

Krankenhausseelsorge im Schnittpunkt der Erwartungen*

von Michael Klessmann

I

„Krankenhausseelsorge ist ein eigenständiger kirchlicher Arbeitszweig und nicht eine Variante von Gemeindegeseelsorge“ – diesen Satz hat die Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD als 1. These in das Papier „Konzeption und Standards der Krankenhausseelsorge“ geschrieben¹. Angesichts knapper werdender Finanzen und der damit einhergehenden Tendenz vieler Landeskirchen, funktionale Dienste zu reduzieren und ihre Funktionen wieder dem Gemeindepfarramt zuzuschlagen, wird ein solcher Satz immer wichtiger.

Seelsorge, die von der Gemeinde aus ins Krankenhaus geht, kann einzelne Kranke dort besuchen, sie kann aber keinesfalls die dort Arbeitenden und die Institution als ganze als Adressaten für seelsorgerliche Arbeit in den Blick bekommen. Eben dies aber ist unverzichtbar! Andernfalls schreiben wir den großen Bereich der naturwissenschaftlichen Medizin und ihrer Institutionen als irrelevant für religiös-ethisch-anthropologische Dimensionen ab.

Dieser Aspekt ist nicht neu², trotzdem gerät er immer wieder in Vergessenheit, und zwar sowohl von seiten kirchenleitender Organe wie von seiten der KrankenhausseelsorgerInnen selber: Kirchenleitungen ziehen sich, ich erwähnte es bereits, wieder verstärkt auf parochiale Positionen zurück und verfehlen m. E. mit dieser traditionellen Antwort die neuen gesellschaftlichen Problemstellungen, wie sie mit dem Stichwort „Wandel von der Industrie zur Risikogesellschaft“ bezeichnet werden können. Wenn es stimmt, daß die Parochie in ihrer heutigen Gestalt die kirchlich-organisatorische Antwort auf die Entstehung der Industriegesellschaft war³, dann ist heute eine neue Antwort notwendig, die m. E. vor allem durch Ausweitung und Intensivierung funktionaler Arbeit gegeben werden müßte⁴. Je mehr wichtige lebensge-

* Leicht überarbeitete Fassung eines Vortrags auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Ev. Krankenhausseelsorge in Bayern auf Schloß Schwanberg am 11. 10. 1994. Der Vortragsstil ist im wesentlichen beibehalten.

¹ Abgedruckt in WzM 46 (1994) 430–432.

² Bereits 1980 haben J. Degen und P. Frör deutlich auf diesen Aspekt hingewiesen in: Seelsorge in den Strukturen des Krankenhauses, WzM 32 (1980) H.1, 2ff und 14ff.

³ So die These von H.Chr. Stoodt, Formen kirchlicher Arbeit an der Schwelle von der Industrie- zur Risikogesellschaft, PTh 80 (1991) 116ff.

⁴ Vgl. das von der hessen-nassauischen Kirche herausgegebene Buch: Person und Institution. Volkskirche auf dem Weg in die Zukunft (1992).

schichtliche Übergänge wie Geburt, Krankheit, Sterben oder Unfall und die damit verbundenen tiefgreifenden existentiellen Erfahrungen nicht mehr im unmittelbaren Wohn- und Lebenszusammenhang, sondern im Krankenhaus erlebt und erlitten werden, desto mehr muß auch Kirche dort – in anderer, funktionaler Gestalt – präsent sein. Ziel solcher funktionalen Arbeit ist nicht, neue Mitglieder für die Kirche zu gewinnen, sondern Menschen in ihrer jeweiligen Lebenssituation bei der Verarbeitung eben dieser Situation behilflich zu sein. Daraus ergibt sich langfristig ein anderes Bild von Kirche – und es erscheint mir ausgesprochen wichtig, daß KrankenhauseelsorgerInnen aus ihrer Perspektive, aus ihren Erfahrungen ein neues Bild von Kirche entwerfen und darüber das Gespräch mit Kirchenleitungen suchen.

Auf der anderen Seite verdrängen KrankenhauseelsorgerInnen selber diesen Aspekt, daß es um Krankenhausseelsorge und nicht nur um Kranken-seelsorge geht, immer wieder. Konzentration auf das Gespräch zu zweit ist uns allen vertraut, es ist sicher das Herzstück der Seelsorge im Krankenhaus, durch das wir auch die meiste Bestätigung und Anerkennung kriegen. Aber es ist nicht alles. Das Personal kommt noch relativ leicht in den Blick, sofern sie einen auf einzelne Patienten verweisen oder selbst einmal das Gespräch suchen. Darüber hinaus aber eine adäquate Form der Mitarbeit im Team einer Station zu finden, regelmäßigen Kontakt zu Ärzten, Krankenhausverwaltung und Pflegedienstleitung zu suchen, sich – in durchaus bescheidenem Maß – mitverantwortlich zu fühlen für das Klima, für die Kommunikation in der Institution oder für die sog. „Patientenorientierung“ des Krankenhauses⁵, dadurch aus dem Status eines kirchlichen Gastes herauszutreten und den Status eines zwar distanzierteren, aber doch loyalen Mitarbeiters zu gewinnen – das ist anstrengend, ungewohnt, nicht selten auch frustrierend, aber letztendlich unverzichtbar, wenn wir den Namen „Krankenhauseelsorge“ zu Recht als unsere Berufsbezeichnung wählen.

II

Viele, die in der Krankenhauseelsorge arbeiten, sind aus der Gemeinde dorthin übergewechselt. In der Gemeinde waren sie als PastorIn oder DiakonIn bekannt und anerkannt, eine zentrale Figur mit einer Fülle von Beziehungen und Verantwortungen. Irgendwann entstand der Wunsch nach Spezialisierung und Konzentration der Arbeit, der Wunsch, auf *einem* Gebiet kompetent zu sein, eine geregelte Arbeitszeit zu haben und der sozialen Kontrolle der Gemeinde entzogen zu sein.

⁵ Vgl. dazu G. Scharffenorth / A.M. Müller (Hg.), Patienten-Orientierung als Aufgabe. Kritische Analyse der Krankenhaussituation und notwendige Neuorientierungen, FEST Heidelberg (21991).

Mit dem Wechsel von der Gemeinde zum Krankenhaus fanden sie sich plötzlich als Randsiedler vor, als SeelsorgerInnen in der naturwissenschaftlichen Institution des Krankenhauses auf den ersten Blick überflüssig, wenig gebraucht, unbekannt. Gerade die Berufsanfänger fragen sich häufig: Was tue ich hier eigentlich? Wer braucht mich? Ist meine Arbeit hier überhaupt wichtig und sinnvoll? Welche Rolle spiele ich als Vertreter von Kirche, von Religion in der säkularen Institution?

Vor diesem Hintergrund entsteht oft der Wunsch nach einer klaren Identität, der Wunsch, eindeutig zu wissen, welche Rolle man hat im Gefüge der verschiedenen anderen Dienste und welchen Sinn die eigene Tätigkeit im Konzert der anderen Aufgaben des Krankenhauses erfüllt.

So verständlich und legitim dieser Wunsch ist, er ist m. E. nicht zu erfüllen. Denn Krankenhauseelsorge, so behaupte ich, ist prinzipiell angesiedelt in einem *Zwischen-Raum*, und diejenigen, die diese Seelsorge ausüben, müssen lernen, die Spannungen, die Ambivalenzen, die sich aus diesem Zwischenzustand ergeben, auszuhalten statt sie einseitig aufzulösen. Sie müssen akzeptieren, daß sie Grenzgänger sind und bleiben, mit allen Vor- und Nachteilen, die ein solcher Status hat. Ich nenne im folgenden acht verschiedene Facetten dieses Zwischen-Raums.

1. a) KrankenhauseelsorgerInnen haben als Arbeitgeber die *Kirche*, nicht das *Krankenhaus*. Das heißt: Vertreter des Krankenhauses sind ihnen gegenüber nicht weisungsberechtigt. Dienstaufsicht und Fachaufsicht (wenn es so etwas überhaupt gibt) wird von außerhalb wahrgenommen, häufig von Personen, die das Arbeitsfeld Krankenhaus nicht genau kennen. Kein Arzt hat gegenüber einer Krankenhauseelsorgerin Weisungsbefugnis; sie kann kommen und gehen, wann sie will, kann ihre Arbeit einteilen und strukturieren, wie sie will. Das eröffnet viel Freiheit – aber Sie alle wissen, daß man solche Freiheit kreativ nutzen oder auch verschleudern kann. Das ist die organisatorische Seite.

b) Die inhaltliche Seite: Kirchliche MitarbeiterInnen sind durch ihr Studium historisch, geisteswissenschaftlich, hermeneutisch sozialisiert, sie lernen – um eine bekannte Unterscheidung von W. Dilthey aufzunehmen – zu *verstehen*, also die Bedeutung, den Sinnzusammenhang von Phänomenen zu reflektieren, während das medizinisch-pflegerische Personal im Krankenhaus lernt zu *erklären*, d.h. die Ursache eines Phänomens zu erheben und auf Grund dieser Kenntnis an einer Beseitigung oder Veränderung des Phänomens zu arbeiten. Aus dieser ganz anderen beruflichen Sozialisation ergibt sich eine jeweils sehr verschiedene Art und Weise, die Welt und die Menschen zu betrachten und mit ihnen umzugehen; auch dadurch geraten SeelsorgerInnen in den Status von Fremden in der naturwissenschaftlichen Institution, und es ist deshalb oft schwierig, eine gemeinsame Sprache, einen gemeinsamen Zugang im Gespräch zu finden.

c) Schließlich werden KrankenhausseelsorgerInnen in der eigenen Kirche zu Fremden: In der Säkularität des Krankenhauses bekommen sie ein anderes Bild von Kirche, durch das ständige Gespräch mit Kirchenfernen, durch die ständige Begegnung mit Krankheit und Sterben verändert sich ihre Theologie, sie wird – so möchte ich einmal pauschal behaupten – erfahrungsnäher, und sie fühlen sich oftmals in gemeindlichen Veranstaltungen, in Pfarrkonferenzen, die immer noch eine halbwegs heile kirchliche Welt suggerieren, nicht mehr heimisch. Sie erleben es dann als besonders schmerzlich, daß ihre Tätigkeit in unserer auf die Parochie zentrierten Kirche abgewertet wird.

2. Krankenhausseelsorge ist rechtlich gut abgesichert durch Art. 140 des Grundgesetzes in Verbindung mit Art. 141 der Weimarer Reichsverfassung⁶, ihre tatsächliche Bedeutung im Alltag des Krankenhauses, für die Ziele der Behandlung und Pflege entspricht dieser Rechtsstellung in keiner Weise. Ich nenne das gerne die „strukturelle Bedeutungslosigkeit“ der Seelsorge im Krankenhaus⁷ und meine damit, daß Seelsorge als ein kirchliches Angebot in den Zielvorstellungen der medizinisch-technischen Institution des Krankenhauses nicht vorgesehen ist; ihre mögliche Bedeutung für eine ganzheitliche Begleitung und Betreuung kranker Menschen ist nicht im Blick – die erwähnte gesetzliche Absicherung reflektiert ja auch ein Interesse (und einen Machtfaktor!) der Kirche, nicht des Krankenhauswesens. Ich bin ziemlich sicher, daß die meisten Krankenhäuser auf Seelsorge verzichten würden, wenn die Kirche sie nicht finanzieren würde.

Die Spannung zwischen *gesicherter Rechtsstellung* und tatsächlicher *struktureller Bedeutungslosigkeit* müssen in der Regel die einzelnen SeelsorgerInnen austragen. Kirchliche Anstellungsträger gehen auf Grund der rechtlichen Lage häufig davon aus, daß Seelsorge ganz selbstverständlich ihren Platz in der Klinik habe; sie halten es deswegen nicht einmal für nötig, zu konkreten und differenzierten Absprachen mit dem Krankenhaus zu kommen. Da werden Berufsanfänger in eine ihnen unbekannte Institution geschickt – häufig ohne angemessene Arbeitsplatz- und Aufgabenbeschreibungen. Sie müssen individuell – und das heißt in der Regel in einem mühevollen Prozeß von Versuch und Irrtum – herausfinden, wie sie in dieser speziellen Institution arbeiten wollen, welche Schwerpunkte sie setzen, was sie vernachlässigen wollen etc. Das scheint aber weitestgehend ihren persönlichen Vorlieben überlassen zu bleiben – wir dürfen uns nicht wundern, wenn auf diese Weise Seelsorge im Krankenhaus relativ beliebig erscheint.

3. Viele KrankenhausseelsorgerInnen verstehen sich als *Anwälte der Patienten*. Sie hören häufig deren Klage über die mangelnde Zeit des Perso-

⁶ Vgl. dazu ausführlicher R. Gestrich, *Am Krankenbett* (1987) 152 ff.

⁷ Vgl. M. Klessmann, *Seelsorge im Krankenhaus: Überflüssig – wichtig – ärgerlich!*, *WzM* 42 (1990) 421 ff.

nals, über die seelenlose Technik, über den Arzt, der in der Visite unverständliche Informationen von sich gibt – und identifizieren sich leicht mit dieser Sicht des Krankenhauses, mit der häufig geforderten, aber nach wie vor mangelhaften Patientenorientierung⁸. Die Patienten sind die schwächsten Mitglieder in der Krankenhaushierarchie, sie sind auf Grund ihrer Krankheit sowieso benachteiligt – da ist es schwer, sich ihrer Erwartung nach Solidarität zu entziehen.

Gleichzeitig gilt es, dieses Problem als ein strukturbedingtes zu erkennen. Ein Krankenhaussoziologe formuliert das so: „Die Spielregeln im Krankenhaus (sind) nicht auf die Person des Patienten und seine Bedürfnisse, sondern auf die Organisation und auf die Reibungslosigkeit von Arbeitsabläufen zugeschnitten.“⁹

Wer hier persönliches Versagen des ärztlich-pflegerischen Personals unterstellt, wird sich aus einer solchen Position heraus schwer tun, eine gute Ebene der *Kooperation mit den Mitarbeitenden* zu finden – ganz davon abgesehen, daß diese auch häufig ein offenes Ohr brauchen und ihrerseits klagen über schwierige Patienten, über die physische und psychische Belastung durch die Arbeit mit kranken und sterbenden Menschen, über Konflikte im Mitarbeiterteam etc. Auch hier die Erwartung: „Du bist doch einer von uns.“

Um ihrer selbst willen brauchen es SeelsorgerInnen m. E., daß sie wenigstens in ein oder zwei Stationsteams dazugehören, sich dort wohl und angenommen fühlen; es kann ihnen dann gelingen, ihre seelsorgerliche Arbeit transparent zu machen und sie als integralen Bestandteil einer guten Begleitung kranker Menschen erlebbar werden zu lassen. Ist die Identifikation mit dem Team jedoch zu nahtlos, erschwert es wiederum den Spielraum dessen, der im Zwischen-Raum agieren kann, d. h. daß Seelsorge für das Pflorgeteam dann kaum noch möglich ist.

4. Die verschiedenen Leitungsebenen eines Krankenhauses (Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche Leitung) haben zwangsläufig andere Interessen als das Pflegepersonal oder das medizinisch-technische Personal oder das Küchenpersonal. Reibungsloser und effektiver Organisationsablauf sowie Kostenminimierung, positive Selbstdarstellung nach außen sind *Prioritäten der Leitung* (und werden es immer mehr mit der Fortschreibung des Gesundheitsstrukturgesetzes und der Entwicklung hin zu einem modernen Dienstleistungsbetrieb) – während das *Personal an der Basis* häufig mehr Freiräume wünscht, mehr Stellen, weniger an Effektivität orientierte Zielvorstellungen, weniger Verwaltungsaufwand etc. Wo siedelt sich die Seelsorge an?

⁸ Vgl. H.W. Gärtner, *Zwischen Management und Nächstenliebe* (1994) 28ff.

⁹ Th. Kohlmann, *Patient und Organisation*, WzM 38 (1986) 392.

Einerseits ist gutes Einvernehmen mit dem Personal unerlässlich; andererseits ist offener Kontakt zu verschiedenen Leitungsebenen aus mehreren Gründen wichtig: um im Kommunikationsfluß des Krankenhauses vorzukommen und auf diese Weise Informationen über das gesamte System Krankenhaus, über Konzepte und Planungsvorhaben zu bekommen; um der Seelsorge Raum zu schaffen im wörtlichen Sinn (an der Raumfrage entzündet sich ja meistens zuerst die Frage nach der Bedeutung der Seelsorge im Krankenhaus); um langsam ein Bewußtsein für den möglichen Stellenwert der Seelsorge im Heilungsprozeß bzw. im Prozeß der Verarbeitung von Krankheit zu schaffen; um auch kritische Perspektiven an einem zu sehr an Effektivität und Kostenminimierung orientierten Krankenhauswesen zur Sprache bringen zu können.

5. Die wünschenswerte und notwendige *Professionalität der Seelsorge* im Krankenhaus hat verschiedene Gesichter: Als Vertreter der Kirche, als Repräsentanten von Religion „verwalten“ SeelsorgerInnen das Geheimnis des Lebens; sie sind Symbolfiguren einer Tiefendimension des Lebens, die gerade in schwerer Krankheit für viele Menschen zum Thema wird. Im Gottesdienst, in der Feier des Abendmahls, wenn am Krankenbett gebetet oder der Segen erteilt wird, kommt diese Dimension sinnfällig zum Ausdruck. Vor diesem Hintergrund werden SeelsorgerInnen immer auch als PriesterInnen erlebt, ob sie das wollen oder nicht.

Auf der anderen Seite wollen SeelsorgerInnen jedoch nicht auf diese religiös-priesterliche Funktion im engeren Sinn festgelegt werden; sie wollen ihren Gesprächspartnern umfassender begegnen können und dafür auch eine entsprechende Sachkompetenz erwerben (etwa in Form einer Seelsorgeausbildung oder einer therapeutischen Zusatzausbildung); diese quasi-therapeutische Kompetenz eröffnet ihnen die Möglichkeit, vom Krankenhaus in neuer Weise ernst genommen und nicht nur als religiöses Ornament betrachtet zu werden. Beide Rollen, der Priester und der Therapeut – es gibt sicher auch noch die Rolle des Managers – haben professionellen Charakter, grundsätzlich vergleichbar etwa der Profession des Arztes oder der Krankenschwester. Professionalisierung bedeutet, daß es bestimmte berufliche Verhaltensstandards gibt, die einem qua Rolle zugeschrieben werden, auf die man sich als Berufsvertreter auch berufen kann – Verhaltensstandards, die deswegen entlastend sind, weil man sie nicht jederzeit mit subjektiver Motivation füllen und abdecken muß.

Genau an diesem Punkt gerät der entlastende Aspekt der Professionalisierung in Konflikt mit dem gerade unter SeelsorgerInnen hoch geschätzten Postulat der *Betroffenheit*. Begriffe wie „sich betreffen lassen, sich einlassen, sich anrühren lassen“ sind Ausdruck eines weitverbreiteten Wunsches, eben nicht routinierte, emotional distanzierte Kontakte zu Patienten oder Mitarbeitern aufzunehmen, sich in dieser Hinsicht mit Nachdruck von der von ärzt-

lich-pflegerischer Seite praktizierten „affektiven Neutralität“ zu distanzieren und zu einer unmittelbaren, direkten Begegnung zu finden, in der eben auch der Seelsorger als individuelle, unverwechselbare Persönlichkeit erkennbar wird. Nicht zuletzt die Seelsorgebewegung hat die Bedeutung der persönlichen, direkten Begegnung betont und darin Gedanken aus dem Personalismus Bubers und aus der Gestalttherapie von F. Perls aufgenommen.

Direkte Begegnung heißt, sich zu öffnen, sich anrühren zu lassen, sich verletzlich zu machen – wer das professionell, Tag für Tag tun muß, muß sich um seiner selbst willen wiederum schützen und abgrenzen; das Angebot einer professionellen Berufsrolle ist unter diesem Aspekt dann doch wieder notwendig und hilfreich. Und um des Gesprächspartners willen muß die subjektive Betroffenheit auch wieder in dem Sinn professionell gehandhabt werden, daß der Rolleninhaber weiß, was er tut, daß er wahrnimmt, was mit ihm und dem Gesprächspartner geschieht und was es für die Gesprächssituation bedeutet. (Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung, Widerstand etc). Alles andere wäre naiv!

6. Die Motivation zum Pfarramt bzw. zur Seelsorge speist sich zu einem erheblichen Teil aus dem *Wunsch, helfen zu wollen*. R. Riess hat in seiner Untersuchung von Theologie-Studierenden ein stark ausgeprägtes „prosoziales Verhalten“ festgestellt¹⁰. Diese mit dem christlichen Glauben und seiner Betonung der Liebe in Zusammenhang stehende Berufsmotivation ist für viele eine Kraftquelle.

Diese Motivation erfährt in der Regel eine doppelte Infragestellung: Zum einen sind gerade im Krankenhaus die *Erfahrungen von Hilflosigkeit*, von Ohnmacht besonders ausgeprägt. In vielen Situationen gibt es nichts zu helfen im Sinn von „verändern“; vielmehr ist es häufig eine der wichtigsten Aufgaben, fremde und eigene Hilflosigkeit auszuhalten und paradoxerweise gerade darin hilfreich zu sein. Dies ist jedoch immer wieder schwer angesichts des starken eigenen Wunsches zu helfen, angesichts der „Ideologie des Machens“, wie sie im Krankenhaus vorherrscht, und angesichts der Tatsache, daß dieses „Hilflosigkeit aushalten“ in seiner Bedeutung so wenig nach außen hin vorzeigbar und demonstrierbar ist.

Zum anderen lernt jede/r, der länger in der Seelsorge tätig ist, die Ambivalenz des Helfen-Wollens kennen: Helfen zu wollen ist ja durchaus nicht immer auf das Wohl des anderen gerichtet, sondern dient oft genug dazu, sich selbst zu entlasten, die eigene Hilflosigkeit nicht wahrnehmen zu müssen, ein schlechtes Gewissen zu beruhigen oder Anerkennung zu bekommen etc. Solche Erkenntnisse bringen erst einmal Verunsicherung mit sich: Wie steht es denn wirklich um meine Motivation zu diesem Beruf?

¹⁰ R. Riess, *Pfarrer werden?* (1986).

7. Die *Botschaft des Evangeliums* ist der Ausgangspunkt, die Basis jeder Seelsorge; ich vermute, daß dies unstrittig ist. Wie dieser Ausgangspunkt jedoch Gestalt gewinnt, ist höchst unterschiedlich und kontrovers zu bestimmen.

Das traditionelle Seelsorgeverständnis geht von einem geistlich-missionarischen Auftrag für die Seelsorge aus; Seelsorge ist danach eine Variante von Verkündigung. Sie hat, gerade in der Krise der Krankheit, die Botschaft von der Liebe Gottes, von der Annahme des Sünders durch Jesus Christus, auszurichten. Diesen Anspruch haben viele SeelsorgerInnen noch im Kopf – im öffentlichen Diskurs zum Thema Seelsorge (also beispielsweise in kirchlichen Verlautbarungen oder in Stellungnahmen aus pietistischen Kreisen) ist davon die Rede, und auch die öffentliche – klischeehafte – Erwartung geht in diese Richtung.

Dieser Anspruch steht in Spannung zu der Erkenntnis, daß die Art und Weise der Ausrichtung, der Vermittlung dieser Botschaft mit ihrem Inhalt übereinstimmen muß – entsprechend dem Axiom von P. Watzlawick, wonach die Beziehung allemal über den Inhalt bestimmt¹¹. Daraus erwächst der Wunsch, Patienten zu begleiten, für sie dazusein, mit ihnen auszuhalten, um durch die Art der Zuwendung, nonverbal gewissermaßen, Annahme durch Gott spürbar und erfahrbar werden zu lassen.

Dieser eher therapeutische, *beziehungsorientierte Anspruch* schließt ein, auf „geistliche Mittel“ zur eigenen Legitimation zu verzichten. J. Mayer-Scheu hat von der „Instrumentenlosigkeit“ der Seelsorge gesprochen¹² – dazu gehört, daß Bibelverse oder Gebete nicht als Instrumente eingesetzt werden sollten, um in einem Gespräch noch die eigene Rolle als Pastor zu verdeutlichen oder endlich einen Schluß zu finden, daß sie vielmehr nur da einen legitimen Platz haben, wo sie aus der Situation heraus erwachsen und dem Patienten zur Lebensbewältigung hilfreich sein können.

Durch den Verzicht auf solche Instrumente verliert Seelsorge von außen gesehen ihre klar erkennbaren Konturen, sie wird verwechselbar – und es ist dann manchmal schwierig, Außenstehenden klar zu machen, was Seelsorge von psychologischer Betreuung unterscheidet.

Beide Seelsorgemodelle, das Botschafts-zentrierte und das Beziehungs-zentrierte Modell, enthalten große Ansprüche – sie sind nun noch einmal in Beziehung zu setzen zu den Fremderwartungen, die Patienten und Mitarbeiter uns entgegenbringen: Erwarten sie den salbungsvollen Geistlichen, wie er als Klischee im Kino immer wieder vorgestellt wird? Erwarten sie den guten Zuhörer, der eine vertrauensvolle Atmosphäre herstellen kann? Den väterlichen/mütterlichen Tröster? Den religiösen Fachmann, den Priester/die Prie-

¹¹ P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, *Menschliche Kommunikation* (1972) 53 ff.

¹² J. Mayer-Scheu, *Seelsorge im Krankenhaus* (1977) 57.

sterin etc? Wahrscheinlich erwarten sie von allem etwas – um so wichtiger wird es, daß die SeelsorgerInnen selber wissen, wer sie sind, was sie wollen und was sie können und wer sie nicht sein wollen und was sie nicht können und wollen.

8. Der letzte Aspekt zeigt Krankenhausesorge zwischen *Gesundheit* und *Krankheit*, zwischen *Leben* und *Tod*. Dieser Aspekt hat eine persönliche und eine strukturelle Komponente.

a) Die *persönliche Komponente* besteht darin, daß KrankenhausesorgerInnen durch die dauernde Begegnung auf der Grenze von Gesundheit und Krankheit, von Leben und Tod in eine große innere Anspannung geraten können. Die ständige Konfrontation mit Grenzsituationen rührt bewußt und unbewußt immer neu an die eigenen Ängste vor dem Krankwerden, vor dem Sterben, vor dem Tod, erinnert an die Verletzlichkeit und Brüchigkeit des eigenen Lebens. Beinahe gewaltsam werden KrankenhausesorgerInnen auf diese wunde Stelle gestoßen, und die Abwehrmechanismen der Ärzte und des Pflegepersonals – emotionale Distanz, Objektivierung – stehen ihnen vom eigenen Anspruch her nicht zur Verfügung.

Neben die persönliche Anspannung tritt eine theologische: Die Absurdität und Sinnlosigkeit vieler Krankheits- und Sterbefälle und die von Patienten in den vielfältigsten Formen geäußerte Theodizeefrage stellt auch den Glauben der SeelsorgerInnen immer erneut in die Spannung zwischen der geglaubten und behaupteten Liebe Gottes und der häufigen Erfahrung seiner Abwesenheit oder seines Zorns. Um so mehr stellt sich die Frage, welche Ressourcen die einzelnen in der Krankenhausesorge Tätigen haben, um diese Spannung immer wieder aushalten zu können:

Wie steht es mit dem eigenen Glauben, der eigenen Spiritualität? Wieviel Kraft kann jemand daraus schöpfen? Oder sind das eher leere Hülsen geworden?

Wie steht es mit der Unterstützung durch KollegInnen, durch Freunde, durch Partnerschaft? Wo und wie kann einer selbst einmal sich entlasten und abladen? Welche außerberuflichen Kompensationsmöglichkeiten sind vorhanden?

Wie steht es mit Fortbildung und Supervision, die einem Klärung, Distanzierung, Entlastung bringen und auf diese Weise helfen können, solche höchst existentiellen Probleme doch auf eine professionelle Weise anzugehen?

b) Die *strukturelle Komponente* besteht darin, daß Medizin und Religion Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod unterschiedlich deuten und von daher auch unterschiedlich mit diesen Phänomenen umgehen¹³.

¹³ Vgl. zum folgenden auch M. Klessmann, Die Suche nach Sinn in der Krankheit. Säkulare und religiöse Deutungsmuster, PTh 30 (1995) H. 2.

Naturwissenschaftlich orientierte Medizin arbeitet nach dem Kausalprinzip: Vorgänge werden auf Distanz gebracht und objektiviert und in ihrer Komplexität auf die wichtigsten Faktoren reduziert, um sie analysieren und den Ursache-Wirkungszusammenhang erkennen zu können. Das heißt auch: Person und Krankheit werden gewissermaßen getrennt, die geschädigte Funktion eines Organs oder Organfeldes steht im Vordergrund. Die individuellen Lebensumstände der betroffenen Person, ihre Biographie sowie ihre gegenwärtigen Befürchtungen und Hoffnungen spielen für die exakte medizinische Diagnose und Behandlung kaum eine Rolle. Ziel aller medizinisch-pflegerischen Bemühungen ist die Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit der geschädigten Organe. Krankheit soll beseitigt oder zumindest gelindert, Sterben und Tod verhindert bzw. so weit wie möglich hinausgeschoben werden. Jede nicht geheilte Krankheit, jedes Sterben ist für die Institution eine Niederlage, die es mit fast allen Mitteln zu verhindern gilt. Kämpfen, aktiv sein, etwas unternehmen *gegen ...* sind die Maximen im Krankenhaus. Das Krankenhaus ist damit aber nur der Exponent einer Gesundheitsideologie in unserer Gesellschaft, in der Gesundheit immer mehr den paradoxen Charakter eines Anspruchs, einer eigenen Leistung und eines Heilsgutes bekommt¹⁴.

Religiöse Weltansicht versucht demgegenüber Krankheit zunächst einmal zu verstehen. Sie deutet Krankheit, wenn sie beispielsweise von Krankheit als Strafe oder als Folge der Sünde spricht. Wie immer man zu diesen Deutungen inhaltlich steht – entscheidend ist die Struktur, die hier zum Ausdruck kommt: Krankheit wird nicht auf eine Ursache reduziert, sondern verstanden als möglicherweise sinnvoller Bestandteil eines größeren Zusammenhangs, dessen Sinn nicht gleich auf der Hand liegt, den es vielmehr im Gespräch zu erschließen gilt. Schmerzen, Leiden, Sterben sind aus dieser Perspektive Teil des Lebens, sie sagen dem Menschen etwas über sich selbst, über die Endlichkeit des Lebens und was es bedeutet, Mensch zu sein; und sie müssen bewältigt, d. h. einerseits bekämpft und andererseits angenommen werden.

Krankheit wie Gesundheit sind in dieser Sicht etwas Vorletztes. Gesundheit ist nicht alles, wie es in dem oft gehörten Spruch „Hauptsache gesund“ anklingt, sondern, wie K. Barth es formuliert hat, sie ist „Kraft zum Menschsein“. Krankheit kann einem diese Kraft rauben – sie kann aber auch gerade im Gegenteil eine ganz wichtige Erfahrung auf diesem Weg zum Menschsein sein, so wie es A. Gide in seinem berühmten Diktum zum Ausdruck gebracht hat¹⁵.

¹⁴ Vgl. E. Beck-Gernsheim, *Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie*, in: *Risikante Freiheiten*, hg. v. U. Beck und E. Beck-Gernsheim (1994) 316ff.

¹⁵ „Ich glaube, daß die Krankheiten Schlüssel sind, die uns gewisse Tore öffnen können ...“ Zit. bei M. Nüchtern, *Die Lebenskrise Krankheit im Spiegel biblischer Erfah-*

Indem Seelsorge mit dieser religiösen Weltsicht im Krankenhaus tätig ist, gerät sie in Konflikte zu KrankenhausmitarbeiterInnen, die eine dezidiert medizinisch-naturwissenschaftliche Ansicht vertreten, konkret etwa da, wenn es um Fragen geht, ob man einen sehr alten Mann noch operieren soll, ob man einen im Koma liegenden jungen Menschen für eine Transplantation vorsehen soll oder welche Rolle bestimmte Lebensumstände für die Erkrankung eines Menschen spielen etc. Diese Konflikte sind unvermeidlich und notwendig; wer sich hier zu schnell schweigend anpaßt, verschenkt einen wichtigen Teil der seelsorgerlichen Aufgabe. Es wäre schön, wenn das medizinisch-pflegerische Personal durch langjährige Zusammenarbeit mit der Seelsorge begreifen könnte, daß die religiöse Sicht von Krankheit und Gesundheit nicht einfach eine antiquierte, dogmatisch festgelegte Vorstellung vom Menschen enthält, sondern daß es sich um eine Ergänzung und Korrektur des kausalen medizinischen Modells handelt, die um der zu behandelnden Menschen willen, um der viel zitierten Humanität im Krankenhaus willen unverzichtbar ist.

Dies sind einige der Spannungen und Polaritäten, in die KrankenhausseelsorgerInnen gestellt sind, es gibt sicher noch viele andere. Der entscheidende Punkt dabei ist, daß viele dieser Polaritäten strukturell bedingt sind, daß die SeelsorgerInnen in den meisten Fällen jedoch individuell mit ihnen umgehen müssen. Unsere Rolle setzt uns prinzipiell zwischen alle Stühle – aber wie wir diese Zwischenposition wahrnehmen, ob wir sie kreativ nutzen oder sie lediglich ertragen, ob wir darin Chancen sehen oder nur eine Last, das ist den einzelnen überlassen. Zum Teil ist dieses Problem unvermeidlich, zum Teil hat es auch damit zu tun, daß die jeweiligen Anstellungsträger wenig Anstrengungen unternehmen, Krankenhausseelsorge strukturell zu etablieren und abzusichern (etwa in Verhandlungen zwischen Krankenhausleitung und Dekanat).

III

1. Ein wichtiger Aspekt der als „Postmoderne“ oder „Risikogesellschaft“ bezeichneten¹⁶ westlichen Industriegesellschaften ist der sogenannte *Individualisierungsschub*: Klassen- und traditionengebundene Lebensformen verblasen immer mehr, in allen Lebensbereichen sind vielfältige Differenzierungs- und Pluralisierungstendenzen zu beobachten. „Normalbiographie wird zur Wahlbiographie“ (Beck), d. h. es gibt nur noch wenige schichtspezifische,

rungen (1989) 66f. Vgl. außerdem M. Klessmann, *Gesundheit und Glaube*, PTh 78 (1989) 158–173; U. Eibach, *Gesundheit und Krankheit*, in: ders., *Heilung für den ganzen Menschen?* (1991) 19ff.

¹⁶ Vgl. U. Beck, *Risikogesellschaft* (1986).

familiäre, religiöse Vorgaben, die einen Lebenslauf festlegen; vielmehr muß jede/r einzelne wählen, wie er/sie sein Leben gestalten will. „Zwang zur Häresie“, soll heißen, Zwang zur Wahl, hat der Soziologe Peter Berger dieses Phänomen genannt¹⁷. Dieser Zwang zur Wahl gilt für Beruf, Partnerschaft, Familienplanung und religiöse Orientierung gleichermaßen. Das bringt einerseits enorme Freiheiten mit sich, aber um den Preis erheblicher individueller Unsicherheiten und Ängste angesichts der neuen Unübersichtlichkeit.

Dieser Individualisierungstrend, dieser Zwang zur Wahl erstreckt sich auch auf das Erleben und Verarbeiten von Krankheit¹⁸. Die Art und Weise, wie Menschen Krankheit für sich wahrnehmen, wie sie sie erleiden oder bewältigen, hängt in hohem Maß von ihrer sozialen Lage und ihren subjektiven Ressourcen ab: Krankheit als Zeit zum Ausspannen von einer anstrengenden und aufreibenden Berufstätigkeit; Krankheit als Notwendigkeit, den gesamten Lebens- und Arbeitsstil zu verändern; Krankheit als Abbruch und Ende eines aktiven, erfüllten Lebens; Krankheit als Einbruch des Chaos in eine sowieso schon überfordernde Lebenssituation (beispielsweise für eine alleinerziehende Mutter) usw. Die impliziten Erlebens- und Deutungsmuster sind, das zeigen diese Andeutungen, sehr unterschiedlich – daß dann auch die expliziten Deutungsmuster noch vielfältiger sind, liegt auf der Hand: Die Mischung aus christlichen, esoterischen und fernöstlichen Bildern und Symbolen, die einem im Krankenhaus begegnen, ist groß und kurios, ganz abgesehen von den multikulturellen und multireligiösen Varianten in Gestalt von Menschen aus anderen Ländern, anderen Kulturen, anderen Religionen.

Von den in der Krankenhauseelsorge Tätigen verlangt diese Individualisierung und Pluralität große Offenheit und Flexibilität; sie verlangt die Fähigkeit, in den unterschiedlichen Gestalten des Lebens und Glaubens die zugrundeliegenden Bedürfnisse und Sehnsüchte zu entdecken und sich nicht von der äußeren Gestalt der esoterischen oder fremden religiösen Vorstellungen abschrecken zu lassen.

Es geht in alledem um den Umgang mit Differenzen, um die Fähigkeit, Differenzen wahrzunehmen, sie auszuhalten und konstruktiv mit ihnen umzugehen. Differenzen fordern heraus, bereichern, erweitern das Blickfeld – und sie machen angst, überfordern, lösen Abwehr aus. Es scheint mir wichtig und reizvoll, wenn KrankenhauseelsorgerInnen sich an diesem Punkt genau beobachten: Wie gehe ich mit Differenzen um? Was fordert mich heraus, was macht mir angst? Wo und wie tangiert es meine eigene Position? Oder lasse ich nichts an mich herankommen? Oder nehme ich alles auf und verliere mein Eigenes?

¹⁷ P. Berger, *Der Zwang zur Häresie. Religion in der pluralistischen Gesellschaft* (1992).

¹⁸ In der Literatur wird dies unter dem Stichwort „coping“ diskutiert. Vgl. dazu einführend E. Heim / J. Willi, *Psychosoziale Medizin*, Bd. 2 (1986) 320ff.

Das in der Seelsorge vielzitierte Schlagwort von der Annahme bekommt dadurch eine andere Färbung: Es geht zuerst um das Wahrnehmen und Annehmen der Andersartigkeit des/der anderen¹⁹.

2. Wenn die äußere Vielfalt in einem solchen Maß zunimmt, wie steht es dann mit der Identität der Menschen, die in dieser Gesellschaft leben und arbeiten? Identität ist im Gefolge des klassischen Identitätstheoretikers Erikson oft als eine stabile Errungenschaft mißverstanden worden, als ein Zustand, den man irgendwann erreicht, wenn man die anderen Entwicklungsstufen mehr oder minder erfolgreich durchlaufen hat. Auch wenn es Erikson so nicht gemeint hat, es ist unübersehbar geworden, daß er mit seiner Definition des Identitätsbegriffs so etwas wie ein spätbürgerliches Ideal in einer noch halbwegs überschaubaren Welt gezeichnet hat²⁰.

Der Unterschied wird schon deutlich, wenn man ihn mit dem Identitätsbegriff des symbolischen Interaktionismus vergleicht (G.H. Mead, L. Krappmann u. a.²¹): Hier ist von einer balancierenden Identität die Rede – verstanden als ein dauerndes Wechselspiel von Erwartungen und Ansinnungen anderer und der eigenen Reaktion darauf. In jeder neuen Situation, in jeder neuen Begegnung präsentiere ich mich jeweils etwas anders, bin ich ein klein wenig ein anderer. Beweglichkeit, Offenheit, Flexibilität – aber natürlich auch Momente von Unsicherheit, Diskontinuität und Unklarheit sind hier Merkmale von Identität.

Noch einen Schritt weiter geht der Sozialpsychologe H. Keupp²², der vom Ende des Identitätszwangs spricht und die These aufstellt, daß den multiplen Realitäten unserer Lebenswelt auch eine multiple Identität entsprechen müsse, eine patch-work-Identität. „Wer sich in wechselnden Sinnsystemen bewegen, sich unter divergenten Lebensaspekten bewähren muß, der darf sich nicht durch zuviel ‚Identität‘ belasten; d. h. er darf sich nicht festlegen, sondern muß beweglich bleiben, offen und anpassungsfähig.“²³

Identität, so könnte man vor diesem Hintergrund sagen, meint so etwas wie einen Interaktionsraum, der einem für Begegnungen mit anderen zur Verfügung steht und innerhalb dessen sich jemand locker und klar bewegen kann. Angesichts der Vielfalt der Begegnungen im Krankenhaus muß der Interaktionsraum der KrankenhausseelsorgerInnen relativ groß und flexibel sein. Je kleiner dieser Bewegungsraum auf Grund verschiedenster Ängste ist,

¹⁹ Vgl. dazu A. Grözinger, Differenz-Erfahrung. Seelsorge in der multikulturellen Gesellschaft (1994).

²⁰ Erikson hat die Grundlagen seiner Theorien in den vierziger und fünfziger Jahren entwickelt!

²¹ G.H. Mead, Geist, Identität und Gesellschaft (1968); L. Krappmann, Soziologische Dimensionen der Identität (1969).

²² H. Keupp, Riskante Chancen (1988) 131 ff.

²³ AaO. 145 (Zitat von Guggenberger).

desto eingeschränkter sind die Begegnungsmöglichkeiten (Tendenz zur Neurose). Sind andererseits gar keine Grenzen mehr erkennbar, löst sich der Interaktionsraum buchstäblich ins Uferlose auf, verliert der Seelsorger, verliert auch eine Begegnung jegliches Profil (Tendenz zur Psychose).

Für unseren Zusammenhang besonders wichtig scheint mir zu sein, daß mit diesen Identitätsbeschreibungen Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Variabilität nicht abgewertet, sondern gerade in ihrem kreativen Potential gesehen werden. Nicht Luthers „Hier stehe ich, ich kann nicht anders“ wird gefordert, sondern eher das paulinische „zu trauern mit den Trauernden“, „sich zu freuen mit den Fröhlichen“, zu schweigen mit denen, denen es die Sprache verschlagen hat, und zu fachsimpeln mit den hochdifferenzierten Spezialisten.

Was setzt KrankenhauseelsorgerInnen in die Lage, einen solchen flexiblen Interaktionsraum zu entwickeln und zur Verfügung zu haben? Was und wer gibt ihnen so viel Ich-Stärke, daß sie Differenzen und deren Vielfalt wahrnehmen, aushalten und kreativ nutzen und andere zu einem ähnlichen Umgang damit ermutigen können?

3. Was sagen wir aus theologischer Perspektive zu der Vielfalt der modernen Lebenswelten und der Buntheit der Flickenteppich-Identität? Werten wir sie ab als Ausdruck der Verdorbenheit, der Sündhaftigkeit dieser Welt, wie man das oft in der Geschichte der Kirche beobachten kann? Oder sehen wir auch die positiven, kreativen Möglichkeiten?

Religion, Weltanschauung erfüllt vorrangig zwei Funktionen: Sie stabilisiert, bietet Verlässlichkeit und Heimat – und sie will befreien, emanzipieren, transformieren, ins Neue, in die Zukunft hinein öffnen, zum Ungewissen ermutigen. In der Begegnung mit kranken und sterbenden Menschen, also in Situationen der Verunsicherung und Angst, ist der Aspekt der Stabilisierung von besonderer Bedeutung. In der Regression der Krankheit erfolgt der Rückgriff auf Altbekanntes, zusätzliches Neues würde eher verunsichern und überfordern. In der Bearbeitung einer Krankheit, wenn es darum geht, ihren Sinn im bisherigen und zukünftigen Lebenszusammenhang herauszufinden, ist die transformierende, die befreiende Funktion stärker gefragt – als Bereitschaft, das eigene Leben aus einer neuen Perspektive zu betrachten und alte Verhaltensweisen aufzugeben.

Beide Motive – Stabilisierung und Emanzipation – kommen in der Bibel häufig vor. Das Motiv der Befreiung hat m. E. das Übergewicht, wenn auch in ganz verschiedener Gestalt: Das beginnt mit der Vertreibung aus dem Paradies über den Aufbruch Abrahams, den Exodus des Volkes Israel von den Fleischtöpfen Ägyptens, der Verkündigung der Propheten gegen falsche Sicherheiten, dem Ruf Jesu in die Unsicherheit der Nachfolge bis hin zu Paulus „Haben als hätten wir nicht“ und dem wandernden Gottesvolk des Hebräerbriefs.

In all diesen verschiedenen Motiven entdecke ich vor allem zwei immer wiederkehrende Anliegen: Zum einen: Leben und Identität sind Geschenk und Gabe, nicht durch uns selbst machbar und herstellbar. Sie gründen nicht in dem, was wir selbst an Kontinuität, Stabilität und Eindeutigkeit erzeugen können, sondern sie gründen in einem Größeren außerhalb unserer selbst. Eben deshalb ist der Verzicht auf Sicherheiten, sind Veränderung und Neuanfang immer wieder möglich. Und zum andern: Leben, Identität und Gesundheit bleiben in dieser Sicht immer Fragment, brüchig, vorläufig, ständig im Prozeß²⁴. Vollständigkeit, Ganzheit, Abgeschlossenheit sind demgegenüber eschatologische Kategorien, und es wäre Hybris, sie erreichen zu wollen.

Kann diese theologische Perspektive es uns leichter machen, mit der Vielfalt der Lebenswelten und Identitäten und der daraus resultierenden Vielfalt der Anforderungen und Erwartungen im Krankenhaus umzugehen? Sie nicht nur als verwirrend und destruktiv wahrzunehmen – was dann zu einer unausgesprochenen Abwehrhaltung führt, sondern durchaus auch als Teil der geschöpflichen Vielfalt und Kreativität – was dann zu einer Bereitschaft mitzugestalten führen könnte?

IV

Ich will versuchen, ein paar Konsequenzen aus den bisherigen Überlegungen zu ziehen im Blick auf die Aufgabe der *Konzipierung und Strukturierung von Seelsorge im Krankenhaus*. Ich tue das in Form von einigen Fragen, die ich jeweils nur andeutungsweise beantworten kann – sie sollen auch als Anregung für die Weiterarbeit dienen.

1. Welche Konzepte brauchen wir für Krankenhausseelsorge? Ich fange mit der Frage nach den Konzepten an, weil davon alles andere abhängt. Von den Aufgaben und Zielvorstellungen von Seelsorge im Krankenhaus hängt ab, welche Menschen man für diese Arbeit suchen sollte, welche Kompetenzen diese Menschen brauchen und welche Strukturen man für die Arbeit schaffen sollte. Mein Konzept lautet: Seelsorge in der medizinisch-technischen Institution des Krankenhauses ist im Zwischen-Raum zwischen Krankenhaus und Kirche angesiedelt.

Die möglichen Alternativen machen dieses Konzept deutlicher: Seelsorge könnte auch definiert werden als kirchlicher Besuchsdienst für die Gemeindeglieder, die sich gerade im Krankenhaus befinden. So ist Krankenhausseelsorge jahrhundertlang betrieben worden, so heißt auch wieder die Rückzugsposition mancher Landeskirchen – angesichts der veränderten gesell-

²⁴ Vgl. H. Luther, Identität und Fragment, in: ders., Religion und Alltag (1992) 160ff; M. Klessmann, Stabile Identität – brüchiges Leben?, WzM 46 (1994) 289ff.

schaftlichen und kirchlichen Gegebenheiten finde ich diese Möglichkeit nicht wünschenswert.

Eine andere Alternative begreift Seelsorge als Bestandteil des Behandlungsangebots des Krankenhauses. 1983 hat Gisela Kröger, eine Berliner Pastorin, beschrieben, wie sie als Seelsorgerin auf zwei neurologischen Stationen ausschließlich für die Begleitung Sterbender da war – ein sehr eindrücklicher Bericht, der aber auch die Einseitigkeit dieses Konzepts aufweist: Sie steht auf der Seite der Krankenhausmitarbeiter und ist nur für die Patienten und deren Angehörige da²⁵. Im Blick auf die Betreuung von Patienten ist dies in mancher Hinsicht ein beeindruckendes, weil ganzheitliches Konzept. Im Blick auf die Institution und die Menschen, die in ihr arbeiten, ist es nicht ausreichend, selbst wenn es sich noch realisieren ließe.

Es geht mir also sehr betont um den Zwischen-Raum, in dem die Krankenhauseelsorge angesiedelt ist und von dem aus sie ganz unterschiedliche Zielgruppen erreichen soll und kann. Der bayrische Konvent hat ein Konzept erarbeitet, in dem es heißt: „Für diese Aufgaben ergibt sich etwa folgende Aufteilung der Arbeitszeit: 50% Zeit für Patienten und Angehörige und 50% Zeit für Personal, Unterricht, Kontakt zu den Organen des Krankenhauses, Gottesdienste und Veranstaltungen, ehrenamtliche Mitarbeiter, Kontakte zu Gemeinden, eigene Fortbildung“ (5)²⁶. Ich vermute, daß manche kirchlichen Leser über diese Aufteilung erschrecken, weil sie davon ausgehen, daß die Zeit am Krankenbett die eigentliche Aufgabe darstellt, die anderen Aktivitäten das Uneigentliche. Wir müssen jedoch diese Aufgabenverteilung als konzeptionell notwendig und richtig energisch nach außen vertreten, wenn wir sie denn selber so praktizieren.

2. Welche Menschen brauchen wir für so verstandene Krankenhauseelsorge? Das ist natürlich eine heikle Frage, weil ich damit nach Kriterien frage, und es könne sein, daß ich selbst oder einige von Ihnen plötzlich feststellen, daß wir unseren eigenen Kriterien nicht genügen – das wäre unangenehm. Trotzdem dürfen wir diese Frage nicht scheuen, nicht zuletzt deswegen, weil wir selbst wissen müssen, was wir denn von zukünftigen KrankenhauseelsorgerInnen erwarten, und weil wir den jeweiligen Anstellungsträgern Hinweise an die Hand geben sollten, worauf sie bei der Einstellung neuer KrankenhauseelsorgerInnen achten sollten.

Daß KrankenhauseelsorgerInnen in der Lage sein sollten zuzuhören, sich einzufühlen, daß sie eine einigermaßen gute Selbst- und Fremdwahrnehmung

²⁵ G. Kröger, Sterben und Tod in einer neurologischen Klinik – Erfahrungen einer Pastorin in eineinhalb Jahren, Fortschr. Neurol. Psychiat. 51 (1983) 399–408.

²⁶ Krankenhauseelsorge. Eine volkswirtschaftliche Herausforderung. Positionspapier zur Krankenhauseelsorge in Bayern, erarb. v. Beirat der AG für Krankenhauseelsorge in Bayern (Manuskript 1992).

besitzen sollten – darüber sind wir uns vermutlich mehr oder weniger einig. Das ist für jede seelsorgerliche Arbeit wichtig.

Ich möchte zusätzlich zwei Forderungen formulieren, die vielleicht eher kontrovers sind: (1.) SeelsorgerInnen im Krankenhaus sollten in der Lage sein, Differenzen wahrzunehmen und auszuhalten und auch andere dazu zu ermutigen. Sie sollten in der Lage sein, die von mir gekennzeichneten vielfältigen Spannungen des Zwischen-Raumes auszuhalten und kreativ zu nutzen. Dazu braucht es, abgekürzt gesagt, Ich-Stärke, Fähigkeit zur Unterscheidung, zur Abgrenzung und dann erst zur Annahme. (2.) SeelsorgerInnen im Krankenhaus sollten (mit Fritz Riemann gesprochen²⁷) nicht zu depressiv sein! Die depressiven Persönlichkeitstypen sind die geborenen Zuhörer, die Verständnis, Nähe und Geborgenheit vermitteln können. Was diesen Menschen häufig fehlt, ist die Fähigkeit, von sich aus Initiativen zu ergreifen, aktiv auf andere zuzugehen, zu strukturieren, auch einmal offensiv zu werden, Ziele zu formulieren und sich für ihre Realisierung einzusetzen und dafür auch Konflikte zu riskieren. Eben dies scheint mir aber notwendig bei einer Konzeption von Seelsorge, wie ich sie beschrieben habe.

Ich kenne eine ganze Reihe von KrankenhausseelsorgerInnen, die eine gute Seelsorge an und mit Patienten machen, die aber nicht den Sprung schaffen, Kontakt zum Personal oder zur Leitung herzustellen; denen es schwer fällt, Seelsorge in der Krankenhausöffentlichkeit zu vertreten; die sich schwer tun, für ihre Arbeit ein Konzept und eine dazu passende Struktur zu erarbeiten und diese dann auch gegenüber den vielfältigen Erwartungen von außen zu vertreten. Solche Schwierigkeiten gilt es zunächst einmal zu erkennen und sie nicht gleich zu bewerten. Vielleicht kann man bei der Zusammensetzung eines Teams von mehreren SeelsorgerInnen auch auf eine gewisse Ausgewogenheit der Persönlichkeiten achten.

3. Welche Kompetenzen brauchen wir? Mit den vorangegangenen Sätzen habe ich bereits viel über wünschenswerte Kompetenzen in der Krankenhausseelsorge gesagt. Ich will diesen Unteraspekt trotzdem noch einmal ausdrücklich aufnehmen, und zwar an Hand der Kompetenzen, die in dem zu Anfang erwähnten Papier der Konferenz für Krankenhausseelsorge genannt werden²⁸: Da sind zunächst drei Kompetenzen genannt, die eher geläufig sind, nämlich personale Kompetenz, also die Entwicklung einer persönlichen und beruflichen Identität; dann eine theologisch-pastorale Kompetenz, also die Entwicklung einer persönlichkeitspezifischen Glaubensgestalt und Spiritualität und die Fähigkeit, in Beziehung zu anderen damit so umzugehen, daß daraus Hilfe zur Lebensbewältigung erwachsen kann; und eine Beziehungskompetenz, also die Fähigkeit, mit Beziehungen reflektiert-professionell umgehen zu können.

²⁷ F. Riemann, Grundformen der Angst (1992).

²⁸ S. oben Anm. 1.

Dann werden drei weitere Kompetenzen benannt, die uns, so glaube ich, eher fremd sind: Eine institutionell-strukturelle Kompetenz, also die Fähigkeit, die institutionellen Gegebenheiten wahrnehmen und sich auf sie einstellen zu können; eine interdisziplinäre Kompetenz, also die Fähigkeit, mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten und sich mit ihnen in einem interdisziplinären Dialog verständigen zu können; und schließlich eine Kompetenz im Blick auf Krankheit und Gesundheit, also die Fähigkeit, einige Grundkenntnisse über die Krankheitsbilder, mit denen es jemand vorrangig zu tun hat, zu erwerben, vor allem aber einen theologisch-ethisch reflektierten Begriff von Gesundheit und Krankheit zu haben. Diese Kompetenzen bringen wir in der Regel nicht unmittelbar mit Seelsorge in Verbindung, eben deshalb werden sie in der Ausübung dieser Arbeit bis hin in die Aus- und Fortbildung vernachlässigt. Die Tatsache, daß die Konferenz für Krankenhausseelsorge diese Kompetenzen jetzt offiziell als wünschenswert und notwendig bezeichnet hat, markiert m. E. einen wichtigen Einschnitt für das Berufsbild des Krankenhausseelsorgers/der Krankenhausseelsorgerin.

4. Welche Strukturen brauchen wir? Die Seelsorge im Krankenhaus ist auf den ersten Blick hochgradig unstrukturiert und damit in der Gefahr, sehr beliebig zu erscheinen. Deswegen ist es besonders wichtig, daß Teams von KrankenhausseelsorgerInnen wie auch einzelne für sich klären, welche Struktur sie ihrer Arbeit geben wollen. Wer angesichts der angedeuteten vielfältigen Ansprüche und Erwartungen nicht von sich aus Akzente und Prioritäten setzt, treibt im Strudel mit und geht irgendwann unter. Die entsprechenden Fragen für jede/n einzelne/n sind einfach:

Wieviele Menschen habe ich zu betreuen, Patienten und Mitarbeiter? (Als Testfrage: Wissen Sie, wie viele Mitarbeiter Ihr Krankenhaus hat, differenziert nach Berufsgruppen, inklusive der Mitarbeiter in der Verwaltung?)

Welches Konzept von Seelsorge will ich/wollen wir vertreten? Ist dieses Konzept unter den gegebenen Umständen realistisch? Besteht die Möglichkeit, Ehrenamtliche zu gewinnen und einzusetzen? Gibt es Ansätze zu einem auch mit den anderen Berufsgruppen abgestimmten Konzept des Begleitens von Patienten?

Wo will ich, in Absprache mit den anderen, Schwerpunkte setzen? Wieviel Zeit und Energie will ich darauf verwenden? Was bedeutet ein solcher Akzent für die Seelsorge im Krankenhaus insgesamt? (Als Testfrage: Welchen Stellenwert haben die Intensivstationen oder die Unfallstation in meiner Seelsorge? Wie gehe ich mit Angehörigen um?)

Will ich zu einem oder zwei Stationsteams dazugehören? Dort exemplarisch seelsorgerlich arbeiten, mich dort gewissermaßen beheimaten? Was muß ich dazu tun?

An welchen Punkten will ich mich im Blick auf die Institution engagieren? Das heißt, welche Kontakte zu leitenden MitarbeiterInnen will ich pflegen? An welchen Konferenzen will/kann ich sinnvollerweise teilnehmen?

Wie sieht die Regelung von Dienst- und Fachaufsicht aus? Ist sie angemessen oder nicht?

Wie sieht die Regelung für Fortbildung und Supervision aus? Fühle ich mich genügend qualifiziert für eine bestimmte Arbeit? Habe ich Möglichkeiten, mich von der Arbeit zu entlasten, oder brauche ich diesbezüglich mehr oder andere Wege?

Solche Strukturen, wie immer sie im einzelnen aussehen, müssen dann auch nach außen transparent gemacht werden: Sie sind gedacht als Hilfen zur Klarheit für die, die diese Arbeit tun, aber eben auch für die Institution des Krankenhauses, für die anderen Berufsgruppen, damit Seelsorge transparenter und verlässlicher, weniger individualistisch und beliebig wird.

V

Zum Schluß möchte ich noch einmal einen Gedanken vom Anfang aufgreifen, nämlich die Frage nach dem Bild, nach der Vorstellung von Kirche, das die Krankenhausseelsorge entstehen läßt. Der katholische Pastoraltheologe H. Steinkamp stellt in seinem Buch „Sozialpastoral“ ein altes Paradigma, das er „Mitgliedschaftspastoral“ nennt, einem neuen, das er als Sozialpastoral bezeichnet, gegenüber²⁹. In dem Begriff der Sozialpastoral steckt der Gedanke einer diakonischen Kirche, einer Option für die Armen, wie es in der Befreiungstheologie heißt, einer „Kirche für andere“, wie es in der ökumenischen Diskussion genannt worden ist. Was heißt „Option für die Kranken“, wenn man diesen Begriff auf unser Berufsfeld bezieht?

Mit dem schon erwähnten Positionspapier der bayrischen Krankenhausseelsorge bin ich an einer Stelle nicht einverstanden, wo sie den Zusammenhang zwischen der Krankenhausseelsorge und der volksskirchlichen Wirklichkeit folgendermaßen herstellt: „Die Gesprächsbereitschaft von nichtkirchlichen oder der Kirche entfremdeten Menschen ist im Krankenhaus überraschend groß. Wenn Kranke Kirche als hilfreich und sinnorientierend erleben, kann das Konsequenzen für den Alltag außerhalb des Krankenhauses haben. Menschen ändern z. B. ihr Bild von Kirche oder nehmen den abgerissenen Kontakt zur Gemeinde und zum Gottesdienst wieder auf.“³⁰ Ich halte diesen Passus für mißverständlich, weil er nahe legt, daß das Ziel der Seelsorge letztlich doch darin bestehe, Menschen der Gemeinde zuzuführen – und eben das halte ich für falsch.

Option für die Kranken heißt demgegenüber: Wir besuchen und begleiten Menschen als Ausdruck des seelsorgerlich-diakonischen Auftrags der Kirche. Der Auftrag ist bedingungslos, und er zielt darauf ab, Kranken zu helfen, daß sie mit der Krise der Krankheit „besser“ zurechtkommen.

²⁹ H. Steinkamp, Sozialpastoral (1991).

³⁰ AaO. (Anm. 26) 3.

Das heißt weiter, daß nicht einmal das „Schielen“ darauf, ob durch unsere Seelsorge neue Mitglieder gewonnen werden, ob Menschen dadurch ein anderes Bild von Kirche bekommen, legitim ist. Natürlich tun wir das de facto alle, aber es ist theologisch gesehen nicht nötig. Das könnte eine Entlastung sein.

Das Bild von Kirche schließlich müssen wir m. E. entschiedener von der volkkirchlichen Wirklichkeit – und das heißt, von den an festen und erkennbaren Strukturen, Kontinuitäten und an Mitgliedschaft orientierten Kriterien – lösen. Kirche ist auch da, wo zwei im Namen Jesu zusammen sind. Das heißt, auch im Besuch am Krankenbett oder im Gespräch mit einer Krankenschwester, wo der Name Jesu nicht ausdrücklich genannt wird, aber in der Person des Seelsorgers/der Seelsorgerin unausgesprochen anwesend ist, geschieht Kirche. Daraus entsteht in den meisten Fällen keine Mitgliedschaft, daraus wächst keine wiederholbare Struktur, aber es geschieht für eine kurze Zeit die Erfahrung von Solidarität, Lebenshilfe, Ermutigung zum Leben³¹. Kirche in diesem Sinn ist Ereignis, immer neu, immer anders, schwer feststellbar. Für die zukünftige Entwicklung von Kirche finde ich diesen Aspekt wegweisend.

³¹ Für mein Verständnis von Kirche sind drei Kennzeichen wichtig: 1. Gemeinschaft wird erfahrbar (vgl. dazu Steffensky, *Wo der Glaube wohnen kann* [1989] 36: „Werde allein fertig! Das ist die Moral der Trostlosigkeit. ... Der Glaube an Gott lehrt zuallererst: Alles Leben ist verbunden.“). 2. Diese Gemeinschaft zielt auf Heilung und Heil (eschatologische Dimension). 3. Diese Gemeinschaft ist unverfügbar, sie verdankt sich einem „extra se“.