

Universität Zürich  
Diplomprogramm DAS  
Psychologische Gesprächsführung und Beratung

**Diplomarbeit**

**Der Seelsorgebesuch im Spital als Aufführung  
mit besonderer Berücksichtigung  
der Anfangsszene**

Juli 2010

Autorin:

Brigitte Hauser  
Greifenseestrasse 10  
8050 Zürich

Betreuer:

Dr. Bruno Thomann

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2. Das Setting des Seelsorgebesuchs im Spital</b>	<b>5</b>
<b>3. Drei Bedeutungsebenen von Information</b>	<b>7</b>
3.1. Objektive Informationen	7
3.2. Subjektive Informationen	7
3.3. Szenische Informationen	8
<b>4. Der Seelsorgebesuch im Spital als Theateraufführung</b>	<b>9</b>
4.1. Das dramatische Geschehen	9
4.2. Die dramatische Struktur	12
4.3. Die Dreiakt-Struktur am Beispiel eines Seelsorgebesuchs im Spital	13
<b>5. Die Anfangsszene</b>	<b>16</b>
5.1. Die Entwicklung der Seelsorgebeziehung	16
5.2. Nonverbale Kommunikation	16
5.3. Vertrauensbildung	17
5.4. Erstreaktionen von Patientinnen und Patienten	18
<b>6. Fazit und Ausblick</b>	<b>22</b>
<b>7. Literaturverzeichnis</b>	<b>23</b>

## **Abstract**

Der Seelsorgebesuch im Spital ist mehr als ein Gespräch. Er ist ein komplexes, expressives Geschehen. Ich vergleiche ihn in dieser Arbeit mit Hilfe von Aristoteles' Poetik und Theaterliteratur mit einer Theateraufführung und zeige auf, dass wichtige Gemeinsamkeiten bestehen.

Der Seelsorgebesuch ist seinem Wesen nach ein dramatisches Geschehen. Drama ist griechisch und heisst Handlung. Der Seelsorgebesuch bietet dem Patienten Raum, sich selber darzustellen und seine Emotionen, Erinnerungen und Erfahrungen in der Interaktion mit der Seelsorgerin zu vergegenwärtigen und auszudrücken. Im Laufe des Seelsorgebesuchs wird also - wie bei einer Theateraufführung - dargestellt, repräsentiert, lebendig gemacht. Wie eine Theateraufführung lebt der Seelsorgebesuch vom aktuellen Moment. Die Seelsorgerin spielt eine Doppelrolle. Sie ist Mitspielerin und verkörpert zugleich das Publikum, das nötig ist, damit der Akt der Darstellung eine kathartische, also reinigende Wirkung hat.

Auch die Struktur des Seelsorgebesuchs folgt der klassischen Theaterdramaturgie mit drei Akten, die ebenfalls auf Aristoteles' Poetik zurückgeht. Jeder Akt des Seelsorgebesuchs hat seine besondere Funktion und besteht aus verschiedenen Szenen. Für den Seelsorgebesuch im Spital hat die Anfangsszene eine wichtige Bedeutung, weil hier entschieden wird, ob der Besuch weiter geht oder nicht, ob eine Beziehung zum Patienten hergestellt werden kann oder nicht.

## 1. Einleitung

Bei meiner Tätigkeit als Spitalpfarrerin ist mir klar geworden, dass der Seelsorgebesuch im Spital ein komplexes, dramatisches und lebendiges Geschehen ist, das weit mehr umfasst als nur ein Gespräch. Er spielt auf einer bestimmten Bühne, nämlich der des Spitalzimmers. Auf dieser Bühne interagieren mindestens zwei Figuren mit einander, Seelsorgerin und Patient. Manchmal kommen noch weitere Figuren dazu: andere Patienten, Angehörige und Spitalpersonal. Immer dabei sind die nicht physisch anwesenden Figuren, über die erzählt wird und sehr oft auch die Figur Gottes. In dieser Arbeit lege ich den Fokus auf die Interaktion zwischen Seelsorgerin und Patient.

Weiter ist mir aufgefallen, dass sich der unaufgeforderte Seelsorgebesuch im Spital, auch in unserer postmodernen Welt mit pluralistischen Werten, bei vielen Menschen nach wie vor einer grossen Beliebtheit und Akzeptanz erfreut, während andere kirchliche Angebote auf weitaus geringere Resonanz stossen. Mich interessiert, warum dem so ist.

In dieser Arbeit untersuche ich, was der Seelsorgebesuch seinem Wesen nach ist und entwickle das Konzept des Seelsorgebesuchs als Aufführung; das heisst ich beschreibe ihn aus der Perspektive einer Theateraufführung. Mein Ziel ist es, anderen Pfarrerinnen und Pfarrern, Seelsorgenden, Kirchenverantwortlichen und pflegerisch, medizinisch und therapeutisch Tätigen eine frische Sicht auf die traditionelle Institution des Seelsorgebesuchs im Spital zu ermöglichen, um seine Chancen und Grenzen besser einschätzen zu können.

Wo ich nur die weibliche oder nur die männliche Form verwendet habe, könnte immer auch die jeweils andere stehen. Die Begriffe Spitalseelsorgerin und Spitalpfarrerin verwende ich als Synonyme, wobei der erstere eher die Funktion betont und der letztere die Rolle. Spitalseelsorgende der reformierten Landeskirchen in der Schweiz sind ordinierte Pfarrerinnen und Pfarrer.

## 2. Das Setting des Seelsorgebesuchs im Spital

Spitalsseelsorge ist ein überwiegend aufsuchendes niederschwelliges Angebot der Landeskirchen für Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und das Spitalpersonal. Von Anfang an hat es die christliche Gemeinde als eine ihrer Aufgaben betrachtet, ihre kranken Gemeindeglieder zu besuchen. Dieser Auftrag begründet sich in der Bibel, im Matthäusevangelium. „Ich war krank, und ihr habt euch meiner angenommen.“ (Mt 25,36)

Die Geh-hin-Struktur der Seelsorge hat ihren Sitz im Leben des Dorfpfarramts. Der Pfarrer im Dorf besuchte früher und teilweise auch heute noch die Kirchenmitglieder zu Hause. Die Spitalseelsorgerin ist die einzige professionelle Person im Spital, die ohne medizinischen oder pflegerischen Auftrag einen Besuch bei einem Patienten macht. Unaufgeforderte Seelsorgebesuche einer Pfarrperson sind von den meisten Patienten akzeptiert. Da die Aufenthaltsdauer der Patienten im Akutspital heute meist kurz ist, bleiben viele Seelsorgebesuche nur einmalige Begegnungen. Daher kommt der Anfangsszene des unaufgeforderten Erstbesuchs eine entscheidende Bedeutung zu. Der Besuch der Spitalseelsorgerin kommt für den Patienten manchmal etwas überraschend. Plötzlich steht sie quasi in seinem Schlafzimmer. Auch die Seelsorgerin weiss nicht genau, was sie erwartet. Es gibt Spitalsseelsorgende, die sich vor dem Erstbesuch im Stationszimmer über die Patienten erkundigen. Ich tue das selten, weil mir die unvoreingenommene Begegnung wichtig ist. Anders als das Spitalpersonal tragen die Spitalseelsorgenden zivile Kleidung mit einem Namensschild des Spitals. Die Spitalseelsorgerin bewegt sich im Spital - anders als in einer Kirchgemeinde - auf fremdem Terrain. Niemand kommt wegen der Seelsorge ins Spital. Seelsorge im Spital ist ein interpersonales Kommunikationsgeschehen (Klessmann, 2008, S. 7), eine face-to-face Begegnung zwischen Seelsorgerin und Patient.

In der Spitalseelsorge geht es um Themen wie Krankheit, Lebensgeschichte, Familie, Beruf, das Altern, den eigenen Tod und den Tod von Angehörigen, aber auch um Sinn, Wert, Würde, Identität und erreichte und verpasste Lebensziele. Das primäre Medium von Seelsorge ist das Gespräch, aber sie ist (Klessmann, 2008, S. 7) nicht exklusiv an das Gespräch gebunden. Der Vollzug von Ritualen wie Gebet und Segen kann das Gespräch vertiefen oder es als explizit religiös qualifizieren. Eine Patientin, die ich wegen des Todes ihres Mannes und ihres Sohnes mehrmals besucht habe, meinte plötzlich: „Jetzt haben wir soviel geredet, jetzt lesen Sie mir doch bitte einen Psalm vor, Frau Pfarrer!“ Mit Klessmann (2008, S. 6f) stelle ich fest, dass die Lebenswirklichkeit des Patienten beim Seelsorgebesuch häufig „in den

Horizont des Glaubens“ gerät, den die Seelsorgerin repräsentiert. Mit ihrer Selbstvorstellung als Pfarrerin oder Seelsorgerin im Patientenzimmer bringt sie „Gott“ immer mit, egal ob ein religiöses, existenzielles oder ein Alltagsgespräch daraus wird. Pfarrer ist ein archetypischer Beruf. In fast allen Völkern kannte man die Person des Priesters und Heilers. Auch heute wird der Pfarrperson oft eine besonders enge Verbindung zur transzendenten Macht und somit Einfluss auf sie zugetraut. Die Pfarrerin symbolisiert mit ihrer Rolle Gott oder das Heilige. Es kommt vor, dass sogar muslimische Patienten mit mir als Pfarrerin über religiöse Fragen sprechen.

In der säkularen Welt des Spitals ist die Seelsorgerin meist dann gefragt, wenn die Dinge schlecht stehen, wenn es medizinisch nichts mehr zu machen gibt. Aushalten, schweigen, beten, segnen, Gespräche über den Tod und über seine Grenzen hinaus werden im Spital als Domäne der Seelsorge erachtet. Viele Spitalpfarrpersonen interpretieren ihre Rolle jedoch umfassender und verstehen sich als Profis in Gesprächsführung, Beratung, Krisenbegleitung und Lebensdeutung. Sie möchten nicht erst gerufen werden, wenn ein Patient im Sterben liegt. Patienten nehmen Spitalseelsorgende als Personen wahr, die von aussen kommen und nicht zum Spitalbetrieb gehören. Ihnen müssen sie nichts vorspielen. Sie müssen nicht positiv denken, sondern dürfen auch jammern und sich beklagen. Sie stehen nicht in einem Abhängigkeits- oder Betreuungsverhältnis zu den Seelsorgenden wie zum Pflege- oder Arztdienst. Seelsorgende führen keinen Behandlungsplan an ihnen aus und stehen unter Schweigepflicht, auch gegenüber dem Spitalpersonal.

### **3. Drei Bedeutungsebenen von Information**

Beim Erstbesuch eines Patienten im Spital erhält die Spitalseelsorgerin Informationen auf drei Bedeutungsebenen. Argelander spricht von objektiven, subjektiven und szenischen Informationen, (1978, S. 1089-1098 und 1987, S. 12-15) die ich referiere und mit der Situation des Seelsorgebesuchs im Spital in Verbindung bringe.

#### **3.1. Objektive Informationen**

Objektive Informationen sind nachprüfbar, beispielsweise die medizinische Diagnose des Patienten, sein Beruf, sein Alter, seine Konfession. Im Gegensatz zu den Medizinern ist die Seelsorgerin nicht primär an objektiven Sachverhalten interessiert. Manchmal hilft ihr eine objektive Information zum besseren Verständnis der Situation. Zuviel Vorwissen kann aber auch ihre Unvoreingenommenheit beeinträchtigen und ihre unabhängige Wahrnehmung behindern. Der Seelsorgebesuch bietet die Chance einer Begegnung mit einem unabhängigen Menschen und geht über das Abfragen objektiver Informationen hinaus. Manchmal helfen allerdings in der Anfangsphase einige objektive Fragen, um in Kontakt mit dem Patienten zu kommen.

#### **3.2. Subjektive Informationen**

Dass Patienten etwas zu ihren Krankheiten zu sagen haben, ist eine relativ neue Entdeckung. Die talking-cure oder das chimney-sweeping (Laimböck, 2000, S. 13) wurde von Anna O. erfunden, einer Patientin von Josef Breuer, einem Freund Sigmund Freuds. Das Revolutionäre an dieser Methode bestand darin, dass der Arzt dem Patienten zuhörte. Auch die Seelsorgerin heute interessiert sich vorwiegend für das subjektive Befinden des Patienten, für seine subjektive Perspektive. Die Spitalpfarrerin lässt sich von ihm seine Welt erklären. Subjektive Informationen sind subjektive Interpretationen des Patienten. Subjektive Informationen erhalten ihren Wert aus der Bedeutung, die der Patient ihnen verleiht. Wie deutet er seine Krankheit, sein Leben, seine Welt? Daraus lassen sich für die Seelsorgerin sein Bezugsrahmen, seine Ressourcen und seine Emotionen erkennen. Die subjektiven Informationen stehen vor allem im Mittelteil des Seelsorgebesuchs im Zentrum. Hier bekommt der Patient von der Seelsorgerin die Bühne, um sich darzustellen, aus seiner Perspektive von seiner Welt zu erzählen und seinen Einfällen zu folgen.

### 3.3. Szenische Informationen

Szenische Information ist dargestellte Information. Zu einer aussagekräftigen szenischen Information kommt es, (Laimböck, 2000, S. 26) wenn eine subjektive Behauptung des Patienten mit dem Geschehen im Spitalzimmer übereinstimmt. Gerade die Anfangsszene des Seelsorgebesuchs im Spital bietet der Seelsorgerin viel szenische Information. Diese bezieht sich auf die aktuelle Situation und auf das Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Seelsorgerin. Gemäss psychoanalytischer Theorie zeigt sich ein inhaltliches Problem oft auch auf der Handlungsebene, das heisst nicht was besprochen wird ist wesentlich, sondern wie es in Szene gesetzt wird. Darum tut die Seelsorgerin gut daran, auf Irritationen, Missverständnisse und Ungereimtheiten, die am Anfang eines Seelsorgebesuchs entstehen können zu achten und sie während des Seelsorgebesuchs im Hinterkopf zu behalten. Manchmal bekommt die Anfangsszene im weiteren Verlauf des Besuchs eine tiefere Bedeutung. Ein Patient forderte mich beispielsweise am Anfang des Besuchs sehr bestimmt auf, ihm verschiedene Sachen zu reichen. Im Verlauf des Besuchs wurde klar, dass er es in seinem Leben gewohnt war zu bestimmen und dass darob seine Ehe und sonstige Beziehungen zerbrochen sind. Da er heute mit seinen Altersbeschwerden nichts mehr zu bestimmen hätte, fühlte er sich elend und einsam. So brachte ihn das „Herumkommandieren“ der Seelsorgerin zu einigen Erkenntnissen.

Das wichtigste Arbeitsinstrument der Seelsorgerin zur Erlangung szenischer Information ist ihre eigene Person. Sie ist zugleich „Teilhaberin und Beobachterin der Szene“, (Laimböck, 2000, S. 19) die sich zwischen ihr und dem Patienten abspielt. Bei der szenischen Information dominiert (Argelander, 1987, S. 14) „... das Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen – auch wenn der Patient schweigt.“

Das Thema Information gewinnen aus dargestellten Szenen, deutet bereits an, dass der Seelsorgebesuch im Spital Gemeinsamkeiten mit einer Theateraufführung aufweist.



## 4. Der Seelsorgebesuch im Spital als Theateraufführung

### 4.1. Das dramatische Geschehen

Der Seelsorgebesuch im Spital gleicht einer Theateraufführung. Es wird nicht bloss gesprochen, sondern auch gehandelt. Drama ist griechisch und heisst Handlung. Das Gesprochene oder auch das Schweigen wird in Szene gesetzt. Der Seelsorgebesuch stellt folglich ein dramatisches Geschehen dar und hat eine dramatische Struktur.

Mit dem Eintritt der Pfarrerin ins Patientenzimmer wird dieses zur Bühne, zum leeren Raum. In diesem neu geschaffenen Bühnenraum wird etwas dargestellt. Die Figur der Seelsorgerin trifft auf die Figur des Patienten. Seelsorgerin und Patient schaffen zusammen ein neues Stück, das im Hier und Jetzt von beiden aufgeführt wird. Die Seelsorgerin ist dabei Mitspielerin und Publikum zugleich. Patient und Seelsorgerin treten in ein Beziehungsgeschehen ein und sind an der „Aufführung Seelsorgebesuch“ gemeinsam beteiligt. Nach Laimböck (2000, S. 35) ist die Motivation für die szenische Aufführung „die Befriedigung von Wünschen, die Minimierung von Ängsten, die Darstellung und Verarbeitung von Traumata und die Selbstbestätigung in einer lebendigen Beziehung.“

Alle Arten von Aufführungen haben gemeinsame Wurzeln, die der griechische Philosoph Aristoteles beschreibt. In seinem mehr als 2300 Jahre alten literaturwissenschaftlichen Grundwerk des Abendlandes, der Poetik, bezeichnet er (1994, S. 18f) die nachahmende Darstellung (mimesis) als zentrales Element des Theaters oder der Tragödie. Die Tragödie sei „Nachahmung einer guten und in sich geschlossenen Handlung“, formuliert in Redeform und anziehender Sprache. In der Tragödie werde nicht berichtet, sondern gehandelt. Mit Hilfe von Mitleid (eleos) und Furcht (phobos) solle eine Reinigung (katharsis) von eben derartigen Erregungszuständen bewirkt werden. Die Aufführung einer Tragödie hat also nach Aristoteles die Aufgabe, bei den Zuschauern emotionale Erfahrungen hervorzubringen und das Publikum gleichzeitig von diesen Zuständen zu befreien, zu erlösen oder zu reinigen, indem es die von den Schauspielern dargestellten Emotionen während der Aufführung durchlebt. Auch beim Seelsorgebesuch stellen Patienten Emotionen dar, aktualisieren sie vor der Seelsorgerin und erfahren dadurch eine gewisse Befreiung.

In der Rhetorik deutet Aristoteles (2007, S. 89f) Furcht als gedankliche Vorwegnahme des Bösen, als Kummer und Beunruhigung, die durch die Vorstellung einer drohenden Gefahr verursacht wird. Die Zuschauer im Theater versetzen sich (Aristoteles, 1994, S. 18f) in die

Theaterfiguren hinein und ängstigen sich um sie. So erfahren sie Läuterung. Denn die Furcht vor einer drohenden Gefahr ist laut Aristoteles (2007, S. 92f) immer verbunden mit Zuversicht und Hoffnung, dass Rettung nahe bevorsteht und möglich ist.

Die Mischung aus Furcht und Hoffnung ist auch beim Seelsorgebesuch präsent. Vor der Seelsorgerin sprechen Patienten ihre Ängste und Befürchtungen aus oder setzen sie vor ihr oder mit ihr in Szene. Sie tun das, weil sie sich dadurch Linderung erhoffen.

Eine Patientin beschreibt beispielsweise, wie sie dem Arzt am liebsten an die Gurgel springen würde, wenn er sich, nach dem von ihr mit Bangen erwarteten Untersuch, über die Bilder auf dem Computer beugt und einmal mehr verkündet, dass noch immer nicht alles verheilt sei. Ein anderer, hoch betagter Patient schildert, wie er am liebsten in den Katzensee springen würde, weil er seines beschwerlichen Lebens überdrüssig sei und fügt verschmitzt hinzu, er könne nämlich nicht schwimmen. Ein inzwischen verstorbener Patient empfing mich mit den Worten, dass man ihn hier im Spital übel behandle, sogar seine eigenen Medikamente konfisziere. Die Pflegenden und Ärzte, die während meines langen Besuches sein Zimmer betraten, fuhr er jeweils an und tat alles, um ein unbeliebter Patient zu sein. Mir befahl er, kurz nach dem ich ihn begrüsst hatte, ihm aus einem Papiersack auf dem Tisch eine Mandarine zu reichen. Er schaute sie kritisch an und fand an der Schale einen Makel und verlangte nach einer anderen. Er beklagte sich im Verlauf des Besuchs über noch so vieles und war zugleich äusserst verzweifelt. Als ich nach langer Zeit seufzte: „Ach ja Herr x“, brach er in Tränen aus, schluchzte, dass niemand ihn mehr für voll nähme und respektiere. Eine weitere Patientin rief mir bei meinem Eintritt ins Zimmer zu: „Bitte beten Sie für mich, Frau Pfarrer!“

Diese Beispiele zeigen, dass die plastische, lebendige Schilderung und Darstellung einer ausweglosen oder gefürchteten Situation wieder etwas Raum schafft für Hoffnung, ganz gemäss der aristotelischen Definition von Furcht als Mischung von Furcht und Hoffnung.

Der englische Theaterregisseur Brook sieht die Theaterraufführung ähnlich wie Aristoteles als Repräsentation oder Darstellung.

Eine „Darstellung“ ist die Gelegenheit, wo etwas dargestellt wird, wo etwas aus der Vergangenheit wieder gezeigt wird – etwas, das einmal war und jetzt ist. „Darstellung“ ist nicht eine Nachahmung oder Beschreibung eines vergangenen Geschehens, die Darstellung verleugnet die Zeit. Sie hebt den Unterschied zwischen gestern und heute auf. Sie nimmt die gestrige Handlung und bringt sie

wieder zum Leben in jedem ihrer Aspekte – einschliesslich ihrer Unmittelbarkeit. Mit anderen Worten: Eine „Darstellung“ ist, was sie zu sein behauptet – ein Präsent-Machen. (Brook, 1983, S. 184)

Er (1983, S. 185) führt weiter aus, dass es für dieses Präsent-Machen eine Hilfe braucht, nämlich das Publikum. Nur vor Publikum könne ein Schauspieler seine Darstellung Fleisch werden lassen. In der Aufführung des Seelsorgebesuchs bringt der Patient Erinnerungen und Stimmungen zur Darstellung. Diese werden durch die Präsenz und Aufmerksamkeit der Seelsorgerin als Publikum wieder lebendig und wahr. Beim Seelsorgebesuch ist also die aktuelle Darstellung des Patienten, das Geschehen im Hier und Jetzt zentral. Erst die Präsenz der Seelsorgerin macht das Spitalzimmer zur Bühne.

Ebenso wie die Theateraufführung (Brook, 1983, S. 180) ist der Seelsorgebesuch im Spital ein flüchtiges Geschehen. Beide leben sie von der Einmaligkeit des Moments, vom gegenwärtigen Augenblick, der aktuellen Situation. Seelsorgebesuch und Theater stellen etwas dar, machen etwas für einen Augenblick in Anwesenheit des Publikums oder eben der Seelsorgerin lebendig.

Sinn und Ziel eines guten Theaterstücks liegt in der Aufführung. Sinn und Ziel des Seelsorgebesuchs im Spital liegt in der Begegnung zwischen Patient und Pfarrerin. In dieser Begegnung kann für beide etwas erfahren werden, was mit der Chiffre Gott bezeichnet wird, meiner Ansicht nach beispielsweise Wertschätzung, Annahme und Vorschuss an Vertrauen. Theateraufführung und Seelsorgebesuch sind nicht Mittel zum Zweck, verfolgen kein äusseres Ziel. Sowohl Theater als auch Seelsorgebesuch sind Darstellung.

Das Material, das man braucht, um diese gedachten Personen zu schaffen, die man wie einen Handschuh aufnehmen und abstreifen kann, ist das eigene Fleisch und Blut. Der Schauspieler gibt die ganze Zeit eigene Substanz. Es ist sein mögliches Wachstum, sein mögliches Verstehen, das er anzapft, und er benutzt dieses Material, um diese Personen zu schaffen, die versinken, sobald das Stück beendet ist ... Der Akt des Theaters ist eine Erlösung. Sowohl das Lachen als auch intensives Fühlen reinigen ... von manchem Schutt ... (Brook, 1983, S. 181f)

Auch der Seelsorgebesuch im Spital lebt vom aktuellen Akt und der Darstellung. Der Sinn liegt im Geschehen selber und nicht in seinen Folgen. Sowohl bei der Theateraufführung als auch beim Seelsorgebesuch geht es um Darstellung im Hier und Jetzt und nicht um Wirksamkeit in der Zukunft. Katharsis (Aristoteles, 1994, S. 18) und Erlösung (Brook, 1983,

S. 182) liegen im Akt der Aufführung. Das gilt auch für den Seelsorgebesuch im Spital. Katharsis, Befreiung, Erlösung ereignen sich im unmittelbaren Beziehungsgeschehen des Seelsorgebesuchs. Da sehe ich auch eine Nähe zu beziehungstheologischen Konzepten, wie beispielsweise Heywards Theologie der Beziehung, mit der sie sich auf die Schrift „Ich und Du“ des jüdischen Religionsphilosophen Martin Buber bezieht. Sie beschreibt Gott als „die Macht in Beziehung“, als das was Beziehung ermöglicht. (1986, S. 44)

Natürlich stehen Theologie und Seelsorge als hermeneutische Disziplinen im naturwissenschaftlich und ökonomisch ausgerichteten Spitalbetrieb immer etwas „quer in der Landschaft“. In der Seelsorge geht es um Darstellung und Erzeugen von Bedeutung und Sinn, in der Medizin um Wirksamkeit von Massnahmen. Ziel der Begegnung zwischen Seelsorgerin und Patient ist die Begegnung selbst. Die Ziele medizinischer Interventionen liegen in den Folgen dieser Interventionen. In der Seelsorge ist der aktuelle einmalige Moment wesentlich, Medizin und Pflege dagegen richten ihre Bemühungen auf die Zukunft aus. Der Seelsorgebesuch hat einen hohen Individualitäts- und Einmaligkeitsgrad. Die Messung seiner Wirksamkeit ist daher komplexer als die medizinischer Interventionen.

#### **4.2. Die dramatische Struktur**

Wenn der Seelsorgebesuch im Spital ein dramatisches Geschehen ist, hat er auch eine dramatische Struktur, folgt der Dramaturgie einer Theateraufführung. Wie eine Theateraufführung besteht er aus drei Akten. Jeder Akt hat seine besondere Funktion. Der erste Teil erzeugt in den Zuschauenden das Gefühl des Aufbruchs, der Mittelteil das Gefühl der Spannung und der dritte Teil das Gefühl von Abschluss, Aufatmen und Gewissheit. Diese Struktur gilt auch für den Seelsorgebesuch im Spital. Es geht ums Kennenlernen, Erzählen und Darstellen und um den guten Abschluss. Jeder Akt - von Theateraufführung und Seelsorgebesuch - ist wiederum aus kleineren Einheiten, nämlich Szenen zusammengesetzt.

Auch die Dreiakt-Struktur geht auf Aristoteles' Poetik zurück.

Ein Ganzes ist, was Anfang, Mitte und Ende besitzt. Ein Anfang ist, was selbst nicht mit Notwendigkeit auf etwas anderes folgt, nach dem jedoch natürlicherweise etwas anderes eintritt oder entsteht. Ein Ende umgekehrt ist, was selbst natürlicherweise auf etwas anderes folgt, und zwar notwendigerweise oder in der Regel, während nach ihm nichts anderes mehr eintritt. Eine Mitte ist, was

sowohl selbst auf etwas anderes folgt als auch etwas anderes nach sich zieht. Demzufolge dürfen Handlungen, wenn sie gut zusammengefügt sein sollen, nicht an beliebiger Stelle einsetzen noch an beliebiger Stelle enden, sondern sie müssen sich an die genannten Grundsätze halten. (Aristoteles, 1982, S. 25)

### 4.3. Die Dreiakt-Struktur am Beispiel eines Seelsorgebesuchs im Spital

Ich beschreibe einen kurzen unaufgeforderten Seelsorgebesuch bei einer mir unbekanntem sterbenden Patientin und gliedere ihn in drei Akte.

#### *Erster Akt*

*Ich klopfe an die Tür eines Patientenzimmers und trete ein. Ich sehe eine alte Frau im Spitalbett. Die Bettgitter sind oben. Ich begrüße die Frau und stelle mich mit Namen und Funktion vor. Die Patientin stöhnt. Mir ist sofort klar, dass es sich um eine schwerkranke, wahrscheinlich sterbende Patientin handelt, die nicht mehr reden mag. Die Patientin bewegt den Kopf auf dem Kissen hin und her. Ich bin etwas unsicher, ob die Patientin den Besuch will oder mit ihrem Kopfschütteln ablehnt. Ich vermute, dass sich das Kopfschütteln der Patientin auf ihre Situation bezieht und nicht auf mich. Ich trete näher ans Bett und sage: „Ich glaube Ihnen ist zum Kopfschütteln zumute. Ich beobachte und warte. Sie schaut mich an. Ich sage: „Ich setze mich eine Weile zu Ihnen. Sie müssen nichts sagen, wenn sie nicht wollen.“ Die Patientin stöhnt, und sagt: „Trinken!“*

Zum ersten Akt:

Die Funktion des ersten Aktes des Seelsorgebesuchs ist das Herstellen der Beziehung zwischen Patient und Seelsorgerin. In der Anfangsszene ist die Seelsorgerin aktiv. Sie muss sich in Szene setzen, den Anstoss geben. Ihr erstes Ziel ist, die Patientin oder den Patienten für die Seelsorgebeziehung zu gewinnen. Ihr zweites Ziel ist, einen Rollenwechsel zu erwirken. Der Patient soll aktiv werden und sich in Szene setzen, er soll die Hauptrolle auf der Bühne des Spitalzimmers übernehmen. Die Anfangsszene des Seelsorgebesuchs nenne ich Entscheidungssituation. Hier entscheidet sich, ob der Besuch weiter geht oder nicht. Manchmal lässt schon die Anfangsszene eine Prognose über den weiteren Verlauf des Besuchs zu. In der Entscheidungssituation können auch Irritationen oder Missverständnisse auftreten. Die Seelsorgerin und der Patient stehen miteinander noch auf unsicherem Boden.

Für die Seelsorgerin gilt es, diese Phase der Unsicherheit oder allfälligen Ambivalenz des Patienten aus- und durchzuhalten.

Wenn die Anfangsszene des Spitalbesuchs durch äussere Einflüsse wie dem Eintritt von Spitalpersonal, Besuch oder Läuten des Telefons unterbrochen wird, ist es meiner Erfahrung nach schwierig, den Faden nach dem Unterbruch wieder auf zu nehmen. Beim oben beschriebenen Seelsorgebesuch ist nicht klar, ob die Patientin den Besuch will. Ich taste ab, spreche meine Deutung ihres Kopfschüttelns aus, achte auf ihre Reaktionen. Ihren Ausruf: „Trinken!“ deute ich als Einverständnis bei ihr zu bleiben, wenn ich ihre Bedürfnisse berücksichtige.

### *Zweiter Akt*

*Ich halte der Patientin einen Becher mit Wasser hin. Sie trinkt gierig. Draussen scheint die Sonne. Sie blendet die Patientin. Sie stöhnt und hält die Hand vor die Augen. Ich ziehe den Vorhang. Die Patientin beruhigt sich. Nach einer Weile setzt wieder Unruhe ein. Die Patientin will die Decke mit den Füssen wegstrampeln. Ich frage, ob die Decke zu schwer auf den Beinen liege. Die Patientin nickt. Ich bette die Decke so, dass sie weniger lastet. Die Patientin scheint zufrieden. „Warum?“, ruft sie plötzlich. Ich mache einen Versuch, das Warum der Patientin in Worte zu fassen. „Sie fragen sich, warum das alles am Ende des Lebens so schwer und mühsam ist?“ Keine Reaktion der Patientin. Es klopft. Visite. Die Patientin stöhnt heftig. Die Ärztin verspricht ihr Morphium und verlässt das Zimmer wieder. Die Patientin ist extrem unruhig. Ich weiss nicht so recht, was ich tun soll, frage, ob sie trinken wolle. Sie nickt. Ich gebe ihr ein paar Schlucke. Wir schweigen. „Warum?“, schreit die Patientin wieder. Diesmal überraschend heftig. Ich atme tief, ziehe die Schultern nach oben und schweige. Nach einer Weile sage ich: „Ich weiss es auch nicht.“ Die Patientin schenkt mir einen erstaunten Blick. Dann wird der Anflug eines Lächelns in ihren Augen sichtbar. „Ja, ich weiss es nicht“ wiederhole ich und lächle auch. Die Patientin nickt. Wir schweigen. Ich lege meine Hand aufs Bett neben die der Patientin. Sie legt ihre Hand auf meine und hält sie fest.*

Zum zweiten Akt:

Die Funktion des zweiten Aktes des Seelsorgebesuchs ist die Erzählung und Darstellung des Patienten. Der Patient bekommt die Bühne und bestimmt die Themen und die Art ihrer Darstellung.

Die Seelsorgerin ist dabei Zuschauerin und Mitspielerin zugleich. Sie reagiert auf die Patientin, bestimmt aber nicht selber die Themen. Meine erste Reaktion auf das Warum der Patientin befriedigt sie offensichtlich nicht. Erst als ich innerlich meinen Gedanken, Gefühlen und Fantasien freien Lauf lasse, bin ich fähig, gelassener und wahrer zu reagieren. Erst als ich meinem Unwissen Ausdruck gegeben hatte, entstand eine dichte vertrauensvolle Atmosphäre, die in der Berührung unserer Hände Ausdruck fand.

*Dritter Akt*

*Nach einer Weile sage ich, dass ich jetzt weiter gehe. Ich sei übermorgen wieder im Haus. Ich vernehme ein kaum hörbares „Ich nicht!“ Darauf antworte ich mit: „Ja.“ Die Patientin hält meine Hand noch ein wenig fest. Als der Händedruck etwas nachlässt sage ich: „Adieu, bhüet Sie Gott“, löse meine Hand und stehe auf. Auch die Patientin sagt „Adieu“ und lächelt. Ich verlasse das Zimmer.*

Zum dritten Akt:

Die Funktion des dritten Aktes des Seelsorgebesuchs im Spital ist der Abschluss des Besuchs. Meist schliesst die Seelsorgerin den Besuch ab. Manchmal fasst sie das Wesentliche des Besuchs kurz zusammen, vereinbart vielleicht einen weiteren Besuch. Es ist Aufgabe der Seelsorgerin in der Abschlussphase des Besuchs darauf zu achten, dass der Patient in der Lage ist abzuschliessen, Abschied zu nehmen.

„Danke, dass sie mich besucht haben“, hören Spitalseelsorgende sehr häufig. In der Theatersprache ist das der Applaus. Das bedeutet Dankbarkeit dafür, dass sich jemand für den Patienten als ganzen Menschen interessierte und ihm einen leeren und darum vielleicht heiligen Raum zur Verfügung stellte, um seine Ängste und Hoffnungen zu äussern und darzustellen.

## **5. Die Anfangsszene**

Von ihrer Struktur her besteht die Anfangsszene des Seelsorgebesuchs im Spital aus folgenden Teilen:

- Eintritt der Seelsorgerin ins Patientenzimmer und Vorstellung mit Name und Funktion
- Spontane Erstreaktion des Patienten
- Flexible Reaktion der Seelsorgerin darauf, in der Regel gefolgt von der namentlichen Begrüssung des Patienten mit Handschlag und der Frage, wie es ihm gehe.

Die Frage nach dem Befinden bewirkt meistens den Rollenwechsel, das heisst, der Patient bekommt Raum, um sich in Szene zu setzen. Sie leitet zum Mittelteil des Seelsorgebesuchs über.

### **5.1. Die Entwicklung der Seelsorgebeziehung**

Die Anfangsszene des Seelsorgebesuchs hat eine herausragende Bedeutung, weil sich hier die Beziehung zwischen Seelsorgerin und Patient entwickelt.

Seelsorgerin und Patient begegnen sich zum ersten Mal, beginnen sozusagen mit der Aufführung eines neuen Stücks. Der Patient reagiert oft sehr spontan auf den Besuch der Seelsorgerin. Nach Laimböck (2000, S. 43) zeigt sich in der Anfangsszene die „unbewusste Persönlichkeit“ eines Patienten besonders deutlich. Die Spitalseelsorgerin ist gefordert, geistesgegenwärtig, flexibel und authentisch auf einen unbekanntem Menschen zu reagieren und ihm Vertrauenswürdigkeit zu signalisieren. Der Patient soll Lust bekommen, mit der Seelsorgerin zu sprechen. In der Anfangsszene deuten Patienten durchaus schon Gesprächsthemen an. Die Beziehung zum Patienten ist aber noch unsicher.

### **5.2. Nonverbale Kommunikation**

In der Anfangsszene des Seelsorgebesuchs spielt die nonverbale Kommunikation eine entscheidende Rolle. Der Patient nimmt in kürzester Zeit Mimik, Gestik, die äussere und innere Haltung der Seelsorgerin wahr. Ist sie aufdringlich oder zurückhaltend, tritt sie zu nahe oder hält sie Grenzen ein? Ebenso achtet er auf ihre Stimme und Sprechmelodie. Redet sie zu laut oder zu leise, klingt es pastoral, vereinnahmend, verständnisvoll oder anbiedernd? Auch



das Äussere und die Kleidung der Seelsorgerin spielen eine Rolle. All diese nonverbalen Ausdrucksebenen sind kommunikativ, haben Mitteilungscharakter und entscheiden, ob die Seelsorgerin beim Patienten sympathisch „rüber kommt“ oder nicht. Die Seelsorgerin sollte sich der grossen Wirkung ihrer nonverbalen Kommunikation bewusst sein.

### **5.3. Vertrauensbildung**

Die zentrale Aufgabe der Seelsorgerin während der Anfangsszene des Seelsorgebesuchs ist es, Vertrauen zu schaffen. Vertrauen fördert die Bereitschaft des Patienten, sich zu öffnen, auch Persönliches, Nachteiliges oder Beschämendes mitzuteilen. Vertrauen ist also etwas Riskantes für den Patienten.

Ist Vertrauen herstellbar? Enthält Vertrauen nicht immer eine Dimension des Unverfügbaren? Meiner Erfahrung nach kann die Seelsorgerin Bedingungen schaffen, die Vertrauen fördern, zum Beispiel durch freundliche Zugewandtheit, Einfühlung, Wertschätzung und Authentizität. Meist geniesst die Spitalseelsorgerin einen Vertrauensbonus, weil sie vom Patienten als nicht zum ganzen Spitalbetrieb gehörend erlebt wird und er sie an die seelsorgerliche Schweigepflicht gebunden weiss. Vorschnelles Verständnis ist jedoch nicht hilfreich für die Vertrauensbildung. Die Seelsorgerin darf die Andersartigkeit und Fremdheit des Erlebens des Patienten nicht übergehen. Besonders wichtig ist, dass die Seelsorgerin den Patienten nicht bewertet, beurteilt oder belehrt und ihm absichtslos begegnet.

Hilfreich für die konkrete Vertrauensbildung sind Blickkontakt, nonverbale und verbale Aufmerksamkeitszeichen wie Nicken und bestätigende „Hms“ und gezeigtes Interesse für den Patienten und seine Themen. Die Einnahme einer der Seelsorgerin zugewandten Körperhaltung, die Aufnahme von Blickkontakt, spontane Mitteilungen über persönliche Inhalte und Schweigen, das nicht peinlich ist, sind für die Seelsorgerin Indikatoren des Vertrauens des Patienten.

Nach Petermann (1996, S. 109-123) ist das Herstellen einer verständnisvollen Kommunikation besonders wichtig zur Vertrauensbildung. Das geschieht durch uneingeschränktes Zuhören und Aufmerksamkeit. Ebenso muss die Seelsorgerin transparent, eindeutig und berechenbar sein, sowie Rückmeldungen geben. Mit Ziemer (2008, S. 154) bin ich der Meinung, dass die seelsorgerliche Kommunikation „so herrschaftsfrei, dialogisch und personbezogen wie möglich“ verlaufen soll.

Die Seelsorgerin kann das Vertrauen eines Patienten während des Spitalbesuchs auch verlieren. Vertrauen ist wie ein Kredit im Rahmen einer zwischenmenschlichen Beziehung. Dieser kann sich erschöpfen, wenn Prinzipien des Vertrauens nicht beachtet werden. Das Vertrauen geht (Petermann, 1996, S. 109-123) verloren durch starke Selbstbezogenheit der Seelsorgerin, wenn sie kein Einfühlungsvermögen hat und damit die Bedürfnisse des Patienten unzureichend beachtet. Ebenso verliert sie das Vertrauen durch willkürliches Handeln, zu viele Ratschläge, mit Schmeicheleien und durch fehlende oder einseitige Rückmeldungen. Zum Vertrauensbruch tragen Zynismus und das Geringschätzen der Kompetenzen des Patienten bei, denn das verstärkt seine Hilflosigkeit und mindert sein Selbstvertrauen.

#### **5.4. Erstreaktionen von Patientinnen und Patienten**

Patienten reagieren unterschiedlich auf den unaufgeforderten Seelsorgebesuch. Sehr viele Patienten nehmen das Beziehungsangebot eindeutig und mit Freude an:

*Ja, kommen Sie; Ich freue mich sehr, dass Sie kommen; Patienten fangen ohne Einleitung zu erzählen an*

Manche positiven Reaktionen sind von Neugier geprägt:

*Kennen Sie Pfarrer x? Sind Sie Pfarrerin der Kirchgemeinde y? Sie kenne ich doch woher, sprechen Sie nicht das Wort zum Sonntag?*

Wenige Patienten lehnen das Seelsorgeangebot in eindeutiger Weise ab:

*Nein, danke; Nein, ich möchte das nicht/ ich brauche das nicht*

Manche lehnen indirekt oder höflich ab:

*Ich bin müde; Jetzt kommt dann gleich der Arzt*

Zwischen freudiger Annahme und Ablehnung des Seelsorgeangebots liegt die spannende Gruppe der Patienten mit uneindeutigen Reaktionen, die Interpretationsspielraum über den Wunsch nach einem Seelsorgebesuch lassen. Diese uneindeutigen Erstreaktionen erfolgen oft spontan und ungefiltert und zeigen sich als humorvolle, einschmeichelnde, kirchen- und religionskritische oder ironische Bemerkungen. Mit solchen Erstreaktionen testet der Patient die Seelsorgerin bewusst oder unbewusst. Der Patient will Zeit gewinnen und testen, was für

eine Person die Seelsorgerin ist, wie sie reagiert. Er tastet ab, ob er mit ihr kann. Er fordert die Spitalpfarrerin heraus, sich als Mensch zu zeigen und nicht bloss als Trägerin einer Rolle. Manche Patienten stecken dazu auch ihr Revier ab und deuten an, dass sie eigenständig denkende Menschen sind, die sich nicht in ihren Glauben oder Nichtglauben drein reden lassen wollen. Andere bekennen als erstes, dass sie keine Kirchgänger sind. Das kann beispielsweise heissen: Besuchen Sie mich trotzdem? Bin ich es trotzdem wert? Oder: Über den Glauben müssen Sie nicht mit mir sprechen.

Ein Spitalseelsorgekollege schilderte mir seinen Besuch in einem Mehrbettzimmer. Er begrüßte die beiden Patientinnen im Zimmer und stellte sich vor. Die eine Frau reagierte sofort: „Nein, Spitalseelsorge, das ist nichts für mich.“ Mein Kollege wandte sich der anderen Patientin zu. Die schlief aber gerade. Mein Kollege sagte vernehmlich: „Ah Frau x schläft gerade, dann lasse ich sie schlafen.“ Darauf fing die Patientin, für die Seelsorge nichts ist, zu erzählen an. Ihr zuerst deutliches Nein hat sich als Test entpuppt. Sie hat beobachtet, dass mein Kollege respektvoll und zurückhaltend mit ihrer schlafenden Zimmernachbarin umgeht. So konnte sie Vertrauen fassen.

Erstreaktionen als Tests für die Seelsorgerin können sein:

*Ich bin nicht gläubig; Was Pfarrerin! So sehen Sie gar nicht aus; Meine Frau hätte sicher Freude, wenn sie von einem Pfarrer besucht würde; Was halten Sie von den Missbrauchsskandalen in der Kirche? Warum lässt Gott das Erdbeben in Haiti zu? Besuchen Sie Ihre Schäfchen? Ja kommen Sie zu mir, dann tue ich etwas für mein Seelenheil; Ich bin im Fall ein harter Brocken; Mit dem lieben Gott kann ich nichts anfangen; Ich bin kein Kirchgänger*

Viele uneindeutige Erstreaktionen drücken Emotionen von Patienten aus.

-Verzweiflung, Bitterkeit oder Angst:

*Patient schaut mich mit feuchten Augen an; Ich habe meinen Glauben verloren; Sie können mir ja auch nicht helfen! Mir ist alles scheissegal; Meinen Krebs können Sie ja auch nicht gesund beten; So schlecht geht es mir aber noch nicht? Wollen Sie nichts aufschreiben, meine Geschichte ist kompliziert?*

-Misstrauen:

*Wer hat Sie geschickt? Was wollen Sie von mir? Ist das nicht schwierig, sich in fremde Menschen zu versetzen? So eine junge Pfarrerin! Haben Sie Theologie studiert? Was muss ich machen? Fragender Blick; Was soll ich Ihnen erzählen? Ich komme schon allein zurecht*

-Verletzungen und Kränkungen:

*Wenn Sie katholisch sind, müssen Sie gar nicht kommen, meine Frau wurde exkommuniziert; Ich bin nie konfirmiert worden; Endlich besucht mich mal jemand von der Kirche; Ich habe schon zu viele schlechte Erfahrungen mit dem Pfarrer/ mit der Kirche gemacht*

-Wut und Ärger:

*Warum sind Sie nicht schon früher gekommen? Ich bin schon zwei Wochen hier! Ich habe mich schon gefragt, ob es hier keinen Pfarrer gibt*

-Hoffnung oder Erwartung eines Wunders:

*Beten Sie mit mir! Sie sind meine letzte Hoffnung; Als Pfarrerin können Sie mir sicher helfen/mich sicher verstehen/wissen Sie sicher wie man glaubt*

Erstreaktionen von Patienten sind oft szenisch dargestellt und dramatisch ausgedrückt. Sie geben einen ersten Hinweis auf ihr emotionales Befinden und lassen sich unterschiedlichen Emotionen zuordnen. Je nach Tonalität kann die gleiche Erstreaktion auf unterschiedliche Emotionslagen hinweisen. Meist sind hinter Erstreaktionen Geschichten versteckt, die erst im Laufe des Seelsorgebesuchs zum Vorschein kommen oder zumindest Kontur gewinnen.

Viele Erstreaktionen beziehen sich auf den Beruf der Pfarrerin. Der Pfarrberuf ruft Assoziationen hervor zu allem, was mit Glauben, Kirche, Ethik und Moral und dem letzten Sinn zu tun hat. Einige Patienten reagieren stark positiv oder stark negativ auf diesen Beruf. Sie meinen meist nicht die Person der Seelsorgerin, die da steht, sondern knüpfen an frühere Erfahrungen mit Pfarrern, der Institution Kirche oder dem Thema Glauben und Religion an.

In einigen Fällen geben Erstreaktionen Hinweise auf pathogene oder irrationale Überzeugungen und inadäquate Selbstbilder des Patienten. Ein Beispiel dafür ist der Patient mit der Mandarine. In ihm hat sich die Überzeugung festgesetzt, dass das gesamte Spitalpersonal gegen ihn ist. Deshalb verhielt er sich auch so, dass er als schwieriger Patient

galt. Mit seiner Selbstinszenierung drückte er aus und stellte dar, nicht liebenswert zu sein. Dabei sehnte er sich nach nichts mehr als nach wertschätzender Zuwendung und Liebe.

In ihren Erstreaktionen zeigen Patienten, wer sie sind oder wie sie wahrgenommen werden wollen. Erstreaktionen bieten subjektive und szenische Information und sind Akte der Selbstdarstellung. So wie man „nicht nicht kommunizieren kann“, kann man sich auch „nicht nicht inszenieren“. In ihren Erstreaktionen positionieren sich Patienten selber und weisen auch der Seelsorgerin eine Position zu. Manchmal positionieren sie sich als bedürftig und unwissend und geben der Seelsorgerin die mächtige und wissende Position, manchmal positionieren sie sich als unabhängige und freie Geister und geben der Seelsorgerin die Position der Dogmatikerin oder Moralistin, manchmal positionieren sie sich als tapfer Kämpfende und die Seelsorgerin als die, die sie bewundern und bestätigen soll. Goffman (2009, S. 230) ist der Ansicht, dass wir alle in unserem Alltag Theater spielen, um bei den anderen einen bestimmten Eindruck zu erwecken. Er vertritt die bedenkenswerte Meinung,

... dass der normale gesellschaftliche Verkehr ebenso aufgebaut ist wie die Szene eines Theaterstückes, bestehend aus dem Aneinanderreihen dramatisch überhöhter Handlungen, Reaktionen und abschliessender Erwiderung. Das Manuskript kann selbst in den Händen ungelerner Schauspieler Leben gewinnen, weil das Leben selbst etwas Dramatisches ist. Natürlich ist nicht die ganze Welt eine Bühne, aber die entscheidenden Punkte, in denen sie es nicht ist, sind nicht leicht zu finden. (Goffman, 2009, S. 67)

## 6. Fazit und Ausblick

Der Seelsorgebesuch hat Ähnlichkeit mit einer Theateraufführung. Er hat Aufführungscharakter. Der Patient stellt sich selber, seine Erinnerungen und Emotionen auf der Bühne des Spitalzimmers vor der Seelsorgerin dar. Diese ist Mitspielerin und Publikum. Was zählt ist der gegenwärtige Augenblick. Der Seelsorgebesuch als Aufführung ist flüchtig und darum nicht wiederholbar und auf einen exakt definierbaren Nutzen zu reduzieren. Als expressives Geschehen passt er fast ebenso wenig zu Wirksamkeitsstudien wie eine Theateraufführung. Ich erachte daher Seelsorge eher als Kunst denn als Wissenschaft. Stimmungen, Erfahrungen und Erinnerungen aufführen, darstellen, vergegenwärtigen und lebendig machen scheint ein tief im Menschen verankertes Bedürfnis zu sein. Das geschieht schon bei Kindern, in archaischen Kulturen und auch im Alltag, wie beispielsweise beim Seelsorgebesuch im Spital. Aristoteles (1994, S. 18) hat in seiner Poetik als erster auf den kathartischen Nutzen von Aufführung hingewiesen.

Beim Seelsorgebesuch im Spital handelt es sich um eine Begegnung, die um ihrer selbst willen stattfindet, also um eine intrinsisch motivierte Begegnung. Der Seelsorgebesuch im Spital erfreut sich auch heute noch grosser Akzeptanz. Seelsorgende müssen sich zwar manchmal den Tests der Patienten unterziehen, aber wenn sie diese bestanden haben, lassen sich viele Patienten auch in der postmodernen Welt mit pluralistischen Werten auf den Seelsorgebesuch ein. Das liegt eben daran, dass die Patienten im Akt des Darstellens und Vergegenwärtigens von Erfahrungen, Erinnerungen und Emotionen Befreiung, Erlösung und Katharsis erleben. Die Seelsorgenden werden dabei als professionelle und in Glaubens- und Lebensfragen kompetente Fachpersonen wahrgenommen.

Für die Zukunft stelle ich mir eine nicht-konfessionelle, aber theologisch, religionswissenschaftlich, philosophisch und psychologisch kompetente Fachseelsorge vor, die wie beispielsweise im Kanton Bern oder den angelsächsischen Ländern vom Spital angestellt ist, aber unabhängig von Spitalhierarchien wirken kann. Die Darstellung und „Aufführung“ von Emotionen, Erinnerungen und Erfahrungen, gerade in schwierigen Lebenssituationen wie es die Spitalsituation ist, entspricht einem allgemein menschlichen Bedürfnis und ist nicht von Kirchenzugehörigkeit, Frömmigkeitsstil oder Glaubenseinstellung abhängig.

## 7. Literaturverzeichnis

Argelander, Hermann. (1978). *Das psychoanalytische Erstinterview und seine Methode. Ein Nachtrag zu Freuds Fall „Katharina...“*. Frankfurt a. M.: (o.V.)

Argelander, Hermann. (1987). *Das Erstinterview in der Psychotherapie* (3. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Aristoteles. (1994). *Poetik*. Stuttgart: Reclam. (Original: peri poetikes)

Aristoteles. (2007). *Rhetorik*. Stuttgart: Reclam. (Original: techne retorike)

Brook, Peter. (1983). *Der leere Raum* (10. Aufl.). Berlin: Alexander Verlag. (Original erschienen 1968: The Empty Space)

Goffman, Erving. (2009). *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag* (7. Aufl.). München: Piper. (Original erschienen 1959: The Presentation of Self in Everyday Life)

Heyward, Carter. (1986). *Und sie rührte sein Kleid an. Eine feministische Theologie der Beziehung*. Stuttgart: Kreuz Verlag. (Original erschienen 1982: The Redemption of God. A Theology of Mutual Relation)

Klessmann, Michael. (2008). *Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.

Laimböck, Annemarie. (2000). *Das psychoanalytische Erstgespräch*. Tübingen: edition diskord.

Petermann, Franz. (1996). *Psychologie des Vertrauens* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Ziemer, Jürgen. (2008). *Seelsorgelehre. Eine Einführung für Studium und Praxis* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Zürcher Bibel. (2007). Zürich: Theologischer Verlag Zürich.