

---

Annette Sachse

## **Gottesdienst im Krankenhaus Auf der Suche nach dem Besonderen**

*Annette Sachse ist Klinikpfarrerin im Charité-Campus Benjamin Franklin in Berlin-Steglitz.*

Als ich schon eine Zeit lang ins Klinikpfarramt gewechselt war, hat mich eine befreundete Kollegin gefragt: „Ist es nicht ganz anders, im Krankenhaus Gottesdienst zu feiern, als in der Gemeinde?“ – „Ja und nein“, habe ich spontan geantwortet und war durch ihre Frage angeregt, das Besondere zu suchen. „Es sind weniger Menschen sonntags in unserer Kapelle. Sieben, acht im Durchschnitt. Mal mehr, auch weniger. Und immer andere. Es wechselt ständig. Aufs Ganze gesehen sind pro Jahr wahrscheinlich mehr Leute in unseren Gottesdiensten als in einer herkömmlichen Ortsgemeinde. Natürlich sehen wir hin und wieder auch ein vertrautes Gesicht; Männer und Frauen, die wiederkommen. Das ist schön. Und deutlich ist auch, dass wir Gottesdienst mit Gesunden und Kranken feiern; mit Menschen, denen du die Belastung ansiehst, und mit anderen, die eher unauffällig wirken. Doch das wirklich Besondere, das, was mir die Gottesdienste im Krankenhaus einzigartig macht, ist die Erwartung, die ich in den Augen der Menschen lese – in ihrem Blick, ihrer ganzen Haltung. Hier feiert kaum einer Gottesdienst nur aus Gewohnheit. Hierher kommen die, die ein Bedürfnis danach haben. Im Krankenhaus wird Gottesdienst existentiell.“

Gottesdienstfeiern im Krankenhaus können so verschieden erlebt werden wie in Parochialgemeinden auch. Es spielt eine Rolle, ob es sich um ein konfessionelles Krankenhaus handelt oder um eines in privatwirtschaftlicher bzw. öffentlicher Trägerschaft. Auch Größe und Profil des Hauses, die Lage der Kapelle und die Möglichkeiten, für den Gottesdienst zu werben, sind dabei nicht unerheblich. Vorrangig wirksam scheinen mir aber die äußeren und inneren systemischen Bedingungen zu sein: In welchem Einzugsbereich liegt das Krankenhaus? Handelt es sich um eine Region mit hohem konfessionell gebundenen Bevölkerungsanteil oder ist die Entfremdung der Menschen von der Kirche schon weit fortgeschritten? Und: Wie spiegelt sich dies bei der Mitarbeiterschaft des Hauses? Findet das Anliegen „Gottesdienst“ Unterstützer über das Seelsorgeteam hinaus? Gibt es Multiplikatoren und verinnerlichte Traditionen? Existiert ein im Haus geschätztes und

von vielen getragenes Konzept von „spiritual care“? Oder bleibt der Seelsorger ein Einzelkämpfer und die Seelsorgerin allein auf weiter Flur?

Im Rahmen dieses Spektrums gewinnen meine eigenen Erfahrungen ganz konkrete Gestalt. Ich arbeite als Seelsorgerin in einem Team evangelischer und katholischer Kolleginnen und Kollegen in dem in Berlin-Steglitz gelegenen Charité-Campus „Benjamin Franklin“. Das „1000-Betten-Haus“ ist ein renommiertes Krankenhaus der Maximalversorgung und hat darüber hinaus in der Westberliner Bevölkerung ein hohes Ansehen als Universitäts-Klinikum. Entstehung und Geschichte dieser Klinik sind aufs engste mit der Identitätsentwicklung Westberlins nach dem Zweiten Weltkrieg verflochten. Bis heute ist darum eine Entscheidung über die Zukunft dieses nicht wirtschaftlich arbeitenden Charité-Standortes ein Politikum von solcher Relevanz, dass es Einfluss haben kann auf den Ausgang der nächsten Senats-Wahl. Als DDR-sozialisierter Mensch bewegt mich die Leidenschaft vieler dem Haus verbundener Menschen für den Mehr-Wert des Klinikums als Identitätssymbol. Zum unverwechselbaren Charakter der Klinik selbst gehört aber nun, dass die amerikanischen Bauherren in den 60er Jahren beschlossen haben, hier eine Kapelle in zentraler Lage einzurichten; unübersehbar, groß und schön gestaltet – als Herz des Hauses. Wer immer den Hauptflur im „Benjamin-Franklin“ entlang geht, kommt an diesem Raum vorbei, und viele fühlen sich eingeladen einzutreten. Die Kapelle ist unsere „erste Kollegin“, unsere „Teamleiterin“ – so empfinden wir haupt- und ehrenamtlich in der Seelsorge Tätigen es oft. Wir sind glücklich darüber, diesen Raum zu haben. Er unterstützt uns darin, Gottesdienst im Krankenhaus öffentlich, sichtbar, einladend zu feiern – konfessionell erkennbar in ökumenischer Verantwortung. Dabei fühlen wir uns getragen durch die im Berliner Süden noch stärker vorhandenen kirchlichen Traditionen<sup>1</sup> und herausgefordert durch die weit fortgeschrittene Entkirchlichung im gesamten Berliner und Brandenburger Umfeld und die dabei doch oftmals spürbare, sehr offene Sehnsucht der Menschen nach erlebbarer Spiritualität.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> In Berlin gehören insgesamt noch 29,2% der Bevölkerung einer der beiden großen Kirchen an. In Steglitz-Zehlendorf sind es etwa 50% der Bürger und Bürgerinnen. Aussagekräftig in diesem Zusammenhang ist auch, dass es die Kampagne „Pro-Reli“ im vergangenen Jahr nur in Steglitz-Zehlendorf schaffte, das für erfolgreiche Volksentscheide landesweit geforderte Zustimmungsquorum von 25% aller Wahlberechtigten knapp zu übertreffen.

<sup>2</sup> Das Gespräch mit den anderen Religionen beschäftigt uns im Rahmen der seelsorgerlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten im multikulturellen und multireligiösen Umfeld von Berlin. Für die Gestaltung der Gottesdienste in unserem Klinikum spielt es bislang keine Rolle.

In der Spannweite von konkreter Verortung und Vielfalt möglicher Gestaltungsweisen kommt es mir nun hier darauf an, auf tragende Wesensmerkmale und Besonderheiten der Gottesdienstfeier im Krankenhaus hinzuweisen.

### **Spezifische Kennzeichen der Gemeinde**

Mit der theologischen Bestimmung christlicher Gemeinde als Leib Christi sehe ich drei unverwechselbare Kennzeichen ihrer konkreten Gestalt im Krankenhaus. Der Leib Christi erscheint hier so, dass er sich immer wieder anfragen und infrage stellen lässt, sich ständig erneuert und der Kraft Gottes vertraut, die in den Schwachen mächtig ist (2Kor 12,9).

#### *Fluktuation*

Die durchschnittliche Liegezeit von Patienten und Patientinnen sinkt in deutschen Krankenhäusern beständig und liegt momentan bei neun Tagen.<sup>3</sup> Die sich nur vorübergehend stationär aufhaltenden Menschen, ihre Angehörigen und das sie betreuende medizinische Personal sind diejenigen, für die Gottesdienste im Krankenhaus angeboten werden. Das erste Charakteristikum der Gottesdienstgemeinde im Krankenhaus ist von daher durch hohe Fluktuation und beständigen Wechsel gekennzeichnet. Die ohnehin nur als „Paragemeinde“<sup>4</sup> existierende Krankenhausgemeinde ist also eine höchst „flüssige“, sich stets verändernde und erneuernde Größe – vergleichbar mit dem Strom, der sich durch den Lauf des Wassers beständig erneuert. Ich kenne keine sich unter diesem Aspekt ähnlich darstellende Gemeindesituation.

#### *Vielfalt*

Die Klinikgemeinde ist auch ein Spiegel der multikulturellen Gesellschaft. Ich erlebe oft, dass am evangelischen Gottesdienst neben Angehörigen der eigenen Konfession auch die anderer christlicher Kirchen und Gemein-

---

<sup>3</sup> Lt. Angaben des Internet-Portals „Medizinische Enzyklopädie“ (Projekt von mediXtra) – [www.mediXtra.de](http://www.mediXtra.de).

<sup>4</sup> Konfessionell gebundene Patienten und Patientinnen sind und bleiben auch während der Dauer eines Krankenhausaufenthaltes formal-kirchenjuristisch Angehörige ihrer Ortsgemeinde. „Freilich sind unsere Ortsgemeinden oft für die Patienten, denen wir begegnen, keine konkrete Größe und ist die Zugehörigkeit zur Ortsgemeinde für sie auch nicht erstrebenswert. Die Seelsorge in der Klinik kann allerdings, und vielleicht auch deshalb, eine Art Paragemeinde erzeugen, deren Mitglieder allen Patienten- und Berufsgruppen, die im Krankenhaus vertreten sind, angehören.“ Dietrich Stollberg, Seelsorge und Gottesdienst, in: M. Klessmann (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, 3. Aufl. Göttingen 2008, S. 224.

schaften teilnehmen. Dazu kommen Menschen, die der Kirche innerlich reserviert gegenüber stehen, auch Fernerstehende und Nichtchristen. Das Kriterium der Vielfalt scheint mir wie ein irdischer Abglanz des verheißenen Gottesreiches zu sein, von dem es heißt, dass Menschen aus allen Lebensrichtungen, die es unter Gottes Himmel gibt, zusammenströmen, um am Festmahl des Herrn teilzunehmen (Lk 13,29). Dass dies aber gerade in der Einrichtung „Krankenhaus“ in weitaus höherem Anteil als in der Ortsgemeinde geschieht, scheint mir vor allem der im Folgenden beschriebenen Befindlichkeit von Menschen im Krankenhaus geschuldet.

### *Ausnahmezustand*

Patienten und Patientinnen befinden sich im Krankenhaus in sehr unterschiedlichen Situationen – als Kurz- oder Langzeitkranke, in Erwartung eines „Routineeingriffs“ oder einer schweren Operation, während der Strahlenbehandlung oder Chemotherapie, als psychisch Erkrankte oder nach einer Entbindung, nach einer urplötzlich ins Leben einbrechenden gesundheitlichen Krise oder nach monatelanger Odyssee von Arzt zu Arzt ... „Grenzsituationen von Patienten sind Alltag im Krankenhaus.“<sup>5</sup> Gewiss, nicht alle Kranken gleichermaßen, aber doch nicht wenige erleben die Krankheit als eine biografische Ausnahmesituation und häufig auch als existentielle Grundanfrage. Dazu braucht ein Mensch nicht erst lebensgefährlich zu erkranken. Die Erfahrung, dass der Körper nicht mehr störungsfrei funktioniert, dass er schmerzhaft Grenzen setzt, dass der Mensch nicht nur einen Leib hat sondern Leib ist, kann nicht zuletzt auch seine geistige Kraft binden und ihn auf ganz elementar-existentielle Fragestellungen zurückwerfen. In ihren vielfältigen Erscheinungsformen führt uns die Krankheit die Zerbrechlichkeit menschlichen Lebens vor Augen und ist Teil einer dem Tod vorausgehenden Todeserfahrung. Sie unterbricht den Alltag und bringt Menschen nicht selten dazu, bisher geltende Lebenswerte neu zu hinterfragen. Dass Krankheit gedeutet werden will, ist „menschheitliches Erbe“.<sup>6</sup> Doch wie alles braucht auch dies seinen Raum und seine Zeit. Wenn eine Krankheit die Frage nach dem Sinn eröffnet, führt sie uns damit auch auf das ureigene Feld von Religion und Spiritualität. Es ist möglich, dass wir Seelsorger und Seelsorgerinnen dann in der Begleitung erleben, dass unter den auftauchenden Fragen kranker Menschen längst überwunden geglaubte frühe Wurzeln ihrer Identität wiederbelebt werden können

---

<sup>5</sup> Karl-Friedrich Wiggermann, Krankenhaus-, Altenheim-, Militär- und Gefängnisgottesdienst, in: Handbuch der Liturgik, 3. Aufl., Göttingen 2003, S. 847.

<sup>6</sup> Vgl. Karl-Fritz Daiber, Pastoralsoziologische Einführung, in: Gottesdienste mit Kranken, GDP Serie B, Gütersloh 1999, S. 12.

und ihre schon verschüttete Frömmigkeit neu aufblüht. Wenn dies geschieht, handelt es sich nach einem Modell aus der Psychoanalyse um eine mit der Krankheit und ihren Möglichkeiten einhergehende „benigne Regression“<sup>7</sup> im Unterschied zu einer „malignen Regression“<sup>8</sup>. Eine solche Art des Rückgangs zum Reservoir der eigenen schöpferischen Kräfte brauchen offenbar gerade auch kranke Menschen, um die Anstrengungen ihrer Lebenssituation bestehen zu können. Dieses Grundbedürfnis ist in der seelsorgerlichen Begleitung, aber auch für die Gestaltung der Gottesdienste als Teil des seelsorgerlichen Gesamtkonzepts sinnvollerweise zu beachten und aufzunehmen.

### **Besonderer Charakter des Gottesdienstes**

Es ist gutes protestantisches Erbe, den Gottesdienst vor allem als Gottes Dienst am Menschen zu verstehen, als ein Geschehen, in dem Gott für uns Heilsames tut.<sup>9</sup> In theologischer Folgerichtigkeit kann dann darauf aber auch die Antwort des Menschen erwartet werden – der Dienst des Menschen an und für Gott – als ritualisierter Ausdruck seiner Lebensäußerungen im Resonanzraum des Schöpfers. Immer aber bleibt Gott selbst Grund und Ziel des christlichen Gottesdienstes.

Existentiell gewendet kann ich diese Wahrheit in vielen Äußerungen von Menschen im Krankenhaus hören, jedoch theologisch deutlich weniger geklärt und vollmundig. Wenn mir Patienten und ihre Angehörigen etwas sagen über ihre Beweggründe, zum Gottesdienst zu gehen, dann klingen die meist nur in Andeutungen und knappen „Nebensätzen“ eines Seelorgesgespräches an: „Ich wünsche es mir ganz dringend.“ „Ich brauche es.“ „Es wird mal wieder Zeit!“ „Es ist schön, dass es hier so etwas gibt.“ „Da ist doch eine ganz andere Stärkung, ein ganz anderer Trost.“ „Der Herrgott hat mich bestimmt schon vermisst!“ „Wann, wenn nicht hier!“ „Es kann nicht schaden.“ „Dabeisein ist alles!“

---

<sup>7</sup> Dietrich Stollberg, Seelsorge und Gottesdienst, a. a. O. S. 226; vgl. auch Anm. 8.

<sup>8</sup> Michael Klessmann, Pastoralpsychologie, 2. Aufl., Gütersoh 2004, S. 319f. Er führt näher aus: „Die benigne Regression nennt Balint auch ‚Regression um der Progression willen‘“ d.h. sie gleicht einem zeitweiligen Rückzug in jenen frühen Entwicklungsbereich, einem Rückzug, aus dem man gestärkt hervorgeht ...“ Im Gegensatz dazu steht die „maligne Regression“, die Menschen in die Unmündigkeit führt, ihre Notlage ausnutzt und ihnen die Freiheit nimmt, eigenverantwortlich zu handeln.

<sup>9</sup> „M. Luther hat ein Verständnis des Gottesdienstes als Gottes beneficium in Abgrenzung zum katholischen Gottesdienstverständnis als sacrificium entwickelt“, a. a. O., S. 278.

Aus dem Zusammenhang der Gespräche entnehme ich, dass die Grenzerfahrung „Krankheit“ der Sitz im Leben für das Bedürfnis der Menschen ist, zum Gottesdienst zu kommen. Denn gerade am Rande eigener Kräfte und Möglichkeiten erwächst oft ein neues Bewusstsein für das, was im Grenzbereich noch trägt, was aushalten und bestehen hilft, Sinn gibt und tröstet, kräftigt und gründet. Allerdings begegnet mir diese Bewusstseinerweiterung von Menschen im Krankenhaus weniger als Ausdruck einer festen Gewissheit, sondern eher in einer seelischen Suchbewegung in der Sehnsuchtsform. Ich empfinde dies als höchst sensible Weichenstellung für die eigene Zielbestimmung unserer Gottesdienstangebote im Krankenhaus.

Die Notlage und Bedürftigkeit von Menschen für ein missionarisches Konzept zu nutzen, das Mitgliedergewinnung als entscheidende Zielbestimmung vorgibt, nähme die eigenen theologischen Prämissen nicht ernst. Gottesdienste im Krankenhaus können darum einzig ihren Sinn darin haben, Menschen in den Begegnungsraum des lebendigen Gottes einzuladen. Im Wissen um die Unverfügbarkeit seines Wirkens und im Vertrauen auf die feste Verheißung seiner Gegenwart kann sich im gottesdienstlichen Geschehen Heilsames ereignen, das Menschen über Menschenmögliches hinaus beschenkt und ihnen hilft, die Herausforderungen der Krankheit anzunehmen und zu bestehen.

Diese theologischen Grundeinsichten verlangen nun aber m.E. geradezu danach, die anthropologische Perspektive auf das gottesdienstliche Geschehen zu eröffnen und der Frage nachzugehen, wie wir mit menschlichen Mitteln und Möglichkeiten im Krankenhaus verantwortlich Gottesdienst gestalten.

### *Raum*

Der Raum predigt mit. So verschieden Andachtsräume und Kapellen in Krankenhäusern auch gestaltet sein mögen, sie werden ihrem Anspruch als Gottesdienstraum dann gerecht, wenn sie den eintretenden Menschen Dimensionen eröffnen, „in denen sich die Christuskraft manifestiert“<sup>10</sup>. Manfred Josuttis hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, dass ein protestantisches Denken, das die Existenz von heiligen Orten, Dingen und Zeichen sehr schnell infrage stellt (und sich dann verwundert gibt, wenn Gläubige in ihrem Verhalten damit rechnen), daran erinnert werden muss, „dass zur Inkarnation des Heiligen auch die Inhabitation gehört“<sup>11</sup>. Zur

---

<sup>10</sup> Manfred Josuttis, Segenskräfte. Potentiale einer energetischen Seelsorge, Gütersloh 2000, S. 128.

<sup>11</sup> A. a. O., S. 133.

Vergegenwärtigung göttlicher Heilsmacht in dieser Welt werden rituelle Zeiträume und symbolisch gestaltete Krafträume gebraucht. Der Gottesdienst im Krankenhaus verlangt nach Beheimatung an einem Ort, der zumindest für den Zeitraum der Feier mit Symbolen gestaltet werden kann, die die Heilsmacht Gottes repräsentieren.

So kann ein Kranker im Blick auf das Kreuz erfahren, dass Gott ihm gerade hier und jetzt im Leiden nahe ist. Der Altar kann zur Schnittstelle werden, an der sich Himmel und Erde begegnen, Menschliches und Göttliches zusammenfinden. Brennende Kerzen lassen das Licht der Hoffnung sinnenfällig leuchten und gestaltete Fenster können einladen, Vorfindliches durchscheinender werden zu lassen für atmosphärisch Anwesendes.<sup>12</sup> Die Liebe und Sorgfalt, mit der der Gottesdienstraum gestaltet ist, unterstreicht den Charakter des Gottesdienstes.

Spürbar wird aber auch werden, ob der Raum auch sonst im Rahmen der Seelsorge genutzt wird oder ob er nach der Sonntagsfeier leer steht bzw. ganz anderen Funktionen zur Verfügung stehen muss. Sollten Krankenhäuser jedoch über die ideale und darum auch angemessene Voraussetzung verfügen, eine schön gestaltete, auch in der Woche zugängliche und nutzbare Kapelle zu haben, dann wird dies auch in der sonntäglichen Gottesdienstfeier einen Niederschlag haben. In der hektischen und oft so beunruhigenden Betriebsamkeit der Krankenhäuser braucht es den einen Raum, der einzig dafür reserviert ist, Menschen einen Zugang zur eigenen Gotteserfahrung zu eröffnen, um im Schutz des Heiligen auch zu sich selbst zu finden. Diese Räume und Kapellen sind oft spürbar angereichert mit den Klagen, Ängsten und Schmerzen der Menschen, mit ihrer Hoffnung, ihrer Liebe, ihrer Freude. Der Psychoanalytiker Wilfried Bion hat in seinem „Containment-Modell“ ein neues Verständnis für diesen Zusammenhang eröffnet. Er meint, dass Menschen für Gefühle und Erlebnisse, die so stark und heftig sind, wie sie im Krankenhaus oft vorkommen, einen Behälter brauchen, sozusagen einen „seelischen Magen“, in den hinein sie diese Gefühle und Erlebnisse geben können in der Hoffnung, dass sie hier verdaut und in verträglicher Form wieder in das eigene Selbst integriert werden können, so dass sie schließlich zu Erfahrungen werden, die die Person bereichern. Unzumutbare, unaussprechliche Befindlichkeiten können so verwandelt werden in denkbare und benennbare Empfindungen und Erfahrungen.<sup>13</sup> Zwar

---

<sup>12</sup> Vgl. auch a. a. O., S. 135.

<sup>13</sup> Vgl. nähere Ausführungen bei Wolfgang Wiedemann, Keine Angst vor der Seelsorge, Göttingen 2009, S. 94ff.

hat Bion sein Modell in erster Linie für die helfende menschliche Beziehung entwickelt, doch scheinen mir seine Überlegungen auch weiterführend, um die Bedeutung seelsorgerlich genutzter Klinikkapellen angemessen zu erfassen. Als Orte für die Repräsentanz des Heiligen sind auch sie oft genau im beschriebenen Sinne „Container“. Denn hier am geschützten Platz können Menschen durch Einkehr, Stille und Gebet die haltende, bergende, eine erste Distanz ermöglichende und verändernde Kraft jener Beziehung erfahren, für die der ganze Raum einsteht. All das wird aber schließlich auch am Sonntag spürbar werden, wenn sich der so bereitete Heilsraum für den Gottesdienst öffnet.

### *Bedeutung*

Wer Gottesdienste im Krankenhaus gestaltet, wird immer wieder neu herausgefordert sein, auch die heilende Dimension des christlichen Glaubens zu entdecken und zu bedenken. Das Anliegen, das schon Paul Tillich scharf formuliert hat – „eine Religion ohne rettende und heilende Kräfte ist irrelevant“<sup>14</sup> – gewinnt im Krankenhaus existentielle Bedeutung. Menschen sehnen sich nach Besserung, Linderung, Heilung. Darum wird es in theologischer Verantwortlichkeit auch darum gehen müssen, sehr sorgfältig den Heilsbegriff der Bibel zu erschließen und ihn – wenn nötig – von einem Gesundheitsverständnis zu unterscheiden, das allein auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen zielt.<sup>15</sup>

Wenn Gott heilt, erhalten Menschen, die ihre Gebrochenheit erfahren und darunter leiden, Kraft zum Leben. Vor allem jedoch werden durch die Heilkraft des Glaubens Beziehungen geheilt – die Beziehung des Menschen zu Gott, zum Nächsten, zur Welt, zu sich selbst.<sup>16</sup> Was das bedeuten kann, habe ich begriffen, als mir ein Mann im Gespräch nach dem Gottesdienst

---

<sup>14</sup> Paul Tillich, *Der Einfluss der Psychotherapie auf die Theologie*, in: *Gesammelte Werke Band VIII*, hg. v. Renate Albrecht, Stuttgart 1970, S. 333, zitiert nach Beate Jakob, *Heilung – eine wesentliche Dimension des christlichen Glaubens*, in: *Von der heilenden Kraft des Glaubens. Ein Arbeitsheft für Gemeinden und Gruppen*, hg. v. EMW, Hamburg 2005, S. 10.

<sup>15</sup> Die Definition der WHO von 1946 sagt: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“, zit. nach Daiber, a. a. O., S. 10. Danach gibt es zwischen Krankheit und Gesundheit ein weites Übergangsfeld. „Dies wird gelegentlich so ausgedrückt, dass gesagt wird: Es geht mir nicht gut. Dies meint nicht: Ich bin krank. Es meint auch nicht: Ich bin nicht gesund. Es meint eben die Abwesenheit eines ‚vollständigen Wohlbefindens‘. Ganz allgemein gilt, Gesundheit und Krankheit gehen faktisch ineinander über“, ebd.

<sup>16</sup> Vgl. B. Jakob, a. a. O., S. 7.



sagt: „Wissen Sie, ich habe Krebs, aber meine Seele ist heil. Ich bin ein heiler Mensch. Ich bin versöhnt.“

Gewiss, als leib-seelische Einheit kann es geschehen, dass ein Mensch durch die heilende Dimension des Glaubens auch körperliche Besserung oder gar Gesundung erfährt. Doch eigens darauf ausgerichtete Zweckbestimmungen des Glaubens werden ihn nur konterkarieren. Von daher stehe ich sogenannten „Heilungsgottesdiensten“, die die Erwartung wecken, dass in ihrem Verlauf ganz sicher Heilung von körperlichen Gebrechen und Krankheiten geschieht, ausgesprochen skeptisch gegenüber. Eine therapeutische Dimension des Gottesdienstes aber sehe ich durchaus.

Hans Joachim Thilo hat ein sprechendes Bild für das Wesen dieser Gottesdienste gefunden: Solch ein Gottesdienst ist wie ein Rasthaus, in das wir müde einkehren. Hier werden wir gestärkt und erfrischt, um schließlich die nächsten Schritte auf der staubigen Straße weiter gehen zu können.<sup>17</sup> So versteht es sich von selbst, dass Gottesdienste im Krankenhaus auch nicht zu speziellen Zielgruppengottesdiensten mutieren dürfen, die die Isolation der Zielgruppe geradezu symbolisch verstärken.<sup>18</sup> Es geht nicht darum, kranken Menschen etwas vorzuenthalten; es geht darum, ihnen das Evangelium zu öffnen in seiner ganzen Weite und Kraft.

Ich selber habe mich oft gefragt, worin ich den Unterschied meiner Predigten im Gemeindepfarramt zu denen in der Krankenhauseelsorge sehe, und kann keine scharfe Grenze markieren. Gewiss gebe ich in den Klinikpredigten Bezügen zur „Normalität“ des Alltags eine andere Ausrichtung, ich vertiefe mich auch nicht mehr so sehr in Zusammenhänge aus der Arbeitswelt und predige kaum noch „klassisch“ politisch. Die existentiellen Fragestellungen sind für mich im Krankenhaus größer geworden. Doch bis auf wenige inhaltliche Akzentverschiebungen bin ich mir treu darin geblieben, seelsorgerlich predigen zu wollen. Das heißt für mich vor allem, aus der Einbahnstraße der Kanzelrede in eine offene Kommunikation zu führen zwischen dem Bibeltext und denen, die hören. Denn das therapeutische Potential des Gottesdienstes kommt m.E. nach am ehesten zur Entfaltung, wenn der Geist der frohen Botschaft sich mit der Lebenssituation der Menschen im Gottesdienst verknüpft. Dazu können wir Prediger und Predigerinnen beitragen, indem wir unser Verstehen des Bibeltextes so vermitteln,

---

<sup>17</sup> Vgl. Hans Joachim Thilo, *Die therapeutische Funktion des Gottesdienstes*, 1985, S. 42, siehe auch M. Klessmann, *Pastoralpsychologie*, S. 320.

<sup>18</sup> Krankheit kann ohnedies soziale Kontakte sehr schnell reduzieren. vgl dazu K-F. Daiber, a. a. O., 14

dass die Hörenden Zeit und Raum haben, das Gehörte auf ihre konkrete Lebenssituation und Lebenserfahrung zu beziehen und darin auch zum Mitdenken, Mitfühlen, Mitgehen angeregt werden. Auf diese Weise kann im Duktus der frohen Botschaft Tröstung und Stärkung geschehen; es können sich heilsame Perspektivwechsel ereignen, die Menschen freier machen.

### *Form und Ablauf*

Auf Form und Ablauf der Gottesdienste im Krankenhaus hat die Verfasstheit der Gemeinde entscheidenden Einfluss. Die durch die Krankheit gebundenen Kräfte der Teilnehmenden verlangen nach einem klaren, in den Lesungen und der Länge der Predigt reduzierten Ablauf. Der Gottesdienst sollte nicht länger als eine Stunde dauern, eher weniger.

Die mangelnde Vertrautheit vieler Menschen mit dem gottesdienstlichen Geschehen und seinen Ritualen gibt den Liturgen einerseits Gestaltungsfreiheit, fordert sie andererseits aber auch auf, eine elementare liturgische Sprache zu finden, die darum bemüht ist, theologische Einsichten und Glaubenswahrheiten sehr verständlich in die Lebenswirklichkeit der Menschen hineinzusprechen. Unter dieser Voraussetzung wird es allerdings zur Bereicherung des Gottesdienstes beitragen, wenn auch Gebete und Traditionsstücke in geprägter Sprache aufgenommen werden. Denn Gottesdienst ist mehr als ein Ausdruck aktueller Frömmigkeit, er verbindet uns immer auch mit Christen und Christinnen aller Orte und Zeiten. Dieses Empfinden kann gerade für kranke Menschen sehr tröstlich und beheimatend sein.

Zudem wird es hilfreich sein, den existentiellen Ausdrucksformen unserer Liturgie – vielleicht in unterschiedlicher Gewichtung, aber doch – ausreichend Zeit und Raum zu geben. Dazu zählen: Klage, Schuld, Lob, Dank, Vergewisserung, Hoffnung, Entlastung, Segen. Meditative Elemente, Stillezeiten und kleinere Rituale (bspw. Kerzenentzünden zur Fürbitte, Salbungshandlungen ...) können hier sehr unterstützend wirken.<sup>19</sup> Entscheidend aber wird sein, dass im Gottesdienst auch die „Seelensprache“ der Bibel gesprochen und gebetet wird, wie wir sie bspw. in Jesu Gleichnissen, den Bildworten der Propheten und den Psalmen finden. Diese Worte leihen uns Sprache in sprachloser Zeit.

---

<sup>19</sup> Wenn der Gottesdienst zeitgleich über eine Standkamera oder nur per Ton in die Patientenzimmer übertragen wird, ist vom Einsatz von Ritualen, die in der Stille vollzogen werden, abzuraten.

Ohne Kirchenmusik aber bleibt alles gesprochene Wort verwaist. Darum ist gerade auch der Gottesdienst im Krankenhaus ein lied- und musikreicher Gottesdienst. Eine gute Ergänzung von altem und neuem Liedgut ist empfehlenswert. Bedenken im Vorfeld wie „Das singt die Gemeinde nicht!“ gibt es im Krankenhaus nicht. Alles ist auf Erprobung angelegt. Dass der Gemeindegesang durch Krankheit geschwächt sein kann, sollte jedenfalls nicht dazu führen, der Musik nicht mehr zu trauen. Auch ein zittrig gesungenes Glaubenslied kann Ausdruck eines hohen Kraft- und Widerstandspotentials sein und mehr Energie schenken als nehmen.

Schließlich wird in der Feier des Heiligen Abendmahls, das im Krankenhaus besser mit Einzelkelchen und Traubensaft gereicht wird, das Heilsgeschenk des Einladenden leibhaftig, nährend und lebenspendend erfahren („Schmecket und sehet, wie freundlich der Herr ist; wohl dem, der auf ihn traut!“, Ps 34,9). Auf seine Gestaltung sollte darum mit besonderer Liebe und Sorgfalt geachtet werden.<sup>20</sup>

### **Hilfreiche Einbindung des Gottesdienstes in ein Gesamtkonzept von Seelsorge im Krankenhaus**

Zwischen Gottesdienst und Seelsorge im Krankenhaus besteht eine organische Wechselbeziehung; beide beleben, ergänzen und bereichern sich. Wer in der Seelsorge tätig ist, repräsentiert bei allen Kontakten im Krankenhaus immer auch die gottesdienstliche Gemeinschaft und den Gott, den diese verehrt. Sehr deutlich wird dies gerade darin, dass Seelsorger und Seelsorgerinnen bei denen, die sie besuchen, immer auch als die „von der Kirche“ wahrgenommen und entsprechend zugeordnet werden. Die Spannung zwischen persönlicher Begegnung und „amtlichem“ Kontakt ist nicht einfach aufzulösen. Alles, was in der Seelsorge ritualisiert ist (wie Handauflegung, Gebets- und Segenshandlungen, Krankensalbung, Abendmahlsfeier am Krankenbett ...), bringt den kollektiven und „amtlichen“, also überindi-

---

<sup>20</sup> Im CBF folgen wir in der Regel diesem Gottesdienstablauf: Orgelvorspiel – Eingangsvotum – Begrüßung – Lied – Psalmgebet – Gloria Patri – Kyrie – Kollektengebet – biblische Lesung – Credo – Lied – Predigt – Predigtlied – Abkündigungen – Lied – Fürbitte mit Gebetsstille und der Möglichkeit, Kerzen zu entzünden – Vaterunser – Segen – Orgelnachspiel. Danach laden wir gleich im Anschluss zur Abendmahlsfeier. Wir haben das Abendmahl nicht in unseren Gottesdienst integriert, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass sonst zu viele Nicht-Evangelische ausgeschlossen wären, die nicht teilnehmen wollen oder können. Dies sehen wir als theologischen Kompromiss, der der besonderen Gemeindesituation im Krankenhaus geschuldet ist.

viduellen Aspekt der Begegnung zum Ausdruck. Doch auch das, was sich in der Seelsorgebegegnung von Mensch zu Mensch ereignet, kann letztlich nur heilsam werden, weil das Gespräch offen gehalten wird für die Gegenwart eines Dritten, des hilfreichen Gottes. So muss Seelsorge immer auch als ganzheitlicher Heilungsdienst begriffen werden. Wir gewinnen unser seelsorgerliches Profil durch ein gelebtes und bewährtes evangelisches Konzept von „spiritual care“ im Gesamtspektrum von Sonntagsgottesdienst und Alltagsbegegnung. Unser Auftrag im Krankenhaus ist nicht freundliche Mitmenschlichkeit allein, sondern die Aufgabe, unsere helfenden Begegnungen und mitmenschlichen Begleitungen immer wieder auch gläubig zu transzendieren.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Vgl. zum Abschnitt auch: D. Stollberg, a. a. O., S. 226-228.