

Leitlinien für die Krankenhausseelsorge

auf Anregung des Seelsorgeamtes und in Zusammenarbeit mit ihm erarbeitet von der Diözesanarbeitsgemeinschaft Krankenhausseelsorge (DiAG KS) im Erzbistum Bamberg

Inhalt

Teil 0 Vorwort

Teil 1: Situationsbeschreibung

1.0. Einleitung

1.1. Die Patientin/der Patient im Krankenhaus

1.2. Das Pflegepersonal

1.3. Die Therapeutinnen und Therapeuten

1.4. Problemfelder der Institution Krankenhaus und des modernen Medizinbegriffs

1.5. Das Gesundheitswesen in der Gesellschaft

1.6. Die Krankenhausseelsorge

Teil 2: Urteilen / Analyse

2.0. Vorbemerkungen

2.1. Die befreiende Geschichte Gottes mit den (kranken und leidenden) Menschen in der Heiligen Schrift

2.1.1. Der mitgehende Gott im Alten Testament: Jahwe

2.1.2. Der mitgehende Gott im Neuen Testament: Jesus Christus

2.2. Sakramente als Heilshandlungen der Kirche

2.3. Der von Gott berufende Mensch (Vaticanum II)

2.4. Evangelisierung als Aufgabe und Identität der Kirche (Evangelii Nuntiandi)

2.5. Der mitgehende Gott heute (Vision)

Teil 3: Konsequenzen für die Krankenhausseelsorge

3.1. Das Selbstverständnis der Krankenhausseelsorge

3.2. Allgemeine Konsequenzen für die Krankenhausseelsorge

3.3. Konsequenzen für die Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger

3.4. Konsequenzen für die kirchlichen Strukturen

Literaturverzeichnis

Teil 0: Vorwort

Die „diözesane Arbeitsgemeinschaft der Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger in der Erzdiözese Bamberg“ (=DiAG KS) begann im Frühjahr 1991 auf Anregung des Seelsorgeamtes mit der Erarbeitung von Leitlinien für die Krankenhauseelsorge. Alle dort tätigen Berufsgruppen brachten ihre Erfahrungen ein und unterzogen sie gemeinsam einer ausführlichen theologischen und pastoralen Reflexion. Auf dieser Grundlage erarbeitete ein Redaktionsteam ein erstes Konzept (April 1994), das nochmal umfassend überarbeitet, im Detail beraten und am 5. April 1995 von der Arbeitsgemeinschaft angenommen wurde.

Der jahrelange Entstehungsprozess dieser Leitlinien führte innerhalb der DiAG KS zu einem hohen Konsens, der in der einstimmigen Annahme zum Ausdruck kam. Die eigene Arbeit in der Krankenhauseelsorge wurde unter verschiedensten Gesichtspunkten intensiv reflektiert und dadurch eine deutlichere pastorale Identität gefunden.

Die erarbeiteten Leitlinien wurden im Einvernehmen mit der Bistumsleitung einer größeren Öffentlichkeit vorgestellt (Katholische Aktion 7/97).

Zeitgleich wurde auch in einigen anderen Bistümern an Leitlinien für die Seelsorge im Krankenhaus gearbeitet. Die gemeinsamen Ergebnisse fanden dann 1999 ihren Niederschlag in der Veröffentlichung der Deutschen Bischofskonferenz: „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ (Reihe: Die deutschen Bischöfe Nr. 60)

Es ist Wunsch und Hoffnung der DiAG KS, dass Inhalt und Intention der Leitlinien - ergänzt um die Ausführungsbestimmungen (Teil 4) nun segensreich in der Erzdiözese Bamberg umgesetzt werden.

Teil 1: Situationsbeschreibung

1.0. Einleitung

Die Beschreibung der Situation wurde erstellt unter Zuhilfenahme der Protokolle der DiAG KS, verschiedener Artikel in theologischen Zeitschriften und Handbüchern und auf Grund eigener Erfahrungen. Sie ist unterteilt in folgende Bereiche:

- die Patientin/der Patient im Krankenhaus
- das Pflegepersonal
- die Therapeutinnen und Therapeuten
- die Institution Krankenhaus und der moderne Medizinbegriff
- das Gesundheitswesen in der Gesellschaft

- die Krankenhauseelsorge

1.1. Die Patientin/der Patient im Krankenhaus

1.1.1. Krankheit wirft den Menschen auf sich selbst zurück. Sie gefährdet sowohl die körperliche als auch die psychische und soziale Identität.

Schmerzzustände, besonders wenn sie chronisch sind, verändern das Körpergefühl anhaltend und führen zu Nervosität und Reizbarkeit. Ähnliches gilt für medikamentöse Maßnahmen. Amputationen (Gliedmaßen, Brust), Lähmungserscheinungen und Nebenwirkungen von therapeutischen Maßnahmen (Strahlen- und Chemotherapie, Psychopharmaka) führen zu äußerlich sichtbaren Änderungen im Erscheinungsbild, sodass die Patientinnen und Patienten sich neu mit sich und ihrem Körper auseinandersetzen müssen. Auch Verbrennungen und andere Entstellungen erfordern eine neue Zustimmung zur körperlichen Identität.

Mit den körperlichen Veränderungen gehen immer auch psychische Veränderungen einher. Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein können sinken, oft wird auch die Selbstbestimmung eingeschränkt. Das ständige Angewiesensein auf die Hilfe von anderen kann zum Gefühl der Minderwertigkeit führen. Auf die Auswirkungen von Psychopharmaka auf die Psyche eines Menschen sei nur hingewiesen. Schwere Krankheitsbilder konfrontieren die Patientinnen und Patienten immer auch mit ihrer begrenzten Lebenszeit. Angst vor der Zukunft, Angst, den anderen zur Last zu fallen, Angst vor einem langen Siechtum belasten die Menschen sehr.

Kranksein hat immer auch Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Die Beziehungen, die sonst das Leben prägen, sind einer neuen Belastung ausgesetzt. Partner, Familie, Freunde und Kollegen müssen sich erst auf die veränderte Lage durch die Krankheit einstellen und lernen, mit ihr umzugehen. Körperliche Beeinträchtigungen können auch vorläufige oder dauernde Arbeitsunfähigkeit mit sich bringen, ein schwer wiegender Einschnitt in die persönliche Lebensgestaltung.

Bestimmte Krankheitsbilder: AIDS, TBC, psychiatrische Erkrankungen führen zur gesellschaftlichen Ausgrenzung und somit zur Vereinsamung der Betroffenen.

In dieser Zeit vielfältiger Gefährdungen sehnen sich die Patientinnen und Patienten nach menschlichen Beziehungen, die ihre Ängste, Gefühle und Hoffnungen ernst nehmen und sie in dieser Krisensituation begleiten.

1.1.2. Krankwerden ist für viele Menschen eine Krisenerfahrung, vor allem im Kontext Krankenhaus. Sie werden - oft plötzlich und unerwartet - aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld herausgerissen. Sie finden sich in einer Institution wieder, die ihnen fremd und überwiegend von festen Strukturen geprägt ist. Dies fordert von ihnen ungewohnte, zum Teil völlig neue Verhaltensweisen, z.B. Anpassen an einen vorgegebenen Tagesablauf. Diese Strukturen werden von den meisten als kaum veränderbar erlebt (z.B. das frühe Wecken, die Essenszeiten, Termindruck bei vielen Untersuchungen und Therapien und/oder viel "Leerlauf", ein eingeschränkter Intimbereich, vor allem in Mehrbettzimmern usw.).

Deshalb ist für viele das einschneidendste Erlebnis im Krankenhaus die extrem passive Rolle, in die sie durch diese Strukturen hineingedrängt werden. Zwar wird einerseits das Ideal der "mündigen Patientin" und des "mündigen Patienten" immer wieder beschworen,

und tatsächlich ist jede medizinische Anordnung nur mit dem Einverständnis der Kranken möglich.

Andererseits erleben viele, dass ihre subjektive Befindlichkeit, ihre Ängste und Befürchtungen, ihre eigenen Beobachtungen oder Behandlungsvorschläge nicht genügend ernst genommen werden. Oft sind Therapeutinnen/Therapeuten und Pflegepersonal vorrangig daran interessiert, dass die Anordnungen mehr oder weniger widerspruchsfrei befolgt werden und somit der tägliche, genau durchgeplante Stationsablauf nicht gestört oder durcheinander gebracht wird.

Trotz dieser strukturellen Zwänge bemühen sich viele um menschliche Zuwendung im Rahmen ihrer Möglichkeiten.

1.1.3. Viele Menschen besitzen gerade auch wegen der zunehmenden gesellschaftlichen Ausdifferenzierung und Spezialisierung völlig überzogene Vorstellungen von den Möglichkeiten der modernen Medizin. Damit verbinden sie die Hoffnung, neue Geräte und die besten Spezialisten müssten für sie bereitstehen und könnten jede Krankheit erforschen und "heilen".

Im Krankenhaus begegnen sie zwar den verschiedenen, spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten, müssen dann aber häufig erleben, dass diese sie nur unter einem bestimmten, sehr eingeschränkten Blickwinkel betrachten und einschätzen (können). Dadurch erfahren sie sich nicht als "ganzheitlich" wahrgenommen.

Das hat zur Folge, dass es für viele sehr schwer wird, nach der Bedeutung ihrer Krankheit für ihr Leben zu fragen. Sie sprechen dann selbst (wie viele Ärztinnen und Ärzte) nur noch medizinisch-technisch darüber.

Diesen vielfältigen Gefährdungen der Person steht eine existenzielle Deutungsnot vieler - auch gläubiger - Menschen gegenüber. Manchen Patientinnen und Patienten gelingt es, oftmals mit Hilfe ihres Glaubens, eine veränderte und tiefere Einstellung zu ihrem Leben zu gewinnen.

In Mehrbettzimmern ist häufig eine beeindruckende Solidarität und Hilfsbereitschaft untereinander festzustellen.

1.1.4. Ein letztes wichtiges Thema ist das Sterben. Die meisten Menschen haben den Wunsch, zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung, nicht allein, und in Würde sterben zu können. Zwei Drittel jedoch sterben im Krankenhaus. Dort erleben sich viele alleingelassen von Pflegepersonal, Ärztinnen/Ärzten, aber auch oft von ihren eigenen Angehörigen.

Es fehlen häufig geeignete Räume, um die Intimität des Sterbens zu wahren. Auch die vielfältigen Möglichkeiten lebensverlängernder Maßnahmen machen vielen Patientinnen/Patienten und Angehörigen Angst.

Die Hospizbewegung versucht, diese Tatsachen verstärkt ins gesellschaftliche Bewusstsein zu heben. Sie will so die weit verbreitete Tabuisierung von Leid und Tod aufheben und menschenwürdiges Sterben ermöglichen.

1.2. Das Pflegepersonal

Die Arbeit von Schwestern und Pflegern wird vor allem durch folgende äußere Rahmenbedingungen bestimmt:

Die in der Ausbildungsordnung favorisierte "ganzheitliche Pflege" erweist sich in der Realität des Stationsalltages nur allzu oft als schwer durchführbar.

Viele engagierte Schwestern und Pfleger, deren Berufsmotivation, Zeit für die Menschen zu haben, kaum verwirklicht werden kann, sind frustriert.

Die Dokumentationspflicht beansprucht sehr viel Zeit, ebenso die immer kürzere Verweildauer der Patientinnen und Patienten mit immer zahlreicheren Untersuchungen.

Der Pflegenotstand, der sich regional unterschiedlich auswirkt, verstärkt den Arbeitsdruck auf den Stationen, der häufig auf Grund hierarchischer Strukturen zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal, aber auch unter den Schwestern und Pflegern selbst besteht. Das Pflegepersonal sitzt sozusagen zwischen allen Stühlen.

Hinzu kommen die belastenden Dienstzeiten (Schichtdienst, Sonn- und Feiertag, Nachtdienst), die z.B. die Pflege von Beziehungen und privaten Interessen sehr erschweren.

Die ständige Konfrontation mit Leid und Tod erzeugt oft schwerste Belastungen. Diese können, neben anderen Ursachen, z.B. mangelnder Anerkennung, Arbeitsüberlastung, mangelnder Professionalität und Eintönigkeit des Arbeitsalltags, zum „Burn-Out-Syndrom“ führen.

Viele Schwestern, vor allem jüngere, leiden außerdem unter der Doppelbelastung von Familie und Beruf.

Neben all diesen belastenden Faktoren zeigen sich aber auch zunehmend positive Ansätze: Bereichspflege, inner- und außerbetriebliche Fortbildung, Balintgruppen, Supervision u. a.

1.3. Die Therapeutinnen und Therapeuten

Nicht nur im Bereich der Medizin und der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte, sondern auch in der Institution Krankenhaus selbst ist eine zunehmende Spezialisierung festzustellen: d.h. es gibt im Krankenhaus immer mehr Berufsgruppen – von der Sozialarbeiterin / dem Sozialarbeiter bis zur Physiotherapeutin / dem Physiotherapeuten -, die direkt oder indirekt mit den Patientinnen und Patienten zu tun haben. Dabei geht ihre häufig mangelhafte Koordination zu Lasten der Kranken und erschwert die Beziehungen unter den einzelnen Berufsgruppen.

Natürlich herrscht auch im "therapeutischen Apparat" eine streng hierarchische Struktur, weil z.B. gegen Anordnungen der Chefarztin/des Chefarztes kaum Widerspruch möglich ist. Zusätzlich besteht Konkurrenz untereinander, es gibt Profilierungssucht und den Druck, sich zu qualifizieren, um sich vor anderen erfolgreich präsentieren zu können.

Auch müssen alle Maßnahmen und Anordnungen genau dokumentiert werden, was sehr viel Zeit in Anspruch nimmt.

Die Arbeitsbelastung für alle Ärztinnen und Ärzte ist ungeheuer hoch, wobei die Bezahlung von jungen Ärztinnen/Ärzten im Vergleich zum Ober- und Chefarzt relativ schlecht ist und von vielen als ungerecht empfunden wird.

Wenngleich die naturwissenschaftliche Orientierung der Schulmedizin vielen Menschen sehr wirkungsvoll helfen kann, so hat sie doch auch ihre Schattenseiten: viele Ärztinnen/Ärzte empfinden ihre Arbeit als "Reparatur schadhafter Teile" des menschlichen Körpers. Der Tod einer Patientin/eines Patienten wird von ihnen häufig als persönliche Niederlage gesehen, daher verdrängt oder so weit wie möglich hinausgezögert (z.B. durch sog. lebensverlängernde Maßnahmen):

Unterstützend wirkt dabei die Rollenverteilung zwischen „aktiven“ Heilerinnen/Heilern und „passiven“ Patientinnen/Patienten. Exemplarisch zeigt sich diese asymmetrische Beziehung normalerweise bei der Chefarztvisite. Ungewohnt viele Therapeutinnen und Therapeuten betreten meist hektisch das Zimmer, die Chefärztin/der Chefarzt bleibt im Durchschnitt vier Minuten am Bett der/des zumeist liegenden Patientin/Patienten stehen, unterhält sich davon drei Minuten im für Laien unverständlichen Fachjargon über die Patientin/den Patienten, bevor er dann eine Minute mit ihm/ihr - im wahrsten Sinne des Wortes - von oben herab spricht. (Mayer-Scheu/Kautzky, 65)

1.4. Problemfelder der Institution Krankenhaus und des modernen Medizinbegriffs

Das Krankenhaus bildet einen Spiegel der jeweiligen Gesellschaft, es stellt die Gesellschaft im Kleinen dar. Gesamtgesellschaftliche Prozesse dominieren deshalb in ihm: naturwissenschaftliches Denken, betriebswirtschaftliche Effizienz, Individualisierung und Auflösung der "klassischen" Milieus.

Wie in allen Großorganisationen werden auch im Krankenhaus viele Entscheidungen am "grünen Tisch" getroffen, d.h. häufig ohne Mitwirkung der Betroffenen.

Es gibt eine Zweiklassen-Medizin, weil sich Privatpatientinnen und -patienten eine aufwändigere und bessere Behandlung leisten können und weil mit ihnen mehr Geld verdient werden kann.

In Universitätskliniken besteht die Versuchung, Patientinnen und Patienten als unwissende Forschungsobjekte zu missbrauchen.

Weiterhin ist eine Zunahme schwerer Krankheitsbilder zu beobachten: AIDS, Sucht, Krebs.

Gesamtgesellschaftlich bedingt werden immer mehr ältere Menschen ins Krankenhaus aufgenommen (bzw. abgeschoben) mit allen damit verbundenen Problemen.

Das moderne westliche Verständnis von Medizin zeigt sich in seiner ganzen Zwiespältigkeit. Einerseits eine wachsende Perfektionierung: großartige Heilungserfolge, neue Medikamente, neue Operationstechniken, immer bessere Geräte zur Diagnostik, eine vielfältige Forschungstätigkeit. Andererseits ist damit eine materialistische Sicht vom Menschen verbunden, der ein Geist-Körper-Dualismus zu Grunde liegt. Der physische Reduktionismus, der davon ausgeht, dass Krankheit auf gestörte körperliche Funktionen reduziert werden kann, und die Doktrin der spezifischen Ätiologie, d.h. der Glaube daran,

dass jede Krankheit einzeln betrachtet werden muss und dass sie auf je spezifischen, potenziell identifizierbaren Ursachen beruht, sind dafür verantwortlich, dass der kranke Mensch als Maschine gesehen wird, deren defekte Teile reparaturbedürftig sind.

Daraus folgen sowohl eine menschenunwürdige Sprache ("der Blinddarm auf Zimmer 12") als auch eine Fülle von ethischen Problemen (Euthanasiedebatte, Sterbeproblematik, Genmanipulation, Organverpflanzungen usw.).

Die Diskussion um ein ganzheitliches Menschenbild in der Medizin, in dem Geist, Körper und Gesellschaft stärker aufeinander bezogen sind, wirkt sich im Klinikalltag noch kaum aus.

1.5. Das Gesundheitswesen in der Gesellschaft

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist im Vergleich zu vergangenen Zeiten unvergleichlich gut. Die freie Arztwahl, immer mehr spezialisierte Fachärztinnen und -ärzte, neue Medikamente, neue Diagnoseapparate und Behandlungsmethoden helfen vielen Menschen sehr wirksam.

Die aktuelle Diskussion um die Gesundheitsreform zeigt jedoch, dass das Gesundheitswesen anscheinend nicht mehr - so wie bisher - bezahlbar ist, wobei auffällt, dass die gesellschaftliche Diskussion fast ausschließlich um ökonomische Fragen kreist. Ein Grund dafür ist die Tatsache, dass das Gesundheitswesen einen riesigen Wirtschaftszweig unserer Gesellschaft darstellt und dass Standesvertreter, Krankenhausvertreter, die Lobby der Pharmaindustrie und viele andere versuchen, möglichst wenig zu den neuen Sparmaßnahmen beitragen zu müssen. Der Blick auf die berechtigten Interessen der Patientinnen und Patienten geht dabei völlig verloren.

1.6. Die Krankenhauseelsorge

Die Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger werden in ihrem Arbeitsfeld zunächst einmal mit allen Problemen konfrontiert, mit denen sich Kirche und Theologie in unserer Gesellschaft auseinandersetzen müssen.

Ein besonderes Problem ergibt sich allerdings dadurch, dass an sie nicht selten klischeehafte, aber dennoch hohe und inhaltlich weit gefächerte Erwartungen herangetragen werden.

In jedem Fall wird die Krankenhauseelsorge ambivalent wahrgenommen: Kranke und deren Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bringen den Seelsorgerinnen und Seelsorgern häufig einen hohen Vertrauensvorschuss entgegen und/oder benützen sie als "negative Projektionsfläche" für schlechte Erfahrungen mit der Kirche.

Vom Personal werden sie oft als "Experten für Sterbebegleitung", als "Sakramentenspendler" oder als Feuerwehr bei "schwierigen" Patientinnen und Patienten eingeschätzt und angefordert.

Für den Großbetrieb Krankenhaus sind sie nur von marginaler Bedeutung, weil sie in der offiziellen Rollenverteilung nicht vorgesehen sind. Sie kommen von "außen" und verfügen weder über instrumentelle Macht, noch über eine von vornherein gegebene offizielle Anerkennung.

Darin liegt jedoch auch eine Chance. Da sie nicht automatisch in die Therapie eingebunden sind, können sie frei und unbelastet von hierarchischen Strukturen aus der Distanz heraus die Defizite und Lücken der üblichen Behandlung besser erkennen (vgl. 1.1.) und so für die Patientinnen und Patienten eintreten.

Die Krankenhauseelsorge selbst befindet sich im Umbruch:

- immer mehr Stellen für die Krankenhauseelsorge,
- immer mehr Hauptamtliche, Männer und Frauen,
- immer weniger Priester,
- das Nebeneinander verschiedenster pastoraler Konzepte (z.B. eine ausschließlich "patientenorientierte", "sakramentenfixierte" Krankenseelsorge oder eine den Kontext "Krankenhaus" mit einbeziehende "gesprächsorientierte" Krankenhauseelsorge),
- Schwierigkeiten einer konstruktiven Teamarbeit, vor allem zwischen Laien und Priestern,
- eine verstärkte, wenngleich selten konfliktfreie, ökumenische Zusammenarbeit,
- eine völlig unterschiedliche Einschätzung von Fort- und Weiterbildung und Supervision.

Um in dieser schwierigen Phase für die Krankenhauseelsorge erkennen zu können, welche pastoralen Konzepte in der Zukunft hilfreich für die Menschen sein können, ist es wichtig, zuvor die Ergebnisse der erarbeiteten Situationsanalyse aus theologischer Sicht kritisch zu beleuchten und zu beurteilen oder, wie es die Pastoralkonstitution "Gaudium et Spes" formuliert, "nach den Zeichen der Zeit zu forschen und sie im Licht des Evangeliums zu deuten"(GS 1).

Teil 2: Urteilen/Analyse

2.0. Vorbemerkungen

Grundlegend für die theologische Beurteilung der Situationsanalyse sowie für die Entwicklung konkreter Perspektiven für die Krankenhauspastoral sind die Gottes- und Lebenserfahrungen der Menschen in der Bibel, die Sakramentenlehre, die Lehre des Zweiten Vatikanischen Konzils über die Berufung des Menschen durch Gott und der Begriff der Evangelisierung, wie er im Apostolischen Schreiben "Evangelii Nuntiandi" von 1975 dargelegt wird.

2.1. Die befreiende Geschichte Gottes mit den (kranken und leidenden) Menschen in der Heiligen Schrift

2.1.1. Der mitgehende Gott im Alten Testament: Jahwe

Die zentrale Erfahrung Israels mit Jahwe, seinem Gott, lässt sich treffend mit dem Begriff "der mitgehende Gott" beschreiben. Dieser Gott erwählt aus freien Stücken ein Volk, schließt mit ihm einen Bund, in dem er sich zu bedingungsloser Treue selbst verpflichtet. Er begleitet sein Volk auf seinem Weg, verborgen und unsichtbar, und doch zeichenhaft gegenwärtig, etwa in der Wolke oder in der Bundeslade.

Er sieht die Not der Menschen, Leid, Krankheit und gesellschaftliche Ausgrenzung, und hört ihre Klage, ja sogar ihre Anklage (Hiob). Sie erfahren ihn einerseits als einen fernen und unbegreiflichen Gott, über den sie nicht verfügen können, andererseits als einen verstehenden und barmherzigen Gott, der sie durch sein Mitgehen aus ihren Grenzen herausruft zu einem neuen Anfang. Durch seine Nähe gewinnen sie die Stärke, Grenzen zu überschreiten oder letzte Grenzen in Frieden annehmen zu können; vgl. den Auszug aus der Knechtschaft in Ägypten; Hiob, der das Leben neu geschenkt bekommt; Mose, der vor dem Einzug in das verheißene Land stirbt.

2.1.2. Der mitgehende Gott im Neuen Testament: Jesus Christus

Im Neuen Testament zeigt sich der mitgehende Gott in den Erfahrungen der Menschen mit Jesus Christus. Jesus verbindet die Rede von Gott, seinem Vater, mit seinem eigenen heilenden Handeln zu Gunsten der Benachteiligten und Leidenden.

Jesus hat - als Zeichen des schon angebrochenen Gottesreiches und dessen ganzheitlicher Befreiung aller Menschen – Kranke in ihren körperlichen und seelischen Nöten geheilt. .

Er geht den Verlorenen nach und lässt sich von ihnen finden. Er zeigt seine eigene Betroffenheit ebenso wie seine heilende Zuwendung. Er überwindet Isolation und Aussonderung der Kranken. Dadurch ermöglicht er ihnen, sich mit dem Kern ihrer Krise auseinander zu setzen. Ohne sie zu verurteilen, nimmt er die Kranken und ihre Situation ernst und überwindet dadurch ihre gesellschaftliche Ausgrenzung. Die Heilung wird nicht übergestülpt, sie ist unbedingt abhängig vom Vertrauen des Kranken und von seinem Willen, geheilt zu werden.

Die Geheilten entlässt Jesus in die Freiheit, d.h. Heilwerden eröffnet immer die Möglichkeit eines freien Neubeginns.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Gott sich in Jesus unüberbietbar als der mitgehende Gott erweist, der gerade in Leid und Krankheit bei den Menschen sein will.

2.2. Sakramente als Heilshandlungen der Kirche

In der Tradition der katholischen Kirche kristallisierte sich die Erfahrung des heilend mitgehenden Christus in der Ausbildung der Sakramententheologie. Danach offenbart sich in den Sakramenten göttliches Handeln, das den Menschen heilt und heiligt.

Aus dem biblischen Bild des einen Leibes (=Christus/Kirche) mit vielen Gliedern (=Christen) (vgl. 1Kor 6; 1Kor 12) entwickelte sich eine systematische Vorstellung, wonach Christus das Ursakrament und die Kirche das Grundsakrament sind, die sich in den sieben Sakramenten entfalten und in den Sakramentalien ausweiten. Daraus wird deutlich, dass alle Christinnen und Christen durch die Taufe als Glieder des Leibes Christi und Teilhaberinnen und Teilhaber am allgemeinen Priestertum selbst das erste Sakrament sind, das sie einem anderen Menschen bringen können. Umgekehrt gilt ebenso: wer dem leidenden Menschen begegnet, findet in diesem auch Christus (vgl. Mt 25,36).

2.3. Der von Gott berufene Mensch (Vaticanum II)

Im Mittelpunkt des Konzils stand die Sorge um den "ganzen" Menschen - sowohl innerhalb als auch außerhalb der Kirche. Der Ansatzpunkt der theologischen Fragestellung ist die

Wahrheit vom Menschen. Das Ergebnis dieser Fragestellung ist die Entscheidung der Konzilsväter, die Berufung des Menschen in Christus durch Gott als zentrale Lehre des Konzils hervorzuheben. Diese Lehre ist „ein Prinzip der Selbstfindung des Menschen, ein Prinzip seiner Existenz“ (Klinger 1984).

Das ist auch der Grund, warum der Glaube der Christinnen und Christen die Achtung der Würde des Menschen beinhaltet. Niemand kann den Glauben an Gott und Christus verkünden, wenn er den Menschen verachtet. Tut er dies, verrät er die Aussagen des Konzils.

Ein Schlüsseltext dazu ist in GS 3 zu finden. Er lautet:

"Gewiss ist die Menschheit in unseren Tagen voller Bewunderung für die eigenen Erfindungen und die eigene Macht; trotzdem wird sie oft ängstlich bedrückt durch die Fragen nach der heutigen Entwicklung der Welt, nach Stellung und Aufgabe des Menschen im Universum, nach dem Sinn seines individuellen und kollektiven Schaffens, schließlich nach dem letzten Ziel der Dinge und Menschen.

Als Zeuge und Künder des Glaubens des gesamten in Christus geeinten Volkes Gottes kann daher das Konzil dessen Verbundenheit, Achtung und Liebe gegenüber der ganzen Menschheitsfamilie, der dies ja selbst eingefügt ist, nicht beredter bekunden als dadurch, dass es mit ihr in einen Dialog eintritt über diese verschiedenen Probleme; dass es das Licht des Evangeliums bringt und dass es dem Menschengeschlecht jene Heilskräfte bietet, die die Kirche selbst, vom Heiligen Geist geleitet, von ihrem Gründer empfängt. Es geht um die Rettung der menschlichen Person, es geht um den rechten Aufbau der menschlichen Gesellschaft.

Der Mensch also, der eine und ganze Mensch mit Leib und Seele, Herz und Gewissen, Vernunft und Willen steht im Mittelpunkt unserer Ausführungen. Die Heilige Synode bekennt darum die hohe Berufung des Menschen, sie erklärt, dass etwas wie ein göttlicher Same in ihm eingesenkt ist, und bietet der Menschheit die aufrichtige Mitarbeit der Kirche an zur Errichtung jener geschwisterlichen Gemeinschaft aller, die dieser Berufung entspricht."(GS 3)

"Christus wurde vom Vater gesandt", "den Armen die frohe Botschaft zu bringen, zu heilen, die bedrückten Herzens sind"(Lk 4,18),"zu suchen und zu retten, was verloren war"(Lk 19,10). "In ähnlicher Weise umgibt die Kirche alle mit ihrer Liebe, die von menschlicher Schwachheit angefochten sind, ja in den Armen und Leidenden erkennt sie das Bild dessen, der sie gegründet hat und selbst ein Armer und Leidender war. Sie müht sich, deren Not zu erleichtern, und sucht Christus in ihnen zu dienen."(LG 8)

Gerade in der Begegnung mit Kranken und Leidenden erreicht die Kirche ihre eigene Identität: Jesus Christus, den vollkommenen Menschen, der gelitten hat, und seine befreiende Botschaft vom Reich Gottes.

Denn jeder Mensch, vor allem der kranke Mensch ist ein möglicher Ort der Anwesenheit Gottes und umgekehrt inkarniert sich Gott in Jesus Christus als befreiende Größe eines jeden Menschen.

Der oberste Maßstab, mit Problemen der menschlichen Person umzugehen, ist demnach immer:

- die Achtung der Person: "alle müssen ihren Nächsten...als ein "anderes Ich" ansehen."(GS 27)

- die Achtung und Liebe gegenüber dem Gegner: man unterscheide immer "zwischen dem Irrtum, der immer zu verwerfen ist, und dem Irrenden, der seine Würde als Person stets behält."(GS 28)

- "die wesentliche Gleichheit aller Menschen und die soziale Gerechtigkeit"(GS 29)

Ausdrücklich zu betonen ist, dass es eine "gegenseitige Abhängigkeit von menschlicher Person und menschlicher Gemeinschaft"(GS 25) gibt und dass das Konzils "den Gemeinschaftscharakter der menschlichen Berufung im Ratschluss Gottes"(GS 24) herausstellt.

2.4. Evangelisierung als Aufgabe und Identität der Kirche (Evangelii Nuntiandi)

Evangelisierung meint, "die Frohbotschaft in alle Bereiche der Menschheit zu tragen und sie durch deren Einfluss von innen her umzuwandeln und die Menschheit selber zu erneuern." (EN18)

Diese Aufgabe erfordert eine glaubwürdige Verkündigung, die ohne die Selbstevangelisierung der Kirche (EN 15) nicht möglich ist. Diese Evangelisierung ist "die Gnade und die eigentliche Berufung der Kirche, ihre tiefste Identität."(EN 14)

In diesem Auftrag weiß die Kirche um ihre Verantwortung für alle Menschen (vgl. EN 1). Sie kann und darf unter keinen Umständen akzeptieren, "dass die Sendung nur auf den Bereich des Religiösen beschränkt wird, indem sie sich für die zeitlichen Probleme der Menschen nicht interessiert."(EN 34)

Diese Verkündigung muss vor allem durch das gelebte Zeugnis von Christinnen und Christen erfolgen, die "inmitten der menschlichen Gesellschaft, in der sie leben, ihre Verständnis- und Annahmefähigkeit, ihre Lebens- und Schicksalsgemeinschaft mit den anderen, ihre Solidarität mit den Anstrengungen aller für alles, was edel und gut ist, zum Ausdruck bringen."(EN 21)

Die Evangelisierung ist ein vielschichtiges Geschehen mit verschiedensten Elementen (vgl. EN 22-24).

Sie nimmt die dogmatische Grundformel des Christentums, die Verhältnisbestimmung von Göttlichem und Menschlichem, wie sie das Konzil von Chalcedon für die Person Jesu entwickelt hat, das "inconfuse - indivise (unvermischt - ungetrennt)" zum Prinzip pastoraler Praxis.

Evangelisatorisches Handeln bringt Gott als befreiende Größe des Menschen ins Spiel und entdeckt zugleich den Menschen als Ort der Anwesenheit Gottes.

Diese dogmatische Grundformel beantwortet zugleich die Frage nach dem Verhältnis von Theologie und Politik. Beide Begriffe sind gegenseitig aufeinander verwiesen und polar aufeinander bezogen: Die Politik, die verstanden wird als das Handeln in der Gesellschaft für das menschliche Zusammenleben im Sinne des Gemeinwohls, ist ein Wertbereich der

Evangelisierung und eine evangelisatorische Pastoral ist ohne politisches Handeln nicht möglich.

Die Evangelisierung ist die Aufgabe der ganzen Kirche. Niemand in ihr kann und darf sich ihr entziehen. Jede(r) in der Kirche ist dazu berufen, diese gemeinsame Aufgabe zu realisieren.

Die hauptamtlichen Trägerinnen und Träger der Evangelisierung sind immer eingebunden in die Gemeinschaft aller an das Evangelium Glaubenden, wie es der Volk-Gottes-Begriff für die Kirche beschreibt. Die gemeinsame Aufgabe der Evangelisierung führt die verschiedenen Dienste und Ämter zu einer Einheit zusammen. Alle sind auf sie verpflichtet. "Die Verschiedenheit der Dienste innerhalb der Einheit der gleichen Sendung macht Reichtum und Schönheit der Evangelisierung aus."(EN 66)

Die Frohe Botschaft, der Inhalt der Evangelisierung, befreit auch die Trägerinnen und Träger der Evangelisierung selbst, indem sie die Subjektwerdung ihres Lebens und Glaubens fördert und ermöglicht.

Die befreiende Wirkung der Evangelisierung kann von den Menschen erfahren werden, weil auch die Tatsache der Begrenztheit menschlicher Fähigkeiten im Konzept der Evangelisierung selbst enthalten ist.

Die lateinamerikanische Bischofskonferenz hat dies im Begriff der „Option“ geleistet. Mit seiner Hilfe können angesichts begrenzter Reserven an Zeit und Kraft Entscheidungen getroffen werden, die helfen, zwischen beliebigem und notwendigem Handeln zu unterscheiden. "Die Option verhindert..., dass für die entscheidenden Verausgaben vor Ort keine Ressourcen an Zeit und Energie mehr da sind, weil sie von allem Möglichen aufgebraucht wurden."(Fuchs 1987)

Ohne die Option besteht die große Gefahr, sich und die anderen hoffnungslos zu überfordern.

2.5. Der mitgehende Gott heute (Vision)

Eine glaubwürdige Verkündigung des mitgehenden Gottes zu Gunsten der kranken und leidenden Menschen muss greifbar und erfahrbar werden durch die Art und Weise, wie Christinnen und Christen Kranke und Leidende begleiten, denn in ihnen begegnet uns der menschengewordene Gott.

Der Einzelne, der durch Gott zu einem geglückten Leben berufen ist, stellt das Ziel der Pastoral dar. Diese Berufung hat einen individuellen und sozialen Pol, die sich wechselseitig durchdringen. Es gibt eine "gegenseitige Abhängigkeit von menschlicher Person und menschlicher Gemeinschaft."(GS 25)

Im System Krankenhaus müsste die befreiende Botschaft des Evangeliums für die Menschen konkrete Auswirkungen haben.

Die Patienten sind vor allem dann in der Lage, die für ihre Heilung in ihnen wohnenden Kräfte zu aktivieren und ihre Krankheit als Krise, die zu neuen Lebenschancen führen kann, wahrzunehmen, wenn sie Menschen im Krankenhaus erleben:

- die ihnen erklären, was mit ihnen medizinisch geschieht,
- die für ihre Fragen Zeit haben und zuhören,
- die ihre Würde und Individualität bewahren und respektieren,
- die auch in schwierigen Situationen bei ihnen bleiben,
- die ihnen die Hand halten und mit ihnen sprechen, auch wenn sie sich selbst nicht mehr verständlich machen können,
- die sie in ihrem Sterben begleiten,
- die mit ihnen beten und ihnen die Sakramente spenden, wenn sie es möchten,
- die mit ihnen der Frage nach dem (möglichen) Sinn ihres Leidens nachgehen können
- und die ihnen helfen, Subjekt ihres Lebens und Sterbens zu werden.

Um all dies, wenigstens ansatzhaft, zu verwirklichen, müsste sich die jetzige Struktur des Krankenhauses so verändern,

- dass Pflegepersonal und Ärzteschaft mehr Zeit für Gespräche und Sterbebegleitung haben,
- dass Schwestern und Pfleger allgemein mehr Mitspracherechte bei der Therapie haben,
- dass die verschiedenen Therapeutinnen und Therapeuten besser zusammenarbeiten, um ein ganzheitlicheres Bild von der Patientin/vom Patienten zu erhalten,
- dass vor allem für die Assistenz- und Stationsärztinnen/ärzte die Arbeitszeit verbessert und verkürzt wird,
- dass die Seelsorgerinnen und Seelsorger in Zusammenarbeit mit allen im Krankenhaus Tätigen einfühlsam, kompetent und (zeit-)intensiv auf die Patientinnen und Patienten zugehen und sie begleiten,
- dass es Räume gibt, in denen Sterbende und ihre Angehörigen einander nahe sein können
- und dass die Verknüpfung von Körper, Geist und Gesellschaft immer mehr die medizinische Diskussion prägt.

Im Sinne einer Vorreiterrolle müsste die Kirche da, wo sie Trägerin von Krankenhäusern ist, die oben skizzierten Veränderungen in die Tat umsetzen, um damit positive Veränderungen bei anderen Krankenhausträgern anzustoßen.

Da die Verhältnisse im Krankenhaus nur einen Spiegel der Gesellschaft insgesamt darstellen, müsste sich auch da einiges verändern:

- die Gesundheitsvorsorge müsste verstärkt und die Präventivmedizin intensiver betrieben werden,
- eine sozial gerechtere und ökologisch verantwortlichere Gesellschaft würde viele Krankheiten überhaupt nicht erst produzieren,
- die alltägliche Verdrängung von Krankheit, Leid und Sterben müsste aufgehoben werden, damit die Frage nach dem (möglichen) Sinn der Krankheit oder des Leides nicht auch noch im Krankenhaus zur Seite geschoben wird,
- viel mehr Menschen könnten mit einem veränderten Lebensstil viel zur Überwindung ihrer Krankheiten selbst beitragen, wenn sie erkannt haben, dass in unserer konsumorientierten Gesellschaft die starke Versuchung zu Grunde gelegt ist, vor eigenen Problemen und wichtigen Lebensfragen in einen übersteigerten Konsum zu flüchten - mit allen negativen Folgen, wie z.B. Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit.

Wo immer Menschen sich ändern oder Strukturen geändert werden, um den oben genannten Zielen ein Stück näher zu kommen, geschieht eine evangelisatorische Pastoral, wird der mitgehende Gott durch Menschen für Menschen erfahrbar, werden Menschen zum Subjekt ihres Lebens und ihres Glaubens.

Teil 3: Konsequenzen für die Krankenhauseelsorge

3.1. Das Selbstverständnis der Krankenhauseelsorge

3.1.1. Krankenhauseelsorge versteht sich grundsätzlich als offenes Angebot der Begegnung und Begleitung an alle Menschen im Krankenhaus.

3.1.2. Krankenhauseelsorge ist Kirche, die zu kranken und sterbenden Menschen geht.

Ihr Ziel ist es, Kranke und deren Angehörige zu begleiten und sie zu ermutigen, Subjekt der eigenen Kranken- und Glaubensgeschichte zu sein bzw. zu werden.

Es ist zunächst ihre Aufgabe, zu erspüren bzw. mit den Kranken zu klären, ob eine Begegnung erwünscht ist, und in welchem Umfang eine Begleitung erwartet wird. Für die Seelsorgerinnen und Seelsorger erfordert dieser Prozess eine reflektierte Einschätzung der aktuellen Gesprächssituation, die unbeeinflusst von quantitativen Sollvorgaben (z.B. wie viele Stationen in welcher Zeit) gefunden werden sollte. Dabei sind sie auf die freie Entscheidung der Patientinnen und Patienten angewiesen.

3.1.3. In der einzelnen Begegnung hat die Krankenhauseelsorge vor allem darin ihre besondere Chance, "von außen", d.h. nicht eingebunden in die hierarchische Struktur des Krankenhauses, zu kommen. So, wie es der Theologe Andreas Heller treffend beschreibt: "Sie (die Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger, Anm. d. Verf.) kommen mit leeren Händen, ihrer Gesprächs- und Kommunikationsbereitschaft, ihrer Unsicherheit und Offenheit, mit ihrer eigenen zerbrechlichen Motivation, ihrem Vertrauen auf die Menschen und ihrem Hoffen auf Gott. Sie setzen sich aus und sind darauf angewiesen, gelingende Beziehungen zu anderen knüpfen zu können. Diese 'schwebende Kommunikation' ist die Chance der Seelsorge..."(Heller, 1990).

Zu einer befreienden Erfahrung für die Patientinnen und Patienten trägt sie bei, wenn diese durch die Seelsorgerinnen und Seelsorger erfahren,

dass sie in ihrer Situation angenommen sind,

dass die Seelsorgerin/der Seelsorger bei ihnen bleibt und mit aushält,

dass dadurch der Prozess des Trauerns möglich wird,

dass sie ihre eigene Lebensgeschichte erzählen und sich so erinnern dürfen,

dass sie dadurch ihre eigenen Kräfte erfahren,

dass in all dem eine größere, tragende Wirklichkeit, die wir Gott nennen, spürbar wird.

Als Anwalt dieser Subjektwerdung der Kranken, der allzu häufig Strukturen des Systems Krankenhaus entgegenstellen, darf die Krankenhausseelsorge ihre, wenn auch schwierige, prophetische Aufgabe nicht aus dem Blick verlieren, diese Strukturen zu erkennen und an ihrer Veränderung mitzuwirken.

Dazu braucht sie die Solidarität der Kirche, die darin besteht, in der gesellschaftlichen Diskussion als Fürsprecherin für ein "humanes Krankenhaus" einzutreten, wobei kirchliche Krankenhäuser Modellcharakter haben sollten.

3.1.4. Die Krankenhausseelsorge bietet gottesdienstliche und sakramentale Vollzüge im Krankenhaus an, z.B. Eucharistiefiern, Wortgottesdienste, Andachten, Krankenkommunion Krankensalbung, Bußsakrament etc.

Wichtig ist ihr dabei, die Sakramente so zu gestalten, dass sie als Verdichtung göttlicher Nähe und menschlicher Begleitung erfahren werden. Dies kann gelingen, wenn die Feier des Sakramentes in eine persönliche Beziehung eingebunden ist.

3.1.5. Krankenhausseelsorge ist Kirche, die auch zu den Menschen geht, deren Arbeitsplatz das Krankenhaus ist. Dabei sieht sie diese nicht vordergründig von ihrer Funktion her, sondern versucht, sie als Person ernst zu nehmen. Auch ihnen gilt das offene Angebot der Begleitung.

3.2. Allgemeine Konsequenzen für die Krankenhausseelsorge

3.2.1. Die Krankenhausseelsorge ist prinzipiell offen für die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Schwestern und Pflegern und den anderen Berufskreisen im Krankenhaus. Ihre Eigenständigkeit und Unabhängigkeit darf dabei nicht verloren gehen.

3.2.2. Für die Krankenhausseelsorge ist es sinnvoll und effektiv,

erstens im Team zu arbeiten:

innerhalb der eigenen Konfession zwischen den Haupt- und/oder Ehrenamtlichen

zwischen den Konfessionen mit einem ökumenischen Seelsorgekonzept, welches gemeinsame Veranstaltungen, ökumenische Gottesdienste, gemeinsame Fortbildungen, sowie gegenseitige Vertretung beinhaltet

innerhalb ausgewählter Stationen (z.B. Suchtstation, Kinderstation) im therapeutischen Team, was eine kontinuierliche stationsbezogene Arbeit, kleinere Seelsorgeeinheiten und spezielle Fähigkeiten und Kenntnisse erfordert.

zweitens eigenverantwortliche Schwerpunkte im jeweiligen Arbeitsbereich zu setzen, diese zu begründen, sie immer wieder zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern.

3.2.3. Die Krankenhauseelsorge versucht im Rahmen ökumenischer Zusammenarbeit ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen. Dies erfordert ein Konzept in dem Ausbildung, regelmäßige Begleitung, sowie Fort- und Weiterbildung (incl. finanzieller Unterstützung) ihren Platz haben.

Eine sinnvolle Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen kann nur entstehen, wenn die Krankenhauseelsorge sie nicht funktionalisiert oder/und ihre Seelsorge unterbewertet.

Kontakte zu ehrenamtlichen Krankenhausbesuchsdiensten aus den Gemeinden sind genauso wichtig.

3.2.4. Die Krankenhauseelsorge muss sich ihren Ort im System Krankenhaus oft erst erarbeiten, da sie dort häufig nur als marginale Größe vorkommt. Deshalb wendet sie einen Teil ihrer Zeit für Öffentlichkeitsarbeit auf.

Dies erfordert unter anderem Kontakt zur Krankenhausverwaltung, zum Personalrat und zur Pflegedienstleitung.

Darüber hinaus kümmert sie sich um die Kapelle und ihre Ausschmückung,, die Büros und ihre Ausstattung, Organisatorisches, die Finanzen...

Es ist wünschenswert, dass solche Rahmenbedingungen vom Anstellungsträger in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und den Betroffenen erarbeitet werden.

3.2.5. Die Krankenhauseelsorge stellt sich dem Bedarf nach ethischer Orientierung im Krankenhaus und beteiligt sich gegebenenfalls am berufsethischen Unterricht in der Krankenpflegeschule sowie an betriebsinternen Fortbildungen.

3.2.6. Zu den Aufgaben von Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorgern kann es auch gehören, dass sie ihre Erfahrungen und ihre Kompetenz im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden in die Begleitung der zunehmenden Zahl von Hospizvereinen einbringen.(vgl. dazu: DA Bischofskonferenz, Die Hospizbewegung, in der Reihe: Die deutschen Bischöfe Nr. 47).

3.2.7. Das erklärte Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes, die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen, erfordert zusätzlich neue Wege der Zusammenarbeit zwischen der Krankenhauseelsorge, den Pfarrgemeinden und den sozialen Diensten.

3.3. Konsequenzen für die Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger

3.3.1. Um diesen vielfältigen Aufgaben und Anforderungen der Seelsorge im Krankenhaus gerecht werden zu können, ist neben der theologischen Vorbildung eine spezifische Ausbildung notwendig, wie sie z.B. die klinische Seelsorgeausbildung (KSA) bietet.

Dazu gehört auch die Teilnahme an diözesanen und überdiözesanen Fortbildungen und Fachtagungen.

Eine kontinuierliche berufsbegleitende Supervision ist erforderlich.

Regelmäßige Treffen der Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger auf regionalen und diözesaner Ebene sind eine große Hilfe, wenn sie dazu dienen, sich gegenseitiger Solidarität im Glauben und in der Arbeit zu versichern. Darüber hinaus haben dort theologische, organisatorische und praktische Fragen ihren Platz.

Es ist Aufgabe des Arbeitgebers, für einen angemessenen organisatorischen und finanziellen Rahmen zu sorgen, damit Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger diese Angebote wahrnehmen können.

3.3.2. Die Seelsorgerinnen und -seelsorger werden immer wieder erfahren, dass die Begegnung mit den Kranken sie mit ihrer eigenen Lebens- und Glaubensgeschichte konfrontiert. Durchlittene Krankheiten mit den dazugehörigen Schmerzen, der Angst, der Hilflosigkeit, der Bedürftigkeit usw., Verletzungen und Wunden aus der Familiengeschichte, Niederlagen und neue Anfänge in der Lebensplanung kommen wieder in den Blick. Das ist oft sehr schmerzlich und beeinflusst selbstverständlich die Beziehung zu den Patienten. Es erfordert Mut und Offenheit sich der eigenen Geschichte zu stellen und sich mit ihr zu versöhnen. Dabei stoßen die Seelsorgerinnen und -seelsorger auch immer an die Beschränkungen und Grenzen ihrer Person.

Eine fachlich kompetente Auseinandersetzung damit (Supervision) ist unabdingbar und dient der Wahrnehmungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung der Seelsorgerinnen und -seelsorger.

3.4. Konsequenzen für die kirchlichen Strukturen

3.4.1. In der gegenwärtigen Situation der Krankenhauseelsorge stellen sich die Fragen nach Sakramentenspendung, Rufbereitschaft und Verfügbarkeit neu und bedürfen dringend einer Klärung zwischen der Bistumsleitung, der DiAG KS und den einzelnen Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorgern.

3.4.2. Bei der zukünftigen Planung von Seelsorgestellen in den Krankenhäusern und der Erstellung von dazugehörigen Arbeitsplatzbeschreibungen legt die Erzdiözese die erarbeiteten Leitlinien zu Grunde.

3.4.3. Die Fachaufsicht für die Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger erfolgt auf Grund der vorliegenden Leitlinien.

3.4.4. Die Leitlinien werden von der DiAG KS und dem Seelsorgeamt regelmäßig alle 5 Jahre überarbeitet und fortgeschrieben.

Literaturverzeichnis

Quellentexte

1. Die deutschen Bischöfe, Schwerstkranken und Sterbenden beistehen / Menschenwürdig sterben und christlich sterben, in: Die deutschen Bischöfe Nr. 27 vom 20.2.1991 (Dieser Text ist erweitert um die Worte „Die Hospizbewegung“ und „Im Sterben: Umfängen vom Leben“, zugänglich in der Nr. 47 der Reihe: Die deutschen Bischöfe <1996>).
2. Die deutschen Bischöfe, Die Sorge der Kirche um die Kranken, in: Die deutschen Bischöfe Nr. 60 vom 20. April 1999
3. Ottmar Fuchs, Ist der Begriff der „Evangelisierung“ eine „Stopfgans“?
In: Katechetische Blätter, 112. Jg, Heft 7, 498-514
4. Andreas Heller, Seelsorge in der Krise – Krankenhausseelsorge, in: Handbuch der Pastoralpsychologie, hrsg. Von Isidor Baumgartner, Regensburg 1990
5. Josef Mayer-Scheu, Rudolf Kautzky (Hrsg.), Vom Behandeln zum Heilen. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Wien/Göttingen 1980
6. Apostolisches Sendschreiben Papst Pauls VI. über die Evangelisierung in der Welt von heute ,in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 2 vom 8.12.1975
7. Protokolle der Diözesanarbeitsgemeinschaft Krankenhausseelsorge in der Erzdiözese Bamberg von 1991-1992, verschiedene Verfasser
8. Karl Rahner, Herbert Vorgrimmler, Kleines Konzilskompodium, Freiburg 1966

Sekundärliteratur

9. Krankenhausseelsorge - Eine volkshkirchliche Herausforderung. Positionspapier zur Krankenhausseelsorge in Bayern, Erarbeitet vom Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Krankenhausseelsorge in Bayern vom 6.8.1992
10. Evangelisierung in Europa
in: Pastoraltheologische Informationen 1/1988, hrsg. vom Beirat der Konferenz der deutschsprachigen Pastoraltheologen und der Fachgruppe Praktische Theologie der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Theologie
11. Dr. Rainer Bucher/Thomas Müller, Überlegungen zu einer evangelisatorischen Pastoral, Ansbach/Hollfeld 1987 (unveröffentlicht)
12. Konzeption und Standards in der Krankenhausseelsorge. Diskussionspapier, vorgelegt von Michael Klessmann, Bethel, auf der Jahrestagung der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD vom 8.-11.1993 in Erfurt zur Besprechung in den Landeskongregationen
13. Ottmar Fuchs, Heilen und Befreien, Düsseldorf 1992

14. Ottmar Fuchs, Die Situation der Fernstehenden aus der praktisch-theologischen Perspektive der Evangelisierung, in: Ordenskorrespondenz 31(1990) Heft 1, 1-23
15. Elmar Klinger, Armut – eine Herausforderung Gottes, Zürich 1990
16. Themenheft "Einzelseelsorge", in: Lebendige Seelsorge 39 (1988) Heft 1
17. Themenheft "Heil und Heilung", in: Lebendige Seelsorge 38 (1987) Heft 1
18. Meredith Mc Guire, Religion, Gesundheit, Krankheit, in: Concilium 27 (1992), 146-154
19. Johann Baptist Metz/T.R.Peters, Gottespassion, Freiburg 1991
20. Päpstliche Enzyklika "Redemptor Hominis", in: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 6 vom 4.3.1979
21. Peter Pulheim, Ich will nicht als Spezialist für Sterbebegleitung im Krankenhaus funktionieren, in: T. R. Peters (Hrsg.), Theologisch-Politische Protokolle, München 1981, 28-42
22. Dorothee Sölle, Leiden, Stuttgart 1973
23. Rolf Zerfaß, Die Verantwortung der Kirche für den Einzelnen, Vorlesungsskript WS 1982/83
24. Josef Mayer-Scheu, Seelsorge im Krankenhaus, München 1977
25. Josef Mayer-Scheu, Krankenhauseelsorge im Wandel, München 1986
26. Elmar Klinger, Der Glaube des Konzils. Ein dogmatischer Fortschritt, in: E. Klinger/ K. Wittstadt (Hrsg.), Glaube im Prozeß. Christsein nach dem II. Vaticanum, Freiburg-Basel-Wien 1984