

# **Orientierung zur Seelsorge in Palliative Care**



## Vorbemerkung zu Genese und Intention des Papiers

„Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi“ (GS 1). Mit diesen berühmten Worten beginnt die Pastoralkonstitution „Die Kirche in der Welt von heute“ – *Gaudium et Spes*. Dem damit verbundenen Auftrag, in den Lebenswirklichkeiten der Menschen präsent zu sein, hat die Kirche vor allem auch in Grenzsituationen wie schwerer Krankheit, die mit großen körperlichen wie seelischen Schmerzen einhergeht, und in Sterbeprozessen nachzukommen. In unserer ausdifferenzierten Gesellschaft mit ihrem Gesundheitssystem bedeutet dies auch eine Präsenz, die sich reflektiert im Feld der sogenannten Palliativversorgung verorten muss. Dies geschieht schon seit Längerem im stationären Bereich, zunehmend aber auch im Kontext entstehender ambulanter Versorgungseinrichtungen. Dadurch ist die Seelsorge u. a. auch herausgefordert, ihre (hauptamtlich wie ehrenamtlich getragenen) Strukturen neu „durchzubuchstabieren“, Bewährtes weiterzuentwickeln, Überholtes in Frage zu stellen und innovatives Potential zu entfalten.

Die damit verbundenen Prozesse sind zum Teil hochgradig komplex und fordern alle Beteiligten heraus, sich auf der Basis des Selbstverständnisses kirchlich verantworteter Seelsorge nüchtern mit ihrer je eigenen Sachkompetenz sowie im Zusammenspiel mit den Akteuren im Gesundheitswesen um der betroffenen Menschen willen darum zu mühen, tragfähige Antworten auf die anstehenden Fragen zu finden.

Eine Arbeitsgruppe hat sich auf Einladung der Leiterin des Seelsorgeamtes des Bistums Osnabrück Dr. Daniela Engelhard mit verschiedenen Aspekten des Themas befasst. Beteiligt waren die zuständigen Fachbereichsleitungen Dr. Julie Kirchberg (Übergemeindliche Pastoral), PD Dr. Stephan Winter (Gemeindepastoral) sowie die Diözesanbeauftragte für Trauer- und Hospizpastoral Pastoralreferentin Anja Egbers und als Sprecher der AG Krankenhausseelsorge im Bistum Osnabrück der Leiter des Krankenhauspfarramtes Bremen Pastoralreferent Bernhard Memering. Moderiert wurden die Zusammenkünfte der Arbeitsgruppe durch den Koordinator der Gemeindeberatung im Bistum Osnabrück, Dieter Kamp.

Das nun vorliegende Orientierungspapier will für die anstehenden Überlegungen hinsichtlich der gemeindlichen Seelsorge für Schwerstkranke und der entsprechenden Seelsorge auf Palliativstationen der Krankenhäuser bzw. deren Zusammenspiel – nicht zuletzt auch im Blick auf zukunftsfähige Strategien für die Einsatzplanung bei hauptamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern – wichtige Impulse setzen. Das Papier sensibilisiert für die Komplexität der einschlägigen Fragestellungen und Probleme und versucht zentrale Begriffe einzuführen bzw. zu klären. Die Leitung des Seelsorgeamtes und die o.g. Fachgruppe empfehlen mit Nachdruck, dieses Papier in den betroffenen Abteilungen des Generalvikariats, in den Gremien auf verschiedenen Ebenen sowie in den entsprechenden Fachgruppen bekannt zu machen, um dadurch einen geeigneten Rahmen für die weiteren Gespräche zur Verfügung zu stellen.

Die Arbeitsgruppe ist sich bewusst, dass der inhaltliche Anspruch des Papiers angesichts des Umfangs der Thematik und der Dynamik aktueller Entwicklungen im Feld der Palliativversor-

gung in Deutschland nur kontextuell sein kann. Zentrale Aspekte sind zumindest jedoch benannt. Der damit durch die bisherigen Diskussionen in der Arbeitsgruppe erreichte Standard sollte keinesfalls wieder unterschritten werden. Nur so wird kirchliche Seelsorge auf Dauer ihrem Auftrag im Feld der Palliativversorgung gerecht werden können: sich in kompetenter Weise den Schwerstkranken „im Geiste des Evangeliums und als Begleitung in der ‚Wüste der Krankheit‘“ zuzuwenden (Die deutschen Bischöfe, Hirtenschreiben „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ von 1998, S. 11).

## 1 Einleitung

In den vergangenen Jahren hat sich die hospizlich-palliative Versorgung sterbender Menschen und ihrer An-/Zugehörigen mehr und mehr mit neuen Einrichtungen und Versorgungsformen im Gesundheitswesen etabliert.

Ein dichtes Netz aus ambulanten Hospizgruppen, stationären Hospizen und Palliativstationen ist entstanden. Als jüngstes Angebot formieren sich die Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die Sterbende mit einer besonders komplexen Symptomatik zuhause in ihrer vertrauten Umgebung begleiten.

Allen gemeinsam sind sie dem maßgeblich von Cicely Saunders entwickelten Palliative Care-Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz geht davon aus, dass Schmerz eine Vielzahl von Dimensionen aufweist („Total Pain“) und daher eine *ganzheitliche* Betreuung sterbender Menschen und ihrer An- bzw. Zugehörigen geboten ist. Körperliche, psychosoziale und spirituelle Aspekte sind dabei zu berücksichtigen. Die Begleitung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten/innen, Pflegekräften, Sozialarbeiter/innen, Physiotherapeuten/innen und weiteren Personen.

In dieser Linie steht auch die Definition der WHO von 2002:

„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.“ (Übersetzung: DGP)

Für die Berücksichtigung der spirituellen Bedürfnisse der Patienten/innen und ihrer An- bzw. Zugehörigen hat sich international der Begriff „Spiritual Care“ herausgebildet. In Deutschland gibt es zwar erste wissenschaftliche Überlegungen zur theoretischen Fundierung von Spiritual Care am Spiritual Care-Lehrstuhl des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin der Universität München. Praktische Erfahrungen mit dem Konzept und seiner konkreten Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen gibt es hingegen bisher kaum. Anders als in den USA, Großbritannien oder in den Niederlanden sind z. B. in den Krankenhäusern und Pflegeheimen keine Departements für „Spiritual Care“ eingerichtet.

Im angloamerikanischen Raum, wo Spiritual Care sich zunächst in der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt hat, sich aber auf das gesamte Gesundheitssystem ausgeweitet hat,

sind Seelsorger/innen bereits seit Längerem in die Palliativteams integriert – allerdings vor anderen gesellschaftlichen und religiösen Hintergründen und in anders organisierten Gesundheitssystemen. Für Deutschland stellt sich verstärkt die Frage, wie Seelsorger/innen in den sich allmählich etablierenden hospizlich-palliativen Versorgungsformen mitarbeiten können/sollen.

Ebenso wird zur Frage, was die beginnende Konzeptentwicklung zu Spiritual Care auch in Deutschland für die Arbeit kirchlicher Seelsorger/innen bedeutet.

Das vorliegende Arbeitspapier geht diesen Fragen nach und möchte zu den Kontexten und Hintergründen eine Orientierung bieten.

Aus diesem Grund ist es notwendig, zunächst die zentralen Begriffe „Spiritual Care“ und „Seelsorge“ präzise zu beschreiben und ihr Verhältnis zueinander zu bestimmen.

## **2 Inhaltliche Grundlegungen**

### *2.1 Was ist Spiritual Care?*

#### *Begriffsklärung und -herkunft*

„Spiritual Care“ ist ein Begriff, der sich in jüngerer Zeit im Gesundheitswesen entwickelt hat und weiter in Entwicklung begriffen ist. Er beschreibt die gemeinsame Verantwortung aller Gesundheitsberufe für die spirituelle Dimension (Frick 2012). Die ausdrückliche Aufnahme der spirituellen Dimension in den Aufgabenkatalog der Palliativmedizin, wie sie in der o.g. Definition der WHO zum Ausdruck kommt, ist relativ neu. Sie hat zur Folge, dass für Gesundheitsberufe und Seelsorge ein gemeinsames Tätigkeitsfeld entsteht, dessen inhaltliche Bestimmung offen bleibt.

Als Interdiskurs, der sich aus medizinischen, psychotherapeutischen, religiösen und pädagogischen Fachdisziplinen speist, bringt Spiritual Care eine konstitutive Unschärfe mit: Wie wissenschaftlicher Hintergrund, inhaltlicher Referenzrahmen, Zielsetzung, strukturelle Verortung und methodisches Instrumentarium multiperspektivisch beschrieben und erarbeitet werden können, ist eine offene Frage. (vgl. Frick, Eckhard: Spiritual Care - ein neues Fachgebiet der Medizin. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009). S. 145–155, S. 150.

Der vom Spiritual Care - Konzept vorgesehene neue Umgang mit spirituellen Bedürfnissen von Patient/innen wird laut Frick zur öffentlichen Aufgabe, die interprofessionell und interdisziplinär z.B. im öffentlichen Krankenhaus wahrgenommen wird und eben nicht an eine bestimmte Religionsgemeinschaft delegiert werden kann.

Damit wird deutlich, dass Spiritual Care durch seine Herkunft aus dem Gesundheitswesen eine Differenz zum Spiritualitätsverständnis einer christlichen Theologie aufweist.

Was ist also gemeint, wenn in diesem Kontext von Spiritualität die Rede ist?

#### *Spiritualität*

Eine allgemein anerkannte und verbindliche Definition von Spiritualität gibt es derzeit nicht. Viele unterschiedliche Definitionen stehen im wissenschaftlichen Diskurs nebeneinander. Man wird aber als Grundkonsens festhalten können: Spiritual Care versteht die spirituelle Dimension als eine anthropologische Grundkonstante. Sie bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, sich mit religiösen, spirituellen und existentiellen Fragen suchend zu beschäftigen (vgl. Frick/Roser 2012). Dabei kann die spirituelle Dimension für konkrete Menschen mehr oder weniger existentiell bedeutsam werden und weltanschaulich unterschiedlich geprägt sein. Spiritualität vermag z. B. in vielfältigen Variationen ebenso mit atheistischen, agnostischen etc. wie mit religiösen Sinnentwürfen einherzugehen, kann klar in der Tradition einer bestimmten Religion eingebunden oder eher Teil einer individuell gefundenen, bestimmten und gelebten Weltanschauung sein.

Außerdem gilt: Spiritualität und spirituelle Bedürfnisse können bei Patienten/innen eher implizit vorhanden sein oder auch explizit Ausdruck finden. Der Unterscheidung von „Alltagsspiritualität“ und „Glaubensspiritualität“ (Weiher 2011) kommt hier eine besondere Bedeutung zu:

„Alltagsspiritualität meint die Art, wie Menschen den Dingen und Ereignissen des Lebens über sich hinaus Bedeutung geben, den ‚Geist‘ ihrer Beziehungsgeschichte mit der Wirklichkeit. Dort, in der alltäglichen Lebensgestaltung (z. B. dass er seinen Garten liebt), wird mittelbar etwas von dem erfahren, was für sie das Heilige ist, was sie zutiefst bewegt und inspiriert.

Zur Glaubensspiritualität wird diese indirekte Spiritualität, wenn Menschen sich über diese implizite Bedeutungsebene hinaus ausdrücklich mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung wissen. Wenn sie diese Verbundenheit mit dem absoluten, gar dem heiligen Geheimnis aller Wirklichkeit, dem umfassenden, göttlichen Sinngebungsgrund zuschreiben, dann ist das eine Spiritualität mit großer Transzendenz.“

(Weiher, 2011, S. 110)

Dieses Verständnis von Spiritualität hat Auswirkungen auf die Arbeitsweise in Spiritual Care.

### *Spirituelle Begleitung*

Mit „Schmerzen und andere[n] Probleme[n] [...] spiritueller Art“ (vgl. Definition der WHO) sind im Konzept von Palliative Care Fragen nach Schuld und Sinn, nach persönlicher Betroffenheit und Lebensgeschichte, nach dem Warum, Wozu und Wohin des menschlichen Daseins überhaupt gemeint. Es bedarf eines eigens ausgewiesenen und geschützten Raumes sowie eines kompetenten Gegenübers – einer Person –, um diese Fragen offen formulieren und bearbeiten zu können. Insofern ist Spiritual Care ein relationales Geschehen:

„Spiritual Care ist keine planbare Technik, sondern wächst aus Beziehungen. Spirituelle Begegnung braucht wechselseitiges Vertrauen, eine Nähe, in der Verstehen und Gleichklang ein achtsames Sein-Lassen, Halt gebende Erfahrungen und Sinnzusammenhänge öffnen können.“ (Heller und Heller, 2014)

Im Konzept von Spiritual Care gibt es daher keine inhaltlichen Eingrenzungen – weder auf Seiten der Patienten noch auf Seiten der Begleitenden. Frick (2012) spricht von einer „Symphonie verschiedener Spiritualitäten“, wobei die persönliche Spiritualität auf beiden Seiten mehr oder weniger spezifisch sein kann.

Keine Berufsgruppe hat ein Monopol darauf, die spirituelle Dimension eines Patienten wahrzunehmen. Jeder Mensch ist aufgrund der ihm eigenen Spiritualität prinzipiell fähig, anderen Menschen spirituell zu begegnen und sie zu begleiten. Dies kann implizit in jedem alltäglichen Kontakt geschehen oder explizit Thema in Begegnungen werden. Dafür bedarf es Personen, die sich in diesem Bereich vertieft auskennen (und ausgebildet sind) und nicht nur auf ihre eigene Erfahrung, sondern auch auf tradierte Kenntnisse und Erfahrungen der Religionen zurückgreifen können. (vgl. auch im Folgenden: [http://www.klinikseelsorge-lmu.de/index.php?Itemid=250&id=90&option=com\\_content&task=view](http://www.klinikseelsorge-lmu.de/index.php?Itemid=250&id=90&option=com_content&task=view), Zugriff am 20.03.2014)

Eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Begleitung gelingt, ist einerseits die Fähigkeit, den Anderen in seiner je eigenen (auch spirituellen) Wirklichkeit wahrzunehmen, andererseits aber auch, den eigenen persönlichen spirituellen Hintergrund bewusst reflektiert zu haben, um der Gefahr einer Vermischung eigener Anliegen/Einstellungen mit denen von Patienten vorzubeugen.

Spirituelle Begleitung geschieht vor allem im Gespräch und im Ritual. Speziell Formen ritueller Begleitung von Menschen (Gebet, Segnung, Verabschiedung, Gedenkfeiern u.a.) erfordern neben einer hohen Sensibilität für die aktuelle Situation der betroffenen Menschen vor allem Kompetenz in ritueller Gestaltung und Rollensicherheit.

Die spirituelle Dimension spielt nicht nur bei Patient/innen (und An- bzw. Zugehörigen) eine wichtige Rolle, sondern auch im Team der professionell Tätigen. Räume und Zeiten für Besinnung und Ruhe sind ebenso 'not-wendig' wie die Gestaltung von Ritualen, um der hohen emotionalen Belastung in der ständigen Konfrontation mit Sterben und Tod standhalten zu können.

Bislang ist deutlich geworden: Spiritual Care in diesem Sinne impliziert zunächst keine weltanschaulichen Festlegungen – im Gegensatz zu Seelsorge im kirchlichen Verständnis:

## 2.2 Was ist Seelsorge?

„Seelsorge“ ist ein in kirchlicher Tradition geprägter Begriff, der die christlich motivierte Sorge um den Menschen bezeichnet. „Hospiz- und Palliativseelsorge“ bezeichnet entsprechend das seelsorgliche Handeln im Auftrag der Kirchen in der hospizlich-palliativen Versorgung schwerkranker Menschen. Im deutschen Kontext wird „Seelsorge“ – zumindest derzeit noch – durchaus sachgemäß mit „Kirche“ assoziiert.

Die deutschen Bischöfe beschreiben in ihrem Hirtenschreiben „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ von 1998 „Seelsorge als Zuwendung zu den Kranken im Geiste des Evangeliums

und als Begleitung in der ‚Wüste der Krankheit‘“. Seelsorge bedeutet dabei „das Aushalten der Dunkelheiten und der scheinbaren Abwesenheit Gottes, sie bedeutet aber auch die Zusage von Heil und Leben im Namen des ‚Gottes mit uns und für uns‘.“ (beide Zitate aus: Die deutschen Bischöfe, Die Sorge der Kirche um die Kranken, Bonn 1998, S. 11)

Doris Nauer sieht Seelsorge in der heutigen Zeit als ein äußerst komplexes, multidimensionales Geschehen an, das von Seelsorger/innen in hohem Maße die Entwicklung reflexiver und kreativer Fähigkeiten fordert (vgl. Nauer, 2010, S. 286-288).

Für Seelsorger/innen ist es Ausweis ihrer Professionalität, ein gleichermaßen traditionsverwurzeltes wie an den Zeichen der Zeit orientiertes Seelsorgekonzept zu erarbeiten (vgl. Nauer 2010, S. 14-16; 290). Einem solchen Konzept liegt das Gottes- und Menschenbild der jüdisch-christlichen Tradition zugrunde, die mit „Seele“ eine ganzheitliche Vorstellung des Menschen inklusive der Leiblichkeit meint.

Daraus leitet Nauer folgenden Basisauftrag für die seelsorgliche Praxis ab:

„Sich professionell sorgen um die ganze komplexe Seele Mensch.

Sorge dafür tragen, dass 'Leben in Fülle' (Johannes 10,10) erfahrbar wird.

Sowohl in Alltags-, als auch in Glücks- und Krisenzeiten.

Abhängig von der individuellen oder kollektiven Lebenssituation und Bedürfnislage.

In und trotz Fragmentarität, Krankheit, Gebrochenheit, Not, Einsamkeit, Armut, Sterblichkeit.“ (Nauer, 2010, S. 281)

In drei ineinander verwobenen Dimensionen lässt sich dieser Grundauftrag realisieren:

„Will man die sich aus dem jüdisch verwurzelten christlichen Gottes- und Menschenbild ableitenden inhaltlichen Dimensionen und Zielsetzungen von Seelsorge wiedergeben, dann kann man sie trotz ihrer gegenseitigen Verschränktheit hintereinander aufzählen. Man kann z. B. sagen, dass Seelsorge sowohl eine mystagogisch-spirituelle, als auch pastoralpsychologisch-ethische und diakonisch-prophetische Dimension umfasst, weshalb sie auf spirituelle Atem- und Glaubenshilfe, auf somato-psychische Krisen-, Konflikt- und ethische Orientierungshilfe, auf soziale Vernetzungshilfe sowie auf materielle Befreiungs- und (Über) Lebenshilfe abzielt.“ (Nauer, 2010, S. 235)

Erhard Weihers Überlegungen gehen in eine ähnliche Richtung: Für ihn liegt christlicher Seelsorge ein Grundmuster zugrunde, das die Aspekte „Begleiten“ (Diakonia), „Symbolisieren/Deuten“ (Martyria) und „Begehen“ (Liturgia) miteinander verbindet. Alle drei Aspekte sind wesentlich bezogen auf die Wirklichkeit Gottes und geschehen in ihrem Horizont (vgl. Weier, 2. Aufl. 2004, S. 71-73.)

Mit Andreas und Birgit Heller lassen sich diese Gedanken vertiefen: „Seelsorge wird immer als Beziehungsseelsorge und -geschehen gesehen; im Selbstbezug der seelsorgenden Person, in der Beziehung zum tragenden Grund und zum Horizont des eigenen christlichen Lebensvollzugs, also in der betenden und meditierenden Kommunikation mit Gott, um mit den lei-

denden Menschen, in denen die Präsenz Gottes erkannt werden kann, in Beziehung zu treten. Begleitung meint immer eine offene Haltung der Begegnung, meint die Bereitschaft und Fähigkeit, sich auf die Geschichte fremder Menschen einzulassen, Momente davon absichtslos wahrzunehmen und sie im Sinne eines möglichen explizit religiös-kirchlichen Handelns zu deuten, zu segnen, sakramental zu verdichten.“ (Birgit Heller/Andreas Heller, 2014, S. 82)

Im Konzept christlicher Seelsorge ist also die eigene religiös-konfessionelle Prägung und Einbindung transparenter Teil der persönlichen Identität des Seelsorgers/der Seelsorgerin. Zu einer professionell gestalteten christlichen Seelsorge gehören u. a. die Reflexion der eigenen Position sowie eine selbst gelebte und reflektierte Spiritualität und die Kenntnis der Quellen, aus denen sich christliche Spiritualität(en) speisen. Gleichzeitig jedoch zeichnet sich die Seelsorge in der Begegnung mit Menschen durch eine grundsätzliche Offenheit für deren Fragen und Bedürfnisse aus – unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer Religion. Seelsorgende haben sich deshalb auch mit Grundzügen verschiedener religiöser bzw. weltanschaulicher Positionen vertraut zu machen.

Wozu Menschen die Begegnung mit Seelsorger/innen nutzen, liegt allein bei ihnen. Seelsorger/innen bestimmen von sich aus weder Ziel noch Zweck der Begleitung: „Die Seelsorge wird im Kern aus der Haltung der Absichtslosigkeit betrieben. Die Offenheit und Bereitschaft für mögliche Begegnung, für eine Beziehung, in der Menschen sich selbst zur Sprache bringen, bilden die Grundhaltung. Sie kann nichts erzwingen und kann weder ihre Effizienz steigern, noch die Intensität der Begegnung auf einer auch nur irgendwie gedachten Skala vermessen. Was sich ereignet ist im Grunde ein Geschenk in der Haltung der ‚Umsonstigkeit‘ [...].“ (Birgit Heller/Andreas Heller, 2014, S. 82)

### 2.3 *In welchem Verhältnis stehen Spiritual Care und Seelsorge zueinander?*

#### 2.3.1 Gemeinsamkeiten

Aus den bisherigen Ausführungen folgt, dass Spiritual Care und Seelsorge nicht identisch sind. Sie haben aber ein gemeinsames Anliegen: Sie nehmen die spirituelle Dimension des Menschen (in den Rollen als Patienten, Zu-/Angehörige, professionell Tätige ...) in den Blick.

Gemeinsam ist auch das Anliegen, Spiritualität nicht zu instrumentalisieren, um gesundheitsbezogene Ziele zu erreichen.

Gemeinsam ist weiterhin die herausgehobene Bedeutung der Authentizität für das Gelingen der spirituellen Kommunikation (Nassehi, 2009). Spiritual Care wie Seelsorge haben dementsprechend die Freiheit jedes Subjektes zu achten und deren Ausdrucksfähigkeit zu fördern. Sie gehen beide von der Autonomie des Subjektes aus.

#### 2.3.2 Unterschiede

Spiritual Care unterscheidet sich von Seelsorge grundsätzlich darin, dass ihr Auftrag im Gesundheitswesen selbst verankert ist. Der Begriff „Spiritual Care“ ist insofern weiter als der Begriff „Seelsorge“, als er potentiell das Handeln aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen



impliziert und sich damit auf Seiten der professionell Tätigen ein weltanschaulich plurales Spektrum an Spiritualitäten ergibt. Denn im Gegensatz zu „Seelsorge“ ist mit dem Begriff „Spiritual Care“ in Deutschland nicht die Bezeichnung für eine definierte Berufsgruppe verbunden.

Aus kirchlicher Perspektive ist festzuhalten, dass Seelsorge immer auch Sorge um die Spiritualität der Menschen (insofern auch Spiritual Care) ist, aber nicht darauf reduziert werden kann und insofern qualitativ immer ein „Mehr“ zu bieten hat. Das zentrale inhaltliche Kriterium liegt darin, dass Seelsorge – bei aller Bandbreite in ihren konkreten Aktionsformen – als Zeugnis gelebter Hoffnung geschieht, einer Hoffnung, die in der biblischen Botschaft gründet. Seelsorge hat deshalb neben der spirituellen Dimension ebenso die diakonisch-caritative und die prophetisch-kritische Dimension zu vertreten (vgl. oben).

Hierin zeigt sich die (strukturelle) Besonderheit kirchlicher Seelsorge im palliativen Kontext, die einerseits in enger Vernetzung mit dem Gesundheitssystem geschieht, andererseits um die Eigenständigkeit ihres Auftrages weiß. Sie nimmt das Heil-Sein im umfassenden Sinn in den Blick, das sich unabhängig von medizinischen Diagnosen ereignet, und hält damit ein Bewusstsein für die Begrenztheit und Leidempfindlichkeit des menschlichen Lebens sowie eine Kultur des Unverfügbaren lebendig. Zugleich orientiert sie sich in ihrem Handeln an der Verheißung eines „Lebens in Fülle“ (Joh. 10,10).

#### *2.4 Zwischenfazit*

Am Beispiel „Seelsorge in Palliative Care“ zeigt sich eine grundlegende Herausforderung, vor der wir in ähnlicher Weise auch in anderen kirchlichen Handlungsfeldern stehen:

Es ist wichtig, dass wir als Kirche bzw. kirchliche Seelsorge in gesellschaftlichen Entwicklungen präsent bleiben und diese aktiv mitgestalten. Dabei begeben wir uns auch in andere, nichtkirchliche Systemlogiken, ohne unsere Identität und unseren kirchlichen Auftrag aufgeben zu dürfen. Je nach Situation und Kontext ist deshalb die Unterscheidung notwendig und die Balance zu halten: Wie weit können wir von außen an uns herangetragenen Erwartungen entgegen kommen. Wie können wir z.B. einerseits verlässlich, kooperativ und sprachfähig in ein Team eingebunden sein, und andererseits das Proprium kirchlicher Seelsorge schützen durch die Einhaltung der seelsorglichen Schweigepflicht?

Diese ständig notwendige Unterscheidung setzt Seelsorger und Seelsorgerinnen voraus, die in der Lage sind, die damit verbundenen Spannungen auszuhalten, konstruktiv zu gestalten und – im Bild gesprochen – immer wieder „die Mitte der Waage“ zu suchen. Einfache, pauschale Lösungen gibt es hier nicht.

Umso bedeutender erscheint es, Seelsorge innerhalb des Kontextes der Palliative Care im weiter oben ausgeführten Sinn als konzeptionell verantwortete multidimensionale Seelsorge zu profilieren.

### **3. Strukturelle Aspekte der Seelsorge in Palliative Care**

Die Berücksichtigung der spirituellen Dimension gehört zum Auftrag von Palliative Care. Um diesen Auftrag zu erfüllen, findet in der Regel eine enge Zusammenarbeit mit der Seelsorge der Kirchen statt. Durch Studium und spezifische Weiterbildungen (z.B. in Pastoralpsychologie, Palliative Care ...) bringen kirchliche Seelsorgende Kompetenzen mit, die für die spirituelle Begleitung Schwerstkranker und Sterbender gefordert sind. Wenn diese Kompetenzen in einzelnen Einrichtungen durch die Einbindung der Seelsorgenden nachgefragt werden, stellt sich damit aber auch die Frage der strukturellen Vernetzung und Einbindung der Seelsorgenden in den interprofessionellen Teams, die diese Arbeit in Palliative Care tragen. Um sich diesem Themenfeld adäquat nähern zu können, ist eine Unterscheidung nach stationärer und ambulanter Palliativversorgung hilfreich.

### **3.1. Seelsorge auf Palliativstationen und in Palliativteams im Krankenhaus**

Im Gesundheitssystem hat sich in den vergangenen Jahrzehnten auf Grundlage der selbstverständlich weiterhin vom kirchlichen Auftrag her zu leistenden Krankenseelsorge eine spezifisch ausdifferenzierte und vielfach stark professionalisierte Krankenhausseelsorge herausgebildet. Diese betrachtet sich einerseits dem hoch spezialisierten System Krankenhaus zugehörig und engagiert sich gemeinsam mit den anderen im Krankenhaus tätigen Professionen für das Wohl der Patienten, andererseits weiß sie aber auch um die Eigenständigkeit ihres Auftrages. Die Seelsorgenden werden nicht durch die Einrichtungen angestellt und in der Regel - wenn überhaupt - nur in Teilen refinanziert, sondern verbleiben Mitarbeitende in ihren Kirchen. Aufgrund dieser strukturellen Vorgabe wirken sie immer sowohl systemstabilisierend als auch systemkritisch. Neue Herausforderungen für das Selbstverständnis der Seelsorge im Krankenhaus ergeben sich durch die Tätigkeit auf Palliativstationen. Oftmals wird hier der Wunsch an die Seelsorge herangetragen, im Palliativteam mitzuarbeiten – nicht nur, weil die Berücksichtigung spiritueller Aspekte zum Behandlungskonzept gehört, sondern vor allem auch aufgrund vieler guter und entlastender Erfahrungen durch die Arbeit der Krankenseelsorge sowohl für die PatientInnen und Angehörigen als auch für die Mitarbeitenden in der Pflege und im ärztlichen Dienst.

#### *Mitarbeit im Team als „Balanceakt“*

Die Mitarbeit im interprofessionellen Team der Palliativstation kann nur gelingen, wenn die Balance zwischen der Zugehörigkeit der Seelsorge zum Team einerseits und das bewusste Wahrnehmen der Rollendifferenz andererseits auch von allen anderen Teammitgliedern gewahrt und als Chance begriffen wird.

Die Zugehörigkeit zum Team zeigt sich nach außen in veröffentlichten Stationskonzepten (Aushänge, Patientenbroschüre, Internetauftritte), nach innen in der Teilnahme der Seelsorge an interprofessionellen Teambesprechungen, teambezogener Supervision und informellen Teamaktivitäten. Spirituelle Aspekte im Hinblick auf die Patienten wie auf die Teamorganisation erhalten durch die Präsenz der Seelsorge einen strukturell abgesicherten Platz. Seelsorge repräsentiert hierbei die spirituelle Dimension exemplarisch, aber nicht exklusiv. Die Rollendifferenz innerhalb des Teams zeigt sich darin, dass der Seelsorgende über eine

kirchliche Anstellung und Sendung verfügt, damit außerhalb der Krankenhaushierarchie steht. Dies sichert ihm/ihr z.B. eine größere zeitliche Flexibilität und Verfügbarkeit – im Rahmen des jeweiligen Stellenumfangs - , aber auch eine inhaltliche Unabhängigkeit. Die seelsorgliche Rolle auf der Palliativstation zum Wohl von Patienten und Team gut zu gestalten, verlangt aber auch von den Seelsorgenden, die eigene Identität und Rolle gegenüber den anderen Professionen im Team deutlich zu machen und deutlich zu halten. So verbinden sich einerseits „Teamfähigkeit“ und andererseits „Abgrenzungsfähigkeit“ zu einem spezifischen Erkennungsmerkmal der Seelsorge im System. Damit ermöglichen die Seelsorgenden, je nach Situation sowohl systemkritische Impulse als auch systemstabilisierende Faktoren. Das führt nicht selten zu Ambivalenzen. Seelsorgende haben in ihrer Rolle ausdrücklich einzufordern, dass diese Ambivalenzen auszuhalten und zu gestalten sind. Ein Beispiel dafür ist die Thematik und der Umgang mit der Schweigepflicht:

### *Fallbeispiel Schweigepflicht*

Über die gesetzlichen Vorgaben und seine kirchliche Sendung ist der Seelsorgende an seine eigene seelsorgliche Verschwiegenheitspflicht (Seelsorgegeheimnis) gebunden, die über die ärztliche Verschwiegenheit (Berufsgeheimnis) hinausgeht. Diese Verpflichtung und ihre Reichweite ändert sich auch nicht durch die Einbindung der Seelsorge in ein therapeutisches Team! Der Seelsorgende ist somit immer wieder herausgefordert zu entscheiden, was er aus einem Seelsorgegespräch in das Team einbringt bzw. verschweigt, weil es dem Seelsorgegeheimnis unterliegt. (Das Beichtgeheimnis mit seiner absoluten Verschwiegenheitspflicht bleibt unberührt, da es sich vom Seelsorgegespräch dadurch unterscheidet, dass nie und unter keinen Bedingungen etwas weitergeben werden darf von dem, was unter dem Siegel der Beichte gesagt wurde.)

Tatsache, Kreis der Beteiligten und Zeitdauer eines seelsorglichen Gespräches auf einer Palliativstation unterliegen nicht dem Seelsorgegeheimnis. Von der Schweigepflicht geschützt ist aber alles, was im seelsorglichen Gespräch bewusst oder jedenfalls für den Seelsorgenden erkennbar von der Patientin/dem Patienten „anvertraut“ wurde.

In der Frage der Dokumentation seelsorglicher Gespräche auf der Palliativstation tauchen immer wieder Unsicherheiten bei allen Beteiligten auf. Einerseits dient die Dokumentation der Transparenz der seelsorglichen Arbeit im Sinne einer guten Teamarbeit zum Wohl des Patienten, andererseits gilt es die Besonderheiten der seelsorglichen Schweigepflicht zu beachten.

In der Praxis hat sich auf den Palliativstationen eine *zeitliche* Dokumentation der seelsorglichen Gespräche bewährt. Damit werden sowohl die Erfordernisse der Teamarbeit und Transparenz als auch der Schweigepflicht berücksichtigt. Einer *inhaltlichen* Dokumentation (im Verlaufsbogen) sind allerdings enge Grenzen gesetzt. Möglich ist z.B. ein Vermerk zu Absprachen (z.B. Termin einer Krankensalbungsfest) oder die Weitergabe von Wünschen des Patienten, die auch das Team betreffen, wie die Bitte um Transport zum Gottesdienst oder um Benachrichtigung des Seelsorgers in besonderen Situationen. Auf jeden Fall muss sich die

Weitergabe an der (mutmaßlichen anzunehmenden) Zustimmung des Patienten orientieren und vom Seelsorgenden stets besonders kritisch abgewogen werden.

Mit der Dokumentation seelsorglicher Gespräche verbunden ist die Frage nach der Einbeziehung dieser Gespräche in das Abrechnungssystem der Krankenkassen. Für die Anrechenbarkeit von Leistungen in der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-982 und 8.98e) müssen neben der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit mindestens zwei weitere Therapiebereiche eingesetzt werden. In der Aufzählung dieser Therapiebereiche wird „Seelsorge“ nicht explizit benannt, wohl aber „Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche“, die von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden können.

Faktisch gibt derzeit keine einheitliche Regelung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK), ob dokumentierte Gesprächszeiten der Seelsorge als anrechenbare Leistung für die Kostenübernahme anerkannt werden. Die Arbeit der Seelsorge bleibt von einer Klärung dieser Frage in der Regel unberührt, sofern die besondere Rolle der Seelsorge durch alle Beteiligten bewusst akzeptiert wird. Für die weitere Entwicklung gerade im Blick auf mögliche Rollenkonflikte bedarf es der besonderen Sensibilität aller Beteiligten.

Gelingt der skizzierte „Balanceakt“ prinzipiell, wird die Seelsorge auf Palliativstationen die hohe Wertschätzung und Akzeptanz behalten, die sie derzeit genießt – auch und gerade in ihrer besonderen Rolle. Durch die verlässliche und sprachfähige Mitarbeit im multiprofessionellen Team einer Palliativstation kann Seelsorge missionarisch sein, indem sie in einem säkularen Umfeld ihre theologische, pastoralpsychologische und spirituelle Kompetenz zum Wohl der Menschen einbringt, die tagtäglich mit Sterben und Tod konfrontiert sind, sei es beruflich oder ganz persönlich.

### **3.2 Seelsorge in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**

Seit 2007 ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in den Leistungskatalog der Krankenkasse aufgenommen worden. Seit etwa 2009 etablieren sich deutschlandweit mehr und mehr SAPV-Teams, die schwerstkranken und sterbenden Menschen mit besonders komplexer Symptomatik in ihrer letzten Lebensphase zuhause versorgen.

Auch diese Teams sind dem Palliative Care-Ansatz, wie er sich in der WHO-Definition wiederfindet, verpflichtet. So gehört auch in der SAPV die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse in der Begleitung zum Selbstverständnis der Pflegenden und Ärzte. Für die Teams ist eine Vernetzung mit Seelsorgenden in ihrem Einzugsbereich wichtig.

Der folgende Abschnitt soll dazu dienen, einen Einblick in das seelsorgliche Arbeitsfeld in der SAPV zu bekommen.

Die Beschreibung dieses Bereichs unterscheidet sich im Charakter von den vorausgehenden Aussagen zur Arbeit der Seelsorge auf den Palliativstationen aus zwei Gründen:

Zum einen ist das Arbeitsfeld in der SAPV noch sehr jung und stark in Entwicklung begriffen, zum anderen unterscheiden sich die regionalen Gegebenheiten in der SAPV stark und damit auch der jeweilige Stand der Implementierung von Seelsorge. Beide Gegebenheiten führen dazu, dass die folgenden Aussagen zur Seelsorge in der SAPV sehr konkret auf die Anfangssituation im Bistum Osnabrück bezogen sind.

Dort, wo SAPV-Teams ihre Arbeit aufgenommen haben, erfolgten Gespräche mit den Teams, wie die Vernetzung mit der Seelsorge gut gestaltet werden kann. Beratungen und Informationen auf Dekanatsebene schlossen sich an, um die weiteren Schritte zu klären.

Im Modell des koordinierten Seelsorge-Netzwerks ist es inzwischen gelungen, für sieben SAPV-Teams im Bistum Osnabrück der Vernetzung zur Seelsorge eine Form zu geben. Die Wahl dieses Modells bietet den Vorteil, dass flexibel auf die jeweiligen regionalen Gegebenheiten reagiert werden kann.

Für diese SAPV-Teams ist als feste Kontaktperson ein/e koordinierende/r Seelsorger/in/ (Teamseelsorger/in) benannt, die/der die Aufgabe hat, die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team zu gestalten. Als Aufgaben dieser Person können allgemein beschrieben werden:

1. Begleitung des SAPV – Teams in der Aufbauphase, Klärung des Bedarfs an seelsorgerlicher/ spiritueller Begleitung von SAPV – Patienten/-innen
2. Einbringen der Dimension "Spiritualität" im Team, Aufzeigen der Möglichkeiten seelsorgerlicher/ spiritueller Begleitung, u. U. auch: (Vermittlung von) Fortbildung der Pflegenden und Ärzte/-innen in diesem Bereich
3. Kontakt mit Gemeindevseelsorgenden und Delegation seelsorgerlicher/ spiritueller Begleitung an geeignete Personen im Einzugsbereich des SAPV- Teams, ggf. auch eigene Begleitung
4. als Gemeindevseelsorger/-in: seelsorgerliche/ spirituelle Begleitung von SAPV – Patienten/-innen innerhalb einer Pfarrei/Pfarreiengemeinschaft, die zum Einzugsbereich des SAPV – Teams gehört
5. dadurch langfristig: Aufbau, Koordination und Fortbildung eines Netzwerks aus Gemeindevseelsorgenden für Schwerstkranken-, Sterbe- und Trauerpastoral
6. Mitarbeit in einer diözesanen Konferenz, einberufen durch die Referentin für Hospizarbeit und Trauerpastoral.

Die koordinierenden Seelsorger/innen haben vom Bischöflichen Personalreferenten für diesen Dienst eine schriftliche Beauftragung ohne Festschreibung eines Stundenkontingentes bekommen.

Für die Wahrnehmung der Aufgaben ist eine Palliative-Care-Qualifizierung (für psychosoziale Fachkräfte/Seelsorge, Umfang: 120 Stunden, Anerkennung nach §§ 39 a und 37 SGB V) notwendig.

In den beteiligten Dekanaten sind Listen mit festen Kontaktpersonen (hauptamtliche Seelsorger/innen) aus den Gemeinden/ Pfarreiengemeinschaften entstanden, an die die koordinierenden Seelsorger/innen bei Bedarf Begleitungsanfragen delegieren können.

Die Organisationsstruktur der SAPV-Teams und ihre konkrete Arbeitsweise sind sehr unterschiedlich. Entsprechend verschieden sehen die Tätigkeiten der koordinierenden Seelsorger/innen aus. Sie reicht von einer festen, kontinuierlichen Einbindung, die der Einbindung ins Palliativteam einer Palliativstation ähnelt, bis hin zum punktuellen Kontakt für Begleitungsanfragen bei Bedarf. In dieser Situation liegt eine besondere Herausforderung für die koordinierenden Seelsorger/innen in der Implementierungsphase von Seelsorge.

Die Deutsche Bischofskonferenz hat ein zweijähriges Forschungsprojekt zur Seelsorge in der SAPV initiiert (2012-2014). Die Bistümer wurden gebeten, Projektstellen zur Seelsorge in der SAPV einzurichten. In der ersten Projektphase haben 14 koordinierende Seelsorger/innen – darunter eine Seelsorgerin aus dem Bistum Osnabrück – den Umfang ihrer Tätigkeiten anonymisiert aufgelistet. Die Tätigkeiten sind drei großen Bereichen zuzuordnen:

- Zusammenarbeit mit/ Arbeit im SAPV-Team
- Begleitung von Patienten/innen und ihren Angehörigen
- Aufbau/Begleitung eines Netzwerks von (Gemeinde)-Seelsorgenden und die Delegation von Begleitungen.

In allen drei Bereichen sind während des Befragungszeitraums Entwicklungen zu erkennen, die aktuell ausgewertet werden. Ziel des Forschungsprojektes ist es, fundierte Aussagen zu den Merkmalen, Anforderungen und Bedarfen der Seelsorge in der SAPV machen zu können.

Insgesamt gesehen wächst in den unterschiedlichen Regionen im Bistum Osnabrück die Einbeziehung der Seelsorge in die Arbeit der SAPV-Teams langsam und kontinuierlich. Wichtig sind der Aufbau von tragfähigen Arbeitsbeziehungen und situationsgerechten, regelmäßigen Kontakten.

Das Anliegen der SAPV ist es, den Patienten/innen das Sterben zuhause, in vertrauten Bezügen zu ermöglichen. Die SAPV-Teams versuchen, für jeden Patienten/innen ein multiprofessionelles Netzwerk für bestmögliche Unterstützung vor Ort zu aktivieren.

Vor diesem Hintergrund ist es plausibel, gerade Gemeindeseelsorgende in diese Netzwerke einzubeziehen. Deutlich wird, dass an vielen Stellen unseres Bistums der Kontakt zur Gemeindeseelsorge für schwerstkranken und sterbende Menschen von großer Bedeutung ist und sehr selbstverständlich gesucht wird. Die Arbeit der koordinierenden Seelsorger/innen kann dort unterstützend oder ergänzend wirken, wo dieser Kontakt nicht vorhanden ist oder nicht gewünscht wird.

Die Erfahrungen mit der Gemeindeseelsorge, die die beteiligten Pflegenden, Ärzte/innen und Patienten/innen haben, prägen Erwartungen und Bilder für die Seelsorge in der SAPV – in positiver wie in negativer Hinsicht. Geschätzt wird die vertrauensvolle und kontinuierliche Begleitung durch schon bekannte Seelsorger/innen. Spürbar ist, dass kirchliche Seelsorge nach wie vor einen großen Vertrauensvorsprung genießt. Thematisiert wird allerdings auch, ob Seelsorger/innen in der Fülle der Aufgaben genügend Zeit für Begleitungen haben und welche Kompetenzen sie dafür mitbringen.

Hier zeigt sich eine der generellen pastoralen Fragen, die die Seelsorge in der SAPV exemplarisch aufwirft: Wie kann insgesamt das seelsorgliche Profil der Gemeindegeseelsorge geschärft werden?

Ärzte/innen und Pflegekräfte spielen in der SAPV eine entscheidende Rolle für die Arbeit der Seelsorge, indem sie sensibel spirituelle Bedürfnisse der Patienten/innen wahrnehmen und auf die Möglichkeiten seelsorglicher Begleitung hinweisen.

Eine Refinanzierung der Seelsorge in der SAPV durch die Krankenkassen erfolgt nicht. Für eine Diskussion um die Dokumentation seelsorglicher Kontakte als Leistungsnachweis gegenüber den Krankenkassen, wie sie für Palliativstationen geführt wird, gibt es deshalb keinen Anlass.

Wie die Kommunikation zwischen Seelsorger/innen und den anderen Beteiligten in der SAPV gut gelingen kann, entwickelt sich in den unterschiedlichen Konstellationen nach und nach in der Praxis. Bisher gibt es keine Problemanzeigen in Bezug auf die seelsorgliche Schweigepflicht. Die koordinierenden Seelsorger/innen sind für die besondere Schutzwürdigkeit der seelsorglichen Situationen sensibilisiert.

In der Arbeit der SAPV-Teams ist der Beitrag der kirchlichen Seelsorge erwünscht und sehr willkommen. Konflikte in Bezug auf das eigenständige Profil oder Beeinträchtigungen für die Identität christlicher Seelsorge gibt es in der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der SAPV zum jetzigen Zeitpunkt nicht.

#### **4. Ausblick**

##### *Herausforderungen und offene Fragen*

Die Mitarbeit der Seelsorge im Team der Palliativstationen erfordert einen hohen emotionalen und zeitlichen Einsatz. Wie kann dies auf Dauer durch kirchliche Rahmenbedingungen (Personaleinsatz, Qualifizierung) gesichert werden?

Die Arbeit der Seelsorge in zwei Systemen (System Kirche und System Krankenhaus/Palliativstation/SAPV) birgt strukturell ein Konfliktpotenzial. Wie kann dieses strukturell minimiert werden (z. B. durch verbindliche Absprachen)? Wie können die Seelsorger/innen gestärkt werden, damit sie konstruktiv mit den damit verbundenen Rollenkonflikten umgehen können?

##### *Empfehlungen*

Die Qualifizierung der Krankenhausesseelsorger/innen für die Arbeit auf Palliativstationen bzw. der koordinierenden Seelsorger/innen für ihre Tätigkeit in der SAPV (Weiterbildung in Palliative Care bzw. Spiritual Care – Kurs von 120 Stunden) ist beizubehalten.

Den Krankenhausesseelsorger/innen wird bei Bedarf Unterstützung für die Arbeit auf Palliativstation gegeben, indem ggf. entsprechende Vereinbarungen zwischen dem Bistum und dem

Krankenhaussträger über die besondere Rolle der Seelsorge in Palliativteams getroffen werden.

Die Vernetzung der Krankenhauseelsorger/innen auf Palliativstationen im Bistum Osnabrück wird beibehalten, ebenso die Vernetzung der koordinierenden SAPV - Seelsorger/innen im Bistum Osnabrück. Im Bistum Osnabrück soll die Seelsorge in der SAPV als weiterer Entwicklungsbereich gefördert werden.

In der Gemeindeseelsorge wird das Profil der Seelsorge als Beziehungsgeschehen gestärkt.

Die Diskussion um seelsorgliche Schweigepflicht im Palliativkontext, Dokumentation und Refinanzierung von Seelsorge wird aufmerksam verfolgt.

### **Literaturverzeichnis**

Die deutschen Bischöfe, Hirtenschreiben „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ von 1998, S. 11

Frick, Eckhard (2012), Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs, in: SPIRITUAL CARE 3/2012, 68-73

Frick, Eckhard; Roser, Traugott (2012), „*Spiritual care*“ – zur spirituellen Dimension des Sterbens und der Sterbebegleitung, in: Bormann, F.J. und Borasio, G.D., Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/Boston; 529-538

Frick, Eckhard: Spiritual Care - ein neues Fachgebiet der Medizin. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009). S. 145–155

Heller, Birgit / Heller, Andreas (2014) Spiritualität und Spiritual Care, Bern

Nassehi, Armin (2009), Spiritualität. Ein soziologischer Versuch, in: Frick, E.; Roser, T. (Hg.), Spiritualität und Medizin, Kohlhammer, Stuttgart, 35-44

Nauer, Doris (2010) Seelsorge. Sorge um die Seele. 2. Aufl. Stuttgart

Weier, Erhard. (2011), Das Geheimnis des Lebens berühren, 3. Aufl. Stuttgart

**Seelsorgeamt Osnabrück**  
**Domhof 12**  
**49074 Osnabrück**  
**Tel.: 0541 – 318 250**  
**[j.kirchberg@bistum-os.de](mailto:j.kirchberg@bistum-os.de)**  
Osnabrück, April 2014

