

Kirche und ihre Krankenpastoral vor neuen(?) Aufgaben

Krankenpastoral als Teil der Rückkehr der Kirche in die Diakonie

von Klaus Baumann

Krankenpastoral ist ein wichtiger Teil des diakonischen Dienstes der Kirche und ein unverzichtbarer Beitrag der Gemeindepastoral. Sie darf sich aber nicht im Besuch von Kranken erschöpfen, sondern muss die vielfältigen Ursachen und Begleiterscheinungen mit einbeziehen. Der Autor erläutert seine These exemplarisch am Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit, an der Situation Alleinlebender und an der Herausforderung eigener Pflegebedürftigkeit und Pflegeverpflichtung. Ein leidenschaftliches Plädoyer für eine stärker diakonisch ausgerichtete Gemeindepastoral. (Red.)

Noch kurz vor seiner Hinrichtung durch die Nazis schrieb der Jesuit Alfred Delp 1944 im Gefängnis „mit gefesselten Händen“ seine Sorge und Überzeugung nieder, wie entscheidend es für die Sendung der Kirche ist, dass sie zurückkehrt in die Diakonie, in den Dienst „des physisch, psychisch, sozial, wirtschaftlich, sittlich oder sonst wie kranken Menschen um bei ihm zu sein“. Das ist eigentlich keine neue Aufgabe für die Kirche und umso dringlicher ist sie, wenn die Kirche und ihre Praxis erst zu ihr zurückkehren müssen: Jesus selbst hat sich in seinem irdischen Wirken stets den Leidenden zugewandt. Beim kranken Menschen zu sein, entspricht einem jener entscheidenden Werke „der Barmherzigkeit“, die Jesus in der Endgerichtsrede (Mt 25,31–46) nennt: „Kranke besuchen“. Darin spricht Jesus nie von „Barmherzigkeit“, sondern indirekt nur von „Gerechtigkeit“ oder „Unrecht“ tun; und die Verurteilten fragen betroffen: „Wann haben wir dich krank gesehen und haben dir nicht geholfen?“ (Mt 25,44). Wenn jährlich in Deutschland gut 18 Mio. „Fälle“ in Krankenhäusern behandelt werden, ohne dabei die Haus- oder Facharztbehandlungen, sog. „alternative“ Behandlungen, ambulante Psychotherapien usw. zu erfassen, wird deutlich, wie sehr man hierzulande die Augen verschließen muss, um die Realitäten des Leidens zu verdrängen – und wie sehr die Kirche bzw. das Volk Gottes selbst von Menschen

voll sein müsste, die sich als Brüder und Schwestern in Gesundheit und Krankheit wahrnehmen und gegenseitig umsorgen.

Beim kranken Mitmenschen zu sein, ihm beizustehen und für ihn zu sorgen, auch ohne heilen zu können, wie Jesus es mitunter tat, war jedenfalls ein durchgängiges Verhalten der Christen nach dem Vorbild ihres Herrn, das die antike römische und mittelalterliche europäische Kultur veränderte und prägte. Diese Diakonie war ein humanisierender Dienst für die Kranken und für die ganze Gesellschaft und Kultur. Mit seinem Wort im Endgericht über die Sorge für die Kranken hat Jesus, so der bedeutende protestantische Kirchenhistoriker Adolf von Harnack schon Anfang des 20. Jhs, „die dienende Liebe an den Kranken in den Mittelpunkt der Religion gestellt und sie allen seinen Jüngern auf die Seele gelegt. Die alte Christenheit hat diese Verpflichtung im Herzen behalten und in der Tat verwirklicht. Die Kirche hat ein festes Institut der Kranken- und Armenpflege in frühester Zeit ausgebildet und viele Generationen hindurch in Wirksamkeit gehalten. Es ruhte auf der breiten Grundlage der Gemeinde; es empfing seine Weihe aus dem Gemeindegottesdienst“. Interessanterweise fügte Harnack schon damals an: „Was die therapeutischen Methoden anlangt, so war es wie heute; je weltflüchtiger und weltfeindlicher die Christen waren, um so skeptischer und erbitterter waren sie auch gegen die übliche Behandlungsweise“ – eine kritische Spitze gegen unhaltbare pastoraltherapeutische Heilungsversprechen.

Krankenpastoral kann heute jedenfalls ein bedeutender Teil der entscheidenden Rückkehr der Kirche in die Diakonie sein, wie Alfred Delp meinte. Sie kann mit dafür sorgen, dass Caritas und Pastoral eine untrennbare Einheit bilden, in der die ganze Wirklichkeit der Menschen gesehen wird, und eine besondere Vorliebe für die „Armen und Bedrängten aller Art“ verwirklichen, einschließlich der Kranken. Dabei möchte ich Pastoral bzw. Seelsorge für das Folgende so fundamental verstehen, wie einer der Begründer moderner Pastoraltheologie Ende des 18. Jhs. Johann Michael Sailer. Sie umfasste, nämlich zuerst als (Seel-) Sorge jedes Christenmenschen für sich selbst, als zweites als seine (Seel-) Sorge für den Nächsten und sein Heil und erst als drittes als die besondere amtliche (Seel-) Sorge um die Menschen und die Gemeinschaft der Gläubigen. In diesem leider noch immer keineswegs verbreiteten Grundverständnis von Seelsorge im Volk Gottes und darüber hinaus sehe ich u.a. die folgenden drei – nur ausgewählten – Aufgaben der Kirche mit ihrer Krankenpastoral heute in ihrer Rückkehr zur Diakonie: Armut und Krankheit; Alleinlebende im Krankheitsfall; Pflegebedürftige.

Armut und Krankheit

In die Linie der Sorge jedes einzelnen für sich und für die Nächsten stellt sich die Jahreskampagne des Deutschen Caritasverbandes 2012: „Armut macht krank. Wo es an Einkommen, Perspektiven und Bildung fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter.“

Unstrittig hat Deutschland ein sehr gutes Gesundheitssystem; unstrittig gibt es auch Anlass zu Kritik und Verbesserungen; die Kampagne des Deutschen Caritasverbandes will nicht nur auf die Gefahren einer Zwei- oder gar Drei-Klassen-Medizin hinweisen, in der sich Armutsbetroffene keine gute Gesundheitsversorgung leisten können. Auch das gibt es, regelmäßig besonders unter Wohnungslosen, Langzeitarbeitslosen und ihren Familien, Asylbewerbern und Asylbewerberinnen und Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität. Was viele Ärzte und Ärztinnen, therapeutische Pflegekräfte sowie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in diesem Bereich niederschwellig und unbürokratisch zusammen mit Caritas und anderen Initiativen leisten, verdient besondere Erwähnung. Sie ergänzen, was dem System fehlt; nicht ohne dies dem System kritisch zurückzumelden, um es durch ihr Tun zu stabilisieren, nicht in seinen Defiziten zu unterstützen.

Vor allem weist die Kampagne auf direkte und indirekte Wirkzusammenhänge hin, die von mehreren unabhängigen Studien der letzten Jahre belegt werden: Soziale Ungleichheit manifestiert sich besonders in Unterschieden wie materiellem Wohlstand, Bildung, beruflicher Stellung und sozialer Anerkennung. Diese Unterschiede bewirken miteinander Unterschiede in den körperlichen und psychischen Belastungen, in Erholungsmöglichkeiten und zwischenmenschlicher Unterstützung, in der gesundheitlichen Versorgung und besonders in unterschiedlichem Gesundheitsverhalten: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Mitwirkung bei der Krankheitsbehandlung, von der ihre Wirksamkeit mit abhängt (sog. Compliance). Diese Unterschiede wirken sich aus als Unterschiede in der Anfälligkeit für Erkrankungen (Morbidität) und in der Lebenserwartung (Mortalität) (vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). So kommt es, dass armutsgefährdete Männer in Deutschland elf Jahre weniger Lebenserwartung haben als Männer, die über mehr als 50% des Durchschnittseinkommens verfügen; bei Frauen sind dies immerhin acht Jahre. Menschen in relativer Armut ab 45 Jahren haben eine höhere Krankheitsrate. Das Schlaganfallrisiko in der niedrigsten Bildungsgruppe ist dreimal höher als in der höchsten. Erwerbslose sind doppelt so häufig krank wie

Erwerbstätige. Besonders aber schlagen sich Armutsgefährdung und ein niedriger sozialer Status bei Kindern und Jugendlichen aufgrund solcher Zusammenhänge in einer durchschnittlich schlechteren Gesundheit nieder: Übergewicht, Depressivität, psychische Belastungen und gesundheitliche Auffälligkeiten. In diesem Licht gilt auch: Wer arm ist, ist nicht nur häufiger, sondern auch anders krank.

Unterschiedliche niederschwellige Initiativen von Caritas, Kirchengemeinden, Schulen und Bildungswerken können in diesen Zusammenhängen Stellschrauben effektiv zum Positiven drehen: durch Haushaltsorganisationstraining, Kochkurse, Ernährungs- und Bewegungstraining, gesundheitliche Aufklärung. Sie erhöhen die Bildung und Selbstkompetenzen der Teilnehmenden, stärken ihre Ressourcen und Widerstandskräfte und schaffen zugleich soziale Verbindungen und ein neues Miteinander; sie erhöhen die Möglichkeiten gegenseitiger sozialer Unterstützung vorher (scham-) isolierter Menschen. Solche Initiativen dienen der Prävention, ohne dass die durch sie erzielten Kosteneinsparungen beziffert werden können. Ebenso mag es ungewohnt sein, solche Initiativen als Aspekte von Krankenpastoral zu betrachten. Unabhängig davon wissen oder ahnen die Teilnehmenden, wie es ihnen genützt und sie und ihre Familien vorangebracht hat. Das zu erfahren kann die wichtigste Befriedigung für die Durchführenden sein; die Teilnehmenden hingegen sind in ihrer Fähigkeit zur Selbst(seel)sorge gestärkt.

Alleinlebende im Krankheitsfall

Ein weiterer noch ungewohnter Aspekt diakonischer Krankenpastoral verbindet sich als Herausforderung mit der Tendenz zur ambulanten Durchführung von Operationen. Sie stieg in Deutschland von 575.600 in 1059 Krankenhäusern im Jahr 2002 auf das mehr als Dreifache, nämlich 1.854.000 in 1264 Krankenhäusern 2010. Zusätzliche ambulante Operationen, die von dazu ermächtigten Ärzten und Ärztinnen durchgeführt wurden und deren Kosten das Anderthalbfache der ambulanten Krankenhaus-Operationen ausmachen, sind hierbei nicht mitgezählt. Im Jahr 2009 lag deren Fallzahl bei ca. 4,5 Mio., so dass die Zahl ambulant durchgeführter Operationen zusammengenommen bei über 6 Mio. pro Jahr liegt. Ambulantes Operieren, das durch den medizinischen Fortschritt in Operationstechnik und Anästhesie erleichtert wird, kostet weniger Geld und erspart den Patienten einen stationären Aufenthalt – vor wie nach der Operation – im Krankenhaus. Jedoch dürfen die Patienten und Patientinnen um ihrer eigenen Sicherheit willen meist einige Zeit nicht ohne jemand sein, der sie begleitet und sicher für sie da ist. Analog kann sich die Situation bei der Entlassung der übrigen jährlich 18 Mio. „Fälle“

Zugänge

darstellen, die nach einer durchschnittlichen Verweildauer von knapp acht Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Für viele Patienten und Patientinnen stellt dies kein Problem dar. Sie haben Familienangehörige oder enge Freunde, die sie oft wie selbstverständlich begleiten und unterstützen, und sind froh, dass ihnen der Krankenhausaufenthalt erspart bleibt oder zu Ende ist. Doch nimmt die Zahl der älteren und auch jüngeren Alleinlebenden zu, die niemanden so einfach „zur Verfügung“ haben, der/die sie mitten in der Werktagswoche begleiten und eine überschaubare Zeit durchgehend für sie da sein kann. Das Projekt „Patientenbegleitung“ der Kath. Hochschule in Freiburg hat diese Not erkannt und ist optimistisch, genügend viele Freiwillige für solche soziale Unterstützung zu finden. Die Kirchengemeinden mit ihren Freiwilligendiensten und Caritaskonferenzen hätten hier eigentlich ein ganz natürliches Feld der Krankenpastoral, der Seelsorge füreinander, welche auf zumutbare Weise das Gesetz Christi „Einer trage des anderen Last“ (Gal 6,2) erfüllt. Wohl braucht es Diskretion und emotional-charakterliche Passung, doch warum sollte es nicht möglich sein, einer Koordinationsstelle in der Kirchengemeinde, vernetzt z.B. mit der Sozialstation, eigenen Bedarf anzumelden bzw. durch sie dann Freiwillige für die Begleitung vor, zur und nach der ambulanten OP oder Entlassung zu gewinnen und einzuteilen? Wo nötig, könnte dies „amtlich“ von einem ständigen Diakon koordiniert werden und zur „Kultur“ des unaufdringlichen Interesses füreinander unter den Gläubigen werden.

Pflegebedürftige Menschen

Auch pflegebedürftige Menschen – besonders im Alter – sind in den ganzheitlichen Blick diakonischer Krankenpastoral zu nehmen – egal, ob die Kategorien der „Kategoriealseelsorge“ dadurch durcheinander kommen. Wer auf Pflege durch andere angewiesen ist, fühlt sich und ist in seiner Selbstsorge und Autonomie schwer eingeschränkt. Während akut Kranke seelisch eventuell eine kurze Krankheitskrise erleben, konfrontiert Pflegebedürftigkeit seelisch unausweichlich, weil chronisch, mit der eigenen Hinfälligkeit. Das bedeutet für die meisten Menschen eine erhebliche psychische Belastung; es ist nicht leicht zu ertragen oder gar anzunehmen, dauerhaft in grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens auf andere angewiesen zu sein und sich pflegen zu lassen.

Dies betrifft in Deutschland derzeit täglich über zwei Mio. Menschen, im demographischen Wandel mit deutlich steigender Tendenz. Über zwei Drittel dieser Pflege über alle Pflegestufen hinweg findet zu Hause statt, davon ein Drittel mit Unterstützung von Pflegediensten, rund eine Mio.

wird allein durch nahe Angehörige gepflegt – ein täglicher, meist stiller, jedoch lastentragender und damit auch belastender Dienst am Nächsten in rund 1,4 Mio. Privatwohnungen. Ohne dies pauschal „kirchlich“ vereinbaren zu wollen, geschieht darin doch häufig eine elementare Sorge für den Nächsten, welche ihrerseits der Unterstützung und Entlastung bedarf. Austauschrunden für pflegende Angehörige, das gemeinsame Gebet für sie und die Gepflegten, Nachbarschaftshilfe für entlastende Präsenz oder Besorgungsgänge bringen oder brächten diese Realität auch stärker in das Bewusstsein der Kirchengemeinden vor Ort und machten die Liturgien noch wesentlicher.

Bei dieser Gelegenheit ist die „vernetzte Unterstützung“ professioneller Dienste als vorbildliches Modell zu begrüßen, wie sie z.B. im Zusammenspiel des Caritasverbandes Freiburg Stadt und der katholischen Sozialstation Freiburg im Breisgau realisiert wird. Sie vernetzt die Sozialstation (für die Pflege), die Beratungsstelle für Senioren mit Blick auf Antragstellungen und Durchsetzung von Ansprüchen, die Caritas Nachbarschaftshilfe für hauswirtschaftliche und betreuerische Dienste, den Hausnotrufdienst und die Seniorenwohnanlagen, die Pflegeheime und Begegnungsorten des Caritasverbandes. Doch auch hier ist weiterführend danach zu fragen, wie sich die Kirchengemeinden stärker mit ihnen vernetzen können, statt ihre Krankenpastoral ganz in diese professionellen Dienste auszulagern und auf die Hauptamtlichen in der Pastoral zu reduzieren. Das Handbuch der CKD Caritaskonferenzen 2012, die übrigens wirkliches Ehrenamt pflegen und nicht Zuverdienst durch Aufwandspauschalen in Aussicht stellen, enthält eine Reihe von Anregungen zu solcher Vernetzung von Kirchengemeinden und professionellen Diensten über die Freiwilligen.

Die „ehrenamtlichen Caritasengagierten sind nahe bei den Menschen“ – und nahe beim Herrn. Häufig erfahren sie sich nicht nur als Gebende, sondern auch als Beschenkte durch die, für die sie da sind und in denen sie auf unerwartete Weise etwas vom Geheimnis Gottes erfahren dürfen.

Ausblick dank Verheißung

Damit ist in diesem Beitrag nur wenig über die amtliche Krankenpastoral gesagt und über den großen Segen, den ihr Dienst für die Kranken bedeutet, in Dasein und Gespräch, in Gebet und Feier der Sakramente, in Weckung, Fortbildung und Vernetzung freiwilliger Dienste wie z.B. von Besuchsdiensten und „grünen Damen“. Die amtliche Krankenpastoral hat weiterhin ihre besonderen unersetzlichen Aufgaben, Kompetenzen und Berechtigung. Ebenso handeln diese Überlegungen nicht von dem wun-

Zugänge

derbaren Wirken der Hospizdienste und Palliativmedizin und nicht von der spirituellen Achtsamkeit, um welche sich das professionelle Krankenhauspersonal nicht zuletzt in konfessionellen Krankenhäusern bemüht.

An diese alle darf jedoch ebenso wenig, wie ähnlich an die verbandliche Caritas, die Sorge für die Nächsten aus dem Alltagsleben der Christengemeinden hinausdelegiert und als Expertensache deklariert werden. Das wäre eher der weitere Ausstieg der konventionellen Pastoral aus der Diakonie als die Rückkehr in die Diakonie, die Alfred Delp beschwor. Es wäre eine weitere Verweigerung der Hingabe der Kirche und ihrer Kirchengemeinden. Doch ohne Hingabe verfehlt sie ihre Sendung im Dienst der Liebe Gottes und bleibt notwendig unfruchtbar für das Reich Gottes. Darauf zielen diese Überlegungen zur Rückkehr der Kirche in die Diakonie durch ihre (Seel-) Sorge für die Kranken. Der Herr lässt seine Gegenwart nach dem Zeugnis des Evangeliums und aus der Erfahrung unzähliger Christen durch die Jahrtausende besonders überzeugend im Dienst am Nächsten erfahren; die in seiner Gegenwart sich zeigende und beglückende Gemeinschaft eliminiert den Mehltau der Selbstbefangenheit konventionellen Gemeindelebens und öffnet die Herzen für neue Erfahrungen Gottes und für seine „so sehr“ geliebten Ebenbilder, um miteinander die Lasten des Lebens zu tragen. Solche Kirche hat für die Zukunft „glänzende Aussichten“.



Klaus Baumann