

Krankenhausseelsorge – eine vordringliche Aufgabe der Kirche?

Bericht zur Situation der Krankenhausseelsorge aufgrund von Ergebnissen des Projekts „Naturwissenschaftliche Medizin und christliches Krankenhaus“

Dem Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland und den Leitungen der Gliedkirchen vorgelegt November 1991

Inhalt

1. Grund und Anlass zu diesem Bericht
2. Das Krankenhaus – ein Lernfeld der Kirche
3. Bedingungen des Arbeitsfeldes Krankenhaus
 - 3.1. Veränderung der Institution Krankenhaus
 - 3.2. Auswirkungen medizintechnischer Fortschritte auf patientenbezogene Leistungen
 - 3.3. Rückwirkung der veränderten klinischen Arbeit auf ärztliches und pflegerisches Handeln
4. Aufgaben und Situation der Krankenhausseelsorger und -seelsorgerinnen
 - 4.1. Aufgaben-Spektrum der hauptamtlich in der Klinikseelsorge Tätigen
 - 4.2. Krankenhausseelsorge nach der Selbstdarstellung im Projekt
 - 4.3. Die Arbeitssituation der SeelsorgerInnen nach den Projektergebnissen
5. Fragen zur Krankenhausseelsorge, die die gesamtkirchliche Bewertung dieses Dienstes betreffen
6. Empfehlungen

1. Grund und Anlass zu diesem Bericht

In dem interdisziplinären Forschungsprojekt der FEST „Naturwissenschaftliche Medizin und christliches Krankenhaus“ wurde 1986-1990 mit den im Krankenhaus Tätigen ihre Arbeitssituation zwischen den Zwängen der naturwissenschaftlichen Medizin sowie des staatlichen Gesundheitswesens ihrer Aufgabe, Kranken Heilung zu ermöglichen und Leiden zu mindern, erhoben und kritisch analysiert. Beteiligt waren Ärzte verschiedener Disziplinen, Medizin-Soziologen, Pflegende, Klinikseelsorger und Verwaltungsleiter aus Krankenhäusern staatlicher, kommunaler und kirchlicher Trägerschaft. Die Aufgabenstellung zielte darauf, in diesem sich ständig verändernden Arbeitsfeld Mängel und Defizite im Umgang mit Kranken, mit Leben und Tod aufzudecken. Zugleich sollte herausgearbeitet werden, wo notwendige Veränderungen ansetzen sollten. Durch die Parallelarbeit von zwei unterschiedlichen Gruppen gelang es, bei ähnlichen Fragestellungen die Aufmerksamkeit hier mehr dem ärztlichen, dort mehr dem pflegerischen Handeln zuzuwenden, ohne dabei abzusehen vom Verständnis des therapeutischen Prozesses als gemeinsamer Verantwortung von Mitarbeitern verschiedener Berufe. Darin wurden Krankenhausseelsorger ausdrücklich einbezogen, obwohl sie ihren Dienst in der Regel als „Außenstehende“ wahrnehmen.

Die Ergebnisse dieses Projekts wurden im Herbst 1990 publiziert unter dem Titel „Patienten-Orientierung als Aufgabe – Kritische Analyse der Krankenhaussituation und notwendige Neuorientierungen“. Dieser Band hat ein überraschend starkes Interesse gefunden – bei Ärzten, Pflegenden, Krankenpflegeschulen, bei Klinikseelsorgern, Krankenhausdirektoren sowie Gremien von Trägervereinen und einigen evangelischen Krankenhausgesellschaften. Diese Resonanz ist vor allem der Bereitschaft der Mitarbeitenden zu verdanken,

sich auf die Herausforderungen unseres Ansatzes einzulassen. Die ungewöhnliche Offenheit in den Gesprächen, die viele Kapitel des Buches widerspiegeln, hat dazu geführt, dass die gegenseitige Sensibilität für die Probleme der je anderen Funktionsbereiche zunahm. Das Gewicht dessen, was mit naturwissenschaftlichen Verfahren wahrgenommen und behandelt werden kann, behinderte nicht die Fragen nach anderen Dimensionen des Menschseins und menschlichen Lebens, die für Krankheit, Heilung und ein menschliches Sterben von Bedeutung sind. Dadurch kamen auch die Schwierigkeiten der Seelsorger und Seelsorgerinnen in den Blick. Die Probleme der Patienten wurden nicht verdrängt. Es zeigte sich deutlich, dass diese weitgehend aus den tiefgreifenden Veränderungen klinischer Arbeit durch die Errungenschaften von Medizin, Medizin-Technik und Pharmazie resultieren.

Die Problemzusammenhänge können der genannten Publikation der FESSt entnommen werden, wie auch die spezifischen Belastungen der verschiedenen Berufsgruppen und die besonderen Nöte von Patienten und Mitarbeitenden. Die neuen Möglichkeiten der naturwissenschaftlichen Medizin, die im Zusammenwirken ärztlichen Denkens und medizintechnischer Errungenschaften früher ungeahnte Heilerfolge heute weitgehend reproduzierbar machen, werfen vielschichtige Fragen auf, wie mit diesen Fähigkeiten und Instrumenten verantwortlich umzugehen sei. Diese Errungenschaften haben aber auch den *Horizont der Seelsorge im Krankenhaus tiefgreifend verändert*. Sie erfordern darum ein neues Durchdenken dieses Arbeitsfeldes der Kirche.

Die in mehrjähriger Projektarbeit gewonnenen Einsichten sind es also, die uns veranlassen, den Kirchenleitungen über die Situation der Krankenhauseselsorge heute zu berichten.

2. Das Krankenhaus – ein Lernfeld der Kirche

Im Krankenhausalltag, auf den sich das Forschungsinteresse richtete, stellen sich die grundlegenden Fragen eher verborgen. Die täglichen institutionell geregelten Arbeitsvorgänge – Visite, Anamnese, Stationskonferenz, Schichtwechsel u.a. – wurden in den Blick genommen, um zu prüfen, ob und wie weit durch Ablendung des Nicht-Objektivierbaren (ein Defizit der wissenschaftlich-technischen Welt) die Wirklichkeit der Patienten reduziert wird auf das, was objektiv erfassbar und funktionalem Denken zugänglich ist. Dieser potentielle Mangel beeinträchtigt ja alle beteiligten Personen in ihrem Tun, Ärzte, Pflegenden, Psychologen und andere Mitarbeiter ebenso wie ihr gemeinsames Handeln und die Orientierung der Krankenhausarbeit insgesamt.

Im Gegenzug hierzu wurde darum die klinische Arbeit von krankheitsbedingten, lebensgeschichtlichen Übergängen der Patienten her untersucht. Schwere lebensverändernde Unfälle und Leiden, unheilbare Krankheit, Sterben und Tod, aber auch Schwangerschaftskomplikationen und Geburt sind derartige Übergänge. Hier liegen darum Schwerpunkte der notwendigen und allgemein bejahten Patienten-Orientierung. Aber zugleich sind diese Phasen Schwerpunkte des Einsatzes medizintechnischer Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Es war darum zu klären, welche Probleme sich in diesen Lebens- und Krankheitsphasen der Patienten stellen und welche Faktoren gegebenenfalls die erstrebte Orientierung an den Patienten erschweren oder stark behindern. Für die Kirche ist diese Frage aufgrund ihres Auftrags, sich den Kranken und Schwachen zuzuwenden (Mt 25,31-46 u.a.), von besonderem Interesse.

Die Einblicke in den Krankenhausalltag, die wir auf diesen gegenläufigen Forschungswegen gewonnen haben, lassen sich zusammenfassend in der Aussage zuspitzen:

Das Krankenhaus heute ist ein wichtiges Lernfeld der Kirche.

In diesem Sektor der Arbeitswelt erfährt die Kirche durch ihre Mitarbeiter die gesellschaftliche Wirklichkeit unmittelbar:

- in der Begegnung mit menschlichen Fundamentalsituationen – mit schwerer Krankheit, mit Geburt, Lebensbedrohung, Sterben und Tod.
- Die Behandlung ernster Krankheit und Lebensbedrohung, aber auch Schwangerschaftskomplikationen und Geburt, ebenso wie das Sterben haben sich seit mehr als zwei Jahrzehnten aus den Familien überwiegend in die Krankenhäuser verlagert. Darum kommt im Leben der Gemeinden nur selten im Blick, wie diese Situationen heute erfahren werden.

In der Behandlung von Schwerkranken begegnet zugleich die aus anderen Zusammenhängen bekannte gesellschaftliche Tendenz, ökonomischen Kriterien Vorrang vor menschlichen Problemen zu geben.

Die Kirche erfährt die Wirklichkeit insbesondere:

- in der Konfrontation mit dem naturwissenschaftlichen Weltbild, das die Entwicklung der Medizin, Medizin-Technik, Pharmazie und die Fragestellung von Forschungsprojekten in diesem Bereich weitgehend bestimmt;
- in der Konfrontation mit der rapide fortschreitenden Technisierung menschlicher Arbeit; die Technisierung betrifft diesen Bereich insbesondere das ärztliche Handeln in der Diagnosestellung, die Patientenversorgung im Einsatz von informationstechnischen Mitteln im Krankenzimmer wegen des Personalmangels, in der Verwaltung und Ökonomie bei der Erhebung, Speicherung und Bearbeitung von Patienten-Daten;
- in der Konfrontation mit der Zunahme arbeitsteiligen Handelns, das im Umgang mit Menschen, hier mit Kranken, das Erfassen von Zusammenhängen bzw. der Ganzheitlichkeit der Person erschwert.

Wegen der Aufgabe „Arbeit für und mit Kranken“ kommt daher in diesem Arbeitsfeld der Kooperation der Mitarbeitenden heute erhöhte Bedeutung zu.

Ein Lernfeld ist das Krankenhaus für die Kirche auch hinsichtlich der Möglichkeit, *ökumenische Zusammenarbeit fruchtbar zu realisieren*. In der Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen ergeben sich ständig Kontakte mit den katholischen Kollegen; darüber hinaus kommt es gegenseitig zu Vertretung bei Patienten-Gesprächen und nicht selten zu gemeinsamer Diskussion von Problemen der Krankenhauspraxis. In größeren Zeitabständen werden Klinikgottesdienste vielfach mit guter Resonanz ökumenisch gestaltet.

Die Kirche hat hier vor allem die Möglichkeit, Menschen beizustehen, die in der Ungewissheit schwerer Erkrankung um Hoffnung auf Heilung und Neubeginn ringen oder in Todessängsten das unabwendbare Ende ihrer Lebenszeit kommen sehen. In unmittelbarer Nähe erleben die hier Tätigen, wie heute weithin Menschsein und Leben verstanden werden, wie schwer es fällt, Krankheit und Leiden als zum Leben gehörend zu begreifen. In den Brüchen und bedrohlichen Ereignissen, die je die einzelnen für ihr eigenes Lebensgefühl singular treffen, brechen die Fragen nach dem Sinn des Daseins auf, ein Verlangen, die eigene Lebensgeschichte zu verstehen. Die Kirche, der an der Kommunikation des Evangeliums in der gegenwärtigen Gesellschaft gelegen ist, hat im Krankenhaus daher einen Ort, der es ermöglicht, die sonst verborgenen Vorstellungen und Bedürfnisse der Menschen kennenzulernen und mit ihnen Wege zu gelingendem Leben oder einem friedlichen Sterben zu suchen.

Denn die Arbeit der Pfarrer und Pfarrerinnen ist hier gekennzeichnet durch eine hohe Dichte der Begegnung mit schweren menschlichen Notlagen – im Kontext der heutigen medizinischen Möglichkeiten die Probleme zu bewältigen oder einzugrenzen, die die Leibhaftigkeit des Menschseins betreffen. Verglichen mit anderen kirchlichen Arbeitsfeldern - Gemeindepfarramt, Religionsunterricht, Erwachsenenbildung u.a. – geht es in der Krankenhausesorge täglich um jene Fragen menschlicher Existenz, die in der hochtechnisierten Leistungsgesellschaft meist unausgesprochen bleiben und darum der Verkündigung und theologischen Reflexion schwerer zugänglich sind.

3. Bedingungen des Arbeitsfeldes Krankenhaus heute

3.1. Veränderung der Institution Krankenhaus

Die Untersuchungen zur Krankenhausarbeit ergaben, dass seit mehr als zwei Jahrzehnten drei miteinander verflochtene Tatbestände die klinische Arbeit tiefgreifend verändert haben und darum bei allen Planungen – auch beim Planen des Seelsorgedienstes – bedacht werden müssen:

- (1) die Steigerung der Möglichkeiten ärztlichen Handelns in der Diagnosestellung und den neuen Therapien sowie durch die Intensivmedizin;
- (2) die fortschreitende Spezialisierung, die das ohnehin arbeitsteilige klinische Handeln weiter aufsplittert und es dadurch erschwert, in dem Krankheits- und Heilungsgeschehen Zusammenhänge zu erkennen;
- (3) die aus den Errungenschaften der Medizin-Technik resultierende heutige Krankenhausorganisation mit zentralen technischen Funktionsabteilungen, die für Ärzte und Pflegende die bisherigen Arbeitsabläufe und die Arbeitsaufteilung verändert hat.

Diese drei Tatbestände bilden in ihrem Aufeinanderbezogenen ein *Spannungsfeld fortwährender Wandlungen und Differenzierungen*. Jede neue technologische Verbesserung führt nicht zu einem neuen Gleichgewicht, sondern birgt in sich bereits den Ansporn für nächste Schritte. Die Medizin kann sich dieser Entwicklung nicht entziehen, zumal die Technik maßgeblich zur Erweiterung ärztlichen Handelns beigetragen hat. Die Eigendynamik der medizintechnischen Entwicklungen, die in den Funktionsabteilungen sichtbar wird, hat bewirkt, dass die *therapeutischen* Möglichkeiten mit den diagnostischen Neuerungen nicht zureichend Schritt halten konnten. Ärztliches und pflegerisches Handeln erfordern für Heilungsvorgänge menschliche Zuwendung zu den Patienten; diese entzieht sich aber dem Zugriff von Wissenschaft. Die Aufgabe, den Kranken gesprächsweise Hilfe und Ermutigung zum Leben zu geben, geht nicht konform mit technischen Abläufen und Rhythmen moderner Krankenhausorganisation. Zu den spezifischen Dienstleistungen der Krankenhäuser gehört aber unabdingbar die menschliche Begleitung der Patienten. Hier entstehen daher ständig Spannungen und Konflikte angesichts der Erfordernisse einer wirtschaftlichen Führung des Krankenhausbetriebes. Diese schwer messbaren Leistungen von Ärzten, Pflegenden und anderen Therapeuten sind ökonomisch mitzuberücksichtigen. (Vgl. Patienten-Orientierung, S.400)

3.2. Auswirkungen medizintechnischer Fortschritte auf patientenbezogene Leistungen

Die Veränderungen der Institution Krankenhaus infolge neuer medizintechnischer Errungenschaften haben die *Rahmenbedingungen der Krankenhausesorge, aber auch ihre Aufgaben gewandelt*. Das zeigt sich vor allem an den *patientenorientierten Leistungen* im technisierten Krankenhaus der Gegenwart. Die Analyse der institutionell geregelten Arbeitsgänge ergab deutliche Kommunikationsmängel hinsichtlich ihrer Funktion, „die Behandlung, Pflege und Versorgung der Patienten deren Befinden entsprechend zu regeln und abzustimmen, Probleme zu beraten und damit nach Möglichkeit den Heilungsprozess zu fördern. Die Mängel werden sichtbar in ungenügenden oder fehlenden Formen von Kooperation der Beteilig-

ten. Die bestehenden Kooperationsmuster zwischen Ärzten und Pflegenden, die aus traditionellen, ihrerseits aus Kommunikation angelegten Hierarchieformen hervorgingen, wurden ... dysfunktional. Die Dokumentation (von Verordnungen, deren Durchführung und der Beobachtung von Patienten) kann das Gespräch nicht ersetzen. Obwohl Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal heute wichtiger geworden ist, fehlen für die komplizierten Arbeitsabläufe angemessene Formen des multiprofessionellen Austausches von Beobachtungen.“ (Patienten-Orientierung, S.373)

Für die Kranken bedeuten diese Probleme klinischer Arbeit:

- Patienten erhalten wenig Hilfen, als Person im therapeutischen Prozess mitzuwirken. Es bestehen geringe Möglichkeiten der Selbstexplikation durch Fragen, Erzählen und Bericht; es gibt keine Hilfen zur Krankheitsbewältigung, sofern nicht Psychologen oder Psychotherapeuten mitarbeiten.
- Bei ihren krankheitsbedingten, lebensgeschichtlichen Übergängen werden Patienten ungenügend begleitet.
Solche Übergänge treten infolge der hohen Leistungen der Medizin und Medizintechnologie häufiger ein und sind daher heute ein integrales Problem klinischer Arbeit: durch neue operative und medikamentöse Therapien bei unheilbar Kranken, da ihre Leiden auf Zeit beherrschbar wurden; durch die Intensivmedizin für viele schwerkranke, unfallgeschädigte und sehr alte Patienten, die vor Jahren nicht überlebt hätten; für junge Mütter bzw. Eltern durch die Möglichkeit, zunehmend mehr frühgeborene, geschädigte, kaum lebensfähige Kinder (Mehrlingsgeburten) am Leben zu erhalten.
- Patienten erfahren durch die Pflegenden wegen deren Überlastung weniger Zuwendung als noch vor zwei Jahrzehnten.
Mit den differenzierten medizinischen Methoden ist die Verantwortung der Pflegenden gewachsen. Die Organisation und Dokumentation der außerstationären apparativen Diagnosen und Therapien obliegt den Pflegenden als den für Ausführung ärztlicher Anordnungen und den Umgang mit Patienten unmittelbar Verantwortlichen. Dadurch erfährt die Arbeit gerade der qualifizierten Pflegekräfte deutliche Einbußen. Gespräche erfahrener Schwestern mit den Patienten bei der Pflege entfallen zunehmend, da pflegerische Handlungen vorwiegend durch PflegehelferInnen oder SchülerInnen geschehen.
- Infolge der Effizienz der medizintechnischen Geräte treten für Ärzte bewährte Formen der Interaktion mit Patienten zurück.
Durch befragte und „antwortende“ Apparate scheinen eingehendere Gespräche mit den Kranken bei Anamnesen und Visiten entbehrlich; körperliche Untersuchungen finden seltener statt. „Bilder machen“ verdrängt das „Sich-Gedanken-Machen“ über die Erkrankung und den Krankheitsverlauf der Patienten.
- Bei apparativen Diagnosen und Therapien kommen die Patienten mit einer Vielzahl von Personen in Kontakt, die je nur Teilaufgaben ausführen; Sinn und Zweck dieser Maßnahmen ist für sie oft nicht ersichtlich.
Patienten profitieren von den Errungenschaften der Medizin, die sie keinesfalls missen wollen, sehen sich aber weithin anonymen Apparaten ausgesetzt, die das Bedürfnis nach Zuwendung und Gespräch erheblich verstärken. Dazu fehlt Stationsärzten und Schwestern die Zeit.

3.3. Rückwirkung der veränderten klinischen Arbeit auf ärztliches und pflegerisches Handeln

Viele Ärzte und Pflegende leiden unter solchen Mängeln der patientenbezogenen Leistungen. Die durchorganisierten Arbeitsabläufe lassen aber wenig Raum zum Bedenken derartiger Probleme und zur Suche nach Lösungen.

Viele Ärzte beobachten ungewollte Folgen der Spezialisierung, des Zeitmangels wie auch der niedrigen Bewertung menschlicher Zuwendung im Abrechnungssystem der Krankenversorgung. Beispielhaft zitieren wir zwei derartige Äußerungen (S. 393;388):

„Wir alle kennen die Auswirkungen der notwendigen Spezialisierung: Der Patient scheint in eine Unzahl von Organsystemen zu zerfallen, diese in eine Unzahl von Krankheitsgebieten, für die es jeweils einen Spezialisten gibt, von der Pathologie bis zur Psychosomatik. Der Blick muss sich verändern. Gleichzeitig nimmt das unsichere Gefühl des Arztes zu, seinen Patienten nicht ganz zu kennen, nur noch seinen Magen, sein Blutbild, seine Schilddrüse...“

In der ärztlichen Arbeit „kostet“ (und „bringt“) die Beratung eines Patienten nur den zehnten Teil der chemischen Analyse seiner Leberwerte; deshalb fragt sich selbstkritisch ein Onkologe, ob sein Handeln

„... immer oder wenigstens meistens unbeeinflusst davon sein kann, das ein halbstündiges Gespräch mit einem, der um sein Leben bangt, so ‚bewertet‘ wird wie eine Röntgenaufnahme ... Dass diese finanzielle Missachtung der klassischen ärztlichen Leistungen - zugunsten der technisierten – deren Untergang *nicht* befördert, wäre ein Wunder im geltenden Wertesystem.“

Die Pflegenden leiden in der Hektik der Arbeitsabläufe zudem unter den Unzulänglichkeiten der Krankenpflege, die bei den veränderten Arbeitsbedingungen ihrem Berufsverständnis nicht mehr entspricht. Zur Situation der Pflege im Krankenhaus stellen leitende Ärzte fest:

„ Zwischen dem pflegerischen Versorgungsstand von 1969 und dem Pflegebedarf des Jahres 1989 liegen Welten, nicht nur wegen der (durch medizinische Fortschritte erhöhten) Leistungsprofile, sondern weil die Zahl der mehrheitlich multimorbiden Patienten jenseits des 60. Lebensjahres --- inzwischen bei 75% liegt.“ (Patienten-Orientierung, S.407)

Die große Zahl Schwerkranker und multimorbider alter Patienten erfordert vermehrt Zuwendung und Gespräch bei der Pflege. Die Zeit und Arbeitskraft der Pflegenden wird aber, wie erwähnt, durch Organisation und Dokumentation außerstationärer Diagnosen und Therapien stark absorbiert. Sie sind geschult, mit Kranken, ihren Leiden und Bedürfnissen sorgfältig umzugehen und müssen sich, den Veränderungen der medizinischen Verfahren entsprechend, weiter qualifizieren; in der Hektik der Arbeit ist dies kaum möglich. Krankenschwestern sprechen daher von einem „Notstand der Pflege“, die heute den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht werden könne.

Da den Pflegenden Möglichkeiten zur Bewältigung schwieriger, belastender Erfahrungen am Krankenbett fehlen, hat sich eine tiefe Arbeitsunzufriedenheit verbreitet, die bekanntlich in den letzten Jahren verstärkt zu Fluktuation und Berufsabbrüchen führte. Krankenhauspfarrer erleben täglich diese Nöte. Sie suchen, durch Gesprächs- und Diskussionsangebote Hilfen zu vermitteln. Zu einer Begleitung der Pflegenden fehlt die Zeit. Angesichts der hohen Zahl zugewiesener Patienten-Betten auf ganz verschiedenen Stationen (in Großkliniken 600, bestenfalls nur 300 Betten) können sie der Krankenseelsorge, ihrer Hauptaufgabe, nicht in einer Weise nachkommen, die ihrer Auffassung dieses Dienstes entspricht. Sie partizipieren indirekt an Schwierigkeiten und Mängeln der Institution Krankenhaus, die ihre seelsorgerliche Mitverantwortung für die Patienten herausfordert.

Bislang unbeachtete und ungelöste Probleme des Krankenhausalltages haben also die Arbeitsbedingungen der Krankenseelsorge verändert. Darüber hinaus haben sich ihre Aufgaben erheblich vermehrt.

4. Aufgaben und Situation der Krankenseelsorger und –Seelsorgerinnen

Die Tätigkeit der Krankenhauseelsorger und –seelsorgerinnen umfasst ein Spektrum verschiedenartiger Aufgaben, das wenig bekannt ist. In der 2. Projektphase haben wir darum drei Gespräche mit Klinikpfarrern und –pfarrerinnen durchgeführt (vgl. Patienten-Orientierung, S.436), um deren Arbeitsbedingungen genauer zu erfassen. Die folgende Übersicht gibt Aufschluss über deren berufliche Anforderungen und Belastungen.

4.1. Aufgaben-Spektrum der hauptamtlich in der Klinikseelsorge Tätigen

1. Patienten-Besuche
(zugewiesene Betten 600/300; durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus 10-30 Tage je nach Krankentyp, d.h. pro 1000 Betten sind im Jahr etwa 35000 Patienten zu betreuen) – Diese Arbeit gliedert sich auf in:
 - Krisenintervention, Einzel- und Gruppengespräche
 - Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender
 - Gespräche mit Angehörigen (besonders bei Sterbenden und Schwerpflegebedürftigen)
2. Arbeit mit Pflegenden, Ärzten, Verwaltung u.a.
(etwa 2000 Mitarbeiter incl. SchülerInnen pro 1000 Betten)
 - Patientenbedingte Gespräche mit Ärzten, Pflegenden; auch mit Mitarbeitern der Verwaltung
 - Begleitung in schweren Krisen der Mitarbeiter
 - Problemorientierte Gesprächsangebote (für Berufsgruppen und diese übergreifend)
3. Gottesdienste im Krankenhaus – Sakramentale Feier
(etwa 60 Gottesdienste pro Jahr – Abendmahlsfeiern in Krankenzimmern, einzeln und in Gruppen)
 - Zentrale Gottesdienste, regelmäßig
 - Andachten auf Stationen, in Gruppen
 - Abendmahl mit Patienten und Angehörigen
4. Supervision mit ehrenamtlich im Krankenhaus Tätigen
(10 – z.T. 50 Ehrenamtliche, 1 Treffen pro Monat) , oft „Grüne Damen“, häufiger „EKH“ genannt (=Ehrenamtliche Evangelische oder Ökumenische Krankenhaushilfe):
 - Erfahrungen, Fragen, Konflikte aufnehmen und klären
 - Einsatzfähigkeiten fördern
 - Regionale und bundesweite Einbindung
5. Unterricht an angeschlossenen Fachschulen für Krankenpflege
(in konfessionellen, kommunalen und Universitätskliniken je anders geregelt)
 - Ethik (in) der Krankenpflege (Prüfungsfach)
 - Gesprächsführung/Kommunikation
 - Religionskunde; bei ev. Trägerschaft: Diakoniegeschichte u.a.
6. Strukturelle Verzahnung der Arbeit mit Krankenhaus und Kirche

Einige Krankenhauspfarrer sind *nebenamtlich*:

- Dozenten in Fort-/Weiterbildungseinrichtungen der Krankenpflege bzw. Diakonie *oder*
- Mitarbeiter in der medizinischen Ausbildung (Lehraufträge) (für Pjler, AiPler, Studenten) oder Mitarbeit bei Vorlesungen, Kolloquien, „Balint“-Gruppen, einzelne auch Studienleiter evang. Akademien (Bereich Medizin) bzw. Leiter von Fachseminaren für Fort- und Weiterbildung.

Schon diese Übersicht zeigt, dass Krankenhausseelsorge heute vor schwierige, differenzierte Aufgaben stellt, die ohne eine zusätzliche Ausbildung schwer zu bewältigen sind.

Zwei Paradigmen prägten bisher diese Aufgabe:

- (1) Verkündigungsseelsorge (Verkündigung als Sendung)
- (2) Pastoralpsychologisch geschulte Gespräche

Während der Projektarbeit trat zutage, dass im Kontext der Hochleistungsmedizin aber viele Fragen dieses Dienstes offen und ungeklärt sind:

Wie verhält sich der Seelsorgeauftrag zu den Aufgaben von Ärzten und Pflegenden?

Wieweit ist Seelsorge in die klinische Arbeit integriert?

Wo sollen Schwerpunkte des Handelns liegen?

Welche Rahmenbedingungen behindern oder fördern die Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegenden und Mitarbeitern anderer therapeutischer Berufe?

Was bedeutet die Krise der Medizin, die sich im modernen Krankenhaus spiegelt und oft verborgen das Verhalten der einzelnen und Gruppen beeinflusst, für das Wahrnehmen des biblischen Auftrags?

Diese Fragen gehen über die Probleme der Individualseelsorge unter Kranken weit hinaus.

4.2. Krankenhausseelsorge nach der Selbstdarstellung im Projekt

Im Projekt beteiligte Seelsorger gaben eine *Beschreibung ihrer Situation*, die einige der gravierenden Probleme benennt.

„Dass heute überwiegend von Kranken*haus*seelsorge und nicht mehr von Krankenseelsorge gesprochen wird, zeigt einen Wandel im Verständnis dieses Aufgabengebietes an. Diesem liegt die Einsicht zugrunde, dass Seelsorge im Krankenhaus den besonderen Bedingungen des Krankenhauses unterliegt oder durch sie mitbestimmt wird. Krankenhausseelsorger haben sich dem durch diagnostische, therapeutische und betriebliche Vorgänge festgelegten Tageslauf anzupassen, sie sind angewiesen auf Kontakt und Austausch mit den an der Therapie beteiligten Mitarbeitern des Krankenhauses; sie treffen in den Patienten Menschen an, die ihrer gewohnten Umgebung entnommen sind (unter Schmerzen oder der Ungewissheit schwerer Erkrankung leidend), nun abhängig von den verordneten Maßnahmen, von medizinischer Kunst und pflegerischer Zuwendung. Eine Reihe von Problemen müssen erkannt und durchdacht werden, damit die seelsorgerlichen Bemühungen nicht ins Leere gehen. ...

Zunächst die *kurze Verweildauer der Patienten* in Akutkrankenhäusern; bei der hohen Zahl zugewiesener Betten können Seelsorger, gleichgültig, ob sie ‚flächendeckend‘ oder ‚selektiv‘ arbeiten, höchstens ein Viertel bis ein Drittel der Patienten besuchen. ... Immer wieder werden aber von außen Anfragen an die Präsenz von Klinikseelsorgern gestellt, wobei Präsenz von Klinikseelsorgern häufig gedankenlos verstanden wird als ‚überall und immer verfügbar sein‘. Auch wir selbst stellen uns die Frage: Muss Präsenz nicht eher verstanden werden als eine mentale Konzentration, die einzelnen Kranken ein hohes Maß an Zuwendung und Nähe gibt, aber in der Zahl der Besuche bescheidener ist? ...

Die neue Aufgabe, die dem Krankenhaus durch *zunehmend mehr sehr alte, chronisch Kranke und sterbende Patienten* erwächst, aber noch nicht begriffen ist, betrifft die Arbeit der Seelsorger in besonderer Weise: Begleitung ist hier notwendig, die viel Zeit kostet, wie sie Ärzte und Schwestern nicht aufbringen können. ...

Zeitintensiv sind Gespräche mit *onkologischen Patienten*, auch mit *Patienten nach überstandem Herzinfarkt* sowie mit Langzeitpatienten. Da das Therapiekonzept diesen Patienten nicht die nötige Zuwendung gibt, geht es in der Begleitung um Fragen nach Identitäts- und Lebenskrisen, die viel Behutsamkeit und Geduld erfordern. ...

Eine Schwierigkeit bedeutet es, dass *die Erwartungen der Patienten an die Krankenhauseelsorge* eher diffus sind. Man kann höchstens von einer latenten Erwartungshaltung sprechen. Wurde solche Erwartung enttäuscht, äußern dies Patienten verständlicherweise kritisch. Nach der Erfahrung evangelischer und katholischer Klinikpfarrer suchen Patienten heute sehr selten, die mit ihrer Krankheit verbundene Krise ihres Lebens mit Hilfe des christlichen Glaubens zu verstehen. Oft ist es Aufgabe der Seelsorger, hinter den Äußerungen zur derzeitigen Situation die tieferen religiösen Fragen zu entdecken, dabei aber auch in den Ausdruckformen des Gesprächs die gewünschte Distanz zu respektieren. In konfessionell geprägten Krankenhäusern mag die Erwartungshaltung stärker sichtbar sein. ...

In der Regel sind Seelsorger und Seelsorgerinnen im Krankenhaus *Außenstehende*, nicht wie andere Berufsgruppen in ein Team eingebunden. In Ausnahmen nehmen sie an Stationskonferenzen teil; in kirchlichen Häusern gehören sie oft Leitungsgremien an. ... Als ‚Außensteiter‘ können sie weitgehend unabhängig von der hierarchischen Struktur des Krankenhauses arbeiten und sind im Erkennen von Defiziten freier als andere Mitarbeiter. Gerade deshalb entsteht für sie aber das Problem, dass sie häufig im Klinikbetrieb als störend empfunden werden und dass die Entlastung, die ihre Arbeit für die im therapeutischen Prozess Tätigen darstellt bzw. darstellen könnte, nicht deutlich wird.“ (Aus: Patienten-Orientierung, S.291-295)

4.3. Die Arbeitssituation der SeelsorgerInnen nach den Projektergebnissen

Der Handlungsspielraum, der Krankenhauseelsorgern seitens der Kirche gegeben ist, wird durch die Regeln und Arbeitsabläufe des modernen Krankenhausbetriebes stark eingeschränkt. Patienten-Besuche sind nur dann gestattet und hilfreich, wenn die täglichen Erfordernisse der klinischen Arbeit dadurch nicht gestört werden. Die eigentümliche Spannung zwischen Freiheit in der Arbeitsgestaltung und Abhängigkeit von den klinischen Arbeitsstrukturen, zwischen der Nähe zum Krankenhausgeschehen und der Distanz zur Institution Krankenhaus und deren Aufgabenstellung, wird zunächst deutlich an *Ort, Zeit und Arbeitsweisen der Seelsorge*.

Der *Arbeitsort* von Klinikseelsorgern und –seelsorgerinnen ist das Krankenhaus, genauer: ihr Büro und Sprechzimmer und der Gottesdienst-Raum. Daneben sind es in den verschiedenen medizinischen Abteilungen die vielen wechselnden Patienten-Zimmer, Räume für Gruppengespräche mit Patienten sind bislang nur selten vorhanden. Für Gespräche mit Ärzten oder Pflegenden ist es jeweils der Ort, wo sie diesen begegnen (Schwestern-Zimmer, Cafeteria, auf den Fluren u.a.), d.h. wo sich Kontakte leicht herstellen lassen.

Die *Arbeitszeit* ist nicht synchron mit Krankenhausdienstzeiten festgelegt. Die Einteilung der Dienstzeit ist ihnen weitgehend überlassen. In der Regel bestehen neben festen Büro- und Sprechzeiten aber genaue Absprachen mit dem Klinikpersonal (Ärzten, Pflegenden), wie sie auch außerhalb ihrer eigenen Dienstzeit (z.B. nachts) erreichbar sind.

Die *Arbeitsweise* der Krankenhauseelsorger und –seelsorgerinnen ist, abgesehen von Gottesdienst und sakramentalem Handeln, ganz auf Wort und Gespräch mit dem Kranken kon-

zentriert – im Unterschied zu Ärzten und Pflegenden, die den Patienten durch Handreichungen, Erfrischungen, Medikamente usw. Erleichterung in ihren Leiden verschaffen können. Die Ausrichtung der Seelsorge auf Heilung in weitestem Sinn hat heute der Frage nach eigenen Gebärden für die Spendung von Zeichen für Kranke (Krankensegnung; Krankensalbung) neues Gewicht gegeben.

Arbeitsort, Arbeitszeit und Arbeitsweise verdeutlichen also die *Distanz* der Seelsorger zur Krankenhausarbeit (oft charakterisiert mit dem Begriff „Fremdkörper im Medizinbetrieb“). Diese Tatsache erschwert ihre Mitarbeit im Krankenhaus. Sie gibt ihnen andererseits aber die notwendigen Freiräume, um auf unterschiedliche Bedürfnisse und Nöte von Patienten und ihren Angehörigen eingehen zu können. Angebote für problemorientierte Gruppengespräche mit Krankenhausmitarbeitern liegen außerhalb der Dienstzeit der Ärzte und Schwestern und sind daher nicht leicht zu realisieren.

Schlüsselprobleme ihres Dienstes

In der Krankenhauseelsorge geht es *inhaltlich* vorwiegend um drei komplexe Probleme:

- (1) Klinikpfarrer begegnen *unterschiedlichen, divergierenden Krankheitsverständnissen* – bei Ärzten verschiedener Disziplinen, bei Pflegenden und anderen Therapeuten. Das erschwert ihre Gespräche mit Patienten und mit Ärzten.

In der Debatte um „Humanität im Krankenhaus“ forderte 1972 ein leitender Chirurg bei einem Ärztekongress zu dieser Thematik: Um die Dominanz medizintechnischer Methoden zu überwinden, „muss der Mensch wieder in den Mittelpunkt aller Überlegungen gestellt werden und zwar zunächst der kranke Mensch ... Ihm muss zu seinem Recht verholfen werden – in seiner Eigenschaft als Geschöpf Gottes, als Mitmensch, als Leidender, als Sterbender und als einer, der über den Tod hinaus hoffen darf.“ (Zu dieser Debatte vgl. Patienten-Orientierung, S. 20-26)

Dieser ganzheitlichen Sicht des Menschen und der Krankheit begegnen Klinikpfarrer und –pfarrerinnen heute nur selten. Das mechanistische Verständnis von Krankheit der naturwissenschaftlichen Medizin prägt weithin die klinische Arbeit. Allgemein ist das Bewusstsein der Menschen heute zudem so stark von der Technik und ihren Leistungen bestimmt, dass Krankheit von Patienten häufig als „Panne“ beschrieben, ihre Behandlung als „Reparatur“ verstanden wird.

Durch solche Vorstellungen werden rätselhaftes Leiden, Schicksalhaftigkeit, Deutungsbedürftigkeit als Aspekte von Krankheit ausgegrenzt. Krankheit kann dann nicht als Grunderfahrung menschlichen Lebens angenommen und verarbeitet werden.

Es zeigt sich oft, dass Krankheiten zur Lösung eines sozialen Konflikts und damit zu entscheidender Besserung des Lebensgefühls beitragen können. Nach Viktor von Weizsäcker sind Krankheiten „Darstellungen des Lebenskampfes“; Therapie bedeutet somit, diesem eine andere Richtung zu geben. Das setzt aber voraus, dass das soziale Umfeld von Patienten einbezogen wird, das im naturwissenschaftlichen Ansatz abgeblendet ist.

- (2) In den Bemühungen um Heilung bzw. Rehabilitation der Patienten geht es um die schwierige Frage, wie mit ihnen ein gewandeltes *Verständnis von Gesundheit* gefunden werden kann.

In Erwartungen von Patienten, in Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber den Hilfsmitteln für Diagnose und Therapie zeigen sich *Lebensverständnisse* der modernen Welt. Gesundheit erscheint heute weithin als selbstverständliche Gegebenheit, auf die jeder Mensch ein Anrecht hat. Gesundheit und Krankheit werden als Gegensatz verstanden, nicht als relative Aspekte menschlichen Befindens. Gesundheit ist dann Abwesenheit von Störungen.

In der Begleitung der Patienten gilt es, verbreiteten Lebenskonzepten der Gesellschaft, die bis in die Medizin hinein einem illusionären Machbarkeitsmythos huldigen, mit Perspektiven zu begegnen, die Gesundheit als die Kraft erkennen lassen, mit Störungen zu leben. (Vgl. Karl Barth: Gesundheit ist die Kraft zum Menschsein.) Mit den Patienten sind sinnorientierte Formen zu suchen, mit Krankheit zu leben und Heilung zu verstehen als die Chance, den Wert der Lebenszeit neu zu entdecken.

- (3) Patienten erhoffen, dass man sie als Person in der Ganzheit ihrer Existenz sieht und behandelt. Die dazu erforderliche gute Kooperation der Ärzte, Pflegenden und anderen Therapeuten gelingt im technisierten Krankenhaus aber nicht selbstverständlich. Klinikseelsorger, die durch ihre Gespräche Einblick in das Lebensganze der Kranken erhalten, könnten das Bemühen, Patienten als Person zu begegnen, unterstützen. Sie erfahren immer wieder, dass Patienten sich anonymen Prozessen ausgesetzt fühlen, können von ihrer Position her aber Mängel der Kommunikation nicht zur Sprache bringen. (Die Schweigepflicht ermöglicht, manches vertraulich zu bedenken zu geben.)

Krankenhauspfarrer und –pfarrerinnen erleben dort, wo sie Patienten begleiten, die Probleme und Ambivalenz der medizinischen Errungenschaften. Sie suchen um der Patienten willen, kontinuierliche Kontakte zu den Ärzten zu knüpfen. Das wird schon durch die verschiedene Sprache und Denkweise hier und dort erschwert und gelingt meist nur nach langfristigen Bemühungen. Seelsorger lernen zwar, sich auf verschiedenen Sprachebenen zu bewegen. Es bleibt jedoch das Problem, wie sie ihre Beobachtungen sprachlich an Ärzte vermitteln können. In der Sprache der Naturwissenschaft, die exakt definiert und eingrenzt, gibt es keine Überschüsse der Sprachbedeutung, die auf andere Dimensionen des menschlichen Lebens verweisen. Daher ist es eine tägliche Aufgabe der Seelsorger, ihre Fremdheit im Krankenhaus auszuhalten.

Es gibt aber beachtenswerte Beispiele von einzelnen Krankenhäusern, auch in kommunaler Trägerschaft und von Abteilungen großer Kliniken, in denen eine Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern gelingt. (Vgl. Patienten-Orientierung u.a., S. 311-314). Sie sind meist abhängig von den beteiligten Personen. Die kritischen Anfragen der Ärzte und Pflegenden richten sich deutlich an Kirche und Theologie.

Unter dem Druck der Erwartungen von Patienten, belastet durch die hohe Zuweisung von Krankenhausbetten seitens der Kirchleitungen und durch die Anforderungen, die sie zumeist an sich selbst stellen, empfinden viele Krankenhauspfarrer und –pfarrerinnen deutlich die Lückenhaftigkeit ihres Tuns und leiden unter den Mängeln ihres Dienstes.

5. Fragen zur Krankenhauseelsorge, die die gesamtkirchliche Bewertung dieses Dienstes betreffen

Die Krankenhäuser, Universitätskliniken und die Vielzahl von Fachkliniken stellen quantitativ und qualitativ einen bedeutsamen Ausschnitt unserer Lebens- und Arbeitswelt dar. In einem spezifischen Ausschnitt begegnet die Kirche hier, wie eingangs vermerkt, der Dynamik wis-

senschaftlich-technischer Entwicklungen, die unsere Lebensbedingungen fortlaufend verändern. Dies Arbeitsfeld ist somit heute ein Bereich, der in besonderer Weise die Präsenz der Kirche erfordert – im Blick auf die Patienten, ihre Angehörigen und auf die im Krankenhaus Mitarbeitenden, vor allem Ärzte und Pflegende. In der Seelsorge, in Gottesdienst und Sakramentsausteilung, in mitmenschlicher Beratung und Begleitung handeln KrankenhauspfarrerInnen und andere in der Seelsorge Tätige als Beauftragte und Repräsentanten der Kirche. Ihre Erfahrungen geben Aufschluss über die sich ständig wandelnde Wirklichkeit unserer Gesellschaft, über sich wandelnde Fragen und Lebensprobleme der Menschen in der Gegenwart; sie sind daher unentbehrlich für die Verkündigung der Kirche.

Die (unvermeidliche) Aufgliederung kirchlicher Aufgaben in pfarramtlich-gemeindliche Dienste, Bildungsarbeit, Diakonie und Sonderbereiche der Seelsorge enthält angesichts der arbeitsteiligen Struktur der Gesellschaft die Gefahr, dass für die Glieder der Kirche Lebenszusammenhänge – hier zu Krankheit, Geburt, Sterben und Tod - auseinandergerissen werden, die nach christlichem Verständnis von Menschsein und Leben als Einheit zu verstehen sind. Darum ist immer wieder ein selbstkritisches Durchdenken der Arbeits- und Kommunikationsstrukturen notwendig.

Durch die Gespräche mit den Krankenhausesseelsorgern zeigte sich deutlich, dass die Probleme der einzelnen Kranken Fragen der Individualseelsorge transzendieren und eng mit den Problemen der Medizin und klinischer Arbeit verflochten sind. Auch diese Zusammenhänge verweisen auf die Notwendigkeit, dass die Kirche die Fragen und Belastungen der KrankenhauspfarrerInnen zur Kenntnis nimmt und im Blick auf ihren zentralen Auftrag gegenüber Kranken durchdenkt. Darum nennen wir im Folgenden einige Fragen, wie sie im Rahmen des Projektes geäußert wurde:

- (1) Nach biblisch-theologischem Verständnis leitet sich Krankenhausesseelsorge her aus dem Auftrag Jesu Christi, sich den Kranken und Schwachen in ihren Nöten zuzuwenden. Wie kann im Sinne dieses Auftrags die Distanz unserer Arbeit im Krankenhaus zu Leben und Arbeit der Kirchengemeinden überbrückt werden?

Von diesem gesamten Erfahrungsbereich ist das Leben der „Gesunden“ heute weitgehend abgeschirmt. Auch den Kirchengemeinden ist ferngerückt, wie Krankheit, Schwangerschaftskomplikationen und Geburt, wie Heilung, Sterben und Tod erfahren werden. Klinikseelsorger erfahren das Krankenhaus weithin als „Sonderwelt“. Sie begegnen dort jedoch täglich „der Welt, wie sie ist, nur in extremen Ereignissen“. Die verbreitete Vorstellung von der Machbarkeit aller Dinge spitzt sich hier vielfach zu; zugleich rücken Macht und Ohnmacht nah zueinander. Andererseits erfahren Seelsorger am Krankenbett oft in überraschender Weise die Umkehrung der gängigen Sicht von Starken und Schwachen: „Kranke sind nicht selten die Gebenden; wir sind es, die oft von ihnen Ermutigung empfangen.“ Die Erfahrung der Krankenhausesseelsorger und –seelsorgerinnen sollten aufgenommen und in das Leben von Kirche und Gemeinden eingebracht werden.

- (2) Wie gewinnen wir als Krankenhauspfarrer Kompetenz für das Gespräch und die Kooperation mit Ärzten?

Der durch die Projektarbeit gewonnene Einblick in die klinische Arbeit lässt vermuten, dass die hohen Anforderungen, denen KlinikseelsorgerInnen konfrontiert sind, bislang nur unzureichend bekannt sind. Daher stellt sich die Frage: Wie werden Klinikpfarrer ausgewählt, welche Kriterien sind bestimmend für die Entscheidung, sie in diese übergemeindliche Aufgabe zu entsenden? (Medizinische und organisationssoziologische Kenntnisse fehlen in Zusatzausbildungen.)

- (3) Wie bleiben wir aufmerksam, flexible Krankenhauspfarrer in diesem sich ständig wandelnden Arbeitsfeld?

Etwa zwei-vier Jahre sind nötig, bis Seelsorger in ihrer Arbeit im Krankenhausbetrieb sachkundig werden. Dieses Problem verweist darauf, dass die Stellung des Krankenhauseinsatzes im gesamten Berufsweg der Betroffenen zu durchdenken ist. Zu fragen bleibt auch: Wie oder wann sollten Krankenhauspfarrer aufhören in diesem Dienst?

- (4) Was kann von uns erwartet werden angesichts der Vielzahl von Patienten verschiedener Schweregrade der Erkrankung, verschiedener Lebensalter und sozialer Situationen in mehreren ganz verschiedenen medizinischen Abteilungen?

Die Realität des heutigen Krankenhauses erfordert es festzustellen, dass bei hohen Bettenzuweisungen zwar Krankenbesuche, aber nicht Seelsorge und Begleitung der Patienten erwartet werden können. Klinikpfarrer sind sehr belastet durch die Lücken, die sie selbst empfinden; denn sie werden wohl „selten gerufen, aber auch selten weggeschickt“. Die Kriterien für die Zuweisung von Arbeitsbereichen sind in Zusammenarbeit mit erfahrenen KlinikpfarrerInnen neu zu durchdenken.

- (5) Wie werden wir wahrnehmungsfähig für die Befindlichkeiten von Patienten angesichts von Pluralität medizinischer Krankheitsverständnisse? Wie kommen wir zu einem dialogfähigen Krankheitsverständnis der Theologie?

In der theologischen Ausbildung erhalten Pfarrer kaum Anregung, das „Leib-Sein“ und „Körper-Haben“ des Menschen zu reflektieren. Klinikpfarrer fragen, welche Faktoren in der Universitätstheologie das Verständnis der Leiblichkeit als Bedingung des Menschseins verdrängt haben. In der Bibel, im Alten wie im Neuen Testament, werden leibliche Erfahrungen im Zusammenhang mit Gotteserkenntnis in vielfältiger Weise reflektiert. Da viele Menschen heute zunehmend ihrem Körper gegenüber entfremdet sind, sollte Kranken-Seelsorge für die Leibseelsorge offen sein. Diese Fragen bedürfen sorgfältiger theologischer Reflexion.

- (6) Wie können wir die Probleme der sprachlichen Verständigung mit Ärzten abbauen oder überwinden?

Die Sprache ist das Instrument des seelsorgerlichen Dienstes. Seelsorger reden anders als von naturwissenschaftlichem Denken geprägte Ärzte. Das Studium der Bibel lehrt zu verstehen, dass Sprache verdichten, aber auch Hintergründiges transparent machen kann. Auch Mediziner kennen Probleme der Sprache – u.a. dass sie durch fremde Begriffe Anwesende (Patienten) ausschließen kann. Hier und dort sind Sprachbarrieren zu überwinden, um in der Verantwortung für Leidende und Sterbende zueinander zu finden.

- (7) Wie sollen wir in der Krankenseelsorge mit der neuen Errungenschaft der Medizin umgehen, dass die Diagnose einer ernsten Erkrankung heute schon gestellt werden kann, *bevor* bei den Patienten Krankheitssymptome wahrnehmbar sind?

Die apparative Diagnostik schafft durch ihre Leistungen völlig neue Situationen. Klinikpfarrer fragen sich, wie sie gegenüber den Patienten darauf eingehen sollen? Mehr und mehr gibt es Angebote der Medizin, bevor eine menschliche Not da ist. Es gibt bei Patienten hie und da Therapie-Verzicht; auf Diagnosen wird nicht verzichtet. Gibt es ein recht auf Nichtwissen? Wie kann vorzeitiges Wissen verkräftet werden? Kann

dazu befähigt werden, damit zu leben, bevor Therapiemöglichkeiten entfaltet sind? Dieses neue Problem verweist auf die Notwendigkeit kontinuierlicher wissenschaftlich-theologischer Arbeit mit Medizinern.

Diese Fragen spiegeln zum Teil die Überforderung, die es bedeutet, sich den Leidensäußerungen der Kranken auszusetzen, von Patienten, die sich – hin- und hergerissen zwischen den Möglichkeiten naturwissenschaftlicher Medizin und den Ängsten vor ihren Folgen – dem Medizinbetrieb ausgeliefert fühlen. Die Seelsorger nehmen dabei teil an den Ohnmacherfahrungen der Patienten, auch der Ärzte und Pflegenden. Sie können lernen, gerade diese Situation als Chance der Begegnung zu begreifen. Häufig gelingt es dann, dass die Kranken *besuche* zu einem *Begleiten* werden, wodurch der Seelsorger oder die Seelsorgerin zu Partnern der Patienten, ihrer Angehörigen, der Ärzte und Pflegenden werden.

Die Spannungen und offenen Fragen in der Begleitung von Patienten wie der Behandelnden mitzutragen, ist im Sinne von Gal 6,2 eine zentrale Aufgabe der Seelsorge, der sie nicht ausweichen. Bezüglich ihrer Wahrnehmungen am Krankenbett und ihrer Einblicke in die klinische Arbeit sind die KrankenhauspfarrerInnen jedoch überzeugt, dass die Kirche sich eines wesentlichen Erfahrungsschatzes begibt, wenn sie diese besondere Seelsorgeaufgabe nicht voll zur Kenntnis nähme und deren Erfahrungen nicht für das Leben der Kirche und der Gemeinden reflektierte.

6. Empfehlungen aufgrund der Projektergebnisse

Das interdisziplinäre Forschungsprojekt der FES hat den Beteiligten ermöglicht, das komplexe Krankenhauseschehen besser zu verstehen. Wir haben Belastungen von Ärzten, Pflegenden und von Seelsorgern ebenso wie Nöte von Patienten in den Blick bekommen, die vor diesen Untersuchungen nicht bekannt oder nicht deutlich zu beschreiben waren. Mängel der auf die Patienten bezogenen Leistungen bestätigen nicht nur die Notwendigkeit von Krankenhausseelsorge. Vielmehr verweisen die Projektergebnisse darauf, dass diese Aufgabe heute aus den oben genannten Gründen besonderer Aufmerksamkeit und Förderung bedarf. Darum sprechen wir vier Empfehlungen aus:

- (1) Angesichts der hohen Zahlen von Patienten, denen Krankenhausseelsorger zugeordnet sind, sollte zugunsten der Kranken eine *Schwerpunktbildung* je im Verantwortungsbereich angeregt bzw. dazu ermutigt werden (statt „flächendeckender“ Arbeitsweise; Stelleneinsparungen würden die Probleme verschärfen).

Zugleich sollten die Konvente der Krankenhausseelsorger um Vorschläge gebeten werden, auf welche Weise die Klinikpfarrer mit den dann „nicht versorgten“ Patienten dennoch verbunden bleiben. Dazu sollten Erfahrungen mit ehrenamtlichen SeelsorgehelferInnen ausgewertet und vorhandene, von Klinikseelsorgern aufgebaute Besuchsdienste weiter entwickelt und gefördert werden.

- (2) Um unter den veränderten Bedingungen klinischer Arbeit für qualifizierte Seelsorge gezielt Erfahrungen sammeln und auswerten zu können, sollten die Gliedkirchen einige *Erprobungsmodelle* fördern. Zum Beispiel sind die folgenden Aufgabenstellungen zu empfehlen, die aber mit den Konventen der Klinikpfarrer beraten und durch sie ergänzt werden sollten:
 - Zuordnung eines Klinikpfarrers zu ein oder zwei Intensivstationen und den jeweils entsprechenden Stationen zur Weiterbehandlung, besonders im Blick:
 - a) auf den Umgang mit Bewusstlosen und mit Patienten, die unter traumatischen Nachwirkungen schwerer chirurgischer Eingriffe leiden, sowie

- b) auf die Begleitung von Patienten in ihren krankheitsbedingten lebensgeschichtlichen Übergängen.
- Zuordnung eines Krankenhauspfarrers bzw. einer –pfarrerin auf Zeit zu *einer* größeren Station, ihren Ärzten und Pflegenden im Blick auf die Frage, wie eine bessere Akzeptanz und Integration der Seelsorge im therapeutischen Prozess von beiden Seiten her entwickelt werden kann.
 - Verstärkung und bessere Ausstattung *eines* Klinikpfarramtes in einem großen kommunalen/staatlichen Krankenhaus, um die Erfordernisse einer der veränderten Krankenhaussituation entsprechenden Seelsorgearbeit genauer zu erkunden.
 - Freistellung eines Klinikseelsorgers für die Anstellung bei einem daran interessierten Träger, um unter anderen rechtlichen Bedingungen Wege vertiefter Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegenden zu erproben. (Vgl. dazu das Modell der Neurologischen Universitätsklinik in Berlin, u.a. S. 311-315)
- (3) In einigen größeren *Krankenhäusern kirchlicher Trägerschaft* empfehlen wir den Landeskirchen dringend, wegen des Pflegenotstands folgende Erprobungsmodelle in Gang zu bringen:
- Freistellung eines Klinikpfarrers bzw. –pfarrerin ausschließlich zur Begleitung der Pflegenden, um deren Arbeitssituation und Probleme genauer kennenzulernen und mit ihnen Wege zur Bewältigung schwerer Erfahrungen im nahen Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden zu entwickeln (dies nicht als Supervision verstanden, da Supervision nur *ein* wichtiger Beitrag zur Minderung des Pflegenotstands ist).
 - Die Erfahrungen eines Seelsorgers, der *nicht* zugleich Leitungsfunktionen wahrnimmt, sind im Verlauf eines Jahres zu bündeln und auszuwerten – im Blick auf die dort geführten medizinischen Abteilungen und deren Probleme. Welche Erfahrungen müssen von der Krankenhausleitung bedacht werden? Welche Erfahrungen sollten im Diakonischen Werk beachtet werden?
- (4) Die landeskirchlichen *Konvente der Krankenhauspfarrer* sollten angeregt werden, ihre vielschichtigen Erfahrungen zu sichten und daraufhin zu prüfen, welche Fragen sich daraus an die Theologie ergeben. In dieser Bemühung sollten sie gefördert werden mit der Absicht, mit Hilfe ihrer beruflichen Kompetenz Lücken in der Pfarrer-Ausbildung zu klären und Vorschläge für die theologische Fortbildung zu erarbeiten. Dabei sollten auch Wege zum Dialog zwischen Ärzten und Theologen bedacht werden.
- (5) Um die Aufgaben der Krankenhauseelsorge stärker in das gesamtkirchliche Handeln zu integrieren, empfehlen wir, den *Jahresberichten der KrankenhauspfarrerInnen und der Konvente* sowie den *Visitationsberichten von Klinikpfarrämtern* vermehrt Aufmerksamkeit zuzuwenden. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob diese Aufgabe der Kirche auf den synodalen Ebenen auch vertreten ist.

Im Band „Patienten-Orientierung als Aufgabe“ wird von einigen wichtigen Neuansätzen der Krankenhauseelsorge berichtet, die einzelnen Landeskirchen auf Initiativen von Krankenhausmitarbeitern ermöglicht haben (Kapitel C. 1 Schwangerschaft und Geburt in klinischer Erfahrung: die Begleitung von Müttern/Eltern geschädigter, verfrüht geborener und totgeborener Kinder sowie bei Mehrlingsgeburten; Kapitel B. 2 und C. 4 integrierte Seelsorge: Neurologisches Klinikum Berlin; Kapitel C. 4 Sterben und Tod im Krankenhaus: verschiedene Beispiele; Kapitel C. 3 Seelsorge in der Kinderklinik).

Diese Neuansätze der Krankenhauseelsorge sind ermutigende Beispiele dafür, wie die Kirche im Arbeitsfeld Krankenhaus ihre Präsenz und Mitverantwortung auch angesichts neuer Probleme wahrnehmen kann. Obwohl es diese Neuansätze bisher nur stellenweise gibt, soll-

ten die EKD und ihre Gliedkirchen sie zur Kenntnis nehmen und nach Möglichkeit auch an anderen Orten fördern.

In der Zusammenfassung der Ergebnisse im Kapitel D. 3 Entlastet kirchliche Trägerschaft? Werden Beiträge von Klinikseelsorgern im Forschungsprozess hervorgehoben: u.a. ihre Kritik am Umgang mit der Zeit in der Klinik mit dem Verweis auf die qualitativ andere Zeiterfahrung von Patienten. Diese Beiträge lassen beispielhaft die Chancen und die Bedeutung dieses kirchlichen Dienstes im Krankenhaus für den therapeutischen Prozess erkennen.

Die Kirche musste seit je lernen, Kranke als Botschafter wichtiger Erfahrungen, von Leiden und Sterben zu entdecken und in ihr Leben hineinzunehmen. Heute ist dieses Lernen weitgehend daran gebunden, dass die Kirche Wege findet, von der Lebenssituation und den Arbeitserfahrungen ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Krankenhaus zu lernen.

Heidelberg, im November 1991

Prof. Dr. Heinz Wismann
Leiter der Forschungsstätte der Evang. Studiengemeinschaft

Dr. Gerta Scharffenorth
Prof. Dr. A.M.Klaus Müller
Projektleitung

-