
60

Die Sorge der Kirche
um die Kranken

20. April 1998

Die Sorge der Kirche um die Kranken

Seelsorge im Krankenhaus

Pastorale Handreichung

**Zu einigen aktuellen Fragen
des Sakramentes der
Krankensalbung**

20. April 1998

**Herausgeber:
Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz
Kaiserstraße 163, 53113 Bonn**

Vorwort des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz

Die Sorge der Kirche um die Kranken hat viele Dimensionen. Zwei unterschiedliche Aspekte werden in der vorliegenden Veröffentlichung angesprochen.

1. Die pastorale Handreichung „Seelsorge im Krankenhaus“ stellt sich die Aufgabe, in einer gründlichen Bestandsaufnahme die gegenwärtige Situation der Krankenhauseelsorge in den Blick zu nehmen. Krankheit und Tod sind Teil menschlichen Lebens. In diesen Phasen des Lebens will Kranken- und Krankenhauseelsorge Menschen begleiten. Gegen starke Trends in unserer Gesellschaft, der Begegnung mit den Kranken und mehr noch mit den Sterbenden auszuweichen, suchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krankenhauseelsorge, Priester, Diakone und Laien, kranken Menschen nahe zu sein. Die Krankenhauseelsorge leistet damit nicht nur einen Dienst am Kranken selbst, sondern hilft auch den Gesunden in der Wahrnehmung menschlicher Grenzsituationen. Zugleich begleiten die seelsorglichen Dienste nicht nur das Personal im Krankenhaus, besonders Ärzte, Schwestern und Pfleger, sondern auch die von Sorge und Leid oft besonders geprüften Angehörigen.

Jesu Leben zeigt eine besondere Zuwendung zu den Kranken (vgl. Mk 1, 32-34). Das Beispiel Jesu, so berichten die ersten Kapitel der Apostelgeschichte, prägte sich tief in den Dienst der Urgemeinde ein (vgl. Apg 3; 5,15 f). Die Sorge um die Kranken, ihre Pflege und Begleitung, der Bau von Krankenhäusern und Hospizen blieben bis heute ein Erkennungszeichen der Kirche. In der Nachfolge Jesu ist der Besuch von Kranken von alters her eines der sieben leiblichen Werke der Barmherzigkeit (vgl. Mt 25,36). Besonderen Ausdruck findet die kirchliche Sorge um Kranke und Sterbende in der Feier der Sakramente: Firmung in Todesgefahr, Buße, Krankensalbung, Heilige Kommunion – die Wegzehrung!

2. Die Struktur der Krankenhauseelsorge hat sich vielfach verändert. So sind mit den Priestern und Diakonen Männer und Frauen aus den Berufen der Gemeindeferenten und/oder der Pastoralreferenten hauptberuflich in der Krankenhauseelsorge tätig. Viele Dienste können von allen ausgeübt werden (z. B. Krankenbesuch, ermutigendes Gespräch, Gebet und Meditation, Wortgottesdienst, Segensgebete, Krankenkomunion, Wegzehrung). Dazu kommen auch noch die Kommunionhelferinnen und -helfer. Vieles ist allen gemeinsam, wie ihr gläubiges Le-

benszeugnis und ihr einfühlsames Mitgehen in den schweren Wegstationen der Kranken und Sterbenden. Manches kann gemeinsam verrichtet werden. Die Verschiedenheit der Dienste wird durch die Einheit der Sendung zusammengehalten. Aber nicht jeder kann alles. Es gibt spezifische Dienste, wie z. B. die Spendung des Firmsakramentes in Todesgefahr, des Bußsakramentes und der Krankensalbung, die dem Priester vorbehalten sind (vgl. Jak 5,13-16).

Hier ist es in den letzten Jahren da und dort, gewiß in einzelnen Fällen, zu Verwischungen der Kompetenzen und zu Grenzüberschreitungen gekommen. Einige in diesem Zusammenhang aufgeworfenen Fragen vor allem zum Verständnis der Krankensalbung, ihrer Spendung und ihres Bezugs zum priesterlichen Amt, werden in der zweiten Ausarbeitung aufgegriffen. Sie hat notwendigerweise vor allem auch wegen der Klärung von Lehrfragen einen anderen Charakter als der erste Text. Das zweite Dokument will vor allem das Verständnis des Sakramentes der Krankensalbung in Erinnerung rufen.

Damit hat die Deutsche Bischofskonferenz Bedenken aufgenommen, die auch in der „Instruktion zu einigen Fragen über die Mitarbeit der Laien am Dienst der Priester“, von Papst Johannes Paul II. am 15. 8. 1997 gutgeheißen und am 13. 11. 1998 veröffentlicht (vgl. Praktische Verfügungen, Art. 9 = Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 129, Bonn o. J., S. 29), ausführlich behandelt werden. Als die „Instruktion“ erschien, war vor allem der zweite Text bereits fertiggestellt. Die Deutsche Bischofskonferenz hatte in eigener Verantwortung bereits früher einzelne Mißbräuche aufgegriffen und zu klären versucht.

Die deutschen Bischöfe erhoffen sich, zugleich mit dem Erscheinen der zweiten Auflage von „Die Feier der Kranken-Sakramente“ (1995), eine Erneuerung der Kranken- und Krankenhauspastoral. In diesem Sinne gehören beide Texte, auch wenn sie verschieden angelegt sind, von innen her zusammen. Für beide gilt das Wort: „In der Hierarchie pastoraler Verpflichtungen sollte jedenfalls die Sorge für Kranke und Sterbende einen ganz hohen Rang einnehmen.“

Bonn/Mainz, am Pfingstfest des Jahres 1998 (31. 5.)



Bischof Karl Lehmann
Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz

Inhaltsverzeichnis

Seelsorge im Krankenhaus – Pastorale Handreichung	1
Vorwort	7
1. Krankheit als Krise des ganzen Menschen	8
2. Seelsorge für Kranke – Theologie und Praxis	10
2.1 Theologische Aspekte	10
Der „Gott-mit-uns“	10
Jesus: Gottes Hoffnungszeichen für die Kranken	10
2.2 Aufgaben der Seelsorge für Kranke	11
Begegnung und Begleitung im Geiste Jesu	11
Seelsorge im Gespräch	12
Glaubwürdige Verkündigung	13
Feier der Sakramente	14
3. Seelsorge im Krankenhaus	17
3.1 Kranke Menschen im Krankenhaus	17
3.2 Zur Situation des Krankenhauses heute	18
3.2.1 Allgemein	18
3.2.2 Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft	19
3.3 Seelsorge als wesentlicher Tätigkeitsbereich im Krankenhaus .	22
3.3.1 Seelsorgliche Dienste im Krankenhaus	23
3.3.2 Zur Spiritualität der Krankenhaus-Seelsorger	24
Hilfreiche Sützen und behindernde Erfahrungen	24
Der Seelsorger als Anwalt des Patienten	25
Menschlich-geistliche Fundamente	26
3.4 Aufgaben der Krankenhauseselsorge	27
3.4.1 Seelsorge an Patienten	27
3.4.2 ... und deren Angehörigen	28
3.4.3 Umgang mit Sterbenden und Toten	28
3.4.4 Seelsorge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	29
3.4.5 Ökumenische Zusammenarbeit	30
3.4.6 Zusammenarbeit mit den Ortsgemeinden	31
3.5 Rahmenbedingungen von Seelsorge im Krankenhaus	33
3.5.1 Qualifikationen	33
3.5.2 Juristische Stellung der Seelsorge	34

3.5.3 Pflegedienste und Seelsorge	35
4. Zusammenfassung und Ausblick	37
Literaturhinweise	38
Zu einigen aktuellen Fragen des Sakramentes der Kranken- salbung	39

Vorwort

Das Krankenhaus dient der medizinischen Versorgung und Hilfe für kranke Menschen und ist zugleich ein zentraler Ort kirchlicher Seelsorge. Gesellschaftlicher Wandel – etwa im Umgang mit Krankheit und Tod –, der medizinische Fortschritt und seine Herausforderungen, die Diskussionen um die richtige Gesundheitspolitik und ökonomische Zwänge berühren auch die Krankenhauseelsorge. Diese Gegebenheiten, Erfordernisse und Schwierigkeiten von „Seelsorge im Krankenhaus“ sollen in diesem Wort angesprochen werden. Es richtet sich an alle in der Krankenhauseelsorge Tätigen. Mit der Anerkennung und Würdigung ihres Dienstes verbindet sich zugleich ein Stück kirchlicher Selbstvergewisserung. Es kann zudem eine Argumentationshilfe im Kontakt mit Verantwortlichen und Mitarbeitern im Krankenhaus und in der Öffentlichkeit sein.

Im folgenden werden in knapper Form Aspekte christlichen Verständnisses von Krankheit und Tod erinnert und die Grundzüge kirchlicher Seelsorge an kranken Menschen benannt. Zentraler Inhalt ist die Seelsorge im Krankenhaus. Sie wird kurz dargestellt und dann als Tätigkeitsbereich im Krankenhaus behandelt und verortet. Die aus dem Zusammenwirken verschiedener seelsorglicher Dienste im Krankenhaus geforderte Kooperation ist hier ein wichtiger Gesichtspunkt. Es folgt eine Konkretisierung an Hand der verschiedenen Aufgabenbereiche. Eine Darstellung der Rahmenbedingungen schließt die Überlegungen zur Seelsorge im Krankenhaus ab. Besondere Erwähnung findet, in mehreren Abschnitten angesprochen, die Krankenhauseelsorge in kirchlichen Krankenhäusern. Das vorliegende Wort, „Seelsorge im Krankenhaus“, steht, zumal was die Themen Krankheit, Sorge um die Kranken, Krankenseelsorge betrifft, im Zusammenhang mit anderen kirchlichen Texten, über sie informiert das Literaturverzeichnis. Besonders hingewiesen sei zudem auf die Papiere und Rahmenrichtlinien zur Krankenhauseelsorge in den Diözesen, die teils bereits verabschiedet sind, teils in Arbeit sind oder vor dem Abschluß stehen.

1. Krankheit als Krise des ganzen Menschen

Gesundheit gilt den Menschen als ein hoher Wert. Krank zu sein wird dagegen als Unglück empfunden. Körperliche Leiden, Schmerzen sowie lebensbedrohliche Diagnosen stürzen einen Menschen nicht selten in eine Krise. Er durchlebt Angst und Verzweiflung, Resignation und Trauer. Angesichts des bedrohten Lebens wird die eigene Zukunft in gesundheitlicher, beruflicher und sozialer Hinsicht ungewiß; dazu kommen die Sorgen um die von seiner Krankheit, seinen Leiden oder gar einem möglichen Sterben mitbetroffenen Angehörigen. Die Krankheit wird so zur Krise des ganzen Menschen: körperlich, geistig und seelisch, existentiell und sozial.

Menschen mit einer schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankung leiden darum nicht nur unter körperlichen Schmerzen; psychische Ängste kommen hinzu. Nicht selten fühlt sich ein Kranker unfähig, die ihn bedrängenden Gefühle zuzulassen. Er verdrängt seine Ängste und seine Trauer, um nicht den Eindruck der Hilflosigkeit zu erwecken oder um seine Mitmenschen zu „schonen“. Viele Kranke befürchten, mit ihrem Kranksein auf Unverständnis oder Ablehnung zu stoßen. Sie fühlen sich mit ihren Ängsten und Bedrängnissen oft genug allein.

Solche Wahrnehmungen verschärfen die Krise. Der Kranke muß Schmerzen, Angst und Trauer aushalten und will gleichzeitig darauf achten, andere möglichst wenig damit zu belasten. Psychisch Kranke erleben darüber hinaus noch in besonderer Weise Unverständnis und Ablehnung. Sie erfahren sich als gemieden und ausgegrenzt. Besonders kritisch ist die Lage der Schwerkranken und chronisch Kranken sowie der sterbenden Kinder und ihrer Angehörigen.

In vielfacher Weise erfährt also der Kranke seine Gebrochenheit und Hilflosigkeit, seine Heilungs- und Heilsbedürftigkeit. Die Krankheit konfrontiert im Grunde mit der eigenen Endlichkeit und Vergänglichkeit. Sie stellt innerweltliche Sicherheiten in Frage, entlarvt Illusionen und Selbsttäuschungen. Sie führt den Menschen vor grundlegende Fragen seiner Existenz: „Warum bin ich krank?“, „Werde ich wieder gesund?“, „Welchen Sinn haben meine Leiden und Schmerzen?“, „Ist mit dem Tod alles zu Ende?“

In Zeiten der Krankheit stellen sich religiöse Fragen in neuer Weise. Der Mensch in der bedrohlichen Krankheit ist selbst eine religiöse Frage,

auch wenn sich darin herkömmliches religiöses Sprechen nicht unmittelbar erkennen läßt. Fragen wie: „War’s das mit meinem Leben?“ „Was soll nur werden?“ „Was bin ich alles schuldig geblieben?“ und ähnliche gehen auf das Ganze der Existenz. Solche existentiellen Fragen sind religiöse Fragen – lange bevor sie in einer Glaubenssprache formuliert werden.

Es bedarf vielfältiger Antworten, um die Herausforderung des Krankseins und des möglichen Sterbens zusammen mit den Kranken zu bewältigen. Dazu gehören Hilfe und Begleitung, die medizinische und pflegerische Betreuung sowie die menschliche und geistliche Zuwendung. Durch diese verschiedenen Hilfen werden Heilung und Wiedergenesung, Linderung oder auch Annahme von unheilbarer Krankheit gefördert. Die Situation der Krankheit kann so zur Chance für Sinnfindung und Neuorientierung werden.

2. Seelsorge für Kranke – Theologie und Praxis

2.1 Theologische Aspekte

Zeiten der Krankheit erleben viele Menschen als „Erfahrungen der Wüste“: Sie spüren Einsamkeit und sehnen sich nach Gemeinschaft; sie fühlen sich matt und ausgebrannt und dürsten nach Hilfe und Zuwendung; sie erfahren durch Todesahnungen ihre Gefährdung und haben zugleich Hoffnung auf Leben.

Der „Gott-mit-uns“

Christen erinnern sich in solchen „Wüstenzeiten“ an die Aussagen der Bibel. Dort begegnet Gott als Schöpfer und Erhalter der Welt und des Menschen, als „Freund des Lebens“, als „Bundes-Gott“, als der Gott der Verheißung: „Ich bin mit euch!“ – Dieser Gott ist freilich nicht verfügbar. Gerade angesichts des Leids und der Leiden der Menschen bleibt er der letztlich Nichtbegreifbare. Fragen nach dem Warum und Wozu bleiben oft ohne Antwort.

Und doch ist Gott aus seinem Geheimnis herausgetreten: er hat sich den Menschen offenbart als der „Ich-bin-für euch-da“ (vgl. Ex 3,14), als „Emmanuel“, als Gott mit uns und für uns.

Er hat sich als der Retter des auserwählten Volkes erwiesen. In der Wüstenwanderung hat er sich als Jahwe zu erkennen gegeben, als der, der Vertrauen verdient, weil er sich auch dann noch als der Begleiter des Menschen zeigt, wenn dieser selbst am Ende ist.

Wie das Bild von der Wüste die Situation des Menschen in schwerer Krankheit umschreibt, so ist der in der Wüste der Krankheit mitgehende Gott, der Ich-Bin-Da, die tröstende Botschaft.

Jesus: Gottes Hoffnungszeichen für die Kranken

Gott sorgt sich um den Menschen, daß er leben kann, hier und jetzt und über den Tod hinaus. Diese Sorge Gottes um den Menschen ist in Jesus Christus sichtbar geworden: in der Art und Weise, wie er sich den kranken Menschen zugewandt hat, wie er mit ihnen gesprochen, wie er ihnen,

oft in Zeichen und Wundern, zu neuem Leben verholfen hat. Im Leben Jesu hatte der Umgang mit den Kranken eine zentrale Bedeutung. In den Evangelien sind die Krankenheilungen Zeichen der bereits angebrochenen Gottesherrschaft. Jesus ist der göttliche Arzt: als Heiland und Erlöser. Sein Wort in der Gerichtsrede „Ich war krank, und ihr habt mich besucht“ (Mt 25,36) macht deutlich: Jesus identifiziert sich mit den Kranken; die Zuwendung zu ihnen ist Zuwendung zu ihm. In Jesu Leiden und Sterben aber hat Gott selbst sich den Schwerkranken und Sterbenden zur Seite gestellt. Er hat unser Leben zu seinem Leben, unsere Sorgen zu seinen Sorgen, unsere Fragen zu seinen Fragen, unseren Tod zu seinem Tod gemacht. Jesus war als der leidende Gottesknecht „ein Mann voller Schmerzen, mit Krankheit vertraut“. Von ihm heißt es: „Durch seine Wunden sind wir geheilt“ (Jes 52,3-5). Gott verbindet sich also mit den Kranken und Leidenden, damit diese sich in ihrem Leiden in der Kraft des Heiligen Geistes mit dem Leiden Christi verbinden (vgl. Kol 1,24).

Die Auferstehung Jesu aber ist für die Glaubenden zur Hoffnungstat Gottes geworden: Krankheit und Leiden, Sterben und Tod sind Durchgang – vom Dunkel zum Licht, vom Tod zum Leben in der bleibenden Gemeinschaft mit Gott und mit allen bei ihm und mit ihm Vollendeten.

Die Sorge Gottes um den Menschen, um sein Heil, soll sich im Leben der Kirche fortsetzen. Das Wirken der Jünger im Auftrag Jesu „Heilt Kranke!“ (Mt 10,8) sowie der Brauch der ersten Christengemeinden, sich in Gebet, Handauflegung und Salbung durch die Ältesten den Kranken zuzuwenden (vgl. Jak 5,13-15), ist für die gesamte Geschichte der Kirche richtungsweisend geworden. In Kranken- und Krankenhausseelsorge, in kirchlichen Krankenhäusern sowie in Altenheimen oder in den Pfarrgemeinden wird das Engagement der Glaubenden für die Kranken sichtbar.

2.2 Aufgaben der Seelsorge für Kranke

Begegnung und Begleitung im Geiste Jesu

Seelsorge als Zuwendung zu den Kranken im Geiste des Evangeliums und als Begleitung in der „Wüste der Krankheit“ bedeutet das Aushalten der Dunkelheiten und der scheinbaren Abwesenheit Gottes, sie bedeutet aber auch die Zusage von Heil und Leben im Namen des „Gottes mit uns und für uns“.

Für den Kranken und Sterbenden wird der mitgehende, solidarische Gott, der sich uns in Jesus offenbart hat, erfahrbar im Wort und im Schweigen, im Aushalten und Mitgehen des Seelsorgers*, in der Erschließung des Wortes Gottes und in der Feier der Sakramente. Im Wort und im Sakrament schenkt Christus selbst Hoffnung und Trost, Stärkung und Heilung. Dabei erlebt der Seelsorger selbst nicht selten den abwesenden, fernen Gott. Auch im gemeinsamen Aushalten von Ohnmacht und Hilflosigkeit und in der Solidarität mit den Schwachen wird die Gegenwart Jesu erfahrbar.

Wie bei Jesus Verkündigung, Praxis und Person nicht voneinander getrennt werden können, so auch nicht beim Seelsorger: er kann durch das Zeugnis seines Lebens aus dem Glauben und durch seinen Dienst zum Zeichen der heilenden Nähe des mitgehenden Gottes werden. Dabei darf er darauf vertrauen: Gott ist bereits im Leben des Kranken helfend und heilend wirksam. Deshalb besteht die Aufgabe des Seelsorgers darin, Menschen in schwerer Krankheit und beim Sterben zu begleiten, sie auf das Wirken Gottes in ihrem Leben aufmerksam zu machen, ihnen Heil und Leben aus der Kraft des Glaubens zuzusagen und im Auftrag Jesu und der Kirche zu vermitteln. Seelsorger helfen so, diese Krisensituation des Lebens zu bewältigen, zu verarbeiten und zu bestehen. Dabei müssen sie sich differenziert auf die religiöse Situation des Kranken einstellen.

Mit dieser helfend-heilenden Solidarität mit den Kranken und Leidenden bemühen sich die Seelsorger um eine Spiritualität der Wertschätzung jedes Menschen im Geiste Jesu.

Seelsorge im Gespräch

Diese Grundhaltung wird im seelsorglichen Gespräch erfahrbar. Die patientenzentrierte Seelsorge geht davon aus, daß Menschen – aus der Kraft des Heiligen Geistes – ihren Lebens- und Glaubensweg finden können. Ziel solcher Seelsorge ist, daß der Mensch durch die Erfahrung dieser

* Wenn im folgenden Text von „Seelsorgern“, „Ärzten“, „Krankenpflegern“, „Mitarbeitern“ usw. gesprochen wird, sind immer Frauen und Männer in ihren unterschiedlichen Berufen und Aufgaben gemeint. Auch die Verwendung des Begriffs „Patient“ usw. gilt für Frauen und Männer. Zudem kann, wenn von „Seelsorger“ gesprochen wird, dies ein Priester sein, ein Diakon oder Männer und Frauen, die je nach ihrer Beauftragung und Berufung in der Seelsorge im Krankenhaus arbeiten.

gott-menschlichen Zuwendung Sinn auch in Krankheit, Leid und Sterben finden kann, daß er im Glauben bereit wird zur Nachfolge Jesu, der durch Leiden und Kreuz in die Herrlichkeit Gottes gelangt ist. Die seelsorgliche Begleitung möchte dem Kranken helfen, seinen Weg zu überdenken und seine schwierigen Lebens- und Krankheitserfahrungen menschlich und geistlich zu bewältigen.

Diese offene, nicht vereinnahmende Seelsorge verlangt eine hohe Kompetenz in bezug auf Gesprächsführung, Ermöglichen von Begegnungen und Gestalten von Beziehungen zu anderen Menschen. Die Fähigkeit, aufmerksam zuhören zu können, ist für die Seelsorge an Kranken unerlässlich. Sie ist die Voraussetzung, damit sich gegenseitiges Verstehen und Beziehungen entwickeln können; sie ermöglicht „Seelsorge als Begegnung und Begleitung“, damit der Kranke daran glauben kann, daß er im Lichte Gottes steht. Die eigentliche Wirksamkeit solcher Seelsorge kommt dabei aus geistlichen Grundhaltungen, so sehr die Kompetenz in pastoralpsychologischer Gesprächsführung unverzichtbar ist. Das seelsorgliche Gespräch ist eng verbunden mit gewissermaßen alltäglichen Begegnungen und Gesprächen beim Krankenbesuch, über das Befinden, die Angehörigen, bestimmte Sorgen und Probleme usw.

Um dem biblisch-theologischen Ansatz einer „Theologie des Weges, der Begegnung und Begleitung“ (vgl. z.B. Ex 33,12-17; Buch Tobit; Joh 14,4ff; Lk 24,13-35) gerecht zu werden, kann das methodische Konzept der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie eine wichtige Hilfe sein, unbeschadet notwendiger Ergänzungen und Differenzierungen.

Der Erwerb und die Entwicklung dieser Grundlagen ist für die Seelsorger eine bleibende persönliche Aufgabe. Auch der Fortbildung und Supervision kommt eine große Bedeutung zu. Dabei können Seelsorger selbst „Seelsorge am Seelsorger“ erfahren.

Glaubwürdige Verkündigung

Die seelsorgliche Begegnung und Begleitung im Geist des mitgehenden Gottes und in der Haltung der Zuwendung Jesu zu den Kranken ist für diese bereits eine heilbringende Botschaft, noch bevor ausdrückliche Inhalte der Verkündigung zur Sprache kommen. Alle Verkündigung bedarf der vorausgehenden und anhaltenden Zuwendung zum Menschen, der einfühlenden und sorgenden Begegnung und Begleitung, welche die Botschaft des Evangeliums anschaulich und erfahrbar machen.

Die Verkündigung des Wortes Gottes bei Kranken und Sterbenden kann für den Seelsorger schließlich nicht eine bloße Belehrung über den christlichen Glauben sein. Glaubwürdig, überzeugend und hilfreich wird sie nur, wenn spürbar wird, daß sie auch den Glauben und das Leben des Seelsorgers prägt. Ähnliches gilt für die Feier der Sakramente: sie verlangen nach der helfend-anehmenden Beziehung, die ihrerseits bereits Frucht des Geistes Gottes ist.

Bedeutsam ist das persönliche und gemeinsame Gebet mit den Kranken und für sie. Es macht deutlich, daß wir unser ganzes Leben in Gottes Händen glauben. Seelsorger bringen mit den Kranken ihre Anliegen vor Gott, die Bitte um Hilfe für sich oder nahestehende Menschen, um Heilung, um Geduld, Tröstung, um einen guten Tod.

Feier der Sakramente

Die heilende und helfende Nähe Gottes ist uns Christen von Jesus Christus und der Kirche in besonderer Weise in der Feier der Liturgie, vor allem der Sakramente, zugesagt. In sichtbaren Zeichen wird dem Glaubenden die Nähe Gottes vermittelt. Gesunde und Kranke, Leiter der Liturgie und Mitfeiernde bilden dabei eine Gemeinschaft des Glaubens im Vertrauen auf Gottes Nähe und Hilfe.

Für die Kranken ist die Feier der Eucharistie und die Möglichkeit, die Heilige Kommunion zu empfangen, von besonderer Bedeutung. Die Gemeinschaft mit dem in der Eucharistie gegenwärtigen Herrn und durch ihn mit der Gemeinschaft der Kirche ist für viele eine entscheidende Hilfe und ein tiefer Trost des Glaubens in ihren Ängsten, Leiden und Schmerzen. Die Eucharistie als Wegzehrung – innerhalb oder außerhalb der Meßfeier – wird für Sterbende zum Sakrament des Hinübergangs durch den Tod zum Leben, Unterpfang der Verheißung Jesu: „Wer von diesem Brot isst, wird in Ewigkeit leben“ (Joh 6,51). (Wegen der schnellen Krankenhausabläufe und der Belastungen des Pflegepersonals wird im Krankenhaus die Kommunion oft nicht erbeten. Öffentliche Hinweise und persönliche Ermutigungen sind deshalb hilfreich.)

In den „Sakramenten der Heilung und Versöhnung“, dem Bußsakrament und der Krankensalbung, begegnet Jesus den Kranken als Arzt der Seele und des Leibes. Die persönliche Beichte ist in der Zeit der Krankheit, vor schweren Operationen oder in unmittelbarer Todesnähe Anlaß zur Überprüfung des bisherigen Lebens im Lichte Gottes, zur Reue über Schuld

und Sünde und zur Bitte um Vergebung. Die Lossprechung im Namen Christi und der Kirche schenkt die Versöhnung mit Gott und der Kirche. Sie gibt die Kraft, sich mit den Mitmenschen und dem eigenen Leben zu versöhnen, Krankheit und Sterben anzunehmen. In der seelsorglichen Begleitung kann besonders das Beichtgespräch dazu verhelfen, daß Kranke ihr Leben mit den Höhen und Tiefen, mit den Licht- und Schattenseiten wahrnehmen und vor Gott bringen können. Das Bußsakrament soll vor der Krankenkommunion und möglichst schon vor der Feier der Krankensalbung und der Wegzehrung empfangen werden.

Im Sakrament der Krankensalbung will Jesus Christus den Gläubigen, die sich wegen schwerer körperlicher oder psychischer Krankheit oder Altersschwäche in einem bedrohlichen Gesundheitszustand befinden, in besonderer Weise als Heiland aufrichtend, stärkend und verzeihend begegnen. Die Feier kann mit einzelnen oder in Gemeinschaft mit mehreren Kranken begangen werden. Nach einer langen Zeit einseitiger theologischer und pastoraler Akzentsetzungen (als „Sakrament der Todesweihe“ und als „Letzte Ölung“ unmittelbar vor dem Tod, zuweilen – was nicht gestattet ist – selbst noch danach gespendet) hat die Krankensalbung durch das 2. Vatikanische Konzil wieder den rechten Sinn und den entsprechenden Ort in der Krankenpastoral erhalten.

In diesem Zusammenhang ist die Frage von Bedeutung, ob Diakone oder vom Bischof mit der Krankenseelsorge beauftragte Laien das Sakrament der Krankensalbung spenden können. In einer pastoralen und theologischen Würdigung der verschiedenen Aspekte stellen die Deutschen Bischöfe in Übereinstimmung mit den Aussagen des Trienter Konzils ausdrücklich fest, daß die Spendung des Sakraments der Krankensalbung dem geweihten Priester vorbehalten ist! (vgl. die Erklärung der Deutschen Bischöfe „Zu einigen aktuellen Fragen des Sakramentes der Krankensalbung“, s. Seite 39–44 in diesem Heft).

In den Fällen, in denen Diakon oder Laien vom Bischof mit der Krankenhausseelsorge beauftragt sind, können diese bei der Feier der Krankensalbung mitbeteiligt werden; der eigentliche Spender des Sakramentes ist der Priester. Mögliche Formen sind:

- a) Ein Diakon oder ein Laie, der einen Kranken seelsorgerlich begleitet, soll, wenn zur Feier des Sakraments der Krankensalbung ein Priester gerufen wird, nach Möglichkeit bei der Feier der Krankensalbung anwesend sein und mitwirken. Er soll den Priester und den Kranken einander vorstellen. Er kann die Schriftlesung sowie die Bitten vor der

Handauflegung und die Christusrufe nach der Salbung vortragen. Auf diese Weise kommt die Gebetsgemeinschaft bei der Feier der Krankensalbung deutlicher zum Ausdruck.

- b) Es empfiehlt sich, in den Gemeinden und besonders in Krankenhäusern und Altenheimen die Krankensalbung regelmäßig im Rahmen einer Eucharistiefeier zu spenden. Der Dienst des Priesters bei der Krankensalbung ist damit in ein umfassenderes liturgisches Geschehen eingebettet.
- c) Wo beides nicht möglich ist, kann der Diakon oder der Laie den Kranken durch Gebet und Zuspruch begleiten. Gemeinsam mit dem Kranken kann er um Vergebung der Sünden bitten. Schließlich kann er dem Kranken durch symbolische Zeichenhandlungen, durch ein Kreuzzeichen auf die Stirn oder durch Besprengen mit Weihwasser zur Erinnerung an die Taufe und die in ihr geschenkte Gleichgestaltung mit Tod und Auferstehung Jesu Christi, Kraft, Mut und Trost zuteil werden lassen.

In diesem Zusammenhang verdient der neukonzipierte Wortgottesdienst mit Krankensegen in der Neuausgabe der „Feier der Krankensakramente“ (1994) mit reichen Auswahlmöglichkeiten an Gebeten Beachtung.

Lebensgefährlich Erkrankten, die getauft aber noch nicht gefirmt sind, ist ungeachtet des (evtl. noch sehr jungen) Alters das Sakrament der Firmung zu spenden.

Der Seelsorger muß im Einzelfall prüfen, ob die Feier eines Sakramentes der Situation des Patienten entspricht oder ob andere religiöse oder liturgische Ausdrucksgestalten angebracht sind. Hier zu unterscheiden und einen Entscheidungsspielraum zu haben, kann besonders bei Schwerkranken im Hinblick auf Aufnahmefähigkeit, Konzentrationsvermögen und Intensität der Schmerzen angebracht sein. Die Seelsorger sollen in ihrem Dienst in einführender und verständnisvoller Weise auf die Erwartungen der Patienten eingehen. Dabei gilt es, die unausgesprochenen Wünsche und Bedürfnisse (z.B. nach einem gemeinsamen Gebet oder nach Beichte und Kommunion) zu erspüren und entsprechend darauf zu reagieren. Oft müssen auch lebensgeschichtlich bedingte Barrieren abgebaut oder Mißverständnisse im Blick auf Glaubensinhalte oder die religiöse und kirchliche Praxis geklärt werden. Dies gilt nicht nur für die Feier der Krankensalbung, der Krankenkommunion oder der Wegzehrung, sondern auch des Bußsakramentes.

3. Seelsorge im Krankenhaus

3.1 Kranke Menschen im Krankenhaus

In unserem Land genießen die Krankenhäuser, ihre Träger und ihre Mitarbeiter, Frauen wie Männer, hohes Vertrauen bei der Bevölkerung. Von einem „guten Krankenhaus“ wird dann gesprochen, wenn dort über die medizinisch-technische Qualität hinaus Patienten und Angehörige sich angenommen und ernstgenommen erleben.

Viele Patienten fühlen sich „wohl“ im Krankenhaus: sie verlassen sich auf die dort schnell erreichbare, qualifizierte Hilfe; sie erleben sich umsorgt und „gut aufgehoben“. Andere kommen mit „gemischten Gefühlen“ in ein Krankenhaus: mit der Hoffnung auf medizinisch-therapeutische Hilfe, die angesichts der Fortschritte im Gesundheitswesen berechtigt, zuweilen auch von Übererwartungen geprägt ist; mit Ängsten vor Diagnosen und nötigen Eingriffen; mit Sorgen im Blick auf eine ungewisse Zukunft, vor allem bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung.

Der Aufenthalt im Krankenhaus verändert die Lebenssituation des Patienten für längere oder kürzere Zeit. Der Kranke wird herausgerissen aus den gewohnten Lebensbeziehungen. Er kommt in eine fremde Umgebung, die ihn unsicher macht. Je nach Art und Schwere der Erkrankung sind wesentliche Bereiche der Persönlichkeit durch Vorgaben eingeschränkt: z. B. durch die Organisation des Hauses, durch Mitpatienten im Zimmer, durch die angeordnete Bettruhe und die Notwendigkeit, daß sich ein Patient ständig zur Verfügung halten muß.

So kommt es zu diesen Empfindungen:

- der Kranke fühlt sich abhängig und unselbständig;
- er erlebt, daß ein „folgsamer und unkomplizierter“ Patient eher akzeptiert wird;
- er erfährt sich in seiner Intimsphäre eingeschränkt: wenn z. B. jemand ohne anzuklopfen in sein Zimmer tritt oder wenn er sich von fremden Menschen waschen lassen muß;
- er erlebt Ungewißheit bei Untersuchungen und Unsicherheiten in der Zeit vor der Klärung der Diagnose;
- er merkt, daß die Eröffnung der Diagnose und der notwendigen therapeutischen Maßnahmen („Wahrheit am Krankenbett“) manchmal im

Medizinisch-Technischen verbleibt und nicht immer genügend gestützt ist durch Einfühlung und Begleitung;

- er erfährt sich zuweilen als Objekt medizinischer Behandlung.

Diese Situation im Krankenhaus kann bei den Patienten zu unterschiedlichen Reaktionen führen, vor allem bei langen Krankenhausaufenthalten. Die einen ergeben sich in ihr Schicksal: sie fühlen sich hilflos, ohnmächtig und zuwendungsbedürftig. Sie überlassen sich einfach vertrauensvoll der Versorgung durch Ärzte und Pflegende. Andere erleben das Ausgeliefertsein und die Abhängigkeit in schwerer Krankheit als Bedrohung. Schließlich gibt es Patienten, die vom Personal als immer nur Fordernde erlebt werden, da sie keinen Aufschub ihrer Wünsche ertragen und rasch in Aggressionen verfallen.

Vor allem längere Aufenthalte im Krankenhaus oder auf einer Intensivstation führen zu solchen Reaktionen.

3.2 Zur Situation des Krankenhauses heute

3.2.1 Allgemein

Die Menschen, die zum Wohl der Kranken im Krankenhaus arbeiten, sind Teil der Gesellschaft. Sie sind von denselben Werten und Tabus geprägt, die allenthalben in der Gesellschaft anzutreffen sind.

Leistung und Effizienz bestimmen als Prinzipien des Handelns auch das Krankenhaus. Schließlich werden dort Höchstleistungen erwartet. Dazu kommt der Kostendruck im Gesundheitswesen.

Der ökonomische Druck auf die Leistungen des Krankenhauses hat zugenommen, der vorgegebene Finanzrahmen kann zu einem bevorzugten Steuerungselement werden. Konsequenzen sind u. a.:

- Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus,
- Zahlenmäßige Zunahme der schwerkranken Patienten, dadurch Intensivierung der Pflege: in immer weniger Betten sind anteilmäßig mehr schwerkranke Patienten zu versorgen; die Zahl der „pflegeleichter“ Kranken wird geringer,
- Abbau von Personalstellen bei Pflegenden und Ärzten,
- Rationalisierung der ärztlichen Leistungen in Diagnose und Therapie.

Daraus erwächst die Spannung zwischen therapeutischem Bemühen und den Grenzen des Machbaren; sie ist oft nur schwer verständlich zu machen. Zunehmend geht sie auch zu Lasten der Patienten.

Oft fühlen sich Ärzte und Pflegende angesichts geängstigter, depressiver, trauernder oder aggressiver Patienten überfordert. Der Schwerkranken bräuchte aber in dieser Situation einführende Zuwendung und hilfreiches Verstehen in besonderem Maße. Seine Situation im Krankenhaus wird damit zusätzlich belastet.

Eine besondere Herausforderung für alle im Krankenhaus Tätigen stellt die Tatsache dar, daß mehr als die Hälfte der Menschen – in manchen Großstädten mehr als 90 % – in unserem Land in Krankenhäusern stirbt. Im Angesicht des Todes aber geht es nicht mehr um „Machen“, sondern um Zuwendung zum Patienten, um das Aushalten bei ihm – auch für Ärzte.

Die Leistungen des Krankenhauses werden in Zukunft nicht nur auf stationäre Dienste beschränkt bleiben. Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung sowie die Möglichkeit, ambulant zu operieren, sind gesetzlich geboten. Das Krankenhaus muß angesichts der immer kürzeren Verweildauer der Patienten die Zusammenarbeit mit den Sozialstationen und niedergelassenen Ärzten neu strukturieren. Nur wenn die Nachsorge sichergestellt werden kann, ist es verantwortbar, die Patienten früher aus dem Krankenhaus zu entlassen. Angesichts der Vernetzung der Dienste (Krankenhausarzt – Hausarzt; Pflege im Krankenhaus – Pflege zu Hause durch Angehörige oder die Sozialstation) müssen sowohl die Verbindung zwischen Krankenhauseelsorge und Krankenseelsorge in den Gemeinden oder Altenheimen sowie das in diesen verschiedenen pastoralen Handlungsräumen jeweils Mögliche und Notwendige neu bedacht werden.

Das Krankenhaus muß auch in Zukunft ein „Haus *für* Kranke“ bleiben, in dem Heilung angezielt und erreicht wird und Sterben in Würde möglich ist.

3.2.2 Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft

Auch kirchliche Krankenhäuser ringen in einer säkularen Gesellschaft um ihr Profil. Im Wettbewerb der Anbieter fragen Patienten bei der Wahl ihres Krankenhauses verstärkt nach dem Besonderen. Kirchliche Träger sind dabei, Leitbilder und Zielvorstellungen gemeinsam mit ihren Mit-

arbeitern zu erstellen und im Alltag einzulösen, auch wenn die Personalfluktuation deren Umsetzung erschwert. Je mehr Betroffene in diese Diskussion einbezogen werden, desto mehr werden Problembewußtsein und Bereitschaft zur Innovation bei allen im Krankenhaus Tätigen gefördert und ihre Identifikation mit dem Auftrag und Dienst des Trägers verstärkt. Investitionen in die Motivation der Mitarbeiter sind so wichtig wie Investitionen in Bau und Technik.

Heute muß das kirchliche Krankenhaus sowohl seinen Platz im markt-orientierten Gesundheitswesen finden und sich darin bewähren als auch verstärkt ein dem Evangelium gemäßes Profil herausarbeiten und realisieren. Eine solche Haltung und kirchliche Einstellung soll sich personell, strukturell und organisatorisch auf die ganze Einrichtung auswirken. Derzeit wird durch Reflexion und Veränderung der Führungs- und Organisationsstrukturen die Funktionsfähigkeit auch der kirchlichen Krankenhäuser verbessert.

Die umfassende Sorge Gottes um den Menschen ist der Kirche aufgegeben und Grundlage für das Selbstverständnis christlichen Handelns in jedem kirchlichen Krankenhaus. Sinn und Aufgabe eines Krankenhauses in kirchlicher Trägerschaft ist es, gemeinsam für das Heilwerden der Patienten tätig zu werden. Krankenhauseelsorge ist integraler Teil dieser ganzheitlichen Heilssorge um den Menschen. Im kirchlichen Krankenhaus gehört Seelsorge gemäß dem Selbstverständnis des Trägers mit zu den Aufgaben des Hauses. Die seelsorgliche Begleitung der Patienten wird darin als besonderes Angebot verstanden, für das sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihren Aufgaben mitverantwortlich fühlen sollen.

Gerade Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft bieten Seelsorgern die Möglichkeit, sich mit ihrer theologischen, spirituellen und pastoralen Kompetenz und gemäß der jeweils geltenden Ordnung in den umfassenden Dienst am kranken Menschen zu stellen. Wenn ein neuer Seelsorger seine Beauftragung für den Dienst im Krankenhaus erhält, sollen im Zusammenhang der Stellenbeschreibung auch die konkreten Leistungen und Erwartungen des kirchlichen Trägers zum Ausdruck kommen. Die offizielle Einführung und Vorstellung eines neuen Seelsorgers, auch in einer liturgischen Feier und in Publikationsorganen des Hauses, sollte eine Selbstverständlichkeit sein.

Der Krankenhauseelsorger muß sich in die Organisation Krankenhaus einbringen. Es ist seine Aufgabe, mit darauf zu achten, daß die Kirchlich-

keit des Hauses im Alltag und in der Öffentlichkeit zur Darstellung kommt. Seine Rolle garantiert ihm auch die Freiheit, Ansprechpartner und Mittelsperson für die Belange der Mitarbeiter gegenüber dem Träger zu sein. Er tut dies in seiner Aufgabe als Seelsorger, der für alle ein Ohr hat, unbeschadet der umschriebenen Rechte der Personal- bzw. Mitarbeitervertretungen. Andererseits: Berechtigte Belange des Trägers, die die Kirchlichkeit des Hauses betreffen, sollte er gegenüber den Mitarbeitern unterstützen. Aus seiner Seelsorgearbeit kennt er die Schwächen und Defizite im Haus, gleichzeitig kann er mit der Leitung und den Mitarbeitern den betrieblichen Alltag reflektieren.

Ein kirchliches Krankenhaus kann zu einer Personalgemeinde für Patienten, Mitarbeiter, Freunde und Nachbarn des Hauses werden. Eigene Räume für Liturgie, Meditation und Seelsorge sowie die Präsenz christlicher Symbole, in Medien und christlichen Kunstgegenständen sind vor allem im kirchlichen Krankenhaus Ausdruck solcher Kirchlichkeit.

Die Kirchlichkeit muß vor allem zum Ausdruck kommen in einem von christlichem Geist geprägten Umgang zwischen Mitarbeitern und Patienten, aber ebenso sehr zwischen den Mitarbeitern selbst. Der christliche Charakter eines Krankenhauses steht und fällt letztlich mit der Haltung eines jeden seiner Mitarbeiter, mit seiner Praxis von Glaube, Liebe und Hoffnung.

Das Ethos des persönlichen Umgangs der Patienten und Mitarbeiter untereinander ist für ein kirchliches Krankenhaus allein nicht ausreichend. Es bedarf darüber hinaus einer eigenen Ethik der Institution, die in Ausbildung und Fortbildung und besonders in der Einstellung der Mitarbeiter immer wieder zur Sprache gebracht wird. Es geht dabei um Fragen, wie: Welche ethischen Grundsätze gelten in diesem Haus, bei diesem Träger? Wie prägen diese das alltägliche Handeln und Unterlassen – bei Mitarbeitern und Patienten? Sind davon der Umgang mit den Finanzen, die Verwaltung und der „Stil des Hauses“ geprägt? Eine solche institutionelle Ethik muß in der Öffentlichkeit erfahrbar werden: zuerst in der des Krankenhauses selbst, dann aber auch in der Öffentlichkeit von Kirche und Gesellschaft. In dieser Öffentlichkeit kommen das Erscheinungsbild und die christlich-ethische Identität des betreffenden Hauses zur Sprache und erwecken Zustimmung, Mißtrauen oder gar Ablehnung. Dabei sind es oft die kleinen Dinge des Alltags eines Krankenhauses, die in der Öffentlichkeit beachtet, gelobt oder kritisiert werden. Von großem Gewicht ist nicht

zuletzt die Frage, ob sich dort ein menschlicher Umgang mit den Patienten im christlichen Geist vollzieht.

3.3 Seelsorge als wesentlicher Tätigkeitsbereich im Krankenhaus

Krankenseelsorge im Geiste des Evangeliums weiß sich dem Leben verpflichtet: als „heilende Seelsorge“ den Kranken zugewandt. Als *Krankenhausseelsorge* wendet sich Seelsorge darüber hinaus auch an alle, die im Krankenhaus tätig sind. Seelsorge für Kranke und Seelsorge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses, besonders aber mit ihnen zusammen, macht darauf aufmerksam: die „Sorge-Struktur“ darf in der modernen Medizin nicht verlorengehen. Wenn Medizin und Pflege heute Seelsorge in ihrem Handlungskonzept mitbedenken und die Seelsorger in das therapeutische Team des Hauses oder einzelne Stationen einbezogen werden, erlebt der Patient unmittelbar, wie die unterschiedlichen Begleiter im Krankenhaus zu seinem Wohl und Besten tätig sind.

Krankenhausseelsorge stellt für eine „ganzheitliche Medizin und Pflege“ einen wesentlichen Beitrag dar. Im Gesamt des Krankenhauses hat sie einerseits organisatorisch wie inhaltlich ihre Eigenständigkeit zu betonen und auszugestalten; zum anderen aber sollte sie um die Integration der übrigen Dienste im Krankenhaus besorgt sein.

Der Seelsorger kommt ohne Instrumente zum Patienten. Im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, die eine konkrete Aufgabe am Patienten haben, wie Untersuchung, Diagnose oder Behandlung, läßt sich Krankenhausseelsorge also nur bedingt funktional beschreiben.

Der Seelsorger verordnet oder behandelt nicht. Er kann jeweils nur sich selbst und seine Glaubensexistenz in die Begegnung mit dem Patienten einbringen. Dabei ist er sich bewußt, daß sein Dienst im Zusammenhang des therapeutisch-pflegerischen Helfens und Handelns transparent ist für die verschiedenen Weisen der Zusage und Nähe Gottes zu uns Menschen: als Beitrag zum Heilwerden des Menschen.

Krankenseelsorge und Krankenhausseelsorge sind unverzichtbare Dienste am kranken Menschen, die von verschiedenen Beteiligten in einem je unterschiedlichen Auftrag wahrgenommen werden. Alle Christen sind aufgrund ihrer Taufe und Firmung berufen und beauftragt, Gottes heilende Sorge um den kranken Menschen mitzutragen, wie sie in Jesus Christus

offenbar geworden ist. Auch die Patienten können füreinander zu Seelsorgern für ihr Leben und Sterben werden: durch ihr einführendes Verstehen, durch ihr Zuhören und Mutmachen, durch das Zeugnis ihrer Glaubenshaltung. Dieser „heilenden Seelsorge“ sind auch die gemeindlichen, ehrenamtlichen Besuchsdienste verpflichtet, die, entsprechend vorbereitet und begleitet, wichtige Dienste christlicher Solidarität zwischen der Gemeinde und ihren Kranken einbringen. Die begleitende Betreuung solcher Besuchsdienste sowie der regelmäßige Austausch und Kontakt mit ihnen ist auch eine wichtige Aufgabe der Krankenhauseelsorger.

3.3.1 Seelsorgliche Dienste im Krankenhaus

Verschiedene kirchliche Berufe sind heute als Seelsorger im Krankenhaus tätig: Priester und Diakone sind in je besonderer Weise durch das Sakrament der Weihe befähigt, in der Vollmacht und im Namen Jesu dessen heilende Zuwendung zu den Kranken und Sterbenden in Wort, Sakrament und tätiger Nächstenliebe Wirklichkeit werden zu lassen. Nach wie vor sind viele Ordensleute mit ihrer spezifischen Spiritualität in den verschiedenen Diensten des Krankenhauses präsent. Pastoral-, Gemeindereferenten und -referentinnen tun ihren Dienst der Heilssorge im Krankenhaus aufgrund ihrer Berufung durch Taufe und Firmung sowie ihrer Beauftragung durch die Kirche. Sie alle leisten den einen und umfassenden Dienst in wechselseitiger und notwendiger Ergänzung. Dies macht eine ständige Kommunikation und stimmige Kooperation notwendig und unabdingbar.

Das Zusammenwirken der pastoralen Dienste im Krankenhaus, die als Kleriker und Laien, als Männer und Frauen, für die Menschen da sind, ist ein Gewinn. Allerdings können hier Schwierigkeiten entstehen. Manche Patienten, aber auch Mitarbeiter des Krankenhauses haben nach wie vor die Vorstellung bzw. Erwartung: Krankenhauseelsorge ist Aufgabe eines Priesters. Sie bedauern auch den immer stärkeren Rückgang von Mitarbeitern im Krankenhaus und in der Krankenhauseelsorge aus den verschiedenen Ordensgemeinschaften. Laien als pastorale Mitarbeiter werden zuweilen nur als „Helfer“ oder als „Notlösung“ eingeschätzt, in allerdings seltenen Fällen sogar abgelehnt. Umgekehrt gibt es Fälle, wo Priester an den Rand gedrängt werden. Zumal wenn dies innerhalb eines pastoralen Teams im Krankenhaus geschieht, leidet die nötige Kooperation sehr.

Zum anderen erleben Priester und Ordensleute, aber auch Patienten und Mitarbeiter eines Krankenhauses die neuen pastoralen Berufe als wertvolle Bereicherung. Sie schätzen ihre menschlich-spirituellen und seelsorglich-liturgischen Begabungen. Frauen als Seelsorgerinnen wird häufig in besonderer Weise Vertrauen entgegengebracht. Dies zeigt sich oft darin, daß Patienten ihnen offen und ehrlich ihre ganze Lebensgeschichte erzählen oder auch um geistliche Begleitung bitten, vor allem beim Sterben.

Die unterschiedlichen pastoralen Berufsgruppen und ihre jeweiligen Aufgaben sollen im Krankenhaus bekannt sein; falschen Erwartungen oder Mißverständnissen, auch bei Patienten und Angehörigen, wird dadurch vorgebeugt.

Die sinnvolle theologische Zuordnung von Wort, Sakrament sowie von Amt und Beauftragung erfordert auch in der Krankenhauseelsorge ein gutes Miteinander: Priester und Diakone sind nicht nur Liturgen und Spender der Sakramente, sondern auch „Seelsorger im Gespräch“; Laien sind nicht bloß „Gesprächsbegleiter“. Seelsorgliches Gespräch, Verkündigung des Wortes Gottes und Liturgie gehören zusammen; sie bedingen und ergänzen einander, wenn sie auch je nach den pastoralen Diensten im Krankenhaus unterschiedlich, aber doch kooperativ zu gestalten sind.

All die verschiedenen seelsorglichen Dienste im Krankenhaus wenden sich gemäß dem Auftrag Jesu den Kranken zu in ihrer leiblichen, seelischen, geistigen und sozialen Not, helfen mit beim Prozeß der Genesung und zum Heil-werden der Patienten, sie helfen und begleiten bei einem würdigen Sterben, ohne die Kranken zu bedrängen oder ihre hilflose Situation auszunützen. Eigene Reflexion und Supervision können auf selbstbezogene Motivationen aufmerksam machen.

3.3.2 Zur Spiritualität der Krankenhaus-Seelsorger

Hilfreiche Stützen und behindernde Erfahrungen

Die Glaubwürdigkeit des Krankenhauseelsorgers steht und fällt mit der persönlichen Integrität und der Vertrauenswürdigkeit seiner Persönlichkeit. Wer „von Berufs wegen“ so konzentriert dem Leid und der Sinnfrage ausgesetzt ist, braucht deshalb selbst ein stabiles menschliches und geistliches Fundament.

Seelsorger als Begleiter von Kranken und Leidenden, von Wiedergewandenen und Sterbenden bedürfen selbst des Trostes und der Hoffnung. Sicher wird das eigene Leben aus dem Glauben dafür Quelle sein. Nicht selten ist der Dank von seiten der Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Anerkennung und die ausdrückliche Bejahung ihres Dienstes durch die anderen im Krankenhaus Tätigen eine große Hilfe. Pflegepersonal und Ärzte schätzen vielerorts die Arbeit der Seelsorger sehr und arbeiten mit ihnen zusammen oder suchen für sich selbst geistliche Beratung und Begleitung.

Es gibt auch andere Erfahrungen: Krankenhausseelsorger erleben sich zuweilen nur als „Geduldete“; dies in besonderer Weise, wenn der Träger und das Personal – manchmal auch die Patienten – der Kirche gegenüber negativ eingestellt sind. Im Alltag des Krankenhauses erfahren Seelsorger auch Grenzen in organisatorischer Hinsicht. Die offene Zeitstruktur ihrer Arbeit, der ständige Druck, sich über ihre Tätigkeit und ihr Selbstverständnis legitimieren zu müssen, unklare Arbeitsbeschreibungen, unterschiedliche Vorstellungen von Seelsorge im Krankenhaus, unterschiedliche Erwartungen bzw. Kompetenzen, aber auch einseitige Rollenzuweisungen erschweren nicht selten die Arbeit. Oft gibt es keine eigenen Sprech- und Arbeitszimmer. Seelsorger, die neu ihren Dienst antreten, werden zuweilen nicht öffentlich in ihr Amt eingeführt.

Funktional gesehen hat im Krankenhausbetrieb die Seelsorge eine Sonderrolle. Im Gesundheitssystem, bei dem Leistungen und Erfolge Priorität haben und Tätigkeiten nach Minuten bemessen werden, scheint die Seelsorge zunächst keinen Platz zu haben. Die notwendige, zweck-orientierte Organisation des Krankenhauses ist immer in Gefahr, die Objektivierung aller Handlungsabläufe zu Lasten der individuellen Bedürfnisse der Patienten im Krankenhaus zu betonen. Zweckrationalität und nicht Sinngebung ist da gefragt, Kosten-Nutzen-Relation statt „nicht bezahlbarer“ Begegnung, emotionale Neutralität statt personaler Zuwendung. Ökonomische Zwänge verstärken solche Tendenzen. Bei den hochkomplizierten Funktionsabläufen in Diagnose und Therapie kann der einzelne Patient mit seinen persönlichen Problemen und Bedürfnissen schnell zum „Störfall“ werden.

Der Seelsorger als Anwalt des Patienten

Während die Medizin vorrangig um objektive Fakten und Daten bemüht sein muß, will die Seelsorge bewußt die Subjektivität des Patienten stüt-

zen. Dem Seelsorger im Krankenhaus kommt eine wichtige, kritisch-korrektive Aufgabe zu: Er macht sich zum Anwalt des Patienten. Seelsorger erleben durchaus, daß sie dort willkommen und gefragt sind, wo die anderen Dienste ausweichen und sich der Konfrontation, vor allem mit Schwerstkranken und Sterbenden, entziehen wollen. Dem intensiven, persönlichen Engagement der Krankenhausseelsorger stehen u. U. die strukturellen und organisatorischen Bedingungen des Krankenhauses entgegen.

Im gleichen Maße, in dem heute die Grenzen moderner technischer Medizin und das Erfordernis einer ganzheitlichen Zuwendung zum Kranken deutlich werden, wächst vielfach aber auch die Einsicht in die Erforderlichkeit der Krankenseelsorge und die Akzeptanz der Seelsorger.

Die Krankenhausseelsorge muß sich mit den genannten Problemen intensiv auseinandersetzen. Zugleich stellt sie eine dauernde Anfrage an unsere leistungsorientierte Gesellschaft dar: Welchen Wert und welche Würde hat der Mensch, gerade auch der kranke und leidende?

Im Bewußtsein solcher Wirklichkeit gilt es, in der Krankenhausseelsorge fremde und eigene Hilflosigkeit auszuhalten und mit anderen verarbeiten zu helfen. Statt Anpassung oder Flucht vor Kooperation und dem Ausweichen vor einer zuweilen notwendigen Konfrontation mit anderen Funktionsbereichen soll Krankenhausseelsorge bewußt ihre Möglichkeiten nutzen. Wenn Krankenhausseelsorge dem oft unbeantworteten Bedürfnis nach Begegnung, Anteilnahme, Sinnfindung und Deutung von Krankheit, der Erhellung der Lebensgeschichte, der Endlichkeit und der Sterbensängste zu entsprechen sucht, darf sie daraus freilich keine „Machtposition“ aufbauen. Seelsorge trägt dazu bei, daß aus dem Objekt der Behandlung wieder ein Subjekt in der Krankheit wird.

Menschlich-geistliche Fundamente

Die genannten positiven Erfahrungen ermutigen und motivieren, auch die Belastungen dieses Berufs aus- und durchzuhalten. Unverzichtbar für die Seelsorger im Krankenhaus – wie für alle Seelsorger – ist die Sorge für die eigene Gesundheit, für die leibliche und geistige Erholung.

Krankenhausseelsorger bedürfen einer menschlichen und spirituellen Stabilität. Diese kann ihnen aus ihrer Tätigkeit zuwachsen. Die Begegnungen mit den Menschen und den unterschiedlichen Situationen im Kranken-

haus werden zu „Lernorten des Glaubens“. In der Begleitung von Patienten werden die Seelsorger mit Schicksalen und biographischen Höhe- und Tiefpunkten konfrontiert – wie gut, wenn sie da aus dem Glauben Zusammenhänge sehen und konkretes Leben deuten können.

In der Gestalt Jesu finden Seelsorger Vorbild und Maß für ihr eigenes Verhalten, um Menschen ohne Vorurteile anzunehmen und sich ihnen „heilksam“ zuzuwenden. Im Aushalten, Dabeibleiben und Immer-wieder-Kommen, gerade in ausweglosen Situationen oder trotz antwortloser und unbeantwortbarer Fragen, bezeugen sie zeichenhaft die Nähe des menschenfreundlichen Gottes.

3.4 Aufgaben der Krankenhausseelsorge

3.4.1 Seelsorge an Patienten ...

Das Arbeitsfeld der Krankenhausseelsorge bezieht sich auf alle Menschen im Krankenhaus: auf die Patienten, deren Angehörige und auch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Vorrangig geht es dabei freilich um Kontaktnahme und Begegnung zwischen dem Patienten und den im Auftrag der Kirche tätigen Personen. Seelsorger stehen damit sowohl für die Wirklichkeit des lebendigen Gottes als auch für die Gemeinschaft der Glaubenden. Vielen Menschen begegnet der Seelsorger im Krankenhaus nur einmal oder nur in wenigen Tagen; andere begleitet er über Wochen hin und bei immer neuen Aufenthalten im Krankenhaus. Beide Formen der Seelsorge, Begegnung und Begleitung, sollen geprägt sein von der Güte und Menschenliebe Gottes, die in Jesus den Menschen erschienen ist (vgl. Tit 3,4).

Wenn der Patient es wünscht, kann sich also eine seelsorgerliche Begleitung entwickeln: als Lebenshilfe in der Krise der Krankheit; als Hilfe bei der Suche, die Krankheit im Lichte des Glaubens zu deuten oder zu bewältigen. Aus solchen offenen Anfängen können sich intensive religiöse Begegnungen und Erfahrungen entwickeln, die durch die Gemeinschaft des Gebetes und die Feier der Sakramente vertieft werden. Die Feier von Gottesdiensten, besonders der Eucharistie, von Andachten oder die Feier der Sakramente sowie offene Kirchen und Kapellen im Krankenhaus sind als Verbindung zur Alltagswelt oder auch zur Neuorientierung im Glaubensleben für viele Patienten wichtig.

All diese Aufgaben werden durch Begegnungen und Gespräche verwirklicht. Deshalb versteht sich Krankenhausesorge nicht als „Warte-Seelsorge“, die nur auf Abruf tätig wird, sondern als „Geh-hin-Seelsorge“. Sie befolgt das Wort Jesu: „Ich war krank, und ihr habt mich besucht“ (Mt 25,36). Patientenbesuche in diesem Sinne sind die beste Voraussetzung, daß die Kranken den Dienst der Seelsorge erleben und daß sich daraus – je nach Wunsch und Notwendigkeit und selbstverständlich in voller Freiheit – intensivere Kontakte ergeben können.

3.4.2 ... und deren Angehörigen

Krankheit belastet nicht nur den Patienten, sondern in unterschiedlichem Maß ebenso die Angehörigen. Die Intensität des Kontaktes zwischen Seelsorgern und Angehörigen steht meist in Beziehung zur Schwere der Erkrankung des Patienten. Wo Sterbende als Organspender in Frage kommen und den Angehörigen ein Entscheidungsrecht zusteht, wird der Seelsorger von den Angehörigen nicht selten als Berater in dieser Entscheidung angefragt werden.

Der Kontakt zu den Angehörigen ist geradezu unerlässlich bei bewußtlosen Patienten; dies gilt vor allem für eine verantwortete Feier der Sakramente.

Gelegentlich wünschen Angehörige den Kontakt zum Seelsorger über den Krankenhausaufenthalt des Patienten hinaus, vor allem in der Situation der Trauer. Gottesdienste, Gesprächskreise, Meditations- und Gebetstreffen und die Einbeziehung in eine Personalgemeinde des Krankenhauses können dazu hilfreich sein.

3.4.3 Umgang mit Sterbenden und Toten

Nicht nur aus medizinisch-pflegerischen Gründen werden Sterbenskranke ins Krankenhaus gebracht. Viele Angehörige haben Angst vor Sterbenden oder sind ihnen gegenüber hilflos. Auch bei Mitarbeitern von Krankenhäusern gibt es häufig Ängste vor der Sterbebegleitung. Dies führt nicht selten dazu, daß Patienten zu wenig menschlich oder geistlich begleitet werden und allein sterben. Ein „Sterben in Würde“ zu ermöglichen, ist Aufgabe des gesamten therapeutischen Personals. Seelsorger sollten dafür immer wieder werben und andere dazu befähigen. Sie werden freilich oft allein mit dieser Aufgabe befaßt.

Die menschlich-geistliche, aber auch die liturgisch-sakramentale Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden ist eine wesentliche Aufgabe der Krankenhauseelsorge. Ihr Dienst sollte allerdings nicht allein darauf reduziert werden.

Krankenhauseelsorge ist um einen pietätvollen, im christlichen Geist gestalteten Umgang mit den Toten bemüht. Sie ermöglicht die Verabschiedung auf der Station durch das Personal und die Angehörigen sowie die Aufbahrung und die Aussegnung der Toten in eigenen würdigen Räumen. Regelmäßige Gottesdienste für die im Krankenhaus Verstorbenen, zu denen Angehörige, Freunde, aber auch die Krankenhausleitung und die Mitarbeiter eingeladen werden, stellen eine wichtige Hilfe im Trauerprozeß dar.

„Sterben in Würde“ von Schwerkranken und die einfühlsame Begleitung der Angehörigen, auch über den Tod der Patienten hinaus, ist Ziel der Hospizbewegung. Durch sie wurde und wird diese ur-christliche Aufgabe wieder neu aufgegriffen. In der Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen zeigt sich in beispielhafter Weise, wie sehr die Verkündigung der christlichen Botschaft, die Feier des Gottesdienstes und die Sorge um das leibliche, psychische und soziale Wohl des einen Menschen einander zugeordnet sind, ja einander bedingen. Ziel muß die Integration der Hospizidee sein, d. h. daß überall, wo Menschen sterben – im Krankenhaus, im Alten- und Pflegeheim, im stationären Hospiz oder zu Hause – ein Sterben in Würde ermöglicht wird. Die deutschen Bischöfe haben mehrfach auf die Notwendigkeit einer guten Begleitung Schwerstkranker und Sterbender hingewiesen und sich die Anliegen der Hospizbewegung zu eigen gemacht (vgl. die Texte in: Die deutschen Bischöfe Nr. 47).

3.4.4 Seelsorge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Da durch den ständigen Umgang mit Kranken, Sterbenden und Toten bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses persönliche Betroffenheit, Fragen und Ängste ausgelöst werden, ist Krankenhauseelsorge auch für diese von großer Bedeutung. Der Krankenhauseelsorger muß und kann freilich nicht jeden Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin persönlich begleiten. Schließlich sind diese ja auch Glieder einer jeweiligen Ortsgemeinde. Um so wichtiger ist es, daß der Krankenhauseelsorger sich bei Teambesprechungen oder Stationsübergaben einbringen

kann. Dort besteht auch die Möglichkeit, Belastungen und Wünsche von beiden Seiten zur Sprache zu bringen. Gleichzeitig kommt dem Krankenhausseelsorger auch die Aufgabe zu, das Augenmerk auf die personal-existentielle Dimension der Krankheit zu lenken, zu zeigen, wie wichtig Einfühlung und Wertschätzung, Vertrauen und Glaube für die Behandlung der Patienten sind. Dazu gehören auch Hilfestellungen für die Mitarbeiter, damit diese ihre oft tiefgehenden Erfahrungen im Dienst verarbeiten und in ihren Aufgaben bestehen können.

3.4.5 Ökumenische Zusammenarbeit

Krankenhäuser und Kliniken, auch die in konfessioneller Trägerschaft, beherbergen heute Patienten und Mitarbeiter verschiedener christlicher Konfessionen und anderer Religionen sowie Menschen ohne Religionszugehörigkeit. Gerade das Krankenhaus ist Spiegelbild einer pluralen, säkularen Gesellschaft, in der dennoch Sehnsucht nach Lebenssinn und religiösen Werten im weitesten Sinn weiterhin lebendig ist.

Auf diese Situation muß auch die Krankenhausseelsorge Rücksicht nehmen: in einer den Grundsätzen des Evangeliums entsprechenden, respektvollen und zugleich offenen Haltung und Praxis wendet sie sich ohne Vereinnahmungsabsicht jedem Menschen in seinen Hoffnungen und Sorgen zu. Wenn auch Seelsorger der verschiedenen Konfessionen im Krankenhaus zunächst für die Mitchristen der eigenen Konfession zuständig sind, werden sie sich doch allen Christen zuwenden, wenn diese es wünschen. Dies gilt auch gegenüber suchenden und fragenden Menschen anderer Religionen.

Die beiden großen christlichen Konfessionen stellen meist eine dem prozentualen Anteil an der Bevölkerung entsprechende Anzahl von Seelsorgern für die Krankenhäuser zur Verfügung. Bei aller Eigenständigkeit von konfessioneller Seelsorge haben sich in vielen Krankenhäusern inzwischen vielfältige Formen einer ökumenischen Zusammenarbeit entwickelt. Denn angesichts der Erfahrungen von Krankheit und Leid bei den Patienten, ihren Angehörigen sowie den Helfern treten mehr die existentiellen Fragen in den Vordergrund. Es ist wichtig, daß bei grundsätzlichen Glaubensaussagen oder ethischen Positionen von den Seelsorgern im Haus das Verbindende zum Ausdruck kommt, über alle Konfessionsgrenzen hinweg. Im Alltag des Krankenhauses sollten deshalb die Seelsorger ihre Interessen soweit als möglich gemeinsam gegenüber den anderen Be-

reichen des Hauses vertreten. Ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus kommt in gemeinsam gestalteten Gottesdiensten zum Ausdruck, in gemeinsamen Informationsblättern, Adressenanschlügen, Hinweisen auf Gottesdienste und persönliche Seelsorge, in Anschlagtafeln, gemeinsamer Beteiligung am Krankenhausfunk u. ä.

Es muß dafür Sorge getragen werden, daß die Patienten einen Seelsorger ihrer eigenen Konfession sprechen können. Deshalb ist die einfache Aufteilung der Stationen unter den Seelsorgern der christlichen Kirchen kein Ausdruck ökumenischer Zusammenarbeit.

Vom persönlichen Miteinander der jeweiligen Seelsorger hängt es letztlich ab, inwieweit ökumenisches Handeln gelingt und welchen Stellenwert ökumenische Gottesdienste und Veranstaltungen haben. Sowohl Patienten wie Mitarbeiter erwarten ein gutes Verhältnis der Seelsorger untereinander. Der Wertschätzung entsprechend, die Leitung und Mitarbeiter des Hauses der seelsorglichen Begleitung entgegenbringen, werden sie auch den Angehörigen kleinerer christlicher Konfessionsgemeinschaften und anderer Religionen mit Respekt und aktiver Toleranz begegnen. Im Bedarfsfall sorgen die Träger auch für ein angemessenes Raumangebot, damit entsprechende Gottesdienste gefeiert werden können.

3.4.6 Zusammenarbeit mit den Ortsgemeinden

In Krankenhäusern mit einem regional begrenzten Einzugsgebiet sind intensive Kontakte zwischen der Krankenhauseelsorge und den Pfarrgemeinden unerlässlich. Dadurch kann den Wünschen der Pfarrseelsorger oder der Angehörigen leichter entsprochen werden; umgekehrt können Krankenhauseelsorger den Patienten nach ihrer Entlassung eine weitere seelsorgliche Begleitung vermitteln. Krankenhaus- und Gemeindepfarrer müssen deshalb gut zusammenarbeiten. Letztere sollten, wenn im Krankenhaus am Ort kein eigener Priester als Seelsorger tätig ist, sich als Seelsorger im Krankenhaus (mit) zur Verfügung stellen und besonders um die Feier der Sakramente besorgt sein. Gegebenenfalls ist durch den Dekan/Dechant ein anderer Priester damit zu beauftragen.

Je intensiver derartige Kontakte zwischen den Pfarrgemeinden und den Krankenhäusern sind, um so geringer ist die Gefahr, daß die Krankenhauseelsorge in eine Isolierung oder ein Ghetto abgedrängt wird. Dies erfordert auch eine Zusammenarbeit mit Pastoralräten und den Verantwortlichen der Bistümer oder Ordensgemeinschaften.

Als Konsequenz aus der Veränderung im Gesundheitswesen werden sich in Zukunft mehr Kranke in kürzeren Zeiträumen im Krankenhaus aufhalten und wieder weit mehr als bisher als ambulante oder pflegebedürftige Patienten Aufgabe der Gemeindeseelsorge und besonders der Angehörigen und Nachbarn sein.

Krankenhausseelsorger werden ihre Erfahrungen und ihre Kompetenz in die Aus- und Fortbildung für eine qualifizierte Krankenpastoral in den Gemeinden einbringen.

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.

Eine sinnvolle Vernetzung zwischen der Seelsorge im Krankenhaus und der Krankenseelsorge in der Pfarrgemeinde bleibt unter den neuen Bedingungen Aufgabe und Herausforderung.

3.5 Rahmenbedingungen von Seelsorge im Krankenhaus

3.5.1 *Qualifikationen*

Seelsorge im Krankenhaus wird haupt- oder nebenberuflich ausgeübt. Die beauftragten Seelsorger werden häufig von ehrenamtlichen Mitarbeitern unterstützt.

Je nach Größe des Krankenhauses und der personellen Ausstattung der Krankenhausseelsorge werden die Patienten zusätzlich oder ausschließlich von der Orts- und/oder Heimatgemeinde aus besucht. Dies geschieht durch pastorale Mitarbeiter der Pfarrgemeinde und/oder durch Mitglieder ehrenamtlicher Besuchsdienste.

Der einzelne Krankenhausseelsorger ist durch die kirchliche Beauftragung gegenüber dem Krankenhaus legitimiert. In einer offiziellen Einführung durch einen Beauftragten des Bischofs wird dem Seelsorger die kirchliche Beauftragung überreicht. Zu dieser Einführung sollten die Leitung, die Mitarbeiter und die Patienten des Krankenhauses eingeladen werden.

Die pastoralen Aufgaben des Krankenhausseelsorgers sind durch die Ordnung der Krankenhausseelsorge des jeweiligen Bistums und eine konkrete Stellenbeschreibung geregelt.

Die verschiedenen in der Krankenhausseelsorge tätigen Personen bedürfen einer ihrer Aufgabe angemessenen Aus- und Fortbildung sowie Begleitung. Wer hauptberuflich in der Krankenhausseelsorge tätig ist, muß entsprechende persönliche und fachliche Voraussetzungen mitbringen.

Damit die geforderten Fähigkeiten zur Entfaltung kommen können, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Ausbildung, Fortbildung und Begleitung für die Seelsorger. Diese sollten allen Seelsorgern im Krankenhaus ermöglicht werden.

Neben einer theologischen Ausbildung ist eine Zusatzqualifikation z. B. in „Klinischer Seelsorgeausbildung (KSA)“, nicht nur wünschenswert, sondern dringend erforderlich. Während dieser Ausbildung sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer Klinik seelsorglich arbeiten. Dabei gilt die Orientierung an den Kranken und an den Erfahrungen im Umgang mit den verschiedenen Mitarbeitern der Klinik als Ausgangspunkt und Maßstab für Theologie und Seelsorge. Methodisch geht es um ein erfahrungsorientiertes Lernen, z. B. durch Fallstudien, Gesprächspro-

tokolle, Selbst- und Gruppenerfahrungen usw. Darüber hinaus sind beispielsweise Supervision, Mitarbeit in Balint-Gruppen und intensive Kontakte zu den verschiedenen therapeutischen Teams nötig.

3.5.2 Juristische Stellung der Seelsorge

Seelsorge im Krankenhaus ist in der Bundesrepublik Deutschland rechtlich geregelt und anerkannt. Sie wird in frei gemeinnützigen (kirchliche oder karitative Organisationen als Träger), in öffentlichen und privaten Krankenhäusern gesetzlich gewährleistet (GG Art. 140, in Verbindung mit Art. 141 der Weimarer Verfassung). Diesem Zugangsrecht der Kirchen entspricht der Rechtsanspruch der Bürger auf freie Religionsausübung (GG Art. 4, Abs. 2). Durch diese rechtlichen Grundlagen ist nicht nur die Ausübung der Seelsorge sichergestellt, sondern auch die Einlösung aller Ansprüche, die zu ihrer Verwirklichung nötig sind (z. B. die Bereitstellung von angemessenen Räumen für Gespräche und die gottesdienstlichen Feiern).

Diese staatsrechtlichen Normierungen und die daraus abgeleiteten Konsequenzen gelten ausdrücklich für die öffentlichen Krankenhäuser, also die staatlichen und kommunalen. Für die privaten Kliniken gilt dieses Recht analog. Kirchliche Krankenhäuser erweitern diesen rechtlichen Rahmen, indem sie den Stellenwert der Krankenhausseelsorge als ein Charakteristikum ihres Hauses deutlich machen und dem gerecht zu werden suchen.

Der einzelne Seelsorger ist bei der Ausübung seines Dienstes im Krankenhaus an die jeweils gültigen Datenschutzgesetze des Bundes und seines Landes, an den kirchlichen Datenschutz, die bereichsspezifische Datenschutzordnung sowie die amtliche Schweigepflicht gebunden und durch das Amtsgeheimnis vor Dritten geschützt.

Im Sinne einer sinnvollen Arbeit der Krankenhausseelsorge ist es unerlässlich, daß vor allem die Krankenhausleitung, die leitenden Ärzte und Pflegekräfte sowie möglichst viele andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses über Ziele, Inhalte und Arbeitsweise der Seelsorge informiert sind. Seelsorge im Krankenhaus sollte in Aus- und Fortbildung, aber auch im persönlichen Austausch zwischen den Mitarbeitern des Hauses und den Seelsorgern als Thema präsent sein. Am unmittelbarsten wird dies in der Person des Seelsorgers, durch seine regelmäßige Prä-

senz auf den Stationen und durch seine Arbeit im Krankenhaus selbst erfahren.

Der Verantwortliche für die Krankenhauseelsorge – sei es der Leiter eines Teams oder ein Gemeindegeseelsorger – ist verpflichtet, Regelungen zu treffen, daß bei seiner Abwesenheit ein Seelsorger zu erreichen ist. Personelle Veränderungen in der Krankenhauseelsorge belasten nicht selten die davon Betroffenen: Wer wird und kann angemessen diese wichtigen pastoralen Aufgaben übernehmen?

3.5.3 Pflegedienste und Seelsorge

Aus einer guten Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Seelsorger ergeben sich folgende Aufgaben: Mitwirkung im therapeutischen Team, Mitarbeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie ggf. Mitgliedschaft in Ethikkomitees*. Ansatz und wichtigster Teil der Zusammenarbeit im Krankenhaus ist die gemeinsame Sorge um den Patienten.

Ein therapeutisches Team verlangt die Kooperation aller Dienste im Krankenhaus, einschließlich der Krankenhauseelsorge. So sehr diese ihre Eigenständigkeit bewahren muß, verhilft eine möglichst regelmäßige Teilnahme an Team- und Dienstbesprechungen zu solcher Kooperation. Die Einladung zur Teilnahme an Dienst- oder Schichtübergaben bzw. Visiten bietet dem Krankenhauseelsorger darüber hinaus die Möglichkeit, die Zusammenarbeit und den Austausch mit den Pflegenden und den Ärzten zu intensivieren. Oft ist dies eine hilfreiche Ergänzung, gegebenenfalls auch eine Korrektur zu deren Bemühen um den Patienten.

In der Ausbildung sollten den Krankenpflegeschülerinnen und -schülern religiöse, ethische und moralische Grundwerte vermittelt werden. Dabei geht es darum, sich mit ihren religiösen Einstellungen und Widerständen kritisch auseinanderzusetzen, damit sie bei der Findung der Berufsidentität Hilfestellung durch die Orientierung an christlichen Wertvorstellungen erhalten. Dies gilt nicht nur für das kirchliche Krankenhaus, sondern betrifft in gleicher Weise auch staatliche oder private Einrichtungen. Auch dieser Aufgabe sollte sich die Krankenhauseelsorge stellen.

* Ethikkomitees treffen keine Entscheidungen. Sie sind ein von der Trägerschaft einzusetzendes Gremium für mehrere mittlere Krankenhäuser oder ein größeres Krankenhaus von 12 Personen, das Voten erarbeitet, aber nicht das Urteil des Entscheidungsträgers ersetzt (vgl. „Ethikkomitee im Krankenhaus“, hrsg. vom Kath. Krankenhausverband e.V. und dem Deutschen Ev. Krankenhausverband, Freiburg, Mai 1997, S. 15 ff).

Pflegende erwarten, daß die Krankenhauseelsorger Sinn und Zielsetzung ihres Tuns transparent machen, um damit gegenseitiges Verständnis und Integration im Sinne eines therapeutischen Teams zu ermöglichen und zu fördern.

Gesprächsgruppen sind weitere Arbeitsformen, durch die Verständnis und Integration aufgebaut und gefestigt werden können.

Wenn Krankenhauseelsorger Mitglieder von klinischen Ethikkommissionen (ein Gremium der medizinischen Forschung z. B. an Uni-Kliniken) sind, haben sie auch die Aufgabe, auf ethische Fragestellungen und Herausforderungen aufmerksam zu machen und bei Entscheidungen beratend mitzuwirken. Dabei haben die Krankenhauseelsorger in besonderem Maße die Interessen der Patienten aus seelsorglicher Sicht gegenüber den anderen Berufsgruppen zu vertreten und deutlich zu machen.

Die Begleitung und Beratung durch den Seelsorger kann auch für alle Mitarbeitenden und die Leitung hilfreich sein.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Die Sorge um die Kranken in Krankenhaus und Gemeinde ist eine der zentralen Aufgaben kirchlichen Handelns: in der Verkündigung, in der Feier der Liturgie und der Sakramente sowie in der diakonischen Zuwendung zum Menschen in Not. In dieser Sorge verdichtet sich der Auftrag Jesu, dem Kranken Heil und Heilung zuteil werden zu lassen. Das Bild von Jesus als dem göttlichen Arzt zeigt, daß im Zusammenwirken der verschiedenen Dienste am kranken und leidenden Menschen Reich Gottes erfahrbar wird.

Die für diesen Dienst erforderliche menschlich-geistliche wie theologisch-psychologische Kompetenz und der persönliche, mit vielen Belastungen, aber auch wertvollen persönlichen Erfahrungen verbundene Einsatz der Seelsorger machen deutlich: der Beruf des Krankenhauseelsorgers verdient höchste Anerkennung und Förderung in der kirchlichen und gesellschaftlichen Öffentlichkeit. Diese Aufmerksamkeit sollten Seelsorger auch im Krankenhaus selbst erfahren können.

Würzburg, den 20. April 1998

Literaturhinweise

- Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst: Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Rom 1985
7. Symposium der europäischen Bischöfe vom 12.–17. Oktober 1989: Umgang des heutigen Menschen mit Geburt und Tod (= Stimmen der Weltkirche 29)
- Die deutschen Bischöfe: Menschenwürdig sterben und christlich sterben (20. November 1978)
- Schwerstkranken und Sterbenden beistehen (20. Februar 1991)
- Die Hospizbewegung - Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis (Erklärung der Pastoral-Kommission vom 27. September 1993) (alle Texte in: Die deutschen Bischöfe 47)
- Die Immunschwäche AIDS – Eine pastorale Aufgabe der Kirche (23. September 1997, = Die deutschen Bischöfe - Pastoral-Kommission 18)

Zu einigen aktuellen Fragen des Sakraments der Krankensalbung

In den letzten Jahren ist aus unterschiedlichen Motiven und aufgrund verschiedener Argumentationsgänge die Frage nach dem Spender der Krankensalbung sowie deren Feier als Sakrament bzw. Sakramentalie akut geworden. Die Fragen stellen sich u.a. auch wegen der geringer werdenden Zahl von Priestern, die in der Krankenseelsorge tätig sind, so daß die Seelsorge an Kranken zuhause und im Krankenhaus vermehrt durch Ständige Diakone, Pastoralreferenten/-referentinnen und Gemeindeferenten/-referentinnen geleistet wird. Dies ist ein Grund, aber keineswegs der einzige für die Problemstellung.

Im folgenden seien darum die wichtigsten Erwägungen und Argumente, die im Rahmen der gegenwärtigen Fragestellung vorgebracht werden, gewichtet und Ansätze für eine neue Praxis, die es hier und dort gibt, kritisch erörtert.

I. Sakrament und Amt

1. Nicht wenige Laien, die in der Krankenseelsorge tätig sind und darin Menschen auf ihrem Weg des Leidens ggf. bis zum Sterben begleiten, plädieren dafür, das Sakrament der Salbung als integrales Element dieser personalen Begleitung zu verstehen und zu praktizieren. Dies bedeutet für sie konkret: Das Sakrament ist durch die jeweiligen Begleiter und nicht durch einen „von außen“ herbeigerufenen (gelegentlich formuliert man drastisch-anschaulich „durch einen eingeflogenen“) Priester zu spenden. So heißt es etwa in einem Brief der Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger, einer Stellungnahme zum Schreiben von Bischof Kasper, Rottenburg, vom 09.07.1996: „Das Sakrament Krankensalbung und seine Spendung gehört mitten in das Leben, in das Leiden, in das Bangen und Hoffen und auch in das Sterben des Menschen hinein. Es macht daher keinen Sinn, den Spender der Krankensalbung als Person vom Begleiter der Patienten in seiner Not abzuspalten“. Und kurz vorher steht: „Müssen nicht die[se] von der Kirche ausdrücklich bestellten und beauftragten Begleiter und Begleiterinnen ... das reiche Erbarmen Gottes und das Zeichen des Heils im Sakrament zusprechen und im Sakrament verkünden

können? Ein von aussen herbeigeholter Priester bleibt in solchen Situationen – trotz allen guten Willens- ein Fremder“.

Solchen und ähnlichen Äußerungen liegt nicht selten eine bestimmte Auffassung von Sakramenten zugrunde, wonach diese „kommunikative Zeichen“ seien und als solche den Höhepunkt kirchlicher Kommunikation bedeuteten. Für die Krankensalbung würde dies besagen: Die persönliche, oft hingebungsvolle Begleitung leidender und sterbender Christen durch Mitchristen findet darin ihren Gipfelpunkt, daß der seelsorgliche Begleiter, der die Lebens- und Leidensgeschichte der Kranken, dessen seelische und körperliche Verletzungen und Verwundungen, Schuldgefühle, Glaubenserfahrung und -praxis kennt, diesem auch das heilende Erbarmen Christi sowie die Zuwendung und Fürbitte der ganzen Gemeinde zusagt.

So prinzipiell zutreffend die Sicht des Sakraments als „kommunikatives Zeichen“ auch ist, so verkennt sie – *wenn sie vereinseitigt wird* – doch Entscheidendes. Weder ein einzelner Christ noch die Gemeinde als ganze – mögen beide noch so intensiv in personaler, gläubiger Beziehung zum Kranken stehen und ihm verbunden sein – können diesem von sich aus das Heil zusagen. Dies vermag nur Christus selbst. Daß Er es aber ist, der gewissermaßen „ab extra“ – „von außen“ – in die Nöte, Grenzen und Abgründe des Menschen eintritt und ihm immer wieder sich selbst und seine rettende Gegenwart zusagt, wird in der amtlichen Spendung des Sakraments in besonderer Dichte zeichenhaft deutlich und real vollzogen. „Bevor“ die Sakramente, auch das Sakrament der Krankensalbung, kommunikative Zeichen für die innerkirchliche Kommunikation sind, muß eine viel grundsätzlichere Kommunikation zwischen Christus und seiner Jüngerschaft vom Herrn selbst allererst gestiftet oder erneuert bzw. aktualisiert werden. Daß aber Christus selbst der Handelnde ist, und nicht ein noch so gläubig und liebevoll handelnder Christ oder eine liebevolle Gemeinde, wird gerade darin zeichenhaft deutlich, daß ein durch Weihe und Sendung in Dienst genommener kirchlicher Amtsträger die Sakramente spendet, also jemand, der nicht unbedingt „legitimiert“ ist durch personale Nähe zum Empfänger, sondern durch die „Objektivität“ von Weihe und Sendung, d.h. durch Christus selbst, und der *gerade so* auf den Herrn und sein Heilshandeln verweist.

Das scheinbar, aber wirklich nur scheinbar so „Befremdliche“ des objektiv von außen kommenden amtlichen Tuns bedeutet darum in Wirklichkeit etwas ungemein Befreiendes: Das Sakrament ist nicht gebunden an die Großartigkeit und Misere menschlicher Beziehungen, an deren Gelingen

oder Mißlingen, sondern allein an Jesus Christus, der sich im amtlich-„objektiven“ Tun ein „übersubjektives“ Zeichen für seine heilvolle Gegenwart und Nähe schafft. Und so sehr diese seine Gegenwart und Nähe danach verlangt, durch uns Menschen sichtbar und glaubwürdig vermittelt zu werden – auf die Krankensalbung bezogen: gerade in einer liebevollen und ehrfürchtigen Begleitung des Kranken und Sterbenden –, so ist doch die sakramentale Zuwendung Christi selbst davon nicht abhängig. Darum spricht es nicht gegen das Sakrament, wenn ein Priester „von außen“ (im lokalen oder auch personalen Sinn des Wortes) kommt, um das Sakrament im Namen und in der Vollmacht Christi zu spenden. Gerade so – und dies kommt noch dazu – besteht auch die Möglichkeit, die in alter kirchlicher Tradition gründende Einheit von Salbung und Spendung des Bußsakramentes nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. Dies zeigt deutlich der „Versehgang“, in dem der Priester die Sakramente der Buße, ggf. der Firmung, der Krankensalbung und der Wegzehrung spendet. In diesem Zusammenhang sollte auch nicht vergessen werden, daß zu den Wirkungen des Sakramentes der Krankensalbung auch die Vergebung der Sünden zählt, „falls der Kranke sie nicht im Bußsakrament erlangen konnte“ (KKK 1532).

2. Gegen diese enge Verbindung von Amt und Spendung der Krankensalbung wird heute nicht selten die Geschichte dieses Sakraments geltend gemacht: Bis zum frühen Mittelalter habe jeder Christ mit dem vom Bischof geweihten Öl sich selbst und andere salben dürfen.

Auch wenn es hier zu weit führen würde, im einzelnen auf die recht verwickelte Geschichte der Krankensalbung bzw. Letzten Ölung einzugehen, ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, daß es anachronistisch wäre, das erst in der Hochscholastik eindeutige Sakramentsverständnis in die frühe Zeit zurückzuprojizieren und kirchliche Praxen (zu denen auch die Selbstsalbung, das Baden in Öl, ja selbst die Salbung von Tieren und Viehställen gehörte) als sakramental im Sinne des späteren Sakramentsbegriffs zu verstehen. Viele solcher frühen Formen liegen eher auf der Ebene unseres heutigen Gebrauchs des Weihwassers u. ä. Doch aus diesen frühen, noch undifferenzierten Anwendungen geweihten Öls stellte sich mehr und mehr die spezifische Gestalt des Sakraments heraus, das *dann auch* vom Amtsträger gespendet wurde, ja dessen Spendung – nachdem ein solcher spezifischer Sakramentsbegriff erarbeitet war – exklusiv dem Amtsträger vorbehalten war. *In diesem Sinn* steht die Aussage des Trienter Konzils, wonach der minister proprius der Krankensalbung der Priester ist (DH 1697), in einer klaren und eindeutigen theologischen Tradition und kirchlichen Praxis.

Wenn es heute Tendenzen gibt, auch dem Diakon die Vollmacht zur Spendung dieses Sakraments zuzusprechen, so kann doch eine diesbezügliche diakonale Praxis nicht eigenmächtig beansprucht werden. Dazu bedürfte es einer entsprechenden Entscheidung durch die zuständige kirchliche Autorität nach vorheriger theologischer Prüfung.

II. Sakrament und Sakramentalie

Um jedes Sakrament lagern sich – gewissermaßen wie Vorhöfe um ein Zentrum – eine Vielzahl von Sakramentalien, d.h. von heiligen Zeichen, in denen sich, je nach der Zuordnung der Sakramentalien zu den verschiedenen Sakramenten auf unterschiedliche Weise, sowohl die gläubige Bitte des Menschen an Gott als auch dessen Zusage an die Menschen sinnenhaft ausdrücken. Angesichts dieses Sachverhalts weist eine Reihe von in der Krankenhauseelsorge tätigen Laien darauf hin, sie würden oder möchten gern die Salbung der Kranken mit nichtgeweihtem (!) Öl als Sakramentalie, nicht aber als Sakrament spenden: Gelegentlich greift man hier auch eine Unterscheidung auf, die ursprünglich im französischen Sprachraum entstanden ist, wonach der Amtsträger das „große“, der Laie unter bestimmten Bedingungen das „kleine“ Sakrament spenden könne. So heißt es in dem schon erwähnten Brief der Krankenhauseelsorger: „Jeder in der Krankenhauseelsorge, der solche Salbungen vornimmt, ob Priester oder Nichtpriester, kann und muß deutlich sagen, daß er damit nicht das Sakrament der Krankensalbung spenden will. Dazu ist er in der Lage – und das wird auch verstanden. Er wird dafür auch nicht das für die Krankensalbung geweihte Öl verwenden...“. Doch dürfte mit Fug und Recht bezweifelt werden, ob eine solche Unterscheidung wirklich verstanden wird. Abgesehen davon, daß eine Salbung mit ungeweihtem Öl in der Geschichte der Kirche sich auf keinerlei Traditionen berufen kann, treten in einer solchen Praxis Sakrament und Sakramentalie in eine kaum unterscheidbare Nähe, so daß hier der Zweideutigkeit und damit der Verwischung der sakramentalen Konturen Tor und Tür geöffnet ist. Man darf darüber hinaus nicht vergessen, daß auch Sakramentalien nicht eigenmächtig eingeführt werden können (C. 1167 § 1 CIC behält allein dem Apostolischen Stuhl die Einführung von Sakramentalien vor!)

Demgegenüber weist die Geschichte einen anderen Weg: Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die vielgestaltige frühkirchliche Salbungspraxis häufig in Analogie zu unserem heutigen Gebrauch des Weihwassers steht. Das geweihte Wasser hat nun als Sakramentalie eine ganz enge Beziehung

zum Grundsakrament der Taufe, zu der auch die Krankensalbung eine große Nähe aufweist: In der Situation lebensgefährlicher Krankheit und erst recht angesichts des nahen Todes stellt sich in neuer Radikalität die Frage nach der Taufwirklichkeit: Ist der Glaubende bereit, sich dem Sterben Christi anzugleichen und aus der Hoffnung auf Auferweckung heraus sein eigenes Leiden und Sterben auf sich zu nehmen (vgl. Röm 6)? So aber kann gerade das Bekreuzigen und Besprengen mit geweihtem Wasser als Bekräftigung der Taufe eine angemessene Sakramentalie in der seelsorglichen Begleitung von Kranken und Sterbenden sein. Dadurch kann auf legitime und sinnvolle Weise das geschehen, wonach heute viele in der Krankenhauseelsorge tätige Laien fragen und verlangen, nämlich das reiche Erbarmen Gottes und die Zusage seiner heilenden Nähe nicht nur im Wort, sondern auch im heiligen Zeichen zuzusprechen und zu verkünden, ohne daß es dadurch zu Zweideutigkeiten für den Kranken kommt oder eine Eigenmächtigkeit durch den Spender entsteht. Darüber hinaus ist an die geltende liturgische Ordnung zu erinnern, die für die Seelsorge an Kranken verschiedenste Formen vorsieht. Dazu gehören der Krankensegen (auch durch Laien), die Krankenkommunion und für Kranke in Todesgefahr die Spendung der Wegzehrung (Viaticum), die auch durch Diakone oder durch Laien als außerordentliche Kommunionsspenden vorgenommen werden (vgl. eigenen Ritus in: Die Feier der Krankensakramente, hrsg. i. A. der Deutschen Bischofskonferenz u. a., Freiburg u. a. 2. Aufl. 1994, S. 116-131).

Eine von solchen Symbolhandlungen, von Gebet und Zusage des Wortes Gottes geprägte Begleitung von Kranken dürfte auch dort am Platze sein, wo Kranke den Bedingungen für den Empfang des Sakraments, nämlich dem Betroffensein von einer *lebensgefährlichen* Krankheit nicht entsprechen. Es läßt sich kaum leugnen, daß gerade in den letzten Jahren die Gefahr besteht, gegenüber der früheren Vereinseitigung dieses Sakraments auf eine „Todesweihe“ hin, nun eine neue Vereinseitigung praktiziert wird, nämlich entgegen den Weisungen des II. Vatikanums und erst recht entgegen einer langen kirchlichen Tradition die Krankensalbung auf nahezu jedes Kranksein zu beziehen und – statt ihres (auch) eschatologischen – fast ausschließlich deren therapeutischen Charakter (Gesundung des Kranken oder Besserung des Gesamtbefindens) herauszustellen. Das Zweite Vatikanische Konzil hat gegen entsprechende Vorschläge der Vorbereitungskommission und gegen deren Empfehlung, das Sakrament möglichst früh zu spenden, einen Mittelweg eingeschlagen, indem es formuliert, daß dieses Sakrament „nicht nur das Sakrament derer [ist], die

sich in äußerster Lebensgefahr befinden. Daher ist der rechte Augenblick für ihren Empfang sicher schon gegeben, wenn der Gläubige beginnt wegen Krankheit oder Altersschwäche in Lebensgefahr zu geraten“ (SC 73). Zwar läßt diese Formulierung eine große Bandbreite für die Praktizierung dieses Sakramentes zu. Doch zeigt das Stichwort „beginnende Lebensgefahr“, daß es auf jeden Fall um *Schwerkranke* oder um ältere Menschen geht, „deren Kräftezustand sehr geschwächt ist“ (Einführung in die Feier der Krankensalbung). Auf diese Empfängergruppe also wird in der Krankensalbung das „reiche Erbarmen des Herrn“ und „die Kraft des Heiligen Geistes“ herabgerufen (Spendenformel). Sie werden dadurch enger mit dem leidenden und sterbenden Herrn verbunden, tiefer in die Wirklichkeit der Taufe eingeführt und in ihrem Glauben, Hoffen und Lieben gestärkt. So hat dieses Sakrament – wie alle anderen auch! – zunächst einmal eine *geistliche* Wirksamkeit. Jedoch darf aufgrund der Leib-Seele-Einheit des Menschen ebenso eine leibliche Wirkung erwartet werden: Der *ganze* Mensch wird „aufgerichtet“ (vgl. Jak 5,15), indem in einer *lebensgefährlichen* Situation vor allem eine unversieglige Hoffnung, die sowohl die leibliche wie geistige Dimension, das diesseitige wie das künftige Leben umgreift, neu entflammt wird. Angesichts dieser Sachlage können Sakramentalien dem breit gefächerten Raum des Krankseins zutreffender entsprechen als eine undifferenzierte Spendung der Krankensalbung.

Mit diesen Hinweisen sind die faktischen Probleme noch nicht gelöst. Es kann immer wieder der Fall eintreten, daß Priester zur Spendung dieses Sakraments nicht zur Verfügung stehen, so daß sich in der Spendung und im Empfang einer Sakramentalie auch so etwas wie das *votum sacramenti* realisiert, dem ebenso wie dem Sakrament selbst die Heilzusage Gottes gilt. Bei aller Belastung durch verschiedenste Aufgaben ist es wichtig, daß die Priester jene gute Praxis nicht fallen lassen, wonach in jedem Dekanat wenigstens *ein* Priester für Notfälle *ständig* erreichbar ist und zur Verfügung steht. In der „Hierarchie“ pastoraler Verpflichtungen sollte jedenfalls die Sorge für Kranke und Sterbende einen ganz hohen Rang einnehmen.

Würzburg, den 24./25. November 1997