

Katholische Arbeitsstelle
für missionarische Pastoral

KAMP
kompakt | 10 |



Martin Hochholzer,
Theresa Pabst-Clemens,
Martin Seidnader, Martin Splett (Hg.)

Christlicher Beistand bis zuletzt

*Profilierte Seelsorge im Kontext von
Spiritual Care und Suizidbegehren*

Martin Hochholzer, Theresa Pabst-Clemens,
Martin Seidnader, Martin Splett (Hg.)

Christlicher Beistand bis zuletzt

*Profilierte Seelsorge im Kontext von
Spiritual Care und Suizidbegehren*

Die Katholische Arbeitsstelle für missionarische Pastoral (KAMP) in Erfurt ist eine Einrichtung der Deutschen Bischofskonferenz. Sie hat den Auftrag, die (Erz-)Bistümer in Deutschland in den pastoralen Transformationsprozessen unter der Perspektive der Evangelisierung zu unterstützen.

Die Reihe *KAMP kompakt* erscheint in unregelmäßigen Abständen und will Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sowie Interessierten in gebündelter Form Ergebnisse der Arbeitsstelle und pastoral relevante Diskurse zugänglich machen.

Impressum

KAMP kompakt, Band 10

Herausgeber:

Katholische Arbeitsstelle für missionarische Pastoral

Holzheienstr. 14

99084 Erfurt

Telefon: 0361 / 54 14 91 – 0

E-Mail: sekretariat@kamp-erfurt.de

Internet: www.kamp-erfurt.de

Alle Internetquellen wurden am 4.7.2025 überprüft.

Titelbild: Heinz M. Müller. In: Pfarrbriefservice.de.

© 2025 Katholische Arbeitsstelle für missionarische Pastoral, Erfurt

ISSN 2195–9005



Druckprodukt mit finanziellem

Klimabeitrag

ClimatePartner.com/12518-1907-1001



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--|---|----|
| Geleitwort | Bischof Peter Kohlgraf | 5 |
| 1. Einführung und Überblick | | |
| Palliativseelsorge – Profilfragen im Kontext von Spiritual Care und Suizidbegehren | Martin Splett | 7 |
| 2. Praxisbereiche und aktuelle Herausforderungen | | |
| <i>2.1 Spiritual Care</i> | | |
| (Palliativ-)Seelsorge mit integrierter Spiritual Care – eine Skizze | Martin Splett | 20 |
| Seelsorge als Spiritual Care – aktuelle Entwicklungen | Sonja Sailer-Pfister | 26 |
| <i>2.2 Berufsethos</i> | | |
| Zum Berufsethos von Klinikseelsorger*innen im Umfeld von Sterbewunsch und suizidalem Handeln | Martin Seidnader, Theresa Pabst-Clemens | 33 |
| Zwei Fallvignetten | Theresa Pabst-Clemens, Christoph Kunz | 41 |
| <i>2.3 Assistierter Suizid</i> | | |
| „Ich will, dass du bist!“ Seelsorgerliche Überlegungen zum ärztlich assistierten Suizid | Christoph Seidl | 46 |

3. Schlussgedanken

Von der Notwendigkeit eines dynamischen Seelsorgeprofils

Martin Splett, Martin Seidnader, Theresa Pabst-Clemens,
Martin Hochholzer

58

Autorinnen und Autoren

60

Geleitwort

**Bischof Dr. Peter Kohlgraf,
Vorsitzender der Pastoralkommission
der Deutschen Bischofskonferenz**

Die vorliegende Publikation geht auf den Fachtag „Christlicher Beistand bis zuletzt“ zurück, zu dem die Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz für den 2. Juni 2023 nach Mainz eingeladen hatte. Anlass und Gegenstand waren ausgewählte Themen der Erklärung „Bleibt hier und wacht mit mir!“ der Pastoralkommission (2021) zur palliativen und seelsorglichen Begleitung von Sterbenden: das Verhältnis von Seelsorge und Spiritual Care, das Berufsethos von Seelsorgerinnen und Seelsorgern sowie die seelsorgliche Begleitung von Menschen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten.

Mit den hier versammelten Texten nehmen Referentinnen und Referenten der katholischen Bundeskonferenzen Krankenhausseelsorge sowie Hospiz- und Trauerpastoral den damaligen Dialog mit Mitgliedern der Pastoralkommission auf und führen ihn angesichts aktueller Entwicklungen in den drei Themenfeldern weiter.

So stellt gegenwärtig Spiritual Care als Sorge um spirituelle und existentielle Anliegen in der Palliativversorgung (und zunehmend nicht nur dort) einen Containerbegriff dar, der auch Raum für Seelsorge lässt. Im Geist des Evangeliums und in der Auseinandersetzung mit dem gesundheitssystemischen Paradigma von Spiritual Care geschieht kirchliche Seelsorge in einer Balance von Identität und Relevanz, von Eigenständigkeit und Integration, die an der Zeit ist und Menschen Hoffnung zu geben vermag.

Die Überlegungen zum spezifischen Berufsethos von Seelsorgerinnen und Seelsorgern fokussieren auf die Begleitung von Sterbe- bzw. Suizidwilligen und sind zugleich über diesen konkreten Kontext hinaus für die Weiterentwicklung von Seelsorge relevant. Damit konkretisieren sie die Ausführungen von „In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche“ (2022), in dem die deutschen Bischöfe die

zentrale Bedeutung von Seelsorge für das Wirken der Kirche hervorgehoben haben.

Eine spezifisch seelsorgliche Perspektive prägt auch das dritte Themenfeld. Im Mittelpunkt steht hier weniger die Frage der christlich-ethischen Bewertung von Todeswünschen und Suizidabsichten bzw. -taten; vielmehr wird um Weisen seelsorglicher Begleitung gerungen, die den Gott Jesu Christi als Gott unverfügbaren Lebens und zugleich als einen Gott bedingungsloser Liebe und Zuwendung bezeugen und erfahrbar werden lassen.

Aus der Pastoraltheologie ist mir die Kraft und Kreativität der Praxis vertraut und wichtig. Praktische Erfahrungen geben theoretisch zu denken – mit dem Ziel, wiederum die Praxis der Begleitung von Menschen zu unterstützen; denn „entscheidend ist auf'm Platz“, wie alle wissen, die dem Fußball zugeneigt sind. Beim Fachtag wurde deutlich, wie praktische seelsorgliche Erfahrungen den theologischen Diskurs über herausfordernde Themen prägen und bereichern können – und wie umgekehrt das gemeinsame Nachdenken Orientierung für das praktische Tun bieten kann.

Im Nachgang zum Fachtag wurde rückblickend die dort gelebte Dialogkultur gewürdigt. So laden auch die nachfolgenden Beiträge von Fachreferentinnen und Fachreferenten zur weiteren Diskussion ein und seien allen Seelsorgenden mit Dank für Ihr segensreiches Tun ans Herz gelegt, die in der Begleitung Kranker und Sterbender, aber auch für deren Angehörige sowie für Beschäftigte im Gesundheitswesen Zeuginnen und Zeugen einer Hoffnung sind, die über uns und den Tod hinaus auf den Gott des Lebens verweist.

Ihr

+ Peter Wollgast

Palliativseelsorge – Profilfragen im Kontext von Spiritual Care und Suizidbegehren

Martin Splett

„In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Durch die Seelsorge möchte die Kirche Menschen in unterschiedlichen Situationen nahe sein; sie steht solidarisch an ihrer Seite. Sie will ihnen durch glaubende und hoffende Mitmenschen dabei helfen, ihr Leben zu deuten, zu gestalten und in Würde zu leben.“ Mit diesen Sätzen beginnt ein programmatischer Text der deutschen Bischöfe zur Seelsorge (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2022, 9).

Zu den seelsorgerelevanten Lebenssituationen gehört auch das Sterben; denn zum Leben in Würde gehört auch ein Sterben in Würde. Darum ist Palliativseelsorge wichtig. Zugleich sieht sie sich aktuell in mehrfacher Weise herausgefordert, sich ihres Selbstverständnisses und ihrer Relevanz neu zu vergewissern: Wie soll sie sich zur Entwicklung von *Spiritual Care* im Gesundheitssystem verhalten, einem multiprofessionellen Ansatz der Sorge um existentielle und spirituelle Bedürfnisse? Und was bedeutet es, Menschen mit Sterbewünschen bis hin zu Suizidbegehren *seelsorglich* zu begleiten? Beide Fragen betreffen das Profil von Palliativseelsorge, zugleich gehen sie über den Palliativbereich hinaus. Seelsorge kann aus der Auseinandersetzung mit diesen Themen für sich lernen und umgekehrt etwas von sich in die Diskussion um Spiritual Care sowie den Umgang mit Sterbewünschen einbringen.

Im Folgenden wird zunächst auf das Phänomen Spiritual Care im Gesundheitswesen und seine Bedeutung für eine anschlussfähige kirchliche Seelsorge eingegangen. In einem zweiten Schritt erfolgen Überlegungen zum Profil von Seelsorgenden. Und schließlich wird auf dem zuvor skizzierten Hintergrund eine konkrete seelsorgliche Herausforderung in den Blick genommen, nämlich der seelsorgliche Umgang mit Menschen, die mit Suizidhilfe selbstbestimmt sterben wollen.

Seelsorge angesichts von Spiritual Care

Dass kirchliche Seelsorge am Lebensende seit jeher auch mit Spiritualität befasst ist, dürfte unstrittig sein. In den letzten Jahrzehnten hat Spiritualität über Seelsorge hinaus Eingang ins Gesundheitswesen gefunden, insbesondere in der Palliativversorgung. 2002 hat die WHO die Sorge um die spirituellen Bedürfnisse in ihre Definition von Palliative Care aufgenommen: „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002).

Der zugrundeliegende Spiritualitätsbegriff ist weder esoterisch noch ausschließlich religiös zu verstehen, sondern bewusst weit gefasst, z. B. durch die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC): Spiritualität sei die „dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen – individuell und in Gemeinschaft – Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit anderen/-m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen“ (deutsche Übersetzung nach SpECi 2024). Gemeint ist eine Achtsamkeit über einzelne behandlungsrelevante körperliche oder psychosoziale Aspekte hinaus für die Geheimnishaftigkeit und Ganzheitlichkeit des menschlichen Lebens und Sterbens, d. h. für existentielle Phänomene wie „Identität und Selbstwirksamkeit, Verbundenheit und Generativität, Sinn und Hoffnung, Kraftquellen und inneren Frieden“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2025, 1).¹

¹ Das „Geheimnis des Lebens“ nimmt Erhard Weiher zum Ausgangspunkt für wegweisende Überlegungen zur Palliativseelsorge, von denen manches Eingang in die nachfolgenden Überlegungen gefunden hat; vgl. dazu sein Hauptwerk: „Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod“ (Weiher 2014). Als Klinikpfarrer hat er jahrzehntelang zugleich praktisch realisiert, was er theoretisch reflektiert hat. Am 2. Mai 2024 ist Erhard Weiher, der so vielen beim Sterben zur Seite stand, selbst gestorben – möge er die Fülle des Lebens erfahren.

Demzufolge meint *Spiritual Care* zunächst einmal recht allgemein die Unterstützung beim Umgang mit spirituellen Anliegen und Nöten, wobei Spiritualität auch als Ressource dienen kann. Und weil jede existentielle Situation auch eine spirituelle Komponente hat, gehört zu einer umfassenden Sterbebegleitung auch *Spiritual Care*.²

Was heißt das konkret? In der Rückschau auf das Leben bzw. in der Vorausschau auf den Tod stellen sich Sterbenden und Mitbetroffenen unterschiedliche „spirituelle“ Fragen. Beispiele:

- Wofür habe ich gelebt, für was und für wen (Sinn, Bedeutung)?
- Wer bin ich eigentlich, was macht mich aus (Identität)?
- Was oder wer gibt mir im Leben, im Sterben Halt oder Hoffnung?
- Wie stehe ich zum Tod? (Ist er eher Feind, Fremder oder auch Freund?)
- Womit habe ich das verdient? Warum lässt Gott das zu?
- Was ist mir kostbar, wertvoll, ja „heilig“: Göttliches, Menschen, Beziehungen, Natur, Kulturelles (z. B. Musik), Ziele, Werte usw.?
- Was kommt nach dem Tod? Gibt es ein Wiedersehen?
- Blick zurück: Wie war mein Leben, wofür bin ich dankbar, was bedauere, betrauere ich? Wo bin ich schuldig geworden, wo habe ich Unrecht erlitten?
- Blick nach vorne: Was habe ich noch vor, was ist noch offen, mit wem will ich noch etwas klären oder mich versöhnen?
- Achtsamkeit für das Hier und Jetzt: Was geht und was will ich jetzt, wen hätte gerne bei mir? Wie kann mir helfen, woran ich glaube?

In der Regel werden diese Fragen nicht explizit ausgesprochen und schon gar nicht so formuliert, wenn Menschen von sich und ihrem Leben erzählen – und seien es alltägliche oder scheinbar banale Gegebenheiten. Eine Aufgabe in der

² Dahinter steht letztlich das Total-Pain-Konzept der Begründerin der modernen Palliativversorgung, Cicely Saunders: Nach ihren Erfahrungen und Untersuchungen müssen Leiden und Schmerzen am Lebensende mehrdimensional betrachtet und behandelt werden, nämlich körperlich, psychosozial und spirituell.

spirituellen Gesprächsführung besteht darin, sich gemeinsam an tiefere bzw. symbolische Bedeutungen von Andeutungen heranzutasten und sensibel zu erkunden, worum es *noch* oder *eigentlich* geht.

Die Auseinandersetzung um Spiritual Care hat in Deutschland in den letzten Jahren an Fahrt aufgenommen, sowohl durch Palliativ- als auch durch Seelsorgefachleute³. Auch die beiden großen Kirchen haben in den letzten Jahren Stellung dazu genommen (vgl. Evangelische Kirche in Deutschland 2020; Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2021, v. a. 35–44). Wie kann oder sollte sich kirchliche Seelsorge zu dieser Entwicklung in der Palliativversorgung verhalten?

Eine vergleichende Gegenüberstellung von Spiritual Care und Seelsorge könnte zunächst anhand ihrer unterschiedlichen „Logiken“ (vgl. Karle 2018; Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2021, 40–42) erfolgen: hier die Ausrichtung am multiprofessionell behandelnden Gesundheitssystem, dort die Einbettung in eine kirchliche Kultur und Tradition.

Eine exklusiv gesundheitsberufliche Spiritual Care ließe sich als therapeutischer Behandlungsansatz verstehen, von einer „spirituellen Anamnese“⁴ über standardisierte Behandlungsprozesse bis hin zum Ziel eines messbaren Therapieerfolgs, zu dem Spiritualität beitragen soll. Eine solche Spiritual Care ist Aufgabe aller an der Palliativversorgung beteiligten Akteure. Mitunter wird für eine dezidiert a-religiöse Spiritual Care plädiert, die sich weltanschaulich neutral zu verhalten habe.

Dagegen versteht sich klassische Seelsorge als ein (behandlungsziel-)freies und freiwilliges Angebot der Kirchen, das von ihnen Beauftragte quasi von extern in die Palliativversorgung einbringen. Seelsorgende bieten persönliche Begleitung in einem offen gestaltbaren Beziehungsgeschehen an, halten Unverfügbarkeit

³ Vgl. z. B. Eckhard Frick mit seiner Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit in München: <https://spiritualcare.de/>. Vgl. weiterhin Nauer 2015; Peng-Keller 2021; Roser 2017. Seit 2012 existiert auch eine Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen namens „Spiritual Care“, herausgegeben von Eckhard Frick und Simon Peng-Keller.

⁴ Vgl. z. B. das klinische Interview „SPIR“: https://spiritualcare.de/media/forschung/02_Frick%20Weber%20Borasio_SPIR10.pdf.

und Ohnmacht mit aus. Sie bezeugen und bestärken mit Tat und Wort, mit Gebet und Gottesdienst die christliche Hoffnung auf einen Gott des (ewigen) Lebens. Sie stehen auch den Mitarbeitenden seelsorglich zur Verfügung. Was sie im Team kommunizieren und dokumentieren dürfen, ist durch das Seelsorgegeheimnis begrenzt.

Bleibt es bei einer solchen Gegenüberstellung von zwei Systemen, die unterschiedlichen Logiken folgen, dann stellt sich die Frage nach Konkurrenz oder Kooperation.

Das Papier „Bleibt hier und wacht mit mir!“ der Pastoralkommission sieht und schätzt neben den skizzierten Unterschieden „die Schnittmengen von Spiritual Care und kirchlicher Seelsorge [...] Beide Formen der Sorge bestehen *um des Menschen selbst willen* und weisen kritisch auf die Unverfügbarkeit der menschlichen Existenz gerade im Angesicht des Todes hin“ (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2021, 43). Folgerichtig empfiehlt das Papier „eine Kooperation beider Formen der Begleitung im Bewusstsein der jeweiligen Eigenheiten und Differenzen“ (ebd. 44).

Seelsorge und Spiritual Care können voneinander lernen und einander bereichern. Seelsorge wirbt extern ins System hinein für ein ganzheitliches Vorgehen unter Berücksichtigung der spirituellen Dimension sowie für Freiräume für Begegnung und Begleitung, ergänzend zum medizinisch-pflegerisch Machbaren.

Umgekehrt fordern gesundheitssystemische Vorgehensweisen eine Seelsorge heraus, die anschlussfähig und kooperativ sein will. Welche Qualitätsstandards mit welchen Evaluationsmöglichkeiten sind erforderlich?⁵ Welcher Austausch mit den anderen Berufsgruppen ist zum Wohle der Patient*innen – und mit ihrem Einverständnis – möglich und nötig? Welche Eigenständigkeit braucht

⁵ Im Vorwort zu „In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche“ bittet der DBK-Vorsitzende Bischof Bätzing die Diözesen um die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Seelsorge (vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2022, 7). Dazu ist eine fruchtbare Rezeption von Erkenntnissen aus der Spiritual Care sicher hilfreich.

Seelsorge um ihrer christlichen bzw. kirchlichen Identität willen, welche Integration in die Versorgung braucht sie um ihrer Relevanz für eine ganzheitliche Behandlung und Begleitung willen?

Mittlerweile zeigt sich in der klinischen Praxis sowie in der fachlichen Diskussion, dass Spiritual Care und Seelsorge große Schnittmengen haben und sich sogar teilweise wechselseitig integrieren können.⁶ Denn Spiritual Care steht eben nicht ausschließlich für einen palliativtherapeutischen Behandlungsansatz, sondern kann als ein Sammel- oder Oberbegriff für unterschiedliche Ansätze dienen, die spirituellen Anliegen, Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen aufzugreifen. Ohnehin ist Spiritual Care zwar einerseits eine Errungenschaft des Gesundheitssystems, wurde dort aber bewusst von gläubigen Christ*innen wie eben Cicely Saunders eingebracht und hatte nie den Anspruch, weltanschauliche Seelsorge abzulösen. Darum muss Seelsorge keine Angst davor haben, überflüssig zu werden oder ihre Eigenständigkeit zu verlieren, wenn sie ihren Auftrag in der Palliativversorgung im Rahmen von Spiritual Care versteht.⁷ Vielmehr liegt in der Auseinandersetzung um Spiritual Care für kirchliche Palliativseelsorge eine Chance zur Selbstvergewisserung und Weiterentwicklung.⁸

Zum Profil von (Palliativ-)Seelsorgenden

Insofern Seelsorge ein personales Beziehungsgeschehen ist, bietet sich für Überlegungen zum Profil von *Seelsorge* an, auf das Profil von *Seelsorgenden* zu schauen. Dies soll mit Hilfe des Vierschritts von *Halt, Haltung, Verhalten* und *Verhältnissen* geschehen.⁹

⁶ So versteht Simon Peng-Keller Klinikseelsorge als eine „spezialisierte“ Form von Spiritual Care, mit Schnittmengen und Unterschieden zu gesundheitsberuflichen Formen (vgl. Peng-Keller 2021).

⁷ Tatsächlich findet sich „Spiritual Care“ als Bezeichnung für eine in katholischen Gesundheitseinrichtungen „implementierte“ Seelsorge im neuen Seelsorge-Patientendatenschutzgesetz.

⁸ Für ein Konzept von Palliativseelsorge mit teilintegrierter Spiritual Care vgl. meinen Beitrag „(Palliativ-)Seelsorge mit integrierter Spiritual Care – eine Skizze“ in diesem Band.

⁹ Vgl. zur Verortung dieses Vierschritts in der ignatianischen Spiritualität Lambert 2008.

Wo finden Seelsorgende den notwendigen Halt für ihre Haltung und ihr Verhalten?

Eine erste Antwort könnte lauten: im Glauben an einen Gott, der die Menschen liebt, sie begleitet und zu einer Hoffnung ermutigt, die über das Menschenmögliche und eben auch über den Tod hinausgeht. Die christliche Botschaft, dass im Letzten alles gut wird, kann dazu ermutigen, sich auf Leben und Sterben, auf Freude und Leid einzulassen. Und dieser Glaube wird getragen und gestärkt durch die Kirche, d. h. durch eine Gemeinschaft von Glaubenden, in die Seelsorgende eingebunden sind. Seelsorgende werden gehalten von einer lebendigen Tradition der Hoffnung, an der sie teilhaben und teilgeben; sie müssen nicht nur auf ihre individuelle Spiritualität bauen.

Mit welcher Haltung gehen Seelsorgende in die Begegnung und Begleitung?

Angesichts ihrer Hoffnung auf Gott bejahen Seelsorgende das Leben, bejahen sie die Lebenden – und damit auch die Sterbenden. Sie solidarisieren sich mit denen, die leiden, wenden sich ihnen zu auf Augenhöhe, „von Mensch zu Mensch“, nehmen Anteil an ihrer Not (*compassio*). Als Zeug*innen einer Hoffnung auf mehr versuchen sie Hoffnung zu stärken oder aber Hoffnungslosigkeit mit auszuhalten. Seelsorgliche Begleitung geschieht darum nicht „absichtslos“; vielmehr möchte sie guttuende, heilsame Erfahrungen ermöglichen, dies jedoch prozess- wie ergebnisoffen. In Achtung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen lassen sich Seelsorgende ohne eigene Agenda auf einen Prozess ein, der sich an den Anliegen ihres Gegenübers orientiert – mit einer Haltung, die sich durch die folgenden „5 A“ umschreiben lässt:

- *Achtsamkeit*: Was ist los mit dem/der anderen, was mit mir, was mit uns?
- *Anteilnahme*: Ich habe und zeige Interesse, lasse mich ein, halte mit aus.
- *Anerkennung*: Ich habe und zeige Wertschätzung für das Leben und Leiden meines Gegenübers.

- *Abstand*: Ich lasse anderen ihren Raum und ihre Verantwortung für ihr Leben und Sterben. Ich vermeide paternalistische Überfürsorge und schütze mich vor Überlastung.
- *Authentizität*: Als Seelsorger bin ich in einer dienstlichen Rolle tätig und nicht als Privatmensch. Zugleich gestalte ich sie mit meiner Persönlichkeit, lasse mich als Person erfahren. Ich sage (nur) den Beistand und die Begleitung zu, die ich auch bieten kann.

Seelsorgende knüpfen ihre Hinwendung und Zuwendung an keine weiteren Bedingungen als an die Bereitschaft zur Begegnung. Sie nehmen diejenigen, die um Begleitung ersuchen, so an, wie sie sind und kommen – mit ihren Gedanken und Gefühlen, auch mit ihren Schwächen und Fehlern. Seelsorge ist auch mit Andersgläubenden und Andersdenkenden möglich; sie erfordert keinen vorherigen Positionsabgleich.

Welches Verhalten kennzeichnet Seelsorge in der Palliativversorgung?

Aus dem Halt und den Haltungen erwächst ein entsprechendes Verhalten. Die Vielfältigkeit seelsorglichen Handelns spiegelt sich wider im Dreiklang von Beistand, Gespräch und Ritual (nach Erhard Weiher):

- *Beistand*: Seelsorgende sind zunächst „einfach da“, stellen sich zur Verfügung. Sie erkunden, was es braucht, und sie geben, was ihnen möglich ist. Mit Herz und Hand signalisieren sie: „Ich bin bei dir und will dir Gutes!“
- *Gespräch*: Kommunikativ geschult und erfahren, gestalten Seelsorgende einen geschützten Resonanzraum für Gespräche über persönliche, ethische, spirituelle oder ausdrücklich religiöse Anliegen, ohne ihre Zuwendung von Auffassungen und Anschauungen ihres Gegenübers abhängig zu machen. Als Personen, Christ*innen und Kirchenvertreter*innen können sie von persönlichen oder kirchlichen Überzeugungen sprechen, ethische Fragen eingeschlossen – wenn und soweit es die seelsorgliche Situation erfordert. Dabei bleiben sie in der beschriebenen seelsorglichen Haltung von Begleitenden, nicht Richtenden.

- *Ritual:* Seelsorger*innen steht eine Vielfalt von Ritualen zur Verfügung, um bestimmte Lebens-, Leidens- oder Sterbesituationen noch einmal anders zu begehen und zu gestalten, als sie einfach geschehen zu lassen oder zu besprechen bzw. zu bearbeiten. Dabei sind sie nicht nur auf religiöse oder gar kirchlich-traditionelle Rituale beschränkt, sondern erkunden, welche Vollzüge zur Spiritualität der Menschen passen, die sie begleiten.

Welche Verhältnisse müssen gegeben sein, damit Palliativseelsorge gelingen kann?

- *Wollen:* Seelsorgende müssen bereit sein, sich mit ihrer Hoffnung und Kraft, aber auch mit ihren Begrenzungen auf leidende und sterbende Menschen sowie Mitbetroffene einzulassen; und dies im Zusammenspiel von persönlicher Authentizität und beruflicher Rolle im Namen und Auftrag der Kirche.
- *Können:* Seelsorgende brauchen sozial-kommunikative, religiös-spirituelle, palliativ-hospizische und auch medizinisch-ethische Kompetenzen. Und für ihren konkreten Dienst brauchen sie Zeiten und Räume für die Begleitung sowie die interprofessionelle Vernetzung mit dem Behandlungsteam.
- *Sollen:* Seelsorgende brauchen Beauftragungen und Mandate für ihr Tun: Zum einen durch ihre entsendende Kirche mit dem Zutrauen und Vertrauen, dass die Seelsorgenden ihre Aufgabe im Sinne des beschriebenen Profils erfüllen. Zum anderen durch die Verantwortlichen im palliativen Versorgungssystem, in dem sie tätig sind. Und schließlich geht nichts ohne das freiwillige Mandat der Menschen, die sich an die Seelsorge wenden oder denen Seelsorge angeboten wird.

Zu einem seelsorglichen Umgang mit Menschen, die Suizidassistentz erbitten

Auch wenn Seelsorgende vorrangig beistehen und begleiten und nicht behandeln oder beurteilen – bei kontroversen medizinethischen Themen wie eben dem assistierten Suizid spielen natürlich ethische Überlegungen mit in Haltung und Verhalten hinein, individuell-persönlich wie institutionell-kirchlich.

Nach einer langen leidvollen Geschichte der Ächtung von sog. „Selbstmördern“ und ihren Angehörigen ist die Kirche heute sehr vorsichtig mit der Beurteilung des Verhaltens von Menschen, die in ihrer Verzweiflung keinen anderen Ausweg sehen, als sich das Leben zu nehmen. Aus Glaubensaussagen wie etwa „Gott ist ein Freund des Lebens“ oder „Gott hat das Leben gegeben, es ist für uns heilig und unverfügbar“ lassen sich nicht für jedwede Einzelsituation eindeutige Handlungsanweisungen ableiten (vgl. Splett 2022). Und können Außenstehende wirklich über die Erträglichkeit oder Nichterträglichkeit des Leidens von Leidenden befinden? Auch „[d]en deutschen Bischöfen ist bewusst, dass es Situationen im Leben geben kann, in denen Menschen Suizidwünsche entwickeln oder sich gar zu suizidalen Handlungen gedrängt fühlen. Solche Situationen entziehen sich einer abschließenden moralischen Beurteilung von außen“ (Ständiger Rat der Deutschen Bischofskonferenz 2021).

Werden Seelsorgende mit dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod durch assistierten Suizid konfrontiert, dann gilt es zunächst, diesen anvertrauten Wunsch zu verstehen, ihn auf weitere oder tiefere Anliegen hin zu erkunden. In einer ökumenischen Erklärung beschreiben die Kirchenleitenden in Niedersachsen und Bremen die christliche Haltung dahinter wie folgt:

„Wir nehmen Sterbewünsche ernst und respektieren Suizidentscheidungen, ohne sie damit gutzuheißen. Als Christinnen und Christen erfüllt es uns mit Sorge, wenn als Ausweg aus Leid und Not eine Selbsttötung angestrebt wird, wobei Suizidwünsche in der Regel ambivalent sind und sich durch fachliche Beratung und einfühlsame Begleitung oft verändern. Darum machen wir uns – in Achtung vor der Freiheit der Betroffenen - für Alternativen zur Selbsttötung stark“ (Ökumenische Stellungnahme 2022, 2).

An der Seite des Lebens – oder besser: an der Seite der Lebenden – stehend, werden Seelsorgende durchaus bedauern und auch ihr Bedauern darüber äußern, wenn jemand keinen anderen Ausweg sieht und wählt. Sie werden auch aufmerksam machen auf Konsequenzen einer Selbsttötung – nicht zuletzt für

weitere Mitbetroffene; denn „no man is an island“¹⁰. Sie signalisieren durch ihren Beistand und ihre Zuwendung, mit Gesten und Worten: „Du bist (mir) wichtig!“ – „Es ist gut, dass es dich gibt!“ – „Es ist besser, dass es dich gibt, als dass es dich nicht gibt!“

Eine solche Haltung stünde in Spannung zu einer Bereitschaft, selbst beim Suizid zu assistieren. Suizidassistenten kann darum nach katholischem Verständnis keine seelsorgliche Aufgabe sein; das sollten auch diejenigen respektieren, die auf der Suche nach Assistenz sind. Zugleich respektieren es Seelsorgende, wenn Sterbewillige eigenverantwortlich frei – und nicht etwa aufgrund von krankhafter Suizidalität! – anders urteilen („In meiner jetzigen Leidenssituation halte ich es für besser, nicht mehr zu sein“).

Was nun, was tun, wenn zum selbstbestimmten Sterben Entschlossene von der Seelsorge zwar nicht die Suizidassistenten erwarten, jedoch weiterhin begleitet werden wollen? Können Seelsorgende eine Begleitung fortführen, wenn sie bedauern, was der/die Begleitete vorhat? Eingefordert werden kann solcher Beistand wohl nicht – was aber, wenn sich Seelsorgende dazu in der Lage sehen? Auch hierzu haben sich die niedersächsischen Kirchenleitenden ökumenisch positioniert: „Unabhängig von der ethischen Bewertung ihrer Einstellungen und Entscheidungen bleiben wir bei Menschen in ihrer Not und Verzweiflung, begleiten sie seelsorglich - auch die, die nicht mehr leben wollen. Wir machen unsere lebensbejahende Haltung klar und wollen zugleich niemanden allein lassen“ (Ökumenische Stellungnahme 2022, 3).

Seelsorglicher Beistand könnte aufgefasst werden als Gutheißung oder gar „Abssegnung“ dessen, was der/die Sterbewillige vorhat. Demgegenüber ist Seelsorgenden zuzumuten und zuzutrauen, ihre Haltung deutlich zu machen. Wer bleibt, tut dies nicht zur Unterstützung der Selbsttötung, sondern um Sterbewilligen in ihrer Not beizustehen, obwohl er/sie die Entscheidung bedauert. Wenn Seelsorgende die Begleitung abbrechen, um Missverständnisse zu vermeiden,

¹⁰ Das gleichnamige Gedicht von John Donne aus dem 17. Jahrhundert über die Verbundenheit aller mit allen hat nichts an Aktualität und Relevanz eingebüßt; siehe Original und deutsche Übersetzung auf http://poemswithoutfrontiers.com/No_Man_is_an_Island.html.

kann dadurch ein anderes Missverständnis entstehen, das mindestens so schwer wiegt: Es kann so verstanden werden, als würde die Seelsorge und als würde Gott selbst den Leidenden die Liebe und Gemeinschaft entziehen. Wer zum Sterben entschlossen ist, entzieht sich damit auch der Gemeinschaft, mag somit seinen Anspruch auf Gemeinschaft einbüßen. Doch Gott entzieht sich niemandem, auch das können Seelsorgende durch ihre Zuwendung bezeugen. Seelsorgende lösen die Spannung zwischen grundsätzlicher Ablehnung von Selbsttötung und Befürwortung von Selbstbestimmung nicht dadurch auf, dass sie die Selbsttötung bejahen oder die Selbstbestimmung verneinen. Nicht durch eine Assistenz, wohl aber durch Beistand und Zuwendung vermitteln sie Gottes Zusage an jeden Menschen, in jedweder Situation unbedingt gewollt und bejaht zu sein – selbst dann, wenn Menschen eigenverantwortlich ihr Lebensende selbst in die Hand nehmen wollen.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Sektion Seelsorge/Spiritual Care, Positionspapier. Spiritual Care und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung, 2025, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/250217_formatiert_Positionspapier_Sektion_Seelsorge_Spiritual_Care.pdf.
- Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (Hg.), Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD, Hannover 2020.
- Karle, Isolde, Chancen und Risiken differenter Systemlogiken im Krankenhaus: Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care, in: *Spiritual Care* 7 (1/2018) 57–67.
- Lambert, Willi, Zeiten zum Aufatmen. Seelsorge und christliche Lebenskultur, Mainz 2008.
- Nauer, Doris, *Spiritual Care statt Seelsorge?*, Stuttgart 2015.
- Ökumenische Stellungnahme der katholischen Bischöfe und evangelischen Leitenden Geistlichen in Niedersachsen und Bremen zur Suizidbeihilfe, 2022, https://bistum-osnabrueck.de/wp-content/uploads/2017/01/2022-03-16-Oekumenische-Thesen-Assistierter-Suizid_final.pdf.

- Peng-Keller, Simon, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen 2021.
- Roser, Traugott, Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen (Münchner Reihe Palliative Care 3), Stuttgart 2017.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden (Die deutschen Bischöfe. Pastoralkommission 51), Bonn 2021.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Wort der deutschen Bischöfe zur Seelsorge (Die deutschen Bischöfe 110), Bonn 2022.
- SpECi, Spiritual Care eine unterschätzte Ressource im Gesundheitswesen! Positionspapier der Diakonie Deutschland, des Deutschen Caritasverbandes, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbandes gemeinsam mit der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Berlin 2024, https://www.dhpv.de/files/public/aktuelles/news/SpECi_Positionspapier.pdf.
- Splett, Martin, Was soll der Mensch, was will Gott? Zur Plausibilität religiöser Argumente in der ethischen Debatte um die Suizidbeihilfe, in: Pastoralblatt 74 (2/2022) 41–46.
- Ständiger Rat der Deutschen Bischofskonferenz, Menschen in den dunklen Momenten ihres Lebens beistehen – Hospiz- und Palliativarbeit fördern, assistierten Suizid verhindern, 2021, <https://www.dbk.de/presse/aktuelles/meldung/menschen-in-den-dunkeln-momenten-ihres-lebens-beistehen-hospiz-und-palliativarbeit-foerdern-assistierten-suizid-verhindern>.
- Weiber, Erhard, Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart 2014.
- WHO Definition of Palliative Care 2002, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf.

2. Praxisbereiche und aktuelle Herausforderungen

2.1 Spiritual Care

(Palliativ-)Seelsorge mit integrierter Spiritual Care – eine Skizze

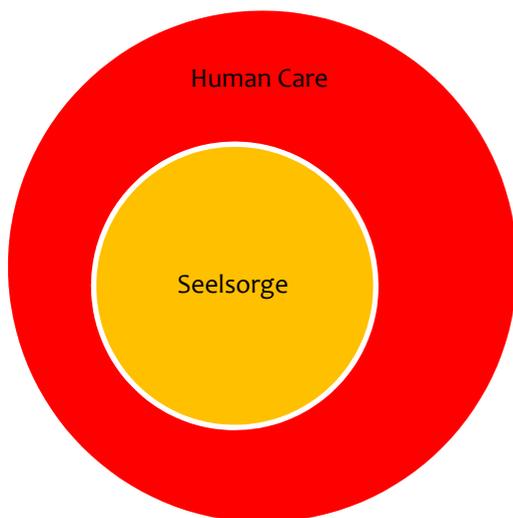
Martin Splett

Im Folgenden wird ein Verständnis von Palliativseelsorge umrissen, das modifiziert auch auf andere seelsorgliche Handlungsfelder übertragen werden kann. Eine seelsorgliche Spiritual Care ist dann möglich, wenn Spiritual Care als Oberbegriff für eine vielgestaltige Sorge um spirituelle Anliegen, Nöte und Ressourcen fungiert und so Raum für kirchliche Seelsorge eröffnet.

Kirchliche Seelsorge als „Sorge um und für die Seele“ meint hier christlich inspirierte, von einer gläubigen Hoffnung getragene heilsame Begegnung und Begleitung. Als profiliertes Beziehungsgeschehen zeichnet sich qualifizierte Seelsorge einerseits durch eine entsprechende Kompetenz aus – personal, sozial, ethisch, spirituell, theologisch –, andererseits durch menschliche Zugewandtheit (Beistand, Begegnung). Christliche Seelsorge geschieht aus dem Glauben heraus im kirchlichen Auftrag, und dies haupt- und ehrenamtlich. Zugleich wendet sie sich nicht nur an Gläubige, sondern an alle, die sie in Anspruch nehmen möchten. Die angemessene Art und Weise, die christliche Hoffnung in der Begleitung zu thematisieren, ergibt sich aus dem Interesse derer, die begleitet werden wollen, bzw. aus der Dynamik des Begleitungsprozesses.

Kirchliche Seelsorge als ein profiliertes Sorge-System wird hier in drei ineinander verschränkte Vollzüge ausdifferenziert: Seelsorge als allgemeine Sorge für den Menschen, als spezialisierte Sorge um seine Spiritualität und schließlich als Seelsorge von Christ*in zu Christ*in. Eine solche Seelsorge lässt sich gerade in der Palliativversorgung wirkungsvoll in einen ganzheitlichen interprofessionellen Versorgungsansatz integrieren. In Anlehnung an den intensiven Diskurs zu Spiritual Care im angelsächsischen Sprachraum seien hier englische Bezeichnungen aufgegriffen.

Seelsorge als ein Teilbereich der vielgestaltigen Versorgung von Menschen: seelsorgliche Human Care

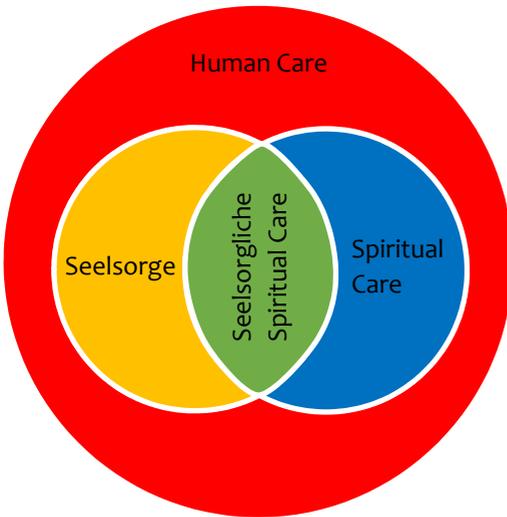


Human Care meint hier umfassend die Sorge um menschliche Bedürfnisse – in Form von fachlicher Versorgung sowie durch menschliche Fürsorge. Ein Teilbereich davon ist Seelsorge.

Insofern sich das Wesen des Menschen („Seele“) durch seinen Leib ausdrückt, beinhaltet Seelsorge auch Leibsorge. Insofern der Mensch ein soziales Wesen ist, erstreckt sich Seelsorge auch auf sein

soziales Umfeld und seine Umwelt, seien das Einrichtungen (Kliniken, Heime) oder sei es der Sozialraum (Familie, Nachbarschaft/Quartier, Region). Seelsorge als Sorge um den Menschen bzw. als menschliche Sorge (Human Care) meint allgemein ein Beziehungsangebot, eine heilsame Präsenz, ein Dasein und hoffendes Mit-Aushalten, ein Erkunden und auch Angehen von Bedürfnissen im Rahmen der eigenen Möglichkeiten bzw. in Kooperation mit anderen Akteuren innerhalb wie außerhalb von Kirche. Als segensreiches „Dasein und Mitsein von Mensch zu Mensch“ kann Seelsorge auch ehrenamtlich von beauftragten Christ*innen ausgeübt werden, etwa durch Besuchs- und Unterstützungsdienste im Rahmen einer sozialraumorientierten Pastoral. Handlungsleitend für menschliche Seelsorge ist die Frage Jesu an den blinden Bettler Bartimäus: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ (Lk 18,41). Dabei müssen Seelsorgende immer auch auf sich, ihre Möglichkeiten und Grenzen achten: „Was ich habe, das gebe ich dir“, sagt Petrus zum gelähmten Bettler und hilft ihm mit Gottes Kraft auf die Beine (vgl. Apg 3,1–10). Ich kann nicht mehr und anderes geben als das, was ich habe. Und ich muss auch für mich sorgen, muss immer wieder selbst bekommen, um geben zu können.

Seelsorgliche Spiritual Care als ein Teilbereich von Seelsorge



Auch *Spiritual Care* als allgemeine Sorge um die spirituelle Dimension des Lebens und Sterbens gehört zur Human Care. Sie ist nicht deckungsgleich mit Seelsorge, hat jedoch eine Schnittmenge mit ihr: seelsorgliche *Spiritual Care*.

In der Gesundheits- und insbesondere Palliativversorgung bezeichnet *Spiritualität* den Umgang mit Grundfragen des Lebens (zu Sinn und Bedeutung, Leid und Hoff-

nung) sowie den gelebten und erlebten Bezug von Menschen zu sich und zu anderen, zur Welt und zum „Heiligen“.

Eine existentielle Seelsorge, die aufgreift, was Menschen in diesem weiten Sinn spirituell umtreibt – das muss nicht religiös, auf eine transzendente Wirklichkeit bezogen sein –, kann man „spirituell“ nennen. Mit ihrer Person und Persönlichkeit – und damit auch mit ihrer Spiritualität – bieten Seelsorgende „Resonanzräume“ für Lebens- und Leidenserfahrungen, im Gespräch und mit Ritualen. Mit Erhard Weiher formuliert, geht es um die sinnhafte Deutung, das persönliche Erleben und auch ein feierndes Begehen der Geheimnishaftigkeit des Lebens und Sterbens und einer menschlichen Sehnsucht „nach mehr“.

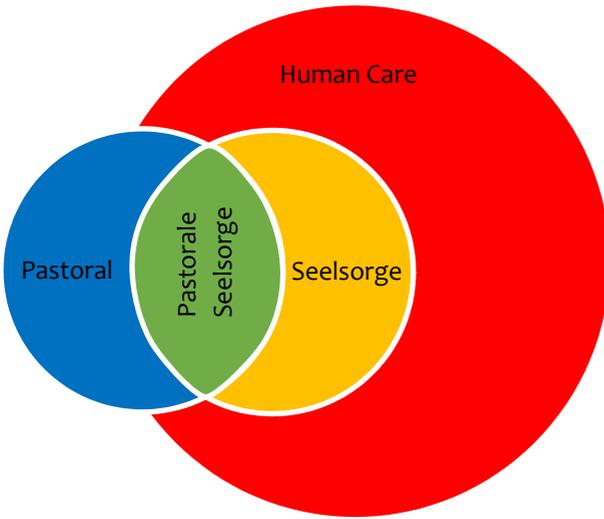
Spiritual Care im Rahmen einer ganzheitlichen Palliativversorgung ist eine gemeinsame, multi- wie interprofessionelle Aufgabe aller Sorge-Professionen und -Personen. Seelsorge fungiert hier aus ihrer Glaubenshoffnung heraus kooperativ als besondere (Peng-Keller: „spezialisierte“), nämlich *seelsorgliche Spiritual Care*. Sie verfährt nicht nach festgelegten Behandlungsplänen und -zielen, sondern ist (absichts-)offen für die Anliegen der Begleiteten und den Begleitungs-

prozess. Seelsorge möchte „guttun“, stärken und hält zugleich Schwäche, Ohnmacht und Scheitern (mit) aus. Sie geschieht immer freiwillig statt verordnet und ist durch eine besondere Verschwiegenheit ausgezeichnet – mit entsprechenden Konsequenzen für Tätigkeitsdokumentation und Teamkommunikation. Zudem bieten Seelsorgende ihre Spiritual Care auch Angehörigen und Mitarbeitenden an.

Soll die Hoffnung eines religiösen Glaubens ausdrücklich ins Spiel kommen, entwickelt sich Seelsorge von einer allgemeinen Spiritual Care zu einer ausdrücklichen *Religious Care*. Christliche Seelsorgende sind Zeugen einer Hoffnung auf Gott, die über das Menschenmögliche hinausgeht. Wo deren Thematisierung gewünscht wird, ist eine behutsame christliche *Religious Care* auch in der Begegnung mit Anders- oder Nichtgläubigen möglich. Sie darf bezeugend *missionarisch* sein (als Ausdruck der Sendung der Seelsorgenden), aber sie darf nicht umschlagen in ein *Missionieren*, das die Begleitung für eigene Absichten instrumentalisiert.

Das Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse im Kontext der Gesamtsituation der zu Begleitenden, das erkundende und vertiefende spirituelle Gespräch bedarf einer gewissen Praxishnähe und Professionalität der Seelsorgenden und erfordert eine entsprechende Qualifizierung. In multiprofessionellen Teams haben Seelsorgende die Aufgabe, „mit demütigem Selbstbewusstsein“ die Spiritual Care aller Beteiligten zu fördern und in ihrem Wirkungsbereich eine Kultur mitzugestalten, die durch den Dreiklang „Hilfe, Humanität und Hoffnung“ geprägt ist. Hierzu bringen sich Seelsorgende kompetent – und teilweise anwaltschaftlich für Benachteiligte als kritisches Gegenüber zum Gesundheitssystem – auch in behandlungs- wie organisationsethische Prozesse ein. Sie gestalten ihre Spiritual Care in einer immer wieder auszubalancierenden Spannung zwischen profilierter Eigenständigkeit und konstruktiver (Teil-)Integration in Versorgungsteams und -prozesse.

Glaubensgemeinschaftliche Seelsorge als ein Teilbereich von Pastoral: Pastoral Care



Mit „Pastoral“ ist hier nicht allgemein kirchliches Handeln gemeint, sondern das interne Handeln von Christ*innen untereinander. Mit ihrer Hinwendung zu allen interessierten Menschen jedweder Weltanschauung geht Seelsorge im Ganzen über eine solche Pastoral

hinaus. Umgekehrt ist Pastoral nicht nur „Sorge für den Menschen“, geht über „Human Care“ hinaus (z. B. mit Formen der Gottesverehrung).

Religiöse Seelsorge wird aus einer allgemeineren Religious Care zu einer spezifischen *Pastoral Care*, wo menschliches (Er-)Leben in kirchlicher Gemeinschaft begleitet, gedeutet und gottesdienstlich gefeiert wird. Gemeinschaftsbildende und -vollziehende „Pastoral“ umfasst mit Katechese/Verkündigung, Liturgie/Sakramenten und Sozialpastoral (= soziales Engagement der Kirche) mehr als „Sorge“ inklusive Seelsorge; zugleich wird sie als Pastoral Care für Getaufte mit Wunsch nach kirchlichem Beistand für ihre Lebens- bzw. Sterbesituation seelsorglich relevant.

Hierbei ist „Kirche“ nicht nur institutionell-konfessionell zu verstehen, sondern auch – und zunehmend vorrangig – ökumenisch als die „zum Herrn gehörige“ (*kyriakos*) Gemeinschaft von Christ*innen. Zugleich sind Seelsorgende als kirchlich Gesandte immer katholisch, evangelisch oder auch orthodox geprägt. Und auch heutzutage sind viele Patient*innen, Klient*innen oder Bewohner*innen in

ihrer Kirche beheimatet und wünschen gemeinschaftliche Vollzüge in Gebet und Gottesdienst aus ihrer konfessionellen Tradition.

Pastoral Care in kategorialen Feldern – z. B. in Kliniken oder Heimen – kann auch durch Gemeindegeseelsorgende (haupt- wie ehrenamtlich) geschehen. „Pastorale Versorgung“ – etwa beim Bringen der hl. Kommunion – geht auch ohne eine qualifizierte Spiritual Care; zugleich ist für eine Begleitung bei herausfordernden existentiellen oder spirituellen Anliegen eine Vernetzung mit seelsorglicher Spiritual Care durch entsprechend kompetente Seelsorgende wichtig.

Zusammenfassend sei festgehalten: Nicht nur, doch insbesondere in palliativen Situationen will kirchliche Seelsorge als ein personales Beziehungs- und differenziertes Begleitungsangebot (und nicht als Behandlung) heilsam wirken – und dies aus einer Glaubenshoffnung heraus, die jedoch nur insoweit zum Thema wird, wie es zur konkreten Seelsorgebeziehung passt. Seelsorge geschieht allgemein mit allem, was Seelsorgende an „Hilfe, Herz und Hoffnung“ mitbringen und einbringen können (Human Care); näherhin durch die Thematisierung oder das Aufgreifen existentieller bzw. spiritueller Anliegen (Spiritual Care) bis hin zu Gespräch, Gebet und Gottesdienst innerhalb einer Glaubensgemeinschaft (Pastoral Care). Wann jeweils welcher Vollzug von Seelsorge angezeigt ist, das gilt es im seelsorglichen Prozess sensibel herauszufinden.

2. Praxisbereiche und aktuelle Herausforderungen

2.1 Spiritual Care

Seelsorge als Spiritual Care – aktuelle Entwicklungen

Sonja Sailer-Pfister

„Spiritual Care“ stammt aus dem angelsächsischen Bereich. Mittlerweile etabliert sich Spiritual Care zunehmend auch im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere in der Palliativversorgung, auch wenn es (noch) keinen entsprechenden deutschen Ausdruck dafür gibt. Die Diskussion um Spiritual Care ist von hoher Relevanz für die Weiterentwicklung von kirchlicher Seelsorge, insbesondere im medizinisch-pflegerischen Bereich (aber nicht nur dort!). Eine Seelsorge, die mit einem qualitativ hochwertigen und theologisch fundierten Angebot zu einer ganzheitlichen Palliativversorgung beitragen möchte, muss ihr Verhältnis zu Spiritual Care (selbst-)kritisch, aber mit Offenheit bestimmen; nur so kann sie auch weiterhin eine profilierte kompetente Akteurin in diesem Feld bleiben. Die Bereitschaft dazu sollte sie aus ihrer Hoffnung heraus und um der Menschen willen haben!

Verhältnisbestimmung von Spiritual Care und Seelsorge – der Ansatz von Simon Peng-Keller als Vorschlag

Über die zunehmende Bedeutung der spirituellen Dimension für eine ganzheitliche Palliativversorgung ist in dieser Handreichung schon einiges geschrieben worden – und auch darüber, was Spiritual Care für das Selbstverständnis von kirchlicher Seelsorge bedeuten kann.¹

Ergänzend sei hier in aller Kürze die Verhältnisbestimmung von Simon Peng-Keller, Professor für Spiritual Care an der Universität Zürich, umrissen. Auch er

¹ Vgl. die Beiträge von Martin Splett in diesem Band: „Palliativseelsorge – Profilfragen im Kontext von Spiritual Care und Suizidbegehren“ und „(Palliativ-)Seelsorge mit integrierter Spiritual Care – eine Skizze“.

stellt Seelsorge und Spiritual Care nicht einander gegenüber, wie es häufig im theologischen und seelsorglichen Diskurs geschehen ist, sondern definiert im Rahmen eines integrativen Modells „Klinikseelsorge als eine spezialisierte Form von Spiritual Care“ (Peng-Keller 2021).

Peng-Keller differenziert zwischen einer gesundheitsberuflichen und einer seelsorglichen Spiritual Care und betont ihre unterschiedlichen Spezialisierungsgrade. Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger sowie Angehörige anderer patientennaher Berufe (z. B. sozialer Dienst) tragen mit zur spirituellen Grundversorgung bei, die es für eine umfassende Behandlung braucht. So brauchen und haben idealerweise alle Beteiligten spirituelle Grundkompetenzen. Somit ist Spiritual Care für die Gesundheitsberufe ein Teilaspekt ihres jeweiligen fachspezifischen Auftrages. Für die Profession der Seelsorge dagegen ist Spiritual Care als kompetenter Umgang mit spirituellen und existentiellen Anliegen und Bedürfnissen die primäre (Haupt-)Aufgabe, die ihre Rolle wesentlich bestimmt (vgl. ebd. 159).

Aus theologischer Sicht, so Peng-Keller, liegt der Unterschied jedoch nicht allein in unterschiedlichen Spezialisierungsgraden, sondern auch in einer anderen Beauftragung und in einer spezifischen Repräsentationsaufgabe: Seelsorgende sind von ihren Kirchen (und in Zukunft auch von anderen Religionsgemeinschaften) beauftragt und „zeichnen sich *ex professio* dadurch aus, dass ihre eigene Verortung im spirituellen Feld bis zu einem gewissen Grad mit der beruflichen Rolle verknüpft und damit auch auskunftspflichtig ist. Im Horizont des christlichen Heilungsauftrags repräsentieren sie in säkularen Gesundheitsinstitutionen eine bestimmte Glaubenstradition, sie sind jedoch gleichzeitig Ansprechpersonen für spirituell-religiöse Fragen und Anliegen im Allgemeinen“ (ebd. 161). Seelsorgende sind daher für alle Menschen da, egal welcher religiöser Herkunft.

Die Unterscheidung zwischen gesundheitsberuflicher und seelsorglicher Spiritual Care erlaubt noch weitere Differenzierungen in zwei Richtungen: „Während die gesundheitsberufliche Spiritual Care sich weiter ausdifferenzieren lässt in pflegfachliche, ärztliche, psychotherapeutische ... Spiritual Care, so die seelsorgliche in christliche, muslimische, jüdische und weitere Varianten“ (ebd.).

Diese Zuordnung von Spiritual Care und Seelsorge ist eine fundierte Grundlage für eine interprofessionelle Zusammenarbeit sowie für die notwendige eigene

Profilierung von Spiritual Care der jeweiligen Berufsgruppen. Auch Seelsorge hat so die Chance, ihr Profil zu schärfen und ihre unverzichtbaren Kompetenzen und Dimensionen einzubringen und fruchtbar zu machen.

Im Folgenden werden exemplarisch einige aktuelle Positionierungen, Projekte und Ausbildungen rund um Spiritual Care vorgestellt – mit entsprechenden Auswirkungen auf kirchliche Palliativseelsorge.

DGP-Sektion Seelsorge/Spiritual Care

Unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) existieren verschiedene berufsbezogene Sektionen², die im Kontext der Palliativversorgung relevant sind. Hier organisieren sich z. B. Ärztinnen und Ärzte oder die Pflege, aber auch geistes- und sozialwissenschaftliche Berufe sowie die Seelsorge.

Die Sektion Seelsorge hat 2023 ihren Namen in „Sektion Seelsorge/Spiritual Care“³ geändert, um den aktuellen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Im Zusammenhang mit dieser Umbenennung ist auch ein neues Positionspapier – „Spiritual Care und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung“ – erarbeitet worden. In diesem Papier werden Seelsorge und Spiritual Care nicht als zwei getrennte Unterstützungssysteme verstanden, die sich gegenüberstehen, sondern Seelsorge versteht sich als „eine spezifische Begleitung von Menschen im Rahmen von multiprofessioneller Spiritual Care“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2025, 4).

Die Sektion Seelsorge/Spiritual Care hat derzeit 115 Mitglieder (Stand: 10/2024): Seelsorgerinnen und Seelsorger verschiedener Konfessionen und Religionsgemeinschaften sowie zunehmend Personen, die sich als qualifizierte „Spiritual Care Giver“ verstehen.

² Vgl. die Übersicht unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen.html>.

³ <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-spirituelle-begleitung.html>.

Aufgabenfelder sind:

- „Beschreibung der spezifischen Leistungen von Seelsorge in der Palliativversorgung und Erarbeitung von Kriterien für deren Dokumentation
- Mitarbeit bei der Entwicklung von Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Entwicklung von Modellen für die strukturelle Verortung von Seelsorge in der Palliativversorgung (z.B. Arbeitsbedingungen, Finanzierung)
- Vermittlung der Arbeitsergebnisse innerhalb der DGP sowie in die christlichen Kirchen“⁴ und zunehmend in andere Religionsgemeinschaften

Fachweiterbildung „Seelsorge und Spiritual Care“ im Kontext von Palliativ Care und Hospizarbeit

Diese Fachweiterbildung⁵ wird vom tpi (Theologisch-Pastorales Institut für berufsbegleitende Bildung der Diözesen Fulda, Limburg, Mainz und Trier) getragen. Sie richtet sich an Seelsorgerinnen und Seelsorger aus allen christlichen Konfessionen, die in der Seelsorge mit kranken und sterbenden Menschen tätig sind „und eine im Hinblick auf Spiritual Care vertiefte Perspektive gewinnen wollen“⁶.

„Die Fachweiterbildung basiert auf der Überzeugung, dass sich die Pastoral im Ganzen in einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft über die klassische Pastoral Care hinaus als Spiritual Care verstehen muss. Sie profiliert ihren spezifisch christlichen Auftrag daher in einer Haltung der Offenheit für die unterschiedlichen Wege der Sinnerfahrung und Sinndeutung von Menschen.“⁷

⁴ <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-spirituellerbegleitung.html>.

⁵ Vgl. die Kursausschreibung: <https://bistummainz.de/bildung/tpi/kurse/termine/veranstaltung/Seelsorge-und-Spiritual-Care/>.

⁶ Ebd.

⁷ Ebd.

Das schlägt sich auch in den Inhalten nieder. Die Fachweiterbildung fragt nicht nur, welches Profil Seelsorge an Kranken und Sterbenden im Kontext von Palliative Care hat, sondern auch nach der interdisziplinären Zusammenarbeit unter dem Label Spiritual Care. Weitere Inhalte sind u. a. perimortale Rituale und der Umgang mit existenziellen Grenzfragen.

Der Fachweiterbildung liegt das Palliativseelsorgekonzept von Erhard Weiher zugrunde (vgl. Weiher 2014). Sie besteht aus einem zweiwöchigen Grundkurs (64 Unterrichtseinheiten) und einem einwöchigen Aufbaukurs (32 UE). In Analogie zu den anderen beruflichen Fachweiterbildungen im Bereich Palliative Care kann sie mit einem Zertifikat abgeschlossen werden, das von den deutschsprachigen Bistümern und Landeskirchen anerkannt wird. Das Zertifizierungsverfahren im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin läuft.

SpECi – ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende

SpECi (Spiritual/Existential Care interprofessionell)⁸ ist ein Modellprojekt, getragen von einer breiten Gruppen von Akteur*innen aus Medizin, Pflege, Therapie, Sozialarbeit und Theologie. Es zielt auf Mitarbeitende in den Gesundheitsberufen und deren Umgang mit spirituellen und existentiellen Anfragen von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie auch von An- und Zugehörigen.

Dazu wurde ein 40-stündiges Curriculum erarbeitet, das nun in der Praxis erprobt und auch wissenschaftlich begleitet wird.

Eine ausführliche Beschreibung des Projektes würde hier den Rahmen sprengen. Es geht darum, Mitarbeitende im Gesundheitssystem im Bereich Spiritual Care zu sensibilisieren und zu qualifizieren, mit dem Ziel, die Lebens- und Sterbequalität in der letzten Lebensphase zu verbessern sowie einen Beitrag zur Krankheitsbewältigung zu leisten (vgl. dazu Schrage/Giebel 2021; Kloke u. a. 2024).

⁸ <https://speci-deutschland.de/>.

Wie sich das Projekt weiter entwickelt, bleibt abzuwarten. Weitere Qualifizierungskurse sind in Planung. Von den Erfahrungen und der Expertise sollen Interessierte aus dem Gesundheitswesen profitieren können.

Fazit

Diese Beispiele zeigen nicht nur, wie Spiritual-Care-Konzepte in die Praxis übersetzt werden, sondern auch, wie die Verhältnisbestimmung von Seelsorge und Spiritual Care bereits an vielen Stellen intensiv erfolgt. Die zunehmende Etablierung von Spiritual Care in der Palliativversorgung kann auch seitens der Seelsorge im Interesse der Menschen, um die es geht – Kranke und Sterbende sowie ihre Angehörigen, aber auch Mitarbeitende im Gesundheitswesen –, sehr begrüßt werden als Weitung des Blicks auf Schmerz und Leid, auf Leben und Tod.⁹ Zugleich bleibt Seelsorge als eigenständige Hoffnungsträgerin unverzichtbar und behält ihren Eigenwert. Um ihres Auftrags willen sollte sie danach trachten, die Entwicklungen rund um Spiritual Care einerseits wahrzunehmen und andererseits konstruktiv – und, wo erforderlich, auch kritisch – mitzugestalten.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Sektion Seelsorge/Spiritual Care, Positionspapier. Spiritual Care und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung, 2025, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/250217_formatiert_Positionspapier_Sektion_Seelsorge_Spiritual_Care.pdf.
Heeke, Brigitte, Neuer Studiengang „Spiritual Care“ startet: gute Berufsaussichten im Gesundheitswesen, in: Universität Münster, 2024,

⁹ Ein letztes Beispiel für die Entwicklungsdynamik: Zum Wintersemester 2024/25 startete an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Münster der Masterstudiengang „Spiritual Care“ (vgl. Heeke 2024). Auch das zeigt: Das Feld entwickelt sich. Daher wird es in Zukunft immer wichtiger, Seelsorge als einen Teil von Spiritual Care zu verstehen und als Kirchen professionelle Seelsorge anzubieten, Menschen auf unterschiedlichen Wegen für Seelsorge zu qualifizieren und in diesem wachsenden Seelsorgefeld präsent zu sein.

<https://www.medizin.uni-muenster.de/fakultaet/news/neuer-studiengang-spiritual-care-startet.html>.

Kloke, Marianne u. a., Handlungsempfehlungen zur spirituellen Begleitung alter und/oder schwerstkranker Menschen, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 1/2024, 13–17.

Peng-Keller, Simon, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen 2021.

Schrage, Bruno/Giebel, Astrid, Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende. Spirituelle und existenzielle Kommunikation interprofessionell, in: Diakonia. Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirchen 2/2021, 114–119.

Weiher, Erhard, Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart 2014.

Zum Berufsethos von Klinikseelsorger*innen im Umfeld von Sterbewunsch und suizidalem Handeln

Martin Seidnader, Theresa Pabst-Clemens

Menschen können in einer nicht mehr erträglichen Weise am Leben leiden. Betroffene äußern oftmals in Klinik und Lebensumfeld einen Sterbewunsch. In einigen Fällen erwägen sie einen (assistierten) Suizid. In dieser Situation wenden sich sterbewillige Patient*innen auch an die Seelsorge im Krankenhaus und in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Das Thema „assistierter Suizid“ steht im Raum und der/die Seelsorger*in betritt in mehrfacher Hinsicht ein berufsethisches Spannungsfeld. Hinein spielen die eigene Haltung der/des Seelsorger*in zum Thema Sterbewunsch, Krankheit und Leid, Erwartungen seitens der katholischen Kirche und ihrer Vertreter, oft in Formulierungen lehramtlicher Morallehre, und nicht selten Erwartungen seitens der Gesundheitseinrichtungen und deren Personals. Das führt immer wieder zu divergierenden Ansprüchen an die Seelsorger*innen und ruft Dilemmata hervor, welche die pastorale Sorge für Menschen in existentieller Not wesentlich erschweren.

Ein im Folgenden zu reflektierendes Berufsethos von Klinikseelsorger*innen im Umfeld von Sterbewunsch und suizidalem Handeln kann zu einer Klärung der Rolle der Klinikseelsorger*innen in eben diesen Situationen beitragen.¹ Das angesprochene Spannungsfeld steht aus unserer Sicht exemplarisch für berufsethische Dilemmata, in denen sich Klinikseelsorger*innen bewegen müssen.

¹ Berufs- und professionsethische Reflexionen zur Seelsorge finden v. a. im englischsprachigen Raum statt. Deutschsprachige Publikationen (in Auswahl): Schlögel 2000; Rosenberger u. a. 2009; Graulich/Seidnader 2011; Janik 2022.

Aufgabe und Rolle der/des Seelsorger*in bei Sterbewunsch eines/einer Patient*in

Ein*e Klinikseelsorger*in wird zu einem/einer Sterbewilligen gerufen. In der konkreten Begegnung mit der Person und ihrem Umfeld obliegt dem/der Seelsorger*in der Aufbau und die Ausgestaltung einer seelsorglichen Beziehung. Dieser Prozess ereignet sich im ureigenen Feld der Begegnung und Begleitung. Getragen wird die seelsorgliche Beziehung durch Gottes Wirken. Voraussetzung für eine tragfähige Beziehung ist die unvoreingenommene Annahme des Gegenübers. Dies erfordert ein hohes Maß an Sensibilität für das jeweils Gebotene und von dem/der Seelsorger*in verlangt es, eine oftmals komplexe, ambivalente, vielfach belastende Situation zu bewältigen – ein Bewährungsfeld des pastoralen Ethos.

Das Ethos pastoraler Berufe im Gesundheitswesen zeigt sich in einer wirksamen Präsenz für die anvertrauten Personen, unabhängig von deren religiöser Bindung, sondern bestimmt von den Anliegen, aufgrund derer sie Seelsorge in Anspruch nehmen. Christliche Seelsorge ist ein personales Geschehen, gegründet auf der Gottebenbildlichkeit und Würde, die jedem Menschen inne ist. Dies beinhaltet eine vorurteilsfreie Zuwendung zur begleiteten Person, bei aller erforderlichen Regulation von Nähe und Distanz. Vor allem in krisenhaft zugespitzten Situationen wird von den Seelsorger*innen Rollenklarheit gefordert. Seelsorger*innen werden in Situationen gerufen, die ihnen das Vermögen, Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten, in hohem Maße abverlangen. In gelungener Weise wird der/die Seelsorger*in dann agieren können, wenn er/sie diesbezüglich Klarheit zeigt, Sensibilität und Nähe zu anvertrauten Personen in verantwortlicher Weise ausgestaltet und den Seelsorgekontakt nicht dazu verzweckt, Einstellungsänderungen beim Gegenüber zu erzeugen. Es gehört zum pastoralen Ethos der Seelsorge, die begleitete Person mit den Einstellungen, die sie zeigt, mit ihrer Geschichte und ihren Zukunftswünschen ernst zu nehmen. Sofern gilt, dass der/die Seelsorger*in in seinem/ihrem Handeln eine Haltung des In-Beziehung-Bleibens verwirklicht, wird diese auch am Krankenbett eines/r Suizidwilligen einen legitimen Ort finden.

Gleichwohl kann es sein, dass sich nach verantwortlichem Abwägen der Umstände ein*e Seelsorger*in aus der Begleitung eines/r Suizidwilligen zurückzieht.

Dies kann die Folge eines inneren Gewissenskonfliktes sein, welcher dem/der Seelsorger*in nicht ermöglicht, den Raum für seelsorgliche Begleitung zu halten. Der geordnete Rückzug aus dieser Lage bleibt eine schwierige Kunst, soll er nicht als einseitiger Beziehungsabbruch erlebt werden. Berufsethisch bewährt sich in beiden Fällen das moralische Können durch verantwortetes Entscheiden in konkreten Handlungskontexten, klassisch ausgedrückt durch die Tugend der Epikie. Sie vermeidet es, in moralisch hochrelevanten Fragen doppelbödig zu wirken, lotet jedoch den Raum verantwortlichen Entscheidens im Sinne der anvertrauten Person aus.² Wie aber können Seelsorger*innen hierbei bestärkt werden?

Haltung der/des Seelsorger*in

Im eigenen Handlungsfeld ist der/die Seelsorger*in in erster Linie als Person gefragt und angefragt. Sein/Ihr moralisches Können (vgl. zum Begriff Schuster 1999) zeigt sich in Haltungen, mit denen er/sie sich anvertrauten Personen zuwendet. Zwei Aspekte rücken in den Fokus: Zum einen ist das die Ausbildung einer persönlichen Haltung zum Thema Umgang mit assistiertem Suizid und Sterbewünschen. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass alle Seelsorger*innen hinsichtlich der Erlaubtheit von assistiertem Suizid identische Positionen vertreten. Vielmehr entwickeln Seelsorger*innen ihre Haltung zum Thema Sterbewunsch neben persönlichen Anteilen und (moral-)theologischen Kenntnissen und Überzeugungen wesentlich aus ihren beruflichen Erfahrungen in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender. Ein entscheidender Aspekt ist zum anderen die professionelle Haltung, die sich in der Begleitung und Beziehungsgestaltung mit den anvertrauten Personen verwirklicht. Der Begriff Haltung erscheint uns in diesem Kontext hilfreich, gerade weil er eine Vielzahl von Bezügen aufweist und zulässt. Neben individuelle lebensgeschichtliche Prägungen, Emotionalität, Bildung und Einstellungen kann in Begegnungen mit anderen die Haltung als gezeigte ethische Position treten und greifbar werden, im Dialog sprach-

² Vgl. Demmer 2014, 111–132 („Die Epikie – ein christlicher Schlüsselbegriff“).

lichen Ausdruck finden und im sozialen Handeln Gestalt annehmen. Gleichzeitig ist eine Kongruenz nicht vorauszusetzen, sondern es kann eine ethische Seite von Rollenkonflikten deutlich werden.

Eine berufsethisch wirksame Selbstzuschreibung, wonach es bei aller Professionalität (etwa in der Gesprächsführung) vor allem auf Haltungen ankommt, ist kein Alleinstellungsmerkmal der Seelsorge – für den Pflegeberuf z. B. wird Ähnliches geltend gemacht.³ Gleichwohl kann Seelsorge als Haltung unter einem sendungstheologischen Akzent verstanden werden (vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2022, 35–37). Die Haltung des/der Seelsorger*in unterstreicht die Kraft tugendethischer Reflexion vor allem in „einer kontextnahen, in der *conditio humana* und den personalen Beziehungen verankerten und auf Grundantrieben des Menschen Bezug nehmenden Handlungsanleitung“ (Honnefelder 2016, 654; ähnlich Schramme 2011, 52). Es bleibt die Notwendigkeit von differenzierten normativen Diskursen in einer pluralen Gesellschaft. Seelsorge als Beziehungsgeschehen erfordert somit zwingend den Aufbau und die Bildung einer inneren Haltung bzw. Einstellung des/der Seelsorger*in, auch zum Thema Sterbewunsch und (assistierter) Suizid. Die innere Haltung ist einer permanenten Dynamik unterworfen, welche sich aus Erfahrungen, Fachlichkeit und persönlichen Anteilen speist. Es bleibt ein Üben und Hineinwachsen, wodurch die eigene Haltung (aristotelisch ausgedrückt) zur „zweiten Natur“ werden kann: „Unsere Geschichtlichkeit birgt die Verantwortung für unsere persönliche moralische Lebensweise – eine tief verankerte beziehungsweise intrinsische Verantwortung für das, was wir sind“ (Fricker 2023, 121).

Im Umfeld eines möglichen (assistierten) Suizids stellen sich für den/die Klinikseelsorger*in darauf aufbauend folgende Fragen: Welche Position vertritt er/sie selbst in diesem lebensethischen Konflikt? (Wie) Kann seelsorgliche Begleitung als Beziehungsgeschehen auf der Grundlage der eigenen Haltung gelingen? Wie kann er/sie mit den Dilemmata umgehen, die unterschiedliche moralische Ansprüche von Patient*in, Kirche, Einrichtung hervorrufen?

³ Vgl. eine qualitative Studie: Rinderer 2017.

Tugend der Ambiguitätstoleranz: Spannungen und Unsicherheiten aushalten

In der lehramtlichen Tradition finden sich mehr oder minder klar formulierte Aussagen zur Nicht-Erlaubtheit eines assistierten Suizids (vgl. *Samaritanus bonus*; *Dignitas infinita* 51 f.; Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2021, 30 f.). Würde ein*e Klinikseelsorger*in nach der kirchlichen Position gefragt werden, könnte er/sie dies mit Bezug auf einschlägige Veröffentlichungen beantworten, könnte darlegen, worin Argumentationslinien bestehen, wo sich moraltheologische Kontroversen erkennen lassen, welche Wertvorstellungen und religiösen Überzeugungen zugrunde liegen. Im Kontext von Debatten auf der institutionellen Ebene, etwa in Ethikkommissionen, übernehmen die Kirche und ihre Vertreter, also auch die Seelsorger*innen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, eine wichtige und notwendige Haltung zum Schutz des Lebens, auch des kranken und leidvollen Lebens. In gesellschaftlichen Diskursen positioniert sich die Kirche vor allem deutlich für die Würde der menschlichen Person und gibt so Kranken, Schwachen und Leidgeplagten eine Stimme.

In der konkreten Begegnung mit dem/der Sterbewilligen (und seinem/ihrem Umfeld) darf der/die Seelsorger*in es nicht beim Vortragen moralischer Standpunkte belassen. Das seelsorgliche Handeln lässt sich nicht auf vermeintlich sichere Positionen reduzieren, sondern fordert Sensibilität für das jeweils Gebotene, um ein Beziehungsgeschehen zu ermöglichen.⁴ Die Seelsorger*innen sind entsprechend oft mit divergierenden Haltungen und moralischen Vorstellungen konfrontiert. Im seelsorglichen Begleitungskontext ist die Konfrontation mit der Ambiguität einer Lebenssituation die Regel und nicht die Ausnahme. Verstärkt wird die Ambiguität durch unterschiedliche Haltungen im Umfeld der Patient*innen und ggf. auch in der Einrichtung. Es ist nicht Aufgabe des/der Seelsorger*in, die Ambiguität zu lösen. In pastoraler Sorge um die Kranken ist es vielmehr Aufgabe des/der Seelsorger*in, moralisches Können im Sinne einer

⁴ Vgl. hierzu konvergente Überlegungen aus evangelischer Sicht: Keller-Denecke 2023, 116.

„Tugend der Ambiguitätstoleranz“ zu entwickeln, wie letztere in einer Fachdiskussion genannt wurde.⁵ Die Seelsorger*innen sollen in der Lage sein, Unsicherheiten, Widersprüche, Gefühlsambivalenzen, mehrdeutige Äußerungen und Situationen wahrzunehmen, ohne sie zu bewerten oder das Gegenüber von der eigenen Haltung überzeugen zu müssen. Oft wird dies ein Aushalten von nicht auflösbaren Mehrdeutigkeiten und Dilemmata verlangen.

Perspektive: Rollenklarheit im Umfeld von Sterbewunsch und suizidalem Handeln

Seelsorger*innen üben ihren Dienst im Krankenhaus und in Einrichtungen des Gesundheitswesens zumeist in mehreren unterschiedlichen Rollen aus, etwa als Mitglied der Ethikkommission, als Seelsorgerin in der Einzelbegleitung, als ethische Fallmoderatorin, als Teil eines multiprofessionellen Teams, als Liturge, als Mitglied des Trauernetzwerkes, nicht zuletzt als Repräsentant*in von Kirche. Jede dieser Rollen erfordert von den Seelsorger*innen fundierte Kenntnisse und Fertigkeiten in referierenden, beratenden, moderierenden, spirituellen, geistlichen, begleitenden Rollenaspekten. Zugleich bedarf es einer stetig neu reflektierten inneren Haltung zu medizinethischen und gesellschaftlichen Themen. Vielfach, besonders aber im Umfeld von Sterbewunsch und suizidalem Handeln, erfordert der Dienst die Fähigkeit zur Ambiguitätstoleranz. Zugleich ist das Wahrnehmen und Achten der Grenzen seelsorglichen Handelns von Nöten. An der suizidalen Handlung selbst wirkt der/die Seelsorger*in nicht mit. Eine seelsorgliche Begleitung am Sterbebett ist sehr wohl möglich und angeraten.

Seelsorger*innen können ihren Dienst nur dann kompetent ausüben, wenn sie die Möglichkeit haben, eine Rollenklarheit aufzubauen und die notwendigen Kompetenzen im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen zu erlernen. Aus der Praxiserfahrung ist deutlich geworden, dass Seelsorger*innen neben den zu erlernenden Kompetenzen auch das Vertrauen der Leitungsverantwortlichen in ihr moralisches Können im Umfeld komplexer ethischer Konfliktsituationen

⁵ Im Rahmen des Workshops zum Berufsethos beim Fachtag „Christlicher Beistand bis zuletzt“ am 2. Juni 2023 in Mainz. Vgl. auch Seidnader/Wittenbecher 2024, 41.

brauchen. Umgekehrt kann die Feldkompetenz, die Seelsorger*innen im Krankenhaus und in Einrichtungen des Gesundheitswesens erwerben, wesentlich zur Reflexion und Weiterentwicklung der Klinikseelsorge im Besonderen, aber auch zur Vertiefung der katholischen Morallehre beitragen. Leitungs- und Bildungsverantwortliche in den Diözesen ermutigen Seelsorger*innen, entsprechende Fort- und Weiterbildungen zu besuchen und in den Diskurs über ethische Konfliktsituationen zu gehen.

Literatur

- Demmer, Klaus, *Selbstaufklärung theologischer Ethik. Themen – Thesen – Perspektiven*, Paderborn 2014.
- Dikasterium für die Glaubenslehre, *Erklärung Dignitas infinita über die menschliche Würde*, Rom 2024, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_ddf_doc_20240402_dignitas-infinita_ge.html.
- Fricker, Miranda, *Epistemische Ungerechtigkeit. Macht und die Ethik des Wissens*, München 2023.
- Graulich, Markus/Seidnader, Martin (Hg.), *Unterwegs zu einer Ethik pastoralen Handelns*, Würzburg 2011.
- Honnefelder, Ludger, *Zur Frage nach übergreifenden Gliederungssystemen im modernen Ethikdiskurs: „Applied Ethics“ – „Angewandte Ethik“ – „Bereichsethiken“ – „Verantwortung“*, in: Korff, Wilhelm/Vogt, Markus (Hg.), *Gliederungssysteme angewandter Ethik. Ein Handbuch. Nach einem Projekt von Wilhelm Korff*, Freiburg im Breisgau 2016, 642–667.
- Janik, Jürgen, *Im Dienst der Kranken. Grundlagen einer Ethik und eines Ethos der Klinikseelsorge (Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge 115)*, Würzburg 2022.
- Keller-Denecke, Uwe, *„Begleiten“ – Was macht Krankenhausseelsorge da eigentlich?*, in: Arnold-Krüger, Dorothee/Pappert, Anne-Kathrin (Hg.), *Assistierter Suizid. Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen*, Stuttgart 2023, 113–117.
- Kongregation für die Glaubenslehre, *Samaritanus bonus. Schreiben über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens*,

- Rom 2020, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_ge.html.
- Rinderer, Peter, Organisationsethik bereichert, in: neue caritas 14/2017, <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2017/artikel/organisationsethik-bereichert>.
- Rosenberger, Michael u. a., Ethikkodex professioneller Seelsorger, in: Stimmen der Zeit 227 (2009) 447–458, <https://www.herder.de/stz/wiedergelesen/ethikkodex-professioneller-seelsorger/>.
- Schlögel, Herbert, Profi & Profil. Zum Ethos pastoraler Berufe, Regensburg 2000.
- Schramme, Thomas, Tugendethik, in: Stoecker, Ralf/Neuhäuser, Christian/Raters, Marie-Luise (Hg.), Handbuch Angewandte Ethik, Stuttgart 2011, 49–53.
- Schuster, Josef, Moralisches Können. Studien zur Tugendethik, Würzburg 1999.
- Seidnader, Martin/Wittenbecher, Leo J., Beistand bis zuletzt. Herausforderungen für die Seelsorge angesichts des Wunschs nach assistiertem Suizid, in: Herder Korrespondenz 78 (2/2024) 39–41.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden (Die deutschen Bischöfe. Pastoralkommission 51), Bonn 2021.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Wort der deutschen Bischöfe zur Seelsorge (Die deutschen Bischöfe 110), Bonn 2022.

Zwei Fallvignetten

Leben und Sterben mit Depression

Eine Patientin, Mitte 40, verheiratet, Kinder, leidet seit vielen Jahren an einer rezidivierenden schweren Depression, stets verbunden mit ausgeprägter Suizidalität (Suizidgedanken mit Umsetzungsideen). Immer wieder kommt es zu mehrwöchigen, zum Teil mehrmonatigen stationären Behandlungen in der Psychiatrie, in denen auch Seelsorgegespräche stattfinden. Beim letzten Voraufenthalt vor einem halben Jahr hat sich tragischerweise ihre Zimmernachbarin während des Aufenthaltes suizidiert. Seither ist die Patientin durchgehend in psychiatrischer Behandlung. Vor etwa einem Monat verschlechterte sich ihr Zustand, aufgrund von Suizidalität wurde sie auf der geschützten Station einer Psychiatrie untergebracht.

Die Patientin bittet um ein Seelsorgegespräch, das zeitnah in ihrem Einzelzimmer am Tisch sitzend stattfindet. Symptomatisch für ihre Erkrankung spricht sie leise, antwortet erst nach langen Pausen, schaut beim Sprechen auf ihre Hände bzw. in sich hinein, zeigt kaum Mimik. Das gesamte Gespräch ist geprägt von einem langsamen Vortasten, gemeinsamen Aushalten der Schwere, die im Raum liegt, und vielen schweigenden Anteilen, in denen das Gesagte und vielmehr das Nicht-Gesagte bei uns beiden nachwirkt.

Auf meine Nachfrage hin kann sie kein konkretes Gesprächsanliegen benennen, sie wiederholt nur immer wieder die Aussage: „Ich kann nicht mehr. Es geht nicht mehr.“ Ich frage, was nicht mehr geht. Nach langer Pause antwortet sie: „Leben.“ Ich taste mich im Gespräch vor, frage, was das Leben so schwermacht, warum Leben nicht mehr geht. Sie kann für sich keine Spur, keine Antwort finden. Das gemeinsame Suchen geht in ein gemeinsames hilfloses Schweigen über.

In meine Gedanken und unser Schweigen hinein kommt sie von sich aus auf den Suizid der Mitpatientin vor einem halben Jahr zu sprechen. Während sie von dem Suizid, dessen Vorgeschichte und der Umsetzung erzählt, wirkt sie ganz lebendig: die Augen funkeln, Energie fließt durch die Patientin. Sie berichtet davon, dass sich die beiden ausgemacht hätten, gemeinsam aus dem Leben zu

scheiden, wenn es nicht mehr gehen würde. Ich frage sie, ob sie das Gefühl habe, einen Vertrag bzw. eine Absprache erfüllen zu müssen. Das verneint sie. Lebhaft erzählt sie weiter, dass das Leben für sie mit dieser Erkrankung keinen Sinn mehr habe. Seit vielen Jahren lebe sie schon mit der Depression. Das sage sich zwar leicht, aber eigentlich sei es ein täglicher Kampf um das Überleben. Nun fehle ihr die Kraft für dieses Leben, das stets in Gefahr sei. Es wäre besser, es jetzt – endlich – zu beenden. Wir schweigen. Gerne würde ich sie ermuntern, auf die Dinge zu schauen, die sie in ihrem Leben hat, und mit ihr auf Ressourcensuche gehen: Es gibt einen Mann, Kinder, sie ist im Sportverein. Für diesen Blick ist sie aber gerade nicht bereit. Sie ist ganz bei sich. Leben mit Depression heißt für diese Frau Leben ohne Lebendigkeit, denn sie kann keine Freude empfinden. Auch die medikamentöse Therapie führt leider nicht dazu, dass sie sich über ihre Familie, mit ihren Kindern, über Erfolge im Sport freuen kann. Zusätzlich ist ihre Erkrankung chronifiziert, Suizidgedanken sind immer latent da.

Die Patientin benennt deutlich, dass sie in ihrem Leben keinen Sinn mehr sieht, wenn sie keine Freude empfinden kann. Im Verlaufe des Gespräches betont die Patientin, dass sie trotz konkreter Umsetzungsideen und Absprachen nicht den Mut habe, sich zu suizidieren. Deswegen überlege sie, einen Sterbehilfeverein zu kontaktieren. Sie sei sich aber bewusst, dass es mit der Vorerkrankung Depression schwierig würde, dort Unterstützung zu finden. Insofern fühle sie sich gefangen in einem Leben in Depression, dem jede Lebendigkeit fehle, das aber zum Sterben nicht reiche. Sie fragt mich, ob ich ihr denn nicht helfen könnte. Ich frage sie, wobei helfen. Beim Sterben. Nein, das kann ich nicht. Mein nächster Impuls ist, ihr zu sagen, dass es sich doch lohnt zu leben, ihr Mut zu machen. Aber das ist meine Sicht der Dinge. Wir schweigen – mal wieder. Ich spüre Ohnmacht bei mir und bei ihr und bringe sie ins Wort. In dem Moment schaut sie mich das erste Mal in dem Gespräch an und ich spüre: Es geht genau um dieses Gefühl: ohne Macht zu sein – über das eigene Leben, über die Erkrankung, über die Zukunft und durch die Erkrankung auch über das Sterben. Wir sprechen über die Ohnmacht und den Sterbewunsch als einen Ausweg aus dieser Ohnmacht. Gemeinsam gehen wir vorsichtig auf die Suche nach weiteren möglichen Auswegen und auch nach einer Strategie, mit dieser Ohnmacht umzugehen. Wieder kehrt etwas Lebendigkeit in die Patientin zurück.

Die Patientin ist seither nicht weniger suizidal, ihre Krankheit ist chronifiziert. In unseren wiederkehrenden Gesprächen gibt es weiterhin Passagen voller Schweigen und Stille, gefüllt von Ohnmacht und Sterbewunsch. Beides wird aber gehalten in einem Raum, in dem diese Wünsche wertungsfrei benannt werden können und ausgehalten werden und wir, wenn es in dem konkreten Gespräch möglich ist, miteinander auf die Suche nach dem Gefühl der Mit-Macht, als Gegensatz zur erlebten Ohn-Macht, gehen.

Meine Aufgabe als Seelsorgerin ist es, den Patient*innen einen Raum zu eröffnen, in dem sein darf und angenommen wird, was ist. Dabei gilt es, meine eigenen Vorstellungen eines gelingenden Lebens nicht auf die Patient*innen zu übertragen. In dem Gespräch musste ich mehrfach der Versuchung widerstehen, wortreich ein Plädoyer für das Leben anzustimmen, nach Ressourcen zu suchen, hilflos christliche Werte- und Glaubensvorstellungen zu referieren – um am Ende die Patientin wahrscheinlich zu trösten.

In der seelsorglichen Begleitung der Patientin half es mir, mich immer wieder kritisch zu überprüfen und zu fragen: Mit welcher Haltung begegne ich dieser Patientin? Ist meine Haltung zum Leben bzw. zum Suizid hier überhaupt gefragt? Oder geht es in diesem Gespräch nicht vielmehr um meine professionelle Haltung als Seelsorgerin gegenüber der Patientin? Eine Haltung, die sich durch Wertungsarmut, Offenheit und die Bereitschaft zu einer professionellen Beziehungsarbeit auszeichnet? Für mich gehört zu einer professionellen Haltung als Seelsorgerin dazu, dem Gegenüber Raum zu geben für seine/ihre Themen und diese nicht sofort auf dem Boden von Moral, Ethik oder Handlungsfragen zu bewerten. Das kann besonders in Fragen zum Lebensschutz herausfordernd sein, ist es aber nicht weniger zu Fragen der politischen Einstellung oder der unterschiedlichen Lebensentwürfe.

Theresa Pabst-Clemens

„Ich möchte sterben“

In der relativ kurzen Zeit, die Patient*innen hier im Universitätsklinikum verbringen, geschieht es eher selten, dass jemand mir gegenüber als einem begleitenden Seelsorger diesen Wunsch so ausdrücklich äußert – obwohl er sicher öfter vorkommt. Manchmal nämlich wird der Sterbenswunsch von Patient*innen in eigener Reflexion als ein meist nicht ausgesprochener Gedanke benannt, der inzwischen überwunden sei. Dass er mir gegenüber als akutes Anliegen weniger ausgesprochen wird, mag an der Annahme liegen, der Seelsorger oder die Seelsorgerin würde womöglich aus moralischen Gründen dagegenreden. Ähnlich wird es hinsichtlich der Angehörigen sein. Eher sind wohl die auf der Station Pflegenden oder auch die Ärztinnen und Ärzte Ansprechpartner*innen für ein offenes Gespräch hinsichtlich des Sterbewunsches.

Etwas anders war es in dieser Begegnung: Von der Stationsschwester in einer unserer Kliniken wurde ich gebeten, zu einem Patienten mit einer lebensbedrohlichen und bereits seit Jahren bestehenden Erkrankung zu kommen. Sie habe ihm vom Angebot der Seelsorge erzählt und er habe zugestimmt. Ich kannte keine Details zur Erkrankung dieses Menschen und ich hatte keine Einblicke in die Patient*innenakte – so konnte ich offen sein für das, was jetzt im Moment wichtig war. Gleich zu Beginn dieses ersten Gespräches sagte der um die 70 Jahre alte Mann zu mir: „Ich möchte sterben. Ich hatte überlegt, den Arzt nach einem Mittel zu fragen, doch darf der das ja nicht. Können Sie mir da helfen?“

„Sie wollen sterben. Das ist jetzt ihr Wunsch. Doch Sie finden gerade keinen Weg dahin?“ Mit diesen und ähnlichen Worten habe ich geantwortet. Es ist zunächst einfach die Würdigung der Situation des anderen, er, nicht ich, hat die Regie und soll sie behalten. Besonders im Klinikaufenthalt ist das wichtig und heilsam, wo doch schnell ein Mensch als Patient*in in eine hilflose Opferrolle gerät. Als Seelsorger bin ich wie ein Begleiter des anderen für ein kurzes Stück des Weges. Ich habe nicht zu urteilen und ich gebe auch keine Ratschläge, wie und wohin der Weg des anderen führen sollte. Mein Dienst ist der des Mitgefühls und der Ermutigung (eigentlich geschieht beides in einem). Mitgefühl ist eine aktive Haltung, in der das Leid, das im Moment geschieht, Resonanz findet, die aber zugleich in dieser Würdigung die notwendige Distanz schafft, das Leidvolle auch zu gestalten. Was es dazu braucht, haben wir bereits in uns – das ist meine

Grundannahme. Von daher die Ermutigung für den Menschen, den ich begleite, in sich auftauchen zu lassen, was es jetzt braucht. Beim Sterbewunsch braucht es nicht nichts. Sterben heißt alles loslassen, das ist eine enorme Aufgabe. In Palliative Care behandeln und begleiten Pflegende und wir Seelsorgende sterbende Menschen wissend um diesen kostbaren letzten Lebensabschnitt. Der Mann, zu dem ich gerufen worden war, galt nicht als palliativ, d. h. er hatte nicht diese medizinische Einordnung, doch war seine Haltung in der Zeit damals vom Sterben(-wollen) geprägt und als solche zu respektieren. Zugleich ist er nicht darauf festzulegen; ihm die Regie zu überlassen heißt auch, dass er womöglich auch anders kann. Deshalb frage ich danach, wie es jetzt im Moment ist, mit diesem Wunsch zu sein. Unser Körper ist voller Botschaften, sie bemerkend und zulassend können wir beginnen, sie zu entschlüsseln. Wie sieht die Bewegung der Gedanken aus (viele durcheinander – wie ein Karussell – ein ganz schwerer, der sich breitmacht – ...), wenn Angst auftaucht, Wut oder Hilflosigkeit: Wo im Körper ist sie im Moment zu spüren? Und wie fühlt sie sich an? Ein Sterbewunsch kann viel in sich bergen, auch viel Widersprüchliches, das so (noch) nicht mit Worten fassbar war. Dies ist die Würdigung dessen, was im Moment im Menschen vor sich geht, mit Fragen ermutige ich den Patienten, dahin zu schauen und Worte dafür zu finden. Damit aber beginnt er zu gestalten; in möglichst freundlicher Wahrnehmung von Empfindungen, Gefühlen und Gedanken im Körper taucht ein Zutrauen auf, ohne Angst anschauen zu können, was ist. Dadurch kann ein Raum entstehen, der aus einem Entweder-oder hinausführt, ein Spielraum mehrerer Möglichkeiten. Im weiteren Gespräch kann ich eine/n Patient*in unterstützen, einzelne Optionen selbst noch einmal zu überprüfen – und ich kann anbieten, sie oder ihn zu segnen, wohin auch immer der Weg führen mag – also auch, wenn dann ein Suizid geplant ist. Für den Patienten in unserer Klinik war bei den weiteren Gesprächen der Sterbewunsch kein Thema mehr.

Christoph Kunz

2. Praxisbereiche und aktuelle Herausforderungen

2.3 Assistierter Suizid

„Ich will, dass du bist!“

Seelsorgerliche Überlegungen zum ärztlich assistierten Suizid

Christoph Seidl

Wenn im kirchlichen Kontext über den ärztlich assistierten Suizid verhandelt wird, dann erfährt die Thematik schnell eine Reduzierung auf die moraltheologische Frage: „Darf man oder darf man nicht?“ bzw. „Erlaubt die Kirche das selbstbestimmte Sterben oder ist es verboten?“ Eine derartige Zuspitzung auf zwei sich ausschließende Alternativen wird weder einer differenzierten ethischen Beurteilung dieses brisanten Themas gerecht noch kann sie die Nöte eines zum Tode erkrankten Menschen abbilden, in die sich ein gesunder, mitten im Leben stehender Denker kaum hineinzusetzen vermag. Die folgenden Überlegungen möchten sich dem Umgang mit Sterbewünschen schwerkranker Menschen aus pastoraler Perspektive nähern und durch ein weiteres „Gesichtsfeld“ zumindest deutlich machen, dass Menschen mit Sterbewünschen auf keinen Fall damit alleingelassen werden dürfen. Dabei ist zweierlei entscheidend: Selbstverständlich darf Kirche in der öffentlichen Diskussion ihre kritische Stimme zum Schutz des Lebens nicht verstummen lassen, andererseits ist auch ihre Solidarität mit den Notleidenden und schwer Beladenen (vgl. Mt 11,28) unverzichtbar.¹ So könnte die Rolle kirchlichen Beistandes in dieser schwierigen Lebenssituation gut als „kritische Solidarität“ beschrieben werden.

¹ Vielleicht könnte und müsste man den Vers aus der Weltgerichtsrede Mt 25,43: „[...] ich war krank und im Gefängnis und ihr habt mich nicht besucht“ in einem weiteren Sinne auf Menschen ausweiten, die in ihrer Verzweiflung gefangen sind und keinen anderen Ausweg mehr sehen als den Suizid. Auch und gerade sie brauchen den Beistand.

Leben: Vitalität und Lebendigkeit

Hilfreich kann es sein, zu Beginn den Begriff menschlichen Lebens genauer zu fassen. Mit Knut Wenzel (vgl. Wenzel 2015, 162 f.) erscheint es sinnvoll, zwischen Vitalität und Lebendigkeit zu unterscheiden. Unter *Vitalität* ist in diesem Sinne die reine Bios-Qualität zu verstehen, also die Tatsache des Lebens an sich mit all dem, was meist ohne großes Nachdenken abläuft, aber auch mit dem, was krank oder gebrechlich werden kann. *Lebendigkeit* dagegen meint das reflektierte Leben, also das Empfinden, wie sich der Zustand des Lebens anfühlt. Das ist keineswegs weniger bedeutsam noch könnte man es etwa als bloße Einbildung abqualifizieren. Menschliches Leben ist immer auch reflektiertes, empfundenes Leben. Um es biblisch auszudrücken: Leben ist nicht nur Vitalität im Sinne von messbarem, sichtbarem Dasein, wie es der zweite Schöpfungsbericht in der Erschaffung des Adam aus *Materie*, aus *Ackererde* beschreibt. Erst durch den *Lebensatem* wird der Mensch zu einem *lebendigen* Wesen (vgl. Gen 2,7). Dieser Lebensatem (lat. *spiritus*) ist es, der den Menschen im wahrsten Sinne des Wortes atmen, also lebendig sein lässt.

Und wann immer dieses Atmen schwer wird, wann immer Menschen die Lebendigkeit, die Lebenskraft, die Lebensfreude abhandenkommen, kann sich möglicherweise ein Todeswunsch in den Vordergrund schieben. Ein solcher Todeswunsch möchte mit den Bedingungen ein Ende machen, die ggf. als unerträglich empfunden werden, nicht aber zwingend mit dem Leben, der Vitalität selbst. Wer an Suizid denkt oder ihn in Betracht zieht, will also in der Regel *so* nicht mehr leben, *anders* möglicherweise aber schon!

Wenn das zum Leben fehlt, was mich als Mensch atmen lässt, brauche ich in erster Linie Atem-Unterstützung oder – um beim lateinischen Wort *spiritus* zu bleiben – ich brauche spirituelle, seelsorgerliche Unterstützung! Wenn wir über seelsorgerliche Perspektiven bei Sterbewünschen nachdenken, liegt von daher ein weites Feld von Möglichkeiten vor uns, mit den Betroffenen über die Deutung des Zustands ihres Lebens, über die *Lebendigkeit* ins Gespräch zu kommen. Es geht um wesentlich mehr als um eine Erlaubnis oder ein Verbot, die *Vitalität* selbstbestimmt zu beenden, vielmehr geht es um die Deutung, das Empfinden: von dem, was jemanden (im wörtlichen wie im übertragenen Sinne) atmen lässt,

wie auch von dem, was jemandem die Luft nimmt. Die Deutungshoheit liegt natürlich immer beim Betroffenen selbst, dennoch ist es aber möglich und legitim, dabei zu helfen, den eigenen Blick zu weiten. Die biblische Frage „Was willst du, dass ich dir tue?“ (z. B. Mk 10,51) könnte dem reinen Sterbewunsch noch einmal eine neue Möglichkeit der Reflexion der eigenen Lebendigkeit eröffnen: Vielleicht gibt es etwas, das bei aller Aussichtslosigkeit des zu Ende gehenden Lebens das Empfinden von aktueller Lebensqualität verbessern könnte?

Das Total-Pain-Konzept von Cicely Saunders als Horizontenerweiterung

Dame Cicely Saunders (1918–2005), die Pionierin der neuzeitlichen Hospizbewegung, spricht von *total pain* bei Menschen, die dem Tode nahe sind.² Der erlebte Schmerz kann unterschiedlichste Facetten haben, er kann physisch, psychisch, sozial oder spirituell sein. In der Regel werden sich verschiedene Ebenen von Schmerz überlagern, manchmal so stark, dass Sterbende den Eindruck haben: Alles tut weh! Aufgabe von Palliative Care ist es nach der Definition der WHO, diese Schmerzerfahrung hochqualifiziert differenzieren zu helfen und ihr mit den besten Möglichkeiten der unterschiedlichen Professionen im Behandlungsteam zu begegnen (vgl. WHO 2002). Für Cicely Saunders galt als oberster Grundsatz: „Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Und wir wollen alles tun, damit Sie nicht nur gut sterben, sondern bis zuletzt leben können“ (vgl. Regensburger 2016). Es geht dabei nicht nur um Vitalität, es geht vielmehr um die Erfahrung der Lebendigkeit des Lebens. Begleitende sind aufgefordert, mit schwerkranken Menschen Fragen nachzugehen wie: Welche Facetten hat der Schmerz eines sterbewilligen Menschen? Wann kann ich wirklich vom erklärten freien Willen zu sterben sprechen? Welche Alternativen könnten bzw. müssten noch in den Blick genommen werden, um vielleicht nicht die Vitalität, wohl aber die Lebendigkeit eines Menschen noch zu verbessern? Das bedeutet nicht, dass man einem Menschen die Deutungshoheit über seine Situation abspricht. Es könnte aber hilfreich sein, in der Begleitung zu versuchen, den Deutungshorizont zu erweitern, um gemeinsam noch Kostbarkeiten zu finden, für die es sich zu leben lohnt

² Vgl. <https://palliativlexikon-freiburg.de/total-pain-konzept>.

könnte. Dazu sind Zeit und Geduld nötig, vor allem natürlich entsprechendes Fingerspitzengefühl.

Viktor E. Frankl und die Frage nach dem Sinn des Lebens

Der Wiener Arzt und Psychotherapeut Viktor E. Frankl (1905–1997) spricht davon, dass das Leben immer einen „*unbedingten Sinn*“ hat (vgl. Batthyány o. J.). Das bedeutet für ihn, es gibt einen Sinn im Leben, der zwar durch die konkreten Lebenserfahrungen geprägt wird, aber letztlich nicht von ihnen abhängig ist. Der große Lebenssinn kann freilich durch akute Leid- und Schmerzerfahrungen verdunkelt werden. Aber wie die Sonne auch hinter schwarzen Wolken scheint, existiert für Frankl unabhängig vom Erleben ein grundsätzlicher Lebenssinn. Ende der 1920er Jahre hat Frankl als junger Arzt während der Weltwirtschaftskrise unzählige suizidwillige Schülerinnen und Schüler durch eine Plakataktion in Wien dazu eingeladen, über den persönlichen Sterbewunsch besser noch einmal ins Gespräch zu kommen. Durch die Gespräche über das jeweils als akut sinnlos erlebte Leben bzw. die abhanden geglaubte Lebendigkeit gelang es Frankl und seinen Kolleginnen und Kollegen im therapeutischen Dienst, die Suizidrate bei den jungen Menschen deutlich, sogar gegen null zu senken. Es wurde von den Jugendlichen als lohnend empfunden, Alternativen zum aktuellen Sterbewunsch in den Blick zu nehmen.

Für Frankl persönlich gewann diese berufliche Erfahrung noch eine außerordentlich existenzielle Relevanz. Als Jude wurde er zusammen mit seiner gesamten Familie ins Konzentrationslager deportiert, vier verschiedene Lager musste er insgesamt durchleben. Immer wieder erlebte er dort, wie Leidensgenossen unter diesen extremen Lebensbedingungen den Freitod suchten. Auch für ihn stellte sich die Frage, ob es denn ein Wozu, eine Motivation geben würde, am Leben zu bleiben. Später erzählte Frankl, dass es immer der Gedanke an seine Frau gewesen sei, der ihn am Leben erhalten hätte. Als man ihn fragte, ob er das auch so gesehen hätte, hätte er gewusst, dass seine Frau zu dieser Zeit schon nicht mehr am Leben gewesen sei, beantwortete Frankl das mit einem klaren Ja.

„Wer ein Warum kennt, erträgt fast jedes Wie.“ Dieses Zitat von Friedrich Nietzsche (1844–1900) hat sich Frankl zu eigen gemacht, um die Bedeutung eines Pro-Motivs zum Leben zu unterstreichen (vgl. Frankl 2017).

In seiner späteren Therapeutentätigkeit hat er großen Wert darauf gelegt, Menschen, die ihr Leben als sinnlos empfanden, dabei zu helfen, nach verbliebenen Sinnspuren im eigenen Leben zu suchen. Zweifelsohne ist die Situation bei schwerkranken Menschen noch einmal anders, weil das Leben aufgrund des ohnehin nahen Todes noch schneller als aussichtslos gewertet werden kann. Doch Frankl hält dagegen: „Wo wir eine Situation nicht ändern können, gerade dort ist uns abverlangt, uns selbst zu ändern, nämlich zu reifen, zu wachsen, über uns selbst hinauszuwachsen! Und das ist bis in den Tod möglich“ (Frankl 2005, 59). Man fühlt sich an Cicely Saunders erinnert, die sich dazu bekannte, alles zu tun, „damit Sie nicht nur gut sterben, sondern bis zuletzt leben können“. Bis zuletzt leben – das ist zugegebenermaßen ein hehres Ziel, aber es steckt viel Potenzial in dem Versuch, Menschen bei der Verwirklichung der Sinnsuche zur Seite zu stehen.

Plädoyer für eine „Sorgekultur“

Palliativmedizinerinnen und -mediziner weisen darauf hin, dass der meistgenannte Grund für einen konkreten Sterbewunsch der eigene Autonomieverlust aufgrund der Krankheit ist und die damit verbundene Angst, den Mitmenschen in dieser Situation nur noch zur Last zu fallen. Sterbewünsche haben also in der Regel entweder mit realer Einsamkeit oder mit der subjektiv erlebten Vorstellung zu tun, der Herausforderung der aktuellen Lebenssituation allein nicht gewachsen zu sein, die Hilfe anderer aber nicht strapazieren zu wollen. Die Theologen und Soziologen Reimer Gronemeyer (* 1939) und Andreas Heller (* 1956) sprechen daher von einer (*Für-*)*Sorge-Kultur*, die wieder neu zu entdecken und zu beleben ist, um dem Sterbewunsch so vieler eine wesentliche Grundlage zu nehmen (vgl. Gronemeyer/Heller 2014). Eine neue palliative Praxis im Sinne einer „Sorge-Kultur“ wird vom Gedanken des „Daseins für andere“ (*Care-Community*) getragen sein oder sie wird nur eine Optimierung gewohnter Ver-

fahren sein. Damit wird die Frage nach der Zeit zu einer zentralen Angelegenheit, und zwar nicht im Sinne einer ökonomischen Größe, denn bezahlbar ist dieses „Dasein für“ niemals bis ins Letzte. Nicht Geld darf das Kriterium für eine gute Sterbebegleitung oder gar den geäußerten Sterbewunsch sein, vielmehr geht es um die Erfahrung eines Beziehungsnetzes, in dem sich ein Sterbender aufgefangen weiß. Nur Beziehungen können der trostlosen Grunderfahrung des Sterbens wirksam etwas entgegensetzen. Darin liegt der tiefe Humanitätscharakter der Idee.

Das bedeutet auf der anderen Seite auch, dass der Tod eines jeden Menschen zwar etwas sehr Individuelles, aber niemals nur eine Privatangelegenheit ist. Das Argument „Mein Tod gehört mir!“ ist von daher zumindest defizitär: Sowohl das Leben generell als auch eine Suizid-Assistenz brauchen eine Reihe von Menschen: professionelle Kräfte, aber auch An- und Zugehörige. Was ist ihnen zuzumuten? Ist es deren Aufgabe oder gar Pflicht? Wie geht es ihnen danach? Wer denkt an sie? Der oft als Argument gebrachte Satz „Ich habe ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ ist so in seiner Absolutheit nicht ganz richtig. Kein Mensch lebt nur für sich allein, kein Mensch stirbt nur für sich allein.

Suizidprävention: Lebendigkeit unterstützen

Was also könnte der seelsorgerliche Beitrag zum Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid sein? Seelsorge versucht, die Lebendigkeit des Menschen in den Blick zu nehmen, sowohl das persönliche Leiden am Leben als auch die Situation der An- und Zugehörigen, die laut der Definition von Palliative Care der WHO von 2002 auch zu berücksichtigen sind. Zum einen haben wir gesehen, dass Sterbewünsche meist zu übersetzen sind in „Ich will *so* nicht mehr leben!“. Zum anderen leiden Personen, die Menschen mit Sterbewünschen begleiten (ob als Angehörige oder als Professionelle) in aller Regel sehr stark unter dem Erleben eines Suizids. Auch deren Weiterleben und deren Leidverarbeitung stehen seelsorglich im Fokus.

Folgerichtig genügt es nicht, nur nach Begründungen zu suchen, warum der ärztlich assistierte Suizid doch ganz legitim und jedes Menschen Privatangelegenheit sei. Vielmehr muss gelten, was für suizidale Menschen in jeder anderen

Lebenssituation gilt: Prävention ist das A und O, um von Sterbewünschen abzukommen bzw. lebbare Alternativen dazu zu eruieren. Wenn am vitalen Zustand einer Patientin oder eines Patienten nichts mehr oder kaum mehr etwas zu ändern ist, dann ist immer noch die Lebendigkeit jene Dimension, die verstärkt, unterstützt oder wenigstens gestaltet werden kann. Wo an der Tatsache eines schweren Leides bzw. einer unheilbaren Krankheit nichts mehr zu ändern ist, dort kann immer noch an der Deutung bzw. an der *Einstellung* dazu (vgl. V. E. Frankl) etwas verändert werden. Dazu hilft eine immer noch weiter auszubauende Palliativ- und Hospizversorgung, dazu helfen aber auch ausreichend viele und kompetente Begleiterinnen und Begleiter, die dem persönlichen Leiden am Leben möglicherweise noch eine andere Richtung geben können. Wo die Lebendigkeit wieder intensiver erlebt wird, schwindet der Sterbewunsch. Selbst von der Möglichkeit eines bereitgestellten todbringenden Medikaments machen Menschen bei verbesserter Lebendigkeit seltener Gebrauch! Paradoxerweise könnte man sogar sagen: Das Zulassen der Möglichkeit eines assistierten Suizids könnte den Sterbewunsch in vielen Fällen deutlich verringern oder seine Durchführung sogar verhindern.

Und wenn doch? Niemanden im Stich lassen!

Mögen die präventiven Bemühungen noch so umfangreich sein: Immer wird es Menschen geben, die auch nach reiflicher Überlegung und ausreichendem Abwägen aller Möglichkeiten und Alternativen bei ihrem Wunsch bleiben, selbstbestimmt aus dem Leben zu gehen. Das hat es immer gegeben und wird es wohl geben, solange Menschen leben. Glücklicherweise hat die katholische Kirche mit dem Kirchenrecht von 1983 davon Abstand genommen, Suizidanten das kirchliche Begräbnis zu verweigern. Damit wurde wohl der Tatsache Rechnung getragen, dass es unterschiedlichste „Seelenzustände“ gibt, aufgrund derer sich jemand für den Freitod entscheidet – sofern man überhaupt unter solch veränderten Bewusstseinszuständen von einer freien Entscheidung sprechen kann. Wenn Kirche sich nun im Bereich des kirchlichen Begräbnisses zurückhält mit einer Wertung über die Motive eines Suizids, dann könnte dies folgerichtig auch zu Lebzeiten auf die Haltung gegenüber einem Menschen mit Sterbewunsch über-

tragen werden. Wenn das Wichtigste in dieser bedrängenden Notlage einer todbringenden Erkrankung die menschliche Begleitung ist, dann dürfte Begleitung auch bei Menschen mit einem klar geäußerten Suizidvorhaben nicht abgelehnt werden.

Jesus hat in der Nacht vor seinem eigenen Tod seine Jünger gebeten: „Meine Seele ist zu Tode betrübt. Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Im Jahr 2021 hat die Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz dem Papier über die „Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden“ genau diesen Titel gegeben: „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2021). In dieser Publikation wird die Spannung deutlich zwischen einer klaren ethischen Überzeugung und dem seelsorgerlichen Anliegen, niemanden in seiner Not allein zu lassen. Man spürt darin förmlich das Ringen um ein grundsätzliches *Ja* zu jedem einzelnen Menschen in der jeweiligen Notlage, ohne die eindeutige ethische Haltung preiszugeben. Vielleicht könnte es helfen, der Seelsorge in bedrängenden Grenzsituationen wie dem Lebensende bewusst eine Vorrangstellung vor der ethischen Bewertung einzuräumen. Eine Begleitung in jeglicher Situation des menschlichen Lebens bedeutet ja nicht, dass Kirche jede einzelne Entscheidung oder Überzeugung eines Menschen gutheißt. Vielmehr bedeutet Begleitung, dass Gottes unverbrüchliche Treue zu jedem Menschen in der seelsorglichen Begleitung sichtbar wird. Begleitung eines Suizidanten bzw. einer Suizidantin heißt nicht, den Entschluss zu billigen, Begleitung heißt, einen Menschen, wie er ist, vorbehaltlos zu lieben.

In der Würzburger Augustinerkirche werden Besuchende seit der Renovierung mit einem sehr wichtigen Satz aus der augustianischen Gnadenlehre empfangen: „Ich will, dass Du bist!“³ Im Zusammenhang heißt es bei Augustinus sinngemäß: *Einen Menschen zu lieben, heißt, ihm zu sagen: Ich will, dass du bist.* Darin ist Gottes unkündbares *Ja* zum Menschen in jeder Situation zu erkennen. Mit Blick auf die biblisch verkündete Lebensart Jesu können wir sagen: Er hasst die Sünde, aber er liebt den Sünder. Selbst wenn Kirche dem Suizid grundsätzlich ablehnend gegenübersteht, so ist der betroffene Mensch trotz allem zu lieben – ohne Vorbehalte – und von daher verdient er auch seelsorgerliche Begleitung bis zum letz-

³ Vgl. <https://www.augustinerkirche-wuerzburg.de/kirche#einleitung>.

ten Atemzug. „Ich will, dass du bist!“ gilt im Leben, aber aus christlicher Perspektive natürlich auch im Sterben! Das Jesuswort „Bleibt hier und wacht mit mir!“ ist auch aus der an sich nicht gewollten Suizidsituation nicht wegzudenken.

Bemerkenswert ist eine Passage aus einer Stellungnahme von 2020 des Katholischen Büros in Berlin zur Frage der Neuregelung der Suizidassistenz und eines legislativen Schutzkonzeptes:

„Auch aus der Seelsorge wissen wir, dass an den Grenzen des Lebens Extremsituationen entstehen können, deren Aussichtslosigkeit und Belastungen einen Menschen zu einer suizidalen Handlung drängen. Solche Extremsituationen entziehen sich letztlich einer moralischen Beurteilung von außen. Sie bleiben jedoch tragische Entscheidungen, zu denen sich die betroffenen Personen genötigt sehen. Diese Menschen verdienen keine Verurteilung, sondern in ihrer Gefährdung und Verletzlichkeit einführende Aufmerksamkeit“ (Kommissariat der deutschen Bischöfe 2020, 2 f.).

Im Miteinander von ethischer Bewertung und pastoraler Begleitung liegt sicherlich eine Spannung, die aber nach biblischem Vorbild gut zugunsten der Begleitung von Menschen auch in Extremsituationen aufzulösen ist. Eine vergleichbare Sichtweise bietet eine Verlautbarung der belgischen Bischöfe vom Juni 2019 mit dem Titel „Ich nehme DICH bei der HAND. Seelsorgliche Begleitung am Lebensende“:

„Es kommt vor, dass sich jemand letztendlich dennoch für Sterbehilfe entscheidet. Selbst wenn der Seelsorger diese Entscheidung nicht gutheißt, so begleitet er die Person weiter, denn er kann sie nicht ihrem Schicksal überlassen, und betet daher für diese Person, und wann immer möglich, mit ihr! So groß unsere menschliche Ohnmacht auch sein mag, wir vertrauen unseren Mitmenschen immer Ihm an, der die Quelle allen Lebens ist und dessen Barmherzigkeit keine Grenzen kennt.

Menschen begleiten, die um Sterbehilfe gebeten haben, ist eine einschneidende Erfahrung. Auch für den Seelsorger ist dies eine heikle Aufgabe. Es können Zweifel aufkommen, ob das, was man getan hat, richtig war oder ob man sich nicht auf etwas eingelassen hat, das man

selbst - und die Kirche, die man ja vertritt - grundsätzlich nicht gutheißt. Genau wie die Familie und Verwandte kann der Begleiter darunter leiden. Es ist wichtig, dass der Seelsorger offen mit anderen darüber austauschen kann [sic!], um Bedenken und Erlebtes zu teilen“ (Ich nehme DICH bei der HAND 2019, 14).

Der CIC, der Codex des kanonischen Rechts in der katholischen Kirche, formuliert im letzten Satz: „[...] und das Heil der Seelen vor Augen, das in der Kirche immer das oberste Gesetz sein muss“ (c. 1752). Dieses Heil der Seelen, vielleicht heute besser ausgedrückt mit „das Heil der Menschen“, muss auch der Leitgedanke in der Begleitung der Menschen in Ausnahmesituationen sein. So ist bei aller berechtigten ethischen Infragestellung von Lebensentscheidungen doch zentral, in den schwersten Stunden an der Seite der Betroffenen zu stehen.

Dankenswerterweise haben seither in Deutschland einige Handreichungen diözesaner Caritasverbände zum Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid zumindest die Möglichkeit offengehalten, in Einzelfällen Suizidanten auch bis zuletzt seelsorgerlich zu begleiten (vgl. exemplarisch Ethikrat 2022).

Fazit: Seelsorge als kritische Solidarität

Von kirchlichen Verantwortungsträgern ist als Argument gegen jede Begleitung von Suizidwilligen immer wieder etwa Folgendes zu hören: „Wir müssen als Kirche eine klare Haltung an den Tag legen, damit die kirchliche Botschaft zugunsten des Lebens nicht verdunkelt wird – am Lebensanfang wie auch am Lebensende.“ Gegen eine klare ethische Haltung spricht freilich nichts. Es wäre allerdings fatal, wenn eine solche Haltung dazu führen würde, Menschen in extremen Notsituationen alleinzulassen. Denn noch wichtiger als eine klare moralische Haltung ist ein klares Bekenntnis von Kirche und Christentum zu den Ärmsten, Schwächsten und Bedürftigsten – und dazu gehören mit Sicherheit die Schwerkranken und Sterbenden. Kirche muss freilich „in ihren Einrichtungen einen bergenden, einen schützenden Raum besonders für alle jene offenhalten, die sich dem Sog überbordender Erwartungshaltungen an ein möglichst reibungsloses Sterben ansonsten kaum widersetzen könnten“ (Lob-Hüdepohl

2021, 15). Kirche sollte aber auch niemanden abweisen oder aus einer Einrichtung entlassen, der angesichts seiner Situation zu keiner anderen Lösung zu kommen glaubt, als den Freitod zu wählen.

Kirche und Seelsorge stehen unverbrüchlich an der Seite Notleidender in jeglicher Hinsicht. Kirche und Seelsorge dürfen und müssen Anschauungen und Haltungen kritisch hinterfragen und ihre je eigenen Überzeugungen entgegenzusetzen. Aber das Wichtigste ist die Treue in der Begleitung.

Im Bereich der Polizeiseelsorge hat sich für Seelsorge der Begriff der „kritischen Solidarität“ (vgl. Schiewek 2015) als adäquat für ein Gebiet herausgebildet, in dem Kirche möglicherweise auch ambivalente Einstellungen an den Tag legen könnte: kritisch gegenüber dem Ausüben von Gewalt, solidarisch aber in der Sorge um die einzelnen Akteur*innen bei der Polizei. Wesentlich ist unterm Strich, dass Kirche jene im Blick behält, die der Zuwendung besonders bedürfen. Auch im Bereich der Gestaltung des Lebensendes kann es zu solchen ambivalenten Haltungen und Perspektiven kommen. Klar muss sein, dass Kirche bzw. Seelsorge in „kritischer Solidarität“ an der Seite der Schwächsten ihren Platz hat.

Literatur

- Batthyány, Alexander, Was ist Logotherapie / Existenzanalyse?, o. J., <https://www.viktorfrankl.org/logotherapie.html>.
- Codex des kanonischen Rechtes. Lateinisch-deutsche Ausgabe. Mit Sachverzeichnis, Kevelaer 31989.
- Ethikrat. Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., Assistierter Suizid. Eine Handreichung für Einrichtungen und Dienste zur Auseinandersetzung mit der Thematik auf der Basis einer lebensbejahenden Grundhaltung, München 2022, https://caritasnet.de/export/sites/dicv/.content/.galleries/downloads/behinderung-inklusion/newsletter/Caritas-Muenchen_Assistierter-Suizid_ausdruckbar_20221024.pdf.
- Frankl, Viktor E., Mensch sein heißt Sinn finden. Hundert Worte von Viktor E. Frankl, hgg. von Elisabeth Lukas, München/Zürich/Wien 2005.
- Frankl, Viktor E., Wer ein Warum zu leben hat. Lebenssinn und Resilienz, Weinheim/Basel 2017.

Gronemeyer, Reimer/Heller, Andreas, In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München 2014.

Ich nehme DICH bei der HAND. Seelsorgliche Begleitung am Lebensende (Verlautbarungen der belgischen Bischöfe), 2019.

Kommissariat der deutschen Bischöfe. Katholisches Büro in Berlin, Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – zur Anfrage des Bundesgesundheitsministers vom 15. April 2020 hinsichtlich einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenten und eines legislativen Schutzkonzeptes, 2020, https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_alt/presse_2020/2020-06-22_Stellungnahme_KatholischesBuerou_Suizidassistenten.pdf.

Lob-Hüdepohl, Andreas, Dem Leben zugewandt, in: neue caritas 4/2021, 12–15.

Regensburger, Urban, Dame Cicely Saunders – eine mutige Pionierin, 2016, <https://www.hospiz-tirol.at/dame-cicely-saunders>.

Schiewek, Werner, „Kritische Solidarität“. Zum Verhältnis von Seelsorge und Ethik in gewaltausübenden Organisationen, in: Wege zum Menschen 67 (5/2015) 490–499.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden (Die deutschen Bischöfe. Pastoralkommission 51), Bonn 2021.

Wenzel, Knut, Die Absolutheit der Subjektwürde – und die Limitationen der Autonomie, in: Hilpert, Konrad/Sautermeister, Jochen (Hg.), Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid (Theologie kontrovers), Freiburg/Basel/Wien 2015, 161–177.

WHO Definition of Palliative Care 2002, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf.

Von der Notwendigkeit eines dynamischen Seelsorgeprofils

**Martin Splett, Martin Seidnader, Theresa Pabst-Clemens,
Martin Hochholzer**

In ihrem Wort „In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche“ von 2022 betonen die deutschen Bischöfe den dynamischen Charakter von Seelsorge, wie er sich aus den konkreten Begegnungen ergibt: „Und so werden auch die Seelsorgerin und der Seelsorger mit hinein genommen in einen Prozess der Veränderung durch die Seelsorge, die bis hin zu einer Umkehr im eigenen Denken und Verhalten führen kann. So kann Seelsorge auch in einer säkularisierten Gesellschaft aktuell und den Menschen in ihren unterschiedlichen Lebenslagen nahe bleiben“ (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2022, 35 f.).

Seelsorge als Beziehungsgeschehen ist wesentlich geprägt von den Erfahrungen und Erwartungen derer, die einander begegnen. Zugleich sind die systemischen Kontexte, in denen Seelsorge stattfindet, von großer Bedeutung. In einer zunehmend säkularen wie pluralen Gesellschaft bzw. in einem ausdifferenzierten und standardisierten Gesundheitssystem sind Seelsorger*innen gefordert, in der Begleitung Raum für individuelle Erfahrungen, Überzeugungen und Bedürfnisse zu geben, wo auch Gratwanderungen, Differenzen, Kompromisse und Brüche Platz haben – eben alles, was das menschliche Leben prägt. Unweigerlich müssen sich Seelsorger*innen dazu vom Gegenüber und von den Kontexten, in denen sie unterwegs sind, immer neu anfragen lassen.

Wo sich Seelsorgende mit ihrem eigenen Profil integrativ in komplexe Systeme wie Kliniken oder Hospize einfügen, erleben sie in ihrem und für ihren Dienst nach wie vor viel Akzeptanz und Wertschätzung. Zunehmend stellen Kliniken (kirchlich beauftragte) Seelsorger*innen ein, wenn es die Kirchen nicht (mehr) selbst tun (können). Damit sind verstärkte Erwartungen an Qualität und Wirksamkeit verbunden.

Christliche Seelsorge agiert verwurzelt im Glauben an Gott, der in Jesus Christus gezeigt hat, dass und wie die Liebe und das Leben das letzte Wort haben – und nicht Lieblosigkeit und Tod. Das Wirken Jesu Christi ist hierbei nicht nur Vorbild und Motivation, sondern auch ermöglichender Grund für das diakonische Handeln der Seelsorge. Die Liebe Gottes zu den Menschen zeigt sich u. a. in der unvoreingenommenen Zuwendung von Seelsorgenden zu Menschen in Krisensituationen – auch wenn sie nicht mehr leben wollen.

Nicht allein, doch insbesondere in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender geschieht christliche Seelsorge auch im Rahmen von Spiritual Care. Diese neue Verortung kann zu einer Weiterentwicklung von Seelsorge führen; umgekehrt erweitert kirchliche Seelsorge mit ihrer Tradition, ihrer Expertise und ihrem Hoffnungspotential das Spektrum von Spiritual Care.

Die vorliegenden Beiträge aus seelsorglicher Sicht zu aktuellen Diskussionen um Spiritual Care und assistierten Suizid machen deutlich, wie Rolle und Berufsethos von Seelsorger*innen durch Entwicklungen im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft neu herausgefordert werden. Christliche Seelsorge muss sich selbst dynamisch verstehen und profilieren, will sie ihrem Sendungsauftrag treu bleiben und dazu Anschluss an die hochdynamischen Entwicklungen ihrer Handlungskontexte halten. Zu dieser Profilierung in und *aus* der Dynamik will diese Broschüre einen Beitrag leisten.

Literatur

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Wort der deutschen Bischöfe zur Seelsorge (Die deutschen Bischöfe 110), Bonn 2022.

Autorinnen und Autoren

Dr. Martin Hochholzer ist Referent für Evangelisierung und Charismenorientierung/Diakonische Pastoral in der Katholischen Arbeitsstelle für missionarische Pastoral (KAMP), Erfurt.

Christoph Kunz ist Klinikseelsorger am Universitätsklinikum Magdeburg und Achtsamkeitstrainer.

Theresa Pabst-Clemens ist Klinikseelsorgerin und die Bistumsbeauftragte für Krankenhauspastoral im Bistum Magdeburg.

Dr. Sonja Sailer-Pfister ist die Beauftragte für Hospiz- und Palliativseelsorge im Bistum Limburg sowie Sprecherin der Sektion Seelsorge/Spiritual Care der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Dr. Christoph Seidl ist Beauftragter für die Krankenhaus- und Hospizseelsorge im Bistum Regensburg.

Dr. Martin Seidnader ist Fachbereichsleiter Krankenhausseelsorge im Erzbischöflichen Ordinariat München.

Dr. Martin Splett ist Referent für Diakonische Pastoral und damit u. a. Fachreferent für Hospizarbeit und Trauerseelsorge im Seelsorgeamt des Bistums Osnabrück.

Alle Bände unserer Reihe **KAMP kompakt** sind auf unserer Website unter

<https://kamp-erfurt.de/publikationen>

frei zugänglich, zum Teil liegen auch noch Druckfassungen vor.

Bisher sind erschienen:

- Band 1: Milieus fordern heraus. Pastoraltheologische Deutungen zum MDG-Milieuhandbuch „Religiöse und kirchliche Orientierungen in den Sinus-Milieus® 2013“
- Band 2: Gefragt und hinterfragt. Religiös-weltanschauliche Pluralität und die neuen Bedingungen des Glaubens
- Band 3: Nähe und Weite statt Enge und Ferne. Zu den Chancen großer pastoraler Räume für eine missionarische Pastoral
- Band 4: „Lass mich dich lernen ...“. Missionale als Grundwort kirchlicher Erneuerung
- Band 5: Postmoderne Rituale als Herausforderung für die kirchliche Ritualpraxis
- Band 6: Pastoral hinter dem Horizont. Eine ökumenische Denkwerkstatt
- Band 7: Gastfreundschaft und Resonanz. Perspektiven zu Freizeit und Tourismus
- Band 8: Kirche in der Diaspora. Keynotes der „pastorale!“ 2019 in Magdeburg
- Band 9: Charismenorientierte Kirchenentwicklung. Studie und Kommentare

