

„Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (Mt 25,36)

Ein Impulspapier zur Sorge der Kirche um die Kranken

20. Februar 2018

„Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (Mt 25,36). Ein Impulspapier zur Sorge der Kirche um die Kranken / hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. – Bonn 2018. – 35 S. – (Die deutschen Bischöfe – Pastoralkommission ; 46)

INHALT

Zum Geleit.....	5
Einleitung.....	8
Herausforderungen des Gesundheitssystems.....	8
Die Qualität des Gesundheitssystems und der damit verbundene Anspruch.....	9
Der Trend zur Ambulantisierung.....	10
Die Zunahme des Pflegebedarfs.....	11
Der Ausbau der Palliativversorgung.....	12
Herausforderungen für die Krankenpastoral	13
Sorge um die Kranken als bleibende Aufgabe der Kirche	13
<i>Ethische Dimension</i>	18
<i>Spiritualität</i>	21
<i>Seelsorgegeheimnis in multiprofessionellen Teams</i>	23
Krankenseelsorge in den Pfarreien und Seelsorgeeinheiten.....	24
Krankenhausseelsorge	28
Schlussgedanken.....	34

Zum Geleit

Die Sorge der Kirche um Kranke und Sterbende nimmt, ausgehend von dem Auftrag und dem Vorbild Christi (vgl. *Mk* 1,32–34), in der Rangfolge pastoraler Verpflichtungen einen hohen und zentralen Stellenwert ein. Die Kirche stellt sich seit ihrem Bestehen dieser christlichen Verpflichtung, über die Jahrhunderte jeweils angepasst an die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen.

Diese Verpflichtung besteht seit den Zeiten der Urgemeinde für alle Mitglieder einer christlichen Gemeinde, indem sie gehalten sind, die Kranken zu besuchen, ihre Leiden nach Möglichkeit zu lindern und ihnen Trost und Beistand zu spenden. In zunehmend ausdifferenzierten Gesellschaften spezialisieren sich die Dienste der Sorge um Kranke; sie teilen sich auf in heilende und pflegende Professionen sowie seelsorgliche Berufe.

Auch in einem modernen, spezialisierten Gesundheitssystem ist die seelsorgliche Zuwendung zu den Kranken, ihren Angehörigen und dem im Gesundheitswesen arbeitenden Personal eine bleibende Aufgabe. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger bezeugen mit ihrem Dienst am kranken und sterbenden Menschen außerdem die unverbrüchliche Würde eines jeden Menschen in unserer Gesellschaft. Krankheit und Tod gehören zum Leben, Schwachheit und Situationen der Ohnmacht prägen menschliches Miteinander ebenso wie Erfolge und Leistungsstärke. Die Bedingungen, unter denen Seelsorgerinnen und Seelsorger ihren Dienst der Zuwendung zu kranken und sterbenden Menschen versehen, sind einem raschen Wandel unterzogen. Ein hoch-

spezialisiertes System mit einer effizienten Medizin und Pflege führt dazu, dass in stationären Einrichtungen nur noch solche Kranken behandelt werden, die nicht ambulant versorgt werden können. Dem Wunsch der Menschen, bei Krankheit möglichst zu Hause behandelt zu werden und am Ende ihres Lebens in ihrer gewohnten Umgebung sterben zu können, wird mehr und mehr Rechnung getragen. Entsprechend ändern sich die Bedingungen sowohl für die Krankenhäuser und somit für die Krankenhausseelsorge wie auch für den ambulanten Bereich und somit für die Territorialeseelsorge.

Die deutschen Bischöfe haben sich schon mehrfach zur Krankenpastoral geäußert, zuletzt umfangreich mit dem Schreiben „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ aus dem Jahr 1998. Der vorliegende Text konkretisiert diese Überlegungen, indem er die aktuellen Herausforderungen des Gesundheitssystems aufgreift und die damit verbundenen Erfordernisse für die Krankenpastoral thematisiert. Dies geschieht in dem pastoralen Anliegen, auch unter den Bedingungen eines sich wandelnden Gesundheitssystems nahe bei den kranken und sterbenden Menschen sein zu können. Denn in ihnen begegnen wir dem Herrn: „Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (*Mt 25,36*).

Mit dem von Praktikern aus dem Bereich der Krankenpastoral erarbeiteten Text hat sich auch die Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz eingehend befasst. Dabei wurde erneut deutlich, dass unser christliches Verständnis vom Menschen und die Glaubwürdigkeit der Kirche ganz wesentlich davon abhängen, wie wir mit den Kranken, Behinderten und Schwachen in unserer Gesellschaft umgehen.

Wir dürfen nicht in dem Bemühen nachlassen, die Sorgen dieser Menschen zu teilen.

Bonn/Osnabrück, im Februar 2018

A handwritten signature in black ink, reading "Franz-Josef Bode". The signature is written in a cursive style with a plus sign at the beginning.

Bischof Dr. Franz-Josef Bode
Vorsitzender der Pastorkommission
der Deutschen Bischofskonferenz

Einleitung

Die Krankenpastoral, insbesondere der spezialisierte kategoriale Dienst der Krankenhauseelsorge, unterliegt einem beständigen Wandel und steht vor stets neuen Herausforderungen. Diese ergeben sich einerseits aus den dynamischen Entwicklungen eines hochspezialisierten Gesundheitssystems, das sowohl das seelsorgliche Handeln in den stationären Einrichtungen als auch die Krankenpastoral in den Territorialgemeinden tangiert. Andererseits entstehen die Herausforderungen auch dadurch, dass die pastoralen Strukturen derzeit ebenfalls starken Veränderungen unterliegen.

Das Impulspapier konzentriert sich auf die Haupttrends dieser Veränderungen in der Absicht, die langjährige kirchliche Tradition der Sorge um kranke Menschen zukunftsfähig aufzustellen, um den neuen Herausforderungen gut gerüstet entgegentreten zu können.

Herausforderungen des Gesundheitssystems

Im Folgenden werden vor allem die Entwicklungen beschrieben, die das Gesundheitssystem augenblicklich verändern. Davon betroffen sind sowohl die kranken und pflegebedürftigen Menschen, ihre Angehörigen wie auch die Beschäftigten der ambulanten und stationären Versorgung. Zu ihnen gehören auch die von den Bischöfen mit der Sorge um die kranken Menschen beauftragten Seelsorgerinnen und Seelsorger.

Die Qualität des Gesundheitssystems und der damit verbundene Anspruch

Aufgrund medizinischer, hygienischer, pflegerischer und pharmazeutischer Entwicklungen ist die gesundheitliche Versorgung in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau. Eine gesicherte Gesundheitsgrundversorgung für alle Menschen ist ein Grundrecht und eine Kulturleistung, die Anerkennung verdient. Doch trotz aller Fortschritte bleiben Krankheiten für viele Menschen eine leidvolle Wirklichkeit, die oftmals in sehr existentieller Weise ihren Alltag bestimmt. Jeder Mensch wird im Verlauf seines Lebens zwangsläufig damit konfrontiert, dass seine Gesundheit fragil ist und sein Leben von Krisen, Krankheiten, akuten und chronischen Beeinträchtigungen bedroht sein kann. Gerade in Situationen der Hilfsbedürftigkeit zeigt sich dem Menschen seine Abhängigkeit von den Mitmenschen und der sozialen Umwelt. Oft steht dies im Widerspruch zu einem gesellschaftlich propagierten Bild eines bis in das hohe Alter gesunden und leistungsstarken Menschen. Bei aller Professionalität der Akteure eines gut aufgestellten Gesundheitssystems betrifft eine schwere Krankheit, die lebensbedrohliche Diagnose oder die Realisierung einer beginnenden Demenz den Menschen unmittelbar existenziell und stellt ihn vor Herausforderungen, die sein Leben und das Leben seiner Angehörigen nachhaltig verändern können. Er ist dann verwiesen an ein hochkomplexes medizinisches System mit eigenen Vorgaben und Abläufen, die für ihn oft schwer durchschaubar sind. Ohnmacht, Fremdbestimmung und das Gefühl des Verlustes von Selbstkontrolle sind Empfindungen, die ihn in seiner Krankheit belasten.

Der Trend zur Ambulantisierung

Aus Überlegungen der Kosteneffizienz und um dem oft geäußerten Wunsch der Menschen zu entsprechen, möglichst in der vertrauten Umgebung behandelt zu werden und auch sterben zu können, zeigt sich im Gesundheitswesen seit einigen Jahren ein starker Trend zur Ambulantisierung. Kranke Menschen sollen solange es geht in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben können. Dafür wurden gesetzliche Grundlagen geschaffen (z. B. der gesetzliche Anspruch auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) 2007, das Pflegestärkungsgesetz 2015). Die strukturellen Voraussetzungen zur Umsetzung der ambulanten Versorgung sind im Entstehen. In der Folge sind die stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens nur noch für schwerkranke Menschen vorgesehen. Krankenhäuser nehmen Patientinnen und Patienten nur so lange auf, wie sie auf das hochspezialisierte und teure System zwingend angewiesen sind. Dementsprechend wurden die Verweilzeiten der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern seit Einführung der Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups, deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) deutlich verkürzt. Patientinnen und Patienten werden nach kurzer Zeit entlassen und brauchen häufig noch pflegerische Unterstützung in ihrer Wohnung. Viele Eingriffe und Behandlungen, die noch vor einigen Jahren einen stationären Aufenthalt notwendig machten, können inzwischen in ambulanten Zentren (z. B. Dialyse-, onkologische oder Ambulanzen für chronisch Erkrankte), die an Krankenhäuser angegliedert oder selbstständig sind und in Tageskliniken bzw. Tagespflegeeinrichtungen und Therapiezentren stunden- oder tageweise durchgeführt werden. Selbst schwerstkranke Menschen können inzwischen noch lange zu Hause betreut werden.

Die Zunahme des Pflegebedarfs

In Deutschland ist die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den vergangenen Jahrzehnten stark angestiegen. Dies ist im Wesentlichen bedingt durch die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft. Die Verbesserung der medizinischen, pflegerischen, pharmakologischen und technischen Möglichkeiten hat zu einer signifikanten Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung geführt. Mit höherem Lebensalter nehmen Gebrechlichkeit und chronische Erkrankungen zu. Aufgrund der größeren Anzahl von Menschen in höherem Lebensalter ist daher auch davon auszugehen, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den kommenden Jahrzehnten weiter signifikant steigen wird. Unter ihnen wird sich eine nicht unerhebliche Anzahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen befinden.

Noch werden die meisten pflegebedürftigen Menschen – mehr als zwei Drittel (71 Prozent, 2013) – im häuslichen Bereich durch Angehörige (Familienmitglieder, Freunde und Nachbarn) versorgt, nur etwa ein Drittel von professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens. Das private pflegerische Engagement ist eine nicht zu unterschätzende gesellschaftliche Leistung, da sich die Sorge um kranke und pflegebedürftige Angehörige nicht vollständig durch professionelle Dienste abbilden lässt. In sinnvoller Weise können in vielen Fällen die pflegerischen Leistungen der Angehörigen durch professionelle Dienste ergänzt werden, wofür durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 die Voraussetzungen geschaffen wurden. Auch Mischformen von privater und professioneller Pflege sind verbreitet.

Der Ausbau der Palliativversorgung

Mit der zunehmenden Zahl alter Menschen in einer Gesellschaft – herkömmlich demografischer Wandel genannt – stellt sich auch neu die Frage nach dem Ort des Sterbens. Seit Ende der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts hat sich die Hospizbewegung für die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und das Eingehen auf ihre spezifischen Bedürfnisse eingesetzt. Das Anliegen der modernen Hospizidee, die auf die Britin Cicely Saunders (1918–2005) zurückgeht, ist es, unheilbar kranken Menschen Lebens- und Sterbebedingungen zu ermöglichen, die ihren körperlichen und seelischen Anliegen gerecht werden und auch die Angehörigen einbeziehen. Die Hospizidee, inzwischen in einem umfassenden Konzept *Palliative Care* genannt, geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, was dem christlichen Menschenbild sehr entgegenkommt. Zugrunde liegt die Überzeugung, dass schwerstkranke Menschen nicht allein in körperlicher Hinsicht Schmerzen zu ertragen haben. Folgerichtig definiert die Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahr 2002:

„Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

Der ganzheitliche Ansatz sieht neben den immer mit der Palliativversorgung betrauten Ärzten und Pflegenden, bei Bedarf auch andere Professionen wie Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Vertreter für die spirituelle Komponente, im kirchlichen Sprachgebrauch Seelsorger, vor. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich wurde die Palliativversorgung inzwischen

im Umfang beträchtlich ausgebaut.¹ Eine neue Herausforderung und zugleich eine große Chance bietet die Mitarbeit von Seelsorge in den fest strukturierten multiprofessionell und interdisziplinär arbeitenden Teams der stationären und ambulanten Palliativversorgung.

Herausforderungen für die Krankenpastoral

Vor dem Hintergrund der skizzierten Entwicklungen und Herausforderungen des Gesundheitssystems in Deutschland sollen nun im Nachfolgenden die Konsequenzen für das seelsorgliche Handeln der Kirche im Dienst an den Kranken sowohl in seinen unterschiedlichen inhaltlichen Dimensionen als auch an den je unterschiedlichen Orten bedacht werden. Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist dabei stets der Grundauftrag der Kirche zum Dienst an den Kranken und Schwachen, der im Auftrag Jesu selbst gründet.

Sorge um die Kranken als bleibende Aufgabe der Kirche

Die Sorge um die Kranken ist eine der zentralen Aufgaben der Kirche seit ihren Anfängen. Menschen, die krank sind, insbesondere Schwerkranken und Sterbende, stehen im Zentrum des kirchlichen Auftrags. Für Christinnen und Christen gehört es zu einer

¹ Derzeit gibt es etwa 1.500 ambulante Hospiz- und Palliativdienste, mehr als 200 stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder, ca. 250 Palliativstationen in Krankenhäusern und mehr als 250 fest strukturierte ambulante Teams der sogenannten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Selbstverständlichkeit ihres Glaubens, Kranken und Sterbenden beizustehen und für Pfarrgemeinden bzw. pastorale Einheiten, Krankendienste zu organisieren. Ein Miteinander aus christlichem Glauben schließt die Sorge um die Kranken notwendig mit ein. Kranke Menschen und ihre Familien müssen weiterhin die Sicherheit haben, dass die Kirche und ihre Gläubigen sie nicht im Stich lassen, wenn sie Hilfe brauchen. Die Glaubwürdigkeit der Kirche und eines Lebens aus christlichem Glauben hängen auch von der Antwort auf die Frage ab, wie nachdrücklich und konsequent die Sorge um kranke und sterbende Menschen ihren Ausdruck im pastoralen Handeln findet.

Unter den Bedingungen einer ausdifferenzierten, pluralen Gesellschaft stellen sich die Anforderungen an eine Pastoral mit kranken Menschen in vielfacher Weise verändert dar. Dies gilt insbesondere für hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Gesundheitssystem wird durch hochspezialisierte Professionen und Institutionen getragen, die eine gründliche Zurüstung auch für kirchliche Mitarbeiter notwendig machen. Nur auf diese Weise können Seelsorgende als adäquate Partner in dem komplexen System eines Krankenhauses oder den multiprofessionellen, spezialisierten Teams der ambulanten Palliativversorgung wahr- und ernst genommen werden. In der Krankenhaus-seelsorge sind derzeit bundesweit mehr als 1.000 hauptamtliche pastorale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Die Sorge um kranke Menschen bildet sich indes nicht allein in einem „Spezialistentum“ der kategorialen Seelsorge ab. Die Zuwendung zu kranken Menschen gehört bleibend zu den Kernaufgaben des diakonischen Handelns einer christlichen Gemeinde. Bereits in dem bischöflichen Schreiben „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ aus dem Jahr 1998 heißt es dazu:

„Zur Krankenpastoral einer Gemeinde gehören u. a.:

- regelmäßige seelsorgliche Besuche, vor allem bei Schwer- und Dauerkranken,
- Feier der Krankensakramente (Bußsakrament, Krankenkommunion, Krankensalbung, ggf. Firmung)
- gemeinsame Gottesdienste mit Kranken und deren Angehörigen,
- Eucharistiefiern mit Feier der Krankensalbung,
- Hausgottesdienste und -eucharistiefiern bei Kranken, mit ihren Angehörigen, Nachbarn und Bekannten,
- Fürbitten im Gottesdienst für Kranke,
- Einladung von Krankenhausseelsorgern zu Gesprächen, Seminaren und Gottesdiensten in der Gemeinde,
- Förderung von Selbsthilfe- und Nachsorgegruppen ehemaliger Krankenhauspatienten,
- Zusammenarbeit mit Sozialstation, Nachbarschaftshilfe und ambulanter Krankenpflege,
- Besuchsdienst von ehrenamtlichen Gemeindegliedern (in ökumenischer Kooperation und mit wechselseitiger Information) und vieles andere.“²

Das von den haupt- und zunehmend ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pfarrgemeinden bzw. pastoralen Einheiten getragene diakonische Handeln der Gemeinde will gefördert, gestaltet und begleitet sein. In der Ausbildung zu den pastoralen Berufen erscheint es daher sehr sinnvoll, dass der Um-

² Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): *Die Sorge der Kirche um die Kranken*, 3.4.6.: Die deutschen Bischöfe Nr. 60 (Bonn 1998), S. 32.

gang mit Krankheit, Leiden und Sterben sowohl theoretisch als auch praktisch behandelt und später in Fortbildungen weiter vertieft und persönlich hinterfragt wird. Der Bereich der Kranken-seelsorge sollte dabei weiterhin in den Pastoralkonzepten fest verankert werden, damit die Kranken nicht aus dem Blick geraten. Neben einer notwendigen persönlichen Eignung gilt es, die theologische, pastorale und liturgische Kompetenz immer wieder zu vertiefen, um gepaart mit der aus Erfahrung anwachsenden Feld- und Vernetzungskompetenz, Seelsorge als einen verlässlichen und qualifizierten Partner auf allen Ebenen im Gesundheitswesen zu stärken.

Das Engagement der Kirche in der Sorge um kranke und sterbende Menschen lässt sich auch an der Erreichbarkeit der Seelsorge ablesen. Die in den (Erz-)Diözesen mit der Krankenpastoral beauftragten Seelsorgerinnen oder Seelsorger sind bemüht, möglichst rund um die Uhr erreichbar zu sein, um in krisenhaft zugespitzten Situationen im Umfeld von Krankheit, Sterben und Tod die Präsenz der Glaubensgemeinschaft sichtbar und lebendig werden zu lassen. Neben dem spürbaren Dasein ist in diesen Situationen häufig die liturgische Kompetenz gefragt, um Unsagbares ausdrücken und vor Gott bringen zu können. Wie in jeder Form der Krankenseelsorge, so sollen auch die Seelsorgerinnen und Seelsorger im Rahmen der Rufbereitschaft den Kranken und ihren Angehörigen erfahrbar machen, dass sie in ihren schweren Stunden nicht allein sind, sondern von der Kirche begleitet und durch Gebet und sakramentlich-gottesdienstliche Zeichen, bisweilen durch schweigendes Ausharren unterstützt werden. Für diesen Dienst der Kirche sind die pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ob Geistliche oder Laien, durch den Bischof gesandt.

Gerade in krisenhaften Situationen müssen die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um den besonderen Charakter der verschiedenen liturgischen Elemente wissen und erkennen, was

in der einzelnen Situation geboten ist und dies gemäß den Umständen ermöglichen. Auch wenn der zahlenmäßige Rückgang von Priestern in der Krankenseelsorge zu einem immer schwieriger zu erfüllenden Wunsch nach Beistand durch einen Priester führt, bleibt es erstrebenswert, dass alle katholischen Christinnen und Christen bei schwerer Krankheit die Gelegenheit haben, das Sakrament der Krankensalbung zu empfangen. Dieses Sakrament hat seinen genuinen Ort nicht erst in unmittelbarer Todesgefahr, sondern soll eine Stärkung für den Kranken in seinem leibseelischen Schwächezustand sein. Deshalb ist es erforderlich, dass in den Gemeinden und im Krankenhaus regelmäßig Gelegenheit zum Empfang der Krankensalbung gegeben ist. Die Spendung des Sakramentes der Krankensalbung ist dem Priester vorbehalten. Sie kann und sollte sinnvollerweise auch innerhalb der Messfeier im Krankenhaus geschehen und angeboten werden.

Für die Situation des Scheidens und Hinübergehens aus diesem Leben sieht die Tradition der Kirche die Wegzehrung (*Viaticum*) vor, damit der Sterbende, solange er noch voll bei Bewusstsein ist, in besonderer Weise am Mysterium des Todes und der Auferstehung Jesu Christi teilnimmt. Die Wegzehrung kann durch Priester, Diakone oder Kommunionhelfer gereicht werden. Sie kann auch im Rahmen der Feier einer heiligen Messe empfangen werden. Gegebenenfalls können mit der Wegzehrung auch die Sakramente der Buße und der Krankensalbung von einem Priester gespendet werden.

Auch der vielerorts eingeführte Sterbeseegen, der von Priestern und Laien gespendet werden kann, ist ein zeichenhafter Ausdruck des Beistandes Gottes und der Nähe Jesu Christi. Wie in der Medizin muss auch in Pastoral und Liturgie der Unterschied zwischen einer allgemeinen Lebensgefahr und dem Sterbeprozess beachtet werden. So gilt es immer, sich an der spezifischen Situation der Kranken bzw. Sterbenden zu orientieren. Bei der

Entscheidung, welche Form der Begleitung und welche gottesdienstlichen Elemente gewählt werden, ist auf die Wünsche der Kranken oder Sterbenden und – falls sich diese nicht mehr äußern können und ihr Wille nicht bekannt ist – auf die Wünsche der Angehörigen, soweit möglich, einzugehen.³ Wie nachgefragt gerade diese Präsenz der Kirche ist, zeigen die Daten aus der Krankenhausseelsorge, die belegen, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger bei sehr vielen sterbenden Patientinnen und Patienten im Krankenhaus präsent sind. Dieser Dienst, der – oft im Verborgenen – Tag und Nacht geleistet wird, unterstreicht, wie ernst es der Kirche ist, sich um Kranke zu sorgen.

Die innerhalb dieses Themenfeldes bestehende Zusammenarbeit mit anderen Konfessionen und – beginnend – mit anderen Religionen ist eine Konsequenz der Sorge um alle Kranken. Das Miteinander und gegenseitige Verweisen aufeinander ist an vielen Orten erfreulicherweise Alltag. Dies zeigt sich auch in der inhaltlichen Kooperation. Hier ist im Besonderen auf die „Christliche Patientenvorsorge“ hinzuweisen.⁴ Gemeinsame Gottesdienste und Informationsblätter bezeugen vor Ort diese lebendige ökumenische Zusammenarbeit. Noch am Anfang stehen die Kooperationen mit der islamischen Seelsorge.

Ethische Dimension

Moderne Medizin und Pflege stehen mehr denn je in einem Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichem Fortschritt und öko-

³ Vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): *Die Sorge der Kirche um die Kranken: a. a. O.*, S. 16.

⁴ Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hgg.): *Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung*. Gemeinsame Texte Nr. 20 (Hannover/Bonn 2012).

nomischen Zwängen sowie zwischen Erwartungen und Befürchtungen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen. In diesem Spannungsfeld stellen sich regelmäßig Fragen nach der Würde und der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, aber auch nach der gerechten Verteilung begrenzter Ressourcen. Ob es sich beispielsweise um Therapiebegrenzung auf der Intensivstation, dauerhafte künstliche Ernährung bei Schluckstörungen, Zwangsmaßnahmen bei psychiatrischen Erkrankungen oder die Erkundung des mutmaßlichen Patientenwillens im häuslichen Bereich handelt, nie geht es nur um medizinische Indikationen und rechtliche Rahmenbedingungen. Immer stellt sich auch die Frage nach dem zugrunde liegenden Menschenbild und der ethischen Dimension medizinischer und pflegerischer Entscheidungen.

Die Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen hat dazu geführt, dass in den letzten Jahren – besonders im Bereich der Kliniken – neue ethische Strukturen eingeführt wurden. Dieser Vorgang wurde begünstigt durch die inzwischen weitverbreiteten Zertifizierungen für Kliniken, die einen objektiven Qualitätsstandard belegen wollen. Besonders zu nennen ist die Einrichtung klinischer Ethikkomitees (KEK), in denen möglichst alle Berufsgruppen des Krankenhauses vertreten sind. Aufgaben der klinischen Ethikkomitees sind vor allem die Auswertung der ethischen Fallbesprechungen auf den Stationen, die Konzeption neuer ethischer Leitlinien für das Krankenhaus sowie die Schulung der Mitarbeiter in ethischen Fragestellungen. Hier findet die von der Klinik weitgehend unabhängige Position der Krankenhausseelsorge besondere Wertschätzung. Bereits mehr als 50 Prozent der Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger bringen in klinischen Ethikkomitees und bei ethischen Fallbesprechungen bundesweit ihre seelsorglichen, moraltheologischen und philosophischen Kompetenzen ein. Viele Menschen möchten heute für den Fall, dass sie ihren Willen nach einem

Unfall oder schwerer Krankheit nicht mehr selbst erklären können, Vorsorge treffen. Am 1. September 2009 trat nach jahrelanger Auseinandersetzung das Patientenverfügungsgesetz in Kraft. Durch eine Patientenverfügung, z. B. die christliche Patientenverfügung, in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht können für den Fall, dass man selbst nicht mehr in der Lage ist, seine persönlichen Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu regeln, gesetzliche Vertreter benannt werden, die den Willen der Patientin oder des Patienten durchsetzen. Obwohl inzwischen nach repräsentativen Befragungen mehr als 25 Prozent der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger eine Patientenverfügung besitzen und von den über 65-Jährigen mehr als 50 Prozent eine Patientenverfügung sogar ausgefüllt haben, besteht noch viel Fortbildungs- und Erklärungsbedarf. Auch hier ist die spezialisierte Seelsorge bei der Beratung der Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden sehr gefragt.

Ein besonderes Augenmerk verdient die ethische Beratung in der ambulanten Versorgung. Viele Träger von Pflegeheimen und ambulanten Einrichtungen beklagen, dass es nahezu unmöglich ist, eine ethische Fallbesprechung durchzuführen, da in der allgemeinen Versorgung für dieses Aufgabenfeld bisher keine Vergütung vorgesehen ist. Wünschenswert wäre daher, dass die Träger von Altenwohnheimen und ambulanten Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen Leitlinien für ethische Fallbesprechungen erstellen, verabschieden und umsetzen. Dadurch könnten z. B. unnötige Einsätze von Notärzten oder die Verlegung einer sterbenden Patientin oder eines sterbenden Patienten vermieden werden. Hierbei wäre es sicher erstrebenswert und hilfreich, wenn die Häuser in kirchlicher Trägerschaft eine Vorreiterrolle einnehmen und sich an der Erarbeitung ethischer Leitlinien beteiligen würden. Offenbar kann der Aufbau einer institutionellen Ausstattung mit der schnell voranschreitenden Ambulantisierung nicht in jedem Fall Schritt halten. Dies gilt ver-

gleichbar für die Seelsorgerinnen und Seelsorger in den pastoralen Räumen. Sie werden in den Feldern diakonischen Handelns der Kirche mit Anforderungen konfrontiert, die ein Mehr an Spezialisierungen, einen erhöhten Zeitaufwand und ein Zugehen auf einen nicht selten kirchenfernen Personenkreis erfordert. Die Möglichkeit einer Erhöhung der Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Orten der kategorialen Seelsorge und in den Territorialgemeinden ist nicht absehbar. Daher wird es in der Krankenpastoral der Zukunft darauf ankommen, ein fruchtbares Miteinander von hauptamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern, die in den kategorialen Diensten eingesetzt sind, und denjenigen der Territorialgemeinden, die sich dort auf die speziellen diakonischen Anforderungen hin vorbereiten müssen, zu gestalten.

Spiritualität

Aus der US-amerikanischen Medizin kommend, ist der Begriff „Spiritualität“ (*spiritual care*) im deutschen Gesundheitswesen in den letzten Jahren in den Fokus von medizinischer Forschung und Praxis gelangt – zunächst weitgehend jenseits von kirchlicher Initiative oder Beteiligung. Studien belegen, dass Menschen Ressourcen zur Krankheitsbewältigung aus einer starken Verbundenheit zum Göttlichen, zur Natur, zu Mitmenschen oder zum inneren Selbst beziehen. „Spiritualität“ umschreibt dabei eine Fähigkeit des Menschen, seine Existenz in vielfältiger Weise zu transzendieren und daraus Kräfte für die Lebensführung, insbesondere in schwierigen Situationen wie denen der Krankheit, zu schöpfen. Im Zuge einer verstärkt ganzheitlichen Sicht der Patientinnen und Patienten ist gerade von medizinischer Seite in den vergangenen Jahren Krankenhausseelsorge als wichtiger und hilfreicher Dienst erfahren worden. Vielerorts besteht der Wunsch, Seelsorgerinnen und Seelsorger fest und

verlässlich in das Behandlungsteam einzubeziehen. Speziell die Palliativmedizin hat die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse ausdrücklich in ihr Handlungskonzept aufgenommen und bezieht Seelsorgerinnen und Seelsorger in das therapeutische Team, auch im ambulanten Bereich, mit ein. *Spiritual Care* soll vom gesamten Team geleistet werden. Auch Ärzte und Pflegende sehen sich der spirituellen Komponente des ganzheitlichen Behandlungsansatzes verpflichtet. „Spiritualität“ wird hierbei zu einem Synonym für einen universalen persönlichen Zugang zum (kranken) Menschen und die Weckung seiner inneren Kräfte. Dieser Zugang gründet sich nicht zwingend allein auf eine christliche Deutung und sieht sich nicht exklusiv an das Handeln von Seelsorge gebunden.

Die Zunahme der Bedeutung von „Spiritualität“ als Ressource für den Menschen fordert die Kirche heraus, Seelsorge und Spiritualität aus ihrer Sicht zu definieren und mit spezifischen Inhalten zu füllen. In der christlichen Glaubensstradition bezeichnet „Spiritualität“ herkömmlich die Fähigkeit des Einzelnen zu transzendieren und eine persönliche Gottesbeziehung einzugehen. Spiritualität ist hier der Ausdruck der ganz persönlichen Gott-Mensch-Beziehung. Seelsorge (*cura animarum*) im katholischen Verständnis ist allerdings ein über Spiritualität hinausweisender, von der ganzen Gemeinschaft der Gläubigen getragener und von der ganzen Gemeinde beauftragter Dienst am Menschen. Die Seelsorgerin oder der Seelsorger bringt den (kranken) Menschen den Zuspruch der ganzen christlichen Gemeinde und spendet den Segen Gottes. Katholische Seelsorge sieht ihr Selbstverständnis darin, auf dem Hintergrund des Christusgeschehens Menschen auf ihrem je eigenen Weg zu begleiten und gemeinsam mit ihnen zu ergründen, was ihr Leben trägt, kräftigt und ihm Sinn verleiht. Dies geschieht im Vertrauen auf tragende Lebensfundamente und Lebenseinsichten im Horizont der Zuwendung Gottes zum Menschen.

Die spirituelle Begleitung von Menschen macht dabei einen wesentlichen Teil der seelsorglichen Tätigkeit aus. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger bringen mit ihrer gelebten und reflektierten Spiritualität eine besondere Sensibilität und Erfahrung ein, um im weitgehend säkularen, aber spirituell sich öffnenden Milieu des modernen Gesundheitswesens den Heilszuspruch Gottes, wie er uns durch Jesus Christus zugesagt wurde, zu bezeugen. Dabei ist Seelsorge herausgefordert, Sprache und Formen zu finden, die helfen können, die Spiritualität der kranken Menschen in angemessener Weise anzusprechen und zu unterstützen.

Insgesamt trägt die Aufwertung der „Spiritualität“ (*spiritual care*) dazu bei, dass im säkularen Umfeld der Krankenversorgung auch konfessionell-katholische Angebote wieder aufmerksamer wahrgenommen und übermittelt werden. Die liturgische Präsenz der Seelsorge gewährleistet für katholische Patientinnen und Patienten durch die Mitfeier der Eucharistie und den Empfang der Sakramente die Teilnahme an der Gemeinschaft Gottes und der Gläubigen. In den verschiedensten Situationen von Leid, Schmerz und Trauer gestaltet die Seelsorge angemessene Formen der rituellen Begleitung für Kranke, ihre Familien und ebenso für das behandelnde Personal. Vermehrt trifft sie dabei auf Menschen, die mit Sprache und Symbolen der Kirche nicht mehr vertraut sind, jedoch gerade dann neu den Wert christlicher Rituale entdecken.

Seelsorgegeheimnis in multiprofessionellen Teams

Spirituelle Aspekte halten Einzug in multiprofessionelle Teambesprechungen und in die Patientendokumentation. Die teilnehmenden Seelsorgerinnen und Seelsorger sind jedoch, anders als die anderen Teammitglieder, an eine spezifische Verschwiegenheitspflicht (Seelsorgegeheimnis) gebunden, die aufgrund ihrer Nähe zum Beichtgeheimnis (*CIC*, c. 983 § 1) eines besonderen

Schutzes bedarf. Der Staat schützt die Träger des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses, indem er ihnen ein umfassendes Recht auf Zeugnisverweigerung einräumt (§ 53 *StPO*). Das Seelsorgegeheimnis unterscheidet sich somit von der staatlich auferlegten beruflichen Verschwiegenheitspflicht der Ärzteschaft (Berufsgeheimnis, § 203 Abs. 1 *StGB*) und den Bestimmungen für den öffentlichen Dienst (Amtsverschwiegenheit, § 203 Abs. 2 *StGB*), die innerhalb des Behandlungsteams eine Kommunikation erlauben. Im Einzelfall können Seelsorgerinnen und Seelsorger durch die Patientin oder den Patienten von der Verschwiegenheitspflicht entbunden werden, müssen aber sorgfältig prüfen, ob und inwieweit sie Aussagen oder Mitteilungen an Dritte verantworten können. Das Beichtgeheimnis hingegen bleibt stets unverbrüchlich.

Krankenseelsorge in den Pfarreien und Seelsorgeeinheiten

Durch den verstärkten Ausbau des ambulanten Versorgungssystems werden immer mehr Kranke in Wohneinrichtungen oder zu Hause gepflegt. Dadurch wird sich auch die Anzahl der Menschen erhöhen, die zu Hause, in Heimen und Hospizen sterben werden. Diese Schwerkranken und Sterbenden können nicht mehr zur Kirche kommen bzw. an gemeindlichen Angeboten teilnehmen. Für diese Gruppe von Menschen muss Kirche zu einem aufsuchenden Dienst, zu einer „Geh-Hin-Kirche“ werden. Ein solch aufsuchender Dienst der Seelsorgerinnen und Seelsorger ergänzt in sinnvoller Weise die übrigen Angebote des pastoralen Raumes. Aufsuchende Seelsorge geschieht bereits in Seniorenheimen, Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen und Hospizen. In vielen dieser Einrichtungen finden regelmäßig seelsorgliche Gespräche, Beratungen, Gottesdienste

sowie die Feier der Krankensalbung statt. In Ambulanzen, die einem Krankenhaus angegliedert sind, kann mancherorts durch die Klinikseelsorge seelsorgliche Einzelbegleitung angeboten werden.

Im häuslichen Umfeld sind meist die Angehörigen die wichtigsten Bezugspersonen für die Kranken. Auch können Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste sowie Hausärzte für die Kranken zu Vertrauenspersonen, auch in spiritueller Hinsicht, werden. Seitens der Pfarrgemeinden wird seelsorgliche Begleitung durch Gespräche und die Feier der Sakramente (Hauskommunion, Krankensalbung) ermöglicht. Dabei sollte auch die seelische Unterstützung der Angehörigen im Blick sein. Da die Krankenpastoral sich auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitssystem sowie die Angehörigen wendet, müssen sich die Seelsorgenden der Territorialgemeinden auf eine Gesamtsicht dieser Personengruppen unter dem Anspruch der Krankenpastoral einrichten und entsprechend darauf vorbereitet werden.

Die zurückgehende Zahl von Priestern und hauptamtlichen pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie die wachsende Größe der pastoralen Einheiten bringen neue Probleme mit sich. Es wird schwieriger werden, den persönlichen Kontakt zwischen Gemeindemitgliedern und hauptamtlichen Seelsorgern herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten. Von daher wird die Mitwirkung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pfarrseelsorge weiter an Bedeutung gewinnen. Bereits jetzt arbeitet eine große Zahl Ehrenamtlicher in den ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten mit. Getragen von einer christlichen Grundhaltung der Zuwendung zum bedürftigen Nächsten entdecken viele Christinnen und Christen ihr Charisma in der Begleitung von Kranken und sterbenden Menschen. Sie berichten von sehr eindringlichen und bereichernden Erfahrungen im Kontakt mit diesen Menschen. „Die Getauften und ihre Charismen sind der eigentliche Reichtum der Kirche. Die Charismen

zu entdecken, sie zu fördern und ihren positiven Entfaltungs- und Sendungsraum in der Kirche und in der säkularen Welt zu erkennen und zu gestalten, ist die zentrale Aufgabe dieser Pastoral.“⁵

Das adäquate Einbinden des ehrenamtlichen Engagements, das erfreulicherweise in großem Maße in den Pfarrgemeinden anzutreffen ist, erweist sich als eine lohnenswerte Aufgabe. Die Zusammenarbeit von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen muss jedoch gefördert und aktiv gestaltet werden. „Dabei darf nicht übersehen werden, dass unter den Bedingungen einer arbeitsteiligen und funktional hochdifferenzierten Gesellschaft eine Professionalisierungstendenz wirksam wird. Es ist gut, dass hauptberufliche Theologen und andere Fachleute eine Beteiligung der Kirche an den hochspezifischen Systemen in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft ermöglichen. Wie die Gesellschaft muss auch die Kirche kritisch den damit verbundenen Tendenzen zur Entmündigung oder Entfremdung im Verhältnis von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen entgegenwirken. Priester, Diakone, Pastoralreferentinnen und Gemeindeferenten arbeiten dann professionell, wenn sie die Partizipation vieler fördern und die Delegation auf wenige abbauen. Hauptberuflichkeit ermöglicht also zum einen kompetentes Engagement der Kirche im Dienst an der Gesellschaft. Zum anderen dient sie der Entfaltung der Gaben und Charismen der getauften Frauen und Männer zum Aufbau des Leibes Christi.“⁶

Auch die Zusammenarbeit der Pfarrgemeinden mit den ambulanten Pflegediensten vor Ort kann intensiviert werden. Denkbare Angebote seitens der Pfarrgemeinden wären die seelsorgliche

⁵ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): „*Gemeinsam Kirche sein*“. *Wort der deutschen Bischöfe zur Erneuerung der Pastoral*. Die deutschen Bischöfe Nr. 100 (Bonn 2015), S. 19.

⁶ *Ebd.*, S. 40.

Schulung und die Begleitung von Angehörigengruppen, ambulanten Pflegediensten, Palliativpflegediensten und Hausärzten im Bereich der spirituellen Kompetenz. Hilfreich ist des Weiteren eine gute Kooperation zwischen Klinikseelsorgern und Pfarrgemeinden im Sinne einer „Übergabeseelsorge“. Hierbei gilt es zu beachten, dass ein zunehmend restriktiv ausgelegter Datenschutz Besuche der Seelsorgerinnen und Seelsorger aus der Gemeinde in den Kliniken erschweren, da sie keine Auskünfte über Adressen und Religionszugehörigkeit der Patientinnen und Patienten mehr erhalten. Umso mehr muss die Überleitung aktiv und verantwortlich gestaltet werden.

Denn je stärker sich die Ambulantisierung auswirkt, desto schneller werden kranke Menschen aus stationären Einrichtungen entlassen. Sie werden von daher immer weniger durch kategoriale Seelsorgedienste oder die Seelsorgenden der Territorialgemeinde während der stationären Aufenthaltszeiten angetroffen. Ähnliches gilt auch für die in den Pfarrgemeinden vermehrt entstehenden Wohngemeinschaften von Menschen mit Behinderungen, vor allem geistigen Behinderungen. Hierbei entstehen neue Anforderungen an die Gestaltung einer Kooperation von kategorialer und territorialer Seelsorge, von ehrenamtlicher Tätigkeit in stationären Einrichtungen und den Wohneinrichtungen zu Hause. Auch die sorgenden Tätigkeiten der Angehörigen einer Pfarrgemeinde sind unter einer Perspektive der Krankenpastoral verstärkt zu beachten.

Eine ganz eigene Form der Herausforderung entsteht durch die wachsende Entkirchlichung. Viele Menschen haben im Laufe ihres Lebens aus unterschiedlichsten Gründen den Kontakt zur Kirche verloren, verstehen sich selbst aber im weitesten Sinne als religiös. Diese „Menschen am Rande kirchlicher Strukturen“ bei schwerer Krankheit oder an ihrem Lebensende zu erreichen und zu begleiten, erfordert eine enge Vernetzung von kirchlichen Strukturen mit Pflegediensten, Hausärzten, Pflegestütz-

punkten sowie ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten. Dabei ist ein fester Ansprechpartner für Fragen der Krankenpastoral im Seelsorgeteam vor Ort sinnvoll.

Nach dem Tod eines Kranken schließen sich als Nachsorge neue seelsorgliche Aufgaben an. Die Segnung der Verstorbenen, die Gestaltung von Totenwachen in der häuslichen Umgebung sowie die Feier von Exequien, Trauergottesdiensten und Beerdigungen sind für Angehörige und Freunde hilfreich auf dem Weg des Abschiednehmens und der Trauerbewältigung. Viele Pfarrgemeinden bieten im Anschluss an die akute Trauerphase Gesprächsgruppen für Trauernde (z. B. Trauercafés) oder Einzelbegleitungen zur Unterstützung an.

Krankenhausseelsorge

Neben der allgemeinen Krankenpastoral ist die Krankenhausseelsorge ein spezialisierter kirchlicher Dienst mit bischöflichem Haupt- oder Teilauftrag, der seinen Wirkungsort in den Kliniken hat. Hier stehen Seelsorgerinnen und Seelsorger kranken Menschen im fremden und oftmals verwirrenden Umfeld des Medizinbetriebs zur Seite. Seelsorgliche Begleitung ist von dem christlichen Glauben getragen, dass Menschen in dieser Situation Sinn und Würde bedingungslos zugesprochen sind. Seelsorge wendet sich an Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen sowie die Mitarbeitenden der Krankenhäuser – unabhängig von Konfessions- und Religionszugehörigkeit. Von staatlicher Seite erhält die katholische Seelsorge uneingeschränktes Zugangsrecht im Sinne des Grundrechts auf freie Religionsausübung (*GG* Art. 4, Abs. 2) und des Selbstbestimmungsrechts der Kirchen (*GG* Art. 140 in Verbindung mit der *Weimarer Reichsverfassung* Art. 141). Krankenhausseelsorge ist mit ihrem Aufgabenspektrum inzwischen im Klinikalltag so weit eta-

bliert und anerkannt, dass viele Kliniken Seelsorge als Qualitätsmerkmal ausweisen und sich an der Einrichtung von (weiteren) Seelsorgestellen interessiert zeigen.

Die Ambulantisierung bringt mit sich, dass im Krankenhaus überwiegend Patientinnen und Patienten mit schwereren Krankheitsverläufen anzutreffen sind. Der Bedarf an Seelsorge nimmt dadurch deutlich zu. Gleichwohl bedingt die moderne Krankenhausorganisation bei kurzen Liegezeiten und effektiv aufeinander abgestimmten Behandlungsabläufen immer engere Zeiträume für den seelsorglichen Kontakt. Daher muss heutzutage gezielter gefragt werden: Wer braucht im Moment die Seelsorge? Wo deutet sich gerade seelische oder existentielle Not an? Wen bedrängen Fragen nach Sinn und neuem Lebensmut? Die Aufgaben der Krankenhausseelsorge entwickeln sich durch Beziehungsaufnahme und Gespräche. Die Kontaktaufnahme mit den Patientinnen und Patienten geschieht in den Kliniken, in denen es noch möglich ist, vielfach durch kursorische Besuche. Die Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger besuchen dabei die Patientinnen und Patienten reihum; sie eruieren auf diese Weise in Gesprächen Interesse und bieten Seelsorge an. In großen Kliniken geschieht dies in der Regel gemäß den nach Stationen aufgeteilten Zuständigkeiten der Seelsorgenden. Viele (Erz-)Diözesen legen in ihrer Ausbildung einen großen Wert auf den Aspekt einer aufsuchenden Krankenhausseelsorge, die sich an dem Bibelwort orientiert, das diesem Rahmenkonzept als Überschrift dient: „Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (*Mt* 25,36). Ob die Begegnung mit der Seelsorgerin oder dem Seelsorger nach einer ersten Begegnung weitergeführt wird und sich weitergehende Gespräche ergeben, es möglicherweise zu einem intensiven religiösen Austausch und einer Gemeinschaft im Gebet oder der Feier der Sakramente kommt, ist abhängig vom Wunsch der Patientin oder des Patienten. Das direkte Aufsuchen von Patientinnen und Patienten katholischen

Glaubens wird dabei zunehmend durch verschärfte Datenschutzrichtlinien beschränkt, die eine Auskunft über die Konfessionszugehörigkeit erschweren.

Weiterhin wenden sich die Kranken bzw. deren Angehörige auch selbst an die Seelsorge. Häufiger ist es jedoch das Personal der Klinik, das Seelsorge ins Gespräch bringt und vermittelnd tätig wird. Ärzte und Pflegekräfte erwarten für eine gute Zusammenarbeit ein fachlich kompetentes und verlässliches Gegenüber. Daher ist es unerlässlich, dass Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger gut qualifiziert sind, die Sprache und Kultur eines Klinikbetriebes verstehen lernen und ihre eigene Arbeitsweise transparent gestalten. Um Vermittlungsdienste leisten zu können, erwarten Klinikmitarbeiter eine verlässliche Erreichbarkeit der Seelsorge. Vor allem in akuten Krisensituationen leisten Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger einen spezifischen Dienst.

Es ist wünschenswert, dass die Krankenhausseelsorge in multiprofessionellen Teams, die im Rahmen von Qualitätssicherung und Zentrenbildung entstehen, an gemeinsamen Zielen mitarbeitet. Wenn die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus in gutem Austausch untereinander stehen und dabei ihre unterschiedlichen Sichtweisen auf die Betreuung der Kranken einbringen, macht sich dies bemerkbar in der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen und ebenso in der Atmosphäre des Krankenhauses.

Bei entsprechender Qualifizierung und Bereitstellung von Ressourcen empfiehlt sich eine fachliche Spezialisierung gemäß den medizinischen Zentren, verknüpft mit der Möglichkeit, seelsorglich in regionalen Netzen der Integrierten Versorgung mitzuarbeiten. Viele Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger sind inzwischen beispielsweise weiterqualifiziert

für Seelsorge in der Intensiv- oder Palliativmedizin, der Onkologie, der Kinder- und Jugendmedizin oder der Psychiatrie.

In einem positiven Sinne betrachtet sich Krankenhausseelsorge als dem hoch spezialisierten System Krankenhaus zugehörig – aber auch bleibend im Wissen um die Eigenständigkeit ihres kirchlichen Auftrags. Im Unterschied zum Leitgedanken der Klinik, Krankheiten zu therapieren und zu heilen, nimmt sie das Heil-Sein im umfassenden Sinn in den Blick, das sich unabhängig von medizinischen Diagnosen ereignet. Im biblischen Bezug auf die Geschöpflichkeit und Kreatürlichkeit des Menschen hält die Krankenhausseelsorge das Bewusstsein der Begrenztheit(en) menschlichen Lebens und der Leidempfindlichkeit des Daseins lebendig. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen für eine Hoffnung jenseits aller menschlichen Unzulänglichkeit. Aufgabe der Seelsorge ist es, mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen Situationen der Ohnmacht auszuhalten in der Gewissheit der alles tragenden Liebe Gottes. Seelsorge macht die auch in Ohnmachtssituationen erhalten gebliebene menschliche Würde offenkundig. Sie erfüllt damit eine prophetische Aufgabe im ökonomisch gesteuerten Krankenhaus, dessen erfolgsorientierte Sichtweise schwer vereinbar ist mit dem erlebten unheilbaren Leid und unlösbaren Lebenskrisen. Krankenhausseelsorge hat den Auftrag, bei aller medizinischen Kunst eine Kultur des Unverfügbaren lebendig zu halten. Aus dieser Perspektive betrachtet sie die Einrichtung als Ganze und nimmt als Notleidende auch eine überlastete Ärzteschaft sowie Pflegekräfte und gering bezahltes Klinikpersonal wahr. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus schätzen ihre unabhängige Sichtweise, wenn sie die Seelsorge für sich selbst in Anspruch nehmen.

Besonders in Kliniken in katholischer Trägerschaft wird Krankenhausseelsorge verstärkt als Mitarbeiter- und Betriebsseelsorge verstanden. „Eine katholische Einrichtung soll sich bei-

spielsweise durch eine besondere Achtsamkeit gegenüber Mitarbeitenden und Nutzern und ihren Bedürfnissen auszeichnen. Wichtig sind auch Schwerpunkte in der Fortbildung in ethischen Fragen und eine intensive geistliche Begleitung der Mitarbeitenden einer Einrichtung oder eines Verbandes. Kirchliche Einrichtungen haben den Anspruch, dass sich das Liebeshandeln der Kirche auch im Handeln ihrer Mitarbeitenden widerspiegelt.“⁷ Die Seelsorgerinnen und Seelsorger beteiligen sich an den Unternehmungen des Trägers, das christliche Profil der Einrichtung auszuprägen und lebendig zu halten. Als Theologen legen sie Gottes Wort im Klinikalltag aus. Der immer weniger mit kirchlichen Traditionen vertrauten Mitarbeiterschaft vermitteln sie christliche Werte und die Rituale der Glaubensgemeinschaft. Im angespannten Berufsalltag zwischen dem Wunsch zu helfen und der Erfahrung eigenen Scheiterns wünschen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft die Möglichkeit zum Gespräch und spirituelle Unterstützung.

Bei aller Notwendigkeit zur Kooperation und Integration bleibt die Unabhängigkeit in und gegenüber der Einrichtung ein unverzichtbares Merkmal der Krankenhausseelsorge. Vielfach wird von den Seelsorgenden im Krankenhaus als vorteilhaft beschrieben, zwar Mitarbeitende im „System Krankenhaus“ zu sein, aber als vom Bischof beauftragt und durch kirchliche Mittel finanziert, eine unbefangenen kritisch-prophetische Haltung dem System gegenüber einnehmen und dieses bei Bedarf hinterfragen zu können. Diese Freiräume müssen bei der Anstellung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern zwischen beauftragender Kirche und aufnehmendem Krankenhaus deutlich gemacht und gesichert werden. Die Fachaufsicht (Qualitätssiche-

⁷ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): *Das katholische Profil caritativer Dienste und Einrichtungen in der pluralen Gesellschaft*. Die deutschen Bischöfe Nr. 98 (Bonn 2014), S. 22.

nung) muss auch bei Refinanzierungsverträgen kirchlich angebunden bleiben. Vermehrt nehmen Kliniken, vor allem in kirchlicher Trägerschaft, inzwischen Eigenanstellungen von Seelsorgerinnen und Seelsorgern vor. Dort, wo die verfasste Kirche nicht mehr ausreichend pastorales Personal bereitstellen kann, wird künftig besonders auf die seitens der Kirche definierten Standards der Krankenhausseelsorge zu achten sein, welche die Grundbedingung für eine bischöfliche Beauftragung katholischer Seelsorge darstellen.

Krankenhausseelsorge in guter Kooperation mit der Klinik kann nur gelingen unter den Bedingungen einer guten Zusammenarbeit zwischen den Konfessionen. Ökumenisches Miteinander der Seelsorgerinnen und Seelsorger bei gegenseitiger Anerkennung der konfessionellen Unterschiede entspricht heute dem bekundeten Willen und erfährt die Unterstützung der Kirchenverantwortlichen. Vergleichbare Ausbildungsstandards, ein ökumenisch abgestimmtes Seelsorgekonzept vor Ort, regelmäßige Teambesprechungen und die Möglichkeit zur Supervision tragen zu einer guten Ökumene bei. So kann auch in einer Klinik erfahrbar werden, dass christlicher Glaube in Gemeinschaft und Solidarität gelebt werden will. Zunehmend äußern Patientinnen und Patienten anderer Religionen und Kulturen, in denen die Krankenhausseelsorge als Profession bisher nicht bekannt war, Bedarf an seelsorglicher Begleitung. Muslimische Patientinnen und Patienten beispielsweise, die keine familiäre Unterstützung vor Ort erfahren, wünschen sich geistlichen Zuspruch. So gehören die Zusammenarbeit und der Dialog mit Vertretern anderer Religionen und deren sendenden Institutionen heute ausdrücklich mit zum Aufgabenfeld der Klinikseelsorge.

Wie andere Abteilungen im Krankenhaus hat auch die Seelsorge in den letzten Jahren ihr Selbstverständnis als Team weiterentwickelt. In vielen Kliniken präsentiert sich die Krankenhausseelsorge inzwischen als strukturell unabhängige ökumenische

Abteilung. Sie bildet ein geistliches Zentrum in der Klinik, ausgestattet mit Gottesdienstraum, Gesprächszimmern und Büros. Durch Gewinnung, Qualifizierung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krankenhausseelsorge weitet sie ihr Angebot, die Kranken aufzusuchen, in der Klinik aus. In der Öffnung und Vernetzung mit den Ortsgemeinden macht sie Kirche als Ganze für die Kranken erfahrbar.

Schlussgedanken

Die Sorge der Kirche um die Kranken bleibt weiterhin eine gemeinsame Aufgabe und eine Herausforderung für alle Christinnen und Christen – in Pfarreien und Seelsorgeeinheiten sowie in den stationären Einrichtungen. Die Begegnung mit kranken und sterbenden Menschen stellt Anforderungen an das soziale Umfeld, an Ehepartner, Kinder, Freunde und Nachbarn ebenso wie an die im bischöflichen Auftrag handelnden Seelsorgerinnen und Seelsorger. Ohne eine lebendige Umsetzung des kirchlichen Auftrags in allen Schattierungen – vom Besuchsdienst bis hin zur Beteiligung an multiprofessionellen ethischen Fallbesprechungen – kann die Sorge um die Kranken nicht spürbar werden. Dies beginnt beim Engagement aller Christinnen und Christen in den einzelnen Gemeinden.

Es ist unverzichtbar für ein glaubwürdiges Handeln der Kirche, die Auseinandersetzung mit den zentralen Themen „Krankheit, Leid und Tod“ bleibend zu führen. Durch das Engagement der Kirche in diesem Bereich wird die tröstende und befreiende Botschaft des Glaubens an den gekreuzigten und auferstandenen Herrn Jesus Christus lebendig und für den einzelnen Kranken erfahrbar. Ermutigend und überzeugend ist dabei, dass sehr viele Menschen bereit sind, sich zusätzlich in diesen Themenfeldern zu qualifizieren. Sowohl die Berufszufriedenheit der

(hauptamtlichen) pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch die Zufriedenheit der in diesem Bereich tätigen Ehrenamtlichen ist aufgrund der unmittelbaren Sinnhaftigkeit ihres Tuns sehr hoch.

Aus der Sicht der Krankenpastoral gilt es, einem zentralen Anliegen der Kirche, dem theoretischen wie praktischen Einsatz für den Schutz des Wertes und der Würde des menschlichen Lebens, besonders an seinem Anfang und Ende, gerecht zu werden. Vor allem diejenigen Menschen, die sich in Grenzsituationen befinden, sollen spüren können, dass Kirche hier leibhaftig präsent ist und in diesen konkreten Situationen ihrer ethischen Überzeugung sozusagen Hand, Fuß und Stimme gibt. Auch die seelsorgliche Begleitung von Menschen in den verschiedensten Extremsituationen, wie etwa bei einer bevorstehenden Geburt eines behinderten und bald sterbenden Kindes oder bei einem aufkommenden Wunsch nach Suizidassistenz, gilt es weiterhin aufrechtzuerhalten, zu fördern und zu vertiefen.

Das christliche Menschenbild beruht auf der bedingungslos liebenden Zuwendung Gottes zum Menschen und dem Vorbild des Handelns des Gottessohnes, der sich, wie die Bibel vielfach bezeugt, immer wieder den Kranken und Schwachen zugewandt und sich mit ihnen identifiziert hat. Hierin liegt die Grundlage des Handelns der Kirche auch bei Krankheit und Tod. Das nachdrückliche Bemühen, den Wert und die Würde des menschlichen Lebens in allen seinen Phasen der Öffentlichkeit zu vermitteln und in Kommunikation zu bringen, wird in einer säkularen Gesellschaft immer wichtiger. Religiöse, ethische und spirituelle Themen zu platzieren bleibt auch in der Zukunft eine wichtige Aufgabe der Kirche.