
Gottesdienst im Krankenhaus*

Markus Kolbe

Vorbemerkung

Es war einer der ersten Tage im Krankenhaus. Als frisch eingeführter Seelsorger bereitete ich mich auf meine ersten Besuche vor. Um die Aufregung ein wenig in den Griff zu bekommen, legte ich mir ein paar Sätze zurecht, mit denen ich mich bei den Patienten vorstellen wollte. Der erste Gang führte mich in das Stationszimmer. Bestimmte Namen konnten mir die Schwestern nicht nennen. Natürlich gab es einige, die sich freuen würden, wenn mal jemand vorbeikäme, aber nach einem Seelsorger hatte niemand direkt gefragt. Ich wusste also überhaupt nicht, was mich erwartet. So entschloss ich mich durch die Zimmer zu gehen, um mich vorzustellen und mir selbst ein Bild zu machen. Genau genommen warteten 46 Zimmer mit bis zu drei Patienten hinter den Türen auf mich. Ein kurzes Gebet, ein tiefer Atemzug und ich klopfte an die erste Tür. Als ich die Klinke herunterdrückte und in das Zimmer trat, hatte ich den Eindruck, in eine ganz eigene separate Welt zu kommen. Drei Augenpaare sahen mich überrascht an. Keine der drei Frauen sagte ein Wort. Ich stellte mich vor und gab der ersten Frau die Hand. Totenstille. Ich merkte, wie mir unbehaglich wurde. War ich zu schnell, zu forsch, zu steif? Ich ging weiter von Bett zu Bett. Begrüßte, gab die Hand, fragte, wie sich die Patienten fühlen und verließ nach ein paar Minuten das Zimmer. Ich klopfte an die zweite Tür, eine weitere Welt tat sich auf. Ich trat ein und wieder stellte ich mich vor. Eine Patientin reagierte gleich: »An Ihren Gott kann ich nicht glauben, nicht mehr. Dreimal habe ich zu ihm gebetet, er möge mich nach der Operation nicht wieder aufwachen lassen und jedesmal bin ich wieder wach geworden. An diesen Gott glaube ich nicht mehr. Ich will nicht mehr. Warum lässt er mich nicht sterben!« Als ich das Zimmer verließ, machten sich die ersten Anzeichen von Kopfschmerzen bemerkbar. Die übrigen 44 Zimmer mussten erst einmal warten. Mein spontaner Gedanke nach diesen ersten Erfahrungen: »Das machst du keine zwei Wochen mit.«

Mittlerweile sind drei Jahre vergangen, in denen ich als Pastor in einer Ortsgemeinde und als Krankenhauseelsorger in einer Fachklinik für Rheumakranke arbeite. Vor allem die Krankenhauseelsorge bedeutete

* Der Aufsatz beruht auf einer Vikariatsarbeit aus dem Jahre 1997, die für die Drucklegung geringfügig überarbeitet wurde.

für mich bei Dienstbeginn absolutes Neuland. Die Atmosphäre in einer Klinik war für mich nach Zivildienst und vielfacher Arbeit im Pflegedienst nicht fremd, doch forderte mich die Arbeit als Pastor im Krankenhaus völlig neu heraus. Die Zusammenarbeit mit einem Team aus Ärzten, Schwestern, Pflegern, Psychologinnen, dem Sozialdienst und der Ergotherapie gaben mir einen neuen Einblick in die Arbeit an und mit chronisch kranken Menschen.

Viel habe ich seitdem gelernt. Vieles in meiner Einstellung zu kranken Menschen hat sich verändert. Einige Ansprüche, die ich an mich und meine Gesprächspartner gestellt habe, habe ich im Laufe der Zeit mit gutem Gewissen abgelegt und dafür neue hinzu gewonnen. Ich habe es gelernt Schwerpunkte zu setzen, Ziele zu verfolgen ohne dabei etwas ganz bestimmtes von den Patienten zu erwarten.

Rückblickend haben sich für mich in der Krankenhausesorge drei Arbeitsschwerpunkte herauskristallisiert: Das Gespräch am Krankenbett, die gottesdienstlichen Veranstaltungen im Krankenhaus und die Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den verschiedenen Fachbereichen.

Da die Gestaltung von Gottesdiensten für mich im Laufe der drei Jahre mit zu einem Schwerpunkt meiner Arbeit im Krankenhaus geworden ist, möchte ich im Rahmen dieser Arbeit meine Erfahrungen zur Gottesdienstgestaltung im Krankenhaus festhalten. Diese Arbeit soll mir und allen, die sie lesen, die Gelegenheit geben, über praktizierte Gottesdienste eingehender nachzudenken und sie zu reflektieren, um neue Impulse für die seelsorgerliche Arbeit durch den Gottesdienst im Krankenhaus zu gewinnen.

Das Gespräch am Krankenbett und die Gestaltung von Gottesdiensten mit Patienten sind für mich eng miteinander verbunden und haben ihren Grund in der unvoreingenommenen und liebevollen Zuwendung Gottes an den Einzelnen mit der grundsätzlichen Bereitschaft zur Vergebung und zum Neuanfang mit ihm.

Im ersten Teil wird daher das eigene Seelsorgeverständnis hervorgehoben, da es die Gestaltung von Gottesdiensten im Krankenhaus mitprägt.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit unterschiedlichen Ansätzen zum Gottesdienstverständnis sowie mit Zielen, Chancen und Herausforderungen für die Gottesdienstgestaltung.

Im dritten und letzten Teil werden Erfahrungen und praktische Vorschläge zur Gottesdienstgestaltung angeführt, die auf dem Hintergrund der eigenen Arbeit entstanden sind.

Grundlage für meine Ausführungen und Vorschläge sind die Erfahrungen in einer Fachklinik für Rheumatiker, also chronisch kranker Menschen, denen zwar oft geholfen, die aber aus medizinischer Sicht nicht geheilt werden können.

1. Seelsorge im Krankenhaus

Die besondere Herausforderung für die Arbeit eines Seelsorgers bzw. einer Seelsorgerin¹ im Krankenhaus besteht darin, dass er im Vergleich zu den übrigen Mitarbeitern zunächst ohne ein Instrumentarium vor dem Patienten steht. Er hat an ihm nichts zu messen, zu fühlen, zu reiben, zu injizieren, zu pflastern, kurzum, es gibt nichts zu hantieren. Die grundsätzliche Aufgabe eines Seelsorgers besteht erst einmal darin, dass er einfach da ist, Zeit hat, zuhört, begleitet, mitlacht, mittrauert, mit aushält, mit schweigt, wahrnimmt und sein Gegenüber annimmt.² Angesichts der »Ideologie des Machens«³, wie sie in einem Krankenhaus oft vorherrscht ist das eine große Chance und zugleich eine schwere Aufgabe, nicht zuletzt, weil die Auswirkungen oft kaum nach außen vorzeigbar sind.⁴ Gelingt es, dem Patienten erst einmal als Mensch zu begegnen, ohne etwas von ihm zu fordern oder ein bestimmtes Gesprächsziel anzustreben, dann hat der Seelsorger die Chance, eine Wegstrecke mit ihm zu gehen und durch seine Art der Zuwendung, auf nonverbale Weise, etwas von der Annahme durch Gott spürbar werden zu lassen.⁵ Das ist besonders wichtig, da sich der Kranke in seiner Situation oft selbst nicht akzeptieren kann.

Daher ist es notwendig, dass sich die Krankenhauseelsorge eingebunden weiß in das gesamttherapeutische Konzept eines Krankenhauses, das nicht nur einen bestimmten Bereich des Menschen vor Augen hat – den es vielleicht durch eine Operation, eine Anwendung, oder ein Medikament zu verbessern gilt –, sondern den ganzen Menschen in allen seinen Lebensbezügen: zu Gott, zu seinen Mitmenschen und zu sich selbst.

Seelsorge im Krankenhaus ist daher in erster Linie begleitende Seelsorge, an die sich je nach den Bedürfnissen der Patienten eine beratende Seelsorge anschließen kann. Das, worüber gesprochen wird, bestimmen die Patienten selbst. Indem sich der Pastor oder Krankenhauseelsorger persönlich vorstellt, sich nach dem Befinden der Einzelnen erkundigt, etwas über seine Arbeit im Haus erzählt, gegebenenfalls Begrüßungskarten weitergibt und zu den gottesdienstlichen Veranstaltungen einlädt, wissen

¹ Um Worthäufungen zu vermeiden stehen im Folgenden maskuline Tätigkeits- und Berufsbezeichnungen für die Tätigkeit bzw. den Beruf an sich, d.h. unabhängig vom Geschlecht des / der Ausübenden.

² Vgl. M. Klessmann (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, Göttingen 1996, 23, Anm. 20.

³ A.a.O., 23.

⁴ Ebd.

⁵ Klessmann z.B. geht soweit zu sagen, dass »in der Krankenhauseelsorge [...] gerade nicht die Erfahrungen als ›der große Helfer‹ zu machen, sondern die Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ohnmacht besonders ausgeprägt« sind. »In sehr vielen Situationen gibt es nichts zu helfen im Sinn von verändern; vielmehr ist es häufig eine der wichtigsten Aufgaben, fremde – und eigene – Hilflosigkeit auszuhalten und paradoxerweise gerade darin hilfreich zu sein.« Ebd.

die Patienten, dass er Christ ist. Den Glauben braucht er von sich aus erst dann ins Gespräch bringen, wenn er für ihn eine Antwort auf eine ihm gestellte Frage ist.⁶ In erster Linie ist er für das da, was die Patienten in dem Moment brauchen, wo er an ihrem Bett steht. Oft ist es nicht mehr und nicht weniger als ein offenes Ohr. Viele erzählen von der neuen Diagnose des Arztes, andere von der Angst vor der Operation, von der Freude über den gelungenen Eingriff, oder von dem Ärger, den sie in der Familie oder im Beruf haben. Oft quält die Patienten auch die Enttäuschung, wenn eine Therapie nicht angeschlagen hat und nach sechs Wochen Klinikaufenthalt der Zustand noch schlimmer geworden ist. Diese Gespräche, in denen vom Glauben direkt keine Rede ist, sind nicht bloß Gespräche im Vorfeld, oder ein »Warmwerden«, bis man zum »Eigentlichen« kommt.⁷ Vielmehr vollzieht sich hier schon ein wesentlicher Teil der Seelsorge.

Das Gottesbild, das diesem Verständnis von Seelsorge zu Grunde liegt, ist geprägt durch die Menschwerdung Gottes in seinem Sohn Jesus Christus, der Menschen aufgesucht hat und sie in ihrer seelischen und körperlichen Not erst einmal vorbehaltlos angenommen hat.⁸ So wird jeder von Gott bejaht, ob er sich nun stark fühlt oder schwach, ob er an Gott und sich selbst verzweifeln will, oder starker Glaube und Hoffnung ihn trägt. Wo sich Patienten dem Seelsorger anvertrauen, ihren Kummer von der Seele reden, ihren Ängsten und ihrer Wut Ausdruck verleihen und der Seelsorger sich einlässt auf das, was sie bewegt, da darf er Jesus bei sich und seinem Gesprächspartner wissen, ganz gleich, ob von Jesus dabei die Rede ist oder nicht. Ist es dem Patienten aber ein Anliegen über den Glauben ins Gespräch zu kommen und Fragen zu stellen, die ihn schon lange bewegen, so sollte der Seelsorger jederzeit bereit sein, ihm als Mensch, Seelsorger und Pastor zur Seite zu stehen.

Dass der Glaube eher selten explizit zur Sprache kommt, liegt jedoch nicht nur an dem dringendem Bedürfnis der Kranken, sich ihre Not von der Seele zu reden. Es kommt noch etwas anderes hinzu: Der Glaube ist nicht nur Privatsache geworden, sondern er gehört für viele Menschen zum Intimbereich. In Mehrbettzimmern gibt es oft weder den äußeren

⁶ So kommt es häufiger vor, dass mich Patienten fragen, was mich als jungen gesunden Menschen dazu bewegt, Kranke und Leidende zu besuchen. Oder, warum ich bei all dem, was ich sehe und erlebe noch so viel Lebensfreude ausstrahle. Häufig stellen sie mir auch die Frage, ob ich denn noch Hoffnung für diese Welt habe. In diesen Momenten erzähle ich von meiner Hoffnung, die aus dem Glauben heraus kommt. Oft schließen die Patienten mit dem Satz: »Toll, wenn Sie das so sagen können. Anders wäre es wohl auch gar nicht möglich.«

⁷ E. Thurneysens Ansatz von der kerygmatischen Seelsorge z.B. versteht alles Reden, bei dem nicht explizit das Evangelium weitergesagt wird, als Vorrede. Seelsorge im eigentlichen Sinne vollzieht sich nach Thurneysen erst dann, wenn das allgemeine Gespräch einen Bruch erfährt und das Evangelium dem Gesprächspartner auf den Kopf zugesagt wird.

⁸ Vgl. die Begegnung mit Zachäus (Lk 19); der Verbrecher, der mit Jesus gekreuzigt wurde (Lk 23,38-43); Jesus und die Samariterin (Joh 4,1-42); Jesus und die Ehebrecherin (Joh 8,1-11); die Heilung eines besessenen Knaben (Mk 9,14-27).

noch den inneren Raum, dieses im Herzen der Menschen verborgene, zur Sprache zu bringen.⁹ Jedesmal, wenn der Seelsorger ein Krankenzimmer betritt, sollte er sich bewusst machen, dass er in einen sehr persönlichen Bereich des anderen, zumeist sogar Fremden, kommt. Das Krankenzimmer ist das momentane Schlafzimmer des Patienten. Er trägt seinen Schlafanzug, oder Nachthemd, die Haare sind zerzaust und nach langer Liegezeit zerdrückt.¹⁰ Er wacht vielleicht soeben auf und weiß, dass ein Fremder ihn im Schlaf beobachten konnte. Er liegt in der Waagerechten, der Seelsorger steht im ersten Moment vor ihm am Bett. Alle diese Faktoren können bei dem Patienten schnell das Gefühl hervorrufen unterlegen zu sein. Manche fühlen sich, allein durch die äußeren Umstände, verletztlich, befangen, wenn nicht sogar unangenehm überrascht. Hinzu kommt, dass der Seelsorger in der Regel gesund ist, sich frei bewegen und sich kleiden kann, wie er will. Er sollte daher auf eine mögliche Befangenheit beim Patienten vorbereitet sein und dies respektieren, indem er offen ist für jedes Thema, dem Patienten aber die Entscheidung überlässt, sich auf ein Gespräch einzulassen oder nicht.¹¹

In diesen Situationen kommt ein wesentlicher Bereich des seelsorgerlichen Gesprächs zum Tragen, der in seiner Bedeutung leider oft unterschätzt wird: die Konversation.

Sie gilt häufig als »Vorgeplänkel«. Diese Auffassung führt unweigerlich zu einer großen Frustration bei Krankenhauseelsorgern, da ein Großteil ihrer Gespräche im Konversationsstil verläuft. Dabei lassen die vielen spontanen und für den Patienten überraschenden Besuche oft gar keine andere Ebene im Gespräch zu. Der Patient ist nicht jederzeit auf ein persönliches Gespräch eingestellt oder dazu in der Lage. Hier hat die Konversation eine wichtige Funktion: Die Gesprächspartner können sich einander behutsam näher kommen. »Die Frage, ob mir jemand sympathisch genug ist für ein intensiveres Gespräch, lässt sich meistens nur in der

⁹ So konnte ich beobachten, dass Patienten, die in einem Einzelzimmer liegen, häufig weniger Scheu haben persönliche Dinge anzusprechen. Allein das Gespräch unter vier Augen schafft eine größere Nähe. Stimmen im Hintergrund, der laufende Fernseher, andere Besucher und vor allem das aufmerksame Zuhören der Mitpatienten macht ein persönliches Gespräch sehr schwer.

¹⁰ Das ist für mich auch der Grund, weshalb ich nicht in einem Anzug über die Station gehe, sondern lieber gepflegt sportlich. Allein die Kleidung schafft schnell eine schwer zu überbrückende Distanz.

¹¹ Vgl. I. Piper, Begleitende Seelsorge – Raum für Gottesbegegnungen, in: Berliner Hefte für Evangelische Krankenseelsorge 57, hg. vom Konsistorium der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg, Fachkonvent für Seelsorge im Krankenhaus, Berlin 1991, 7f. Die Autorin berichtet dort von ähnlichen Erfahrungen. Die Offenheit für jedes Thema schließt mit ein, dass ich mir im Klaren sein muß, wo meine fachlichen Kompetenzen als Seelsorger an ihre Grenzen kommen. Erkenne ich während eines Gesprächs, dass ein Arzt oder ein Psychologe notwendig wird, um wirklich helfen zu können, so spreche ich mit dem Patienten darüber.

Plauderkonversation abklären.«¹² Nimmt der Seelsorger die inhaltlich noch nicht so gewichtige Konversation ernst und »schwätzt« nicht nur drauf los, so gibt er dem Gegenüber die Chance Vertrauen zu ihm zu fassen, Vorurteile abzubauen und Hemmungen zu überwinden.¹³ Dies gilt gerade für die Person des Pastors. Viele begegnen dieser Berufsgruppe nicht ohne Hemmungen und Scheu. »Will er wissen, wie oft ich zur Kirche gehe? Geht es mir schon so schlecht, dass sie mir den Pastor schicken? Was weiß ein Pastor schon von den alltäglichen und noch dazu von meinen Problemen? Was hat man über mich erzählt, welchen Eindruck habe ich gemacht, dass man mir den Pastor schickt?« Die Konversation kann hier viele Fragen und Ängste aus dem Weg räumen. Der Patient lernt »den Geistlichen« als Mensch kennen, der vielleicht sogar ähnliche Interessen oder Hobbys hat wie er selbst oder sich zumindest dafür interessiert. Die menschliche Seite des »Amtsträgers« kommt zum Vorschein. Für mich ist die Konversation oft die beste Art, bei Patienten nicht nur die Hemmungen vor mir, sondern auch vor einem Gottesdienst- oder Andachtsbesuch abzubauen.

2. Theologische Ansätze zu gottesdienstlichen Veranstaltungen im Krankenhaus

2.1. Christel Schibilsky: Seelsorge im Gottesdienst – Gottesdienst im Krankenhaus¹⁴

Für Christel Schibilsky ist Gottesdienst im Krankenhaus in erster Linie ein ganz normaler Gottesdienst. Die Verkündigung unterliegt ihrer Meinung nach – wie in jedem anderen Gottesdienst auch – bestimmten liturgischen, homiletischen und kommunikativen Bedingungen.

Trotzdem ist für sie Gottesdienst im Krankenhaus anders, denn »er wird in einer geschlossenen ›weltlichen‹, gesellschaftlichen Institution gefeiert«. ¹⁵ Daher passt ein Gottesdienst normalerweise auch nicht in das Konzept einer solchen Institution. Es »hat keine verrechenbare, notwendige Funktion« ¹⁶ in dem Betrieb Krankenhaus. An dieser Stelle zeigt sich für Schibilsky, dass der Ruf nach einer ganzheitlichen Pflege aus einer ganzheitlichen Sicht des Menschen heraus eine betriebswirtschaftlich orientierte Institution selten verändert.

Während eines Gottesdienstes mit Patienten ist für Schibilsky in erster Linie nicht entscheidend, *was* Pastoren sagen, sondern *wie* sie etwas sa-

¹² H. van der Geest, Unter vier Augen, Beispiele gelungener Seelsorge, Zürich ³1986, 25.

¹³ Zur Kunst der Konversation vgl. *ders.*, ebd.

¹⁴ Ch. Schibilsky, Seelsorge im Gottesdienst – Gottesdienst im Krankenhaus, in: Gottesdienst Praxis, Serie B, Arbeitshilfen für die Gottesdienste zu den Festzeiten, für Kasualien und besondere Anlässe, hg. von E. Domay, Gütersloh 1991, 7ff.

¹⁵ A.a.O., 7.

¹⁶ Ebd.

gen. Denn im Gottesdienst ist deren persönliche Disposition, ihr persönlicher Glaube gefragt. Wer verkündigt, kann sich, so die Verfasserin, als Person nicht außen vor halten. »Nicht die korrekte liturgische Form oder die Brillanz, der Ideenreichtum der inhaltlichen Gestaltung sind entscheidend, sondern die persönliche Glaubwürdigkeit des Liturgen, der Liturgin.«¹⁷ »In der seelsorgerlichen Praxis ist immer wieder an erster Stelle die menschliche Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit der Seelsorge in der persönlichen Begegnung herausgefordert. Das gilt nicht nur für seelsorgerliche Gespräche, das gilt auch für den Gottesdienst im Krankenhaus. Denn im Krankenhaus ist Gottesdienst immer zugleich auch Seelsorge.«¹⁸ Die persönliche Begegnung mit kranken Menschen verlangt vom Seelsorger auch immer eine persönliche Auseinandersetzung mit sich selbst, mit dem eigenen Glauben, der Prüfung eigener Belastbarkeit und der Tragfähigkeit der seelsorgerlichen Konzeption und der Verkündigung. So ist die Predigt auch stets ein emotionaler Balanceakt für den Verkündiger, denn »Verkündigung im Krankenhaus war schon immer »persönlich« predigen«.¹⁹ Da der kranke Mensch insbesondere auf Kommunikation angewiesen ist, kann der Gottesdienst eine wichtige Funktion übernehmen. Die gottesdienstliche Gemeinschaft macht menschliche Gemeinschaft erlebbar. Sie schafft eine religiöse Kommunikation, »also verbale und symbolische Begleitung, das Erinnern eigener und symbolischer Glaubenserfahrung, gemeinsames Feiern (Abendmahl), Klagen, Sorgen und Schmerz ausdrücken, sich segnen lassen, durch Vergewisserung Vertrauen wiedergewinnen, aber auch Zweifel und Bestürzung aussprechen können.«²⁰ Damit leistet das gottesdienstliche Geschehen eine wichtige Ergänzung zur nonverbalen (Pflege, Zärtlichkeit u.a.) und verbalen (Informationen über die Krankheit oder das Leben im vertrauten sozialen Kontext, Aussprache über praktische und persönliche Fragen u.a.) Kommunikation.

2.2. Reinhold Gestrich: Am Krankenbett

Gestrich betont, »dass die konkrete menschliche Beziehung« für den Gottesdienst und damit auch für die Predigt unverzichtbar ist. »So wie das Abendmahl nicht ohne den Glauben des Empfangenen wirkt, so ist die seelsorgerliche Kommunikation im Krankengottesdienst auf Zwiesprache und Körperbezogenheit angewiesen. Gemeindegottesdienste kranken an der Sprachlosigkeit und körperlichen Passivität ihrer Besucher. Krankengottesdienste mit ihren kleinen Teilnehmerzahlen können hier Neues

¹⁷ A.a.O., 11.

¹⁸ A.a.O., 10.

¹⁹ A.a.O., 12.

²⁰ A.a.O., 16.

wagen. [...] Krankenhauspfarrer können lernen, ihre Verkündigung so zu verleiblichen, dass die Liebe Gottes auch leibhaftig erfahren werden kann. Dazu gehört a) das Zu-Wort-Kommen-Lassen der Patienten; b) die Beachtung ihrer körpersprachlich ausgedrückten Befindlichkeit; c) die Einbeziehung von Körperübungen in den Gottesdienst.«²¹ Für Gestrich geht das so weit, dass der Pfarrer und die Gottesdienstteilnehmer auch »körperlich in Bewegung und miteinander in körperliche Berührung«²² kommen. Für Gestrich ist es wichtig, dass sich der »Gottesdienst auf den Komplex Krankheit konzentriert und die kranken Körperstellen der Menschen in sein Blickfeld hineinnimmt.«²³ Je nach Krankheit und Zustand der Patienten schlägt er Geh-, Steh-, Meditations- und Atemübungen vor. Für Gestrich können und sollen Krankenhausgottesdienste »ein Experimentierfeld für Formen sein, die sich dem Körper wieder nähern und ihn einbeziehen.«²⁴ Entscheidend für diesen Ansatz ist für den Verfasser »die Bewegung Gottes ins Fleisch.«²⁵ Hier ist »der Platz, in dem Gott Lebensraum gewinnen will.«²⁶ Gott wandte sich in Jesus dem Menschen leiblich zu und heilte auch seine somatischen Gebrechen. »Das Körperliche war für ihn nicht die zu überwindende irdische Hülle, sondern Ort der Offenbarung der Liebe Gottes.«²⁷

2.3. Martin Adam: Verkündigung im Krankenhaus

Für Adam unterscheidet sich der Gottesdienst im Krankenhaus nicht von jedem anderen Gottesdienst, da er Verkündigung als öffentliche Rede bietet. Alle Anwesenden sind ein Teil des Leibes Christi »und dürfen darum nicht anders betrachtet und etwa in ein konventikelhaftes Abseits ausgegrenzt werden. Die Öffentlichkeit des Krankenhausgottesdienstes stellt sich dadurch her, dass in der Person des Verkündigers als eines von der Kirche Beauftragten die Gesamtkirche vertreten und präsent ist.«²⁸ Eine wichtige Aufgabe der Verkündigung sieht Adam darin, dass sie den Patienten zu der Einsicht führen kann, dass er sich auf der *Stufe der Regression* befinden darf. Die Verkündigung lädt den Kranken ein, sich Nächstenliebe gefallen zu lassen und ohne Scheu darum zu bitten, passiv zu sein und bedient zu werden, ohne permanent ein schlechtes Gewissen dabei zu haben.«²⁹ Damit setzt sich die Verkündigung zum Ziel, »den Hörer

²¹ R. Gestrich, Am Krankenbett, Seelsorge in der Klinik, Stuttgart ²1988, 32f.

²² A.a.O., 34.

²³ Ebd.

²⁴ A.a.O., 35f.

²⁵ A.a.O., 33.

²⁶ Ebd.

²⁷ Ebd.

²⁸ M. Adam, Verkündigung im Krankenhaus, in: I. Adam u.a. (Hgg.), Gottesdienst mit Kranken, Predigten, Texte, Gebete, Modelle, Gütersloh 1976, 17ff.

²⁹ A.a.O., 18.

zu befähigen, seine Lage zu erkennen, sie anzunehmen und sich mit ihr aktiv auseinanderzusetzen. Eine weitere Aufgabe der Verkündigung sieht Adam darin den Kranken anzuleiten Vorurteile über seine Krankheitssituation («Wofür werde ich eigentlich so bestraft?») zu überprüfen und sie in eigene Urteile zu überführen, »d.h. aus dem Patienten als dem bloßen Objekt des Geschehens soll der Patient werden, der *Subjekt* seiner Situation ist.«³⁰ Daher ist es für Adam auch unverzichtbar, in den wichtigsten Humanwissenschaften, wie Psychologie und Medizin, ausreichende Kenntnis zu besitzen. Bei all dem will die Verkündigung »Gott zum Kranken bringen. Gott kommt zum Kranken dann, wenn es gelingt, dem Hörer zu vermitteln, dass er Gott so recht ist, wie er ist.«³¹ Diese Botschaft hilft dem Kranken sich in seiner Lage selbst zu akzeptieren. Des Weiteren ist für Adam die Verkündigung im Krankenhaus ein ausgegrenzter Fall von Verkündigung, d.h. sie ist *Kasual*-Verkündigung. Der Kasus ergibt sich aus dem Ort der Verkündigung und dem Grund, weshalb die Zuhörer an diesem Ort sind bzw. sein müssen. »Diese Situation ist unvergleichlich gegenüber anderen Verkündigungssituationen, denn die Hörer sind bestimmt von Kranksein, Angebundensein (Immobilität), psychischer Belastung (Angst, Ungewißheit) und durch je verschiedene Stadien der Krankheit [...]«³² Die Aufgabe für den Verkündiger besteht nicht darin, lediglich am Schreibtisch erarbeitete Predigten vorzutragen. Vielmehr lebt seine Verkündigung von dem ständigen Kontakt mit den Hörern. Verkündigung ist hier insbesondere ein dialogisches Geschehen. »Der Prediger wirbt für die ihm aufgetragene Botschaft, und erwirbt dies Vertrauen nicht ohne sein entsprechendes *Verhalten* als Seelsorger.«³³ Das Verhalten – und nicht so sehr die Predigten – des Seelsorgers entscheiden dabei oft über die zukünftige Einstellung der Zuhörer über Glauben und Kirche. Der Pfarrer tritt damit als Vertreter der Institution Kirche auf und kann dadurch entstandene Vorurteile abbauen. Kommt im Krankenhausalltag Gottes Gegenwart oft unausgesprochen zum Tragen (Menschenfreundlichkeit, ein offenes Ohr, Zeit zum Zuhören und Reden), ist die gottesdienstliche Verkündigung oder die Andacht der Ort, wo Gott namentlich bekanntgemacht wird.

2.4. Ingrid Adam: Kommunikativer Gottesdienst

In diesem Artikel schildert die Autorin die Gottesdienstgestaltung in einer psychiatrischen Anstalt. Der Gottesdienst beginnt mit Liedern, Predigt und Gebeten. Nach etwa einer halben Stunde schließt sich ein Gemeinschaftsteil an. Es gibt etwas zu trinken, Gebäck, Musik, Gespräche

³⁰ A.a.O., 19.

³¹ Ebd.

³² A.a.O., 21

³³ Ebd.

und Spiele. Je nach Bedarf wird diese Zeit gefüllt. In dieser Bandbreite zeigt sich das, was für die Autorin Gottesdienst bedeutet: »Es gibt hier keine distanzierte Einwegkommunikation von der Kanzel herab zu Hörern, die sofort nach dem Gottesdienst wieder verschwinden. Hier ist eine Gemeinschaft, hier ist Kommunikation, und das alles, ohne dass ich sie durch Experimente oder eine ›Gottesdienstreform‹ künstlich herbeiführen müsste.«³⁴ Ingrid Adam liegt sehr daran, die insgesamt zwei Stunden »trotz ihrer verschiedenen Schwerpunkte als eine Einheit zu sehen und sie im ganzen ›Gottesdienst‹ zu nennen,«³⁵ wobei sie unter Gottesdienst einen zeitlich und räumlich begrenzten Ort versteht, den die Kirche (vertreten durch sie selbst und einen weiteren Kollegen) den Besuchern gewährt, um ihre geistlich-spirituellen und kommunikativen Bedürfnisse, weitgehend losgelöst von der Institution in der die Patienten sind zu befriedigen.

2.5. Zusammenfassung und kritische Würdigung

Alle genannten Ansätze legen großen Wert auf die lebendige und spürbare Begegnung zwischen Gott, dem Seelsorger und den Patienten im Rahmen des Gottesdienstes. Für den Seelsorger bedeutet das, mit den Zuhörern in einem ständigen Dialog zu bleiben und nicht über ihre Köpfe und ihre Notsituation hinweg den Gottesdienst zu gestalten. Das hat zur Konsequenz, dass eine lebendige seelsorgerliche Arbeit im Rahmen eines Krankenhausgottesdienstes verlangt, die Nöte der Patienten gut zu kennen und sensibel für ihren momentanen Zustand zu sein. Der Pastor soll nicht nur für sie einen Gottesdienst erarbeiten und zelebrieren, sondern muss auch mit ihnen das Leben teilen. Alle Autoren setzten das voraus. Für sie ist der Gottesdienst ein Teil ihrer Seelsorge am Menschen im Krankenhaus und ergänzt die seelsorgerliche Arbeit im Krankenhausalltag. Für sie gehört damit der Gottesdienst zur ganzheitlichen Sorge um den Menschen im Auftrag Gottes.

Besonders hervorzuheben ist der Aspekt der religiösen (neben der verbalen und nonverbalen) Kommunikation.³⁶ Viele Patienten kommen nicht aus einer lebendigen Gottesbeziehung. Sie fühlen sich von Gott bestraft und verlassen. Sie erwarten nichts (mehr) von ihm. Diese Empfindungen paaren sich bei den Betroffenen aber schnell mit einem schlechten Gewissen Gott gegenüber. Einerseits glauben sie nicht (mehr) an seine Gegenwart, gleichzeitig jedoch haben sie Angst über ihn zu klagen. Durch den Akzent auf die religiöse Kommunikation können notleidende, enttäuschte und mit sich selbst und Gott unzufriedene Patienten ihre

³⁴ I. Adam, Kommunikativer Gottesdienst, in: I. Adam u.a. (Hgg.), Gottesdienst mit Kranken, Predigten, Texte, Gebete, Modelle, Gütersloh 1976, 155.

³⁵ Ebd.

³⁶ Vgl. Ch. Schibilsky, Seelsorge, 16.

Klage gegenüber Gott zum Ausdruck bringen. Das muss erlernt und dazu muss ermutigt werden.³⁷ Gleichzeitig können sie lernen, ihre Freude über Fortschritte in der Heilung vor Gott und den Menschen laut werden zu lassen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Patienten etwas von der Kraft des Gebets und des Segens Gottes erfahren, der für sie oder über ihnen gesprochen werden kann. Auch hier bewahrt die persönliche Nähe des Seelsorgers zu den Patienten vor der Gefahr, bloß fromme Worte zu sprechen, die letztlich an den Nöten und Hoffnungen des Patienten vorbeigehen.

Gottesdienste im Krankenhaus, auch das machen die Ansätze deutlich, müssen nicht zu Trauerstunden werden. Auch wenn die Klage dort ihre Berechtigung hat, so darf bei allem Leid die Hoffnung auf Gottes Hilfe und die Freude über seine bedingungslose Annahme nicht fehlen. Dadurch eröffnet die Begegnung mit Gott allen Beteiligten im Gottesdienst neue Horizonte und weckt den Mut, auf Gottes Kraft und seine Hilfe zu vertrauen, selbst da wo Menschen unheilbar krank sind.³⁸ Dadurch wird der Patient ermutigt zu akzeptieren, dass er krank ist. Es hilft ihm seine »Lage zu erkennen, sie anzunehmen und sich aktiv mit ihr auseinander zu setzen«.³⁹

Kritisch anzumerken ist die grundsätzliche Aussage über ein Krankenhaus als eine weltliche Institution, in deren Konzept ein Gottesdienst nicht hineinpasst.⁴⁰ Das mag für viele städtische Häuser gelten. Es gibt darüber hinaus aber noch eine große Anzahl diakonischer Einrichtungen, in denen gottesdienstliche Veranstaltungen genauso selbstverständlich sind wie die Visite auf der Station. Viel hängt dabei sicherlich von der Krankenhausleitung ab, die Akzente für das christliche Gepräge im Haus setzen kann. Auch die Seelsorger haben hier eine wichtige Funktion. Indem sie nicht nur für sich separat arbeiten, sondern sich im Pflgeteam eingliedern und den Kontakt zu verschiedenen Mitarbeiterbereichen suchen, werden sie nicht nur Krankenseelsorger, sondern auch Krankenhauseelsorger⁴¹ sein. Das schließt natürlich ein größeres Arbeitsfeld ein, da die Kontakte zu den Mitarbeitern auch zur seelsorgerlichen Begleitung werden können. Es hat aber zur Folge, dass das »Christliche« dadurch im Haus wesentlich präsenter und selbstverständlicher wird. Dieses christliche Gepräge hat dann auch positive Folgen für die gottesdienstlichen Veranstaltungen. Sie werden von den Mitarbeitern bewusster wahrgenommen, so dass sie eventuell

³⁷ Beispiele dazu gibt uns die Bibel selbst: z.B.: Hiob, Kohelet, Klagepsalmen und Klagelieder.

³⁸ Gemeint sind damit keine frommen Vertröstungen, wie: »Du musst nur auf Gott vertrauen ...«, sondern gemeint ist Gottes Zusage, dass er auch in den dunkelsten Stunden an unserer Seite bleibt und dass er uns so angenommen hat, wie wir sind.

³⁹ M. Adam, Verkündigung, in: I. Adam u.a. (Hgg.) Gottesdienst, 18.

⁴⁰ Vgl. Chr. Schibylyski, Seelsorge, 7.

⁴¹ Zur Entwicklung vom Kranken- zum Krankenhauseelsorger vgl. M. Klessmann, Von der Krankenseelsorge zur Krankenhauseelsorge – historische Streiflichter, in: Handbuch der Krankenhauseelsorge, 40ff.

die Einladung selber annehmen und kommen oder die Patienten ermutigen die Chance eines Gottesdienstbesuches zu nutzen.

Vorbehalte gibt es auch gegenüber Reinhold Gestrichs Vorschlägen zu Körperübungen und Körperkontakten im Krankenhausgottesdienst. Grundsätzlich ist es wichtig, die Akzeptanz gegenüber dem eigenen – wenn auch kranken – Körper zu fördern. Das aber in Form von Körperbewegungen zu tun schließt ein, dass sich die Patienten auch bewegen können und dürfen. In einer Rheumaklinik wäre diese Art der Gottesdienstgestaltung kaum durchführbar. Die meisten Patienten kommen unter körperlicher Anstrengung zum Gottesdienst, können nicht lange sitzen, stehen oder liegen. Ihre Hände sind oft verformt und der Rücken kaputt. Hier wären Körperübungen schon allein aus medizinischen Gesichtspunkten nicht zu verantworten. Zudem könnte der Vorschlag bestimmte Übungen zu versuchen, eine nicht auszumachende Anzahl von Patienten von einem Teil des Gottesdienstes ausschließen. Schließlich kann der Körperkontakt die Schamgrenze und die Würde der Besucher verletzen. Es ist demnach genau zu prüfen, ob der physische Zustand der Gottesdienstbesucher diese Art der »leibhaftigen« Verkündigung zulässt.

Gottesdienst ist Gottesdienst, ob im Krankenhaus oder in der Kirche. Neue Formen zu suchen und zu leben trägt zu einer lebendigen und reichhaltigen Gottesbeziehung bei. Trotzdem darf dabei der Gottesdienst im Krankenhaus nicht zu einer Spielwiese oder einem Experimentierfeld missbraucht werden.

Die Chance eines Gottesdienstes liegt darin, den Raum zu schaffen, wo von und mit Gott geredet werden kann, wo er gelobt und sein Name bekannt gemacht werden kann, wo er uns und wir ihm begegnen können, wo das Evangelium verkündet und im Miteinander gelebt wird, wo immer wieder neu Gottes Liebe zu uns und das Angebot zum Neuanfang mit ihm deutlich wird und so kaputte Beziehungen, ob zu Gott, zu den Mitmenschen oder zu einem selbst geheilt werden können. Wo dieser Raum im Namen des dreieinigen Gottes geschaffen wird, wird Gottesdienst gefeiert. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Gottesdienst in einem Krankenhaus, einer Kirche oder im Freien, ob mit Patienten unterschiedlicher Konfessionen oder mit Gemeindemitgliedern, ob am Morgen oder am Abend, ob am Krankenbett oder im Rahmen einer Andacht gefeiert wird.

3. Gottesdienstliche Veranstaltungen als notwendiger Bestandteil der Seelsorge

Neben den Zielen, die aus den einzelnen Artikeln schon deutlich geworden sind, sind noch weitere Grundanliegen und Chancen für die gottesdienstliche Arbeit im Krankenhaus festzuhalten:

So wie der Besuch am Krankenbett und das seelsorgerliche Gespräch ist auch der Gottesdienst oder die Andacht im Krankenhaus praktiziertes

Evangelium und beinhaltet das Angebot beratender und heilender Glaubens- und Lebenshilfe. Seelsorge von diesem Ansatz her hat dabei den Menschen in seiner jeweiligen Lebenssituation vor Augen. »Gottesdienst und Predigt gewinnen da eine seelsorgerliche Dimension, wo sie sich [...] an den konkreten Lebenszusammenhängen eines bestimmten Adressaten, beziehungsweise einer Adressatengruppe ausrichten und wo sie Vorgänge einleiten und begleiten, die in ganzheitlicher Weise auf eine Heilung beziehungsweise Gestaltung dieser Lebenszusammenhänge [...] zielen.«⁴² Seelsorge, ob im Gespräch unter vier Augen oder im Vollzug eines Gottesdienstes hat stets das Gegenüber und dessen Lebenssituation im Blick.

Seelsorge im und durch den Gottesdienst, die auf Heil und Heilung zielt, schließt sowohl Zuspruch (die Bestätigung und Versicherung bisheriger Erfahrungen, Einstellungen, Wertungen und Verhaltensweisen) als auch Anspruch (Impulse, die zu einer Veränderung des Denkens, der Einstellungen, des Verhaltens führen) ein. Damit wird der Gottesdienstbesucher hineingenommen in einen Raum, in dem er sich angenommen, geborgen und getragen weiß, in dem er sich aber auch zu neuen Schritten und Veränderungen in seinen Denk- und Handlungsweisen herausgefordert sehen kann (z.B. neue Einstellung zu seiner körperlichen und seelischen Verfassung, Grenzen erkennen und akzeptieren, Vertrauen wagen).⁴³ Wichtig ist es, Trost zu vermitteln, ohne dabei zu vertrösten.

Nicht nur durch den Besuch oder durch die Anwesenheit als Pastor wird die Gelegenheit gegeben, das Tabu, das über dem Religiösen liegt, zu durchbrechen. Auch die gottesdienstlichen Veranstaltungen im Krankenhaus bieten diese Chance an. Hier braucht der oder die Einzelne erst einmal nur zu kommen, ohne dass etwas von ihm / ihr verlangt wird. In der Andacht, dem Gottesdienst wird von Gott, Jesus Christus, unserem Glauben, unseren Zweifeln und Hoffnungen ganz selbstverständlich gesprochen. Hier gibt es kein Tabu, keine Peinlichkeit. Besonders wichtig für den Pastor ist, dabei ganz natürlich als Mensch vom eigenen Glauben zu reden. Mit seinen Worten, seiner Art und nicht durch das nachsprechen frommer Vokabeln. Dabei ist es kein Widerspruch vorformulierte Gebete zu nehmen. Wenn sie der eigenen Sprache entsprechen, können sie während des Vorlesens zu persönlichen Worten werden. Gleichzeitig geben die im Gottesdienstprogramm abgedruckten Gebete den Patienten die Chance, diese Worte mitzubeten und mitzunehmen, um sie später noch einmal hervorzuholen, sie nachzubeten, um so die eigene Sprachlosigkeit zu verlieren.

⁴² K.-H. Bieritz, Seelsorge in Gottesdienst, Predigt und Amtshandlungen, in: Handbuch der Seelsorge, bearb. v. I. Becker u.a., Berlin ⁴1990, 215.

⁴³ Vgl. ders. a.a.O., 218.

Es bleibt festzuhalten, dass der Gottesdienst ein Teil der Seelsorge ist, wenn er nicht zu einem Raum belehrender Monologe mißbraucht wird, sondern das Gespräch zwischen Gott, dem Hilfebedürftigen und dem Seelsorger ermöglicht, fördert und vertieft und dadurch eine kommunikative Ebene schafft.

Gottesdienst als ein notwendiger Bestandteil der Seelsorge meint mehr und anderes, als das erbauliche Zitieren biblischer Kernsprüche.⁴⁴ In dem Gottesdienst erlebt der Zuhörer die Gegenwart Gottes, der sich mit den Müden und Beladenen auf den Weg macht. Der Wege zeigen will, die momentane Situation zu erkennen, zu akzeptieren und wenn möglich zu verändern. Der kein Leben für nutzlos, überflüssig oder lästig hält, sondern dem Leben – und damit dem Körper – schon dadurch eine Würde gibt, weil er jeden Menschen geschaffen und gewollt hat. Der aber auch den Ängsten, dem Kummer Beachtung schenkt und es zulässt, dass vor ihm die Klage herausgeschrien wird.⁴⁵ Der Gottesdienst will eine spürbare, eine erfahrbare Nähe Gottes zu dem Kranken schaffen. Der Kranke, der sich in seiner Situation oft selbst nicht akzeptieren kann, darf erleben, dass er von Gott vorbehaltlos geliebt und akzeptiert wird.⁴⁶ Gottesdienst ist auch hier immer wieder gelebtes Evangelium.

Gerade in einer Rheumaklinik mit vielen chronisch Kranken, die meist geistig noch völlig aktiv sind und häufig trotz ihres geringen Alters körperlich schon sehr eingeschränkt sind, ist das wichtig. Geistig wache und dazu noch junge Patienten erleben ihre körperlichen Grenzen als besonders schlimm. Mitten aus dem beruflichen Alltag werden sie durch einen Rheumaschub »lahm gelegt« und sind in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. In einer Gesellschaft, wo Anerkennung, Achtung und auch Liebe oft an Leistung gekoppelt wird, ist das hart. Vor allem chronisch Kranke fühlen sich zunehmend abgekoppelt und isoliert. Soziale Kontakte können sich verlieren, denn selbst kleine Aktionen wie ein Einkauf, der Besuch eines Konzerts o.ä. sind oft nur unter Schmerzen und mit großem Zeit- und Kraftaufwand zu schaffen.

Eine weitere Chance, die der Gottesdienst in einem Krankenhaus bietet, ergibt sich aus der Einladung zu der jeweiligen Veranstaltung. Den Patienten ist es freigestellt die Einladung anzunehmen oder nicht. Der Gottesdienst gibt ihnen die Möglichkeit – sofern es ihnen möglich ist – sich selbst auf den Weg zu machen. Oft genug steht im Krankenhausalltag jemand vor ihnen, ob sie wollen oder nicht: der Arzt, das Pflegepersonal, der Besuch, die Pastoren. Zu dem Gottesdienst werden sie eingeladen.

⁴⁴ Vgl. H. Tackes Ansatz zur Mitsprache der Bibel im Seelsorgegespräch, in: Mit den Müden zur rechten Zeit zu reden, Beiträge zu einer bibelorientierten Seelsorge, Neukirchen-Vluyn 1989, 56.

⁴⁵ Dies kann durch das verkündete Wort, den Seelsorger, die Pflege, Verwandte etc. vermittelt werden.

⁴⁶ Vgl. M. Adam, Verkündigung, in: I. Adam u.a. (Hgg.), Gottesdienst, 19.

Sie können selbst entscheiden, ob sie gehen oder nicht. Folgen sie der Einladung, haben sie die Möglichkeit sich ein Bild vom Pastor zu machen. Sie können dann selbst entscheiden, ob sie die Beziehung weiter ausbauen wollen und ein Gespräch suchen oder nicht.

Ein Nachteil, der alle Veranstaltungen in einem Krankenhaus betrifft: Nicht alle, die wollen, können auch an den Veranstaltungen teilnehmen, da sie ans Bett gebunden sind. Hier können Audio- und Videoübertragungen eine Brücke zu den Krankenbetten schaffen, sofern es technisch möglich ist. Ob es dabei sinnvoll ist, eine bewährte und bereits gelebte Gottesdienstform »einfach« mitzuschneiden und zu übertragen, würde ich in Frage stellen. Wer Patienten vor dem Bildschirm mit in einen Gottesdienst einbeziehen will, muss gesonderte Formen finden, die einen Gottesdienstablauf für Besucher und Zuschauer gleichermaßen ansprechend machen.

4. Gottesdienstliche Veranstaltungen im Krankenhaus

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit äußeren und inhaltlichen Gestaltungselementen, die für die Vorbereitung und Durchführung eines Gottesdienstes wichtig sind. Die äußeren Merkmale – wie die Fachrichtung einer Klinik, die Krankheitssymptome der Patienten, aber auch die räumlichen und zeitlichen Bedingungen – sind notwendige Voraussetzungen, die es für die inhaltliche Gestaltung eines Gottesdienstes zu berücksichtigen gilt.⁴⁷

4.1. Die Situation in einer Fachklinik für Rheumakranke

Das Immanuel-Krankenhaus in Berlin-Wannsee ist eine diakonische Einrichtung der Evangelisch-Freikirchlichen Gemeinde Berlin-Schöneberg. Die Klinik verfügt über sechs Stationen mit insgesamt 222 Betten. Die Stationen unterteilen sich in drei orthopädische und drei innere Abteilungen, wobei eine innere Abteilung den Fachbereich Osteologie (Stoffwechselerkrankungen) hat.

Der Tagesablauf wird, wie in anderen Kliniken auch, von einem festen Zeitplan bestimmt. Es gibt feste Weck-, Ess- und Besuchszeiten. Auch der Schichtdienst des Pflegepersonals gibt einen festen Ablauf vor. Die Liegezeit der Patienten beträgt auf der Orthopädie im Schnitt zwei bis drei, auf den inneren Stationen drei bis sechs Wochen. Patienten, die auf den orthopädischen Stationen liegen, sind häufig durch eine Operation für ei-

⁴⁷ Die Seelsorge und damit auch die Gestaltung von Gottesdiensten orientiert sich an den alters- und krankheitsspezifischen Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten der Patienten. Demnach gelten für die Arbeit z.B. in einer Kinderklinik oder Psychiatrie größtenteils andere Voraussetzungen und Maßstäbe als in einer Rheumaklinik.

nige Zeit ans Bett gebunden. Den Vormittag über sind die Patienten mit Anwendungen beschäftigt. Dazu gehören krankengymnastische, ergotherapeutische und physikalische Anwendungen. Das Programm ist für die Patienten mitunter sehr anstrengend und schmerzhaft, vor allem, wenn es um die Mobilisierung Operierter geht.

Auch wenn es sich um eine Fachklinik handelt, so ist das Spektrum der Krankheitsbilder bei den Patienten sehr weit. Rheuma ist ein Oberbegriff von jeder Art von Krankheit, die den Bewegungsapparat betrifft. Ob nun ein Patient ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk braucht, ob ihm die Wirbel zusammenbrechen, ob er einen Bandscheibenvorfall hat oder so deformierte Finger, dass er nicht mal mehr eine Gabel in die Hand nehmen kann, alle leiden unter dem chronischen Schmerz. Fast jede Bewegung, jede Form von Sitzen, jeder Handgriff und Schritt ist mit Schmerzen verbunden. Das führt zu einer physischen und psychischen Dauerbelastung, die sich häufig in einer aggressiven oder depressiven Verhaltensweise zeigt. Rheumapatienten gelten von ihrer Psyche her in Fachkreisen daher auch als sehr schwierige Patienten. Seelsorgerlich besonders herausfordernd ist die Tatsache, dass Patienten, die unter einer rheumatischen Krankheit leiden, geholfen, aber nicht geheilt werden können. Die Krankheit geht nicht einfach wieder weg wie ein Fieber, das abklingt, oder ein gebrochener Arm, der wieder zusammenwächst. Eine Operation kann ein zerstörtes Hüftgelenk durch ein künstliches ersetzen und damit Schmerzen lindern, Sehnen können freigelegt, krumme Finger wieder begradigt, Wirbel versteift werden, heilen kann man diese Menschen aber nicht. Man kann ihnen nur Hilfe mit weniger starken Schmerzen weiter zu leben. Deshalb kommt es auch häufig vor, dass Patienten in unterschiedlich großen Zeitabständen die Klinik aufsuchen müssen, je nachdem, wie stark ein Rheumaschub ihren Bewegungsapparat angegriffen hat. Oft geht es ihnen dabei schlechter als beim vorherigen Mal.

Für die Seelsorge gilt es, hier auf vorschnelle Aufmunterungssprüche und billigen Trost zu verzichten und stattdessen die Enttäuschung des Patienten über die immer enger werdenden Grenzen seines Körpers auszuhalten und mitzutragen. Nur in dieser Begleitung kann der Patient erfahren, dass er angenommen wird. Das kann ihm dazu verhelfen sich selbst und damit auch seine Krankheit anzunehmen. Dies ist der erste Schritt, um auch in der Krankheit noch Lebenssinn und Lebensfreude zu entdecken und Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln.

Dass es Perspektiven gibt, zeigen immer wieder Patienten, die trotz schlimmen Rheumas ihr Leben aktiv gestalten und dabei eine innere Zufriedenheit und Lebensfreude, trotz starker Schmerzen und körperlicher Behinderung, ausstrahlen.

Diese Beobachtungen und Erfahrungen sind wichtig, um Gottesdienstformen zu finden, welche die Situation der Patienten berücksichtigt, so dass sich der Besucher angesprochen und ernst genommen weiß. Ebenso helfen diese Erfahrungen, Gefühlsäußerungen wie Trauer, Freude, Angst,

Aggression oder Enthusiasmus zu verstehen und einzuordnen, denn je nach der Phase der Krankheit oder der Art der Behandlung⁴⁸ können die Emotionen schnell wechseln oder auffallend intensiv sein. Die Freude am Abend aufgrund weniger Schmerzen kann eine um so tiefere Krise nach sich ziehen, wenn am nächsten Morgen ein neuer Rheumaschub einsetzt. Ein dem Pastor sonst offener und zugewandter Patient kann aufgrund seines körperlichen Befindens bei der nächsten Begegnung verschlossen oder sogar aggressiv sein, etwa aus Enttäuschung über seinen Zustand.

Das Krankenhaus ist und bleibt nicht für alle gleichermaßen Ort des Schreckens, ebensowenig ist und bleibt es für alle gleichermaßen ein Ort der Hoffnung. Die Art und Weise, wie Patienten auf einen zugehen und sich öffnen, wie stark sie an Krankenhausveranstaltungen teilnehmen und auf Angebote der Begleitung reagieren, hängt nicht nur von ihrer Einstellung zum Seelsorger, zum Glauben oder vom Gesundheitszustand ab, sondern auch von seiner ganzen Einstellung zum Krankenhaus(-aufenthalt).

4.2. Gottesdienstangebote für Menschen mit unterschiedlichen religiösen Prägungen⁴⁹

Folgende Situation während der Krankenbesuche auf Station veranschaulicht die Herausforderung für die Seelsorge:

Erstes Zimmer: Eine Patientin ist Bahai, die zweite Jüdin, die dritte sagt gleich »Ich bin Heide!« Ist der Pastor umsonst gekommen? Kann und darf er zu einem Gottesdienst, oder gar zu einem Abendmahlsgottesdienst einladen?

Ein weiteres Zimmer: Drei Türkinnen liegen nebeneinander. Darf der Pastor als Mann das Zimmer betreten? Darf er die Begrüßungskarten weitergeben auf denen er zum Gottesdienst einlädt? Was sagt der Pastor, wenn ihm ein Patient entgegnet: »Aber ich gehöre doch zu gar keiner Kirche. Mit den Christen habe ich nichts am Hut!« Oder plötzlich wie ein Schuldgeständnis hervorstoßen: »Vor einigen Jahren bin ich ausgetreten!«

Grundsätzlich gilt bei allen Besuchen: Der Pastor besucht in erster Linie den Menschen, egal welcher Konfession er angehört. Vor ihr / ihm liegt nicht ein Katholik, Lutheraner, Baptist oder Moslem, sondern der Mensch mit seiner persönlichen Lebenssituation, seinen Fragen, seinen Ängsten,

⁴⁸ So kann die Einnahme von Medikamenten die Psyche von Menschen verändern. Die Patienten fühlen sich geschafft, sind müde oder empfinden ein noch nie gekanntes Hochgefühl. Auch eine Operation kann bei manchen Patienten ein sog. postoperatives Syndrom hervorrufen, welches die Betroffenen für eine vorübergehende Zeit in einen verwirrten, ängstlichen oder depressiven Zustand versetzt.

⁴⁹ In diesem Zusammenhang verweise ich auf den sehr hilfreichen und informativen Artikel von R. Gestrich, Gedanken über die Seelsorge im multikulturellen Krankenhaus und einige praktische Hinweise, in: Wege zum Menschen, Monatsschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln, hg. von K. Dörner u.a., 47. Jg., Heft 7, Göttingen, Oktober 1995.

seinen Hoffnungen. Vorbild ist dabei Jesus selbst. Er sah in den Menschen, die er aufsuchte, zuerst einmal die Person und nicht die Religions-, oder Staatszugehörigkeit,⁵⁰ auch nicht den Beruf, oder den gesellschaftlichen Status.⁵¹ Der Mensch als geliebtes und gewolltes Geschöpf Gottes, zu dem sich Gott selbst auf den Weg gemacht hat, um ihn dort zu erreichen, wo er jetzt gerade ist, und um ihm Heil und Heilung anzubieten steht im Mittelpunkt. Das ist auch die Grundvoraussetzung der Besuche. Daher kann auch jeder eingeladen werden, in einen Gottesdienst oder eine Andacht zu kommen. Es steht in der Entscheidung des Patienten, sich auf die Einladung und damit auch auf die Art der Gottesdienstfeier einzulassen oder nicht. Die jeweilige Entscheidung ist dabei zu respektieren.⁵² Wird der Gottesdienst als Ort der Begegnung zwischen Gott und den Menschen verstanden, dann dürfen alle eingeladen werden, egal welche Tradition oder Konfession sie im Hintergrund haben. Jeder, der am Gottesdienst teilnimmt, steht vor Gott so wie er ist; egal woher er kommt und wohin er geht. Jede gottesdienstliche Veranstaltung – egal ob wir sie nun Andacht oder Gottesdienst nennen – ist ein sich Einfinden vor Gott, in dem der Heilige Geist präsent ist. Jede und jeder soll die Möglichkeit haben dabei Gott zu begegnen.

Die Selbstverständlichkeit hier von Gott als unserem Herrn und Heiland zu reden ist besonders wichtig. Es werden keine multikulturellen oder interreligiösen Gottesdienste veranstaltet, aber alle Kulturen, Konfessionen und Religionen sind eingeladen im Namen des Vaters, des Sohnes und des Heiligen Geistes Gottesdienst mitzufeiern. Vor allem beim Abendmahl sind daher einleitende Worte, in denen das Abendmahlsverständnis deutlich wird wichtig, damit jeder weiß, worauf er sich einlässt, und sich selbst prüfen⁵³ kann, ob er teilnehmen will / kann oder nicht.⁵⁴

⁵⁰ Z.B. Mt 8,5-13 (Hauptmann von Kapernaum); Joh 4,1-42 (die Samariterin am Jakobsbrunnen).

⁵¹ Vgl. Lk 19,1-10 (Zachäus); Joh 3 (Nikodemus); Lk 5,12-14 par. (Aussätziger).

⁵² Besonders beim Überreichen der Begrüßungskarte, in der auch zu den gottesdienstlichen Veranstaltungen hingewiesen wird, mache ich Patienten anderer Religionen darauf aufmerksam.

⁵³ Gemäß 1Kor 11,26-29.

⁵⁴ Gerade bei Abendmahlsgottesdiensten konnte ich aufgrund der ökumenischen Zusammensetzung der Besucher die unterschiedlichsten Erfahrungen machen. Einige katholische Christen z.B. reichten den Kelch weiter ohne daraus zu trinken, andere wiederum nahmen einen Schluck, bevor sie ihn weitergaben oder mir zurückreichten. Öfter schon war die Abendmahlsfeier der Auslöser für ein längeres anschließendes Gespräch über das Abendmahlsverständnis. Häufig reagierten katholische Patienten sehr positiv auf das Angebot, aus dem Kelch zu trinken. Erfreulich war für mich dabei zu spüren, dass jeder – ob er nun aus dem Kelch getrunken hat oder nicht – diese Entscheidung allein vor Gott und sich selbst getroffen hat, ohne einen Druck von außen dabei zu spüren.

4.3. Gottesdienstbesucher

Die Patienten, die in die gottesdienstlichen Veranstaltungen kommen, sind bestimmt von ihrer Krankheit, dem damit verbundenen Schmerz und der körperlichen Einschränkung. Je nach dem Stadium ihrer Krankheit und den Erfolgen oder Misserfolgen der Behandlung, schwanken sie zwischen Verzweiflung und Hoffen, Angst und Freude. Sie fühlen sich noch fremd, wenn sie erst gerade eingeliefert wurden, oder sind schon innerlich bei dem, was sich an Anschlussheilbehandlungen nach dem Krankenhausaufenthalt fortsetzt.

Aufgrund der hohen Fluktuation der Besucher ist nie vorherzusehen, wie der jeweilige Gottesdienst verlaufen wird. Der Grund dafür liegt in der unterschiedlichen Verweildauer der Patienten. Je nach Liegezeiten besuchen die Patienten zwei bis vier Mal die Andachten oder Gottesdienste. Da jede und jeder neue Verhaltensweisen und Erwartungen, aber auch Prägungen aus der eigenen Konfession mitbringt, ist die Atmosphäre von locker-lebhaft bis feierlich-zurückhaltend.

Andererseits finden sich auch immer wieder Patienten ein, die noch nie oder schon lange nicht mehr einen Gottesdienst besucht haben.⁵⁵ Man erkennt bei ihnen eine Mischung aus Befremdung, Neugier und Faszination. Diese Patienten sind oft sehr zurückhaltend und nehmen dankbar das Gottesdienstprogramm zur Hand, da es für sie wie ein Fahrplan durch ein unbekanntes Terrain ist. Gerade für diese Menschen kann die Erfahrung während eines Gottesdienstes oder eines seelsorgerlichen Gesprächs starken Einfluss auf die zukünftige Einstellung zu Gott und zur Kirche haben.

Auch der Gottesdienstbesuch lässt sich nie vorhersagen. Ausschlaggebend für die Teilnahme ist neben dem persönlichen Interesse der Einzelnen, der Krankheitsgrad der Patienten,⁵⁶ das Wetter, die Jahreszeit⁵⁷ und das Fernsehprogramm.

Gerade bei Rheumapatienten kann sich die körperliche Verfassung innerhalb einiger Stunden sehr verändern. Schon oft meldeten sich Patienten im Laufe des Tages an, dass sie gerne kommen wollen und mussten dann doch am Abend das Bett hüten, »weil nichts mehr ging«.

Es ist schön zu beobachten, wie viel einigen Patienten an den gottesdienstlichen Veranstaltungen liegt. Mehrmals künden sie ihr Erscheinen

⁵⁵ Dies trifft für den Standort Berlin besonders zu. Hier treffen Menschen aus zwei völlig verschiedenen Gesellschaftssystemen aufeinander. In der ehem. DDR aufgewachsene Menschen, welche die Ideologie des Sozialismus verinnerlicht haben, sehen im Krankenhaus z.T. das erste Mal eine Kirche oder einen Andachtsraum von innen.

⁵⁶ Aufgrund der Gesundheitsreform ist zu beobachten, dass der Grad der Erkrankung bei den Patienten, die eingewiesen werden, immer akuter und schwerwiegender wird.

⁵⁷ Damit sind nicht nur die Wetter- und Lichtverhältnisse gemeint, sondern auch der Festkalender des Kirchenjahres. Festliche Höhepunkte, die noch eine traditionelle Bedeutung haben, wie z.B. die Advents- und Weihnachtszeit oder das Osterfest, weckt das Interesse vieler Patienten, die sonst keinen Bezug zur Kirche haben.

an. Sie machen sich zurecht, ziehen sich – wenn es ihr Gesundheitszustand zulässt – extra noch einmal um, bringen ihren Besuch oder den Bettnachbarn mit oder kommen mit der ganzen Familie am Sonntag zum Gottesdienst in die Kirche.

Sehr wichtig und prägend für einen Gottesdienst ist auch die Teilnahme derer, die nicht stationär in Behandlung sind. Die Gemeindemitglieder vor Ort, die Mitarbeiter eines Diakonischen Arbeitskreises bzw. des Krankenhauses, Seelsorgehelfer oder der Besuchsdienst können sich das zur Aufgabe machen. Dies schafft Begegnung zwischen Kranken und Gesunden, bewahrt vor der Atmosphäre einer Leidensgemeinschaft und grenzt die Krankenhausgemeinde nicht in ein konventikelhaftes Abseits.⁵⁸

4.4. Gottesdienstraum

Je nach Architektur eines Krankenhauskomplexes und der Vielfalt der Räume ist bisweilen der Ideenreichtum des Pastors stark herausgefordert, wenn es darum geht, einen Gottesdienstraum herzurichten. Gibt es weder eine Krankenhauskirche noch einen separaten Andachtsraum, so ist ein geeigneter Raum zu finden, der für regelmäßige Gottesdienste fest zu Verfügung stehen kann. Ein ständiger Wechsel von Räumen ist besonders für gottesdienstliche Veranstaltungen ungünstig, weil es für die Patienten mühsam ist, immer wieder die neuen Veranstaltungsorte zu finden. Darüber hinaus kann sich für die Besucher, die mehrere male an Gottesdiensten teilnehmen, keine vertraute Atmosphäre entwickeln, denn jeder neue Raum bedarf der Gewöhnung. Zudem sollte der Raum für die Patienten gut und einfach erreichbar sein. Verdunklungsmöglichkeiten sind sehr wichtig, um auch in der Sommerzeit Medien einsetzen zu können. Wichtig ist auch, dass der Raum nicht direkt neben der Küche oder dem Wirtschaftshof liegt, damit die Konzentration nicht durch fortwährenden Lärm gestört wird. Von großem Vorteil ist es, wenn die Patienten den Raum schon durch Anwendungen, Patientenschulungen oder sonstige Aktivitäten kennen. Das hat zur Folge, dass sie mit der Atmosphäre wesentlich eher vertraut sind und kaum eine peinliche Scheu verspüren mit Gips, Rollstuhl, Bademantel oder Jogginganzug zum Gottesdienst zu erscheinen. Für einen Gottesdienst in einem Mehrzweckraum ist es notwendig, Einrichtungsgegenstände und Symbole zu finden, die eindeutig darauf hinweisen, dass hier eine gottesdienstliche Veranstaltung stattfindet. Ein Andachtstisch, ein Kreuz, Kerzen und Blumenschmuck reichen dafür oft schon aus. Die Stühle stehen im Kreis bzw. Halbkreis um den Andachts- oder Abendmahlstisch gruppiert. Auf eine Kanzel sollte besser verzichtet werden, da sie schnell eine Distanz zwischen Verkündiger und Hörer erzeugen kann.

⁵⁸ Vgl. M. Adam, Verkündigung, in: I. Adam u.a. (Hgg.), Gottesdienst, 17f.

Ein wichtiges, oft nicht bedachtes Kriterium für einen Andachtsraum in einem Krankenhaus ist, dass hier der Patient die Möglichkeit hat – soweit es ihm möglich ist – sich selbst auf den Weg zu machen. Den ganzen Tag über betreten mehr oder minder fremde Menschen sein Zimmer, ob er es will oder nicht. Er kann sich der Begegnung mit ihnen kaum entziehen, ob es die Ärzte, das Pflegepersonal, die Pastoren oder die eigenen Familienmitglieder sind. Besteht die Möglichkeit eines Gottesdienstes in einem separaten Raum, so kann der Patient selbst entscheiden, ob er gehen will oder nicht. Nun kann er selber einen »Besuch« machen, er selbst ist eingeladen.

4.5. Gottesdienstzeiten

Die Zeiten für gottesdienstliche Veranstaltungen sind so zu wählen, dass sie sich sinnvoll in das Tagesprogramm der Patienten und des Krankenhausbetriebes einfügen. Während der Woche sind die Vormittage mit Anwendungen ausgefüllt. Nach dem Mittagessen sind die Patienten meist müde und brauchen Entspannung und Schlaf. Am Nachmittag ist Besuchszeit. So ist es sinnvoll, gottesdienstliche Veranstaltungen in den Abend oder auf das Wochenende zu legen. Dann lässt die Betriebsamkeit nach, die Patienten können besser zur Ruhe kommen und haben für einen Besuch genug Kraftreserven. Wichtig ist, dass die Anfangszeiten und die Wochentage für die Veranstaltungen immer gleich sind. Dadurch prägt sich dieser Termin bei Patienten und Mitarbeitern wesentlich besser ein. Die Länge von Veranstaltungen ist bei der Einladung anzugeben und unbedingt einzuhalten. Gerade für Patienten mit Gelenkbeschwerden ist langes Sitzen eine Qual. Der Anstand und die Scheu verbietet es vielen aber, während eines Gottesdienstes aufzustehen oder rauszugehen. So retten sie sich mit aller Kraft durch die Stunde und sind überhaupt nicht mehr in der Lage etwas von den Inhalten aufzunehmen. Daher ist es wichtig, die Veranstaltungen nicht in die Länge zu ziehen und den Patienten immer das Angebot zu machen aufzustehen, die Beine hochzulegen, hin und her zu laufen, oder ins Krankenzimmer zurückzugehen. Eine halbe bis dreiviertel Stunde ist erfahrungsgemäß ein vertretbarer Zeitrahmen.

4.6. Medien im Gottesdienst

Der Einsatz von Medien in einem Krankenhausgottesdienst ist sehr empfehlenswert. Bewährt haben sich vor allem Diameditationen und musikalische Untermalungen. Da die Patienten nach einem langen Krankenhaustag oft müde und daher nicht mehr so aufnahmebereit sind, sollte auf lange Wortbeiträge verzichtet werden. Der Einsatz von Dias, die das Gesagte unterstreichen, die den Augen guttun, sowie eine musikalische Untermalung, schaffen einen nachhaltigeren Eindruck, geben die Möglich-

keit das Gehörte zu verinnerlichen, bewahren davor, dass das Schweigen als unangenehm empfunden wird und regen die Phantasie an. Zudem bieten sorgfältig ausgesuchte Bilder oft einen positiven Kontrast zu den Schreckensbildern im Krankenhaus.

4.7. Musik im Gottesdienst

Musizieren ist ein Grundbestandteil des Gottesdienstes von Anfang an. In Liedern und mit Instrumenten wird Gott gelobt. Musik drückt Freude und auch Leid aus, entspannt und regt an. Wer die Möglichkeit hat, Musiker für den Gottesdienst zu gewinnen, sollte sich diese Chance nicht entgehen lassen, denn auch Musik ist Verkündigung. So schafft ein Prä- und Postludium oft einen einladenden und feierlichen Rahmen. Die Musik sollte dabei entspannend sein. Das gilt vor allem für Abendgottesdienste.

Lieder sollten in einem Gottesdienst nach Möglichkeit nicht fehlen. Es gibt nur noch wenige Orte, wo sonst noch gesungen wird. Lieder wecken bei den Patienten oft Erinnerungen an die eigene Kindheit. Es gibt genug Liedgut, das von der geistlichen Musik her Eingang in die Volksmusik erhalten hat und dadurch auch Kirchenfremden bekannt ist. Trotzdem sollte sich der Pastor darauf einstellen, dass sie die einzige Person sein kann, die es wagt zu singen. Das sollte er dann mit einer umso größeren Freiheit und Selbstverständlichkeit tun.

Bei der Auswahl des Liedguts sollte man sehr sorgfältig sein. Leider wird oft nur auf die Melodie oder den Inhalt der ersten Strophe geachtet. Da aber auch die Inhalte der Liedstrophen Verkündigung sind, sollten sie genauso bedacht ausgewählt sein wie die Predigt.⁵⁹

4.8. Gottesdienstformen

Neben den regelmäßigen Gottesdiensten bietet ein Krankenhaus oft noch eine Vielzahl weiterer Formen von gottesdienstlichen Veranstaltungen.

Häufig praktiziert wird der *Gottesdienst am Krankenbett*. Er ist meist mit einer Abendmahlsfeier verbunden und findet in kleinem Rahmen statt. Bettlägerige und schwerkranke Patienten erhalten so die Möglichkeit an einer Gottesdienstfeier teilzunehmen und spüren, dass sie zum Leib Christi weiterhin dazugehören, auch wenn sie selbst nicht mehr einen Gottesdienst aufsuchen können.

⁵⁹ So wäre es für Rheumapatienten ein Schlag ins Gesicht, wenn der Pastor unbedacht die 3. Strophe aus dem Lied: »Lobet den Herren, alle die ihn ehren« singen lässt, wo es heißt: »Dass unsre Sinnen wir noch brauchen können und Händ und Füße, Zung und Lippen regen, das haben wir zu danken seinem Segen« oder die 3. Strophe aus dem Choral »Lobe den Herren, den mächtigen König der Ehren«, wo es lautet: »Lobe den Herren, der künstlich und fein dich bereitet, der dir Gesundheit verliehen«. Ebenso kann der Choral: »Fröhlich soll mein Herze springen« in einer Klinik mit Herzchirurgie nur unangemessen sein. Auch wenn es die Lieder nicht beabsichtigen, Missverständnisse sollten hier vorgebeugt werden.

Der Gottesdienst am Krankbett verlangt eine Absprache mit dem Pflegepersonal und den Bettnachbarn. Der Gottesdienst sollte möglichst nicht durch eine Visite oder pflegerische Behandlungen unterbrochen werden, soweit es nicht unbedingt erforderlich ist. Auch die Bettnachbarn sind rechtzeitig zu informieren, so dass sie sich früh genug auf das Geschehen im Zimmer einstellen, es mit ihrem Besuch abklären, oder gegebenenfalls an dem Gottesdienst teilnehmen können. Da ein Krankenzimmer wenig feierlich ist und oft eine sehr nüchterne Atmosphäre bietet, ist es wichtig, den Bereich, in dem Gottesdienst gefeiert wird, zu schmücken. Eine Decke für den Tisch oder Nachttisch, ein kleiner Krug und Einzelkelche, ein Teller für das Brot, eine Kerze, ein Kreuz und ein Zweig schaffen schnell eine angemessene feierliche Atmosphäre. Die unmittelbare Nähe zu den Patienten in »ihrem« Zimmer, »ihrem« persönlichen Bereich bietet die Chance ganz individuell auf die Situation des oder der Patienten einzugehen. Die Verkündigung kann hier zu einem regelrechten Gespräch zwischen Patienten, Gott und dem Seelsorger werden.

Zu den gottesdienstlichen Veranstaltungen im Krankenhaus gehören auch die *Andachten*. Da der Betrieb auf den Stationen gewöhnlich sehr früh beginnt, empfiehlt sich eine Abendandacht nach der offiziellen Besuchszeit. Abendandachten laden die Patienten dazu ein, den Tag in aller Ruhe ausklingen zu lassen, alles, was der Tag gebracht hat, in Gottes Hände zu legen, um so zur Ruhe zu kommen und neue Impulse für die weiteren Tage zu gewinnen. Das ist insbesondere vor der Nacht wichtig, die für viele Patienten mit Schmerzen sehr lang werden kann. Das Loslassen-Können von dem, was einen den Tag über beschäftigt und belastet hat, die Stille vor Gott, die Freude und der Dank über das, was gelungen ist u.v.a. kann hier im Mittelpunkt stehen und Inhalt der Verkündigung sein.

Eine *Abendmusik* im Wechsel mit Lesungen oder ein Chorkonzert mit Beiträgen zu den Texten oder den Komponisten sind bei Patienten sehr willkommen. Geistliches und kulturelles kann sich hier ergänzen und einen besonderen Rahmen für einen Gottesdienst schaffen.⁶⁰

Im Gegensatz dazu bietet ein *Raum der Stille* den Patienten einen Ort der Ruhe und Besinnung. Das Hören auf Gott und sich selbst kann hier zu Entfaltung kommen. Dieser Rahmen schafft ein wohltuendes Pendant zu dem Lärm und der Betriebsamkeit des Krankenhausalltags. Ein Bild, ein Gemälde, eine Plastik oder einfach eine Kerze kann hier schon ausreichen, um sich zu sammeln. Die Patienten – und Mitarbeiter – sollten kommen und gehen können, wann sie wollen.

⁶⁰ Zudem wird den Patienten vielleicht nach langer Zeit wieder einmal die Möglichkeit geboten, ein Konzert zu besuchen. Die Schmerzen und der oft weite und mühsame Anfahrtsweg machen es ihnen sonst nicht möglich. Eine weitere Möglichkeit geistliches und kulturelles miteinander zu verbinden sind Veranstaltungen, die über die Geschichte des Christentums und dessen Einfluss auf unsere heutige Kultur berichten.

Ein besonderer Höhepunkt kann ein *Gottesdienst unter freiem Himmel* sein. Diese etwas aufwendigere Gottesdienstform muss rechtzeitig mit der Krankenhaus-, der Wirtschafts- und der Technischen Leitung abgesprochen sein. Sind Freiflächen oder sogar ein Park vorhanden, so bietet sich eine ungewöhnliche und zugleich offene Atmosphäre, die auch viele, die sonst keine Kirche betreten würden, ermutigt, zu kommen. Gottesdienste unter freiem Himmel laden regelrecht dazu ein, über die Schöpfung und die Natur als Geschenk von Gott zu reden. Sie schaffen eine Abwechslung zu den tristen Krankenzimmern und dem Geruch von Desinfektionsmitteln.

Ein Gottesdienst dieser Form bietet die Möglichkeit, Krankenhausmitarbeiter und Gemeindemitglieder am Gottesdienstablauf zu beteiligen. Die Scheu vor einer Beteiligung unter diesen Bedingungen ist erfahrungsgemäß nicht groß. Ein Abschluss mit gemeinsamen Kaffeetrinken fördert die Gemeinschaft und das Gespräch untereinander.

4.9. *Gottesdienstthemen*

Den Rahmen für die Themenplanung sollte das Kirchenjahr bilden. Kirchliche Festzeiten wie Advent, Weihnachten, Passion und Ostern, Pfingsten und Erntedank und der Jahreswechsel bieten eine Vielzahl von Themen. Die meisten Patienten, ob mit oder ohne kirchliche Anbindung, können sich schnell in die Thematik einfinden, da die kirchlichen Feste auch den säkularen Bereich mitgeprägt haben. Da die Gottesdienstgemeinde in einem Krankenhaus in der Regel ein ökumenischer Kreis ist, wird durch die Berücksichtigung des Kirchenjahres eine gemeinsame Ebene über die unterschiedlichen Konfessionen hinweg geschaffen.

So bietet sich im Rahmen der Adventszeit das Thema Warten und Hoffen an. In der Weihnachtszeit die Menschwerdung und Menschlichkeit Gottes, zum Jahreswechsel das Thema Segen, in der Passionszeit das stellvertretende Leiden Jesu, zu Gründonnerstag oder am Karfreitag das Abendmahl und in der Osterzeit die Hoffnung auf die Herrlichkeit in Gottes Gegenwart. Das Pfingstfest erinnert an Jesu unmittelbare Nähe und das Erntedankfest ermutigt zur Freude über Gottes Fürsorge. Bei all diesen Themen kann die Situation, in der die Patienten sich gerade befinden, berücksichtigt werden. Gottes Gegenwart, seine Liebe zu uns Menschen, sein Mitgehen und Mitleiden, die Perspektive, die er uns über den Tod hinaus schenkt sind Themen, die den Patienten Trost und Hoffnung geben können. Sie erfahren, dass Gott sie bedingungslos annimmt, und werden ermutigt ihr Leben zu bejahen und mit Gottes Hilfe neu zu gestalten.

Sehr wichtig für die Patienten und damit auch für die seelsorgerliche Arbeit ist die Gestaltung einer Weihnachtsfeier im Krankenhaus. Es gibt kaum einen Moment im Jahr, wo der Krankenhausaufenthalt einem Menschen so das Gefühl von Einsamkeit gibt wie zur Weihnachtszeit, dem klassischen Fest der Familie. Hier kann ein Festgottesdienst mit an-

schließender Weihnachtsfeier im Krankenhaus den Patienten den ersehnten familiären Rahmen geben. Die Lesung der Weihnachtsgeschichte, eine kurze Auslegung oder ein Krippenspiel, musikalische Begleitung und vor allem das Wunschliedersingen bleibt bei den meisten Patienten noch über Jahre in guter Erinnerung. Es gibt kaum eine Veranstaltung, wo die Patienten so erfreut und ergriffen sind wie zu diesem Fest.

In den Wochen zwischen den Festen können Gedanken zu Abend, Jahreszeit, Schöpfung, Segen, Gebet und Vertrauen im Mittelpunkt stehen. Diameditationen, Liedstrophen, Gedichte, Auslegungen zum Vater Unser, unterschiedliche Segensworte bieten eine Fülle an Material.⁶¹ Es empfiehlt sich zu den Meditationen immer noch eine persönliche Einleitung oder Einführung in der Form einer kurzen Predigt zu geben. Dies gibt dem Verkündiger die Chance, den Gottesdienst ganz individuell zu gestalten, mit den Zuhörern in einen Dialog einzusteigen, spontane Äußerungen aufzugreifen und wenn möglich in das Thema des Gottesdienstes einzugliedern. Dieses »persönliche Predigen« bewahrt vor dem Eindruck bloß etwas »abzuspulen«. Aus diesem Grund sollte die Predigt nach Möglichkeit so frei wie möglich gehalten werden.

4.10. Gottesdienstprogramme

Gottesdienstprogramme können sehr hilfreich sein. Patienten, die zu einem Gottesdienst kommen, wissen oft überhaupt nicht, was sie erwartet. Das Gottesdienstprogramm gibt ihnen einen Leitfaden durch die Veranstaltung und damit ein Stück Sicherheit. Durch ein Gottesdienstprogramm nehmen die Patienten auch noch etwas zum Erinnern mit. Gebete, Liedstrophen und Segensworte sind in der Regel sehr inhaltsreich. Neben der Verkündigung kann ihre Botschaft schnell untergehen. Ein Gottesdienstprogramm hält den Gottesdienstbesuchern diese Worte immer wieder vor Augen. Sie können sie für sich nachlesen, den Bettnachbarn vorlesen, Gebete nachsprechen und so u.U. die eigene Sprachlosigkeit überwinden, denn gerade chronisch Kranke haben das Beten oft verlernt.

4.11. Rituale im Gottesdienst

Rituale können bei der seelsorgerlichen Dimension im Gottesdienst wichtige Funktionen übernehmen.

Entlastungsfunktion: Rituale, im Sinne einer deutlich erkennbaren Liturgie entlasten den Einzelnen wie die Gruppe, sich fortwährend »spontan« verhalten zu müssen. So kann ein wiederkehrender Gottesdienstablauf den Patienten schnell eine vertraute Atmosphäre bieten, selbst wenn sie während ihres Aufenthaltes nur wenige Gottesdienste besuchen können.

⁶¹ Vgl. dazu den Abschnitt 4.14. »Literatur und Material für die Gestaltung von Gottesdiensten« weiter unten.

Artikulationsfunktion: Rituale können den Patienten wie auch dem Pastor dazu verhelfen, die Sprachlosigkeit zu überwinden. So kann das Nachsprechen von Gebeten aus den Psalmen oder das Vater Unser u.a. eine Hilfe sein, Angst, Not, Hoffnung und Freude zum Ausdruck zu bringen. Das gilt besonders in schwierigen Situationen, wo die Sinnfrage angesprochen wird und wo es an eigenen Worten fehlt.

Auch nonverbal können Rituale dazu verhelfen, die eigene Sprachlosigkeit zu überwinden. Die Geste der Handauflegung als Zeichen des Segens und der Begleitung kann diese Artikulationsfunktion sein.

Kanalisierungsfunktion: Rituale können auch Entlastung bei emotional hochbesetzten Anlässen schaffen (z.B. bei Sterbeprozessen, Todesfällen oder Geburten). Sie tragen dazu bei, die freiwerdenden Emotionen in geordneter und angemessener Weise zur Sprache zu bringen. »Sie geben damit den Beteiligten die Möglichkeit, solche Emotionen positiv zu verarbeiten, statt sie verbergen und unterdrücken zu müssen.«⁶² So kann eine Aufbahrung und die Aussegnung nach einem Todesfall für die Hinterbliebenen der Rahmen sein, wo sie sich in aller Ruhe und persönlich auf ihre Art von dem Verstorbenen verabschieden können.

Bestätigungsfunktion: Rituale im Gottesdienst können Übergänge im menschlichen Leben (Verabschiedung, Aussendung u.a.) markieren, begleiten und schützen.

Verbindungsfunktion: Schließlich können Rituale im Gottesdienst, die über die Konfessionen hinweg bekannt sind, dem Einzelnen die Möglichkeit geben sich in die sonst ungewohnte Gottesdienstform – z.B. durch das Vater Unser, durch die Einsetzungsworte zum Abendmahl oder durch die Segensworte – hineinnehmen zu lassen. Hier schaffen Rituale Verbindungen über konfessionelle und geographische Grenzen hinweg.⁶³

Wer Rituale gebraucht und pflegt, hat aber auch stets darauf zu achten, nicht in einen Ritualismus zu verfallen.⁶⁴ Drei Formen von Ritualismus seien hier genannt:

- a) Der Moment, wo Rituale so mächtig geworden sind, dass sie alle Einzelheiten bis ins Detail festlegen und jede Form von freiem, spontanen und kreativem Handeln blockieren.
- b) Wo Rituale dazu missbraucht werden, verantwortliches Handeln zu ersetzen und man sich durch den Vollzug des Rituals von persönlicher Verantwortung entbunden fühlt.
- c) Die Gefahr, durch den ständigen Gebrauch von Ritualen Vorgänge im Gottesdienst nur noch abzuspulen und sie damit inhaltlich zu entleeren. Rituale gilt es daher in den Kontext konkreter Lebenszusammenhänge zu stellen.

⁶² K.-H. Bieritz, Seelsorge in Gottesdienst, Predigt und Amtshandlungen, in: Handbuch der Seelsorge, 220.

⁶³ So z.B. das Vater Unser als »das Gebet, das die Welt umspannt« (H. Thielicke).

⁶⁴ Vgl. dazu K.-H. Bieritz, Seelsorge, 220.

4.12. Gottesdienstgestaltung

Mögliche Schritte für die Gestaltung einer gottesdienstlichen Feier am Beispiel einer Abendandacht:

- Rechtzeitig den Raum für den Gottesdienst gestalten:⁶⁵ Andachtstisch; Kreuz; Kerzen; ggf. Abendmahlsgeschirr; weitere Symbole je nach Kirchenjahr wie Weinreben, Brotlaib, Dornenkrone, Ähren etc.; Blumenschmuck; Diaprojektor; Leinwand; Musikanlage; Stühle im Kreis oder Halbkreis stellen.
- Die Gottesdienstbesucher an der Tür begrüßen und das Programm für den Abend überreichen.
- Pünktlich beginnen.
- Die Patienten noch einmal gemeinsam begrüßen und einladen, nun alles abzugeben, was der Tag von ihnen abverlangt hat.
- Falls möglich ein Musikstück.
- Ein Dankgebet.
- Eine Einleitung in das Thema und die folgende Diameditation. Dieser Teil kann sehr frei, persönlich und anschaulich gestaltet werden. Es liegt an dem Pastor hier sich selbst mit einzubringen und ein Gespräch mit Gott, den Patienten und sich selbst aufzubauen. Die Diameditation veranschaulicht und konkretisiert das Gesagte, lässt Bilder und Worte für sich sprechen und schafft den Raum mit Gott ganz persönlich ins Gespräch zu kommen.
- Ein anschließender Psalm kann gemeinsam gebetet werden und hilft vielen aus ihrer Sprachlosigkeit Gott gegenüber herauszukommen.
- Ein gemeinsames Lied sollte nicht fehlen, auch wenn es viele verlernt haben zu singen. Das Lied kann je nach Inhalt des Abends Lob, Dank und Fürbitte zum Inhalt haben.
- Mit dem Abendgebet legen wir uns vertrauensvoll in Gottes Hände.
- Das Vater Unser ist das Gebet, das die Welt umspannt und eine Verbindung zu Christen unterschiedlicher Konfessionen schafft, zudem können im Vater Unser, wie in keinem anderen Gebet, unser Dank und unsere Bitten einmünden.
- Der Segen unterstreicht noch einmal Gottes Zusage mit uns zu gehen und uns beizustehen.
- Ein Postludium lässt den Abend ausklingen.

Jeder kann das Gottesdienstprogramm mitnehmen und wird an der Tür persönlich verabschiedet. Häufig bleibt ein Patient mit einem Anliegen zurück und wünscht noch ein Gespräch. Das sollte immer mit eingepplant werden.

⁶⁵ Bzw. mit den Technischen Mitarbeitern im Haus absprechen, wie der Raum gestaltet werden soll.

Ein Gottesdienst in dieser Form lädt dazu ein, sich zurückziehen zu können, sich körperlich und seelisch zu entspannen, seine Augen auf ein Bild oder einen Gegenstand richten zu können, der den Augen guttut, ein Bild oder Wort kommen oder sich zusprechen zu lassen, es im Herzen zu bewegen, ein Gespräch mit Gott anzufangen, auf ihn zu hören, zur Ruhe zu kommen, zaghaft zu versuchen ein eigenes Gebet zu formulieren, sich in Gottes Hand getragen zu wissen.

4.13. Verhaltensregeln im Gottesdienst

Besonders der spontane und persönliche Umgang mit Patienten hält viele »Fettnäpfchen« bereit. So ist das häufig daher gesagte »Geht's gut ?« bei der Begrüßung ein Fauxpas, den man unbedingt aus dem Wortschatz streichen sollte. Kommt es nach einiger Zeit zu einem Wiedersehen mit einem Patienten, der sich wieder einmal stationär behandeln lassen muss, so darf sich die Freude über das Wiedersehen – auch wenn es ehrlich gemeint ist – nicht mit den Worten ausdrücken: »Ach wie schön, dass Sie wieder da sind!«

Je nach der Krankheit der Patienten ist auch auf den Händedruck bei der Begrüßung und der Verabschiedung zu achten. Bei Rheumapatienten kann ein kräftiger Händedruck furchtbare Schmerzen verursachen und erstickt die Möglichkeit einer offenen Begegnung schnell im Keim.

Auch die Kleidung während eines Gottesdienstes ist von Bedeutung. Wer sich zum Ziel gesetzt hat, den Patienten als Mensch auf einer persönlichen Ebene zu begegnen und sich dabei mit einem schwarzen Anzug oder einem Talar kleidet, wird es schwer haben. Patienten haben oft nur die Möglichkeit mit Jogginganzug oder Bademantel in den Gottesdienst zu kommen. Daher ist es sinnvoll sich so zu kleiden, dass die Patienten merken, das man sich für sie schön gemacht hat, ohne sich durch die Kleidung besonders abzusetzen.

4.14. Literatur und Material für die Gestaltung von Gottesdiensten

Arbeitshilfen und Vorschläge für Gottesdienste

Domay, E. (Hg.), Gottesdienstpraxis, Serie B, Arbeitshilfen für die Gottesdienste zu den Festzeiten, für Kasualien und besondere Anlässe, Gottesdienste mit Kranken, Gütersloh 1991

Hinz, Ch., Die Krankheitspsalmen, Ein Gespräch mit ihren Betern, Leipzig ²1995

Hoffsümmer, W., 88 Symbolpredigten durch das Kirchenjahr, Für Erwachsene, Jugendliche und Kinder, Mainz 1995

–, 22 Symbolpredigten durch das Kirchenjahr, Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Mainz ³1994

Jaschke, H., »Aus der Tiefe rufe ich, Herr, zu dir«, Psychotherapie aus den Psalmen, Freiburg i.Br. 21990

Piper, H.-Ch., (Hg.), Verkündigung im Krankenhaus, Predigten und Andachten, Göttingen 1982

Segl, A., Meditative Gottesdienste, Stuttgart 1997

Wilhelm, S., Heute kann ich etwas mitnehmen, Beispiele und Materialien für Gottesdienste in Alten- und Pflegeheimen, Teil 1: Neutestamentliche Texte, Konstanz 1990

Winkes, O., Krankenseelsorge im Jahresfestkreis, Predigten – Ansprachen – Texte, München 1992

*Dia- und Bildmeditationen aus dem Verlag am Eschbach
(Dias und Texthefte)*

- Des Menschen Herz weiß um sein Ende, Bilder für den Anfang und das Ende des Tages
- Schöpfung
- Jesusreden (Vater Unser; Barmherzige Samariter)
- Wer im Schutz des Höchsten wohnt, Trostpsalmen der Bibel ausgelegt von Jörg Zink

Advent und Weihnachten

- Was die Nacht hell macht, Weihnachten in Bildern von Rembrandt und Betrachtungen von Jörg Zink
- Es begab sich aber zu der Zeit, Weihnachten in Bildern dieses Jahrhunderts
- Das Zerbrechliche dauert, Dem Advent Raum geben
- ... dann wird dein Licht aufgehen in der Finsternis, Die Weihnachtsgeschichte des Altars zu Schotten
- Franziskus feiert Weihnachten, Gedanken von Anton Rotzetter zur Krippenfeier von Greccio
- Folge deinem Stern!, Weihnachtsbilder aus Zillis

Passion und Ostern

- ... durch seine Wunden sind wir geheilt, Passions- und Osterbilder von Grünewald
- Wir werden alle auferstehen, Eine Betrachtung von Jörg Zink zu Passions- und Osterbildern von Rembrandt
- ... damit wir lebendige Hoffnung haben, die Passions- und Ostergeschichte in Bildern von Tilman Riemenschneider

Weitere wertvolle Diaserien sind zu beziehen über:

- Evangelische Zentralbildkammer Bielefeld (z.B. Wenn des Tagesschein vergeht, Thema: Abend)

- Kunstdienst – Bildstelle der Ev.-luth. Landeskirche Sachsens (z.B. Dia-
meditationen zu der Jahreslosung)
- Dia-Bücherei Christliche Kunst, Verlag am Eschbach

Gebete, Segensworte und Textbücher

Gebete:

- Haußecker, O.* (Hg.), Gebete verändern den Tag, Morgen- und Abendge-
bete, Stuttgart 1987
- Naegli, S.*, Die Nacht ist voller Sterne, Gebete in dunklen Stunden, Frei-
burg ¹²1997
- , Du hast mein Dunkel geteilt, Gebete an unerträglichen Tagen, Freiburg
¹⁶1997
- , Ich spanne die Flügel des Vertrauens aus, Bausteine für das Leben,
Eschbach ²1995
- Zink, J.*, Wie wir beten können, Stuttgart ¹²1985

Segensworte:

- Multhaupt, H.*, Möge der Wind immer in deinem Rücken sein, Alte iri-
sche Segenswünsche, Aachen ¹⁶1995
- Schmeisser, M.* (Hg.), Deine Güte umsorgt uns, Segen empfangen und
weitergeben, Eschbach ⁶1995
- (Hg.), Gesegneter Tag, Ein spiritueller Begleiter, Eschbach 1996
- Spilling-Nöker, Ch.*, Der Himmel ist in dir, Glück- und Segenswünsche,
Eschbach ⁶1995
- , Jeder Augenblick zählt, Glück- und Segenswünsche, Eschbach ²1996
- Zink, J.*, Sei gesegnet jeden Tag, Lieder und Segensworte aus dem alten Ir-
land, Eschbach ⁴1996

Sterbebegleitung:

- Christopherus-Hospiz-Verein* (Hg.), Pflegen bis zuletzt, München o.J.
- Domay, E.* (Hg.), Wende dich zu mir, Gebete mit Sterbenden, Gütersloh
1995
- Ebert, A. / Godzik, P.* (Hgg.), Verlaß mich nicht, wenn ich schwach bin,
Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender, Rissen 1993
- Leben bis zuletzt, Sterben als Teil des Lebens, Impulse für Praxis und Got-
tesdienst, hg. v. der Deutschen Bischofskonferenz und dem Kirchenamt
der EKD anläßlich der Woche für das Leben, 4.-10.5.1996
- Strohal, H. u. W.*, Komm, ich laß dich gehen, Schwerkranke zu Hause
pflegen, Eschbach 1992

Texte zu verschiedenen Anlässen:

- Hildebrandt, Ch.* (Hg.), Gott schenkt Zeit und Zukunft, Texte für Feier,
Meditation und Gemeindegruppen, Stuttgart 1994

Zum Kirchenjahr

Advent und Weihnachten:

Jens, W. (Hg.), Es begab sich aber zu der Zeit, Texte zur Weihnachtsgeschichte, Stuttgart ²1989

Mack, C. (Hg.), Weihnachten feiern in der Familie und Gemeinde, Ein Werkbuch, Erzählungen, Anspiele, Karikaturen, Lieder, Gebete, Gießen ²1992

Schwarz, J. (Hg.), Vom Engel, der die Welt verwandeln wollte, Geschichten zur Advents- und Weihnachtszeit, Eschbach 1996

Passion:

Rommel, K., ... heute noch wirst du bei mir sein, Die sieben Worte Jesu am Kreuz, Eschbach 1982

Pfingsten:

Geistes-Gegenwart, Bilder und Texte zum Thema Heiliger Geist, hg. von der Ev. Tagungsstätte Löwenstein 1985

Textkarten

Siehe Angebot aus den Verlagen: Verlag am Eschbach, Neues Buch Verlag und Thomas Verlag Leipzig.

Bei der Zusammenstellung von Diameditationen ist große Sorgfalt nötig. Schöne Bilder allein reichen nicht. Manchmal empfiehlt es sich gute Texte mit eigens ausgesuchten und passenden Dias zu kombinieren, um so ganz individuell die Situation der Gottesdienstbesucher zu treffen.

Lohnenswert ist bei der Suche nach Materialien für den Gottesdienst auch der Gang zur nächsten Medienzentrale, die oft eine Fülle guter Diameditationen anbietet.

5. *Schlussbemerkungen*

Nach den drei Jahren gehört das Angebot von gottesdienstlichen Veranstaltungen zu einem wesentlichen Teil meiner seelsorgerlichen Arbeit im Krankenhaus. Viele Kontakte habe ich dadurch zu Patienten aufbauen und vertiefen können. Wenn ich zu einem Gottesdienst einlade, biete ich den Patienten an Gott, sich selbst, mir persönlich und den Mitpatienten zu begeben. Dieses Angebot kann angenommen oder abgelehnt werden.

Manche Patienten kommen im Krankenhaus mit der Kirche seit langer Zeit mal wieder oder zum ersten Mal in Kontakt. Ihre Eindrücke und Erfahrungen geben oft Ausschlag über eine zukünftige Einstellung zur Kirche, ob positiv oder negativ. Ich freue mich jedesmal, wenn mir ein Patient signalisiert, dass er nach langer Zeit wieder einmal eine Andacht oder einen Gottesdienst besucht hat und dabei Gott und sich selbst wieder ein

Stück näher gekommen ist und Trost und Mut gewonnen hat. Ich wünsche mir, dass sich das auch nach der Entlassung weiter fortsetzt.

Natürlich bin ich mir darüber im Klaren, dass ich während der Gottesdienste nur denen begegne und für die ein Angebot schaffe, die nicht ans Bett gefesselt sind. Viele sind zu schwach und zu krank um aufzustehen, obwohl sie die Sehnsucht nach einer Gottesdienstfeier haben. Daher kann ich in den gottesdienstlichen Veranstaltungen auch nur einen Teil meiner Arbeit sehen, der mich nicht davon entbindet, auch an das Krankenbett zu gehen, zumal sich auch viele Patienten über einen Besuch von mir freuen, obwohl sie niemals in einen Gottesdienst kommen würden.⁶⁶

Der Einsatz von Übertragungsgeräten könnte hier mehr Patienten in den Gottesdienst einbeziehen. Da ich mit Video- und Audioübertragungen noch keine Erfahrung sammeln konnte, weiß ich nicht welche Auswirkungen eine Kamera oder ein Mikrofon auf das Empfinden der Gottesdienstbesucher hat. Ebenso habe ich noch keine Erfahrung, was über den Bildschirm oder den Kopfhörer bei den Patienten im Krankenzimmer ankommt. Auf alle Fälle würde die regelmäßige Übertragung einer Veranstaltung ans Krankenbett den bisherigen Charakter der Gottesdienste im Krankenhaus, so wie ich ihn praktiziert habe, verändern.⁶⁷ Hier gilt es, noch weitere Erfahrungen zu sammeln.

Wünschenswert für die Zukunft ist eine stärkere Beteiligung von Nicht-Patienten an den Veranstaltungen im Krankenhaus. Dadurch würde eine intensivere Begegnung zwischen Gesunden und Kranken gefördert werden. Das gäbe die Chance eines besseren gegenseitigen Verstehens, eines sensibleren Wahrnehmens der jeweiligen Bedürfnisse und bewahrt vor der Isolierung der Kranken und Hilfebedürftigen. Das Evangelium kann noch stärker gelebt werden, indem durch die Begegnung zwischen Gesunden und Kranken die Würde jedes Menschen – ganz gleich wie eingeschränkt er ist – zur Geltung kommt. Neben den Mitarbeitern sind hier vor allem die Gemeindemitglieder herausgefordert.

Wenn ich auf die drei Jahre Seelsorgearbeit im Krankenhaus zurückblicke, habe ich immer wieder aufs Neue erfahren, dass die Begegnung mit Kranken nicht nur ein Geben von mir erfordert, sondern ich gleichzeitig viel geschenkt bekomme.

So hoffe ich, dass die Ausführungen dazu anregen, gottesdienstliche Veranstaltungen in einem Krankenhaus anzubieten und Formen zu finden, die es ermöglichen, Gott, dem Mitmenschen und sich selbst zu begegnen.

⁶⁶ Das gilt vor allem für Patienten anderer Religionszugehörigkeit.

⁶⁷ So ist der Einsatz von Medien in Form von Dias oder die musikalische Untermalung in gewohnter Weise nicht mehr möglich.

Bibliographie

- Adam, I. u.a. (Hgg.), Gottesdienst mit Kranken, Predigten, Texte, Gebete, Modelle, Gütersloh 1976
- Bieritz, K.-H., Seelsorge in Gottesdienst, Predigt und Amtshandlungen, in: Handbuch der Seelsorge, bearb. von Becker, I. u.a., Berlin ⁴1990
- Braun, O., Menschen im Krankenhaus, Ein Beitrag zur Humanität in der Heilkunde, Hagen 1994
- Domay, E. (Hg.), Gottesdienste mit Kranken, Gottesdienste im Krankenhaus – Ansprachen – Gebete – Meditationen – Themapredigten, in: Domay, E. (Hg.), Gottesdienst Praxis, Serie B, Arbeitshilfen für die Gottesdienste zu den Festzeiten, für Kasualien und besondere Anlässe, Gütersloh 1991
- Faber, H., Der Pfarrer im modernen Krankenhaus, in: Handbücherei für Gemeindegarbeit, Heft 48, hg. von Funke, A. u.a., Gütersloh 1968
- Faber, H. / Schoot, E. v.d., Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs, Göttingen ⁶1980
- Fichtner, H., Kompendium der Krankenhauseelsorge, Berlin 1957
- Geest, H. v.d., Unter vier Augen, Beispiele gelungener Seelsorge, Zürich ³1986
- Gestrich, R., Am Krankenbett, Seelsorge in der Klinik, Stuttgart ²1988
- , Gedanken über die Seelsorge im multikulturellen Krankenhaus und einige praktische Hinweise, in: Wege zum Menschen, Monatsschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln, 47. Jg., Heft 7, Oktober 1995, hg. von Dörner, K. u.a., Göttingen 1995
- Grözinger, A., Seelsorge im multikulturellen Krankenhaus, in: Wege zum Menschen, Monatsschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln, hg. von Dörner, K. u.a., 47. Jg., Heft 7, Oktober 1995, Göttingen 1995
- Jentsch, W., Der Seelsorger, Beraten – Bezeugen – Befreien, Grundzüge biblischer Seelsorge, Moers 1982
- Klessmann, M. (Hg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 1996
- Ollesch, H., Dienst am Krankenbett, Gladbeck 1966
- Piper, H.-Ch., Kranksein, Erleben und Lernen, München ⁵1992
- Piper, I. u. H.-Ch., Religiöse Erfahrung in einer säkularen Institution, in: Handbuch der Krankenhauseelsorge, hg. von Klessmann, M., Göttingen 1996
- Piper, I., Begleitende Seelsorge – Raum für Gottesbegegnungen, in: Berliner Hefte für Evangelische Krankenseelsorge 57, hg. vom Konsistorium der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg, Fachkonvent für Seelsorge im Krankenhaus, Berlin 1991
- Schibilsky, Ch., Seelsorge im Gottesdienst – Gottesdienst im Krankenhaus, in: Gottesdienst Praxis, Serie B, Arbeitshilfen für die Gottesdienste zu den Festzeiten, für Kasualien und besondere Anlässe, hg. von Domay, E., Gütersloh 1991
- Städtler-Mach, B., Spiritualität in der Kinderkrankenseelsorge, Aspekte zu Gottesdienst, Feier und Ritual in der Kinderklinik, in: Wege zum Menschen, Monatsschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln, 46. Jg., Heft 7, Oktober 1994, hg. von Dörner, K. u.a., Göttingen 1994
- Tacke, H., Mit den Müden zur rechten Zeit zu reden, Beiträge zu einer bibelorientierten Seelsorge, Neukirchen-Vluyn 1989
- Wirth, U., Die Rolle des Pfarrers im Krankenhaus, in: Berliner Hefte für Evangelische Krankenseelsorge 29, hg. vom Konsistorium der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg, Fachkonvent für Seelsorge im Krankenhaus, Berlin 1971