

Mitschnitt des Vortrags auf dem Seelsorgetag des Forum-Seelsorge in Verbindung mit dem Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin der Universität München in Großhadern am 21.09.2004

Wozu Seelsorge herausgefordert ist - vom spirituellen Beitrag

Dr. Traugott Roser

Vielen herzlichen Dank, dass ich heute vor diesem Gremium sprechen darf. Das, was ich Ihnen, was ich Euch, erzählen kann, ist ein *work in progress*. Ich arbeite jetzt seit einem halben Jahr auf der Station und im Konsiliarbereich, die andere Hälfte meiner Arbeit ist in der Evangelisch-Theologischen Fakultät im Bereich Seelsorge. Viele Erfahrungen, die ich jetzt auf der Station oder in der Begleitung von Menschen auf der Station oder im Konsiliarbereich gemacht habe, sind mir bislang ein Anstoß nachzudenken, Theorie zu vergleichen. Deswegen ist das, was ich heute erzähle auch als ein Impuls und noch nicht als ein Ergebnis zu werten. Ich hoffe aber auch als ein Anstoß für eine intensive Diskussion. Ich habe mich auf fünf Fragen konzentriert, die ich angehen werde und bitte Sie auch um Geduld, wenn es hin und wieder auch ein bisschen theoretisch werden sollte.

Gerade dann, wenn wir so involviert sind, wenn es so dicht und emotional dicht wird, ist es wichtig, auch wieder Distanz nehmen zu können und das ganze auch in einer theoretischen Betrachtungsweise noch einmal zu überlegen. Die Arbeit haben Sie kennen gelernt über den Vortrag von Frau Dr. Bausewein und so will ich gar nicht mehr viel erzählen über die Arbeit, was diese Station insgesamt alles macht, sondern direkt die erste Frage die mir gestellt wurde, in Angriff nehmen.

Was tut ein Pfarrer, in dem Falle ich als Pfarrer im Rahmen des interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin? Dazu muss ich jetzt ein wenig die Einbindung in bestehende Teams widerspiegeln. Das ist etwas ermüdend, aber leider ist das meine Realität oder die Realität, wenn man in einem solchen Zentrum arbeitet. Ein Seelsorger an diesem interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin ist in ganz unterschiedliche Teams eingebunden. Da ist zunächst die evangelische Seelsorge. Ich habe ja Kolleginnen und Kollegen von der evangelischen Seelsorge, die schon lange da sind und die den Weg überhaupt bereitet haben, dass Seelsorge in der Palliativ-Medizin eine so gewichtige Rolle spielt hier in München. Aber auch die evangelische Seelsorge ist nicht das einzige, sondern die ökumenische Seelsorge, wie sie ja in Großhadern betrieben wird, ist die Grundvoraussetzung, und tatsächlich arbeite ich mindestens genau so viel mit den Seelsorgerinnen und Seelsorgern, den Kolleginnen und Kollegen zusammen wie auf der Station selber. Ich bin angewiesen darauf, dass auch die mit greifbar sind, wenn etwa im Bereitschaftsdienst oder am Wochenende ein Notfall ist und die kommen, dass wir uns auch verständigen auf eine gleiche Konzeption.

Dann habe ich natürlich auch ein unmittelbares Team in der Seelsorge auf der Palliativstation, das ist noch bis diesen Monat Irma Biechele, die den Weg dort bereitet hat, auf eine wirklich großartige Weise, und ab Anfang Oktober wird Herr Dr. Thomas Hagen dort mit einsteigen. Dann natürlich die Palliativstation, die Sie kennen gelernt haben, L 23, so der Name hier im Krankenhaus; zu diesem Zentrum gehört der Konsiliardienst, das haben Sie heute schon kennen gelernt und es gehört eben auch der Bereich Lehre und Forschung mit dazu. Das ist einmal der so genannte Longitudinalkurs im Medizinstudium, dort wo die Studierenden der Medizin eingeführt werden, nicht nur in die medizinischen Aspekte von Palliativmedizin, sondern auch in die Aspekte: Was ist Trauer? Wie verläuft ein Trauerprozess? Was ist psychosoziale Beratung? Und: was ist Seelsorge, was ist „Spiritual Care“? Darin werden die Medizinstudenten eingeführt, das hat sogar noch eine weitere Neuerung. Die Medizinstudenten müssen im Rahmen ihres Studiums einen Wahlpflichtkurs belegt haben bei anderen Fakultäten und es ist im Wintersemester, dem kommenden Semester gelungen, dass die Evangelisch-Theologische Fakultät die erste ist, die hier einen Kurs anbietet.

Aber auch ein Forschungsteam gibt es, das mit hinein gehört. Das heißt also, hier in diesen Bereichen hat ein Pfarrer zu arbeiten. Ich will das Ganze jetzt noch einmal in eine systemische Darstellung bringen, weil der Blick darauf, was tut ein Theologe in diesem Bereich, mit ganz unterschiedlichen Lebens- und Sprachwelten zu tun hat. Ich frage beispielsweise in fast jeder Besprechung nach, was ist das jetzt eigentlich für eine Krankheit, weil ich es einfach nicht weiß und nicht verstehe. Gleichzeitig kann ich aber auch nicht voraussetzen, dass man meine religiöse Sprache versteht, d.h. wir leben in ganz unterschiedlichen Sprachwelten miteinander. Seelsorge gehört zu den Phänomenen der institutionalisierten Religion. Wir sind ganz klar konfessionell gebunden, wir haben einen kirchlichen Auftrag und zum Großteil auch kirchliche Finanzierung. Von uns erwartet man institutionalisierte Religion auf gelebte Weise, sprich Gottesdienste, sprich Besuche, sprich Offenheit auch für die Überlieferungen der christlich-jüdischen Traditionen.

Jetzt habe ich den Kollegen Thomas Hagen oder Irma Biechele unter das Konzept „Spiritual Care“ subsumiert, dazu werde ich im Weiteren noch mehr sagen. Das andere große System ist natürlich die Universität und das Krankenhaus. Großhadern, Sie wissen das alle, ist ein Hochleistungsort, was die Medizin angeht, und es ist ein ganz eigenes Denksystem, eine ganz eigene Welt mit ganz eigenen Hierarchien, die nicht unmittelbar mit dem zusammen zu bringen sind, was wir im kirchlichen Bereich gewohnt sind. Und dazu kommt auch noch der Bereich Lehre. Das ist beispielsweise ein sehr eigenes Sprachspiel, wenn man Klausuren formulieren muss, Aufgaben für Prüfungen formulieren muss, für Mediziner „multiple choice“-Fragen stellen muss, wo man vom theologischen Examen her ganz andere Fragen gewohnt ist. Aber auch der gesamte Kontext Wissenschaft ist ein sehr eigenes Sprachspiel und das wird sich zeigen, dass das für die Seelsorge enorme Herausforderungen mit sich bringt.

Wer bislang noch gar nicht aufgetaucht ist, ist der Patient und seine Angehörigen oder die Patientin mit ihren Angehörigen, die natürlich ein ganz eigenes System mitgebracht haben aus ihrer Alltagswelt. Was in den existentiellen Situationen, in denen sie hier sind, viel

dominanter ist, als wenn man Normalpatient in einem Krankenhaus ist und weiß, nach zwei Wochen gehe ich wieder nach Hause.

So, das ist das Team am interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin. Stellvertretend für uns Seelsorgerinnen und Seelsorger steht Irma Biechele, und dann die andern Berufsgruppen - psychosozialer Dienst, Pflege, Krankengymnastik, Ehrenamt, Medizinthherapie, Atem- und Kunsttherapie, Musiktherapie, die Seelsorge, aber auch die Psychotherapie. Völlig unterschiedliche Berufsgruppen scharen sich zusammen und wollen das erreichen, was das Ziel ist, nämlich Lebensqualität zu ermöglichen für Patienten und Angehörige. Ein Leitspruch von Cicely Saunders lautet: „Wir wollen dem Leben nicht mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben.“ Das ist das, was dieses multidisziplinäre Team sich gemeinsam zum Leitspruch gegeben hat und wo jeder mit der eigenen Professionalität und dem eigenen Engagement etwas beitragen möchte.

Leiden, Sie hatten es vorhin im Zusammenhang mit der WHO-Definition schon gehört, betrifft alle Lebensbereiche. Leiden an einer Erkrankung betrifft den körperlichen Bereich, kann auch mit den Möglichkeiten somatischer Medizin behandelt werden, betrifft aber auch den psychosozialen Bereich, also die Familienstrukturen in etwa oder auch Freundesstrukturen, aber auch die Frage, wie ist die wirtschaftliche Situation eines Patienten und seiner Familie, wenn etwa der Ernährer wegfällt, und betrifft auch die spirituelle Seite des Lebens, wenn existentielle Grundgewissheiten infrage gestellt sind durch die Erkrankung. Das Ziel dabei ist aber, es nicht auf Leiden allein zu fixieren, sondern „well being“ zu ermöglichen, das ist der Begriff „well being“, aus der WHO-Definition noch einmal übernommen. Es geht nicht um Wellness, sondern es geht darum, Lebensqualität zu ermöglichen.

Ich gehe jetzt noch einmal genauer zu der Frage: „Was tut ein Pfarrer auf der Station L 23?“ Ich habe einmal die Statistik geprüft danach, wie alle Seelsorgerinnen und Seelsorger im Rahmen des Bereitschaftsdienstes gerufen werden. Im ganzen Krankenhaus ist es so geregelt, dass Menschen, die Seelsorge sprechen wollen, sich melden können bei der Seelsorge, entweder über das Telefon oder über den Piepser. Wir haben dies dokumentiert, von Januar bis etwa zum Juni, nur die Nachtbereitschaften oder Wochenendbereitschaften. Es hat sich gezeigt, dass von den 141 dokumentierten Einsätzen, immerhin über 27% allein im Bereich der Palliativstation waren. Also hier ist der Bedarf, der Ruf nach Seelsorge, sehr viel höher als anderswo. Ob er auf den anderen nicht vergleichbar hoch ist, ist eine andere Frage. Aber hier ist es zumindest so, dass der Ruf ausgelöst wird. In 33 dieser dokumentierten Fälle ging der Ruf nach Seelsorge von der Pflege aus, also die Pflegekräfte, die eine Situation sehen oder die von einem Patienten oder einer Patientin und den Angehörigen den Wunsch geäußert bekommen haben, ein Seelsorger möge doch kommen, geben dies dann weiter. Zweimal ist es direkt von Angehörigen passiert und zweimal auch von Kolleginnen und Kollegen aus der Seelsorge selber, die diesen Ruf dann weitergeben an diejenigen, die primär dort da sind, weil vielleicht ein Kontakt mit dem Patienten über längere Zeit schon funktioniert hat.

Wenn man gerufen wird, kann es sein, dass man einer solchen Situation (Bild Edward Munch – „Tod im Zimmer“) begegnet. Viele, ich habe nachher noch eine kleine Statistik dazu, viele der Rufe werden ausgelöst, wenn ein Patient gestorben ist und dann kommt man in ein Zimmer, das ist natürlich hier in einem Bild Edward Munch übersetzt. Sie wissen es vielleicht, Edward Munch hat seine Schwester sehr früh verloren und hat zeitlebens an dieser Erfahrung gearbeitet, auch mit seinen Bildern. Wenn Sie einmal die Personen, die um das Sterbebett verteilt sind, betrachten, ist eines auffällig: jeder und jede trauert auf eine völlig eigene und unterschiedliche Weise. Manche verkümmern in sich selbst, manche wollen entfliehen, wollen raus aus dem Zimmer oder wollen mit dem Kopf an die Wand schlagen, manche erstarren förmlich zu Masken, aber keiner hat Kontakt mit den anderen. Es ist jetzt nicht in der Regel so, aber dieses kann eine Situation sein, in die man gerufen wird und in der es darum geht Kommunikation zu ermöglichen. Die Kommunikation kann über Gespräch, über Besuch laufen, kann aber auch laufen, indem man mit dem, was wir als Schatz der Kirche haben, nämlich mit Riten, Kommunikation möglich macht und eine gemeinsame Richtung vielleicht geht, um das Sterbebett herum.

Hier einmal ein Vergleich der Tätigkeiten, die von der Seelsorge erwünscht werden bei einem Ruf und die dann tatsächlich gegeben werden. Und Sie sehen gleich, dass mehr gegeben wird als gewünscht wird, weil die Wünsche manchmal nicht explizit sind und weil es ein Teil des seelsorgerlichen Tuns ist, herauszufinden, was den Menschen jetzt gut tut. Also: es ist jemand gestorben, die Angehörigen wünschen eine Aussegnung. Es reicht nicht, nur hinein zu gehen und diese Aussegnung zu vollziehen. Ein wichtiger Teil ist die Trauerbegleitung, die Begleitung in dieser Situation ein Gespräch zu führen. Manchmal bietet man etwas anderes an als ursprünglich erwünscht ist. Das ist nur ein Hinweis darauf, was gemacht wird: Besuch, Gespräch, das Sprechen eines Gebetes, ein Segen, den man spricht, Krankenkommunion, eine Abschiedsfeier, das ist häufig die Regel, wenn jemand auf das Sterben sehr bald zugeht und die Familie da ist oder Angehörige da sind, dass man miteinander den Abschied explizit macht, ‚letzte Ölung‘ als eine sakramentale Handlung, oder eine Aussegnung nach dem Tod.

Was bedeutet es weiterhin, Pfarrer auf einer solchen Station zu sein. Man ist bei den täglichen Stationsbesprechungen regelmäßig dabei. Man ist also nicht ein Gast auf der Station, der vielleicht einmal mit dazu darf, sondern es gehört dazu, dass man an dem regelmäßigen und geordneten Austausch von Informationen teilnimmt und damit informiert ist. Ich habe Zugang zu den Akten. Ich habe die Möglichkeit, an der regelmäßigen Visite teilzunehmen und tue dies hin und wieder auch. D.h., ich gehe mit den Ärzten und der Vertretung der Pflege mit ans Krankenbett, werde auch mit vorgestellt und bin Zeuge dessen, was dann eben auch als Ärztengespräch geschieht. Manchmal gibt es auch ein gemeinsames Patientengespräch, etwa mit dem Vertreter der Psychotherapie, der dort tätig ist. Die Konsequenz ist, ich habe Zugang zu allen Informationen, ich bin gleichsam aber auch verpflichtet meine Informationen aus dem Patientengesprächen und den Gesprächen mit den Angehörigen weiterzugeben und das, was ich tue, in der Krankenakte zu dokumentieren, also im Bereich psychosoziale Begleitung einzutragen, wann ich den Patienten oder die Patientin besucht habe und was da auch an wichtigen Informationen war.

Die Chance ist, dass die Seelsorge in die Struktur des Krankenhauses, hier genauer der Station, wie alle anderen Berufe eingebunden ist, selbstverständlich integriert. Sie ist nicht länger nur Gast oder ein Vertreter von außen, also all das, was wir manchmal in der Seelsorgetheorie gehört haben: sie ist nicht der Clown, Vertreter der Ohnmacht. Ich bin Teil des Teams. Durch die offene Einbindung anderer Berufsgruppen wird die Begleitung von Patienten und Angehörigen auch nicht ausschließlich mehr durch das Teilsystem Medizin bestimmt, andere Teilsysteme werden mit integriert, etwa Religion, Spiritual Care als Teil von Palliative Care. Und damit, das ist eine wirkliche Neuerung, eine Chance mit der wir auch gut umgehen müssen, damit verändert sich unter Umständen das gesamte System Krankenhaus. Weg von einer rein naturwissenschaftlich-medizinisch orientierten Beschreibung dessen, was passiert, hin zu einer Integration anderer Aspekte. Natürlich jetzt auch nicht nur seelsorgerlicher Aspekte, aber auch psychosozialer Aspekte, dass die hier aufgewertet werden und in das System integriert werden. Und da sind wir natürlich in einer Entwicklungsphase. Wer sich mit systemischen Ansätzen der Seelsorge auseinandersetzt, wird es vielleicht in manchem wiederfinden, Peter Held ist hier ein Name, der mir zum Verständnis da sehr viel beigeht hat. Religion und Spiritualität wird als Teil von Palliative Care begriffen und ist kein Orchideenfach sondern ein wichtiger Bereich. Kooperation bedeutet auch, dass man sich auch von der Seelsorge aus auf ein gemeinsames Handlungsziel hin orientiert. Sie haben vorhin den Begriff der Therapiezieländerung mitbekommen im Vortrag von Frau Bausewein und hier ist die Seelsorge integriert, Lebensqualität als Ziel des Handelns zu beschreiben, als Ziel, den Patienten Lebensqualität zu ermöglichen, diese letzte Stufe des Lebens der Qualität zuzufügen, aber auch das Umfeld, die familiäre Struktur oder die Angehörigen zu stabilisieren, um Lebensqualität zu ermöglichen.

Diese Integration in ein neues Team bedeutet auch, dass es Veränderungen für das Selbstverständnis von Seelsorge geben mag. Manches, was uns vielleicht lieb und vertraut geworden ist, ist infrage gestellt: Natürlich ist ein Seelsorgegespräch ein vertrauliches Gespräch, aber in diesem Fall ist es eine ‚bedingte Vertraulichkeit‘. Wenn ich Teil des Teams und als solcher auch erkennbar bin, ist die Bedingung, dass wichtige Informationen, die für die Erreichung des Therapieziels „Lebensqualität“ wichtig sind, dass diese Informationen auch weitergegeben werden können. Es sei denn, wir vereinbaren Vertraulichkeit unter vier Augen. Aber das kann für den Patienten Nebenfolgen mit sich bringen, nämlich dass sie nicht genutzt werden kann. Aber Sie merken, schon hier ist das, was wir unter Beichtgeheimnis kennen, ein wenig infrage gestellt. Es hat mich in den ersten Monaten sehr beschäftigt, damit zurecht zu kommen. Unabhängigkeit ist auch etwas, was wir uns in der Seelsorge sagen, wir kommen von außen, wir sind unabhängig, wir sind nicht in die Klinikhierarchie eingebunden. Uns ist da auch keiner weisungsbefugt. Ja so ist es, aber das ist relativ. Denn als Teil des Teams habe ich mich auch an die gemeinsamen Vereinbarungen zu halten und kann nicht gegen schießen, kann mich auch nicht mit dem Patienten solidarisieren gegen die anderen im Team, das ist zumindest infrage gestellt. Manche Seelsorgetheorien würden dem nicht standhalten können. Aber das ist so. Das sind Punkte, über die man nachdenken muss: Verlust der Neutralität zwischen Patientensystem und Krankenhaussystem. Ich kann nicht so tun, als würde ich nicht dazugehören, denn ich gehöre dazu. Und wenn einer zornig ist aufs Krankenhaus, dann kann ich nicht so tun als ob es mich nicht treffen würde.

Eine Frage, die man sich immer wieder stellen muss, ist die Spannung zwischen kirchlichen Auftrag und Bedürfnisorientierung. Denn, wenn es darum geht, die Spiritualität des Patienten zu stärken, heißt es, dass ich erst mal spüren muss, hören muss, was seine eigene Spiritualität ist. Und die zu unterstützen ist zusammen zu bringen mit dem kirchlichen, konfessionellen Auftrag. Das ist eine der Grundfragen, über die man nachdenken muss. Spannung zwischen konfessioneller Bindung und allgemeiner Spiritual Care: Ich markiere das mit einem Zitat von Edward Thurneysen, einem der großen Väter der Seelsorge, den ich sehr schätze. Aber er hat gesagt: Seelsorge findet sich in der Kirche vor als Ausrichtung des Wortes Gottes an den Einzelnen. Wenn ich das so missverstehe, dass es mit dem Lesen von Bibelstellen getan ist, bestätige ich, was Menschen von Seelsorge befürchten, dass einer kommt mit Bibelsprüchen oder Liedern.

Auf der anderen Seite ist Spiritual Care großes Thema der nichttheologischen Forschung, etwa unter dem Begriff „Assessment of patient’s spiritual needs“, also die Möglichkeit, die spirituellen Bedürfnisse von Patienten zu erheben, zu erfassen, um ihnen entgegen zu kommen. Wie sind diese beiden Aspekte, Thurneysen und nichttheologische Forschung, hier zusammen zu bringen?

Ich möchte zwei Beispiele zum Thema Forschung bringen: Wir machen eine Studie „SPIR“, eine Befragung, die versucht, die spirituellen Überzeugungen und Bedürfnisse vom Patienten und Patientinnen zu erheben – nach einem Frageraster, das vier Fragen umfasst. Einmal die Frage: „Bezeichnen Sie sich als einen spirituellen oder religiösen Menschen?“ „Leben Sie diese Überzeugung auch im Rahmen einer Gemeinschaft?“ „Erfahren Sie diese spirituelle Überzeugung als hilfreich in ihrer gegenwärtigen Situation?“ Und: „Finden Sie wichtig, dass dieses ein Bestandteil ihres Gesprächs mit dem Arzt oder mit dem Seelsorger ist, wünschen Sie also spirituelle Begleitung und durch wen?“ Eine Studie, die vergleichend durchgeführt wird. Ärzte und Ärztinnen sowie Seelsorger und Seelsorgerinnen kriegen randomisierte Patienten zugewiesen, die sie befragen müssen. Eine Belastung ist das auch immer, gerade auch für die Seelsorge. Wir sind gewohnt das Seelsorgegespräch völlig offen zu beginnen, uns allein an dem Interesse des Patienten oder Patientin zu orientieren. Jetzt gehe ich mit einem Fragebogen in das Gespräch mit einem Patienten, der sich vielleicht mit anderen Fragen auseinandersetzt. Teilhabe an einem Forschungsstandard bedeutet, sich einer solchen Schwierigkeit auch auszusetzen. Da bin nicht allein ich betroffen, sondern das machen alle Seelsorgerinnen und Seelsorger, die im Klinikum tätig sind und manchmal macht es viel Bauchweh.

Eine der Fragen will ich noch mal genauer in Blick nehmen. „Wie misst man Sinn, wie misst man Spiritualität?“ Ein großer Teil der nichttheologischen Forschung zum Bereich Spiritual Care widmet sich der Frage „Wie beschreiben Patient und Patientinnen in ihrer gegenwärtigen Situation Sinn des Lebens?“ „Was ist für sie Sinn, welche Bereiche des Lebens sind für sie wichtig?“ „Wie wichtig sind diese Bereiche, wenn man sie miteinander vergleicht?“ „Welcher Bereich ist ganz besonders beeinträchtigt, und wie ist ihre Zufriedenheit mit diesen Bereichen?“ sind solche Fragen.

Als Theologe frage ich mich, ob man das überhaupt so stellen kann. Henning Luther, einer der großen praktischen Theologen, hat die Aufgabe von praktischer Theologie beschrieben mit dem Begriff „Schwellenkunde“. Menschen, die in einer Krisensituation sind, die sich an einer Schwelle ihres Lebens befinden, möglicherweise die Schwelle vom Leben zum Tod, aber einfach auch die Situation einer solchen krisenhaften Erfahrung. Es geht darum, einmal nicht die Antworten zu geben von der Glaubenslehre her, sondern sich einzulassen darauf, was sind wirklich die Fragen, die hier aufkommen. So begreife ich auch diese Forschung: „Meaning of Life“, „Sinn des Lebens“, „Zufriedenheit mit dem Leben“, „Lebensqualität“ als einen Bestandteil von Schwellenkunde, der uns als Theologen und Theologinnen sicherlich Nutzen bringt.

Ich habe hier einmal, ich will es gar nicht genauer durchgehen, zwei Dinge aneinander gegenübergestellt. Es gibt eine von den Untersuchungen, die nicht hier entwickelt wurde, ein Fragebogen, wo Patienten befragt werden nach ihrer eigenen Befindlichkeit, nach dem eigenen Konzept, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen. Fragen wie: „Ich hab Frieden mit mir selbst.“ „Ich sehe einen Sinn in meinem Leben.“ „Ich kann in mir selber Trost finden.“ „Ich fühle keine innere Harmonie.“ „Ich finde Trost in meinem Glauben oder meiner Spiritualität.“ „Mein Glaube wurde durch die Krankheit gestärkt.“ Die Antworten versucht man zu messen. Und im Durchgehen durch diese und vergleichbare Studien sind mir die alttestamentlichen Texte, eingefallen. Ich habe hier Psalm 6 ausgewählt und darin manches wiedergefunden von dem, was Patienten über sich selbst sagen könnten. „Ich bin schwach, hoffe auf Heilung. Meine Gebeine sind erschrocken.“ Wenn ich mir das ganz bildlich vorstelle, es schmerzt mich an allen Gliedern. „Meine Seele ist sehr erschrocken.“ Modern formuliert: Ich habe entsetzliche Spiritual Needs. „Ach du Herr, wie lange?“ Seit fünf Jahren lebe ich mit dieser Krankheit, seit fünf Jahren kämpfe ich und es gibt nichts mehr anderes. Ach Herr, wie lange,? „Ich bin müde vom Seufzen.“ Sie haben vorhin die Symptome aufgezählt bekommen, mit denen die Palliativmedizin zu arbeiten hat: Schwäche, Müdigkeit ist eine von den Phänomen. „Ich schwemme mein Bett die ganze Nacht“ und jetzt begreife ich es vielleicht gar nicht mal nur als Tränen, sondern ich bin Bettnässer. Was bedeutet das für meine eigene Situation in dem Moment. Und dann weine ich viel. Männer, die plötzlich weinen müssen, und das gar nicht gewohnt sind. „Das Auge ist trübe geworden“, die Sinnesfunktionen nehmen ab, Gram und Mattigkeit, es gibt Bedränger, ich habe entsetzlich viele Feinde, etwa das gesamte therapeutische Team.

Würde man dies vergleichen mit den Studien, dann würde sich erweisen: Wir haben einen unendlichen Schatz an alten Texten. Dies sind verdichtete Erfahrungen. Dies kann ein Theologe einbringen.

Das ist zunächst was ich als Pfarrer in diesem Team tue, wie ich mich dort wiederfinde und welche Fragen allein aus der Mitgliedschaft in einem solchen Team, auf einer solchen Station wachgerufen werden. Das war jetzt auch die längste Antwort zu einer Frage.

Die zweite Frage die gestellt wurde: „Welche spirituellen Bedürfnisse hat ein Mensch am Ende seines Lebens?“ Allgemein kann man da natürlich gar nichts darauf sagen. Ich habe noch einmal bei dieser Statistik angefangen: „Wann werden die Seelsorger und Seelsorgerinnen gerufen?“ Was sind also die Bedürfnisse, um die es geht.

Besuch: ganz wichtig; ein Gespräch: viel erbeten; religiöse Sprache wie im Gebet und wie in einer Segenshandlung: als wohltuend empfunden und erwünscht; bis hin zu sakramentalem Handeln, als Wunsch, als Bedürfnis, das geäußert wird. Es ist eine messbare Antwort auf die Frage, die gestellt war. Da kann man sagen, es gibt eine Unterscheidung in eine Gesprächsbegleitung und in eine rituelle Begleitung. Die kann man manchmal nicht voneinander trennen, aber es ist wichtig, beides wahrzunehmen und auf beides eingehen zu können. Damit zeigt sich: Die vermeintliche Alternative zwischen einem therapeutischen und priesterlichen Konzept von Seelsorge stellt sich gar nicht. Dass wir in beiden Bereichen kompetent sind und unsere Kompetenz darauf hin schulen, ist unerlässlich.

Die Frage ist zudem nicht nur: „Welche spirituellen Bedürfnisse hat ein Patient am Ende seines Lebens?“, sondern vielmehr: „Welche spirituellen Ressourcen hat ein Mensch?“ Was hat sich aufgebaut im Laufe seines Lebens und wie kann man dieses auch deutlich machen? Ich greife hier auf einen Fragebogen oder auf ein Frageraster zurück, das von Irma Biechele und Thomas Kammerer sowie Peter Frör entwickelt wurde. Fragen, die man für sich selber auch stellen muss. Um sich selbst die Frage zu stellen, was für Erfahrungen hat dieser Mensch eigentlich schon gemacht und was kann ihm jetzt möglicherweise als Ressource auch Kraft geben. Das heißt, ich muss nicht alles mitbringen, es ist für mich vieles da. Welche Erfahrung mit Gnade, mit Dankbarkeit, mit begnadet sein gibt es? Was ist noch zu erledigen? Gibt es offene Dinge? Ist dem Patient bzw. der Patientin Glaube wichtig und wie ist das Verhältnis zum institutionalisierten Glaubenssystem? Gibt es Gewohnheiten und Rituale, die ihn bisher getragen haben?

Ich will ein Beispiel einfach nennen. Eines der wichtigsten Dinge, die wir tun, ist segnen, und wenn wir begreifen, dass die Gemeindegarbeit den Segen immer wieder ins Gewissen oder ins Bewusstsein rufen kann, beispielsweise indem wir die Kinder bei der Einschulung segnen, dann wird Segen ein vertrautes Element, das Bedeutung bekommen kann, wenn wir es hier machen. Es ist dann nicht fremd. Das worauf es mir mit ankommt, dass wir, um diese spirituellen Ressourcen von Patienten und ihren Angehörigen zu finden, kennen zu lernen, biographisch arbeiten müssen. Nicht ausschließlich uns fixieren müssen auf die jetzige Situation der Krankheit, sondern auch sehen müssen, wo kommt jemand her, welche Erfahrungen sind da, welche Erfahrungen machen es schwierig, aber welche Erfahrungen sind jetzt auch hilfreich. Und dass wir uns einlassen auf Subjektorientierung, wirklich beim Patienten einzugreifen, dessen spirituelle Ressourcen zu erheben, bevor wir mit spirituellen Angeboten kommen. Beides muss einander entsprechen.

Zwei Beispiele möchte ich ihnen vorstellen. Es sind zwei Menschen. Der eine deutlich kirchlich geprägt und gebunden und einer, der aus der Kirche ausgetreten war. Herr P. war 65 Jahre alt und verheiratet. Er war nicht mehr schluckfähig, auch nicht mehr sprechfähig. Er hat sich verständigen können, indem er Zettel schrieb. Seine Symptome waren gut behandelt, aber er war deutlich depressiv. Ich habe einen ersten Besuch bei ihm versucht, mich vorgestellt. Da war er sehr freundlich, aber er hatte keinen Bedarf an Seelsorge. Wir hatten einen zweiten Kontakt, da bin ich eben auch mit einer Ärztin mit reingegangen. Wir haben uns alle unterhalten, vier Leute im Zimmer, die Ehefrau eine davon. Während dieses Arztgesprächs hat sich ein Nebendialog entwickelt. Er schrieb mir einen Zettel, auf dem stand: „Ich habe keine Lust mehr zu leben. Ich hätte mich schon längst umgebracht, aber ...“.

Und dann hat er einen Pfeil gemalt, der in die Richtung seiner Frau deutete. Wir haben uns darüber unterhalten. Das Arztgespräch hat in dem Moment aufgehört. Wir sind dazu gekommen, was für ihn „dieses sich selbst umbringen“ auch bedeutet, was er mit dem Tod verbindet. Da war eben ganz deutlich, dass er gesagt hat: „Ich habe keine Angst vor dem Tod, ich glaube nicht an die Hölle.“ Er glaubt, dass ein guter Gott auf ihn wartet, eine gute Vorstellung vom Himmel. Ich bin sehr gläubig. Hier war Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod. Ich würde sagen, schön, ja, warum soll er noch leben? Den Pfeil hatte ich im Gedächtnis. So hat das Leben doch keinen Sinn mehr, schrieb er. Wir haben versucht mehr über dieses „So“ nachzudenken. Im Gespräch mit der Ärztin war wichtig, dass das Thema „nicht mehr schlucken können“ für ihn eine existentielle Minderung der Lebensqualität gewesen ist. Und die Ärztin konnte sagen, da können wir vielleicht etwas versuchen zu unternehmen, wieder Schlucken möglich zu machen. Eine erste Hilfe. Wir haben uns dann dem Thema ‚Leben‘ zugewandt. Was macht für ihn das Leben lebenswert? Und ich habe mir natürlich eine ganz große Antwort erwartet: dass ich mit meiner Familie leben kann; dass ich die Natur genießen kann oder schmerzfrei leben, also große Antworten und er schreibt eigentlich nur: „Ich möchte wieder basteln können.“ Da hat sich gezeigt, dass er leidenschaftlich gebastelt hat, bis vor zwei Jahren als die Krankheit kam, und sich ab da alles nur noch um die Krankheit drehte: um Untersuchungen, um Therapieversuche. Er kam nicht mehr zu dem, was ihm eigentlich Spaß gemacht hat, nämlich zu Basteln. Und plötzlich kann man ein Therapieziel miteinander finden, bei dem deutlich wird, dass er Möglichkeiten hat, dieser Leidenschaft in dem gebotenen Rahmen vielleicht auch wieder nahe zu kommen. Ein frommer Mensch und am Ende ein Ergebnis, das weder ein Ritual ist, noch ein Gebet, und Glauben, also Lebensqualität deutlich gemacht hat.

Zum Vergleich: Patient T. hat uns alle sehr bewegt. Geboren 1952. Es war die Erkrankung sehr weit fortgeschritten, er war in zweiter Ehe verheiratet. Er war aus der Kirche ausgetreten, wie sich im ersten Gespräch gleich ergeben hatte. Nun, eigentlich dürften wir da gar nicht rein. Aber die Seelsorgerin, die ihn besucht hat, hat natürlich gefragt, ob es ihm recht wäre. Er hat sich darauf eingelassen und in diesem Gespräch zeigt sich, dass er ausgetreten ist, weil sein Pfarrer damals der Wiederverheiratung ablehnend gegenüberstand und auch keine kirchliche Trauung vollzogen hat. Das Gespräch hat eine ganze Weile gedauert und am Ende des Gesprächs fragt die Seelsorgerin, ob sie ihn segnen darf. Sie segnet ihn. Und während dieses Segens bricht er in Tränen aus, schluchzt. Und als er sich wieder beruhigt, fragt er, ob denn nun wieder alles gut sei. Was er meint, fragt die Seelsorgerin. Ob er denn nun wieder Kirchenmitglied sei? Es verging eine Zeit. In dieser Zeit waren viele andere Seelsorger mitbeteiligt und Herr T. ist wieder in die Kirche aufgenommen worden. Es hat sich gezeigt, dass es eine Möglichkeit war, ihm und seiner Frau Spiritual Care gegenüber zu bringen oder sie darin zu unterstützen, die man ihnen anbot in der Situation in der sie waren, nach Jahrzehnten der Ehe, die gut waren, zu sagen: Also wenn jetzt nicht Segen für diese Ehe gesprochen werden kann, wenn jetzt nicht für diese Ehe gedankt werden kann, wann dann? Die Ehe wurde kirchlich geschlossen. Und wenige Tage später ist er gestorben. Das war Spiritual Care, obwohl der Patient offiziell nicht zur Gruppe der Religiösen gehört hat, der institutionalisiert Religiösen.

Ich wollte Ihnen an diesen beiden Beispielen deutlich machen, was passieren kann. Manfred Josuttis hat den Begriff der energetischen Seelsorge eingebracht. Das ist etwas, das hier etwas passieren kann, etwa wenn wir segnen, was nicht in unserer Kraft liegt und was die spirituellen Ressourcen eines Menschen wach ruft und jetzt wirklich Lebensqualität herstellen kann.

Wenn es nach spirituellen Bedürfnissen geht, muss man auch den Begriff der Bedürfnisse selber noch einmal problematisieren. Ich will das gar nicht jetzt im Ganzen tun, aber was mir dabei wichtig ist: Der Bedürfnisbegriff stammt aus der Wirtschaftssprache. Und es ist nicht ganz klar, ob wir als Kirche dem genauso entsprechen können und in dem Aufsatz in der Pastoraltheologie von 2003 hat Famos von der auftragsbestimmten Bedürfnisorientierung gesprochen. Ich finde das wichtig.

Endlich Frage drei: Wie könnte eine Verknüpfung der Seelsorge im interdisziplinären Zentrum für Palliativ-Medizin mit Gemeindeseelsorge, Altenheimseelsorge bzw. Hospizseelsorge aussehen? Das ist natürlich eine Monumentalfrage, aber an zwei Dingen will ich es versuchen, noch einmal klarer zu formulieren.

Kristian Fechtner hat ein Buch zur Kasualtheorie veröffentlicht, das heißt „Kirche von Fall zu Fall“. Wenn wir begreifen, dass die Menschen hier auf der Palliativ-Station nur eine kurze Zeit ihres Lebens verbringen, heißt es, dass eine lange Zeit vorher gegangen ist, wo Kirche auch eine Rolle gespielt hat. In der kurzen Lebensphase, in der wir sie kennen lernen, spielen Krankheit und Sterben eine wichtige Rolle. Aber die spirituellen Ressourcen, von denen ein Patient möglicherweise lebt, die werden im Lebenslauf entwickelt und dazu gehört Ritualkompetenz.

Noch einfacher: Das Vaterunser ist eine unglaublich wichtige Ressource, aber irgendwann müssen sie es auswendig lernen. Und ich bin dankbar, wenn ich Patientinnen und Patienten haben, denen Choräle vertraut sind: „Befiehl du deine Wege“; „So nimm denn meine Hände“. Dass wir diesen Schatz sozusagen als Teil einer vertrauten Sprache im Leben einüben. Das heißt nicht konstant im ganzen Leben, aber von Fall zu Fall und vertraut machen damit, weil diese Ressource wichtig werden kann in einer anderen Zeit. Ich möchte also anknüpfen können. Peter Frör sagt immer: Die Klinikseelsorge ist nur ein ausgelagerter Teil der Gemeindeseelsorge, gehört eigentlich zur Gemeindeseelsorge und wir übernehmen das hier für die Gemeinde. Wir gehören zusammen.

Und das wird ganz deutlich, wenn wir an das Thema Bestattung denken. Die Frage kommt ja hin und wieder: Jetzt habt ihr diesen Menschen so lange begleitet und die Angehörigen. Warum bestattet ihr den nicht? Die haben jedoch einen guten Draht zu euch. Eigentlich müsstet ihr die doch beerdigen. Und wir können nicht nur antworten mit der Auskunft, zu sagen: Ja, aber, wenn wir anfangen, hier alle Patienten auch noch zu beerdigen, kommen wir nicht mehr auf die Station. Wichtig ist, dass wir uns als integratives Konzept verstehen. Wir beginnen mit dem Bestattungshandeln, indem wir aussegnen. Dann muss es weitergehen, über die Bestattung vor allem bis zur Trauerbegleitung. Das Ziel dabei ist, auch den Angehörigen die Lebenswelt zuhause entsprechende Situation auch wieder nahe zu bringen, sie – groß

gesagt – zu re-integrieren in die normale Welt. Und das kann nur jemand tun, der verlässlich für lange Zeit da ist. Wir können nicht den Kontakt zum Patienten in dieser kurzen Lebensphase prolongieren auf Dauer. Das würde unsere Kräfte überschätzen, es würde auch der Gemeinde abträglich sein. Deswegen: Hier haben wir primär miteinander zu tun.

Genau das Gleiche trifft ja für das IZP insgesamt auf. Das ist kein Hospiz, hier bleiben die Menschen nicht auf Dauer bis zum Sterben, sondern sie werden begleitet, um die Symptome zu kontrollieren. Dann ist das Ziel, sie nach Hause oder in Hospize oder in Altenheime wieder zu entlassen. Auch da ist Spiritual Care gefragt, allein daher gibt es schon Berührungspunkte. Ein Beispiel soll Möglichkeiten der Vernetzung verdeutlichen: Support ist ein Projekt, das weltweit gestartet wurde und unter anderem in Göttingen durchgeführt wurde. Dort wurde ein ambulantes Palliative-Care-Team eingerichtet, das Betreuung und Begleitung in Einrichtungen oder zu Hause möglich machte; es hatte Beratungs- und Koordinierungsfunktion. Das Konzept war, gemeinsam mit den Ressourcen zuhause den Hausärzten und ambulanten Pflegediensten Begleitung von Patienten möglich zu machen, mit dem know-how, das durch die Palliativ-Medizin zugänglich wurde. Ergebnis war, dass nur 26 der von einem Palliative-Care-Team mit betreuten Patienten im Akutkrankenhaus verstorben sind. Wenn sie den europäischen Vergleich anschauen, sehen Sie, was das bedeutet. Das heißt, Patientenautonomie kann vermehrt entsprochen werden unter der gesundheitsökonomischen Relevanz; das heißt auch, Krankenhausaufenthalte können vermieden werden und die Gesundheitskosten sinken. Wenn wir auch als Seelsorge ein bisschen so miteinander arbeiten, von den Gemeinden so etwas im Blick haben und sagen, wenn hier so etwas wie ein Palliative-Care-Team entsteht, wie Notfallseelsorge es ja auch getan hat, dann können wir gemeinsam Ziele erreichen. Gemeindeseelsorge, Altenheimseelsorge, Hospizseelsorge und Seelsorge hier im Krankenhaus sind nicht weit voneinander entfernt. Ich fand auch das, was Herr Unglaub im „Forum Seelsorge“ geschrieben hat aus dem Blickwinkel der Altenheimseelsorge zu Forschung über den Umgang mit Menschen mit Demenzerkrankungen, ganz wichtig. Auch hier müssen wir die Seelsorgearbeit kombinieren müssen mit der Forschungsarbeit, die in dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Bereich läuft, damit wir als Seelsorger informiert sind über die Zustände, was diese Krankheit bedeutet und über die Möglichkeiten, überhaupt miteinander zu kommunizieren. Wir dürfen nicht meinen, wir würden in der Seelsorge schon immer Kommunikation beherrschen. Wir müssen uns als interdisziplinär lernfähig erweisen.

Vierte Frage: Worin besteht der größte Mangel in der spirituellen Begleitung von Menschen? Ich habe es für mich so formuliert: Was fehlt eigentlich mir am meisten? Ich kann ja nicht sagen, was insgesamt der große Mangel ist.

Mir fehlt bislang ein wirklich interdisziplinärer Ansatz, der mehr bringt als den freundlichen Austausch von Erfahrungen. Ich glaube, dass Theologie sich mehr einbringen kann, als sie es bislang tut. Beispielsweise zum das Thema: Was ist Spiritual Care?

Ich habe in den Lehrbüchern der Seelsorgetheorie, etwa von Jürgen Ziemer, auch bei Klaus Winkler, den Begriff „Spiritualität“ nicht einmal im Register gefunden. Und gleichzeitig

haben wir im Bereich der Medizin, der Palliativ-Medizin, wenn Sie sich dieser Grafik von der WHO noch erinnern, eine hohe Schätzung von Spiritualität. In einem Lehrbuch der Seelsorge taucht sie nicht auf. Das halte ich für eine Katastrophe. Wenn wir meinen, der Begriff Spiritualität ist nicht fassbar, nicht definierbar und hält theologischen Kriterien möglicherweise nicht stand, können wir ihn dennoch nicht ignorieren. Dann sind wir nicht sprachfähig für die andere Seite, die über Spiritual Care reden will. Und wenn ich über „Spiritual Care“ reden will, dann will ich nicht allgemein anthropologisch über die Bedürfnisse von Menschen am Ende ihres Lebens reden, ich will auch nicht allein religionswissenschaftlich reden, sondern ich bin Theologe und ich habe einen Beitrag aus der Theologie zu leisten. Da erwarte ich mir viel mehr, ich will Ihnen auch zeigen, wo.

Spiritual Care: Den jungen Medizinstudierenden, die mit dem Konzept der Palliativ-Medizin vertraut gemacht werden, es wird gesagt, Spiritual Care hat zu tun mit *spirit*, mit Geist, und sie verweisen dabei auf den Mensch als Wesen mit spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen. Es wird immer ganz deutlich gesagt, das hebräische Wort für Spiritualität hat mit Ruach zu tun und das liegt ganz nahe am Atmen. Atmen ist die einzige Fähigkeit des Menschen, das sowohl unbewusst geschieht, als auch bewusst kontrolliert werden kann. Aha!, das leuchtet einem Mediziner ein. Spiritualität hat also sozusagen in der medizinischen Rationalität einen fassbaren Grund. Aber sie wendet sich dem Menschen zu. Und deswegen ist Spiritual Care auch Teil der atemtherapeutischen Begleitung. Das finde ich ausgezeichnet.

Ja, und die Theologie? Spirit – Geist – ist zunächst einmal ein Begriff der Gotteslehre. Der Heilige Geist als dritte Person der Trinität. Was hat das eigentlich mit Spiritual Care zu tun? Da will ich mir noch einmal grundsätzliche Gedanken machen: Mir hat diese Fragestellung nach Spiritual Care etwas in Frage gestellt, was ich bislang einfach für meine Sprach- und Redeweise übernommen hatte, nämlich: Seelsorgetätigkeit als Pastoral zu begreifen. Dahinter steht natürlich das Bild des Hirten, präziser: Jesus als der gute Hirte, dem wir mit der Seelsorge nachfolgen wollen. Ich sage es jetzt ein bisschen zu stark kontrastiert: Das halte ich für verfehlt. Es statuiert in Essenz ein Hierarchiegefälle. Der Hirte, der die Herde zu betreuen hat, zu versorgen hat. Dahinter steht natürlich auch ein gewisses Amtsverständnis: Petrus als der Felsen, der das alles zu ordnen hat.

Ich will versuchen, vom Geistbegriff aus zu denken. Aus meinem Studium im Neuen Testament ist mir im Gedächtnis geblieben (aus einer Vorlesung von Prof. Jürgen Roloff), wie im Johannesevangelium die Verheißung des Parakleten im 14. Kapitel aufgeschrieben ist. Jesus spricht in der Abschiedssituation zu seinen Jüngern; Jesus nimmt Abschied, die Jünger trauern; da sagt er: „Ich will den Vater bitten und er wird euch einen anderen Tröster geben, dass er bei euch sei in Ewigkeit. Der Tröster, der Heilige Geist, den mein Vater senden wird in meinem Namen, der wird euch alles lehren und euch an alles erinnern, was ich euch gesagt habe.“ Und dann gibt es eine ganze Reihe von Verheißungen. Es lohnt sich, ihnen einmal nachzugehen. Ich habe hier versucht dies systematisch aufzuschreiben.

- Die Übersetzung selbst gibt schon den Hinweis: manchmal ist es mit Tröster, manchmal mit Beistand oder manchmal mit Fürsprecher übersetzt worden.

- „Das ist der Geist der Wahrheit, ihr kennt ihn. Er wird nicht aus sich selber reden, er wird mich verkündigen“, spricht immer noch Christus.
- „Der wird euch lehren, was ich gesagt habe,
- der wird euch an alles erinnern.
- Er wird der Welt die Augen öffnen über Sünde, Gericht und Gerechtigkeit.“

Ich will die Seelsorge als spiritual care versuchen deutlich zu machen. ‚Seelsorge in der Kraft des Geistes‘ und damit nicht mehr primär christologisch begründet. Wir sind Nachfolger Jesu in der Kraft des Geistes, nicht aus uns selbst heraus.

- Die Situation, um die es geht, ist die Zeit des Abschieds, Krisenzeit.
- Schwellenkunde ist unser Thema, dafür steht der Fachbegriff „Liminalität“. Schwellenkunde, es geht um Schwellensituationen.
- Seelsorge zu begreifen als Trost, als Beistand, als Fürsprache, etwa mithilfe eines Rituals.
- Geist der Wahrheit, Authentizität, das ist ein wichtiger Punkt von Seelsorge. Ich erinnere an einen Titel von Henning Luther: Wider die falschen Lügen, der Tröster. Vorhin haben Sie bei Frau Bausewein gehört: Keine Unwahrheiten sagen gegenüber dem Patienten. Seelsorge hat mit Wahrheit zu tun.
- Er wird nicht aus sich selber reden. Das heißt, wir sind als Seelsorger auch im Bereich der bedürfnisorientierten Spiritual Care gebunden an unseren kirchlichen Auftrag.
- „Er wird euch lehren alles, was ich euch war.“ Seelsorge hat auch einen pädagogischen Aspekt, einen mitteilenden, manchmal bildenden Aspekt. Es kann manchmal auch bedeuten, dass wir lehren, mit als chaotisch empfundenen Lebenssituationen, wie es die Situation eines Sterbens oder der Trauer ist, lehren aus unserer Erfahrung oder aus der Erfahrung oder aus dem Erfahrungsschatz der christlichen Tradition.
- „Er wird euch erinnern“, heißt es weiterhin über den Parakleten. Renate Zitt hat den Begriff des Pfarramts als Amt der Erinnerung beschrieben. Biographiearbeit zu leisten und zwar im Horizont des Glaubens, bewusst offen sein im Gespräch mit den Angehörigen, Patienten für die Biographie der Menschen, ihnen Gelegenheit zu geben, ihr Leben zu erzählen und zwar, was automatisch passiert mit einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger im Horizont des Glaubens. Es kann eine schwierige Geschichte sein, es kann vielleicht auch eine gute Geschichte sein, Kirche von Fall zu Fall, sagt Fechtner.
- Und nicht zuletzt, es ist der Geist, der aufklärt über Gericht, Sünde und Gerechtigkeit. Ich habe es hier ein bisschen verkürzt als Beitrag auch theologischer Ethik. Seelsorge hat manchmal auch mit Ethik zu tun, mit Beratung: Was ist jetzt eigentlich gutes Handeln? Und was ist Handeln, was nicht lebensdienlich ist? Allein, wenn es um die Frage geht, wer darf über die Krankheit aufgeklärt werden? Wie ist das mit den Kindern? Wissen die Bescheid, was jetzt mit ihrer Mutter los ist oder nicht? Das ist auch eine ethische Fragestellung. Hier hat Seelsorge unter Umständen auch eine Funktion, anleiten zur Reflexion, aber auch die Lehrtätigkeit. Die Welt soll aufgeklärt werden.

Also Sie sehen, das ist wirklich, ich habe es heute zum ersten Mal formuliert, jetzt sozusagen coram publico. Ich glaube, dass in einer solchen Begründung von Seelsorge – und das ist von Spiritual Care her gedacht – unglaublich viel Potential ist, um das zu beschreiben, was Seelsorge als Herausforderung auf Palliative Care leisten kann.

Die fünfte und letzte Frage: Frage nach den Erwartungen an die künftige Ausbildung.

Ich glaube, und ich rede jetzt auch als einer, der an der Universität bei der Theologenausbildung beteiligt ist, dass wir lernen können von der Ehrenamtlichen-Ausbildung und von der klinischen Seelsorgeausbildung, dass Lernen, Theologie lernen, nicht ablösbar ist von Erfahrungen. Es geht nicht darum, vor Beginn des Studiums ein Jahr in irgendeinem Feld beruflich tätig gewesen zu sein und es vielleicht auch begleitet zu tun. Ich glaube, wir müssen im Studium Stellen finden, an denen die Erfahrung, die Begegnung mit Menschen vor Ort, möglich gemacht wird. Wir müssen klinische Erfahrung, interdisziplinäre Forschung und theologische Ausbildung miteinander verbinden. Ich finde, wir brauchen Praktika. Und wir müssen es deswegen auch tun, damit das, was in den historischen Fächern und in der Dogmatik gelehrt und gelernt wird, dass dieses immer wieder reflektiert wird vor dem, was an Erfahrung, an Begegnung mit Menschen passiert ist.

Was ist also die Herausforderung für die Seelsorge in einem solchen Palliative-Care-Umfeld? Transparenz des eigenen Tun, man muss immer wieder deutlich machen, was Seelsorge tut, vor den anderen Disziplinen. Man muss sich auf neue Denkweisen in der Begegnung mit Patienten und in der Forschung einlassen, Altbekanntes muss man neu denken lernen, man muss sich um eine Verbundenheit mit der eigenen Geschichte und Tradition immer wieder neu bemühen. Ja, und nicht zuletzt dem *Spirit* vertrauen.

Vielen Dank