

Besuch Leben Spiritualität
Professionalität Dienst Qualifikation
Leben
Krankheit Begleitung Vertrauen
Hoffnung **Seelsorge**
Zuwendung Menschen
Gesundheit Hilfe
Gott Netzwerk Trauer Gespräch
Trost Begegnung Glaube
Notlage

Katholische **Klinikseelsorge**
Katholische **Notfallseelsorge**
im Bistum Hildesheim

Inhaltsverzeichnis

Klinikseelsorge im Bistum Hildesheim

1.	Rahmen und Grundlagen	6
2.	Veränderungen im Gesundheitswesen	7
2.1	Ökonomische Gesetzmäßigkeiten dominieren die Gesundheitsversorgung	7
2.2	Einführung eines neuen Vergütungssystems	7
2.3	Spezialisierung und Binnendifferenzierung	8
2.4	Veränderung der Rolle der Patientinnen und Patienten	8
2.5	Durchlässige Versorgungsstrukturen	9
2.6	Bedeutungszuwachs von Intensiv- und Hightech-Medizin	10
2.7	Stärkung der Patientenautonomie	10
2.8	Konsequenzen für die Seelsorge	11
3.	Theologische Grundlegung der Klinikseelsorge	12
3.1	Der kranke Mensch	12
3.2	Biblische Grundlegung	12
3.3	Lehre der Kirche	13
3.4	Selbstverständnis der katholischen Klinikseelsorge im Bistum Hildesheim	14
3.5	Die Seelsorgerinnen und Seelsorger	16
4.	Aufgabenbereiche der Klinikseelsorge	16
5.	Vernetzungen im lokalen kirchlichen und gesellschaftlichen Kontext	18
5.1	Klinikseelsorge im Zusammenhang pastoraler Entwicklungen im Bistum Hildesheim	18
5.2	Das Miteinander von hauptamtlichen, hauptberuflichen und ehrenamtlichen Diensten in der Kranken- und Klinikseelsorge	20
5.3	Interdisziplinäre, ökumenische und gesellschaftliche Vernetzungen	21

6.	Kompetenzen und Rahmenbedingungen	22
6.1	Erforderliche Kompetenzen	22
6.2	Rahmenbedingungen	25
7.	Herausforderungen	25
8.	Literaturverzeichnis	28

Orientierungsrahmen für die Notfall- und Katastrophenseelsorge im Bistum Hildesheim	30
1. Grundlagen der Notfallseelsorge	30
2. Inhalte der Notfallseelsorge	32
3. Strukturelle Elemente der Notfallseelsorge	33
4. Koordination der Notfallseelsorge	34
5. Qualifikation/Aus- und Fortbildung	34
5.1 Hauptamtliche und hauptberufliche pastorale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	34
5.2 Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	35
6. Literaturverzeichnis	35

Anhang 1

Anhang 2

Klinikseelsorge im Bistum Hildesheim

1. Rahmen und Grundlagen

Die Sorge um kranke, leidende, hilfsbedürftige und ausgestoßene Menschen steht im Zentrum der biblischen Botschaft. Die Identifikation Jesu mit diesen Menschen ist Beispiel und Auftrag für das Leben aus dem christlichen Glauben. Die Sorge Gottes um alle Menschen und ihr Heil setzt sich in der Kirche fort in der Krankenseelsorge und in der Seelsorge in klinischen Einrichtungen im Besonderen, in der Altenheimseelsorge, in Hospiz- und Besuchsdiensten und in der Nachbarschaftshilfe.

Aufgabe der Klinikseelsorge ist es, Menschen in der Klinik in ihrer spezifischen Situation Hilfe zu sein. Dies geschieht durch Begegnung, Wahrnehmung, Begleitung, Deutung, Zuspruch und heilsame Zuwendung. Leben und Krankheit werden im Glauben gedeutet, es wird gebetet, Gottesdienste werden gefeiert. So wird die Klinik zu einem Lebens- und Erfahrungsort von Kirche.

Priester und Diakone sowie hauptberufliche Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger sind aufgrund ihrer Berufung durch Taufe und Firmung, ihrer geistlichen Grundhaltung und persönlichen Integrität, ihrer theologischen und pastoralen Grundausbildung, ihrer spezifischen Zusatzausbildungen, ihrer regelmäßigen fachlichen Weiterqualifikation (s. Kap. 5.1) und aufgrund ihrer Weihe bzw. aufgrund einer bischöflichen Beauftragung für diesen Dienst befähigt.

Eine der wesentlichen Ausdrucksformen katholischer Kranken- und Klinikseelsorge ist die Spendung des Sakraments der Krankensalbung. Alle Priester sind in besonderer Weise durch das Weihesakrament befähigt, in der Vollmacht und im Namen Jesu dessen heilende Zuwendung in der Spendung der Sakramente Wirklichkeit werden zu lassen. Diese Befähigung ist zugleich priesterliche Verantwortung und unverzichtbarer pastoraler Auftrag.

Vor allem durch den Krankenbesuch und die Überbringung der Krankenkommunion wird die Verbindung zwischen den Gemeinden und ihren Kranken sichtbar.

Die Sorge um Kranke ist Wesensbestandteil kirchlicher Identität und pastoraler Auftrag der Kirche. Die Verantwortung dafür liegt sowohl beim Bis-

tum wie auch vor Ort bei den jeweiligen Leitungen von Dekanat und Pfarrei. Priester und Diakone, hauptberuflich und ehrenamtlich Mitarbeitende im Netzwerk lokaler Kirche geben Zeugnis von ihrem Glauben, wenn sie sich gemeinsam mit anderen Institutionen und Gruppierungen am konkreten Ort den Kranken und Notleidenden zuwenden. Dabei wirkt – auf der Grundlage lokaler pastoraler Planungen – Klinikseelsorge über die Grenzen der Einrichtung hinaus, und umgekehrt werden gemeindliche Dienste Aufgaben in Einrichtungen des Gesundheitssektors übernehmen.

2. Veränderungen im Gesundheitswesen

2.1 Ökonomische Gesetzmäßigkeiten dominieren die Gesundheitsversorgung

In den vergangenen Jahren ist eine von der Politik gewünschte Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu beobachten. Die Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung hin zu einem Gesundheitsmarkt, auf dem Kliniken als Dienstleistungsunternehmen agieren, ist mit weitreichenden Konsequenzen und Veränderungen für sie verbunden. Vorgaben aus der Gesundheitsreform (u. a. Budgetierung) sowie zunehmende Wandlungen der Betreiber von öffentlich-rechtlichen zu privatwirtschaftlichen Unternehmen kennzeichnen das Feld.

Marktmechanismen fordern von den Anbietern, sich auf einem stark umkämpften Terrain zu positionieren und gegen Mitbewerber am Markt abzugrenzen. Kliniken sind bestrebt, Fallzahlen und Behandlungsqualität zu steigern und Abläufe zu optimieren. Hier führt die Konkurrenzsituation auch zu einem Zugewinn für Patientinnen und Patienten.

2.2 Einführung eines neuen Vergütungssystems

Ein wesentlicher Teil der Veränderungen in den Kliniken ist auf die Einführung von Fallpauschalen oder Diagnosis Related Groups (DRGs) als Vergütungsformen zurückzuführen. In diesem Entgeltsystem werden medizinische Leistungen pro Behandlungsfall pauschal erstattet.

Infolge dieses Verfahrens ist die Verweildauer in den Kliniken in den vergangenen Jahren drastisch gesenkt worden. Dies führt zu einer maßgebli-

chen Arbeitsverdichtung bei allen Beschäftigten, da deutlich mehr und erheblich kränkere Menschen pro Jahr von immer weniger Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in kürzerer Zeit behandelt und gepflegt werden. Der damit einhergehende Leistungs-, Entscheidungs- und Zeitdruck belastet Mitarbeitende aller Berufsgruppen. Die standardisierte Vereinheitlichung hat zur Folge, dass der erkrankte Mensch mit seiner persönlichen Geschichte, mit seinen Bedürfnissen nach individueller Verarbeitung des eigenen Krankseins, mit seinen Wünschen nach Zuwendung und Empathie aus dem Blick zu geraten droht. Patientinnen und Patienten erleben die funktionalisierten klinischen Behandlungsabläufe häufig als anonym und undurchschaubar.

2.3 Spezialisierung und Binnendifferenzierung

Spezialisierte Fachabteilungen können aufgrund der DRG-Vergütung hohe Gewinne erzielen. Größere Kliniken oder Klinikverbände setzen diese Erlöse zur Mitfinanzierung wenig profitabler Abteilungen ein. Demgegenüber sind kleinere Krankenhäuser oder Kliniken mit Allgemeinversorgungsauftrag in einer benachteiligten Position. Das führt auch bei ihnen zu Spezialisierungen auf Kosten der Allgemeinversorgung. Insgesamt soll und wird sich die Gesamtzahl der Kliniken in Deutschland weiter verringern. Patientinnen und Patienten sowie ihnen Nahestehende werden weitere Wege in Kauf nehmen müssen, um spezifische Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können bzw. um ihre Angehörigen in Kliniken zu besuchen.

2.4 Veränderung der Rolle der Patientinnen und Patienten

Durch die Kommerzialisierung der Krankenversorgung verändert sich nicht nur die Kliniklandschaft, sondern auch die Rolle der Patientinnen und Patienten. Sie werden dem Markt entsprechend zu „Kundinnen“ und „Kunden“. In diesem Prozess gewinnen neben der sozialen Dimension – Menschen sind in Zeiten von Krankheit ganz besonders auf Fürsorge, Unterstützung und Solidarität ihrer Mitmenschen angewiesen – zunehmend marktwirtschaftliche Werte an Bedeutung. Der Begriff „Kundin“ bzw. „Kunde“ suggeriert, dass deren Wünsche und Bedürfnisse im Zentrum stehen und dass es sich um eine partnerschaftliche Geschäftsbeziehung zwischen zwei gleichberechtigten Parteien handelt. Diese bringen die je eigenen Interessen in Form eines Vertrages zum Ausgleich. Essentieller

Bestandteil einer Kundenrolle ist die Souveränität, mit der über den je eigenen Konsum entschieden wird. Diese Vorstellung von Mündigkeit, Wahlfreiheit und Tauschhandel auf die Situation Kranker zu übertragen, wird der Grenzsituation menschlichen Lebens jedoch nicht gerecht. Diese ist vielmehr gekennzeichnet durch die Verwundbarkeit (Vulnerabilität) menschlichen Lebens, die mit Ausgeliefertsein, Angst und Ohnmacht verbunden ist – somit dem Gegenteil von Souveränität. In einer akuten Krankheitsphase ist die eigene Wahlfreiheit extrem eingeschränkt, und Kranke sind auf die moralische Verantwortung ihrer Mitmenschen angewiesen. In dieser asymmetrischen Beziehung bedarf es der assistierenden Begleitung durch Menschen, welche die Würde der Schwachen achten und ihnen fürsorglich begegnen, ohne in Bevormundung zu verfallen. Die unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten von Kranken verstärken dabei die bereits bestehende Asymmetrie.

2.5 Durchlässige Versorgungsstrukturen

Weiterer Bestandteil der Gesundheitsreform ist das Konzept der „integrierten Versorgung“, das die bis dato starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwindet. „Die integrierte Versorgung stellt eine sektorenübergreifende Patienten/-innenversorgung dar, ... u. a. eine vernetzte und geschlossene Patientenbetreuung mit einem durchgängigen Behandlungskonzept vom niedergelassenen Arzt zum Krankenhaus, zur ambulanten/stationären Rehabilitationsbehandlung und wieder zum niedergelassenen Arzt.“¹ Diese Entwicklungen erfordern eine intensive Zusammenarbeit von Fachkliniken, nachsorgenden medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, Rehabilitations- und Anschlussheilbehandlungseinrichtungen sowie Hospiz- und Palliativ-Care-Diensten. Die notwendige Netzbildung kann zu einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten führen, da eine ganzheitliche Sicht auf die je eigene Lebenssituation ermöglicht wird. Kritische Stimmen geben jedoch zu bedenken, dass gerade ältere und chronisch kranke Menschen aus diesem System herausfallen und zukünftig nicht angemessen versorgt werden könnten, weil ihre Behandlung dauerhaft mit (zu) hohen Kosten verbunden ist. Neben dieser eher marginalisierten Gruppe gibt es allerdings auch Patientengruppen, die sich z. B. durch die Organisa-

.....
¹ Vgl. Geerlings: Implikationen der Integrierten Versorgung. Das Ideal von verbesserter Patientenversorgung und Kostenersparnis mit Leben füllen, 2004, S. 345–348

tion in Selbsthilfenetzwerken Selbstbewusstsein, Kompetenzen und Kenntnisse aneignen, mit denen sie zu ihren Gunsten im Gesundheitssystem agieren.

Zudem bleibt zu bedenken, ob sich durch die von den Krankenkassen mit den Anbietern der Gesundheitsleistungen geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung der Service für die Versicherten tatsächlich verbessert oder ob dadurch nicht die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten viel mehr eingeschränkt wird.

Die angesprochenen Fragen betreffen Themenkomplexe der Wirtschafts- und der Gesundheitsethik und -politik. Wie auch in anderen wichtigen Bereichen der Gesellschaft ist zu klären, ob der Markt ein geeignetes Instrument ist, um erwünschte Effekte „automatisch“ zu erreichen, oder ob steuernde Eingriffe nötig sind.

2.6 Bedeutungszuwachs von Intensiv- und Hightech-Medizin

In den vergangenen Jahren hat durch den enormen medizinischen und medizintechnischen Fortschritt die Intensiv- und Hightech-Medizin bei Diagnostik und Behandlung an Bedeutung gewonnen. Diese Entwicklung bringt neben den großen Heilungserfolgen auch neue bioethische Fragestellungen mit sich. Nicht jede durchführbare Diagnostik ist für den Therapieverlauf relevant, und nicht jede therapeutisch mögliche Behandlung mehrt zwangsläufig das Wohl der Patientinnen und Patienten. Daher sind qualifizierte Entscheidungsprozesse notwendig, die ein medizinisch sinnvolles Therapieangebot mit der Lebensplanung und den persönlichen Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten in Beziehung setzen. Das Ziel muss dabei sein, dass auch in Situationen schwerer Krankheit, in denen Menschen besonders verletzlich sind und sich teilweise nicht (mehr) äußern können, die persönliche Würde und die Freiheit der Entscheidung bewahrt werden.

2.7 Stärkung der Patientenautonomie

In den vergangenen 25 Jahren hat der verstärkte öffentliche Diskurs über Inhalt und Bedeutung der Patientenautonomie zu einem immer größeren

Einfluss auf die medizinische Praxis geführt. Dieser Diskurs hat die Debatte in Medizin- und Bioethik dominiert. Die Aufwertung und Festschreibung der Patientenautonomie verändert insbesondere die Beziehung zwischen den Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und den Ärztinnen und Ärzten auf der anderen. Verstärkt wird diese Entwicklung noch durch die Einrichtung interdisziplinär besetzter Klinischer Ethikkomitees als Instrumente zur Sicherung der Patientenautonomie.

2.8 Konsequenzen für die Seelsorge

Die dargelegten Veränderungen im Gesundheitswesen wirken sich auch auf das Selbstverständnis von Seelsorge in dem System Klinik aus. Gab es früher seitens der Kliniken wenig Interesse an der Seelsorge, so sind heute andere Tendenzen erkennbar. Insbesondere durch Leitbildprozesse, die in zahlreichen Kliniken initiiert wurden, sind auch sogenannte weiche Faktoren ins Blickfeld geraten. Diese betreffen insbesondere die Kommunikationskultur zwischen Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden und Angehörigen, die sich auf ein humanistisches Menschenbild bezieht und die Basis allen Handelns bilden soll. An dieser Stelle wird Seelsorge anschlussfähig an die Denkweisen der Kliniken, weil sie mit deren Zielen übereinstimmt. Sie wird daher unterstützend und positiv bewertet. Zudem wirkt sich ihre Arbeit förderlich auf die Außenwirkung einer Klinik aus.

So ist auch in unserem Bistum zu beobachten, dass sich selbst nichtkirchliche Krankenhausträger um Klinikseelsorge bemühen und zur Teil- oder Refinanzierung bereit sind.

In Zeiten von Finanzknappheit sind Refinanzierungsangebote verlockend. Dabei ist jedoch dringend sicherzustellen, dass die Dienst- und Fachaufsicht den Kirchen obliegt. Die Definitionsmacht darüber, was Seelsorge ist und wie sie arbeitet, muss bei den Kirchen verbleiben (s. Kapitel 3 und 4). Wenn Kliniken eigene Finanzmittel für Seelsorge investieren, besteht die Gefahr, dass sie über eigene Qualitätskriterien diese „eingekaufte“ Arbeit sicherstellen und kontrollieren wollen.

Eine Herausforderung stellt auch die künftige Sicherstellung von Seelsorge in Kliniken und im gesamten Gesundheitswesen durch den kirchlichen Träger dar. Dem steigenden Bedarf an Seelsorge durch den Bedeutungsgewinn von Spiritualität bei der Krankheitsbewältigung steht die sinkende Zahl an pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber. Diese Spannung wird sich zukünftig noch verstärken.

3. Theologische Grundlegung der Klinikseelsorge

Die Sorge für die Kranken ist seit jeher nicht nur ein wichtiger Bestandteil kirchlicher Pastoral, sondern als Teil der diakonischen Dimension ein Konstitutivum von Kirche. Dies unterstreicht Papst Benedikt XVI., wenn er in seiner Enzyklika „Deus Caritas Est“ festhält: „Alles Handeln der Kirche ist Ausdruck einer Liebe, die das ganzheitliche Wohl des Menschen anstrebt.“² Im gleichen Dokument betont der Papst: „Der Liebesdienst ist für die Kirche nicht eine Art Wohlfahrtstätigkeit, die man auch anderen überlassen könnte, sondern er gehört zu ihrem Wesen, ist unverzichtbarer Wesensausdruck ihrer selbst.“³

3.1 Der kranke Mensch

Krankheit bedeutet für den einzelnen Menschen immer eine Krise – sowohl körperlich, psychisch, sozial als auch spirituell. Der Mensch hat nicht nur eine Krankheit, sondern er fühlt sich als ganzer krank. Kranke erleben sich ausgeliefert, auf ihre Körperlichkeit reduziert, isoliert, zeitlich fremdbestimmt, defizitär und als Belastung für andere. Sie erfahren die Zerbrechlichkeit und Endlichkeit ihres Lebens. So werden Fragen nach dem Sinn des Lebens laut. Kranke sind auf Hilfe angewiesen. Diese Hilfeleistung wird in der christlichen Tradition als Gebot der Nächstenliebe benannt, die jedem Menschen zuteilwerden soll.

Heilung ist nicht nur einfach die Wiederherstellung der Funktionalität des Körpers, sondern ein ganzheitlicher Prozess, in dem der einzelne Mensch zu sich selbst finden kann – vielleicht auch gerade aufgrund schwerer Krankheit.

3.2 Biblische Grundlegung

Die Klinikseelsorge gründet im Wesentlichen auf drei biblischen Motiven: Da ist zunächst das Bild des mitgehenden Gottes des Ersten Testaments zu nennen. Gott erwählt sein Volk in aller Freiheit und schließt mit ihm einen unverbrüchlichen Bund; er ist mit den Menschen seines Volkes unterwegs, sieht ihre Not und hört ihre Klage.

.....
2 Benedikt XVI.: Deus Caritas Est, 2005, Nr. 19

3 Ebd. Nr. 25

In Jesus wird dieser mitgehende Gott als Mensch sichtbar und begreifbar. Er wendet sich den Kranken zu. Ihn „jammert“ das Schicksal der Kranken – die leidenden Menschen gehen ihm zu Herzen, berühren ihn im Innersten. Sein Auftrag an seine Jünger ist dementsprechend, „... das Reich Gottes zu verkünden und die Kranken zu heilen“ (Lk 9,2), die Kranken zu besuchen und ihn selbst in ihnen zu erkennen.

Das Zentrum christlichen Glaubens bilden Tod und Auferstehung Jesu. Dass Jesus selbst gelitten hat und gestorben ist, bedeutet Trost; dass er auferstanden ist, bedeutet eine echte Hoffnungsperspektive, die in Krankheit, Leid, Sterben und Tod tragen kann.

3.3 Lehre der Kirche

Durch ihre ganze Geschichte hindurch hat sich die Kirche den Kranken und Notleidenden zugewandt. Die Begegnung mit Kranken und Leidenden ist ein wesentlicher Bestandteil kirchlicher Identität. Dies hat auch das II. Vatikanische Konzil deutlich unterstrichen:

→ „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.“⁴

→ „In ähnlicher Weise umgibt die Kirche alle mit ihrer Liebe, die vonmenschlicher Schwachheit angefochten sind, ja in den Armen und Leidenden erkennt sie das Bild dessen, der sie gegründet hat und selbst ein Armer und Leidender war. Sie müht sich, deren Not zu erleichtern, und sucht Christus in ihnen zu dienen.“⁵

Konkrete Hilfe und liebevolle mitmenschliche Zuwendung zu Kranken und Bedürftigen wird als Grundvollzug christlichen Lebens und Handelns sowie als Wesensvollzug von Kirche benannt: „Die in Gottesliebe verankerte Nächstenliebe ist zunächst ein Auftrag an jeden einzelnen Gläubigen, aber sie ist ebenfalls ein Auftrag an die gesamte kirchliche Gemeinschaft, und dies auf allen ihren Ebenen.“⁶ Auch in der Sorge um die Kranken

4 Gaudium et spes. Pastorale Konstitution über die Kirche in der Welt von heute, Nr. 1 in: Rahner/Vogel: Kleines Konzilskompendium, 1966

5 Ebd. Lumen Gentium. Dogmatische Konstitution über die Kirche, Nr. 8

6 Benedikt XVI.: 2005, Nr. 20

realisiert sich dieser karitative Grundauftrag. Dieser gilt nicht nur jeder einzelnen Christin und jedem einzelnen Christen, sondern ihrem Wesen entsprechend der gesamten Kirche in ihrer gemeinschaftlichen Verfasstheit: „Die karitativen Organisationen der Kirche stellen ... ihr *opus proprium* dar, eine ihr ureigenste Aufgabe, in der sie nicht mitwirkend zur Seite steht, sondern als unmittelbar verantwortliches Subjekt selbst handelt und das tut, was ihrem Wesen entspricht. Von der Übung der Liebestätigkeit als gemeinschaftlich geordneter Aktivität der Gläubigen kann die Kirche nie dispensiert werden.“⁷

Für die Kirche in Deutschland haben die Bischöfe bereits 1998 in ihrer Verlautbarung „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ diese Grundposition formuliert: „Die Sorge Gottes um den Menschen, um sein Heil, soll sich im Leben der Kirche fortsetzen.“⁸ Mit Blick auf die Lebenswirklichkeit unserer Kirche heißt es dort weiter: „Das Wirken der Jünger im Auftrag Jesu ‚Heilt Kranke!‘ (Mt 10,8) sowie der Brauch der ersten Christengemeinden, sich in Gebet, Handauflegung und Salbung durch die Ältesten den Kranken zuzuwenden (vgl. Jak 5,13–15), ist für die gesamte Geschichte der Kirche richtungsweisend geworden.“⁹ So werden neben menschlicher Zuwendung im Krankenbesuch das Gebet mit und für einen kranken Menschen, der Krankensegen, das Überbringen der Krankenkommunion und die Spendung der Krankensalbung als konkrete Zeichen der Nähe Gottes benannt, deren Vollzug sich die Kirche zu einer ihrer elementarsten Aufgaben macht.

3.4 Selbstverständnis der katholischen Klinikseelsorge im Bistum Hildesheim

In den 70-er Jahren traten dank der Erkenntnisse von Psychologie und Soziologie begleitende und beratende Gespräche in der Klinikseelsorge in den Vordergrund. Das brachte der Klinikseelsorge – neben einer größeren Professionalität – eine hohe Akzeptanz in den Kliniken ein. Dies ist nach wie vor ein wichtiger Bereich der Klinikseelsorge. Zudem gibt es heute eine Re-Organisation der Klinikseelsorge hin zur spirituellen Begleitung,

.....

7 Ebd. Nr. 29

8 Die deutschen Bischöfe: Die Sorge der Kirche um die Kranken. Pastorale Handreichung der Deutschen Bischöfe, Nr. 60 1998, S. 11

9 Ebd. S. 11

die sie der großen Wirkung der Palliative Care zu verdanken hat. Grundlage dafür ist das WHO-Modell von 2007, in dem die spirituelle Begleitung als konstitutiv für die Begleitung von Patientinnen und Patienten betrachtet wird. „Palliative Care ist ein Ansatz, mit dem die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit [...] konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden [...] und Behandlung von Schmerzen und anderen psychischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“¹⁰ Die Begleitung in Fragen der Spiritualität ist das Proprium von Klinikseelsorge.

Es ist jedoch festzustellen, dass die Spiritualität der Menschen immer weniger in kirchliche Strukturen eingebunden ist und in kirchlicher Sprache und in kirchlichen Symbolen ihren Ausdruck findet. Die Beheimatung im christlichen Glauben nimmt ab, aber die Sehnsucht nach spirituellem Getragensein ist nach wie vor vorhanden. Darüber hinaus ist eine zunehmende Pluralisierung festzustellen. Das bedeutet, dass Menschen an den unterschiedlichsten Orten nach etwas suchen, das hilft und trägt. Dabei werden durchaus christliche Symbole genutzt. Daneben haben Elemente fernöstlicher Spiritualität und esoterische Methoden einen wachsenden Anteil an der spirituellen Suche der Menschen. Hierbei kommt es zuweilen auch zu Vermischungen verschiedener religiöser Überzeugungen.

Wenn spirituelle Praktiken, gleich welcher Art, zu Techniken oder Methoden der Selbsterlösung oder -heilung reduziert werden und der transzendente Bezug, der Anschluss an das „große Ganze“ bzw. an Gottes Wirklichkeit dabei aus dem Blick gerät, machen Menschen häufig die Erfahrung, dass „spirituelle Praktiken“ auf den ersten Blick scheinbar helfen und entlasten, aber nicht auf Dauer nähren und im oben beschriebenen Sinne heilsam wirken.

Die Suche der Menschen nach einer Spiritualität, die tragen und helfen kann, ist Ausgangspunkt dafür, Suchenden den christlichen Glauben im besten Sinne missionarisch zu eröffnen. Seelsorge ist herausgefordert, die christliche Botschaft in eine den Menschen verständliche Sprache zu fassen. So bestimmt der christliche Glaube an Gottes Menschwerdung – Jesu Leben und Wirken, sein Leiden, sein Tod und seine Auferstehung – den

10 WHO: Palliativ Care, 2007

seelsorglichen Umgang mit Leiden und Tod. Er kann für Menschen in Krisen eine Quelle der Neuorientierung und des Trostes werden. Dem Empfang der Sakramente (insbesondere Krankenkommunion und Krankensalbung) wie auch der Spendung von Sakramentalien als wirksame Zeichen des Heiles kommt dabei eine wesentliche Rolle zu.

So verbinden sich das Dogma als Schatz christlichen Glaubens mit der Pastoral als dem Handeln der Kirche in dieser Zeit. Im Dienst am kranken Menschen kann der christliche Glaube seine heilende Kraft entfalten.

3.5 Die Seelsorgerinnen und Seelsorger

In einfühlsamer Begegnung mit den Leidenden kann es geschehen, dass sich der Horizont der Hoffnung aufschließt, wo es keine Hoffnung mehr gibt. Seelsorgerinnen und Seelsorger in der Klinik haben aufgrund des Glaubens an den Auferstandenen eine Hoffnung, die auch in schwierigsten Situationen tragen und halten kann. Dieser Glaube ermöglicht es ihnen mitzugehen, sich immer wieder neu auszusetzen und Leiden mit auszuhalten. Leiden an sich ist nicht zu verstehen. Im Glauben an den allmächtigen Gott können die Seelsorgerinnen und Seelsorger aber darauf vertrauen, dass er es ist, der mitträgt. Sie können sich als Werkzeug verstehen, das die Liebe Gottes zu den einzelnen Menschen durchscheinen lässt, besonders zu denen, die stark belastet sind.

4. Aufgabenbereiche der Klinikseelsorge

Das spezifische Angebot der Seelsorge, das sich an Patientinnen und Patienten sowie an deren Angehörige richtet, lässt sich mit dem Dreipass „Begleiten – Symbolisieren – Begehen“¹¹ beschreiben:

Gottes Zuwendung zum Menschen verleiht sich in Beziehungen. Insofern ist die **Begleitung** von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen Ausgang und Grundlage allen seelsorglichen Handelns. Beim **Symbolisieren** und beim Deuten des eigenen Lebens wie auch bei der Suche nach Sinn unterstützt Seelsorge die Menschen; sie schlägt eine Brü-

.....

11. Weiher: Mehr als Begleiten. Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, 2001, S. 27ff

cke zwischen den Erfahrungen Einzelner und dem „Lebenswissen von Religionen und der symbolisch-narrativ gespeicherten menschlichen Weisheit.“¹² **Im Begehen** wird durch Gebet, Segnung, Gottesdienst und Sakramente die Nähe und Gegenwart Gottes in den Lebens- und Leidensgeschichten von Patientinnen und Patienten zum Ausdruck gebracht und gefeiert.

Kontakte zu den Mitarbeitenden: Klinikseelsorge versteht sich ebenso als Ansprechpartnerin für die Mitarbeitenden, insbesondere bei Fragen und Problemen, die sich aus der Tätigkeit im Dienst für kranke und hilfsbedürftige Menschen in der Klinik ergeben. Dies geschieht in individuellen Gesprächen oder Gesprächsrunden mit ganzen Teams, im Rahmen der Weiterbildung sowie in spirituellen Angeboten und in Seminaren zur Burnoutprophylaxe.

Ökumenische und interreligiöse Zusammenarbeit: Kranke zu besuchen und für sie da zu sein, ist ein Grundauftrag des Evangeliums und verpflichtet die christlichen Kirchen und ihre Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger zur Zusammenarbeit und zu gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung. Dabei sollen Gemeinsamkeiten betont und Verschiedenheiten nicht verschwiegen werden. Klinikseelsorge ist darüber hinaus aufmerksam für spirituelle Bedürfnisse von Menschen, die einer anderen Religion oder Kultur angehören. Auf Wunsch wird Kontakt zu Repräsentanten der jeweiligen Religion hergestellt.

Missionarische Seelsorge: Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger stehen auch Menschen ohne kirchliche oder religiöse Bindung zum Gespräch und zur (spirituellen) Begleitung zur Verfügung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Sie findet statt mit dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal und mit den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus (s. Kap. 5.3).

Mitarbeit in Klinischen Ethikkomitees: Ethische Fragestellungen sind seit jeher essentielle Bestandteile der an Behandlung und Pflege beteiligten Berufsgruppen. Aufgrund des medizintechnischen Fortschritts, der wachsenden Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts, des Pluralismus der

.....
12 Ebd. S. 38

vorhandenen Moralvorstellungen und zunehmender Multikulturalität unserer Gesellschaft erweisen sich traditionelle Lösungsmuster in der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie im Verhältnis von Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin immer wieder als unzureichend. Es scheint daher notwendig, neue Strategien zur Lösung ethischer Konfliktlagen in der Klinik zu entwickeln. Klinische Ethikberatung und Klinische Ethikkomitees sind Methoden und Instrumente, um das Bewusstsein für ethische Fragestellungen zu schärfen. Sie zielen darauf, Fallanalysen unter ethischen Kriterien durchzuführen, Entscheidungsprozesse zu qualifizieren und Handlungsempfehlungen auszusprechen. In interdisziplinären Klinischen Ethikkomitees leistet Seelsorge ihren spezifischen Beitrag zum Wertediskurs, wenn um ethisch angemessenes Handeln bei Pflege und Behandlung gemeinsam gerungen wird.

Mitarbeit bei Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen klinischen Berufsgruppen: Spirituelle Ressourcen im Krankheitsprozess von Menschen wahrzunehmen und zu erkennen, wie diese im Heilungsprozess nutzbar gemacht werden können, sind Kernaufgaben von Klinikseelsorge. Für diese Dimension in der Begleitung von Menschen steht die Klinikseelsorge im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der unterschiedlichen Berufsgruppen in der Klinik. Darüber hinaus zählen Begleitung in und die Bewältigung von Krisen, Trauer und Tod zu ihrem Arbeitsfeld, ferner die Weiterbildung sowie die Beteiligung beim Diskurs ethischer Problemstellungen z. B. am Lebensbeginn und am Lebensende.

Schulung und Begleitung ehrenamtlich Mitarbeitender in der Klinikseelsorge: Zur besonderen Rolle der hauptamtlichen und hauptberuflichen Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger bei der Begleitung ehrenamtlich Mitarbeitender siehe die Ausführungen in Kap. 5.2.

5. Vernetzungen im lokalen kirchlichen und gesellschaftlichen Kontext

5.1 Klinikseelsorge im Zusammenhang pastoraler Entwicklungen im Bistum Hildesheim

Mit der Klinikseelsorge werden im Bistum Hildesheim Priester, Diakone, Pastoralreferentinnen oder -referenten, Gemeindereferentinnen oder -referenten und in Einzelfällen auch Theologinnen und Theologen betraut, alle mit entsprechender Zusatzqualifikation. Desweiteren sind einige Or-

densangehörige in zumeist kirchlichen bzw. ordenseigenen Kliniken pastoral tätig. Die Fachaufsicht obliegt der Hauptabteilung Pastoral im Bischöflichen Generalvikariat.

Die in der Klinikseelsorge Tätigen sind in der Konferenz der Klinikseelsorge im Bistum Hildesheim vernetzt. Diese Dienstveranstaltung enthält Fortbildungselemente und einen ausführlichen Konferenzteil. Darüber hinaus gibt es regionale und fachbezogene Vernetzungen als Untergruppierungen der Konferenz, die sich nach Bedarf treffen. Die fachliche Vernetzung mit der Hauptabteilung Pastoral im Bischöflichen Generalvikariat erfolgt über die dort für Klinikseelsorge zuständige Person. Sie hält Kontakt zu den einzelnen Klinikseelsorgerinnen und -seelsorgern und steht mit der Konferenz und dem Sprecherteam in regelmäßigem Austausch.

Die dienstrechtliche Einsatzebene von Klinikseelsorgerinnen und -seelsorgern ist in der Regel das Dekanat, der Dienstvorgesetzte ist dementsprechend der Dechant. Als Hauptberufliche bzw. Hauptamtliche im pastoralen Dienst sind sie Mitglieder des „Dies Communis“ bzw. der Dekanatskonferenz des jeweiligen Dekanats. Im Dekanatspastoralrat sind sie durch einen Delegierten bzw. eine Delegierte vertreten.

In der kurz- und mittelfristigen Strukturplanung „Eckpunkte 2020“ aus dem Jahr 2003 hat Bischof Dr. Josef Homeyer die Bedeutung der besonderen Seelsorgefelder, u. a. der Klinikseelsorge, hervorgehoben.¹³ In den neuen größeren Pfarreien sind Kliniken als besondere Lebens- und Erfahrungsorte von Kirche wahrzunehmen, und zwar in gemeinsamer Verantwortung aller dort pastoral Handelnden. Die Entwicklung besserer Kommunikation und Kooperation zwischen professioneller Klinikseelsorge und dem gemeindlichen diakonalen Engagement mit seinen verschiedenen Trägerinnen und Trägern im Sinne einer umfassenden Krankenseelsorge ist eine wichtige Zukunftsaufgabe.

Zentrales Anliegen der Klinikseelsorge ist die Sorge um kranke Menschen, die sich den stationären Institutionen des Gesundheitssystems (Kliniken) anvertrauen. Neben den Kranken geraten auch ihre Angehörigen und die Mitarbeitenden der helfenden und heilenden Berufe in den Fokus der Klinikseelsorge.

.....
13 Vgl. Homeyer: Eckpunkte 2020. Kurz- und mittelfristige Strukturplanung für die Diözese Hildesheim, 2003, S. 10f

Die Sorge um die Kranken lässt sich jedoch nicht auf die Kliniken eingrenzen. Gerade im Übergang zur ambulanten Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt können Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger vernetzende Funktionen wahrnehmen und ggf. ausdrücklich dazu beauftragt werden. Sie können fachkompetent an der Befähigung, Begleitung und Bildung von ehrenamtlichen und hauptberuflichen Personen beteiligt sein, die sich in der Pfarrei der Aufgabe der Betreuung kranker Menschen stellen. Ein solches Einbringen der spezifischen Klinikseelsorge in die Kranken-seelsorge der Pfarrei ist für alle Beteiligten von großer Bedeutung.

5.2 Das Miteinander von hauptamtlichen, hauptberuflichen und ehrenamtlichen Diensten in der Seelsorge für Kranke

Als Ergänzung zum hauptamtlichen und hauptberuflichen Dienst in der Krankenseelsorge einer Pfarrei – und damit auch in der spezifischen Klinikseelsorge – erweisen sich ehrenamtliche Dienste mehr und mehr als unentbehrlich. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten kommt heutzutage nicht mehr aus dem näheren Umfeld der Klinik und damit auch nicht aus dem Gebiet der zuständigen Pfarrgemeinde. Gemeindliche Besuchsdienste können also nicht mehr wie früher davon ausgehen, dass sie in „ihrem“ Krankenhaus auf „ihre“ Gemeindemitglieder treffen. Sie treffen vielmehr auf Menschen, die relativ schwer erkrankt sind und sich in einer ihnen fremden Umgebung oft nur wenige Tage in der Klinik aufhalten; häufig sind sie kaum noch religiös oder konfessionell gebunden. Solche Gegebenheiten sind beim Einsatz und bei der Qualifikation ehrenamtlicher Besuchsdienste zu bedenken.

Trotz dieser Veränderungen bleibt der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kliniken und in ihrem Umfeld in enger Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen und Hauptberuflichen in der Klinikseelsorge wichtig und sinnvoll. Sie bieten allen Patientinnen und Patienten Hilfe und Begleitung an, unabhängig von deren Konfession oder Religion. Sie stärken die Kranken auf deren Wunsch mit der Krankenkommunion und vermitteln die Spendung der Krankensalbung durch einen Priester. Auch im liturgischen Bereich ist der Einsatz von Ehrenamtlichen in der Klinik möglich, z. B. bei der Gestaltung von Wort-Gottes-Feiern. Sie arbeiten meist sehr eigenständig in Kommunikation und Zusammenarbeit mit der Klinikseelsorge. Ein weiteres Beispiel ist die Mitarbeit Ehren-

amtlicher in der palliativen Betreuung Schwerstkranker und Sterbender auf Palliativstationen und in stationären Hospizen; sie gehört dort als fester Bestandteil zum Konzept.

Angesichts der fast ausnahmslosen Spezialisierung der klinischen Arbeitsbereiche, in denen ehrenamtlich Begleitende ihre Tätigkeit ausüben, benötigen sie zum einen eine entsprechend qualifizierte Vorbereitung auf ihren Dienst und zum anderen eine kontinuierliche professionelle Begleitung und Unterstützung. Dies gilt ebenso für spezielle ambulante ehrenamtliche Dienste, wenn es z. B. um die Betreuung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen geht oder um die hospizliche Begleitung im häuslichen Umfeld oder in Pflegeeinrichtungen. Bei der Begleitung und Schulung solcher Dienste sind Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen für die Seelsorge der Pfarrei oftmals beteiligt.

5.3 Interdisziplinäre, ökumenische und gesellschaftliche Vernetzungen

Über die katholisch-binnenkirchlichen Vernetzungen hinaus sind Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger auf vielfache Weise in Kontakt mit anderen Personen und Institutionen. Sie sind Mitarbeitende in interdisziplinären Stationsteams oder in Abteilungen mit spezialisiertem Auftrag, wie z. B. in Palliativmedizin, Kinderheilkunde, Psychiatrie, Onkologie, Geriatrie oder Rehabilitation; sie engagieren sich in der Aus- und Fortbildung von medizinischen Fachberufen und in interdisziplinären Arbeitskreisen oder im Klinischen Ethikkomitee. Dort bringen sie ihre pastoral-soziale, kommunikative und theologische Fachkompetenz in den gesellschaftlichen bzw. praktisch-wissenschaftlichen Dialog ein und nehmen so eine wichtige Funktion der Repräsentanz von Kirche wahr. Die aus diesem Dialog gewonnenen Informationen und Erfahrungen bringen sie wiederum in den innerkirchlichen Gesprächsraum ein.

In der Regel arbeiten katholische Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger in enger Nachbarschaft oder im Team mit evangelischen Kolleginnen und Kollegen. Auch über die Kliniken hinaus nehmen sie am ökumenischen Gespräch teil und gestalten ökumenische Zusammenarbeit auf der Grundlage ihrer vielfältigen Berufserfahrung mit.

Für spezifische Lebens- bzw. Problemsituationen haben sich in der Gesellschaft Hilfs- und Unterstützungsinstitutionen und -netzwerke etabliert. Passend zu ihrem je spezifischen klinischen Auftrag sind Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger auch in diese gesellschaftlich-öffentlichen Strukturen integriert, wie z. B. in die Hospizarbeit, in Selbsthilfegruppen, in den Beratungsbereich oder, sofern sie zugleich in der Notfallseelsorge tätig sind, in den Dienst der Feuerwehr bzw. der Rettungsdienste.

Um ihre Rolle in diesem komplexen sozialen inner- und außerklinischen Gefüge sinnvoll zu gestalten, brauchen Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger eine hohe soziale, institutionelle und kommunikative Kompetenz und ausgeprägte pastorale Professionalität.

6. Kompetenzen und Rahmenbedingungen

6.1 Erforderliche Kompetenzen

Klinikseelsorge in ihren vielfältigen Bezügen und Arbeitsbereichen erfordert theologische und pastoral-praktische Kenntnisse und Fähigkeiten. Beim Einsatz des Personals achtet der Dienstgeber darauf, dass diese Kenntnisse und Fähigkeiten gegeben sind. Er gewährleistet die Qualität durch entsprechende Maßnahmen in der Aus- und Weiterbildung und sorgt für ihren Erhalt durch kontinuierliche Fortbildung. Die Regelungen der AVO werden dabei beachtet.

Die grundlegenden theologisch- bzw. religionspädagogisch-fachlichen Qualifikationen für die Tätigkeit in der Seelsorge generell und damit auch in der Klinikseelsorge werden in der Regel durch ein Theologiestudium bzw. ein Studium der Religionspädagogik sowie in der anschließenden pastoralpraktischen Berufseinführung erworben und in Prüfungen nachgewiesen.¹⁴

Darüber hinaus erfordert die Klinikseelsorge ein breites Spektrum an speziellen Kompetenzen, die in einem System von Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie reflektierter Praxis (Supervision) und Exerzitien erworben und erhalten werden müssen.

.....

¹⁴ Vgl. Die deutschen Bischöfe: Rahmenstatuten und -ordnungen für Gemeinde- und Pastoral-Referenten/Referentinnen, Nr. 96 2011, S. 22f, 50f und 71ff sowie Die deutschen Bischöfe: Rahmenordnung für Ständige Diakone in den Bistümern der Bundesrepublik Deutschland, Nr. 63 2000, S. 24f

Neben einem auf Selbsterfahrung und Gesprächsführung angelegten Ausbildungsmodell wie beispielsweise Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) sind organisationskundliche und interdisziplinäre Elemente unabdingbar.

Die genannten Kompetenzen werden im Folgenden skizziert:¹⁵

Personale Kompetenz:

Sie beinhaltet die Entwicklung der persönlichen und beruflichen Identität, die in einem bewusst reflektierten Prozess, beispielsweise in der Auseinandersetzung mit der eigenen Person sowie mit erlebten oder auch miterlebten Krisen (Krankheit, Leid, Schmerz, Tod usw.) erworben wird. Die Notwendigkeit einer personalen Kompetenz ergibt sich aus der Tatsache, dass das „Instrument“ der Klinikseelsorge immer die Seelsorgerinnen und Seelsorger selber sind, die ihre eigenen Probleme und Wahrnehmungsmuster nicht auf die Person der Patientinnen und Patienten übertragen dürfen.

Beziehungskompetenz:

Dazu zählen die Fähigkeit zur Unterscheidung von Fremd- und Selbstwahrnehmung, Kontaktfähigkeit, Befähigung zur seelsorglichen Gesprächsführung mit Kranken, deren Angehörigen und dem Klinikpersonal sowie die Fähigkeit, mit Beziehungen professionell-reflektiert umzugehen.

Theologisch-pastorale Kompetenz:

Sie beinhaltet die Fähigkeit zur Entwicklung eines spezifischen Seelsorgekonzepts. Klinikseelsorge als Seelsorge in existentiellen Krisensituationen setzt in besonderer Weise die Fähigkeit voraus, der Patientin bzw. dem Patienten Raum zu geben, die ganz persönliche Lebens- und Leidensgeschichte anzuschauen und aus dem Glauben zu deuten. Christlicher Glaube, Texte, Symbole, Riten und Sakramente werden so zur Sprache gebracht, dass sie zur Tröstung bzw. Stützung oder auch zur Erschließung konflikthafter Situationen beitragen können. Klinikseelsorge erfordert die Fähigkeit, die Liturgie der Kirche situationsgerecht und beziehungsreich gestalten zu können.

.....

15 Vgl. Katholische Krankenhausseelsorge. Qualitätsstandards – Ziele. Aufgaben. Voraussetzungen, erarbeitet von der Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge in Deutschland, 2004, sowie Vgl. Konzeption und Standards in der Krankenhausseelsorge: beschlossen auf der Jahrestagung der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD, in: Wege zum Menschen, Heft 7, 1994, S. 430ff.

Spirituell-mystagogische Kompetenz:

Klinikseelsorge gründet in der je eigenen personalen Beziehung der Seelsorgerinnen und Seelsorger zu Jesus Christus. Sie erfordert die Fähigkeit, die eigene Spiritualität zu pflegen und zu vertiefen und sich und anderen Kraftquellen des christlichen Glaubens zu erschließen. Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger bringen den pastoralen Auftrag der Kirche in der Nachfolge Christi zur Sorge um die Kranken in besonderer Weise zum Ausdruck, so wie es Papst Benedikt XVI. im Motu Proprio „Über den Dienst der Liebe“ 2012 beschrieben hat: „Um die Bezeugung des Evangeliums im karitativen Dienst zu gewährleisten, möge der Bischof dafür Sorge tragen, dass jene Personen, die im pastoralen, karitativen Dienst der Kirche tätig sind, nicht nur über die erforderlichen beruflichen Kompetenzen verfügen, sondern auch ein Beispiel christlicher Lebensführung geben und eine Herzensbildung aufweisen, durch die ein in der tätigen Nächstenliebe wirkender Glaube zum Ausdruck kommt.“¹⁶

Kompetenz im Hinblick auf Krankheit und Gesundheit:

Grundkenntnisse in Medizin, von Therapie und Pflege als System bzw. Philosophie und der damit verbundenen Wissenschaftslogik sind unabdingbar. Weiterhin wichtig sind Kenntnisse von somatischen wie psychischen Krankheitsbildern und -verläufen und der daraus resultierenden medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Praxis. Der Gesundheitsbegriff bedarf einer theologisch-ethischen Reflexion.

Institutionelle Kompetenz:

Grundkenntnisse über Arbeits- und Funktionsabläufe in der Institution Krankenhaus und über Möglichkeiten und Grenzen des naturwissenschaftlich-technischen Handlungsansatzes sind erforderlich, ebenso die Fähigkeit, strukturelle Zusammenhänge wahrzunehmen.

Interdisziplinäre Kompetenz:

Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger müssen die Sichtweisen der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus nachvollziehen können sowie fähig und bereit sein zu Kooperation und Konflikt.

.....
¹⁶ Benedikt XVI., Motu Proprio „De Caritate Ministranda“, 11. November 2012, Art. 7 § 2

Ethische Kompetenz:

Sie zeigt sich in der Wahrnehmung von moralisch relevanten Problemstellungen im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit, in deren Bewertung und in der Fähigkeit zur Urteilsbildung. Dazu gehört zunächst die persönliche Reflexion und Begründung von eigenen moralischen Wertvorstellungen. Darüber hinaus sind Seelsorgerinnen und Seelsorger mit ethischen Urteilsbildungsmodellen aus der katholischen Theologie und Sozialethik sowie der Philosophie vertraut und können diese mit den aktuellen Fragestellungen im Gesundheitswesen in Beziehung setzen.

6.2 Rahmenbedingungen

Um sinnvoll arbeiten zu können, ist Seelsorge in der Klinik auf bestimmte Rahmenbedingungen angewiesen. Es ist wünschenswert, dass diese zwischen Anstellungsträger und den Seelsorgerinnen und Seelsorgern vor Ort in Abstimmung mit der Klinik erarbeitet werden. Dazu gehören die Formulierung einer differenzierten Stellen- und Aufgabenbeschreibung, die Zuweisung eines Dienstzimmers mit entsprechender Ausstattung und ein Etat für die Seelsorge.

Für die Ausbildung, Begleitung und die Arbeit von Ehrenamtlichen stellt der Dienstgeber die nötigen Ressourcen bereit (s. Kap. 5.2).

Die offizielle Einführung der Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger erfolgt in der Regel durch den Dechanten im Rahmen eines (ökumenischen) Gottesdienstes.

7. Herausforderungen

Die Klinikseelsorge ist – wie vorangehend detailliert beschrieben – eingebunden in ein komplexes System von Wechselwirkungen, in dessen Einzelbereichen sich schon seit Jahren gravierende Veränderungen vollziehen. Zusammenfassend sind diese:

- das Gesundheitssystem (Politik),
- die Weiterentwicklung medizinischer Möglichkeiten (Forschung),
- die Interessen der Krankenhausbetreiber (Wirtschaft),
- der demographische Wandel (u. a. steigende Lebenserwartung),
- soziale Faktoren (z. B. Auflösung traditioneller Familien- und Gesellschaftsstrukturen bzw. Organisationsformen, Aufeinandertreffen verschie-

dener religiöser Überzeugungen),

→ die kirchliche Struktur- und Personalentwicklung und

→ zunehmender Ärztemangel und Mangel an (Fach-)Pflegerinnen.

Inmitten dieses Wandlungsprozesses begegnet die hochtechnisierte und an Effizienz und Wirtschaftlichkeit orientierte Krankenhauswelt auf Seiten der nach Heilung suchenden Patientinnen und Patienten oftmals sehr hohen Erwartungen an das medizinisch Machbare.

In diesem Spannungsfeld ergibt sich für die Klinikseelsorge auch zukünftig als eine ihrer Grundherausforderungen das engagierte und glaubwürdige Eintreten für unverkürzte Menschlichkeit. Das verbindet sie mit den Berufen im Gesundheitswesen. So gilt es gerade im Zusammenhang fortwährender Optimierung funktionaler Abläufe, innerhalb derer die Räume für menschliche Zuwendung geringer werden, den Menschen in seiner Bedürftigkeit als Einheit von Körper, Geist und Seele zu erkennen und seine Würde bedingungslos zu wahren.

Ein integrativer Zugang zum Menschen gelingt besonders gut, wenn der interdisziplinäre Dialog gepflegt wird. Klinikseelsorge macht sich zur Aufgabe, diesen Dialog zu fördern und versucht sich in multiprofessionelle Teams einzubinden.

Auch wenn es mit anderen Berufsgruppen vielerlei Überschneidungen in der ethischen und kommunikativen Grundhaltung gibt, so ist es dennoch notwendig, die spezifisch seelsorgliche Kompetenz zu akzentuieren. Ihr Schwerpunkt ist die personale und spirituelle Dimension: Die Klinikseelsorge ist nicht nur herausgefordert, die christliche Botschaft in eine verständliche Sprache zu fassen – durch sie wird Kirche ganz konkret erfahrbar: als Kirche, die Gott und den Menschen nahe ist; als Kirche, die Heilung und Gesundheit, Linderung und Annahme des individuellen Krankheits-, Leidens- und Sterbeprozesses fördert; als Kirche, die Stärkung und Ermüdung im Glauben anbietet.

Klinikseelsorge wird weiterhin unverzichtbare Gesprächspartnerin in klinischen Ethikkomitees sein. Sie beschäftigen sich mit Fragestellungen am Beginn und am Ende menschlichen Lebens sowie mit Fragen zur Therapiebegrenzung. Angesichts des zunehmenden medizinischen Fortschritts werden die Anforderungen sowohl an die ärztliche Entscheidungsfähigkeit als auch an die pflegerische und therapeutische Unterstützung sowie die Begleitung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen

steigen. Eine multiprofessionelle Perspektive kann hier wichtige Hilfestellung geben, denn die Würde des Menschen ist in ihrer Unantastbarkeit zu schützen.

Damit Klinikseelsorge an die Professionalität der Berufe im Gesundheitswesen anschlussfähig bleibt, ist die eigene Professionalität fortwährend zu schulen. Das betrifft auch den für die Seelsorge so typischen Bereich der Kommunikation; neue Modelle erleichtern das interdisziplinäre Gespräch ebenso wie das Gespräch in immer größer werdenden Netzwerken.

Spezifische Herausforderungen für die Klinikseelsorge stellen sich auch im binnenkirchlichen Zusammenhang (vgl. die Ausführungen oben unter 5.2):

- die Entwicklung guter Kommunikation und Kooperation zwischen professioneller Klinikseelsorge und gemeindlichem diakonalem Engagement mit seinen verschiedenen Trägerinnen und Trägern im Sinne einer umfassenden Krankenseelsorge der Pfarrei;
- die fachkompetente Beteiligung an der Befähigung, Begleitung und Bildung von ehrenamtlichen und hauptberuflichen Personen, die sich in der Pfarrei der Aufgabe der Betreuung kranker Menschen stellen.

Aufgrund der verkürzten Verweildauer im Krankenhaus verlagert sich der notwendige Heilungsprozess in die Rehabilitation und in das häusliche Umfeld. Alleinstehende – insbesondere alte – Menschen sind bezüglich der alltäglichen Versorgungsleistungen von dieser Situation oft überfordert. So rückt die vernetzende Funktion gerade beim Übergang zur ambulanten Nachsorge in den Blick.

Eine seelsorglich-spirituelle Begleitung entlang des Lebens kann gelingen, wenn die Klinikseelsorge auf verlässliche Ansprech- bzw. Bezugspersonen in den Pfarreien hinweisen kann. Diese können nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten die Begleitung aufnehmen und weiterführen.

Auch bezüglich der sich ausweitenden palliativen Versorgung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, die zwischen stationären Aufenthalten und ihrer häuslichen Umgebung hin und her pendeln, bedarf es gut gestalteter Übergänge. Neben diakonalen Aspekten gilt es, sich einer individuellen Spiritualität am Lebensende anzunähern bzw. zu öffnen.

Mannigfaltige Spezialisierungen seitens der Kliniken werden von ehrenamtlichen Diensten ebenfalls spezifische Einsatzfelder erfordern. Eine qualifizierte Vorbereitung auf diese Aufgabe und entsprechende professionelle Begleitung und Unterstützung sind unbedingte Voraussetzung für ein gelingendes Tun. Diese begleitende Funktion kann sinnvollerweise auch die Klinikseelsorge übernehmen.

Klinikseelsorge erschließt Menschen in Bedrängnis und Not den Schatz des Glaubens. Sie stellt sie mitten hinein in die Botschaft des 2. Vatikanums, wo „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen heute Widerhall finden in den Herzen der Jünger Christi.“¹⁷ „Sie umgibt alle mit ihrer Liebe und müht sich, die Not der Leidenden zu erleichtern, in denen ihr Christus begegnet.“¹⁸

8. Literaturverzeichnis

Benedikt XVI., Deus Caritas Est, 2005 http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est_ge.html

Ders., Motu proprio De caritate ministranda über den Dienst der Liebe, 2012
<http://www.katholisches.info/2012/12/01/motu-proprio-de-caritate-ministranda-uber-den-dienst-der-liebe/>

Die deutschen Bischöfe „Die Sorge der Kirche um die Kranken“, Pastorale Handreichung der deutschen Bischöfe Nr. 60, 1998 <http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/deutsche-bischoefe/DB60.pdf>

Die deutschen Bischöfe, Rahmenordnung für Ständige Diakone in den Bistümern der Bundesrepublik Deutschland Nr. 63, 2000

Die deutschen Bischöfe, Rahmenstatuten und -ordnungen für Gemeinde- und Pastoralreferentinnen und -referenten Nr. 96, 2011

.....

17 Gaudium et spes, Nr. 1, s. Anmerkung 4

18 Ebd. Lumen Gentium. Dogmatische Konstitution über die Kirche, Nr. 8; s. Anmerkung 4

EKD, Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhauseelsorge. Eine Orientierungshilfe, 2004
http://www.ekd.de/download/leitlinien_krankenhauseelsorge_ekd_2004.pdf

Geerlings, Dieter: Implikationen der Integrierten Versorgung. Das Ideal von verbesserter Patientenversorgung und Kostenersparnis mit Leben füllen in: Krankendienst Nr. 11, 2004

Homeyer, Josef: Eckpunkte 2020. Kurz- und mittelfristige Strukturplanung für die Diözese Hildesheim, Hildesheim 2003

Konferenz Katholische Krankenhauseelsorge: Katholische Krankenhauseelsorge. Qualitätsstandards. Ziele – Aufgaben – Voraussetzungen, 2004
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CE8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kkvd.de%2Faspe_shared%2Fdownload.asp%3Fid%3DC82A7BA8CAE60DD9051220FAADA08CD8DFDB47B7C8D31AC91F5145508D1B3D23CE78C29D45C7ACDFCE-B3ECD037E76EE8%26Description%3DQualitaetsstandard%26Filename%3DQualitaetsstandard.pdf&ei=UaEbUKJH4_MtAbmgYGYAw&usg=AFQjCNEfGWjdGLUGTU9piAcftrSJQioB0g

Jahrestagung der Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD: Konzeption und Standards in der Krankenhauseelsorge in: Wege zum Menschen, Heft 7, 1994

Rahner, Karl/ Vorgrimler, Herbert: Kleines Konzilskompendium, 1968

Weiher, Erhard: Palliative Care und Spiritualität in: Krankendienst 4, 2008

Weiher, Erhard: Mehr als Begleiten. Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, 2001

World Health Organisation WHO: Palliative Care, 2007
http://translate.google.de/translate?hl=de&sl=en&u=http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/&prev=/search%3Fq%3DWHO%2BDefinition%2BPalliativ%2BCare%26hl%3Dde%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DwMk%26rls%3Dorg.mozilla:de:official%26prmd%3Dimvns&sa=X&ei=5jP0T7rSNc_ntQalsZXfBQ&ved=0CFsQ7gEwAA

Orientierungsrahmen für die Notfall- und Katastrophenseelsorge im Bistum Hildesheim

„Botschafter des Lebens an der Stelle des Todes“: So kann wohl am ehesten der Auftrag von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in der Notfall- und Katastrophensituation beschrieben werden. Während früher bei schwerer Krankheit, Unfall und nahem Tod in der Regel der Pfarrer an den Ort des Geschehens gerufen wurde, sind diese Abläufe heute durch den hohen Grad der Technisierung und den gleichzeitigen Ausbau des Rettungswesens in der Bundesrepublik Deutschland weitestgehend rationalisiert und institutionalisiert. Die seelsorgliche Begleitung von Kranken, Verletzten und Sterbenden verlagert sich in die dafür geschaffenen Einrichtungen, weg von der Pfarrei. Gleichzeitig verändert sich dadurch auch die seelsorgliche Begleitung von Betroffenen. Ärzte, Einsatzkräfte sowie Helferinnen und Helfer erleben einen dringenden Bedarf an originärer Seelsorge und Betreuung in und nach einem Notfall- oder Katastrophengeschehen.

Die Botschaft des Lebens an die Orte des Leidens und des Sterbens zu bringen ist weiterhin gefragt. Diese Botschaft hat viel zu geben, wie die bisherige Praxis seit dem Zugunglück von Eschede im Jahr 1998 zeigt. Zugleich entwickelt sich Kirche in ihren pastoralen Ansätzen und Strukturen diözesan und lokal weiter: Neben hauptberuflich und hauptamtlich Mitarbeitenden entdecken Ehrenamtliche die seelsorgliche Begleitung in Sterben, Leiden und Trauer als Ausdruck ihrer christlichen Berufung und Sendung. Sie sind bereit, ihre eigenen Gaben und Kompetenzen dabei einzubringen. Sie übernehmen Verantwortung für den diakonischen Auftrag der Kirche, damit die Botschaft des Lebens an die Stelle des Todes gelangt.

Die nachfolgende Aktualisierung des „Orientierungsrahmens für die Notfall- und Katastrophenseelsorge im Bistum Hildesheim“ vom 21. Januar 2000 beschreibt Grundlagen, Ziele, Aufgaben und Rahmenbedingungen der Notfallseelsorge vor dem Hintergrund derzeitiger pastoraler Entwicklungen im Bistum Hildesheim.

1. Grundlagen der Notfallseelsorge

Notfall- und Katastrophenseelsorge ist als „Erste Hilfe für die Seele in Notfällen und Krisensituationen Grundbestandteil des Seelsorgeauftrags der

Kirche“¹. Sie wendet sich an Betroffene im häuslichen (plötzlicher Tod, Überbringen einer Todesnachricht, Kindstod u. a.) und außerhäuslichen Bereich (Unfälle, Brand, Großschadenslagen u. a.). Sie gehört somit wesentlich zu den seelsorglichen Grundaufgaben, die von Hauptamtlichen und Hauptberuflichen im gemeindlichen Dienst wahrzunehmen sind. In diesem Dienst stehen sie jedoch nicht allein: Ehrenamtliche werden sich ihrer Berufung in der Taufe bewusst, entdecken ihre Charismen und sind bereit, diese im Dienst am Nächsten einzubringen – auch in den besonderen Gegebenheiten der Notfallseelsorge.

Als Dienst am Nächsten verschafft die Notfallseelsorge Hilfsbedürftigen und Einsatzkräften den nötigen „Raum zum Leben“. Dies geschieht z. B. durch Beistand und Präsenz, durch das Ernstnehmen der situativen Anliegen Betroffener und durch den Schutz ihrer Würde im Chaos der Akutsituation sowie durch Information von Angehörigen.

Als zeugnisgebende Verkündigung verhilft die Notfallseelsorge dazu, dass Betroffene die rettende Liebe Gottes erfahren – durch Zuhören, Gespräch, Zuspruch und Entscheidungshilfe.

Als gottesdienstliche Feier öffnet die Notfallseelsorge Betroffenen den Zugang zur Fülle des Lebens, z. B. durch Gebet, Segen, Beichte, Krankensalbung und Eucharistie.

Die Notfallseelsorge ist als Angebot grundsätzlich offen für jeden Menschen in Not, unabhängig von seiner Religion oder Konfession. Sie wird in ökumenischer Zusammenarbeit gestaltet.

Durch ihren Dienst setzt die Notfallseelsorge öffentlich ein Zeichen christlicher Sorge um den Nächsten.² In beispielhaftem Handeln macht sie deutlich, dass jedem und jeder Getauften aufgetragen ist, im persönlichen Lebensumfeld Verantwortung für Notleidende zu übernehmen.

1 Evang.-Kath. Aktionsgemeinschaft für Verkehrssicherheit (Hg.): „Notfallseelsorge“. Kassel 1997. S. 3

2 Vgl. etwa Mt 25, 31ff oder Gaudium est spes. Pastorale Konstitution über die Kirche in der Welt von heute, in: Rahner /Vorglimmer: Kleines Konzilskompendium, 1966

2. Inhalte der Notfallseelsorge

Notfallseelsorge ist ein Dienst, der seelsorgliche Begleitung und seelischen Beistand denjenigen Menschen anbietet, die durch eine aktuelle Krise betroffen sind. Sie sieht den Menschen als Leib-Seele-Einheit. Ihre Grundaufgabe ist es, ihn ganzheitlich zu betreuen.

Notfallseelsorge ist offen für die religiösen Anliegen und Wünsche, wobei die jeweils persönliche religiöse Zugehörigkeit und Anschauung respektiert und beachtet wird. Sie setzt sich für einen würdigen Umgang mit Toten ein. Sie hilft, dass Angehörige und Freunde vom Verstorbenen Abschied nehmen können.

Über die akute individuelle Betreuung und Hilfestellung für Opfer und Angehörige hinaus aktiviert Notfallseelsorge persönliche wie soziale Ressourcen, indem sie hilft, ein Netz zu den Angehörigen, Freunden, Nachbarn, zur Gemeinde, aber auch zu Selbsthilfegruppen, psychosozialen Einrichtungen und Diensten etc. zu knüpfen und zu stärken. Die Betreuung Betroffener durch die Notfallseelsorge erfolgt in der Regel nur in der Akutphase; in Einzelfällen kann eine weiterführende Unterstützung hilfreich sein.

Notfallseelsorge erfüllt somit Brückenfunktionen:

- im rettungsdienstlichen Bereich zwischen der medizinischen Versorgung von Unfallopfern und der seelsorglichen bzw. psychologischen Betreuung;
- im psychosozialen Bereich zwischen der unmittelbaren Betreuung und Hilfestellung vor Ort und weiterführenden Diensten und psychosozialen Einrichtungen im Nahbereich;
- im kirchlich-pastoralen Bereich zur Klinikseelsorge und zur Seelsorge in den (Pfarr-)Gemeinden.

Notfallseelsorge umfasst folgende Bereiche, die je nach Ausbildung und Befähigung von Notfallseelsorgerinnen und -seelsorgern wahrgenommen werden können:

Prävention

- Ausbildung und Begleitung von Notfallseelsorgerinnen und -seelsorgern
- Aufbau von Kontakten zu Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, psychosozialen Einrichtungen
- Punktuelle Mitarbeit in der Aus- und Fortbildung des Rettungsdienstpersonals
- Informationsarbeit nach innen und Öffentlichkeitsarbeit nach außen

Intervention

- Betreuung von Angehörigen nach plötzlichen Todesfällen
- Betreuung von Verletzten während der Rettung und während der Wartezeiten
- Betreuung von unverletzt Beteiligten bei Unfällen
- Kontaktaufnahme mit Suizidgefährdeten
- Betreuung von Angehörigen nach Suizid
- Sorge um einen würdigen Umgang mit Toten
- Betreuung bei Übermittlung von Todesnachrichten
- Herstellung des Kontaktes zu psychosozialen Einrichtungen
- Benachrichtigung von Familien, Freunden sowie Verantwortlichen in der Seelsorge vor Ort

Einsatznachsorge

- Nachbesprechen und Aufarbeiten von belastenden Einsätzen mit Einsatzkräften
(Diese Einsatznachsorge wird in der Regel von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der Feuerwehrseelsorge geleistet.)

3. Strukturelle Elemente der Notfallseelsorge

Notfallseelsorge ist organisiert auf der Ebene des Dekanats bzw. der Region. Sie korrespondiert in der Regel mit den Zuständigkeitsbereichen der regionalen Leitstellen des Rettungsdienstes bzw. der Feuerwehr. Ihre Aufgabe ist es, personelle, technische und organisatorische Voraussetzungen für die verlässliche Sicherstellung von Notfallseelsorgediensten zu schaffen.

Dafür sind folgende Elemente notwendig:

- Aufbau von Kontakten zwischen Kirche (idealerweise ökumenischen Teams) und Rettungsorganisationen, Polizei und Rettungsleitstellen
- Gegenseitiges Wissen um die unterschiedlichen Arbeitsweisen von Kirche und Rettungsdienst
- Sicherstellung verlässlicher Kommunikationsmöglichkeiten zur unmittelbaren Erreichbarkeit der Seelsorgerinnen und Seelsorger
- Ausbildung und Sendung geeigneter – auch ehrenamtlicher – Seelsorgerinnen und Seelsorger
- Erstellung von Alarmierungslisten für die Rettungsleitstellen
- Organisation gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen

4. Koordination der Notfallseelsorge

Das Bistum Hildesheim ernennt jeweils befristet einen Diözesanbeauftragten bzw. eine Diözesanbeauftragte für den Bereich Notfallseelsorge mit folgenden Aufgaben:

- Aufbau und Erhalt von Notfallseelsorgestrukturen als Maßnahmen lokaler Kirchenentwicklung
- Regelmäßige Kontakte zu Rettungsdiensten und Polizei und Angebot von Fortbildung
- Organisation von Aus- und Fortbildung von hauptberuflichen und hauptamtlichen Notfallseelsorgerinnen und -seelsorgern und deren Unterstützung bei der Auswahl und Begleitung von Ehrenamtlichen
- Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Gewinnung, Ausbildung und Begleitung von ehrenamtlich Mitarbeitenden in der Notfallseelsorge
- Unterstützung der Bistumsverantwortlichen bei Großschadenslagen im Bistum

5. Qualifikation/Aus- und Fortbildung

In der Notfallseelsorge wirken hauptamtliche, hauptberufliche und ehrenamtliche Personen mit.

5.1 Hauptamtliche und hauptberufliche pastorale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Hauptamtliche und hauptberufliche pastorale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer seelsorglichen Praxis über theologische, spirituelle und psychosoziale Grundkompetenzen. Für die Arbeit in der Notfallseelsorge erhalten sie aufbauend Zusatzqualifikationen mit zumindest folgenden Inhalten:

- Organisation des (örtlichen) Rettungsdienstes
- Teilnahme am Rettungsdienst in Form eines Praktikums (als Empfehlung)
- Einführung in die Krisenintervention
- Grundlagen der Psychotraumatologie
- Plötzlicher Kindstod
- Suizid/Suizidversuch
- Überbringen von Todesnachrichten
- Abschiedsrituale bei Todesfällen im Hause

5.2 Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Von ehrenamtlich in der Notfallseelsorge Mitarbeitenden werden folgende *persönlichen Voraussetzungen erwartet*:

- Psychische und physische Stabilität und Belastbarkeit
- Persönliche Reife und Stressresistenz
- Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Offenheit für Menschen aus allen sozialen und kulturellen Bereichen
- Eigenverantwortlichkeit und Teamfähigkeit
- Situatives Reaktionsvermögen
- Anerkennung und Wahrung der Schweigepflicht
- Ökumenische und allgemeine Offenheit auch anderen Religionen und Weltanschauungen gegenüber
- Sprachkompetenz und Sprachfähigkeit

Für die Arbeit in der Notfallseelsorge erhalten ehrenamtlich Mitarbeitende entsprechende Qualifikation gemäß den vereinbarten Standards (s. Anhang 1).

Für die Sicherstellung der Aus- und Fortbildungen aller hauptberuflichen, haupt- und ehrenamtlichen Personen, die in der Notfallseelsorge tätig sind, ist der bzw. die örtliche Beauftragte für die Notfallseelsorge (für ein oder mehrere Dekanate) zuständig. Das Bistum leistet Unterstützung. Bei Bedarf sind Kooperationen mit anderen Ausbildungsträgern möglich (z. B. im Bistum Osnabrück oder im Bereich der ev. Landeskirche Hannovers).

6. Literaturverzeichnis

Evangelisch-Katholische Arbeitsgemeinschaft für Verkehrssicherheit (Hg.), Notfallseelsorge, Kassel, 1997

Rahner, Karl / Vorgrimler, Herbert: Kleines Konzilskompodium, 1966

Anhang 1

Standards für die Ziele und Inhalte der Ausbildung

Ziele:

- Klärung der eigenen Motivation zur Mitarbeit
- Vermittlung fundierter Kenntnisse der seelsorglichen Gesprächsführung
- Vermittlung von Grundkenntnissen in Psychotraumatologie und Stressbewältigung
- Kennenlernen der Arbeitsweise der wichtigsten Organisationen (Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei) und des örtlichen psychosozialen Netzes
- Auseinandersetzung mit den Grenzen der Möglichkeiten von Notfallseelsorge (Aufbau, Struktur und Arbeitsweise)
- Verhalten an der Einsatzstelle (Regeln der Zusammenarbeit, Gefahren, Eigensicherung)
- Umgang mit besonderen Betreuungssituationen (z. B. plötzlicher Kindstod, Suizidandrohung, Überbringen einer Todesnachricht u. a.)
- Vernetzung mit anderen psychosozialen Diensten und Angeboten

Praktika im Rettungsdienst oder bei der Polizei vertiefen die Inhalte der Ausbildung. Sie ermöglichen das Kennenlernen der Organisation und der Arbeitsweise kooperierender Systeme und machen den Umgang mit eigenen Belastungen erfahrbar. Sie werden inhaltlich und fachlich begleitet und ausgewertet.

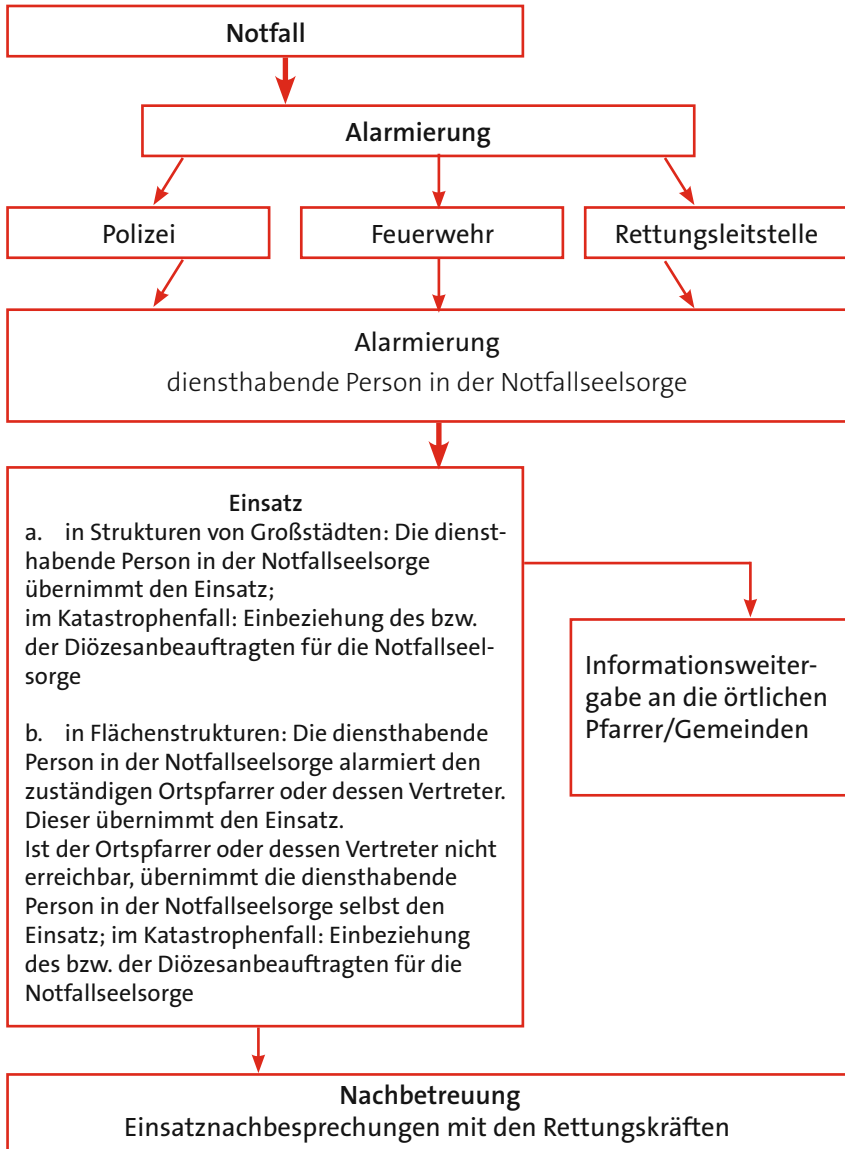
Wer leistet die Ausbildung und die kontinuierliche Begleitung?

Die Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Notfallseelsorge erfolgt in der Regel durch den Dekanatsbeauftragten bzw. die Dekanatsbeauftragte für die Notfallseelsorge.

Darüber hinaus können Einzelmodule der inhaltlichen Ausbildung, die Begleitung von Praktika und jährliche Fortbildungs- und Auffrischungsangebote vom Diözesanbeauftragten für Notfallseelsorge bereitgestellt werden. Sie gewährleisten in Ergänzung der Grundausbildung die nachhaltige Sicherung der Fachlichkeit.

Anhang 2

Verfahrensmodell für Einsätze in der Notfallseelsorge



Herausgeber:
Bischöfliches Generalvikariat, Hauptabteilung Pastoral,
Domhof 18–21, 31134 Hildesheim | Juni 2013

