

Die allgemeine Sorge für die Kranken

Pastorale Perspektiven ehrenamtlicher Krankenbesuchsdienste

**Um Kranke zu besuchen, muss
man kein ausgebildeter Profi sein.**

**Dieses Werk der Barmherzigkeit ist
allen aufgetragen. Zugleich brauchen
Ehrenamtliche Hilfe und Begleitung,
damit die Begegnung mit den Kranken
gelingen und die christliche Heils-
botschaft durchkommen kann.**

Die Sorge um die Kranken, ihre Pflege und Begleitung ... blieben bis heute ein Erkennungszeichen der Kirche.«¹ Mit diesen Worten bringen die Deutschen Bischöfe zum Ausdruck, dass die Zuwendung zu den Kranken zu den »klassischen« Gebieten christlicher Seelsorge und zu den zentralen Aufgaben im Bereich der Diakonie zählt. Gerade auch für Pfarrgemeinden stellt sich die Herausforderung, ihre Kranken nicht einfach sich selbst zu überlassen: »Eine Gemeinde hört auf, christliche Gemeinde zu sein, wenn sich in ihr die gesellschaftlichen Auslagerungsvorgänge verdoppeln und wiederholen. Eine Gemeinde wird krank, wenn in ihr die Kranken keinen besonderen Platz haben.«²

Die Aufgabe, den Kontakt zu den Kranken nicht abreißen zu lassen, müssen nicht allein die hauptamtlichen Seelsorger einer Pfarrgemeinde übernehmen. Dies ist häufig aus zeitlichen Grün-

den gar nicht möglich. Doch die Werbung und der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern ist oft mit zwei Problemen verbunden: Auf der einen Seite sind viele Menschen gehemmt, sich Kranken zu nähern oder haben Angst, dabei »etwas falsch zu machen«. Auf der anderen Seite sind sich diejenigen, die sich dieser Aufgabe stellen und im Namen der Pfarrei (und nicht nur als »Ersatz« für den Pfarrer!) ehrenamtlich Kranke besuchen, oftmals der Chancen ihrer Tätigkeit gar nicht bewusst.

In biblischer Perspektive ist körperliche und seelische Gesundheit ein wichtiges, nicht jedoch das höchste Gut. Krankheit kann menschliches Glück und die Aussicht auf Gottes Heil nicht einfach zerstören. Dem Vorbild Jesu folgend braucht es aber Menschen, die sich den Kranken zuwenden und ihre Sorgen und Nöte ernst nehmen.

Wenn MitarbeiterInnen von Besuchsdiensten an Kranke herantreten, dann sind dabei mehrere Dimensionen zu berücksichtigen und es braucht verschiedene Kompetenzen. Im Folgenden sollen drei Perspektiven genauer betrachtet werden, die auch von den Deutschen Bischöfen in ihrem Schreiben »Die Sorge der Kirche um die Kranken« aus dem Jahre 1998 thematisiert werden.³

Begegnung und Begleitung

Eine erste Aufgabe besteht in der Begegnung mit kranken Personen, die durch ihre Krankheit aus ihrer gewohnten Umgebung und ihrem vertrauten Alltag herausgerissen sind. Die Situation der Kranken ist von persönlichen und institutionellen Gegebenheiten entscheidend geprägt:⁴ beispielsweise durch die eigene Lebens- und Krankheitsgeschichte, die Art der Konfrontation mit Krankheit (z.B. durch Unfall, wachsendes Unwohlsein, überraschende Diagnose), Art und Ausmaß der medizinischen Therapie und damit verbundenen Unsicherheiten, die eigene Kommunikationsfähigkeit und das Verhalten gegenüber sich selbst und gegenüber der Umwelt. Auch die Selbstzuschreibungen der Kranken sind von zentraler Bedeutung: Wird die Krankheit als Mangel, Strafe oder Prüfung gedeutet oder eventuell sogar als Raum der Gottesnähe (vgl. LG 41) erfahren?

Für den Besuchenden tauchen beim Schritt ins Krankenzimmer weitere Fragen auf: Wer ist der/die PatientIn? Ist der Patient alleine? Hat die Patientin Besuch oder befindet sie sich gerade in einer Untersuchung? Wird ein Besuch erwartet? Diese und ähnliche Fragen verdeutlichen, dass eine Begegnung mit einem kranken Menschen immer einen Prozess darstellt, dessen Ergebnis

»Verunsicherungen vermeiden«

nicht von vorneherein feststeht. Hilfreich für ehrenamtliche MitarbeiterInnen können einige grundlegende Strategien sein: Um Verunsicherungen auf Seiten des Kranken zu vermeiden, ist es zu Beginn sinnvoll, Zuordnungen zu schaffen, d.h. sich mit Namen vorzustellen und den Zusammenhang des Besuchs anzusprechen. Wichtig ist es, dem/der Kranken vorurteils- und zweckfrei zu begegnen. Dies entspricht nicht nur

dem Vorbild Jesu. Zu bedenken ist auch: Von Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals erfahren Patienten vor allem einen zweckgebundenen Umgang, der auf medizinischen Befunden aufbaut, therapeutische Ziele verfolgt oder von pflegerischer Betriebsamkeit geprägt ist. Im Unterschied dazu durchbricht der Besuchende diese klinische Routine, indem er Zeit mitbringt und seine Aufmerksamkeit auf die kranke Person und nicht nur auf die Krankheit richten kann. Sich für die Gefühle der Kranken zu öffnen, die Niedergeschlagenheit nachzuempfinden und eine »Spiritualität der Wertschätzung« zu pflegen, kann so zu einer gelingenden Begegnung mit kranken Menschen führen.

Gelingende Begegnung umfasst auch die Berücksichtigung emotionaler Grenzen, d.h. eine Haltung der Empathie. Wer sich völlig mit fremdem Leiden identifiziert, steht in der Gefahr,

»über die Zeit des Krankenhausaufenthalts hinaus«

selbst innere Stabilität zu verlieren. Nur aus einer gewissen Distanz heraus ist es möglich, die Situation des Kranken einzuschätzen und eventuell Perspektiven aufzuzeigen, zu denen der Kranke selbst nicht gelangt.

Schwieriger als die Begegnung erweist sich für ehrenamtliche Krankenbesuchsdienste oft die Begleitung. Dafür sind weniger pastorale als organisatorische Gesichtspunkte ausschlaggebend. Anders als Klinikseelsorger können Ehrenamtliche meist nur in größeren zeitlichen Abständen tätig werden. Aufgrund immer kürzerer Liegezeiten von PatientInnen in Krankenhäusern und der Auslagerung von therapeutischen Maßnahmen in Spezialkliniken ist ein Zweitkontakt in der Klinik oft gar nicht mehr möglich. Wo es dennoch zu mehreren Kontakten kommt (z.B. bei chronisch Kranken oder bei Patienten am ab-

sehbarer Lebensende), besteht die Chance, »den sozio-emotionalen Rückhalt des Patienten zu stärken«⁵: durch die Vermittlung von emotionaler Nähe, Wertschätzung, Vertrauen oder Interesse, durch Anerkennung, Information oder gar durch konkrete Hilfe (z.B. Besorgungen aus dem Kiosk).

Begleitung kann sich aber – im Idealfall – über die Zeit des Krankenhausaufenthalts hinaus erstrecken. Gerade allein stehende Menschen, die nach einer schweren Erkrankung aus dem Krankenhaus entlassen werden, sind oft nur eingeschränkt in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen. Idealerweise können Krankenbesuchsdienste hier schon vor der Entlassung eine Aufgabe übernehmen, die hauptamtlichen KlinikseelsorgerInnen kaum möglich ist: durch Kontakt zur Pfarrei Hilfe für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt anzubieten, sei es durch die Kontaktherstellung zu den Hauptamtlichen in der Pfarrei, sei es durch die Vernetzung mit anderen Gruppen in der Pfarrei oder durch die Vermittlung von praktischen Hilfen.⁶

Seelsorge im Gespräch

Am Krankenbett verbinden sich oftmals Gespräche über die bisherige Krankheitsgeschichte mit alltäglichen Themen oder mit persönlichen existentiellen Fragen.⁷ Oft können oder wollen Kranke nicht klar ausdrücken, was ihnen auf dem Herzen liegt. Elementare Fragen schwingen daher manchmal in scheinbar banalen Gesprächen mit und kommen in der Erzählung der eigenen Biografie oder in der Beschreibung der eigenen Familie implizit zum Tragen. So stellt sich für Besuchende die Herausforderung, genau hin- bzw. zuzuhören. Es bedarf einer »hohen Kompetenz in bezug auf Gesprächsführung, Ermöglichen von Begegnungen und Gestalten von Beziehungen zu anderen Menschen«⁸.

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen in Besuchsdiensten fühlen sich gerade am Anfang ihrer Tätigkeit manchmal überfordert, das »Richtige« zu sagen bzw. passende Antworten zu finden. Dies betrifft vor allem existentielle Fragen

»Ermöglichen von Begegnungen«

(z.B. »Warum ich?«, »Wo ist Gott in der Krankheit?«) und unmittelbar aufbrechende Krisen. Dies kann – neben anderen Gründen – auch Ausdruck einer fehlenden Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und Ängsten sein. »Jedes Gespräch ist ... ein Selbstgespräch, weil von uns, von unserer Person viel einfließt und weil unsere Verfassung das Gespräch wesentlich beeinflusst.«⁹

Garantien für das »Gelingen« eines Gesprächs mit Kranken gibt es nicht. Dennoch können Leitlinien beachtet werden, die zu einem positiven Verlauf eines Gesprächs mit Kranken beitragen:¹⁰ Nicht in jeder Lage muss der/die Besuchende eine Antwort auf die Frage nach dem »Warum« finden. Es gilt, nicht ständig Lösungen anzubieten, sondern durch Dableiben, Zuhören und Aushalten zur Seite zu stehen. Andernfalls kann ein Besuch schnell »mehr als Zumutung

»Dableiben, Zuhören, Aushalten«

denn als Zuspruch«¹¹ erfahren werden. Ehrliche Anteilnahme an der Hilflosigkeit kann mehr Hilfe sein als eine perfekt formulierte, verbale Antwort.

Besuchende können mit den Kranken über Sinnfindung und -deutung ins Gespräch kommen, sollten aber keine vorkonstruierten Antworten aufdrängen. Floskeln und oberflächlicher Trost (»das wird schon wieder!«) werden von Kranken nicht als Hilfe, sondern eher als Nicht-Ernst-Nehmen interpretiert.

Auch wenn es schwer fällt, können unangenehme Wahrheiten nicht von vorneherein ausgeklammert werden. Die ethische Frage nach der »Wahrheit am Krankenbett« schwingt hier mit. Gemeint ist dabei nicht, dem Kranken einfach alles schonungslos mitzuteilen. Doch führt das Verlangen, den Kranken schonen zu wollen, häufig zu einer Unehrllichkeit, die spürbar wird und

**»den Willen der Kranken
gerade bei körperlichem Kontakt
respektieren«**

dem Kranken das Gefühl gibt, nicht verstanden zu werden. Ziel ist deshalb ein (manchmal auch vorsichtiges) Heranführen an die Wahrheit: »Art und Umfang der Aufklärung werden daher grundsätzlich durch die Rücksicht auf das Fassungsvermögen des Patienten bestimmt.«¹²

Ein großer Teil menschlicher Kommunikation findet auf nonverbale Art (z.B. durch Gesten und Zeichen) statt. Gerade wenn Kranken aufgrund ihrer Schwäche das Sprechen schwer fällt, ist Körperkontakt wichtig. Dies beginnt beim Händedruck, kann aber auch – wo es passt – das Halten der Hand oder das Streichen über den Kopf umfassen. Voraussetzung ist dabei die Authentizität der Besuchenden und die Nicht-Verweigerung durch die Kranken, deren Willen gerade bei körperlichem Kontakt unbedingt zu respektieren ist.

Glaubwürdige Verkündigung

Am Krankenbett ist der Vertreter eines pfarreibasierten Besuchsdienstes nicht »nur« Besucher, sondern wird auch als Repräsentant der Pfarrei und damit der Kirche wahrgenommen. In einem zunehmend multikulturell und synkretistisch geprägten Umfeld stellt dies oft die

einzige Verbindung zwischen Kranken und Pfarrgemeinde dar. Nicht alle besuchten Personen haben ein entspanntes Verhältnis zur offiziellen Kirche. Häufig handelt es sich um kirchenferne oder kirchenkritische ChristInnen. Dennoch zeigt die Erfahrung, dass die große Mehrheit der besuchten Personen nicht mit Misstrauen, sondern mit Offenheit und Dankbarkeit auf den Besuch eines Kirchenvertreters reagiert. Neben der Erfahrung einer existentiellen Krise, in der sich religiöse Fragen und das Bedürfnis nach Kontakt mit Gott auf ganz neue Weise stellen, steht im Krankenhaus wohl auch das Bedürfnis nach einer »Vertrauensperson« jenseits des hektischen Klinikbetriebs im Vordergrund. So wird dem/der Besuchenden oft ein Vertrauensvorsprung entgegengebracht.

Religiöse Überzeugungen, Zweifel und Fragen fließen am Krankenbett häufig in das Gespräch ein – selbst dort, wo sie nicht ausdrücklich thematisiert werden. Als VertreterIn ihres Glaubens dürfen Ehrenamtliche keine Angst davor haben, über elementare Sinnfragen sowie

»Gottes Mitleiden«

den christlichen Glauben an Gottes Mitleiden und seine Heilsbotschaft zu sprechen, auch wenn häufig Ängste vor möglichen Reaktionen des Gegenübers oder fehlenden Erfahrungen bzw. mangelnde Verinnerlichung einer eigenen Gebetspraxis mitschwingen.¹³

Zwei Aspekte erscheinen wichtig: Zum einen ist »Verkündigung« am Krankenbett nicht zu verwechseln mit Predigt oder Belehrung. Es kann gerade nicht darum gehen, Glaubensinhalte an den Mann oder die Frau bringen zu wollen oder Kranke durch lehrhafte Rede zu überzeugen. Verkündigung am Krankenbett geschieht zunächst durch die Bereitschaft, sich auf die Kranken einzulassen und Anteil zu nehmen und

so etwas von Gottes Liebe und Mitleiden spürbar werden zu lassen. Zum anderen ist damit zu rechnen, dass sich bei Kranken »Perspektiven einfach nicht zeigen wollen, und [man] kann darüber nicht mit frommen Worten hinwegreden. BesucherInnen können ja nur dann glaubhaft sein und vielleicht stützen, wenn sie mit den Menschen in ihren Anfechtungen aushalten.«¹⁴

Die Deutschen Bischöfe weisen auch auf die Bedeutung des persönlichen und gemeinsamen Gebetes mit den Kranken hin. Dabei darf es keinen Zwang geben, Kranke zum Gebet zu führen.

»*Verbindung von Besuchs- und Kommunionhelferdienst*«

Die Entscheidung, sich darauf einzulassen, liegt beim Kranken selbst. Auch eine Ablehnung gilt es zu respektieren. Um einzuschätzen, ob bzw. welches Gebet in der konkreten Situation sinnvoll ist, braucht es Einfühlungsvermögen und Authentizität. Grundlage dafür bildet eine »eigene Spiritualität und persönliche Verwurzelung im Gebet.«¹⁵

Auch eine Mitarbeit der ehrenamtlichen Besuchsdienste in der Sakramentenpastoral ist sinnvoll: In der Verbindung von Besuchs- und Kommunionhelferdienst kann beispielsweise für kranke Personen der unmittelbare Zusammenhang

»*Begegnung, Begleitung, Mitleiden*«

von Begegnung, Begleitung und Mitleiden sowohl von Menschen als auch von Gott besonders deutlich aufscheinen. Auch haben ehrenamtliche MitarbeiterInnen die Möglichkeit, den Wunsch von Kranken nach dem Empfang von Sakramenten (evtl. auch nach einer Rückkehr ins eigene Heim) an die KrankenhauseelsorgerInnen oder an die Geistlichen aus der Heimatpfarre weiterzuleiten.

Gestaltung eines Besuchsdienstes

Ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an Krankenbesuchsdiensten können ihre Aufgabe nicht isoliert erfüllen. Leicht kann sich sonst ein Gefühl der Überforderung, der Resignation oder des Alleingelassenseins einstellen. Für die hauptamtlichen SeelsorgerInnen einer Pfarrgemeinde stellt sich deshalb die Aufgabe, die Arbeit der Besuchsdienste zu begleiten.

Eine wichtige Voraussetzung für die gelingende Arbeit besteht in der Klärung von Ziel und Aufgabe des Krankenbesuchsdienstes. Dies muss einerseits am Anfang der Tätigkeit stehen, sollte aber auch begleitend in regelmäßigen Treffen immer wieder thematisiert werden. Sinnvollerweise werden Ziele und Aufgaben gemeinsam formuliert. Leitfragen können sein: Welchen Sinn

»*Details im Vorfeld klären*«

soll der Krankenbesuchsdienst haben? Wie lässt sich dies konkret umsetzen? Welche Aufgaben gehören nicht zur Tätigkeit (z.B. als Kontaktperson zu Ärzten oder Pflegepersonal zu fungieren)? Welche spirituellen Dimensionen gilt es zu berücksichtigen? Soll es einen schriftlichen Gruß der Pfarrei (z.B. inklusive Gebetsvorschlägen) geben?

Damit ehrenamtliche Mitarbeiter ihren Krankenbesuchsdienst ausüben können, müssen Rahmenbedingungen auf verschiedenen Ebenen geklärt und abgesteckt sein. Mit den Kliniken bzw. Einrichtungen sollten – soweit möglich – verschiedene Details im Vorfeld geklärt werden, z.B. zu welchen Zeiten Besuche sinnvoll sind, ob Kosten anfallen (z.B. für Parkgebühren), ob es möglich ist, bei Bedarf mit den hauptamtlichen Klinikseelsorgern in Kontakt zu treten. Es ist sinnvoll, den Mitarbeitenden offizielle Kran-

kenbesuchsausweise der Pfarrei auszustellen, damit es nicht zu Legitimationsschwierigkeiten kommt.

Innerhalb des Besuchsdienstes ist abzusprechen, wer in welchem Krankenhaus Besuche übernimmt und in welchen zeitlichen Abständen diese durchgeführt werden. Dabei ist auch zu klären, ob Termine regelmäßig abgesprochen werden müssen und wie sich bei Verhinderung »Ersatz« finden lässt. Schließlich ist es sinnvoll, in der Pfarrei einen hauptamtlichen Ansprechpartner zu benennen. Zum einen kann dieser den Besuchsdienst begleiten und die Koordination übernehmen, bei Problemen zur Seite stehen, aber auch für eine Vernetzung mit anderen Gruppen der Pfarrei sorgen.

Gelegentlich bringen MitarbeiterInnen in ehrenamtlichen Besuchsdiensten Erfahrungen mit Kranken ein, manchmal aus ihrem Beruf, häufiger aus dem privaten Bereich. Eine professionelle Ausbildung fehlt jedoch meistens. Deshalb ist es nötig, sie zu schulen, ihnen Grundlagen für ihren Dienst zu vermitteln und sie im Laufe ihrer Tätigkeit mit weiterführenden Impulsen zu versorgen. Dabei ist inhaltliches Wissen (z.B. Information über Krankenhausabläufe, Gespräch mit hauptamtlichen Krankenseelsorgern, Fachvorträge) ebenso zu berücksichtigen wie praktische Fähigkeiten (z. B. Grundlagen der Gesprächsführung) und die spirituelle Dimension (z.B. durch Gebetsimpulse oder eine diakonische Lektüre der Bibel¹⁶). Gelegentlich bieten

»Grundlagen für ihren Dienst vermitteln«

medizinische Einrichtungen (z.B. Infotage für Besuchsdienste) oder auch Dekanate oder Bistümer (z.B. durch Studientage) entsprechende Angebote an. Gerade am Anfang finden ehrenamtliche MitarbeiterInnen oft Sicherheit, wenn sie ihren

ersten Besuche nicht alleine, sondern in Begleitung einer Hauptamtlichen bzw. eines erfahrenen Mitarbeiters bestreiten können.

Neben der Vertiefung von Wissen und Fähigkeiten bedarf es schließlich auch der Begleitung von ehrenamtlichen Krankenbesuchsdiensten über die bloße Organisation hinaus. Gemeint ist damit vor allem die Möglichkeit, über erlebte Schwierigkeiten, erfahrene Konfliktsituationen, aber auch eigene Probleme und Unsicherheiten zu sprechen. Zwar wird von den Besuchenden erfahrungsgemäß ein Großteil der Begegnungen positiv eingeschätzt. Dennoch gibt es

»Austausch im Gespräch«

immer wieder auch Konfrontationen und Begegnungen, die als bedrückend oder »unbefriedigend« empfunden werden. In diesen Fällen kann der Austausch im Gespräch zur Klärung und damit auch zur Verarbeitung beitragen. Regelmäßige Treffen, in denen sich die MitarbeiterInnen über ihre Erfahrungen austauschen können, sowie die Möglichkeit für Einzelgespräche mit den hauptamtlichen Seelsorgern sind hierfür hilfreich.

Brückenfunktion

Gerade in ihrer »Brückenfunktion« zwischen Krankenhaus und Pfarrei bieten sich ehrenamtlichen Krankenbesuchsdiensten Chancen, die »professionelle« KrankenhausseelsorgerInnen nur in stark reduziertem Maße wahrnehmen können: Sorgen und Nöte von Pfarrangehörigen wahrnehmen, die außerhalb des Krankenhauses nicht zur Sprache gekommen wären; den Kontakt zur Pfarrgemeinde herzustellen und nach der Krankenhauszeit aufrecht zu erhalten; und spirituelle Bedürfnisse an hauptamtliche Seel-

sorger der Pfarrei weiterzugeben. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen dürfen in diesem Unterfangen jedoch nicht sich selbst überlassen werden: Es bedarf der kontinuierlichen Begleitung, damit ehrenamtliche Besuchsdienste ihre Aufgabe in angemessener Weise übernehmen können. Hier

sind vor allem die hauptamtlichen Seelsorger auf Pfarrei- oder Dekanatebene gefordert.

Alexander Flierl, Dr. theol., ist Pastoralreferent und derzeit in der Katholischen Hochschulgemeinde Regensburg eingesetzt.

¹ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), *Die Sorge der Kirche um die Kranken* (= Die Deutschen Bischöfe 60), Bonn 1998, 3.

² Paul M. Zulehner, *Pastoraltheologie*. Bd. 3: Übergänge, Düsseldorf 1990, 78.

³ Vgl. Die Deutschen Bischöfe, Anm. 1, 11-16.

⁴ Vgl. Victor Gisbertz, *Ist einer von euch krank ... Besuche bei Kranken* (= Perspektiven für die Seelsorge 4), Würzburg 1991, 22-28.

⁵ Johannes Siegrist, *Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhaussoziologie*, in: Michael Klessmann (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, Göttingen 1996, 28-39, hier 38.

⁶ Vgl. Hermann-Josef Frisch, *Leitfaden Gemeindepastoral*, Düsseldorf 1992, 131f.

⁷ Vgl. Michael Klessmann, Ein-

leitung: *Seelsorge in der Institution »Krankenhaus«*, in: Ders. (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, Göttingen 1996, 13-27, hier 21f.

⁸ Die Deutschen Bischöfe, Anm. 1, 13.

⁹ Heiderose Gärtner, *Gute Gespräche führen*. Ein Arbeitsbuch für gelingende Besuche im Krankenhaus, Altenheim und in der Gemeindearbeit, Gütersloh 2004, 25.

¹⁰ Vgl. Alfons Gerhardt, *Die Kranken besuchen*. Ein Werkbuch, Limburg 1996, 36-42.

¹¹ Ehrenfried Schulz, *Wenn es um die Lebensmöglichkeiten der Schwachen und Behinderten geht ... Das Leid als „Gottes Anruf“ an die Gesunden*, in: Erich Garhammer / Peter Scheuchenpflug / Hubert Windisch (Hg.), *Provokation Seelsorge*. Wegmarkierungen heutiger Pastoraltheologie, Freiburg i. Br.

2000, 348-364, hier 352.

¹² Eberhard Schockenhoff, *Zur Lüge verdammt? Politik, Medien, Medizin, Justiz, Wissenschaft und die Ethik der Wahrheit*, Freiburg ²2005, 482; vgl. auch Flierl, Alexander, *Die (Un-)Moral der Alltagslüge?! Wahrheit und Lüge im Alltagsethos aus Sicht der katholischen Moraltheologie* (= SdM 32), Münster 2005.

¹³ Vgl. Monika Hoffmann, *Die Rolle des Gebetes beim Krankenbesuch*, in: *DIAKONIA* 37 (2006), 139-145, hier 139.

¹⁴ Rainer Dillmann / Josef Hochstaffel, *Jesus als Modell*. Praxisbegleitung in einem Gemeindebesuchsdienst, Mainz 1991, 134.

¹⁵ Monika Hoffmann, Anm. 13, 141.

¹⁶ Vgl. Ehrenfried Schulz, Anm. 11, 360ff.