

Ulrich Lüke

# In Gottes Hand

Glaube in Krankheit und Leid –  
Erfahrungen eines  
Krankenhauspfarrers

HERDER The logo consists of a large, stylized number '4' with a horizontal bar extending from its top right. A smaller '5' is positioned below the horizontal bar, partially overlapping it.

FREIBURG · BASEL · WIEN



© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2025

Alle Rechte vorbehalten

[www.herder.de](http://www.herder.de)

Umschlaggestaltung: Verlag Herder

Umschlagmotiv: Himmelsleiter an der St.-Lamberti-Kirche in Münster

© Marc Geschonke

Satz: Barbara Herrmann, Freiburg

Herstellung: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

ISBN Print 978-3-451-39621-2

ISBN E-Book (E-Pub) 978-3-451-84621-2

Ich widme dieses Buch all denen,  
die mit Hand und Fuß,  
mit Sinn und Verstand,  
mit Herz und Seele im Krankenhaus  
ihren Gottesdienst am Menschen und  
ihren Mendhendienst vor Gott verrichten.



# Inhalt

1.	Vorbemerkungen .....	11
1.1	Kleine biographische Vorbemerkung .....	11
1.2	Erfahrungsorientierung .....	13
1.3	Zum Eigenwert von Seelsorge .....	15
1.4	„Kunden-Akquise“ .....	17
1.5	Zu den Texten in diesem Buch .....	21
2.	Geistlich-liturgische Grundvollzüge .....	24
2.1	Gebet .....	25
2.1.1	<i>Wie und wozu Beten?</i> .....	25
2.1.2	<i>Gebet – vom und zum Herrn</i> .....	29
2.2	Eucharistie .....	33
2.2.1	<i>Brot vom Himmel und Brot für die Welt?</i> .....	34
2.2.2	<i>Brot-Zeit oder Kommunion als Quelle und Gipfel</i> .....	37
2.2.3	<i>Kommen in Herrlichkeit?</i> .....	41
2.3	Krankenkommunion .....	44
2.3.1	<i>Substantiell wandlungsfähig?</i> .....	46
2.3.2	<i>Brot vom Himmel?</i> .....	48
2.4	Krankensalbung .....	51
2.4.1	<i>Hoffnung, Lebenshoffnung auch über den Tod hinaus</i> .....	53
2.4.2	<i>Überfahrt zu neuen Ufern</i> .....	56
2.4.3	<i>All inclusive?</i> .....	60
2.5	Bußsakrament oder Sakrament der Versöhnung ..	62
2.5.1	<i>„Je ne regrette rien ...“</i> .....	63

3.	Sterben im Krankenhaus und Auferstehungsglaube der Christen .....	67
3.1	Erfahrung der Nähe Gottes auch in Zeiten der Pandemie? .....	68
3.2	Überlebensstrategien .....	72
3.3	Sterbezeit als Hochzeit? .....	75
3.4	Letzte Geburtshilfe? .....	78
3.5	Transformation, nicht Deformation .....	80
3.6	Diesseits-Embryonen .....	84
3.7	Glauben im Zwielficht .....	87
3.8	Nur drei Fragen! .....	90
3.9	Fragen über Fragen .....	94
4.	Glaube der „Ungläubigen“ .....	100
4.1	Lebenshoffnung .....	102
4.2	Kein Hundeleben .....	104
4.3	Nichts als Mythen? .....	108
4.4	„Morgen in Jerusalem!“ .....	110
4.5	Jenseits von Mumie und Plastinat .....	113
4.6	„Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch.“ .....	116
5.	Heilende Wirkung der Beziehung .....	120
5.1	Hundert-Tage-Fragen am Beginn des Dienstes ....	121
5.2	Beziehungen im Krankenzimmer .....	124
5.3	Wiederbelebung wörtlich .....	128
5.4	Danke, ja! .....	130
5.5	Care-Pakete .....	133
5.6	Seel-Sorge kontaminiert .....	136
5.7	Und Tschüss .....	139
6.	Ethische Fragen im Krankenhaus .....	143
6.1	Todes-Urteil: Lebenslänglich? .....	144
6.2	Vom Raucherbein nichts gelernt? .....	148
6.3	Sich den Mund verbieten (lassen)? .....	150

6.4	Selbstbestimmung versus Lebensschutz?	
	Nur die halbe Wahrheit! .....	154
6.5	Tod und Taufe .....	157
6.6	René oder mutterseelenallein .....	160
7.	Engel am Krankenbett .....	166
7.1	Kunst zu(m) Hoffen .....	167
7.2	Engelgleich? .....	170
7.3	Heaven's Angels .....	173
7.4	Die Engel am Tor oder die Fassung der Krone ...	177
8.	Kirche im Krankenhaus .....	182
8.1	Herrjotts Fott? .....	184
8.2	Religions-Gemeinschaft? .....	188
8.3	Gehen oder Bleiben? .....	191
8.4	Unschuldslamm und Sündenbock .....	194
8.5	Schlagschatten .....	197
8.6	Mit Bedacht mitbedacht .....	200
8.7	Sekt statt Selters .....	203
9.	Kranksein – genutzte oder vertane Zeit? .....	207
9.1	Chronos und Kairos .....	209
9.2	Strafe muss sein? .....	212
9.3	Mit Leib und Seele bei Gott .....	215
9.4	Sterblich auf Lebenszeit .....	218
9.5	Leiden als Lehren und Bürgen? .....	221
9.6	„Es wird Zeit, dass es Zeit wird!“ (J. B. Metz) ...	224
9.7	Von Zeit und Ewigkeit .....	228
	Anmerkungen .....	233
	Dank .....	236
	Bildnachweis .....	237





# 1. Vorbemerkungen

## 1.1 Kleine biographische Vorbemerkung

Seit acht Jahren bin ich Krankenhauspfarrer am St. Franziskus-Hospital in Münster. Zuvor war ich nach der Priesterweihe ein Dutzend Jahre lang Gymnasiallehrer für die Fächer Theologie und Biologie in Recklinghausen, dann sechs Jahre lang in der Pfarrseelsorge zweier Münsterländer Dörfer und anschließend gut zwanzig Jahre lang Hochschullehrer zunächst in Freiburg, dann in Paderborn und schließlich an der RWTH in Aachen. Ein Schwerpunkt meiner Forschung waren – meinen Studienfächern Theologie, Biologie und Philosophie entsprechend – immer die Grenzfragen zwischen Philosophie, Naturwissenschaft und Theologie. Als ich in Aachen emeritiert wurde, bot mir mein Heimatbistum Münster die Stelle als Krankenhauspfarrer am St. Franziskus-Hospital in Münster an.

Natürlich wollte ich nicht die Beine hochlegen und mir nur selbst dabei zusehen, wie ich neunzig Jahre alt werde. Aber noch etwas anderes, Zufälliges, falls es Zufälle gibt, berührte mich bei diesem Angebot: In diesem Krankenhaus wurde ich selbst geboren und überdies hier von meinem eigenen Großonkel getauft. Hier schließt sich also der Kreis, aber ich hoffe, noch nicht so bald.

Außerdem dachte ich: In jedem Bett, zu dem ich gehe, liegen meine beiden Lieblingsfächer Biologie und Theologie in Personalunion als Patient<sup>1</sup> vor mir, und da gibt es sehr oft einen auch über die Philosophie hinausgehenden Gesprächsbedarf. Und dann ist es gut, und zwar nicht nur bei Herzkranke, zu wissen, wie dies einzigartige Organ Herz gebaut ist und in etwa funktioniert, um besser ermessen zu können, was jemand auf dem Herzen hat und was ihm am

Herzen liegt. Dann ist es gut, und zwar nicht nur bei Hepatitispatienten oder Lebertransplantierten, zu wissen, wo die Leber liegt und wie sie in etwa funktioniert, um ermessen zu können, wie es sich anfühlt, wenn jemandem eine Laus oder Schlimmeres über die Leber gelaufen ist, z. B. in Form einer als ruppig empfundenen Arztauskunft oder der Vergesslichkeit einer Schwester, die vor Arbeit nicht mehr weiß, wo ihr der Kopf steht. Dann ist es gut, nicht nur bei Patienten mit Schädel-Hirntraumata, zu ahnen, wo ihnen der Kopf steht und was ihnen Kopfzerbrechen bereitet. Dann ist es gut, und gerade nicht nur bei „lupenreinen“ Katholiken oder Protestanten, theologisch auskunftsfähig zu sein über die Seele und den menschlichen Gottesbezug, um zu ermessen, was jemandem auf der Seele liegen kann, auch und gerade wenn er sich nach eigener Auskunft selber mechanistisch seelenlos und überdies gottlos fühlt.

Und noch eine biographische Kleinigkeit in Sachen Krankenhaus sei hier angemerkt. Als Student in Münster und Regensburg habe ich in doppelter Hinsicht einschneidende Erfahrungen mit dem Krankenhaus gemacht. In den vorlesungsfreien Zeiten, Semesterferien nannte man das damals auch eher provokant als zutreffend, habe ich insgesamt wohl ein ganzes Jahr als Werkstudent und Hilfspfleger im Dülmener Franz-Hospital mitgearbeitet und „learning by doing“ die Pflegeseite kennengelernt.

Und mitten im Studium erwischte mich eine Lungentuberkulose, die mir einen einjährigen Aufenthalt im Fürstabt-Gerbert-Haus, einem Lungenсанatorium in St. Blasien im Schwarzwald bescherte. Dort und auch bei diversen anderen Aufenthalten in Krankenhäusern und Uni-Kliniken musste, konnte und durfte ich die Patientenseite intensiver kennenlernen. Das Kennenlernen des Krankenhauses aus der (Hilfs-)Pfleger- und der Patientenperspektive sind zwei Erfahrungen, die auch prägend für mich waren und die nun die dritte Perspektive, die des Seelsorgers, hilfreich ergänzen.

## 1.2 Erfahrungsorientierung

Das hier vorgelegte Buch ist keine theoretische Abhandlung über den Ist- oder den Sollzustand der Krankenhausseelsorge oder gar des Krankenhauswesens in unserem Land und kann oder will das auch nicht sein. Die Idee zu diesem Buch entstand im Verlag Herder, dem es ursprünglich um den Erfahrungsbericht eines Krankenhausseelsorgers während der Corona-Pandemie ging, und dann allgemeiner um die Frage, wie der Glaube sich angesichts von Krankheit und Leid bewähren muss und kann. Die Quellen dieses Buches sind also einzig und allein die konkreten, von mir gemachten realen Erfahrungen aus dem Alltag der Krankenhausseelsorge. Allerdings gehen sie weit über den Horizont der Corona-Pandemie und der mit ihr zunächst verbundenen Schockstarre in der Gesellschaft hinaus. Die gewünschte Erfahrungsorientierung schließt die subjektive Erkenntnis von Fehlern im System und vor allem auch von eigenen Fehlern mit ein.

Die Seelsorge im Kontext Krankenhaus bedeutet nicht unbedingt, dass hier grundsätzlich ganz andere Lebenserfahrungen zur Sprache kommen als in „normalen“ Gemeinden; denn die Menschen sind weitgehend dieselben. Wohl aber begegnet man im Hospital, da alle Menschen krank werden können, auch den Menschen, die den Weg zur Kirche oder zur Gemeinde schon lange nicht mehr oder sogar noch nie gefunden haben. Und es bedeutet wohl auch, dass vielleicht häufiger und intensiver als in Normalgemeinden eine Individualseelsorge nachgefragt wird, weil plötzlich, wenn auch ungewollt, Zeit da ist, weil das krankheitsbedingte Konfrontiert-Sein mit sich selbst und mit den im Alltag überlagerten oder aufgeschobenen Fragen und Problemen plötzlich unausweichlich wird und existentielle Fragen nach Antworten verlangen.

Die Orientierung an meinen eigenen Erfahrungen bedeutet nicht, ich wäre der Meinung, nur meine Erfahrungen seien bemerkenswert, einzigartig, mitteilens- und aufschreibens-

wert. Der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen bestärkt mich immer neu in der Meinung, jeder und jede in der Krankenhausseelsorge Tätige macht bemerkenswerte und einzigartige, erschütternde und erfreuliche, ja sogar wunderbare und darum höchst mitteilenswerte Erfahrungen. Nur leider schreiben die wenigsten sie auch auf. Ich bin meinerseits auch immer wieder dankbar für und bereichert durch den Austausch der je konkreten Erfahrungen im Seelsorgeteam.

Die Erfahrungsorientierung nötigt jedem, der in der Seelsorge aktiv ist, eine Besinnung auf die Grundvollzüge des eigenen Tuns auf. Und dazu gehören im katholischen Kontext zunächst das Gespräch, aber auch das Gebet, das Bußsakrament, die Eucharistie, die Krankenkommunion und die Krankensalbung. Welche Bedeutung haben diese Grundvollzüge im Kontext der Krankenhausseelsorge? Wo, wann und warum ist es an der Zeit zu beten, sich die Versöhnung mit Gott im Bußsakrament, die Ermutigung zum Leben in Eucharistie und Krankenkommunion, den Trost und die Stärkung in den Lebenskrisen durch die Krankensalbung zusprechen zu lassen? Alle betitelten Abschnitte sind in sich geschlossen und zwingen keinen festgelegten Lesefahrplan auf. Es ist mir ein Anliegen, dass dieses an meinen konkreten Erfahrungen orientierte Buch auch für andere ein geistliches Lese- und Lebensbuch ist oder werden kann.

Die Daten und Fakten der hier geschilderten Erfahrungen sind – und mussten das auch notwendigerweise sein – samt und sonders so verfremdet, dass sichere Rückschlüsse auf Patienten, auf verwaltendes, pflegendes und ärztliches Personal nicht möglich sind. Der große Einzugsbereich, aus dem die Patienten stammen, Niedersachsen im Norden, die Niederlande im Westen, ganz Nordrhein-Westfalen und mehr, trägt auch ein wenig zur Anonymisierung der vorgetragenen Fakten bei.

### 1.3 Zum Eigenwert von Seelsorge

Das Krankenhaus ist auch historisch betrachtet zunächst und primär eine Einrichtung, deren Sinn und Zweck im Bereich einer der Heilung dienenden Pflege stand, die oft durch eigens dafür gegründete Orden gewährleistet wurde. Man denke an die Antoniter, die Camillianer, die Barmherzigen Brüder, die Vinzentiner mit ihren jeweiligen oft weit größeren weiblichen Zweigen und an die buchstäblich in die Hunderte gehenden der Krankenpflege gewidmeten Frauenorden. Man muss sagen: Pflege war und ist ganz überwiegend weiblich, so auch im Münsteraner St. Franziskus-Hospital, wo die Mauritzer Franziskanerinnen, gegründet 1844 in Telgte, seit 1857, also vor der Einführung der Alters-, Kranken- und Sozialversicherungen, ihren beispielhaften Dienst taten.

Erst mit einer durch Anatomie, Morphologie, Physiologie, Biochemie auch naturwissenschaftlich besser ausgestatteten Medizin tritt diese als selbständige Disziplin und als Kompetenzerweiterung ins Krankenhauswesen ein und dominiert bald – und das nicht nur und nicht immer zum Vorteil der Kranken – auch die Pflege.

Das Krankenhaus ist aber jenseits der pflegerischen und medizinischen Tätigkeitsfelder auch ein Wirtschaftsunternehmen. Und nicht selten dominiert die Betriebswirtschaft die Medizin und die Pflege gleichermaßen und drückt ihnen ihren manchmal arg monetären Stempel auf. Und jenseits der betriebswirtschaftlichen Erwägungen gibt es noch die gesundheitspolitisch-volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen, denen auch die Betriebswirtschaft des Krankenhauses oder der Krankenhausgesellschaft unterworfen ist und zu entsprechen hat.

In diesem durchaus hierarchischen Zuständigkeits- und Dominanzgeflecht steht die Seelsorge und hat sie sich zu bewähren und manchmal auch mühsam zu behaupten.

Kaum ein Krankenhausträger kann es sich heute noch leisten, auf das Feld der Seelsorge bzw. auf „Spiritual Care“,

wie es oft mit einem den Bereich nochmals weitenden Begriff genannt wird, zu verzichten. Seelsorge bzw. Spiritual Care gehört inzwischen zu den Qualitätsmerkmalen eines Krankenhauses.

Gleichwohl untersteht auch die Seelsorge einer pflegerischen, medizinischen und betriebswirtschaftlichen Observation. Das kann sowohl der Verbesserung ihrer Qualität dienlich als auch im Sinne einer Einengung ihrer Tätigkeit hinderlich sein.

Auch in christlich-konfessionell geführten Häusern sah sich die Seelsorge in Corona-Zeiten dem überwiegend von Medizinerseite geäußerten Verdacht ausgesetzt, nur ein zusätzlicher und damit zeitweilig auszuschließender oder zumindest einzugrenzender Kontaminationsfaktor zu sein. Es ist also damit zu rechnen, dass die Schärfung und Fokussierung auf das Medizinisch-Funktionale zu einer deutlichen Einengung des Blickfeldes führen kann, das eigentlich dem ganzen Menschen gelten sollte. Dass nicht nur sie entscheidend und wichtig und also von entscheidender Wichtigkeit sind, haben manche Mediziner zum Leidwesen der Pflegenden und mancher anderen Berufsgruppen einschließlich der Seelsorge im Studium noch nicht gelernt. Manche lernen es erst in ihrer beruflichen Praxis, einige wenige vielleicht nie.

An Alltagsbeispielen zur „Vorfahrtsregelung am Krankenbett“ mag das verdeutlicht werden. Selbstverständlich wird sich jeder Seelsorger, der ein Krankenzimmer betritt, in dem gerade ein Patient mit Besuchswunsch pflegerisch betreut wird, zurückziehen und später nochmals wiederkommen. Selbstverständlich wird kein Psychoonkologe den Seelsorger und kein Seelsorger den Psychoonkologen vom Bett wegschicken, nur weil er jetzt kommt. Nicht so selbstverständlich ist es, dass eine Mitarbeiterin des Krankenhauses, die die Speisewünsche des Patienten für die nächsten Tage aufnehmen möchte und auf eine seelsorgliche Gesprächssituation trifft, ihrerseits zurücktritt und nochmals wiederkommt. Es gibt seelsorgliche Gespräche, die eine solche Unterbre-

chung vertragen und nachher gut fortgesetzt werden können. Aber es gibt eben auch solche Gespräche, die durch Abfragebanalitäten nachhaltig gestört und deren Intimität verletzt wird. Die Störung kann auch von dem Doktoranden ausgehen, der eine statistische Befragung im Patientenkollektiv durchführt, oder von der Reinigungskraft, die just bei der Spendung der Krankensalbung unter dem Bett durchwischen, oder von dem Techniker, der während der Krankenkommunikation den Bedside-Fernseher auswechseln möchte.

Ja es gibt, gottlob, auch die Chefärzte, die nicht wie ein unabwendbares Naturereignis hereinrauschen und für alles andere, was sich im Krankenzimmer und am Krankenbett gerade ereignet, den Reset-Knopf drücken, nur weil sie jetzt da sind.

Bei solchen betriebsbedingten Kollisionen wäre eine kurze in Sekundenschnelle mögliche Verständigung zwischen Seelsorger und Pflegekraft oder Seelsorgerin und Arzt oder Seelsorgerin und Techniker sinnvoll, ob eine solche Unterbrechung tolerabel ist oder nicht. Es hat auch etwas mit dem Respekt vor den Bedürfnissen des Patienten und mit dem Respekt vor der Tätigkeit der Seelsorgerin zu tun, dass das seelsorgliche Gespräch am Krankenbett nicht zur Knautschzone der sonstigen krankenhaustypischen Abläufe und Vorgänge wird. Hier sollte sich die Seelsorge kooperativ, aber doch auch ihres Eigenwertes bewusst verhalten und den für ihr Tun notwendigen Platz er- und behalten.

#### **1.4 „Kunden-Akquise“**

Hier stellt sich zunächst die Frage, für wen der Krankenhausseelsorger oder die Krankenhausseelsorgerin zuständig ist. Das sind sicher zunächst die Patienten, dann aber auch die Angehörigen und Freunde der Patienten; denn oft sind sie durch den Tod oder die hohe Pflegebedürftigkeit oder die bleibende schwere Behinderung der ihnen nahestehenden Per-

sonen besonders betroffen und haben einen großen Gesprächsbedarf.

Dann aber gehören zur Hospitalgemeinde auch das medizinische, pflegerische und verwaltungstechnische Personal. Dienstjubiläen, Dienstantritte, Verabschiedungen, das Totengedenken für verstorbene Mitarbeiter und Patienten etc., all das wird in dem Krankenhaus, in dem ich arbeite, gemeinsam auch gottesdienstlich begangen und gefeiert. Selbstverständlich gehören auch alle Feste des Kirchenjahres wie Weihnachten, Ostern, Pfingsten, Fronleichnam etc. dazu, also alle Feste zwischen Advent und Christkönig.

Über die im Hospital tätigen oder betreuten Menschen hinaus hat sich aber auch eine kleine Personalgemeinde von außen eingefunden, die das gottesdienstliche Leben durch Musik sowie durch den Lektoren- und den Kommuniondienst mitgestaltet.

Und natürlich stellt sich auch die Frage, wie und wann und warum die Seelen zum Seelsorger kommen und die Seelsorger zu den Seelen. Dazu gibt es ein böses Wort von Christian Dietrich Grabbe (1801–1836): *„Wo nichts mehr helfen kann, da ruft man Pfaffen! Und das ganz folgerecht. Denn niemand hilft so wenig als ein Pfaffe.“* (Don Juan und Faust II, 1)

Das scheint nahezulegen, dass Seelsorger dann oder zumindest vermehrt dann auftauchen, wenn die Ärzte und Pfleger mit ihrem Latein am Ende sind. Das scheint nahezulegen, dass die Seelsorge zuständig ist für das Verabreichen von Trostpflasterchen, die bestenfalls eine Placebo-Wirkung haben könnten. Das könnte ein vernichtendes (Vor-)Urteil sein, wenn man nicht aus medizinischen Studien wüsste, dass in manchen Fällen die Placebo-Wirkung ähnlich groß ist wie oder sogar größer ist als die „Wirkstoff-Wirkung“. Und selbst dann, wenn die Probanden in Rechnung stellen oder mitgeteilt bekommen, dass sie ein Placebo erhalten haben, ist sehr oft noch eine positive Wirkung feststellbar.

Auch wenn der Seelsorger oder die Seelsorgerin gelegentlich noch immer erst kurz vor dem „letzten Schnaufer“ des



Patienten gerufen wird, so sieht doch die Wirklichkeit, wie die Seelsorger und Seelsorgerinnen an die Seelen kommen und umgekehrt, im Krankenhausalltag erheblich anders aus.

Auf einem Fragebogen, den man beim vorgeplanten Eintritt ins Krankenhaus erhält, kann man mit einem Häkchen sein Interesse bekunden, wenn man das Gespräch mit einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin wünscht.

Häufig werden Bitten um seelsorgliche Unterstützung von den Stationen an uns herangetragen, auch wenn dabei nicht explizit und primär ein religiöses Suchen oder eine drängende theologische Frage im Vordergrund stehen. Aber nicht selten tut sich genau das im Nachhinein auf.

Hilfreich ist auch das Nachfragen am Stationsstützpunkt, ob irgendwo bei den Patienten ein von den Pflegenden oder von der Ärzteschaft wahrgenommener Gesprächsbedarf besteht. Dabei fällt mir auf, dass es falsch-positive Angaben, es sei bei jemandem Gesprächsbedarf, der aber bei genauerer Nachfrage nicht besteht, nahezu nie gibt. Häufiger wohl gibt es falsch-negative Angaben, es gäbe bei diesem oder jenem Patienten keinen Gesprächsbedarf, der sich beim dennoch Besuchten aber dann nicht selten sogar als existentiell dringlich herausstellen kann.

Bei den falsch-negativen Patienten ist häufig die irrige Annahme der Pflegekräfte leitend, junge Patienten hätten eher kein, alte Patienten eher vermehrt ein Bedürfnis, den Seelsorger oder die Seelsorgerin zu einem Gespräch zu bitten.

Alle hauptamtlich in der Seelsorge Tätigen haben ein gemeinsam vereinbartes Kontingent von Stationen und Sonderaufgaben zur Betreuung. An den Wochenenden, vom Freitagnachmittag bis Sonntagmittag bin dann zumeist ich allein für die Seelsorge im Haus zuständig. Auch durch Reihen-Besuche in den Zimmern der jeweils zugewiesenen Station ergeben sich Gesprächskontakte zwischen Patienten und Hauptamtlichen aus der Seelsorge. Die gemachten Erfahrungen fließen in das wöchentliche Dienstgespräch der hauptamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorger ein.

Darüber hinaus wirken etliche vom Bistum Münster sorgfältig ausgebildete und ehrenamtlich tätige Seelsorgerinnen und Seelsorger mit, die bei den Besuchen der in Volllast mehr als 600 Patienten und angesichts der kurzen Verweildauer der Patienten im Hospital eine wichtige ergänzende und unterstützende Tätigkeit wahrnehmen.

Viele Patienten schalten den kostenlosen „Kapellen-Kanal“ ein, der die derzeit vier Gottesdienstangebote pro Woche überträgt, und sie finden so zum Kontakt mit einem Seelsorger. Manche lassen sich samstagsabends nach der Vorabendmesse zum Sonntag, die über den Kapellenkanal ausgestrahlt wird, die Krankenkommunion aufs Zimmer bringen. Die dabei mitwirkenden Kommunionausteiler, zumeist sind es drei, bringen dabei einen wochenweise wechselnden, auch graphisch ansprechend gestalteten Gebetsimpuls für die Patienten mit und nehmen bei ihrem Besuch am Krankenbett ausdrücklich zur Kenntnis, wenn ein Patient oder eine Patientin einen weiteren Kontakt zum hauptamtlichen Seelsorgepersonal wünscht und geben das weiter.

Nicht selten sind es die Angehörigen oder auch die Freunde, die um Seelsorge für die ihnen nahestehenden Patienten bitten, weil sie selbst aus Gründen der inneren oder auch äußeren Entfernung die ihnen wünschenswert erscheinende Betreuung nicht leisten können.

Darüber hinaus gibt es direkte telefonische Anfragen von stationären Patienten, die beim Eintritt ins Hospital den Seelsorge-Flyer erhalten haben, der die Fotos, die Namen und die dienstlichen Telefonnummern der in der Seelsorge Tätigen umfasst. So können Patientinnen und Patienten von sich aus zu einer seelsorglich tätigen Person ihrer Wahl Kontakt aufnehmen.

Nicht wenige Patienten, die in einem terminalen Stadium ihrer Krankheit sind und sich gut begleitet wissen von ihrem Seelsorger oder ihrer Seelsorgerin, bitten darum, auch von ihm oder ihr bestattet zu werden. Das ist grundsätzlich und in Ausnahmefällen, nicht aber als Regelfall möglich, weil an-

sonsten die Tätigkeitsschwerpunkte erheblich und aus der Krankenhausseelsorge heraus verschoben werden müssten.

Das wären – reichlich merkantil ausgedrückt – die Hauptwege der Angebots- und der Nachfrageakquise, die häufigsten Antworten auf die Frage, wie die Seelen zum Seelsorger kommen und umgekehrt. Die Seelsorgenden müssen sich nicht wie Klinkenputzer aufdrängen, sie sind gefragt, oft über ihre Möglichkeiten hinaus, sie werden befragt, sie sind und werden in des Wortes doppelter Bedeutung angefragt.

## **1.5 Zu den Texten in diesem Buch**

Alle Texte sind aus den konkreten Erfahrungen, Fragen, Bedürfnissen und Hoffnungen im Krankenhaus entstanden. Da jeder Text in sich abgeschlossen lesbar und verstehbar ist, ist es problemlos möglich und steht es jedem frei, das Buch „nach eigenem Gusto querfeldein“ zu lesen.

Einige dieser Texte haben als Predigten Eingang in den Gottesdienst der Hospital-Gemeinde gefunden und versuchen die je unterschiedlichen und oft bitteren Krankheitserfahrungen in den gegebenen Grenzen generalisierend aus dem Glauben zu deuten.

Andere Texte wollen die uns manchmal fremd gewordenen geistlich-liturgischen Grundvollzüge wie Gebet, Eucharistie, Buße, Krankenkommunion und Krankensalbung als „Handwerkszeug des Glaubens“ zur Bewältigung von Krankheit und Leid neu in den Blick rücken. Denn wir sind als Glaubende Krankheit und Leid nicht nur hilf- und hoffnungslos ausgeliefert, sondern haben Deutungsspielräume, Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten aus den Quellen einer christlichen Spiritualität, und die sollte man nicht zuschütten.

Wieder andere Texte artikulieren das eigene Betroffen-, das Gefordert- und manchmal auch Überfordertsein in konkreten Krankheitssituationen. Da bin ich dann manchmal

nur das offene Ohr für die Hoffnung auf Gott, die Zweifel an Gott, die Anklagen gegen Gott oder die gelebte, aber auch ausdrucksbedürftige Gottlosigkeit. Und auch das bloße Hinhören verstehe ich als einen zentralen Dienst am Menschen und im Hospital; denn damit erfülle ich so etwas wie Hebammendienste. Der leidende Mensch bringt seine Lebens-, seine Leidens-, seine Liebesgeschichte zur Welt. Er formuliert seine Deutung des Erlebten und Erlittenen, weil ihm jemand zuhört. Und das alles hilft dem leidenden Menschen zur Selbstvergewisserung und zur Vergewisserung im Glauben.

Etliche Texte greifen das berechtigte Unbehagen vieler Patienten mit der konkreten Kirche auf oder bringen das verlorene Vertrauen und die enttäuschte Hoffnung gegenüber dieser in ihrem Leben oft wichtig gewesenen oder auch noch immer wichtigen Institution zur Sprache.

Wieder andere Texte nehmen Stellung zu ethischen Fragen, die in unserem und in jedem Hospital wie auch in der Gesellschaft insgesamt gestellt werden und daher auch, etwa im Rahmen des Klinischen Ethik-Komitees, beantwortet werden müssen, z. B. die nach dem Lebensschutz am Lebensanfang und am Lebensende oder auch die nach dem menschlichen Versagen in Hospital und Kirche.

Einige Texte nehmen zur Kenntnis, wie sich in Abkehr von einem Gottesglauben, wie ihn die Kirche verkündet, eine niederschwellige mit Kerzenentzündungen und Engelglauben praktizierte und sehr individuell ausgestaltete Patchwork-Religiosität zu etablieren scheint.

Die ins Schlusskapitel gestellten Texte befassen sich mit möglichen Deutungen der in Krankheit verbrachten Zeit und fokussieren das Verhältnis von Zeit und Ewigkeit.

Und schließlich sind in und zwischen den Texten geistliche Impulse eingefügt, die die Leser und Leserinnen zu einem geistlichen Intermezzo einladen sollen. In allen Texten, so hoffe ich, kommt aber als grundlegende Matrix die Hoffnung auf den lebendigen und den – aller Krankheit und allem Leid zum Trotz – Leben schaffenden Gott zum Ausdruck.

Das Krankenhaus ist zugleich eine andere Welt in der Welt und doch ist das Ganze der Welt in dieser Welt. In der Krankenhauswelt werden dieselben Fragen gestellt wie auch sonst in der Welt, aber stärker fokussiert auf Bedürftigkeit, Vergeblichkeit, Gebrechlichkeit, Endlichkeit. In der Krankenhauswelt werden dieselben Hoffnungen artikuliert, aber jenseits aller nur tagesaktuellen Kleinteiligkeit stärker fokussiert auf das Gelingen und den Sinn des Ganzen menschlicher Existenz. Dieses Erfahrungsspektrum können, so hoffe ich, die hier versammelten Texte einigermaßen nachvollziehbar zum Ausdruck bringen.

