

Zwischen Präsenzseelsorge und Rufseelsorge

Not ist Not, und hat kein Maß.
Martin Luther

Die *Relevanz* der Kirche(n) in unserer Gesellschaft nimmt ab. Das findet seinen Niederschlag im Schwund von *Ressourcen*, der auch die Krankenhausseelsorge betrifft, sowohl in Bezug auf Stellen wie auf das Personal. Gegenläufig zu diesen beiden Entwicklungen scheint die *Resonanz* der Klinikseelsorge dort zu wachsen, wo sie präsent ist. Und so stellt sich die Frage nach der *Resilienz* der Krankenhausseelsorge in Krisenzeiten. Sie gerät selbst in die Lage, eine Patientin zu werden. „Meinen“ Patienten im Krankenhaus begegne ich meist mit der (unausgesprochenen) Frage, die der Engel Hagar in der Wüste stellt (Gen 16,8): woher sie kommen und wohin sie wollen. Und darüber hinaus, da ich auch das nicht so genau weiß wie der Engel, wo sie sich gerade in ihrer subjektiven Wahrnehmung (Seele) befinden. Auch das kann man auf die Klinikseelsorge selbst anwenden.

1. Vergangenheit

Als ich zusammen mit meiner Frau 1996 die „Pfarrstelle in der Kirchengemeinde Bad Aibling und Bad Feilnbach für Seelsorge an Kurkliniken und Rehabilitationseinrichtungen“ antrat, waren wir auf dem Papier für 12 Kliniken zuständig. Das betraf Kur-, Fach- und Rehakliniken mit Ausnahme des Kreiskrankenhauses. Dafür blieb der Gemeindepfarrer zuständig. So war es üblich, abgesehen von großen Akutkrankenhäusern: es herrschte das Parochialprinzip. Die Gemeinde mit ihren Pfarrern war zuständig für alle Einrichtungen auf ihrem Gebiet. Das galt zunächst auch für die 1993 eröffnete Neurologische Klinik in Bad Aibling. Doch spätestens an ihr zeigte sich, dass das auf Dauer nicht zu leisten war. Und so wurde die neue Pfarrstelle für Klinikseelsorge errichtet. Parallel dazu wurde übrigens in

der Arbeitsgemeinschaft der Krankenhausseelsorge in der Bayrischen Landeskirche ein Vertreter für diesen neuen Bereich „Reha-Seelsorge“ obligatorisch, neben Akutkrankenhaus, Kinderseelsorge und Psychiatrieseelsorge.

Von außen, aus der Perspektive des Gemeindepfarramts, erscheint die Klinikseelsorge als Begrenzung und Fokussierung auf einen Bereich, räumlich, zeitlich, inhaltlich. Aber von innen fächert sich auch dieser wiederum auf. Kliniken zergliedern sich in unterschiedliche Stationen, in jeder Einheit muss man auswählen, Schwerpunkte erkennen und Akzente setzen. Während wir wie Halbnomaden zwischen Kliniken unterwegs waren, bekamen katholische Kollegen in der Regel sofort ein Büro in einem Haus, für das allein sie zuständig waren.

Ohne regelmäßige Präsenz in einem Haus verliefen punktuelle Angebote wie Sprechstunden oder Gesprächskreise im Sand. Und auch Angebote zur Erreichbarkeit wurden dort selten in Anspruch genommen, wo sie keinen »Sitz im Leben« der Klinik hatten.

Im Laufe der Jahre kam es so zu einer Konzentration auf einige wenige Kliniken.

Was in der modernen Bewegung der Krankenhausseelsorge eine maßgebliche Erkenntnis war, wurde in der Zeit von Corona noch einmal forciert: Es geht nicht nur um Krankenbesuche, sondern um Kranken~~haus~~seelsorge. Eine Klinikseelsorgerin ist nicht nur für die Patient:innen und ihre An- und Zugehörigen zuständig, sondern auch für die Mitarbeitenden. Und sie ist sinnvollerweise bei aller Autonomie "eingebettet" in die Strukturen und Arbeitsbereiche eines Hauses; passenderweise werden in der Klinikseelsorge nicht Seelen, wie in der Kirchengemeinde, sondern Betten gezählt. Schon die zunehmende Verschärfung des Datenschutzes machte deutlich, dass das alte Parochialprinzip nicht mehr greift.

Patientendaten durften nicht mehr nach außen, etwa an heimatliche Kirchengemeinden, gegeben werden. Gemeindeglieder wollen ohnehin nicht immer – oft sogar ausdrücklich nicht – von ihren Heimatgemeinden heimgesucht werden. Unter Corona wurden zudem ehrenamtliche Seelsorger zunächst völlig ausgeschlossen. Nur wo hauptamtliche Seelsorgerinnen als Mitarbeiter anerkannt wurden, konnten sie weiter ihren Dienst tun. Das war naturgemäß nur dort der Fall, wo sie regelmäßig präsent waren.

Das demonstriert eine paradoxe Entwicklung: Bei allem Verlust am gesellschaftlichen Renommee der Kirchen besteht oder entsteht eine Akzeptanz der Klinikseelsorge in einzelnen Bereichen, und eben auch in Kliniken. Sie ist nicht mehr nur in „Zwischenräumen“ (Michael Klessmann) überall und nirgends, sondern etabliert sich in den Strukturen eines Hauses, so etwa im Palliativteam auf der Palliativstation, bei Stationsbesprechungen, in der Fortbildung, im Ethikkomitee und bei entsprechenden ethischen Fallbesprechungen, natürlich auch im digitalen Raum eines Intranets usw. Nicht zu vergessen in den Räumlichkeiten, die eine Klinik der Seelsorge zur Verfügung stellt wie Kapellen und Büros mit eigenen regelmäßigen Angeboten wie Gottesdiensten, Andachten, Gedenkfeiern usw. Das Problem ist, dass durch das Schwinden der Ressourcen solche Präsenz in immer mehr Fällen nur noch punktuell möglich ist.

2. Gegenwart

Seit 2022 bin ich nun der evangelische Part im ökumenischen Team der Klinikseelsorge im RoMed-Klinikum Rosenheim, einem Akutkrankenhaus der höchsten Versorgungsstufe. Nun bin ich also dort, von wo viele Patient:innen in die neurologische Reha-Klinik kamen. Während dort manche Patient:innen monate-, im Extremfall sogar jahrelang bleiben, ist die Verweildauer hier

immer kürzer geworden. Im Klinikum dominiert die akute Not, in der Rehaklinik das dauerhafte Elend. Das gilt auch für das Sterben. Manchmal komme ich mir vor wie ein Revolverheld im Western-Film, der statt den beiden Colts Telefone am Gürtel trägt. Links einen City-Pager für die 24/7-Rufbereitschaft, mit dem ich im Wechsel mit den kath. Kolleg:innen jederzeit auf Abruf bereit bin. Rechts ein sog. DECT-Handy, mit dem ich telefonisch in den Kernzeiten am Tage im Haus erreichbar bin. Und dazu oft noch das Smartphone in einer Hosen- oder Jackentasche, das noch dienstlich und privat benutzt wird. So schnell wie im Wilden Westen muss ich sie nicht ziehen, aber meist wird doch eine „zeitnahe“ Reaktion erwartet.

Die Klinikseelsorge hat zwei Grundformen: sie besucht einerseits von sich aus Menschen dort, wo sie gerade sind, PatientInnen, An- und Zugehörige wie Mitarbeiter des Hauses. Man kann das *Präsenzseelsorge* nennen. Das ist die Errungenschaft der Krankenhausseelsorgebewegung im 20. Jahrhundert. Zugleich wird die ökumenische Seelsorge andererseits gerufen, von Betroffenen, An- und Zugehörigen, meist aber von Klinikmitarbeitenden. Man kann das die *Rufseelsorge* nennen, analog zur Notfallseelsorge außerhalb der Einrichtungen. Tatsächlich wird die Rufseelsorge im RoMed Klinikum Rosenheim häufig in Anspruch genommen, im Durchschnitt ein- bis zweimal pro Tag. Was meine katholische Kollegin Monika Eichinger immer wieder eindrücklich verkündete und vormachte, ist die Einsicht, dass die Präsenzseelsorge die Basis der Rufseelsorge ist. Beides sind unterschiedliche Formen, die dennoch zusammenhängen. Das zeigen die Erfahrungen auch in anderen Häusern, etwa im Klinikum Großhadern, wo meine Frau die letzten Jahre arbeitete. Drei Beispiele aus Rosenheim:

Erstens: Ich gehe regelmäßig auf die Palliativstation, nicht nur, aber auch, weil es dafür eine Teil-Refinanzierung durch die Klinik gibt. Dieses Mal will ich - es ist später Nachmittag - eigentlich mit einem der Ärzte musizieren. Wir

hatten zuletzt bei der regelmäßigen Gedenkfeier für die auf dieser Station Verstorbenen die musikalische Begleitung übernommen. Und manchmal spielen wir einfach so und hoffentlich zur Freude der Station. Doch dazu kommt es dieses Mal nicht, weil an einem Zimmer das Schild „Stille“ hängt. Das signalisiert, dass in diesem Zimmer jemand gestorben ist. Die noch junge Patientin hatte ich am Vormittag erstmals besucht, sie war erst (zum zweiten Mal) wieder aufgenommen worden. Nun ist sie überraschend schnell verstorben, es sind Angehörige da, und ich halte eine Aussegnungsfeier mit ihnen. Auch auf der Palliativstation werden wir nicht immer informiert oder gerufen, wenn jemand stirbt. Doch wenn wir da sind, bekommen wir mit, ob es sinnvoll, hilfreich und gewünscht ist, einen rituellen Beistand anzubieten.

Zweitens: Ich bin in den Hausgängen unterwegs, als mich ein Arzt anruft, den ich noch von Bad Aibling kenne, und der mich fragt, ob ich spontan zu einer ethischen Fallbesprechung kommen kann, die in 5 Min auf einer Intensivstation stattfindet. Dieses Mal mit Angehörigen eines jungen Patienten, die der Überzeugung sind, es sei in seinem Interesse, die Behandlung abubrechen. So etwas geht nur, wenn man da ist, vor Ort erreichbar.

Drittens: Eine Ärztin der Kinderintensivstation ruft an. Es geht um eines der Frühchen, dessen prekärer Zustand aufgrund der extremen Unreife nicht nur für die Eltern, sondern auch für das Team eine besondere Herausforderung und Belastung darstellt. Nach dem Besuch bei Mutter und Kind komme ich gerade rechtzeitig zu einer Teambesprechung. Ich erhalte einerseits Einblick in die aktuelle Situation und kann andererseits meine Wahrnehmungen einfließen lassen.

Exkurs: Es war und ist für mich eine neue, bereichernde, anregende und auch aufregende Erfahrung, in einem ökumenischen Team zusammen zu

arbeiten. Alles andere macht auch keinen Sinn mehr in solch einem säkularen Kontext. Und das spiegelt sich nicht nur darin wider, dass die Büros - die das Haus uns zur Verfügung stellt - nebeneinander liegen, sondern auch darin, dass die eine gemeinsame neue Kapelle ökumenisch ist. Ein Gebetsraum für Muslime befindet sich daneben.

Im Laufe der Zeit sind freilich strukturelle Probleme zutage getreten. Die kristallisieren sich insbesondere um die katholische Neuordnung der sog. Krankenpastoral. Nur das Klinikum in Rosenheim (mit der Schön-Klinik Vogtareuth zusammen) gilt als sog. Einrichtungsstelle. Andere Klinikseelsorgestellen in der Region sind auch für die Krankenbesuche im sog. Sozialraum zuständig. U.a. führt das dazu, dass der einzige evangelische Seelsorger etwa im Fall von Krankheit, Urlaub, Reha, Exerzitien etc. allein im Haus präsent ist, obwohl auf dem Plakat fünf katholische Kolleg:innen stehen.

Ich mache die Erfahrung, dass und wie erwünscht, notwendig und hilfreich die Rufbereitschaft ist. Das liegt an der in vielen Jahren etablierten Präsenz der Seelsorge in diesem Krankenhaus. Diese *Präsenzseelsorge* ist, noch einmal, die zeitliche und logische Voraussetzung der *Rufseelsorge*. Sie ist weniger spektakulär als anstrengend, auch wenn die Rufseelsorge – wie die Notfallseelsorge - aufregender sein mag. Während hier der Anlass vorgegeben ist, auf den man reagiert, wo man angefordert wird, wenn auch im Einzelfall sich noch klären muss, um was genau es jeweils geht, muss man sich bei der „normalen“ Seelsorge selbst auf den Weg machen, motivieren, ungefragt, unangefordert, sich ins Spiel bringen, Kontakt suchen, schauen, ob und was an der Zeit ist, was gebraucht wird, von Patienten, An- und Zugehörigen und dem Personal. Wie eine Kollegin aus Norddeutschland, bei einem Besuch in der Kapelle bemerkte: „Die Nachfrage wächst durch die Präsenz.“ Ohne regelmäßige Präsenz aber blieben latente Anfragen ohne Resonanz.

Wenn die Präsenzseelsorge zugunsten einer mobilen Seelsorge abgebaut wird, wird folglich auch die Rufseelsorge in Mitleidenschaft gezogen.

3. Zukunft

Mit Bedauern nehme ich zur Kenntnis, dass die Erweiterung der klassischen Klinikseelsorge in die Fach- und Rehakliniken „auf dem flachen Land“ hinein tendenziell wieder zurückgenommen wird. Doch nun fallen diese Einrichtungen nicht mehr zurück an die Kirchengemeinden. Echte Präsenzseelsorge als eingebettete *Krankenhausseelsorge* ist nur noch ausnahmsweise möglich. Das ist schade, nicht nur, aber auch für die sog. Gemeindeglieder. Auch sie leben immer mehr in „Nicht-Orten“ (Marc Augé), dauerhaft oder auf Zeit, in Kliniken und Seniorenheimen etc.

Früher hat mich der Spruch eines gallischen Mönches über meine mangelnde Präsenz hinweggetröstet: *Wer von Menschen besucht wird, kann nicht von den Engeln besucht werden.* (Sulpicius Severus, ca. 363-425 n.Chr.) Heute drängt sich mir eine andere Lesart des Spruches auf. Mag sein, dass Rilke übertreibt, wenn er in der ersten Duineser Elegie schreibt, jeder Engel sei schrecklich. Aber einige sind es. Vor diesen bewahren wir, ohne es zu wissen, vielleicht Menschen, indem wir sie besuchen, gerufen oder nicht.

Rosenheim, 2025

Klaus Wagner-Labitzke