

konzepte Nr. 4/ Oktober 2001

**Krankenseelsorge in
Kirchengemeinden und
Krankenhäusern**

konzepte

**HAUPTABTEILUNG IV a
PASTORALE KONZEPTION**

DER DIÖZESE ROTTENBURG-STUTTGART



Gedanken zum Bild

Verschwinden und Offenbaren

*INTENSIVSTATION – für die einen fremd,
für die anderen aus eigener Erfahrung bekannt.
Für mich ist sie ein Symbol.
Schauen wir doch einfach hin.*

*Wir sehen Apparate und kaum den Menschen.
Der Mensch ist verdeckt, zugedeckt,
geradezu versteckt.
Der Mensch ist verschwunden!*

*Dieses Bild, diese Situation ist SYMBOL
für das Verschwinden des Menschen
in der heutigen Medizin, in der modernen Zeit,
in unserer Gesellschaft!*

*In der Intensivstation verschwindet der Patient
unter Schläuchen und Kabeln.
In Pflegeheimen verschwindet der Mensch
hinter der verschlossenen Türe seines Zimmers.
In Großfirmen und Institutionen
verschwindet der Mensch
hinter Rationalisierungs- und Sparmaßnahmen.
Weltweit verschwinden*

*die armen Völker des Südens
hinter Strukturanpassung und Globalisierung.
Selbst die Tränen und Schreie der Trauernden
sollen mit Hilfe von Beruhigungstabletten
verschwinden.*

*Gegen das Verschwinden
setzt Gott seine Offenbarung.
Offenbaren heißt sichtbar machen,
spürbar, hörbar.*

*Der Offenbarer Jesus:
er schaut die Menschen an,
er spricht den Aussätzigen an,
er stellt das Kind in die Mitte,
er berührt die Kranken,
er benennt das Unrecht,
er verkündet Gott als einen Freund des Lebens.*

*Wir sind seine Jüngerinnen und Jünger,
gesandt zu offenbaren
in der Welt von heute:*

Den MENSCHEN in die Mitte!

Albert Rau,
Krankenhausseelsorger in Leonberg

*Orientierung der »Arbeitsgemeinschaft
Katholische Krankenhaus- und Kurseelsorge
in der Diözese Rottenburg-Stuttgart« in
Zusammenarbeit mit der HA IVa –
Pastorale Konzeption des Bischöflichen
Ordinariats der Diözese Rottenburg-Stuttgart
Juli 2001*

Vorwort

Der vorliegende Text »Krankenseelsorge in Kirchengemeinden und Krankenhäusern« versteht sich als Orientierung der »Arbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus- und Kurseelsorge in der Diözese Rottenburg-Stuttgart«.

Das Papier

- skizziert ein differenziertes Verständnis von Krankheit und Kranksein,
- eröffnet bibeltheologische Zugänge der kirchlichen Sorge für die Kranken,
- versucht eine Umschreibung von mitgehender, begleitender Krankenseelsorge,
- nimmt die Krankenseelsorge der Kirchengemeinden in den Blick,
- beschreibt Aufgabe und Tätigkeit einer Seelsorge im Krankenhaus,
- benennt Herausforderungen, die sich aus den Entwicklungen im Krankenhausbereich ergeben und
- formuliert auf diesem Hintergrund einige kritische und weiterführende Anfragen.

Die Zielstellung und auch die Bedeutung dieser Orientierung haben sich im Lauf seiner Entstehung aufgrund verschiedener Umstände verändert. Ursprünglich sollte eine Arbeitsgruppe von Krankenseelsorgern und Krankenseelsorgerinnen in Zusammenarbeit mit

Vertretern des (damaligen) Seelsorgereferats und des Personalreferats des Bischöflichen Ordinariats das in der Reihe »Materialdienst« im September 1980 veröffentlichte diözesane Grundlagenpapier »Krankenseelsorge in den Gemeinden und Krankenhäusern« im Auftrag des Geschäftsführenden Ausschusses des Diözesanrats überarbeiten und so den veränderten kirchlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen anpassen.

Die Gruppe hatte 1996 bereits einen ersten Entwurf erarbeitet und dem Geschäftsführenden Ausschuss des Diözesanrats vorgelegt, als bekannt wurde, dass die Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz eine pastorale Handreichung zur Krankenhauseselsorge erarbeiten würde. Das diözesane Projekt wurde daraufhin zurückgestellt. Im April 1998 erschien dann die Handreichung der Deutschen Bischöfe »Die Sorge der Kirche um die Kranken«.

Eine neue Arbeitsgruppe hat daraufhin den Entwurf überarbeitet und durch bibeltheologische Überlegungen erweitert. So ist die vorliegende Orientierung der Arbeitsgemeinschaft eine aus der Praxis für die Praxis entstandene weitere Anregung zur »Krankenseelsorge in Kirchengemeinden und Krankenhäusern«.

Für die Arbeitsgemeinschaft
Katholische Krankenhaus- und Kurseelsorge
in der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Josef Scharl

Für die HA IVa – Pastorale Konzeption
des Bischöflichen Ordinariats
der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Georg Kopp, Domdekan

1. Krank sein – heil werden

1.1 Krank sein

Wenn ein Mensch krank wird, löst dies oft einen krisenhaften Prozess aus. Krankheit kann dabei als akutes, chronisches oder unfallbedingtes Leiden auftreten. Oft bleibt dem Menschen seine Krankheit unverständlich, ja unerklärlich; das Leiden wird dadurch noch verstärkt. Von diesem sowohl körperlichen als auch seelischen Geschehen ist der Mensch in vielen Dimensionen seines Lebens betroffen.

Für den kranken Menschen bedeutet dies zunächst körperliche Schwäche oder seelische Beeinträchtigung und damit einhergehend Schmerz, Hinfälligkeit und Bedürftigkeit. Eng mit dem Erleben von Krankheit verbunden sind aber auch Gefühle von Ohnmacht, Angst und Trauer. Dazu kommt oft der Verlust an Entscheidungsspielraum und die Einschränkung der Freiheit.

Körperliche Schwächung oder seelische Beeinträchtigung des erkrankten Menschen können dazu führen, dass der erkrankte Mensch nicht mehr in gewohnter Weise am sozialen Leben teilnehmen kann, seiner gesunden Umgebung gegenüber in eine Außenseiterrolle gerät und sich das Gefühl einstellt, nicht mehr dazugehören, ausgeschlossen und ausgestoßen zu sein. So kann Krankheit auch Hilflosigkeit und Abhängigkeit mit sich bringen. Vor allem in einer Gesellschaft, in der weithin Leistung und Autonomie zählen, ist nicht selten das Selbstwertgefühl des Kranken bedroht oder beeinträchtigt. Krankheit wird dann als peinliche Schwäche oder persönliches Versagen erlebt und Kranksein mit Nutzlossein und Überflüssigsein gleichgesetzt.

Dazu trägt oft auch die hochtechnisierte Gestalt unseres Gesundheitswesens bei, das den Patienten einseitig von seinem Mangel her definiert, ihn zur Passivität im Heilungsprozess drängt und ihm das Gefühl vermittelt, nicht nur seiner Krankheit, sondern auch einem übermächtigen medizinischen Apparat ausgeliefert zu sein.

Krankheit kann auch in existentiell-religiöser Hinsicht eine Krise auslösen. So wird der Mensch durch Krankheit mit seiner Verletzbarkeit, seinen Grenzen, seiner Bedrohtheit, ebenso auch mit seiner Endlichkeit, Vergänglichkeit und Todesverfallenheit konfrontiert. Dringlicher als sonst stellt sich angesichts von Krankheit auch die Frage nach Schuld und nach dem eigenen Schuldig-Sein. Der Mensch erfährt in der Krankheit die Gebrochenheit seines Daseins und zugleich seine Heilungs- und Heilsbedürftigkeit. Das bisherige Lebens- und Sinngefüge wird gestört, das Welt- und Gottesverständnis gerät ins Wanken. Damit provoziert Krankheit die Frage nach dem Sinn des Lebens und fordert zur Daseinsdeutung heraus.

Dabei bedeutet Krankheit aber nicht nur Krise für den Menschen in allen seinen Dimensionen, sie kann zugleich auch Herausforderung und Chance sein: Chance zur Umkehr und Neuorientierung, Chance zur Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen und mit dem Tod, Chance zur Annahme der Gebrochenheit und Sterblichkeit der eigenen menschlichen Existenz.

Die Bibel beschreibt Krankheiten in Bildern, die auch heute noch als Metaphern für verschiedene Weisen und Ebenen des Krankseins gesehen werden können.

In diesem übertragenen Sinn ist krank, wer blind ist für das Wesentliche und die Wahrheit seines Lebens und deswegen an Verzagtheit, Scham, Zweifel, Minderwertigkeitsgefühlen oder aber an Trotz und Größenwahn leidet. Krank ist, wer taub ist für Leid, Elend und die schreiende Not in der Welt, wer in Beziehungen, Partnerschaft und Familie stumm wird und resigniert, Kommunikation nicht wagt oder sie behindert. Krank ist, wer sich (von Enttäuschungen gelähmt oder starr vor Angst) nicht mehr zu leben traut und seine Lebensmöglichkeiten nicht wahrnehmen kann.

Als krank gelten kann auch eine Gesellschaft, die den Wert eines Menschen allein nach seinen (produktiven) Leistungen bemisst oder die in der Weise mit den natürlichen Ressourcen umgeht, dass nachfolgenden Generationen die Lebensgrundlage entzogen wird.

Als krank gelten kann schließlich eine Kirche, die das Leben und die Liebe nur nach Geboten, Verboten und moralischen Normen beurteilt, die kritische Personen oder Gruppen ausgrenzt oder Kommunikation behindert und verhindert.

Kranksein ist ein Teil des Lebens. Kranksein *ist* Leben und lässt sich daher verstehen als eine Weise des »Unterwegs-Seins« von Menschen. Krankheit selbst kann dann als eine Etappe auf diesem Weg begriffen werden, in der sich grundlegende Lebenserfahrungen nochmals vertiefen und intensivieren.

1.2 Theologische Aspekte ¹⁾

Gott begegnet uns in der Bibel als der, der die Welt erhält und sich um den Menschen sorgt, sodass er leben kann. Gott ist ein »Freund des Lebens« (Weisheit 11,26). An diesem Grundsatz biblischen Glaubens müssen alle Versuche

scheitern, Krankheit von Gott her als Strafe zu verstehen.

Angesichts der Erfahrung sinnlosen Leidens bleibt dem Menschen oft nur die Klage. In der Klage können Protest, Verzweiflung, Aufbegehren, Anklage, Ausweglosigkeit und Ungeduld zu Wort kommen. Dies ist auch die Weise, in der biblische Beter mit ihrem Leid umgehen. Und Gott hört die Klagenden, er verschließt sich ihrem Hadern und Aufbegehren nicht. Zugleich wird die Annahme der Klage durch Gott als Befreiung und Geborgenheit erfahren. Sie ermöglicht Vertrauen und Hoffnung, selbst wenn die Frage nach dem Warum und Wozu dennoch oft unbeantwortet bleibt.

Auch wenn Gott für uns Menschen letztlich der Nichtbegreifbare und Unverfügbare bleibt, so hat er nach biblischem Zeugnis den Menschen dennoch sein Wesen gezeigt. Im Ersten Testament hat er sich geoffenbart als Jahwe, als der »Ich-bin-da«, der den Menschen in der Krise nicht allein lässt und der sein Volk von Mühsal und Bedrängnis befreit. Er hat sich gezeigt als der Gott, der hinzukommt und mitgeht, als der, der Menschen begleitet, auch und gerade wenn diese mit ihren Kräften am Ende sind.

Mit der Menschwerdung Gottes in Jesus Christus wird diese Botschaft radikalisiert. Denn damit zeigt Gott, wie ernst er es mit seinem Hinzukommen und Mitgehen meint. Und er zeigt damit, wie sehr er sich mit allem Menschlichen, also auch mit der Gebrochenheit der menschlichen Existenz, identifiziert. Jesus ist Gottes unbedingtes Ja zu den Menschen – auch zu ihren dunklen und krisenhaften Seiten. In Jesu Leiden und Sterben hat Gott selbst sich an die Seite der Schwerkranken und Sterbenden gestellt. Die Auferweckung Jesu ist zugleich Gottes Versprechen, dass Krankheit und Leiden, Sterben und Tod

nicht das letzte Wort behalten, sondern überwunden werden, und dass wir berufen sind »zum Leben in der bleibenden Gemeinschaft mit Gott und mit allen bei ihm und mit ihm Vollendeten.«²⁾

Im Umgang Jesu mit den Kranken wird Gottes Begleitung und Parteinahme für die Leidenden exemplarisch deutlich: Jesus wandte sich den Kranken vorbehaltlos zu, suchte ihre Nähe und verhalf ihnen, oft durch Zeichen und Wunder, zu neuem Leben. Krankenheilungen sind Zeichen der bereits angebrochenen Gottesheerrschaft.

So gehören Heilung und Heil im Neuen Testament eng zusammen: In der Heilung von Krankheit verwirklicht sich Gottes heilende Absicht, sein Heil wird sichtbar. Insofern ist die Sorge um die Gesundheit und das Bemühen, Krankheit und Leid nach Möglichkeit zu überwinden, eigentliches christliches Heils-handeln. Christliches Heilen geht dabei über die Beseitigung körperlicher oder seelischer Mängel hinaus; es geht um ein umfassendes, ganzheitliches Heilwerden, so wie es die Sündenvergebung erwirkt: Heilung, Heil erlangt der, der sich mit allem, was zu ihm gehört, in all seiner Gebrochenheit und Endlichkeit annimmt als einen Menschen, den Gott angenommen hat, als einen Menschen, der den unüberwindbaren Krankheiten und letztlich dem Tod zustimmen kann und so Frieden findet.

1.3 Füreinander Sorge tragen im Kranksein

Die Kirche hat den Auftrag, die Sorge Gottes um den Menschen gegenwärtig und spürbar zu machen. Seelsorge ist damit auf das Heils-handeln Gottes bezogen – auf seine Zuwen-

dung zu den Kranken, auf sein Mitgehen in Krise und Dunkelheit und auf seine Zusage von Heil und Leben. Dabei stellt die biblische Perikope von der Begegnung mit dem Auferstandenen auf dem Weg nach Emmaus (Lk 24, 13-35) die wesentlichen, jeweils aufeinander verweisenden Elemente einer seelsorgerlichen Wegbegleitung exemplarisch vor. Sie zeigt Wege hilfreicher und heilender Begleitung durch den Auferstandenen und durch Menschen, die ihm nachfolgen.³⁾

Ausgangspunkt aller Begleitung ist das Hinzukommen und Mitgehen, das Beziehung und Gemeinschaft stiftet: »Jesus kam dazu und ging mit ihnen.« Es geht also darum, auf die Menschen zuzugehen und sich auf ihren Weg einzulassen, sich Zeit zu nehmen, ihnen zuzuhören, die Nöte und Ängste, die Enttäuschungen und auch die Hoffnungen wahrzunehmen und zu verstehen, gemeinsam all das anzuschauen, was Menschen innerlich bewegt: »Er fragte sie: Was sind das für Dinge, über die ihr auf dem Weg miteinander redet? Da blieben sie traurig stehen.«

Dies eröffnet, sich zu erinnern, Erfahrungen zu vergegenwärtigen und dadurch zu deuten, aber auch offen zu werden für neue Erfahrungen, Menschen und Begegnungen. Und ermöglicht den nächsten Schritt: Diese erzählte Lebenserfahrung kann im Licht der Heilsbotschaft des Evangeliums gedeutet und interpretiert werden. »Und Jesus legte ihnen dar, ... was in der Schrift geschrieben steht.« Verkündigung ereignet sich nicht nur in religiösen Begriffen und Geschichten, sondern auch in der Haltung und im Tun des Seelsorgers oder der Seelsorgerin. Solche das Leben deutende Verkündigung ermöglicht eine neue Sichtweise des Geschehenen, des zurückliegenden und des zukünftigen Lebenswegs. Hier erschließt sich Sinn, hier scheint

etwas auf vom Geheimnis des eigenen Lebens und darin vom Geheimnis Gottes. Damit kann auch das Potential an Trost und Hoffnung, das die erzählten Glaubensgeschichten enthalten, hier und jetzt wirksam werden. Und es kann gelingen, Menschen »auf das Wirken Gottes in ihrem Leben aufmerksam zu machen.«⁴⁾

Dieses ganzheitliche Geschehen erfährt in der liturgischen und sakramentalen Feier sowie in den Symbolhandlungen des Glaubens eine sinnliche Verdichtung und Verwirklichung: »Er nahm das Brot, sprach den Segen, brach es und gab es ihnen.« In der Feier der Sakramente – den Zeichen des Heils, das die körperliche, seelische und geistige Dimension des Menschen umfasst – können glaubende Menschen die helfende, tröstende und heilende Nähe Gottes erfahren und ihre Heilkraft spüren. Gerade in Zeiten der Krankheit sind Sakramente der Stärkung (Eucharistie), der Versöhnung (Bußsakrament) und der Heilung (Krankensalbung) von besonderer Bedeutung. Wer sich auf die Weggemeinschaft des Emmausgangs einlässt, dem können »die Augen aufgehen«; eine neue Beziehung zu sich selbst, zu Gott und zum Mitmenschen kann entstehen.

2. Heilende Weggemeinschaft

2.1 Weggemeinschaft mit Kranken in der Gemeinde

Weggemeinschaft mit Kranken in der Gemeinde bedeutet, die Kranken nicht zu vergessen, sie nicht auszugrenzen: Leben, Schmerz, Leid und Not der Kranken müssen als Erfahrung der Gemeinde wahrgenommen und in das Leben der Gemeinde eingebunden werden. So kann die Wirklichkeit unserer gebrochenen Existenz im Bewusstsein der Gemeinde lebendig bleiben.

Andererseits sollte die Gemeinde versuchen, am Leben der Kranken teilzunehmen und diese nach Möglichkeit zu begleiten. Es geht dabei um ein wechselseitiges Geschehen, bei dem Gesunde und Kranke gleichermaßen Gebende und Empfangende sind. Angesichts dieser Bedeutung der Kranken für die Gemeinde und der Gemeinde für die Kranken sind Aktivitäten und Schwerpunkte der Gemeindegarbeit im Blick auf ihre Sorge für die Kranken kritisch zu überprüfen.

Die Gemeinde ist herausgefordert, ihre Kranken wahrzunehmen, sie kennenzulernen und Wege zu ihnen zu finden. Die Weggemeinschaft der Gemeinde mit ihren Kranken kann auf verschiedene Weise konkret werden: Die wichtigste Aufgabe der Gemeinde ist es, ihre Kranken zu besuchen. Dies kann jedes Gemeindegmitglied in der eigenen Familie oder in der Nachbarschaft tun. Ehrenamtlich und hauptberuflich tätige Seelsorgerinnen und Seelsorger machen Krankenbesuche in der Gemeinde und im Krankenhaus.

Weggemeinschaft mit Kranken kann auch im Rahmen von Selbsthilfegruppen geschehen. Dazu gehören Gruppen für Menschen mit

bestimmten Krankheitsbildern (wie Suchtkrankheiten, Krebs, Herzinfarkt, Multiple Sklerose, Aids) und Kontaktgruppen für psychisch Kranke ebenso wie Gruppen für pflegende Angehörige und trauernde Menschen. Die Aufgabe der Gemeinde besteht darin, solche Gruppen wahrzunehmen, sie womöglich anzuregen oder sie zu unterstützen, indem die Gemeinde Räume zur Verfügung stellt oder (gelegentliche) Mitarbeit anbietet.

Die Weggemeinschaft der Gemeinde mit ihren Kranken muss auch in der Feier der Sakramente ihren Ausdruck finden und spürbar werden. So ist es wichtig, den Kranken den Empfang der Sakramente zu ermöglichen, etwa durch das Angebot, sie zum Gottesdienst abzuholen, oder durch den Dienst einer Hauskommunion. Kranke können am Leben der Gemeinde teilhaben, wenn der Sonntagsgottesdienst auf Kasette aufgezeichnet und so zu den Kranken gebracht wird. Die Kranken können in der Gemeinde sichtbar werden, wenn ihre Erfahrungen in die Gottesdienste eingehen: In Predigten und Fürbitten; beim Blasiussegen; bei Gottesdiensten, in denen die Krankensalbung erteilt wird; bei Gottesdiensten, die Kranke mitgestalten; bei der Aussendung der Krankenkommunionshelfer in der sonntäglichen Eucharistiefeier oder bei einem Krankentag.

Krankheit und Kranksein geschieht nicht ausschließlich im privaten Lebensraum. Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger können elementaren Fragen des Krankseins und des Sterbens durch Veranstaltungen in Kirchengemeinden oder im Einzugsbereich ihres Krankenhauses öffentliches Interesse verschaffen und die Bürger zum gesellschaftlichen Diskurs

anregen. Die neue Sensibilität unserer Gesellschaft für medizin-ethische Fragen am Anfang sowie am Ende des Lebens (beispielsweise im Blick auf Pränataldiagnostik, Bestattung von Frühgeburten, Trauerarbeit mit verwaisten Eltern, Hirntoddiagnostik, Organtransplantation, Sterbegleitung statt Sterbehilfe, Palliativmedizin, Schmerztherapie, Hospizdienste und Hospize) sowie für die vorsorgenden Willenserklärungen im Hinblick auf das eigene Sterben (Patientenverfügung, medizinische Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) ist zum Teil auch dem Engagement von Krankenhauseesorgern zu verdanken. In diesen für alle Menschen elementaren Lebensfragen können kompetente Krankenhauseesorgern und -seelsorger helfen, eine eigene Meinung zu bilden, zu eigenen Entscheidungen ermutigen (manchmal auch gegen den Trend der Zeit und der Medizin) und solche Entscheidungen durch Beratung und Information vorbereiten. So verkündet diese spezifische Art von Bildungsarbeit den Glauben der Kirche an »Gott als den Freund des Lebens« (Weisheit 11,26), der den Menschen nahe ist – auch und gerade, wenn diese in schwerer Krankheit oder in schwierigen Entscheidungssituationen zu zerbrechen drohen.

Um diesen vielfältigen Aufgaben gerecht zu werden, ist die Gemeinde auf ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen. Sie hat die Aufgabe, immer wieder geeignete Gemeindemitglieder für verschiedene Dienste an den Kranken zu gewinnen. Diese ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen auf ihren Dienst vorbereitet und in einer Beauftragungsfeier der Gemeinde vorgestellt werden. Eine Begleitung in ihrem Dienst durch erfahrene Seelsorgerinnen und Seelsorger sollte gewährleistet sein. Bei der

Vorbereitung und Begleitung der ehrenamtlichen Dienste sollen die verantwortlichen Krankenhauseesorgern und -seelsorger mit den Dekanatsgeschäftsstellen und Bildungswerken zusammenarbeiten.

Ein besonderer Bereich der ehrenamtlichen Mitarbeit in der Krankenseelsorge sind die Sitzwachen- und Hospizgruppen für Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie für die häusliche Pflege schwerkranker Menschen. Dieser Dienst gewinnt zunehmend an Bedeutung und ist durch Angebote zur Ausbildung, Begleitung und Fortbildung zu fördern, durch Strukturen der Zusammenarbeit sowie durch den Ersatz von Unkosten zu unterstützen.

Bewährte Modelle für Rahmenvereinbarungen oder Satzungen können helfen, die Zusammenarbeit wie die Unterstützung zu sichern.

Auch wenn für ein Krankenhaus ein/e eigene/r Krankenhauseesorgern/-seelsorger beauftragt ist, muss die Verbindung zwischen den Kranken und ihrer Gemeinde aufrechterhalten werden. Dies kann durch eine Verknüpfung von Krankenhauseelsorge und Gemeindepastoral durch gegenseitige Dienste gewährleistet werden. Die Arbeit von hauptberuflichen Krankenhauseesorgern und -seelsorgern und von Engagierten in ehrenamtlichen Besuchsdiensten aus den Gemeinden ergänzt sich wechselseitig, wobei jeder dieser Dienste seinen spezifischen Charakter hat. Der hauptamtlich wahrgenommene Dienst fördert dabei Aufbau und Begleitung der Besuchsdienste und Hospizdienste sowie die Beteiligung von Gemeindegruppen oder -gliedern am Gottesdienst im Krankenhaus (z.B. Chor, Begleitung der Patienten zum Gottesdienst). Eine weitere Möglichkeit der Verzahnung und Vernetzung ist die Präsenz des/der hauptberuflich tätigen Krankenhauseesorgers/Krankenhauseesorgern in der

Gemeinde, etwa durch gelegentlichen Predigt-dienst, Mitarbeit im Caritas-/Sozialausschuss oder in Gesprächsgruppen oder Impulsen der Krankenhauseseelsorge an Gruppen, die außerhalb der Klinik für und mit Kranken arbeiten.⁵⁾

2.2 Weggemeinschaft mit Kranken im Krankenhaus

Das moderne Krankenhaus ist eine eigene Welt. Dennoch findet sich dort die alltägliche Situation der Menschen wie in einem Mikrokosmos abgebildet und verdichtet.

Die Spannung, in der menschliches Leben immer steht, tritt hier unvermittelt und in aller Schärfe zutage; sie zeigt sich in der Polarität von Macht und Ohnmacht, Machbarkeit und Begrenztheit, Aktivität und Passivität, Hektik und Langeweile, Spezialisierung und Ganzheitlichkeit, Krankheit als zu reparierendem Defekt und Kranksein als leibseelischem Ereignis.

In dieser Spannung, die oft auch zu Entfremdungssituationen führt, stehen sowohl die Patientinnen/Patienten als auch die Menschen, die mit den Kranken und für sie arbeiten. Darüber hinaus ist das Krankenhaus der Ort, wo die Erfahrung von Kranksein und Sterben in existentieller Dichte erlebt wird und wo Menschen oft mit sehr schwierigen Lebensumständen zurechtkommen müssen.⁶⁾ Deshalb kommt der Seelsorge hier (in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht) eine besondere Verantwortung zu.⁷⁾

Das »Hinzukommen und Mitgehen« realisiert sich hier vor allem durch die Präsenz der Krankenhauseseelsorgerinnen und -seelsorger auf den Stationen, bei den Kranken und bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im ganzen Haus. Diese Präsenz ist Grundlage

und zugleich wichtigstes »Arbeitsinstrument« der Krankenhauseseelsorge. Sie hat eine doppelte Funktion: Zum einen ermöglicht sie die seelsorgerliche Begleitung, indem das Gesprächsangebot des Seelsorgers/der Seelsorgerin überhaupt erst konkret und annehmbar wird. Zum anderen hat der Seelsorger/die Seelsorgerin durch seine/ihre Präsenz auch Teil an der Schwere der Situation und den vielfältigen Ohnmachts- und Grenzerfahrungen im Krankenhaus. Oft ist er/sie zum Nichtstun verurteilt, erlebt sich als »Fremdling« im säkularen Umfeld, weiß (auch) keine Antwort auf wichtige Fragen. Die Teilhabe an allen diesen Erfahrungen kann einen eigenen Zugang zu den Menschen im Krankenhaus eröffnen. Zugleich gibt sie den Seelsorgerinnen/Seelsorgern die Möglichkeit, die Gestaltung und Organisation des Krankenhausalltags kritisch zu begleiten.

Das Gesprächsangebot gilt allen Menschen im Krankenhaus: den Kranken selbst, ihren Angehörigen und den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Krankenhauses – ungeachtet der Konfessions- oder Religionszugehörigkeit.⁸⁾ Ökumenische und interreligiöse Absprachen sollten selbstverständlich sein.

Das Gesprächsangebot ist aktiv, d.h. der Seelsorger/die Seelsorgerin geht von sich aus auf die Menschen zu. Damit verwirklicht die Krankenhauseseelsorge in besonderer Weise den Sendungsauftrag der Kirche. Die Seelsorge kann sich auch in gemeinschaftsstiftenden Gruppenangeboten zeigen, beispielsweise in Gesprächskreisen für Angehörige in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken oder in Kinderkliniken.

Wesentliches Element der Weggemeinschaft mit Kranken im Krankenhaus sind die liturgischen Feiern: Eucharistiefeiern und Wortgottesdienste (mit oder ohne Kom-

munionfeier), ökumenische Gottesdienste, Kommunionfeiern am Krankenbett, Spendung des Bußsakraments und des Sakraments der Krankensalbung⁹⁾ sowie Tauffeiern. Weitere Symbolhandlungen, die den Glauben leiblich erfahrbar machen, kommen hinzu.

Krankenhausseelsorge bemüht sich auch um einen pietätvollen Umgang mit den Toten und sucht Wege, dass die Verabschiedung auf der Station, die Aufbahrung und die Aussegnung und der Abschied von den Angehörigen in einer menschlichen Form und in würdigen Räumen geschehen kann. Dies und eigens gestaltete Gottesdienste sind eine wichtige Hilfe im Trauerprozess.

Zum Auftrag der Krankenhausseelsorge gehört die Sorge für die dort Tätigen in den verschiedenen Diensten und Bereichen: für die MitarbeiterInnen im Pflegedienst, im ärztlichen Dienst, im Sozialdienst oder in der Brückenpflege; in den Funktionsbereichen wie Labor, Röntgen oder Endoskopie; in den Reinigungsdiensten oder in der Küche. Alle im Krankenhaus Tätigen können erfahren, dass die Seelsorgerin oder der Seelsorger auch für sie da ist. Dies kann geschehen in eher beiläufigen Kontakten auf dem Flur, bei Gesprächen im Stationszimmer, bei der Teilnahme an Übergabe- und Teambesprechungen, in Fortbildungsveranstaltungen im Krankenhaus

oder bei Fortbildungs- und Besinnungswochenenden außerhalb des Hauses. Hierbei besteht die Chance, sich besser kennenzulernen und so die Erfahrungen und Lebensgeschichten der kranken Menschen miteinander verstehen zu lernen.

Wenn Seelsorgerinnen und Seelsorger nicht nur zu den Kranken ihrer eigenen Konfession gehen, sondern im vereinbarten Rahmen alle Patientinnen/Patienten besuchen oder ökumenische Gottesdienste feiern, setzen sie ein deutliches Zeichen ökumenischer Gemeinschaft.

Voraussetzung für eine gute ökumenische Zusammenarbeit in der Krankenhausseelsorge ist das gegenseitige Vertrauen der Seelsorgerinnen und Seelsorger. Förderlich sind dafür regelmäßige Konvente und Teamgespräche sowie gemeinsame Gottesdienste. Das ökumenische Miteinander kann sich auch in der gegenseitigen Vertretung auf ganzen Stationen zeigen. Selbstverständlich bleibt dabei der Respekt vor dem Wunsch der Patienten nach konfessionellen Angeboten der jeweils eigenen Kirche. Wo ökumenische Zusammenarbeit im Sinn einer durchgehenden Dimension der pastoralen Arbeit gelingt, kann Krankenhausseelsorge für die christlichen Kirchen zu einem Modell für die Seelsorge der Zukunft werden.

3. Anfragen und Folgerungen angesichts kommender Herausforderungen

3.1 Herausforderungen

Die Entwicklung der Medizin und ihre immer weiter reichenden Möglichkeiten sowie die demographischen Veränderungen (Lebenserwartung, Lebensbedingungen, chronische Erkrankungen u.a.) stellen eine große Herausforderung an das Gesundheitssystem dar und machen ein grundsätzliches Umdenken und vielfältige Umstrukturierungen (beispielsweise im Management der Krankenhäuser) erforderlich. Davon werden sowohl Patienten als auch Mitarbeiter betroffen (Patient als »Kunde«, soziale Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Auch die Kranken- und Krankenhauseelsorge ist herausgefordert, sich den strukturellen und inhaltlichen Veränderungen zu stellen und ihre Konzepte aufgrund dieser Prozesse zu prüfen.

Mit den Stichworten »Spezialisierung«, »High-Tech« bzw. »Apparatemedizin«, »Qualitätsmanagement-Standards« oder »Fallzahlen« wird eine für Patienten und Personal folgenreiche Entwicklung der Medizin umrissen. Der Intensivmedizin kommt im Alltag der Krankenhäuser und im Bewusstsein der Bevölkerung wachsende Bedeutung zu. Manche neuen Behandlungsmethoden belasten Patientinnen/Patienten und das Personal psychisch und physisch. Oft stellen sie einen tiefen Eingriff in die Integrität und Identität der Kranken dar. Spezialbehandlungen werden in der Regel nur in dafür bestimmten Zentren ausgeführt. Die Extremsituationen in Intensivstationen und solchen Behandlungszentren müssen verkraftet werden: Misserfolge der Behandlungsmethoden, Leistungs- und Erfolgsdruck, Gewissenskonflikte, Entscheidungen unter Zeitdruck,

die Pflege Hirntoter oder die Trennung von Angehörigen.

Im Zusammenhang mit der wachsenden Leistungsfähigkeit der Medizin kommt auch der Anschlussheilbehandlung und der Rehabilitation immer größere Bedeutung zu, die sich zu einem wesentlichen Faktor in unserem Gesundheitssystem entwickelt hat.

Parallel zu diesen Entwicklungen ist – nicht zuletzt auch aus wirtschaftlichen Gründen – ein Trend hin zu immer »schnellerer« Medizin sichtbar: Die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus nimmt ständig ab. Das Personal hat deshalb in den immer kürzer und intensiver werdenden Behandlungseinheiten immer mehr zu bewältigen. Die Kranken sind immer größeren Belastungen ausgesetzt, und für das Gespräch bleibt immer weniger Zeit.

Der Bereich der Ambulanzen und Tageskliniken weitet sich derzeit aus: Schwerwiegende Untersuchungen und Behandlungen werden ambulant durchgeführt. Viele Patientinnen und Patienten mit schweren oder chronischen Erkrankungen sind nur an Ambulanzen gebunden (Transplantierte, Dialysepflichtige, onkologische Patienten). Ihnen kann bisher so gut wie keine seelsorgerliche Begleitung angeboten werden, wie sie im stationären Bereich durch Ärzte und Pflege eingefordert wird. Die Krankenhauseelsorge muss diesen ambulanten und tagesklinischen Bereich ernst nehmen und in Verbindung von kategorialer und gemeindlicher Seelsorge nach gangbaren Wegen suchen.

Die zunehmende Verlagerung der Pflege in den häuslichen Bereich macht ein gut funktionierendes Netz verschiedenster Dienste

notwendig: Brückenpflege, Sozialstation, Hausarzt, Hospizgruppe, ambulante Dienste und Seelsorge. In den Gemeinden gibt es immer mehr Pflegebedürftige und Pflegendе, die die genannten Dienste in Anspruch nehmen (müssen).¹⁰⁾

Vielorts ist die Umwandlung der Organisationsformen der Krankenhäuser von kommunalen bzw. öffentlich-rechtlichen Betrieben zu Eigenbetrieben oder zu privatwirtschaftlichen GmbHs erfolgt. Das Krankenhaus ist zu einer Großorganisation geworden und unterliegt immer mehr dem Prinzip der rationellen Zweckverfolgung und der Leistungswirksamkeit. Verbunden sind damit Konkurrenzen zu anderen Häusern um Behandlungsbereiche und finanzielle Mittel.

Neue Organisationsformen fordern und fördern die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung. Vieles bleibt bei diesen Veränderungsprozessen mit Ängsten verbunden und auch mit Zwängen, etwa dem Zwang, an Fort- und Weiterbildung teilnehmen zu müssen.

Die Selbsthilfebewegung gewinnt im Umfeld von Krankheit und Krankenhaus zunehmend an Bedeutung und beansprucht zunehmend die Mitarbeit der Krankenhauseelsorge. Diese vielfältigen Veränderungen machen die Dringlichkeit eines ethischen Diskurses zwischen Medizin, Pflege und Seelsorge deutlich, insbesondere im Blick auf Fragen um Hirntoddefinition, pränatale Diagnostik, Transplantation, Organentnahme, Gentechnik, Sterbekultur, Palliativ- und Schmerztherapie.

Bei allen diagnostischen und therapeutischen Bemühungen muss der Mensch mit seiner unveräußerlichen Würde im Mittelpunkt stehen. Dies gilt für die Kranken und Sterbenden, ebenso aber auch für alle im Bereich der Pflege, der Medizin und der Seelsorge Tätigen.

3.2 Anfragen und Folgerungen

Vor diesem Hintergrund ist nun zu fragen, in welche Richtung die Konzeption der Kranken- und Krankenhauspastoral weiterzuentwickeln ist.

Bei der Stellenplanung das Kriterium der Bettenzahl allein zu verwenden, ist angesichts der skizzierten Situation unangemessen und nur noch bedingt brauchbar. Wenn die Bettenzahlen sinken, die Anzahl der pro Jahr behandelten Patienten aber steigt, dann bedeutet dies für die Ärzte, für die Pflegenden und für die Seelsorgerinnen und Seelsorger wesentlich mehr Arbeit. Zudem wird die Arbeit schwieriger, da immer häufiger nur die schweren, im ambulanten Bereich nicht behandelbaren Patienten im Krankenhaus untersucht und therapiert werden. Auch ist zu berücksichtigen, in welchem Maße eine Klinik sich spezialisiert hat oder Spezialaufgaben innerhalb ihres Regelauftrags übernommen hat. Die qualitativen wie quantitativen Anforderungen an SeelsorgerInnen auf Intensivstationen, in der Onkologie, auf Kinderstationen oder in der Psychiatrie/Psychosomatik sind dabei deutlich höher als auf den normalen Stationen eines Krankenhauses der Regelversorgung. Unter diesen Umständen ist zu fragen, wieweit solche Umstände herangezogen werden müssen, um den Arbeitsumfang für Seelsorgerinnen/Seelsorger zu bestimmen.

Auch ist darüber nachzudenken, wie der Bereich der Ambulanzen inhaltlich und strukturell in die Krankenhauseelsorge einbezogen werden könnte; hier sind Konzepte zu entwickeln und bei der Stellenplanung entsprechend zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist zu fragen, wie sich die Krankenhauseelsorge im Umfeld von Prävention und Rehabilitation engagieren soll und kann.

Patienten im Krankenhaus sind einer immer größeren Spezialisierung und Anonymisierung ausgesetzt. In dieser Situation stellen Seelsorgerinnen und Seelsorger ein wichtiges und verlässliches personales Angebot dar. Gerade auch in diesem Zusammenhang kommt die Forderung auf, dass das Sakrament der Krankensalbung von dem begleitenden Seelsorger oder der begleitenden Seelsorgerin gespendet werden sollte. Die theologische Debatte über die Frage des rechtmäßigen Spenders sollte deshalb fortgeführt werden.

Ethischen Fragen kommt im modernen Krankenhaus wachsende Bedeutung zu. Dies erfordert von Seiten der KrankenhauseselsorgerInnen ethische Kompetenz in den notwendigen Diskussionen, erworben durch Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Eigenstudium, Praxisberatung, oder Supervision. Sind Krankenhauseselsorgerinnen und -seelsorger Mitglied eines Ethikkomitees (oder eines Ethischen Arbeitskreises) oder arbeiten

im Unterricht an einer Krankenpflegeschule mit,¹¹⁾ sehen sie die Aufgabe, auf ethische Fragestellungen aufmerksam zu machen und beratend mitzuwirken. Die Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus- und Kurseelsorge will hier einen weiteren Schwerpunkt ihrer Arbeit setzen, indem sie – möglicherweise in ökumenischer Kooperation – die in der Krankenhaus-pastoral tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend befähigt.

Um die Präsenz der Krankenhauseselsorge im Krankenhaus unter den genannten Umständen zu gewährleisten, ist Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Patientenbriefe, Plakate, Presse, Kirchengemeinde) unumgänglich. Dazu sind die entsprechenden Mittel bereitzustellen.

Der Einschätzung von Kardinal Karl Lehmann ist zuzustimmen: »In der Hierarchie pastoraler Verpflichtungen sollte die Sorge für Kranke und Sterbende einen hohen Rang einnehmen.«¹²⁾

Anmerkungen

¹ vgl. hierzu auch »Die Sorge der Kirche um die Kranken. Seelsorge im Krankenhaus – Pastorale Handreichung«, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Reihe: Die Deutschen Bischöfe Nr. 60), 1998

² vgl. auch »Die Sorge der Kirche um die Kranken«, a.a.O., 11

³ Die folgenden Ausführungen zum »Emmausgang« lehnen sich an: Isidor Baumgartner, Pastoralpsychologie Teil II, Düsseldorf 1990, 91 ff.

⁴ in: »Die Sorge der Kirche um die Kranken«, a.a.O., 12

⁵ vgl. Arbeitspapier »Gemeinsam um der Menschen willen. Impuls zum Verhältnis zwischen Gemeindepastoral und Kategorialseelsorge«, hrsg. von der HA IV a – Pastorale Konzeption der Diözese Rottenburg-Stuttgart (2001)

⁶ vgl. »Menschenwürdig sterben und christlich sterben«, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Reihe: Die Deutschen Bischöfe Nr. 47), 1978

⁷ »Schwerstkranken und Sterbenden beistehen«, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Reihe: Die Deutschen Bischöfe Nr. 47), 1991

⁸ Bewährt hat sich die Information über das Verständnis von Krankheit, Sterben und Tod in den

verschiedenen christlichen Kirchen und den Weltreligionen: Krankheit, Leiden, Sterben, Tod. Eine Handreichung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in sozialen Einrichtungen, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Baden-Württemberg, Broschüre 1995

⁹ vgl. »Die Feier des Sakraments der Krankensalbung in Situationen des Priestermangels«, in: Kirchliches Amtsblatt der Diözese Rottenburg-Stuttgart 1996 sowie: Die Deutschen Bischöfe, Zu einigen aktuellen Fragen des Sakraments der Krankensalbung, in »Die Sorge der Kirche um die Kranken«, a.a.O., 39 ff.; Gerhard Baum (Hrsg.), Beständig wird deine Hand mich halten. Wortgottesdienste mit Zeichenhandlungen am Krankenbett, Ostfildern (Schwaberverlag) 1996

¹⁰ vgl. »Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis«, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Reihe: Die Deutschen Bischöfe Nr. 47), 1993

¹¹ siehe Arbeitshilfe »Ethisch handeln lernen im Krankenhaus«. Eine Arbeitshilfe für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, 1997 (zu beziehen bei der HA IV a – Pastorale Konzeption des Bischöflichen Ordinariats der Diözese Rottenburg-Stuttgart)

¹² in: »Die Sorge der Kirche um die Kranken«, a.a.O., 4

Praktische Anregungen für Gespräche im Kirchengemeinderat und in Gruppen – Impulse, Bibelarbeit und Gebet

Impulsfragen

Regen Sie in Ihrer Gruppe / Ihrem Gremium einen Austausch zu einer der folgenden Fragen an. Bilden Sie möglichst Kleingruppen zu 3 bis 4 Teilnehmern/Teilnehmerinnen.

1. Was benötigt ein Kranker über ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung hinaus? oder
2. Was verstehen Sie unter »Kranken-seelsorge«? oder
3. Haben Sie selbst schon einmal »Kranken-seelsorge« (oder »Seelsorge« in anderer Situation) erfahren?
Was fanden Sie hilfreich, was empfanden Sie als störend? oder
4. Was wissen Sie von der Einstellung Jesu gegenüber Kranken und Krankheiten? oder
5. Welche Heilungsgeschichte Jesu ist Ihnen besonders in Erinnerung? Warum? oder
6. Was können wir im Umgang mit kranken Menschen von Jesus lernen? oder
7. Welche Einstellung und Haltung im Blick auf kranke Menschen sollte unsere Kirchengemeinde einnehmen?

Evangelium (Lk 24, 13 – 35)

Kündigen Sie an, dass Sie jetzt einen Evangelientext lesen möchten (ohne zu sagen, dass es die Geschichte von den Emmaus-Jüngern ist).

Bitten Sie die Teilnehmer aufmerksam zuzuhören und dabei zu erspüren, was diese Begebenheit mit dem Thema »Krankenseelsorge« zu tun haben könnte.

1. Lesen Sie den Text vor bzw. bitten Sie darum, dass jemand den Text vorliest.
2. Austausch in Kleingruppen zu der Frage:
»Was hat diese Geschichte mit Kranken-seelsorge zu tun?«
Welches ist für Sie der Schlüsselsatz?
3. Was die Kleingruppen gefunden haben, wird im Plenum kurz berichtet.
4. Eventuell Ergänzung, Vertiefung, Verdichtung durch den Leiter / die Leiterin.
Vergleichen Sie hierzu den Abschnitt 1.3 (auch 1.2) in diesem Heft.
5. Vorsichtige Deutung und Gewichtung der Ergebnisse durch die einzelnen:
»Überraschend für mich ist ...«
»Neu für mich ist ...«
»Ich finde es schön, dass ...«
»Ich halte es für schwierig, wenn ...«
»Es überzeugt mich / überzeugt mich nicht, wenn ...«, usw.

Transfer in die Praxis Ihrer Kirchengemeinde

Gespräch in der Kleingruppe oder im Plenum zu folgender Impulsfrage. Da es um eine Bibelarbeit geht, sind praktische Umsetzungsfragen nicht zu erörtern. Es geht vorab nur darum, einer VISION Raum zu geben:

Wenn wir die Emmaus-Geschichte als Grundlage unserer Krankenpastoral machen, dann bedeutet das

- für die Kranken ...
- für deren Angehörige ...
- für die Gemeinde ...
- für jeden einzelnen/jede einzelne von uns ...
- für unseren (Krankenhaus)Besuchsdienst ...

- für unseren Pfarrer ...
- für die pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- für ...

Wie gut, dass wir mit jemand reden konnten.
Und dass uns jemand verstehen wollte.

Besinnung und Gebet

Osterlied im Angesicht des Todes
(gemeinsam zu sprechen)
(Nachdichtung aus Psalm 116
und Lk 24, 13–35)

Alle: Ich liebe den Herrn,
keiner hört mir so zu wie er.
In seiner Nähe freut sich mein Herz.

Eine/r: Ich war weit weg.
Ich war in Bedrängnis.
Ich war in den Bann des Nichts
geraten.
Ich war wie gelähmt.
Der Tod hatte mir den Mut zum Leben
genommen.
Da rief ich zum Herrn: Rette mich doch!
Da merkte ich, wie nahe der Herr ist.
Ich spürte sein Erbarmen.

Alle: Ich liebe den Herrn,
keiner hört mir so zu wie er.
In seiner Nähe freut sich mein Herz.

Eine/r: Die Ereignisse hatten sich überstürzt.
Alles hatte so gut begonnen.
Der Erfolg gab uns Recht.
Wir glaubten, es müsse immer so weiter-
gehen.
Doch dann kam der Zusammenbruch.
Wir konnten es nicht glauben.
Fassungslos und geschockt blieben wir
zurück.

Alle: Ich liebe den Herrn,
keiner hört mir so zu wie er.
In seiner Nähe freut sich mein Herz.

Eine/r: Ja, so ist unser Herr:
Er geht mit uns den Weg unseres Lebens
auf ebener Straße und durch die Wüste,
am Tag der Freude und in den Nächten der
Trauer.
Er geht mit uns auf den Umwegen und
Irrwegen
und erschließt uns den Sinn unsres Lebens.
Er stärkt uns beim gemeinsamen Mahl
und nährt unser Herz mit Vertrauen.

Alle: Ich liebe den Herrn,
keiner hört mir so zu wie er.
In seiner Nähe freut sich mein Herz.

Eine/r: Ja, und so sind wir:
wie mit Blindheit geschlagen,
wie von Fesseln gelähmt,
gefangen in Angst und Selbstmitleid.
Aber der Herr kennt uns
und tritt hinzu und geht mit uns.
Er öffnet uns die Augen und die Hände
und befreit uns,
wie er es immer getan hat.

Alle: Ich liebe den Herrn,
keiner hört mir so zu wie er.
In seiner Nähe freut sich mein Herz.

Idee aus: Dieter Koller, Lass dir diesen Psalm
gefallen, München 1986
Albert Rau, Krankenhausseelsorger in Leonberg

Qualitätsstandards Katholische Krankenhauseelsorge in Deutschland

*herausgegeben von der Konferenz
Katholische Krankenhauseelsorge in Deutsch-
land (Oktober 2000)*

Krankenhauseelsorge geschieht in kirchlichem Auftrag. Die dazu erforderlichen Qualitätsstandards wurden von den Diözesanbeauftragten für Krankenhauseelsorge auf ihrer Bundeskonferenz formuliert. Grundlage bildet die pastorale Handreichung der Deutschen Bischöfe (Nr.60) vom April 1998 »Die Sorge der Kirche um die Kranken«.

Konferenz Katholische Krankenhauseelsorge in Deutschland
Geschäftsstelle, Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel. (0761)200-381, Fax (0761)200-609
E-Mail: hiemenzt@caritas.de

Welche Grundvoraussetzungen braucht Krankenhauseelsorge?

Strukturqualität

Fachliche Voraussetzungen

- Theologische Ausbildung (mindestens z.B. Würzburger Fernkurs)
- Mehrjährige Seelsorgeerfahrung
- Klinische Seelsorgeausbildung (KSA oder eine vergleichbare pastoralpsychologische Ausbildung)
- Supervision und regelmäßige Fortbildung
- Grundkenntnis in aktuellen medizin-ethischen Fragestellungen
- Grundkenntnis von Krankheitsbildern und Krankheitsverläufen
- Spezialkenntnisse für Sonderbereiche (z.B. Psychiatrie)

- Mitglied in einer diözesanen Arbeitsgemeinschaft, die in Verbindung mit der Konferenz Katholische Krankenhauseelsorge in Deutschland steht.

Äußere Rahmenbedingungen

- Gottesdienstraum
- Dienst-/Gesprächszimmer
- Kommunikations- und Arbeitsmittel
- Eigener Etat
- Eine die Seelsorge gewährleistende Zuständigkeit (Patientenzahl)
- Offizielle Einführung durch Kirche und Hausleitung (im Rahmen eines Gottesdienstes)
- Zugang zu für die Seelsorge relevanten Informationen und Daten

Was muss Krankenhauseelsorge können?

Prozessqualität

- Kontakt- und Kooperationsfähigkeit haben
- Sich einfühlen können
- Zuhören und kommunizieren können
- Authentisch sein
- Die Dynamik eines Beziehungsgeschehens (z.B. Übertragung – Gegenübertragung) kennen
- Eigene Psychohygiene fördern
- Mit der eigenen Endlichkeit und Begrenztheit bewusst umgehen
- Nähe und Distanz ausbalancieren
- Zeitplanung flexibel gestalten
- Praxis reflektieren
- Begleiten bei Lebensdeutung, Sinn- und Hoffnungssuche
- Sich tröstend und ermutigend zuwenden und begleiten

- Eine eigene Spiritualität entwickeln, die therapeutisch wirkt
- Mit Bildsprache und Zeichenhandlungen sensibel umgehen
- Biblische Worte und Bilder deutend in Kommunikation bringen
- In die seelsorgliche Kompetenz jedes Menschen vertrauen (andere zur Begleitung befähigen)
- Andere Konfessionen und Weltanschauungen in ihrem Wert schätzen
- Personen- und kontextbezogen Liturgie feiern
- Rituell handelnd, feiernd, segnend in das Geheimnis geleiten
- Seelsorge als Angebot verstehen (mit Ablehnung umgehen können)

Woran lässt sich gute/ kompetente Krankenhausseelsorge erkennen?

Ergebnisqualität

- Patienten und Angehörige erleben sich in ihrer Würde wahrgenommen und gefördert
- Angebote der Krankenhausseelsorge werden angenommen
- Patienten sterben in Würde
- Krankenhausseelsorge wird bei Krankheits- und Krisenbewältigung als Hilfe erfahren
- Krankenhausseelsorge beeinflusst positiv den »Heilungsprozess« (therapeutische Wirkung)
- Das Krankenhauspersonal fühlt sich beruflich und persönlich respektiert
- Krankenhausseelsorge ist erreichbar und präsent
- Krankenhausseelsorge wird bei ethischen Fragestellungen mit einbezogen
- Krankenhausseelsorge wird in den »therapeutischen Prozess« eingebunden

- Krankenhausseelsorge ist integriert in das Informationssystem und in die Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses

Aufgabenbereiche

- Seelsorgliche Gespräche mit Patientinnen und Patienten führen. Kontaktbesuch – intensiv begleiten
- Begleiten von Angehörigen und Mitbetroffenen
- Sterbende und Trauernde begleiten
- Anbieten von Gesprächskreisen
- Rufbereitschaft übernehmen
- Krisenintervention
- Gottesdienst, Gebet und Meditation
- Sakramente spenden
- Ökumenische Zusammenarbeit
- Kooperation mit dem ärztlich-pflegerisch-therapeutischen Personal und den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus
- Mitwirken bei der Lösung ethischer Problemstellungen (z.B. Ethik-Komitee)
- In Kontakt bleiben mit der Krankenhausleitung und Verwaltung
- Ansprechpartner/in für das Krankenhauspersonal sein und Anbieten einer seelsorglichen Begleitung
- Mitwirken bei Aus-, Fort- und Weiterbildung des Krankenhauspersonals
- Mitwirken in der Ausbildung von Seelsorgern und Seelsorgerinnen
- Gewinnung, Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- mit den umliegenden Pfarrgemeinden zusammenarbeiten
- Transparentmachen der eigenen Tätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit
- Bildungsveranstaltungen zu medizin-ethischen Fragestellungen anbieten

Anzahl der Krankenhauseelsorgerinnen/ Krankenhauseelsorger in der Diözese Rottenburg–Stuttgart

| | |
|---|--------|
| Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen | 263 |
| Anzahl der Betten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen (Stand: 1.1.1999) | 47.667 |
| Krankenhauseelsorgerinnen/Krankenhauseelsorger | 102 |
| davon hauptamtlich (mehr als 80 %) | 77 |
| davon Teilzeit (20-80 %) | 25 |

Berufsgruppen:

| | |
|--|------|
| – Diakone | 16 % |
| – Gemeindereferentinnen/Gemeindereferenten | 2 % |
| – Ordensschwestern | 18 % |
| – Ordenspriester | 8 % |
| – Priester | 16 % |
| – Pastoralreferentinnen/Pastoralreferenten/Theologen | 40 % |

(Stand: 1.7.2001)

dazu viele weitere Priester, Diakone und Pastorale Dienste, die diese Aufgabe innerhalb ihres Auftrags in der Gemeindepastoral wahrnehmen.

*Rechtliche Grundlage der Krankenhauseelsorge:
GG Art. 140
(in Verbindung mit Art. 141 der Weimarer Verfassung)
sowie GG Art. 4 Abs.2*

Inhalt

| | |
|---|----|
| Vorwort..... | 3 |
| <i>1. Krank sein – heil werden</i> | |
| 1.1 Krank sein..... | 4 |
| 1.2 Theologische Aspekte..... | 5 |
| 1.3 Füreinander Sorge tragen im Kranksein.... | 6 |
| <i>2. Heilende Weggemeinschaft</i> | |
| 2.1 Weggemeinschaft mit Kranken in der Gemeinde..... | 8 |
| 2.2 Weggemeinschaft mit Kranken im Krankenhaus..... | 10 |
| <i>3. Anfragen und Folgerungen angesichts kommender Herausforderungen</i> | |
| 3.1 Herausforderungen..... | 12 |
| 3.2 Anfragen und Folgerungen..... | 13 |
| <i>Praktische Anregungen für Gespräche im Kirchengemeinderat und in Gruppen</i> | |
| Impulsfragen – Bibelarbeit – Gebet..... | 16 |
| <i>Qualitätsstandards Krankenhauseelsorge.....</i> | 18 |
| <i>Statistische Angaben</i> | 20 |

Weitere Exemplare können beim Herausgeber
bestellt werden.
Die Kosten pro Exemplar betragen DM 1.– (incl. Porto).

Herausgeber: Bischöfliches Ordinariat,
Hauptabteilung IV a – Pastorale Konzeption,
Postfach 9, 72101 Rottenburg,
Telefon (07472)169-422, Telefax (07472) 169-570

Foto Umschlag-Seite 2: Albert Rau, Leonberg
Herstellung: Druckerei Maier, Rottenburg