

# Schmerzen im Krankenhaus

## Krankenseelsorge im Gespräch mit der Medizin und der Klinischen Psychologie

---

Markus M. Totzeck

Die Tatsache, dass das Krankenhaus bzw. die Klinik schon immer per definitionem als Ort für die Linderung und Heilung von Krankheit, körperlichen Schäden und auch seelischem Leid verstanden wurde, hat es auch schon immer zu einem Ort der Schmerzen gemacht. Vom Geburtsschmerz in der Gynäkologie angefangen über die akuten Schmerzen eines Patienten mit einem Knochenbruch in der Ambulanz, den kaum zu stillenden Schmerzen einer Krebspatientin während einer Chemotherapie bis hin zum tiefen seelischen Schmerz eines Traumapatienten in der psychosomatischen Abteilung, um nur einige Beispiele zu nennen, begegnet einem das Phänomen Schmerz in vielfältiger und oft auch vielschichtiger Weise im Krankenhaus. Schmerzen beschränken sich im Krankenhaus nicht nur auf Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, sondern erfassen auch die Menschen, die Sorge für Patienten tragen und es als ihre Berufung und ihren Beruf ansehen, Schmerzen zu lindern oder zu »beseitigen«. Die moderne Medizin und die Klinische Psychologie haben Antworten auf den Schmerz in Form von unterschiedlichen Schmerztherapie-Ansätzen gefunden.<sup>1</sup>

Doch welche spezifische Rolle kommt der Seelsorge im Krankenhaus in der Begegnung mit Schmerzen zu? Obwohl die Seelsorge im Krankenhaus durch das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (Art. 140 in Verbindung mit Art. 141 der Weimarer Reichsverfassung) rechtlich garantiert ist, wird bereits seit langem – mit Ausnahme mancher konfessioneller Häuser – eine »strukturelle Bedeutungslosigkeit« der Seelsorge in der medizinisch-technischen Institution

---

1 Vgl. Specht-Tomann, Monika/Sandner-Kiesling, Andreas: Schmerz. Ganzheitliche Wege zur mehr Lebensqualität, Bern: 2014; und den aktuellen klinischen Überblick über das große Spektrum der Schmerztherapie in: Tauben, David/Stacey, Brett R.: »Approach To The Management of Chronic Non-Cancer Pain in Adults«, in: UpToDate 2020, [www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults](http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults) vom [16.06.2020].

Krankenhaus beobachtet.<sup>2</sup> Gerade angesichts eines sehr effektiven und mitunter holistischen therapeutischen Umgangs mit Schmerzen seitens der Medizin und der Klinischen Psychologie steht der Eigenbeitrag der Krankenhauseelsorge in Frage. Sind Schmerzen nicht bei Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten in viel besseren Händen? Reicht es nicht, wenn die Seelsorge sich z.B. in Universitätskliniken nur noch auf das Ende des Lebens beschränkt, wenn der medizinische Apparat nicht »zum Erfolg« geführt hat und keine Heilung und keine Linderung von Schmerzen mehr möglich sind?

Im Folgenden gehe ich der Frage nach, welche Bedeutung die Seelsorge im Umgang mit Schmerzen im Krankenhaus hat. Dabei werden medizinische und klinisch-psychologische Perspektiven mit der Krankenhauseelsorge ins Gespräch gebracht, unterschiedliche Deutungen von Schmerz »unter dem einen Dach« des Krankenhauses und die eigenständige Perspektive der Seelsorge in der Begegnung mit dem Schmerz vorgestellt.

## **1. Wenn Schmerzen nicht mehr aufhören: medizinische, psychologische und spirituelle Deutungen von Schmerzen unter dem Dach des Krankenhauses**

Sowohl in der Medizin als auch in der Psychologie und Theologie bzw. Seelsorge lässt sich seit etwa den 1970er Jahren ein Wandel in der Begegnung mit dem Phänomen Schmerz beobachten. In der Medizin waren zunächst die Ansätze der 1970er und 1980er Jahre in der Schmerztherapie im Rahmen von Tumorerkrankungen wegweisend. Die Erfahrungen, die hier z.B. mit dem Einsatz von Morphinen gesammelt wurden, ließen sich aber nicht ohne Weiteres auf andere Schmerztherapien bei der Behandlung von nicht-tumorbedingten Erkrankungen übertragen.<sup>3</sup> Genauere medizinische Erkenntnisse ließen vielmehr ein »komplexes Wesen des Schmerzes« zutage treten, das sich nicht in einem einfachen Reiz-Reaktions-Schema erschöpft oder nur Symptom einer Erkrankung ist, sondern selbst als eigenständige Krankheit gelten kann.<sup>4</sup> Man spricht deswegen auch von einem Schmerzsyndrom.

Grundlegend ist dabei die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen: Ein akuter Schmerz hat eine Signal- und Warnfunktion für eine potentielle oder tatsächliche Schädigung des Organismus und ist in der Regel auf den Ort der Schädigung und zeitlich begrenzt; der Schmerz korreliert dabei mit

2 Klessmann, Michael: »Einleitung: Seelsorge in der Institution ›Krankenhaus‹«, in: ders. (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, Göttingen: 1996, S. 13-27, hier: S. 16f.

3 Vgl. Thoma, Reinhard/Schliefl, Christine: »Schmerz und seine Behandlung aus medizinischer Sicht«, in: *Praktische Theologie* 49/4 (2014), S. 201-207, hier: S. 201.

4 Vgl. ebd.

dem Ausmaß der Schädigung. Diese physiologische Signal- und Warnfunktion geht bei chronischen Schmerzen verloren.<sup>5</sup> Chronische Schmerzen entwickeln sich aus akuten Schmerzen und dauern (je nach Definition) über 3-6 Monate oder länger bzw. über die normale Heilungszeit hinaus an und können auch diffus an unterschiedlichen Stellen des Körpers auftreten. Für die schmerztherapeutische Behandlung ist eine Differenzierung des Ursprungs chronischer Schmerzen entscheidend: Liegt der Ursprung der Schmerzentstehung im Gewebe (Nozizeptorschmerz), im peripheren oder zentralen Nervensystem selbst (neuropatischer Schmerz) oder ist von einer Kombination beider Schmerzmechanismen auszugehen (»mixed-pain-concept«).<sup>6</sup> Da chronische Schmerzen auch psychisch sehr belastend sind und sich oft im Hinblick auf die sozialen Kontakte des/der Betroffenen negativ auswirken, kann sich die Therapie nicht bloß auf die Heilung einer Verletzung bzw. Grunderkrankung beschränken. Hier liegt der Ansatzpunkt für eine sogenannte *multimodale Schmerztherapie*, die über das Gebiet der Medizin hinausreicht. So ist in der modernen Schmerzmedizin ein multidisziplinäres Assessment zum Standard geworden, in dem neben vielfältigen biomedizinischen Maßnahmen auch physio- und ergotherapeutische, psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungswege in Betracht kommen (bio-psycho-soziales Schmerzmodell).<sup>7</sup>

So eng verknüpft die medizinischen (einschließlich physio- und ergotherapeutischen) und die psychotherapeutischen oder psychiatrischen Maßnahmen im Modell einer multimodalen Schmerztherapie sein können, so unterschiedlich bleiben ihre Blickwinkel auf das Phänomen Schmerz. Um zu vermeiden, dass Schmerz in der Psychologie begrifflich in einem übertragenen Sinn für eine unlustgetönte Stimmung bagatellisiert wird, wird er gewöhnlich als eine unangenehme sensorische Erfahrung definiert, die in vielen Qualitäten wie z.B. stechend, ziehend, spitz,

---

5 Vgl. Hagenacker, Tim/Bingel, Ulrike/Schäfers, Maria: »Akuter und chronischer Schmerz«, in: Thomas Brandt/Hans Christoph Diener/Christian Gerloff (Hg.), Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, Stuttgart: <sup>6</sup>2012, S. 97-109.

6 Vgl. ebd.

7 R. Thoma/C. Schließl: 2014, S. 205f. Auch der Ansatz der sogenannten Salutogenese erweiterte einen rein biomedizinischen Blickwinkel der Pathogenese von chronischen Schmerzen: Die Salutogenese deutet Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern geht von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus (vgl. ebd., S. 206f). Indem »gesunde Anteile« und »kranke Anteile« im Empfinden des Menschen unterschieden werden, wird letztlich auch eine strikte biomedizinische Unterscheidung zwischen »krank« und »gesund« hinterfragt. Dies hat auch Auswirkungen auf den Umgang mit Schmerzen, denn im Sinne der Salutogenese kommt nicht nur die »Beseitigung« von Schmerzen in Betracht, sondern mindestens genauso die Stärkung der »gesunden Anteile« und Widerstandskräfte jedes oder jeder Einzelnen.

dumpf, brennend oder juckend gegeben sein kann.<sup>8</sup> Während Schmerz aus medizinischer Sicht als ein Signal für eine körperliche Schädigung gilt, konzentriert sich die klinisch-psychologische Perspektive auf die Abhängigkeit der Schmerzerfahrung von subjektiven Bewertungskategorien. So wird Schmerz stets abhängig von der eigenen Erfahrung, vom Erinnerungsvermögen und nicht zuletzt vom kulturellen Kontext bewertet.<sup>9</sup> Gerade Studien zum Verhalten chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten konnten dahingehend erstmalig den Einfluss sozialer Faktoren auf die Chronifizierung von Schmerz nachweisen.<sup>10</sup> Wilbert Fordyce prägte in solchen Studien den Begriff »Schmerzverhalten« und unterschied in einem trimodalen Modell ein offenes Schmerzverhalten (Klagen über Schmerz oder auch nonverbal in Mimik und Gestik) von einem verdeckten Schmerzverhalten (Gedanken, Gefühle und Vorstellungen) und einer physiologische Schmerzreaktion (Veränderungen in der Atmung, der Muskelspannung und der Herz-Kreislauf-Parameter).<sup>11</sup> Wenn Patientinnen und Patienten auf eine Gewebeschädigung nicht nur eine physiologische Reaktion zeigen, sondern sich dazu verhalten, wird die *Kommunikation* über ihre Schmerzen und Leiden entscheidend und macht das eigentliche Schmerzverhalten aus. Fordyce selbst unterschied dabei zwischen einem respondenten und einem operanten Schmerzverhalten. Beim respondenten Schmerzverhalten ist das Verhalten noch mit der Schutzreaktion auf eine Gewebeschädigung (Reaktion auf akuten Schmerz) erklärbar, beim operanten Schmerzverhalten koppelt sich das Verhalten immer mehr vom respondenten Schmerzverhalten ab und wird durch äußere Faktoren beeinflusst. Respondentes und operantes Schmerzverhalten sind auch nicht immer genau zu unterscheiden. Vergleichbar mit der medizinisch fortentwickelten Konzeption von Misch-Schmerzformen werden solche Mischformen schließlich auch für das Schmerzverhalten beobachtet.<sup>12</sup> Auch insgesamt ist das Konstrukt des Schmerzverhaltens in der Klinischen Psychologie vielfach kritisch diskutiert und (z.B. durch lerntheoretische Annahmen) erweitert worden. Zugleich ist es ein unverzichtbarer verhaltensanalytischer Bestandteil eines ganzheitlich verstandenen Schmerztherapie-Modells geworden. Eine genaue Analyse des Schmerzverhaltens von Patientinnen und Patienten ver-

---

8 Vgl. Larbig, Wolfgang/Caspar, Franz: »Schmerz«, in: Friedrich Dorsch et al. (Hg.), *Lexikon der Psychologie*, Bern: 2013, <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/schmerz> [vom 02.08.2020; online zuletzt aktual.: 10.04.2019].

9 Vgl. ebd.

10 Vgl. Fordyce, Wilbert E.: *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*, St Louis, Missouri/USA: 1976; Kaiser, Ulrike: »Schmerz und Schmerzverhalten – die Bedeutung kommunikativer Aspekte von Schmerz/Pain and Pain Behavior – the Communicative Aspects of Pain«, in: *Psychologie in Österreich* 3/4 (2012), S. 320-328.

11 Vgl. W. Larbig/F. Caspar: 2019.

12 Vgl. U. Kaiser: 2012, S. 321.

bessert dabei ihre medizinische und therapeutische Behandlung und wird auch immer die individuellen Unterschiede unterstreichen.<sup>13</sup>

Aus medizinischer wie psychologischer Sicht haben also gerade Studien und Erkenntnisse zu chronischen Schmerzen den Weg für einen ganzheitlichen, multimodalen Schmerztherapie-Ansatz geebnet, parallel dazu zugleich auch die je radikal-subjektive Erfahrung von Schmerz unterstrichen. Impulse für diese Ganzheitlichkeit und zugleich Individualisierung des Schmerzes sind dabei nicht nur aus der Medizin und Klinischen Psychologie selbst erwachsen, sondern wurden unter anderem auch von der aus England stammenden modernen Hospizbewegung beeinflusst. Ausgehend von ihren Arbeiten mit schwerst- und sterbenskranken Menschen im St. Christopher's Hospice in London entwickelte Cicely Saunders (1918-2015) bereits in den 1970er Jahren ein Konzept von »total pain«, das die Ganzheitlichkeit in der menschlichen Erfahrung von Schmerz auf vier Ebenen betonte: der physischen, psychischen, der sozialen und der spirituellen Ebene.<sup>14</sup> Die auf die Palliativmedizin (palliative care) ausstrahlende Deutung einer spirituellen Ebene des Schmerzes hat sich von da an aus dem christlichen Kontext heraus zu einem eigenen Zweig der klinischen Schmerztherapie entwickelt, dessen Potential über die spirituelle Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen hinausreicht. Die Krankenhausesorge schloss hieran an. In der Begegnung mit Schmerzen aus seelsorgerlicher Perspektive wurden damit »Spiritualität« und »spirituelle Begegnung« zu Schlüsselbegriffen. Problematisch blieb der oft unbestimmt bleibende Begriff der Spiritualität im Kontext des Krankenhauses, an den auch das Konzept von »Spiritual Care« anschließt. Es setzt Seelsorgerinnen und Seelsorger als Teil eines multiprofessionellen Behandlungsteams, das sich auf spirituelle Bedürfnisse von Schwerkranken konzentriert, voraus.<sup>15</sup>

Wenn im Krankenhaus diese spirituelle Ebene von Schmerzen zu einem therapeutischen Baustein im Ärzte- und Therapeutenteam wird, welche Funktion hat dann noch der Eigenbeitrag der Krankenhausesorge<sup>16</sup>?

13 Vgl. ebd., S. 326.

14 Vgl. Saunders, Cicely/Baines, Mary (Hg.): Living with Dying. The Management of Terminal Disease, Oxford: 1983.

15 Vgl. grundlegend Roser, Traugott: Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen (= Münchener Reihe Palliative Care 3), Stuttgart: 2017; dazu auch mit kritischen Akzenten: Karle, Isolde: Praktische Theologie (= LETH 7) Leipzig: 2020, S. 442-450.

16 Vgl. ebd., S. 443-448 und bereits Karle, Isolde: »Perspektiven der Krankenhausesorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des *Spiritual Care*«, in: Wege zum Menschen 62/6 (2010), S. 537-555.

## 2. Schmerz und Sehnsucht: Überlegungen zur paradoxen Grundstruktur der Seelsorge im System Krankenhaus

Seelsorge kann als religiöse Kommunikation verstanden werden, in der das bedingungslose Angenommensein durch Gott zum Ausdruck kommt.<sup>17</sup> Dabei ist Seelsorge nicht nur an vielen Orten möglich, sie ist auch auf kein bestimmtes Amt beschränkt. Seelsorger bzw. Seelsorgerin kann nach dem christlichen Glauben jeder Christ und jede Christin sein, solange die Seelsorge »im Horizont der Kommunikation des Evangeliums«<sup>18</sup> geschieht. Die Bedingungen und Voraussetzungen für Seelsorge ändern sich mit dem Ort und der Situation. Grundvoraussetzung sollte immer ein vertrauensvoller und auch geschützter Raum für die Kommunikation sein. Die seelsorgerliche Kommunikation ist dabei auch an bestimmte rechtliche Regelungen gebunden wie das Seelsorge- und Beichtgeheimnis einer Pfarrerin bzw. eines Krankenhauseelsorgers. Den besonderen Raum für die seelsorgerliche Kommunikation im Krankenhaus hat Michael Klessmann in prägnanter Weise mit dem Leitbild des »Zwischen«-Raums bezeichnet: Seelsorge findet zwischen Kirche und Krankenhaus statt und ist deshalb von vielen Ambivalenzen und Spannungen geprägt. Diese Spannungen sind von Seelsorgenden mit ihrer oft spezialisierten Ausbildung (KSA) nicht nur auszuhalten, sondern auch kreativ fruchtbar zu machen.<sup>19</sup> So kann Seelsorge im Krankenhaus grundsätzlich auf drei Ebenen ausgerichtet sein: auf Ebene der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen, auf Ebene der (ärztlichen, pflegerischen, technischen usw.) Mitarbeitenden und schließlich auf die institutionelle Ebene, auf der Prinzipien, Ziele und Strukturen des Systems Krankenhaus thematisiert und vom Subsystem Krankenhauseelsorge mitgestaltet werden können.

In der Form eines »Zwischen«-Raums war Krankenhauseelsorge schon immer der Form nach fragil und manchmal auch fremd, zugleich aber auch widerständig und eigensinnig unter dem Dach des Krankenhauses. Dies liegt grundsätzlich an der paradoxen Grundstruktur von Seelsorge, die besonders im System Krankenhaus und der Begegnung mit Schmerz zutage tritt: Will Seelsorge Ausdruck des Evangeliums sein, dann steht sie im Dienst eines ganzheitlichen Heilens und einer ganzheitlichen Sorge für den Menschen. Sie steht damit zugleich auf der

17 Mit der Formulierung »zum Ausdruck kommt« meine ich nicht, dass »das Angenommensein durch Gott« *explizit* immer als solches in einem Seelsorgegespräch benannt werden müsste, sondern dass dieses Angenommensein sich *in ganz unterschiedlichen Formen (und eben auch nonverbal) ausdrücken kann*, z.B. schon in der vertrauensvollen Begegnung zwischen einem/r Seelsorger/in und einem/r Gesprächspartner/in auf beiden Seiten.

18 Meyer-Blanck, Michael: »Theologische Implikationen der Seelsorge«, in: Wilfried Engemann (Hg.), *Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile*, Leipzig: 2007, S. 19-33, hier: S. 31 u. S. 21.

19 M. Klessmann: 1996, S. 14-27.

Seite therapeutischer und medizinischer Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen, einschließlich der Möglichkeit zur Heilung. Auf der anderen Seite kann sich Seelsorge aber nie in der ganzheitlichen Beseitigung von Schmerz erschöpfen, da sie Schmerz in einem weiteren Horizont der menschlichen Existenz wahrnimmt, deutet und auch das Prinzip der Ganzheitlichkeit selbst noch einmal hinterfragen kann. Insofern steht die Seelsorge dem »Mythos der Ganzheitlichkeit« auch kritisch gegenüber, wie es der Praktische Theologe Henning Luther bereits zu einer Zeit formulierte, als das Thema »Ganzheitlichkeit« in der Medizin erst an Konjunktur gewann.<sup>20</sup>

H. Luther hat in den zentralen Selbsterfahrungen von Schmerz und Sehnsucht den Ursprung nicht nur von Subjektivität, sondern auch von Religion gesehen.<sup>21</sup> Gerade in Schwellensituationen, in denen das Subjekt sich in Differenz zum Alltäglichen erfährt, thematisiert es sich immer wieder selbst und erfährt sich als Differenz.<sup>22</sup> »Diese Differenzerfahrung macht das einzelne Subjekt entweder im Modus des Schmerzes oder im Modus der Sehnsucht. In beiden verspürt das Subjekt ein ›Ungenügen am Hier und Jetzt‹.«<sup>23</sup> Und in beiden Modi wird Endlichkeit auch vom Erlösungsgedanken her bzw. in der Ausrichtung auf das Unendliche erfahrbar – hier folgt H. Luther Friedrich Schleiermacher (1768-1834).<sup>24</sup>

Erkenntnisse aus der Medizin und der Psychologie, die zu dem Schluss kommen, dass Schmerzen immer individuell erlebt und ganzheitlich behandelt werden sollten, nimmt Seelsorge auf und kann sie noch weiter deuten. Dabei wird gerade im Krankenhaus die Differenzerfahrung im Modus von Schmerz oder Sehnsucht, wie sie H. Luther beschreibt, zum Thema, weil Menschen beim Übertreten der Schwelle zu einem Krankenhaus Kontingenzerfahrungen, Erfahrungen von Fragilität, Beschädigung und Endlichkeit machen. Die subjektiven Grunderfahrungen von Schmerz und Sehnsucht lassen sich, so verstanden, mit Mitteln der Medizin oder der Psychologie nie im Ganzen auflösen. Seelsorge kann das nicht nur einfühlsam thematisieren, sondern auch trostreich im Sinne einer Erlösung, die nicht in unseren Händen liegt, zur Sprache bringen. Am Beispiel eines Seelsorgegesprächs mit einer Traumapatientin soll dies im Folgenden veranschaulicht werden.

20 Luther, Henning: Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart: 1992, S. 224-256; Ders.: »Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit«, in: Wege zum Menschen 43/5 (1991), S. 262-273.

21 Vgl. H. Luther: 1992, S. 248-251, hier: S. 251.

22 Vgl. ebd., S. 250.

23 Ebd.

24 Vgl. ebd., S. 251.

### 3. Konvergenz medizinischer, psychologischer und seelsorgerlicher Dimensionen von Schmerz: ein Praxisbeispiel aus der Krankenhauseelsorge

Trauma (griech. *τραύμα*) bedeutet dem ursprünglichen Wortsinn nach Verletzung.<sup>25</sup> Ein Psychotrauma wird letztlich durch extremen psychischen Stress verursacht. Ein Ereignis wirkt dann traumatisierend, wenn es existentiell bedrohlich ist und man die verfügbaren Bewältigungsressourcen als unzureichend erlebt. In westlichen Industriegesellschaften haben 60-70 % der Erwachsenen schon mindestens ein Trauma im Leben erlitten, bei Jugendlichen zwischen 14 und 24 Jahren sind es 22 %.<sup>26</sup> In den häufigsten Fällen geht es um eine Traumatisierung durch Gewalt, sexualisierte Gewalt, durch Unfälle oder das Beobachten von Unfällen. Grundsätzlich unterschieden wird zwischen einer akuten Belastungsreaktion, die drei Tage bis mehrere Wochen andauern kann, und einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die eine chronifizierte Form der Symptome darstellt.

Gerade der Fall eines Traumas und seiner therapeutischen Behandlung zeigt, wie eng ein somatischer und psychisch-seelischer Schmerz zusammenhängen: Traumatische Erfahrungen können Auslöser für schmerzhafte körperliche Schäden sein, zum anderen können Traumatisierungen aber auch ein wesentlicher Faktor bei der Aufrechterhaltung und Chronifizierung von Schmerzsyndromen sein.<sup>27</sup> Dies sollte nicht nur bei einer klinischen Differentialdiagnostik für eine Therapie, sondern auch bei einer seelsorgerlichen Begegnung beachtet werden. In dem folgenden, exemplarisch gewählten Gespräch mit einer Traumapatientin zeigt sich, dass einerseits körperlicher Schmerz in Form eines Reitunfalls im Fokus steht, andererseits die schmerzvollen traumatischen Erfahrungen der Patientin viel weiter gehen und schließlich auch zur Thematisierung von Endlichkeit und Erlösung, Schmerz und Sehnsucht führen. Das Gespräch war zwischen einem Seelsorger (S) und einer Patientin (P) im mittleren Lebensalter auf der Station

- 
- 25 Zur weitgefassten Definition von ›Trauma‹ nach ICD-10 als Reaktion auf eine Situation »mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde«, vgl. Plag, Jens/Rahn, Ewald/Ströhle, Andreas: »Der sich und Andere bemühende Mensch (neurotisches Handeln, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatik)«, in: Klaus Dörner et al. (Hg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie*, Köln: <sup>24</sup>2017, S. 425-492, S. 484f und außerdem: Roderus, Ursula: *Handbuch zur Traumabegleitung. Hilfen für Seelsorger, Berater und Therapeuten*, Schorn-dorf: <sup>2</sup>2015, S. 27f; Huber, Michaela: *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1*, Paderborn: <sup>5</sup>2012, S. 37-51.
- 26 Vgl. Lammer, Kerstin: »Kalter Schweiß auf dem Rücken – Seelsorge nach traumatischen Erlebnissen«, in: *Deutsches Pfarrerberblatt* 109/4 (2009), S. 179-182.
- 27 Vgl. Bach, Michael/Asenstorfer, Carina: »Interaktion von Schmerz und Trauma«, in: *CliniCum neuropsy* 1/2017, <https://oegpb.at/2017/06/01/interaktionen-von-schmerz-und-trauma-vom-02.08.2020>].

für Psychosomatik und Psychotherapie in einer Klinik verabredet. P war zum Zeitpunkt des Gesprächs in offener stationärer Behandlung auf Grund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F. 32.2) in Folge traumatisierender Erfahrungen. P hatte S nach dem Besuch eines Krankenhausgottesdienstes um ein Gespräch gebeten. Am Tag des Gesprächs begrüßt S P auf dem Flur der Krankenstation. S und P setzen sich zum Gespräch in einen Aufenthaltsraum der Station, in dem sie alleine sind. Das Gespräch, das insgesamt 45 Minuten dauerte, wird hier gekürzt, verfremdet und anonymisiert wiedergegeben.

### 3.1 Anonymisiertes Gesprächsprotokoll

S1: (*nimmt gegenüber von P sitzend Blickkontakt auf*) Frau X, Sie sind ja letzte Woche mit einem Anliegen nach dem Gottesdienst zu mir gekommen, das Sie besprechen wollten ...

P1: (*zunächst etwas zurückhaltend*) Ja genau, ich beschäftige mich momentan sehr damit. Jetzt hier im Krankenhaus mache ich mir noch mehr Gedanken. Es geht um eine Patientenverfügung. Ich habe gar nicht so die Ahnung und wollte mich erst einmal informieren ...

S2-P4: *Es entwickelt sich ein erster Gesprächsabschnitt, in dem S auf Rückfragen von P über unterschiedliche Patientenverfügungen, das Format des Krankenhauses und eigene Erfahrungen berichtet. Schließlich geht es um christliche Patientenverfügungen.*

P4: (...) Ja, das wäre mir gerade wichtig. Ich bin ein sehr gläubiger Mensch. Und für mich spielt das auch im Sterben eine wichtige Rolle, um Trost zu finden.

S5: Ihr Glaube gibt Ihnen dann Halt.

P5: (*nickt*) Ja, ich nutze hier im Krankenhaus auch viel die Gelegenheit zum Beten. Ich habe viel Ruhe und Zeit dafür.

S6: Und wir haben uns ja auch im Gottesdienst getroffen.

P6: Ja, dort bin ich auch hingegangen. Irgendwie ist man hier auf der Station aber auch so isoliert. Man bekommt viel Zeit zum Nachdenken. Und in letzter Zeit beschäftigt mich eben besonders diese Sache mit der Patientenverfügung ... (*kurze Pause*). Das hängt natürlich auch mit meinem eigenen Unfall zusammen. (*Tränen kommen*) Ich hatte einen Reitunfall und das Pferd hat mir auf den Kopf getreten. (*P wirkt aufgelöst und weint; S wartet ab, während P sich ein Taschentuch herausholt und sich die Tränen abwischt*) Das war im Mai.

S7: (*nimmt gefasst die Äußerung hin*) Das nimmt Sie alles noch sehr mit ...

P7: (*weint zunächst weniger*) Ja, wir arbeiten hier in der Therapie natürlich auch schon an meinem Trauma. Aber es wird so viel von meiner Vergangenheit ausgewählt. Vieles ist so anstrengend. Es geht nicht nur um den Unfall, sondern um alles in meinem Leben (*weint wieder*).

S8: Frau X, ich merke, es fällt Ihnen schwer, darüber zu sprechen. Wir müssen nicht

über ihren Unfall sprechen ... wie Sie das möchten.

P8: Ja (*weint etwas weniger*). Durch meinen Unfall habe ich feststellen können, dass das Leben sehr schnell vorbei sein kann (*spricht mit kleinen Unterbrechungen und schaut meistens auf den Boden*). Ich habe aber schon bei meinem Vater mitbekommen, dass es sinnvoll ist, sich früh Gedanken über das Sterben zu machen. Er ist vor drei Jahren gestorben und hat lange gelitten. Er ist schließlich ins Hospiz gekommen. Mein Vater hatte eine Patientenverfügung und ich war damals Bevollmächtigte für meinen Vater und musste eigenständig entscheiden, als er es nicht mehr konnte.

S9: Auch Dinge, die nicht in der Patientenverfügung standen.

P9: Ja, genau. Ich musste das alles mitmachen bei meinem Vater und war bis zum Schluss an seiner Seite. Die Patientenverfügung musste auch ständig erneuert werden.

S10: Konnte Ihr Vater das bis zum Schluss denn?

P10: Nein, ich musste viele Entscheidungen selbst treffen. Aber am schwierigsten war für mich, dass er zum Schluss seinen Glauben verloren hat.

S11: Das war besonders schwer für Sie, weil Sie selbst ja ein gläubiger Mensch sind.

P11: (*nickt zurückhaltend*) Mein Vater war nie ein sehr gläubiger Mensch, aber zum Schluss hat er seine Hoffnungen einfach aufgegeben. Und es war so schwer, mit ihm darüber zu reden.

S12: Sie konnten mit Ihrem Vater darüber nicht mehr vor dem Tod reden (*guckt fragend*).

P12: Mein Vater hatte Krebs. Schon eine sehr lange Zeit und in den letzten vier Monaten hat er sehr gelitten. Ich habe ihn die ganze Zeit begleitet.

S13: (*empathisch*) Das ist eine sehr lange und bestimmt intensive Zeit gewesen. Das hat Sie auch viel Kraft gekostet.

P13: (*nickt und weint wieder etwas*) Wir waren im Hospiz ... *P beschreibt das Hospiz und erwähnt, dass sie auch Kontakt mit anderen Sterbenden hatte.*

S14: Und dadurch haben Sie das Sterben noch einmal anders erlebt.

P14: Ja, aber gerade mit meinem Vater konnte ich nicht über den Tod sprechen.

S15: Hätten Sie Ihrem Vater gerne noch etwas gesagt?

P15: (*P hat Tränen in den Augen*) Ja, aber ich konnte es nicht. Am Ende war es aber bestimmt auch für ihn eine Erlösung.

S16: Hätten Sie Ihrem Vater gerne gesagt, dass Gott Ihren Vater erlöst? (*zunächst Stille, P wirkt nachdenklich*)

P16: (*P weint wieder etwas, der Kopf ist etwas gesenkt*) Ja, ich konnte mit ihm nicht darüber reden ... (*wieder Stille*). Ich glaube, es geht ihm aber jetzt besser nach dem Tod.

S17: Nur haben Sie ihm das nicht sagen können. Und das beschäftigt Sie heute noch.

P17: (*nickt, Pause*) Meine Tochter ist da anders. Sie wollte ihre Oma auch beim Ster-

ben begleiten. Obwohl sie erst 14 ist (*Kopfst wieder gehoben, lächelt etwas und wirkt fast stolz*).

S18: (*lächelt zurück*) Ich finde, ihre Tochter hat eine besondere Stärke in ihrem Alter bewiesen.

P18: Ich habe es erst überhaupt nicht wirklich gewollt, aber eine Seelsorgerin im Hospiz – sie ist auch Pfarrerin, Frau Y, ich weiß nicht, ob Sie sie kennen (*S schüttelt den Kopf*) – sie hat mir gesagt, dass man ihren Wunsch respektieren sollte. Sie sei alt genug dazu.

S19: Ja, das finde ich auch. Oft hat man ja Bedenken, wenn Kinder noch jung sind. Ihre Tochter ist 14. Damals war sie noch jünger, aber hat das ganz bewusst entschieden.

P19: Sie ist wirklich wichtig in meinem Leben, zumal es jetzt nicht mehr so gut läuft mit meinem Mann (*kurze Pause, schaut kurz S an*). Ich glaube, es hat keine Zukunft mehr mit meinem Mann. Wir haben mehr als 20 Jahre zusammengelebt. Aber es hat wohl keinen Sinn mehr. Das habe ich hier auch noch einmal in der Therapie gemerkt.

S20: (*empathisch*) Sie haben wirklich viel mitgemacht, Frau X. Erst der Tod ihres Vaters, der Unfall und dann die Probleme mit Ihrem Mann ... (*wartet auf eine Reaktion von P*).

P20: Es ist alles so anstrengend ... Aber ich habe mir auch vorgenommen, dass ich für mich in nächster Zeit einfach Entscheidungen treffen muss. Und dazu gehört eben auch das mit der Patientenverfügung. Ich weiß aber wirklich nicht, wen ich als Verantwortlichen angeben könnte ... (*überlegt kurz*) Meine Tochter ist ja zu jung. Man muss 18 sein.

S21: Sie könnte es erst in vier Jahren werden ...

*S überlegt mit P, wer als Bevollmächtigter in der Patientenverfügung in Frage kommen könnte. Eine offizielle Person wie z. B. ein Pfarrer oder Seelsorger wird als Möglichkeit angesprochen, weil wohl keine nahestehende Person in Frage kommt.*

P21: Ich möchte das wirklich klären. Dieses Thema raubt mir in letzter Zeit sehr viel Kraft ... (*P wirkt zunehmend erschöpfter*) Die ganzen Therapiesitzungen ... (*P schaut zu S*). Aber im Gottesdienst hab ich gespürt, dass mir mein Glaube helfen kann.

S22: Frau X, ich denke gerade an einen Vers aus der Bibel: Der Herr ist meine Stärke. Und diese Stärke haben Sie gerade besonders nötig. Eine Kraft, die Sie im Glauben durch das Leben trägt, auch wenn es schwer ist, so wie gerade jetzt ...

P22: Ja, eine Kraft (*kurze Pause; P lächelt zurückhaltend, aber macht auch weiter einen erschöpften Eindruck auf S*).

S23: (*lächelt etwas*) Möchten Sie vielleicht, dass ich ein Gebet für Sie spreche?

P23: Ja, das wäre mir sehr lieb (*schließt die Augen*).

S24: *S spricht ein persönliches Gebet, bei dem er noch einmal auf Ps 28,7a Bezug nimmt. P hat kurz wieder Tränen in den Augen, auch S ist bewegt. Nach einem Moment der Stille*

*verabredet S vor der Verabschiedung noch auf den Wunsch von P hin ein zweites Gespräch, das nach der Entlassung von P in einem Gemeindehaus stattfindet.*

### 3.2 Analyse: Schmerzvolle traumatische Erfahrungen und die Suche nach Halt im Glauben

In dem vorgestellten Praxisbeispiel zieht sich das Thema Schmerz (der Reitunfall, Schmerzen des schwerstkranken Vaters, Erfahrungen von Verlust und Tod) und Sehnsucht (Glaubenserfahrungen, Suche nach Halt) wie ein roter Gesprächsfaden durch das Seelsorgegespräch. Eine Patientenverfügung stellt für P dabei offensichtlich eine Ressource für Halt in papierener Form dar. Bei der Schilderung ihres eigenen Unfalls, der Sterbebegleitung ihres Vaters im Hospiz, die das Gespräch dominiert (P8–S17), und der Beschreibung des Verhältnisses zu ihrer Familie (besonders zur Tochter) bleibt die Patientenverfügung immer im Hintergrund des Gesprächs (P6.8.20) und ist fest mit dem Wunsch nach Halt und Sicherheit verbunden. Deswegen plant P in dieser Hinsicht auch, möglichst bald eine Entscheidung zu treffen (P20). Doch was P wirklich beschäftigt, sind die Erlebnisse im Umfeld von Sterben und Tod. Bei ihrem Reitunfall hatte sie selbst den Tod bereits vor Augen und bei ihrem sterbenden Vater musste sie miterleben, dass er den Glauben und damit Halt und Hoffnung verlor.

P dagegen versucht, auf den Tod mit Hoffnung zu blicken (P11) und spricht von »Gottes Erlösung« (P15.16). Dass sie mit ihrem Vater nicht über den Tod sprechen konnte, beschäftigt sie (S17–P17). Doch lässt sich dieses Versäumnis nicht mehr rückgängig machen. Diese Erfahrung und der Wunsch, ihren eigenen Umgang mit Sterben und Tod reflektiert zu gestalten (Patientenverfügung), treten in den Vordergrund und in gewisser Weise will P dabei das »Expertenwissen« von S in Anspruch nehmen. Dies signalisiert besonders der Gesprächsanfang, denn hier informiert S vor allem und P nimmt die Rolle einer Zuhörerin ein. S will sich mit dem Vertrauensvorschuss auch als Experte in der Kommunikation einbringen.<sup>28</sup> Dass das Gespräch trotzdem nicht in eine schiefe Beziehungsdynamik gerät, liegt daran, dass P am Anfang zuhören *will* und gleichzeitig die persönlichen Äußerungen nicht nur als Selbstoffenbarung von S, sondern auch auf dem »Beziehungs-Ohr« hört. Dass P das Thema Patientenverfügung mit dem christlichen Glauben verbindet, ist offensichtlich (P4–P6). Die Erinnerung an den Gottesdienst verstärkt das Hören auf dem Beziehungs-Ohr, so dass sich P von diesem Zeitpunkt an öffnet und über das redet, was sie besonders beschäftigt (P6ff). Von da an wechselt S in

28 Vgl. zu einem »sich beweisenden Stil« der Kommunikation Schulz von Thun, Friedemann: *Miteinander reden*, 3 Bde., Bd. 2: *Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Differenzielle Psychologie der Kommunikation, Reinbek: <sup>35</sup>2016, S. 181–200.

die Zuhörerrolle («helfender Stil» der Kommunikation<sup>29</sup>). Der Kontakt ist besonders an den Stellen eng, an denen S den Äußerungen von P über ihre Erfahrungen mit dem Sterben und ihrem inneren Glaubensleben einführend begegnet und die »verstandenen« Gefühle für P spiegelt (S11.13.14.16.17.20). Besonders im Fall des Reitunfalls bleibt S aber auch vorsichtig (S8). Sich dem eigenen Trauma emotional anzunähern und aufbrechende Gefühle zu thematisieren, kann für Betroffene belastend sein.<sup>30</sup> Am nächsten ist der Kontakt, wenn P das Unausgesprochene gegenüber ihrem sterbenden Vater mit Hilfe von S versprachlicht (P14–S17). Im Sinne H. Luthers hilft S an dieser Stelle P dabei, dem Schmerz auch die Sehnsucht nach Erlösung an die Seite zu stellen und beides zu versprachlichen. Nach diesem intensiven Kontakt wechselt das Gespräch in die Gegenwart (S17), die für P ebenfalls von ungelösten Konflikten bestimmt ist. Gerade bei den Gegenwartsthemen wirkt P zunehmend kraftlos. Dies führt S dazu, die Kraftressource »Glaube« konkret durch ein Bibelwort (Ps 28,7a) und ein abschließendes gemeinsames Gebet, das das Bibelwort aufnimmt, in das Gespräch einzubringen.<sup>31</sup> Für eine Gesprächsdynamik, die eine hilfreiche und vertrauensvolle Beziehung zwischen P und S zum Ausdruck bringt, spricht schließlich, dass beide auf Wunsch von P hin ein weiteres Seelsorgergespräch vereinbaren.

### 3.3 Fokussierung auf das Trauma aus therapeutischer und seelsorgerlicher Perspektive

Es ist nicht untypisch für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, dass sie oft ganz selbstständig zwischen Therapie und Seelsorge unterscheiden – so auch in dem eben vorgestellten Praxisbeispiel: Die eigene Traumatisierung spricht P unter Tränen selbst an (P6.7.8). Sie kann ihr Trauma, das sich auf den Reitunfall bezieht und sowohl somatisch wie psychisch sehr schmerzvoll gewesen sein muss bzw. weiter ist, als Gegenstand ihrer Therapie einordnen (P7). Die Traumatisierung von P hängt wahrscheinlich mit ihrer schweren depressiven Episode zusammen,<sup>32</sup> was

29 Vgl. ebd., S. 87–108.

30 Zu den Risiken einer sogenannten Kontraindikation vgl. Kachler, Roland: »Wenn nichts mehr ist, wie es war. Seelsorge nach Schicksalsschlägen«, in: Deutsches Pfarrernetz 109/1 (2009), S. 37–39; und ähnlich: K. Lammer: 2009.

31 Vgl. Bukowski, Peter: Die Bibel ins Gespräch bringen. Erwägungen zu einer Grundfrage der Seelsorge, Neukirchen-Vluyn: 92013, S. 66–71; S. 78–83 (alternativ zum Thema Müdigkeit); S. 87f.

32 Laut gestellter Diagnose litt P nicht (mehr?) an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), die häufig eine Depression als Begleiterkrankung oder »Traumafolgestörung« nach sich ziehen (vgl. J. Plag/E. Rahn/A. Ströhle: 2017, S. 485–492; M. Huber: 2012, S. 112f; U. Roderus: 2015, S. 41–44). Für P wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert. Von kurzfristigen, unregelmäßigen Stimmungsschwankungen ist bei dieser Krankheit nicht auszugehen. Auch vom Zeitpunkt der depressiven Episode her sprach vie-

allerdings S, der ansonsten über das Krankheitsbild von P informiert war, nur vermuten kann. Auffälligerweise spricht P in dem Gespräch eher von »ihrem Trauma« und nicht von ihrer depressiven Grunderkrankung, einer unipolaren Depression, die an sich bereits ein sehr heterogenes Krankheitsbild aufweist.<sup>33</sup>

Wenn die Traumapatientin P ganz bewusst zwischen ihrer Therapie und dem Seelsorgegespräch unterscheidet, zeigt das zugleich, dass sie sich von letzterem eine andere Hilfestellung erhofft. Sie wünscht sich »Expertenwissen« für ihren christlichen Glauben, das sich am Anfang des Gesprächs vor allem mit dem Sachthema der Patientenverfügung verbindet. Darüber hinaus geht es aber auch um ihre Glaubenspraxis (Reden über den Glauben, Gebet, Gottesdienst usw.), die sich für sie auf die Themen Endlichkeit und Hoffnung auf Erlösung bezieht. Gerade hier hat Seelsorge ihre Relevanz und Eigenständigkeit und kann – auch in Kooperation mit der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung – Kraft und Ressourcen der Patientin stärken. Ein erst in jüngerer Zeit erwachsenes eigenes Forschungsgebiet und Praxisfeld der Trauma-Seelsorge unterstreicht dies und würdigt die seelsorgerliche Perspektive in der Traumabehandlung ausdrücklich.<sup>34</sup>

#### 4. Fazit: Zwischen Integration und Widerstand – der Eigenbeitrag der Krankenseelsorge in der Begegnung mit Schmerzen im Krankenhaus

Seelsorge im Krankenhaus ist nicht nur grundgesetzlich garantiert. Im Kanon der unterschiedlichen Disziplinen und Fachrichtungen unter dem Dach des Krankenhauses ist Seelsorge auch unverzichtbar, dies nicht zuletzt dann, wenn Schmerzen ganzheitlich therapiert und thematisiert werden sollen. Bereits das Phänomen der Chronifizierung von Schmerzen führte das rein kausal-medizinische Modell, das auf die Linderung oder Beseitigung von Schmerzen nach einem Ursache-Wirkungszusammenhang zielt, an seine Grenzen. Das Praxisbeispiel aus der Seel-

---

les für eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion in Folge der Traumatisierung von P (vgl. ebd., S. 47f mit Brieger, Peter: »Der sich und Andere niederschlagende Mensch (Depression)«, in: Dörner et al. (Hg.): 2017, S. 309-360).

33 Vgl. Luderer, Hans-Jürgen: »Empathie bei schweren psychischen Störungen«, in: Gesprächstherapie und Personenzentrierte Beratung 3/2014, S. 142-150, hier: S. 147.

34 Haupt-Scherer, Sabine/Scherer, Uwe: »Einen Schritt voran folgen. Psychotraumatologische Grundlagen und konzeptionelle Überlegungen zu einer traumazentrierten Seelsorge«, in: Wege zum Menschen 63/6 (2011), S. 561-571; Roessler, Ingeborg: »Krise, Trauma und Konflikt als Ausgangspunkte der Seelsorge«, in: Wilfried Engemann (Hg.), Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile, Leipzig: 2016, S. 451-475; R. Kachler: 2009; K. Lammer: 2009; Schult, Maike: »Wunden versorgen. Dimensionen der Sorge in der Traumaaarbeit«, in: Anna Henkel et al. (Hg.), Dimensionen der Sorge. Soziologische, philosophische und theologische Perspektiven, Baden-Baden: 2016, S. 225-238.

sorge mit einer Traumapatientin geht dabei noch über die Grenzen einer psychosomatischen Behandlung hinaus. Wer Menschen wirklich ganzheitlich mit ihren Schmerzen und Sehnsüchten unter dem Dach des Krankenhauses begegnen will, der oder die wird das Vorläufige und Brüchige erkennen. Seelsorge hat gerade für diese Dimension des Schmerzes ein besonderes Gespür. In der seelsorgerlichen Begegnung wird dabei eine Kraft- und Ressourcenstärkung in eigenständiger Form möglich, die sich wie im Praxisbeispiel in der Versprachlichung von Erfahrungen von Verlust, Schmerz, Tod und Erlösungsgedanken zeigen kann – mit Hilfe eines einfühlsamen Gesprächs, aber auch eines Bibelwortes und eines Gebets.<sup>35</sup> Seelsorge ist im Krankenhaus damit zwischen Schmerz und Sehnsucht angesiedelt. Sie integriert sich, gerade auch im Fall der Schmerztherapie, in eine ganzheitliche Behandlung und weist zugleich durch ihre religiöse Perspektive über sie hinaus.

---

35 Zu den rituellen Ressourcen und Sinnformen der Seelsorge vgl. Karle, Isolde: »Seelsorge in der modernen Gesellschaft. Spezifische Chancen, Ressourcen und Sinnformen der seelsorgerlichen Kommunikation«, in: *Evangelische Theologie* 59 (1999), S. 203-219.

