

„Bleibt hier und wacht mit mir!“
(Mt 26,38)

Palliative und seelsorgliche Begleitung von
Sterbenden

23. Februar 2021

„Bleibt hier und wacht mit mir!“ (*Mt* 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden / hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. – Bonn 2021. – 69 S. – (Die deutschen Bischöfe – Pastoralkommission ; 51)

INHALT

| | |
|--|----|
| Vorwort..... | 5 |
| 1. Einführung..... | 9 |
| 2. Palliative Care | 18 |
| 2.1 Hospiz- und Palliativversorgung..... | 19 |
| 2.1.1 Im Mittelpunkt der Mensch..... | 19 |
| 2.1.2 Linderung des Leidens durch Hospiz- und Palliativversorgung..... | 21 |
| 2.1.3 Vorsorge für das Lebensende..... | 22 |
| 2.2 Ethische Fragen am Lebensende..... | 24 |
| 2.2.1 Begleitung bei fortschreitender Erkrankung | 24 |
| 2.2.2 Kritische Analyse der palliativen Sedierung .. | 26 |
| 2.2.3 Palliative Care bei Sterbewünschen und suizidalem Handeln | 27 |
| 2.3 Initiativen zur Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung | 32 |
| 2.4 Weiterer Handlungs- und Entwicklungsbedarf..... | 34 |
| 3. Spiritual Care..... | 35 |
| 3.1 Ein interdisziplinäres Fachgebiet..... | 35 |
| 3.2 Anfrage und Auftrag an Theologie und Pastoral | 37 |
| 3.3 Chance und Herausforderung für die kirchliche Seelsorge | 38 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4. | Kirchliche Seelsorge | 44 |
| 4.1 | Das christliche Menschen- und Gottesbild | 46 |
| 4.2 | Haltungen der „Ars Moriendi“ | 49 |
| 4.3 | Grunddimensionen der seelsorglichen Begleitung | 56 |
| 4.3.1 | Diakonie | 56 |
| 4.3.2 | Verkündigung..... | 58 |
| 4.3.3 | Liturgie..... | 60 |
| 4.3.4 | Communio..... | 65 |
| 4.4 | Qualifizierung | 67 |
| 5. | Schluss..... | 69 |

Vorwort

Die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit kann Menschen in allen Lebensphasen treffen. Obwohl wir um die Endlichkeit unseres Daseins wissen, holen uns Krankheit und Sterben meist unvorbereitet ein. Sorgen und Ängste kommen auf. Die meisten Menschen fürchten sich vor starken Schmerzen, vor Einsamkeit oder vor dem Verlust der Kontrolle über ihr Leben. Sie fragen nach Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen und hoffen auf ein selbstbestimmtes Dasein bis zuletzt.

Als Bischöfe werben wir darum, dass die letzte Lebensphase kranker und alter Menschen so gestaltet wird, dass diese Menschen in Würde sterben können. Wenn Patientinnen und Patienten unheilbar krank sind, verdienen sie es, auf bestmögliche Weise umsorgt und gepflegt sowie durch eine Seelsorgerin oder einen Seelsorger begleitet zu werden, sofern sie es wünschen. Dies entspricht ihrer unverlierbaren Menschenwürde und – theologisch gesprochen – ihrem Sein als Ebenbild Gottes. Wie Gott jeden Menschen bejaht, sehen wir es als Kirche als unsere vorrangige Aufgabe an, leidenden Menschen beizustehen. Wir möchten ihnen Lebensqualität und Hoffnung vermitteln, auch in scheinbar hoffnungslosen Situationen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung stellt in diesem Sinne eine wichtige Perspektive dar. Gerade dann, wenn keine Aussicht auf medizinischen Heilungserfolg mehr besteht, gibt sie die Patientinnen und Patienten nicht auf, sondern nimmt sie in ihrer ganzheitlichen Bedürftigkeit wahr. Sie bietet eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung an. Gute palliative Fürsorge will das Leiden von Schwerkranken und Sterbenden lindern, ohne den Tod vorzeitig herbeizuführen und ohne ihn durch eine Behandlung im Übermaß hinauszuzögern. Dazu gehört auch, dem seelischen Schmerz in all

seinen Facetten zu begegnen. Der einfühlsame Umgang mit den Fragen, die sich in der Nähe des Todes stellen, wird in unserer alternden Gesellschaft zunehmend wichtig. Wir danken allen Seelsorgerinnen und Seelsorgern, Haupt- und Ehrenamtlichen, die diesen existenziellen Fragen in der Sterbebegleitung Raum geben.

Im Krankheitsfall spielen aber auch liebevolle und verlässliche Beziehungen in der Familie und im Freundeskreis eine zentrale Rolle. Sie vermitteln leidenden Menschen die sinnstiftende Erfahrung, dass sie um ihrer selbst willen wertvoll sind. Papst Franziskus erinnert immer wieder an eine solche „heilende Gemeinschaft“, die an der Seite der Kranken durch aufrichtige Empathie entsteht.¹

Durch die zugewandte Begleitung von Angehörigen wie auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Hospiz- und Palliativversorgung geschieht es nicht selten, dass schwer kranke Menschen, die zunächst gegen ihre Situation ankämpften, schließlich doch ihr Sterben annehmen können. Der herannahende Tod bewegt sie, die verbleibende Zeit umso bewusster zu erleben. Sie begegnen anderen Menschen intensiver, denken über den Sinn des Lebens und die Gestalt ihrer Beziehungen nach, blicken dankbar zurück und bereiten sich auch auf das „Danach“ des irdischen Lebens vor. Trotz Schmerz und Trauer können solche letzten Wege eine erfüllte Lebenszeit bedeuten. Als Christen befähigt uns vor allem der Glaube an die Liebe Gottes, Sterbenden dort eine verlässliche Hoffnung zuzusprechen, wo sie von existenziellem Leid umgeben sind und wo es allzu oft nur Sinnlosigkeit oder Traurigkeit zu geben scheint. Wir wissen um die christliche Hoffnung, vor allem um die

¹ Vgl. Papst Franziskus, *Ansprache an den Italienischen Verein gegen Leukämie, Lymphdrüsenkrebs und Multiples Myelom (AIL)* (2. März 2019): *L'Osservatore Romano* (3. März 2019), S. 7.

Hoffnung auf Auferstehung, die durch Jesus Christus allen Glaubenden geschenkt ist. „Tatsächlich geht aus dem Geheimnis des Todes und der Auferstehung Christi jene Liebe hervor, die in der Lage ist, sowohl der Situation des Patienten, wie auch der des Pflegenden einen echten Sinn zu geben,“² so Papst Franziskus.

Gegenwärtig wird die Gestaltung der letzten Lebensphase alter und kranker Menschen in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert. Ethische, rechtliche und seelsorgliche Fragen greifen dabei ineinander und sind durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid vom 26. Februar 2020 umso virulenter geworden. Die Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz setzt mit ihrer Erklärung „*Bleibt hier und wacht mit mir!*“ (Mt 26,38). *Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden* einen pastoralen Akzent. Wir verorten kirchliche Seelsorge im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung und setzen die drei Bereiche Palliative Care, Spiritual Care und Seelsorge zueinander ins Verhältnis. Wir erschließen diese drei Handlungsfelder so, dass ihre jeweiligen Profile für die unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und in der Seelsorge sowie für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige nachvollziehbar werden. Dies entspricht dem multi-professionellen Diskurs in der Palliativversorgung. Dabei nehmen wir auch erstmals Stellung zu dem noch jungen Fachgebiet „Spiritual Care“, das sich mit der kirchlichen Seelsorge teilweise überschneidet, aber auch von ihr unterscheidet.

Die vorliegende Erklärung ist von der Arbeitsgruppe „Diakonische Pastoral“ der Pastoralkommission vorbereitet worden. Sie hat einen breiten und intensiven Beratungsprozess durchlaufen.

² Papst Franziskus: „*Nur einer ist euer Meister, ihr alle aber seid Brüder*“ (Mt 23,8). *Das Vertrauensverhältnis als Grundlage der Sorge um Kranke*. Botschaft zum 29. Welttag der Kranken am 11. Februar 2021.

Zur Erarbeitung des Textes war eine eigene Fachgruppe gebildet worden. Ihr gehörten – in unterschiedlichen Phasen – Expertinnen und Experten der Palliativmedizin, der Moral- und Pastoraltheologie und der Caritaswissenschaften sowie Verantwortliche aus dem Bereich der diözesanen Krankenhaus- und Hospizseelsorge an: Prof. Dr. Klaus Baumann (Freiburg); Prof. Dr. med. Claudia Bausewein (München); Prof. Dr. Franz-Josef Bormann (Tübingen); Prof. Dr. Johannes Brantl (Trier); Dr. Thomas Hagen (München); Norbert Kuhn-Flammensfeld (München); Dr. Ilkamarina Kuhr (Bonn; Geschäftsführung); Prof. Dr. August Laumer (Augsburg); Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl (Augsburg); Pfr. Dr. Christoph Seidl (Regensburg); Dr. Katharina Westerhorstmann (Bonn). Ihnen allen danken wir sehr herzlich für die ausgesprochen konstruktive Beratung!

Bonn, im Februar 2021

+ *Franz-Josef Bode* + *Reinhard Hauke*

Bischof Dr. Franz-Josef Bode

Weihbischof Dr. Reinhard Hauke

Vorsitzender der
Pastoralkommission

Vorsitzender der Arbeitsgruppe
„Diakonische Pastoral“

I. Einführung

Immer wieder hat sich Jesus Christus den Leidenden zugewandt. Er war empfänglich für jede menschliche Not und heilte viele Kranke. So verdeutlichte er, dass Gottes Heil umfassend ist und allen Menschen gilt. Gleichzeitig bezeugt das Evangelium, dass andere Menschen nicht körperlich geheilt wurden. Doch ihnen wurde in der Gestalt und Botschaft Jesu, der auch das menschliche Leiden angenommen hat, ein Weg der ganzheitlichen Erlösung eröffnet. Auf seinem Kreuzweg hat Jesus selbst Schmerz, Traurigkeit und Angst durchlebt. Er wich solchen bedrängenden Situationen nicht aus. In der Erwartung seines Todes bat er seine Jünger in Getsemani: „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Die Jünger und mit ihnen die Kirche haben den Auftrag erhalten, die Heilssendung Jesu Christi fortzuführen. Neben der Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit gehört dazu auch, leidenden Menschen in ihren unheilbaren Krankheiten oder menschlich ausweglosen Situationen nahe zu sein. Gottes Heil wird so durch Anteilnahme, Fürsorge, tatkräftige Unterstützung und die Stiftung von Gemeinschaft erfahrbar.

Nach dem Vorbild und Auftrag Jesu gilt die Sorge der Kirche in besonderer Weise Menschen in ihren schwächsten Lebensphasen. Es ist ihr ein vorrangiges Anliegen, dass Schwerkranke und Sterbende umfassend medizinisch und pflegerisch versorgt sowie psychosozial und seelsorglich begleitet werden. Es gilt sicherzustellen, dass diese Menschen in den Einrichtungen unseres Gesundheitswesens, zu denen eine beträchtliche Anzahl kirchlicher Häuser gehört, von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden professionell behandelt und umsichtig betreut werden. Da viele Betroffene trotz zunehmender Pflegebedürftigkeit möglichst lange im gewohnten häuslichen Umfeld verbleiben

möchten, gewinnt auch die ambulante Versorgung an Bedeutung. Als Christen wollen wir einer zunehmenden Anonymisierung und Vereinzelung im Sterben entgegenwirken, die sich vor allem dort einstellen, wo familiäre Netzwerke immer brüchiger werden. Wir sind herausgefordert, die durch den medizinischen Fortschritt ermöglichte hohe Lebenserwartung anzunehmen und damit auch die Bedingungen eines sich mitunter lange hinziehenden Sterbeprozesses zu gestalten. Dabei stellen sich in der Praxis unter anderem vielfältige ethische Fragen (z. B. nach dem Ziel und der Begrenzung medizinischer Behandlungsoptionen). Schwerkranke Menschen haben Furcht vor Einsamkeit, eingeschränkter Lebensqualität und wachsender Abhängigkeit sowie Sorge, anderen zur Last zu fallen. Seelsorgende begleiten die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen in ihren Ängsten und ihren Fragen nach Sinn und Schuld, Versöhnung und Vergebung, nach dem Woher und Wohin, die in der Nähe des Todes besonders bedrängend sein können. Der einfühlsame Umgang mit diesen Fragen ist eine der genuinen Aufgaben der Seelsorge und umso wichtiger, als es uns immer schwerer fällt, angemessen miteinander über Leiden, Sterben und die Hoffnung auf ein ewiges Leben zu sprechen.

Kirchliche Seelsorge ist nicht nur in kirchlichen, sondern auch in anderen sozialen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens präsent; auch in jenen wird wertvolle Arbeit geleistet. Zur Enttabuisierung des Sterbens und zur Ausprägung einer Sorgeskultur am Lebensende haben in den letzten Jahrzehnten zivilgesellschaftliche Bewegungen entscheidend beigetragen. Gerade in der Hospiz- und Palliativversorgung³ wird das Sterben

³ Wir verwenden den etablierten Begriff der „Hospiz- und Palliativversorgung“, der sich u. a. in der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin findet. Auch der gleichbedeutende internationale Ausdruck „Palliative Care“ wird hier verwendet. Diese Begriffe sind umfassender als „Palliativmedizin“ oder „Palliativpflege“.

nicht verdrängt oder bekämpft, sondern als Teil des Lebens gesehen. Für die letzte Lebensphase werden menschenwürdige Bedingungen durch persönliche Zuwendung, einfühlsame Betreuung und Linderung des Leidens in all seinen Dimensionen geschaffen. Die deutschen Bischöfe haben bereits früher die Hospizbewegung ausführlich gewürdigt. Im Jahr 1993 erschien ihre Erklärung „Die Hospizbewegung. Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis“, die auf dem bischöflichen Wort „Schwerstkranken und Sterbenden beistehen“ von 1991 aufbaute.

Papst Franziskus hat immer wieder die Palliativmedizin und ihre Verdienste gewürdigt, so zum Beispiel vor Teilnehmern am Europatreffen des Weltärztebundes 2017: „Sie ist von großer Bedeutung auch auf kultureller Ebene, da sie sich dafür einsetzt, all das zu bekämpfen, was das Sterben angst- und leidvoller macht, das heißt Schmerz und Einsamkeit.“⁴ In dieser Linie steht auch das am 14. Juli 2020 unterzeichnete Dokument der Glaubenskongregation *Samaritanus bonus*⁵, das die aktuellen Entwicklungen in der Begleitung und Pflege schwer kranker und sterbender Menschen aus einer ganzheitlichen Perspektive behandelt. Wer unheilbar krank ist, verdient dennoch Fürsorge und Pflege. Dies ist der Schlüssel zu dem Schreiben, das angesichts der sich verändernden, immer freizügiger werdenden Gesetzeslagen in einigen Ländern weltweit den unantastbaren Wert des menschlichen Lebens als wesentliche Grundlage der Rechtsordnung bekräftigt. Es setzt einen starken Akzent auf eine Fürsorge und Seelsorge, „die in der Lage ist, in jedem Pati-

⁴ Papst Franziskus, *Botschaft an die Teilnehmer am Europatreffen der „World Medical Association“* (Rom, 7. November 2017).

⁵ Kongregation für die Glaubenslehre, Schreiben *Samaritanus bonus* über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens (14. Juli 2020): Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* Nr. 228 (Bonn 2021).

enten den tiefen Sinn seiner Existenz wiederzubeleben, wenn sie von Leid und Krankheit geprägt wird“⁶. Dabei rückt es auch einige ethische Fragen in den Fokus, wie zum Beispiel den Umgang mit Sterbewünschen, die Ablehnung jeder Form des assistierten Suizids und der Tötung auf Verlangen, den notwendigen Gewissensvorbehalt seitens der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und die Verhältnismäßigkeit von Therapien. Während sich das Schreiben auf der Basis des medizinischen Fortschritts bewegt, weist es immer wieder darauf hin, dass existenzielles Leid nur dann erträglich ist, wenn es eine verlässliche Hoffnung gibt. Diese Hoffnung wächst in der Erfahrung der Nächstenliebe mitten im Leiden, wie sie das Gleichnis vom barmherzigen Samariter beschreibt, und lebt aus dem Ostergeheimnis Jesu Christi, an dem Anteil zu nehmen allen Glaubenden geschenkt ist.

Die hospizliche und palliative Versorgung hat sich weltweit sehr unterschiedlich entwickelt. International verdichten sich derzeit die Bemühungen um eine solidarische Verantwortung, die den Sterbenden die besondere Sorge der Gesellschaft zusichert. Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt die Bedeutung von Palliative Care in Deutschland immer mehr zu. Es ist absehbar, dass die Zahl der hochaltrigen, schwer kranken und schwerpflegebedürftigen Menschen künftig weiter steigen wird. Deshalb sind wir dankbar, dass der Deutsche Bundestag im Jahr 2015 nach einer intensiven Debatte das neue Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) verabschiedet hat, das dringend notwendige Verbesserungen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung vorsieht. Es ist am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten.

⁶ Kongregation für die Glaubenslehre, Schreiben *Samaritanus bonus* über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens (14. Juli 2020), I: a. a. O, S. 9.

Mit großer Sorge und Bestürzung haben wir hingegen die Aufhebung des damals zeitgleich beschlossenen Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) durch das Bundesverfassungsgericht am 26. Februar 2020 zur Kenntnis genommen. Dieses Urteil markiert mit seiner einseitigen Orientierung an einer extrem weit gefassten Vorstellung individueller Selbstbestimmung einen radikalen Einschnitt in unserer auf Bejahung und Förderung des Lebens ausgerichteten Kultur. Wir befürchten, dass die Zulassung organisierter Formen der Suizidassistenten alte oder kranke Menschen auf subtile Weise unter Druck setzen kann, von derartigen Angeboten Gebrauch zu machen. Je selbstverständlicher und zugänglicher Optionen der Hilfe zur Selbsttötung nämlich werden, desto größer ist die Gefahr, dass die Hemmschwelle zum Suizid gesenkt wird und sich Menschen in sehr belastenden Lebenssituationen mangels alternativer Unterstützungsformen dazu gedrängt fühlen, von einer derartigen Option Gebrauch zu machen und ihrem Leben selbst ein Ende zu bereiten. Obwohl das Bundesverfassungsgericht solche Gefahren in seiner Entscheidung im Einzelnen benannt und anerkannt hat, spielen sie im Ergebnis für die Richterinnen und Richter keine Rolle.

An der Weise des Umgangs mit Krankheit und Tod entscheiden sich grundlegende Fragen unseres Menschseins und das ethische Fundament unserer Gesellschaft. Die Qualität einer Gesellschaft zeigt sich gerade in der Art und Weise, wie wir einander Hilfe und Unterstützung sind. Daher setzen wir nun umso mehr unsere Bemühungen fort, Menschen in besonders vulnerablen Situationen Fürsorge und Begleitung anzubieten. Wir wollen und werden uns weiterhin dafür engagieren, dass organisierte Angebote der Beihilfe zur Selbsttötung in unserem Land nicht zur Normalität werden.

Die derzeitige Debatte um den assistierten Suizid zeigt auch, dass es innerhalb unserer Gesellschaft gegensätzliche Auffas-

sungen davon gibt, worin ein „menschwürdiges“ Sterben besteht. Die einen betrachten die Würde als inneres Merkmal jeder menschlichen Person, die auch im Zustand äußerster individueller Schwäche und Hinfälligkeit nicht verloren geht. Ihr entspricht der Schutz des Lebens bis zum natürlichen Tod. Andere hingegen fordern unter Berufung auf die Würde des Menschen das Recht, eigenmächtig über Art und Zeitpunkt des Todes verfügen zu können. Die Forderung eines Rechtes auf die Herbeiführung des eigenen Todes speist sich aus unterschiedlichen Motiven. Diese reichen von einer radikalen Form der Selbstbestimmung über die Betonung der Privatheit der Entscheidung zur Lebensbeendigung sowie der Pluralität der Vorstellungen guten Lebens und Sterbens bis hin zur Beschwörung eines vermeintlichen Mitleids.

Die letztgenannten Vorstellungen erweisen sich ungeachtet ihres humanitären Anspruches bei näherer Betrachtung als wenig überzeugend. Sie verschleiern mit inadäquaten Autonomievorstellungen vielmehr, was wir für ganz zentral halten: Jeder Mensch ist auf Beziehungen und Beistand angewiesen. Diese Bedürftigkeit erweist sich in besonderer Weise an den Grenzen des Lebens, an seinem Anfang wie auch an seinem Ende.⁷ Mit der Annahme, dass menschliches Leiden am Lebensende sinnlos sei und daher rasch durch die Herbeiführung des Todes beendet werden könne, wird kranken und hilfebedürftigen Menschen oft auch die Bereitschaft versagt, ihnen bis zuletzt beizustehen. Wir stellen Auffassungen prinzipiell infrage, die dem

⁷ Dies hat auch Papst Franziskus in seiner Botschaft an Vertreter des Weltärztebundes deutlich hervorgehoben: „Die persönliche und relationale Dimension des Lebens – und des Sterbens, das doch immer ein äußerster Moment des Lebens ist – muss in Behandlung und Begleitung des Kranken einen der Menschenwürde entsprechenden Raum einnehmen.“ (Papst Franziskus, *Botschaft an die Teilnehmer am Europatreffen der „World Medical Association“*, 7. November 2017).

Menschen eine solche grenzenlose Verfügung über das Leben zusprechen. Hinter ihnen steht nicht selten eine übersteigerte Vorstellung menschlicher Selbstbestimmung, die Autonomie mit Autarkie, also mit Bindungslosigkeit und Beliebigkeit verwechselt. Auch für uns als Kirche ist die freie und verantwortliche Selbstbestimmung des Menschen ein „erhabenes Kennzeichen des Bildes Gottes im Menschen“⁸ (GS 17). Aber sie ist nicht grenzenlos. Vor allem ist sie immer eingebunden in jenen Beziehungsreichtum zu anderen und zu Gott als dem „ganz Anderen“, in dem jeder einzelne Mensch erst er selbst werden kann. Auch ist daran zu erinnern, dass die recht verstandene Idee der Autonomie, wie sie im Zeitalter der Aufklärung formuliert wurde, untrennbar mit der Verpflichtung auf das für alle Menschen verbindliche Gewissen („Sittengesetz“) verbunden ist. Dieses gebietet die unbedingte Achtung des menschlichen Lebens und damit eine umfassende Fürsorge für die Schwächsten. Diese Sichtweise der Aufklärung hat zusammen mit der christlichen Tradition das Verständnis der Menschenwürde unseres Grundgesetzes maßgeblich geprägt.

Die deutschen Bischöfe haben immer betont, dass sich das unbestreitbare Recht auf Selbstbestimmung nicht auf die Existenz als solche beziehen kann.⁹ Wir verfügen nicht über das eigene Leben und dessen Wert. Wir sind davon überzeugt, dass das Leben eine Gabe Gottes ist. Die Würde des Menschen gründet in seiner Personalität und Gottebenbildlichkeit. Sie ist unantastbar und hängt nicht von Kriterien der Nützlichkeit oder Leistung ab. Gott nimmt in besonderer Weise den gebrechlichen und lei-

⁸ Zweites Vatikanisches Konzil, Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute *Gaudium et spes*, 17.

⁹ Vgl. *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe: Eine Sammlung kirchlicher Texte*: Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Gemeinsame Texte Nr. 17 (Hannover/Bonn 2011).

denden Menschen an. Er hat das Leid in Jesus Christus bis zuletzt selbst getragen. Unsere Antwort auf die Herausforderungen der Gegenwart heißt deshalb, eine palliative Kultur des Lebens zu fördern, in der jeder Mensch bis zum natürlichen Tod Geborgenheit erfährt. Das bedeutet, eine wahrhaft humane Kunst des Sterbens und des Begleitens zu entwickeln, in der der Tod angenommen, d. h. nicht herbeigeführt, wohl aber zugelassen werden darf.

Es ist wichtig, Möglichkeiten zu ergreifen, um die letzte Lebensphase erträglich zu gestalten. Dafür müssen Sterbende palliativmedizinisch, -pflegerisch, psychosozial und seelsorglich gut betreut werden. Ihr Tod soll weder beschleunigt noch durch eine Behandlung im Übermaß, die das Leiden vergrößert, hinausgezögert werden. Es gilt, für die individuellen Nöte des Einzelnen sensibel zu sein. Aus Erfahrung und Untersuchungen ist bekannt, dass alte Menschen oft aus einem Gefühl der Verzweiflung oder Verlassenheit nach assistiertem Suizid oder Tötung verlangen. Sie haben Angst davor, allein auf sich zurückgeworfen zu sein, übermäßige Schmerzen zu erleiden oder anderen zur Last zu fallen. Sie fürchten den Kontrollverlust und die Fremdbestimmung. Sobald sie aber aufrichtig umsorgt und ihre Schmerzen wirksam gelindert werden, verschwindet in den meisten Fällen der Wunsch nach einem schnellen Tod. Sie erkennen oft sogar Sinn in ihrer Leidenssituation, weil sie Liebe erfahren.

Im Blick auf unser weitgehend ökonomisiertes Gesundheitswesen bedeutet palliatives Denken, nicht nur kurative Ziele zu verfolgen, sondern auch für die nicht mehr genesenden Menschen da zu sein und Verantwortung zu übernehmen. Dies nimmt Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ebenso wie Hausärzte und Pflegedienste in die Pflicht, ist aber auch ein Auftrag an die Politik und die gesamte Gesellschaft. Die bisherigen gesetzlichen Maßgaben zur Förderung der Hos-

piz- und Palliativversorgung und deren Umsetzung reichen bei Weitem nicht aus. Wenn wir als Bischöfe mit diesem Schreiben erneut die Begleitung Sterbender in den Blick nehmen, sprechen wir uns nachdrücklich für einen bedarfsgerechten Ausbau hochwertiger Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland aus und sind bereit, als Kirche daran mitzuwirken.

Das Christentum hat über Jahrhunderte eine Kunst des Sterbens („Ars moriendi“) ausgebildet. Im Rückgriff auf diese Erfahrungen und in ihrer Weiterführung liegt eine große Chance gelingender Sterbebegleitung. Dieses Anliegen wird durch die aktuellen Entwicklungen in der Palliativversorgung, in denen die Frage nach Spiritualität von wachsender Bedeutung ist, bestätigt und ergänzt. Bereits 1991 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Beachtung der spirituellen Bedürfnisse der Patienten offiziell in die Definition von Palliative Care aufgenommen. Seither hat sich das interdisziplinäre Fachgebiet Spiritual Care aus früheren Anfängen weiterentwickelt. Internationale Kongresse arbeiteten die Vielschichtigkeit des Begriffs Spiritualität heraus. Sie erkennen den Menschen als ein Wesen mit existentiellen Fragen, die die Transzendenz berühren, und bringen dabei auch christliche Haltungen zur Geltung. Es ist evident, dass mit der fortschreitenden Etablierung von Spiritual Care für die kirchliche Seelsorge eine neue Situation entstanden ist, zu der wir als Bischöfe in dieser Erklärung erstmalig Stellung nehmen. Wir bringen die Sicht des christlichen Glaubens in den multiprofessionellen Diskurs von Palliative Care ein, ermutigen die Seelsorgerinnen und Seelsorger zu einer adäquaten palliativen Praxis und möchten den schwierigen Fragen angesichts von Leid und Sterben in der Gesellschaft Raum geben.

Wenn wir die genannten Entwicklungen zum Anlass nehmen, erneut die Sorge um die Sterbenden aus kirchlicher Sicht darzulegen, sehen wir in den unterschiedlichen Berufen des Gesundheitswesens und der Seelsorge einen wertvollen Dienst am Mit-

menschen bis zum natürlichen Tod und darüber hinaus. Viele Mitarbeitende verstehen ihr Engagement als Ausdruck ihres Christseins. Wir fühlen uns ihnen dankbar verbunden und wollen sie darin unterstützen. In der aufrichtig zugewandten Begleitung Sterbender bezeugt die Kirche, was ihr selbst Trost und Hoffnung ist: die mit-leidende Liebe Gottes und die Hoffnung auf die ewige Gemeinschaft mit ihm.

2. Palliative Care

Hospize als Orte der Gastfreundschaft und Versorgung von reisenden oder kranken und sterbenden Menschen existieren seit der christlichen Antike und dem Mittelalter. Papst Johannes Paul II. hat sie als „Inseln der Humanität“¹⁰ bezeichnet. Seit ihren Anfängen schöpfen sie aus christlichen Quellen. Dies zeigt das Bekenntnis von Cicely Saunders (1918–2005), der Gründerin der modernen Hospizbewegung, die im Blick auf das von ihr errichtete St. Christopher’s Hospice in London feststellt: „St. Christopher’s ist als eine christliche Stiftung gegründet worden und gewachsen, nicht nur hinsichtlich seiner Sorgeskultur, sondern auch aus dem Glauben heraus, dass Gott, der sich in Christus offenbart hat, die Dunkelheit des Leidens und Sterbens geteilt hat und teilt und so die Realität des Todes verwandelt hat.“¹¹

¹⁰ Papst Johannes Paul II., *Ansprachen aus Anlass der Ad-limina-Besuche der deutschen Bischöfe* (November/Dezember 1992): Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 108 (Bonn 1993), S. 40.

¹¹ Cicely Saunders, *Hospices Worldwide: A Mission Statement*, in: Saunders, Cicely, *Hospice care on the international scene* (New York 1997), 3–12, 7 f. (eigene Übersetzung).

2.1 Hospiz- und Palliativversorgung

2.1.1 Im Mittelpunkt der Mensch

Ausgangspunkt der modernen Hospiz- und Palliatividee ist Saunders' Konzept von „total pain“, in welchem sie das Schmerzerleben nicht nur in seiner physischen Dimension erfasste, sondern in dieser Weise erstmals auch seine psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte beschrieb. Der Schmerz von Sterbenden ist meist umfassend. Schmerzen können durch körperliche Veränderungen hervorgerufen werden, ihr Erleben wird aber durch psychische Belastung, soziale Not und spirituell-existenzielle Fragen stark beeinflusst.

Auch andere körperliche Symptome wie Atemnot, Übelkeit oder Unruhe sind in sich vielschichtige Phänomene. Infolgedessen können Kranke nur dann angemessen behandelt werden, wenn sie umfassend in ihren Bedürfnissen wahrgenommen und ihre Beschwerden fürsorglich in allen Dimensionen gelindert werden. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliative Care als ganzheitliche gesundheitliche Sorge um Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, die darauf ausgerichtet ist, ihre Lebensqualität zu verbessern. Nach den heutigen Festlegungen der internationalen Fachgesellschaften sollte Palliative Care frühzeitig im ganzen Krankheitsverlauf einbezogen werden, in manchen Fällen sogar ab der Diagnosestellung. Angehörige und alle sich zugehörig fühlenden Personen sind dabei miteingeschlossen.¹²

¹² Vgl. die Definition der WHO von 2002: “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impecable

Die Sorge um das Wohl der Betroffenen umfasst nicht nur die psychologische oder seelsorgliche Betreuung, sondern auch die konkrete Hilfe zur Bewältigung des Alltages (z. B. die Betreuung und Unterbringung von Kindern, Unterstützung im Haushalt eines betagten Ehepartners). Um diesem umfassenden Anspruch zu genügen, wird die Palliativversorgung von multiprofessionellen Teams geleistet. Je nach Ort unterstützen sich Haupt- und Ehrenamtliche wechselseitig in ihrer je spezifischen Sorge. Palliativversorgung wird auf Palliativstationen und in Hospizen angeboten. Hier kann aber nur eine begrenzte Zahl von Menschen begleitet werden. Immer größere Bedeutung gewinnt die Palliativversorgung deshalb im häuslichen Umfeld und in Alten- und Pflegeheimen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, da immer mehr Menschen auch bei fortgeschrittener Erkrankung in ihrem vertrauten Umfeld bleiben und dort sterben möchten. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung z. B. durch Hausärzte und Pflegedienste und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch multiprofessionelle Teams bietet eine wichtige Säule der Betreuung. Darüber hinaus unterstützen ca. 100.000 ehrenamtliche Hospizbegleitende in Deutschland kranke Menschen und ihre Familien.

Im Rahmen der demographischen Entwicklung werden zunehmend auch hochaltrige Menschen im ambulanten und stationären Bereich begleitet. Diese Menschen leiden in der Regel nicht an einer lebensbedrohlichen Erkrankung, sondern an einer Vielzahl chronischer Erkrankungen, die zu Leistungseinbußen und körperlich-seelischer Vulnerabilität führen. Sie befinden sich oft in einer langen letzten Lebensphase und bedürfen einer individuellen Begleitung bis zuletzt.

2.1.2 Linderung des Leidens durch Hospiz- und Palliativversorgung

Starke Schmerzen und andere Beschwerden können mit den Möglichkeiten der modernen Palliativversorgung deutlich gelindert werden. So ist es fast immer möglich, die Lebensqualität schwerstkranker Menschen entscheidend zu verbessern, ohne damit zugleich ihre Lebenszeit zu verkürzen. Bei der Begleitung stehen die Wünsche der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Den besonderen Belangen etwa von Kindern, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, intellektueller und komplexer Beeinträchtigung, Menschen mit Migrationshintergrund und suchtkranken und wohnungslosen Menschen ist hierbei in angemessener Weise Rechnung zu tragen. So ist es erfreulich, dass die Hospiz- und Palliativversorgung für die genannten Gruppen zunehmend geeignete Angebote bereithält.

Eine neuere Entwicklung betrifft die perinatale Palliativversorgung, also die umfassende Fürsorge eines ungeborenen, schwer kranken Kindes und seiner Mutter vor, während und nach der Geburt. Wenn Eltern durch die pränatale Diagnostik mit der geringen Lebenserwartung ihres Kindes konfrontiert werden, hat dies gravierende Konsequenzen für die weitere Versorgung und zieht leider häufig den Schwangerschaftsabbruch nach sich. Die perinatale Palliativversorgung, die die Eltern in dieser Ausnahmesituation unterstützt, ermöglicht es ihnen, ihr Kind in Liebe anzunehmen und sich auch in Ruhe von ihm zu verabschieden, wenn das Sterben naht. Eltern erfahren auf diese Weise selbst Solidarität. Die Initiativen der perinatalen Palliativversorgung sind hierzulande noch wenig bekannt und sollten vor dem Hintergrund der erfolgten Zulassung der nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer damit zu erwartenden Verbreitung deutlich ausgebaut wer-

den. Sie bezeugen die Kostbarkeit des schwachen Lebens besonders glaubwürdig.

2.1.3 Vorsorge für das Lebensende

Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen kommen in Situationen, in denen sie selbst nicht mehr entscheiden können. Damit in diesen Zeiten eine Behandlung entsprechend des Patientenwillens erfolgt, gibt es verschiedene Vorsorgeinstrumente, wie z. B. eine Vorsorgevollmacht, eine Patientenverfügung oder die Dokumentation individueller Behandlungswünsche. Die Wahl der individuell passenden Vorsorge sollte das Ergebnis eines Reflexionsprozesses sein, in dem sich der Einzelne seiner persönlichen Einstellungen und Wünsche am Lebensende unter Einbeziehung seiner konkreten Lebenssituation bewusst wird. Dies sollte in ärztlicher und seelsorglicher Beratung sowie im Austausch mit Vorsorgebevollmächtigten und nach Möglichkeit auch mit der Familie, Freunden oder anderen Beteiligten des Betreuungsnetzes geschehen.

Aufgrund verschiedener Defizite im Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten hat sich in den letzten Jahren unter dem Stichwort „Advance Care Planning“ („Behandlung im Voraus planen“) ein Vorsorgeprozess etabliert, der den Betroffenen eine frühzeitige und sorgfältige Entscheidungsfindung über ihre Vorsorge ermöglichen soll. Dieser Prozess wird mittlerweile in Deutschland als „gesundheitliche Versorgungsplanung“ von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert (§ 132g SGB V). Im Blick auf die konkrete Implementierung dieses neuen Angebots ist vor allem auf die Einhaltung hoher Qualitätsstandards zu achten, um sicherzustellen, dass auf Betroffene kein Druck (etwa zur Nutzung bestimmter Vorsorgeinstrumente) ausgeübt wird oder durch Werbestrategien von

(externen) Gesprächsbegleitern manipulative Einflüsse auf die konkrete Willensbildung wirksam werden können.

Wir begrüßen die Festlegungen des Gesetzgebers, dass die „gesundheitliche Versorgungsplanung“ die „umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung (...) sicherzustellen“ hat. Damit wird unterstrichen, dass die Beratungsangebote weit über medizinisch-pflegerische Aspekte hinausreichen und insbesondere psychosoziale wie seelsorgliche Begleitung einbeziehen. Im Blick auf die verschiedenen Chancen und Risiken der gesundheitlichen Versorgungsplanung¹³ bedarf es neben der zeitnahen Entwicklung einheitlicher Qualitätsparameter für einschlägige Einrichtungen in katholischer Trägerschaft sowie der kontinuierlichen ethischen Fort- und Weiterbildung der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch der intensiven Vernetzungsarbeit mit ambulanten Akteuren (Ärzteschaft, Rettungsdienste etc.), um den organisatorischen Rahmen für eine sinnvolle Nutzung dieser Vorsorgeform zu schaffen.

Vor dem Hintergrund, dass das Aufkommen der individuellen Vorsorgeinstrumente auch als Ausdruck einer Vertrauenskrise gegenüber dem Medizinsystem verstanden werden kann, erinnern wir daran, dass die *Christliche Patientenvorsorge* aus ethischen Gründen eine Reichweitenbegrenzung vorausverfügender Willensbekundungen auf das Endstadium tödlich verlaufender Krankheiten und auf den Sterbeprozess selbst vorsieht.¹⁴ Dies

¹³ Vgl. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: „*Advance Care Planning (ACP)*“ (13.12.2019).

¹⁴ Vgl. *Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und Behandlungswünsche*. Handreichung und Formular: Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Gemeinsame Texte Nr. 20 (Hannover/Bonn, Aktualisierte Neuauflage 2018).

ist Ausdruck der Sorge der christlichen Kirchen, dass vulnerable Gruppen wie Wachkomapatientinnen und -patienten und demente Personen in ethischen Konfliktsituationen nicht (mehr) als schwer kranke, sondern als sterbende Menschen gelten könnten, obwohl sie sich nicht in unmittelbarer Todesnähe befinden. Die Reichweitenbegrenzung der Christlichen Patientenvorsorge entspricht also der christlichen Haltung, den Tod nicht eigenmächtig herbeizuführen, sondern ihm lediglich nichts entgegenzusetzen und ihn aus Gottes Hand anzunehmen: „Wir können über unser eigenes Leben nicht grenzenlos verfügen. Genauso wenig haben wir das Recht, über den Wert eines anderen menschlichen Lebens zu entscheiden. Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. [...] Im Glauben an den Gott des Lebens wissen wir, dass jeder Mensch mit seinem Leben – wie immer es beschaffen ist – unentbehrlich und wertvoll ist.“¹⁵

2.2 Ethische Fragen am Lebensende

2.2.1 Begleitung bei fortschreitender Erkrankung

In Medizin und Gesellschaft wird Sterben weitgehend nicht mehr als ein natürlicher Prozess und somit als Teil des Lebens verstanden. Es gilt jedoch anzuerkennen, dass es am Lebensende häufig Krankheitszustände gibt, in die die Behandelnden nicht noch mehr eingreifen sollten, als es für den schwer kranken Patienten und die sterbende Patientin nutzbringend, d. h. leidenslindernd und die Lebensqualität verbessernd ist. Therapieziele sollten bei fortschreitender Erkrankung immer wieder reflektiert und neu definiert werden. In der Regel wird dann die

¹⁵ *Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und Behandlungswünsche: a. a. O., S. 12.*

(prozesshafte) Umstellung einer kurativen Therapie auf einen palliativen Behandlungsansatz angezeigt sein. Wenn sich das Lebensende abzeichnet, hat dies auch die Konsequenz, dass das Sterben zugelassen werden darf und soll, ohne es aktiv zu beschleunigen.¹⁶ Alle medizinischen Maßnahmen sind auf ihre Indikation im Licht des Therapieziels kritisch zu hinterfragen und nicht indizierte Maßnahmen dürfen nicht weitergeführt werden. Möglicherweise indizierte Maßnahmen, die als solche vom Sterbenden oder seinem Betreuer bzw. seiner Bevollmächtigten nicht mehr gewollt sind, dürfen ebenfalls nicht ergriffen oder fortgesetzt werden.

Der Verzicht, der Abbruch oder die Reduzierung eingeleiteter lebensverlängernder Maßnahmen sind in der Sterbephase aus unserer Sicht nicht nur moralisch erlaubt, sondern ethisch und juristisch geboten. Dieses Zulassen des Sterbens ist zu unterscheiden von Formen des Herbeiführens eines beschleunigten Sterbens: einer Suizidbeihilfe, eines Suizids¹⁷ oder einer Tötung auf Verlangen. Gleiches gilt auch für die medikamentöse Leidenslinderung, die einer Tötungshandlung nicht gleichzusetzen ist, selbst wenn in seltenen Fällen auch bei fachgerechter Anwendung der Tod etwas früher eintreten kann.¹⁸ Das von uns vertretene normative Leitbild eines *natürlichen Todes* verbietet zwar die eigenmächtige Verfügung des Menschen über Art und

¹⁶ Vgl. *Katechismus der Katholischen Kirche*, Nr. 2278.

¹⁷ Dies kann auch für das sogenannte Sterbefasten bzw. den „Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF) als spezieller Form suizidalen Handelns gelten, vgl. 2.2.3.

¹⁸ Vgl. *Katechismus der Katholischen Kirche*, Nr. 2279: „Schmerzlindernde Mittel zu verwenden, um die Leiden des Sterbenden zu erleichtern, selbst auf die Gefahr hin, sein Leben abzukürzen, kann sittlich der Menschenwürde entsprechen, falls der Tod weder als Ziel noch Mittel gewollt, sondern bloß als unvermeidbar vorausgesehen und in Kauf genommen wird.“

Zeitpunkt des eigenen Todes, es erlaubt aber – ungeachtet der grundsätzlichen moralischen Verpflichtung jedes Menschen zur eigenen Gesunderhaltung und der Nutzung medizinisch indizierter Maßnahmen im Krankheitsfalle – den Einsatz aller leidenslindernden Maßnahmen im Rahmen eines Sterbeprozesses, die dazu geeignet sind, ein würdevolles Sterben zu erleichtern oder überhaupt erst zu ermöglichen. Zur Bestimmung der Grenze zwischen moralisch zulässigem Sterbenlassen und moralisch unzulässigen Tötungshandlungen ist es entscheidend, die kausale Wirksamkeit des jeweiligen Tuns und Unterlassens und die jeweilige Absicht des Handelnden (z. B. im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen) genau zu kennen.

2.2.2 Kritische Analyse der palliativen Sedierung

Unter den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten der Palliativmedizin gilt es, die palliative Sedierung in ihrer Art der Anwendung gut zu analysieren und ethisch zu unterscheiden. Die palliative Sedierung bezeichnet eine medikamentös herbeigeführte Einschränkung des Bewusstseins bis zur aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit). Eine palliative Sedierung kann intermittierend, d. h. das zwischenzeitliche Erwachen des Patienten zulassend, oder kontinuierlich durchgeführt werden, sodass die Sedierung bis zum Tod beibehalten wird.

Sie kann medizinisch sinnvoll und ethisch zulässig sein, wenn unerträgliches körperliches oder existentielles Leiden mit den sonst üblichen Methoden nicht mehr gelindert werden kann. Wenn die palliative Sedierung mit den heutigen Möglichkeiten symptomorientiert sachgerecht ausgeführt wird, beschleunigt sie den Tod nicht, sondern begleitet nur lindernd das Sterben. Stellt jedoch das beschleunigte Sterben des Patienten oder der Patientin das Ziel dar, kann es sich bei einer Sedierungsmaßnahme um eine Form der Tötung handeln. Dies gilt umso mehr,

wenn die Sedierung mit einer Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zur Herbeiführung des Todes kombiniert wird.¹⁹ Die Praxis z. B. in den Niederlanden oder Belgien zeigt, dass die Sedierung in diesem Sinne ein Missbrauchsrisiko in sich birgt. Dort geht ein unverhältnismäßig hoher Anteil sogenannter terminaler Sedierungen dem Tod unmittelbar voraus. Daraus ist zu schließen, dass das Sedierungsziel nicht die Symptomlinderung, sondern beschleunigtes Sterben ist. Der legitime Einsatz der palliativen Sedierung muss in Bezug auf ihre intentionale und kausale Struktur von der Tötungshandlung eindeutig abgegrenzt werden. Palliative Sedierung zur Linderung des Leids am Lebensende stellt eine besondere Behandlungsform dar, die wegen ihres Missbrauchspotentials nur mit größter Vor- und Umsicht auf der Grundlage objektiver Qualitätsstandards eingesetzt werden darf.

2.2.3 Palliative Care bei Sterbewünschen und suizidalem Handeln

Die Begleitung von Menschen, die den Wunsch äußern zu sterben, bedarf einer besonderen Achtsamkeit. Sterbewünsche können von der passiven Akzeptanz des Todes über den Wunsch, bald zu sterben bis zum aktiven (Selbst-)Tötungswunsch reichen. Sie können sich im Verlauf der Erkrankung immer wieder ändern und sind im Rahmen einer schwerwiegenden, leidvollen Erkrankung kein seltenes Phänomen. Die Angst vor unerträglichem Leiden, einer unerwünschten Behandlung oder Einsamkeit oder das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, können Menschen zu Suizidwünschen drängen. Daher bedürfen sie der Nähe, des Zuhörens und der Hilfe in der Unterscheidung, die sei-

¹⁹ Die Entscheidung zur Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr ist normalerweise unabhängig von der Entscheidung zur Sedierung.

tens der Seelsorge immer gewährt werden sollte. Lebensbedrohlich erkrankte Menschen können im Gespräch Trost erfahren und wieder Mut fassen, sodass sie ihren Sterbewunsch oftmals sogar aufgeben oder nicht mehr in den Vordergrund stellen. Die palliative Begleitung stärkt in der Regel ihren Lebenswillen.

Wenn Bewohner einer Einrichtung Sterbewünsche äußern, sind Ärzte und Pflegekräfte in jedem Fall ethisch wie rechtlich verpflichtet, mit den ihnen anvertrauten Menschen über diese Wünsche zu sprechen. Falls darin eine Suizidabsicht zum Ausdruck kommt, muss es einerseits um alternative Hilfsangebote im Sinne einer Suizidprävention gehen, andererseits um die Frage, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass dieser Suizidwunsch auf einer psychischen Krankheit oder Störung beruht.

Die Reichweite einer Begleitung orientiert sich an der Unterscheidung zwischen den moralisch unterschiedlich zu bewertenden Handlungsformen des Tötens und des Sterbenlassens. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang für katholische Träger verschiedener Gesundheitsdienste das Phänomen des „freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF) dar, das bisweilen auch als sogenanntes „Sterbefasten“ bezeichnet wird. Diese Handlungsform ist zum einen vom sukzessiven Erlöschen des Bedürfnisses nach Nahrung und Flüssigkeit in unmittelbarer Nähe des Todes und zum anderen von der Begrenzung medizinischer Behandlungen zur Ermöglichung eines würdevollen Sterbens (im Sinne des Sterbenlassens) zu unterscheiden. Ein FVNF liegt dann vor, wenn sich ein zur Nahrungsaufnahme befähigter Mensch, der sich noch nicht in der Sterbephase befindet, bewusst dazu entschließt, durch die Einstellung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr den Sterbeprozess zu initiieren. Da sein Verzicht für seinen Tod kausal (im Sinne der alleinigen hinreichenden Bedingung für den Todesertritt) und seine Absicht auf die gezielte Lebensverkürzung ausgerichtet ist, zeigt der FVNF die wesentlichen Merkmale ei-

nes suizidalen Handlungsmusters. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass dieser Prozess zeitlich zerdehnt und grundsätzlich reversibel ist. Eine überzeugende ethische Bewertung dieser Handlungsform beachtet nicht nur die aus den menschlichen Grundbezügen folgenden moralischen Pflichten gegen sich selbst, gegenüber nahestehenden Mitmenschen und gegenüber Gott, sondern auch die vernunftförmigen Grenzen recht verstandener Autonomie, die eine vollständige Verfügung des Menschen über sich selbst ausschließt. Obwohl die Bewertung des FVNF auch die individuellen Umstände – insbesondere die zeitliche Distanz zum natürlichen Tod und die noch vorhandene Lebensqualität sowie die Sinnressourcen des Betroffenen – berücksichtigt, steht außer Frage, dass es sich bei dem Geschenk des Lebens um ein fundamentales Gut handelt, das auch in Leidenssituationen einen Sinn behält.

Einrichtungsträger sollten zur Entlastung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teamorientierte Entscheidungsprozesse unterstützen und in Konfliktsituationen die Durchführung ethischer Fallbesprechungen anregen. Darüber hinaus sollten inhaltliche Richtlinien zum Umgang mit dem FVNF erarbeitet werden, um die lebensbejahende Grundorientierung der Einrichtung unzweideutig zur Geltung zu bringen. Dazu gehört das durchgängige Bemühen, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, die im Fall der Artikulation von Sterbewünschen sorgfältig deren Ursachen untersucht und angemessene Formen der Leidenslinderung anbietet, um Krisenzustände gemeinsam zu überwinden. Während die Aufnahme von Personen in eine katholische Einrichtung, die mit dem Ziel der Durchführung eines begleiteten FVNF angefragt wird, grundsätzlich abzulehnen ist, kann es denkbare Grenzsituationen geben, in denen z. B. ein Heimbewohner trotz bester Pflege und Aufgehobenseins die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme einstellt, um den Todeseintritt zu beschleunigen. Falls sein Entschluss bewusst gefasst und nachhal-

tig ist und nicht auf Druck oder Zwang beruht, ist er vom Personal der Einrichtung zu akzeptieren, sofern nicht ausnahmsweise die Voraussetzungen für eine zwangsweise Ernährung vorliegen (vgl. § 1906a BGB). Gibt es konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der suizidale Wunsch auf einer psychischen Krankheit oder Störung beruht, sollte eine psychiatrische Abklärung erfolgen. In Fällen einer zu akzeptierenden Entscheidung zum FVNF kann es um des gewachsenen Vertrauensverhältnisses willen ratsam sein, unter Sicherstellung einer indizierten palliativmedizinischen Versorgung die Beziehung zum Betroffenen selbst dann nicht abreißen zu lassen, wenn man den FVNF als solchen weder gutheißt noch unterstützt und dies durch entsprechende Gespräche sowie das wiederholte Angebot von Nahrung und Flüssigkeit zum Ausdruck bringt. Kirchliche Seelsorge wird zwar die Entscheidung des Heimbewohners respektieren, zugleich aber immer eine Hoffnungsperspektive entsprechend des christlichen Ethos einbringen. Darin ist sie dem Notleidenden nahe. Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass die Gewissensfreiheit der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschützt und niemand etwa durch Mehrheitsentscheidungen im Team dazu gedrängt wird, gegen seine persönlichen Überzeugungen zu handeln. Ihre Gewissensfreiheit berechtigt sie umgekehrt aber nicht, den Betroffenen zwangsweise zu ernähren.

Die Frage der Begleitung spitzt sich zu, wenn Christen um die ablehnende Haltung der Kirche gegenüber der Selbsttötung wissen und dennoch die Angebote organisierter Sterbehilfevereine nutzen möchten. Wie bereits von der Schweizer Bischofskonferenz beschrieben, kommt es dabei vor, dass Personen einen assistierten Suizid erwägen oder sich dafür entscheiden und gleichzeitig eine seelsorgliche Begleitung erbitten, die mitunter auch die Spendung der Sakramente einschließen soll. Zunächst sind Anfragen um kirchliche Begleitung und den Empfang der Sakramente immer ernst zu nehmen, weil sie den Wunsch nach

dem Segen Gottes zum Ausdruck bringen. Gleichzeitig sind sich Seelsorgende bewusst, dass Sakramente nicht als Vorbereitung auf einen Suizid (oder gar Gutheißung desselben) gespendet werden können. Wenn jemand zur Herbeiführung seines Todes entschlossen ist, fehlt ihm oder ihr die rechte innere Disposition zum Empfang der Sakramente. Sakramente sind immer Sakramente des Lebens und für das Leben und können nicht ohne den Willen des Empfängers, im Einklang mit den Geboten Gottes zu leben, gespendet werden. Eine Entscheidung, die Spendung der Sakramente zu verweigern oder zu verschieben, bedeutet aber keinesfalls den Abbruch der Beziehung zum suizidwilligen Menschen. Sie sollte verbunden sein mit dem Angebot, die Begleitung fortzusetzen und dazu einladen, die eigene Einstellung zu überdenken.

Die richtige Annahme, dass kommunikative Nähe eine notwendige Voraussetzung dafür darstellt, sterbewillige Menschen vielleicht doch noch von einem Suizid abbringen zu können, darf die Seelsorgenden nicht in eine zweideutige Haltung führen. Wie die Spendung der Sterbesakramente unmittelbar vor der Begehung einer Selbsttötung aus ethischen und sakramententheologischen Erwägungen nicht zulässig ist, ist auch die Anwesenheit eines Seelsorgers oder einer Seelsorgerin während einer suizidalen Handlung nicht erlaubt. Eine solche Anwesenheit könnte als implizite moralische Billigung des Suizids missverstanden werden. Dies aber stünde im Widerspruch zum Evangelium und zum Gott des Lebens.²⁰

²⁰ Vgl. die vor Kurzem erschienenen Dokumente *Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge der Schweizer Bischofskonferenz* (2019) sowie das Schreiben *Samaritanus bonus* über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens der römischen Kongregation für die Glaubenslehre (2020).

2.3 Initiativen zur Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung

In den letzten Jahren wurden von kirchlicher wie gesellschaftlicher Seite weitreichende Prozesse initiiert, um eine wirksame Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland wie auch weltweit zu erreichen. Unter Beteiligung einer Vielzahl von Organisationen und Institutionen²¹ wurde die sogenannte „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ entwickelt und im Jahr 2010 vorgestellt. Sie sieht eine nationale Strategie vor, die alle Beteiligten im Gesundheitssystem, in Gesellschaft und Politik in die Pflicht nimmt, eine öffentlich sichtbare Verantwortung für die letzte Lebensphase zu übernehmen. Palliative Angebote sollen ausgebaut und in hoher Qualität multiprofessionell weiterentwickelt werden, sodass alle schwerstkranken und sterbenden Menschen Zugang zu einer bedarfsgerechten ganzheitlichen Versorgung erhalten. Menschen sollen unter würdigen Bedingungen sterben können. Eine neue Kultur der Solidarität kann zu einer Erleichterung des Sterbens beitragen und eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen abwenden. Die Deutsche Bischofskonferenz hat am Runden Tisch des Charta-Prozesses mitgewirkt, um ihre Unterstützung in diesen Anliegen zu unterstreichen.

Papst Franziskus hat die wachsende Bedeutung der Palliativversorgung für die Zukunft einer menschenwürdigen Gesellschaft erkannt und auf den globalen Handlungsbedarf reagiert. Er beauftragte die Päpstliche Akademie für das Leben, Leitlinien zur Förderung der weltweiten Palliativversorgung zu entwerfen und zugleich die Sichtweise der Religionen auf das Leiden und Sterben zu verdeutlichen. Die Akademie hat hierzu im Februar

²¹ Träger sind die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e. V.

2019 ein Weißbuch²² veröffentlicht. Sie geht davon aus, dass jährlich über 40 Millionen Menschen eine palliative Behandlung benötigen und der Bedarf aufgrund der Alterung der Bevölkerung, der globalen Verbreitung nicht übertragbarer Krankheiten (z. B. Fehlernährung, Diabetes etc.) und der Hartnäckigkeit anderer chronischer und infektiöser Krankheiten weltweit steigen wird. Sie betrachtet die Palliativ- und Hospizversorgung als die menschlichste Antwort auf die Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Erwachsenen sowie von gebrechlichen älteren Menschen. Es muss sichergestellt werden, dass diese bis zu ihrem Lebensende angemessen betreut werden. Die Päpstliche Akademie will den Dialog und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren fördern. Eine wirksame Entwicklung von Palliative Care kann z. B. dadurch erreicht werden, dass palliative Inhalte schon frühzeitig in die Ausbildung des Personals im Gesundheitswesen integriert werden. Neben weiteren Handlungsstrategien schreibt die Päpstliche Akademie der Berücksichtigung der jeweiligen Religionszugehörigkeit der Patienten eine wichtige Bedeutung zu. Sie bekräftigt, dass die seelischen Nöte der Patienten zu beachten und Spiritual Care – vor allem auch in christlichem Sinne – stärker zu etablieren ist.²³

²² *Whitebook for Global Palliative Care Advocacy. Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life*, Vatican City. Ed. by Carlos Centeno (Vatican City 2019). Deutsche Übersetzung: *Weißbuch zur globalen Förderung der Palliativversorgung. Empfehlungen der PAL-LIFE-Expertengruppe der Päpstlichen Akademie für das Leben*, Vatikan. Hg. von Ilkamarina Kuhr und Thomas Sitte (Stuttgart 2019).

²³ Vgl. *Weißbuch zur globalen Förderung der Palliativversorgung*.

2.4 Weiterer Handlungs- und Entwicklungsbedarf

Im Blick auf die Situation in Deutschland sind diese Forderungen zu unterstreichen. Wo kranke und sterbende Menschen palliativ begleitet werden, wird ihre Würde bis zuletzt anerkannt. Wir sind dankbar für die gute Resonanz, die diese Überzeugung bereits an vielen Orten gefunden hat, gehen aber davon aus, dass in der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen wie auch seelsorglichen Praxis noch viel getan und gelernt werden muss.

Eine grundlegende Notwendigkeit ist der weitere bedarfsgerechte Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Die gesetzlichen Maßgaben und deren Umsetzung reichen noch nicht aus. Beispielsweise ist eine angemessene und ausreichende Personalausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen und Kliniken, die eine gute Sterbebegleitung ermöglicht, dringend erforderlich. Auch ist es wichtig, dass regionale Netzwerke koordiniert und finanziert werden, damit die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung stärker bekannt werden und die Menschen die Versorgung und Begleitung erhalten, die sie benötigen.

Die notwendige Erfüllung von Qualitätsstandards ist in Bezug auf die kirchlichen Einrichtungen und die eigenen Mitarbeiter sehr ernst zu nehmen. Diese schließen eine immer neue Reflexion über die Konkretisierung des christlichen Menschenbildes und des Dienstes am Nächsten ein. In diesem Zusammenhang legen wir Wert auf ein klares christliches Profil in Form, Inhalt und Qualität für die gemäß dem Hospiz- und Palliativgesetz (SGB V § 132g) geförderte gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende. Dieses soll als verbindliche Norm für alle dafür infrage kommenden kirchlichen Dienste und Einrichtun-

gen gelten. Selbstverständlich sollen die christlichen Ausführungen der Versorgungsplanung allen Menschen angeboten werden.

3. Spiritual Care

Die ganzheitliche, auch die spirituellen Bedürfnisse erfassende Sorge hat sich in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in den letzten Jahren weiter ausgebildet. Auch in nichtkirchlichen Einrichtungen und Kontexten steigt das Interesse an christlicher Seelsorge. Fragen der Spiritualität sind am Lebensende von wachsender Bedeutung.

3.1 Ein interdisziplinäres Fachgebiet

Der Einbezug von spirituellen Fragen findet sich von Beginn an in der Tradition der Hospizbewegung. Er spiegelt sich in dem Begriff „Spiritual Care“. Cicely Saunders hat ihn zumindest in Gesprächen immer wieder verwendet, um zu verdeutlichen, dass die ganzheitliche Sorge um den Menschen auch dessen spirituelle Nöte einschließt. In der Begleitung Sterbender sei eine sogenannte „total care“ bzw. „rounded care“ notwendig. Saunders betonte zudem, dass gerade spirituelle Notlagen die gravierendste Ursache von Schmerzerfahrungen sein können.

Die Aufmerksamkeit für spirituelle Leiden in der Hospizbewegung fand schließlich weltweite Resonanz in der entsprechenden Forderung der WHO aus dem Jahr 1991, die physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse von lebensbedrohlich Erkrankten und ihren Angehörigen in die Patientenversorgung zu integrieren. In der Folge entwickelte sich Spiritual Care zunehmend als interdisziplinäres Forschungsfeld und Fachgebiet, das vorrangig innerhalb der Palliativversorgung gesehen wird, wenn es auch der Sache nach nicht darauf beschränkt wer-

den kann. In der Praxis geht es dabei meist um die individuelle Sinnsuche und das spirituelle Erleben und Verhalten im Angesicht von Krankheit und Sterben – sei es seitens der Sterbenden selbst, ihrer Angehörigen oder derer, die sie medizinisch, pflegerisch oder anders therapeutisch betreuen.

Durch diese Entwicklungen hat der Begriff „Spiritualität“ eine bedeutsame Verschiebung erfahren. Während er früher eher eine intensive Praxis christlichen religiösen Lebens bezeichnete, die auch notwendig einen Transzendenzbezug einschloss, weitete sich sein Bedeutungsgehalt in den letzten Jahrzehnten und löste sich von einer eindeutig christlichen Prägung, ohne sie aber explizit auszuschließen. Spiritualität ist zu einem sehr offenen, darum auch unscharfen Begriff geworden. Seit den 1980-er Jahren versteht die WHO die spirituelle Dimension als ein Phänomen, das zum Bereich der Ideen, Glaubensüberzeugungen, Werte und Ethik gehört. Diese spirituelle Dimension soll in Übereinstimmung mit sozialen und kulturellen Mustern Teil der Gesundheitsstrategien aller Mitgliedsstaaten der WHO werden. Die European Association for Palliative Care definiert Spiritualität derzeit in folgender Weise: Spiritualität ist die „dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen. Der spirituelle Bereich umfasst dabei existentielle Fragestellungen, Werte und Werthaltungen und religiöse Aspekte.“²⁴

Existentielle, religiöse und spirituelle Bedürfnisse kommen bei schwerer Erkrankung fast unweigerlich zum Tragen. Da in der

²⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: *Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung*.

Hospiz- und Palliativversorgung alle beteiligten Berufsgruppen die ganzheitliche Sorge um die Patienten ausüben sollen, muss auch das Eingehen auf deren spirituelle Bedürfnisse eine Aufgabe aller sein. Spiritual Care bezeichnet somit die Wahrnehmung und Sorge der Gesundheitsberufe um die spirituellen Bedürfnisse und existentiellen Nöte von Patienten und Angehörigen wie auch von ihnen selbst. Sie erfordert, dass die Gesundheitsberufe für entsprechende Situationen reflexions-, handlungs- und sprachfähig sind. Diese Auffassung erweitert die bio-psycho-soziale Perspektive ausdrücklich um eine spirituelle Dimension von Gesundheit und Krankheit. Es gibt unterschiedliche Modelle und Konzepte von Spiritual Care, die dieses Anliegen aufnehmen: Spiritual Care wird verstanden als eine klinische Aufgabe besonders ausgebildeter Fachpersonen im Gesundheitswesen, als eine ethische und gemeinschaftliche Praxis des gesamten Behandlungsteams oder auch als Vollzug mit dem Ziel „spiritueller Heilung“. In dieser Vielfalt von Konzepten und Auffassungen ist es verständlich, dass es zu Kontroversen kommt und eine abwägende kritische Unterscheidung aus der Perspektive der Sendung der Kirche erforderlich ist.

3.2 Anfrage und Auftrag an Theologie und Pastoral

Die Auffassungen von Spiritual Care bewegen sich zwischen zwei Polen: Für die einen bedeutet Spiritual Care eine Konkurrenz und Infragestellung der kirchlichen Seelsorge. Sie befürchten, dass christlich-seelsorgliches Engagement im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung und sogar überhaupt im Krankenhaus überflüssig (gemacht) wird, da es zukünftig von einem Gesundheitswesen übernommen werde, das sich in Spiritual Care (eher) weltanschaulicher Neutralität verpflichtet weiß. Sie

sehen Mechanismen der Verzweckung innerhalb des Medizinbetriebs und möchten verhindern, dass wesentliche Inhalte kirchlicher Seelsorge zugunsten eines ökonomisierten säkularen Gesundheitswesens aufgegeben werden bzw. darin aufgehen. In dieser Hinsicht stellen sie deutlich die Unterschiede zwischen Spiritual Care und Seelsorge heraus. Andere sehen Spiritual Care geradezu als Glücksfall für die Kirche an, da der Mensch auf diese Weise auch von den Berufstätigen im Gesundheitswesen in seiner Spiritualität und Religiosität wahrgenommen werde. Sie gehen von einer Vereinbarkeit der kirchlichen Krankenhausseelsorge mit Spiritual Care aus und befürworten mitunter sogar deren Weiterführung als Spiritual Care. In dieser Sichtweise kommt der Kirche eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Fachgebiets zu. An den hier kurz und zugespitzt skizzierten Positionen wird deutlich, dass die aktuellen Entwicklungen die Theologie und Pastoral in unterschiedlicher Weise herausfordern und sie zugleich zur Positionierung auffordern.

3.3 Chance und Herausforderung für die kirchliche Seelsorge

Die Erweiterung der Perspektive von einer rein naturwissenschaftlich orientierten Medizin zu einem ganzheitlichen Behandlungsverständnis stellt innerhalb der modernen Medizin einen bedeutenden Fortschritt dar. Nicht nur die körperliche Verfassung des Menschen, sondern die ganze Person steht im Mittelpunkt der Therapie. Somit liegen in Spiritual Care Chancen, die angesichts der kontroversen Debatten nicht einfach übersehen werden und ungenutzt bleiben dürfen.

Die Etablierung von Spiritual Care führt teilweise zu einer neuen Wertschätzung der kirchlichen Seelsorge im Gesundheitswesen. Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger sind im Um-

gang mit spirituellen Fragen besonders ausgebildet. Gleichzeitig wird deutlich, dass spirituelle Fragen zwar vorrangig, aber nicht allein Anliegen von Seelsorgern sein sollten. Wenn Christen als Teil des therapeutischen Teams in der Begleitung tätig sind, haben sie aufgrund von Taufe und Firmung an der Heilssendung der Kirche insgesamt teil.²⁵ Aber auch Menschen anderer Religionszugehörigkeit oder ohne religiöses Bekenntnis werden auf die Bedeutung spiritueller Fragen aufmerksam gemacht. Nicht zuletzt belegt Spiritual Care einmal mehr, welche zentrale Rolle dem Arzt-Patienten-Verhältnis zukommt. Wenn diese Beziehung von Vertrauen geprägt ist, wird sie oftmals ein Ort sein, an dem Patientinnen und Patienten ihre Sorgen und Nöte aussprechen und Zuspruch und Trost finden können.

In unserer inzwischen von verschiedenen Kulturen und Religionen geprägten Gesellschaft bietet sich Spiritual Care schließlich als eine übergreifende Konzeption an, unter der neben der kirchlichen Seelsorge auch andere Formen der spirituellen Begleitung zusammengefasst werden können. In der Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Religionen und Weltanschauungen könnte sie eine Basis darstellen, auf der sich auch die kirchliche Seelsorge – mit Einschränkungen – im Gesundheitswesen verorten kann.

Während sich diese neuen Chancen mit Spiritual Care verbinden, stellen wir an die Konzepte jedoch auch Anfragen. Diese legen sich aus der Erfahrung und der bewährten Praxis kirchlicher Seelsorge nahe und erfolgen vor dem Hintergrund, dass in einigen Einrichtungen kirchliche Seelsorge in die allgemeinen Konzepte von Spiritual Care integriert bzw. untergeordnet werden soll.

²⁵ Vgl. Zweites Vatikanisches Konzil, Dogmatische Konstitution über die Kirche *Lumen gentium*, 31 und 33.

Ziel von Spiritual Care ist es in der Regel, die jeweiligen weltanschaulichen und religiösen Ressourcen des Einzelnen bei der Bewältigung einer Krankheit oder von existenziellen Nöten, zur Steigerung des Wohlbefindens oder zur Stabilisierung zu nutzen. Man geht davon aus, dass eine spirituelle Ausrichtung den Heilungsprozess positiv beeinflusst. Somit wird auch an die Seelsorge die Erwartung herangetragen, einen evaluierbaren, d. h. nachweisbaren Beitrag zum Therapieerfolg zu leisten. Christliche Seelsorge verfolgt aus guten Gründen jedoch keine therapeutischen Absichten in diesem Sinne. Sie versteht sich gewissermaßen als zweckfrei. Ihre Ziele lassen sich nicht von einem multiprofessionellen Team her definieren. Zwar versuchen manche Forschungen z. B. aus den USA darzulegen, welche positiven Effekte der religiöse Glaube für die Gesundheit und Krankheitsbewältigung besitzen kann. Auch sind durchaus immer wieder Zusammenhänge zwischen körperlicher Heilung und seelischem Heil zu beobachten. Doch mit dem Anspruch, dass die pastorale Begleitung einen messbaren Beitrag zur Therapie zu leisten hat, besteht die Gefahr, dass sie verzweckt und ökonomischen Interessen untergeordnet wird. Wenn Spiritual Care aus einer medizinischen Perspektive heraus entwickelt wird und auf eine „evidenzbasierte“ Evaluierbarkeit zielt, erfolgt sie gemäß dem medizinischen Paradigma von „Anamnese – Indikation – Intervention“. Seelsorge hingegen geschieht unter wesentlich anderen Prämissen. Sie ist ein Freiraum, der dem Patienten um seiner selbst willen angeboten wird – ohne direktive Vorgaben. Einer klaren, unmittelbaren Messbarkeit ihres Nutzens entzieht sie sich.

Dies wird am Beispiel der Erwartung, dass Spiritual Care dem Patienten Wohlbefinden vermitteln soll, deutlich. Eine gute Seelsorge wird immer versuchen, dem Kranken zu helfen, inneren Frieden zu finden, sodass es ihm wohl ergehe. Doch auf dem Weg dorthin kann es auch Phasen des Ringens und Aushaltens

des Unverständlichen geben. Für die christliche Pastoral ist die Klage vor Gott darum eine legitime Haltung (vgl. die biblischen Klagepsalmen, z. B. *Ps* 22,2: „Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen, bleibst fern meiner Rettung, den Worten meines Schreiens?“). Wird dem Menschen schließlich Trost und Vertrauen zuteil, erwächst dies aus der Begegnung mit Gott, der *von sich her* Sinn, Trost, Hoffnung und Frieden schenkt (vgl. die Fortsetzung des Klagepsalms in *V.* 24: „Die ihr den Herrn fürchtet, lobt ihn; [...] Denn er hat nicht verachtet, nicht verabscheut des Elenden Elend. Er hat sein Angesicht nicht verborgen vor ihm; er hat gehört, als er zu ihm schrie“). Diese Wendung und Stabilisierung sind vom Menschen her in gewissem Sinne unverfügbar. Sie können nicht durch Methoden „gemacht“ – wohl aber als Gnade angenommen werden.

Verschiedene Ansätze von Spiritual Care gehen davon aus, dass spirituelle Bedürfnisse im Rahmen eines Anamnese-Gesprächs erhoben werden, und zwar zumeist nicht von hauptamtlichen Seelsorgenden, sondern von Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten oder anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams. Solches Ansprechen spiritueller bzw. religiöser Bedürfnisse will von Anfang an die Offenheit für diese Dimensionen im Behandlungsrahmen signalisieren. Tiefere Gespräche über spirituelle Fragen setzen jedoch ein Vertrauensverhältnis voraus, das oftmals nicht schon zu Beginn einer Behandlung besteht, sondern erst mit der Zeit erwächst. Anders als das Anamnese-Gespräch ist das seelsorgliche Gespräch ein offenes Angebot. Es steht dem Patienten frei, dieses Angebot anzunehmen und sich in ihm zu öffnen – oder nicht. Wenn der Patient nicht wünscht, über religiöse Themen zu sprechen, behält das seelsorgliche Gespräch dennoch seine pastorale Berechtigung als eine Form des diakonischen Beistands. Anders ist dies bei Spiritual Care, wenn sie das Ziel evidenzbasierter Ergebnisse verfolgt. Denn die Offenheit des Patienten, die Erhebung seiner

spirituellen Bedürfnisse und das Eingehen darauf sieht diese Konzeption als wesentlich und unverzichtbar für die spirituelle Begleitung an.

Ein letzter Unterschied, den wir hier nennen möchten, ergibt sich im Blick auf die christliche Botschaft der Hoffnung, von der die Seelsorge der Kirche getragen ist. Sie erweist sich nicht nur als spezifische Eigenart, sondern auch als besondere Stärke der Seelsorge. Denn in der Begleitung Sterbender wird immer wieder der eigene Glaube der Begleiter angefragt sein, etwa wenn Patienten Befürchtungen äußern, Gott habe sie gestraft, oder wenn sie nach dem „Danach“ des Todes fragen. Christliche Seelsorgerinnen und Seelsorger sind hier in ihrer eigenen Glaubensexistenz gefragt und können authentisch Zeugnis von der Botschaft des Evangeliums geben. Selbst wenn Kranke den christlichen Glauben ablehnen sollten, so wissen bzw. ahnen sie doch, wofür die christliche Seelsorge steht. Es erscheint fraglich, ob weltanschaulich neutrale Begleiter, die Spiritual Care anbieten, diese Echtheit im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten aufbringen können, da für sie als Ziel gilt, auf deren jeweils verschiedene spirituelle Bedürfnisse einzugehen, sich ihnen anzupassen und deren Sinngehalte zu bestätigen, auch wenn ihre eigenen Überzeugungen davon abweichen sollten.

Die Auseinandersetzung mit den noch jungen Konzepten von Spiritual Care erfordert sicherlich eine noch intensivere und genauere Betrachtung. Doch ist grundsätzlich festzuhalten, dass Spiritual Care weder als Bedrohung oder Konkurrenz angesehen werden muss noch als „neuer“ Maßstab für die kirchliche Seelsorge gelten kann. Kirchlicher Sorge für die Kranken und Sterbenden ist nicht weniger als Spiritual Care daran gelegen, seelische Nöte aufmerksam wahrzunehmen und auf sie achtsam und angemessen einzugehen. Sie übt deshalb seit Langem einen Dienst aus, um den es Spiritual Care im allgemeinen begrifflichen Sinn ebenfalls geht.

Wir wertschätzen die Schnittmengen von Spiritual Care und kirchlicher Seelsorge und wollen das religionen- und kulturensensible Engagement vieler Getaufter in den Gesundheitsberufen im Licht des gemeinsamen Priestertums aller Gläubigen fördern. Wir begrüßen, dass die Gesundheitsberufe für die existenziellen und spirituellen Nöte der Menschen sensibel werden und bringen gerne die kirchliche Erfahrung und das christliche Menschenbild in den Diskurs ein. Eine christliche Deutung von Krankheit, Leiden und Sterben kann dazu beitragen, einen pragmatisch verkürzenden Umgang mit existentiellen Sinnfragen zu vermeiden und auf medizinische Machbarkeit reduzierte Konzepte zu weiten. So stärkt Seelsorge das Profil und den eigentlichen Sinn von Spiritual Care: Beide Formen der Sorge bestehen *um des Menschen selbst willen* und weisen kritisch auf die Unverfügbarkeit der menschlichen Existenz gerade im Angesicht des Todes hin. Sie wollen Beziehung und Begegnung sein und ermöglichen.

Unter diesen Voraussetzungen hat sich die Mitarbeit unserer Seelsorgekräfte in multiprofessionellen Behandlungsteams der Hospiz- und Palliativversorgung bereits vielfach für alle Beteiligten als bereichernd erwiesen. Ihr kommt eine besondere Rolle zu. Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger können dank ihrer spezifischen Professionalität die Reflexions- und Sprachfähigkeit der Teammitglieder in Bezug auf existentielle und religiöse Themen fördern. Häufig übernehmen sie entsprechende Einheiten in palliativen Ausbildungskursen für verschiedene Berufsgruppen und werden auch für die Behandelnden selbst zu wichtigen Ansprechpartnern im Rahmen ihrer Selbstsorge, besonders in Bezug auf ihre eigenen Fragen angesichts von Krankheit, Leiden und Sterben. Somit erfährt Seelsorge im multiprofessionellen Kontext von Spiritual Care eine Schärfung ihres Rollenprofils und eine Stärkung ihrer Kompetenz. Umgekehrt gehört es zur multiprofessionellen Spiritual Care, sich der eige-

nen Grenzen bewusst zu sein und über die wertschätzende Akzeptanz der Kranken oder basale Care-Elemente hinaus Verbindungen zur Seelsorge herzustellen.

Wenn so die Krankenhaus- und Hospizseelsorge in säkularen Einrichtungen neu wertgeschätzt wird, sehen wir darin eine große Chance für die Sendung der Kirche in Caritas und Verkündigung.²⁶ In den gegenwärtigen inner- und außerkirchlichen Debatten, die das Verhältnis zwischen Spiritual Care und kirchlicher Seelsorge genauer zu bestimmen suchen, kommt es darauf an, beide Formen der Sorge mit ihren Überschneidungen und Unterschieden in ein fruchtbares Verhältnis zueinander zu setzen. Weder darf kirchliche Seelsorge in Spiritual Care aufgehen und dabei das Besondere der christlichen Tradition zugunsten einer vermeintlich größeren Akzeptanz im säkularen Umfeld aufgeben, noch darf sie sich in einen einfachen Gegensatz zu den oftmals sinnvollen Konzepten von Spiritual Care setzen. Auch Seelsorge kann von den Impulsen der Spiritual Care lernen. Es bedarf kompetenter Unterscheidung. Zu empfehlen ist eine Kooperation beider Formen der Begleitung im Bewusstsein der jeweiligen Eigenheiten und Differenzen. In dieser Perspektive soll das christliche Profil der Seelsorge neu geschärft und inhaltlich gefüllt werden.

4. Kirchliche Seelsorge

Wenn Spiritualität zu einem allgemeinen Begriff wird und ihn Vertreter unterschiedlicher Religionen und Atheisten gleichermaßen verwenden, besteht der Bedarf, zu unterscheiden, was kirchliche Seelsorge für Sterbende nach unserem eigenen Ver-

²⁶ Begrüßenswert ist eine solche Entwicklung auch in der Altenhilfe und der inklusiven Pastoral.

ständnis bedeutet. Der Inhalt und der Wert der verschiedenen Formen des seelsorglichen Handelns sind neu zu bedenken. Dies entspricht dem missionarischen Impuls, dass Menschen Gott begegnen und die persönliche Beziehung zu ihm als den Sinn und das Ziel ihres Lebens annehmen können – auch und gerade dann, wenn das Ende ihres irdischen Lebens naht. Strukturelle Fragen der Umsetzung werden hier nachrangig behandelt, weil sie vor Ort im Rahmen der Möglichkeiten zu entscheiden sind.

Gleichzeitig ist es so, dass sich die heutige Seelsorge nicht nur im gegenwärtigen Gesundheitswesen, sondern auch in einer pluralen Gesellschaft und einer veränderten kirchlichen Wirklichkeit verorten muss. Die Tendenz zum individualisierten Glauben, die abnehmende kirchliche Bindung der Getauften und die drastisch zurückgehende Verfügbarkeit von Priestern und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erschweren es, die seelsorgliche Nähe zu den Menschen zu gewährleisten. Die Pastoral muss dies annehmen und zugleich eine Vielfalt an seelsorglichen Diensten und Gemeinschaftsformen fördern. Dies ist ein wichtiges inhaltliches Kriterium für die Ausgestaltung der vergrößerten pastoralen Räume, die neue und auf die jeweiligen Milieus hin abgestimmte Formen der Nähe eröffnen sollen. Dazu gehören je nach Grundbedingungen auch ökumenische Kooperationen, ohne dass dabei die besonderen konfessionellen Bedürfnisse vernachlässigt werden dürfen.

In den gegenwärtigen Veränderungsprozessen orientieren wir uns an der Ermutung des Apostels Paulus: „Lösch den Geist nicht aus!“ (*1 Thess 5,19*). Um die Sendung Jesu in Wort und Tat fortzuführen, ist es grundlegend, dass Seelsorge aus ihrer Quelle, dem Geist Jesu Christi, schöpft.

4.1 Das christliche Menschen- und Gottesbild

Der kirchliche Sendungsauftrag liegt in der voraussetzungsfreien Liebe Gottes zu jedem Menschen begründet. Diese drückt sich aus in den theologischen Grundaussagen der Gottebenbildlichkeit und der Würde jedes Menschen. Jeder einzelne Mensch ist in seiner Einmaligkeit mit seinem Namen und seiner Identität ein Geschöpf Gottes und trägt für sein Leben Verantwortung. Das Leben auf der Erde stellt nicht den letzten Wert für Christinnen und Christen dar: denn sie glauben, dass Gottes Liebe auch über den Tod hinaus fort dauert und uns Anteil gibt an der Auferstehung Jesu Christi, an dem neuen Leben in seinem Reich.

Die biblisch-christliche Theologie betont, dass der Mensch ein leib-seelisches Wesen ist und Krankheit deshalb den gesamten Menschen betrifft und nicht nur als eine physische Störung gesehen werden kann. In seinem Schreiben *Salvifici doloris* (1984) hält Papst Johannes Paul II. diesen Charakter des Leidens fest: „Das Leiden ist etwas *noch viel Umfassenderes* als die Krankheit; es ist noch vielschichtiger und zugleich noch tiefer im Menschsein selbst verwurzelt.“ In Unterscheidung vom körperlichen Leiden sei das moralische Leiden ein „Schmerz der Seele“ [...]. Es handelt sich dabei in der Tat um einen Schmerz geistiger Art und nicht bloß um die ‚psychische‘ Dimension jenes Schmerzes, der sowohl das moralische wie das körperliche Leiden begleitet.“²⁷ Mit der Krankheit und dem nahenden Tod verbinden sich unweigerlich personale Grunderfahrungen, die den Kranken an seine menschlichen Grenzen führen. Er erlebt,

²⁷ Beide Zitate: Papst Johannes Paul II., Apostolisches Schreibens *Salvifici doloris* über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens (11. Februar 1984), 5: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 53 (Bonn 1984), S. 5.

dass seine Existenz bedroht ist und seine Kräfte spürbar immer geringer werden. Kirchliche Seelsorge weicht diesen Erfahrungen nicht aus, sucht ihnen mitfühlend im Geist der Nächstenliebe zu begegnen und sie zugleich im Horizont der personalen Beziehung zwischen Gott und dem Menschen zu sehen. Jeder Mensch steht in seiner leib-seelischen Einheit, mit seiner konkreten Geschichte und seinen Hoffnungen vor Gott.

In diesem Sinne gilt es, eine jede Person in ihrer Einmaligkeit, Würde und Autonomie zu sehen. Die vernünftige Selbstbestimmung des Individuums zu achten, heißt dabei nicht, den Menschen isoliert und unter Ausblendung seiner inneren und äußeren Beziehungen zu betrachten. Der ausschließliche Blick auf sich selbst als Individuum würde nur die eigene Perspektive ernst nehmen. Jedoch kann kein Mensch unabhängig von der ihn umgebenden sozialen Wirklichkeit leben. Letztlich nimmt dieses Verständnis den Aspekt auf, dass der Mensch ein Beziehungswesen ist, das erst im Dialog und Interesse füreinander und in der Ausrichtung auf Gott im vollen Sinne ethisch autonom entscheiden kann. Das Bewusstsein des eigenen Selbst, die Eingebundenheit in die Beziehungen zu anderen Menschen und das Getragensein von Gott sind wesentliche Kennzeichen des christlichen Menschenbildes, die sich im Gebot der Gottes- und Nächstenliebe und in der Selbstliebe widerspiegeln (vgl. *Mk* 12, 30 ff.).

Seelsorge geht es – wie Gott selbst, in dem sie gründet – um den Menschen in seiner ganzen Existenz. Sie basiert auf dem christlichen Menschenbild sowie auf der Glaubensüberzeugung, dass Gott Ursprung, Halt und Ziel allen Lebens ist und in Jesus Christus sein unwiderrufliches Ja zum Leben in all seinen Facetten gesagt hat, auch in seinen schmerzlichen Dimensionen. Dieses Ja schließt die Bereitschaft Gottes ein, sich selbst in Jesus Christus verwundbar zu machen und zu leiden. Es schließt auch den Willen und das Wirken Gottes ein, durch jenes in Lie-

be getragene Leiden die Dunkelheiten und den Tod des Menschen zu erlösen und zu verwandeln in neues, ewiges Leben. Es ist ein originäres Anliegen kirchlicher Seelsorge, diese wesentliche Perspektive auf den Immanuel, den „Gott mit uns“ in allem, was dem Menschen widerfährt, zu eröffnen. Im Angesicht des Todes gehört dazu unmittelbar die Hoffnung auf die Auferstehung und die ewige Gemeinschaft mit Gott.

Tritt ein Seelsorger in Beziehung zu einem anderen Menschen, ist er sich bewusst, dass Gott bereits selbst in lebendiger Beziehung zu diesem Menschen steht, ganz entsprechend wie auch zu ihm, dem Seelsorger. Ohne ein solches existentielles Bewusstsein der lebendigen Beziehung Gottes zum konkreten Gegenüber wie zum Seelsorger selbst kommt Seelsorge nicht zu ihrem Proprium. Es kennzeichnet ihren geistig-geistlichen Horizont, auch wenn er nicht thematisiert wird. Ihn zu erschließen, gehört zur Kunst des seelsorglichen Gesprächs.

Vor allem ein kranker und vom Tode bedrohter Mensch bedarf der einfühlsamen Zuwendung. Oft ist er zwischen widersprüchlichen Empfindungen hin und her geworfen. Die kirchliche Seelsorge weiß um die Bedeutung der Wegbegleitung in dieser letzten entscheidenden Lebensphase. Jene wird zurecht mit der Geburt des Menschen verglichen, denn nach christlichem Verständnis werden wir im Sterben endgültig hineingeboren in ein neues und ewiges Leben bei Gott. Seelsorge im Angesicht des Todes versteht sich demnach als ein „mäeutisches“ Handeln (eine spezifische Variante der Hebammenkunst). Sie achtet darauf, dass die nonverbalen und verbalen Äußerungen des sterbenden Menschen den Ausgangspunkt ihres Handelns bilden. Sie begleitet den sterbenden Menschen mit der Perspektive, sich in die Liebe Gottes hinein zu bergen und die in der Taufe versprochene Lebens- und Heilzusage Gottes endgültig anzunehmen. Seelsorge als mäeutischer Beistand kann in ein Gebet, ein

unaufdringliches Glaubenszeugnis und nicht zuletzt in die Feier der Sterbesakramente einmünden.

Seelsorgerinnen und Seelsorger begleiten nicht nur Christinnen und Christen, sondern – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – grundsätzlich alle Menschen mit ihren unterschiedlichen kulturellen und religiösen Überzeugungen, sodass sie ihre von Gott geschenkte Würde erfahren können. Denn die „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände.“²⁸

4.2 Haltungen der „Ars Moriendi“

Christinnen und Christen haben sich über Jahrhunderte hinweg innere Haltungen angeeignet, die ihnen Hilfe und Trost auf ihrem letzten Weg geboten haben. Seit dem späten Mittelalter sind sie als „Ars Moriendi“ bekannt. Der Mönchsvater Benedikt von Nursia zählt es zu den „Werkzeugen der geistlichen Kunst“, „den unberechenbaren Tod täglich vor Augen zu haben“.²⁹ Die christliche Frömmigkeitstradition hat daraus die kurze Weisung abgeleitet: *Memento Mori!* (Bedenke: Du wirst sterben!) Kern dieser Tradition ist es, Sterben und Tod als Teil der menschlichen Existenz anzusehen und sich durch richtiges Leben gläubig darauf vorzubereiten. Es gilt, im Bewusstsein der erwarteten Begegnung mit dem Herrn das irdische Leben im Geist des Evangeliums zu gestalten und das ewige Leben zu erhoffen. Ein in dieser Haltung vertrauender Mensch glaubt, dass das Sterben

²⁸ Zweites Vatikanisches Konzil, Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute *Gaudium et spes*, 1.

²⁹ *Benediktsregel*, 4, 47.

nicht nur Abschied vom Irdischen, sondern erfüllende Begegnung mit Gott ist.

Sterben wird in der Tradition der *Ars Moriendi* nicht als etwas Machbares verstanden, sondern als eine Kunst. Seelsorge kann helfen, diese Kunst zu erschließen. In der heutigen Zeit bedeutet die *Ars Moriendi* einerseits, eine überzogene Leistungsorientierung zu vermeiden, die auch noch das Sterben zu kontrollieren und zu optimieren versucht, und andererseits, das Ende der irdischen Existenz gelassen anzunehmen in der Perspektive der Verheißung, zu Gott heimgehen zu dürfen. Ihre grundlegende Haltung besteht also in der Annahme der eigenen Endlichkeit. Mit der Unverfügbarkeit des Todes enden alle Möglichkeiten des Menschen, selbstbestimmt handeln zu können. Aus christlicher Sicht ist das Leben eine Gabe Gottes. Auch wenn es in kritischen Momenten schwer zumutbar erscheint, dürfen Christinnen und Christen darauf vertrauen, dass Gott den Menschen nie allein lassen und alles zum Guten führen wird.

In diesem grundlegenden Bewusstsein ist es angesichts der möglichen Behandlungsoptionen, die mitunter schwierige ethische Fragen aufwerfen, zugleich erforderlich, über das „Wie“ des eigenen Sterbens nachzudenken. Die Kunst des Sterbens verbindet sich mit einer Kunst der Entscheidung. Gespräche mit Vertrauenspersonen der palliativen Begleitung, der Familie oder der Glaubensgemeinschaft können dabei eine tragende Rolle spielen.

Gottes Sehnsucht nach dem Menschen liegt unserer Antwort immer schon voraus. Er hat uns zuerst geliebt (vgl. *1 Joh* 4,10). Aus diesem Vertrauen schöpft die *Ars Moriendi* und schließt deshalb die Bereitschaft ein, im Blick auf das Große, „was Gott denen bereitet hat, die ihn lieben“ (*1 Kor* 2,9), das eigene Leben so, wie es gewesen ist, Gott anzuvertrauen, ja sich selbst Ihm zu überlassen. Christinnen und Christen dürfen ihr Leben in die

Hände desjenigen Gottes geben, der ihnen in der Menschwerdung und Auferstehung Jesu Christi begegnet. Sie glauben an das Zeugnis, dass die göttliche Liebe stärker ist als der Tod, diesen zu überwinden und ewiges Leben zu schenken vermag. Denn das Ziel menschlicher Existenz ist es, bei Gott, dem Gott des Lebens, zu sein.

Nicht selten aber *können* Menschen sich Gott nicht überlassen und nicht einmal sterben, weil sie innerlich nicht zur Ruhe kommen. Sie kämpfen mit dem nahenden Tod und mit vielfältigen damit verbundenen Emotionen wie Angst, Trauer, Wut, Resignation, dem Gefühl der Verlassenheit oder auch dem ganz natürlichen Widerstand gegenüber dem Leiden. Oft sind es unge löste Fragen nach Sinn und nach Schuld (begangenes wie erfahrenes Unrecht), die diese „spirituellen Schmerzen“ hervorrufen oder vertiefen. Auch Gottesbilder, die destruktiv verformt sind und schon ein Leben lang Furcht ausgelöst haben, können Menschen daran hindern, sich im Sterben Gott anzuvertrauen.

Die persönlichen Lebenswege mit all ihren Licht- und Schatten-seiten in den Blick zu nehmen, um sich mit sich, den Mitmenschen und Gott zu versöhnen, ist ein weiterer Aspekt der Kunst des Sterbens, der für den heutigen Menschen nichts an Aktualität eingebüßt hat. Es ist ein bedeutsamer, aber mühevoller Weg, der auch von Trauer und Schmerz begleitet sein darf, an erfahrenem Unrecht nicht festzuhalten, sondern zu vergeben. Das Bewusstsein, sich möglicherweise nicht zu der Person entfaltet zu haben, die man hätte sein können, schließt auch die Erkenntnis ein, selbst den Wertmaßstäben eines guten Lebens nicht immer gerecht geworden zu sein. Menschen erfahren sich als schwach und werden schuldig gegenüber Gott und dem Nächsten, an der Liebe wie auch an der eigenen Berufung. Sich von Sünde und Schuld im Sterben distanzieren zu können und in der Versöhnung die von Gott ursprünglich gewollte Identität wiederzugewinnen, gehört zu den wertvollsten Erfahrungen der

letzten Lebensphase. Frieden zu schließen mit Gott, der das Leben des Menschen bis in seine letzten Tiefen kennt (vgl. *Ps* 139), wird oft als Geschenk empfunden. Aus vielfacher Erfahrung heraus wissen wir um die unvergleichliche Wirkung des Sakraments der Versöhnung, in dem Christus selbst handelt: er befreit den, der bereit, von der Last seiner Sünde und reinigt seine Erinnerungen, heilt seine Wunden und schenkt Frieden. Ist zwischenmenschliche Wiedergutmachung nicht mehr möglich und bleibt vieles bruchstückhaft, kann dies der Barmherzigkeit Gottes anvertraut werden.

Menschen, die krank sind und leiden, stellen früher oder später die Frage nach dem „Warum“ ihres Leidens. Sie sind auf der Suche nach einer Erklärung, einem Grund oder einem Zweck („wozu?“), stellen also die Frage nach dem Sinn des eigenen Leidens. Meist richten sie diese Frage unruhig und verzweifelt an andere Menschen, aber sie richten sie auch an Gott.

Wenn Menschen mit der natürlichen Vernunft nach dem Sinn des Leidens fragen, insbesondere nach dem Leid der Unschuldigen, kommen sie schnell an ihre Grenzen. Sie leiden oft noch mehr, wenn sie zu keinem befriedigenden Ergebnis finden. Ein Seelsorger darf deshalb keine vorschnellen Antworten geben, sondern muss die Klage des Kranken über sein persönliches Leiden ernst nehmen und mit ihm aushalten. Andernfalls besteht die Gefahr, ein verkehrtes Gottesbild zu vermitteln bzw. aufrechtzuerhalten oder die Situation eines Leidenden verfehlt zu interpretieren, wie es etwa die Freunde des Hiob im Alten Testament taten. Als Hiob, der Gerechte, von unzähligen Leiden heimgesucht wurde, maßten sich seine Begleiter an, darin den Charakter einer göttlichen Strafe zu sehen. Auch wenn Menschen zwar an den eigenen Verfehlungen oder derjenigen der anderen leiden, so ist es doch nicht wahr, dass jedes Leiden Folge einer persönlichen Schuld ist. Hiob selbst gelangt – nachdem er lange geklagt und mit Gott gehadert hatte – zu der Überzeu-

gung: „Doch ich, ich weiß: Mein Erlöser lebt“ (*Hiob* 19,25). Er ahnt voraus, was durch Jesus Christus Wirklichkeit geworden ist. Durch den stellvertretenden Tod und die Auferstehung seines Sohnes hat Gott auch das menschliche Leiden in eine neue Dimension gestellt. Sensible Seelsorgerinnen und Seelsorger werden erkennen, ob, wann und in welcher Weise sie mit Patientinnen und Patienten über diese trostreiche Kernbotschaft des christlichen Glaubens sprechen können. Sie ist jedenfalls ein Angebot der Liebe, das den anderen in Freiheit einlädt, sich dafür zu öffnen.

„Gott hat die Welt so sehr geliebt, dass er seinen einzigen Sohn hingab, damit jeder, der an ihn glaubt, nicht verloren geht, sondern ewiges Leben hat“ (*Joh* 3,16). Diese Worte aus dem Johannesevangelium führen in die Mitte des erlösenden Wirkens Gottes. Indem sein Sohn stellvertretend das Leid und die Schuld der Welt auf sich genommen und mit Liebe beantwortet hat, ist Gottes erlösendes und befreiendes Handeln an den Menschen Wirklichkeit geworden. Jesus Christus hat die Wurzel allen Übels, die Sünde und den Tod, überwunden und den Weg zum Vater wieder eröffnet. Dies bedeutet auch: Jesus hat das Leiden erlöst.³⁰ Er hat selbst die Schmerzen jedes Menschen durchlebt und ihm dadurch ermöglicht, im eigenen Leiden ihm zu begegnen und seine Liebe zu erkennen. Er trägt jede Last mit. „Nicht mehr ich lebe, sondern Christus lebt in mir“ (*Gal* 2,20), schreibt der Apostel Paulus und bezieht diese Gnade des Vereintseins mit Christus auf das gesamte Ostergeheimnis: „Wenn wir nämlich mit der Gestalt seines Todes verbunden wurden, dann werden wir es auch mit der seiner Auferstehung sein“ (*Röm* 6,5). Gott will dem, der seinem Sohn ähnlich wird, indem er auch im

³⁰ Vgl. Papst Johannes Paul II., Apostolisches Schreiben *Salvifici doloris* über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens (11. Februar 1984), 19: a. a. O., S. 21–22.

Leid nicht aufhört, auf den Vater zu vertrauen, an der Auferstehung seines Sohnes Anteil geben. So hat jeder Mensch auf seine Weise teil an der Erlösung, damit diese sich in ihm und in der Welt auswirken kann. Er erfährt, dass Gottes Kraft gerade in den Schwachen mächtig ist. Paulus hat selbst immer wieder erlebt, dass er in seinen tiefsten Krisen von Gott nicht verlassen, sondern besonders getragen worden ist. Deshalb kann er bezeugen: „Viel lieber also will ich mich meiner Schwachheit rühmen, damit die Kraft Christi auf mich herabkommt [...]; denn wenn ich schwach bin, dann bin ich stark“ (2 Kor 12,9 f.).

Wir erinnern an diese biblischen Bezüge, weil sie einen unvergleichlichen Trost für Kranke und Sterbende in sich bergen. Für sich genommen ist jedes Leiden Ertragen eines Übels. Christinnen und Christen tun alles dafür, Not zu lindern, wie Jesus selbst es vorgelebt hat. Wenn aber das Leiden und Sterben unvermeidlich ist, dürfen sie wissen, dass dort, wo nach menschlichem Ermessen nur Ohnmacht ist, Gottes Kraft wirksam sein kann. Aus Leid kann Segen erwachsen: Menschen spüren Frieden und Zuversicht; sie erfahren, dass sie in der Schwäche nicht ihrer Würde beraubt werden; sie überwinden das Gefühl der Sinn- und Nutzlosigkeit des eigenen Daseins; sie kommen Christus und ihren Mitmenschen näher; sie wachsen in der Liebe; sie entdecken einen neuen Maßstab für ihr Leben und ihre Berufung; sie finden den tiefsten Grund, warum sie sich im Sterben getrost Gott überlassen können.³¹

So erweist sich die göttliche Liebe als die Quelle von Sinn und das Vorbild aller Haltungen, welche die *Ars Moriendi* kenn-

³¹ Zum gesamten Zusammenhang vgl. das Apostolische Schreiben *Salvifici doloris* über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens von Papst Johannes Paul II.

zeichnen.³² Diese Haltungen können nicht einfach nur angewendet, sondern müssen ein Leben lang individuell eingeübt werden.

Auch aufseiten derjenigen, die den Patientinnen und Patienten begleitend zur Seite stehen, geht die Orientierung an Christus in keiner Weise mit einer passiven Haltung einher. Vor dem Leid des Nächsten innezuhalten und ihm mitfühlend Gutes zu tun, steht in vollem Einklang mit dem Evangelium. Dies bezeugen Jesu eigenes Verhalten gegenüber Notleidenden sowie seine Lehre, die im Gleichnis vom barmherzigen Samariter all jene bestätigt, die sich in den Dienst ihrer Mitmenschen stellen.³³ Die heutige Samariter-Tätigkeit ist vielfältig. Im Blick auf körperliche und seelische Leiden lässt sie die Menschen mit ihren Ängsten und Fragen nicht allein. Die multiprofessionelle Sorge im Hospiz- und Palliativbereich trägt dazu bei, die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen und mit der Endlichkeit des Lebens in der Gesellschaft wachzuhalten und jedem Menschen zu helfen, eine persönliche Haltung gegenüber dem eigenen Sterben einzunehmen.

³² Vgl. Papst Johannes Paul II., Apostolisches Schreiben *Salvifici doloris* über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens, 31: „Dorthin sollen alle Menschen guten Willens kommen; denn am Kreuz hängt der ‚Erlöser des Menschen‘ [...], damit sie *in der Liebe* den heilbringenden Sinn ihres Schmerzes und gültige Antworten auf alle ihre Fragen finden können“: a. a. O., S. 41.

³³ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, Schreiben *Samaritanus bonus* über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens (14. Juli 2020): a. a. O.

4.3 Grunddimensionen der seelsorglichen Begleitung

Seelsorge gliedert sich in die multiprofessionelle Begleitung von Sterbenden ein. Sie gehört wesentlich zum Heildienst der Kirche und vollzieht sich in *Diakonie, Verkündigung, Liturgie und Communio (Gemeinschaft)*.

4.3.1 Diakonie

Jesu besondere Zuwendung zu den Notleidenden macht deutlich, dass kirchliche Seelsorge immer das Wohl und Heil des ganzen Menschen im Blick haben muss. In seiner Enzyklika *Deus caritas est* betrachtet Papst Benedikt XVI. das umfassende Wesen der Liebe: „Alles Handeln der Kirche ist Ausdruck einer Liebe, die das ganzheitliche Wohl des Menschen anstrebt: seine Evangelisierung durch das Wort und die Sakramente [...] und seine Förderung und Entwicklung in den verschiedenen Bereichen menschlichen Lebens und Wirkens. So ist Liebe der Dienst, den die Kirche entfaltet, um unentwegt den auch materiellen Leiden und Nöten der Menschen zu begegnen.“³⁴

Die Diakonie bzw. Caritas ist ein unverzichtbarer Bereich des kirchlichen Heildienstes. „Der Liebesdienst ist für die Kirche nicht eine Art Wohlfahrtsaktivität, die man auch anderen überlassen könnte, sondern er gehört zu ihrem Wesen, ist unverzichtbarer Wesensausdruck ihrer selbst“³⁵. Oftmals wird die di-

³⁴ Papst Benedikt XVI., Enzyklika *Deus caritas est* über die christliche Liebe (25. Dezember 2005). 19: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 171 (7. Auflage, Bonn 2014), S. 29.

³⁵ *Ebd.*, 25: a. a. O., S. 33–34.

akonische Präsenz in innerer Gottverbundenheit sogar vor allem (anderen) geistlichen Tun wahrgenommen.

Der diakonische Nächstendienst richtet sich an alle Menschen, ungeachtet ihrer Religionszugehörigkeit und Weltanschauung. Er wird allein getan um der Würde des anderen willen, der Gottes geliebtes Ebenbild ist und in dessen Not Christus selbst uns begegnet. Die absichtslose Zuwendung schließt jedoch nicht aus, über die Motive des eigenen Handelns Auskunft zu geben, wenn man danach gefragt wird. „Die Liebe ist umsonst; sie wird nicht getan, um damit andere Ziele zu erreichen. Das bedeutet aber nicht, dass das karitative Wirken sozusagen Gott und Christus beiseitelassen müsste. Es ist ja immer der ganze Mensch im Spiel. Oft ist gerade die Abwesenheit Gottes der tiefste Grund des Leidens. Wer im Namen der Kirche karitativ wirkt, wird niemals dem anderen den Glauben der Kirche aufzudrängen versuchen. Er weiß, dass die Liebe in ihrer Reinheit und Absichtslosigkeit das beste Zeugnis für den Gott ist, dem wir glauben und der uns zur Liebe treibt. Der Christ weiß, wann es Zeit ist, von Gott zu reden, und wann es recht ist, von ihm zu schweigen und nur einfach die Liebe reden zu lassen.“³⁶

Die diakonische Sorge der Kirche um die Kranken und Sterbenden zeigt sich etwa in Krankenhäusern, Hospizen, Pflegeheimen, durch ambulante Pflegedienste in kirchlicher Trägerschaft, aber auch in (ehrenamtlichen) gemeindlichen Krankenbesuchsdiensten oder im Engagement von Christen bei Hospizvereinen. Nicht zu vergessen sind die vielen Menschen, die aus dem Geist der christlichen Nächstenliebe kranke Verwandte oder Nachbarn zu Hause pflegen und für sie da sind. Sie alle erfüllen damit ein Werk der christlichen Barmherzigkeit gemäß dem Beispiel der Weltgerichtsrede: „Ich war krank und ihr habt mich

³⁶ *Ebd.*, 31c: a. a. O., S. 47.

besucht“ (*Mt* 25,36) und lassen so Christi Heilswirken in dieser Welt präsent werden.

4.3.2 Verkündigung

Seelsorge hat auch eine verkündende Dimension. Die „erste Verkündigung“ lautet nach Papst Franziskus: „Jesus Christus liebt dich, er hat sein Leben hingegeben, um dich zu retten, und jetzt ist er jeden Tag lebendig an deiner Seite, um dich zu erleuchten, zu stärken und zu befreien.“³⁷

Kirchliche Verkündigung legt Zeugnis ab von der Heilzusage Gottes: „Ich liebe dich“, „Ich bin mit dir“ (vgl. *Mt* 28,20) und „Ich will, dass du lebst!“ (vgl. *Joh* 14,19), wie sie in den Texten der Heiligen Schrift und der Spiritualitätsgeschichte des Christentums vielfach ausgewiesen ist. Gewiss verbindet sich diese Botschaft im Angesicht des Todes mit dem Glauben an die Auferstehung und das ewige Leben. Jeder Mensch ist angerufen, unvertretbar auf die Einladung Gottes „Wähle das Leben“ (*Dtn* 30,19) zu antworten. Wer Menschen seelsorglich an deren Lebensende begleitet, wird in vielfältiger Weise in solche Momente des Wählens einbezogen, auch wenn diese nicht ausdrücklich thematisiert werden. Gerade in Situationen, in denen Kranke und ihre Angehörigen vor existentiellen Fragen wie Hoffnung und Gnade, Verzweiflung und Trauer, Schuld und Strafe, Barmherzigkeit und Versöhnung stehen, benötigen Seelsorgerinnen und Seelsorger die Kompetenz, die biblische Botschaft in einer Sprache zu verkündigen, die den Menschen zugewandt und verständlich ist.

³⁷ Papst Franziskus, Apostolisches Schreiben *Evangelii gaudium* über die Verkündigung des Evangeliums (24. November 2013), 164: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 194 (Bonn 2013), S. 117.

Viele unserer Vorfahren haben ihren Glauben durch ihr Gottvertrauen bezeugt. Solche Vorbilder aus dem Kreis der Familie oder auch aus der Gemeinschaft der Heiligen haben für Sterbende oftmals eine große Bedeutung. Sie sind gelebte Beispiele für das Annehmen der Endlichkeit. An den Biographien von Familienmitgliedern und Heiligen wird deutlich, dass der Glaube im Raum der Kirche erwächst und die gegenseitige Ermutigung braucht und dass dennoch jedes Leben wie jedes Sterben einzigartig ist. Auch Grundgebete der Kirche können, wenn sie verinnerlicht werden, Kraft schenken und zu einem Ausdruck der persönlichen Hoffnung werden. So ist z. B. das Gebet um eine gute Sterbestunde auf die Fürbitte Mariens Teil des „Gegrüßet seist Du Maria“. Es wird im Rosenkranz stets wiederholt, damit es zum Herzensgebet der Gläubigen werde.

Von ihrem Auftrag her, Zeugnis für die Liebe Gottes zu geben, ob gelegen oder ungelegen (vgl. *2 Tim* 4,2), hat Seelsorge im palliativen Kontext auch eine wichtige *prophetische* Dimension. Sowohl im gesellschaftlich-politischen Diskurs wie auch im innerkirchlichen Dialog muss sie ihre Stimme gegen Missstände und Missbräuche erheben. Sie wendet sich gegen Logiken der Ökonomisierung und Machbarkeit, die im Gesundheitswesen nicht selten gefährlich wirksam sind. Auch deckt sie die schleichende Unterminierung der Würde und des Lebensrechtes jedes Menschen auf. Sie wirbt für eine Kultur des Lebens, damit die Liebe Gottes gegenüber jedem Menschen (vgl. *Mt* 25,40) erfahrbar wird. Hierzu für ausreichendes Personal zu sorgen, ist eine gemeinsame Aufgabe von Kirche und Gesundheitseinrichtungen.

4.3.3 Liturgie

Seelsorge vollzieht sich schließlich in der Feier der heilsamen Zuwendung Gottes in der Liturgie. Dazu gehören die Feier von Sakramenten, Segnungen und Ritualen, aber auch Gebet und Betrachtung. In der Liturgie begegnet uns Gott selbst und spricht zu uns in seinem Wort. Wir feiern, dass Jesus Christus als der auferstandene Herr unter uns gegenwärtig ist. Die Liturgie ermöglicht es, gläubig Anteil zu nehmen am zentralen Glaubensgeheimnis, dass der Tod und damit alles Leid in Jesus Christus selbst erlöst ist. Insbesondere für leidende Menschen kann dieser Glaubensakt nicht nur sehr herausfordernd, sondern auch sehr trostvoll sein. Mit ihnen zu beten und Liturgie zu feiern, bedarf einer besonderen Rücksicht und Einfühlung.

Achtsames und verständnisvolles Zuhören sowie Empathie sind die Voraussetzungen, dass eine Atmosphäre entsteht, in der auch das gemeinsame Gebet seinen Platz finden kann. In dieses Gebet können sich alle Getauften des Gottesvolkes – auch die Vertreter der Gesundheitsberufe und die Angehörigen der Kranken – einbringen. Das Gebet und der Segen können die Situation der Kranken aufnehmen, benennen und in einen größeren Sinnzusammenhang stellen. Wenn jemand keine Worte findet, um ein persönliches Gebet zu sprechen, kann es eine Hilfe sein, kurze Sätze vorzubeten³⁸ oder die Stille gemeinsam auszuhalten. Denn selbst wenn die Bedeutung liturgischer Zeichen und Worte nicht immer im vollen Sinn erfasst wird, haben Menschen doch ein Gespür für die aufrichtende und Frieden bringende Wirkung einer geistlichen Handlung. Seelsorgerinnen und Seelsorger wiederum erfassen, ob Menschen eine Sehnsucht nach Gott verspüren oder jenen Gott vermissen, den sie im Laufe

³⁸ Z. B. das Jesusgebet, „Jesus, ich vertraue dir“, Vater unser, Glaubensbekenntnis, Seele Christi u. a. m., vgl. Gotteslob.

ihres Lebens verloren oder dessen Gegenwart sie nie wahrgenommen haben. Sie können ihnen Begleitung im Neuanfang anbieten, auch dann, wenn dieser buchstäblich in den letzten Momenten des Lebens geschieht.

Im Blick auf das irdische Lebensende bedeuten die Sakramente einen großen Schatz. Sie sind konkreter Ausdruck der besonderen Gegenwart Gottes, der dem Sterbenden in der Eucharistie, im Sakrament der Versöhnung und in der Krankensalbung nahe sein will. Es ist wichtig, dass die Sakramente, die Gott seiner Kirche geschenkt hat, den vielen Menschen, die zu ihnen keinen Zugang mehr haben, in neuer und ansprechender Weise angeboten werden.

Indem die Sakramente Vermittlung des Heils und wirksame Zeichen der realen Gegenwart Gottes sind, ermöglichen sie eine Begegnung mit Gott selbst. Das eigentliche Sterbesakrament ist die Kommunion in der Sterbestunde als Wegzehrung (*viaticum*)³⁹. Christus selbst schenkt dem Sterbenden Anteil am ewigen Heil, das er durch seinen Tod und seine Auferstehung für ihn erworben hat. Wer dies im Glauben annimmt, wird in die erlösende Liebe Gottes einbezogen. Somit ist die Eucharistie als „die Vereinigung des Menschen mit Christus“⁴⁰ in der Todesstunde besonders wertvoll. Das Zweite Vatikanische Konzil beschreibt sie eindrücklich als „das Sakrament huldvollen Erbarmens, das Zeichen der Einheit, das Band der Liebe, das Ostermahl, in dem Christus genossen, das Herz mit Gnade erfüllt und uns das Unterpfand der künftigen Herrlichkeit gegeben wird“⁴¹.

³⁹ Die Wegzehrung ist von der regulären Krankenkommunion insofern zu unterscheiden, als mit ihr auch die Sterbebuße bzw. der Sterbeablass verbunden ist. Regulärer Spender hierfür ist der Priester.

⁴⁰ *DH* 1322.

⁴¹ Zweites Vatikanisches Konzil, Konstitution über die heilige Liturgie *Sacrosanctum Concilium*, 47.

Die Krankenkommunion ist außerdem „ein Zeichen der Verbundenheit der Gemeinde mit ihren Kranken. Deshalb sollen Priester, Diakone und beauftragte Helfer gern bereit sein, ihnen die heilige Kommunion zu überbringen“.⁴² Wenn es dem Kranken aus einem inneren oder äußeren Grund nicht möglich ist, die Eucharistie zu empfangen, kann der Seelsorger für ihn beten und ihm den Segen Gottes vermitteln, z. B. durch den eucharistischen Segen oder durch Handauflegung auf der Stirn, der Schulter oder der Hand.

In der Reihenfolge der drei Sakramente⁴³, die mit einem Schwerkranken oder einer Sterbenden gefeiert werden können, gehen die Sakramente der Buße und der Krankensalbung der Eucharistie voraus. Wenn Kranke mit der Endlichkeit ihres Lebens konfrontiert sind, werden ihnen neben dem erfahrenen Glück und dem Guten oft auch das Unversöhnte, das Fehler- und Schuldhaftige ihres Lebens bewusst. Zunächst ist die ehrliche Auseinandersetzung, die zur Reue führt, eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sie sich mit den Mitmenschen und mit Gott versöhnen und so die Lasten ihrer Vergangenheit ablegen können. Jene, die im Sakrament der Buße aufrichtig ihre Sünden bekennen, erfahren das innerste Wesen Gottes: seine Barmherzigkeit. „Der Vater sah ihn schon von Weitem kommen und er hatte Mitleid mit ihm“ (*Lk 15,20*), bezeugt der Evangelist Lukas im Gleichnis vom verlorenen Sohn, der ins Vaterhaus zurückkehrt. Der himmlische Vater wartet geradezu sehnsüchtig auf jeden Menschen, besonders auf jene, die im letzten Augenblick zu ihm umkehren. In der seelsorglichen Begleitung kommt es

⁴² *Die Feier der Krankensakramente. Die Krankensalbung und die Ordnung der Krankenpastoral in den katholischen Bistümern des deutschen Sprachgebiets.* Pastorale Einführung, Nr. 20 (2. Auflage, Freiburg 1994).

⁴³ Die am Lebensende gefeierten Sakramente der Buße, der Krankensalbung und der Eucharistie werden „Versehgang“ genannt.

deshalb darauf an, mit dem Kranken dessen vielfältige Lebensbezüge zu betrachten und den Blick auf die barmherzige Liebe Gottes zu lenken. Viele Menschen fühlen große Erleichterung, wenn sie begangenes Unrecht aussprechen und die Vergebung Gottes empfangen dürfen. Ist es für einen Sterbenden nicht möglich zu beichten, weil er nicht mehr in der Lage dazu ist oder kein Priester zur Verfügung steht, kann Gottes vergebende Barmherzigkeit auch im bittenden Gebet auf den Menschen herabgerufen werden.

Auch das Sakrament der Krankensalbung ist Teil der Sendung der Kirche, die heilende Zuwendung Gottes für jene zu erbitten, die unter einer schweren körperlichen oder seelischen Krankheit leiden. Dieses Sakrament geschieht „im Namen des Herrn“ (*Jak* 5,14) als bevollmächtigtes Tun der Kirche. Es hat sich im Laufe der Zeit stark gewandelt. Das Zweite Vatikanische Konzil hat den Impuls zu einer Erneuerung des Sakramentes gegeben,⁴⁴ wonach es nicht nur für Sterbende bestimmt ist. Der rechte Augenblick für den Empfang ist „sicher schon gegeben, wenn der Gläubige beginnt, wegen Krankheit oder Altersschwäche in Lebensgefahr zu geraten“⁴⁵. Die Krankensalbung kann wiederholt empfangen werden, etwa nach zwischenzeitlicher Erholung, bei einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs oder vor schwerwiegenden chirurgischen Eingriffen.⁴⁶ Sie will Stärkung und Trost in der Schwäche durch den Beistand Gottes zusprechen und enthält auch Gebete für eine mögliche Wiedergenesung. Sie sollte deshalb frühzeitig angeboten werden.

Dass ein Priester präsent oder rund um die Uhr erreichbar ist, um mit den Kranken oder Sterbenden die Sakramente zu feiern,

⁴⁴ Vgl. Zweites Vatikanisches Konzil, Konstitution über die heilige Liturgie *Sacrosanctum Concilium*, 73–75.

⁴⁵ *Ebd.*, 73.

⁴⁶ Vgl. Praenotanda, Nr. 9 f., in: *Die Feier der Krankensakramente*, Nr. 15.

kann nicht überall gewährleistet werden. Die Anzahl der verfügbaren Priester nimmt dramatisch ab. Dennoch ermutigen wir alle Patienten und Angehörigen, nach einem Priester oder einer geistlichen Begleitung zu fragen.

Wenn der Empfang der Sakramente aufgrund der physischen Verfassung des Kranken – etwa bewusstseinsveränderten Zuständen bis hin zum Koma⁴⁷ – oder aus anderen Gründen nicht möglich ist, ist der Sterbesege eine geeignete liturgische Form des begleitenden Gebetes. Der Sterbesege kann von Priestern oder Laien im Rahmen einer kleinen Feier gespendet werden und ist ein zeichenhafter Ausdruck der Nähe und Zuwendung Gottes. Er greift die Sprachlosigkeit in den Grenzsituationen, aber auch den von vielen Menschen empfundenen heiligen Ernst des Abschieds, des Todes und der Trauer auf. In einem Ritual können die Lebenden, insbesondere die Angehörigen, den Moment des Abschiednehmens gemeinsam mit dem Sterbenden betend gestalten. Das beim Segensgestus verwendete Weihwasser erinnert an die Taufe und lenkt damit den Blick auf die ewige Heimat des Sterbenden bei Gott.

Sterbebegleitung muss sich auf unterschiedliche Voraussetzungen einlassen. Es ist deshalb gut, dass sie auf eine reichhaltige Gebetspraxis zurückgreifen kann. Wir laden ein, die Sakramente neu zu entdecken und gleichzeitig weitere Angebote des Gebetes und des Segens in Anspruch zu nehmen, die zu jeder Zeit von allen Haupt- und Ehrenamtlichen, allen Getauften und Gefirmten gesprochen werden können, die Sterbende begleiten.

⁴⁷ Sofern Patienten zuvor wenigstens einschliessweise mit dem Empfang der Sakramente einverstanden sind, etwa weil sie eine entsprechende religiöse Praxis pflegten oder die Angehörigen dies bestätigen, kann die Krankensalbung durchaus auch mit Komapatienten gefeiert werden. Studien bestätigen ja inzwischen, dass auch bei bewusstseinsveränderten Zuständen Patienten mehr wahrnehmen, als man früher meinte.

4.3.4 Communio

Die Grundvollzüge der Seelsorge setzen die Gemeinschaft mit Gott wie der Christen untereinander ebenso voraus wie sie sie stiften und vertiefen.⁴⁸ Communio ist das lateinische Wort für Gemeinschaft. Es besagt, dass wir als Christen nicht allein sind: In unserer Beziehung zu Gott werden wir getragen und gehalten vom Glauben und der Gemeinschaft der ganzen Kirche, erfahrbar in konkreten Gemeinschaftsformen vor Ort.⁴⁹ Diese Beziehungen bewusst zu machen, zu fördern und zu stärken, ist eine wesentliche Aufgabe von Seelsorge. Gegenwärtig gewinnt sie umso größere Bedeutung, als sich in den westlichen modernen Gesellschaften eine immer größere Anonymisierung und gesteigerte Individualisierung durchsetzt. Gelebte Gemeinschaft lässt erfahren, dass es mehr Freude schenkt, Leben miteinander zu teilen als sich ängstlich von der Umwelt abzugrenzen. Auf diese Weise fördert sie die Grundwerte der Hospiz- und Palliativversorgung bereits im Alltag.

In jedes Menschenherz hat Gott die Berufung zur Liebe eingeschrieben. Die Taufe macht alle Kinder Gottes zu Geschwistern. Im Hören auf das Herz und auf das Wort Gottes, das darin seinen Nachhall bewirken will, ruft der Glaube ausdrücklich dazu auf, sich für seine Nächsten z. B. in der eigenen Familie, der Pfarrei, der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz etc. zu interessieren und mit ihnen in Beziehung zu treten (vgl. *Lk* 10,25–37). Wenn Christen ihr Leben mit anderen Menschen solidarisch teilen, werden sie sich auch über ihren Glauben und geistliche Erfahrungen austauschen. Sie werden miteinander Feste feiern und sich in Schwierigkeiten gegenseitig helfen. Freundschaften

⁴⁸ Vgl. Zweites Vatikanisches Konzil, Dogmatische Konstitution über die Kirche *Lumen gentium*, 1.

⁴⁹ Vgl. *ebd.*, 1–7.

können entstehen und helfen, Vereinzelung abzuwenden. Wo Menschen miteinander in Gemeinschaft treten, entstehen Wertschätzung, Respekt und Anteilnahme, also Haltungen, die auch wesentlich dazu beitragen können, psychischen Erkrankungen vorzubeugen oder sie zu lindern.

Solche Erfahrungen werden noch wichtiger in Momenten menschlicher Fragilität, vor allem bei schwerer Krankheit. Kranke und sterbende Menschen sind in besonderer Weise gefährdet zu vereinsamen. Sie sind aufgrund ihrer Schwäche und der notwendigen Behandlungen in ihren Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt. Deshalb hat der Besuch bei den Kranken große Bedeutung im Sinne der *Communio*. Durch den Krankenbesuch, insbesondere durch ehrenamtliche Besuchsdienste, wird die Verbindung zur christlichen Gemeinde aufrechterhalten. Seelsorgerinnen und Seelsorger und andere Besucherinnen und Besucher lassen die Kranken erfahren, dass sie nicht alleine gelassen und auch bei Gott nicht vergessen sind. Gerade im gemeinsamen Gebet mit den Kranken und in der Krankenkommunion kann die Verbindung zu Gott und zur eucharistischen Gemeinschaft der Kirche gestärkt werden.

Kranke und Pflegebedürftige sollten bestmöglich in das gemeindliche Leben einbezogen werden. Auch wenn aufgrund der Schwäche und des angegriffenen Gesundheitszustandes manche Hindernisse bestehen, ist Inklusion eine wichtige Forderung. Über Einzelbesuche hinaus gibt es vielfältige Möglichkeiten: Pfarrgottesdienste in Krankenhäusern und Pflegeheimen, gemeinsame Feiern, Konzerte, Bibelkreise und anderes mehr. Dabei denken wir an die Kranken selbst, aber auch an ihre von der Krankheit mitbetroffenen Angehörigen und nicht zuletzt an die Mitarbeiter in den medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.

Paulus hat die Kirche als Leib Christi beschrieben. Wenn ein Glied leidet, dann leiden alle Glieder mit ihm (vgl. *1 Kor* 12, 26). Wenn Christen das Leben in all seinen Facetten miteinander teilen, tragen und bejahen, tragen sie zum Aufbau der Kirche bei und fördern eine Kultur des Lebens. Sie bezeugen den Lebenswert eines jeden Lebens und machen dabei die Erfahrung, dass sie *alle* mit ihren Gaben zur Liebe und zur Gestaltung der Kirche berufen sind und aktiv an der Sendung Jesu Christi teilhaben.

4.4 Qualifizierung

Der gemeinschaftliche freiwillige Dienst in der Hospizarbeit bietet die besondere Chance, den gesellschaftlichen Umgang mit schwerer Krankheit und Sterben positiv zu gestalten. Der Bedarf an seelsorglicher Begleitung ist hoch, auch unter dem Vorzeichen einer veränderten Religiosität moderner Menschen. Dazu bedarf es einer angemessenen Ausbildung bzw. Qualifizierung. Diese ist für hauptamtliche Klinikseelsorger und -seelsorgerinnen weitgehend Standard. Insbesondere in dem komplexen System einer Klinik sind eine qualifizierte Vorbereitung auf den Dienst und eine kontinuierliche Begleitung der seelsorglichen Tätigkeit unerlässlich. Das Aufgabenspektrum der professionellen Klinikseelsorge hat sich in den vergangenen Jahren enorm erweitert, z. B. mit Blick auf die Ethikberatung, Seelsorge für Mitarbeiter, Weiterbildung und Gestaltung des christlichen Profils. Werden neue Rollen in angestammten Berufsfeldern geschaffen, besteht Klärungsbedarf, denn Haupt- und Ehrenamtlichen kommen verschiedene Aufgaben und ein unterschiedliches Maß an Verantwortung zu.

Durch die zunehmende ambulante Hospiz- und Palliativversorgung vor allem durch Hospizdienste und Dienste der speziali-

sierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist es notwendig, auch Seelsorgerinnen und Seelsorger in den Gemeinden für das Feld der diakonischen Pastoral zu befähigen und zu qualifizieren. Als Teil eines multiprofessionellen Teams haben sie die Aufgabe, präsent zu sein und kirchliche Seelsorge in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen zu profilieren. Gleichzeitig besitzen sie die Kenntnis und Erfahrung, freiwillig Engagierte auszubilden, zu vernetzen und zu begleiten.

Ehrenamtliche sollen befähigt werden, die Kompetenzfelder der Seelsorge, die besonders im Bereich der Wahrnehmungs- und Fürsorgekompetenz, der Sprachfähigkeit und der Gebetsformen liegen, zu vertiefen. Voraussetzung hierfür sind die persönliche Bereitschaft und das eigene Charisma, das während der Zeit des Einsatzes in der Sterbebegleitung durch Supervision, Exerzitien und Fallbesprechungen gepflegt werden muss. „Die Suche nach einem bestimmten Standard von Qualität widerspricht daher nicht dem Gabecharakter von Charismen und Ämtern, sondern bringt deren Wertschätzung als empfangene Geschenke erst in rechter Weise zur Geltung.“⁵⁰

Die Anforderungen der Qualifizierung sind schrittweise zu entwickeln und zu dokumentieren. Die damit verbundene Verschiedenheit in den Kompetenzen ist nicht nur für die Kirche eine Herausforderung, sondern auch für die anderen Professionen im palliativen Bereich. Gerade in der multiprofessionellen Hospiz- und Palliativversorgung wird eine qualitätsorientierte Seelsorge nicht allein durch pastorale Aus- und Fortbildung aufgebaut, sondern auch durch den verbindlichen Dialog der Berufsgruppen untereinander, der in den Diözesen die ständige Fortentwicklung ihrer Handlungskonzepte ermöglicht.

⁵⁰ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): „*Gemeinsam Kirche sein*“. *Wort der deutschen Bischöfe zur Erneuerung der Pastoral*. Die deutschen Bischöfe Nr. 100 (Bonn 2015), S. 41.

5. Schluss

Wenn Menschen unheilbar erkrankt sind, sind sie nicht unbehandelbar, sondern haben aufgrund ihrer unantastbaren Würde ein Anrecht auf fürsorgende Begleitung – medizinisch-pflegerisch sowie psychosozial und seelsorglich. Dies in der gegenwärtigen Debatte um die Fragen am Lebensende zu verdeutlichen sowie die Angebote der Sterbebegleitung der katholischen Kirche zu reflektieren war die Absicht des vorliegenden Schreibens. Dabei ist die christliche Berufung besonders hervorgetreten. Nach dem Vorbild des barmherzigen Samariters sind Christinnen und Christen gerufen, sich zum Nächsten der Verwundeten und Gebrechlichen zu machen und ihre Not zu lindern. Nicht selten leiden Kranke an existenziellen Fragen oder einem Mangel an Sinn und Hoffnung. Im Blick auf Jesus Christus, der das Licht und das Heil der Welt ist, bezeugen Seelsorgerinnen und Seelsorger den Grund ihrer Hoffnung (vgl. *1 Petr* 3,15), der ihnen wie allen Menschen geschenkt ist. Sie reden und handeln in dem Bewusstsein, dass jeder Mensch sein Leben von Gott empfängt und für die ewige Gemeinschaft mit Ihm geschaffen ist. So wirken sie oftmals schon durch ihre Präsenz tröstend und heilend und verweisen auf den lebendigen Gott des Glaubens, für den sie selbst leben (vgl. *Röm* 6,11).

Seelsorgerinnen und Seelsorger wie auch die vielen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen leisten am Krankenbett einen unverzichtbaren Dienst. Wir sind dankbar, dass sie den Leidenden und Sterbenden nahe sind und den interdisziplinären Dialog zur Ethik, Sinnstiftung und Begleitung am Lebensende kompetent mitgestalten.