

Pastor Dr. Ingo Habenicht

Krankenhauseelsorge im öffentlichen Raum - unter sich verändernden Bedingungen im Krankenhaus

Vortrag, gehalten auf der Offenen Werkstattkonferenz der „Konferenz für Krankenhauseelsorge des Ev.-Luth. Dekanatsbezirks München“ am 03.03.2016 in Augsburg

Sehr geehrte Damen und Herren!

1. Einstimmung und Einleitung

„Krankenhauseelsorge im öffentlichen Raum – unter sich verändernden Bedingungen im Krankenhaus“¹

„Das klingt aber trocken“, dachte ich, als ich diesen Titel das erste Mal las. Kein einziges Verb kommt darin vor. Stattdessen sogar noch ein sperriger Bindestrich. Das kratzt im Hals. „Öffentlicher Raum“ rief gar kein Gefühl bei mir hervor. „Unter sich verändernden Bedingungen im Krankenhaus“ aber schon. Aha! Also wohl: „Ökonomischer Druck wird mehr, Krankenhäuser werden weniger. Kürzere Liegezeiten für die Patienten, höherer Arbeitsdruck für das Personal. Und wo bleibt die Krankenhauseelsorge?“ Dann entdeckte ich noch einen Untertitel: „Überlegungen im Horizont der nächsten Landesstellenplanung“. Noch mehr Substantive, immer noch kein Verb. Das lässt Schlimmes befürchten. Gefahr der Stellenkürzungen. Rechtfertigungsdruck: Zeigen, dass man unbedingt gebraucht wird. Kann ich, will ich, soll ich dazu einen Beitrag leisten? Und ist es das, was Sie hier heute wirklich (von mir) wollen?

Okay, ich habe zugespitzt. In der Realität sind Sie viel lebendiger. Ihre „Geschichten und Szenen aus dem Alltag“ haben es gerade eben anschaulich gezeigt. Und selbstverständlich ist es sinnvoll, im Horizont einer Landesstellenplanung 2021 zu überlegen: „Was sollen wir? Was wollen wir? Was brauchen wir?“ Gegen Ende meines Vortrags werde ich genau solche Überlegungen sogar einfordern.

Und doch habe ich mich angesichts Ihres Konferenztitels erst einmal gefragt²: Wo ist eigentlich die Leidenschaft der Gründerväter und auch Gründungsmütter geblieben, die ab den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts die Seelsorgebewegung über Dietrich Stollberg aus den USA und über Heije Faber aus den Niederlanden nach Deutschland brachten? Aufbruchsstimmung herrschte damals. Man riskierte Konflikte. Tabus wurden gebrochen, auch Grenzen verletzt. Die Seelsorgebewegung vertrat ein Anliegen, das exakt in den gesellschaftlichen Entwicklungsprozess ganz Westdeutschlands³ zu jener Zeit passte: die Befreiung des Menschen aus verkrusteten Strukturen, Abhängigkeiten und Herrschaftsverhältnissen. Programmatisch für diese Anliegen ist der Titel des kleinen Thesenheftes über Seelsorge von Dietrich Stollberg, 1972 veröffentlicht: „Mein Auftrag – Deine Freiheit“⁴.

Theologisch-poimenisch beinhaltete die damals aufkommende Seelsorgebewegung die Abkehr von älteren Seelsorge-Konzeptionen. Sowohl „Die Seelsorge“, 1934 kurz vor dem Krieg von Hans Asmussen⁵ verfasst, als auch „Die Lehre von der Seelsorge“, 1946 von Eduard Thurneysen⁶ veröffentlicht, wurden kritisch beäugt. Sie galten als zu wenig am Menschen, zu stark an Dogma, Predigt und Verkündigung orientiert. Statt Buchstaben-Theologie wurde nun an living human documents (Anton T. Boisen) studiert. Seelsorgerinnen und Seelsorger sagten nun „ich“ statt „man“ und begaben sich hinein in Begegnungen. Und dazu war das Krankenhaus eines der besten Experimentier-, Lern- und Lehrfelder. Noch heute verwechseln manche das „K“ in „KSA“ mit Krankenhaus, obwohl es doch „klinisch“ meint, also praxis- und erfahrungsbezogen. - Auch Geld gab es damals genug, so dass niemand über Refinanzierung nachdachte. Neue Stellen wurden geschaffen, Gesellschaften und Institute, zum Beispiel 1972 die ökumenische Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie und auch das EKD-Seelsorge-Institut in Bielefeld-Bethel.

Ein Tagungstitel wie der Ihre wäre damals undenkbar gewesen, aus vielen Gründen. Doch seit dieser Hochphase der Seelsorgebewegung hat sich manches getan. Das Feuer der damaligen Zeit ging langsam ins Glimmen über. Gerade auch deshalb, weil sie große Erfolge erzielt hatte, erlahmte nun die revolutionäre Kraft der Seelsorgebewegung. Im Sommer 2006 wurde das erschütternd deutlich. Die EKD legte damals ihr heftig umstrittenes Impulspapier „Kirche der Freiheit“⁷ vor. Mit zwölf sogenannten Leuchtfeuern wollte die EKD darin, ich zitiere, „die Kraft und Schönheit des Evangeliums zum Leuchten bringen“. „Menschen sollen erfahren, was es heißt, aus der Freiheit des Glaubens zu leben.“⁸ Exakt das war das Anliegen der Seelsorgebewegung gewesen. Doch die kam in dem Impulspapier so gut wie nicht mehr vor.

Vielleicht war dieser Tiefpunkt für die Seelsorge notwendig. Denn er führte zu einem Aufschrei. Und der brachte Besserung. Die EKD steuerte nach. Sie führte rund drei Jahre später, im November 2009, einen bedeutsamen und folgenreichen Workshop durch, mit dem bedeutungsschwangeren Titel: „Seelsorge – Muttersprache der Kirche“. Seelsorge: Erst vergessen, nun Muttersprache⁹ – es hatte sich was getan! Ich zitiere aus der Dokumentation des Workshops: „Die etwa 60 Beteiligten an dem Workshop benannten den hohen gesellschaftlich-

öffentlichen Stellenwert der qualifizierten seelsorglichen Präsenz der Kirche in zahlreichen Feldern und Institutionen. Zugleich wurde eine verstärkte Auftragsgewissheit und eine verbesserte Kontext- und Ethikkompetenz, ein deutlicher abgestimmtes Handeln der Kirche sowie eine EKD-weite Bündelung und Koordination der Ressourcen gefordert.¹⁰ In diesen zwei Sätzen finden Sie programmatisch genau die Themen, die Ihr Tagungsthema nahelegt. Nach den genannten Stichworten habe ich daher meinen Vortrag gegliedert. Ich nenne sie noch einmal: „verstärkte Auftragsgewissheit“, „hoher gesellschaftlich-öffentlicher Stellenwert“, „qualifizierte seelsorgliche Präsenz der Kirche“, „Kontext- und Ethikkompetenz“, „abgestimmtes Handeln“ sowie „Bündelung und Koordination der Ressourcen“.

Ab diesem Workshop begann man sich landauf, landab in der Kirche wieder intensiv um die Seelsorge zu kümmern, inhaltlich, strukturell, personell und finanziell. Die Krankenhausseelsorge hatte sich allerdings auch während der Niedrigphase der Seelsorge erstaunlich gut und recht unangefochten halten können. Noch heute bildet sie den größten Bereich der Spezialseelsorge in der EKD, mit rund 1.000 hauptamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern¹¹ an sehr vielen der knapp 2.000 Krankenhäuser und Kliniken Deutschlands.

2. Szenenwechsel in die heutige Praxis

Nach diesem Blick zurück schauen wir nun in die Praxis der Krankenhausseelsorge heute¹²: Seelsorgerin Meier wird von dem Pflegepersonal auf die Geriatrie gerufen. Sie möge bitte zu Patientin Schneider gehen. Diese ist 93 Jahre alt und liegt mit Oberschenkelhalsbruch im Bett, mit den bekannten weiteren Folgen, einschließlich einer Lungenentzündung. Sie soll mobilisiert werden, verweigert das aber. Seelsorgerin Meier möge doch bitte mit ihr reden und sie überzeugen, der Mobilisierung zuzustimmen. - Seelsorgerin Meier macht sich auf den Weg zu Patientin Schneider. Diese ist klar bei Verstand. Alt und lebenssatt ist sie zugleich. Sie möchte in Ruhe gelassen werden. Ja, sie möchte sogar sterben. - Plötzlich geht die Tür auf, das seelsorgliche Gespräch wird unterbrochen. Die Pflege will die Patientin zur Mobilisierung abholen. Doch diese wehrt sich erfolgreich. Die Pflege zieht erst einmal wieder ab. - Und Seelsorgerin Meier geht auch. Zum zuständigen Stationsarzt. Denn sie weiß um wirtschaftliche Nachteile, die das Krankenhaus hat, wenn die Mobilisierung nicht erfolgt. In anwaltschaftlicher Vertretung für Patientin Schneider will sie die Motivlage klären. Soll die Mobilisation etwa aus wirtschaftlichem Interesse erfolgen? Doch das Gespräch mit dem Arzt nimmt eine überraschende Wendung. Er berichtet der Seelsorgerin von dem Sohn der alten Frau, der in Tränen aufgelöst bei ihm gesessen habe. Der Sohn käme gar nicht damit zurecht, dass seine Mutter sterben könne, ja, sogar wolle. Dringend habe der Sohn ihn gebeten, alles nur Mögliche für seine Mutter zu tun.

Krankenhausseelsorge live. Fast alles ist da drin. Der wirtschaftliche Druck. Die Hermeneutik des Verdachts, es ginge ja doch nur um das Geld. Das Faktum, dass es oft das Pflegepersonal ist, das die Krankenhausseelsorge ruft – manchmal wegen der Patienten, oft genug aber auch

wegen eigener Anliegen. Alter und Sterben. Die Frage nach der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten. Ethisch zu reflektierende und zu verantwortende Entscheidungen, ob Behandlungen durchgeführt werden sollen oder eben auch nicht. Angehörige im Hintergrund, mit bedeutendem Einfluss. Eine Krankenhauseelsorgerin in der Gefahr, zwischen alle Stühle zu geraten. Und das alles im öffentlichen Raum – unter den wachsamen Augen vieler Menschen, die das Geschehen beobachten, bewerten, vielleicht weiter erzählen. Vielleicht gehören dazu auch Geistliche, Theologinnen und Kirchenleitende, die obendrein fragen: „Und was war daran jetzt Seelsorge? Wo ist das christliche, ökumenische, evangelische Proprium?“

3. Auftragsgewissheit

3.1 Auftragsgewissheit I – Wer erteilt den Auftrag?

Grundlegend ist der Auftrag zur Krankenseelsorge¹³ in den beiden Teilen unserer Bibel und letztlich im Auftrag des auferstandenen Herrn selbst verankert. Biblische Bezüge zum Thema Kranksein und Heilung lassen sich aufführen, darunter der bekannte Satz aus dem Gleichnis vom Endgericht, in welchem sich Christus selbst mit den Kranken identifiziert: „Ich war krank, und ihr habt mich besucht.“¹⁴

Schon die Alte Kirche betrachtete Seelsorge daher als zentral für das kirchliche Handeln, als Seelsorge im engeren Sinn wie die Krankenhauseelsorge¹⁵, aber auch als Beschreibung des gesamten kirchlichen Handelns als Sorge um die Seelen¹⁶. Und so geht es weiter durch die Kirchengeschichte über Reformation bis hin zur heutigen Kirchengesetzgebung¹⁷. Die Standortbestimmung zur Seelsorge der Evangelischen Kirche von Westfalen aus dem Jahr 2014 resümiert daher: „Krankenhauseelsorge bleibt eine unverzichtbare Aufgabe der Kirche. Sie gewährleistet die Präsenz des kirchlichen Auftrags unter den besonderen Bedingungen des Gesundheitswesens.“¹⁸

Doch für das Gesundheitswesen als „öffentlicher Raum“ reichen diese binnenkirchlichen Auftragsbestimmungen nicht aus. Die Artikel 4 und 140 unseres Grundgesetzes¹⁹ sichern auch die Krankenhauseelsorge grundlegend ab. Zudem sind Beauftragungen durch die Institution Krankenhaus und deren Träger notwendig, zumindest hilfreich²⁰. Krankenhauseelsorge hat somit einen biblischen Ursprung in theologischer Deutung, eine gesetzliche Absicherung und häufig zwei konkrete Institutionen, die sie beauftragen: Die Kirche und das Krankenhaus²¹.

Zwischen den Aufträgen beider Institutionen liegt eine Spannung. Die Kirche will das Evangelium in Wort und Tat verkündigen²², das Krankenhaus will Menschen heilen. Theologisch gesehen gehören Heil und Heilung zusammen, sind aber nicht identisch. Auch medizinisch gesehen können bei einem ganzheitlichen Verständnis des Menschen, wie es zum Beispiel die Psychosomatik und auch die Palliativmedizin entwickelt haben, beide Aufträge zusammenkommen. Und doch resultiert aus diesen doppelten Aufträgen und Auftraggebern die besondere Zwi-

schenstellung der Krankenhauseelsorge²³, die immer wieder beschrieben und unterschiedlich zu lösen versucht wurde. Das Fazit: „In dieser Situation kann es weder darum gehen, sich den anderen institutionellen Verpflichtungen (*also denen des Krankenhauses, IH*) anzupassen und sich ihren Direktiven unterzuordnen, noch darum, ganz auf Distanz zu gehen oder sich in vermeintliche Zwischenräume und Nischen zurückzuziehen. Vielmehr muss es aus kirchlicher Freiheit und Begründung heraus um die Einpassung in eine spezifische Auftragssituation gehen. Die Kirche muss selber Auftrag, Profil und Gestalt ihrer Seelsorge definieren.“²⁴

Beide Aufträge, der der Kirche und der des Krankenhauses, reichen jedoch noch lange nicht aus, um den Auftrag der Krankenhauseelsorge hinreichend zu bestimmen. Denn: „Ohne Mandat des Patienten geht gar nichts.“²⁵ Die konkrete Beauftragung durch das jeweilige Gegenüber ist eine *conditio sine qua non* des seelsorglichen Handelns.

Untersuchen wir nun auf dieser Basis mein Eingangsbeispiel. Wer hat darin eigentlich den Auftrag erteilt? Die Pflegekraft, die Seelsorgerin Meier bittet, zur Patientin Schneider zu gehen? Der Arzt, der die Mobilisierung anordnet? Das Krankenhaus, das abrechnungsfähige Leistungen benötigt? Oder der Sohn, der seine Mutter nicht sterben lassen möchte? Oder doch die Patientin? Wer alles erteilte hier Aufträge zum Gespräch? Und mit welchem Ziel? Und welchen oder welche dieser Aufträge hat die Seelsorgerin eigentlich übernommen?

Mit der letzten Frage erweitert sich zugleich der Fokus. Es geht nicht nur um die Frage, *wer* den Auftrag zur Krankenhauseelsorge erteilt, sondern auch, *welchen Inhalt* dieser Auftrag jeweils eigentlich hat.

Pflege- oder ärztliches Personal rufen die Krankenhauseelsorge durchaus auch aus eigenem Interesse. Zum Beispiel zur Entlastung – soll doch der Seelsorger das Gespräch mit herausfordernden Angehörigen oder zeitraubenden Patienten führen! Oder um die Einwilligung zu einer Operation zu erwirken. Oder das Personal ruft die Seelsorge zu Arbeiten, die eigentlich andere aufgrund ihrer Profession leisten sollten: der Sozialdienst zum Beispiel. Aber angeblich hat die Seelsorge ja Zeit, die anderen aber anscheinend nicht. Gehört es zum Auftrag der Krankenhauseelsorge, den anderen die Arbeit abzunehmen? Sie vom Arbeitsdruck etwas zu entlasten? Ein klares „Nein“ ist meine Antwort. Denn damit würde der Rahmen des Auftrags verlassen. Wo aber liegt hier genau die Grenze?

Und was ist, wenn der Auftrag vom Patienten kommt? Vielleicht holt der Krankenhauseelsorger *einmal* für ihn eine Zeitschrift vom Krankenhauskiosk. Aber sollte er das mehrere Tage lang immer wieder tun? Auch hier würde ich verneinen. Doch sehen wir uns folgendes Fallbeispiel an:

Auf einem Pfarrkonvent spricht die Pfarrerin einer Ortsgemeinde den Krankenhauseelsorger an. Er möge bitte Herrn Zielke im Krankenhaus besuchen. Sie kenne ihn gut, habe aber mo-

mentan gar keine Zeit. Er würde sich bestimmt freuen. Der Krankenhauspfarrer besucht daraufhin Herrn Zielke. Gesprochen wird über dies und das, nichts Schwerwiegendes. Die Atmosphäre ist angenehm. Nach einiger Zeit sagt der Patient: „Schön, dass Sie mich besucht haben.“ Es scheint ehrlich gemeint zu sein. Doch der Krankenhauspfarrer fragt sich: Was war hier eigentlich mein Auftrag? Und war das Seelsorge?

Ganz anders liegt die Sache beim nächsten Beispiel: In einer psychosomatischen Klinik ist eine Frau in Langzeitbehandlung wegen schwerer sexueller Übergriffe, die sie jahrelang erlitten hat. Sie gibt sich zum großen Teil selbst die Schuld dafür. Und verweist dazu auf entsprechende biblische Stellen aus dem Alten Testament, die ihre eigene Sündigkeit und Schuld zu belegen scheinen. Ihre Therapeutin hingegen kann sich nicht einmal vorstellen, dass es solche Bibelstellen überhaupt geben könnte, und bestreitet deren Existenz. Doch die bibelfeste Patientin weiß es besser. Die Therapie gerät ins Stocken. Man einigt sich, die Klinikseelsorgerin zu rufen. Diese bestätigt die Existenz der Bibelstellen, relativiert aber deren Bedeutung theologisch. Die Patientin überzeugt das und die Therapie kann erfolgreich weitergehen.

3.2 Auftragsgewissheit II – Der Inhalt des Auftrags

Um Auftragsklarheit vertieft zu gewinnen, wende ich mich nun der inhaltlichen Bestimmung der Krankenhauseelsorge zu.

„Seelsorge findet sich in der Kirche vor.“²⁶ Mit diesem kernigen Satz begann Eduard Thurneysen 1946 sein berühmtes Seelsorgebuch. Doch wir reden ja hier vom Krankenhaus. Und das ist eben nicht Kirche. Hier geschieht die Seelsorge „am anderen Ort“, im öffentlichen Raum. Schon das stellt Thurneysens Satz in Frage. Doch es gibt noch weitere Bedenken gegen seine These.

„Guter Rat – mit oder ohne Allah?“ So fragt die Deutsche Islam Konferenz²⁷ und verweist auf „Islamische Krankenhauseelsorge“²⁸. Seelsorge gibt es auch im Islam. In anderen Religionen übrigens ebenso. Begegnet uns auch hier die „Muttersprache der Kirche“? Oder eher Fremdsprachen? Und ist Alltagssprache dann der teilweise völlig säkularisierte Gebrauch des Wortes „Seelsorge“, den es ja auch in Deutschland gibt?

Zu Recht setzte daher Dietrich Stollberg schon 1977 ganz anders an: „Seelsorge ist eine allgemeinmenschliche Erscheinung.“²⁹ Er bezog sich dabei auf den 1. Artikel des Credo, die Schöpfungslehre. Zum Menschen gehören Hilfsbedürftigkeit wie Hilfeleistung, Beziehung und Begegnung. Kommunikation ist existentiell für den Menschen. Es gibt sie verbal und nonverbal. Sie erfüllt verschiedene Zwecke, darunter eben auch: Menschen helfen einander. Friseure und Anwältinnen können in diesem Sinn Seelsorge üben, Barkeeper und Taxifahrerinnen, und natürlich auch Nachbarn und Familienangehörige³⁰. Das gibt es weltweit, innerhalb und außerhalb religiöser Kontexte, und selbstverständlich auch im öffentlichen Raum³¹.

Christliche Seelsorge ist also lediglich ein Spezialfall der allgemeinen Seelsorge. Um ihren Spezifika auf die Spur zu kommen, bedarf es der Klärung der eigenen, christlichen Seelsorge-Identität. Wir kommen damit zum 2. und 3. Artikel unseres Glaubensbekenntnisses. In christlich verstandener Seelsorge werden Christus als Erlöser und der Heilige Geist als Beistand und Tröster wirksam³².

Beten kann man auch allein, Seelsorge erfordert Gemeinschaft. Seelsorge geschieht daher „per mutuum colloquium et consolationem fratrum et sororum“, wie Luther es in den Schmalkaldischen Artikeln³³ ausgedrückt hat. Er bezieht sich dabei auf Mt. 18,20: „Wo zwei oder drei in meinem Namen zusammen sind, da bin ich mitten unter ihnen.“

Konkret sind Seelsorgerinnen und Seelsorger dazu beauftragt, „andere Menschen zu unterstützen, zu begleiten, ihnen Lösungswege in seelischen Krisen aufzuzeigen und ihnen Trost und Hoffnung zu vermitteln“³⁴. Das geschieht im Krankenhaus an einem Ort vielfältigster Leidens- und Ohnmachtserfahrungen. Hier soll Hilfe erfahren, nicht gepredigt werden³⁵, und frei von der Verzweckung als missionarischer Gelegenheit³⁶. Gerade im Krankenhaus ist Seelsorge eng verbunden mit Leibsorge³⁷, zudem ein offener Prozess, der Menschen nicht festlegt, sondern Segens-Räume³⁸ eröffnet. In die Seelsorge gehören deswegen auch Träume, Symbole, Bilder, darunter auch Bibel und Gesangbuch, Gebete und Rituale³⁹.

In dieser Beschreibung finden sich zwei der drei Dimensionen der Krankenseelsorge: Der „Mythos“, verstanden als Deutung existentieller Erfahrungen unter Bezug auf die christliche Überlieferung, und der „Ritus“, verstanden als Gebet, Andacht, Gottesdienst⁴⁰. Die dritte Dimension ist der „Ethos“ – doch darauf komme ich weit später noch zu sprechen.

4. Hoher gesellschaftlich-öffentlicher Stellenwert

„Kirchenmitgliedschaftsbefragungen zeigen übereinstimmend: Was die Kirchenglieder von ihrer evangelischen Kirche erwarten, ist vor allem Seelsorge in den Wechselfällen des Lebens, in Übergangs- und Krisensituationen und in besonderen Lebenslagen.“⁴¹ Diese vollmundigen Sätze aus einem Buch, das ich selbst mit herausgegeben habe, kann ich in der fünften Kirchenmitgliedschaftsstudie leider nicht bestätigt finden. Der Begriff „Seelsorge“ fällt in ihr ohnehin so gut wie nicht. Doch untersucht die Befragung die Einstellung zur existentiellen Kommunikation, also zum Gespräch über religiöse Themen⁴². Das Ergebnis: Dafür werden Pfarrerrinnen und Pfarrer kaum in Anspruch genommen. Ja, sie werden sogar kaum mit Seelsorge in Verbindung gebracht: „Es sind nicht Seelsorgespräche, es sind aber auch nicht persönliche Kontakte im Gemeindehaus, sondern es sind ganz überwiegend öffentliche Auftritte, in denen der Pfarrer als Person wahrgenommen und zu Repräsentanten der Kirche wird.“⁴³ Kirche verbindet man in erster Linie mit lebens- und jahreszyklischen Gottesdiensten, den Pfarrer und die Pfarrerin mit gesellschaftlich-repräsentativen Funktionen und öffentlichen Auftritten⁴⁴.

Der Grund dafür liegt schlicht darin, dass Fragen nach dem Sinn des Lebens „eindeutig im Privaten verortet“⁴⁵ werden, als persönliches Gespräch mit Partner und Partnerin, mit Wahlverwandten und engsten Vertrauten.

Eine Kränkung, welche die Seelsorge erst einmal verarbeiten muss. Und die Krankenhausseelsorge erst recht. Ich zitiere aus den Leitlinien der EKD von 2004 über die Krankenhausseelsorge: „Fragen, die im unmittelbaren Zusammenhang von Krankheit, Behandlung, Pflege und sozialer Versorgung aufkommen, werden aufgenommen und in Richtung auf existentielle religiöse und spirituelle Fragen erweitert.“⁴⁶ Doch die Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung hält ernüchternd dagegen: „Bei den Fragen zum Verhältnis von Gesundheit und Religion dominieren Ablehnungen. Der Bereich Gesundheit wird von den meisten Menschen nicht als religionsaffin verstanden.“⁴⁷

Selbstverständlich schließen diese statistischen Aussagen keinesfalls aus, dass Patientinnen und Patienten sich über einen Besuch der Krankenhausseelsorge freuen, ihn sogar wollen, herbeirufen und brauchen⁴⁸. Doch ein hoher öffentlicher Stellenwert der Krankenhausseelsorge lässt sich den Ergebnissen der Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung von 2015 zufolge weder bei den Kirchenmitgliedern noch bei den Konfessionslosen ableiten. Doch sollte der Auftrag zur Seelsorge ohnehin nicht aus Umfragen abgeleitet werden. Und zudem gib es gute Gründe dafür, dass spezialisierte Seelsorgedienste „an anderen Orten“⁴⁹ als denen der Ortsgemeinde, also zum Beispiel im Krankenhaus, stattfinden.

Betrachten wir nun so einen anderen Ort, den „öffentlichen Raum Krankenhaus“, näher. Genau genommen handelt es sich dabei nach der amtlichen Statistik um drei verschiedene „öffentliche Räume“: Rund 38 % der Allgemeinkrankenhäuser sind in freigemeinnütziger Trägerschaft (33 % kirchlich, 5 % die weiteren), ein weiteres Drittel halten die öffentlichen Träger (allerdings mit 50 % aller Betten), und die privaten Träger machen derzeit ca. 28 % aller Allgemeinkrankenhäuser aus (mit allerdings nur ca. 13 % aller Betten⁵⁰).

Damit ist bereits angedeutet, dass sich seit ca. 1995 die Krankenhäuser zudem endgültig „auf dem Markt“⁵¹ befinden. Es ist ein sehr spezieller und vor allem stark regulierter Markt⁵², aber doch mit starkem Wettbewerb und Kostendruck. Mit Sicherheit werden die Krankenhäuser noch deutlich weniger werden, vermutlich auch größer und spezialisierter⁵³.

Es ist keine Frage, dass die Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen problematische Effekte mit sich gebracht hat⁵⁴. Patienten werden teilweise aufgrund finanzieller Attraktivität selektiert. Mancherorts finden lukrative, aber an sich unnötige Behandlungen statt. Auch wird der Wirtschaftsplan einzelner Abteilungen manchmal zu Lasten des ganzen Krankenhauses und auf dem Rücken von Patienten optimiert. Doch Fehlanreize sowie „anbieterinduzierte Nachfrage“⁵⁵ waren im Gesundheitssystem auch schon vor 1995 vorhanden. Und anderes, was mit den beschriebenen Veränderungen verbunden wird, ist differenziert zu sehen. In der

Tat werden die Verweildauern im Krankenhaus immer kürzer, von 1994 bis 2014 haben sie sich fast halbiert⁵⁶. Doch ist das nicht grundsätzlich schlecht, und obendrein als Feststellung viel zu undifferenziert. In Abteilungen wie der Viszeralchirurgie, Nephrologie, Gefäßchirurgie, Geriatrie kann die Verweildauer sehr lang oder mit häufiger Wiederkehr verbunden sein, und gerade hier ist Krankenhauseelsorge dann gefragt.

Aktuell wird intensiv im Gesundheitswesen Deutschlands diskutiert, die Finanzierung der Krankenhäuser statt an DRG und PEPP⁵⁷ an irgendeine Art von „Qualität“ zu knüpfen. Unklar ist, welche Qualität damit gemeint ist und wie man sie beschreiben und objektiv messen will. Auch wenn man hinter diesen Diskussionen daher eher ein Sparprogramm als eine Qualitäts-offensive vermuten kann, gilt dennoch: Letztlich ist unser Gesundheitssystem ständig besser geworden, wie auch unsere stetig steigende Lebenserwartung zeigt⁵⁸. Die fachlichen Verbesserungen sind unübersehbar. Und für die wirtschaftlichen Fragen gilt der klare Satz: „Die Verschwendung begrenzter Mittel in der Gesundheitsversorgung ist unethisch und gegenüber den Beitragszahlern nicht gerecht.“⁵⁹ Lamentierende Klagelieder sind also unangebracht, was für die Krankenhäuser ebenso gilt wie für die Krankenhauseelsorge.

Problematisch ist jedoch die Existenz von Krankenhäusern, die nicht gemeinwohl-orientiert und daher auch im steuerrechtlichen Sinn nicht gemeinnützig sind. Denn sie nutzen Krankheit und öffentliche Gelder der Sozialkassen, um private Gewinne zu erzeugen. Dieses Geld wird damit der Allgemeinheit und dem Gesundheitssystem entzogen. Inzwischen gibt es daher verschiedene Stimmen⁶⁰, die diesen Systemwandel von 1995 am liebsten wieder rückgängig machen würden. Ob das möglich sein wird, sei dahin gestellt. Momentan ist es so, wie es ist: Die Krankenhauseelsorge bewegt sich derzeit im öffentlichen Raum aller drei Krankenhausgattungen.

5. Qualifizierte seelsorgliche Präsenz der Kirche

Schauen wir uns nun die „qualifizierte seelsorgliche Präsenz der Kirche“ in diesen drei unterschiedlichen drei Trägerschaftssystemen an. Ich beginne mit den kirchlichen Häusern.

In der Tat erwarten sowohl Kirchenmitglieder als auch Nichtmitglieder von der Kirche soziales Engagement, konkret für „Arme, Kranke und Bedürftige“⁶¹, was Krankenhäuser mit einschließt. Zugleich lässt sich aber auch feststellen, dass bei der Auswahl eines Krankenhauses der christliche Hintergrund für potentielle Patienten keine Bedeutung hat, sondern die beste medizinische Leistung⁶².

Die „qualifizierte Seelsorge“ als solche leistet dabei einen eher nur geringen Beitrag zum diakonischen Profil der kirchlichen Krankenhäuser. Eine „Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser“, 2009 als vierunddreißig Seiten starke Hochglanzbroschüre veröffentlicht⁶³, zeigt das eindrucksvoll. Intensiv werden die Wirtschaftlichkeit, Qualität, Patientenori-

entierung, klare Orientierung an christlichen Werten, gute Vernetzung im regionalen Versorgungsangebot und die starke Wettbewerbsposition der kirchlichen Krankenhäuser herausgearbeitet. Erst auf Seite 27 taucht die „Seelsorge als Beitrag zur ganzheitlichen Hilfe“⁶⁴ auf. Der Anteil der Seelsorge an der Marke „kirchliches Krankenhaus“ ist somit recht gering und weit nach hinten gestellt, die „Wertorientierung“ spielt eine viel bedeutendere Rolle. Ein Geschäftsführer mehrerer evangelischer Krankenhäuser sieht es ähnlich: Trotz vieler Seelsorgeangebote seiner Häuser geschehe die Markenbildung vor allem durch die Kultur seiner Häuser und vieles andere, was „schwer zu benennen“ sei, aber auch durch Räume der Stille, Bibel und Kreuz im Krankenzimmer, die Behandlung von verlustbringenden Patienten, der Verzicht auf hohe Renditen und vieles andere mehr⁶⁵.

Bei den nichtkirchlichen freigemeinnützigen, den öffentlichen und auch den privaten Krankenhäusern könnte es mehr oder weniger genau umgekehrt der Fall sein. Ein Krankenhausseelsorger aus einem kommunalen Krankenhaus berichtet, dass seine Arbeit die Kultur und die Marke des Hauses deutlich mit präge⁶⁶. Und zieht das Fazit: „Was diesbezüglich dann in einem kommunalen Krankenhaus wirklich gelingt, ist meist belastbarer als dasselbe in konfessionellen Häusern.“⁶⁷

Um aber überhaupt positiv wirken zu können, muss die Krankenhauseelsorge ihre eigenen Qualitätsstandards haben und diesen Qualitätsmaßstäben dann auch genügen. Zur guten, verlässlichen Krankenhauseelsorge gehört ein breites Spektrum an Kompetenzen, das in entsprechenden Ausbildungen erworben wird⁶⁸. Fortbildung und Supervision, die Organisation und Güte von Arbeitsabläufen, Regelungen für Vertrauensschutz und Schweigepflicht gehören ebenso in das Spektrum der Anforderungen wie inzwischen auch eine fundierte interkulturelle⁶⁹ und interreligiöse Kompetenz. Insgesamt bietet es sich dabei an, die Qualität von Seelsorge nach den in den Qualitätsmanagement-Verfahren entwickelten Kriterien der Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu organisieren, zu prüfen und fortwährend weiterzuentwickeln, wobei insbesondere die Ergebnisqualität leider noch deutlich zu wenig gefordert und evaluiert wird⁷⁰.

6. Verbesserte Ethik- und Kontextkompetenz

Auf die dritte Dimension der Seelsorge, die Ethik, komme ich erst jetzt zu sprechen, viel später als auf die ersten beiden Dimensionen, den Mythos und den Ritus. Sie wird aus gutem Grund gesondert genannt. „Befreiung von der Tyrannei der Werte“ betitelte Dietrich Stollberg 1983⁷¹ eine Veröffentlichung und wollte die Ethik im Gefolge Richard Rothes (1799 – 1867) aus Theologie und Seelsorge verbannen. Auch sonst wettete die Seelsorgebewegung der damaligen Zeit häufig gegen Ethik, denn sie wollte Freiheit von der engen Moral ihrer Zeit. Das war damals zeitbedingt sicher notwendig – und führte gleichzeitig teilweise zu Verhaltensweisen, die heutige Standes- und Ethikkommissionen auf den Plan rufen würden. Mit guten Gründen ist deshalb inzwischen die ethische Reflexion der eigenen Berufsrolle und des eigenen seelsorgli-

chen Verhaltens Standard geworden. Im seelsorglichen Gespräch selbst ist heutzutage zudem ethische Beratungskompetenz notwendig im Blick auf die Menschen, die Hilfestellung bei ethischen Konflikten und Dilemmata erwarten. Das gilt beispielsweise am Anfang und am Ende des Lebens, also im Bereich der Pränataldiagnostik sowie der palliativen und hospizlichen Arbeit, aber auch in der Behindertenmedizin, zum Thema „Organspende“ oder zum Umgang mit Leistungsdruck und Gesundheitsfragen.

Zudem muss sich die Seelsorge „am anderen Ort“ außerdem mit organisationsethischen Fragen der Institutionen auseinandersetzen können, in denen sie arbeitet. Seelsorge als Angebot für alle geschieht im Krankenhaus in einer fremden Institution, die eigenen Regeln unterliegt. Auch Krankenhäuser in Trägerschaft der Diakonie und auch der Caritas gehören in gewisser Weise in diese Gruppe: Sie sind für die Seelsorge ebenfalls „ein anderer Ort“ als die Kirche, mit spezifischen institutionellen Gesetzlichkeiten. Wer sich nicht nur auf „Krankenseelsorge“ beschränken, sondern Krankenhausseelsorge ausüben will, muss diese Rahmenbedingungen kennen und sich mit ihnen auseinandersetzen⁷², was Feld- oder auch Kontextkompetenz genannt werden kann.

7. Abgestimmtes Handeln der Kirche sowie Bündelung und Koordination der Ressourcen

Die Krankenhauseelsorge weiß sich von ihrem Auftrag her an alle Menschen gewiesen, die sie in Anspruch nehmen möchten, unabhängig davon, ob sie in einem freigemeinnützigen, öffentlichen oder privaten Krankenhaus liegen⁷³. Bei näherer Betrachtung zeigen sich hier jedoch einige Konfliktlinien.

Das hat viele Gründe, nicht nur demografische. Die Mitgliederzahl der Kirche nimmt auf Dauer ebenso ab wie deren Finanzkraft. Religiös wird die Kirche immer mehr ein Faktor neben anderen in der Gesellschaft sein, bei abnehmender öffentlicher Bedeutung, wohl auch im Krankenhaus⁷⁴. Zudem: Pfarrerinnen und Pfarrer werden eine knappe Ressource, sowohl für Ortsgemeinden als auch für Sonderpfarrstellen. Schwerpunkte müssen also geplant und diskutiert, dann entschieden und schließlich umgesetzt werden. Hier liegt eine wichtige Aufgabe für kirchenleitendes Handeln – in Ihrem Kontext also auch für die Landesstellenplanung 2021.

Einen brauchbaren Hinweis für solche Entscheidungen hat die Standortbestimmung der Ev. Kirche von Westfalen 2014 gegeben: „An welchen Kliniken *Krankenhauseelsorge* durch Pfarrstellen gesichert werden soll, hängt einerseits davon ab, ob eine Einrichtung ein evangelisches Profil besitzt. Andererseits sind hierfür die Planzahlen der Krankenhausbetten bzw. der Fallzahlen, die fachliche Ausrichtung und die regionale Reichweite des Krankenhauses maßgeblich. Daraus ergibt sich für Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung die Notwendigkeit von hauptamtlichen Pfarrstellen in der Krankenhauseelsorge. Für Krankenhäuser in evangelischer Trägerschaft ist Seelsorge Bestandteil des diakonischen Profils der Einrichtung.“⁷⁵

Doch sind die darin verborgenen Streitfragen weder deutlich noch gar gelöst. Sie lauten beispielsweise: Sollen eher die kirchlichen Krankenhäuser mit Seelsorgepfarrstellen ausgestattet werden oder gerade die nicht-kirchlichen Kliniken? Es ist problematisch, wenn die Kirche öffentliche oder gar private Krankenhäuser im Wettbewerb mit kirchlichen Häusern durch Angebote von Krankenhausseelsorge womöglich noch stärkt oder gar bevorzugt. Und noch schwieriger wird es, wenn die verfasste Kirche von ihren diakonischen Krankenhausträgern erwartet, dass diese Gelder für die Refinanzierung von Krankenhausseelsorge aus ihren Einnahmen abzweigen. Denn das System der DRG oder das PEPP sind für alle Häuser gleich – und wenn die kirchlichen Träger dann davon noch Seelsorge bezahlen sollen, geht ihnen unweigerlich Geld für Medizin, Pflege und Investitionen verloren. Ein letzter Punkt in diesem Kontext: Privaten Krankenhäusern kann es, da sie oft in unteren Entgeltgruppen vergleichsweise geringe Löhne zahlen, sogar relativ leicht fallen, Krankenhausseelsorge ganz oder teilweise mit zu refinanzieren. Doch sollen nicht-gemeinnützige Krankenhäuser in ihrem Profitmaximierungsstreben durch solche Seelsorgeangebote und womöglich ehrenamtliche Arbeit unterstützt werden? Kirche ist hier manchmal in Gefahr, Entwicklungen unbemerkt zu fördern, die sie eigentlich gar nicht will.

Neben der Entscheidung, wo es Krankenhausseelsorge geben soll und wo nicht, sind zudem Konzepte und Beschlüsse zur Vernetzung und Kooperation notwendig. Das Krankenhaus als isolierte Insel wird es immer weniger geben, stattdessen hat es vielfältige Vernetzungs- und Kooperationsbeziehungen zu seiner Umwelt⁷⁶. Strukturell und fachlich wird schon längst eine „engere Zusammenarbeit zwischen stationären, ambulanten und rehabilitativen Versorgern“⁷⁷ im Gesundheitswesen gefordert und zunehmend praktiziert. So, wie sich die Krankenhäuser immer mehr vernetzen müssen, so sollte das auch die Krankenhausseelsorge tun. Stichworte wie Ambulantisierung, Inklusion, Quartiersbezogenheit und Gemeinwesenarbeit verdeutlichen zudem, wohin der Trend geht. Krankenhausseelsorge muss daher mit anderen kirchlichen Diensten und insbesondere auch den Ortskirchengemeinden nach einem abgestimmten Konzept geschehen. Auch hier ist kirchenleitendes Handeln gefragt, zugleich unter Einbezug der Betroffenen in die Überlegungen – auch im Rahmen Ihrer Landesstellenplanung 2021. Gute Krankenhausseelsorge braucht also eine „strategische Ausrichtung, Struktur und Leitung“⁷⁸. Ich hoffe, Ihnen auch dazu einige Anregungen gegeben zu haben. Und danke Ihnen für Ihre freundliche Aufmerksamkeit.

¹ Vortrag, gehalten auf der Offenen Werkstattkonferenz der „Konferenz für Krankenhausseelsorge des Ev.-Luth. Dekanatsbezirks München“ am 03.03.2016 in Augsburg.

² Zum Nachfolgenden vgl. vor allem: Ingo Habenicht, Seelsorge – Allgemeinmenschliche Erscheinung und Muttersprache der Kirche, in: Transformationen 24, 2016, S. 4-23.

³ Die Entwicklung der Seelsorge im Osten Deutschlands zu der Zeit wäre gesondert zu betrachten.

⁴ Dietrich Stollberg, Mein Auftrag – Deine Freiheit, München 1972.

⁵ Hans Asmussen, Die Seelsorge, Bad Oeynhausen 1935.

⁶ Eduard Thurneysen, Die Lehre von der Seelsorge, Zürich 1946.

⁷ Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Kirche der Freiheit – Perspektiven für die Evangelische Kirche im 21. Jahrhundert, Impulspapier des Rates der EKD, Hannover/Bad Münden 2006.

⁸ <http://www.kirche-im-aufbruch.ekd.de/reformprozess/impulspapier.html>, download am 12.06.2015.

⁹ Die Bezeichnung „Muttersprache der Kirche“ ging dann in die weitere Diskussion zu Seelsorge ein; jüngst z.B. Kerstin Lammer/Sebastian Borck/Ingo Habenicht/Traugott Roser (Hrsg.), Menschen stärken – Seelsorge in der evangelischen Kirche, Gütersloh 2015, S. 11, (nachfolgend zitiert als: Menschen stärken 2015).

¹⁰ Evangelische Kirche in Deutschland, Seelsorge – Muttersprache der Kirche, Dokumentation eines Workshops der EKD, Hannover, 16. November 2009, hier: S. 4.

¹¹ Entsprechend rund 750 Vollzeitkräften. Menschen stärken 2015, S. 44f.

¹² Die verschiedenen Praxisbeispiele sind verfremdet und anonymisiert. Sie entstammen sämtlich Gesprächen mit verschiedenen Geschäftsführer/innen und Seelsorger/innen aus Krankenhäusern in ganz Deutschland, die der Autor Anfang 2016 geführt hat.

¹³ An dieser Stelle bewusst: „Krankenseelsorge“ und nicht „Krankenhausseelsorge“.

¹⁴ Mt. 25, 36.

¹⁵ Die „cura animarum specialis“.

¹⁶ Die „cura animarum generalis“.

¹⁷ Vgl. z.B. das Kirchengesetz zum Schutz des Seelsorgegeheimnisses (Seelsorgegeheimnisgesetz – SeelGG), Beschluss der 11. Synode der EKD auf ihrer 2. Tagung vom 28.10.2009.

¹⁸ Evangelische Kirche von Westfalen; Standortbestimmung: Perspektiven der Seelsorge in der Evangelischen Kirche von Westfalen, Bielefeld 2014, S. 19, (nachfolgend zitiert als: Standortbestimmung 2014).

¹⁹ In Verbindung mit Artikel 141 der Weimarer Reichsverfassung.

²⁰ Als „Krankenseelsorge“, also als Besuch des Seelsorgers oder der Seelsorgerin „am Bett“ im Krankenhaus, kann die Seelsorge auf der Basis des Grundgesetzes und im kirchlichen Auftrag ohne jeglichen Auftrag des Krankenhauses geschehen. Dort aber, wo wirklich Krankenhausseelsorge intendiert ist, also auch Mitarbeit in den Strukturen des Krankenhauses, in enger Zusammenarbeit mit dem Personal u. dgl., ist auch eine Beauftragung durch das Krankenhaus hilfreich wenn nicht sogar notwendig, insbesondere wenn zudem die Seelsorge durch das Krankenhaus oder seinen Träger (mit-)finanziert wird.

²¹ „Dem Recht des Einzelnen auf Religion folgend geht es um kirchliche Präsenz am andern Ort, in einer für das Leben der Bürgerinnen und Bürger wichtigen Institution mit eigener Struktur.“ Kirchenamt der EKD (Hrsg.); Die Kraft zum Menschsein stärken, Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge, Eine Orientierungshilfe, Hannover 2004, S. 20, (nachfolgend zitiert als: Leitlinien 2004).

²² Leitlinien 2004, S. 16.

²³ Vgl. Menschen stärken 2015, S. 48f.

²⁴ Menschen stärken 2015, S. 49.

²⁵ Bernd Beuscher, Opium fürs Volk oder Balsam für die Seele? Chancen und Fallstricke für Spiritualität in der Palliativmedizin, in: Wege zum Menschen 66, 2014, 560-569, hier S. 561. / Vgl.: „Dem Recht des Einzelnen auf Religion folgend geht es um kirchliche Präsenz am andern Ort, in einer für das Leben der Bürgerinnen und Bürger wichtigen Institution mit eigener Struktur.“ Leitlinien 2004, S. 20.

²⁶ Eduard Thurneysen, Die Lehre von der Seelsorge, Zürich ⁶1988, S. 9.

²⁷ <http://www.deutsche-islam-konferenz.de/DIK/DE/Magazin/Lebenswelten/Seelsorge/seelsorge-mlid-inhalt.html>, download am 12.06.2015.

²⁸ Ebd.

²⁹ In seinen Marburger Seelsorgevorlesungen, veröffentlicht als: Dietrich Stollberg, Wahrnehmen und Annehmen, Seelsorge in Theorie und Praxis, Gütersloh 1978.

³⁰ Primäre „spiritual care providers“ nennt Traugott Roser diese Gruppen, die oft an erster Stelle zur Verfügung stehen, wenn es um hilfreiche Gespräche geht. - Traugott Roser, *Spiritual care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*, Stuttgart 2007.

³¹ Vgl. auch *Menschen stärken 2015*, S. 32f.

³² Vgl. Dietrich Stollberg, *Mein Auftrag – Deine Freiheit*, München 1972; sowie: *Menschen stärken 2015*, S. 19f.

³³ III, 4; 1536/37. *Die Bekenntnisschriften der Evangelischen-Lutherischen Kirche*, Göttingen 1982, S. 449.

³⁴ *Menschen stärken 2015*, S. 14. / Vgl. auch die folgende Formulierung: „Seelsorge ... ist aus dem christlichen Glauben motivierte und im Bewusstsein der Gegenwart Gottes vollzogene Zuwendung. Sie gilt dem einzelnen Menschen unabhängig von dessen Religions- bzw. Konfessionszugehörigkeit.“ *Seelsorgegeheimnisgesetz – SeelGG*, § 2 Abs. 1. Oder mit Christian Grethlein gesprochen: „Seelsorge ist Kommunikation des Evangeliums im Modus des Helfens zum Leben.“ Christian Grethlein, *Kirche als Organisation zur Förderung der Kommunikation des Evangeliums*, Vortrag zur Kreissynode des Evangelischen Kirchenkreises Steinfurt-Coesfeld-Borken, http://www.der-kirchenkreis.de/fileadmin/downloads/Kirchenkreis/Grethlein_Herbstsynode_2013.pdf; download am 12.06.2015.

³⁵ *Menschen stärken 2015*, S. 61.

³⁶ *Menschen stärken 2015*, S. 49.

³⁷ Vgl. z.B. Elisabeth Naurath, *Seelsorge als Leibsorge, Perspektiven einer leiborientierten Krankenhauseelsorge*, Stuttgart/Berlin/Köln 2000, sowie: Michael Klessmann/Irmhild Liebau (Hrsg.), *Leiblichkeit ist das Ende der Wege Gottes*, Göttingen 1997.

³⁸ Ulrike Wagner-Rau, *Segensraum, Kasualpraxis in der modernen Gesellschaft*, Stuttgart/Berlin/Köln, 2008².

³⁹ Erstmals grundlegend: Horst Kämpfer/Joachim Scharfenberg, *Mit Symbolen leben*, Olten/Freiburg im Breisgau 1980. Siehe auch: Joachim Scharfenberg, *Die biblische Tradition im seelsorgerlichen Gespräch*, in: *Evangelische Theologie* 38, 1978, S. 125-136.

⁴⁰ Vgl. *Leitlinien 2004*, S. 19.

⁴¹ *Menschen stärken 2015*, S. 12.

⁴² „Der Tod, die Entstehung der Welt und ethische Fragen im Umfeld des Lebensendes sind die Themen, die von den Befragten am stärksten als religiöse Themen verstanden werden.“ *Evangelische Kirche in Deutschland* (Hrsg.), *Engagement und Indifferenz, Kirchenmitgliedschaft als soziale Praxis*, V. EKD-Erhebung über Kirchenmitgliedschaft, Hannover 2014, 25, (nachfolgend zitiert als: V. KMU 2014).

⁴³ V. KMU 2014, S. 13.

⁴⁴ V. KMU 2014, S. 33f.

⁴⁵ V. KMU 2014, S. 7.

⁴⁶ *Leitlinien 2004*, S. 10.

⁴⁷ V. KMU 2014, S. 119.

⁴⁸ „Mit der Krankenhauseelsorge 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 Hoffnungen so nahe wie bei einem stationären Klinikaufenthalt.“ Vorwort Bischof Huber aus: *Leitlinien 2004*, S. 6.

⁴⁹ Ausführlich und differenziert zur „Kirche am anderen Ort“: *Menschen stärken 2015*, S. 48-54.

⁵⁰ *Prognos, Kirchliche Krankenhäuser – wertorientiert, innovativ, wettbewerbsstark. Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland; im Auftrag des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V. (DEKV) und des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e. V. (KKVD)*, Basel 2009, S. 7, (nachfolgend zitiert als: *Prognos 2009*).

⁵¹ Zum Ganzen vgl. insbesondere: Kirchenamt der EKD (Hrsg.); „Und unsern kranken Nachbarn auch!“, *Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik, Denkschrift des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*; Gütersloh 2011, (nachfolgend zitiert als: *EKD-Denkschrift Gesundheitspolitik 2011*).

⁵² Vgl: *EKD-Denkschrift Gesundheitspolitik 2011*, 108f.

⁵³ Von 2004 bis 2014 ging die Zahl der Kliniken um 186 auf 1.980 zurück, dabei verschwanden vor allem kleinere Kliniken mit Planbetten unter 70. Die Zahl der Krankenhausbetten sank in diesen zehn Jahren um knapp sechs

Prozent auf rund eine halbe Million. Sozial-digital.epd.de; Zahl der Kliniken in Deutschland gesunken:

<http://sozial-digital.de/sd/2016/02/19#1-2>.

⁵⁴ Vgl. z. B. EKD-Denkschrift Gesundheitspolitik 2011, S. 15f und dazu auch S. 54f.

⁵⁵ EKD-Denkschrift Gesundheitspolitik 2011, S. 40f.

⁵⁶ Genauer: von 13,3 Tagen in 1994 auf 7,4 Tage in 2014.

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/>, download am 24.02.16 / Gleichzeitig gibt es weiterhin viele Krankenhäuser, bei denen die durchschnittliche Verweildauer deutlich über 15 Tagen liegt.

⁵⁷ DRG: Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen); PEPP: Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik.

⁵⁸ 1995 betrug sie durchschnittlich knapp 80 Jahre, im Jahr 2005 etwas über 82 Jahre, mittlerweile ist sie auf über 83 Jahre angestiegen <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/ledeu.htm>; download am 24.02.2016.

⁵⁹ EKD-Denkschrift Gesundheitspolitik 2011, S. 20. / Den Wettbewerb im Gesundheitswesen, sowohl bei den Versicherungen als auch bei der medizinischen Versorgung selbst, bewerten daher kirchliche Krankenhäuser in einer Studie von 2009 selbstbewusst wie folgt: „Erklärtes Ziel christlicher Krankenhäuser ... ist, unter den gegebenen Voraussetzungen und begrenzten Ressourcen eine bestmögliche Versorgung der Patienten unter humanitären, ethischen wie auch wirtschaftlichen Aspekten zu erreichen. Die in der Praxis erfolgreich umgesetzte wirtschaftliche Optimierung von Strukturen und Prozessen entspringt damit unmittelbar der Werteorientierung christlicher Krankenhäuser.“ Prognos 2009, S. 17. / Ähnlich Prognos 2009, S. 10: „Das der christlichen Ethik immanente Anliegen der Ressourcenschonung äußert sich darin, dass die kirchlichen Krankenhäuser sich traditionell immer schon durch eine hohe Wirtschaftlichkeit auszeichnen.“

⁶⁰ Vgl. z.B. Bernd Schlüter/Christian Bernzen; Gutachten – Wege zu einem Branchentarif Gesundheit und Soziales, im Auftrag der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag, 91 Seiten, Berlin 2013. Vgl. ebenso mit anderer Akzentuierung z.B.: Das richtige Maß finden zwischen Wettbewerb und Regulierung, Interview mit dem Generalsekretär der Monopolkommission Dr. Klaus Holthoff-Frank; in: VdDD (Hrsg.), diakonie unternehmen, Informationsmagazin des VdDD, Berlin 2/2014, S. 23-25.

⁶¹ V. KMU 2014, S. 12f, 82, 93-95.

⁶² V. KMU 2014, S. 119.

⁶³ Prognos 2009.

⁶⁴ Prognos 2009, S. 27.

⁶⁵ In diese Richtung dürfte man auch die proCum-Cert-Qualitätsstandards deuten, welche „die üblichen KTQ-Anforderungen um Bereiche und Merkmale [ergänzen], die in besonderem Maße zum Profil kirchlicher Krankenhäuser beitragen.“ Dazu gehören beispielsweise:

- „die Gewährleistung einer besonderen Zuwendung und Präsenz für die Patienten,
- die Integration der Seelsorge in das Krankenhaus,
- die Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung sowie entsprechender Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen,
- die Begleitung im Sterben,
- Anforderungen an die Unternehmensführung, z. B. hinsichtlich der Umsetzung des Wertemanagements sowie der Beachtung von Corporate Governance-Prinzipien,
- die Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur, die gekennzeichnet ist u. a. durch Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung ...“. Prognos 2009, S. 15. Vgl. auch: Leitlinien 2004, S. 36f.

⁶⁶ Er führt unter anderem aus: Er begleite die Chefarztkonferenz, halte Vorträge in Fortbildungen für Mitarbeiter, werde vom Personal zu Kranken gerufen. Im Krankenhaus ist er intensiv vernetzt. Zudem hat er erwirkt, dass ein „Raum der Stille“ eingerichtet wurde, der nun das Haus deutlich mit prägt.

⁶⁷ In seinem Fall geht es sogar noch über das einzelne Krankenhaus hinaus: Die Kommune selbst hat ihn mittlerweile gebeten, bei der alljährlichen wöchentlichen Gesundheitswoche der Kommune mitzuwirken – und angefragt wurde bei ihm in einem durchaus recht säkularen großstädtischen Umfeld die Durchführung eines Gottesdienstes, was im Übrigen den Ergebnissen der V. KMU 2014 passgenau entspricht.

⁶⁸ Generell sind eine persönliche Eignung, fachliche Mindestanforderungen und eine glaubens-, auftrags- und rollengerechte Haltung notwendig. Die professionell Seelsorgenden benötigen darüber hinaus deutlich vertiefte Kompetenzen im poimenisch-hermeneutischen, systematisch- und ethisch-theologischen, liturgisch-rituellen, psychologisch-beraterischen und interkulturell-interreligiösen Bereich und bei Krankenhauseelsorgern natürlich auch eine klinische Feldkompetenz, sowohl zum Thema „Gesundheit/Krankheit“ als auch zur „Institution Krankenhaus“. Menschen stärken 2015, S. 82-90; Leitlinien 2004, S. 22-26.

⁶⁹ Vgl. dazu auch: Verena Dreißig, Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus, Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund, Bielefeld 2005.

⁷⁰ Vgl. ausführlich zum Ganzen: Menschen stärken 2015, S. 94-111.

⁷¹ Dietrich Stollberg, Befreiung von der Tyrannei der Werte, in: Peter-Michael Pflüger (Hrsg.), Unterwegs zu neuen Werten, Fellbach-Oeffingen 1983, S. 59-72.

⁷² Leitlinien 2004, S. 25. Eine immer noch sehr gute Übersicht bietet: EKD-Denkschrift Gesundheitspolitik 2011.

⁷³ „Idealerweise will die evangelische Kirche in allen Krankenhäusern einschließlich der Fach- und Rehabilitationskliniken mit professioneller Krankenhauseelsorge präsent sein.“ Leitlinien 2004, S. 27. Ein Anspruch, der in der Realität allerdings bei weitem nicht umgesetzt werden kann/umgesetzt wird.

⁷⁴ Menschen stärken 2015, S. 30-33.

⁷⁵ Standortbestimmung 2014, S. 20.

⁷⁶ Vgl. auch Prognos 2009, S. 3f.

⁷⁷ Prognos 2009, S. 28.

⁷⁸ Menschen stärken 2015, S. 93.

Download dieses Vortrags sowie weitere Informationen zum Autor: www.johanneswerk.de/habenicht