur in dem Halten einer Hand, in einem kurzen Ansprechen und Anschauen (z. B. bei frisch Operierten), in ein paar Worten (z. B. „Sie haben's geschafft, schlafen Sie ruhig weiter, ich komme morgen wieder zu Ihnen und denke an Sie“). Mitunter kann das Intervenieren in einer Dekompensation oder Krise aber auch Stunden beanspruchen.

3.5 Kontrollen der Wahrnehmungen

Wichtig sind für den Seelsorger die Kontrollen seiner Wahrnehmungen und Gefühle, und zwar zusammen mit dem Pflegepersonal, damit er somatische und seelische Ursachen von Reaktionen wenigstens im größten auseinanderzuhalten weiß. Der Austausch über die oft verschiedenen Eindrücke führt aber auch zu einer heilsamen Relativierung eigener Auffassungen. Hier sind erste Indikatoren für eigene Wahrnehmungsstörungen, Projektionen und ähnliche seelische Störfaktoren beim Begleiter zu finden⁸. Der Austausch mit dem Pfl-

gepersonal trägt aber vor allem zu einer Verbesserung der Betriebsatmosphäre im Hinblick auf eine stärkere Sensibilisierung für die seelisch-geistigen Bedürfnisse des Patienten bei als Voraussetzung dafür, daß dieser soweit als möglich auch noch Subjekt seiner Krankheit sein kann, trotz des Ausgeliefertseins an die Welt der Apparate. Diese Kooperation führt dann auch zu einer Entlastung des Stationspersonals, z. B. wenn die Arbeitsüberlastung unbedingt eine Delegation des Begleiters an einen „Libero“ (= freien Mann) verlangt, der nicht im Streß des apparativen Zeitplanes steht, aber den Betriebsablauf kennt und auch bereit und fähig ist, einmal einen Patienten zu füttern. Vor allem ist bei solcher Kooperation eine Möglichkeit der Verarbeitung eigener Gefühle, insbesondere der Ängste enthalten, die mir nicht nur für den Seelsorger, sondern auch für das Pflegepersonal von großer Bedeutung zu sein scheint. Es ist auffallend, wieviele engagierte Krankenschwestern die Intensivpflege verlassen, weil sie mangels Verarbeitung der intensiven Erlebnisse mit Patienten und im Team die seelische Belastung nicht mehr ertragen konnten. Eine erschreckende Zahl von Suizidversuchen unter dem Pflegepersonal ist meines Erachtens ursächlich hier zu suchen.

3.6 Aus- und Fortbildung in Balintgruppen u. ä.

Das Stichwort „eigene Verarbeitung des Erlebten“ verweist auf einen Sektor der Aus- und Fortbildung für alle, die auf Intensivpflegestationen arbeiten, der noch fast völlig brach liegt, aber dringend indiziert ist:

Balintgruppen und Einzelsupervisionen könnten hier wesentliche Beiträge sein und beginnen sich auch zu verbreiten.

3.7.1 Die Klinikseelsorger von Heidelberg und Umgebung arbeiten seit 5 Jahren in einer Balintgruppe unter Leitung des Mannheimer Sozialpsychiaters W. Böker zusammen.

3.7.2 Aber im Ärzte- und Krankenpflege-

menheft Nr. 3/4 von Lebendige Seelsorge, Freiburg 1975, insbes. die Beiträge von H. Stenger, G. Griesl und H. Pompey.

⁸ Vgl. für das seelsorgliche Gespräch das The-

unterricht sowie in der Theologenausbildung sind neue Wege dringend von Nöten. An den Heidelberger Schwesternschulen versuchen wir Theologen gemeinsam mit Psychologen diese Aspekte in den Unterricht einzubringen.

3.7.3 Die meisten deutschen Bistümer haben Theologen zu einem Krankenpflegepraktikum (wahlweise zu einem Industriepraktikum) verpflichtet.

3.7.4 Vor allem ist auf kirchlicher Seite auf die Neuansätze in der Klinischen Seelsorgeausbildung (= CPE) zu verweisen, wo Seelsorger in 6- bzw. 12-Wochenkursen in einer bestimmten Klinik für ihren Dienst anhand der eigenen Erlebnisse sensibilisiert werden. Solche Zentren existieren in Bethel, Hannover, Frankfurt, Stuttgart, Heidelberg, Düsseldorf, Nürnberg u. a. Städten⁹.

3.8 Ich möchte hier nur kurz darauf verweisen, daß die Mitarbeit des Seelsorgers bei den Suizidenten auf einer Entgiftungsstation noch ganz eigene Aspekte im Unterschied zu den übrigen Intensivpflegestationen hat und besonders der Schulung auf psychopathologischem Gebiet in der Krisenprävention und Krisenintervention bedarf.

4. Warum gerade als Seelsorger?

4.1 Kein Monopol

Für den hier beschriebenen Dienst des Begleitens, Verstehens und der mittragenden Gespräche kann sicherlich keine Berufsgruppe ein Monopol beanspruchen. Im Gegenteil: Es ist wünschenswert, daß solche Aspekte im Ganzen eines Stationsteams der Intensivpflege unter der Rücksicht einer ganzheitlich orientierten Behandlung beachtet und als Haltung geschult werden.

4.2 Persönliche Begleitung

Aber die hohen technischen Anforderungen an Ärzte, Schwestern und Pfleger, die notwendig gewordene Spezialisierung, ja Atomisierung therapeutischer Dienste — noch

erhöht durch die Bedingungen eines Schichtdienstes — führen durchweg zu einer Auflösung der persönlichen Zuständigkeit im Stationsteam für die menschlichen Bedürfnisse des einzelnen Patienten. Immer wieder erfahre ich bei Besuchen auf Wachstationen, daß Patienten durch die Vielzahl gleichuniformierter Bediensteter, von denen sie manche noch nicht einmal mit dem Namen kennen, Schwestern, Ärzte, Studenten, medizinisch-technische Assistenten, Hilfspfleger nicht einmal unterscheiden können und nicht wissen, wer für sie zuständig ist, wem sie sich anvertrauen können und nicht selten paranoiden Ängsten anheimfallen. Selbst bei einer guten Regelung der personellen Zuständigkeit im Team erscheint mir der Aspekt der persönlichen Begleitung, vor allem im emotionalen Bereich so wichtig, daß er einen eigenen Funktionsträger haben sollte. Diese Forderung ist meines Erachtens an jede Intensivpflegestation im besonderen zu stellen,

- einmal, damit dieser Aspekt auch — und gerade — in besonderen Belastungszeiten der Station wirklich wahrgenommen wird;
- dann aber auch, damit er in einem Stationsteam immer wieder zur Sprache kommt und als Teilaspekt einer ganzheitlichen Pflege adäquat berücksichtigt wird.

4.3 Die Erfahrung des Religiösen

Ich möchte zum Schluß noch darlegen, warum meine Kollegen und ich als Theologen diese Aufgabe des Begleitens wahrnehmen möchten. Dafür gibt es meines Erachtens zwei besondere theologische bzw. spirituelle Aspekte:

Die *Erfahrung* des Religiösen, ja der Transzendenz gehört nicht zum Machbaren, auch nicht in die Ebene des Moralischen — wo Religion und Kirche für viele Menschen eingeordnet werden —, sondern in den Bereich des unplanbaren Ereignisses, z. B. dort, wo Menschen einander personal begegnen, wo Menschen zu sich selbst kommen und fähig werden, z. B. eine sie einengende Situation zu transzendieren¹⁰.

¹⁰ Der amerikanische Soziologe Peter L. Berger

⁹ Vgl. dazu C. Becher (Hrsg.), *Klinische Seelsorgeausbildung*, Schriften der Evang. Akademie in Hessen und Nassau, Heft 98, Frankfurt 1972; H. C. Clinebell, *Modelle beratender Seelsorge*, München — Mainz 1971.

Von solchen Erwägungen her wird verständlich, daß gerade das bloße Dasein und Mitgehen, das Begleiten von Menschen in der Krise in den Raum hineinragt, der die religiöse Dimension eröffnet.

4.4 Zwei verschiedene Gotteserfahrungen

Die Bibel kennt — vor allem im Alten Testament — zwei sehr verschiedene Gotteserfahrungen, die einander zwar ergänzen, aber auch in Spannung zueinander stehen und deren zweite mir von grundlegender Bedeutung für die theologische Dimension des Begleiters von Menschen in Krisen zu sein scheint:

Schöpfung als Ordnung

Die erste beruht auf der Erfahrung der Schöpfung als einer Ordnung, in der die Zuverlässigkeit von Gesetzen den Menschen Sicherheit und Schutz gewährt: Regen und Sonne, kalt und warm, Tag und Nacht, Winter und Sommer: das sind Er-

(Auf den Spuren der Engel, Frankfurt 1969, 82 f) beschreibt einen solchen Ort ganz alltäglicher Transzendenzenerfahrung. „Ein Kind erwacht — vielleicht aus schweren Träumen — und findet sich allein, von nächtlicher Dunkelheit umgeben, namenloser Angst ausgeliefert. Die vertrauten Umriss der Wirklichkeit sind verwischt, ja unsichtbar. Chaos will hereinbrechen. Das Kind schreit nach der Mutter. In einem solchen Augenblick ist der Ruf nach der Mutter ohne Übertreibung der Ruf nach einer Hohepriesterin der Ordnung. Die Mutter — und vielleicht nur sie — hat die Macht, das Chaos zu bannen und die Welt in ihrer Wohlgestalt wiederherzustellen. Genau das tut eine Mutter. Sie nimmt das Kind in den Arm und wiegelt es in einer zeitlosen Gebärde der magna mater, die unsere Madonna geworden ist. Sie zündet ein Licht an, und wärmer, Sicherheit verheißender Schein umgibt sie und ihr Kind. Sie spricht zu ihrem Kind, sie singt ihm ein Schummerlied. Und der Grundtenor ist auf der ganzen Welt immer und immer derselbe: ‚Hab‘ keine Angst‘; ‚alles ist in Ordnung‘; ‚alles ist wieder gut‘. Das Kind schluchzt vielleicht noch ein paarmal auf und gibt sich allmählich zufrieden. Sein Vertrauen zur Wirklichkeit ist zurückgewonnen, und in diesem Vertrauen kann es wieder einschlafen. Dergleichen gehört zur Routine des Alltags und bedarf natürlich keiner artikulierten religiösen Grundlage. Aber gerade daß es so gewöhnlich ist, wirft die keineswegs gewöhnliche Frage auf — eine Frage, die unmittelbar in eine religiöse Dimension reicht: Belügt die Mutter das Kind? Nur wenn ein religiöses Verständnis des menschlichen Daseins Wahrheit enthält, kann die Antwort aus vollem Herzen ‚Nein‘ lauten. Ist dagegen umgekehrt das ‚Natürliche‘ die einzige Wirklichkeit, so lügt die Mutter. Sie lügt zwar aus Liebe, und deshalb lügt sie auch wieder nicht. Nimmt man sie jedoch statt bei der Liebe beim Worte und analysiert es radikal, so ist, was sie sagt, eine Lüge. Warum? Weil der Trost, den sie gibt, über sie und ihr Kind, über die Zufälligkeit der Personen und der Situation hinausreicht und eine Behauptung über Wirklichkeit als solche enthält.“

fahrungen, mit denen der Mensch leben kann, z. B. pflanzen, den Boden bearbeiten und ernten. Und das ist ja der Lebensinhalt der seßhaft Gewordenen, der Ackerbauern.

Sie bringen dafür ihrem Gott oder ihrer Gottheit Feldfrüchte und Tiere als Opfer dar. Sie bitten Gott, daß kein Hagel, kein warmer Winter oder kalter Sommer, kein Blitzschlag — kurz: daß nicht die Gesetzlosigkeit — überhand nimmt und das Leben zerstört. Sie übertragen diese Erfahrung auf ihr Zusammenleben: wo Regeln und Gesetze eingehalten werden, da ist die Welt in Ordnung, da läßt es sich leben. Der Regelverstoß wird scharf geahndet und bestraft. Verständlich, daß dieses Gottesbild rasch zur Gesetzesreligion und zur moralisierenden Gemeinschaft führte.

Die Erfahrung des Herausgerufen-Werdens Die zweite Gotteserfahrung ist von ganz anderer Art. Sie ist typisch für den Semiten, d. h. für Jäger und Hirten, insbesondere für Israel. Sie nennen Gott die *Erfahrung*, daß ein Mensch oder ein Volk wider alle Berechnung und Regel Glück, Sinn und Erfolg erfährt, sozusagen als völlig unverdientbares Geschenk. Orte im Leben sind dafür: das Jagdglück, das Finden einer Oase in der Wüste, die wunderbare Rettung gegen alle Vernunft, der Sieg des Schwachen über den Starken (z. B. David gegen Goliath). Israel macht also die Erfahrung, daß Gott Menschen an ihren Grenzen herausruft zu einem fundamentalen Neuanfang: z. B. den 75 Jahre alten, für damalige Verhältnisse reichen Herdenbesitzer Abraham, der von Gott den Ruf hört, noch einmal von vorn anzufangen, aus seinem Land auszuziehen, durch die Wüste zu wandern, ein „neues Land zu entdecken“ und ein Volk zu gründen — gegen alle Gesetze des Alterns, gegen alle menschliche Vernunft! Die Antwort und Hilfe Gottes sieht immer wieder anders aus, als es sich Abraham erhofft, aber er gelangt zu ganz neuen Wegen und wird z. B. noch heute von den Christen als ihr Stammvater im Glauben angesehen, weil seit seiner Erfahrung Glauben eigentlich heißt: sich auf die ganze Wirklichkeit ein-

zulassen, d. h. die eigenen Grenzen abtasten, den einen Schritt darüber hinaus noch für möglich halten und ihn aus der Mitte des eigenen Seins heraus wagen. Dadurch gelangt der Mensch immer zu einem „neuen Land“. So etwas vollzieht sich auch in ganz natürlichen Schritten in den Entwicklungsphasen jedes Menschen, der sich in das Neuland, in Erfahrungen hineinwagt, die er gestern noch für unmöglich gehalten hatte. Das geschieht gerade in Grenzsituationen wie in der Krankheit, im Leiden und im Sterben. Das geschieht sogar im letzten Sterben, wenn sich ein Mensch dem Tod anvertrauen kann. Für diese wagen Schritte im Leben braucht der Mensch die Erfahrung des mitgehenden Gottes, der ihn immer wieder herausruft, der ihn nicht nur vertrauen läßt auf das, was man zählen, messen, berechnen kann, sondern der ihn erinnert, daß er auch schon Schritte über sich hinausgewagt hat, ohne gesichert zu sein. Genau das ist die Gotteserfahrung Abrahams, Davids, der Propheten und insbesondere Jesu v. Nazareth.

Dienst der Begleitung und Deutung

Diese Erfahrung des mitgehenden Gottes muß im Fleisch erfahren werden, d. h. in Mitmenschen, die durch ihr bloßes Dasein und Mitgehen einen Nächsten in der Krise ermutigen, sein Hier und Jetzt annehmen zu können; Menschen, die ihm helfen, sich zu erinnern, daß er in seinem Leben schon solche Transzendierungen gewagt hat, Menschen, die ihm diesen Schritt nicht abnehmen können, aber durch ihre Begleitung zu der Erfahrung werden, daß der Mensch in der Krise nicht allein gelassen wird und daß er durch dieses Gegenüber ermutigt wird, sich der Krise seiner Krankheit zu stellen, Veränderbares zu wagen, Unabänderliches zu akzeptieren und auch in der letzten Grenzsituation angenommen zu sein. Solches Mitgehen bedarf keineswegs immer der ausdrücklichen Verkündigung der christlichen Botschaft. Aber sie ist als menschliche Erfahrung jedem zugänglich, der eine Grenzsituation zu bestehen hat. Es bleibt dem Taktgefühl und dem Mut zum Bekenntnis des Seelsorgers überlassen, wem er in der Begleitung das

deutende Wort der christlichen Botschaft hierzu anbietet und wo er sich auf diese Hilfe in der Selbstannahme eines Kranken beschränkt.

Praxis

Heinrich Jürgens

Ein Monatskurs „Gemeindeleitung“ — aus der Sicht des Kursbegleiters

Im folgenden berichtet P. Jürgens im Anschluß an seine grundsätzlichen Überlegungen zur Kursbegleitung, wie ein solcher Kurs aus der Sicht des Begleiters abläuft. Eingeflochten sind auch Urteile der Teilnehmer, wie sie in der abschließenden Bewertung abgegeben wurden. Während der grundsätzliche Beitrag unmittelbar vor Beginn eines vierwöchigen Kurses geschrieben wurde, faßt dieser Beitrag die Erfahrungen des im Jänner/Februar 1976 in Mainz gehaltenen Kurses zusammen. red

In diesem Beitrag soll in einer Art „Kurzbiographie“ gezeigt werden, wie ein Kurs mit „Kursbegleitung“ aussehen kann.

Als allgemeines Ziel unserer Kurse war den Teilnehmern mitgeteilt worden, wir wollten nicht nur Theorie oder bloße Praxis vermitteln, sondern ihnen „helfen, ihr eigenes Mensch-, Christ- und Seelsorgersein so weiterzuentwickeln, daß sie in den heutigen Verhältnissen sachgerecht aus einer inneren Mitte zu wirken“ vermöchten. Darum sei die Teilnehmerzahl nicht zu groß, hätte der Kurs eine längere Dauer, um das Besprochene besser integrieren zu können, seien uns die Fragen, Wünsche und Erfahrungen der Teilnehmer wichtig, habe das Gespräch Vorrang vor der Einbahnkommunikation und werde alles in möglichst enge Beziehung zur konkreten Situation des einzelnen Teilnehmers gesetzt.