

Dr. REINHARD SCHMIDT-ROST, Tübingen

## Wohin geht die Seelsorge-Bewegung in Deutschland?

Ist die Seelsorge-Bewegung zum Stillstand gekommen? Zwei Erscheinungen könnten dafür sprechen: zum einen ist sie in die Institutionen aufgenommen worden und zum anderen in das Stadium der Selbstreflexion und der Bilanzierung eingetreten.

Die bekannten kritischen Stellungnahmen von Besier und Tacke sind methodologische Kritik, die das Wesen und damit den geistigen Ort der Seelsorge-Bewegung nicht ausreichend zu bestimmen vermag.

Die Seelsorge-Bewegung ist Teil einer bestimmten religiösen Bewegung, ein besonderer Frömmigkeitstyp, der eingebettet ist in die gegenwärtig weitverbreitete Berater-Kultur. Die Organisation dieser beratenden Seelsorge geschieht im Einzelgespräch, in dem »der Kunde die Leistung des Beraters auf sich und auf sich allein bezieht«. Damit fehlt der Seelsorge jedoch die gemeinschaftsbildende Kraft.

Im Falle der Beratung wird die größere Anstrengung eingesetzt, ein Problem zu lösen, während die christliche Tradition ihre Kraft dahin versammelte, ein beschwertes Leben auszuhalten. In der Praxis der Beratung zerfällt dann das Leben in lauter einzelne Schwierigkeiten, so daß die christlichen, ein Leben durchgängig bestimmenden Prinzipien von Fall zu Fall aufgelöst werden, so daß letztendlich weniger Glaubenshilfe als Einzelfallhilfe geleistet wird.

### Bemerkungen zur Einzelseelsorge

Die Klinische Seelsorge-Ausbildung (KSA) hat im Bewußtsein ihrer Schüler den Trend gefördert, das seelsorgerliche Einzelgespräch als einen Grundbestandteil der pfarramtlichen Praxis anzusehen, neben Unterricht, Predigt, Kasualien; als die Sachwalterin dieser cura animarum specialis fühlt sich die Seelsorge-Bewegung. Ihre Herkunft aus der Berater-Kultur kann die Seelsorge-Bewegung nun gerade darin nicht verleugnen, daß sie das Seelsorge-Gespräch als therapeutisches, als heilendes Gespräch auffaßt. In diesem Punkt ist sich die Seelsorge-Bewegung mit ihren Kritikern weitgehend einig. Es ist zwar meist von ‚Helfen‘ die Rede, nicht von Therapie, aber schon Thurneysens Negation der Beratung nimmt ihn unfreiwillig in das moderne Therapiedenken hinein. Auch er will helfen, nur anders (Rechtfertigung und Seelsorge; in: F. Wintzer, Seelsorge, München 1978).

Zweierlei ist zu dieser modernen Auffassung der Einzelseelsorge zu bemerken:

1. Helfendes Handeln in der Seelsorge nach therapeutischem Muster löst die Gesprächspartner aus ihrem sozialen Kontext heraus. Sprach schon D. Stollberg von »Psychotherapie in kirchlichem Kontext«, so zeigt Beziers Kritik (Seelsorge und Klinische Psychologie, Göttingen 1980), daß eine Betonung des therapeutischen Charakters der Seelsorge zur Isolierung gegenüber ihrer Lebenswelt führen muß. Seelsorge geschieht im kontrollierten Setting der therapeutischen Situation, letztlich nicht mehr am Gartenzaun oder am Bett, sondern in der Sprechstunde mit Hilfe von Polstermöbeln in spezifischer Auswahl. Kontrollierter Dialog müßte die cura animarum specialis unserer Tage

besser heißen. Auch eine Bezahlung der therapeutischen Tätigkeit wird ja schon lange diskutiert und indirekt, über die Kirchensteuern auch vorgenommen, es fehlt nur noch ein schriftlicher Kontrakt.

Diskussionswürdig ist in diesem Zusammenhang aber nicht einmal vor allem das Element der Kontrolle, das im Namen der wissenschaftlichen Anforderungen immer weiter verstärkt wird, diskussionswürdig ist für den Seelsorger, zumal im Krankenhaus, vor allem die Orientierung der therapeutischen Seelsorge an der geltenden Vorstellung von Gesundheit. Diese fördert Tendenzen, die dem Seelsorger nicht erstrebenswert erscheinen können: Das verbreitete technische Verständnis spricht bloß negativ von der Gesundheit als der »Abwesenheit von Störungen«. Es nährt damit die Illusion auf Beherrschbarkeit der Welt durch den Menschen, auch dort, wo eher die Ohnmacht des Menschen unter allen Glanzleistungen hervorscheint. Die positive Definition von Gesundheit durch die WHO (Weltgesundheitsorganisation) betont zwar zu Recht die subjektive Seite der Gesundheit – das Wohlbefinden in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht –, aber mit ihrer weitgreifenden Formulierung, durch die Bindung an die Subjektivität und in der Verbindung mit den vielfältigen technischen Möglichkeiten unserer Zeit erhalten die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung illusionäre Weite.

### Praxis der Seelsorge

2. Die Fixierung auf die therapeutische Situation gibt der Tätigkeit des Seelsorgers einen konservierenden Charakter. Therapeutisches Handeln ist jedenfalls im medizinischen Sinne grundsätzlich konservativ. Es setzt bei den Störungen menschlichen Lebens ein und versucht einen Zustand von Störungsfreiheit oder Störungsminderung herbeizuführen. Krankheiten, Krisen und Probleme sind Ansatzpunkte kontrollierten therapeutischen Handelns, bei dem mit definierten Mitteln eine prognostizierte Wirkung erzielt werden soll. Ein umfassender Begriff von Gesundheit gehört zwar als Rahmen zum therapeutischen Geschehen hinzu, ist aber nicht das Ziel eines medizinischen Therapieverlaufs, sondern eine begrenzende Linie. Die Heilungserwartungen des behandelnden Arztes bemessen sich am aktuellen Zustand des Organismus und der Psyche eines Menschen in ihrer Umwelt, nicht oder zumindest nicht im alltäglichen Handeln an Vorstellungen überhaupt möglichen Heils. Von der medizinischen Therapie wird man dies auch vernünftigerweise nicht erwarten, daß sie sich im alltäglichen Handeln über Heilsvorstellungen Gedanken macht. Sie kann den Zwiespalt zwischen Heilungszielen und Heilungsvorstellungen im individuellen Fall nicht als ihr Problem ansehen. Anders der Seelsorger. Es ist ja gerade sein Auftrag, den Unterschied zwischen menschenmöglichem Heil und göttlicher Heilsverheißung, zwischen verantwortlicher mitmenschlicher Fürsorge und eschatologischer Nähe Gottes als unserem Heiland immer wieder neu zu begreifen und dem Seelsorgepartner begreiflich zu machen versuchen.

Den Zwiespalt zwischen irdischem und eschatologischem Heil einfach zu überbrücken, wie das nicht wenige Berater vor allem amerikanischer Herkunft tun, die als Ziele des therapeutischen Prozesses Begriffe wie »Persönlichkeitswachstum« oder »Selbstverwirklichung« (vgl. bei H. Clinebell, Wachsen und Hoffen, München 1982/83) mit eschatologischer Bedeutung versehen, heißt, sich dem Wahn der Machbarkeit von Heil auszuliefern, den die naturwis-

senschaftliche Medizin erst neuerdings zu bekämpfen beginnt.

Das Therapie-Modell, das problemorientierte Einzelgespräch, ist in der Seelsorge-Lehre derzeit die beherrschende Handlungsform. Gibt es dazu keine Alternative? Müssen wir uns mit einer Praxisvorstellung der Seelsorge abfinden, die es näherlegt,

- vom einzelnen problembeladenen Menschen auszugehen als von der Glaubenserfahrung geheilten Lebens aus auf den Menschen im Konflikt zuzugehen (vgl. T. Rendtorff, Ethik II, Stuttgart 1981),
- die die Beseitigung von Konflikten wie die Heilung einer Krankheit anvisiert und damit alle »hoffnungslosen Fälle« und das Leben im Konflikt überhaupt endgültig der Hoffnung beraubt, die im Mittragen einer Krankheit aufkeimen oder überleben könnte?
- Müssen wir uns mit einer Seelsorge-Theorie abfinden, die den Abbau von Beziehungslosigkeit zwar verheißt, implizit aber mit dem Ende der Therapie auch das Ende der Beziehung schon enthält, einer dauerhaften Beziehung also mindestens Schwierigkeiten in den Weg legt, jedenfalls nicht nach ihr sucht,
- die zudem im therapeutischen Setting die Distanzierung im Interesse der therapeutischen Wirkung planmäßig betreibt?

Ist eine Verbindung von cura animarum generalis und specialis somit undenkbar geworden? Ist der Theologe in der Gemeinde oder im Krankenhaus entweder Pfarrer oder Seelsorger-Therapeut?

Die Praxisgestalt einer Seelsorge, die keinen therapeutischen oder problemlösenden Anspruch erhebt, müßte sich konsequent vom Denken in den Kategorien der therapeutischen Situation lösen. Sie dürfte nicht mehr vor allem die Verfahrensweisen des Seelsorgers festlegen, müßte vielmehr Beiträge zum Verstehen und verstehenden Durchleben von Problemzusammenhängen und Lebensstrukturen zu leisten versuchen. Als psychologisches Fachwissen sind dann sozialpsychologische und entwicklungspsychologische Kenntnisse wichtiger als psychotherapeutisches Änderungswissen.

### Behandeln, Mitleiden oder Besuchen?

Die Arbeit des Krankenhauseelsorgers besteht in einer Fülle einzelner Gespräche mit Kranken, demnach von vornherein problembeladenen Menschen. Es scheint also eine zwingende Entsprechung vorzuliegen zwischen der Krisenintervention in der Seelsorge-Bewegung und der Arbeit des Krankenhauseelsorgers, zumal die Institution Krankenhaus mit der hohen Mobilität der kommenden und gehenden Patienten tiefere Gesprächsbeziehungen nicht gerade fördert und erst recht das stützende Moment einer Gemeindesituation entbehren muß, Lebensformen in Konkurrenz zum therapeutischen und pflegerischen Kontakt somit kaum entstehen können. Es liegt deshalb für den Krankenhauseelsorger im Grunde nahe, sich, angeregt von der Beratertätigkeit der Seelsorge-Bewegung, an die Praxis-Gestalt ärztlichen Helfens, die Therapie, anzuschließen, die eigene Praxis nach diesem Vorbild zu begreifen und zu gestalten.

Und doch bedarf diese Verbindung einer Überprüfung; denn der Schritt von der KSA zur Krankenhauseelsorge bedeutet ja zumindest eine Erweiterung der Perspektive. Der Impuls der nicht-direktiven Gesprächsführung wird auf

ein soziales Feld ausgepflanzt. Welche Früchte er dort bringen kann, steht nicht von vornherein fest.

Während Peter Frör (Seelsorge und Institution, in: *Wege zum Menschen* 32/1980) die Beachtung des institutionellen Aspekts überhaupt erst einmal anmahnt, vertreten Josef Maier-Scheu (Seelsorge im Krankenhaus, Mainz 1974) und Johannes Degen (Distanzierte Integration, in: *Wege zum Menschen* 32/1980) eine Art Integrationsmodell. Sie schlagen vor, den Seelsorger soweit irgend möglich in das therapeutische Team im Krankenhaus zu integrieren, ohne seinen spezifischen Auftrag dabei aus den Augen zu verlieren. Aber der spezifische Auftrag ist in diesem Integrationsmodell nicht so grundverschieden von dem Heilungsanliegen der Therapeuten, das Heil, um das es dem Seelsorger zu tun ist, ist eine wesentliche Seite des Menschen. Wenn der Mensch in der Genesung gefördert werden soll, dann ist nach psychosomatischer Krankheitsauffassung eben auch das Verhältnis des Menschen zu seinem Dasein grundsätzlich zu ordnen. Dazu leistet der Klinikseelsorger einen wesentlichen Beitrag. Als integraler Bestandteil des therapeutischen Teams sei der Seelsorger dann aber auch zur »Seelsorge an den Strukturen des Krankenhauses« (vgl. bei H. Clinebell, Wachsen und Hoffen, München 1982/83) in der Lage: »Will der Seelsorger nicht einfach immer wieder nur die ‚institutionelle Rigidität‘ des Krankenhauses für den Patienten erträglich machen und die unzureichende Zentrierung des Krankenhausgeschehens auf ihn kompensieren, dann stellt ihn seine Seelsorge, wie immer er sie auffassen und durchführen mag, vor die Aufgabe, ‚Seelsorge an den Strukturen‘ des Krankenhauses zu üben. Dies könnte heißen: darauf hinzuwirken, daß die Seelsorge zum Teilaspekt in der Gemeinschaft eines ‚therapeutischen Teams‘ wird, das seinerseits die Möglichkeiten einer Patienten-zentrierten und Mitarbeiter-orientierten Krankenfürsorge zu bezahlbaren Bedingungen zu überlegen und zu erproben hätte« (vgl. bei H. Clinebell, Wachsen und Hoffen, München 1982/83).

Martin Hagenmaier (Seelsorge im Krankenhaus, in: *Wege zum Menschen* 32/1980) vertritt demgegenüber die Auffassung, der Krankenseelsorger sei der Vertrauensmann der Kranken, er müsse im Gegenüber zum therapeutischen Team eine Sonderstellung einnehmen, die es ihm erlaube, auf die Abläufe im Krankenhaus distanziert und gegebenenfalls auch kritisch einzugehen. Als Grundaufgabe des Pastors im Krankenhaus nennt Hagenmaier das Umgehen mit der Situation aufgrund seines Glaubens. »Er hat nicht an der institutionalisierten Macht der Medizin teil. Er hat die Möglichkeit (im Krankenhaus einmalig und nicht einmal den Ärzten zur Verfügung), öffentlich Ohnmachtserfahrungen zu artikulieren. Er hat eine Tradition, die sich mit der Machtideologie beträchtlich reibt. Und er hat die Möglichkeit, dies durch persönlichen Umgang aus seinem Glauben heraus zu leben und in die Diskussion des Krankenhauses auf allen Ebenen zu bringen.« Hagenmaier nennt diese Grundaufgabe des Pfarrers im Krankenhaus »solidarischen Umgang mit Situationen«. »Daß weniger Übermenschlichkeit als vielmehr die Geschöpflichkeit innerhalb der natürlichen Umgebung seine Grundlage ist. Dies in die jeweilige Situation zu tragen, ist Aufgabe genug und kann aus der derzeitigen Rolle heraus geleistet werden.«

Das Integrationsmodell von J. Maier-Scheu wie das Solidaritätsmodell von M. Hagenmaier greifen je einen der wichtigen Impulse heraus, die die Gesprächsschulung der

KSA der Krankenseelsorge vermittelt hat: Die Integration beruht auf einem Verständnis des Seelsorgegesprächs in der Klinik als einer quasi-therapeutischen Aktion. Ein Verständnis, das die Gesprächsstruktur und das Umfeld des Gesprächs in der KSA nahelegen. Das Solidaritätsmodell betont die Komponente der Einfühlung in die Problematik des Gesprächspartners und generalisiert diesen methodischen Aspekt so weit, daß es darin vor allem das mögliche und nötige Tun des Krankenseelsorgers sieht, abgesehen von allen Wirkungsmöglichkeiten. Das Solidaritätsmodell entzieht dem Seelsorger jegliche institutionelle Stabilität, zwingt ihn dazu, sich seiner Position immer wieder neu zu vergewissern. »Die Rolle des Pastors in diesem Spannungsfeld ist davon bestimmt, daß er seinen Platz nicht nach ausgewählten Schemata einfach einnehmen kann, sondern sich aus seinen Überzeugungen und Fähigkeiten erst seinen Platz schaffen muß.« Ob diese Dauerreflexion eine erträgliche Berufssituation ergibt, muß bezweifelt werden.

### Der Kranke und seine Besucher

M. Hagenmaier setzt sich in seinen Überlegungen nicht nur vom therapeutischen Verständnis der Krankenseelsorge ab, sondern schiebt auch eine andere Identifikationsmöglichkeit beiseite: Er will nicht nur als Besucher kommen, da der Besucher eher passiv die Situation des Kranken im Krankenhaus zwar aufgreife, aber nicht aktiv mitzugestalten versuche. Und doch eröffnet ein Verständnis des Krankenseelsorgers als Besucher Perspektiven der Vermittlung, die den Seelsorger nicht im therapeutischen Team seiner christlichen Aufgabe unter den gegebenen Bedingungen des modernen Gesundheitswesens entfremden und ihn andererseits nicht in der Solidarität mit den Leidenden bis zur eigenen Hilflosigkeit treiben. Dennoch ist der Vermittlungsvorschlag, den Dienst des Krankenseelsorgers zumindest im Krankenhausalltag als einen Besuchsdienst zu verstehen und zu praktizieren, von der Position Hagenmaiers nicht so weit entfernt wie vom therapeutischen Verständnis der Gesprächssituation am Krankenbett. Im Gegensatz zu Hagenmaier aber wird mit der Bezeichnung Krankenhausbesuch doch eine klare institutionelle Zuordnung vorgenommen.

Für die Deutung seiner Aufgabe hat eine Bezeichnung des Krankenseelsorgers als Besucher folgende Konsequenzen:

Der Krankenbesuch konfrontiert den Kranken mit der Erfahrung: Das Leben geht weiter. Diese Erfahrung – anfangs gewiß eher deprimierend – stärkt aber auf die Dauer und im Grunde bei dem Patienten eher die Hoffnung, daß auch das eigene Leben weitergehen werde. Denn der Krankenbesuch baut im Gespräch eine Brücke zum Alltag. Ein Christ als Krankenbesucher wird darüber hinaus als einer gesehen werden können, der von der Hoffnung auf ein Leben lebt, das nicht an den Beschränkungen unserer Vorstellungskraft sein Ende hat. Diese Hoffnung im Gespräch durchscheinen zu lassen, dazu bedarf es eigener Gewißheit, eine Gewißheit des Auftrags und der Hoffnung, die sich nicht durch Konfrontieren oder Moralisieren selbst den Rücken stärken muß.

Der Krankenbesuch ist nach Mt 25,36 eine humane, keine spezifisch christliche Tat. Die Menschen zur Rechten sind überrascht, daß ihr selbstverständliches Handeln so positiv beurteilt wird. Der Krankenbesuch ist insbesondere deshalb eine menschliche Tat, weil er den Kranken der un-

versehrten Gemeinschaft mit seinen Mitmenschen versichert. Die Krankheit belastet die menschliche Gemeinschaft, ob als Familie oder als christliche Gemeinde. Der Krankenbesuch aber demonstriert: Diese Belastung ist erträglich. Die Gemeinschaft bleibt intakt. Unter Umständen kann die Belastung durch Krankheit die Gemeinschaft sogar zur Suche nach sich selbst veranlassen.

Die Vorstellung vom Krankenbesuch regelt für den Seelsorger verschiedene Verfahrensfragen, denn ein Besuch verläuft nach bestimmten Konventionen. Es ist die Pflicht eines Besuchers, zumal im Krankenhaus, zu prüfen, ob sein Kommen erwünscht ist. Er tritt ins Zimmer mit der Erwartung, unter Umständen sofort wieder umzukehren. Der Besucher möchte etwas mitbringen, ein Zeichen seiner Anwesenheit, seines Mitdenkens mit dem Kranken, aber er weiß, daß es schwierig ist, im Krankenhaus ein passendes Geschenk zu machen, denn der Kranke ist ja unfrei in seinen Bewegungsmöglichkeiten, auch in seinen Abwehrmöglichkeiten, körperlich wie geistig. Der Besucher weiß außerdem, daß er nach einer bestimmten Zeit wieder gehen wird und gehen muß. Er muß also das Ende während des Gesprächs bedenken, darf nicht in mitleidender Solidarität so vollständig versinken, daß das Weggehen ein Losreißen wird, das dem Kranken nur noch mehr Schmerzen verursacht. Ein Besucher erwartet nichts vom Kranken. Krankenbesuch bedeutet schließlich auch, zu wissen, zu wem man geht; dazu braucht es die Beziehung zum Pflegepersonal allemal – aber auch zu den Angehörigen.

Der Krankenbesuch reiht den Seelsorger unter die Angehörigen ein. Nicht als Familienangehöriger, wohl aber als Mit-Christ sollte sich der Seelsorger dem Kranken zugehörig fühlen. Es ist bemerkenswert, daß die Angehörigen so selten erwähnt werden in Seelsorge-Lehrbüchern und Aufsätzen, es sei denn in der Sterbesituation oder in der Kinder-Seelsorge. Der Seelsorger aber ist als Glied der christlichen Gemeinde unter die Angehörigen der Kranken zu rechnen; wenn der Patient oder die Familie des Kranken es nicht tun, der Seelsorger sollte die produktiven Möglichkeiten dieser Vorstellung nutzen. Die soziale Dimension von Krankheit wird von den Angehörigen wesentlich mitgestaltet. Der Seelsorger sollte zu denen gehören, die die Brücken des Kranken zur Gemeinschaft bauen helfen und nicht zum Abbruch beitragen. Dadurch wird der Seelsorger zum Zeugen für eine auf Gottes Wort gegründete Gemeinschaft, nicht durch eine abstrakte Verkündigung.

Der Besuch ist eine traditionelle Lebensform, die ganz allgemein Gemeinschaft begründet und gestaltet. Die Nutzung dieser Lebensform zur Beschreibung der Aufgaben des Krankenhausseelsorgers darf nicht als Nostalgie mißverstanden werden. Sie ist jedoch gewiß Ausdruck der Auffassung, daß die Neuinterpretation traditioneller Lebensformen der Neukonstruktion von Verhaltensstrukturen vorzuziehen ist.

*Dr. Reinhard Schmidt-Rost ist Diplompsychologe und wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Praktische Theologie in Tübingen.*