

»Ich bin krank gewesen,
und ihr habt mich besucht.«

Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge

Herausgegeben vom Landeskirchenrat
der Evangelischen Kirche der Pfalz
(Protestantische Landeskirche)
und vom Konvent der
Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger
im Bereich der Evangelischen Kirche der Pfalz
(Protestantische Landeskirche)

Impressum

Schwerpunktthema „Krankenhaus- und Gemeindegeseelsorge“
Landessynode Juni 2006

Herausgeber und verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Evangelische Kirche der Pfalz
(Protestantische Landeskirche)
Landeskirchenrat
Domplatz 5, 67346 Speyer
Telefon (0 62 32) 66 71 16, Telefax (0 62 32) 66 72 56
E-Mail: Dezernat.III@evkirchepfalz.de

Mitherausgeber:
Konvent der Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger im Bereich der
Evangelischen Kirche der Pfalz (Protestantische Landeskirche)

Gesamtherstellung:
Evangelischer Presseverlag Pfalz GmbH, Speyer

Fotos: privat

„Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht.“
(Matthäus 25, 36)

Inhalt

| | Seite |
|---|-------|
| <i>Grußworte</i> | |
| Kirchenpräsident Eberhard Cherdron | 5 |
| Synodalpräsident Henri Franck | 6 |
| <i>Auslegung von 1. Könige 19, 5–8</i> | |
| Pfarrer Wolfgang Roth | 8 |
| <i>Grundsatzreferat: Krankenhaus- und Gemeindegeseelsorge. Gegenwärtige Herausforderungen und Chancen</i> | |
| Oberkirchenrat Christian Schad | 11 |
| <i>Leitlinien der Krankenhauseelsorge vom 15. März 2006</i> | 30 |
| <i>Resolution der Landessynode vom 8. Juni 2006</i> | 38 |
| | |
| PRÄSENTATION | 41 |
| <i>Meditation zu Psalm 23</i> | |
| Pfarrer Thomas Posten | 42 |
| <i>Erfahrungen eines Arztes mit der Krankenhauseelsorge</i> | |
| Oberarzt Dr. med. Eberhard Rau | 44 |
| <i>Die Bedeutung der Krankenhauseelsorge für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</i> | |
| Pflegedirektorin Doris Wiegner | 50 |
| <i>Krankenhauseelsorge in ihrer Vielfalt</i> | |
| <i>Seelsorge in einem Haus der Grund- und Regelversorgung</i> | |
| Pfarrerin Daniela Körber | 56 |
| <i>Seelsorge in einer Rehabilitationsklinik</i> | |
| Pfarrer Max Krumbach | 59 |
| <i>Seelsorge in einer Kinderklinik</i> | |
| Pfarrerin Marion Weigelt-Drexler | 61 |

| | |
|--|----|
| <i>Seelsorge in einem Haus der Maximalversorgung</i> Pfarrerin Sigrid Krauss | 64 |
| <i>Seelsorge in einer Klinik für Psychiatrie und Neurologie</i> Pfarrer Joachim Geiling | 66 |
| <i>Seelsorge auf einer Palliativstation</i> Pfarrerin Suse Günther | 68 |
| <i>Seelsorge im Maßregelvollzug</i> Pfarrer Wolfgang Roth | 71 |
| <i>Was heißt „gute Seelsorge“?</i> <i>Ein misslungenes und ein gelungenes Seelsorgegespräch</i> <i>Qualität und Methoden der Krankenhauseelsorge</i> Pfarrer Joachim Geiling, Pfarrer Wolfgang Roth | 74 |
| <i>Integrative Seelsorge</i> <i>Curriculum „Ehrenamtliche Krankenhauseelsorge“</i> Pfarrerin Sabine Hofäcker | 83 |
| <i>Seelsorge in der Ambulanten Hospizhilfe</i> Pfarrerin Birgit Rummer | 86 |
| <i>Seelsorge im Rahmen einer Kombinationsstelle</i> <i>(Gemeinde und Krankenhaus)</i> Pfarrer Thomas Posten | 90 |
| <i>Resümee</i> Pfarrerin Brigitte Becker | 95 |
| <i>Arbeitskreis zur Vorbereitung des Schwerpunktthemas</i> <i>„Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge“ während der</i> <i>Junitagung 2006 der Landessynode der Evangelischen Kirche</i> <i>der Pfalz (Protestantische Landeskirche)</i> | 97 |



Mit der vorliegenden Veröffentlichung werden die Beiträge zum Thema „Krankenhaus- und Gemeindegeseelsorge“ auf unserer Synodaltagung im Juni 2006 dokumentiert. Ich verbinde diese Veröffentlichung mit dem Dank an alle, die dazu beigetragen haben, dass v. a. der Schwerpunkt „Krankenhausseelsorge“ auf unserer Landessynode mit dieser Intensität behandelt werden konnte. Damit wurde den Synodalen eine gute Möglichkeit eröffnet, ein so wichtiges

Arbeitsfeld unserer Kirche, das sonst nicht unbedingt im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht, wahrzunehmen.

Es ist wichtig, dass uns solche Beispiele gelingender Arbeit vorgestellt werden, die unserer Kirche immer wieder auch deutlich machen, wie unverzichtbar bestimmte Arbeitsfelder für unsere Kirche sind. Mit dieser Publikation verbinde ich zugleich den Dank an alle, die in der Krankenhausseelsorge verantwortlich tätig sind. Das sind zuerst einmal die hauptamtlich Verantwortlichen in den verschiedenen Krankenhäusern im Bereich unserer Landeskirche, aber in zunehmendem Maße auch ehrenamtlich Tätige.

Für die Zukunft wünsche ich allen in der Krankenhausseelsorge Verantwortlichen Gottes reichen Segen.

Eberhard Cherdron
Kirchenpräsident



„Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht ... Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan.“
(Mt 25, 36.40)

Seelsorge gehört ganz selbstverständlich zu den fünf Hauptaufgaben unserer Landeskirche, wie sie deren Verfassung gleich im ersten Paragraphen beschreibt. In ihrer Ausprägung als Krankenhaus- und Klinkseelsorge hat sie aber ihren Auftrag nicht nur

aus der Verfassung, sondern direkt aus dem Evangelium.

Damit ist zugleich der hohe Stellenwert dieses kirchlichen Arbeitsfeldes betont, weshalb es gewiss an der Zeit war, dass die Landessynode diesen Bereich in Form des Schwerpunktthemas „Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge“ in den Blick nahm und würdigte. Dabei ist deutlich geworden, in welcher Vielfalt und mit welchem Engagement diese wichtige kirchliche Arbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen in Krankenhäusern, Kliniken und Gemeinden geleistet und getragen wird.

Die vorliegende Dokumentation will dieses Engagement über den Tag hinaus festhalten und für einen größeren Kreis an Interessierten zugänglich machen. Dabei wird sichtbar, welche wichtige Aufgabe Kirche in diesem Bereich zu erfüllen hat, auch wenn Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern und Kliniken sowie Sozialstationen sich ändern und aus kranken Menschen „pauschalierte Fälle“ werden. Gegen diese pauschale Zuwendung setzt evangelische Seelsorge an den Krankenbetten ein Zeichen der persönlichen Zuwendung, der Menschlichkeit, der Nächstenliebe und der Liebe Gottes zu den Menschen. Deshalb ermutigt die Synode in ihrer Resolution, die sie zum Abschluss des Schwerpunkttages einstimmig verabschiedet hat, alle in der Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge tätigen Haupt- und Ehrenamtlichen, sich diesen neuen Herausforderungen zu stellen und wünscht eine quantitative und qualitative Stärkung dieses Arbeitsfeldes.

Mit der Vorbereitung dieses Schwerpunktthemas „Krankenhaus- und Gemeindegeseelsorge“ auf der Synodaltagung im Frühjahr 2006 waren zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der gesamten Landeskirche beschäftigt, um ihre Arbeit vor- und darzustellen. Wegen des Tagungsortes im „Haus der Kirche“ in Bad Herrenalb war dies mit noch mehr Arbeit als gewöhnlich verbunden. Für dieses übergroße Engagement – neben dem Dienst in den Kliniken, Krankenhäusern, Hospizen und Gemeinden – danke ich noch einmal besonders herzlich.

Henri Franck
Synodalpräsident



Pfarrer Wolfgang Roth.

Auslegung von 1. Könige 19, 5–8

„Ein Mann hat eine Erfahrung gemacht. Jetzt sucht er die Geschichte dazu – man kann nicht leben mit einer Erfahrung, die ohne Geschichte bleibt, scheint es, und manchmal stelle ich mir vor, ein anderer habe genau die Geschichte meiner Erfahrung ...“

Diese Sätze stammen von Max Frisch aus seinem Roman: „Mein Name sei Gantenbein“.

Elia und der Engel – das ist die Geschichte zu unserer Erfahrung. Elia, das war nicht nur einmal, damals, als dieser Prophet Gottes nach einem ungeheuren persönlichen Triumphgefühl jäh in eine Lebenskrise stürzte und in die Wüste floh. Elia und sein Engel – das findet täglich statt, in uns. Denn es gibt keinen Menschen, und erst recht gibt es keinen Menschen in unseren Kliniken, der das nicht aus eigener, bitterer Erfahrung kennt:

Abgestürztsein, Ausgebranntsein, in die Flucht Gejagtsein, zu Tode Betrübtheit. Die Welt ist voll von Menschen, die Eliaerlebnisse aushalten müssen und schier daran verzweifeln.

Elia wurde nicht gefragt, als seine Mission scheiterte und sein Lebensentwurf zerbrach. Auch wir werden nicht gefragt, ob uns die Krise Krankheit willkommen ist oder nicht. Aber Menschen, die plötzlich aus allem herausgerissen sind, sich liegend in einem Krankenbett vorfinden, können in der Geschichte von Elia und seiner Begegnung mit dem Engel ihr Leben aus einer anderen Sicht betrachten. Es kann die Geschichte zu ihrer Erfahrung werden, wenn sie davon hören.

Elia geriet, ohne dass er es merkte, in eine Art manischen Wahn. Später zur Rede gestellt, wird er sich zu rechtfertigen suchen: „Ich habe geeifert für den Herrn.“ Er wird es sogar ausführlich noch einmal wiederholen. Zuvor erlebt er, wie er in der absoluten Steigerung seines religiösen Sendungsbewusstseins kurzerhand 450 Kollegen der anderen Seite erledigt.

Das kann nicht gut gehen. Aus dem Verfolger wird über Nacht selbst ein Verfolgter. Der äußeren Flucht über Beerscheba in die Wüste folgt die innere der Resignation und Depression, und er erkennt unter dem Ginsterstrauch: „Es ist genug, so nimm nun, Herr, meine Seele, ich bin nicht besser als meine Väter.“

Was für eine Erkenntnis dieses religiös bis zum Äußersten aktiven Menschen! Elia tut das Beste, was wir in vergleichbaren Lagen tun können: Er steigt aus, legt sich schlafen. Zwar will er nie mehr aufwachen, aber so einfach geht das meistens nicht.

Wie gut, dass wir Menschen schlafen können! Dass wir hinuntertauchen können, wie die Wurzeln des Ginsters tief hinabreichen bis an das Grundwasser, so auch wir tief hinabsinken können bis zu unserem unbewussten Lebensstrom. Dort beginnt die Heilung. Dort wachen die klärenden, heilsamen Träume auf; dort warten Engel auf uns, die uns behutsam berühren, ins Leben zurückholen, mit Elementarem stärken: „Und siehe, ein Engel rührte ihn an und sprach zu ihm: ‘Steh auf und iss!’ „ – Nicht mehr, nicht weniger. Kein überflüssiges Wort. Keine unnötige Frage, kein belastender Vorwurf, keine langatmige Erklärung. Doch der Lebensatem berührt den zu Tode Erschrockenen. Und er hört das klare, klärende Wort, das sich der sprachlos Gewordene selbst nicht mehr sagen kann: „Steh auf und iss! Komm zu Kräften, tu’ ganz Menschliches!“

Der Engel ist nicht sichtbar, doch er spricht unsere Sprache. Kurz und bündig. Keine Botschaft, kein Trost, kein Ziel, kein Auftrag. Hier nicht. Nur Grundstoffe, die das Überleben sichern. Der Prophet darf Mensch bleiben oder vielleicht erst werden: in seiner Angst, gefangen in seiner Enttäuschung. Ganz menschlich schläft er noch einmal ein. Er hat noch genug vom bisherigen Leben, er hat noch genug an seiner Schmach, seinem Karriereknick. Er ist noch nicht so weit. Er braucht noch Zeit. So erleben sich Menschen in unseren Kliniken. Sie brauchen viel Zeit, Geduld, Ausharren. Das Wunder ist nicht die schnelle Lösung, sondern der lange, langsame Weg durch die Wüste.

Der Engel weiß das. Darum behält er uns in Dürrezeiten im Blick und kommt wieder. Hält aus. Schweigt. Sagt nur, was verkraftet werden kann. Zu früher Trost ist trostlos. Macht trostlos.

Vielleicht finden wir nach und nach eine Sprache mit dem Engel, die den Bogen zur Zukunft schlagen kann. Etwa so:

„Du lässt nicht zu, Engel, / dass ich meine Tage / hinlebe, aufs
Gratewohl / und seelenblind. / Du willst, dass ich hinschaue / und
sage: So ist es, ich bin's. / Du bist kein Freund / routinierter Erledi-
gungen / und polierter Oberflächen. / Du willst nicht, / dass ich wie
Luft behandle, / was folgenschwer und mühsam ist. / Du fertigst
mich nicht ab / mit leichtem Gepäck / und sorgloser Auskunft. / Du
willst / keine Ausflüchte hören, / sondern die Wahrheit: / Ich sehe
schwarz, / und ich komme nicht weiter. / Dann wirst du mir sagen: /
Nimm den Zirkel, und schlage / den Bogen um dich, / den reglos
verharrenden Mittelpunkt. Sieh: / Das untere Ende / ruht in dem,
was dich lähmt / und an gestern bindet. / Das andere Ende / reicht
weit in die Zukunft. / Es zeigt in Vollendung / das Werkstück der
Tage. / Nimm den Zirkel, und schlage / den Willensbogen!“

(Quelle: Erhard Domay, Dein heiliger Engel sei mit mir. Gedanken
und Bilder von den Wegen Gottes in unserer Welt, Lahr 1991, S. 83)

Elia und der Engel – eine der biblischen Geschichten zu unserer
Erfahrung. Sie macht sensibel für unsere Not und mehr noch sensi-
bel für Begegnungen mit Mächten aus himmlischen Sphären. Licht
im Dunkel.

Mit Annette Soete's Frage und Antwort will ich schließen:

„Hast du / den Engel des Lichtes / gesehen / Sanft / streift er /
durch die Nächte der Welt / Legt hier / seine Hand auf ein Stöhnen /
Blickt dort / voll / Erbarmen / der Angst in die Augen / und sagt / in
den Schrei der / Verzweiflung / Sein lichtendes Wort / Hast du / den
Engel des Lichtes / gesehen / Hier war er / und dort / und doch über-
all / er streift durch die Nächte / der Welt / und gräbt / in die Finster-
nis tief / den Samen des ewigen / Morgens / streut / Schweigen / in
jegliche Not / hast du / den Engel / des Lichtes / gesehen / Er trägt /
deine Nacht / in den Händen / du findest ihn immer in dir.“ Amen.



Oberkirchenrat Christian Schad.

Grundsatzreferat: Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge. Gegenwärtige Herausforderungen und Chancen

Sie gilt als die letzte jüdische Psalmistin deutscher Zunge: Rose Ausländer, die am 3. Januar 1988 86-jährig in einem kleinen Zimmer des Nelly-Sachs-Hauses, dem Altenheim der jüdischen Gemeinde in Düsseldorf, starb. Über

15 Jahre hinweg musste sie das Krankenbett – ihre, wie sie selbst sagt: „Matratzengruft“ – hüten. Und dennoch besaß dieser enge Raum für sie Weite. Der Unort des Lebens wurde zum Ort der Poesie, zum Raum ihrer Träume und Sehnsüchte, Anfangs- und Endpunkt ihrer lyrischen Phantasierreisen. In ihm fand sie, die an das Wunder und die verbindende Kraft des Wortes glaubte, ihre eigentliche Heimat. „*Wort an Wort*“, so ist eines ihrer Gedichte aus dieser Zeit überschrieben:

*„Wir wohnen
Wort an Wort*

*Sag mir
Dein liebstes
Freund*

*Meines heißt
Du“.*

Leben gelingt im Gespräch, im wechselseitigen Angesprochenwerden. Dass wir aneinander Anteil nehmen, das macht unser Menschsein aus. Man kann nicht alleine leben. Wir brauchen das Du des Freundes. Wir brauchen das Wort und den Trost der Geschwister, gerade im Leid.

Von Jesus heißt es, wenn er einem kranken oder hilflosen Menschen begegnete: „Da jammerte es ihn.“ Eine bildhafte Ausdrucksweise gewiss, die aber etwas vermittelt von der Haltung und inneren

Ergriffenheit, wenn Menschen „Wort an Wort wohnen“; nicht von oben herab kommen, sondern mittendrin sind, an der Seite stehen – und das, was Andere beschwert, an sich selber heranlassen.

Wer so Anteil nimmt, braucht neben der Nähe immer auch Distanz. Auch das kann man von Jesus lernen. Er suchte – nach Begegnungen mit bedürftigen und kranken Menschen – Abstand und Ruhe, musste eine Zeit lang alleine sein, um seine Kräfte zu sammeln.

Seelsorge in diesem generellen Sinn ist also etwas zutiefst Menschliches. Eine unverzichtbare und grundlegende Weise unserer Humanität. Der katholische Theologe Rolf Zerfaß hat als ein Modell für den menschlichen Aspekt von Seelsorge die Erfahrung von „Gastfreundschaft“ empfohlen. Gastfreundliche Seelsorge gibt dem Anderen Raum, nimmt seine Bedürfnisse wahr, ohne zu vereinnahmen. Sie gibt und empfängt zugleich. Gastfreundliche – und darin eben „menschliche“ Seelsorge, sagt er, „wagt es, sich fremden Menschen anzuvertrauen, weil sie die überraschende Erfahrung macht, dass uns bis heute im Fremden Gott begegnet.“

Luther hat deshalb immer wieder betont, dass das Evangelium auch „per mutuum colloquium et consolationem fratrum“, also: „durch wechselseitiges Gespräch und geschwisterliche Tröstung“ erfahren werde. Indem Menschen miteinander sprechen und füreinander aufmerksam werden – helfend, stärkend, herausfordernd, ratend, ermutigend – erfahren sie auch etwas von der Menschenfreundlichkeit Gottes in Jesus Christus, die in seiner Gemeinde in vielfältigen Vollzugsformen konkrete Gestalt gewinnt.

Wenn wir uns jetzt schwerpunktmäßig der Krankenhausseelsorge als einem eigenständigen kirchlichen Arbeitszweig mit spezifischen Gegebenheiten und Erfordernissen zuwenden, ist es von entscheidender Bedeutung, dass wir den Zusammenhang mit der Alltags- und Gemeindegeseelsorge im Blick behalten. Nicht als Sondertätigkeit, getrennt von der Gemeinde, wollen wir die spezielle Seelsorge im Krankenhaus verstehen, sondern als Teil einer seelsorglichen Kirche im Ganzen. Wir stehen vor der Aufgabe, Gemeinde- und Klinikseelsorge so zu gestalten, dass sie füreinander durchlässig werden – zum Gewinn für beide Handlungsfelder. Denn sowohl im Krankenhaus als auch in der Gemeinde kann Kirche heute gerade durch die Qualität ihrer Seelsorge überzeugen!

In vier Schritte möchte ich mein Referat gliedern:

Zunächst sollen die aktuellen Veränderungen im Gesundheitswesen zur Sprache kommen (s. 1.), und zwar verstanden als Herausforderung für eine sach- und zeitgemäße Klinik- und Gemeindegeseelsorge (s. 2.). Von da aus möchte ich die besonderen Aufgaben, Standards und Ziele der Krankenhauseelsorge in Blick nehmen (s. 3.), um schließlich nach der Bedeutung der Klinikseelsorge für die Kirche insgesamt zu fragen (s. 4.).

1. Veränderungen im Krankenhaus- und Gesundheitswesen

Am 29. August 2001 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser beschlossen. Das bisher geltende Mischsystem, das Fallpauschalen, Sonderentgelte und tagesgleiche Pflegesätze umfasst, wird durch die Finanzierung nach bundesweit einheitlichen Fallpauschalen, orientiert an sog. DRGs (= *Diagnosis-Related-Groups*), abgelöst. So werden künftig sämtliche allgemeinen Krankenhausleistungen – ausgenommen die in den Fachrichtungen: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – pauschal über feste Preise vergütet. Wurden z. B. für eine Blinddarmoperation in einem Haus der Grund- und Regelversorgung bei einem durchschnittlichen Tagespflegesatz von 250,- Euro und einer Verweildauer von 10 Tagen 10 x 250,- Euro, also 2.500,- Euro, erstattet, in einem Haus der Maximalversorgung – bei einem durchschnittlichen Tagespflegesatz von 400,- Euro – dagegen 4.000,- Euro, so werden in Zukunft – *unabhängig* von Größe und Kapazität der Klinik – für eine entsprechende OP nur noch 2.000,- Euro vergütet. Durch die gezielte *Abkehr* vom Kostendeckungsprinzip über individuell verhandelte Tagespflegesätze steigt somit der wirtschaftliche Druck auf Häuser, deren Kosten bei der Behandlung einer Fallpauschale über dem Durchschnitt liegen, erheblich. Ökonomisch betrachtet, schafft ein System, das dem Leistungsersteller die alleinige Kostenverantwortung überträgt, den Anreiz, Behandlungsprozesse effizient aufeinander abzustimmen, um v. a. durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus eine Kostensenkung der stationären Behandlung zu erreichen.

Die Zeit, die ein Patient im Krankenhaus verbringt, hat sich bereits in den letzten 20 Jahren halbiert – und liegt heute durch-

schnittlich bei 7 bis 8 Tagen. Kliniken entwickeln sich immer mehr zu modernen Dienstleistungsunternehmen mit zunehmendem Verdrängungswettbewerb und steigendem Kostendruck. Und weil vermutlich nur noch größere bzw. hoch spezialisierte Wirtschaftseinheiten den Anforderungen gewachsen sein werden, rechnen die Krankenhausträger mit einer Schließungs- bzw. Fusionswelle – und also einer Verminderung von derzeit bundesweit 2.200 auf nur noch 1.500 Häuser. Möglicherweise werden an deren Ende – insbesondere zu Lasten der kommunalen Träger – v. a. privat-gewerbliche Ketten und Zusammenschlüsse innerhalb der Diakonie und der Caritas den Markt bestimmen.

Damit die ökonomischen Anreize der Fallpauschalen aber nicht zu Einbußen in der Versorgung führen, müssen Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegeeinrichtungen viel enger zusammenarbeiten, als das bisher der Fall ist. Hängt doch die Qualität der Behandlung insgesamt entscheidend von der Überleitung vom Krankenhaus in eine entsprechende ambulante Nachbetreuung ab.

Gefordert ist also der Aufbau integrierter Versorgungsnetze, die die starre Trennung zwischen stationärem und ambulantes Sektor bzw. medizinischer und pflegerischer Leistung überwinden. D. h. zum Beispiel: Sozialstationen müssen, sofern sie auch in Zukunft nennenswerte Leistungen in diesem Bereich erbringen wollen, zusammen mit den Kliniken und niedergelassenen Ärzten Angebote einer regionalen Versorgung vorhalten, die sich an der erforderlichen Behandlung und Pflege der Patienten orientieren.

Diese Entwicklung gewinnt unter zwei Aspekten noch mehr an Bedeutung:

1. Der tiefgreifende demographische Wandel in unserer Gesellschaft bringt es mit sich, dass die Zahl der geriatrischen Patienten in den Krankenhäusern stetig zunimmt. Bereits heute sind über 75 % der Klinikpatienten älter als 60 Jahre – und leiden oftmals unter schweren, zunehmend auch chronischen Erkrankungen: Sie vor allem sind von den verkürzten Verweildauern im Krankenhaus betroffen. Entsprechend nehmen der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen, aber auch wiederholte Krankenhausaufenthalte bei dieser Personengruppe am stärksten zu.

Mit der deutlich längeren Lebenserwartung hängt es auch zusammen, dass der Ausbau palliativ-medizinischer Angebote in Kliniken ständig fortschreitet.

2. Für Ärzte und Pflegekräfte hingegen führen die veränderten Verweildauern der Patientinnen und Patienten zu Zeitdruck und einer zunehmenden Verdichtung ihrer Arbeit. Ökonomische und administrative Vorgaben werden zu entscheidenden Kriterien auch der therapeutischen und pflegerischen Abläufe. Im Gesamtsystem „Krankenhaus“ sind alle Berufsgruppen gefragt, wie ihr Tun „sich rechnet“ und zum wirtschaftlichen Bestand des Hauses beiträgt. Das hat zur Folge, dass bei gleich bleibendem Personalstand die Zeit für vertrauensvolle Patientengespräche kürzer wird, und die Kranken selbst ein häufig gedrängtes Programm an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen absolvieren müssen.

Das System läuft Gefahr, die Probleme und teilweise existenzbedrohenden Erkrankungen der Patienten auf die rein körperlichen Beschwerden zu reduzieren, was einem wünschenswerten ganzheitlichen Betrachtungsansatz diametral entgegensteht. Darüber hinaus überschreiten die Belastungen, denen Ärztinnen und Ärzte, Pfleger und Schwestern ausgesetzt sind, häufig deren eigene Bewältigungsmöglichkeiten.

Was bedeuten diese Umwälzungen im Gesundheitswesen nun für unser kirchlich-seelsorgerliches Engagement?

2. Gegenwärtige Herausforderungen für die Klinik- und Gemeindeseelsorge

Inmitten der gravierenden Veränderungen ist die Krankenhauseelsorge für die Atmosphäre und für die Qualität einer Klinik ein wichtiger Faktor. Denn je enger die Leistungskomplexe geschnürt werden, desto mehr wird nach einer Stärkung der personalen und zwischenmenschlichen Dimension im Krankenhaus gesucht. Dort, am anderen Ort, inmitten hoch technisierter Medizin und immer kürzerer Liegezeiten, wird Seelsorge gebraucht. Räume, Orte, Zeiten – und seien es nur Augenblicke – der Stille, der Begleitung, der Begegnung und Deutung sind sichtbare Zeugen dafür, dass ökonomisch durch-rationalisierte Abläufe nicht alles sind. Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Klinik

brauchen noch etwas anderes. Alle zehren sie von einem Atem, der sich nicht verrechnen lässt.

Natürlich kann die Kirche kein Lückenbüßer sein! Aber: dass sie Menschen in Brüchen und Krisen, wie sie im Krankenhaus auftreten, die Ressource „Zeit“ zur Verfügung stellt und sich ihnen individuell zuwendet, dass sie in ethischen Grenzfällen Gesprächspartner und Anwalt der unbedingten Menschenwürde ist, dass sie in der Pflegeausbildung und im Dialog mit Ärzten nicht nur Fragen der Sterbebegleitung, sondern auch des eigenen Kräftehaushalts thematisiert, das wird von vielen geschätzt. Sie spüren, dass etwas grundsätzlich nicht stimmt, wenn der personalen Dimension, also den Fragen nach Vertrauen und Geborgenheit, den geistigen und religiösen Kraftquellen zu humanem Engagement, allzu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Das alles darf freilich nicht über die Probleme hinwegtäuschen, vor die sich auch die Klinikseelsorge gestellt sieht:

Im künftigen Krankenhaus werden immer *mehr* Patienten in immer *kürzerer* Zeit in immer *weniger* Betten versorgt werden. So hat sich beispielsweise im Vinzentius-Krankenhaus in Landau, einem Haus der Grund- und Regelversorgung, in den vergangenen 12 Jahren die durchschnittliche Verweildauer von 14 auf 7 Tage verringert, während sich die Zahl der behandelten Patienten, z. B. in der Inneren Abteilung, von 2.700 im Jahr 1993 auf 5.000 im Jahr 2005 fast verdoppelt hat! Das bedeutet, dass die Krankenhauseelsorge mit ihren vergleichsweise wenigen Hauptamtlichen – der Stellenplan für unsere Landeskirche weist 18 dotierte Klinikpfarrstellen aus –, immer *mehr* Menschen in immer *kürzerer* Zeit aufsuchen müsste, wollte man der Idee einer flächendeckenden Begleitung nachhängen.

Effiziente Seelsorgearbeit angesichts dieser Situation erfordert dagegen eine konsequente Schwerpunktbildung. Genauer: ein System wechselnder Schwerpunkte – z. B. nach Intensivstationen, Onkologischen Stationen und Psychiatrischen Stationen –, ungeachtet der notwendigen Besuche auf Anfrage der Patienten oder nach Rücksprache mit Pflegekräften. Insgesamt ist für die Präsenz der Krankenhauseelsorge ihr exemplarischer Charakter wichtig: Wer sie braucht, soll wissen, dass sie da ist!

Natürlich ist bei schwer kranken Patienten und deren Angehörigen eine intensivere Zuwendung angezeigt. Menschen, deren Diagno-

se besagt, dass die Krankheit nur für eine Frist aufzuhalten ist, stehen vor der schweren Aufgabe, ein Verhältnis zum Unabwendbaren, auch zum Ende ihrer Lebenszeit, zu finden. Es müssen Perspektiven für ein neues Selbstverständnis errungen werden. Deshalb ist an diesen, individuell sehr verschiedenen Übergängen, seelsorgliche Begleitung besonders gefragt.

Überhaupt kommt der sog. Schnittstellenbewältigung im Krankenhaus eine zentrale Bedeutung zu. Nicht nur in medizinischer und pflegerischer, sondern auch in seelsorgerlicher Hinsicht: So ist für Patienten etwa die Situation der Aufnahme und Ankunft auf Station emotional hoch besetzt. Sie haben unter Umständen Angst vor einer „schlechten“ Diagnose oder vor schmerzhaften und schambesetzten Eingriffen. Sie kommen aus ihrer gewohnten Umgebung in eine unübersichtlich und unpersönlich wirkende Institution. Zugleich sind sie fremden Abläufen ausgesetzt, die über sie bestimmen. Vor allem Kinder und alte Menschen erleben ihre krisenhafte Situation deshalb noch einmal verschärft. Dies erfordert Ansprechpartner, die einerseits gut mit dem Krankenhaus vernetzt, aber nicht unmittelbar in die Alltagsroutinen von Medizin und Pflege eingebunden sind. Ich weiß von vielen Seelsorgerinnen und Seelsorgern, die ihre Präsenz gerade in diesem Umfeld intensivieren.

Was allerdings für die Aufnahme gilt, gilt entsprechend für die Entlassung. Eine regional vernetzte, integrierte medizinische und pflegerische Versorgung (s. o.) erfordert eine „integrierte Seelsorge“. Will heißen: ein verstärktes Miteinander von parochialer und funktionaler seelsorglicher Arbeit. Dies wird in Zukunft – angesichts verkürzter Liegezeiten und sich zunehmend in den ambulanten Sektor verlagernden (Weiter-)Behandlungen – an Bedeutung gewinnen. Das Beziehungsfeld der Klinikseelsorge wird wachsen!

In der Psychiatrie z. B. sind die teilstationären Bereiche (sprich: Tageskliniken) bereits hinzugekommen. Auch in den übrigen Häusern wird sich als langfristige Daueraufgabe die gelingende Überleitung zwischen stationärem und ambulatem Bereich stellen. Hier ist wechselseitige Kooperation zwischen Krankenhaus- und Gemeinde-seelsorge nötig – sowie die Vernetzung der Klinikseelsorge mit anderen kirchlichen und diakonischen Diensten und sozialen Einrichtungen. Dazu zählen u. a.: Alten- und Pflegeheime, die Ökumenischen

Sozialstationen und Krankenpflegevereine, die jetzt flächendeckend aufgebauten ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienste sowie die Zusammenarbeit mit der Evangelischen bzw. Katholischen Krankenhaushilfe („Grüne Damen“).

Neben 21 Klinikseelsorgerinnen und -seelsorgern auf den genannten 18 Krankenhauspfarrstellen arbeiten in unserer Landeskirche zur Zeit 9 Pfarrerinnen und Pfarrer im geteilten Dienst, in Gemeinde *und* Krankenhaus, auf sog. Kombinationsstellen. Sie sind als dieselben Seelsorger an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Gemeinde präsent. Sie stehen exemplarisch für die Entwicklung einer helfenden Kultur für Menschen, die immer häufiger zwischen Krankenhaus und ihrem Zuhause in den Gemeinden pendeln.

Darüber hinaus sorgen ehrenamtlich Tätige für die engere Verbindung von Gemeinde- und Krankenhauseelsorge. Sie bringen häufig anderweitige Kompetenzen ein, werden durch hauptamtliche Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger ausgebildet und übernehmen zeitlich und sachlich begrenzte Teilbereiche. Auch durch sie ist eine flexible Präsenz im Krankenhaus gewährleistet.

Nach 1998/99 findet gegenwärtig ein zweites Curriculum „Ehrenamtliche Krankenhauseelsorge“ statt. Die Ausbildung, an der 9 Frauen und 2 Männer teilnehmen, hat im Januar 2006 begonnen und endet im Oktober d. J. mit einem Entsendungsgottesdienst. Danach werden sie, wie die bereits ausgebildeten 14 ehrenamtlichen Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger, in Absprache mit und begleitet von hauptamtlichen Mentorinnen und Mentoren, wöchentlich für 2 bis 3 Stunden Patienten einer Station besuchen. Dabei werden sie über den Zeitraum eines Jahres supervisorisch betreut.

Die Kraft zum Menschsein stärken, darum geht es! Gerade unter den veränderten Bedingungen des Krankenhaus- und Gesundheitswesens muss als Leitsatz gelten, was in den EKD-Leitlinien für die evangelische Krankenhauseelsorge (2004) so formuliert worden ist: „Gute Medizin, gute Pflege und gute Seelsorge gehören zusammen.“

3. Aufgaben, Standards und Ziele der Krankenhauseelsorge

3.1 Qualität in der Seelsorge

Was aber ist „gute Seelsorge“? Die Frage nach der Güte und also der Qualität ist für Krankenhäuser – und damit auch für die Seelsorge

im Krankenhaus – von größter Bedeutung. Seit dem Jahr 2000 sind Kliniken aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes zum internen Qualitätsmanagement verpflichtet (vgl. SGB V § 135a in Verbindung mit § 137). Ziel ist es, Strukturen und Prozesse der einzelnen Dienstleistungen so zu verbessern, dass durch sie Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten sowie der Mitarbeiterschaft optimal berücksichtigt werden. Dies nimmt der Gesetzgeber so ernst, dass die Häuser, die der Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht nachkommen, mit Vergütungsabschlägen zu rechnen haben. Das durch ein Zertifikat nachgewiesene Qualitätsmanagement soll die angebotenen Leistungen im Krankenhaus nach innen und nach außen transparent machen – nicht zuletzt, um die Position der eigenen Einrichtung im Wettbewerb der Anbieter zu steigern. Um das besondere Profil im pluralen Angebot zu schärfen, haben die konfessionellen Krankenhäuser bewusst die Seelsorge als eigene Berufsgruppe und als wichtiges Element der im Krankenhaus angebotenen Dienstleistungen in den Prozess des Qualitätsmanagements einbezogen. Auch private Ketten und nicht-konfessionelle Häuser zeigen mittlerweile großes Interesse, die Klinikseelsorge in den Verlauf der Qualitätssicherung zu integrieren – und sie für die Beziehungskultur in ihrem Haus, für die Mitarbeit am Leitbildprozess und für den Aufbau von Ethikkomitees zu gewinnen.

Das alles zeigt: Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger haben eine doppelte Loyalität – sowohl gegenüber dem Krankenhaus als auch gegenüber der Kirche. Die Kirche ist in der Regel der Anstellungsträger und gibt den Auftrag zur Seelsorge: Klinikseelsorge ist ein freies geistliches Wirken im System „Krankenhaus“. Die Klinik aber ist der konkrete Ort, an dem und in den eingebunden die Seelsorge stattfindet. Seelsorgerinnen und Seelsorger können ihren Dienst sinnvoll nur tun, wenn sie nicht in einer Nische verharren, sondern sich mit ihrem besonderen Auftrag einpassen in die Institution – und anderen verständlich machen, was sie dort tun.

Bezogen auf die Teilnahme am Qualitätsmanagement bzw. die Mitwirkung bei einer Zertifizierung höre ich von unseren Krankenhauspfarrerinnen und -pfarrern immer wieder Folgendes: Dies ist harte Arbeit, kann aber nur Vorteile bringen! Beides hilft, das eigene Arbeitsfeld und die komplexen Erwartungen an die Krankenhaus-

seelsorge aufzublättern und darzustellen. Nur, wer sich einbinden lässt in die Institution, wird wahrgenommen und kann sich aktiv mit ihr auseinandersetzen; ist ihr jedenfalls nicht nur ausgeliefert, sondern kann sie auch mitgestalten und prägen.

Die Frage nach der Qualität lässt sich allerdings nur auf der Basis von Leitlinien beantworten, die Auskunft geben über Grundlagen und Ziele sowie professionelle Standards der Seelsorge im Krankenhaus. Diese definiert die Klinikseelsorge selbst und leistet damit einen eigenständigen Beitrag zu den Qualitätsprozessen, die in Krankenhäusern und Psychiatrischen Kliniken gegenwärtig stattfinden. Entsprechend hat der Konvent der Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger im Bereich unserer Landeskirche im Konsens mit dem Landeskirchenrat seine im Jahr 2000 erstmals erstellten Leitlinien – in Anlehnung an die Orientierungshilfe der EKD zur Klinikseelsorge, 2004 – revidiert und im März d. J. eine neue Fassung verabschiedet. Sie ist in dieser Publikation dokumentiert (s. u.), so dass hier einige Äußerungen zum *Selbstverständnis* und zu *Kernkompetenzen* der Klinikseelsorge genügen sollen:

3.2 Leitlinien der Krankenhauseelsorge

„*Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht*“ (Mt 25, 36). Dieses Wort Jesu dient als Richtschnur und formuliert den Auftrag auch zur Klinikseelsorge. „Krankenhauseelsorge“, so heißt es in den Leitlinien, „ist ein besonderer Dienst der Kirche in der speziellen Erlebens- und Arbeitswelt der Klinik. Die Seelsorge im Krankenhaus ist biblisch begründet und arbeitet theologisch und pastoralpsychologisch verantwortet in ökumenischer Verbundenheit“ und, auf dem Hintergrund wachsender Migration, zunehmend auch im Dialog mit Repräsentanten anderer Religionen.

Gemäß ihrem Selbstverständnis als Kranken^hauseelsorge hat sie einen dreifachen Adressatenkreis. Sie „richtet sich

- an Menschen, die die Institution Krankenhaus zur Heilung oder Linderung ihrer Krankheit aufsuchen müssen und an die davon Mitbetroffenen;
- an Menschen, die in der überwiegend naturwissenschaftlich-technisch orientierten Institution Krankenhaus direkt oder indirekt mit den und für die Patientinnen und Patienten arbeiten;

- an die Institution selbst, ihre Abhängigkeit von ökonomischen Vorgaben, ihre Struktur und Zielsetzung, ihr Menschenbild, den Zusammenhang von Anspruch und Wirklichkeit, ihre Ethik, ihre Fortbildungsangebote, ihr Betriebsklima.“

Unzweifelhaft ist, dass in der Vielfalt der Aufgaben der Schwerpunkt der Krankenhauseelsorge in der Zuwendung zu kranken Menschen und zu ihren Angehörigen besteht. Im Kern geht es um eine Tätigkeit, die nur unter besonderem Vertrauensschutz und unbedingter Verschwiegenheit (Beichtgeheimnis!) möglich ist, nämlich: um die Begleitung in persönlichen Krisen.

Im seelsorgerlichen Gespräch können Ängste und Empfindungen, Klage und Unausprechliches, das Warum und Wozu, Fragen, aber auch Dankbarkeit und Hoffnung zum Ausdruck gelangen, wie kaum irgendwo sonst. Die Suche nach Deutung und Symbolen des Lebens wird wichtig. Im persönlich zugesprochenen Trost des Evangeliums, in Gebet und Andacht, in der Feier des Abendmahls und durch Gesten des Segens kann sich die seelsorgerliche Begegnung wandeln zur Begegnung mit Gott – und daraus Kraft für ein Leben gerade *mit* Krankheit erwachsen. Zur Professionalität der Seelsorgerinnen und Seelsorger gehört als Basis die Fähigkeit zu sensibler Kommunikation; aber auch, dass sie persönlich einstehen für das, was wir als *Kernkompetenzen der Kirche* bezeichnen, nämlich: *Deutungskompetenz, ethische Kompetenz* und *liturgische Kompetenz*.

3.2.1 Deutungskompetenz

Wo Menschen notgedrungen aus ihrer vertrauten Umgebung herausgerissen – und womöglich durch Unfall, Krankheit oder Sterben mit einer wesentlichen Veränderung ihrer Lebensbahn konfrontiert sind, da bricht in einer Radikalität die Frage auf, worauf überhaupt noch Vertrauen zu setzen ist: was wichtig ist – und was nicht; was einem genommen ist – und was einem niemand nehmen kann; was einen Verzweifeln macht – und woran nicht zu zweifeln ist; welche Lebenswünsche unhaltbar geworden sind – und welche Hoffnung dennoch Halt zu geben vermag. Oft sind es solche Einbruchs- und Umbruchs- und Durchbruchserfahrungen, die uns zur Deutung dessen veranlassen, was es um unser Leben eigentlich ist: was es ausmacht, worauf

es zuläuft, von woher es seinen Glanz und seine Würde gewinnt. Aufstörungen des Gewohnten rühren an die Unbedingtheitsdimension des Lebens, an das Unverrechenbare und Nicht-Machbare und lassen auf der Suche nach letzter Gewissheit Ausschau halten nach dem, was unser Trost ist im Leben und im Sterben.

Hilfreiche Deutungsangebote im Krankenhaus, erst recht die im Horizont des christlichen Glaubens, müssen dem Leben und der Realität *abgerungene* Deutungen sein. Sie können nicht geschehen unter Absehung oder auf Kosten der Wirklichkeit!

Bevor die Freunde Hiobs anfangen, über Gott zu reden, setzten sie sich zu Hiob auf die Erde und sagten kein einziges Wort, sieben Tage und sieben Nächte lang; „denn sie sahen, dass der Schmerz sehr groß war“ (Hiob 2, 13).

Seelsorge vermag Räume zu öffnen, in denen die Suche nach Gott und der Zweifel an ihm angemessen artikuliert werden können. Sie geben der Klage – und selbst dem Zorn und der Bitterkeit – ihren Ort und bewahren doch, im Vertrauen auf Gott, das Menschenrecht der Hoffnung. Nur eine Seelsorge, die den Blick in die Finsternis aushält, in die dunkle und verborgene Seite Gottes, ist eine Seelsorge mit Substanz, die dann auch tastend Worte in den Mund nehmen kann: von Licht, Güte und Zuversicht.

„Daher prüfe“, schreibt Luther von der Wartburg aus an Philipp Melancthon, den wortgewaltige Schwärmer mit ihrer vollmundigen Rede beunruhigen, „und höre auch nicht einmal den verherrlichten Jesus, du habest ihn denn zuvor gekreuzigt gesehen.“

Nein, es ist *nicht* möglich, das Leiden und den Schmerz aus unserem fragmentarischen Leben fernzuhalten; das erfahren Menschen in der Seelsorge unmittelbar. Und: Es ist das Eingeständnis der eigenen Endlichkeit und Zerbrechlichkeit, das uns zu geschwisterlichen Menschen macht. Christliche Lebensdeutung befreit von der Illusion eines leid- und schmerzfreien Lebens und damit auch Sterbens.

Genau hier aber brechen ethische Fragen auf, denen sich eine verantwortliche Klinikseelsorge stellen muss.

3.2.2 *Ethische Kompetenz*

Ethische Beratung im Krankenhaus erweist sich zunehmend als ein Erfordernis für Ärzte und die in die Behandlung von Patienten ein-

bezogenen Professionen; insbesondere in den prekären Phasen am Anfang und am Ende des Lebens. So etablierten sich in den letzten Jahren klinisch orientierte Ethikkomitees, um den Prozess der Entscheidungsfindung in konkreten ethischen Dilemmasituationen systematisch zu unterstützen und zu erleichtern. Ethikkomitees haben sich als große Hilfe erwiesen und entlasten Ärztinnen und Ärzte, ohne ihre Letztverantwortung für die Behandlung in Frage zu stellen. Darüber hinaus bieten sie ein Forum zur Vermittlung relevanter ethischer Kenntnisse und zur exemplarischen Bearbeitung allgemein auftretender ethischer Alternativen im Behandlungsprozess.

Die spezifische Kompetenz von Klinikseelsoigerinnen und -seelsoigern erweist sich hier als Fähigkeit, interdisziplinäre Gespräche über anstehende ethische Probleme anzustoßen, für Positionen christlicher Ethik argumentativ einzustehen und unterschiedliche Sichtweisen konstruktiv aufeinander zu beziehen. Von grundlegender Bedeutung ist in der Klinikseelsorge die Ehrfurcht vor dem Leben und die Achtung vor der Würde und Unverfügbarkeit menschlichen Lebens.

Heute bereits sterben 55 % der Menschen in unserem Land im Krankenhaus, weitere 30 % in Alten- und Pflegeheimen. Ohne Beistand, allein und verlassen zu sterben, macht Sterben unwürdig und trostlos. Wo aber nicht mehr gemeinsam, sondern allein auf den Tod gewartet wird, ist für viele nicht mehr einzusehen, warum überhaupt gewartet werden soll und es nicht vielmehr freigestellt werden kann, das Warten entweder selbst zu beenden oder beenden zu lassen. Angesichts dieser Situation wird man der Aussage der Protestantischen Kirche in den Niederlanden nicht widersprechen können, wonach „die Vorstellung, dass das Leben ein Geschenk Gottes ist, manchmal an der erbärmlichen Lage eines Menschen zerbricht.“ Das macht stumm. Wir sollten uns jeglichen moralischen Urteils enthalten. Aber das ist etwas ganz anderes, als den Entschluss, das eigene Leben daraufhin zu beenden oder beenden zu lassen, seinerseits zu rechtfertigen. Klinikseelsorge, die heute mehr denn je Teil der Hospizbewegung ist, steht für die Entwicklung einer humanen Sterbekultur als Alternative zur aktiven Sterbehilfe! „Bewusst leben mit Krankheit, Sterben und Tod“, so lautet ein Konzept zur Begleitung sterbender und trauernder Menschen, das im Klinikum Ludwigsha-

fen von Mitgliedern eines Qualitätszirkels, unter wesentlicher Beteiligung des dortigen Seelsorgeteams, entwickelt worden ist.

Dem Sterben ist – auch und gerade im Krankenhaus – im wörtlichen Sinne *Raum* und *Zeit* zu geben. Nicht im Davonlaufen, sondern einzig im Dableiben, manchmal auch im Dagegenanrennen lässt sich vermitteln, dass unser Sterben nicht nur Ausgang, sondern zu einem Übergang und Neuanfang wird.

3.2.3 Liturgische Kompetenz

Oft sind es gerade in der Situation des Abschieds geprägte Worte und Formeln, auch Segensvoten und die Geste der Handauflegung, die uns ihre Sprache leihen, die ausgreift bis ins Land der abgewischten Tränen.

Über die Aufrichtung und Heilung einer „gekrümmten Frau“ heißt es im Lukasevangelium: „Und Jesus legte ihr die Hände auf; und sogleich richtete sie sich auf und pries Gott“ (Lk 13, 13). Als seine Nachfolger salben die Jünger Kranke mit Öl (Mk 6, 13) und legen ihnen die Hände zum Segen auf (Mk 16, 18).

Gesten des Glaubens, sie sind Zeichen der Nähe Gottes. Und zugleich Ausdruck der Fürbitte und des stellvertretenden Fürglaubens für Andere. Krankenhausseelsorge, die den Bezug zum Gottesdienst und zu Formen der Frömmigkeit verliert, hängt in der Luft. In biblischen Erzählungen und Psalmen, in Gebeten und Liedstrophen – nicht zuletzt: im Brot des Lebens ist ein Trost vorhanden, der Menschen zu einem tiefen Ausdruck ihrer Erfahrungen, aber auch zu Widerstand und Ergebung verhelfen kann. Und manchmal verdichtet sich die gemeinsame Suche nach Tragendem und Schutz in einem Bild oder Symbol – vor allem dort, wo die Brücke durch sprachliche Kommunikation nicht mehr hergestellt werden kann: fassbare Zeichen für die Zusage Gottes, da zu sein mit seiner Hut und uns auch auf dem Weg über die letzte Schwelle zu begleiten (vgl. Ps 91, 11f.).

Zur liturgischen Kompetenz von Klinikseelsorgern gehört freilich ebenso das Wissen um die Gefahr, dass Trost zur Lüge wird, wenn er Leid bloß zudeckt, anstatt einen Raum zu öffnen, um den Beteiligten ihre eigene Gottesbeziehung zu ermöglichen.

Auf die Frage, was Patientinnen und Patienten von der Krankenhausseelsorge *erwarten*, haben in einer repräsentativen Umfrage der

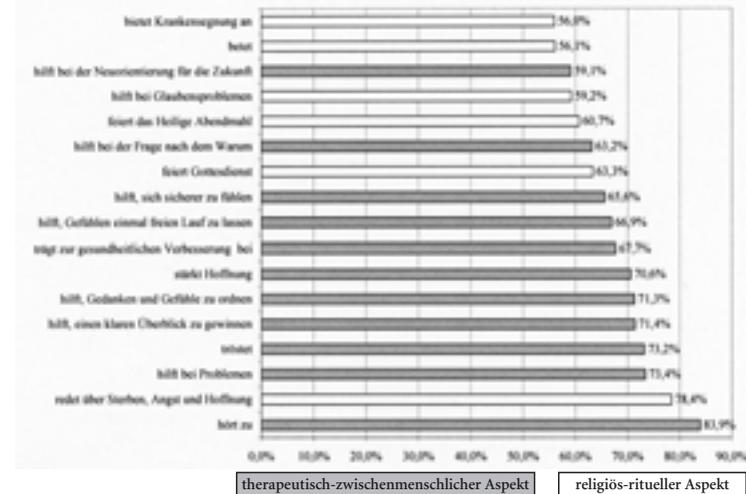
westfälischen Landeskirche (s. u.) über 78 % geantwortet, dass ihnen das Gespräch „über Sterben, Angst und Hoffnung“ wichtig ist. Über 60 % erwarten, dass Krankenhauseelsorge „Gottesdienst“ und „das Heilige Abendmahl“ feiert. Und dies, *obwohl* 20 % der hier Befragten keiner Religionsgemeinschaft angehören; und von den 80 %, die angaben, Mitglieder der evangelischen bzw. der römisch-katholischen Kirche zu sein, drei Viertel keinen oder nur sporadischen Kontakt zu ihrer Kirchengemeinde pflegen, während allein das verbleibende Viertel bekundete, sich aktiv am Gemeindeleben zu beteiligen.

Wir haben also allen Grund, uns abschließend die *Chancen* dieser kurzfristigen Gemeindebildungen im Krankenhaus klar zu machen.

4. Die Bedeutung der Krankenhauseelsorge im Leben der Kirche

Ich komme noch einmal auf die eben erwähnte Umfrage zurück. Sie legt Erwartungen an die Seelsorge zu Beginn eines Krankenhausaufenthalts offen, aufgeteilt in den sog. therapeutisch-zwischenmenschlichen und den religiös-rituellen Aspekt, und zwar gemäß der prozentualen Häufigkeit:

Seelsorge ...

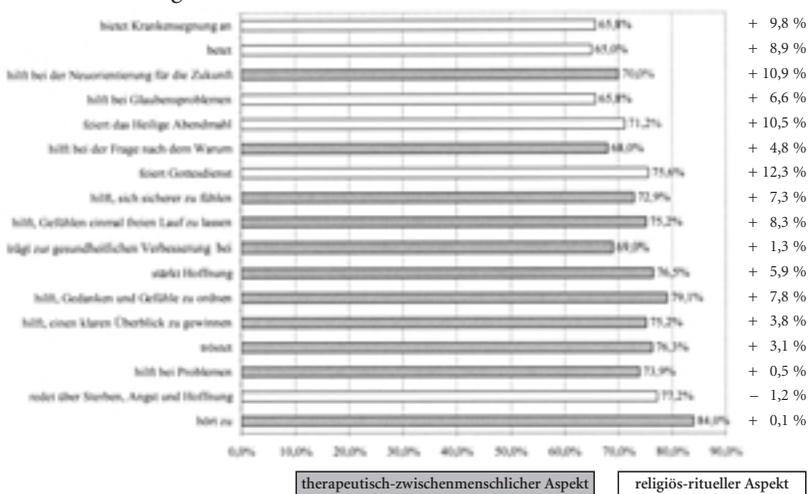


(Quelle: Vgl. Wege zum Menschen, 57. Jg., 2005, S. 289)

Das in dieser Grafik abzulesende Ergebnis zeigt, was die jüngsten Kirchenmitgliedschaftsuntersuchungen der EKD ihrerseits festgestellt haben, nämlich: dass wesentliche Erwartungen an die Kirche sich auf die *helpfende Begleitung* und den *religiös-rituellen Beistand* richten – vor allem in Krisensituationen und an den Knotenpunkten des menschlichen Lebens. Wenn, wie gesagt, trotz mehrheitlich geringer Kirchenbindung fast 84 % der Patienten davon ausgehen, dass Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger ihren existenziellen Fragen zuhören, und immerhin 56 % erwarten, dass mit ihnen gebetet wird, dann ist dies ein deutlicher Beleg dafür, welch hohe persönliche Bedeutung Menschen der Klinikseelsorge zumessen.

Die Befragung derselben Personengruppe am *Ende* ihres Krankenhausaufenthalts sollte herausfinden, ob und was sich nach der Wahrnehmung von Seelsorge an den Einstellungen verändert hat. Man kann das an der modifizierten Werteskala ablesen:

Seelsorge ...



(Quelle: a.a.O.)

Der Vergleich zeigt: Bis auf den Aspekt „Seelsorge redet über Sterben, Angst und Hoffnung“, der um 1,2 Prozentpunkte sank, stiegen alle anderen Aspekte in der Bewertung an! Den höchsten Anstieg mit

12,3 Prozentpunkten verzeichnete der Aspekt „Seelsorge feiert Gottesdienst“. Überhaupt ist das deutliche Plus der Werte im religiös-rituellen Bereich auffällig. Eine kirchlich profilierte Krankenhausseelsorge bietet offenbar die Gelegenheit, Menschen, deren Religiosität häufig frei umherschweift, wieder einen Raum in der institutionell verfassten Religion zu eröffnen. Die Zahlen bekunden überdies, dass die These von der zunehmenden Säkularisierung unserer Gesellschaft, wonach diese sich immer weiter von der Religion emanzipiert, offensichtlich nicht zutrifft. Selbstverständliche religiöse Praxis in vorgegebenen, traditionellen Formen nimmt gewiss ab; religiöse Orientierung und Sinnsuche aber nehmen zu, wenn auch in enorm pluralisierter und differenzierter Gestalt.

Offenbar ist in Grenzsituationen der Wunsch nach Personen spürbar, die nicht nur „über“ Religion reden, sondern selber in ihr verwurzelt sind. Die zeigen, wer sie sind; die eintreten für den „Gott allen Trostes“ (2. Kor 1, 3) und diesen Trost – im Gewähren von Zeit und begrenzter Gemeinschaft – auch vollziehen.

In den 45 *Krankenhäusern* im Bereich der Evangelischen Kirche der Pfalz arbeiten zur Zeit 21 Pfarrerinnen und Pfarrer auf 18 dotierten *Krankenhauspfarrstellen*.

9 Pfarrerinnen und Pfarrer nehmen Krankenhausseelsorge in Kombination mit ihrer Gemeindepfarrstelle wahr (und zwar meist im Verhältnis 1/3: Krankenhaus und 2/3: Gemeinde), so dass sich die Präsenz in Kliniken faktisch um 3 volle *Stellen* erhöht.

Darüber hinaus arbeiten gegenwärtig noch 7 Pfarrerinnen und Pfarrer auf insgesamt 4 „*Stellen*“ aus dem sog. Dienstleistungsbereich schwerpunktmäßig in Krankenhäusern.

Im EKD-Vergleich mit den westlichen Landeskirchen befinden wir uns, bezogen auf die Relation: Krankenhauspfarrstellen – Gemeindepfarrstellen, im *unteren Drittel*; das Bistum Speyer hält für dieselbe Anzahl von Kliniken im vergleichbaren Kirchengebiet – nach Kürzungen – immerhin 30 Planstellen für Klinikseelsorge vor.

Angesichts der Wertigkeit dieses Arbeitsfeldes ist es daher sinnvoll, die vorhandenen Krankenhauspfarrstellen nicht weiter zu reduzieren, sondern sie zu erhalten. Parallel dazu ist in Verhandlungen über die Refinanzierung möglicher weiterer Stellen einzutreten. In diesen Zusammenhang gehört ebenfalls, was ich über die Vernetzung der

Krankenhausseelsorge mit umliegenden Kirchengemeinden und anderen kirchlichen und sozialen Diensten ausgeführt habe.

Dass es sich in der Krankenhausseelsorge um einen schweren, oft auch einseitig belastenden Dienst handelt, ist evident. Wer ständig der Erwartung von Nähe ausgesetzt ist, steht, wie die meisten Menschen im sozialen Bereich, vor der besonderen Herausforderung eines professionellen Umgangs mit Nähe und Distanz. Das lässt es geraten sein, nach einer bestimmten Zeit im Krankenhauspfarramt beruflich eine Veränderung anzustreben. Ich sehe es auch als meine Aufgabe an, Seelsorgerinnen und Seelsorger, die eine angemessene Zeit im Krankenhaus tätig waren, offen auf die Möglichkeit eines sinnvollen Stellenwechsels anzusprechen und, im Falle, dass dies bejaht wird, ihn auch zu begleiten.

Freilich *eröffnet* die Klinikseelsorge der Kirche auch einen Erfahrungsschatz, der ihr sonst verborgen bliebe. Sie ist ein Symbol dafür, dass Kirche der Welt die Treue hält: einem ökonomisierten Gesundheitswesen z. B., aber auch Menschen, die der Kirche gegenüber weitgehend entfremdet sind. Sie setzt sich Erfahrungen aus, wie z. B. Geburt, Krankheit und Sterben, die immer mehr aus dem familiären Kontext aus- und in die Fremde des Krankenhauses eingewandert sind. Krankenhausseelsorge verstehe ich deshalb als Seismograph sowohl für gesellschaftliche Veränderungen als auch für Lebenssituationen von Menschen, die unsere Gemeinden z. T. noch zu wenig im Blick haben.

Dabei ist gerade das Überschreiten von kirchlichen Grenzen in der Seelsorge eine Verwirklichung ihrer missionarischen Sendung, nämlich: hinauszugehen, die Türen weit zu öffnen und den Schatz des Evangeliums darzustellen und auszuteilen. Und das nicht nur – an die schon Vergewisserten und Eingeweihten! Dass Seelsorge Teil hat am Zeugnisauftrag der Kirche und sich im Namen Gottes allen Menschen zuwendet, das darf und soll *deutlich* werden. So wird Seelsorge helfen, dass das, was unseren Glauben als Christen gründet, nicht verschlossen und unzugänglich bleibt; vielmehr werden durch sie Grenzen auf Dauer offen gehalten.

Dass es dabei immer um ein *gegenseitiges* Sich-Wahrnehmen geht, kann nicht oft genug betont werden. Gerade in der Krankenhausseelsorge lernen wir auch – das Zögern, die Einwände, den heilsamen

Zweifel. Vielleicht verlieren wir sogar eine „Sprache, bei der die Leute, wenn wir den ersten Satz gesagt haben, immer schon wissen, wie der zweite und dritte heißt ...“ (F. Steffensky). So wird Kirche erfahrbar als *Gemeinschaft* der Suchenden, der Fragenden und Hoffenden, die sich der Liebe Gottes dadurch vergewissern, dass sie einander zugewandt bleiben:

„Wir wohnen / Wort an Wort // Sag mir / Dein liebstes / Freund // Meines heißt / Du“.

Leitlinien der Krankenhausseelsorge vom 15. März 2006

„Ich bin krank gewesen,
und ihr habt mich besucht.“ (Mt 25, 36)

A) Selbstverständnis

Krankenhausseelsorge ist ein besonderer Dienst der Kirche in der speziellen Erlebens- und Arbeitswelt der Klinik. Die Seelsorge im Krankenhaus ist biblisch begründet und arbeitet theologisch und pastoralpsychologisch verantwortet in ökumenischer Verbundenheit.

Sie tritt auf dem Boden biblischer Anthropologie für die Würde des Menschen von seinem Anbeginn bis an sein Ende in seiner Unvollkommenheit ein. Sie bietet Menschen im Krankenhaus Zeit und Raum für ihre existenziellen und spirituellen Themen. Sie versteht menschliches Leben im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. Denn es gibt im Kranken auch Gesundes und bei Gesunden auch Krankes. Krankenhausseelsorge hilft, Kraft zu gewinnen, in diesem Spannungsfeld mit beidem leben zu lernen.

Krankenhausseelsorge wird erfahrbar in Begegnung und Beziehung. Sie geschieht durch Kommunikation und Begleitung. Sie ist offen für unterschiedliche Lebens- und Glaubensorientierung. Sie schätzt die kulturelle, religiöse und konfessionelle Prägung der Menschen in ihrem Eigenwert. Sie respektiert die je eigene Lebensdeutung und unterstützt die persönliche Selbstbestimmung. Sie begleitet Menschen im Sterben und weicht der Endlichkeit nicht aus.

Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger fragen mit den Menschen, denen sie im Krankenhaus begegnen, nach dem Sinn ihres Erlebens oder Handelns. Sie suchen geschwisterlich nach Quellen der Hoffnung und nach Hilfen zur Bewältigung der Situation. Sie halten Ohnmacht mit aus. Sie sind der Überzeugung, dass Leid nicht gleichbedeutend ist mit Unheil und dass Heil nicht abhängig ist von Heilung. Sie vertrauen auf die Wirksamkeit Gottes, dessen Verborgenheit sie ertragen und dessen Nähe sie bezeugen wollen. Sie geben dem Glauben im Kontext des Krankenhauses liturgische Gestalt.

Krankenhausseelsorge erfordert eine dazu qualifizierende Weiterbildung. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger verpflichten sich

darüber hinaus zur Weiterentwicklung der Qualität ihrer Arbeit durch Fortbildung und Supervision.

Wo mehrere Seelsorgerinnen und Seelsorger vor Ort im Team zusammenarbeiten, streben sie nach kollegialer Eintracht und guter Kooperation mit geschulten Ehrenamtlichen.

Krankenhauseelsorge richtet sich

- an Menschen, die die Institution Krankenhaus zur Heilung oder Linderung ihrer Krankheit aufsuchen müssen und an die davon Mitbetroffenen;
- an Menschen, die in der überwiegend naturwissenschaftlich-technisch orientierten Institution Krankenhaus direkt oder indirekt mit den und für die Patientinnen und Patienten arbeiten;
- an die Institution selbst, ihre Abhängigkeit von ökonomischen Vorgaben, ihre Struktur und Zielsetzung, ihr Menschenbild, den Zusammenhang von Anspruch und Wirklichkeit, ihre Ethik, ihre Fortbildungsangebote, ihr Betriebsklima.

B) Die veränderte Situation der Krankenhauseelsorge

Im Zuge der fortschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens erlebt das Krankenhaus einen fundamentalen Wandel: Immer mehr rückt die effektive und kostengünstige Organisation der Behandlungsvorgänge in den Mittelpunkt. Damit verbinden sich spürbare Änderungen in der Situation sowohl von Kranken als auch von Mitarbeitenden vor Ort. Zugleich ist auch im Krankenhaus die Veränderung der Gesellschaft sichtbar: Menschen werden immer älter und leben zunehmend in einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft.

Kranke

- sind wesentlich kürzer als früher im Krankenhaus;
- kommen, gerade wenn sie älter und mehrfach erkrankt sind, darum zu häufigeren Kurzeinweisungen ins Krankenhaus;
- müssen in kürzerer und durch Untersuchung und Behandlung ausgefüllter Zeit mit ihrer Krankheit und Beeinträchtigung umgehen;
- erleben Sinnkrisen, Verzweiflung, Not und Angst inmitten einer ökonomisch geprägten Struktur;
- wollen in ihren kulturellen und religiösen Bedürfnissen wahrgenommen und gewürdigt werden;

- werden schneller in die so genannte integrierte Versorgung entlassen.

Mitarbeitende

- erleben eine Verdichtung ihrer Arbeit, indem ihnen neue Aufgaben (Verwaltung, Ausbildung etc.) übertragen werden und weniger Mitarbeitende zur Verfügung stehen;
- haben neu ihre Rolle als „Dienstleistende des Gesundheitswesens“ zu finden und sich dabei mit dem ständigen Konflikt von Anspruch und Wirklichkeit auseinanderzusetzen;
- haben weniger Zeit, Beziehungen zu Kranken aufzubauen und zu pflegen;
- erleben eine hohe Fluktuation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern;
- müssen häufig unter hohem Leistungsdruck ethisch schwierige Entscheidungen treffen;
- arbeiten mit Patientinnen und Patienten, die zunehmend die Qualität ihrer Versorgung einfordern;
- gehen vermehrt mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten um;
- müssen Reaktionen und Verhaltensweisen, die durch fremde Kultur oder Religion bedingt sind, verstehen lernen;
- gehen bei all dem mit großem Engagement ihrer Arbeit nach.

Die Gesprächsbereitschaft von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden ist bei gleichzeitiger Abnahme einer traditionellen kirchlichen Bindung erstaunlich groß. Noch dringlicher als früher ist in dieser Struktur eine Seelsorge, die direkt vor Ort ist. Daher ist Krankenhausseelsorge unverzichtbar.

Auch die Kompetenz zur ethischen Beratung in Konfliktsituationen und das Einstehen für ein Menschenbild, das nicht in ökonomischen Kategorien aufgeht, sind im System Krankenhaus mehr und mehr gefragt.

Wenn Kirche hier sowohl sinnstiftend, nah und hilfreich als auch kritisch, korrigierend und in Frage stellend erlebt wird, dann wird sie als Kirche wahrgenommen und anerkannt. Das hat Auswirkungen, die für die gesamte Kirche von Bedeutung sind.

C) Aufgabenbereiche und Arbeitsweisen

Krankenhauseelsorge ist personale Zuwendung und darauf ausgerichtet, den einzelnen Menschen in ihren jeweiligen Lebenssituationen und seelischen Verfassungen gerecht zu werden. Daraus ergeben sich folgende Aufgabenbereiche, die nach den jeweiligen Gegebenheiten zu gewichten sind:

- Seelsorgerliche Gespräche und andere Formen der Begegnung mit Patientinnen und Patienten;
- Begleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten, von Angehörigen und Mitbetroffenen sowie entsprechende Gesprächsgruppen;
- Gottesdienste, Andachten, Meditationen, Gesprächskreise zu religiösen Themen, Kasualien und kulturelle Angebote; Rufbereitschaft und Krisenintervention;
- Seelsorge und Beratung für und Kooperation mit anderen Berufsgruppen;
- Mitwirkung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung und bei der Krankenpflegeausbildung;
- Gewinnung, Qualifizierung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Seelsorge;
- Mitwirkung bei der Bearbeitung ethischer Themen;
- Kontakte zur Krankenhausverwaltung;
- Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden und kirchlichen und diakonischen Einrichtungen;
- ökumenische und interreligiöse Zusammenarbeit;
- Präsentation in Medien und Vertretung in kirchlichen und politischen Gremien, Öffentlichkeitsarbeit.

Diese Aufgaben erfordern eine kooperative Arbeitsweise aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krankenhauseelsorge. Eine kontinuierliche ökumenische Zusammenarbeit ist wünschenswert und sollte sich von ökumenischen Gottesdiensten, gemeinsam geleiteten Fortbildungen bis hin zu gegenseitiger Vertretung erstrecken. Bei allen Tätigkeiten ist darauf zu achten, dass die entsprechenden Vorschriften des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit beachtet werden. Bei der Gestaltung des Dienstes versteht es sich von selbst, dass mehr als die Hälfte der Arbeitszeit dem seelsorgerlichen Kontakt

mit Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen zugute kommt.

D) Qualifikation und Kompetenzen in der Krankenhausseelsorge

Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger sind in der Regel Pfarrerrinnen und Pfarrer mit Hochschulstudium, Praxis im Gemeindepfarramt und einer pastoralpsychologisch-humanwissenschaftlichen Zusatzqualifikation. Als Standard hat sich die erfolgreiche Teilnahme an zwei 6-wöchigen Kursen in Klinischer Seelsorgeausbildung oder eine entsprechend qualifizierende seelsorgerliche Weiterbildung bewährt.

Die Entfaltung einer eigenen Spiritualität, der flexible Umgang mit Zeit, das Achten auf die eigene Psychohygiene kennzeichnen den lebendigen Prozess der stetigen Weiterentwicklung der Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger.

Folgende Kompetenzen machen die Professionalität von Krankenhausseelsorge aus:

Kommunikative Kompetenz

- kurz- und längerfristige Kontakte gestalten können;
- zuhören, sich einfühlen, schweigen können, ohne zu verstummen;
- im Zuhören auch verschlüsselte Mitteilungen wahrnehmen, Unausgesprochenes spüren;
- um die besonderen Ausdrucksformen von Kindern, Menschen mit Behinderung und Menschen mit Demenz wissen und entsprechend darauf eingehen können;
- die unterschiedlichen Wege Sterbender angemessen begleiten können;
- den Seelsorgepartnerinnen und -partnern bei der Entdeckung ihrer Ressourcen helfen;
- annehmend und konfrontierend Menschen begegnen können;
- Menschen in ihrer individuellen und existenziellen Lebens- und Leidensbewältigung verstehen und fördernd begleiten können;
- in der Lebens- und Sterbebegleitung das Evangelium so zur Sprache bringen, dass es für das Gegenüber heilsam, tröstend und versöhnend erfahren werden kann;
- mit Gruppen arbeiten können;
- Ehrenamtliche zur seelsorglichen Begleitung befähigen.

Deutungskompetenz

- die aktuelle Erfahrung von Krankheit und Leid in den Lebenszusammenhang des einzelnen Menschen stellen helfen;
- mit den Menschen nach dem Sinn ihres Lebens und Leidens genauso wie nach dem ihres Engagements und Arbeitens fragen;
- den reichen Schatz biblischer Überlieferung und kirchlicher Tradition in Psalmen, Geschichten, Symbolen und Liedern deutend ins Gespräch bringen;
- in Gottesdiensten und Liturgien personen- und kontextbezogen Lebenserfahrung verstehen helfen und für Gotteserfahrung transparent werden lassen.

Liturgische Kompetenz

- Gebete, Gottesdienste und Segenshandlungen authentisch, situations- und adressatengerecht und ästhetisch ansprechend gestalten können;
- subtile Gesten des Trostes zur Hand haben;
- Menschen einen freien Raum zur eigenen Gottesbeziehung ermöglichen.

Klinische Feldkompetenz

- sich im klinischen Umfeld orientieren können;
- Grundkenntnisse über die politischen und ökonomischen Bedingungen des Gesundheitswesens allgemein und des Krankenhausbetriebes im Besonderen haben;
- sich Grundkenntnisse über Krankheits- und Therapieverläufe aneignen;
- um die organisatorischen Abläufe im System Krankenhaus und auf den Stationen wissen;
- das interne Informationssystem und die Möglichkeiten der innerbetrieblichen Fortbildung nutzen können;
- mit anderen Berufsgruppen kooperieren können.

Interreligiöse Kompetenz

- sich über konfessionelle, religiöse und kulturelle Grenzen hinweg verständigen können;
- Kenntnisse von Traditionen und Spiritualität anderer Religionen, insbesondere von deren Haltungen und Gebräuchen im Fall von Geburt, Krankheit, Sterben und Tod haben;

- Verbindung zu Vertreterinnen und Vertretern der anderen Religionen herstellen können;
- die eigenen Grenzen im interreligiösen Dialog erkennen.

Ethische Kompetenz

- die Ehrfurcht vor dem Leben, die Achtung von Würde und Unverfügbarkeit menschlichen Lebens immer wieder in alle Ebenen des Krankenhauses einbringen;
- Strukturen und Verfahren ethischer Entscheidungsfindung kennen;
- begründete Positionen sowohl im Sinne einer Ethik der Profession als auch einer Ethik der Organisation entwickeln;
- in ethischen Arbeitskreisen und Ethikkomitees der Kliniken mitarbeiten;
- mit der Krankenpflegeschule ein Konzept für den Ethikunterricht entwickeln und gestalten;
- Inhalte und Methoden der Ethik im Krankenpflegeunterricht vermitteln.

E) Rahmenbedingungen und Qualitätssicherung

Seelsorge im Krankenhaus ist auf bestimmte Rahmenbedingungen angewiesen, um sinnvoll arbeiten zu können. Dies gilt in besonderem Maße für so genannte Kombinationsstellen, bei denen die Seelsorge mit einem zweiten Arbeitsauftrag, z. B. in der Gemeinde, zusammenkommt. Es ist notwendig, dass solche Rahmenbedingungen vom Anstellungsträger in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und den Seelsorgerinnen und Seelsorgern erarbeitet werden.

Dazu gehören:

- klar definierter Arbeitsbereich, insbesondere begrenzte Patientinnen- und Patientenzahl, unterschiedlich je nach Fachrichtung der Klinik und deren Abteilung(en);
- Möglichkeit zu schwerpunktmäßigem Arbeiten;
- Regelung für Präsenz und Erreichbarkeit;
- Absprachen über Vertretung bei Freizeit und Urlaub;
- kritische und wertschätzende Begleitung durch Dienst- und Fachaufsicht;
- offizielle Einführung und Verabschiedung durch Kirche und Leitung des Krankenhauses;

- Gottesdienstraum;
- Dienst-/Gesprächszimmer;
- Zugang zu Informationen und Daten, die für die Seelsorge relevant sind;
- Kommunikations- und Arbeitsmittel;
- eigener Etat.

Für Seelsorgerinnen und Seelsorger in Kombinationsstellen:

- wertschätzende Unterstützung auf dem Weg zu angemessener Gestaltung beider Arbeitsfelder;
- klare Absprachen mit Dienst- und Fachaufsicht über Umfang und Begrenzung in der Arbeit beider Teilstellen;
- spezielle Fortbildungen zur Förderung der stellenbezogenen Kompetenz.

Krankenhausseelsorge lässt sich auf die Qualität ihrer Angebote hin befragen und entwickelt die Qualität ihrer Arbeit stetig weiter. Dazu nutzt sie sinnvoll Methoden des Qualitätsmanagements (z. B. Dokumentation). Regelmäßige Visitationen unterstützen die Arbeit der Seelsorgerinnen und Seelsorger vor Ort, stellen die erreichte Qualität fest und fördern die Zusammenarbeit zwischen Krankenhausseelsorge, Krankenhausträgern und den jeweiligen kirchlichen Organen.

Diese Leitlinien sind in Anlehnung an die Orientierungshilfe der EKD „Die Kraft zum Menschsein stärken“, Hannover 2004, entstanden.

Konvent der Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger
im Bereich der Evangelischen Kirche der Pfalz
(Protestantische Landeskirche)
Speyer, 15. März 2006

Resolution der Landessynode vom 8. Juni 2006

I. Biblische Grundlegung

Das Neue Testament bezeugt Jesus von Nazareth als den rechten Arzt der Kranken (vgl. Mk 2, 17). Er ist seinen Mitmenschen in allen Lebenslagen nahe: Er sucht sie auf, teilt ihre Sorgen, steht ihnen in Not und Krankheit bei. Gerade in den biblischen Heilungsgeschichten kommt es immer wieder darauf an, den Zusammenhang mit der Heilsgeschichte aufzuzeigen. Heilung und Heil gehören demnach untrennbar zusammen. In der Nachfolge Jesu hat die christliche Gemeinde von Anfang an seelsorgerliches Handeln als ein zentrales kirchliches Anliegen und als geschwisterliche Verpflichtung nicht zuletzt den Kranken gegenüber betrachtet (vgl. Jak 5, 14: „Ist jemand unter euch krank, der rufe zu sich die Ältesten der Gemeinde, dass sie über ihm beten und ihn salben im Namen des Herrn“).

II. Der seelsorgerliche Auftrag der Gemeinde

In Jesu Nachfolge und in seinem seelsorgerlichen Auftrag besuchen Christinnen und Christen ihre Schwestern und Brüder und richten sie auf. In Krise und Krankheit, in Schwellensituationen und insbesondere am Anfang und am Ende des Lebens geschieht solche Seelsorge. Sie ist Zeugnis der unverlierbaren Liebe Gottes.

Eine seelsorgerliche Gemeinde

- fragt miteinander nach der Liebe Gottes – auch im Leid,
- hält Ohnmacht und Ratlosigkeit miteinander aus,
- sucht nach tröstenden Handlungen und hilfreichen, auf die jeweilige Situation bezogenen Zeichen und Symbolen,
- teilt das Gebet und die Fürbitte,
- stellt sich den aufbrechenden ethischen Fragen.

Neben den hauptamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern kommt den ehrenamtlichen Besuchsdiensten und der wachsenden Zahl der Hospizhelferinnen und -helfer eine besondere Bedeutung zu.

III. Der Auftrag zur Krankenhausseelsorge

Ein eigenes Arbeitsfeld kirchlicher Seelsorge ist das Krankenhaus. Kranke Menschen sind dort nicht nur durch ihre Erkrankung selber

an Leib und Seele betroffen. Zugleich sind sie fremden Abläufen und Gewohnheiten ausgesetzt, die über sie bestimmen. Sie erleben ihre krisenhafte Situation deshalb häufig noch einmal verschärft.

Die Begegnung mit den Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Krankenhaus kann zur Entfaltung der religiösen Dimension und zur Wahrnehmung einer Gemeinde vor Ort führen. Die Seelsorge bezeugt die liebevolle Zuwendung Gottes zu den Menschen: sowohl zu den Kranken, die hier auf Zeit leben, als auch zu denen, die hier auf Dauer arbeiten.

Dabei kommt den Seelsorgerinnen und Seelsorgern zugute, dass sie mit dem System Krankenhaus vertraut und, wo möglich, in die dienstlichen Abläufe eingebunden sind. Für diesen hauptamtlichen Dienst in der Krankenhauseelsorge bedarf es pastoralpsychologischer Kompetenz und der Begleitung durch geeignete Supervision.

IV. Krankenhauseelsorge unter den sich verändernden Bedingungen des Gesundheitswesens

Der sich gegenwärtig im Krankenhaus vollziehende Umbruch wird mit wachsender Sorge beobachtet. Betriebswirtschaftliche Aspekte dominieren mittlerweile alle klinischen Abläufe, auch therapeutische und pflegerische Belange. Seit Einführung der so genannten Fallpauschalen in das Vergütungssystem der Allgemeinkrankenhäuser hat sich die Verweildauer verkürzt und wird noch weiter zurückgehen. Für kranke Menschen bedeutet das vor allem eine intensivere Behandlungsdichte, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führt dies zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung.

Eine qualifizierte Krankenhauseelsorge stellt sich den veränderten Bedingungen und kooperiert dabei mit all jenen, die den Paradigmenwechsel im Krankenhauswesen mit gestalten müssen. Ihre eigene Arbeit passt sie den neuen Möglichkeiten von Seelsorge an, indem sie beispielsweise

- Schwerpunkte setzt,
- Arbeitszeiten flexibel gestaltet,
- ihre Arbeit je nach Fachgebiet differenziert und am Bedarf orientiert,
- Ehrenamtliche schult und mit Ehrenamtlichen zusammenarbeitet
- ökumenisch kooperiert, mit Kirchengemeinden verstärkt zusammenwirkt.

In einer Zeit solchen Wandels sind Seelsorgerinnen und Seelsorger auch als Anwälte der Menschenwürde von Patientinnen und Patienten gefordert: Sie arbeiten in Ethikkomitees mit, halten Kontakt zu den Mitarbeitenden und sind in Konfliktsituationen beratend und vermittelnd tätig. So stehen sie für das christliche Menschenbild ein und leisten einen wertvollen Beitrag zur Krankenhauskultur.

V. Würdigung, Ermutigung, Vision

Die Landessynode dankt all jenen, die in den Gemeindepfarrämtern und gemeindlichen Besuchsdiensten, in den diakonischen Einrichtungen und in der Hospizhilfe sowie in den unterschiedlichen Krankenhäusern seelsorgerlich tätig sind. Sie würdigt die Seelsorge als grundlegenden kirchlichen Beitrag zur Bewältigung von Lebenskrisen und Krankheitsnöten und als wichtigen Weg zur Weitergabe der frohen Botschaft von der liebenden Zuwendung Gottes zu allen Menschen. Sie hält diesen Dienst gesellschaftlich für unverzichtbar.

Die Landessynode ermutigt all jene, die in der Krankenhauseelsorge tätig sind, auch unter den neuen Herausforderungen weiterhin „Kirche im Krankenhaus“ zu sein. Sie wünscht sich, dass Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger ihre Qualifikation, ihre Themen und Erfahrungen verstärkt auch in die Gemeindegarbeit einbringen können. Sie bringt ihre Wertschätzung auch darin zum Ausdruck, dass sie die 18 dotierten Krankenhauspfarrstellen erhalten wissen möchte. In Zukunft sollten vermehrt Verhandlungen zur Refinanzierung von Krankenhauspfarrstellen erfolgen.

Die Landessynode empfiehlt Überlegungen zu einer engeren Vernetzung zwischen der Seelsorge innerhalb und außerhalb des Krankenhauses sowie eine konsequentere Einbeziehung der stationären und ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit. Sie regt an, die speziellen Kenntnisse und Erfahrungen der Krankenhauseelsorge verstärkt in die Veranstaltungskonzepte der kirchlichen und diakonischen Fortbildungsträger einfließen zu lassen und in einem Gesamtprogramm darzustellen.

Bad Herrenalb, 8. Juni 2006

Präsentation

Die nachfolgenden Berichte sind Teil der Präsentation, die am Nachmittag des Schwerpunkttages am 8. Juni 2006 der Landessynode vorgestellt wurde, dort verbunden mit Meditation und Musik.

Die in der Seelsorge Tätigen, die mit der Seelsorge in Kontakt Stehenden, gewähren hier Einblick in Arbeitsweisen, Fragen und Entwicklungen.

Dabei werden ganz verschiedene Blickwinkel eingenommen, die in den Einleitungen jeweils kurz skizziert sind.

Menschen, die krank werden, fragen nach Sinn in dieser Erfahrung, suchen nach Vergewisserung. Darin sind Seelsorgende mit ihnen auf dem Weg. Oft helfen dabei die Psalmen, weil sie vertraut gewordene, manchmal auswendig gelernte Wortnahrung für den Glauben sind. Ein viel genutzter und gebrauchter unter ihnen ist sicher Psalm 23. In ihm ist für viele Fragen und Neuorientierungen Raum.



Pfarrer Thomas Posten.

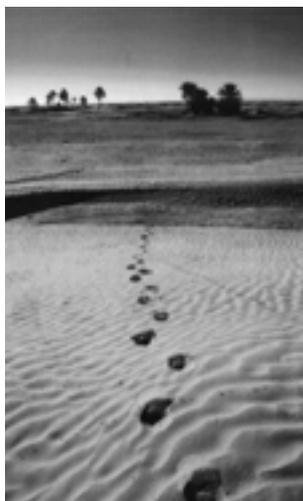
Meditation zu Psalm 23

*Der Herr ist mein Hirte,
mir wird nichts mangeln.
Er weidet mich auf einer grünen Aue
und führet mich zum frischen Wasser.
Er erquicket meine Seele.
Er führet mich auf rechter Straße
um seines Namens willen.
Und ob ich schon wanderte
im finstern Tal,
fürchte ich kein Unglück;
denn du bist bei mir,
dein Stecken und Stab trösten mich.*

*Du bereitest vor mir einen Tisch
im Angesicht meiner Feinde.
Du salbest mein Haupt mit Öl
und schenkest mir voll ein.
Gutes und Barmherzigkeit werden mir folgen mein Leben lang,
und ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar.*

Gott, ich bin auf unbekanntem Wege.
Wohin führt mich mein Weg, dein
Weg? Ich bin krank. Krankenhaus.
Allein, nutzlos, wertlos komme ich mir
vor. Sinnlos. Meine Fragen kommen
und gehen. Grundlegende Fragen mei-
nes Lebens. Früher habe ich nie
darüber nachgedacht. Jetzt aber umso
bedrängender. Alle meinen es gut. Ich
kenne mich gut aus mit den Worten
der Ärzte und Pfleger. Aber was sie ant-
worten, sind nicht die Antworten auf
meine Fragen:

Was ist mir wirklich wichtig?
Was will ich erreichen, noch?
Was will ich tun?



Was ist mein Ziel?
Wohin will ich gehen?
Was will ich mitnehmen?
Mit wem will ich gehen?
Was will ich lassen?
Was sollte ich endlich aufgeben?
Was lenkt mich ab?
Was brauche ich nicht mehr?
Auf wen höre ich?
Wann gebe ich etwas auf?
Wem kann ich vertrauen?



Wem kann ich vertrauen, Gott? Du bist mein Hirte?
Bist du das? Die vertrauten Worte fallen mir schwer!
Mir wird nichts mangeln? Wie oft habe ich sie gebetet, früher!
Und jetzt? Sie sind anders geworden, seitdem ich krank bin, im
Krankenhaus, in der Reha, in der Therapie! Schal, fahl, wie eine
Worthülse kommen sie mir vor, diese Worte.

Und ob ich schon wanderte im finstern Tal. Das Tal tut sich auf wie
ein Schlund, in den ich hinabfalle. Immer tiefer. Wandern – von
Wandern kann keine Rede sein. Ich möchte keinen Schritt mehr
gehen, gefangen, fallend, meine Seele in Finsternis getaucht.

Ich fürchte kein Unheil – doch! Angst bedrängt mich von allen Sei-
ten. Wie wird es weitergehen? Kann es noch schlimmer kommen?

Ohne den Psalm auskommen? Ohne Gott auskommen? Gerade
jetzt? Ohne ihn überleben? Ohne ihn mit Krisen leben? Nein, das
will ich nicht.

Auf dich traue ich, dir vertraue ich. Mit dir mal' ich mir das Reich
Gottes aus.



*Gutes und Barmherzigkeit
werden mir folgen mein Leben
lang, und ich werde bleiben im
Hause des Herrn immerdar.
Amen.*



Oberarzt Dr. med.
Eberhard Rau.

Erfahrungen eines Arztes mit der Krankenhausseelsorge

Nicht nur die Kranken begegnen der Seelsorge. Auch andere, die sich um Gesundheit und Wohlergehen von Patientinnen und Patienten kümmern, machen ihre Erfahrungen mit ihr. Wo findet dort Seelsorge positive Resonanz? Wo ist ihr Fehlen spürbar? Antworten eines Arztes auf diese Fragen machen zugleich einen Blick „von außen“ auf die Seelsorge möglich.

Bereits als Student konnte ich Erfahrungen mit der Klinikseelsorge machen. Während des Medizinstudiums in Heidelberg entdeckte ich das Veranstaltungsprogramm der katholischen Klinikgemeinde. Hier wurde von den Klinikseelsorgern u. a. für Medizinstudenten 14-tägig eine Fallbesprechungsgruppe angeboten. In dieser sog. Balintgruppe habe ich über mehrere Jahre hinweg wertvolle Selbsterfahrung für den Umgang mit kranken und gesunden Menschen gesammelt und die Kompetenz der Klinikseelsorger auf diesem Gebiet schätzen gelernt.

Auch im klinischen Alltag war die profilierte Arbeit der Krankenhausseelsorgenden für uns Studenten nicht zu übersehen. Artur Reiner, ein weit über Heidelberg hinaus bekannter katholischer Klinikseelsorger, hatte aus der persönlichen Erfahrung mit Patientinnen/Patienten nach Suizidversuchen die unzulängliche Betreuung dieser Menschen in der Uniklinik erlebt. Diese bekamen nach einem Suizidversuch mit einer Überdosis von Medikamenten lediglich eine Magenspülung und wurden nach einer kurzen Überwachungsphase wieder in ihre konfliktreiche Alltagssituation entlassen.

Auf Initiative eines medizinisch-theologischen Arbeitskreises bildete Artur Reiner 1974 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe. Dadurch konnte auf der Intensivstation der Medizinischen Universitätsklinik jeder Patientin/jedem Patienten nach einem Suizidversuch ein persönliches Gesprächsangebot gemacht werden. Hier wurde ver-

sucht, miteinander über die zum Selbstmordversuch führenden Konflikte und Probleme zu sprechen. Gegebenenfalls wurden weitergehende Gesprächs- oder Therapieangebote organisiert. So entstand das so genannte Heidelberger Kriseninterventionsteam, das viele Nachahmer gefunden hat.

Mich persönlich hat diese Arbeit und das Engagement der Klinikseelsorgenden so beeindruckt, dass ich meine Promotion über die Arbeit des Kriseninterventionsteams geschrieben habe.



Es ist ein typischer Novemberabend mit Nebel und Nieselregen. Seit sechs Wochen arbeite ich im Kreiskrankenhaus als Assistenzarzt in der Chirurgischen Abteilung. Es ist meine erste Arbeitsstelle. Einige 32-Stunden-Dienste habe ich bereits hinter mir. Auch heute Nacht bin ich wieder nach einem anstrengenden

Arbeitstag alleine zuständig für 90 stationäre Patientinnen/Patienten, die Notfallaufnahme und die Chirurgische Ambulanz. Der erfahrene Oberarzt hat Hintergrunddienst.

Das Telefon klingelt: Die Rettungsleitstelle kündigt einen schwer verletzten Patienten an, der im Nebel an der Autobahnraststätte als Fußgänger von einem Fahrzeug erfasst wurde. Sofort ist mir klar, dass hier die gesamte Logistik des Krankenhauses gefragt ist. Ich alarmiere den dienst habenden Anästhesisten, die Ambulanzschwester, den Anästhesiepfleger und meinen Oberarzt. Alle sind zur Stelle, als der Notarztwagen den Patienten bringt. Unter laufenden Wiederbelebungsversuchen wird ein bewusstloser, ca. 40 Jahre alter Mann in den Schockraum gefahren. Nun beginnt die Routine der erfahrenen Helfer: Intubation, Beatmung, Herzmassage, Brustkorbdrenage, Infusionstherapie, Blutkonserven, Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes.

Ich bewundere die routinierte Arbeit meiner Kolleginnen/Kollegen. Bald wird klar, dass der Patient Verletzungen hat, die mit dem Leben nicht mehr vereinbar sind, und alle Bemühungen erfolglos



bleiben müssen. Nach einer kurzen Verständigung treffen die erfahrenen Ärzte die Entscheidung, die Wiederbelebungsversuche zu beenden.

Zurück bleibt ein unbedeckter, mit vielen Schläuchen und Drainagen versehener sterbender Mensch im hellen Licht der OP-Lampen in einem ganz und gar nicht für das Sterben eingerichteten Schockraum.

Es ist das erste Mal, dass ich den Tod eines Menschen miterlebe. Lange noch beschäftigt mich dieses Ereignis. Ich empfinde es als menschenunwürdig und weiß, dass ich so nicht sterben möchte.

Leider habe ich in diesem Krankenhaus niemanden, mit dem ich solche Erfahrungen besprechen und reflektieren könnte.

Es ist 6 Uhr morgens. Bald habe ich es geschafft und wieder einen 24-stündigen Notarztendienst hinter mich gebracht. Doch ausgerechnet jetzt geht nochmals der Alarm. Ich springe in die Kleider und laufe zum Notarztfahrzeug, in dem der Fahrer schon wartet. Wir fahren mit Blaulicht in ein kleines Dorf. An der angegebenen Adresse erwartet uns eine schreiende junge Frau, die sich nicht beruhigen lässt und uns lediglich den Weg in die Scheune weist. Wir laufen mit unseren schweren Koffern dorthin, ohne zu ahnen, was uns erwartet.

Beim Eintritt in die Scheune verschlägt es mir fast den Atem. Oben, am Balken, über dem Heu, hat sich ein junger Mann erhängt. Unten laufen aufgeregt Ziegen und Schafe umher, als spürten auch sie das Drama. Dass wir dem Erhängten nicht mehr helfen können, ist spätestens nach dem Abhängen des Körpers offensichtlich.

Wer jetzt Hilfe braucht, ist die Ehefrau. Sie ist außer sich, hin und her gerissen zwischen Wutausbrüchen, Anklage und Verzweiflung. Irgendwann schafft sie es, Worte zu finden und von den Ereignissen des gestrigen Abends zu berichten.



Wie froh bin ich, dass die beiden von uns alarmierten Notfallseelsorger bald eintreffen und ich die Frau nicht alleine zurück lassen muss.

Einige Jahre später – ich habe inzwischen das Krankenhaus und auch die Fachrichtung gewechselt. Die Arbeit auf der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung mit fast 1.200 Geburten pro Jahr ist eine große Herausforderung. Für uns Assistenzärzte ist die Arbeitsbelastung immens.

Es ist eine große Befriedigung, mit den Müttern (und Vätern) den glücklichen Moment der Geburt ihres Kindes zu erleben. Aber auch das Anteilnehmen an der Enttäuschung und Verzweiflung der Patientinnen bei einer Fehlgeburt gibt mir das Gefühl, am richtigen Platz zu sein. Die Abteilung ist Vorreiter beim sogenannten rooming-in und will die Frauen bei einer möglichst natürlichen Geburt unterstützen.

Aber im Kreißsaal gibt es nicht nur glückliche Momente. Neues Leben und der Tod liegen hier so nahe zusammen, wie ich es nie wieder erlebt habe.

Den Umgang mit dem Sterben im Kreißsaal können wir Assistenten mit unserem Chefarzt thematisieren. Er ist auch an dieser Stelle offen für Veränderungen. Ganz behutsam trauen wir uns, Mütter und Väter zu ermutigen, sich von ihrem totegeborenen Kind zu verabschieden, statt den Müttern die Kinder ungefragt vorzuenthalten, wie es bis dahin üblich war.

Manchmal frage ich mich, warum wir das alles so mühsam alleine verändern müssen. Ich wünschte mir in einem christlichen Krankenhaus Seelsorgerinnen/Seelsorger, die uns unterstützen, die uns Rituale vermitteln und Beistand geben könnten.

Solch ein Seelsorger sollte mir noch begegnen. Ich bin Assistenzarzt auf einer Inneren Abteilung, wiederum in einem evangelischen Krankenhaus, und Georg – so will ich ihn nennen – ist Krankenhausseelsorger. Jeden Morgen kommt er auf die Station und erkundigt sich nicht nur nach den Kranken, sondern auch nach dem Befinden des Personals. Jeden Tag geht er mindestens einmal auf die Intensivstation und besucht alle Schwerkranken. Diese Treue imponiert mir. Beim Stationsfrühstück in der Küche setzt er sich zu uns und hat immer ein offenes Ohr für Sorgen und Probleme der Schwestern. Auch ich kann ihm von meinen Nöten im Umgang mit einzelnen Patientinnen/Patienten, von meinem stressigen Nachtdienst oder einem belastenden Notarzteinsatz erzählen.

Es entwickelt sich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, die dazu führt, dass wir uns einige gemeinsame Projekte vornehmen:

Wir gründen eine Fallbesprechungsgruppe auf unserer Station, an der wir beide mit den Schwestern teilnehmen. Die Pflegedienstleitung genehmigt einen externen Supervisor.

Einmal in der Woche thematisieren wir bei der mittäglichen Schichtübergabe mit den Schwestern nicht nur die medizinischen Probleme, sondern auch die psychosozialen und seelsorgerlichen Aspekte unserer Patientinnen und Patienten im Beisein des Klinikseelsorgers.

Gemeinsam gestalten wir für die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler einmal jährlich einen Studientag außerhalb des Krankenhauses an einem geeigneten Ort zum Thema „Sterben und Tod“.

Georg ist es auch, der mich ermutigt, mich schweigend an das Bett eines Sterbenden zu setzen und nur dessen Hand zu halten bis

die letzten Atemzüge erloschen sind.

Mit Georg erlebe ich zum ersten Mal die Aussegnung eines Verstorbenen.

Sein wichtiges Lebensziel, die Errichtung einer Palliativstation in seinem Krankenhaus, konnte Georg leider nicht mehr miterleben. Er starb mit 56 Jahren an einem unheilbaren Tumorleiden.





Pflegedirektorin Doris Wiegner.

Die Bedeutung der Krankenhauseelsorge für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Wie viel sich im Gesundheitswesen ändert, davon war bereits im Grundsatzreferat von Oberkirchenrat Christian Schad die Rede (s. S. 11–29).

Das verändert die Orte, an denen Krisen erlebt und überlebt, begleitet und bewältigt werden, an denen Menschen sterben.

Betroffen sind davon alle – in besonderer, eigener Weise aber die Pflegekräfte. Wie sind diese Veränderungen für diese Berufsgruppe einzuschätzen? Wie kann ein guter, hilfreicher Kontakt zwischen Seelsorge und Pflege aussehen, gerade heute?

Zu Beginn meiner Ausführungen möchte ich zuerst einen kurzen Einblick in mein Aufgabenfeld als Pflegedirektorin des Evangelischen Krankenhauses Bad Dürkheim, einer Einrichtung des Landesvereins für Innere Mission in der Pfalz e.V., geben.

Ich leite den Pflegebereich mit ca. 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die größte Berufsgruppe im Krankenhaus.

Dies beinhaltet u. a. die Sicherstellung der Qualität und Ablauforganisation der pflegerischen Arbeit, der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Personalauswahl, der Verwaltung des Pflegepersonalbudgets.

Des Weiteren stehe ich als Mitglied im Krankenhausdirektorium in der Mitverantwortung für alle organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Belange des Krankenhauses.

Da ich vor meiner Tätigkeit als Pflegedirektorin 15 Jahre als Krankenschwester auf einer Intensivstation gearbeitet habe, kann ich umso besser die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen auf die Mitarbeitenden und Patientinnen/Patienten im Krankenhaus einschätzen, auch wenn ich jetzt keinen direkten Patientenkontakt mehr habe.

Ich selbst habe viele Jahre in einem kommunalen Haus ohne Präsenz der Seelsorge gearbeitet. Nach meinem Wechsel in ein kirchli-

ches Haus lernte ich dann Krankenhauseelsorge als Seelsorge für Patientinnen/Patienten und Mitarbeitende auf einer Intensivstation durch einen sehr engagierten Seelsorger als selbstverständlichen Bestandteil des Klinikalltags kennen.

Den Unterschied, den es macht, mit oder ohne Seelsorge die vielen Extremsituationen der Notfallmedizin zu bestehen, der ist mir schon damals deutlich geworden.

Heute spreche ich aus meiner Position als Pflegedirektorin.

Herr Oberkirchenrat Christian Schad hat in seinem Grundsatzreferat bereits vieles über die veränderten Rahmenbedingungen, die enorme Auswirkungen auf die Arbeit unserer Mitarbeitenden im Krankenhaus haben, berichtet. Ergänzend möchte ich anmerken, dass die Arbeitsverdichtung im Pflegebereich auch durch einen Besorgnis erregenden Stellenabbau hervorgerufen wird.

Eine aktuelle Studie zeigt, dass zwischen 1995 und 2005 41.000 Stellen (dies sind ca. 12 %) abgebaut wurden. Vor allem bei Berufsanfängern ist im Pflegebereich Arbeitslosigkeit keine Seltenheit.

Durch den weiteren Ausbau des ambulanten Operierens – also der sogenannten „stationersetzenden Maßnahmen“ – und durch den zunehmenden Konkurrenzdruck sind enorme Struktur- und Organisationsveränderungen notwendig geworden, um das Überleben u. a. der kleineren Häuser zu sichern.

Dies bedeutet für unsere Mitarbeitenden, dass sie sich in relativ kurzer Zeit vielen Veränderungen anpassen müssen: „Nichts ist mehr, wie es einmal war!“

Im stationären Bereich sind durch die Verkürzung der Verweildauer bedeutend kränkere und pflegeintensivere Patientinnen/Patienten anzutreffen. Viele davon sind hochbetagt.

Der räumliche Wechsel erfüllt sie mit Angst und Verwirrung. Damit müssen zumeist und in erster Linie die Pflegenden umgehen.

Zugleich müssen sie heute unter dem Motto arbeiten: „Was nicht dokumentiert ist, wird nicht bezahlt.“ Dies reduziert die Zeit am Krankenbett. Die rasante Zunahme der Elektronischen Datenverarbeitung setzt zudem viele ältere Mitarbeitende unter enormen Druck.

Aber auch in der Kultur des Gesundwerdens im Krankenhaus hat sich etwas geändert. Dies ist weniger mit Zahlen, sondern eher mit Erfahrungen zu belegen.

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt ist, so scheint es, die Erwartungshaltung an die Gesundung der Patientinnen/Patienten gestiegen. Dass keine Heilung mehr möglich ist, dass immer noch gestorben werden muss, die Akzeptanz dessen ist bei vielen Menschen, ob bei Patientinnen und Patienten, bei Angehörigen oder Mitarbeitenden, heute nicht mehr selbstverständlich.

Häufiger als früher sprechen wir nicht nur von Kunden, wir erleben Kunden im Krankenhaus, die neben selbstverständlich gelingender Behandlung vor allem höhere Ansprüche an Hotelleistungen eines Hauses stellen. Auch dies ist ein Service, den die Pflegenden zu erbringen haben.

In vielen Einrichtungen, so auch in unserem Haus, stellt sich die Frage, wie angesichts dieser Rahmenbedingungen eine ganzheitliche, patientenorientierte Versorgung erreicht werden kann, ohne Gefahr zu laufen, dass die Wirtschaftlichkeit vor ethischen Gesichtspunkten steht.

In meiner Position heißt die Frage noch einmal zugespitzt: Wie erreichen wir es unter diesen Rahmenbedingungen, dass mit dem wichtigsten „Kapital“ der Einrichtungen, den Mitarbeitenden, so sorgsam und unterstützend umgegangen wird, dass sie nicht ausbrennen und aus dem Beruf aussteigen? Gerade für mich als Pflegedirektorin ist die Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeitenden unter den heutigen Rahmenbedingungen eine wichtige Aufgabe. Auch deshalb, weil das Befinden der Pflegenden immer auch Auswirkungen auf den Umgang mit Patientinnen und Patienten hat. Mir als Pflegedirektorin sind durch Zeitdruck und die große Anzahl von Mitarbeitenden sehr schnell Grenzen gesetzt. Betriebswirtschaftliche und strategische Aufgaben rücken immer mehr in den Vordergrund. Umso höher schätze ich es, dass es die Krankenhauseelsorge gibt, auch als Mitarbeiterseelsorge! Ich sehe, dass ihre Arbeit auch unserem Haus zugute kommt. Sie unterstützt zudem die Krankenhausleitung darin, der Fürsorge für die Mitarbeitenden Rechnung zu tragen. Damit trägt sie auch zum Wohle der Patienten bei.

Was geschieht konkret?

Zwischen der Krankenhauseelsorge und den Mitarbeitenden gibt es zunächst Gespräche im Rahmen der Patientenversorgung und Patientenbegleitung.

Ein typisches Thema ist dabei der Umgang mit „schwierigen“ Patienten. „Schwierig“ kann dabei ganz Verschiedenes sein. Manchmal ist es die Eigenart eines Menschen, manchmal das Verweigern einer medizinischen Maßnahme, manchmal etwas ganz anderes. Immer ist es eine besondere Herausforderung, mit solchen Menschen in der Pflege umzugehen.

Ich habe schätzen gelernt, wie sehr der seelsorgerliche Blick auf den Patienten und die Patientin die Wahrnehmung von Pflegenden unterstützt und korrigiert. Auch wie gut es ist, im Austausch der Professionen zu einem ausgewogenen Blick auf einzelne Menschen zu kommen und ihnen so gerechter zu werden.

Daneben kann für unsere Pflegemitarbeitenden nicht hoch genug eingeschätzt werden, wie entlastend es ist, wenn die Menschen, die auf Station sterben, durch Seelsorgerinnen/Seelsorger begleitet werden. Die Zeitnot der Pflegenden, die den Konflikt auslöst, nicht selbst am Sterbebett sitzen zu können, auch die Unsicherheit, die sich manchmal in solchen Prozessen auftut, all das kann im Kontakt mit der Krankenhausseelsorge zum Wohl von Patientinnen und Patienten hilfreich besprochen werden.

In der Regel sind Pflegekräfte die Personen im Krankenhaus, die am meisten, am längsten und ausführlichsten in Kontakt mit einer Patientin/einem Patienten sind. Gerade durch grundpflegerische Tätigkeiten, wie z. B. eine Ganzwaschung, die die Intimsphäre eines Menschen berührt, kommt es oft zu sehr persönlichen Gesprächen. Pflegekräfte wissen mehr und anderes von Patientinnen und Patienten als z. B. Ärzte. Ihren Blick auf Kranke ernst zu nehmen und sich auch in Konflikten im Blick auf Behandlungsmethoden und Umgangsformen einzubringen, dazu stärkt die Klinikseelsorge die Pflegenden.

Hat sich ein Vertrauensverhältnis entwickelt, entstehen in der Regel auch weitere Kontakte, in denen die Mitarbeitenden sich Rat und Hilfe holen. In den 3-Minuten-Gesprächen im Pflegearbeitsraum oder manchmal auch auf dem Stationsflur wird eine kleine Tür aufgemacht: Eigene Ehekonflikte, unbewältigte Trauer nach dem Tod des Ehepartners, Schwierigkeiten im Team oder Probleme mit den eigenen Kindern können hier besprochen werden. So werden unsere Mitarbeitenden entlastet und unterstützt.

Dieser kleine Einblick in den Krankenhausalltag macht deutlich, dass die Klinikseelsorge ein unverzichtbarer Baustein ist. Wer, wenn nicht die Seelsorge, kann hier hilfreich tätig sein, gerade weil sie nicht völlig in unsere Organisation integriert ist?! Allerdings braucht es Vertrauen, um in dieser Art kooperativ zusammenzuwirken.

Außer diesen situativ entstehenden Kontakten gibt es viele Möglichkeiten gezielter Angebote zur Begleitung und Unterstützung der Mitarbeitenden.

Ich möchte im Folgenden nur die Handlungsfelder nennen, bei denen ich mir die Zusammenarbeit von Krankenhaus und Seelsorge besonders wünsche:

- Begleitung und Supervision der ehrenamtlich Mitarbeitenden und Hospizhelfenden, die eine sehr wertvolle, aber auch eine für sie oft belastende Arbeit leisten.
- Die organisierte Atempause, eine Andacht, ein geistlicher Impuls, die den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, einen kurzen Moment innezuhalten. Gerade in für Mitarbeiter sehr angespannten und belastenden Situationen, dies war in unserem Haus z.B. die Zertifizierung, werden diese Angebote von Mitarbeitenden als sehr entlastend empfunden. Ebenso wichtig sind Gedenkgottesdienste für verstorbene Mitarbeitende.
- Die fachliche Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dem Thema „Sterben und Tod“ im Rahmen von Sterbeseminaren.
- Regelmäßige Gesprächskreise mit Erfahrungsaustausch und Fallbesprechungen; sei es, um Mitarbeitende Ausdruck und Sprache finden zu lassen in ihren Ängsten, in Ohnmacht, bei Schuldgefühlen, angesichts der Erfahrung von Sinnlosigkeit, im Umgang mit Aggressionen, angesichts von Sterben und Tod; aber auch, um Vertrauen und Hoffnung auszudrücken.

Gemeinsame Aktivitäten im Rahmen von Fortbildungen sowie Orientierungs- und Verständigungshilfen im beruflichen Alltag, Öffentlichkeitsarbeit und vor allem die Einbindung in verschiedene Arbeitsgruppen und Teamprozesse runden die enge Kooperation ab. Damit dies gelingt, muss ein regelmäßiger Dialog zwischen Klinikseelsorge und Krankenhausleitung stattfinden. Wird die Seelsorge frühzeitig über Struktur- und Organisationsveränderungen informiert, kann sie sich auch aktiv in verschiedene Prozesse einbringen.

Dies klingt vielleicht formal, doch möchte ich deutlich zum Ausdruck bringen, dass ich in einem konfessionellen Haus arbeite, in dem solche Bemühungen um eine auch in den Arbeitsstrukturen geregelte Zusammenarbeit Teil unseres täglichen Miteinanders sind. Zum Vorteil gereicht uns hier, dass sich auch unser Vorstand bewusst als Theologe und Pfarrer engagiert, z. B. in der Palliativarbeit, im Ethikkomitee oder in Gottesdiensten mit Mitarbeitenden und für sie.

Für uns formuliere ich hier darum eine Selbstverständlichkeit, die in anderen Häusern z. T. nur gewünscht werden kann.

Da in meiner Zeit als Krankenschwester auf der Intensivstation die Seelsorge kaum präsent war, kann ich umso mehr die Situation in unserem Haus schätzen, in dem die Seelsorgerinnen und Seelsorger fest in den Alltag eingebunden sind und so im Blick auf Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende Raum geschaffen wird zur Begegnung mit der Seelsorge. Ich jedenfalls habe ihr Zuhören und Mitgehen als eine Kunst verstehen gelernt, die für die bleibend gute Arbeit in unserem Haus unverzichtbar ist.

Alois Schröder, Pfarrer und Bundespräsident des deutschen Kolpingwerkes, hat dies m. E. sehr treffend charakterisiert, wenn er schreibt:

„Richtig zuhören, das ist eine Kunst! Da hat mir jemand zugehört, er war ‚ganz Ohr‘ für mich. Ich konnte reden und mich aussprechen, und das ohne Angst und Druck.

Es war, als fielen mir Steine vom Herzen! Ich durfte mich mitteilen, und der andere nahm teil an meinem Schicksal, an meiner Not und Enttäuschung. Auch was nicht ausgesprochen wurde oder werden konnte, las er mir von den Lippen ab.

Selbst die leisen und zarten Zwischen- und Untertöne vernahm er mit besonderer Aufmerksamkeit.

Sprechender wie Hörender ‚stimmten‘ sich mehr und mehr aufeinander ein.

Der innere Gleichklang wirkte heilend und befreiend, wie ein Wunder war es.

Zuhören, wirkliches Zuhören kann ‚augenblicklich‘ stärker sein als ein schmerzlinderndes, ein angstlösendes Medikament.“

Solch heilendes Zuhören leistet die Seelsorge im Kontakt mit Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen, aber auch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Krankenhausseelsorge in ihrer Vielfalt

Was machen Seelsorgerinnen und Seelsorger eigentlich, wenn sie „Seelsorge machen“? Von „vor allem zuhören“ bis hin zu „immer mit Leid zu tun haben“ gehen die Vorstellungen. Dabei ist, was Seelsorge genau macht, ziemlich deutlich von dem Ort abhängig, an dem sie geschieht. Zuhören und mit den Leidenden mitgehen – in verschiedenen Häusern hat das ganz verschiedene Gesichter. Sieben Krankenhauspfarrerinnen und -pfarrer gewähren in einem bunten Strauß einen kurzen Einblick in die typische Arbeit in ihrem Haus.



Pfarrerin Daniela Körber.

Seelsorge in einem Haus der Grund- und Regelversorgung

„Liebe Patientin, lieber Patient, wir begrüßen Sie herzlich im Diakonissen-Stiftungskrankenhaus Speyer. Wir hoffen auf eine hilfreiche Zeit in unserem Haus!

Aus dem Alltag herausgenommen zu werden, bringt nicht selten Fragen mit sich.

Als Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger möchten wir Sie begleiten und stehen Ihnen gerne zu Gesprächen zur Verfügung.“

Wer im Diakonissen-Stiftungskrankenhaus Speyer aufgenommen wird, findet auf seinem Nachttisch eine Faltkarte mit diesen und weiteren Informationen über die Seelsorge vor. Rund um die Uhr sind meine Kolleginnen und ich sowie der katholische Kollege erreichbar und stehen als Weg-, Krisen- und Sterbebegleiterinnen und -begleiter zur Verfügung. Auf unseren Rundgängen über die Stationen gehen wir auch von Zimmer zu Zimmer und begegnen dabei Menschen in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen.

Heute möchte ich von Frau M. erzählen:

Sie kommt zu einer Gallen-Operation in unser Haus – und wenn alles gut geht, wird sie in drei Tagen wieder zu Hause sein. Dennoch ist die Situation für sie nicht einfach. Aus ihrem Alltag und ihrem



wohl vertrauten Umfeld ist sie herausgerissen. Als ich mich ihr vorstelle, freut sie sich und nimmt mich dankbar als Gesprächspartnerin an.

Relativ schnell erzählt sie mir von ihrer Angst vor der anstehenden OP. Dann aber auch von anderen schwierigen Situationen in ihrem Leben. Sie ziehen vor ihrem inneren Auge noch einmal dahin: die Kriegs- und Nachkriegsjahre waren schwer für sie; ihr Mann ist sehr früh verstorben, so dass sie ihre vier Kinder alleine groß gezogen hat, mit ihrem Sohn gab es viele Schwierigkeiten – und dann ist er plötzlich bei einem Autounfall ums Leben gekommen...

Ich höre zu, frage nach, gehe den Weg von Frau M. mit, spüre ihre Empfindungen und lasse sie das auch wissen.

Dann wird sie ganz still, ist voll und ganz mit sich und ihrem Weg, den sie zurückgelegt hat, beschäftigt. Auf einmal durchbricht sie die Stille wieder und sagt: „Wissen Sie, wenn ich meinen Glauben nicht gehabt hätte, dann hätte ich all das nicht geschafft! Ich bete jeden Abend. Das hilft mir.“

So wird Frau M. die Quelle ihrer Kraft bewusst. Ihr Glaube ist für sie diese Quelle!

Unser Gespräch kommt hier an einen wichtigen Punkt. Diesen Punkt versuche ich mit meinen Gesprächspartnern immer wieder zu erreichen, so dass wir der Frage nachgehen können: Woher nehmen wir Menschen unsere Kraft, vor allem dann, wenn es darum geht, schwierige Situationen zu meistern? Wo liegen die jeweiligen Ressourcen?

Frau M. hat diese Frage für sich ganz klar beantwortet. Und so frage ich sie gegen Ende unseres Gespräches: „Möchten Sie, dass ich mit Ihnen bete?“ Sie nickt.

Als ich mich dann verabschiede, sage ich: „Ich wünsche Ihnen viel Gutes für Ihren Weg, auch für die bevorstehende OP. Möge Gottes Segen Sie begleiten!“

Sie reicht mir die Hand und sagt: „Ja, an Gottes Segen ist alles gelegen!“



Pfarrer Max Krumbach.

Seelsorge in einer Rehabilitationsklinik

So stelle ich jede Woche bei einer Einführungsveranstaltung die Seelsorge in den Bliestal-Kliniken vor:

„Die Seelsorge bietet Ihnen zuerst einmal das, was Sie aus ihrer Gemeinde kennen: Gottesdienste, Andachten, Gespräche ...

Für *ein* Angebot mache ich Reklame. Das können Sie in dieser Weise nur hier, während Ihres Aufenthaltes in der Klinik erleben. Es ist unser Gesprächskreis ‚Bibel und Glaube‘.“

Wir, die wir hier sitzen, haben im Leben viel Gutes erfahren: Menschen, die uns lieben, die uns begleiten, die sich freuen, dass sie uns sehen. Die, die uns jetzt einfallen, haben uns geholfen, so manchen Sturm unseres Lebens zu überstehen. Sie haben uns auch vor und nach der letzten Operation beigestanden ... Viele haben auch anderes erlebt, tiefe Einbrüche im vertrauten Alltag ... Einige standen im vergangenen Jahr an Gräbern und mussten Abschied nehmen. Bei manchen schmerzt die Wunde noch ... Viele Familien pflegen Ange-



hörige zu Hause oder besuchen sie in einem Heim. Einige sind über der Pflege selbst krank geworden ...

Andere leben mit behinderten Angehörigen – Ehepartnern oder Kindern. Sie bewältigen die Aufgabe Tag für Tag... Wieder Andere haben dreißig, vierzig Jahre lang gearbeitet. Sie sind stolz darauf, was sie für ihre Familie erreicht haben: ihre Wohnung oder ihr Häuschen und die Ausbildung ihrer Kinder. Dann haben sie einen Einbruch erlebt. Morgens sagte ihr Meister: „Heute Nachmittag sollst Du aufs Personalbüro kommen.“ Dort hörten sie: „Sie waren immer ein zuverlässiger Mitarbeiter, vielen Dank. Leider können wir Sie nicht länger beschäftigen.“ Es gibt viele schöne Wörter dafür. Manch einer ist deshalb hier, weil er sich danach überflüssig und wertlos vorkam und krank wurde. So etwas bleibt ja nicht in den Kleidern stecken.

Diese Themen kommen am Donnerstagabend zur Sprache, wenn wir über der Bibel unsere Erfahrungen teilen. Hier sind wir alle fremd. Das erleichtert das Reden. So lade ich gerade die ein, die Hemmungen verspüren, mit anderen über das Gepäck zu sprechen, das sie mit sich herumschleppen. Sie können es hier abstellen.



Pfarrerin Marion
Weigelt-Drexler.

Seelsorge in einer Kinderklinik

Meine Stelle umfasst zwei Häuser:

Neben der Tätigkeit im St.

Marienkrankenhaus, einem Grund- und Regelkrankenhaus, arbeite ich in einer Kinderklinik, dem St. Annastift.

Im St. Annastift begegne ich auf den Stationen nicht nur den kranken Kindern und Jugendlichen – auch den Eltern und Geschwistern und natürlich den Schwestern, Pflegern und Ärzten.

Wie besonders diese Arbeit ist, das möchte ich gerne deutlich machen:

Für meine Arbeit nehme ich im

Grunde einen Rucksack mit. In diesem Rucksack ist mein „Seelsorge-Proviant“. Was habe ich eingepackt?

(Bei der Präsentation habe ich jeweils ein gegenständliches Symbol gezeigt)

Zuerst einmal Zeit (Uhr)

Sich Zeit lassen für die Begegnungen und Kontakte mit den jungen Patienten, den Müttern und Vätern;



Zeit für Spiel (Handpuppe)

Spielen zum Ablenken und Lachen, Spielen zum Lernen und Träumen;

Zeit für Wünsche (Zauberstab)

Über Wünsche und Hoffnungen erzählen; manchmal werden einige sogar wahr: z. B. mit einem Flugzeug fliegen, einen Rockstar treffen, mit Delphinen schwimmen;

Zeit für Trauer, Schmerz und Wut (weißes/schwarzes Tuch)

Über Verlust und Abschied reden, Gottesdienst feiern, Beten, Kinder segnen, sie taufen und manchmal auch beerdigen müssen;



Zeit für Hoffnungsgeschichten (Kinderbibel)

Von Gott und der Welt erzählen, am Krankenbett und im Kinder-gottesdienst;

Zeit für Gehalten-Sein (Schale)

In diese Schale passt dies alles, die unterschiedlichsten Gefühle und Gedanken: Klage, Schmerzen, Ängste – Hoffnungen, Dankbarkeit, Freude.

Zum Seelsorgeproviant gehört auch die Nahrung für die Seelsorgerin.

Da könnte ich vieles einpacken!

Eins davon habe ich heute mitgebracht: *(Menschenkette aus Papier)*

Das sind die Kolleginnen und der Kollege aus unserem Team:

die Lehrerin, die katholischen Seelsorgerinnen, der Psychologe, die Heilpädagogin, die Krankenschwester und die Sozialarbeiterin; die Zusammenarbeit und der Austausch sind mir ein wichtiger Pro-viant – meistens ein wohlschmeckender ...!





Pfarrerin Sigrid Krauss.

Seelsorge in einem Haus der Maximalversorgung

Ein schwerer Unfall auf der A6 bei Landstuhl. Der 19-jährige, mehrfach schwerstverletzte Unfallverursacher muss sofort ins Westfalzklinikum Kaiserslautern gebracht werden, obwohl das Landstuhler Krankenhaus viel näher wäre. Sein Leben hängt an einem seidenen Faden. Er braucht jetzt ein hochspezialisiertes interdisziplinäres Trauma-Team, das alle medizinischen Disziplinen abdecken kann.

Dies ist nur in einem Haus der Maximalversorgung möglich. Dort landen immer die schwersten Fälle. Das treibt die Arbeitsintensität für alle Beteiligten massiv in die Höhe. Verschnaufpausen sind selten. Zu selten, sagen hier viele Mitarbeiter, wenn sie am Mittagstisch darüber reden, wie ausgebrannt sie sind.

Während das Trauma-Team noch um das Leben des Verunglückten kämpft, sind die Angehörigen vom Personal der Intensivstation schon verständigt worden. Ebenso die Seelsorge. Die Eltern und die zwei Geschwister des Verunglückten sitzen in der Schleuse zur Intensivstation. Sie haben noch keine genauen Informationen. Sie wissen nur: Die nächsten Stunden entscheiden über Leben und Tod!

Alle Familienangehörigen zeigen Symptome einer akuten psychischen Krise: Die ganze Bandbreite – von absoluter Erstarrung bis hin zu einer unkontrollierbaren rastlosen Unruhe ...

Die Frage, ob diese Familie jetzt Seelsorge wünscht oder nicht, stellt sich erst gar nicht. Sie greifen massiv nach mir. Sie brauchen ganz offensichtlich eine kompetente Person an ihrer Seite, die sich Stück um Stück mit ihnen durch dieses höllische Chaos arbeitet, das in ihnen in dem Moment losgebrochen ist, als sie von dem schlimmen Unfall erfuhren.

Viele Male gehen wir zusammen durch, was wohl geschehen sein mag. Das Wenige, das sie wissen, wird plötzlich unheimlich bedeutungsvoll: Einige wieder erkennbaren Steine in einer ansonsten völlig

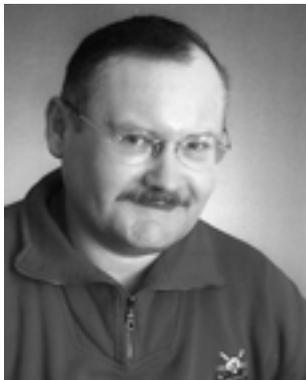
dem Erdboden gleichgemachten Landschaft ... Wie unreal: Vor vier Stunden war die Welt doch noch in Ordnung ... Und jetzt ...?!

Das Gehirn begreift in einer solchen Situation nur sehr langsam, was geschehen ist. Gott sei Dank tut es das! Es wehrt sich erfolgreich dagegen, die Ereignisse in ihrer ganzen Tragweite zu begreifen. Das ganze Bild ist jetzt noch unerträglich!

Es ist noch keine schützende Struktur entstanden, die es begreifbar oder auch nur erträglich machen würde.

Das ganze Bild auf einmal wahrnehmen zu müssen, das würde womöglich auch den zarten Keim der Hoffnung in diesen Menschen ersticken. Doch das geschieht hier nicht. Gott sei Dank! Stunde um Stunde, Tag um Tag, Woche um Woche kämpfen sich Angehörige und Patienten so oder so ähnlich durch ihre Krisen.

Und wir mit ihnen!



Pfarrer Joachim Geilling.

Seelsorge in einer Klinik für Psychiatrie und Neurologie

Ich habe ein wichtiges Symbol für meine Arbeit als Seelsorger in der Psychiatrie mitgebracht, einen großen Schlüsselbund mit vielen Schlüsseln daran. Ohne diese Schlüssel käme ich in kaum eine Station unserer Klinik. Es besteht eine Grenze zwischen der Welt der Gesunden und der Welt der Kranken. Mit Hilfe des Schlüssels gelange ich in die fremde Welt der Psychiatrischen Klinik. Mit dem Schlüssel ist für mich jeden Tag neu

die Hoffnung verbunden, in Kontakt zu kommen mit einem kranken Menschen. Das ist schwierig, denn:

Seelsorge in der Psychiatrie ist Seelsorge im Extrem.

Wir haben es mit Patienten zu tun, die psychisch krank sind.

Menschen, deren Denken, Fühlen, Wollen und Verhalten weit von einer „normalen“ Realität entfernt ist. Erkrankt ist nicht ein Körperteil, sondern der gesamte Mensch.

Die Patientinnen/Patienten in der Psychiatrie fühlen sich von Dämonen und Geistern verfolgt, sie hören Stimmen aus einer anderen Welt, und sie haben Ängste, die hundertmal schlimmer sind als unsere Alltagsängste.

Die Patientinnen/Patienten erleben sich defizitär, hassen sich selbst, sind von Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen geplagt.

Sie steigen aus der Realität aus, bilden einen Wahn, der sie die „kaputte“ Wirklichkeit besser ertragen lässt, sie betäuben sich mit Alkohol und Drogen.

Manche werden depressiv, gefühllos, egozentrisch, suchen Schwächere als Opfer und begehen Straftaten.

Die Seelsorge arbeitet mit Fachkräften aus Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie und Pflege zusammen. Unsere Aufgabe als Seelsorger ist es, mithilfe eines fundierten psychologischen Wissens und einer geschulten Kommunikation eine Beziehung zu dem kranken Menschen aufzubauen.

Oftmals bringt Zuhören und damit das Hineinhören in die verletzte Seele einen Ansatz zum Gespräch und eröffnet damit eine Chance zu einer tiefen, nicht verzweckten Begegnung von Mensch zu Mensch, die oft in eine längere Begleitung mündet.

Im Idealfall werden wir zu Übersetzern von der kranken in die gesunde Welt – und umgekehrt.

Neben unserer Rolle „im Chor der verschiedenen Professionen“ geben wir in Gottesdiensten, Andachten und Gesprächen Raum für das Erleben des Glaubens, der mithelfen kann, die Schwere der Krankheit zu ertragen und die Kraft des Mensch gewordenen Gottes zu spüren.



Pfarrerin Suse Günther.

Seelsorge auf einer Palliativstation

Der Begriff „palliativ“ kommt aus dem Lateinischen. Dort bedeutet das Wort „Pallium“: „Mantel“ – meint also Schutz und Geborgenheit.

Im Unterschied zum Hospiz bleiben die Menschen bei uns, im St. Johannis-Krankenhaus in Landstuhl, nur begrenzte Zeit, etwa 10 Tage, nicht bis zum Lebensende; können aber immer wieder kommen.

Ein Sessel steht in jedem Zimmer.

Oft und gern halten sich Patientinnen und Patienten hier auf mit Blick auf den Pfälzerwald. Für mich ist dieser Sessel zum Qualitätssymbol für unsere Arbeit geworden: Gerade hat mir ein Patient, hier sitzend, gesagt: „Ich bin mal wieder zur Kur bei Ihnen.“

Wir arbeiten auf der Palliativstation im Team. Da sind zu nennen:

Der Chefarzt der Inneren Medizin:

Ihm untersteht u. a. die Palliativstation.





Der leitende Oberarzt der Palliativstation:

Er ist verantwortlich für Symptomkontrolle, Schmerztherapie, das Festlegen der weiteren Therapie im Gespräch mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen.

Die Fachpflegekräfte:

Sie bemühen sich um eine ganzheitliche, patientenspezifische Pflege, die das Wohlbefinden fördert, die Lebensqualität erhält und Geborgenheit vermittelt.

Die Überleitungsschwester:

Sie organisiert die Zurückverlegung der Patientinnen und Patienten nach Hause und sorgt für einen reibungslosen Ablauf sowie eine gute Pflege zu Hause (Pflegebett, Pflegedienst u. a.).

Die Hospizschwester:

Sie besucht die Patientinnen und Patienten zu Hause und bildet das Bindeglied zwischen Krankenhaus und Patientin/Patient mit den Angehörigen.

Die Psychologin:

Ihre Aufgabe ist es, sich Zeit für die Patientinnen und Patienten zu nehmen und zuzuhören. Dabei geht es darum, emotionale Bedürfnisse zu erkennen und bei der Verarbeitung der Erkrankung und der

gesamten Lebenssituation unterstützend zu helfen. Ängste und Fragen werden entgegengenommen und gemeinsam bearbeitet. Oder, wo das nicht möglich ist, gemeinsam ausgehalten.

Die Seelsorgerinnen:

Wer auf einer Palliativstation behandelt wird, ist sich über seine Erkrankung und die begrenzte verbleibende Zeit im Klaren. Viele Menschen wollen in dieser letzten Lebensphase Fragen klären, ihr Leben zu einem guten Abschluss bringen, sich ganz bewusst auf den Weg machen.

Wir Seelsorgerinnen stehen für Gespräche zur Verfügung und versuchen, das aufzunehmen, was Patientinnen und Patienten an Bitten und Fragen an uns herantragen. Wir nehmen uns die Zeit, die die Menschen brauchen, um ihre ganz eigene letzte Entwicklung zu machen. Wir tun das in dem Glauben, dass unser Weg mit dem Tod nicht zu Ende ist und dass Gott diesen Weg hier wie dort begleitet. Dass er Menschen beauftragt, einander zur Seite zu stehen.

Unser Team ist rund um die Uhr erreichbar, um Schmerzen zu lindern, die Lebensqualität zu fördern, Angst zu nehmen, die Würde zu wahren, fachliche Beratung zu bieten, Angehörige zu entlasten.

Wenn Menschen auf der Palliativstation sterben, sind sie und ihre Angehörigen begleitet. Zusammen mit den Angehörigen findet eine Aussegnungsfeier statt, zu Gesprächen stehen wir über den Tod hinaus für Angehörige zur Verfügung. Einmal im Monat gedenken wir der Verstorbenen im Gottesdienst in unserer Kapelle.



Pfarrer Wolfgang Roth.

Seelsorge im Maßregelvollzug

Es war ein schöner Sonntagsgottesdienst in unserer Klinikkirche. Auch er war da, wie fast jeden Sonntag. Ich nenne ihn hier Bernhard Koch. Ganz hinten rechts saß er, wie immer. Wie immer mit geschlossenen Augen. „Sie müssen nicht denken, dass ich schlafe“, hatte er einmal gesagt, „ich meditiere, ich höre, ich bin ganz dabei.“ – Ich bin noch ganz erfüllt vom Gottesdienst, schließe die Sakristei auf, da stürmt er herein. „Rufen Sie meinen Vater an, rufen Sie meine Mutter an!!

Ich bin fertig mit der Welt, ich bin am Ende. Die machen mich alle, diese gottverdammten Dreckschweine! Rufen Sie meinen Vater an!!“ – Er redet von seinem Therapeuten und dem Chefarzt. Ich weiß das, denn er redet immer so von ihnen. „Haben Sie meinen Vater angerufen?“ Er hatte mich schon Mittwoch darum gebeten. Ich hatte es nicht getan, nicht schon wieder.

Alle zwei Monate ruf ich ihn an. Ich sage: „Guten Tag, Herr Koch, ich rufe im Namen ihres Sohnes Bernhard an.“ Er schreit sofort: „Ja wissen Sie denn nicht, dass mein Geschäft kurz vor dem Ruin steht, dass ich mich um die Tochter aus meiner dritten Ehe kümmern muss? Ich habe dem Bernhard gesagt, er soll endlich tun, was diese Vollidioten bei Ihnen von ihm wollen. Das kann so schwer doch wohl nicht sein. Besuchen Sie ihn, erklären Sie ihm das!“ „Eigentlich will er nur mal einen Besuch von Ihnen und wenn das zeitlich nicht geht, dann vielleicht das Benzinsgeld, er ist völlig abgebrannt ...“

„Nur Forderungen, nur Forderungen, seit 40 Jahren nur Forderungen, rufen Sie doch seine Mutter an!“ Also rufe ich seine Mutter an.

„Wer? Klinikseelsorge? Ist er gestorben?“ „Nein, er will nur mal ein Gespräch mit Ihnen, ob Sie ihn vielleicht einmal hier besuchen könnten.“ „Besuchen?! – Ja, wo denken Sie denn hin? Wo denken Sie denn *hin*? Ich habe gerade den Hänger geladen, bin quasi unterwegs nach Düsseldorf zur Messe. Verstehen Sie was von Konkurrenzdruck in der Branche? Ich kann seine Sachen hier nicht unterstellen, es ist



alles voll, auch die Garage, und rufen Sie mich bitte nicht wieder an! – Wer sind Sie? Ich erwarte demnächst Ihren Anruf!“ – So geht das jedesmal. Ich werde wieder anrufen.

Herr Koch steht vor mir, erregt, die Augen funkeln. „Ich bin fertig mit dem Kriech“, so ähnlich heißt sein Therapeut, „ich werde keine Gespräche mehr mit ihm führen!“ „Aber Sie sagten mir doch neulich, er habe Ihnen einen guten Tipp gegeben beim Formulieren eines Antrags auf Lockerungen.“ „Bin ich denn nur von Armleuchtern umgeben? Was predige ich denn seit zwei Jahren an Sie hin, dass diese Null nichts weiß und nichts versteht? Stecken denn hier alle unter einer Decke? Sie sind ... Ich mach den Abflug, ich hab genug gebunkert an Medikamenten, und nur Sie wissen das, es ist vorbei, es ist aus, Schluss, fertig, Feierabend, tschüss!!“ Er schreit die letzten Sätze aus sich heraus, schlägt auf den Tisch, dass mein Predigtringbuch hüpf, wirft einen Stuhl durch die Sakristei und stürmt davon.

Bernhard Koch ist seit sieben Jahren in unserer Forensischen Klinik. Vorher war er etwa genau so lang in verschiedenen Einrichtungen. Er hat u. a. einem Zechkumpanen eine Portion heiße Bratkartoffeln ins Gesicht geschüttet und bei Gelegenheit seinen zwei Jahre älteren Stiefvater angeschossen. Seine Diagnosen lauten: Narzissti-

sche, Borderline-, Dissoziale Persönlichkeitsstörung und Polytoxikomanie. Er will nur noch „heim“, beendet jedes Gespräch mit einer Suizidankündigung.

200 Forensikpatientinnen und -patienten, jede/jeder anders, ganz anders, aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer Alkohol-erkrankung zu Maßregeln der Sicherung und Besserung gerichtlich eingewiesen, bringen dadurch, dass sie jahrelang weggeschlossen leben müssen, große Opfer für die Gesellschaft. In der Seelsorge erfahren sie ihre Würde und eine Hilfe, nicht zu verzweifeln.



Wie gelingt Seelsorge eigentlich? Wenige nur würden Seelsorgende vermutlich danach zu fragen wagen. Es ist ja auch gar nicht einfach zu sagen, was denn nun in einer seelsorglichen Begegnung gut, qualitativ, also „richtig“ gewesen ist.

Die Leitlinien der Krankenhausseelsorge (s. S. 30–37) helfen dabei, indem sie Kernkompetenzen formulieren, die für die seelsorgliche Qualität nötig sind.

In den Häusern selbst werden alle erbrachten Leistungen darauf befragt, ob und wie sie gelingen. Spätestens im Rahmen von Zertifizierungen sind dort auch Seelsorgende gefordert, ihre Qualität zu belegen.

Doch gute Seelsorge entfaltet sich auch und vor allem exemplarisch, konkret, jenseits von Kennzahlen und Dokumentationen.

Was heißt „gute Seelsorge“?



Pfarrer Joachim Geiling.



Pfarrer Wolfgang Roth.

Wir haben uns in den letzten Jahren viele Gedanken gemacht zur Qualität unserer Arbeit. Wir sind davon überzeugt, dass man Seelsorge lernen kann; ja mehr noch, dass wir verschiedene Methoden erlernen *müssen*, wollen wir Menschen in unterschiedlichen Situationen gerecht werden.

Wir haben ein kleines Arbeitsblatt zum Thema erarbeitet und empfehlen es der Lektüre: *Qualität und Methoden der Krankenhausseelsorge* (s. S. 80–82).

Jetzt wollen wir anhand eines Gesprächs, das wirklich einmal stattfand – wir fanden es in der Seelsorgeliteratur –, im Rollenspiel zeigen, wie Seelsorge misslingen und wie sie auch gelingen kann.

Ein misslungenes und ein gelungenes Seelsorgegespräch

Ein misslungenes Seelsorgegespräch

Der Patient (P), mit dem das folgende Gespräch geführt wird, ist ein 33-jähriger Mann, der nach einem Arbeitsunfall ins Krankenhaus eingeliefert wurde und dort seit drei Wochen liegt. Der Seelsorger (S) hatte ihn schon einmal besucht und von ihm erfahren, dass sein Ellenbogengelenk nach seiner Operation in der Beweglichkeit erheblich eingeschränkt bleiben würde. Er mache sich darüber aber keine Sorgen: „Meine Firma sorgt schon für mich. Sie haben mir schon eine andere Stelle zugesagt.“

Der zweite Besuch des Seelsorgers findet an einem sonnigen Frühlingsnachmittag statt. In dem Mehrbettzimmer liegen u. a. auch zwei Gastarbeiter. Der Patient steht am Fenster. Der Seelsorger begrüßt ihn mit Handschlag:

S: Na, Herr Übel, Sie schauen zum Fenster hinaus, Sie würden wohl auch gern draußen spazieren gehen, die Sonne lockt ja tüchtig.

P: Ja, wär auf jeden Fall besser, als hier in dem Stall zu vergammeln!

S: Nun wird's ja wohl nicht mehr so lange dauern, dann können Sie wieder nach Hause!

P: Ich muss noch mal unter's Messer. Der Arm muckert noch.

S: Ach, so schlimm wird's schon nicht werden!

P: Ach! – Richtig war es seit der Operation noch nicht. Wer weiß, was sich da zusammenbraut! Der Arzt sagt, dass der Knochen nicht so recht will. Hoffentlich machen sie nicht noch mehr kaputt.

S: Die hier doch nicht! Ich hab nur Gutes von unserer Chirurgie gehört!

P: Dass der Ellenbogen steif bleibt, weiß ich. Hab ich mich ja auch mit abgefunden. Aber nun ist es doch genug! Vielleicht ganz steif oder ab ... Wissen Sie, Herr Pfarrer, da fragt man sich ja nun wirklich, ob das der liebe Gott so will. Ich kann doch nicht den Invaliden spielen! Mann! Mit 33 vielleicht auf Rente ... Nee, will ich nicht!!

S: Also der liebe Gott hat mit Ihrem Arm schon mal gar nichts zu tun, und außerdem: Arbeiten kann man immer, wenn man will.

P: Aber rumhocken im Büro und Rechnungen zählen ... Nee, das ist nix! Da graut's mir schon jetzt!

S: Klar, kann ich gut verstehen! Ihre Firma hat doch sicher einen Außenposten, bei dem Sie nicht immer drin sein müssen.

P: Ach, dann dauernd mit einem Arm so rumkriechen! (Lauter, und einen Schritt auf den Pfarrer zutretend:) Na, dann sagen Sie mir doch mal, womit ich das verdient habe, mit 33 Jahren schon Invalide zu sein! Oder gucken Sie den an (zeigt auf den einen Gastarbeiter). Dem haben sie das Bein abgenommen. Auch bei der Arbeit verunglückt. Der wollte sich doch bloß ein paar Kröten mehr verdienen als zu Hause. Hat Frau und Kinder zu Hause. Wer hat denn nun Schuld? Er, weil er nach Deutschland gekommen ist, oder weil er nicht aufgepasst hat, oder ist das Schicksal?

S: Das kann ich Ihnen auch nicht beantworten. Aber Sie stellen gute Fragen, z. B. die nach der Theodizee. So nennen wir Theologen das. Den Begriff hat übrigens 1710 Leibnitz geprägt. Darüber gibt es eine wahre Flut von Literatur. Wenn Sie das interessiert, kann ich Ihnen darüber mal ein Büchlein mitbringen.

P: Ja, Fragen und keine Antworten! So ist das immer! Aber Sie verstehen, Herr Pfarrer, das musste mal raus. Und Sie nehmen mir meine Offenheit doch nicht übel, nicht wahr?

S: Aber, wie werd ich denn! Dafür bin ich doch da! Lassen Sie ruhig all Ihren Gefühlen freien Lauf, das tut gut! Und Fragen, die haben wir doch alle! Irgendwie. Was glauben Sie, wie viel Fragen ich den lieben langen Tag zu hören bekomme. Gerade im Nachbarzimmer, da liegt einer, dem geht's wirklich schlecht ... Und, das wissen wir doch alle: Auch Jesus hatte Schmerzen und Qualen und war doch Gottes Sohn. Und der hatte auch Fragen an seinen Vater im Himmel. Und – bekam er Antwort ...?

P: (Patient schweigt, zieht die Schultern hoch, macht eine wegwerfende Handbewegung.)

S: Über Fragen kann man immer wieder nachdenken. Da fällt mir ein: Haben Sie denn schon mal mit dem Arzt oder dem Oberarzt oder der Stationsschwester gesprochen, was die zu Ihrem Arm sagen und wie sie Ihre Chancen einschätzen?

Jetzt machen Sie sich erst mal keine Gedanken. Die meisten Patienten machen sich immer viel zu viel Gedanken, das bringt doch

nichts! Und was sagt Paulus, der große Apostel Paulus: „Ich bin überzeugt, dass dieser Zeit Leiden nicht ins Gewicht fallen gegenüber der Herrlichkeit, die an uns offenbar werden soll ... Die Schöpfung ist ja unterworfen der Vergänglichkeit ... doch auf Hoffnung!“ Mit diesem guten Wort, das mich so sehr tröstet, wünsche ich Ihnen weiter einen schönen Tag, ich muss weiter, noch viele warten auf mich, hier, auf der Station.

P: Jetzt reicht's! Hauen Sie endlich ab!

Kommentar zum misslungenen Seelsorgegespräch Pfarrer Joachim Geiling

„Nomen est Omen“ könnte man nach diesem Gespräch mit dem Seelsorger sagen.

Herrn Übel, dem Patienten, geht es übel.

Der Seelsorger ist auf zwei wichtige Gefühle des Patienten nicht eingegangen: weder auf die *Angst* vor der nächsten Operation, die darüber entscheidet, ob der Patient seinen Arm behalten kann oder zeitlebens behindert sein wird, noch auf die *Wut bzw. Aggression*, die aus seiner Ohnmacht und Hilflosigkeit kommt – und in der Frage gipfelt: „Wie kann Gott das zulassen und mir antun?“

Stattdessen begeht der Seelsorger eine Reihe von *klassischen Fehlern der Gesprächsführung*, die ich hier exemplarisch darstellen möchte:

1. Der Seelsorger bagatellisiert

„Ach, so schlimm wird's schon nicht werden!“

Damit nimmt der Seelsorger die Angst des Patienten nicht ernst und spielt sie herunter.

2. Der Seelsorger identifiziert sich gegen den Patienten

„Ich hab nur Gutes von unserer Chirurgie hier gehört.“

Der Seelsorger macht sich zum Sprachrohr und Verteidiger des Krankenhauses und ist nicht mehr Anwalt des Patienten.

3. Moralisieren

„Arbeiten kann man immer, wenn man will.“

Der Seelsorger gibt ein negatives Werturteil ab, indem er dem Patienten unterstellt, er wolle eigentlich gar nicht arbeiten, was sehr kränkend für den Patienten ist.

4. Abstrahieren

„Sie stellen gute Fragen, z. B. die nach der Theodizee. So nennen wir Theologen das. Den Begriff hat übrigens 1710 Leibniz geprägt. Darüber gibt es eine wahre Flut von Literatur ...“

Der Seelsorger glänzt mit seinem theologisch-philosophischen Wissen, benutzt fachsprachliche Ausdrücke und verliert emotional den Kontakt zum Patienten.

5. Dogmatisieren und Monologisieren

„Und was sagt Paulus, der große Apostel Paulus: ‚Ich bin überzeugt, dass dieser Zeit Leiden nicht ins Gewicht fallen ...‘“.

Der Seelsorger zitiert Worte aus der Bibel und lässt für längere Zeit den Patienten nicht zu Wort kommen. Er verlangt unbewusst vom Patienten, sich der Autorität der Heiligen Schrift unterzuordnen, ohne ihre heilbringende und tröstende Kraft in den Kontext des Patienten übersetzt zu haben.

Neben den genannten Gründen, weshalb dieses Seelsorgegespräch misslungen ist, gibt es noch andere „Fehler“ der Gesprächsführung, die man durch das Einüben einer anderen Gesprächspraxis vermeiden kann. Dazu dienen verschiedene Ausbildungen in Seelsorge.

Dennoch ist auch in diesem Gespräch das ehrliche Bemühen des Seelsorgers um den Patienten zu spüren.

Ein gelungenes Seelsorgegespräch

S: Guten Tag, Herr Übel! Sie stehen am Fenster und schauen in den schönen Frühlingsnachmittag.

P: Ja, auf jeden Fall besser, als hier in dem Stall zu vergammeln!

S: Oh, Ihre Stimmung ist aber grad nicht so schön wie das Wetter da draußen.

P: Nee, wirklich nicht. Ich muss noch mal unter's Messer. Der Arm muckert noch.

S: Nach all dem, was Sie hier schon mitgemacht haben, jetzt noch eine weitere Operation. Das tut mir leid.

P: Ach, so richtig war es seit der ersten Operation noch nicht. Wer weiß, was sich da zusammenbraut! Der Arzt sagt, dass der Knochen nicht so recht will. Hoffentlich machen sie nicht noch mehr kaputt.

S: Sie trauen dem Frieden nicht so ganz und machen sich Sorgen, wie's weitergeht.

P: Dass der Ellenbogen steif bleibt, weiß ich. Hab ich mich ja auch

mit abgefunden. Aber nun ist es doch genug! Vielleicht ganz steif oder ab ... Wissen Sie, Herr Pfarrer, da fragt man sich ja nun wirklich, ob das der liebe Gott so will. Ich kann doch nicht den Invaliden spielen! Mann! Mit 33 vielleicht auf Rente ... Nee, will ich nicht!!

S: Sie haben sogar ganz große Sorgen, ja richtig Angst um Ihren Arm ... und fragen: „Ist das gerecht, lieber Gott, dass ich womöglich gar nicht mehr ganz arbeitsfähig sein werde?“

P: Ja, dauernd mit einem Arm rumkriechen! (Lauter, und einen Schritt auf den Pfarrer zutretend): Na, dann sagen Sie mir doch mal, womit ich das verdient habe, mit 33 schon Invalide zu sein! Oder gucken Sie den an (zeigt auf den einen Gastarbeiter). Dem haben sie das Bein abgenommen. Auch bei der Arbeit verunglückt. Hat Frau und Kinder zu Hause. Wer hat denn nun Schuld? Er, weil er nach Deutschland kam, oder weil er nicht aufgepasst hat, oder ist das Schicksal?

S: Herr Übel, ich glaub, ich kann das verstehen, dass im Augenblick alles in Ihnen sich auflehnt ...

P: (spontan) Ja, genau, das ist mein Problem!

S: Wahrscheinlich ging's mir genauso in Ihrer Lage, und ich würde Gott genau so fragen: Mein Gott, warum, womit hab ich das verdient, tu doch endlich was, wenn du Gott bist!

P: Ja, genau.

S: Wenn ich meiner Angst und Wut Raum geben kann, dann fallen mir manchmal Menschen aus der Bibel ein, denen es ähnlich erging. – Hiob z. B., der ohne ersichtlichen Grund alles verlor und seine Verzweiflung in aggressive Fragen und Klagen gegen Gott verwandeln konnte und in der Auseinandersetzung mit Gott diesen furchtbaren Abschnitt seines Lebens durchhalten konnte. – Oder Jesus, der am Kreuz „Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen?“ schrie.

P: Ich hab doch niemandem was getan ... immer nur geschafft ... war anständig, nicht wie andere ...

S: Ja, es bleiben dennoch Fragen; wenn man wenigstens seine Fragen mit jemand teilen kann. Oder wie der Beter des 118. Psalms sagen kann: „In der Angst rief ich den Herrn an, und der Herr erhörte mich in weitem Raum.“ So hat Martin Luther die Stelle einmal wörtlich übersetzt. Herr Übel, wo alles eng und enger zu werden

scheint und die Angst sich also immer wieder meldet, da wünsche ich Ihnen diesen weiten Raum, in dem uns Gott begegnen und uns trösten will.

P: Ja, das wünsch ich mir auch.

S: Ich denke an Sie und werde Gott bitten, dass alles sich zum Besten wendet. Bis bald! Seien Sie behütet. Wiedersehen.

Qualität und Methoden der Krankenhausseelsorge

Pfarrer Wolfgang Roth

Spätestens seit Oktober 2002, als das Themenheft der Fachzeitschrift „Wege zum Menschen“ mit dem Titel „Qualitätsmanagement als Dimension der Krankenhausseelsorge“ erschien, ist die Frage nach der Qualität in der Krankenhausseelsorge nicht mehr verstummt. Wir lernten zu differenzieren in

- *Konzeptqualität,*
- *Strukturqualität,*
- *Prozessqualität,*
- *Ergebnisqualität.*

1. *Wie wir Krankenhausseelsorge verstehen (Konzeptqualität)*

Über diese Frage gibt unser revidiertes Leitbild ausführlich Auskunft. Wir sind damit ganz im Einklang mit der Orientierungshilfe der EKD „Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge“ (2004). Herr Oberkirchenrat Christian Schad ist darauf in seinem Grundsatzreferat bereits eingegangen.

Nachfolgend werden in der gebotenen Kürze die drei anderen Aspekte dargestellt:

2. *Welche Grundvoraussetzungen Krankenhausseelsorge braucht (Strukturqualität)*

2.1 *Persönliche und fachliche Voraussetzungen*

- Kontakt- und Beziehungsfähigkeit;
- theologische Ausbildung;
- Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) oder eine vergleichbare Weiterbildung;
- mehnjährige Seelsorgeerfahrung;

- reflektierte pastorale Identität;
 - Grundkenntnisse von Krankheitsbildern und -verläufen;
 - Kenntnisse der Krankenhausstrukturen;
 - Verpflichtung und Recht auf Supervision und Fortbildung.
- 2.2 Äußere Rahmenbedingungen
- Beauftragung für einen klar definierten Arbeitsbereich;
 - kritische und wertschätzende Begleitung durch Dienst- und Fachaufsicht;
 - Zugang zu Informationen und Daten, die für die Seelsorge relevant sind;
 - Dienst- bzw. Gesprächszimmer;
 - Kommunikations- und Arbeitsmittel;
 - eigener Etat;
 - Gottesdiensträume.
3. *Was Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger können (Prozessqualität)*
- 3.1 Im Blick auf die eigene Person:
- eine eigene Spiritualität entwickeln;
 - mit der eigenen Begrenztheit umgehen;
 - auf die eigene Psychohygiene achten;
 - Zeit flexibel gestalten.
- 3.2 Im Blick auf Andere:
- sich einfühlen;
 - zuhören, begleiten und begegnen;
 - mit Gruppen arbeiten;
 - den Weg, die Erfahrung, den Ausdruck und die Ressourcen Anderer respektieren;
 - bei der Lebensdeutung, Sinn- und Hoffnungssuche zur Seite stehen;
 - trösten und ermutigen, Leid mit aushalten, sich Konflikten stellen;
 - Nähe und Distanz ausbalancieren;
 - annehmend und konfrontierend dem Anderen begegnen;
 - Sterben angemessen begleiten;
 - Anderer zur Seelsorge befähigen.
- 3.3 Im Blick auf Gott:

biblische Worte, Geschichten und Bilder deutend ins Gespräch bringen;
bei der Suche nach religiösen Wurzeln helfen;
personen- und kontextbezogene Gottesdienste und Liturgien feiern können;
zum Geheimnis des Glaubens geleiten.

4. *Woran sich Krankenhausseelsorge messen lässt (Ergebnisqualität)*
 - 4.1 Die Krankenhausseelsorge und ihr Selbstverständnis ist im Haus für Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher sowie Mitarbeitende bekannt; sie ist dort präsent und erreichbar.
 - 4.2 Die Krankenhausseelsorge ist in das Informationssystem und die Öffentlichkeitsarbeit des Hauses integriert und in die Kommunikation seiner verschiedenen Dienste und Arbeitsformen einbezogen.
 - 4.3 Patientinnen und Patienten, Angehörige und Mitarbeitende erleben sich von der Krankenhausseelsorge respektiert und wertgeschätzt.
 - 4.4 Die Angebote der Krankenhausseelsorge werden angenommen.
 - 4.5 Menschen werden in ihrem Glauben gestärkt und gefördert.
 - 4.6 In den Krisen von Krankheit und Tod erfahren Betroffene Krankenhausseelsorge als Hilfe und Unterstützung.

Integrative Seelsorge

Die Arbeit für Kranke und mit Kranken, sie ist immer eine Arbeit, die über den Tellerrand blickt und mit anderen Menschen kooperiert, die in diesem Feld ebenfalls zuhause sind. Nicht nur in einer Klinik werden darum zwischen den Professionen Netze geknüpft, die den Menschen zugute kommen, auch zu Gemeinden hin und in Gemeinden selbst gibt es immer mehr Ansätze zu dieser „integrativen Seelsorge“. An verschiedenen Orten unserer Landeskirche wird an dieser verbindenden Seelsorge gearbeitet. Drei Beispiele werden hier vorgestellt.



Pfarrerin Sabine Hofäcker.

Curriculum „Ehrenamtliche Krankenhausseelsorge“

Im August 2005 schrieb Herr Oberkirchenrat Christian Schad einen Brief an alle Pfarrämter, in dem er darum bat, ihm doch Menschen zu nennen, die nach einer Zeit der Vorbereitung bereit wären, Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu besuchen. Obwohl dieses Ansinnen einiges von den Angeschriebenen verlangte – wer gibt schon gerne engagierte Ehrenamtliche für einen fremden Arbeitsbereich ab? – kamen 12

Meldungen zurück. Es meldeten sich ganz unterschiedliche Menschen, Männer und Frauen, Hausfrauen, Berufstätige und Rentner, Menschen zwischen 43 und 67 Jahren, Menschen mit ganz unterschiedlichen Motivationen: Die einen haben in ihrem Berufsleben im Krankenhaus bzw. in der Altenpflege gearbeitet und wollen jetzt in ihrer Rente einmal das gerne machen, wozu sie in ihrem Berufsleben nicht gekommen sind: Zeit haben und mit den Patientinnen und Patienten reden können. Andere haben bei der Krankheit und Pflege von Angehörigen die Erfahrung gemacht, wie wichtig Zuwendung, Gespräche, eben eine seelsorgerliche Begleitung für Patientinnen und Patienten ist – und möchten das jetzt an andere weitergeben. Wieder andere machen bereits Besuche im Krankenhaus und wünschen sich

ein besseres Rüstzeug dafür. Allen gemeinsam ist, dass es ihnen als eine sinnvolle Aufgabe erscheint, Menschen im Krankenhaus zu besuchen und dass es für sie zugleich ein Ausdruck ihrer eigenen Frömmigkeit ist.

Bis auf eine Frau, die von sich aus nach dem Vorgespräch ihre Bewerbung zurückgezogen hat, sind nun alle, d. h. 9 Frauen und 2 Männer, Teilnehmende der Ausbildungsgruppe, die Wolfgang Roth und ich leiten. Die Ausbildung beginnt und endet mit einem Wochenende, dazwischen liegen 6 Studientage mit je zwei Themenfeldern. Wir haben im Januar 2006 begonnen und werden im Oktober 2006 mit einem Entsendungsgottesdienst alle in ihre jeweiligen Krankenhäuser entsenden. Dort wird ihnen als Mentor bzw. Mentorin der jeweilige Krankenhauseelsorger oder die Krankenhauseelsorgerin zur Verfügung stehen, und in Absprache mit diesen werden sie die Patientinnen/Patienten einer Station wöchentlich für 2 bis 3 Stunden besuchen. Diese Praxistätigkeit wird dann zunächst ein Jahr lang von uns durch eine monatliche Supervision weiter begleitet.

Die Themen der Ausbildung orientieren sich an dem, was man bei Besuchen im Krankenhaus braucht. D. h. sie umfassen praktische Fragen, wie z. B.: Wie stelle ich mich in einem Krankenzimmer vor? Was sage ich, wenn ich das Zimmer betrete? Gebe ich den Patientinnen/Patienten die Hand – und wie mache ich das, wenn drei oder mehr Betten im Zimmer stehen? Wie finde ich einen Gesprächsanfang, der mein Interesse an der/dem Patientin/Patienten signalisiert, ihr/ihm aber auch nicht zu nahe tritt?

Weitere Themen der Ausbildung sind: „Grundregeln des helfenden Gesprächs“, „Krankheit verstehen“, auch als „Krise und Chance“ verstehen, „Sterbende begleiten“, meine „Rolle als Seelsorgerin oder Seelsorger“, auch „Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in seelsorgerlichen Gesprächen“ realisieren, also z. B. erkennen, dass wir in Gesprächen – nur weil wir von der Kirche kommen – als Vertreter von Moral oder als „Totenvogel“ wahrgenommen werden.

Schließlich beschäftigen wir uns auch mit theologischen Fragen, wie z. B. „Gottesbilder – Menschenbilder“, „das Gebet in der Seelsorge“, „Schuld und Versöhnung“, „Klage und Anklage“; wobei wir diese Themen weniger theoretisch behandeln, sondern eben im Kontext des Krankenhauses: In welcher unterschiedlichen Formen kann

eine Patientin/ein Patient auf dieses Thema zu sprechen kommen? Welche Möglichkeiten habe ich – und das kann ja durchaus von Person zu Person verschieden sein –, darauf einzugehen? Und was sind eigentlich meine eigenen Erfahrungen mit diesem Thema, und zu welcher Überzeugung bin ich in diesem Zusammenhang gelangt? Es ist wichtig, sich mit solchen Themen zu beschäftigen, damit man diesbezüglich selbst mehr Klarheit gewinnt, den eigenen Glauben deutlicher durchdringt – und dann, wenn einem die Frage bei einer Patientin/einem Patienten begegnet, sie mit ihr/ihm angstfrei und offen als *ihre/seine* Frage mit durchdenken kann.

So versuchen wir im Curriculum „Ehrenamtliche Krankenhaus-seelsorge“ in Theorie und Praxis, mit Arbeitsblättern und Rollenspielen, Meditationen und Bibelgesprächen die unterschiedlichen Themen, die im Gespräch mit Patientinnen und Patienten vorkommen, zu bearbeiten und zu behandeln. Dass Ehrenamtliche sich mit diesen – oft existenziellen – Fragen beschäftigen, hilft sicherlich ihnen selbst in ihrer Persönlichkeitsentwicklung; es hilft auch den Kranken im Krankenhaus, die erleben, dass sie in ihrer Kirche kompetente Gesprächspartner haben; es hilft aber auch unserer Kirche insgesamt, wenn das Charisma eines guten seelsorgerlichen Gespräches auch unter Ehrenamtlichen verbreitet ist.



Pfarrerin Birgit Rummer.

Seelsorge in der Ambulanten Hospizhilfe

Seit März letzten Jahres habe ich eine sog. Kombinationsstelle. D. h. ich bin als Pfarrerin mit 50 % für die Gemeinde Bolanden zuständig – und mit weiteren 50 % im Kirchenbezirk Kirchheimbolanden für den Aufbau der ambulanten Hospizarbeit im Donnersbergkreis. Denn im vergangenen Jahr wurde dort der 13. ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienst in unserer Landeskirche eingerichtet. So lag der Schwerpunkt meiner

Tätigkeit zunächst in einer organisatorischen und unterstützenden Funktion für die hauptamtliche Hospizpflegefachkraft und die Koordinationsfachkraft sowie die 20 ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und -helfer vor Ort. Von Anfang an galt es, Netzwerke zu protestantischen und katholischen Gemeinden zu knüpfen und in der Öffentlichkeit das Angebot des Dienstes sowie das Anliegen des Hospizgedankens bekannt zu machen bzw. in die Gemeindegarbeit zu integrieren: dass wir – sowohl als haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende – schwerkranken Menschen in der Region und ihren Angehörigen Wegbegleiter und Herberge auf dem letzten Weg und darüber hinaus sein möchten; dass Sterbende bis zuletzt zu Hause leben können – mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Hoffnungen. Wie es auch im Faltblatt unseres Dienstes mit den Worten von Cicely Saunders zum Ausdruck gebracht wird:

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“

Wie das konkret aussehen kann, möchte ich am Beispiel von Herrn T. verdeutlichen.

Herr T. ist 46 Jahre alt und hat Lungenkrebs. Seine Krankheit ist so weit fortgeschritten, dass es nach menschlichem Ermessen eine Hoffnung auf Heilung nicht mehr gibt und für ihn im Krankenhaus nichts weiter mehr getan werden kann. Herr T. soll und will in den

nächsten Tagen aus dem Maximalversorgungs Krankenhaus Kaiserslautern entlassen werden. Er möchte zu Hause im Kreise seiner Familie, seiner Frau und der 14-jährigen Tochter, seine letzten Monate und Wochen verbringen. Auf diesem Hintergrund hat die Überleitungsschwester des Krankenhauses Kontakt zu Frau H., unserer Hospizpflegefachkraft, aufgenommen. Diese besucht noch am gleichen Tag Herrn T. im Krankenhaus, um zu hören, inwieweit er um seine Situation weiß und welche Bedürfnisse er hat. Die Hospizpflegefachkraft erfährt von seinen Schmerzen, seinen Sorgen im Blick auf die Belastbarkeit seiner Familie. Sie hört aber auch, dass sowohl Ehefrau und Tochter Herrn T. auf jeden Fall zu Hause versorgen möchten, auch wenn für alle drei noch unklar ist, ob und wie sie das bewältigen können.

Unsere Hospizpflegefachkraft kann den dreien Mut machen und die Unterstützung durch den Hospizdienst vor Ort zusagen. In den nächsten Tagen berät sie die Ehefrau und hilft ganz praktisch bei der Organisation und Vorbereitung für die „Heimkehr“ von Herrn T. Überdies nimmt sie mit dem behandelnden Hausarzt Kontakt auf und bespricht die weitere palliative (lindernde) Behandlung. Ebenso informiert sie, auf Wunsch der Familie, mich als Seelsorgerin und – in diesem Fall auch – als Gemeindepfarrerin. Eine Woche später ist alles vorbereitet, und Herr T. kommt nach Hause. Bei seiner Ankunft ist zu spüren, wie wichtig für ihn und seine Familie dieser Schritt ist, denn nun ist er endlich wieder in seiner gewohnten Umgebung. Von seinem Krankenbett aus kann er seinen Garten sehen, am Familienleben teilnehmen, die Nachbarschaft und seine Motorradfreunde auch noch am Abend empfangen. Er und seine Familie finden, unterstützt von der Hospizpflegefachkraft, dem Hausarzt und der Seelsorge, in den folgenden Wochen ihren eigenen Rhythmus. Seine Situation ist im häuslichen Umfeld stabil und das Netz der Begleitung so weit geknüpft, dass sich Herr T. und seine Familie wohl fühlen und intensive Gespräche möglich werden. Er kann seine Fragen und Klagen zum Ausdruck bringen, kann sagen, wie schwer es ihm fällt, zu beten, und er bittet mich, dies für ihn und seine Familie zu tun. Und Herr T. kann über seine Hoffnungen sprechen. Er weiß darum, dass es für ihn nicht mehr die Hoffnung gibt, gesund zu werden. Aber er hat die Hoffnung, möglichst schmerzarm seine letzten

Wochen und Tage zu verbringen, die Hoffnung, auch noch einmal Kontakt mit seinen Geschwistern aufzunehmen und sich mit ihnen auszusöhnen, und er hat die Hoffnung, dass ihm noch ein Wunsch erfüllt werden kann: Er, der passionierte Motorradfahrer, möchte noch einmal mit einem Freund im Beiwagen rund um den Donnersberg fahren.

Für andere schwerkranke Menschen können diese Hoffnungen und Wünsche ganz anders aussehen, denn jeder Mensch geht seinen eigenen Weg, auch den letzten Weg! Wichtig ist nur, dass wir helfen ein Netzwerk aufzubauen, in dem sich die Betroffenen angenommen und wohl fühlen. Manchmal reicht dieses Netz der Familie, des Hausarztes und der Hospizpflegefachkraft aus. Manchmal ist es aber auch wichtig, noch andere Menschen in die Begleitung mit einzubeziehen. So versucht die Hospizpflegefachkraft in Absprache mit der Koordinierungsfachkraft auch ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer in die Begleitung einzubinden – oder sie involviert weitere unterschiedliche Dienste und Berufsgruppen vor Ort.

Bei weiteren nötigen Krankenhausaufenthalten nimmt sie Kontakte auf zu Palliativstationen bzw. zu anderen Hospizdiensten – hin und wieder, wenn deutlich wird, dass die Situation zu Hause nicht oder nicht mehr leistbar ist, auch mit einem stationären Hospiz.

Die Begleitung durch einen ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst endet nicht abrupt mit dem letzten Atemzug eines Menschen, sondern die Familie und die Freunde sollen auch noch nach dessen Tod weiter unterstützt werden.

Gemeinsam kann eine Aussegnungsfeier zu Hause gestaltet werden, bei der Angehörige und Freunde in einem geschützten Raum Abschied nehmen können und Zeit haben, das Unbegreifliche annähernd zu begreifen und Gott anzuvertrauen.

Oder Angehörige und Freunde werden in der Zeit der Trauer durch Begegnungen und Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hospizdienstes begleitet – und können sich beim monatlichen „Trauertreff“ auch mit anderen Trauernden austauschen. Behutsam und gemeinsam können so Wege des Abschiednehmens und Trauerns gefunden werden.

Manche Bedürfnisse, Hoffnungen und Wünsche müssen allerdings auch unerfüllt bleiben. Dann ist es für die Begleiter in der

Hospizarbeit wichtig, auch diese Situation anzunehmen und stehen zu lassen; Glauben, Vertrauen oder Versöhnung nicht erzwingen zu wollen! Auch wir als Begleiter dürfen uns und alles Bruchstückhafte geborgen und getragen wissen in und von Gott, unserem Ursprung und Ziel, und bei ihm Kraft finden für die Begleitung Sterbender und Trauernder.

Hospizarbeit ist in vielerlei Hinsicht ständige Herausforderung, aber zugleich immer wieder ein großes Geschenk!





Pfarrer Thomas Posten.

Seelsorge im Rahmen einer Kombinationsstelle (Gemeinde und Krankenhaus)

Als Pfarrer des Pfarramtes Rockenhausen 2 betreue ich ein Pfarramt, das Gemeinde- und Krankenhausseelsorge miteinander verbindet. Ich habe sozusagen eine Kombipackung eines Pfarramtes, wie es im Medikamentenbereich ebenfalls Kombipackungen gibt, die nur in der Kombination gut wirken.

Tabletten werden viel geschluckt, ein Dialysepatient, der auch mein Gemeindemitglied ist, zeigt mir mit Stolz und mit Frustration sein Martyrium, eine ganze Schuhschachtel voll mit Medikamenten.

„Das ist doch kee Lebe me!“ sagt er mir auf gut nordpfälzisch.

„Dreimal die Woche für mehrere Stunden an die Geräte, dann genaue Einhaltung der Diät während der Woche, wenig trinken, da nimmt man was auf sich!“

Eines eint die Patienten in meinen beiden Krankenhäusern (Westfalzklinikum Standort IV und Pfalzlinikum für Psychiatrie): Sie bekommen neue, andere, stärkere oder schwächere Medikamente, deren Beipackzettel sie oft gar nicht so genau kennen.



Als Seelsorger im Krankenhaus lernt man auch viel über die Tabletten, die von den Patientinnen und Patienten einzunehmen sind; manchmal muss man die Sprache des Beipackzettels und der Ärzte übersetzen, damit Patientinnen/Patienten verstehen, was mit ihnen passiert.

Deshalb heute die Übertragung auf meine Stelle, ein Symbol, anhand dessen ich einen Auszug meiner Arbeit auf der Kombinationsstelle Rockenhausen 2 zeigen möchte: Eine Kombinationspackung eines Medikamentes, dosiert zu gebrauchen, keine Mogelpackung, und dafür lohnt es sich, den Beipackzettel einmal zu lesen.

Gemäß den Beipackzetteln unterteile ich meine Ausführungen in: Darreichungsform und Inhalt, Anwendungsgebiete, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gegenmaßnahmen und Haltbarkeit.

Darreichungsform und Inhalt solcher Kombinationsstellen:

Ich bin Pfarrer auf einer Kombinationspfarrstelle, also Gemeindepfarrer und Krankenhauspfarrer, mit dem Umfang von zwei Dritteln in der Gemeinde (mit Seelsorge und Geschäftsführung) und mit dem Umfang von einem Drittel beauftragt mit der Seelsorge in den beiden Krankenhäusern in Rockenhausen.

Anwendungsgebiete solcher Kombinationsstellen:

Nicht nur äußerlich auftragen, sondern innerlich anwenden; d. h. der Stelleninhaber muss ganz hinter dieser Aufteilung stehen. Es ist kein Modell, das sich vielfältig übertragen lässt.

Bei richtiger Anwendung: gute Wirkung (siehe auch Nebenwirkungen), bei übermäßigem Gebrauch: Gefahr des Burn-Out, Verzetteln, nicht richtig hier und nicht richtig da!

Unabdingbare Voraussetzungen:

Persönliche Motivation, eine solche Stelle ausfüllen und gestalten zu wollen, eigenes Engagement, die Fähigkeit, sich selbst zu organisieren und zu strukturieren, besonders deshalb, weil diese Stellen in unserer Kirche in den letzten fünf Jahren neu geschaffen wurden und die Stelleninhaberinnen und -inhaber noch auf wenige Erfahrungen zurückgreifen können.

Neben-Wirkungen:

Bei einer solchen Kombipackung geradezu erwünschte Nebenwirkungen werden sich einstellen:

Synergieeffekte für die eigene Gemeindegarbeit. Die Arbeit im Krankenhaus trägt zum eigenen Gemeindeaufbau und zur eigenen Gemeindegarbeit bei. Ich treffe im Krankenhaus doch besonders die Patientinnen und Patienten, die zu meiner Gemeinde gehören, ich teile sofort ihr Leid, und oft überblicke ich die ganze Leidensgeschichte eines Menschen („Ich sehe, Sie sind schon wieder bei uns hier im Krankenhaus!“ „Ja, Herr Pfarrer, bald werden Sie mich beerdigen!“).

Ich nehme wahr, wie liebevoll oder auch weniger liebevoll die Kranken von ihrer Familie besucht werden. Ich sehe, wer sich aus der Familie um die Kranken kümmert. Ich kann den Menschen nicht nur hinsichtlich seiner Krankheit einordnen, sondern, und das ist das Besondere an der Kombinationsstelle, ich überblicke auch das familiäre und häusliche Umfeld. Ich kann erahnen, welches System hinter einer Erkrankung steht. Ich kann abschätzen, ob das Umfeld es einem Kranken ermöglicht, wieder nach Hause zu kommen.

Zu Beginn meiner Arbeit in der Kombination habe ich im Krankenhaus die Möglichkeit genutzt, Menschen aus meiner Gemeinde kennen zu lernen, die sonst in der Gemeinde nicht auftauchen. Das ist Gemeindeaufbau durch die Seelsorge im Krankenhaus.

Durch die Arbeit im Psychiatrischen Krankenhaus wurde mir bewusst, wie vielfältig Erkrankungen der Seele sein können. Ich entwickelte ein Gespür für Menschen mit Suchtproblemen und Depressionen, die uns auch in den Gemeinden begegnen. Mir wurde deutlich, wie viele Menschen sich ihren je individuellen Halt suchen in unseren Gottesdiensten und in unseren Gemeindeangeboten.

Deutlich wurde mir, welche wichtige Rolle die Seelsorge in unseren Gemeinden spielt, und wie dankbar sie angenommen wird. Ein Presbyter einer anderen Gemeinde erzählte mir einmal, er unterteile die Pfarrer in Seelsorger und Pfarrer. Es ist dramatisch, wenn unsere Profession „Pfarrer/Pfarrer“ nicht mehr mit „Seelsorgerin/Seelsorger“ identifiziert wird.

Wechselwirkungen:

Durch das Arbeitsfeld „Krankenhaus“ werde ich als Pfarrer sensibler im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit Menschen, die gesund oder krank sind, und wie sie damit umgehen, auch zwischen Normalen und „Verrückten“; und die Grenzen zwischen beiden Bereichen (normal und verrückt, krank und gesund) verschieben sich.



Auch meine Sprache im Gottesdienst hat sich verändert, die Predigt wurde fast automatisch seelsorglicher und individueller, die vorgestellte PredigthörerIn bzw. der vorgestellte Predigthörer tritt mehr als Einzelperson in den Vordergrund mit ihren bzw. seinen Alltags-sorgen, Nöten und Gefühlen.

In der kleinen Gottesdienstgemeinde im Krankenhaus, im Andachtsraum, ist der Abstand zu den Hörerinnen und Hörern nicht nur räumlich viel geringer, manchmal werde ich direkt in der Predigt angesprochen und so entwickelt sich ein Dialog im Predigen. Der anschließende Gottesdienst in der Gemeinde profitiert meist von diesen Dialogen.

Gegenmaßnahmen bei unerwünschten Nebenwirkungen:

Neben-Wirkungen sind geradezu erwünscht! Die Arbeit auf einer Kombinationsstelle ist in besonderem Maße fragmentarische Arbeit. Wer den Hang zum Perfektionismus hat, ist fehl am Platz. Ich bin mir bewusst, dass ich nur in begrenztem Maß meine Arbeit tun kann, aber in diesem Maß hundertprozentig da sein will. Die Begrenzung und Abgrenzung stellt die Hauptschwierigkeit dar, die eine Pfarrerin bzw. ein Pfarrer auf einer Kombinationsstelle zu bewältigen hat. Ständig stößt man an Grenzen; einen Besuch mehr könnte man immer noch tun; eine Aktion mehr könnte man immer

noch machen in der Gemeinde – oder einen Besuch mehr bei einem Gemeindeglied.

Hinweise und Angaben zur *Haltbarkeit*:

Bei regelmäßiger Fortbildung und Supervision ein Leben lang.



Pfarrerin Brigitte Becker.

Resümee

Wir hoffen, wir haben an diesem Schwerpunkttag deutlich gemacht, wie Menschen sich in dieser Kirche für die Seelsorge engagieren. Sie tun das vor Ort mit Leidenschaft und Kraft, mit know-how und Geduld.

An ihren Orten bringen sie darum jeweils die Kompetenzen ein, die Kernkompetenzen der Kirche selbst sind. An ihren Orten handeln Seelsorgerinnen und Seelsorger liturgisch, helfen zur Lebensdeutung, stellen sie

sich ethischen Konflikten.

Mit Kompetenz und Qualität, mit eindeutiger Haltung zeigt sich durch sie Kirche vor Ort. Wir glauben: Für unsere Kirche steckte darin eine große Chance, wenn diese schon vorhandenen Kräfte gebündelt und für eine größere Öffentlichkeit deutlicher sichtbar würden.

Stellen Sie sich darum einen Augenblick vor, es würde in der Pfälzischen Landeskirche eine Art Kompetenzzentrum für Gesundheitsfragen entstehen. Oder – wenn Ihnen das zu Neudeutsch ist – alles, was vor Ort geschieht, würde so sichtbar gemacht, dass auch andere davon profitieren könnten.

In einem Veranstaltungskalender würde zukünftig zu lesen sein, was Wolfgang Roth aus Klingenstein, Daniela Körber aus Speyer, Birgit Rummer aus Bolanden und alle anderen, die in diesem Bereich arbeiten, an je eigener Kompetenz haben und nicht nur ihren, sondern auch anderen Häusern, Gemeinden und Menschen zur Verfügung stellen könnten.

Unsere Kirche würde Veranstaltungen anbieten können, die von Pflegekräften genauso wie von Ärztinnen und Ärzten ganz verschiedener Krankenhäuser wahrgenommen werden könnten.

Andere, in denen vor allem Besuchsdienste und Gemeindeglieder ihre Themen finden würden, kämen dazu.

Durch eine solche Vernetzung der Kompetenzen könnte sichtbar werden, dass wir als Kirche zu diesen Themen etwas zu sagen haben;

dass also eine eigene kirchliche Position im sich weiter entwickelnden Gesundheitssystem miteinander gesucht und miteinander gelebt wird: von denen aus, die sie bereits vor Ort einbringen.

Ein Hirngespinnst? Eine Vision?

Die Resolution nimmt diesen Gedanken positiv auf, wenn sie formuliert: „Sie (sc. die Landessynode) hält diesen Dienst für unverzichtbar“... und weiter: „Sie regt an, die speziellen Kenntnisse und Erfahrungen der Krankenhausesorge verstärkt in die Veranstaltungskonzepte der kirchlichen und diakonischen Fortbildungsträger einfließen zu lassen und in einem Gesamtprogramm darzustellen.“

Bischof Dr. Wolfgang Huber schreibt dazu im Vorwort der EKD-Schrift: „Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhausesorge“ von 2004:

„In einer Zeit, die durch eine weitgehende Ökonomisierung vieler Lebensbereiche geprägt wird, ist es gut und nützlich, die Krankenhausesorge als einen wesentlichen Bestandteil unseres kirchlichen Auftrags zu stärken und weiterzuentwickeln.“

Ein solches sichtbares Zusammenbringen – es ist eine gute Möglichkeit, das Wort des Ratsvorsitzenden umzusetzen.

**Arbeitskreis zur Vorbereitung des Schwerpunktthemas
„Krankenhaus- und Gemeindeseelsorge“
während der Frühjahrstagung 2006
der Landessynode der Evangelischen Kirche der Pfalz
(Protestantische Landeskirche)**

Pfarrerin Brigitte Becker,
Domplatz 5, 67346 Speyer
Chefarzt Dr. med. Manfred Croissant,
Hans-Meyer-Weg 1, 76829 Landau
Pfarrer Rolf Freudenberg,
Dr.-Kaufmann-Str. 2, 67098 Bad Dürkheim
Pfarrerin Sabine Hofäcker,
Im Langgarten 9, 66459 Limbach
Amtsärztin Cordula Hofmeister,
Donnersbergstr. 17, 67814 Dannenfels
Diplom-Sozialarbeiter Rudi Kochenburger,
Brückenstr. 15, 67756 Oberweiler im Tal
Pfarrer Max Krumbach,
Sundahlstr. 1, 66482 Zweibrücken
Pfarrer Thomas Posten,
Am Donnersberg 34, 67806 Rockenhausen
Abteilungsleiterin Annette Rabe,
Karmeliterstr. 20, 67346 Speyer
Oberarzt Dr. med. Eberhard Rau,
Lazarettgarten 15, 76829 Landau
Amtsrat i. K. Norbert Rebholz,
Domplatz 5, 67346 Speyer
Pfarrer Wolfgang Roth,
Bahnhofstr. 4, 76889 Klingenstein
Pfarrerin Birgit Rummer,
Parkallee 2a, 67295 Bolanden-Weierhof
Oberkirchenrat Christian Schad,
Domplatz 5, 67346 Speyer
Synodalvizepäsidentin, Journalistin Ursula Thilmany-Johannsen,
Lagerstraße 45, 66424 Homburg

Arbeitskreis

Musikerzieherin Monika Vieweg,
Langstr. 28, 67292 Kirchheimbolanden
Dekan Thomas Vieweg,
Langstr. 28, 67292 Kirchheimbolanden
Pfarrerin Marion Weigelt-Drexler,
Krokusweg 23, 67346 Speyer
Pflegedirektorin Doris Wiegner,
Dr.-Kaufmann-Str. 2, 67098 Bad Dürkheim

