

POSITIONSPAPIER DER KRANKENHAUSSEELSORGE IN BAYERN 2007

beschlossen von der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für evangelische
Krankenhausseelsorge am 16.10.2007 in Pappenheim

Die Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für evangelische Krankenhausseelsorge in Bayern beschloss auf ihrer Jahrestagung am 16. Oktober 2007 in Pappenheim ein

“Positionspapier der Krankenhausseelsorge in Bayern 2007“:

Darin wird die Situation des wachsenden Kosten- und Konkurrenzdrucks der Krankenhäuser durch das neue DRG-System beschrieben. Angesichts steigender Patientenzahl und schwerwiegenderer Krankheitsbilder stößt Klinikseelsorge in Akutkrankenhaus, Rehabilitation, Psychiatrie und Kinderklinik an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit.

Gleichzeitig wird Klinikseelsorge in diesem gesellschaftlichen Brennpunkt verstärkt von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden als Gesprächspartner mit psychologischer und spiritueller Kompetenz in Anspruch genommen und von den Krankenhausträgern als Partner z.B. für Fragen der Ethik geschätzt.

Das Positionspapier mündet auf den letzten beiden Seiten in eine Reihe von konkreten und kritischen Anfragen an Kirche und kirchenleitende Organe.

<u>Vorwort:</u>	3
<u>1. Grundlegende Wesensmerkmale der Krankenhausseelsorge in Bayern</u>	3
<u>1.1. Der Grund der Seelsorge</u>	3
<u>1.2. Seelsorge geht zu den Menschen</u>	4
<u>1.3. Krankenhausseelsorge geht zu den Mitarbeitenden</u>	4
<u>1.4. Seelsorge eröffnet Raum für Spiritualität</u>	5
<u>1.5. Mitarbeitende in der Krankenhausseelsorge</u>	5
<u>2. Die Realität 2007 am Beispiel eines Akutkrankenhauses</u>	6
<u>3. Klinikseelsorge reagiert auf die Realität</u>	7
<u>3.1. Akutkrankenhaus</u>	7
<u>3.2. Rehabilitation</u>	8
<u>3.3. Psychiatrie</u>	10
<u>3.4. Kinderklinik</u>	12
<u>4. Die Grenzen des Möglichen sind erreicht</u>	13
<u>4.1. Erreichbarkeit:</u>	13
<u>4.2. Anbindung an Parochie und Dekanat</u>	13
<u>4.3. Spezialisierung</u>	13
<u>4.4. Präsenz</u>	14
<u>5. Fragen und Forderungen</u>	15

Vorwort

Krankenhausseelsorge hat in der kirchlichen Landschaft einen guten Ruf und einen guten Stand. Wenn wir aktuell einen Blick auf die Institutionen Krankenhaus, Kinderkrankenhaus, Reha und Psychiatrie werfen, sehen wir, wie sich eine Schere öffnet zwischen den neuen Möglichkeiten für die Seelsorge einerseits und den faktisch begrenzten Möglichkeiten der Seelsorgerinnen und Seelsorger andererseits. Begrenzt durch die enge Stellensituation und mitgerissen durch die rasanten Veränderungen im Gesundheitswesen behauptet die Krankenhausseelsorge ihre Stellung, gewinnt ganz neuen Einfluss im Kleinen wie im Großen und ist Kirche bei den Menschen.

Mitten in diesen Veränderungen wollen wir uns und unserer Kirche Rechenschaft darüber ablegen, wo wir stehen, welche Entwicklungen wir wahrnehmen und welche Fragen sich für uns daraus ergeben. Wir wollen damit das Gespräch eröffnen über Strukturen und Konzeptionen, die angesichts der Spannung zwischen Möglichkeiten und Grenzen zu verändern sind.

Im **1. Punkt** geben wir die seit Jahrzehnten bewährten Methoden und Grundeinstellungen von Krankenhausseelsorge wieder, die nach wie vor gültig sind.

In einem **2. Punkt** nehmen wir am Beispiel Akutkrankenhaus die tiefgreifenden Veränderungen der Situation der verschiedenen Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen unter dem enormen Druck durch fallbezogene Abrechnungspauschalen (DRG) und durch die Auswirkungen der Gesundheitsreformen der letzten 10 Jahre in den Blick.

Im **3. Punkt** stellen wir die Folgen dieser Entwicklung für die Krankenhausseelsorge und deren Reaktion in ihren verschiedenen Arbeitsbereichen dar.

Im **4. Punkt** zeigen wir die belastendsten Punkte auf, die Un-Möglichkeiten und Grenzen von Seelsorge in der augenblicklichen Situation.

Im **5. Punkt** wollen wir unsere Darstellung der Situation münden lassen in eine Reihe von Anfragen und Forderungen an die Kirchenleitung.

1. Grundlegende Wesensmerkmale der Krankenhausseelsorge in Bayern

„Mit der Krankenhausseelsorge ist die Kirche da, wo Menschen sie in besonderer Weise brauchen. An wenig anderen Stellen kommen evangelische Seelsorgerinnen und Seelsorger Menschen in ihren Sorgen und Fragen, ihren Ängsten und Hoffnungen so nahe wie bei einem stationären Klinikaufenthalt.“ (Bischof Huber in seinem Vorwort zu „Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge“ der EKD, 2004)

Die Arbeitsweise der Krankenhausseelsorge in Bayern wird in der Krankenhausseelsorgeordnung (RS 938 in der gültigen Fassung von Aug. 2001) ausführlich beschrieben. Im Einzelnen sei ausdrücklich hervorgehoben:

1.1. Der Grund der Seelsorge

Die Klinikseelsorge wird getragen von dem Gedanken, dass die gesamte Gemeinde aufgerufen ist, Kranke zu besuchen und ihnen die Zusage Gottes "Ich- bin- da" zu vermitteln und zuzusprechen. Sie folgen damit dem Auftrag Jesu, die Kranken zu besuchen und ihm in ihnen zu begegnen, wenn er sagt: "Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht", und "Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern (und Schwestern), das habt ihr mir getan." (Matth. 25, 36+40)

<p>ICH BIN KRANK GEWESEN UND IHR HABT MICH BESUCHT</p>

1.2. Seelsorge geht zu den Menschen

Seelsorgerinnen und Seelsorger sind vor Ort, d.h. sie gehen auf die Stationen, wo Patienten sind, um diese zu erreichen. Damit entspricht Krankenhausseelsorge nicht nur ihrem Auftrag, sondern auch der Erwartung der Kirchenmitglieder. Dass Kirche „etwas für Arme, Alte und Kranke tut“, ist einer der wichtigsten Mitgliedschaftsgründe (vgl. die EKD-Erhebung über Kirchenmitgliedschaft „Kirche in der Vielfalt der Lebensbezüge“, hg. Huber/Friedrich/Steinacker).

Krankenhausseelsorge geht zu den Menschen in ihrer Not, in ihren Krisensituationen, dort, wo die Angehörigen oft selbst Hilfe brauchen und die Möglichkeiten der Medizin an ihre Grenzen gelangen.

Seelsorge hilft, die Gedanken und Gefühle zu ordnen, wenn lebenswichtige Entscheidungen zu treffen und wenn der Weg nach einer durchstandenen Krise zu gehen ist.

Durch ihre zuverlässige Präsenz ist sie auch da oder wird gerufen, wenn Menschen sterben und Angehörige Abschied nehmen.

**ICH BIN IN DER KIRCHE, WEIL
SIE ETWAS FÜR ARME, ALTE
UND KRANKE TUT**

Dabei begegnen die Seelsorgerinnen und Seelsorger evangelischen Christen, die zur Kerngemeinde gehören und sich freuen, dass Kirche auch hier zu ihnen kommt.

Sie begegnen aber auch evangelischen Christen, die Erfahrungen von Ablehnung durch die Kirche gemacht haben, bzw. vielen Menschen, die nicht mehr der evangelischen Kirche angehören oder ihr fern stehen, obwohl sie nicht ausgetreten sind.

Sie begegnen im Krankenhaus auch vielen Menschen ohne Konfession und Menschen anderen Glaubens, die zur Kirche sonst keinen Kontakt suchen würden, aber gerade jetzt gesprächsbereit sind und das Angebot der Seelsorge für sich nutzen.

Wo evangelische Seelsorge innerhalb eines ökumenischen Teams mit der katholischen Seelsorge eng zusammenarbeitet, begegnen Seelsorgerinnen und Seelsorger auf ihren Stationen vermehrt auch katholischen Christen, die ihrer Kirche ebenfalls nah oder fern stehen. Erfahrungsgemäß wird der ökumenische Ansatz von den Patientinnen und Patienten (von den Krankenhäusern sowieso) erwartet und begrüßt.

Ein hilfreicher Kontakt mit dem Seelsorger bzw. der Seelsorgerin der Kirche in einer persönlichen Krisenzeit ist für viele Menschen ein Schritt, bisherige Erfahrungen mit Kirche zu überdenken und neue Erfahrungen zu machen.

1.3. Krankenhausseelsorge geht zu den Mitarbeitenden

Es ist eine bewährte und unbestrittene Erkenntnis, dass Krankenhausseelsorge im Unterschied zur Krankenseelsorge auch die Institution im Blick hat, seien dies Akutkrankenhäuser, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen.

Die Mitarbeitenden im Krankenhaus sind Menschen, denen Seelsorge gut tut. Manche der Mitarbeitenden stehen der Kirche kritisch und ablehnend gegenüber oder begegnen Kirche erstmalig in der Gestalt der Krankenhausseelsorge. Bedeutung und Chancen solcher Begegnungen sind hoch einzuschätzen.

Zudem sind die Mitarbeitenden auch Multiplikatoren. Wenn sie von den Angeboten der Krankenhausseelsorge wissen und erfahren haben, wie sie arbeitet, bieten sie diese auch den Patienten an oder weisen uns auf Patientinnen und Patienten hin, denen Seelsorge hilfreich wäre.

Krankenhausseelsorge gehört so als Gegenüber auch zur Institution, ist Kollege oder Kollegin, unterstützt die therapeutischen Ziele und leistet auch selbst einen therapeutischen Beitrag. In vielen Häusern gehört sie zum Alltag und ordentlichen Ablauf dazu. Sie ist „Kirche im Krankenhaus“ mit den dazugehörigen spirituellen Angeboten. Als Fachleute übernehmen Seelsorger und Seelsorgerinnen aber auch Lehrtätigkeiten im Rahmen der Aus- und Fortbildung im pflegerischen, medizinischen und ethischen Bereich.

Zuletzt darf auch nicht vergessen werden, dass viele in diesen Institutionen Mitarbeitende und für Gesundheitspolitik und Verwaltung Verantwortliche (nicht nur auf der Ebene der Chefärzte) in Vereinen und Verbänden, Parteien und Organisationen engagiert sind und öffentliche Meinung direkt und indirekt mit prägen, auch das Bild der Öffentlichkeit von Kirche.

<p>MITARBEITENDE SIND MULTIPLIKATOREN</p>
--

1.4. Seelsorge eröffnet Raum für Spiritualität

Krankenhauseelsorge steht im Kontext dessen, was durch Medizin, Pflege und Psychologie für die Menschen getan wird, auch für die spirituelle Dimension von Heil und Heilung. Durch seelsorgerliche Gespräche, durch das Angebot von Stille und Gottesdienst, durch Sakrament und Segen kommen Menschen in Berührung mit Gott als tragenden Grund allen Seins.

Die Präsenz der Seelsorge gerade in der Krisensituation von Krankheit ist eine besondere Chance der Neu- oder Wiederbegegnung mit dem Glauben. Die Seelsorge im Krankenhaus eröffnet Räume und Möglichkeiten für Menschen, dass Lebensthemen zu Wort kommen und im Licht der Verheißungen Gottes angeschaut, benannt und ausgehalten werden und ein neuer Umgang mit ihnen versucht werden kann.

In den oft von Machbarkeitssehnsüchten beherrschten Systemen Krankenhaus und Gesundheitswesen und angesichts der verbreiteten Erwartungshaltung nach Unversehrtheit bringt Seelsorge die Perspektive eines integrierten Menschenbildes ein, in dem Leben und Sterben, Gesundheit und Krankheit nicht aufgespalten, sondern zusammen gesehen werden.

Die vertrauten und bewährten Rituale, die wir anbieten, bringen die Nähe und den Zuspruch Gottes heilsam zum Ausdruck und schaffen spirituelle Räume mitten in einem oft von Technik geprägten Umfeld, z.B. einer Intensivstation.

Immer wieder erfordert die Situation es auch, neue Rituale zu entwickeln, die auf aktuelle homiletische Herausforderungen antworten (in der Psychosomatik z.B. Rituale im Zusammenhang von Versöhnung und Vergebung, in der Frauenklinik z.B. die Begleitung von Eltern von zu früh geborenen und manchmal schon im Mutterleib oder kurz nach der Geburt verstorbenen Kindern durch Namensgebungs- und Segensrituale).

1.5. Mitarbeitende in der Krankenhauseelsorge

Wie in der Krankenhauseelsorgeordnung aufgeführt, entspricht dem gesamtkirchlichen Auftrag und Wesen der Krankenhauseelsorge eine Vielfalt der Mitarbeiterschaft (KSO 2). Neben Pfarrerinnen und Pfarrern bringen auch theologisch-pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Lebens- und Glaubenserfahrung sowie ihre professionelle Kompetenz in die Seelsorgearbeit ein.

Um den umfassenden persönlichen und fachlichen Herausforderungen in den Bereichen Krankenhaus-, Reha-, Psychiatrie- oder Kinderseelsorge begegnen zu können, ist eine spezifische pastoralpsychologisch orientierte Qualifizierung und kontinuierliche Fortbildung, wie sie in der Krankenhauseelsorgeordnung (KSO 3) näher ausgeführt ist, für alle Mitarbeitenden in diesem Bereich unerlässlich.

Der Gewinnung, Aus- und Weiterbildung von Ehrenamtlichen (KSO 5) kommt zudem in der Seelsorge ein immer größeres Gewicht zu, um der wachsenden Zahl von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und den zunehmend schwereren Krankheitsbildern in der Rehabilitation begegnen zu können. Die Ausbildung von Ehrenamtlichen in der Seelsorge orientiert sich wie die Ausbildung der Hauptamtlichen an den Standards der KSA (und vergleichbaren Standards).

Sie beinhaltet Persönlichkeitsbildung, Wahrnehmungsschulung, Besinnung auf die Ressourcen des Glaubens, u.a.. In der Krankenhauseelsorge arbeiten so häufig engagierte Gemeindeglieder (aus Kirchenvorstand, Frauenarbeit etc.) mit und entwickeln dort kommunikative Kernkompetenzen, z.B. im Umgang mit Krisen oder Konflikten, die sie bei all ihrem kirchlichen Engagement in spezifischer Weise qualifizieren. Zudem ist die

Möglichkeit der ehrenamtlichen Mitarbeit in der Klinikseelsorge ansprechend für Menschen, die sich neu engagieren wollen und die gerade die Qualifizierung reizt, die für diesen Dienst gefordert und angeboten ist. Die Krankenhauseelsorge leistet so einen wichtigen Beitrag zum Ehrenamt.

2. Die Realität 2007 am Beispiel eines Akutkrankenhauses

Seit dem Jahr 2003/2004 ist in den Krankenhäusern ein anderes Abrechnungssystem eingeführt, das der sog. DRGs (diagnostic related groups, Fallpauschalen).

Diese veränderte Abrechnung wirkt sich direkt im Krankenhausalltag aus und stellt an alle Mitarbeitenden im Krankenhaus, aber auch an die Patientinnen und Patienten höchste Anforderungen.

Es kommt zu einer weiteren dramatischen **Verringerung der Liegezeiten** (im Klinikum Nürnberg z.B. innerhalb von 10 Jahren von 12 Tagen durchschnittlicher Liegedauer auf durchschnittlich 7 Tage).

Um dies möglich zu machen, ohne den Patienten kurze Zeit später wieder aufnehmen zu müssen (Dreh-türeffekt), muss die Zeit des Aufenthalts im Krankenhaus vom Organisationsablauf und der Behandlung her optimal sein. Dazu dienen standardisierte Handlungsabläufe, die im Qualitätsmanagement festgelegt und überprüfbar gemacht werden. Dazu gehört auch die baldige Planung der Weiterversorgung eines Patienten nach der Entlassung durch Verlegung in ein weiteres Krankenhaus, anschließende (ambulante oder stationäre) Reha, Kurzzeitpflege, Unterbringung in einem Hospiz, Sozialdienste und Diakoniestationen, die die häusliche Versorgung sicherstellen. Der Kontakt zu den Angehörigen wird dabei immer wichtiger.

Damit der Rahmen der Fallpauschalen möglichst optimal ausgeschöpft wird, ist der Arbeitsaufwand für Dokumentation und Abrechnung, der von den Pflegekräften und Ärzten geleistet werden muss, enorm gestiegen. Die Zeit, die dafür aufgewendet wird, geht direkt von der Patientenversorgung weg.

Der enorme **Konkurrenzdruck** zwischen den Krankenhäusern führt zu einem „Kliniksterben“ und vielen Aufkäufen von Krankenhäusern (vgl. dazu die Internetplattform <http://www.kliniksterben.de>). Neben privaten Krankenhausträgern, die expandieren, gibt es dabei inzwischen auch kommunale Kliniken, die andere Krankenhäuser zukaufen und durch ein Netz von Kooperationen mit selbständigen Kliniken ihr Überleben absichern.

Diese Entwicklung verursacht bei den Mitarbeitenden viele Existenzängste, Sorgen um den Arbeitsplatz und die Sicherung des Einkommens. Diese Ängste sind berechtigt. Es kommt teilweise sogar zu Kündigungen, die das Ziel haben, die gleichen Mitarbeitenden kurz darauf zu schlechteren Bedingungen wieder einzustellen.

Konkret heißt der steigende **Kostendruck** für die Arbeit in einem Akutkrankenhaus:

- Patienten kommen mit immer schwerwiegenderen Krankheitsbildern (die „gesünderen“ Patienten werden ja ambulant oder teilstationär behandelt).
- Sie kommen in immer schwierigeren Krisensituationen.
- Sie müssen wegen der sinkenden Verweildauer in immer kürzerer Zeit lebenswichtige Entscheidungen treffen und Weichen stellende Schritte der Krankheitsverarbeitung gehen.
- Aufgrund der kürzeren Liegezeiten werden die seelischen Probleme nicht kleiner, sondern sie verstärken sich.
- Da die Behandlung aufgrund des DRG-Drucks oft auf das medizinisch wichtigste beschränkt wird, ist für die Seele immer mehr ausschließlich die Seelsorge zuständig.

Durch die sinkende Liegezeit kommt es also nicht zu einer Verringerung der Patientenzahlen, sondern zu einer laufenden Zunahme der Anzahl der Menschen, die im Krankenhaus sind. Einer Größe von 2400 Betten entspricht dabei heute in einem Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe etwa die Zahl von 83.000 Menschen im Jahr, die stationär aufgenommen werden. Je nach der Lage eines Krankenhauses wird die Notaufnahme eines solchen Hauses von ca. 45.000 Patienten pro Jahr besucht, nicht dazugerechnet die große Zahl der sonstigen ambulanten Patienten. Die Zahlen sind am Beispiel des Klinikums Nürnberg genommen.

**BETTENABBAU = IMMER MEHR
MENSCHEN LIEGEN IMMER KRÄNKER
IN IMMER WENIGER BETTEN**

Bettenabbau bedeutet also, dass immer mehr Menschen immer kränker und „sterbender“ in immer weniger Betten liegen. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger besuchen aber keine Betten, sondern die Menschen, die darin liegen und ihre Angehörigen.

Die Krankenhauseelsorge ist in ihren Ressourcen ebenso wie das Krankenhaus begrenzt. Durch die „gerechte“ Verteilung der Kräfte auf ganz Bayern, die Hinzunahme neuer Arbeitsbereiche (Reha) und die „Deckelung“ der Stellen geschieht die notwendige Reaktion auf die Veränderungen in Krankenhaus und Reha in einer sehr schwierigen strukturellen wie personellen Situation.

WIR BESUCHEN KEINE BETTEN!

3. Klinikseelsorge reagiert auf die Realität

Die Krankenhauseelsorge in Bayern teilt sich in vier Bereiche auf:

- Allgemeine Krankenhauseelsorge
- Seelsorge in Fach- und Rehabilitationskliniken
- Seelsorge in der Psychiatrie
- Seelsorge in Kinderkrankenhäusern

3.1. Akutkrankenhaus

Kürzere Belegdauer im Krankenhaus bedeutet, dass die Krankenhauseelsorge immer öfter zu Menschen in Schocksituationen, in einer Phase, in der Kranke schwierigste Dinge verarbeiten müssen, gerufen wird: Seelsorge wird vermehrt als Krisenintervention in Anspruch genommen. Klinikseelsorge muss oft den äußeren Rahmen für Situationen schaffen, die menschlich gesehen unmöglich sind. Sie muss in Extremsituationen den Gefühlen von Patienten oder Hinterbliebenen Stand halten und ihnen die Möglichkeit des Ausdrucks verschaffen, ohne sich hinter Floskeln oder distanzierenden Diagnosen zu verstecken.

Mittlerweile sind in vielen Krankenhäusern Strukturen für ethische Themen und Ethikberatung vorhanden oder im Aufbau, in die die Klinikseelsorge vor Ort eingebunden ist. Der steigende Druck in den Krankenhäusern und die rasant fortschreitende medizinische Forschung schafft immer mehr ethisch höchst relevante Probleme (von der In-Vitro-Fertilisation und Spätabbrüchen am Anfang des Lebens bis zu ethischen Fragen im Zusammenhang mit Behandlungsbegrenzung und Behandlungsabbruch am Ende des Lebens). Die Klinikseelsorge arbeitet teilweise federführend in Ethikkomitees und Ethikzirkeln mit und leistet dabei einen wichtigen Beitrag, damit Menschen im Krankenhaus Würde und Wert behalten. Sie wird bei Ethikkonzilen und Ethikberatungen als Gesprächspartnerin für schwierigste ethische Entscheidungen angefragt und ist oft die einzige Institution im Krankenhaus, die ein Veto einlegen kann, wenn für eine Entscheidungsfindung mehr Zeit gebraucht wird.

Dass diese Entwicklung keineswegs neu ist, zeigt schon das Fazit der Fragebogenaktion der Koordinationsstelle Medizinethik (Traugott Roser) vom 3. Juli 2001.

Wenn Seelsorge in persönlichen und ethischen Extremsituationen nicht dort sein kann, wo Mitarbeitende im Klinikum, Patienten und Angehörige überfordert sind, und alle miteinander an Grenzen stoßen, werden die Beteiligten im Stich gelassen und stiehlt sich Kirche aus der gesellschaftlichen und menschlich-seelsorgerlichen Verantwortung. Mit dem Ziel der binnenkirchlichen Konzentration könnte sie gerade das Zentrum ihres Auftrags verfehlen. Kernaufgaben liegen auch außerhalb der Kerngemeinde!

**KERNAUFGABEN LIEGEN AUCH
AUßERHALB DER KERNGEMEINDE!**

3.2. Rehabilitation

Eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus hat zur Folge, dass Patientinnen und Patienten sehr früh und oft noch schwer krank in die Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Rehabilitation (in der Neurologie z.B. Früh-Reha) verlegt werden. So finden sich Menschen, die früher noch im Akutkrankenhaus versorgt worden wären, in Rehakliniken wieder, die vom Personalschlüssel oder von der Versorgung her keine Angleichung an die veränderte Situation erfahren haben. Der Tagessatz eines Bettes in der Rehabilitation liegt zwischen 120 und 150 € und ist damit im Vergleich zur früheren Versorgung im Akutkrankenhaus deutlich kostengünstiger (ein direkter Vergleich lässt sich heute aufgrund der krankheitsbezogenen Fallpauschalen nur schwer herstellen).

Eine weitere Folge der frühen Verlegungen in die Rehabilitation ist, dass Rehabilitationseinrichtungen, die früher eher Hotelcharakter hatten, von der Ausstattung her (z.B. Anschaffung von Krankenhausbetten) immer mehr Akutkrankenhäusern gleichen. In größeren Kliniken (z.B. Rhön AG) rücken Akutkrankenhaus und Rehaklinik immer näher zusammen, es gibt flexible Übergänge von der Akutstation zur Rehabilitationsstation. (Kleinere) Rehabilitationseinrichtungen sichern ihr Überleben, indem sie sich auf schwerere Krankheitsbilder spezialisieren, so z.B. Herz-AHB, Tumornachsorge, Neurologie, Orthopädie, Geriatrie, Palliativmedizin, Psychosomatik.

Die meisten Patienten und Patientinnen sind so immobil, dass sie die Kliniken nicht mehr verlassen können, z.B. um Gottesdienste oder kirchliche Veranstaltungen außerhalb der Rehabilitationseinrichtungen zu besuchen. Wie im Krankenhaus ist Kirche gefordert als „Kirche vor Ort“ in den Häusern präsent zu sein. Besonders intensiv stellt sich die Seelsorge in den neu entstandenen Abteilungen für Geriatrie dar, in denen die Patientinnen und Patienten meist multimorbid sind und es auch zu Sterbebegleitungen kommt. Die klassische kurative Rehabilitationsbehandlung erfährt eine Ergänzung durch eine palliative. Seelsorge in Rehabilitationseinrichtungen, die früher der Kur- und Urlauberseelsorge sehr nahe stand, unterscheidet sich nur noch in der Schwerpunktsetzung von der Krankenhausesseelsorge.

In der Rehabilitation geht es neben der akuten Krisenbewältigung, der Nacharbeitung des Schocks, um Krankheitsverarbeitung und erneute Identitätsfindung angesichts der erlebten Krise und Krankheit und den oft bleibenden Beeinträchtigungen und Behinderungen; damit einhergehend auch dem Verlust etwa der bisherigen Arbeit, des Wohnorts, evtl. des Partners etc. Häufig geht es in den Gesprächen mit Patientinnen und Patienten um grundlegende Lebens- und Glaubensfragen: Wie geht es weiter in meinem Leben nach dieser schweren Erkrankung? Wie kann ich mit den bleibenden Einschränkungen (z.B. nach einem Schlaganfall oder nach einer Amputation) leben? Was gibt mir Halt in Krise oder Krankheit? Was gibt meinem Leben Sinn angesichts der Sinnlosigkeit des Leidens? Was verleiht meinem Leben Wert, Würde?

Seelsorge in der Rehabilitation wendet sich an Menschen in Übergängen und will ihnen helfen, die dabei einhergehenden Gefühle (der Angst, der Trauer, der Wut oder der Zuversicht) wahrzunehmen, diesen Übergang bewusst zu erleben und zu gestalten. Ziel der Seelsorge ist es dabei, (Beziehungs-) Räume zu eröffnen, die es Menschen in Übergängen ermöglichen, Belastendes loszuwerden, indem es (im Sinne von Bions Containment) in der Seelsorgebeziehung ausgesprochen, ausgehalten, ertragen und bearbeitet werden kann. Ferner geht es darum, Trost zu finden und Perspektiven für die Zukunft zu gewinnen.

Da in die Rehabilitation meist eine psychologische Betreuung integriert ist, profiliert sich Seelsorge durch eine Ausrichtung an Lebenssituationen und -fragen, die Glaube und Spiritualität mit im Blick hat. Zudem ist sie schwerpunktmäßig biographieorientiert: Seelsorge geschieht dabei im Horizont dreier sich wechselseitig auslegender Lebensgeschichten: der Lebensgeschichte des Seelsorgepartners, des Seelsorgers/der Seelsorgerin und der Lebens- und Liebesgeschichte Gottes (Wolfgang Drechsel). Lebensgeschichte wird hier in einer Verknüpfung von Theologie, Psychologie und reflektierter Erfahrung interpretiert und gewürdigt.

Neben dem Einzelgespräch liegt ein Schwerpunkt der Seelsorge in den Rehabilitationskliniken in der Gestaltung von Gottesdiensten, die die Fragen und Themen der Menschen in einer Übergangssituation aufgreifen. In den Häusern findet sich bei einer durchschnittlichen Verweildauer von drei bis vier Wochen eine

Gemeinde auf Zeit, die den Gottesdienst als Kasualie in dieser besonderen Situation des Übergangs erlebt. In neurologischen, geriatrischen, orthopädischen oder psychosomatischen Kliniken verlängert sich die Aufenthaltsdauer bei besonders schweren Krankheitsbildern auf Monate bis zu einem Jahr. Hier kommt der Seelsorge die Aufgabe der Begleitung zu.

Sonderfall Psychosomatik: Seelsorge wird hier ganz neu als Sorge für die Seele, die verletzt oder überlastet wurde, verstanden. Neben Gruppen- und Einzelgesprächen bieten Meditationen in diesem Bereich eine Chance, Körper und Seele bewusst wahrzunehmen, einen Zugang zu verschütteten Gefühlen zu finden, Spiritualität zu entdecken.

Institutionen in der Rehabilitation: Neben der Deutschen Rentenversicherung gibt es verschiedenste private Träger von Rehabilitationseinrichtungen, mit denen zunächst eine Kooperation aufgebaut werden muss. Gelingt es, durch kontinuierliche Präsenz auf die Arbeit der Seelsorge aufmerksam zu machen, ist die Chance einer finanziellen Unterstützung der Seelsorgearbeit sehr hoch, wenn Kliniken diese als wichtiges Qualitätsmerkmal erkennen.

3.3. Psychiatrie

Die Entwicklung der Psychiatrie

Durch die Psychiatriereform von 1975 kam es zu tiefgreifenden Änderungen. Die Reform hatte sich folgende Ziele gesetzt: Gleichsetzung psychischer und somatischer Patienten, bedarfsgerechte Versorgung, getrennte Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter, Umstrukturierung psychiatrischer Kliniken, Schaffung gemeindenaher Angebote und die Koordination der Versorgung vor Ort. Infolge dessen werden ehemals große psychiatrische Krankenhäuser mit weiten Einzugsbereichen mehr und mehr zu Akutkrankenhäusern. Parallel dazu und in Vernetzung mit diesen Krankenhäusern entstehen neue Einrichtungen und Hilfestellungen für psychisch Kranke und behinderte Menschen, die wohnortnah sind und im jeweiligen Umfeld der Betroffenen ansetzen. Dies soll der Stigmatisierung entgegenwirken und die soziale Integration und Stabilität, wie auch die Selbständigkeit und -bestimmung der Betroffenen fördern.

Die Verweildauer von Patienten in der Psychiatrie ist nach wie vor relativ lang. Sie liegt etwa im Klinikum am Europakanal, Erlangen, bei durchschnittlich 29,16 Tagen (Stand: Mai 2007). Das gibt der Seelsorge die Möglichkeit einer länger dauernden, kontinuierlichen Begleitung und der Gestaltung eines Seelsorgeprozesses. Mitunter werden Patienten aus Kostengründen vorzeitig entlassen und müssen schon nach einiger Zeit wieder aufgenommen werden („Drehtüreffekt“). Mit solchen und anderen chronisch kranken Patienten bestehen seelsorgliche Kontakte über Jahre hinweg.

Die Entwicklung in der Psychiatrie verändert und erweitert das Arbeitsfeld für die Psychiatrieseelsorge. Wenn in den bestehenden psychiatrischen Kliniken die Akutbehandlung im Vordergrund stehen wird, verkürzt sich damit die Verweildauer und die Zahl der zu behandelnden Patienten steigt. Daher wird die Psychiatrieseelsorge künftig vermehrt auch mit der sehr intensiven Begleitung von Akutpatienten zu tun haben. Außerdem wird die Psychiatrieseelsorge in Zukunft viel stärker als bisher mit Ambulanzen, Tageskliniken und sozialpsychiatrischen Einrichtungen zusammenarbeiten. Sie wird damit immer mehr auch außerhalb der Klinik tätig. Sehr deutlich wird dies im so genannten „Home Treatment“ (HT). Das Modell, das seit Jahren in Großbritannien mit Erfolg praktiziert wird, entwickelt sich erst langsam in Deutschland. Zentraler Bestandteil von HT ist ein multiprofessionelles Behandlungsteam, das den akut psychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in seiner gewohnten Umgebung rund um die Uhr versorgt.

Für die Seelsorgerinnen und Seelsorger folgt daraus, dass sich dann in den Akutkrankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen und Ambulanzen ein neuer Focus auf Krisenbegleitung und -integration in das Lebenskonzept und Deutung im Glauben entwickelt. Das bedeutet, dass in der Arbeit vor Ort neben Kriseninterventionen auch Langzeitbegleitungen geleistet werden können, in denen ausführlicher und zeitintensiver auf Lebens- und Deutungszusammenhänge eingegangen werden kann. Diesen neuen Strukturen werden wir nur durch Personalmehrung auch gerecht werden.

Die psychiatrische Klinik als Ort der Seelsorge

Die psychiatrische Klinik, gerade auch im universitären und von Forschungsinteressen mitbestimmten Bereich, umfasst ein breites Spektrum mit unterschiedlichen Abteilungen. Ebenso breit gefächert ist das Arbeitsfeld des Psychiatrieseelorgers. Auch die Seelsorge für das Pflegepersonal, die Ärzte und sonstigen Mitarbeiter sowie z.B. der Unterricht an Pflegefachschulen oder die Begleitung von Angehörigen gehören zum Aufgabenbereich des Seelorgers. Das fachliche Wissen des Seelorgers/der Seelorgerin zu den psychiatrischen Krankheitsbildern und ihren Behandlungsmöglichkeiten ist unerlässlich, es muss fortlaufend aktualisiert werden und hilft für das eigene adäquate Umgehen mit den Patienten.

In der Seelsorge stehen Diagnose oder Therapieziel nicht im Vordergrund. Die Psychiatrieseelsorge sieht den Patienten zuallererst als Geschöpf Gottes mit seiner unverletzlichen Würde. Insofern geht es im Gespräch immer um die Würdigung der Person. Manchmal ist das Seelsorgegespräch das erste tiefgehende und würdigende Gespräch in der Klinik, in dem die Patienten erfahren, dass sich jemand für sie – ohne Analyse- oder Therapieabsichten - Zeit nimmt. Für die Patienten eröffnet deshalb die Schweigepflicht der Seelsorger in besonderer Weise einen Schutzraum, der Vertrauen ermöglicht. Patienten zeigen im Seelsorgegespräch oft

Emotionen oder benennen Inhalte, von denen sie sonst befürchten würden, dass sie auf ihrer Station eine erhöhte Medikation nach sich ziehen könnten.

Patienten nehmen das seelsorgerliche Gespräch gerne in Anspruch, weil sie dort erleben, nicht auf ihre Krankheit oder Diagnose festgelegt zu sein. Ein gemeinsamer, partnerschaftlicher Weg ist möglich, um Sinnfragen nachzugehen und das Erlebte religiös zu deuten. Gerade in psychischen Krisen tauchen religiöse Fragen immer wieder mit besonderem Nachdruck auf. Weil wir daran glauben, dass Gott ein Gott des Lebens ist, geht es in diesen Gesprächen auch immer darum, mit den Patienten gemeinsam danach zu suchen, was dem Leben dient, was es fördert und heilt. Manchmal steht im Mittelpunkt auch die wütende Auseinandersetzung mit Gott, der solches Leid zulässt (Theodizee). Oder es geht um die Frage nach der besonderen Beauftragung durch Gott („Was hat er mit mir vor, wo will er mich haben?“).

Nicht selten werden Psychiatrieseelsorger mit ungewöhnlichen religiösen Gedanken oder Identitätsformen der Patienten bis hin zu religiösen Wahnvorstellungen konfrontiert, die es auf die je eigene Art zu würdigen gilt. Psychiater begegnen Psychiatrieseelsorgern bisweilen mit kritischer Zurückhaltung oder gar deutlicher Distanz, weil sie in ihnen die Repräsentanten der Quelle sehen, die manche ihrer Patienten an einem religiösen Thema erkranken ließ.

Die Psychiatrieseelsorge setzt sich auch mit vielen ethischen Fragestellungen in der Psychiatrie auseinander, so z.B. mit der Freiheit psychisch kranker Menschen und deren medizinisch für nötig befundene Einschränkung sowie mit der gerade wieder aktueller gewordenen Debatte um das Recht psychisch kranker Menschen auf Suizid.

Eine besondere Stellung innerhalb der Psychiatrie nimmt die Forensik ein. Die Forensiken sind landesweit überfüllt, der gesellschaftliche Druck auf Patienten und begutachtende Ärzte ist spürbar. Im Zweifel werde lieber die Verlängerung einer Verwahrung ausgesprochen. Hier ist die Seelsorge oft über viele Jahre hinweg immer wieder auch kritische Gesprächspartnerin im Gegenüber zur Institution Krankenhaus und stärkende Partnerin für den Patienten und seine Belange. Während des Aufenthalts haben die Seelsorgegespräche oft eine Entlastungsfunktion und symbolisieren einen verlässlichen Kontakt zur Außenwelt. Der Patient spürt, dass er nicht vergessen ist.

Die Seelsorge in der Psychiatrie ist nicht Teil der Hierarchie der Klinik und auch nicht Teil des klinischen Behandlungsplans. Aber sie ist auf verschiedene Formen der Zusammenarbeit, der gelingenden Kommunikation und der Kooperation angewiesen und kann als ernst zu nehmende Partnerin in einem multiprofessionellen Team zur Heilung des Patienten beitragen. Die Psychiatrieseelsorge muss Orte innerhalb des Systems finden, von wo aus sie Impulse geben, das Gespräch suchen und auch Gegenüber sein kann.

Aus der Begegnung mit psychisch Kranken und der Psychiatrie erwächst immer wieder die Frage: „Wann ist jemand gesund und wann krank?“ Wer dort lebt und arbeitet, weiß, dass die Grenzen eher fließend sind. Die Psychiatriereform wird sich dann bewähren, wenn die Gesellschaft in der Lage ist, psychisch Kranke zu integrieren.

3.4. Kinderklinik

Das DRG-System hat in der Kinderklinik zu einer Verkürzung der Liegedauer auf aktuell durchschnittlich ca. 5 Tage geführt. Die Verkürzung der Liegedauer führt bei gleich bleibender Belegung zu einem entsprechenden Anstieg der Patientenzahl mit erheblich reduzierten Möglichkeiten individueller Kontaktaufnahme durch Pflegepersonal, psychosozialen Bereich und Ärzte. Die Devise „ambulant vor stationär“ gilt auch in den Kliniken für Kinder und Jugendliche. Prinzipiell zu begrüßen, birgt dieses Vorgehen doch manche Härten für die Familien (ambulante Operation und dann vier Stunden Zugfahrt ...). Auch belasten die Umstellungen in den Häusern das Personal enorm. Seelsorge wird hier sowohl von den Familien als auch vom Personal als äußerst hilfreich empfunden.

Gleichzeitig sind immer instabilere und komplexere Familiensysteme mit Krankheitsbildern und Behinderungen konfrontiert, die langfristig erhebliche Eingriffe in die bisherige Zukunftsplanung bedeuten. Dies wird gerade auch in der Kinderpsychosomatik deutlich. Traditionelle Unterstützungssysteme (Großeltern, Verwandtschaft, Freunde) stehen häufig nicht mehr zur Verfügung. Die betroffenen Eltern und Familien brauchen zeitintensive Unterstützung. Die Klinikseelsorgerinnen und Klinikseelsorger haben dies im Blick und fordern dies gegebenenfalls auch gegenüber dem medizinischen Betrieb ein. Sie leisten vielerlei Vernetzungsarbeit und begleiten Familien über lange Zeit. Dieser Beistand ist immer wieder auch Familien willkommen, die keinen kirchlichen Bezug haben oder anderen Religionen angehören.

Im neonatologischen Intensivbereich sind Eltern in absoluten Ausnahme- und Schocksituationen, z.T. nach bereits traumatischer Schwangerschaft, gezwungen, Entscheidungen in Grenzsituationen zu treffen. Hier, wie auch nach Mitteilung schwerwiegender Diagnosen (Neurologische Erkrankungen, Tumorerkrankungen), hat Seelsorge die Aufgabe, Orientierung anzubieten und Raum zu schaffen für eine eigenständige tragfähige Entscheidung der Eltern. Ist mit der Kinderklinik eine große geburtshilfliche Abteilung verbunden, ist die Seelsorge oft auch mit den Konsequenzen der Pränataldiagnostik und der Reproduktionsmedizin konfrontiert. In der Diskussion der ethischen Probleme, die dadurch entstehen, dass sich die Grenzen des medizinisch Machbaren am Lebensanfang und am Lebensende verschieben (Frühchen ab der 23. Schwangerschaftswoche werden mit höchstem intensivmedizinischem Aufwand betreut, andererseits sind Spätabbrüche bis zum Beginn der Geburt in der 40. Schwangerschaftswoche möglich), ist die Klinikseelsorge eine geschätzte Gesprächspartnerin.

Seelsorge steht neben den Betroffenen aber auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik zur Seite, die in hohem Ausmaß durch Identifikation mit dem Leiden der Kinder und dem Schicksal der Eltern belastet sind, dabei aber professionelle Distanz halten müssen.

Kinderkrankenhauseelsorge deckt die ganze Bandbreite von der Krisenintervention bis zur Langzeitbegleitung ab. Über ein behindertes Kind können Beziehungen, Familien zerbrechen, Lebenspläne werden durchkreuzt. Was geschieht, wenn festgestellt wird, dass nach jahrelanger IVF-Behandlung statt des ersehnten Wunschkindes zwei behinderte Kinder zur Welt gekommen sind?

Kinderkrankenhauseelsorge sieht das krankgeborene oder -gewordene, verletzte und verletzbare, ausgelieferte, in seinem Vertrauen erschütterte, misshandelte, missbrauchte, enttäuschte oder sich schuldig fühlende Kind und seine Eltern und Angehörigen. Sie ist in der Regel auch und gerade Angehörigen-, „Familienseelsorge“. Mit den therapeutisch Helfenden (ÄrztInnen, Pflegepersonal, Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Lehrpersonal, Sozialarbeitende etc.) steht die Seelsorge im Kinderkrankenhaus in einem beständigen Prozess der Abgrenzung und Kooperation und ist auch deshalb sehr zeitintensiv.

Zur Kinderkrankenhauseelsorge gehören nicht nur gelegentliche Beerdigungen und spezielle Trauerfeiern (oft in Zusammenarbeit mit den Seelsorgerinnen der Frauenklinik wie z.B. Gedenkgottesdienste für totgeborene Kinder und Lichtergottesdienste für verstorbene Kinder), sondern auch Taufen. Ein sterbendes Kind zu taufen, es bei seinem Namen zu nennen, es auf seine Beziehung zu Gott hin anzusprechen, erleben wir immer wieder als ein die Eltern, aber auch die Mitarbeiter stärkendes und entlastendes Ritual.

4. Die Grenzen des Möglichen sind erreicht

Aus dem bisher dargelegten wird deutlich, wie die Klinikseelsorge mit hineingenommen ist in die großen Veränderungen im Gesundheitssystem, insbesondere im Krankenhauswesen. Sie steckt ebenso wie der Gesundheitsbereich in einer schon Jahre anhaltenden Phase der Arbeitsverdichtung und parallel dazu der immer weitergehenden Spezialisierung. Beide Entwicklungen bedingen sich dabei auch gegenseitig. Weil sich Krankenhausseelsorge in dieser für alle im Gesundheitsbereich Arbeitenden schwierigen Zeit in die Pflicht nehmen ließ, wird sie vom Personal und den Trägern des Krankenhauses wahrgenommen und als kompetentes Gegenüber ernst genommen.

Da der vermehrten Einbindung in die Arbeitsabläufe einer Klinik und der vermehrten Spezialisierung keine Aufstockung des Personals in der Seelsorge entsprach, sind viele Kolleginnen und Kollegen an die Grenzen dessen gelangt, was trotz Schwerpunktsetzung und Zeitmanagement ihnen selbst und ihrer Arbeit gut tut. Äußerungen von Vorgesetzten wie z.B. „Ich weiß, dass sie das alles nicht schaffen können. Lassen Sie ruhig das eine oder andere weg“, werden vielfach nicht als Entlastung gehört. Manche Kolleginnen und Kollegen fühlen sich durch solche „beruhigenden“ Äußerungen eher im Stich gelassen, und in ihrem Arbeitsbereich nicht wahrgenommen und gewürdigt.

An einigen Punkten der Arbeit werden die Grenzen besonders deutlich, an die Krankenhausseelsorge stößt:

4.1. Erreichbarkeit

- Wo hauptamtliche Krankenhauspfarrer (z.B. in einer Diasporasituation) alleine für die Krankenhausseelsorge zuständig sind und nicht durch evang. oder kath. Kollegen verlässlich vertreten werden können, gibt es keine zuverlässige Erreichbarkeit.
- Eine Vertretung (auf Ruf) während Krankheits- und Urlaubszeiten oder bei Fortbildungen setzt ein funktionierendes Team oder einen Verbund voraus.
- Um eine 24-Stunden Erreichbarkeit oder Rufbereitschaft aufrecht zu erhalten, braucht es ein ausreichend großes Team von mehreren Seelsorgerinnen und Seelsorgern.
- Wenn Gemeindepfarrer aushelfen, gehen sie (zu Recht) davon aus, auch selbst Entlastung zu erhalten.
- Erreichbarkeit im Krankenhaus ist mehr als eine formale Verantwortung. Wenn ein Krankenhausseelsorger vor oder während eines Gottesdienstes, den er in einer Gemeinde hält, dringend vom Krankenhaus gerufen wird, muss er den Gottesdienst evtl. absagen oder eilig beenden.

4.2. Anbindung an Parochie und Dekanat

- Wenn die Teilnahme an den Sitzungen des Kirchenvorstands (je nach der örtlichen Struktur, besonders in den Ballungsräumen) nur der Aufrechterhaltung der Beschlussfähigkeit dient, ohne wirklich der Kirchengemeinde oder dem Krankenhaus einen echten Dienst zu tun.
- Die parochiale Anbindung der Hauptamtlichen sollte regional überdacht werden. Die Häufung der Mitgliedschaft in den verschiedenen dekanatlichen Gremien muss neu definiert werden. Eine Entlastung an dieser Stelle fördert direkt die Präsenz im Krankenhaus.

4.3. Spezialisierung

- Die Breite des Spektrums der eigentlich notwendigen Spezialisierungen überfordert, wenn nur eine oder nur eine halbe Stelle vorhanden ist, die Kapazitäten.
- Die ethische Diskussion braucht Ressourcen, patientenorientierte Ethik am Krankenhaus braucht Präsenz, Sich-Einmischen und letztlich viel Arbeitszeit.

4.4. Präsenz

- Die wachsenden, vielfältigen und oft neuen Anforderungen in Verbindung mit den personellen Kürzungen und den oft weitläufig verstreuten und zudem noch heterogenen Kliniken nehmen einen großen Teil der Zeit in Anspruch, die für die Präsenz auf der Station und für Patientenkontakte nötig wäre. Die Arbeitszufriedenheit sinkt und der Kontakt zum Personal bricht ab und muss mühsam permanent erneut aufgebaut werden.
- Wo Seelsorge über kleine Stundenkontingente und Teildienstverhältnisse abgedeckt wird (wie z.B. in vielen Kinderkliniken) werden die Mitarbeitenden strukturell überfordert und kommen an die Grenzen der Belastbarkeit.
- Schon durch die bisherigen Kürzungen von (theologischen wie theologisch-pädagogischen) Seelsorgestellten vor Ort kann diese angespannte Situation nicht mehr kompensiert werden. Weitere Kürzungen in den Seelsorgeteams werden zu massiven und nachhaltigen Einbrüchen bei der Qualität der Klinikseelsorgearbeit führen.

**OHNE REGELMÄßIGE PRÄSENZ
SINKEN WAHRNEHMUNG UND
AKZEPTANZ VON SEELSORGE!**

5. Fragen und Forderungen

Wir sehen die bestehenden fremdfinanzierten Stellen in der Seelsorge in Gefahr. Da die Krankenhäuser immer mehr unter einem immensen finanziellen Druck stehen, werden sie ihre freiwilligen Leistungen überdenken. Wenn heute eine fremdfinanzierte Stelle wegfällt, wird sie voraussichtlich für immer wegfallen. Aus den gleichen Gründen sehen wir auch die großzügige Unterstützung der Krankenhauseelsorge in Gefahr die durch Übernahme der allermeisten Sachleistungen, Mietkosten, Telefonkosten, Geräte- und Wartungskosten (vom Kopierer bis zum PC) gewährt wird.

Um Fremdfinanzierung zu halten, muss sie sich für die Fremdfinanzierer lohnen!

Braucht es einen Stellenpool um hier verhandeln zu können? Könnten dafür evtl. auch Projektstellen geschaffen werden?

Wir halten an dieser Stelle mehr Mut zu Innovation für wünschenswert. Dabei muss die Seelsorge kritisches Gegenüber zu den Systemen Krankenhaus, Forschung, Gesundheitswesen und Pharmaindustrie bleiben und ihre Unabhängigkeit und Identität als Seelsorge bewahren.

➤ **Wie können Fremdfinanzierungen durch Krankenhäuser oder Kliniken erhalten und neu dazu gewonnen werden?**

Ist der Bedarf an Stellen höher, als dass ihn die Kirche im Stellenplan absichern kann, können alternative Finanzierungsmodelle, z.B. über einen Verein oder eine Stiftung, einen Ausweg bilden. Solche Vereine können auch ökumenisch finanziert und organisiert werden.

➤ **Wie kann die Kreativität der Basis hier unterstützt werden?**

Die Klinikseelsorge gelingt sinnvoll ökumenisch, wenn dies vor Ort in kollegialer Weise möglich ist. Nur so lassen sich Rufbereitschaften organisieren, eine flächendeckende Präsenz im Haus bzw. in den Häusern und eine qualifizierte Ehrenamtlichenausbildung gewährleisten. Der Synergieeffekt der ökumenischen Zusammenarbeit ist noch keineswegs ausgeschöpft.

➤ **Seelsorge wird nur als gleichberechtigte ökumenische Seelsorge überleben!**

Zu einer Gesamtsicht der Frage nach der Seelsorge in Institutionen gehört auch der Aspekt der Alten- und Pflegeheime. Die Seelsorge in diesen kann sicher nicht von den Krankenhauseelsorgern geleistet werden, ohne dass Krankenhauseelsorge sich aus dem Krankenhaus verabschiedet.

Menschen in Alten- und Pflegeheimen werden ebenso wie die Predigtstellen in diesen Institutionen bei den zuständigen Gemeinden mitgezählt. Sie sollten dort u.E. stärker gewichtet werden. Wenn eine Gemeinde diese Verpflichtung zur Seelsorge in den Alten- und Pflegeheimen nicht übernehmen will oder kann, sollten aus den dafür vorgesehenen Stellenanteilen dekanatsweit eigene Stellen oder Stundenkontingente geschaffen werden.

➤ **Die Frage nach der Seelsorge in Alten- und Pflegeheimen muss konzeptionell von der Kirchenleitung in Zusammenarbeit mit Gemeinden und Dekanaten geleistet werden!**

Nach unserer Einschätzung begegnen wir im KH/Reha einer großen Zahl von Menschen, die von den Kirchengemeinden nicht angesprochen oder erreicht werden. Wir begegnen ihnen zudem in extremen Situationen, in denen ein Gespräch gerne angenommen und ein Kontakt sehr intensiv erlebt wird. Die zufällig zusammengesetzte und kontinuierlich sich verändernde Realgemeinde des Krankenhauses nimmt eine Gemeindeform der Kirche der Zukunft vorweg.

Kirchengemeinden dürfen sich nicht zurückziehen auf die sog. „Kerngemeinde“, die sich am Sonntag Morgen trifft. Damit würden sie die Mitte ihres diakonischen und missionarischen, ihres helfenden und einladenden Auftrags verfehlen.

➤ **Wie können Kirchengemeinden und die Kirche als Ganze von diesen Erfahrungen lernen, und selbst Wege aus der binnenkirchlichen Sackgasse finden?**

Wir erleben, dass die Seelsorge als Gesprächspartnerin in Fragen der Ethik (von klinikweiten Ethikforen über klinische Ethikkomitees bis hin zu klinischen Ethikberatungsteams) aber auch in Fragen der Qualitätssicherung und Zertifizierung vermehrt angesprochen und als kompetente Partnerin gesucht wird. Klinik- und Rehasorge führt vermehrt innerbetriebliche Fortbildungen durch und wird von Angehörigen und Patienten ebenso wie von interessierten Bürgern z.B. beim Thema Patientenverfügung als Spezialistin akzeptiert.

➤ **Wie will Kirche auf diesen gestiegenen Einfluss als Gesprächspartnerin im gesellschaftlichen und im individualethischen Bereich reagieren?**

Klinikseelsorge ist ein belastendes Arbeitsfeld. Zudem wird die Qualität der Arbeit überwiegend sichergestellt durch Ausbildung und Begleitung. Aus beiden Gründen sollte in der Klinikseelsorge eine begleitende Supervision (einzeln und als Team) zum Qualitätsstandard gehören.

➤ **Die Finanzierung der Ausbildung und Begleitung sollte wegen des großen dienstlichen Interesses ganz aus Kirchenmitteln geleistet werden.**

Aufgrund der Situation wird in Zukunft die Bedeutung qualifizierter und begleiteter Ehrenamtlicher noch mehr steigen. Viele Arbeitsgebiete werden nicht mehr von Hauptamtlichen abgedeckt werden können. Ehrenamtliche kosten aber auch Arbeitszeit und Geld.

➤ **Der Weg, den die Landeskirche eingeschlagen hat, um ehrenamtliche Arbeit zu qualifizieren und finanziell abzusichern, ist anzuerkennen und unbedingt beizubehalten!**

Kirchengemeinden und Krankenhausgemeinden haben ihre eigenen Schwerpunkte und sind an einigen Punkten (je nach Bedarf und in den Grenzen der Möglichkeiten) auf Grund ihres Auftrags vernetzt, z.B. durch:

- gegenseitige Information über Patienten
- Gottesdienstangebote in den Gemeinden
- Vorträge in Gemeinden/Dekanat
- Ansprechbarkeit als Spezialisten, die zu medizinethischen Themen etc. befragt werden können
- Schwierigkeit, ambulante und poststationäre Patienten zu betreuen
- Ausbildungsplätze und Supervision für Vikarinnen und Vikare in der Seelsorgephase
- Ehrenamtlichenfortbildung auf Dekanatssebene
- Ausschüsse für Seelsorge (nicht nur Krankenhauseelsorge) auf Dekanatssebene

Wir möchten dabei dem Missverständnis entgegentreten, nur die Kirchengemeinde sei die „eigentliche“ Gemeinde. Seelsorge ist keine überqualifizierte „Sparte“ im Angebot der Kirche, sondern eine grundlegende Einstellung und Sichtweise, ein Wesensmerkmal von Kirche und eine Grundqualifikation.

Das Krankenhaus bleibt dabei weiterhin ein idealer exemplarischer Lernort für Seelsorge, die immer die Auseinandersetzung mit der eigenen Person beinhaltet. Nirgendwo sonst formt, klärt und entwickelt sich meine Theologie so wie in der Seelsorge.

➤ **Wir wünschen uns einen gemeinsamen Weg des Dialogs, der gekennzeichnet ist von gegenseitigem Respekt und Würdigung im Sinne einer gemeinsamen Weiterentwicklung einer seelsorgerlichen Kirche.**

➤ **Wir halten es für notwendig, dass dieser Dialog strukturell verankert wird. Dabei können wir uns folgendes vorstellen:**

- **Ausschuss zur Überarbeitung der Krankenhauseelsorgeordnung**
- **Landespfarrer bzw. Landespfarrerin für Seelsorge**
- **Gründung eines Seelsorgeinstituts**