

Michael Klessmann (Hg.)

Handbuch der Krankenhausseelsorge

4. Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht



Michael Klessmann, Handbuch der Krankenhausseelsorge

Michael Klessmann (Hg.)

HANDBUCH
DER
KRANKENHAUSSELSORGE

Vierte, erweiterte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-525-62403-6

ISBN 978-3-647-62403-7 (E-Book)

4., erweiterte Auflage 2013

© 2013, 1996 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: Dörlemann Satz, Lemförde.

Druck und Einband: Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 3. Auflage	8
Vorwort zur 4. Auflage	9
Vorwort	10

I. Einführung

Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“ MICHAEL KLESSMANN	15
Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhaussoziologie JOHANNES SIEGRIST	30
Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus DOROTHEE HAART	42
Seelsorge und Spiritual Care TRAUGOTT ROSER	58
Von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge – historische Streiflichter MICHAEL KLESSMANN	77

II. Exemplarische Arbeitsfelder der Seelsorge im Krankenhaus

Seelsorge auf der Intensivstation PETER FRÖR	89
Seelsorge mit Herzinfarkt-PatientInnen ULRIKE JOHANNS	102
Seelsorge mit KrebspatientInnen HARALD STILLER	112

Seelsorge auf der Palliativstation: Grenzen erleben KAROLINE LABITZKE	125
„Ich bin gespannt, wie der Himmel aussieht“ – Seelsorge mit Sterbenden WINFRIED BOLAY	145
Seelsorge in der Frauenklinik UTA SCHÄFER-BREITSCHUH	155
Seelsorge mit AIDS-Kranken BARBARA KITTELBERGER	164
Seelsorge mit psychiatrischen Patienten THOMAS FELD	175
Kranke, die mehr FreundInnen unter den Toten als unter den Lebenden haben – Seelsorge in der Geriatrie PETER PULHEIM	186
Seelsorge mit Kindern / im Kinderkrankenhaus BARBARA STÄDTLER-MACH	201
Seelsorge mit Suizidantinnen und Suizidanten ANNA CHRIST-FRIEDRICH	210
Seelsorge mit Angehörigen und Mitbetroffenen GÁBOR HÉZSER	219
Seelsorge mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern WALTHER STROHAL	229
<i>III. Seelsorge im Krankenhaus als kirchliches Handeln</i>	
Religiöse Erfahrung in einer säkularen Institution HANS-CHRISTOPH UND IDA PIPER	239
Krankenhauseelsorge und Ethik UDO SCHLAUDRAFF	251
Seelsorge und Gottesdienst DIETRICH STOLLBERG	263

Gesundheit und Krankheit. Anthropologische, theologische und ethische Aspekte ULRICH EIBACH	271
Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus MICHAEL KLESSMANN	283
Ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus HANS DUESBERG	296
Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen in der Krankenhauseelsorge ILSE HABBEN	308
Seelsorge an Seelsorgern und Seelsorgerinnen REINHARD MIETHNER	317
Aus- und Fortbildung für Krankenhauseelsorge REINHOLD GESTRICH	330
Ausblick: Krankenhauseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft MICHAEL KLESSMANN	341
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	351
Literaturverzeichnis	354

Vorwort zur 3. Auflage

Das Handbuch der Krankenhausseelsorge geht erfreulicherweise in die dritte Auflage und weist damit implizit auf die große Bedeutung der Seelsorge im Krankenhaus hin: Viele Menschen fühlen sich von den Angeboten der Ortsgemeinden nicht mehr angesprochen, nehmen aber in der schwierigen Situation einer Krankheit – auf der Suche nach neuen, tragenden Sinnzusammenhängen – Seelsorge gern in Anspruch. In der gegenwärtigen Strukturkrise der Kirche erscheint es besonders wichtig, diesen Arbeitszweig, mit dem so viele kirchendistanzierte Menschen angesprochen werden können, zu erhalten und zu stützen.

Gegenüber der ersten Auflage von 1996 hat sich vor allem die strukturelle Situation der Institution Krankenhaus (gesetzliche Vorgaben, institutionelle Abläufe, finanzielle Rahmenbedingungen etc.) tiefgreifend verändert: Die neuen Entwicklungen und ihre Konsequenzen für das Selbstverständnis und die Arbeitsweise der Seelsorge stellt der eingefügte Beitrag von Dorothee Haart dar (in neuer Rechtschreibung). Darüber hinaus ist das Literaturverzeichnis am Schluss erweitert und aktualisiert worden.

Michael Klessmann

Wuppertal, im Mai 2008

Vorwort zur 4. Auflage

Krankenhauseelsorge muss in einem lebendigen Austausch stehen mit gesellschaftlichen, medizinisch-technischen und ökonomischen Veränderungen, wie sie sich im Krankenhauswesen bzw. in der Medizin zeigen, um aktuell bleiben und angemessen auf die Menschen, die in der Institution Krankenhaus behandelt werden bzw. dort arbeiten, zugehen zu können.

Seit einiger Zeit sieht sich Krankenhauseelsorge zwei besonders produktiven Herausforderungen gegenüber:

Da ist zum einen die Palliativmedizin, die sich in den letzten 10 Jahren auch in Deutschland stark ausgebreitet hat. Ihr Ziel besteht darin, Leiden von schwer kranken und sterbenden Menschen zu lindern und dabei nicht nur die körperlichen Schmerzen und Beschwerden in der Behandlung zu berücksichtigen, sondern gleichberechtigt die sozialen, psychischen und spirituellen Anliegen der Betroffenen einzubeziehen. Deswegen gehören Seelsorge oder spiritual care zu den integralen Bestandteilen palliativmedizinischer Versorgung. Karoline Labitzke stellt den besonderen Kontext und die Arbeitsformen der Palliativmedizin und die Bedeutung der Seelsorge im multidisziplinären Team darin dar.

Wenn dergestalt von medizinischer Seite spiritual care als Bestandteil palliativmedizinischer Versorgung festgestellt wird, ergibt sich die dringende Notwendigkeit, das Verhältnis von kirchlich verantworteter Seelsorge und vom Krankenhaus getragener spiritual care zu reflektieren. Dieser Aufgabe gilt der Beitrag von Traugott Roser. Er verschweigt nicht die Kritik an einem im allgemeinen eher synkretistischen Verständnis von spiritual care, sieht aber auch die Chance, dass verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus sich dieser Aufgabe in der Begleitung von kranken Menschen widmen, die Krankenhauseelsorge darin ihren Platz finden kann und behaupten muss und zugleich die Organisation und Koordination der spiritual care übernehmen könnte.

Beide Themen schienen mir so wichtig, dass sie in der erfreulicherweise notwendig gewordenen vierten Auflage des Handbuches der Krankenhauseelsorge behandelt werden sollten. Spiritual care wird, ausgehend von der Palliativmedizin, voraussichtlich auch in andere Bereiche des Gesundheitswesens einwandern und langfristig das Gesicht der Krankenhauseelsorge verändern.

Michael Klessmann

Ansbach, im Januar 2013

Vorwort

In den letzten dreißig Jahren haben sich das Erscheinungsbild und das Selbstverständnis der Seelsorge im Krankenhaus tiefgreifend verändert. Einige dafür maßgebende Faktoren sind:

- Das Krankenhaus ist zu einer Großinstitution geworden, die sich in eine Fülle von Unterabteilungen spezialisiert und ausdifferenziert hat. Von der Krankenhauseelsorge wird dementsprechend ein differenziertes Eingehen auf die ganz unterschiedlichen Lebens-, Krankheits- und Behandlungsbedingungen der Patienten erwartet. Das Krankenhaus als Institution und die in ihr Tätigen, die Mitarbeiterschaft, beanspruchen damit notwendigerweise die Aufmerksamkeit der Seelsorge.
- Durch die Tendenz zur Pluralisierung aller Lebensbereiche in unserer Gesellschaft werden Kirche und christliche Lebensdeutung immer mehr zu einem Teilsystem, das seine frühere Monopolstellung religiöser Weltdeutung verloren hat und sich in Konkurrenz zu anderen Systemen behaupten muß. Gerade im säkularen Krankenhaus wird dies besonders deutlich spürbar und verlangt von der Seelsorge entsprechende Konsequenzen.
- In der aus den USA übernommenen Seelsorgebewegung und Pastoralpsychologie wurde eine Rezeption humanwissenschaftlicher Erkenntnisse und psychotherapeutischer Behandlungstechniken für die Seelsorge fruchtbar gemacht; sie haben das theologische Selbstverständnis und das methodische Repertoire auch der Seelsorge im Krankenhaus erheblich verändert.

Angesichts dieser Veränderungen versucht das vorliegende Handbuch eine *Standortbestimmung* gegenwärtiger Seelsorge im Krankenhaus: Zielsetzungen, Konzepte und Arbeitsweisen der Seelsorge in der naturwissenschaftlich-technisch geprägten Institution und ihren Teilbereichen, die Bedeutung der Seelsorge für die Patientinnen und Patienten, für deren Bewältigung von Krankheit und Leiden oder auch Sterben, aber auch ihre Bedeutung für das Personal des Krankenhauses und die Institution insgesamt, sowie Chancen und Grenzen interdisziplinärer Kooperation, sollen umrissen werden.

Dementsprechend bildet die Darstellung der Seelsorge in einzelnen Bereichen des Krankenhauses das Zentrum des Handbuchs: Darin wird deutlich, wie verschieden Seelsorge konzeptionell und methodisch unter

den Bedingungen etwa einer Intensivstation, einer Kinderklinik oder einer geriatrischen Klinik arbeitet, und welche Anforderungen die Begegnungen mit Menschen mit so unterschiedlichen Krankheitsbildern wie einer Herz- oder einer Aids-erkrankung an die Seelsorger/innen stellen. Altbekannte Elemente aus der Seelsorge-Tradition verbinden sich dabei mit neuen Entwicklungen und Akzenten und machen gerade in dieser Mischung ein Spezifikum der Krankenhausseelsorge aus.

Das Handbuch sollte „handlich“ bleiben, sowohl was die Übersichtlichkeit als auch was den Preis angeht. Deswegen war es notwendig, aus der Fülle der möglichen Themen und der Vielzahl der Spezialisierungen im Krankenhaus eine Auswahl zu treffen. Wichtige Spezialgebiete der Seelsorge im Krankenhaus sowie die vordringlichen Themenstellungen wurden herausgegriffen und sind exemplarisch auch für andere Bereiche zu lesen. Dabei zeigen die Beiträge – wie auch nicht anders zu erwarten – daß die einzelnen Autorinnen und Autoren durchaus unterschiedliche theologische und methodische Konzeptionen von Seelsorge vertreten; die allgemeine Pluralisierungstendenz macht natürlich auch nicht vor der Seelsorge halt. Vielleicht kann dieser Sachverhalt den Lesenden als Anregung dienen, in Auseinandersetzung mit den verschiedenen Autorinnen und Autoren ihren eigenen Standpunkt zu suchen und zu entwickeln.

Ich danke allen Autorinnen und Autoren dieses Bandes für ihre Mitarbeit und die Bereitschaft, sich auf die vorgegebenen Rahmenbedingungen einzustellen.

Michael Klessmann

Bielefeld-Bethel, im Februar 1996

I.

EINFÜHRUNG

MICHAEL KLESSMANN

Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“

1. Aufgaben der Krankenhauseelsorge

„Seelsorge im Krankenhaus geschieht im kirchlichen Auftrag in ökumenischer Verantwortung. Sie stellt einen eigenständigen kirchlichen Arbeitszweig mit spezifischen Gegebenheiten und Erfordernissen dar und ist nicht eine Variante von Gemeindeseelsorge“.¹

Weil Seelsorge im Krankenhaus unter den sehr spezifischen Bedingungen einer hochkomplexen, medizinisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten und nach wirtschaftlichen Effizienzkriterien arbeitenden Großinstitution geschieht, ist sie mehr und etwas anderes als der traditionelle seelsorgliche Besuch einzelner kranker Menschen durch Vertreter/innen der jeweiligen Kirchengemeinde.

Seelsorge im Krankenhaus richtet sich

- an Menschen, die durch Krankheit oder Unfall in eine Krise geraten sind, sowie deren Angehörige und Freunde; dabei ist zu bedenken, daß die Einweisung in die Institution Krankenhaus für einen kranken Menschen wie für sein Umfeld in der Regel eine erhebliche zusätzliche psychische Belastung darstellt.
- an Menschen, die in der naturwissenschaftlich-technischen Institution direkt und indirekt mit oder für die Patienten arbeiten: Einerseits sind in den verschiedenen Mitarbeitergruppen immer wieder Menschen, die auf Grund der physisch und psychisch belastenden Arbeit selber Seelsorge brauchen; andererseits kommt eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Qualität der Seelsorge und der Bedeutung der Seelsorge in der Klinik insgesamt zugute.
- an die Institution selbst, ihre Zielsetzung und Struktur, ihr Betriebsklima, ihre „Patientenorientierung“.²

1 So eine Formulierung der Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD, Konzeption 1994.

2 Vgl. Scharffenorth/Müller, Patienten-Orientierung 1991.

Zu den *Aufgabenbereichen* der Seelsorge im Krankenhaus gehören

- seelsorgliche Gespräche mit Patienten/innen
- Begleitung und Beratung von Angehörigen und Mitbetroffenen
- Kooperation mit dem ärztlich-pflegerischen Personal
- Beratung und Seelsorge für das Krankenhauspersonal
- Gottesdienste, Abendmahlsfeiern, Krankensegnungen, Krankensalbungen, Amtshandlungen (Taufen, Beerdigungen)
- Gesprächsgruppen für Patienten, kulturelle Angebote
- Mitwirkung bei ethischen Problemstellungen
- Mitarbeit im Krankenpflegeunterricht bzw. bei der Fortbildung des Pflegepersonals
- Kontakte zur Krankenhausverwaltung einerseits, zu örtlichen Kirchengemeinden und Synoden andererseits
- Gewinnung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen für die Krankenhausseelsorge
- Öffentlichkeitsarbeit, in der u.a. die gesellschaftliche Verdrängung von Krankheit und Sterben und die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Umgangs mit menschlichem Leben und ein entsprechend veränderter Krankheits- und Gesundheitsbegriff thematisiert wird.

Die Aufzählung der möglichen Aufgabenbereiche dokumentiert den Wandel von der Krankenseelsorge zur Kranken*haus*seelsorge. Sie macht ebenfalls deutlich, daß Seelsorge im Krankenhaus niemals alle Patienten/innen – flächendeckend – erreichen kann; sie muß exemplarisch arbeiten. Eine Reflexion der jeweiligen Prioritäten wird dadurch unabdingbar.³

2. Entwurf eines Leitbildes: Krankenhausseelsorge im „Zwischen“-Raum

Seelsorge in der Institution des Krankenhauses kann kaum, wie andere Berufsgruppen, eine eindeutig umschriebene Berufsrolle und Identität für sich reklamieren. Sie ist prinzipiell in einem „Zwischen“-Raum angesiedelt, und es ist eine wichtige Aufgabe derer, die diese Arbeit tun, die Spannungen und Ambivalenzen, die sich daraus ergeben, auszuhalten und kreativ fruchtbar zu machen statt sie einseitig aufzulösen.

³ In einem Positionspapier zur Krankenhausseelsorge in Bayern heißt es im Blick auf die damit verbundene Aufteilung der Arbeitszeit: „50 % Zeit für Patienten und Angehörige und 50 % Zeit für Personal, Unterricht, Kontakt zu den Organen des Krankenhauses, Gottesdienste und Veranstaltungen, ehrenamtliche Mitarbeiter, Kontakte zu Gemeinden, eigene Fortbildung“ (Krankenhausseelsorge 1992).

Das Stichwort vom „Zwischen-Raum“ hat die Funktion eines Leitbildes,⁴ das im folgenden in einigen Facetten näher entfaltet werden soll.

Seelsorge zwischen Kirche und Krankenhaus

a. Das Krankenhaus stellt eine naturwissenschaftlich, medizinisch-technisch orientierte bürokratische Großinstitution dar, ein System, das zur Erfüllung seiner Aufgaben⁵ verschiedene Hierarchien und entsprechende spezifische Berufsrollen braucht. In diesem System von Rollen und Funktionen kommt Krankenhausseelsorge nicht vor. Seelsorger/innen finden nicht bestimmte formal umschriebene Aufgaben vor, sie müssen sie sich in der Regel auf informellem Weg suchen – oder sie werden abgeschoben auf religiöse Spezialaufgaben oder Sterbebegleitung.

In dieser Sachlage spiegelt sich, daß Initiator von Krankenhausseelsorge, Anstellungsträger und Arbeitgeber in den allermeisten Fällen die Kirche ist, nicht das Krankenhaus. Vertreter des Krankenhauses sind gegenüber der Seelsorge nicht weisungsberechtigt. Dienstaufsicht und Fachaufsicht (letztere gibt es leider viel zu wenig!) für die Seelsorge wird von außerhalb wahrgenommen, häufig von Personen, die das Arbeitsfeld Krankenhaus kaum kennen. Dieses Struktur eröffnet Seelsorgern/innen große Freiheiten – Chance und Schwierigkeit zugleich.

b. Das System Krankenhaus arbeitet nach Prinzipien der Zweckrationalität und Wirtschaftlichkeit; die politischen Rahmenbedingungen (Gesundheitsstrukturgesetz und seine Folgegesetze) verstärken diese Tendenz immer mehr. Eine solche Ausrichtung erfordert es, den „subjektiven Faktor“ in den Hintergrund zu drängen, d.h. den kommunikativen Bedürfnissen der Patienten, ihren Wünschen nach gefühlsmäßiger Zuwendung durch das Personal, nach Zeit für Gespräche etc. weniger Gewicht beizumessen.

Das Subsystem Krankenhausseelsorge arbeitet dagegen gezielt *mit* dem subjektiven Faktor: Kommunikative Bedürfnisse und emotionale Zuwendung stehen im Vordergrund. Es geht um *Begleitung* (absichtslos da sein, mitaushalten, annehmen, stützen, entlasten), *Begegnung* (als Person, als Gegenüber erkennbar werden, aufdecken, Konflikte bearbeiten) und *Deutungsangebote* (Hilfen zum Verstehen und/oder Bewältigen der gegenwärtigen Lebenssituation mit Hilfe von Symbolen und Ritualen aus der christlichen Tradition).

4 „Leitbilder sind definiert als steuernde Bilder eines Systems.“ Lindner, Kirche, 1994, 117

5 Rohde, Soziologie 1974, 172ff spricht von den Zwecken des Krankenhauses: Pflege, Isolierung, Diagnose und Therapie. Vgl. auch den Beitrag von Siegrist in diesem Band.

Der Konflikt, der aus diesen unterschiedlichen Zugangsweisen entsteht, wird noch deutlicher, wenn man die berufliche Sozialisation vergleicht:

Kirchliche Mitarbeiter/innen sind durch ihre Ausbildung historisch, hermeneutisch sozialisiert; sie lernen zu *verstehen* (Dilthey), den Sinnzusammenhang von Phänomenen zu reflektieren, die emotionale oder Beziehungsebene wahrzunehmen und zu berücksichtigen, während das medizinisch-pflegerische Personal lernt zu *erklären*, d.h. Phänomene zu objektivieren, Ursache-Wirkungszusammenhänge zu erheben und an der Beseitigung oder Veränderung von Krankheitserscheinungen zu arbeiten. Auf Grund dieser unterschiedlichen beruflichen Sozialisation erleben sich Seelsorger/innen im Krankenhaus als fremd und störend; und es bedarf immer neuer Anstrengungen, um in interdisziplinärer Kooperation eine gemeinsame Sprache und Perspektive zu finden.

c. Auch in der eigenen Kirche werden Krankenhauseelsorger/innen leicht zu Fremden: In der Säkularität des Krankenhauses bekommen sie ein anderes Bild von Kirche; durch die ständige Begegnung mit Krankheit und Sterben wird ihre Theologie erfahrungs- und lebensnäher – im traditionellen kirchlich-parochialen Rahmen fühlen sich viele kaum noch beheimatet. Sie haben häufig den Eindruck, daß ihr „Sonderpfarramt“ als Bedrohung und nicht als Bereicherung für die Kirche insgesamt erlebt wird.

Seelsorge zwischen gesicherter Rechtsstellung und struktureller Bedeutungslosigkeit

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (Art. 140 in Verbindung mit Art. 141 der Weimarer Reichsverfassung) garantiert die Seelsorge im Krankenhaus⁶; gleichzeitig werden durch die positive und negative Religionsfreiheit (Art. 4 und 19 III) die Patienten vor religiösen Übergriffen oder Zwangsmaßnahmen geschützt.

Die tatsächliche Bedeutung der Krankenhauseelsorge entspricht dieser gesicherten Rechtsstellung kaum; im Gegenteil, man muß wohl eher von einer strukturellen Bedeutungslosigkeit der Seelsorge im Krankenhaus sprechen:⁷ Seelsorge ist kein Bestandteil in den Zielvorstellungen der medizinisch-technischen Institution Krankenhaus; ihre mögliche Bedeutung für die Begleitung und Betreuung kranker Menschen ist – mit Aus-

6 Vgl. dazu ausführlicher Gestrich, Krankentbett, 1987, 152ff sowie Jünger, Grundlagen, 1970.

7 Vgl. Klessmann, Seelsorge 1990.

nahme einiger konfessioneller Häuser – nicht im Blick des Krankenhauträgers.

Die damit benannte Spannung zwischen gesicherter Rechtsstellung und struktureller Bedeutungslosigkeit müssen die Seelsorger/innen in der Regel individuell austragen. Kirchliche Anstellungsträger (Landeskirchen/Diözesen oder Kirchenkreise/Dekanate) gehen von der gesicherten Rechtsstellung aus und halten es deswegen vielfach nicht für notwendig, zu Absprachen mit dem Krankenhaus über die Arbeit der Seelsorge zu kommen. Arbeitsplatz- und Aufgabenbeschreibungen werden erst in den letzten Jahren von den Landeskonventen für Krankenhauseelsorge formuliert und eingefordert, Fragen nach Zielsetzungen der Seelsorge in Kooperation und Abgrenzung zu den anderen Diensten im Krankenhaus, mögliche Schwerpunktbildungen etc. bleiben weitgehend den Vorlieben und Fähigkeiten der jeweiligen Stelleninhaber/innen überlassen. Verlässlichkeit und Kontinuität der Seelsorge im Krankenhaus leiden unter dieser Sachlage.

Seelsorge zwischen Patienten/innen und Mitarbeiterschaft

Die traditionelle Aufgabe der Seelsorge im Krankenhaus besteht in der Begleitung einzelner Patienten: Für sie da zu sein, ihnen Begleitung und Trost anzubieten, ihnen bei der Verarbeitung der Krankheit behilflich zu sein, auch durch religiöse Deutungsangebote, war und ist Schwerpunkt jeder Seelsorge. Wie das unter den Bedingungen der hochdifferenzierten Institution Krankenhaus in der Gegenwart im einzelnen aussehen kann, zeigen exemplarisch die Beiträge im Teil II dieses Handbuchs.

Die seelsorgerliche Begleitung von Patienten im Krankenhaus unterscheidet sich jedoch durch den institutionellen Kontext, durch dessen spezifische Gegebenheiten und Herausforderungen wesentlich von der Begleitung kranker Menschen in deren „zu Hause“.

Das Krankenhaus als „totale Institution“⁸ funktionalisiert kranke Menschen: Patienten müssen einen Teil ihrer Persönlichkeitsrechte aufgeben, eine weitgehende Aufhebung ihres Privat- und Intimbereichs hinnehmen, Momente struktureller Gewalt (durch die hierarchische Struktur des Krankenhauses, durch Informationsdefizite, durch medizinische Technik, Forschung, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und natürlich die Krankheit selbst) erleiden.⁹ „Die Spielregeln im Krankenhaus (sind) nicht auf die Person des Patienten und seine Bedürfnisse, sondern auf die

8 Goffmann, Asyle 1973, 13ff.

9 Vgl. Dörner, Thesen 1986; Goffman, Asyle, 1973; Klessmann, Aggression 1994.

Organisation und auf die Reibungslosigkeit von Arbeitsabläufen zugeschnitten.“¹⁰

Der Seelsorge kommt hier u. a. die Aufgabe zu,

- sich zu Fürsprechern und Anwälten der Patienten/innen zu machen, die im System besonders vernachlässigt (z. B. schlecht informiert) und an den Rand geschoben werden;
- die Dimension der „Gefühlsarbeit“ in Zusammenarbeit mit pflegerischem und ärztlichem Dienst immer wieder einzubringen;
- die Funktionalisierungstendenzen des Krankenhauses zu hinterfragen und Anstöße zu einem zweckfreieren Umgang zu vermitteln.¹¹

Wenn daraus jedoch eine generelle Frontstellung *gegen* die moderne Medizin und die, die sie vertreten, wird, ist letztendlich niemandem geholfen. Seelsorger/innen brauchen – auf je verschiedene Weise – auch guten Kontakt zu den unterschiedlichen Mitarbeitergruppen des Krankenhauses:

Zusammenarbeit mit *Schwestern und Pflegern* ist unerlässlich: Der Zugang zu Patienten hängt in hohem Maß von der Akzeptanz des Seelsorgers/der Seelsorgerin durch das Pflegepersonal ab; der Austausch relevanter Informationen über Patienten ist für die Seelsorge wichtig und gleichzeitig eine Möglichkeit, die eigene Arbeit transparent zu machen. Darüber hinaus sind Schwestern und Pfleger diejenigen, die am ehesten selber ein offenes Ohr für die mit ihrer Arbeit verbundene physische und psychische Dauerbelastung und die sich daraus ergebenden Probleme brauchen.

Das Gespräch mit *Stationsärzten/innen* kann ebenfalls der Qualität der Seelsorge zugutekommen. Auf dieser Ebene Kooperation zu etablieren, ist jedoch häufig wegen der Arbeitsüberlastung und einer rein somatisch-medizinischen Perspektive der Ärzte schwierig. Wenn sie entsteht, kann seelsorgerliche Begleitung ein Bestandteil der gesamten Behandlung werden, können verstärkt ethische Gesichtspunkte in die Diskussion über konkrete Patientenschicksale eingebracht werden etc.

Die Kontakte zu den verschiedenen *Leitungsebenen*, d. h. zu Chefärzten, zur Pflegedienstleitung wie zur Verwaltungsleitung, sind für die Stellung der Seelsorge in einer Klinik von besonderer Bedeutung: Ob Seelsorge geduldet oder aktiv gefördert wird, ob sie in Ethikkommissionen oder hausinterner Fortbildung beteiligt ist, hängt in hohem Maß von den Kontakten auf dieser Ebene ab.

¹⁰ Th. Kohlmann, Patient, 1986, 392.

¹¹ Allerdings ist hier die Einsicht wichtig, daß SeelsorgerInnen nicht die einzigen sind, denen an der Menschlichkeit im Krankenhaus liegt! Diesbezüglich hört man gelegentlich Selbsteinschätzungen von Seelsorgern, die eher wie eine Abwehr der tatsächlich erlebten Ohnmacht anmuten.

Der Wandel von der Krankenseelsorge zur Krankenhauseelsorge meint auch diese Aspekte:

- Seelsorge mit Patienten im Krankenhaus gelingt insgesamt besser, wenn sie von einer guten Kooperation mit pflegerischem und ärztlichem Dienst getragen ist;
- die Mitarbeiterschaft des Krankenhaus ist selber eine wichtige Zielgruppe für seelsorgerliche Begeitung;
- es kann für die Institution Krankenhaus von Bedeutung sein, wenn eine nicht ins System integrierte Berufsrolle auf systemfremde, aber gerade darum notwendige Aspekte hinweist.

Seelsorge zwischen Verkündigung und Beziehung

Die Kommunikation des Evangeliums von der Liebe Gottes ist Ausgangs- und Zielpunkt jeder Seelsorge, auch der im Krankenhaus. Wie das Evangelium jedoch zum Ausdruck kommt und Gestalt gewinnt, wird nach wie vor höchst unterschiedlich bestimmt.

In einem verkündigenden Modell hat Seelsorge einen geistlich-missionarischen Auftrag; sie hat, gerade in der Krise der Krankheit, die Botschaft von der Liebe Gottes, von der Annahme des Sünders durch Jesus Christus, auszurichten – sei es direkt, „auf den Kopf zu“ (Thurneysen), sei es in „gesprächsgerechter“ Form (Tacke).

Dieser Auftrag steht in Spannung zu der Erkenntnis, daß die Art und Weise der Vermittlung der Botschaft mit ihrem Inhalt übereinstimmen muß, entsprechend dem Kommunikationsaxiom von P. Watzlawick, wonach die Beziehung letztlich über den Inhalt bestimmt.¹² Daraus ist der Wunsch erwachsen, Patienten zu begleiten, für sie dazusein, mit ihnen auszuhalten, um schon durch die Art der Zuwendung, auf nonverbale Weise, etwas von der Annahme durch Gott spürbar und erfahrbar werden zu lassen. Tillichs Feststellung, daß die Theologie von der Psychoanalyse wieder lernen müsse, „was Gnade und was Vergebung als die Annahmerer, die im Grunde unannehmbar sind, eigentlich bedeuten“¹³, ist die theologische Untermauerung der psychologischen Einsicht.

Dieses beziehungsorientierte Modell von Seelsorge schließt ein, auf „geistliche Mittel“ (Bibelverse, Gebete, Segen etc.) zur eigenen pastoralen

12 Watzlawick/Beavin/Jackson, Kommunikation 1972, 53ff.

13 Tillich, Bedeutung, 1970, 314. Tillich fährt fort: „Das Wort Gnade, das völlig sinnlos geworden war, hat einen neuen Sinn erhalten durch die Art, wie der Psychotherapeut mit seinem Patienten umgeht. Er sagt nicht: ‚Sie können angenommen werden‘, sondern er nimmt ihn einfach an. Und das ist die Art, wie – in der Sprache des religiösen Symbols – Gott mit uns verfährt. In derselben Weise sollte sich auch jeder Geistliche und jeder Christ seines Nächsten annehmen.“

Legitimation zu verzichten und sie nur da einzusetzen, wo sie aus der Situation heraus erwachsen und dem Patienten zur Lebensbewältigung hilfreich sein können. Durch diesen Verzicht verliert Seelsorge, von außen gesehen, ihre klar erkennbaren Konturen, sie wird verwechselbar.

In jüngerer Zeit entwickelt sich, in Auseinandersetzung mit religiösen Strömungen der Gegenwart, eine Seelsorge, die sich als Begleitung und Anregung für spirituelle Erfahrungen versteht.¹⁴ In der Krise der Krankheit werden auf neue Weise Symbole und Rituale aus der christlichen Tradition, aber auch solche aus anderen Religionen mit ihrer lebenserschließenden Kraft wichtig: Das Meditieren von Symbolen eröffnet Menschen die Möglichkeit, ihr Leben als Teil eines umfassenderen Zusammenhangs, als verdankt *und* begrenzt zu begreifen und aus dieser Einsicht Kraft zur Orientierung und Bewältigung ihrer Krankheit zu schöpfen. Dem liegt oft ein verändertes Gottesbild zugrunde: Gott wird häufig nicht mehr als personal-transzendent erfahren und gedacht, sondern als Grund und Quelle, als Geheimnis des Lebens, mit dem in Kontakt, in Zwiesprache zu kommen, tröstlich und stützend sein kann.

Seelsorge zwischen Alltagsgespräch und Psychotherapie

Ein seelsorgerlicher Besuch im Krankenhaus beginnt häufig wie ein alltägliches Gespräch eines Patienten mit Freunden oder Bekannten. Es knüpft an das an, was im Vordergrund steht: das gegenwärtige Befinden des Patienten, das Erleben der Krankheit und des Krankenhauses, die Prognose, das Ergehen der Familie usw. – und all das relativ locker und unverbindlich. Manchmal bleibt das Gespräch auf dieser Ebene: Der Patient will nicht tiefer gehen, es hat sich kein spontaner Kontakt zum Seelsorger eingestellt, die Mitpatienten im Zimmer halten das Gespräch an der Oberfläche.

Manchmal gibt es jedoch einen deutlichen Einschnitt hin zu einer tieferen Ebene – die spätere Analyse des Gesprächsprotokolls läßt das oft klar erkennen: Es kommt ein unausgesprochener Kontrakt zustande („wollen Sie sich nicht setzen?“); die Patientin wechselt von sich aus das Thema („mich beschäftigt immer wieder der Gedanke ...“); die Seelsorgerin geht von sich aus einen Schritt weiter („ich sehe, daß Sie traurig werden, während Sie das sagen ...“).

Aus dem Alltagsgespräch ist plötzlich eine dichte Gesprächssituation geworden, die quasi therapeutische Züge bekommt: Es geht um ein Lebensthema, um etwas, das den Betroffenen tief angeht – und nun ist

14 Vgl. Themenheft „Spiritualität“ 1994. Vgl. auch die Beiträge von I. und H. Chr. Piper und H. Duesberg in diesem Band.

vom Seelsorger/von der Seelsorgerin die Kompetenz gefordert, daß er/sie diesen Einschnitt wahrnimmt, das Thema und seine emotionale Bedeutung aufgreift, dabei hilft, es weiter zu führen und seine verschiedenen Facetten auszuloten. Seelsorge wird an solchen Stellen zur „Psychotherapie im kirchlichen Kontext“¹⁵, Hilfe zur Rekonstruktion von Lebensgeschichte, im Horizont der Geschichte Gottes mit den Menschen.¹⁶

Seelsorgerliche Gespräche im Krankenhaus wechseln immer wieder zwischen diesen Polen, schon allein deswegen, weil sie selten in einem von außen ungestörten Raum stattfinden; darin liegt ihre besondere Schwierigkeit und ihre Chance.

Seelsorge zwischen Professionalität und Betroffenheit

Professionalität bezeichnet bestimmte berufliche Verhaltensstandards, die einem Rolleninhaber qua Rolle zugeschrieben werden, auf die er/sie sich in Konfliktfällen berufen kann. Eine wesentliche Funktion solcher Standards besteht darin, daß sie Verhaltenssicherheit anbieten und davon entlasten, die Rolle jederzeit mit subjektiver Motivation auszufüllen.

Die notwendige Professionalität der Seelsorge im Krankenhaus hat verschiedene Facetten: Als Vertretung der Kirche, als Repräsentanten der Religion „verwalten“ Seelsorger/innen das Geheimnis des Lebens; sie sind Symbolfiguren einer Tiefendimension des Lebens, die vor allem in schwerer Krankheit für viele Menschen aktuell wird. Im Gottesdienst, in der Feier des Abendmahls oder der Krankensalbung, wenn am Krankenbett gebetet oder der Segen erteilt wird, kommt die priesterliche Dimension sinnfällig zum Ausdruck.

Seelsorger/innen lassen sich jedoch nicht gerne auf diese religiös-priesterliche Funktion im engen Sinn festlegen. Sie verstehen sich umfassender als Gesprächspartner/innen für Glaubens- und Lebensfragen, die (durch Seelsorgeausbildung oder therapeutische Zusatzausbildung) dafür auch eine entsprechende Sachkompetenz erworben haben. Eine solche Kompetenz eröffnet die Möglichkeit, vom Krankenhaus in neuer Weise ernst genommen und nicht nur als religiöses Ornament betrachtet zu werden.

Die wünschenswerte und notwendige Professionalität der Seelsorge im Krankenhaus gerät jedoch in Konflikt mit dem unter Seelsorgern/innen hoch geschätzten Postulat der Betroffenheit. Begriffe wie „sich einlassen“, „sich anrühren lassen“, „sich einbringen“ etc. sind Ausdruck des Wun-

15 Vgl. Stollberg, Auftrag, 1972, 33ff.

16 Grözinger, Seelsorge 1986.

sches, sich von der „affektiven Neutralität“¹⁷, wie sie ärztliches und pflegerisches Personal mehr oder weniger praktizieren müssen, zu distanzieren und zu unmittelbaren, direkten, emotionalen Begegnungen zu finden, in denen auch der Seelsorger/die Seelsorgerin selbst als individuelle, unverwechselbare Persönlichkeit erkennbar wird. Nicht zuletzt die Seelsorgebegegnung hat die Bedeutung der direkten Begegnung betont und darin Gedanken aus dem Personalismus Bubers und der Gestalttherapie von F. Perls aufgenommen.

Direkte Begegnung heißt, sich zu öffnen, sich anrühren zu lassen, sich verletzlich zu machen – wer das Tag für Tag tun muß, muß sich um seiner selbst willen wiederum schützen und abgrenzen; das Angebot einer professionellen Berufsrolle ist, so gesehen, dann doch wieder hilfreich und notwendig. Und auch um des Gesprächspartners willen muß die wünschenswerte subjektive Betroffenheit in dem Sinn professionell gehandhabt werden, daß der Rolleninhaber weiß, was er tut; daß er/sie wahrnimmt, was gerade in der Beziehung geschieht (z.B. die Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung, von Widerständen etc.¹⁸), und damit angemessen umgehen kann. Dann bilden die Pole „Betroffenheit“ und „Professionalität“ keinen Gegensatz, sondern ein fruchtbares Spannungsfeld.

Seelsorge zwischen Macht und Ohnmacht

Die Motivation zum Pfarramt bzw. zur Seelsorge speist sich zu einem erheblichen Teil aus dem Wunsch, Menschen helfen zu wollen. R. Riess hat in einer Untersuchung bei Theologie-Studierenden ein stark ausgeprägtes „prosoziales Verhalten“ festgestellt.¹⁹ Diese mit dem christlichen Glauben und seiner Betonung der Nächstenliebe in Zusammenhang stehende Berufsmotivation ist für viele immer wieder eine Kraftquelle.

Es gilt jedoch zu erkennen, daß die Helferrolle eine Machtposition darstellt: Ihr Urbild ist der barmherzige Samariter, der sich als der Starke zu dem unter die Räuber Gefallenen herabbeugt.

Die Helferrolle erfährt in der Seelsorge im Krankenhaus eine doppelte Infragestellung: Zum einen sind hier die Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ohnmacht besonders ausgeprägt. In sehr vielen Situationen gibt es nichts zu helfen im Sinn von verändern; vielmehr ist es häufig eine der wichtigsten Aufgaben, fremde – und eigene – Hilflosigkeit auszuhalten und paradoxerweise gerade darin hilfreich zu sein. Seelsorge kommt ohne

17 Rohde, Soziologie 1974, 257ff.

18 Dazu ausführlicher Scharfenberg, Seelsorge, 1972, 65ff.

19 Riess, Pfarrer 1986.

Instrumentarium²⁰, ihre Grundfunktion besteht im Dasein, im Mitgehen, im Begleiten, im Wahrnehmen und Annehmen – angesichts der „Ideologie des Machens“, wie sie im Krankenhaus vorherrscht, eine große Chance und zugleich eine schwere Aufgabe, nicht zuletzt, weil ihre Auswirkungen so wenig nach außen hin vorzeigbar sind.

Zum anderen lernt jede/r, der länger in der Seelsorge tätig ist, die Ambivalenz des Helfen-Wollens kennen: Helfen zu wollen ist ja durchaus nicht immer auf das Wohl des anderen gerichtet, sondern dient oft genug dazu, sich selbst zu entlasten, andere nach den eigenen Vorstellungen zu manipulieren, Hilflosigkeit nicht wahrnehmen zu müssen, ein schlechtes Gewissen zu beruhigen oder Anerkennung zu bekommen.²¹ Diese Erkenntnis verunsichert zunächst die bisherige Berufsmotivation; sie kann aber auch den ersten Schritt zu einer heilsamen Einsicht in die eigene Bedürftigkeit und Begrenztheit darstellen.

Wo Seelsorger/innen doch Macht/Einfluß haben, beruht sie in der Regel auf einer Art von „Beziehungsmacht“, d. h. der Fähigkeit, über gelingende Arbeitsbeziehungen in der seelsorgerlichen Berufsrolle respektiert und gehört zu werden. Diese Macht kann dazu genutzt werden, für die jeweils Schwächeren in der Klinik einzutreten und auf Arbeitsstrukturen, die der Kommunikation und Menschlichkeit im Krankenhaus nicht förderlich sind, hinzuweisen.

Seelsorge zwischen Krankheit und Gesundheit, Leben und Tod

a. Der *persönliche Aspekt* dieser Polarität besteht darin, daß Krankenhauseelsorger/innen durch die dauernde Begegnung mit der Grenze von Gesundheit und Krankheit, von Leben und Tod in eine erhebliche innere Anspannung geraten können. Die ständige Konfrontation mit Grenzsituationen rührt bewußt und unbewußt immer neu an eigene Ängste vor dem Krankwerden, dem Sterben, dem Tod, erinnert an die Verletzlichkeit und Brüchigkeit des eigenen Lebens. Beinahe gewaltsam werden Krankenhauseelsorger/innen auf diese wunde Stelle gestoßen – während ihnen die Abwehrmechanismen der Ärzte und des Pflegepersonals – emotionale Distanz, Objektivierung – vom eigenen Anspruch her nicht zur Verfügung stehen.

20 Vgl. Mayer-Scheu, Seelsorge 1977, 57: „Er (sc. der Seelsorger) ist zunächst ein Mitarbeiter ohne sichtbares Instrumentarium und steht mitunter recht wehr- und hilflos vor dem Patienten, an (!) dem er ja zunächst einmal nichts zu messen, zu fühlen, zu injizieren, zu reiben, zu stechen, zu reißen, zu füttern, zu klopfen, kurzum nichts zu hantieren hat.“

21 Vgl. dazu Stollberg, Helfen, 1979 und Schmidbauer, Helfer, 1977.

In den letzten Jahren haben sich Erscheinungsbild und Selbstverständnis der Seelsorge im Krankenhaus tiefgreifend verändert.

Vor diesem Hintergrund umreißt der Band die Bedeutung der Seelsorge für die PatientInnen, für deren Bewältigung von Krankheit und Leiden oder auch Sterben, aber auch ihre Bedeutung für das Personal des Krankenhauses und für die Institution insgesamt. Exemplarisch werden verschiedene Arbeitsfelder vorgestellt (z.B. Seelsorge auf der Intensivstation, mit Herzkranken, etc.), neue Entwicklungen (z.B. die Palliativmedizin) beschrieben und die notwendige Einbindung der Seelsorge in die Institution Krankenhaus akzentuiert. Diese vierte Auflage ist um Beiträge von Karoline Labitzke und Traugott Roser erweitert worden.

Der Herausgeber

Dr. theol. Michael Klessmann ist Professor emeritus für Praktische Theologie an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal/Bethel. Schwerpunkte seiner Forschungen sind Seelsorge, Pastoralpsychologie, Supervisions- und Pfarramtstheorie.

ISBN 978-3-525-62403-6



9 783525 624036

www.v-r.de