

Józef Zabłocki

Duszpasterstwo kapelanów szpitalnych w Niemczech

Warszawskie Studia Pastoralne 22, 327-344

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. JÓZEF ZABŁOCKI SAC

DUSZPASTERSTWO KAPELANÓW SZPITALNYCH W NIEMCZECH

Pastoral care hospital chaplains in Germany

Wstęp

Każda z diecezji niemieckich posiada *Wytyczne* odnośnie do pracy kapelanów szpitalnych. *Wytyczne* te regulują zakres pracy i obowiązków kapelanów. Treść *Wytycznych* dotyczą trzech diecezji niemieckich: Kolonii, Magdeburga i Regensburga. Są one w swoich podstawach do siebie podobne. *Wytyczne* te oparte są o podstawy biblijne, a także przesłanki teologiczne. Uwzględniają też wytyczne Stolicy Apostolskiej, Episkopatu Niemiec oraz dekrety biskupa diecezjalnego.

Dość interesującym jest projekt diecezjalnej grupy roboczej kapelanów szpitalnych w diecezji Bamberg (Diecezjalna Grupa Robocza Kapelanów szpitalnych – Diözesanarbeitsgemeinschaft Krankenhausseelsorge – DiAG KS), która opracowała *Dyrektywy* dla kapelanów szpitalnych. Pierwszy projekt powstał w kwietniu 1994 roku. Ponownie opracowany został zaakceptowany 5 kwietnia 1995 roku. *Dyrektywy* te miały początkowo obowiązywać w diecezji Bamberg, zostały jednak przedstawione szerszemu forum. W międzyczasie w innych

biskupstwach pracowano nad podobnymi wytycznymi. Wysiłki tychże grup zostały wspólnie opracowane i przyjęte przez Konferencję Episkopatu Niemiec w kwietniu 1999 roku jako Dokument pod tytułem: *Troska Kościoła o chorych*¹.

Różnica pomiędzy dwoma wyżej wspomnianymi dokumentami widoczna jest pod wieloma względami.

1. *Wytyczne* diecezji mają charakter obowiązującego prawa. Natomiast *Dyrektywy* są raczej sformułowane w formie zaleceń jako pomoc duszpasterska.
2. Poza tym dokument *Troska Kościoła o chorych* jest zdecydowanie bardziej obszerny, ponieważ wychodzi od sytuacji egzystencjalnej pacjenta, personelu i całej struktury szpitalnej i szeroko ją objaśnia. Wytyczne diecezji skupiają się raczej na treściwym ujęciu najważniejszych zaleceń, które mają fundamentalne znaczenie w duszpasterstwie szpitalnym.

Dokumenty powyższe częściowo się pokrywają w swej treści. Dlatego niniejszy artykuł będzie analizą obszerniejszego dokumentu, ponieważ rzuca on o wiele bogatsze światło na sytuację Kościoła i duszpasterstwa szpitalnego w Niemczech. Zatem omówimy najpierw, zgodnie z treścią dokumentu, sytuację egzystencjalną duszpasterstwa szpitalnego, następnie podstawy teologiczne duszpasterstwa szpitalnego, by dojść do wniosków, które winni uwzględnić w swojej pracy kapelani szpitalni.

I. Sytuacja egzystencjalna duszpasterstwa szpitalnego

Dokument zawiera dość ważne wskazania dotyczące sytuacji pacjenta w szpitalu oraz odnośnie do personelu szpitala

¹ *Troska Kościoła o chorych (Die Sorge der Kirche um die Kranken, „Die deutschen Bischöfe“*, nr. 60, 20 April 1999.

uwzględniając całościową opiekę, strukturę szpitali, jak i konkretną sytuację kapelanów szpitali.

1. Sytuacja pacjenta w szpitalu

Choroba sprawia, że człowiek zaczyna inaczej patrzeć na świat i na siebie. Choroba zagraża zarówno ciału jak również psychice i socjalnej tożsamości chorego. Cierpienia, zwłaszcza chroniczne, doprowadzają do wyczerpania nerwowego i podrażnień. Poza tym wymagają nowego spojrzenia na swoją cielesność. Ze zmianami cielesnymi są związane zmiany psychiczne. Ciągłe zdanie się na pomoc innych może doprowadzić do kompleksów i napadów lęku². Poza tym wraz z chorobą zmienia się również środowisko socjalne. Kontakt z rodziną, znajomymi, wymaga od obu stron nowej formy podejścia do siebie wzajemnie.

Bycie chorym jest również doświadczeniem pewnego kryzysu, ponieważ wyrwa chorego z jego środowiska i „wrzuca” go w obcy mu system. W codziennym życiu zazwyczaj prowadzimy życie w formie aktywnej. W szpitalu chcąc nie chcąc musimy przyjąć rolę pasywną. W strukturze szpitala personel nie ma zazwyczaj czasu na rozmowę z pacjentem na temat jego lęków, obaw, a także metod dotyczących zabiegów³.

² Por. tamże, s. 8. (Gesundheit gilt den Menschen als ein hoher Wert. Krank zu sein wird dagegen als Unglück empfunden. Körperliche Leiden, Schmerzen sowie lebensbedrohliche Diagnosen stürzen einen Menschen nicht selten in eine Krise. Er durchlebt Angst und Verzweiflung, Resignation und Trauer. Angesichts des bedrohten Lebens wird die eigene Zukunft in gesundheitlicher, beruflicher und sozialer Hinsicht ungewiss; dazu kommen die Sorgen um die von seiner Krankheit, seinen Leiden oder gar einem möglichen Sterben mitbetroffenen Angehörigen).

³ *Leitlinien für die Krankenhausseelsorge*, Diecezja Bamberg 1995, s. 3. (Krankwerden ist für viele Menschen eine Krisenerfahrung, vor allem

Wraz z rozwojem medycyny wielu pacjentów przychodzi do szpitala z wyobrażeniem, że medycyna wszystko może. Niestety często dochodzi do ogromnych rozczarowań. Wielu lekarzy specjalizuje się tylko w swojej wąskiej dziedzinie, tak, że pomiędzy wieloma specjalistami trudno czasami o całościowy obraz choroby. Skutkiem takiego podejścia jest spojrzenie na pacjenta jako tylko na „ciało”. Nawet sposób komunikowania się między lekarzami jest językiem medyczno-technicznym nieuwzględniającym uczuć, psychiki czy sfery religijnej pacjenta⁴.

Innym ważnym tematem jest zagadnienie śmierci. Większość chorych pragnie umrzeć w domu, tam gdzie czują się u siebie, w swoim naturalnym środowisku. Rzeczywistość jest jednak zupełnie inna. Dwie trzecie wszystkich zmarłych umiera w szpitalu, najczęściej w samotności. Często brakuje odpo-

im Kontext Krankenhaus. Sie werden – oft plötzlich und unerwartet – aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld herausgerissen. Sie finden sich in einer Institution wieder, die ihnen fremd und überwiegend von festen Strukturen geprägt ist... Deshalb ist für viele das einschneidende Erlebnis im Krankenhaus die extrem passive Rolle, in die sie durch diese Strukturen hineingedrängt werden.)

⁴ Por. tamże, s. 3-4: Viele Menschen besitzen gerade auch wegen der zunehmenden gesellschaftlichen Ausdifferenzierung und Spezialisierung völlig überzogene Vorstellungen von den Möglichkeiten der modernen Medizin. Damit verbinden sie die Hoffnung, neue Geräte und die besten Spezialisten müssten für sie bereitstehen und könnten jede Krankheit erforschen und „heilen“. Im Krankenhaus begegnen sie zwar den verschiedenen, spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten, müssen dann aber häufig erleben, dass diese sie nur unter einem bestimmten, sehr eingeschränkten Blickwinkel betrachten und einschätzen (können). Dadurch erfahren sie sich nicht als „ganzheitlich“ wahrgenommen. Das hat zur Folge, dass es für viele sehr schwer wird, nach der Bedeutung ihrer Krankheit für ihr Leben zu fragen. Sie sprechen dann selbst (wie viele Ärztinnen und Ärzte) nur noch medizinisch-technisch darüber.

wiednich pomieszczeń, w których umierający mogliby godnie pożegnać się z tym światem.

2. Personel szpitala

W szpitalu używa się często stwierdzenia: „opieka całościowa” („ganzheitliche Pflege”)⁵. Niestety w praktyce rzadko udaje się ją wprowadzić w życie. Ogromna biurokracja, brak personelu, niejednokrotnie doprowadza naprawdę zaangażowany personel do ogromnego stresu z powodu niemożności dobrego i z pełną odpowiedzialnością podejścia do swojego zawodu. Wielu odchodzi przedwcześnie z zawodu ze względu na objawy „wypalenia wewnętrznego” („Burn-Out-Syndrom”), a także ze względu na inne problemy zdrowotne.

Tak jak wśród lekarzy tak i wśród personelu postępuje wąska specjalizacja w ramach wykonywanego zawodu. I tak obok pielęgniarek/pielęgniarzy jak również służby socjalnej, obecni są fizjoterapeuci, psychologzy, służba zajmująca się wypisaniem ze szpitala itd. Wszystko to ma na celu poprawić funkcjonowanie instytucji szpitala, jednakże wielu pacjentów gubi się w tym labiryncie zatrudnionych.

Ponadto, struktura szpitalna jest odzwierciedleniem tego, co się dzieje w społeczeństwie. Tak jak w społeczeństwie tak i w szpitalu wiele decyzji podejmuje się przy „zielonym stoliku”. Zdarza się również wykorzystywanie pacjentów na potrzeby różnych badań (krótki doświadczałne, na których testuje się nowe metody i medykamenty). Obserwuje się również wzrost takich zachorowań jak AIDS, uzależnienia od używek

⁵ Por. tamże, s. 4: Die in der Ausbildungsordnung favorisierte „ganzheitliche Pflege“ erweist sich in der Realität des Stationsalltages nur allzu oft als schwer durchführbar.

i nowotwory⁶. Wielu starszych ludzi zostaje „odesłanych” przez rodzinę do szpitala, aby tam mogli doczekać swoich ostatnich chwil.

Nowoczesna medycyna objawia się w dwóch przeciwstawnych kierunkach: z jednej strony staje się coraz bardziej perfekcyjna, święci triumfy, pojawiają się coraz to nowe metody, leki, rozwija się technika i z tym związane możliwości, o których jeszcze kilka lat temu nie było mowy. Z drugiej strony postępuje związana z tym redukcja człowieka tylko do funkcji cielesnych. Chory człowiek, czy człowiek w ogóle, jest postrzegany jako maszyna z określoną ilością funkcji cielesnych, których źródła można zawsze zbadać i wyleczyć⁷. (To, co dzisiaj jest niemożliwe, może stać się możliwe w niedalekiej przyszłości). Takie spojrzenie na człowieka rodzi ze sobą wiele problemów np.: eutanazja, zagadnienie śmierci, manipulacja genami, a także przeszczepy organów. Dzięki rozwojowi medycyny coraz więcej staje się to możliwe, ale pociąga to za sobą ogromne koszty. Coraz bardziej staje się oczywiste, że z jednej strony starzejące się społeczeństwo, a z drugiej strony

⁶ Por. tamże, s. 5-6: Das Krankenhaus bildet einen Spiegel der jeweiligen Gesellschaft, es stellt die Gesellschaft im Kleinen dar. Gesamtgesellschaftliche Prozesse dominieren deshalb in ihm: naturwissenschaftliches Denken, betriebswirtschaftliche Effizienz, Individualisierung und Auflösung der „klassischen“ Milieus. Wie in allen Großorganisationen werden auch im Krankenhaus viele Entscheidungen am „grünen Tisch“ getroffen, d.h. häufig ohne Mitwirkung der Betroffenen... Weiterhin ist eine Zunahme schwerer Krankheitsbilder zu beobachten: AIDS, Sucht, Krebs.

⁷ Por. tamże, s. 6: Das moderne westliche Verständnis von Medizin zeigt sich in seiner ganzen Zwiespältigkeit. Einerseits eine wachsende Perfektionierung: großartige Heilungserfolge, neue Medikamente, neue Operationstechniken, immer bessere Geräte zur Diagnostik, eine vielfältige Forschungstätigkeit. Andererseits ist damit eine materialistische Sicht vom Menschen verbunden, der ein Geist-Körper-Dualismus zu Grunde liegt.

ciągłe rosnące koszty leczenia w przyszłości będą nie do udźwignięcia. Medycyna stała się ogromną dziedziną przemysłu, w której ścierają się różne lobby walczące o swoje wpływy, zapominając zupełnie o tych, którzy te koszty ponoszą: o pacjentach⁸.

Również duszpasterstwo szpitalne nie uniknie konfrontacji z tymi zagadnieniami, które powyżej zostały wskazane. Z jednej strony duszpasterstwo szpitalne cieszy się dużym zaufaniem wśród pacjentów, rodzin i pracowników szpitala. Z drugiej strony często zdarza się, zwłaszcza w ostatnich latach, że duszpasterze szpitalni są wykorzystywani do wylewania przeróżnych żali na Kościół. Związane jest to z wieloma skandalami, którymi Kościół został dotknięty w ostatnich latach. Dla personelu szpitala duszpasterstwo chorych kojarzy się najczęściej z „ostatnim namaszczeniem”.⁹

⁸ Por. tamże, s. 6: Die aktuelle Diskussion um die Gesundheitsreform zeigt jedoch, dass das Gesundheitswesen anscheinend nicht mehr – so wie bisher – bezahlbar ist, wobei auffällt, dass die gesellschaftliche Diskussion fast ausschließlich um ökonomische Fragen kreist. Ein Grund dafür ist die Tatsache, dass das Gesundheitswesen einen riesigen Wirtschaftszweig unserer Gesellschaft darstellt und dass Standesvertreter, Krankenhausvertreter, die Lobby der Pharmaindustrie und viele andere versuchen, möglichst wenig zu den neuen Sparmaßnahmen beitragen zu müssen. Der Blick auf die berechtigten Interessen der Patientinnen und Patienten geht dabei völlig verloren.

⁹ Por. tamże, s. 6: In jedem Fall wird die Krankenhausseelsorge ambivalent wahrgenommen: Kranke und deren Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bringen den Seelsorgerinnen und Seelsorgern häufig einen hohen Vertrauensvorschuss entgegen und/oder benützen sie als „negative Projektionsfläche“ für schlechte Erfahrungen mit der Kirche. Vom Personal werden sie oft als „Experten für Sterbebegleitung“, als „Sakramentenspende“ oder als Feuerwehr bei „schwierigen“ Patientinnen und Patienten eingeschätzt und angefordert.

Duszpasterstwo chorych nie należy do struktury szpitala, co wydaje się być zjawiskiem negatywnym, jednak ma to także swoje pozytywy: pozwala na swobodne poruszanie się w ramach całej instytucji i sprawia, że duszpasterstwo szpitalne może zachować dość dużą neutralność, pozostając stroną bezpartyjną. Duszpasterstwo szpitalne znajduje się obecnie w fazie ogromnych zmian. Mają na to wpływ, m.in.: ciągle wzrastająca liczba duszpasterzy szpitalnych w wielu diecezjach; rosnąca liczba świeckich zatrudnionych jako duszpaste-rze szpitalni; dramatycznie spadająca liczba księży posługujących w szpitalach (ogólna tendencja w kościele niemieckim); różnorodność koncepcji (niektóre są ukierunkowane na pacjenta, inne zwracają baczniejszą uwagę na posługę sakramentalną, inne koncentrują się na odwiedzinach i na rozmowę z pacjentem); trudności w konstruktywnej pracy między księżmi a świeckimi; zalety ale i trudności na podłożu ekumenicznym czy ogromna ilość kursów dokształcających czy superwizji itp.

II. Podstawy teologiczne duszpasterstwa szpitalnego

Aby rozeznąć, co w przyszłości może okazać się pomocne w duszpasterstwie chorych, należy na powyżej przedstawioną analizę spojrzeć krytycznie ze strony teologicznej. Albo tak jak mówi konstytucja pastoralna „*Gaudium et Spes*: „szukać znaków czasu i w świetle Ewangelii je rozpoznawać” (KDK 1). Podstawą analizy teologicznej, która ma istotne znaczenie dla duszpasterstwa szpitalnego, jest doświadczenie Boga w Biblii, nauka sakramentalna, nauka Soboru Watykańskiego II odnośnie powołania człowieka przez Boga, a także pojęcie ewangelizacji, tak jak to zostało przedstawione w encyklice Pawła VI „*Evangelii nuntiandi*” z 1975 roku.

1. Historia zbawienia człowieka przez Boga w Piśmie Świętym

Jahwe ÷ Bóg Starego Testamentu idzie z człowiekiem. Bóg wybiera lud Izraela. Towarzyszy mu. Idzie z nim pomimo niewierności ludu Bożego. Nie jest to Bóg odległy, obcy. On słyszy i widzi ból, cierpienie człowieka (przykład Hioba). Bóg towarzyszący człowiekowi w Nowym Testamencie – Jezus Chrystus. Jezus zwraca się w swojej posłudze szczególnie ku ludziom chorym i cierpiącym. Poza tym dostrzega człowieka jako jedność ciała i duszy. Nie uzdrowia tylko choroby, lecz przede wszystkim oczyszcza duszę.

To Chrystus ustanowił Sakramenty jako znaki uzdrawiające Kościoła. W sakramentach Chrystus objawia swoją boską moc w i poprzez nie człowieka uzdrawia i uświęca. Z obrazu Kościoła jako jednego ciała złożonego z wielu członków (por. 1 Kor 6; 12) wyłania się obraz Chrystusa jako sakramentu pierwotnego, który towarzyszy człowiekowi na wszelkich drogach jego życia, a co objawia się w siedmiu sakramentach. Chrystus jest pierwotnym kapłanem. Wszyscy wierzący na mocy chrztu mają udział w kapłaństwie powszechnym Chrystusa, tzn. są pierwszym sakramentem, który mogą innym złożyć w darze. W innym wymiarze znaczy to również, że kto zwraca się ku cierpiącemu człowiekowi, spotyka w nim cierpiącego Chrystusa (por. Mt 25, 36).

Centralnym punktem nauczania Soboru jest troska o „całego” człowieka. Zgodnie z nauczaniem Ojców soborowych człowiek znajduje swoje powołanie w Chrystusie. Nauka ta można powiedzieć określa powołanie człowieka, jest pryncypium jego egzystencji. Z wiary, że człowiek jest dzieckiem Bożym wynika godność człowieka. Nikt nie może twierdzić, że wierzy w Boga, jeśli nie szanuje człowieka. Kluczem do tego stwierdzenia są słowa konstytucji duszpasterskiej, *Gau-*

dium et Spes: „Za dni naszych rodzaj ludzki przejęty podziwem dla swych wynalazków i swojej potęgi, często jednak roztrząsa niepokojące kwestie dotyczące dzisiejszych ewolucji świata, miejsca i zadania człowieka we wszechświecie, sensu jego wysiłku indywidualnego i zbiorowego, a wreszcie ostatecznego celu rzeczy i ludzi” (por. KDK 3).

Sobór przyznaje, że w każdym człowieku tkwi to powołanie Boże do miłości bliźniego, dlatego proponuje nauczanie Kościoła, jako pomoc w urzeczywistnieniu tego powołania (por. KDK 3). Chrystus przyszedł na ziemię, aby „ubogim niósł dobrą nowinę, więźniom głosił wolność, a niewidomym przejrzenie” (Łk 4, 16). „Albowiem Syn Człowieczy przyszedł szukać i zbawić to, co zginęło” (Łk 19, 10). Poprzez służbę chorym i cierpiącym Kościół odnajduje swoje powołanie i tożsamość.

Ponieważ każdy człowiek, a szczególnie cierpiący człowiek jest obrazem Boga, który zamieszkał w człowieku. Przy tym należy zwrócić uwagę na następujące aspekty:

- * respekt dla osoby: poszczególni ludzie winni uważać bliźniego bez żadnego wyjątku za „drugiego samego siebie” (KDK 27);
- * szacunek i miłość względem przeciwników: „Tych, którzy w sprawach społecznych, politycznych lub nawet religijnych inaczej niż my myślą i postępują, należy również poważać i kochać” (KDK 28);
- * wszyscy ludzie stworzeni na obraz Boga mają tę samą naturę i ten sam początek, a odkupieni przez Chrystusa cieszą się tym samym powołaniem i przeznaczeniem, należy coraz bardziej uznawać podstawową równość między wszystkimi (KDK 29).

2. Ewangelizacja jako zadanie Kościoła

Kościół rozumie, że ewangelizacja jest tym samym, co zanoszenie Dobrej Nowiny do wszelkich zakątków rodzaju ludzkiego, aby przenikając je swą mocą od wewnątrz, tworzyła z nich nową ludzkość (EN 16). To zadanie wymaga od samego Kościoła wiarygodnego przepowiadania, które nie jest możliwe bez nieustannego nawracania się (por. EN 15). Ewangelizacja jest łaską i właściwym powołaniem Kościoła, jego samourzeczywistnieniem się (por. EN 14). W tym sensie Kościół jest odpowiedzialny za wszystkich (por. EN 1). Z tego samego powodu Kościół nie może zredukować swojego zadania, tylko do wymiaru religijnego, nie interesując się wymiarem ludzkim każdego człowieka (por. EN 34).

Przepowiadanie Kościoła dokonuje się poprzez świadectwo życia chrześcijan w społeczeństwie. Tzn. poprzez wzajemne zrozumienie i akceptację, wspólnotę życia z innymi, solidarność i wysiłki, aby wszystkim wychodzić naprzeciw w dobrem (por. EN 21). Ewangelizacja jest zadaniem całego Kościoła. Nikt nie może się przed nią skryć. Zarówno duchowni jak i świeccy są do niej zobowiązani. „Cały więc Kościół jest powołany do głoszenia Ewangelii, ale w jego łonie jest wiele rozmaitych zadań do wykonania. Ta różnorodność funkcji służebnych w pełnieniu jednego i tego samego mandatu tworzy bogactwo i piękno ewangelizacji”.¹⁰ Przy czym należy zwrócić uwagę na to, co jest w danej sytuacji konieczne, a z czego można, a nawet należy, zrezygnować. „To powinno uchronić (...) przed oczywistym wyczerpaniem zasobów czasu i energii (...)”.¹¹

¹⁰ *Apostolisches Sendschreiben Papst Pauls VI über die Evangelisierung in der Welt von heute*, w: *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls*, 2 z 8.12.1975.

¹¹ O. Fuchs, *Ist der Begriff der „Evangelisierung“ eine „Stopfgang“?*, w: *Katechetische Blätter*, rok 112, z. 7, s. 498-514.

Wiarygodne towarzyszenie Boga współczesnemu człowiekowi zależy od tego jak blisko i namacalnie chrześcijanie będą towarzyszyć chorym i cierpiącym. W strukturze szpitala *Dobra Nowina* o wyzwoleniu człowieka musi mieć konkretne przesłanie. Chorzy będą tylko wtedy w stanie zdynamizować swoje siły, które prowadzą do wyzdrowienia, jeśli spotkają ludzi:

- * którzy im wytłumaczą z medycznego punktu widzenia, co się z nimi dzieje;
- * którzy na ich pytania mają czas i potrafią słuchać;
- * którzy uszanują ich godność i osobowość;
- * którzy zostaną przy nich, także w trudnych sytuacjach;
- * którzy potrafią wziąć za rękę i rozmawiać, chociaż chorzy nie zawsze potrafią się wysławić;
- * którzy potrafią w śmierci towarzyszyć;
- * którzy z nimi się pomodlą i ofiarują sakramenty;
- * którzy się z nimi zastanowią nad sensem życia, śmierci i cierpienia;
- * którzy będą się nimi interesować zarówno w życiu jak i śmierci¹².

¹² *Leitlinien für die Krankenhausseelsorge*, „*Die deutschen Bischöfe*“, nr. 60, 20 April 1999, s. 11: Die Patienten sind vor allem dann in der Lage, die für ihre Heilung in ihnen wohnenden Kräfte zu aktivieren und ihre Krankheit als Krise, die zu neuen Lebenschancen führen kann, wahrzunehmen, wenn sie Menschen im Krankenhaus erleben:

- die ihnen erklären, was mit ihnen medizinisch geschieht,
- die für ihre Fragen Zeit haben und zuhören,
- die ihre Würde und Individualität bewahren und respektieren,
- die auch in schwierigen Situationen bei ihnen bleiben,
- die ihnen die Hand halten und mit ihnen sprechen, auch wenn sie sich selbst nicht mehr verständlich machen können,
- die sie in ihrem Sterben begleiten,
- die mit ihnen beten und ihnen die Sakramente spenden, wenn sie es möchten,

III. Wnioski dla duszpasterstwa szpitalnego

Duszpasterstwo szpitalne jest otwartą propozycją, spotkania, towarzyszenia, dla wszystkich przebywających w szpitalu¹³. Idzie do chorych i umierających. Jego celem jest towarzyszenie nie tylko chorym, ale również rodzinom cierpiących. Ważną sprawą ze strony duszpasterstwa jest ocenienie potrzeb pacjenta. Czy pacjent życzy sobie w ogóle spotkania z duszpasterzem szpitalnym¹⁴. Jeśli tak, to w jakiej formie. To pacjent ostatecznie rozstrzyga, „kiedy, jak i czego oczekuje”. Zadaniem kapelana jest przede wszystkim uszanować wolę pacjenta.

Duszpasterstwo szpitalne stoi poza strukturą szpitala – otwiera to pewne możliwości dla pastoralnego działania. „Duszpasterze przychodzą z pustymi rękami, gotowi na rozmowę i komunikację, z ich niepewnościami i otwartością, z ich nadwyrężoną motywacją, z ich zaufaniem zarówno do człowieka jak i do Boga. Przychodząc wystawiają siebie na próbę, aby móc dobrze służyć tym, których spotkają. Ta niepewność tego, co ich spotka jest jednocześnie ich wielką szansą”¹⁵.

Duszpasterstwo spełnia swoją rolę, kiedy pacjenci w ich obecności doświadczą:

– die mit ihnen der Frage nach dem (möglichen) Sinn ihres Leidens nachgehen können

– und die ihnen helfen, Subjekt ihres Lebens und Sterbens zu werden.

¹³ Por. tamże, s. 12: Krankenhausseelsorge versteht sich grundsätzlich als offenes Angebot der Begegnung und Begleitung an alle Menschen im Krankenhaus.

¹⁴ Por. O. Fuchs, *Die Situation der Fernstehenden aus der praktisch-theologischen Perspektive der Evangelisierung*, w: *Ordenskorrespondenz*, 31(1990), z. 1, s. 1-23.

¹⁵ A. Heller, *Seelsorge in der Krise – Krankenhausseelsorge*, w: *Handbuch der Pastoralpsychologie*, red. I. Baumgartner, Regensburg 1990, s. 443-460.

- że są w swojej sytuacji, taka jaka jest, akceptowani;
- że duszpasterz przy nich zostanie i „wszystko zniesie”;
- że mogą się wyzalić;
- że mogą wszystko o sobie powiedzieć i powspominać;
- że przez to wszystko aktywują swoje własne siły;
- że przez ich obecność wskażą na Tego, w którego imieniu przy nich pozostają, niekoniecznie nazywając Go po imieniu¹⁶.

Duszpasterstwo szpitalne jest adwokatem chorych. Dlatego to profetycznym zadaniem duszpasterstwa jest rozeznanie struktur szpitalnych i tam gdzie to możliwe ich ulepszanie dla dobra przede wszystkim chorych jak również całego systemu opieki szpitalnej. Poza tym, zadaniem posługi duszpasterstwa szpitalnego jest sprawowanie Eucharystii, nabożeństw Słowa Bożego, Komunii chorych, namaszczenia chorych, spowiedzi, nabożeństw itd.

Duszpasterstwo szpitalne musi pozostać otwarte na współpracę z personelem szpitala. Pozostanie ono efektywne, jeśli:

- * kapelani szpitalni będą pracować zespołowo;
- * zaangażuje świeckich i będzie z nimi współpracować;
- * uwzględni wspólne działania i współpracę w dziedzinie ekumenicznej;
- * uwzględni zdolności każdego z członków teamu i konsekwentnie rozdzieli zadania pomiędzy siebie (chodzi o rozeznanie zdolności każdego z członków teamu i dopasowanie oddziałów i zadań według zdolności poszczególnych dusz-

¹⁶ *Leitlinien für die Krankenhausseelsorge*, dz. cyt., s. 12: (...) daß sie in ihrer Situation angenommen sind. daß die Seelsorgerin/der Seelsorger bei ihnen bleibt und mit aushält, daß dadurch der Prozess des Trauerns möglich wird, daß sie ihre eigene Lebensgeschichte erzählen und sich so erinnern dürfen, daß sie dadurch ihre eigenen Kräfte erfahren, daß in all dem eine größere, tragende Wirklichkeit, die wir Gott nennen, spürbar wird.

pasterzy. Trudno jest wysłać kogoś na intensywną terapię, jeśli ten ktoś ma traumatyczne doświadczenia z reanimacją);

- * umiejętnie oceni swoje możliwości i będzie je ciągle reflektować.¹⁷

Duszpasterstwo szpitalne często – zwłaszcza na początku – nie jest chętnie widziane w strukturze szpitala. Dlatego trzeba ogromnej pracy i zaangażowania, aby to patrzenie na posługę kapelanów zmienić. Czasami trzeba dużo czasu i cierpliwości, aby zdobyć zaufanie personelu szpitalnego. Ogromną pomocą w tym względzie może okazać się kontakt z personelem szpitala, a także praca w różnych gremiach. Doświadczenie, które posiada duszpasterstwo szpitalne powinno również znaleźć miejsce w hospicjach,¹⁸ a także w oddziałach paliatywnych. Poza tym wymagana jest współpraca z duszpasterstwem parafialnym, a także opieką społeczną.

¹⁷ Por. tamże, s. 13: Für die Krankenhausseelsorge ist es sinnvoll und effektiv, erstens im Team zu arbeiten: innerhalb der eigenen Konfession zwischen den Haupt- und/oder Ehrenamtlichen zwischen den Konfessionen mit einem ökumenischen Seelsorgekonzept, welches □ gemeinsame Veranstaltungen, ökumenische Gottesdienste, gemeinsame Fortbildungen, sowie gegenseitige Vertretung beinhaltet innerhalb ausgewählter Stationen (z. B. Suchtstation, Kinderstation) im □ therapeutischen Team, was eine kontinuierliche stationsbezogene Arbeit, kleinere Seelsorgeeinheiten und spezielle Fähigkeiten und Kenntnisse erfordert. Zweitens eigenverantwortliche Schwerpunkte im jeweiligen Arbeitsbereich zu setzen, diese zu begründen, sie immer wieder zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern.

¹⁸ Por. Die deutschen Bischöfe, *Schwerstkranken und Sterbenden beistehen / Menschenwürdig sterben und christlich sterben*, w: *Die deutschen Bischöfe*, nr 27 vom 20.2.1991 (Ten tekst jest poszerzony o słowa: „Die Hospizbewegung“ i „Im Sterben: Umfängen vom Leben“, dostępny w Nr. 47 der Reihe: *Die deutschen Bischöfe* (1996)).

Dlatego istnieje konieczność dobrego przygotowania duszpasterstwa szpitalnego poprzez permanentne uczestnictwo w kursach i szkoleniach, stałą refleksję nad sobą oraz udział w spotkaniach regionalnych duszpasterstwa szpitalnego. W rozmowach duszpasterze często napotkają pewne przeszkody, które związane są z własną historią życia, pewnymi przeżyciami, czy bolesnymi doświadczeniami. Dlatego jest ważne, aby być tego świadomym i umieć się bronić, rozeznąć swoje granice i możliwości, a jeśli to konieczne, zwrócić się po fachową pomoc.

Zakończenie

Wobec zmian personalnych powstaje pytanie jak zaradzić takim potrzebom, jak: posługa sakramentalna w szpitalu, dostępność i dyżur telefoniczny. Wobec braku księży każda z diecezji będzie wkrótce zmuszona do opracowania odpowiedniego stylu pracy. Już teraz wiele duszpasterstw szpitalnych rezygnuje z dyżuru telefonicznego (24 godz. na dobę), ze względu na braki personalne, a zwłaszcza dotkliwy brak księży.

Coraz bardziej palącym problemem jest także ochrona danych osobowych, która znacznie utrudnia dostęp do informacji o pacjentach i dotarcie do nich. Tak jak cały Kościół w Niemczech, tak również i posługa kapelana szpitalnego stoi przed wielkimi wyzwaniem, ale również i zmianami, które już wkrótce będą miały ogromny wpływ na działalność duszpasterską. Mimo wielu negatywnych czynników, które nie napawają optymizmem, nie trzeba tracić ducha i z ufnością patrzeć w przyszłość, ufając i pokładając nadzieję w Bogu. To Bóg prowadzi swój Kościół, a także każdego ze swoich członków.

To nie duszpasterz jest Zbawicielem świata, lecz Bóg. Duszpasterz może się tylko Jemu podporządkować i prosić o jego łaski, z ufnością w Jego miłosierdzie.

Streszczenie

„Duszpasterstwo kapelanów szpitalnych w Niemczech”

Każda z diecezji niemieckich posiada *Wytyczne* odnośnie do pracy kapelanów szpitalnych. Interesującym jest bardziej obszerny projekt diecezjalnej grupy roboczej kapelanów szpitalnych w diecezji Bamberg (Diözesanarbeitsgemeinschaft Krankenhausseelsorge – DiAG KS), która opracowała *Dyrektywę* dla kapelanów szpitalnych, który został zaakceptowany 5 kwietnia 1995 roku.

Artykuł jest analizą obszerniejszego dokumentu, ponieważ rzuca on o wiele bogatsze światło na sytuację Kościoła i duszpasterstwa szpitalnego w Niemczech. W artykule zostały omówione, zgodnie z treścią dokumentu, następujące zagadnienia: sytuacja egzystencjalna duszpasterstwa szpitalnego, podstawy teologiczne duszpasterstwa szpitalnego oraz wnioski pastoralne, które winni uwzględnić w swojej pracy kapelani szpitalni.

Summary

„Pastoral care hospital chaplains in Germany”

Each diocese has a Germany Guidelines for the work of hospital chaplains. An interesting is more extensive the diocese workgroup hospital chaplains in the diocese of Bamberg (Diözesanarbeitsgemeinschaft Krankenhausseelsorge – DiAG

KS), which has developed Directives for hospital chaplains. It has been accepted 5 April 1995 year.

The article is an analysis of the broader document because it casts a much richer light on the situation of the Church and pastoral care hospital in Germany. The article discusses, in accordance with any content, the following issues: existential situation of pastoral care hospital, the theological foundations of pastoral care hospital and pastoral applications which should be taken into account in its work hospital chaplains.