

Die Fremdheit der Seelsorge im System Krankenhaus: Wie können wir sie produktiv nutzen?

Michael Klessmann

1. Seelsorge: Muttersprache oder Fremdsprache der Kirche?

Im evangelischen Kontext wird gerne der Satz zitiert: „Seelsorge ist die Muttersprache der Kirche“. Der Satz suggeriert, dass wir in den Kirchen nahe bei den Menschen sind, ihre Sprache sprechen, sie verstehen. Ich glaube, dass wir hier einer bequemen Selbsttäuschung erliegen. Seelsorge hat eine schwache Lobby in den Kirchen: Ihre Sprache, ihr Modus des Zuhörens und Begleitens, noch dazu, wenn er pastoralpsychologisch qualifiziert ist, wird eher als fremd und ungewohnt wahrgenommen. Die Repräsentanten der Kirche sind oft weit entfernt von der Alltagswelt der Menschen, sprechen gerade nicht die Sprache der Leute. Deshalb meine Gegenthese: Seelsorge repräsentiert eher die Fremdsprache der Kirche. Seelsorge als Form der intensiven, hörenden Zuwendung zu den Menschen kommt im Alltag der Kirchen viel zu wenig vor, ihre Position bleibt prekär im Vergleich zu anderen kirchlichen Handlungsfeldern.

Aber: Solche Fremdheiten bewusst wahrzunehmen, kann produktiv sein: „Begegnung mit dem Fremden führt zur Begegnung mit sich selbst“, formuliert der Religionswissenschaftler Theo Sundermeier.¹ Das gilt auch für die Beziehung der Seelsorge zum Krankenhaus. Sowohl das große System Krankenhaus als auch das kleine Subsystem Seelsorge im Krankenhaus könnten mehr über sich selbst und ihre Be-

1 *Th. Sundermeier, Den Fremden verstehen. Eine praktische Hermeneutik, Göttingen 1996, 128.*

ziehung zueinander lernen,² wenn sie bereit wären, diese wechselseitigen Fremdheiten genauer zu erkunden.

2. Das moderne Krankenhaus

Zwei Charakteristika scheinen mir besonders typisch für das moderne System Krankenhaus:

1. An die Stelle des „alten“ Solidarprinzips - Krankenhaus als Ort christlicher Nächstenliebe - ist eine grundlegende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und speziell der stationären Versorgung getreten. Mit der Einführung des Prinzips der Fallpauschalen (DRG's) in Deutschland im Jahr 2004 hat es einen Paradigmenwechsel gegeben: Privatisierung und Ökonomisierung der Krankenhauslandschaft nehmen seither kontinuierlich weiter zu. Krankenhäuser werden nach privatwirtschaftlichen Interessen geführt, sie müssen sich auf dem großen Gesundheitsmarkt gegen andere Anbieter und Konkurrenten behaupten und Gewinn erwirtschaften, um Investitionen tätigen und Anteilseigner zufrieden stellen zu können³. Private Krankenhauskonzerne sind zu börsennotierten Unternehmen geworden. Das bedeutet: Die medizinisch-pflegerische Versorgung kranker Menschen wird zum Mittel der Gewinnmaximierung! Das ist neu und im Grunde skandalös! Denn dieses Ziel schlägt durch auf die Art und Weise, welche Gesundheitsdienstleistungen und vor allem, wie sie erbracht werden. Es rechnet sich eine kurze Verweildauer, was wiederum zu einer enormen Verdichtung der Arbeitsleistung des ärztlichen und pflegerischen Personals führt. „Auf der Strecke bleibt in allen Berufsgruppen die menschliche Zuwendung zum anvertrauten Kranken, weil sie Zeit kostet und ... den Erlös des Falles nicht steigern kann...“⁴

2 Im Jahr 2014 gab es in Deutschland insgesamt 1980 Krankenhäuser mit ca. 860.000 Vollzeitkräften, die ca. 19 Mill. Menschen stationär versorgt haben (nach M. Simon, *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, Bern '2017, 211ff.) Dem stehen in den großen Kirchen etwa 2.000 Vollzeit-Kräfte und viele Ehrenamtliche in der Seelsorge gegenüber. Allein diese zahlenmäßige Relation nötigt zur Bescheidenheit im Blick auf realistische Möglichkeiten der Seelsorge in den Krankenhäusern.

3 Ungefähr je ein Drittel der Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft, wobei die private Trägerschaft auf Kosten der kommunalen kontinuierlich zunimmt.

4 Vgl. ausführlicher A. Dohmen, M. Fiedler, W. Rätz, W. Schöffler, *Gesundheit ist*

Wie verhält sich Seelsorge mit ihrem christlichen Auftrag gegenüber der Ökonomisierung und den dadurch ausgelösten Zwängen? Seelsorge arbeitet mit anderen, im Krankenhaus fremden Prämissen: Es geht ihr um den Menschen und seine Bedürfnisse, nicht um die ökonomischen Interessen der Träger. Kann sie davon etwas einspielen in den ärztlich-pflegerischen Alltag, in die Leitbildentwicklung eines Hauses, in dessen ethische Zielsetzungen - oder steht sie der Ökonomisierung hilflos gegenüber?

2. Die naturwissenschaftlich-technische Ausrichtung des Krankenhauses ist uns unter dem Begriff „Schulmedizin“ oder „Hochleistungsmedizin“ vertraut: Schulmedizin richtet ihre Aufmerksamkeit auf geschädigte Organe und trennt dabei Person und Krankheit. Mit diesem von Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert entdeckten, als Zellulärpathologie bekannt gewordenen und seither immer weiter ausdifferenzierten Prinzip⁵ hat die hochtechnisierte Medizin enorme Erfolge, die wir alle gerne in Anspruch nehmen, auch wenn wir den Ansatz gleichzeitig kritisieren: Denn die Frage nach einem möglichen Zusammenhang von Biographie und Krankheit, nach einer sozialen Verursachung von Krankheit durch die jeweiligen Lebens-, Arbeits- und Ernährungsbedingungen tritt weitgehend in den Hintergrund. Krankheit wird als körperliches Phänomen objektiviert. Auch bei diesem Ansatz kommt die menschliche Zuwendung zu den Kranken zu kurz.⁶

Auch hier die Frage: Kann Seelsorge ihren anderen Blick auf den Menschen produktiv nutzen und dazu beitragen, dass Medizin und Pflege ein ganzheitlicheres Menschenbild entwickeln, das dann auch im Krankenhausalltag als „personorientierte“ Medizin praktisch wird?

Im Kontrast zu den beiden genannten Charakteristika steht die seit langem bekannte Tatsache, dass Patienten und Mitarbeitende im Krankenhaus natürlich emotionale und spirituelle Bedürfnisse haben;

(k)eine Ware. Wenn Geld die Medizin beherrscht! Ursachen - Folgen - Alternativen, Hamburg 2013, 22ff.

5 Vgl. W. U. Eckart, Geschichte der Medizin, Heidelberg '2001, 271ff.

6 Bei der Podiumsdiskussion zur Eröffnung des Kongresses stellte der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Montgomery fest, die Ärzte, die moderne Hochleistungsmedizin praktizierten (von ihm „Raumfahrtmedizin“ genannt) seien natürlich nicht mehr in der Lage, am Krankenbett empathisch mit Patienten zu sprechen, deswegen brauche man die Seelsorge im Krankenhaus. Von der Notwendigkeit und Möglichkeiten, ein so erschreckend reduziertes Arztbild durch modifizierte Ausbildungsstrukturen zu verändern, war nicht die Rede!

wenn die bearbeitet und erfüllt werden können, steigert das deren Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung. In den USA und den Niederlanden geht man inzwischen selbstverständlich davon aus, dass es deswegen Aufgabe des Krankenhauses - und nicht der Kirchen - ist, spiritual care als Antwort auf diese Bedürfnisse zur Verfügung zu stellen und vom Krankenhausträger zu finanzieren. Es gibt Forschungsergebnisse, denen zufolge sich die Bereitstellung von spiritual care sogar in Dollar und Cent rechnet⁷. In diesem Sinn kann der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt positive Konsequenzen haben: Es nützt dem Image eines Hauses, wenn es seelsorglich-spirituelle Zuwendung anbieten kann - und warum sollte Seelsorge nicht an dieser Zielsetzung mitarbeiten?

3. Modelle der Seelsorge im System Krankenhaus

In der Seelsorge im Krankenhaus im 20. und 21. Jahrhundert kann man vier Handlungskonzepte unterscheiden:

1. Traditionell wendet sich Seelsorge einzelnen kranken Menschen im Krankenhaus zu mit der Verkündigung des Wortes Gottes und den Sakramenten. Die Institution und ihre Mitarbeitenden werden weitgehend ignoriert. Dieses Modell binnenkirchlicher Kommunikation verliert immer stärker Akzeptanz und Plausibilität.
2. Eine weitere Möglichkeit besteht in konfessionellen Häusern - und nur in ihnen (!) - darin, Seelsorge durch eine Stabsfunktion in die Leitung der Klinik zu integrieren und damit die ethische und kommunikative Orientierung des Hauses als Ganzes mit zu gestalten und zu beeinflussen⁸. Seelsorge wird zu einem Qualitätsmerkmal konfessionell geführter Kliniken.
3. Bei öffentlichen und privaten Trägern bleibt die Fremdheit und Marginalität der Seelsorge grundsätzlich bestehen, sie agiert strukturell in einem „Zwischenraum“⁹, der sich aber aufgabenbezogen produktiv nutzen lässt: durch punktuelle intensive Kooperation in

7 Spiritual Care: What it means, why it matters in Health Care, ed. by *Health Care Chaplaincy Network* 2016, 8.

8 Vgl. dazu ausführlicher C. *Schneider-Harpprecht*, Das Profil der Seelsorge im Unternehmen Krankenhaus, *WzM* 54 (2002), 424 - 438.

9 Vgl. M. *Klessmann*, Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen '2013, 16ff.

einzelnen Stationsteams, durch die Beteiligung an der Pflegeausbildung, an internen Fortbildungen, durch Besinnungstage etc.

4. Seelsorge versteht sich in zunehmendem Maß als spiritual care - als Antwort auf den gesellschaftlichen Trend, dass sich viele Zeitgenossen nicht mehr an Kirche und Konfession gebunden fühlen, sondern frei vagabundierend nach einem sie tragenden größeren Ganzen, nach einem plausiblen und irgendwie erfahrbaren Sinnzusammenhang suchen. Spiritual care geht darauf ein, und zwar, wie in der Palliativmedizin, durch alle im Krankenhaus Tätigen.¹⁰ Dieses letzte Modell erscheint mir angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung das für die Zukunft besonders relevante. Gleichwohl sollte auch in diesem Modell die Fremdheit der Seelsorge gegenüber dem so populär gewordenen Spiritualitätsdiskurs bewusst bleiben (s. u.).

4. Was zeichnet Seelsorge im Krankenhaus aus?

- Religion stellt eine Unterbrechung dar, so hat es Johann Baptist Metz formuliert¹¹. Seelsorge als eine Form religiöser Kommunikation unterbricht die medizinisch-pflegerische Logik und ihre Sachzwänge, indem sie den Blick darauf richtet, dass der Mensch mehr ist als ein kranker Organismus. Seelsorge sieht den Ursprung und das Ziel menschlichen Lebens als ein von Gott geschaffenes Geheimnis mit einer unverlierbaren Würde - unabhängig von den konkreten Lebensumständen. Medizin und Pflege können von dieser Unterbrechung profitieren - wenn sie bereit sind, sich unterbrechen zu lassen.
- Seelsorge arbeitet verstehend, hermeneutisch, in einer Institution, die kausal-erklärend denkt und arbeitet. Seelsorge hat einzelne Menschen und ihre Familien im Blick, ihre Biografie, ihre Kran-

¹⁰ Vgl. ausführlicher *T. Roser*, Seelsorge und Spiritual Care, in: *M. Klessmann* (Hrsg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, Göttingen '2013, 58-76; zum Spiritualitätsbegriff vgl. *S. Peng-Keller*, Spiritualität mit und ohne Gott - Plädoyer für eine begriffliche Klärung, in: *A. Giebel u. a.* (Hrsg.), *Geistesgegenwärtig beraten. Existentielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Beratung, Seelsorge und Suchthilfe*, Neukirchen 2015, 19 - 30.

¹¹ *J. B. Metz*, *Glaube in Geschichte und Gesellschaft*, Mainz '1984, 150f.

kengeschichte, ihr Befinden, ihren Glauben, ihr soziales Umfeld; seelsorgliche Heilmittel sind Beziehung und Begegnung - während Medizin den kranken Menschen zum Patienten machen und objektivieren muss, auf seine Krankheitsgeschichte, seinen Befund fokussiert, vom Einzelfall notwendigerweise abstrahiert, um zu einer tragfähigen Diagnose als Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie zu gelangen. Medizin und Pflege arbeiten streng zielorientiert, Seelsorge geschieht „absichtslos“, ist offen für alles, was den anderen Menschen bewegt und umtreibt. Seelsorge bietet einen Raum der unbedingten Wertschätzung an, praktiziert Empathie und ein gewisses Maß an Solidarität mit dem Leiden des anderen Menschen und seiner Angehörigen; Seelsorgende wollen sich anrühren lassen und aus dieser Mit-Betroffenheit heraus begleiten. Für medizinisches und pflegerisches Personal gehört weitgehende „affektive Neutralität“ zur professionellen Identität, weil sie sonst im Mit-Leiden untergingen und diesen Beruf nicht ausüben könnten. Beide Zugangsweisen, die medizinisch-pflegerische und die seelsorgliche, sind einseitig - um der Ganzheit der kranken Menschen willen wäre es hilfreich, wenn sich beide Zugangsweisen ergänzen und wechselseitig bereichern könnten. Die Projekte zur Existentiellen Kommunikation und Spiritualität, die in der evangelischen Diakonie erarbeitet worden sind, zielen darauf ab, auch das Pflegepersonal für diese existentielle Dimension der Pflege zu sensibilisieren.

- Seelsorge bietet religiöse bzw. spirituelle Deutungen des Lebens, insbesondere von Krankheit und Gesundheit¹², an und vollzieht sie in Ritualen wie Segnung, Salbung, Feier der Eucharistie bzw. des Abendmahls. Seelsorge arbeitet, systemisch gedacht, mit der Leitunterscheidung von Transzendenz und Immanenz (Gott und Mensch, Sünde und Gnade, etc.), während die Medizin sich an der Unterscheidung von krank / gesund orientiert. Durch eine ernste Erkrankung werden die bisherigen Deutungsmuster eines Menschen gründlich durcheinander gebracht; wir wissen aus den Forschungen zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit, wie wichtig es dann für die Krankheitsbewältigung sein kann, wenn

12 Zum Konzept der Lebensdeutung in der Seelsorge vgl. *M. Klessmann, Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens, Neukirchen* ²2015.

den Betroffenen ein tragender Sinnhorizont zur Verfügung steht¹³. Seelsorge bietet „kreative Resonanz“¹⁴ an, die es Menschen ermöglicht, sich selbst unter den veränderten Lebensumständen neu suchen und finden zu können. Diese kreative Resonanz kann kirchlich-konfessionell ausgerichtet sein oder Impulse einer sich überkonfessionell und interreligiös verstehenden Spiritualität aufnehmen.

- Seelsorge muss sich qualifizieren und zertifizieren¹⁵, um der Menschen willen, mit denen sie zu tun bekommt, und um von den anderen Professionellen im Krankenhaus ernst genommen zu werden. Die Qualifikation muss eine doppelte sein: theologisch-hermeneutisch und psychologisch-methodisch. D. h. es braucht Grundkompetenzen in einem Texte und Menschen verstehenden Zugang und Fähigkeiten im Blick auf den Umgang mit Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen in einem komplexen System wie dem Krankenhaus.
- Seelsorge, die sich aus der jüdisch-christlichen Tradition speist, muss sich m.E. durch ihren Gottesbezug von einem allgemeinen Spiritualitätsdiskurs abheben: Der Gott, von dem in beiden Testamenten die Rede ist, tritt nicht als letzte Energie oder alles umfassender Sinnhorizont in Erscheinung, sondern als der, der auf Seiten der Armen, Schwachen und Marginalisierten steht und zur compassion mit ihnen aufruft. Diese sozialetische Dimension des christlichen Glaubens muss Seelsorge in den Austausch mit dem System Krankenhaus und auch mit dem eher diffusen Spiritualitätsanliegen einbringen.
- Das System Krankenhaus selbst ruft die Seelsorge an den Grenzen des Lebens: Da, wo der Zweck des Krankenhauses, Gesundheit wieder herzustellen, nicht mehr gelingt, gibt es häufig den Wunsch, das „andere“, im Krankenhaus fremde Wissen, das Seelsorge verkörpert, einzubeziehen, um diese Grenzsituationen zu bewältigen, sowohl im Blick auf die Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen, als auch im Blick auf die Mitarbeitenden, die hohen Be-

13 Vgl. das Papier des *Health Care Chaplaincy Network* von 2016 (Anm. 8).

14 C. Morgenthaler/G. Schibler, *Religiös-existentielle Beratung*, Stuttgart 2002, 154ff.

15 Da ist an die Standards der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP) oder an die für konfessionelle Krankenhäuser entwickelten Qualitätskriterien der Zertifizierungsgesellschaft proCumCert zu denken.

lastungen ausgesetzt sind. Hier kann Seelsorge, in Zusammenarbeit mit den psychosozialen Diensten, Angebote machen, die zur Verbesserung der Selbstsorge und der Entlastung der Mitarbeitenden beitragen.¹⁶ An der Grenze von Leben und Tod muss sich das medizinische Selbstverständnis ändern, die Palliativmedizin führt es vor: nicht mehr *cura* um jeden Preis, sondern *pallium* (Mantel), Fürsorge (*care*) und fürsorgendes Begleiten, Mit-Aushalten, nichts mehr bewirken Wollen, ist angezeigt. Hier erscheint Seelsorge nicht länger irgendwie additiv, sondern integriert in das multiprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsangebot des Krankenhauses und damit als Ausdruck einer sich ganzheitlich verstehenden Medizin.¹⁷

- Seelsorge engagiert sich kritisch-konstruktiv von ihrem jüdisch-christlichen Hintergrund her im interdisziplinären Gespräch zu ethischen Fragestellungen im Krankenhaus, sei es bei konkreten Behandlungsentscheidungen für einzelne Patienten, sei es bei grundlegenden Fragen der Kommunikations- und Organisationskultur eines Hauses. Gerade hier ist die fachkundige Perspektive einer Berufsgruppe gefragt, die das Krankenhaus von innen kennt, aber nicht in seine Strukturen eingebunden ist.¹⁸
- Seelsorge kann und muss ihre Stimme erheben und auf Gerechtigkeitslücken und „Schattenseiten“ in der Behandlung von Patienten und im Blick auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus insgesamt achten. Es ist bekannt, dass bestimmte Gruppen von Menschen, Alte, Sterbende, psychiatrisch Erkrankte, Migranten, Menschen, die sich nicht stromlinienförmig dem System anpassen, in Behandlung und Pflege potentiell schlechter gestellt sind als andere; es ist bekannt, dass ärztliches und pflegerisches Personal oft über die Grenzen des Zuträglichen hinaus beansprucht wird: Auf solche Missstände hinzuweisen, wenn es zu Begegnungen mit Ver-

16 Vgl. beispielhaft *B. Violet*, Wenn Neugeborene sterben. Selbstsorge bei seelischen Belastungen im Team, in: *A. Giebel u. a.* (Hrsg.), *Geistesgegenwärtig beraten. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Beratung, Seelsorge und Suchthilfe*, Neukirchen 2015, 156 - 167.

17 Vgl. dazu *H. Kreisel-Liebermann*, *Dem Leben so nah. Schwerstkranke und Sterbende begleiten*, Göttingen 2001, 54ff.

18 Vgl. hierzu ausführlich *Th. Moos/S. Ehm u. a.*, *Ethik in der Klinikseelsorge*, Göttingen 2016.

waltungsdirektoren und Chefarzten kommt, scheint mir eine bleibend wichtige Aufgabe der Seelsorge, die man auch als eine prophetische bezeichnen kann.¹⁹

Damit vertritt Seelsorge Perspektiven und Dimensionen des Lebens, die im System Krankenhaus strukturell vernachlässigt werden. Solche systemfremden Aspekte geltend zu machen, trägt dazu bei, das System offen zu halten und den Menschen mit ihren grundlegenden Bedürfnissen nach Respekt, Zuwendung und Sinn besser gerecht zu werden.

5. Fremdheit der Krankenhauseelsorge gegenüber der eigenen Kirche

Viele in der Krankenhauseelsorge Tätige spüren im Lauf der Zeit auch eine Entfremdung gegenüber ihrer eigenen Kirche:

Das Krankenhaus ist ein säkularer Ort. Die naturwissenschaftlich-philosophische Grundlage des Medizinsystems als Ganzem kommt ohne die Hypothese Gott oder Transzendenz aus. Die Selbstverständlichkeit, mit der hier viele säkular denken, stellt eine Herausforderung für die Seelsorge dar, Religion und Spiritualität trotzdem als sinnhaft und anschlussfähig zu vermitteln. Die in der parochial verfassten Kirche Tätigen erleben diese Auseinandersetzung lange nicht in vergleichbarer Schärfe, da herrscht eher ein Klima des Einverständnisses mit religiösen Deutungen und Vollzügen. Krankenhauseelsorge nimmt hier etwas vorweg, was auf die Kirchen mehr und mehr zukommt: Wie steht es mit der kirchlichen Sprachfähigkeit in säkularen Kontexten? Ist die personal-theistische Gottesrede, die wir vorwiegend in den Kirchen gebrauchen, nicht längst zu einer „Verschlussformel“ (Matthias Kroeger) geworden, die keine religiösen Erfahrungen mehr aufschließt? Müssen wir uns nicht viel stärker darum bemühen, dass, wie Rudolf Bultmann es ausgedrückt hat, von Gott zu reden bedeutet, von Menschen zu reden, und diesen Ansatz bis in den konkreten Umgang mit Menschen und ethischen Entscheidungen hinein durchbuchstabieren?

19 Vgl. dazu ausführlicher *M. Klessmann*, Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus, in: Ders. (Hrsg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 2013, 283 - 295.

Zugleich ist das Krankenhaus ein Ort intensiver Religionspluralität unter Patienten und Mitarbeitenden: Die ständige Begegnung mit Menschen anderer Religionen und mit Agnostikern fördert bei den Seelsorgenden fast unvermeidlich eigene synkretistische Tendenzen, fordert Kommunikationsfähigkeit und Klärung der eigenen Theologie heraus in Abgrenzung und Übereinstimmung mit anders-religiösen Menschen - deutlich verschärft gegenüber dem noch relativ homogenen kirchlich-parochialen Kontext. Auch hier nimmt Krankenhaus-seelsorge paradigmatisch etwas vorweg: Wie steht es in der Kirche um unsere Sensibilität gegenüber fremden Kulturen, Weltanschauungen und Religionen?

Die häufige Begegnung mit schwerem, abgründigem Leiden verändert den eigenen Glauben. Glaubensgewissheiten zerbröseln angesichts der Häufung von schrecklichen Lebensschicksalen, Glaube muss die Untröstlichkeit, das Nicht-Wissen und Nichtverstehen, das Dunkel, aushalten. Glaube „leidet an der Unerklärbarkeit Gottes und glaubt - und liebt - dennoch,“ schreibt ein Krankenhauseelsorger²⁰ - und selbst dieser Satz erscheint mir noch zu vollmundig! Ein solches Erleben der Grenzen oder gar des Scheiterns des Glaubens ist natürlich nicht neu, in unseren Volkskirchen nach meiner Einschätzung aber nicht besonders willkommen. Für die Zukunft der Glaubwürdigkeit der Volkskirche erscheint mir gerade diese Fragestellung und ihre theologische Bearbeitung von besonderer Bedeutung.

Krankenhauseelsorgende, Mitarbeitende und Patienten erleben im Krankenhaus eine andere Art von Kirche²¹. Während Landeskirchen und Bistümer die Parochien als „eigentliche“ Orte von Kirche bevorzugen und eine entsprechende Personalpolitik betreiben, fühlt sich Krankenhauseelsorge oft übersehen und in den kirchlichen Strukturen und Entscheidungsgremien unterrepräsentiert. Im Krankenhaus erleben wir andere, sozusagen fluide Gestalten von Kirche: Kirche am

20 *M. Brems*, Flügel Liebe Ruh. Krankenhauseelsorge als Ort religiöser Erfahrung, *WzM* 68 (2016), 529-540. 539.

21 Vgl. zuletzt zu diesem Thema *H. Richter*, Klinikseelsorge als Krankenhausgemeinde. Plädoyer für ein anderes Paradigma, *WzM* 68 (2016), 489-503. Auch zu den folgenden Zukunftsperspektiven danke ich Harald Richter für wichtige Anregungen.

anderen Ort, Kirche auf Zeit, buchstäblich „wo zwei oder drei versammelt sind“: Im Gottesdienst, im Ritual einer Segnung, in Gesprächsgruppen, im seelsorglichen Zweier-Gespräch, in der Gemeinschaft der Haupt- und Ehrenamtlichen. Diese Erfahrungen könnten zu einem veränderten, zukunftsfähigen Verständnis von Kirche beitragen.

6. Zukunftsperspektiven: Wie geht es mit der Krankenhausseelsorge weiter?

Krankenhauseelsorge ist ein Seismograph für die Veränderungen in unserer Gesellschaft. Entscheidungen, die die Kirchen in den nächsten Jahren im Blick auf die Zukunft der Krankenhauseelsorge treffen, werden wegweisend sein für die Zukunft der Kirchen insgesamt. Ich formuliere eine Reihe von Fragen, um deutlich zu machen, wo aus meiner Sicht Klärungsbedarf besteht:

- Welches Bild von Kirche schwebt uns vor? Eine Kirche, die sich, parochial verankert, vorrangig auf sich selbst und den Dienst an ihren eigenen Mitgliedern fokussiert und dabei leicht ihren Bezug zur Vielfalt der Gesellschaft zu verlieren droht? Oder eine Kirche, die sich allen Menschen, der pluralen Gesellschaft als ganzer, zuwendet? Die von sich aus auf Menschen zugeht (Krankenhauseelsorge lebt die Bedeutung und Chance dieser Geh-Struktur vor) statt zu warten, bis sie von sich aus zur Kirche kommen? In kirchenoffiziellen Äußerungen wird die Option einer Offenheit gegenüber der Zivilgesellschaft befürwortet, kirchliche Zielplanung, ihre Personal- und Finanzpolitik spricht jedoch nicht selten eine andere Sprache.
- Daran schließt sich die Frage an: Wo und wie verortet sich die Krankenhauseelsorge der Zukunft, wie legitimiert sie sich? Vom Selbstverständnis der Klinik oder von der Kirche her? Oder gibt es eine doppelte Loyalität? Wie definiert sich christliche Seelsorge gegenüber einer eher diffusen spiritual care, die von den Krankenhäusern bevorzugt wird? Und: Wenn Krankenhauseelsorge wieder von der Parochie aus wahrgenommen wird (man spricht neuerdings von einem Seelsorgemix), verliert sie, das zeigen Beispiele, wo das schon geschieht, ihre Weite und Offenheit und vollzieht einen Rückschritt von der Krankenhausseelsorge zurück zur indi-

- viduell zentrierten Krankenseelsorge. Wollen wir das?
- Die Verortung der Krankenhausseelsorge ist mit der Frage ihrer Finanzierung verknüpft: Zahlen die Kirchen das Seelsorgepersonal oder die Krankenhäuser das Personal für spiritual care? Wer bestimmt die Ziele und die Strukturierung der Arbeit? Wer befindet über notwendige Schritte und Ziele von Qualifizierung und Zertifizierung von Seelsorge bzw. spiritual care? Wer nimmt die Dienst- und Fachaufsicht wahr?²²
 - Ökumenische Zusammenarbeit ist in den meisten Krankenhäusern seit langem selbstverständlich, aber sie hängt weitgehend vom guten Willen der Beteiligten ab, sie ist nicht strukturell abgesichert. Hier müssen die großen Kirchen mehr tun und auch andere Religionsgemeinschaften, z. B. die Muslime, einbeziehen.
 - Angesichts des absehbaren Mangels an akademisch-theologisch gebildetem Personal in beiden Kirchen ist zu entscheiden, ob und wie andere Berufsgruppen als Hauptamtliche für Krankenhausseelsorge qualifiziert und eingesetzt werden können. Auch die Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeit ist zu klären: Arbeiten Ehrenamtliche nur den Hauptamtlichen zu oder gewinnen sie mit einer guten Qualifikation eigenständige Bedeutung und setzen eigene Akzente?
 - Schließlich: Wir brauchen wissenschaftliche Forschung über das, was wir tun, um Seelsorge dann auch besser vertreten und darstellen zu können: Was tun wir da? In welchem Maß wird Seelsorge tatsächlich nachgefragt? Lässt sich ihre Wirksamkeit (in Analogie zu psychotherapeutischen Verfahren) genauer bestimmen?

7. Schluss

Der frühere Richter am Bundesverfassungsgericht, Ernst-Wolfgang Böckenförde, hat einmal gesagt, dass der säkulare, freiheitliche Staat von Voraussetzungen lebe, die er nicht selber erbringen und garantieren könne. Ähnliches gilt m. E. auch für das Gesundheitssystem als Ganzes: Das Gesundheitssystem, speziell das Krankenhaus, lebt von

22 Schon jetzt liegt die Fachaufsicht der Krankenhausseelsorge vieler Orts im Argen, weil die mittlere Leitungsebene dieses Arbeitsfeld kaum kennt und insofern mit einer fachlichen Begleitung und Aufsicht überfordert ist. Hier müssen andere Organisationsformen entwickelt werden.

den regulativen Ideen der Nächstenliebe, des Dienstes für andere, der sozialen Gerechtigkeit - auch wenn das angesichts der zunehmenden Ökonomisierung und der naturwissenschaftlichen Durchdringung fremd anmutet und kaum noch direkt in Erscheinung tritt. Seelsorge erinnert durch ihre Präsenz im Krankenhaus zeichenhaft an diese Werte: Sie repräsentiert ein Wissen um die Nicht-Machbarkeit, um das Geheimnis des Lebens, und um die große Bedeutung von Beziehung und Begegnung im Leben und im Sterben.