

## **Baustelle Klinik – Umbruch im Profil der Klinikseelsorge?!**

**Wolfgang Drechsel / Heidelberg**

Vortrag auf der Jahrestagung AG ev. KHS in Bayern am 06.10.09

### **1. Arbeiten an der Grenze**

Krankenhausseelsorge treiben, das heißt in unserer Gegenwart: arbeiten am Anschlag. Arbeiten an den Grenzen der eigenen Belastungsfähigkeit. Natürlich hat solches Arbeiten immer wieder auch mit Freude und Erfüllung zu tun, aber es ist eben ein Arbeiten inmitten einer ständig wachsenden Fülle an Anforderungen durch das Krankenhaus, die zusätzlich zu den traditionellen Seelsorgeaufgaben hinzukommen. Arbeiten unter ständig sich verändernden Rahmenbedingungen, die von außen betrachtet den Charakter des Rücksichtslosen, der Ausblendung des Menschlichen haben, die aber intern immer auch so etwas wie Kundenzufriedenheit herstellen sollen.

So wirkt im Rückblick das klassische Begleiten von Patienten in der Krisensituation ihrer Krankheit – bei aller emotionalen Dramatik, die es hat – fast beschaulich.

Krankenhausseelsorge heißt in der Gegenwart: Arbeiten unter Druck, vor allem Zeitdruck. Arbeiten gegen den Druck, in Abgrenzung dazu und trotz des Drucks.

Die *Zeit der* Patienten ist begrenzt, die *Zeit für* Patienten ist begrenzt. Aus dem Begleiten von damals ist – in der Begegnung mit einer Unzahl ständig wechselnder Patienten – die mehr oder weniger zufällige Einzelbegegnung geworden. In das punktuelle Gespräch muss reingepackt werden, was möglich ist. Man sieht sich ja wahrscheinlich nicht mehr.

Gleichzeitig will das Krankenhaus immer mehr – Ethikkommissionen, Palliativ-Sitzungen, Projekt-AGs, Angebote für das Personal, Krisenmanagement als Mobbingbeauftragter, Besuchsdienstbegleitung, Rufdienste usw. Je vertrauter und etablierter die Seelsorge im einzelnen Haus ist, umso stärker das Anwachsen der hausinternen Anforderungen. Mit einer Tendenz ins Unendliche. – Und das Ganze unter den Bedingungen eines deutschlandweiten deutlichen Zurückfahrens von kirchlichen Seelsorgestellen.

Wie kann Seelsorge das alles leisten?

Zumindest ist die KHS ja einmal mit einem ganz anderen Programm angetreten: *Zeit haben* – für Patienten, für ihr Leid, für die ganzheitliche Dimension ihres Lebens, die auch die Geistliche mit einschließt, für Patienten, für das Personal. Kann ein solches Programm überhaupt noch aufrechterhalten werden? Oder wie ist das mit dem realen Zeitdruck vereinbar?

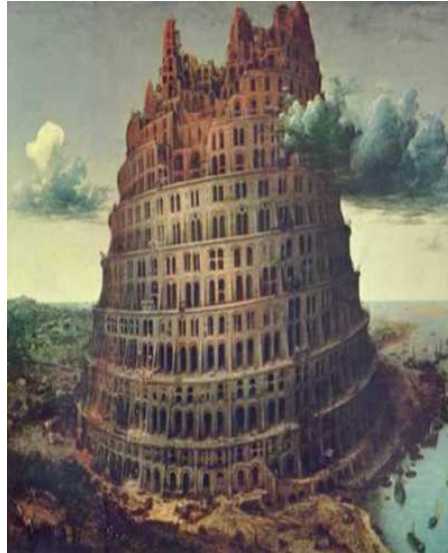
Doch ehe solche Fragen zu beantworten sind, mag es nicht ungünstig sein, zuerst einmal zu schauen: Was hat sich denn eigentlich verändert – in der Seelsorge und ihrem Kontext, dem Krankenhaus? Wie sind solche Veränderungen zu verstehen? Denn erst dann lässt sich die Frage stellen nach dem, was notwendig ist, um mit der augenblicklichen Situation vielleicht etwas bewusster umzugehen.

## 2. Zugänge zum Thema

Das Thema dieser Tagung umschreibt den zentralen Grund der veränderten Situation mit dem Begriff „Baustelle Krankenhaus“, der die permanenten Umstrukturierungen im Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern bzw. Krankenhauskonzernen – und ihre Auswirkungen auf den realen Krankenhausalltag zum Ausdruck bringt. In der Gleichzeitigkeit der Frage: Wie wirkt sich dieser Baustellencharakter auf die KHS aus?

Nun kann man sich allein schon dieser Problemstellung auf ganz unterschiedlichen Ebenen annähern.

1. Ganz unmittelbar ließe sich das durchführen als eine Art architektonische Tatsachenbeschreibung. Wer nach einem Jahr in ein ihm vertrautes Haus zurückkommt, wird überrascht sein, wie viel er nicht wieder findet. Ununterbrochen wird umgebaut, umgeräumt, umgeordnet und umbenannt.
2. Relativ weit verbreitet ist der Zugang zur Problemstellung auf der narrativen Ebene. Dieser Zugang ist mir in den letzten Monaten in Gesprächen mit Krankenhausseelsorgern und -seelsorgerinnen in verschiedenen Landeskirchen immer wieder begegnet. Die narrative Ebene bietet eine Art Phänomenologie aus der Perspektive der Betroffenheit. Sie beschreibt die Veränderungen und die damit einhergehenden anwachsenden Belastungen. Dadurch werden die Realitäten sichtbar, aber nicht selten wirkte es für mich so, als ließe das Bedrängende der Situation auch die Distanz schwinden, die notwendig ist, um Hintergründe zu klären oder Bedeutungen zu heben usw. Und so ist es nicht zufällig, dass sich dann diese Ebene aus der Perspektive von Krankenhausseelsorgern und -seelsorgerinnen nicht selten im *Modus der Klage* artikuliert: „Es ist zu viel.“
3. Einen anderen Zugang zur Problemstellung bieten unsere vorliegenden empirischen Aufstellungen zur Zeitbudget-Ebene. Zur Frage, wie die zeitliche Realität des KH-Arbeitsalltags aussieht. D.h. wie viel Arbeitszeit für welche Aufgaben in einer spezifischen Krankenhaussituation aufgewendet wird. Hier ist auf der konkreten Ebene des empirischen Sammelns und Sichtens eine erste Distanz gewonnen und dies ist sicher eine wichtige Voraussetzung für alle weitere Planung. Wobei sich natürlich auch die Frage stellt, welche *Bedeutung* dann den entsprechenden empirischen Aufstellungen zugewiesen wird bzw. vor allem in welchem Bezugsrahmen diese Bedeutung angesiedelt wird. Ich möchte das im Blick auf *einen* möglichen Problembereich formulieren: Der Zugang über die Aufteilung des Zeitbudgets verführt nur zu leicht dazu, das Gesamtproblem auf der Ebene der Frage nach der Zeit zu verhandeln. Sei es in der Forderung nach mehr bezahlter Zeit in Form von mehr Stellen, sei es im schulterklopfenden Trost, der da reicht vom „Lassen Sie halt was weg“ bis hin zum „Machen Sie ein Zeitmanagement-Training.“
4. Dass das Zeitthema möglicherweise auch Grenzen hat, im Blick auf das Erfassen der Komplexität des Gesamtproblems, darauf macht ein weiterer Zugang zum Problem aufmerksam, der mir im Vorfeld dieser Tagung deutlich wurde. Ich möchte ihn einmal nennen: die symbolisch-mythologische Ebene. Diese ist Ihnen allen auch begegnet im Vorfeld dieser Tagung. Nämlich in Form des Bildes, das quasi als symbolische Überschrift über diese Tagung auf dem Flyer die Metapher „Baustelle Klinik“ darstellen soll.



Nun kann man dieses Bild einfach als eine Art Illustration, als visuellen Zugang zum Thema nehmen. Doch selbst wenn es recht spontan in den Flyer hineingelangt ist, kann man es – so wie es nun einmal da steht – in seiner Aussage, in den Inhalten, die es immer auch noch mittransportiert, ernst nehmen. Denn so vermittelt es einen ganz eigenen Zugang zu unserem Thema:

Ich möchte das einmal – auf eher spielerischer Weise – verdeutlichen: Dieses Bild – als Veranschaulichung des Baustellenthemas ausgewählt – stellt eine Baustelle dar, die in der mittelalterlichen Ikonographie eine eindeutige Konnotation hat. Es erzählt die Geschichte vom Turmbau zu Babel.

Nehmen wir also dieses Bild ernst und betrachten einmal die Baustelle Krankenhaus von dieser Geschichte „Turmbau zu Babel“ her, dann hat das Konsequenzen für die Frage nach der Seelsorge, aus deren Tradition ja das Turmbauthema stammt.

Eine dieser Konsequenzen ist, dass es sich hier nicht um eine Baustelle handelt, die irgendwann fertig wird und man aufatmen und sich im neuen Gebäude einrichten kann, sondern um eine Baustelle, deren Ziel irgendwo in den Wolken liegt, letztlich unerreichbar der Phantasie der Machbarkeit von Gesundheit, der Machbarkeit von Leben – in einer Art Sein-wollen-wie-Gott. Wer also in dieser Baustelle arbeitet, muss – zumindest unter irdischen Bedingungen – damit rechnen, dass der Bau nie fertig wird und mit wachsender Größe des Gebäudes die Arbeitsbelastungen entsprechend ansteigen.

Und die Krankenhauseelsorge – die arbeitet da drinnen. Über eine lange Zeit war ihr Bestreben, da wirklich hineinzukommen ins Krankenhaus. Akzeptiert zu werden und somit wirklich im Krankenhaus zu sein. Nicht nur eine Art zufälliges Anhängsel. Jemand, der vier Wochen im Urlaub ist – und keiner merkt's. Jetzt aber – nach gut fünfzig Jahren ist sie zu einem Element der Institution geworden, ist sie drinnen. Ist akzeptiert und gefragt. Wird zum Element der Profilbildung der Krankenhäuser bei der Zertifizierung, wird über Materialkosten und Räume vom Krankenhaus mitgetragen, ja teilweise *ganz* finanziert.

Und dann stellt sie auf einmal fest – wir sind mittendrin im Projekt dieses Turmbaus, im Projekt des Sein-wollens-wie-Gott. Wir arbeiten mit an diesem Bau.

Wobei man dann – im Bild – noch einmal unterscheiden könnte, wo im Haus die Seelsorge sich ansiedelt. Auf der Ebene vielleicht der unteren 10 Stockwerke, wo sie sich den unmittelbar Bedürftigen zuwendet, wie Patienten, Pflegepersonal, Stationsärzten – oder ob sie fürs ganze Haus da sein will, inklusive der sich immer weiter in dünne Luft emporarbeitenden, eben *hoch*-leistungsorientierten Elfenbeinturmsspitze.

Wie auch immer – so zwischendrin erinnert sich die KHS an ihre traditionelle Seite und betrachtet von ihrer Tradition her das Ganze von außen – und stellt auf einmal fest: „Dieses

Projekt ist zum Scheitern verurteilt. Früher oder später wird der Herr herniederfahren und das alles vernichten. Und uns mittendrin.“

Könnte es nicht sein, dass dieses Bild – ob bewusst oder unbewusst ausgesucht – auf seiner symbolhaft-mythologischen Weise auf ein hochdramatisches Dilemma hinweist, in dem die Krankenhauseelsorge im Augenblick steckt?

Wie auch immer man zu solch einem Spiel mit den mythischen Bildern stehen mag, eine solche Perspektive könnte ein Hinweis sein, dass es in unserem Problembereich nicht nur um ein persönliches Zurandekommen mit der täglichen Seelsorgearbeit geht, sondern möglicherweise um überindividuelle, hochnormative Zusammenhänge, die im Hintergrund von hoher Wirksamkeit sind. So ließe sich – von unserer Geschichte her – das „Arbeiten am Anschlag“ durchaus so verstehen, dass – bei allem individuell-sinnvollen Arbeiten und den entsprechenden Erfolgen – das Bewusstsein der Vergeblichkeit *des Ganzen*, des Arbeitens in einem sich um sich selbst drehenden und vom Scheitern bedrohten Systems zutiefst an die eigene Substanz geht und Kräfte raubt.

Zumindest öffnet ein solcher Zugang den Blick auf eine hochkomplexe Verwobenheit, die nicht nur mit dem Krankenhaus und seinem Baustellencharakter, sondern auch mit dem Selbstverständnis der KHS zu tun hat.

So weit nun die einführenden Bemerkungen, die zumindest einige erste Perspektiven aufmachen, wie wir uns dem Thema „Baustelle Klinik – Umbruch im Profil der Krankenhauseelsorge?! (Fragezeichen-Ausrufezeichen) annähern können. Ich möchte dies jetzt tun 1. im Blick auf die Frage nach der Identität der Krankenhauseelsorge als Ausdruck ihrer Geschichte, 2. im Blick auf ihre Beziehung zur Institution Kirche, 3. im Blick auf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf das System Krankenhaus und 4. im Blick auf die Entdeckung des Menschlichen in der Medizin. Um auf diese Weise zumindest einige Perspektiven und *vor allem Anfragen* zu formulieren hinsichtlich dessen, was anstehen könnte im Blick auf eine Neuorientierung der Krankenhauseelsorge im Umgang mit ihrer derzeitigen Situation.

### **3. Identität und Identitätskrise – Perspektiven zur Geschichte der KHS**

Wenden wir uns zuerst einmal der KHS und ihrer Identität zu. Denn die zweite Hälfte des Titels „Umbruch im Profil der KHS – Fragezeichen Ausrufezeichen“ impliziert ja so etwas, wie eine Identitätskrise. – Wobei dazu als erstes festzuhalten ist: Das Thema Identitätskrise ist in der KHS so neu nun auch wieder nicht. Ich kann mich an Zeiten erinnern, in denen das bei jedem Treffen neu thematisierte „Wer sind wir als Krankenhauseelger?“ nur noch Ermüdungserscheinungen hervorrief. Aber es dürfte nicht zufällig sein, dass sich eben bis in die konkrete Gegenwart hinein das Identitätsthema der Krankenhauseelsorge primär im *Modus der Identitätskrise* artikuliert.

Insofern erscheint es von Gewicht, die Frage nach einem Verstehen der Gegenwart – in guter theologischer Tradition – mit einem Blick in die Geschichte zu beginnen. So wie in der unmittelbaren Seelsorgebegegnung das Wahrnehmen der erzählten Geschichten aus dem Leben Zugang eröffnet zu einem subjektorientierten Verstehen der Gegenwart, in der sich so immer auch Zukunft entwirft.

Das heißt: Die KHS ist in die Jahre gekommen

Dies ist die 55. Jahrestagung der KHS in Bayern. Wir können also mit einem ersten institutionalisierten Treffen 1954 rechnen und dies ist durchaus repräsentativ für ganz

Deutschland. 1954 – die Zeit unmittelbar vor der empirischen Wende in der Theologie. Die KHS war in gerade diesen Jahren zentral beteiligt an der Entdeckung, Einführung und Durchsetzung der beratenden Seelsorge für die Kirche und in der kirchlichen Praxis. Weg von der klassisch-dogmatischen Seelsorge der Dialektischen Theologie, hin zu einer person- und gefühlsbezogenen Seelsorge, auf der Basis von Erfahrungspraxis und erfahrungsbezogenem Seelsorgelernen.

So wie damals die Seelsorge insgesamt die Speerspitze der Theologie darstellte, so hatte die Krankenhauseelsorge eine Vorreiterrolle in der Seelsorgebewegung. Sie war so etwas wie die Repräsentanz von dem, was *eigentlich* Seelsorge ist und sein soll. „Wir sind ganz vorne dran, wir bringen Kirche in eine Welt, die eigentlich nichts von uns wissen will. Wir bringen Evangelium auf eine Weise, die lebensbezogen, realitätsbezogen, praxisbezogen ist und in der Beziehung wirklich spürbar, erlebbar wird – und die so freiheitseröffnend ist..“

Dieses Selbstbewusstsein, auf besondere und exponierte Weise Kirche zu sein und so etwas wie die eigentliche Seelsorge zu repräsentieren, hat die KHS zutiefst geprägt und wirkt in seiner Besonderheit bis in die Gegenwart. Nehmen wir nur das Beispiel der Ehrenamtlichen: Im allgemeinen kirchlichen Bewusstsein machen sie „Seelsorge“, während die im Altenheim nur „Omas besuchen“.

Nun können wir – von den Erkenntnissen der Organisationsentwicklung her – und insbesondere im Kontext der Organisationskultur – davon ausgehen, dass Wertigkeiten und normativ besetzte Haltungen der Pionierzeit in Organisationen sich nur schwer verändern lassen – und auf der Ebene der Kultur, des Unbewussten der Organisation selbst dann noch weiterwirken, wenn alle Personen von damals ausgetauscht sind und sich die äußeren Umstände schon längst geändert haben.

In dieser Hinsicht sei aus der Frühzeit neben dem Selbstwußtsein zumindest aufmerksam gemacht auf einige exemplarische Themenbereiche:

1. Praxis / Praxislernen / Selbsterfahrung: Hierin muss wohl der zentrale und durchschlagende Erfolg der beratenden Seelsorge gesehen werden. Er implizierte allerdings auch, weil er sich *gegen* eine praxislose Theorie durchsetzen musste, eine grundlegende Zurückhaltung gegenüber einer reflexiven Theoriebildung. Letztlich gibt es – außer einer begrenzten und zumeist sehr spezifischen Aufsatzliteratur und dem Handbuch der Krankenhauseelsorge aus den 90-er Jahren – kaum Literatur zur Theoriebildung der KHS.

2. Die Hermeneutik des Verdachts gegenüber allem, was mit Autorität zu tun hat: Diese Einstellung war eine zentrale Stärke – zuallererst einmal im Sinne einer permanenten Selbstkritik. Sie hatte das Interesse, im Seelsorgegespräch dem Gegenüber seine Freiheit zu lassen und es nicht mit den eigenen Vorstellungen zu kolonialisieren oder zu domestizieren. Diese autoritätskritische Einstellung kam dann natürlich gerade im Verhältnis zu den Bereichen auf besondere Weise zum Ausdruck, gegenüber denen die KHS sich in einem mühsamen und Kräfte kostenden Prozess abgrenzen und durchsetzen musste: gegenüber Kirche und Theologie.

Und 3. der Kontext – das Krankenhaus: Hier entwickelte sich eine hoch ambivalente Einstellung. Man gehörte nicht dazu, nicht in die Hierarchie, nicht in die Versorgungsabläufe, und das war auf der einen Seite gut so. Gegenüber einer reduktionistischen Medizin und dem um sie herum aufgebauten System hatte die Seelsorge so etwas wie ein Wächteramt, was Klessmann als die prophetische Dimension bezeichnet. Diese Haltung war es, die auf die Gefühle, auf die seelische Situation der Menschen achtete, die das Menschsein in all seinen Lebensbezügen im Blick hatte, sei es der Patienten, sei es des Personals. Aber die Freiheit des Evangeliums auf dem Banner machte auch verdammt einsam. In einer Umwelt, die entweder kein Interesse an einem hat oder einen als Anstaltsgeistlichen mit den Vorstellungen von Kirche identifiziert, von denen man sich selbst gerade abgrenzen möchte (Zitat Oberarzt: „Na Herr Pfarrer, was machen denn die Schäfchen?“).

Über lange Zeit war für diese Gesamtsituation der *deutende* Begriff „*Seelsorge im Zwischenraum*“, oder – wie es Klessmann zusammenfasst – zwischen Kirche und Krankenhaus, zwischen gesicherter Rechtsstellung und struktureller Bedeutungslosigkeit, zwischen Patienten und Mitarbeiterschaft, zwischen Macht und Ohnmacht, zwischen Alltagsgespräch und Psychotherapie usw. Was dann in der nicht so wohlwollenden Form aber immer auch heißt: „Zwischen allen Stühlen“. Und in dieser Zwischensituation mag dann auch die Rede von der Identität der KHS im Modus der Identitätskrise ihren Ursprung haben. Und aus einem durch diese Ungesicherheit induzierten Bedürfnis heraus war es über gut dreißig Jahre das Bestreben der Krankenhauseelsorge, auch Fuß zu fassen im Krankenhaus – wahrgenommen und akzeptiert zu werden von einem durch Welt- und Menschenbild der Medizin geprägten, technisierten Betrieb, in einem – im Verhältnis zu den Strukturen der Kirche und den Intentionen des Evangeliums – nach völlig anderen Regeln funktionierenden Betrieb, wahrgenommen zu werden in der eigenen Rolle, zwar konfessionell gebunden, aber doch offen für alle, eben als Repräsentanz des Blicks auf die menschliche Ganzheit.

Ich denke es war ein langer Weg durch die Institution, mit viel persönlichem Einsatz – doch nach vierzig Jahren Präsenz war die Seelsorge dann auch drin. Das Krankenhaus begann sie wahrzunehmen, nach ihr zu fragen, sie in sein System zu integrieren. Und das hatte Folgen. Wir werden darauf zurückkommen.

#### **4. Exkurs zu Individualisierung und Gesundheit in der Postmoderne**

Doch zuerst ein Exkurs zu den gesellschaftlichen Entwicklungen in deren Kontext die KHS anzusiedeln ist. In aller Kürze sei darauf hingewiesen, dass die KHS immer auch *als repräsentativer Ausdruck* und *als Antwort* auf ihre Zeit und ihre entsprechenden gesellschaftlichen Strömungen angesehen werden kann.

Läuft ihre praxis- und personbezogene therapeutische Orientierung doch parallel zu dem Psychoboom der 70-er, 80-er Jahre, der selbst wiederum als eine Reaktion angesehen werden kann auf eine immer stärker sich durchsetzende Tendenz, die umschrieben werden kann mit den Begriffen *Enttraditionalisierung*, *Individualisierung* und *Pluralisierung*. Das Individuum wurde durch eine immer breitere Bereiche umfassende Ent-Bindung aus dem Zwang vorgegebener Traditionen freigesetzt. Dieser Prozess wurde als wirkliche Befreiung erlebt, allerdings beinhaltete er auch ein permanentes Auf-sich-selbst-Zurückgeworfensein des Einzelnen. Ohne Rückhalt müssen nun in jeder Situation Entscheidungen getroffen und selbst verantwortet werden – und insbesondere in Krisensituationen, wie eben im Krankenhaus, stehen keine kollektiven Strukturen mehr zur Verfügung, die die exponierte Situation des Individuums abpuffern könnten.

Zugleich zeichnet sich in den letzten Jahrzehnten eine dramatische Verschärfung dieser Situation im Kontext des Themas Gesundheit und Krankheit ab. Im Zuge der gesellschaftlichen Individualisierung hat sich eine Art kollektiver *Zwang zur Gesundheit* etabliert. Jeder einzelne ist nicht nur seines Glückes Schmied, sondern auch seiner Gesundheit Schmied. Gesundheit ist zu einer Art gesellschaftlichem Ideal für den Einzelnen geworden, an der hat er zu arbeiten und die hat er auch zu erreichen und zu bewahren. (Klassisch im Namens-Wechsel der AOK von Krankenkasse zur Gesundheitskasse.) Dieser Gedanke hat sicher auch positive Seiten. Als normative Vorstellung der Machbarkeit von Leben und Gesundheit impliziert er aber immer auch, dass diejenigen, die aus diesem Gesundheitsprojekt herausfallen, als diejenigen identifiziert werden, die es nicht geschafft haben und die für dieses Nicht-Schaffen verantwortlich sind. Sie sind somit doppelt gestraft, sie sind real krank, möglicherweise von unverdientem Unglück betroffen, und fallen so aus dem gesellschaftlichen gesundheitsbezogenen Wertschätzungskontext heraus *und* ihnen wird dann

auch noch die Schuld für ihre Krankheit zugewiesen. (Wir kennen das exemplarisch aus den Begegnungen mit Krebserkrankten).

In dieser Hinsicht werden Kranke zu Symptomträgern dafür, dass die Gesellschaft alle passiven, erleidenden Seiten des Lebens ausblendet und primär Autonomie, Selbstkonstruktion und Machbarkeit des Lebens positiv besetzt.

Für diese Menschen ganz unmittelbar und als Person in einer wirklichen Beziehung da zu sein, ist die KHS angetreten.

Dabei ist sie – ganz Kind ihrer Zeit – vorzugsweise mit der individuellen Seite des Leidens beschäftigt gewesen.

Dies ist eminent wichtig. Und es kostet – durch die notwendige Konkretion in der persönlichen Begegnung – auch ungeheuer viel Kraft.

Dadurch ist allerdings *auch* der kollektiv-gesellschaftliche Hintergrund kaum zum Thema geworden. In der Konzentration aufs Individuelle (von der Selbsterfahrung bis zur Patientenbegegnung) ist die KHS nie politisch geworden – und auch der Blick auf Systeme, Strukturen, gerade in einem Gesundheitswesen, das über den unmittelbaren Bezug zum eigenen Krankenhaus hinausgeht, ist außerhalb der individuellen Ebene kaum zum Thema geworden. Gefördert durch das Einzelkämpfertum hat sich eine gewisse Systemscheu entwickelt.

Einmal ganz abgesehen davon, dass so die Veränderungen im Gesundheitswesen eher wenig aktive und öffentliche Reaktionen hervorgerufen haben, sondern mehr im Modus der individuellen Anpassungsstrategie in den Seelsorgealltag eingearbeitet worden sind – es ist auch die Frage, inwiefern eine Seelsorge, die offen auf den Kranken in seinem Leid zugeht, nicht auch zum Abladeplatz für den unterschwellig kollektiven Druck geworden ist, den die Patienten zusätzlich zu ihrer persönlichen Situation immer auch mitbringen. Zum Abladeplatz eines gesellschaftlich bedingten Drucks, der immens viel Kraft kostet, weil er eben überindividuell ist und mit dem umzugehen auch der Seelsorge von ihrer Konzeption her kaum Mittel zur Verfügung stehen.

## **5. Die Krankenhauseelsorge und ihre Kirche**

Ein exemplarischer Ort, an dem m.E. kollektiver Druck untergebracht werden konnte, ist aus der Perspektive der KHS ihre Basisinstitution, die Kirche, die eben selbst so etwas wie eine kollektive Repräsentanz darstellt. Es ist ein interessantes Phänomen, dass – gegenüber vielen anderen kirchlichen Spezialberufen – die KHS sich durch eine hohe Klagbarkeit gegenüber ihrer Kirchenleitung auszeichnet.

War doch ihr Verhältnis zur Kirche von Anfang an durch das Bewusstsein des Andersseins geprägt: „Wir sind Kirche, aber eben ganz anders, in einer völlig fremden Welt“. Dieses Anderssein machte eine permanente Abgrenzung gegenüber allen als kirchlich-übergreifend empfundenen Einbindungen notwendig (exemplarisch in der Aufforderung des flächendeckenden Besuchs aller Evangelischen, in der Einbindung in die Parochialstruktur, in der Verpflichtung zur Teilnahme an KV-Sitzungen usw.). In der Gleichzeitigkeit einer hohen, den einzelnen Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorgern eigenen Sensibilität dafür, dass der Anstellungsträger Kirche die harte und kräfteeraubende Arbeit der KHS nur selten wahrnahm, geschweige denn angemessen würdigte.

So hat sich die Beziehung zur Kirche über weite Strecken als eine *angespannt, teilweise vor allem negative* Beziehung etabliert, gewissermaßen als eine Form des problematisierenden Kontakts, in dem allerdings durchaus so etwas wie Spannungsabfuhr stattfinden kann. Es ist im Verhältnis zur Kirche erheblich leichter und auch eingeübt, Abhängigkeiten, Unklarheiten, fehlende Wertschätzung oder Ungerechtigkeiten zu identifizieren und zu bekämpfen, als im

Verhältnis zum Krankenhaus, Krankenhausträger oder etwa dem Gesundheitswesen in seiner diffusen Abstraktheit. Insofern kann es durchaus geschehen, dass an den kirchlichen Konfliktpunkten noch ganz andere Stimmungen und Emotionen andocken, die eigentlich ganz woanders hingehören.

Insofern ist die Beziehung zur Kirche sicherlich in wesentlichen Teilen noch ausbaufähig – und zwar *für beide Seiten* – im Hinblick auf die Wahrnehmung des „Was macht ihr eigentlich?“ und im Hinblick auf die Anerkennung dessen, was schon getan wird. Und möglicherweise im Finden von neuen Konzepten, die gegenüber einer veränderten Krankenhauswelt einer institutionellen Rückendeckung bedürfen – gerade dann, wenn Krankenhauseelsorge vertraglich in Kliniken eingebunden wird.

Für eine solche Konzeptionsbildung reicht allerdings ein Positionspapier im Sinne von Beschreibung und Forderung nicht aus. Hier wird auch die Kirche durchaus das Recht haben, die traditionell vernachlässigten Bereiche von Seelsorgetheoriebildung und auch der theologischen Konzeptionalisierung einzufordern. Im Interesse an einer gemeinsamen Gestaltung eines reflexiven Rahmens. Auf dieser Basis können dann auch inhaltliche Überlegungen wie die Frage nach Gottesdienst und Rufdienst ihren Ort haben.

## **6. Erste Annäherung an die Baustelle Klinik – Fragen aus der unmittelbaren Praxis**

Mit der Frage nach Gottesdienst und Rufdienst sind wir dann aber schon mittendrin in den konkreten Themen und Problembereichen, die als Ausdruck einer sich verändernden KH-Situation angesehen werden können.

Dabei zeigen sich zuerst einmal allgemeine Tendenzen, die die KHS mit der Kirche teilt. Parallel zur Situation in der Gemeinde lässt sich ein sinkender Gottesdienstbesuch, ein sinkender Anteil evangelischer Christen in der Gesellschaft oder auch ein Wandel des ehrenamtlichen Engagements hin zu einem eher projektbezogenen und damit zeitlich begrenzten Verhalten feststellen. Doch dies potenziert sich im KH. – Einmal ganz abgesehen davon, dass die Einsamkeit des KH-Seelsorgers, der -seelsorgerin beim Gottesdiensthalten nicht völlig neu ist – in einer Zeit, in der die Liegezeiten auf Grund der DRGs dramatisch reduziert sind und die Patienten – wie es so schön heißt – „noch blutig“ entlassen werden, sobald sie sich also nur irgendwie bewegen können, wird der Gang zum Gottesdienst noch einmal neu zu einem Problem. (Und nur am Rande: in Spannung dazu die Tatsache, dass immer mehr Krankenhäuser Andachtsräume einrichten).

Zugleich reduziert die drastische Verkürzung der Liegezeiten die Patientenbegegnung auf mehr oder weniger punktuelle – und bei der immensen Patientenzahl – eher zufällige Gespräche. Was kann das Ziel eines solchen Einzelgesprächs sein? Welcher spezifischen Methoden bedarf es?

Begleitung – wofür die KHS einmal programmatisch angetreten ist – ist nur mehr in eher seltenen Fällen möglich. Sie ist – mit all den damit verbundenen Belastungen – faktisch in die Kur- und Rehasseelsorge ausgewandert, ohne aber dass sich die öffentliche Vorstellung von Kur- und Rehasseelsorge als einer Art „netter Urlauberbetreuung“ geändert hätte.

In all diesen konkreten Zusammenhängen fehlt zur Zeit eine qualifizierte Konzeptionsbildung. Selbst dann, wenn das klassische Verständnis des begleitenden seelsorglichen Gesprächs so lückenlos übertragbar wäre, wie das de facto praktiziert wird, sollte *wenigstens dies* begründet bzw. genauer reflektiert werden. Es könnte aber sein, dass das Einzelgespräch, bei dem sich die gesamte Begegnung eines Menschen mit der Seelsorge auf 40 Minuten reduziert, wobei bei jedem ungebetenen Besuch auch noch eine Phase der Motivation zum Gespräch abzuziehen ist, letztlich einer sehr viel strukturierteren Form und somit einer eigenen Methodik bedarf, bis hin zur Frage, ob und wie denn die geistliche Identität von Seelsorge



zum Ausdruck kommen soll. War es früher ein zentrales Argument bezüglich einer deutlichen Zurückhaltung expliziter Religiosität im Seelsorgegespräch, dass das Befreiende des Evangeliums sich in der begleitenden Beziehung entfaltet, so könnte ich mir vorstellen, dass nicht nur die Seelsorgerin, sondern auch das Evangelium unter Druck gerät, soll dies in 45 Minuten geleistet werden.

Dazu nur am Rande das Zitat eines Klinikpfarrers: „Die 40 Minuten bekomme ich höchstens ein bis zwei Mal an einem Stück in der Woche hin. Unterbrechungen durch versorgende Pflegekräfte, Bettnachbarn, die sich beteiligen, den Patientenfahrdienst, der zu einer Untersuchung abholt, sind die Regel. Was sich ereignet, muss sich in 90% der Gespräche in 10-20 Minuten ereignen.“

Dies beinhaltet: Wenn denn der Kontext Inhalt, Methode und Ziele mitbestimmt, so ist die konzeptionelle Frage zu stellen – und zwar neu, unter Einbeziehung dieses Kontextes. Es mag ja durchaus in dem einen oder anderen KSA-Kurs auf die Thematiken eingegangen werden, es mag ja individuell der oder die Einzelne sich spezifisch fortbilden – es bedarf aber einer kollektiven Perspektive bezüglich einer Beantwortung fundamentaler Fragen zum Patientengespräch, wie z.B.: Was will KHS im Patientengespräch? Wie ist das zu erreichen? Und wie ist das angemessen erlernbar?

An dieser Stelle ein kleiner Exkurs zu einer grundsätzlichen Problemstellung des Themas „Baustelle Klinik“, die ich einmal als Frage formulieren möchte: Wie kommt die KHS aus der *Reaktionsfalle* heraus? Wie kommt die KHS aus der Situation des immer bloß Reagierens auf von außen gesetzte Veränderungen in eine Situation, in der sie im grammatikalischen Aktiv handeln kann?

Ich möchte den Gedanken des grammatikalischen Aktiv kurz verdeutlichen: Es ist ein erheblicher Unterschied, ob ich sage: „Ich habe Angst“ oder: „Die Angst hat mich“. In beiden Fällen habe ich reale Angst. Aber im grammatikalischen Aktiv bin ich immer noch als handelndes Ich sichtbar und beweglich und werde nicht nur wie eine Marionette bewegt. Und in dieser Hinsicht erscheint es mir im Blick auf die Baustelle KH von einer fundamentalen Notwendigkeit für die KHS aus den bislang aufgezwungenen Anpassungsstrukturen herauszukommen und so etwas wie eine eigene Basis der Reflexion und des Handelns zu finden.

## **7. Zweite Annäherung an die Baustelle Klinik – Seelsorge als Kunden-Dienst?**

Hatten die soeben benannten Punkte zuerst einmal mit den klassischen Themen der Seelsorge, Gottesdienst und Gespräch zu tun, die durch die allgemeinen Umstrukturierungen des Gesundheitswesens tangiert sind, so tut sich für die Krankenhausseelsorge noch einmal eine ganz eigene Welt auf im Blick auf ihr Verhältnis zu Krankenhaus, Krankenhausleitung, Krankenhausträger.

Denn hier haben m.E. Veränderungen stattgefunden, die bis hin zur Infragestellung eines christlich-theologischen Selbstverständnisses reichen können.

Exemplarisch deutlich wird diese Veränderung, wenn man die klassischen Verträge aus den 70-er Jahren zwischen den Kirchen und den Kliniken bzw. ihren Trägern betrachtet: Maschine geschrieben, schlicht das Existenzrecht der Seelsorge feststellend und dadurch auch in der Gegenwart relativ auslegungsoffen – und wenn man dann mit ihnen einen der neueren Anstellungsverträge eines Seelsorgers durch die Klinik vergleicht, hoch differenziert mit einer klaren Festlegung von Zielen und vor allem mit einer eingehenden Beschreibung von Aufgaben, Arbeitsumfang und Tätigkeitsbereichen des Seelsorgers – nicht durch die Kirche, sondern durch die Klinik.

Doch der Reihe nach: Wir können davon ausgehen, dass die alte Theorie des „Zwischen“ für die KHS so unmittelbar nicht mehr stimmt oder dass sie zumindest eine doppelte Schraubendrehung komplizierter geworden ist. In den letzten gut 15 Jahren hat sich die Akzeptanz von Seelsorge im KH deutlich geändert, aus einer ursprünglichen Ablehnung bzw. interesselosen Distanz ist über weite Strecken der Wunsch nach Seelsorge im Haus bzw. die Integration der Seelsorge in die unterschiedlichsten Tätigkeiten im Haus geworden, bis dahin, dass bei den zweijährigen Krankenhauszertifizierungen die Seelsorge als spezifisches Element des Hausprofils benannt wird.

Dieses Drin-Sein im Haus, über Jahrzehnte ersehnt, schafft allerdings auch Probleme. Zuerst einmal als mehr Arbeit, die von Ethikkommissionen über Mitarbeiterfortbildung, Pflegeschule, Projektarbeit, Palliativarbeitsgruppe bis hin zu einer Neubestimmung des Rufdienstes als mobiler hausinterner Krisennotdienst reichen kann, wodurch ein klassisches Seelsorgethema, das zugleich Alleinstellungsmerkmal im Haus ist, eine Funktion *im Haus* bekommt, die sowohl hilfreich, wie auch nach außen vorzeigbar ist. Je besser ein Seelsorger, eine Seelsorgerin im Haus integriert ist, umso größer ist die Tendenz des Hauses sie in Anspruch zu nehmen. Grundsätzlich kann gelten, dass dadurch auch ein Gesamttrend der KHS charakterisiert ist, der weggeht von der Fokussierung auf die klassischen Aufgaben am Krankenbett und in der Kapelle – hin zu einer immer umfassenderen Übernahme systembezogener Aufgaben.

Wobei sich bereits hier auch inhaltlich die Frage stellt: Will die Seelsorge das eigentlich? Warum will sie das – und wie lässt sich dies von einem christlich-theologischen Selbstverständnis her verstehen? Wobei es mir überhaupt nicht um ein Für oder Wider geht, sondern um die Notwendigkeit der *Entselbstverständlichung*, d. h. um die Notwendigkeit sich nicht nur einfach den sich verändernden Bedingungen anzupassen, sondern über sie nachzudenken.

Wobei die Probleme des Drin-Seins im Haus sich nicht auf die Frage nach der Mehrarbeit beschränken:

Die Krankenhäuser tun dies ja nicht aus lauter christlicher Nächstenliebe. Das Interesse an der Seelsorge ist Ausdruck eines hochpräzisen und straff durchorganisierten betriebswirtschaftlichen Denkens, das das gesamte Krankenhaus durchzieht. In der Konkurrenz der verschiedenen Krankenhäuser als Gesundheitsanbieter soll der Patient, als zu heilender und als zahlender, so weit zufriedengestellt werden, dass er als Kunde wiederkommt.

Eine zentrale Entdeckung in der Umorganisation der Krankenhäuser war insofern die Entdeckung der Seelsorge als Ressource für die Kundenzufriedenheit, d.h. die Einbindung der bislang im Haus frei flottierenden Seelsorge als eine Art „psychosoziales Betreuungsangebot“ ins Leistungsspektrum des Krankenhauses. Seelsorge wird so zu einem Element der corporate identity des sich – wie es in Leitbilder gerne heißt – um den Menschen kümmernden Krankenhauses (im Leitbild heißt es nie Kunde), ja sie trägt auf spezifische Weise zur Profilbildung von einzelnen Krankenhäusern bei, was bis in die regelmäßigen Zertifizierungen reicht. Dies alles beinhaltet aber auch eine umfassende Integration der KH-Seelsorge in eine ökonomische Wirklichkeit, – was natürlich immer auch eine Einbindung in Ziele, Menschenbild, Leistungsorientierung des Krankenhaus- und des Gesundheitssystems beinhaltet. Pointiert gesagt: Eine Mutation zur Warenförmigkeit des Evangeliums. Seelsorge wird zum Kunden-Dienst.

Wobei dies noch einmal eine Zuspitzung erhalten hat, seit es nach Einführung der Abrechnungsziffer für psychosoziale Betreuung um richtiges Geld geht. Wenn da also ein Psychiatriseelsorger seine Andachtszeiten dokumentieren soll, damit sie als „Entspannungsangebote“ angerechnet werden können. Oder wenn in der palliative-care-Konzeption die Seelsorgebesuche abgerechnet werden können, so denn der Seelsorge dokumentiert, wann und wie oft er beim Patienten war.

So wird faktisch das klassische Symbol der Krankenhauseelsorge in sein Gegenteil verkehrt:



Es wird umgedreht und es entsteht -



eine Art Sparbüchse für das Krankenhaus.

Nun ist es keine Frage, dass auch professionelles christliches Handeln unter betriebswirtschaftlichen Bedingungen möglich ist, wir kennen das klassische Thema der Diakonie, aber es sollte bewusst sein und sehr genau reflektiert. Und ich bin mir nicht sicher, ob das im KH-Seelsorgekontext immer der Fall ist. Die Übergänge sind fließend. Da werden vom Krankenhaus Räume gestellt, da werden Materialkosten übernommen, Telefone und Rechner bezahlt. Das ist für die Seelsorge im Haus ganz angenehm, die Situation im Zwischenraum wird ausgepolstert – doch während hier der Seelsorger das Bewusstsein des alten Modells pflegt „Ich bin Gegenüber“, verrechnet die KH-Verwaltung die eigenen Leistungen und verlangt vom Seelsorger ein entsprechendes Handeln. Der aber fühlt sich nun gegängelt, an der empfindlichsten Stelle getroffen – und packt die Keule der Freiheit des Evangeliums aus. Usw.

Ähnlich dann all die Fragen im Umkreis des Themas Qualitätssicherung. Muss Seelsorge da mitmachen, wenn ja, dann wie?

Ich denke, es wird deutlich, wie das klassische Selbstverständnis von KHS permanent auch in Konflikt geraten kann mit der Einbindung ins Ökonomische.

Denn – noch einmal sehr zugespitzt formuliert: Wer zahlt, schafft an! In dieser Hinsicht ist die klassische KHS von ihrem Anstellungsträger Kirche her verwöhnt. Da sind alle Freiheiten dagewesen. Das mag manchmal auch nicht ganz so einfach gewesen sein, alle Freiheiten zu haben, doch der Eintritt ins ökonomische System – und der beginnt bei Telefon, Material und

Räumen – induziert hier völlig andere Zwänge. Und durchaus auch das Recht des Anstellungsträgers, hier einzugreifen.

Auf besondere Weise kommt dies dann dort zum Ausdruck, wo die *ganze* Seelsorgestelle vom Krankenhaus bezahlt wird. Dort wird Seelsorge zumindest strukturell zu einer Art psychosozialen Konsiliardienst, der wirklich eingebunden ist in die Strukturen, Leistungsanforderungen und Ziele des Unternehmens.

Wir erinnern uns an unser Eingangsbild vom Turmbau zu Babel.

Grundsätzlich wird hier deutlich: Seelsorge im Haus ist etwas gänzlich anderes als Seelsorge im Gegenüber zum Haus. Aber für dieses Integriertsein ins ökonomische System stehen der KHS keine neuen Konzeptionen zur Verfügung. Während also die Umwelt und die Beziehung zu ihr sich grundlegend geändert hat, klebt die KHS noch an ihren tradierten Vorstellungen und Normativitäten aus der Zwischenwelt.

Dies ist zuerst einmal in seiner Realität wahrzunehmen. Und nicht gleich mit der bisherigen Krankenhaussseelsorge-Denktradition zu vermischen: „Wir sind zwar im Krankenhaus und gehören doch nicht dazu. Wir repräsentieren und vertreten eine Gegenwelt, eine ganz andere Wirklichkeitskonzeption als das Gesundheits- und Wirtschaftssystem. Wir sind die Stimme des Rufers in der Wüste.“ Dies ging, solange die Seelsorge wirklich eine solche – zwar einsame – aber doch klare Außenposition im Haus hatte.

Doch das hat sich deutlich geändert – in unterschiedlichsten Übergangszuständen.

Nun heißt das nicht, sich zu prostituieren, und völlig an den Kundendienst anzupassen. Nach wie vor hat die Seelsorge mit ihrer Wirklichkeitssicht, mit ihrem Bild vom Menschen, mit ihrem christlichen Glaubenshintergrund auch ein Gegenprogramm – und sie hat es zu vertreten – nur eben jetzt nicht mehr unter den Bedingungen des Gegenübers im System, sondern unter den Bedingungen, selbst Element des ökonomisch-medizinischen Systems zu sein.

D.h. es geht um die Frage, und die ist grundsätzlich neu zu bedenken: Wie ist diese Position klar zu benennen, wie ist das christliche Element unter den Rahmenbedingungen einer ökonomischen Welt realisierbar – und wie wollen wir das vertreten?

Denn dass die Sperrigkeit der Seelsorge Reibungsflächen schafft, sieht man im bundesdeutschen Kontext daran, dass Krankenhäuser ihre Seelsorgestellen wieder abschaffen und im Sinne ihrer Kundenorientierung einen „psychosozialen Betreuungsdienst“ einstellen“. Der besser ans System angepasst ist.

Was natürlich heißt, im Ringen um die knapper werdenden Finanzen gerät Seelsorge auf einmal in eine Form des Konkurrenzdrucks, bei dem ihr christlicher Hintergrund, ihre konfessionelle Gebundenheit z.T. wie ein Hindernis wirkt.

D.h. nun auf einer grundsätzlichen Ebene: Hat Seelsorge bislang ihr Anderssein im KH gepflegt, so haben wir zur Zeit eine völlige Umkehrung dieses Gedankens: das Anderssein – in seiner Ausrichtung auf Menschlichkeit – wird vom System vereinnahmt, in seine leistungs- und kundenorientierten Ziele integriert und so in die medizinische Wiederherstellungsmithologie eingespannt. Dies schafft neue Zwänge und macht eine Klärung der Frage dringend notwendig, wie unter diesen Bedingungen, in, mit und unter dem ökonomisch-medizinischen System so etwas wie die christliche Wirklichkeitssicht und Glaubenshaltung in ihrer Gegenposition realisierbar ist – als Freiheit des Evangeliums und kritisches Gegenüber?

Hier gilt es dann auch theologisch neu nachzudenken: Was bedeutet ganz konkret Rechtfertigung? Als Aufhebung des Tun-Ergehens-Zusammenhangs. Im Blick aufs Individuum. Aber auch im Blick aufs System?

Wie steht es um die Themen Endlichkeit, Geschöpflichkeit, Lebens als Geschenk – und die Frage nach einer grundsätzlichen Passivität des Lebens, die auch etwas mit einem Erleiden desselben zu tun haben kann?

Wie ist das mit dem Thema Sünde – und das nicht nur im Blick auf eine (in Anführungszeichen) „böse Umwelt“, sondern vor allem im Blick darauf, dass alle – auch die Seelsorger – teilhaben an dieser Umwelt.? Usw.

In diesem Zusammenhang steht eine grundlegende, eben auch theologische Konzeptionsbildung an, denn die Situation ist neu in der Krankenhausseelsorge und die bisherigen, vertrauten Formen kommen schnell an ihre Grenzen. Wobei dies nicht nur eine Sache der einzelnen KHSeelsorgerInnen ist und sein kann, denn hier geht es um mehr als ihre Privatheit bzw. Person. Hier sind ganz besonders auch die Kirchen gefragt, als institutionelle Repräsentanzen, ganz besonders dort, wo es um Finanzierungsverträge geht. Was kommt da hinein? Wie ist das mit der Weisungshoheit? Wer hat die Dienstaufsicht, wer die Fachaufsicht? Wie ist das sperrig-kritische Element der Seelsorge, wie ihre Freiheit integriert? Doch das sind bereits sekundäre, eben konkrete Themen. Ihnen allen voraus sollte die grundsätzliche Frage stehen, die immer auch eine theologische Frage ist: Wollen wir das eigentlich, das Arbeiten im System? Und wenn ja – mit welchen Konsequenzen? Müssen wir unseren eigentlichen Auftrag hintanstellen oder verbergen – und dann subversiv im System zu arbeiten? Oder – wie arbeiten wir dann konkret unter diesen Bedingungen? Ist so etwas wie eine Gleichzeitigkeit von Akzeptanz und Widerspruch im ökonomisch-medizinischen System möglich? Wo ist das Spezifische der Seelsorge im Kontext ihres christlichen Glaubenshintergrundes?

Vielleicht wäre es nicht ungünstig, sich einmal zusammzusetzen und über KHS nachzudenken, wie wenn es sie noch nicht gäbe. Um unter diesen Bedingungen zu schauen: Wollen wir ins Krankenhaus, so wie es ist? Und wenn ja – wie?

Wobei in diesem Rahmen dann noch ein anderes Thema sichtbar wird, das zutiefst das bisherige Selbstbild der KHS im Sinne von „Wir sind die Guten“ angreift.

Ich möchte das einmal bezeichnen mit: vom einsamen Wolf, vom Wächter über die Ganzheit des Menschen, hin zum Eingebundensein ins interdisziplinäre Team, zum Fachmann fürs Religiöse.

War doch die Position der KHS über lange Zeit geprägt durch ihr Gegenübersein, nicht nur zu den Verwaltungsstrukturen des KH, sondern ganz besonders zur objektalen Struktur der klassischen Medizin. Diese war fixiert auf die Objektivität des Symptoms, hinter dem der Mensch nicht mehr sichtbar war, und die KHS schöpfte einen wesentlichen Teil ihres Selbstbewusstseins aus dem prophetischen Amt, das den ganzen Menschen stark macht. Dies hat sich in neuerer Zeit radikal geändert.

Exemplarisch in der Palliativmedizin wird ein radikaler Paradigmenwechsel in der medizinischen Perspektive sichtbar. Denn wer sich Lebensqualität und Lebenszufriedenheit aufs Banner schreibt, der muss mit dem Patienten als Menschen *reden*, um zu wissen, was für diesen Lebensqualität bedeutet. Der kann ihn nicht nur objektal als Krankheitsträger betrachten, der muss ihn als lebendiges Subjekt ernst nehmen. Und diese – nennen wir es einmal so – „Vermenschlichung des Patienten“ dringt auf vielen Ebenen in die Medizin und somit ins Krankenhaus ein. Was allein schon am ständigen Anwachsen von Ethikkommissionen und Ethikkomitees sichtbar wird.

In der Einbindung der Krankenhausseelsorge in die interdisziplinären Teams wird dann aber aus dem vormaligen einsamen Wächteramt eine Stimme unter vielen.

Und wenn Traugott Roser das gemeinsame Konzept von palliative care bzw. spiritual care beschreibt, dann lässt sich zumindest die Frage stellen: Wird hier der Seelsorger zum

Fachmann, zum Spezialisten fürs Religiöse? Das wäre für die Pioniere der KHS ein Gräu­el gewesen.

Und es stellt sich zumindest die Frage, wie die KHS mit der – mehr oder weniger deutlichen – Kränkung umgeht, nun nicht mehr allein das Wächteramt fürs Menschliche, für die Ganzheit zu vertreten.

Erst auf diesem Hintergrund kann neu die Frage gestellt werden, inwiefern nicht dann doch unter den Bedingungen des interdisziplinären Eingebundenseins die geistliche Dimension der Seelsorge hier immer noch eine eigene Wirklichkeitsdimension mit durchaus hohem Anspruch vertritt – nun allerdings auf einer anderen Ebene.

Im Grunde wiederholt sich hier noch einmal strukturell dasselbe Thema, das in der Frage nach der Freiheit der Seelsorge unter den Bedingungen der Ökonomie immer schon mitschwingt.

Und es ist die grundsätzliche Offenheit für diese menschliche Dimension angesichts der Gotteswirklichkeit, die dann noch einmal und neu die Seelsorge zu einer Art Symptomträger macht für all das, was das Krankenhaus als ökonomisches System ausblendet – und was dann aber auch unendlich viel Kraft kostet.

Denn die Kundenorientierung beinhaltet in ihrer Zielbestimmung ja die Notwendigkeit einer Zufriedenheit – der Kunde soll ja wiederkommen – aber diese Zufriedenheit soll hergestellt werden unter den Bedingungen, dass er Schmerz erlebt, dass man ihm den Bauch aufschneidet usw. D.h. von der Kundenorientierung her muss möglichst schnell diese leidbehaftete Seite eliminiert bzw. ausgeblendet werden. Dies stellt letztlich auch eine hohe Anforderung an den Patienten dar. Demgegenüber begegnet die Seelsorge dem Patienten mit einer grundsätzlichen Offenheit und bekommt auf diese Weise all die dunklen Seiten ab, die durchs System unterlaufen werden. Sie repräsentiert so – im System – denjenigen Ort, *wo das abgeladen werden kann, was nicht ins System passt*. Sie ist grundsätzlich offen für die Frage „Was fehlt Ihnen denn?“ nun aber nicht auf das körperliche Befinden bezogen, sondern auf die Schattenseiten des Krankenhaussystems.

Nun mag dies durchaus eine reinigende bzw. entlastende Funktion *innerhalb* des Systems haben, es bedeutet aber für die KHS auch eine eminente Belastung, deren Druck nur schwer irgendwohin abzugeben ist.

Meines Erachtens ist es gerade ihre Offenheit für *alles*, was kommt, die die KHS zum Symptomträger für die leidbehafteten und ausgeblendeten Seiten des ökonomischen Krankenhaussystems macht, in denen sich zugleich die gesamtgesellschaftlichen Schattenseiten des Gesundheitsideals spiegeln, die bei der Arbeit in der KHS immens viel Kraft kosten.

Es ist beeindruckend, was KHseelsorger und -seelsorgerinnen da permanent leisten.

## **8. Ausblick**

Ich komme zum Schluss:

Damit sind nun einige grundsätzliche Themen im Umkreis der Frage „Baustelle Klinik – Umbruch im Profil der Krankenhausseelsorge (Fragezeichen, Ausrufezeichen)“ zumindest holzschnittartig benannt.

Ich denke es ist deutlich geworden, wo die Aufgaben für eine Zukunft der KHS liegen. Es geht nicht so sehr um ein Herumbasteln an Symptomen, sei es der Rufdienst, sei es der Gottesdienst oder was auch immer. Manche Fragen, wie z.B. die Reduktion auf das reine Patientengespräch, haben sich letztlich von selbst erledigt.

Sondern es geht darum, im Verhältnis zur eigenen Tradition eine neue Position zu finden. D.h. zu schauen, wo stimmen unsere alten Ideale und Konzeptionen noch und wo sind sie

vergangene Geschichte. Um dann im Blick auf die unendliche Baustelle Krankenhaus die zentrale Frage zu stellen, im Sinne von: Was wollen wir im Krankenhaus? Und ein solcher Suchprozess bedarf einer Zusammenarbeit von Krankenhauseelsorgern und -seelsorgerinnen und der Kirchenleitung und der Theologie. Auf dieser Basis können dann konkrete Entscheidungen getroffen werden, wie z.B. müssen wir der Klinikleitung Rechenschaft ablegen? Und wenn ja wie usw.

Wenn Praktische Theologie etwas zu tun hat mit der Kommunikation des Evangeliums in einer widerständigen Welt, unter den Bedingungen, dass man selbst ein Element dieser widerständigen Welt ist, dann hat die KHS hier eine hochexemplarische und repräsentative Funktion. Es geht um Rechtfertigung in, mit und unter den Bedingungen eines ökonomischen Systems und seiner Weltsicht. Dabei mag es nicht ungünstig sein, wirklich noch einmal neu – unter den Bedingungen der Krankenhauswelt – Theologie zu treiben, um sich dessen zu vergewissern, was man tut und warum man es tut.

Aber das ist das Thema eines anderen Vortrags.

Was deutlich geworden sein mag, ist die Komplexität, in die die Krankenhauseelsorge auf den verschiedensten Ebenen eingewoben ist, und dass es hochplausibel ist, dass das eine harte Arbeit am Anschlag beinhaltet. Sowohl beim Patienten als auch als Arbeit in einem gesellschaftlichen und ökonomischen System. Da mittendrin zu sein, zu wissen, dass es sich hier vielleicht um eine unendliche Baustelle handelt, die durchaus an den Turmbau zu Babel erinnert – und dennoch jeden einzelnen Menschen im Lichte der Gotteswirklichkeit zu sehen, ist eine Aufgabe, die in ihrer paradoxen Verfasstheit vielleicht nur möglich ist, wenn man sich selbst immer wieder des eigenen Begründetsein in der Gotteswirklichkeit vergewissert.

[wolfgang.drechsel@uni-heidelberg.de](mailto:wolfgang.drechsel@uni-heidelberg.de)