

Was willst Du, dass ich Dir tue? (Lk 18,41)

Zur Situation der katholischen Krankenhausseelsorge (KHS) Österreichs während der Covid-19-Pandemie

Maria Berghofer, Sabine Petritsch, Detlef Schwarz

1. Einleitung

Die christliche Sorge um die Kranken, die Leidenden und die Sterbenden ist so alt wie die Kirche selbst (vgl. Mt 10,8). So hat sich im Laufe der Jahrhunderte eine christlich-konfessionelle Krankenhausseelsorge entwickelt, die sich immer wieder neu den Herausforderungen stellen und die Zeichen der Zeit¹ lesen lernen muss. Viele Ordensgemeinschaften entstanden, weil sich ihre Gründerinnen und Gründer der Krankenpflege oder der Krankenseelsorge, als Ausdruck christlich-caritativer Nächstenliebe, verpflichtet gewusst haben. Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger in Österreich begleiten in besonders sensiblen Situationen, bewegen sich an besonders sensiblen Orten und begleiten gerade jene Menschen mit der höchsten Gefährdung. Die aktuelle Covid-19-Pandemie stellt das österreichische Gesundheitswesen und somit auch die österreichische Krankenhausseelsorge vor eine Herausforderung, die jeglicher bisherigen Erfahrungsgrundlage entbehrt. Die Abwägung zwischen dem „Dasein-für-Anderer“ auf der einen Seite und den erforderlichen Schutzmaßnahmen auf der anderen Seite ist in Tagen wie diesen nicht immer einfach.

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, werden in diesem Beitrag ausgewählte Aspekte der katholischen Krankenhausseelsorge Österreichs während der Covid-19-Pandemie erörtert. Zu diesem Zweck haben österreichische Krankenhausseelsorger*innen Praxisberichte zur Verfügung gestellt, welche die Grundlage für die folgenden Überlegungen bilden.² Den Autor*innen ist bewusst, dass dies nur eine fragmen-

-
- 1 Siehe dazu die Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“ (GS) 4: „Zur Erfüllung dieses ihres Auftrags obliegt der Kirche allzeit die Pflicht, nach den Zeichen der Zeit zu forschen und sie im Licht des Evangeliums zu deuten.“
 - 2 Die Namen der Verfasser*innen der für diesen Beitrag relevanten Praxisberichte finden sich im Literaturverzeichnis. Bei den jeweiligen Anmerkungen im Text bzw. in den Fußnoten werden jene jedoch in anonymisierter Form (P1, P2 usw.)

tarische Zusammenschau sein kann. Zum einen, weil die Pandemiesituation noch nicht vorüber ist; zum anderen aber auch deshalb, weil in diesem Beitrag lediglich eine Auswahl an Teilaspekten beleuchtet werden kann – und dies nur qualitativ, ohne quantitativ repräsentativ zu sein.

So geht es zunächst darum, die Situation der Krankenhausseelsorge (im Weiteren mit KHS bezeichnet) während dieser Krisensituation wahrzunehmen, zu beschreiben und dann anhand ausgewählter Kriterien neue Fahrten für die KHS in die Zukunft zu legen. In vielerlei Hinsicht schärft sich das gesellschaftliche Bewusstsein im Formulieren der Überzeugung, dass es nach der überstandenen Pandemiesituation nicht einfach so weitergehen kann wie zuvor. In jeder Krise steckt schließlich auch die Chance, etwas zum Besseren verändern zu können. Mit dem Blick auf die österreichische KHS der Zukunft wollen wir dieser Chance mit dem folgenden Beitrag ein Stück näher kommen.

2. *Aufhören und wahrnehmen – von der Notwendigkeit einer Standortbestimmung*

Die Corona-Pandemie hat viele Menschen zum Aufhören und Wahrnehmen gezwungen. Beruflich und psycho-sozial waren Menschen in den sogenannten systemrelevanten Berufen gefordert, wobei das medizinische Personal in den Krankenhäusern noch einmal herausragt. Wohin gehört nun Seelsorge mit ihrem heilenden und heil-vollen Anspruch und Auftrag? Welche Relevanz hat sie im Konzert der Professionen im System Krankenhaus? Dieser Abschnitt problematisiert den ohnehin immer neu zu definierenden *Standort der Krankenhausseelsorge* innerhalb des Krankenhaussystems auf der Grundlage der erwähnten Praxisberichte. Gleichzeitig versucht er auf Basis dieser Erfahrungen, Kriterien für die Möglichkeit der Seelsorge in Krankenhäusern mit Blick auf die Zukunft zu entwickeln. Es sollen aber auch die Seelsorger*innen als „Menschen“ und ihre Strategien des Umgangs mit den Herausforderungen zu Wort kommen. Denn schließlich ist ja die Person des/der „Seelsorger*in“ das Beziehungsmedium, auf das die Krankenhausseelsorge setzt.³

genannt. Die Manuskripte der Praxisberichte liegen den Autor*innen dieses Beitrags vor.

- 3 Das zeigt sich bereits am Ausbildungskonzept für Seelsorger*innen (Klinische Seelsorgeausbildung – KSA) im Krankenhaus. Siehe dazu Methfessel, Die Bedeutung der KSA in der Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge, 471: „[Die Krankenhausseelsorge] lebt von der Auseinandersetzung mit der eigenen Person und

2.1 Gast oder Teil des Systems

Die Krankenhauseelsorge selbst sieht ihren Platz grundsätzlich im Bereich eines „Dazwischen“⁴, indem sie ihr Zelt zwischen den Polen der Zugehörigkeit zum System Krankenhaus und als dessen kritisch-prophetisches Gegenüber ausspannt. In einer hochbrisanten Zeit und von größter medialer Aufmerksamkeit begleitet treffen die Krankenhausleitungen nun weitreichende Entscheidungen, die den Kern der persönlichen Rechte der Menschen berühren. Darunter fällt auch jenes der Religionsausübung, wonach es zum Patient*innenrecht gehört, religiös begleitet zu werden.⁵

In der Krise spürten Seelsorger*innen vor allem in öffentlichen Krankenhäusern⁶ vor Ort genau, wo sie im Bereich des selbst definierten „Dazwischen“ nun von Seiten der Krankenhausleitung verortet wurden. Sie wurden entweder als Gäste des Hauses oder als Teil des Systems gesehen.⁷

hat sich als Standard für die Aus- und Fortbildung für Krankenhauseelsorge etabliert. Darüber hinaus hat sie [die Seelsorge, Anm. Redaktion] das Potenzial, Menschen ganz allgemein für gelingende Begegnungen zu stärken und zu befähigen“.

4 Klessmann, Einleitung, 16.

5 Vgl. Spitalgesetz § 30, Sicherung der Patientenrechte (2): „Insbesondere hat der Rechtsträger zugunsten der Patienten und Patientinnen sicherzustellen, dass [...] i) auf ihren Wunsch eine seelsorgerische Betreuung und eine psychische Unterstützung bereitgestellt werden“; siehe dazu auch Konkordat zwischen dem Heiligen Stuhle und der Republik Österreich vom 5. Juni 1933.

6 Vor allem in Ordensspitälern sind Seelsorger*innen zum Teil Angestellte der Krankenhausträger. Sie gehören deshalb zum Personal und folglich war in dieser Zeit teilweise eine Erlaubnis für Seelsorge gegeben.

7 Siehe dazu Klessmann, Die Fremdheit und Widerständigkeit der Seelsorge im Krankenhaus, 394: „[Die Krankenhauseelsorge] kann aus der eigenen Fremdheit heraus andere Perspektiven in die verschiedenen Diskurse im Krankenhaus einspielen und damit zu neuer Aufmerksamkeit und verändertem Abwägen anregen, Seelsorge ist von ihrer kirchlichen Trägerschaft her nicht in die Hierarchie des Krankenhauses eingebunden, unterliegt nicht ärztlicher oder pflegerischer Weisungsbefugnis. Diese Anstellungsmodalitäten ermöglichen der Seelsorge große Freiheit, die sie im Sinne einer Anwaltschaft und Parteinahme für die jeweils Schwächeren in der Institution nutzen kann“. Die Systemfremdheit, die Teil der Krankenhauseelsorge ist und ermöglicht, ein kritisches Gegenüber zu sein, hat sich vielerorts ins Ausgeschlossenesein verkehrt. Damit war es ihr nicht möglich, den Notleidenden eine Stimme als Gegenüber zu geben. Es wird nötig sein, die Problematisierung, Auseinandersetzung und Abwägung der Standortbestimmung in Krisenzeiten zu reflektieren und eventuell für künftige Krisenszenarien die Standortbestimmung auch kurzfristig zu adaptieren. Zudem wird in Gesprächen sichtbar, dass es auch hier keine eindeutige Antwort geben wird. Die einen werten es als Vorteil, nicht zum System zu gehören; für andere (wohl die Mehrheit) war es ein Nachteil. Gleichzeitig ist es wichtig festzuhalten, dass nicht nur die Seelsorge

In die entsprechenden Kommunikations- und Krisenabläufe waren Seelsorger*innen teilweise eingebunden, sodass gemeinsame Beratung möglich war, teilweise wurden die Entscheidungen über den Besucherstatus und dessen zeitliche Dauer ihnen von den Krisenstäben lediglich mitgeteilt. Die Unterschiedlichkeit an Vorgehensweisen und an Risikobewertungen in den einzelnen Krankenhäusern wird in den Rückmeldungen und in sonstigen Gesprächen mit Kolleg*innen sehr deutlich. Interessant erscheint rückblickend auch, dass die Übereinkunft zwischen Kultusamt und Bischofskonferenz in dieser Frage nicht zu einer großflächigen Diskussion führte und keine Neubewertung des Status über den Zutritt von Seelsorger*innen zur Folge hatte.⁸

Die folgenden Ausschnitte aus den Praxisberichten zeichnen ein buntes Bild des Umgangs mit Seelsorge in Zeiten von Corona. In einem Gespräch nach dem ersten Lockdown wurde in einem Unfallkrankenhaus klargestellt, dass die Seelsorger*innen Gäste des Hauses seien und die Entscheidung für ein generelles Besuchsverbot daher auch sie treffe. Es wurde argumentiert, dass Seelsorger*innen nicht in einem Dienstverhältnis zum Krankenhaus stünden, weshalb man auch keine offizielle Weisungsbefugnis hinsichtlich Hygienestandards habe; dies aber sei bei einem hochansteckenden Virus aus Sicherheitsgründen wesentlich.⁹

keinen ungehinderten Zutritt mehr hatte, sondern sämtliche psycho-soziale Berufsgruppen von dieser Regelung betroffen waren!

- 8 Siehe dazu die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des Covid-19-Maßnahmengesetzes StF: BGBl. II Nr. 98/2020: „Die Seelsorge in Krankenhäusern bzw. die Gewährleistung der persönlichen Religionsbedürfnisse, insbesondere bei Sterbenden oder Menschen in Palliativbetreuung, ist in Abstimmung mit den Vorschriften des jeweiligen Krankenanstaltenträgers zu gewährleisten“. Es scheint, als würde die im Notfall zugelassene Spendung der Sakramente auf Wunsch von Patient*innen als basale Gewährleistung religiöser Bedürfnisse gesehen worden sein.
- 9 P1 berichtet vom Gespräch über die Entscheidung gegen Besuche der Seelsorge in einem Unfallkrankenhaus mit der stellvertretenden Pflegedirektorin wie folgt: „Zwei Hintergrunds-Argumente, die im Krisenteam des UKH getroffen worden sind, sprachen klar für die Entscheidung gegen den Seelsorgedienst im Lockdown: Da die Seelsorger*innen mit Besuchern verglichen wurden, war die Entscheidung für ein Besuchsverbot der Seelsorger*innen für das Team eine logische Folge. Über Seelsorger*innen hat das UKH im Vergleich zu eigenen Angestellten keine offizielle Weisungsbefugnis in Hygienefragen. Das sei in dieser Krisenzeit aus Sicherheitsgründen aber wesentlich. Das UKH hat auch keine eigenen klinischen Psychologen. Diese werden im Bedarfsfall angefordert. Während der Pandemie hat es keine Anforderung einer Psychologin gegeben.“

In anderen Häusern hat sich ein pro-aktives Zugehen auf die Leitung bewährt und ein direktes Eingebundensein ermöglicht. So heißt es in dem Bericht von P6 wie folgt: „Wir sind gleich in den ersten Tagen mit einem Konzept an die Hausleitung herangetreten, wie wir in der Covid-Zeit unseren Dienst anbieten. Dieses Konzept wurde in einer knappen Antwort angenommen. Wir sind also „pro-aktiv“ auf die Leitung zugegangen.“ Auf einer Universitätskinderklinik wurde die Seelsorgerin gerufen und durfte ihrem Dienst nachkommen.¹⁰ In einem kleineren Krankenhaus wiederum hing die Entscheidung, ob Seelsorge zugelassen wird oder nicht, von der zur Verfügung stehenden Anzahl an geeigneter Schutzausrüstung ab.¹¹ In manchen Ordensspitälern wurde Seelsorge von vornherein als selbstverständlicher Dienst eingebunden und war immer möglich. Vielleicht konnte Seelsorge in manchen Fällen ihre Stellung innerhalb des Systems sogar vertiefen. P4 schreibt dazu:

*In unserer Ordensklinik ist die Leiterin der Seelsorge, im Unterschied zu mir, von der Klinik angestellt und die Seelsorge ist ein selbstverständlicher und wichtiger Faktor im Selbstverständnis des Hauses. Die hauptamtliche Seelsorge war auch zur Corona-Zeit selbstverständlich und von Seiten der Geschäftsführung und von Seiten vieler Patient*innen und Pflegekräfte mehr als erwünscht. Oft gab es Reaktionen wie ‚Schön, dass (wenigstens) ihr (auch) da seid‘. Von einzelnen Personen gab es aber auch Widerstand – Stichwort: zusätzlicher Ansteckungsrisikofaktor. Auf den übrig gebliebenen, offenen Stationen führten wir die ‚normale‘ Seelsorgearbeit, wie etwa Besuchsdienst und Sakramentenspendung am Krankenbett, weiter. Wir mussten uns dabei wöchentlich, manchmal täglich an neue Sicherheitsmaßnahmen anpassen – vom Triage-Zelt bis zu den unterschiedlichen MNS-Masken. Auch auf den Corona-Stationen war Seelsorgearbeit möglich (Begleitung von Sterbenden, Verabschiedungen), jedoch war ich hier nie invol-*

-
- 10 Siehe dazu Auszug aus Praxisbericht P2.: „Als Seelsorgerin war ich aufgrund häufiger Notrufe sehr gefragt auf den Stationen – ich erlebte ein vermehrtes ‚Gerufen-Werden‘. So hatte ich das Privileg, immer vor Ort im Krankenhaus und auf den Stationen sein zu dürfen und mit den Menschen (Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Personal) gemeinsam diese Situationen zu durchleben – aber auch, so weit als möglich, zu gestalten. Ich erlebte die arbeitsreiche Zeit in dieser Situation tatsächlich als Privileg, es war schön, arbeiten zu dürfen!“
- 11 Siehe dazu Auszug aus Praxisbericht P3: „Im Kontext ‚Kontakt der Seelsorge mit den Patient*innen‘ stellte sich auch die Frage nach Schutzausrüstungen, die sehr knapp vorhanden waren. Diese Tatsache hat uns vermehrt dazu gebracht, den Kontakt mit Patient*innen weitgehend zu vermeiden. Die Ausnahme waren sterbende Patient*innen.“

viert. Nach meiner Einschätzung wurde der Stellenwert der Seelsorge im Haus noch vertieft.

In diesen unterschiedlichen Möglichkeiten, dennoch Seelsorge auszuüben, wird etwas Gemeinsames sichtbar. In jedem Fall war ein „neues“, wieder anfängliches Hören und Wahrnehmen der Berufung und des Auftrags von Seelsorge notwendig. Gleichzeitig waren die Seelsorger*innen überall kurzfristigen und sich häufig verändernden Möglichkeiten der Seelsorge ausgesetzt, die ihnen von Seiten des Systems auferlegt wurden, und sie waren so herausgefordert, in einer „Dynamik des Vorläufigen“¹² ihr Tun auf ganz andere Weise auszuloten.

2.2 *Was möglich war und welche Kriterien möglicherweise ausschlaggebend waren*

Im Horizont der Vorläufigkeit und mit dem ambivalenten Gefühl, für Menschen nicht da sein zu können, dem äußeren und inneren Auftrag zum Teil nicht nachkommen zu können, wurde ausgelotet, was dennoch möglich sein könnte.¹³ In den Praxisberichten zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Seelsorger*innen in regelmäßigen Mail- und Telefonkontakten mit der Leitung eruiert hat, welche Stationen besucht werden konnten und welche nicht bzw. welche Schutzmaßnahmen vorzunehmen sind etc. Für einige änderte sich bis auf die Einhaltung von Hygiene- und Schutzstandards am gewohnten Dienst wenig. Von fast allen Krankenhäusern wurde für Sterbende die Spendung der Sakramente durch Priester ermöglicht. So zeigt sich in Krisenzeiten, welche grundlegende pastorale Bedeutung in erster Linie der sakramentale Dienst nach wie vor hat – zumindest für die überwiegende Mehrheit der Entscheidungsträger*innen in den Krankenhausleitungen.

12 Praxisbericht P5.

13 Siehe dazu Auszug aus Praxisbericht P5: „Die letzten Wochen waren eine sehr zwiespältige Zeit. Einerseits wurden wir sozusagen ‚weggesperrt‘, um kein zusätzliches Risiko ins Krankenhaus zu bringen. Das hieß aber auch, für die Patienten und deren spirituelle Bedürfnisse nicht da zu sein; ein Gefühl von ‚Sie-im-Stich-Lassen‘ und des Nicht-Daseins tat sich dabei auf. Abgesehen von der Telefonbereitschaft und von telefonischen Kontakten zum Personal, zu unseren Ehrenamtlichen, zu den Stationsleitungen, zum Hygieniker und zur Vertretung des Krisenstabs waren wir ziemlich ‚draußen‘.“

Aus den Praxisberichten kristallisieren sich konkret folgende Faktoren heraus, die für die Möglichkeit von Seelsorge in der Krisenzeit entscheidend waren und wohl auch für die Zukunft von Bedeutung sind:

- *Besucher*in oder Mitarbeiter*in*: Die Frage der Zugehörigkeit zum Personalstand, also Seelsorger*innen als Besucher*innen oder Mitarbeiter*innen, hatte erheblichen Einfluss darauf, wie das Arbeitsfeld der Seelsorge definiert wurde und wie weit vorübergehende Verbote den Berufsstand trafen. Gegenteilige Beispiele lassen die Vermutung zu, dass noch andere, viel schwerer fassbare Faktoren, die außerhalb des Einflussbereiches der Seelsorge liegen, das Zulassen von Seelsorge mitbestimmen haben. Eine Einheitlichkeit lässt sich nicht erkennen.
- *Selbstverständnis des/der Seelsorger*in*: Einige sehen im eigenen Rollenverständnis bzw. in dem Selbstbewusstsein, als Seelsorger*in im Orchester der therapeutischen Berufe tätig zu sein, ein bedeutendes Kriterium, wie sehr Seelsorge in Krisenzeiten ins System Krankenhaus eingebunden wird. Aber natürlich wird die Rolle auch durch Zuschreibungen von außen bestimmt. Dies führt zur Frage, welche Erfahrungen mit Seelsorge es in einer Institution bereits gibt und welche Bilder von und Erwartungen an Seelsorge die jeweiligen Entscheidungsträger haben.
- *Erfahrungen von Seelsorge*: Die von Mitarbeiter*innen im KH über Jahre wahrgenommene Verlässlichkeit und Relevanz der Seelsorge kann ein Vorteil sein, wenn die Leitung darüber nachdenkt, wer in schwierigen Zeiten Zugang haben darf. Dabei ist die Bereitschaft, sich auf die geforderten Schutzmaßnahmen (Hygieneschulung, Schutzausrüstung etc.) einzulassen, ein wesentlicher Faktor, um Seelsorge zu ermöglichen.
- *Seelsorge als umfassendes Angebot*: Inwiefern haben Menschen und die Krankenhausleitung wahrgenommen, dass Seelsorge sich über das Konfessionell-Religiöse hinaus versteht und als kompetente Partnerin in Lebens- und Glaubensfragen sowie unterstützend auch für Mitarbeiter*innen wahrgenommen wird?¹⁴ Je nach Wahrnehmung wurde Seelsorge zugelassen oder nicht.
- *Kontakt zu Entscheidungsträger*innen*: Ein über Jahre forcierter Kontakt mit Stationsleitungen und Entscheidungsträgern hat sich in der Krisenzeit bewährt, wie P2 in ihrem Praxisbericht schreibt: „Meine seelsorgli-

14 Siehe dazu die entsprechende These im Praxisbericht P6: „Eine Seelsorge, die sich in der Ausrichtung, in der Haltung, der Sprache und im Angebot nur auf Konfessionell-Religiöses fokussiert, wird nur noch bei gewünschter Sakramentenspendung angefragt – sonst aber kaum oder gar nicht.“

che Tätigkeit auf den Stationen ist grundsätzlich geprägt von einem engen Kontakt und Austausch mit dem Personal. Diese bereits gelegten Spuren waren für mich sehr hilfreich und ich erlebte sie als großen Vorteil, gerade in diesen Zeiten. [...] Außerdem bin ich der Meinung, dass Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger grundsätzlich in engem Kontakt mit den Entscheidungsträgern der jeweiligen Stationen, Abteilungen, Einrichtungen sein sollen. Sie sollten sich allerdings nicht nur von Meinungen dieser abhängig machen, sondern durchaus selbstbewusst ihr Dasein und Tun zeigen. Hier braucht es eine bewusste Haltung und Meinung und allem voran ein Selbstbewusstsein, das keine Zweifel daran lässt, dass professionelle Krankenhausseelsorge eine wichtige Ressource, wie vorhin bereits ausgeführt, für das gesamte System Krankenhaus sein kann.“ Die alltägliche Arbeit auf dem Stationsbetrieb, die Bekanntheit mit den Mitarbeiter*innen und bewährte Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Seelsorger*innen waren ein entscheidendes Kriterium dafür, dass Seelsorger*innen kommen durften. Es gab auch die Erfahrung, dass Stationsleitungen selbst initiativ Seelsorger*innen angerufen und gebeten haben, ihren Dienst trotz Besuchsverbots aufzunehmen.

- *Frage der Ressourcen:* Der Knappheit an Schutzausrüstung war es teilweise geschuldet, Seelsorge vor allem in kleineren Krankenhäusern nur in Ausnahmesituationen zuzulassen.

Gleichzeitig zeigt sich, dass andere Menschen in den Blickpunkt seelsorglicher Aufmerksamkeit gekommen sind: Angehörige, denen eine Verabschiedung oft nicht möglich war; Mitarbeiter*innen des Krankenhauses, die dafür zu sensibilisieren waren, selbst in religiösen Fragen und Handlungen kompetent zu werden¹⁵; das stark herausgeforderte medizinische Personal; die Reinigungskräfte; Mitarbeiter*innen im Homeoffice; schließlich das Küchenpersonal. So gab es trotz allem viel zu tun. Nach einem ersten Break der gewohnten Arbeitsabläufe und Rahmenbedingungen wurde hingehört und hingeschaut, und die Praxis der Seelsorge hat sich verändert.

15 Der Praxisbericht von P7 streicht im Besonderen die Bedeutung der religiösen Kompetenz des Personals u. a. hervor.

2.3 Herausforderung für das Team und für die eigene Psychohygiene

Die Gefahr, an Covid-19 zu erkranken, hat alle Bürger*innen erfasst. So waren auch die Seelsorger*innen emotional einer Belastungsprobe ausgesetzt, vor allem jener, sich selbst, die eigene Familie oder auch Patient*innen im Dienst zu infizieren. Wie viel an Risiken darf dem/der Partner*in oder den Kindern zugemutet werden? Abstimmung innerhalb des Teams und Gespräche waren notwendig und der berufliche Alltag war durch ein Wechselbad der Gefühle begleitet, von Gefühlen der Angst, Unsicherheit und Bedrohung angesichts eigener Grenzen der Belastbarkeit und einer drohenden Überforderung.

Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen durften die Seelsorger*innen im Homeoffice ihrer Tätigkeit nachgehen, was nicht nur zu einer zusätzlichen Entlastung geführt hat, sondern teilweise auch die Möglichkeit bot, selbst entscheiden zu dürfen, wie sehr man sich dem Risiko einer Ansteckung bzw. einer Übertragung aussetzt. Diese Wahlmöglichkeit hatten Menschen in anderen Berufsgruppen nicht.

In den Seelsorgeteams waren oft innere Spannungen in Situationen spürbar, wo eine Person auf die Station gehen durfte, eine andere wiederum nicht, zum Beispiel weil sie selbst zu einer Risikogruppe gehörte. Das Team konnte aber auch zu einem wichtigen entlastenden Faktor werden, wenn aufkommende Emotionen ausgesprochen werden durften. Darüber hinaus wurden auch der regelmäßige virtuelle Austausch mit Kolleg*innen aus anderen Teams sowie die (Hintergrund-)Arbeit der jeweiligen diözesanen Leitung der KHS als unterstützend erlebt. Jene Seelsorger*innen, die im Dienst waren, haben besonders auf eine angemessene Work-Life-Balance geachtet. Wo eine Nähe zum medizinischen, pflegerischen Personal möglich wurde, hat dies für besonderen emotionalen Zusammenhalt gesorgt und zur emotionalen Entspannung beigetragen. Letztlich schöpften einige auch aus ihrer Spiritualität Kraft für den Dienst und für den Umgang mit dieser besonderen Zeit, wie eine Seelsorgerin schreibt: „Meine Motivation, den Dienst in dieser Zeit zu tun, war letztlich eine geistliche: Dort zu sein, wo Gott im Tiefsten ist, bei den Leidenden, bei den Sterbenden, alles andere als dort zu sein, ergab keinen Sinn.“

3. Neue Wege entstehen, indem man sie geht

Die genannten Praxisbeispiele beschreiben nachdrücklich, inwiefern die klassische KHS durch das umfassende Kontaktverbot mit einer beispiellosen Herausforderung konfrontiert wurde. Seelsorge, wie wir sie bisher

kannten, Konzepte, die in langen Prozessen entwickelt wurden, und Rituale, die in modifizierter Form über Jahrhunderte gewachsen und praktiziert wurden – all das war, mit Ausnahme einzelner Sakramentspendungen, von einem Tag auf den anderen nicht mehr möglich. Mit dem Wegfall all dieser Handlungsoptionen schien die Existenzberechtigung der Seelsorge selbst in Frage gestellt zu werden. Sie musste sich der Anfrage aussetzen, wie systemrelevant sie in einem modernen Krankenhaus im Kontext einer pandemischen Krisensituation ist. Zugespitzt heißt das: Gelingt es der KHS nicht, sich neue Handlungsräume zu erschließen und ihr „Wozu“ neu zu überdenken, bleibt ihr nur die Alternative, „das Licht auszumachen“ und schlicht und einfach nach Hause zu gehen.

3.1 *Entschleunigung als Chance zur Standortbestimmung*

Dem oben bereits eingeführten Begriff „Aufhören“ können im Deutschen wenigstens zwei Bedeutungen zugeordnet werden: zum einen „etwas beenden“, zum anderen „aufhorchen“, genau hinhören. Dieses Innehalten, um die momentane Situation genauer wahrnehmen und reflektieren zu können, ist der Zustand, in den die KHS angesichts der Pandemiesituation versetzt worden ist. Das heißt aber auch, sich die Offenheit zuzugestehen, sich von dem frei zu machen, was über weite Strecken den herkömmlichen Modus der KHS bestimmt hat, wie z. B. die systematische, aufsuchende Seelsorge auf den Stationen oder die Spendung der Sakramente. Kann es in dieser Weise gelingen, die KHS „neu zu erfinden“? In diesem Fall dürfte es nicht einfach darum gehen, Altes durch Neues unkritisch zu ersetzen, sondern vielmehr darum, aus einer supervisorischen Perspektive heraus für die Gegebenheiten und die Möglichkeiten seelsorglichen Handelns im Sinne eines Reframings neue Sinnzusammenhänge zu erschließen und diese zu gestalten.

Katholische Kolleginnen und Kollegen aus der österreichischen KHS haben uns in vielen Telefonaten wie auch in Form der vorliegenden Praxisberichte mitgeteilt, was sie Neues oder einfach nur Anderes gemacht haben. Die Evidenz dieses Befundes sollte sich in weiterer Folge befragen lassen dürfen, welche ableitbaren Kriterien für die zukünftige Arbeit der KHS formuliert werden können.

3.2 Neue Wege

Wie schon gesagt, wird es wohl nicht darum gehen, Altes durch Neues zu ersetzen. Neues entsteht bereits, wenn das Herkömmliche aus einem anderen Impetus heraus gestaltet wird.¹⁶ Dabei kommt es bereits allein dadurch zu Akzentverschiebungen, dass man überkommene Praktiken bewusster und reflektierter zum Einsatz bringt und nicht einer bloßen programmatischen Gewohnheit folgt.

3.2.1 Nur zwischen den Stühlen lässt es sich aufrecht stehen

Es wurde bereits beschrieben, dass seelsorgliches Handeln im Krankenhaus sich wesentlich in einem „Dazwischen“ vollzieht. Im Raum des Dazwischen werden einerseits die Grenzen spürbar und die Handlungsspielräume sind beschränkt. Grenzen geben andererseits aber Kontur und machen die bestehenden Freiräume umso sichtbarer. So mag es darum gehen, die (neuen) Handlungsspielräume „zwischen den Stühlen“ zu sehen und gestalterisch tätig zu werden.

Es ist eine systemische Realität, dass ein(e) Krankenhauseelsorger*in sich in einem Spannungsfeld verschiedener Aufträge und unterschiedlicher Rollenerwartungen befindet. Die Anstellung und die damit verbundene Dienstverpflichtung besteht meist gegenüber der Institution Kirche. Das konkrete Arbeitsfeld befindet sich dagegen innerhalb des multiprofessionell organisierten Systems Krankenhaus, in dem es eigene Regeln und spezifische Anforderungen gibt. All dies steht in enger Beziehung zu dem jeweiligen religiös-spirituell motivierten Sendungsbewusstsein im Geiste Jesu, das eng mit der persönlichen Berufung der betreffenden Person verbunden ist. Und schließlich gibt es die ganz persönlichen Anforderungen und „Aufträge“, die z. B. durch die eigenen Befindlichkeiten, Ängste und Grenzen definiert werden, oder auch durch die Verantwortung, die man anderen Familienmitgliedern gegenüber empfindet. Diese Ansprüche, Aufträge und Rollenerwartungen sowie die Sorge um die eigene Psychohygiene stehen angesichts der aktuellen Pandemiesituation allzu oft im Wi-

16 P8 (leitet ein KHS-Team an einem Uniklinikum) berichtete in Bezug auf den Covid-Bereich von einem umfassenden Zutrittsverbot für die Krankenhauseelsorger*innen am Beginn der Pandemiesituation. Zur Spendung des Sterbesegens wurde die Lösung gefunden, dass stationseigene freiwillige Pflegekräfte dazu angeleitet und ermutigt wurden, eine kompakte Variante des Sterbesegens zu spenden.

derstreit. Der kirchliche Auftrag, als Seelsorger*in zu den Kranken zu gehen, wird, wie zuvor bereits beschrieben, aufgrund von Restriktionen durch die Krankenhausleitung untersagt. Die Möglichkeit, als Seelsorger*in im ausgewiesenen Covid-Bereich den Dienst versehen zu dürfen, steht möglicherweise sehr schnell im Widerspruch zu persönlichen Ängsten, selbst infiziert bzw. eine Gefahr für eigene Familienangehörige zu werden. Im Betreten dieses Neulands ist jede(r) Seelsorger*in herausgefordert, die eigene Position in diesem dynamischen Balancezustand zwischen Auftrag und Selbstschutz zu definieren. Und oft genug wird es ein Arbeiten „zwischen den Stühlen“, wo die herkömmlichen Rollen nicht (mehr) tragen werden.

Aufgrund der Praxisberichte und ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, werden nun drei Fährten gelegt, die sich an biblischen Motiven orientieren und anschlussfähiges seelsorgliches Handeln beschreiben.

3.2.2 „Ich werde dort sein, wo du bist.“ (Ex 3,14)

Den Gottesnamen, den Moses am brennenden Dornbusch erfragt hat, übersetzt Martin Buber mit einem innigen Beziehungsgeschehen: „Ich werde dort sein, wo du bist!“¹⁷ Allein die Beziehung im Hier und Jetzt verändert die Voraussetzungen und lässt den Kontext in einem anderen Licht erscheinen. Es gibt keine starren situativen oder institutionellen Bedingungen. Der Moment der Begegnung wird zur Gotteserfahrung.

Was in dieser Sequenz beschrieben wird, ist der grundlegendste Habitus einer seelsorgenden Person: dort zu sein, wo die Freude und das Leid¹⁸ der Menschen ist, denen der/die Seelsorger*in begegnet, sie zu begleiten und das Leben dort miteinander zu teilen, wo es gerade stattfindet. Wo die ausgewiesenen Orte seelsorglichen Handelns, wie z. B. rituelle Handlungen in sakralen Räumen, situationsbedingt stärker in den Hintergrund treten, sind es – auch situationsbedingt – nun vielleicht die Begegnungen „zwischen Tür und Angel“, die etwas von der göttlichen Zuwendung im menschlichen Wort und/oder einer Geste der Achtsamkeit, spürbar werden lassen.

17 Siehe Staudacher, Ich werde sein, wo du bist.

18 Siehe dazu die Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“ 1: „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.“

In den Praxisberichten wird diesbezüglich von Akzentverschiebungen berichtet, die auf Chancen seelsorglicher Begegnungen mit Personen verweisen, die vorher weniger im Blick waren.¹⁹ Beispielsweise kommen Reinigungsfachkräfte mit ihren Ängsten vermehrt ins Gespräch mit Seelsorger*innen, weil sie es sind, die neben dem Schmutz auch kontaminierte Kleidung und medizinischen Abfall entsorgen müssen. Führungskräfte sind offener für ein Wort des Zuspruchs oder einfach nur für ein verschwiegenes, aber offenes Ohr, weil die Last der Verantwortung während dieser tückischen Krisensituation viel stärker drückt als unter herkömmlichen Alltagsbedingungen. Zudem zeigt sich in den Reflexionen, dass vermehrt hauseigene Video- oder Radioübertragungen von Gottesdiensten, Impulsen und Andachten in die Patientenzimmer an Bedeutung gewonnen haben. Aber auch von neu entstandenen Ideen wie mobilen Seelsorgeteams die zu Gesprächen und zu speziellen Angeboten eingeladen haben, wurde berichtet.

Auf dem langen Weg ins „Gelobte Land“ wurde Moses durch Gott an die unterschiedlichsten Orte und in die unterschiedlichsten Situationen hinein gesendet. Doch Gott war immer mit ihm. Dort, wo sich die Seelsorger*innen in die Lebenssituationen all jener Menschen mit hineinnehmen lassen, denen sie im Krankenhaus begegnen, werden sie in neuer Weise Zeugen, Bürgen und Botschafter der Alltagstauglichkeit der Liebe Gottes und seiner Zuwendung.

3.2.3 „... [U]nd [er] sandte sie je zwei und zwei vor sich her in alle Städte und Orte ...“ (Lk 10,1) – Krankenhauseelsorge als die Kunst des vernetzten Arbeitens

Die oben beschriebenen diversen Aufträge, Rollen und Zugehörigkeiten von Seelsorger*innen in zudem sehr unterschiedlichen und ausdifferenzierten Systemen und Handlungsfeldern machen es evident, dass seelsorgliches Handeln immer auch Netzwerkarbeit ist.

Im Lukasevangelium ist davon zu lesen, dass Jesus zweiundsiebzig Jünger zu je zwei und zwei in all jene Städte und Orte vor sich her schickte, in

19 Siehe dazu das Konzilsdekret „Apostolicam actuositatem“ 8: „Der barmherzige Sinn für die Armen und Kranken und die so genannten caritativen Werke, die gegenseitige Hilfe zur Erleichterung aller menschlichen Nöte, stehen deshalb in der Kirche besonders in Ehren. [...] Das caritative Tun kann und muss heute alle Menschen und Nöte umfassen.“

die er selbst noch zu gehen beabsichtigte. Hier wird Vernetzung in mehrfacher Hinsicht verdeutlicht:

Je „zwei und zwei“ – Der Dienst als Krankenhauseelsorger*in ist im Modus des „Einzelkämpfers“ nicht denkbar. Der Mehrwert des kollegialen Miteinanders und/oder der Arbeit innerhalb eines Teams, sind während der Bedrohung durch die Pandemiesituation deutlich zutage getreten. Der tagesaktuelle Austausch, ein größerer Ideenpool angesichts neuer Situationen und die Unterstützung durch die kollegiale Peererfahrung stärken die Psychohygiene und erhalten die Handlungsfähigkeit. Die Verantwortung für das große Ganze ruht auf mehreren Schultern, selbst wenn es eine(n) letztverantwortliche(n) Teamleiter*in gibt. Schließlich kann die operative Verbundenheit in der Kolleg*innenschaft auch als intervisorisches Korrektiv dienen, in dem die gemeinsame Arbeit in der Spannung zu den jeweils persönlichen Bedürfnissen reflektiert werden kann.

„... und [Er] sandte sie ...“ – Krankenhauseelsorger*innen sind im theologischen Sinne letztlich „Botschafter an Christi statt“. (Vgl. 2 Kor 5,20) Das heißt, dass es neben den formalen institutionellen Aufträgen darüber hinaus einen tieferen Sinn und einen umfassenderen Auftrag gibt.²⁰ So sind sie Teil dieser unterschiedlichen Systeme und Arbeitsfelder, für die sie vielfältige Verantwortung tragen. Zugleich handeln und sprechen sie aus einer Glaubenshoffnung heraus, die menschliche Belastungen, Leid und Tod zwar nicht leugnet, die es jedoch vermag, für die begleiteten Menschen ermutigende und sinnstiftende Akzente zu setzen.

3.2.3 „Was denn?“

In der Emmausgeschichte (Lk 24) begegnet der auferstandene Jesus unerkannt zwei Jüngern auf ihrem Weg. Auf ihre Frage, ob er der Einzige sei, der von der Kreuzigung eines gewissen Jesus in Jerusalem nichts mitbekommen habe, antwortet er schlicht: „Was denn?“

20 In den Aussagen des II. Vatikanischen Konzils wird aufgefordert, die Not der Armen und der Leidenden zu lindern. Siehe dazu die Dogmatische Konstitution „Lumen gentium“ 1: „In den Armen und Leidenden erkennt sie [die Kirche] das Bild dessen, der sie gegründet hat und selbst ein Armer und Leidender war. Sie müht sich, deren Not zu erleichtern.“

Die erste und grundlegende Voraussetzung für eine redliche KHS ist das aufrichtige Interesse am Menschen und an seiner Lebensgeschichte. Dieses Interesse kann durch vielerlei Arten anschlussfähiger Kommunikation zur Begegnung werden. Jesus, der selbst in Jerusalem gestorben ist, bleibt ganz bei dem Kummer und der trauernden Sorge, die den beiden Jüngern die Augen verschlossen halten. Er selbst nimmt sich zurück. Er spendet keinen billigen Trost, sondern nimmt sie an in ihrem Schmerz und ihrer Enttäuschung und geht einfach mit ihnen.

Diese Wegbegleitung durch Krankenhauseelsorger*innen hat während der Corona-Pandemie im Hier und Jetzt der alltäglichsten Orte und Situationen des Krankenhauses stattgefunden: im Gespräch mit der Pflegekraft am Ende ihres Dienstes und am Ende ihrer körperlichen und emotionalen Kräfte; in der Ermöglichung eines Telefonates einer Patientin mit ihren Angehörigen, wo der persönliche Besuch untersagt war; in einer Geste des basalen Zuspruchs, wo die Seelsorgerin dem Krankenhauspersonal einen Kartengruß und einen selbstgebackenen Kuchen oder Schokolade vorbeibringt. Ich gehe mit. Ich trage mit. Ich suche Ermöglichungsoptionen, damit Kommunikation fließen kann und die Sorge, der Kummer, aber auch die Freude über Heilung und geglückte Begegnungen einen Ausdruck finden können.

4. Schlussbemerkung

Im Auf-hören und Innehalten, im „Dazwischen“, im Verweilen und Betrachten dessen, was um einen herum geschieht, jenseits aller herkömmlichen Routinen, eröffnen sich für die Praxis der KHS ansatzweise neue Wege und neue Perspektiven, die vermutlich immer schon da waren. Es bestehen Kummer und tiefe Irritationen über all das, was an Liebgewonnenem zurzeit nicht mehr möglich ist. Doch erst diese veränderte Situation unserer Umwelt gewährt uns andererseits neue Freiräume, die uns in der KHS zuvor wohl kaum jemals als eine Option vorgekommen wären.

Grundsätzlich gilt es eine neue, achtsame Offenheit für alle Menschen zu gewinnen, denen ein(e) Krankenhauseelsorger*in begegnet – im jeweiligen Hier und Jetzt, absichtslos und mit der handlungsleitenden Frage Jesu: „Was willst Du, dass ich Dir tue?“ (Lk 18,41)

Literatur

- Klessmann, Michael: Die Fremdheit und Widerständigkeit der Seelsorge im Krankenhaus, in: Roser, Traugott: Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen ⁵ 2019, 391–401.
- Klessmann, Michael: Einleitung: Seelsorge in der Institution Krankenhaus, in: Ders. (Hg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen: V&R ⁴2013, 15–29.
- Methfessel, Annedore: Die Bedeutung der KSA in der Aus- und Fortbildung für Krankenhauseelsorge, in: Roser, Traugott: Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen: V&R ³2019, 471–486.
- Rahner, Karl/Vorgrimler, Herbert: Kleines Konzilskompodium, Freiburg i. Br.: Herder Verlag ¹⁸1985.
- Staudacher, Johannes: Ich werde sein, wo du bist. Was Trauerbegleitung ausmacht. Wien-Graz-Klagenfurt: Styria Verlag 2011.

Praxisberichte

BERTHOLD BROTTTRAGER, LKH Hochsteiermark, Standort Leoben

ELFIE HAINDL, UK Tulln

MICHAELA HIRZER-WEISS, Krankenhaus der Elisabethinen und Kreuzschwestern Graz

GERHARD HUNSDORFER, LKH Salzburg

PETRA LACKNER-HAAS, Kinderklinik Universitätsklinikum Graz

ERWIN LÖSCHBERGER, UKH Graz

CHRISTIANE SCHALK, LK Lilienfeld

SYLVIA STRÖBITZER, Krankenhauseelsorge Krems