
Krankenhausseelsorge in einem örtlichen KHS-Team – ein organisatorischer Vorschlag

Gerhard Dittscheidt

Zusammenfassung: Grundsätzliche Bedeutung, zukünftige Gestalt und Struktur von Krankenhausseelsorge sind gegenwärtig Thema im pastoraltheologischen Diskurs der Kirchen. Der Beitrag knüpft diesbezüglich an ökumenische Perspektiven und inhaltliche Konsenspunkte in aktuelle Veröffentlichungen sowie eine Veranstaltung an und formuliert einen organisatorischen Vorschlag zur Teamstruktur in größeren Städten oder Regionen.

Abstract: Design and structure as part of finding the purpose of clinical pastoral care as a whole are topics in recent pastoral discussions of the churches. According to this the following article ties actual publications and ecumenical perspectives and consensual positions with an operational proposal of team-structure in greater unites of cities or regions.

1 Anlässe, Positionen und Fragen rund um die Zukunft der Krankenhausseelsorge

1.1 Ökumenischer Kongress 2017 „Ich war krank und ihr habt mich besucht.“

An den Anfang der folgenden Überlegungen soll der 1. Ökumenische Kongress von und für Seelsorgende im Krankenhaus und im Gesundheitswesen, der vom 15. bis 17. März 2017 in München unter dem oben genannten Titel stattfand, stehen.¹ Dort ging es um das Gesamt von Auftrag, Vernetzung und Perspektive der Krankenhausseelsorge. Die Zeit war für jeden der drei Aspekte selbstverständlich zu kurz. Jedoch bildete sich in Foren und Workshops eine bedeutsame ökumenische Schnittmenge dessen ab, was die Kirchen derzeit deutschlandweit bzgl. der Krankenhausseelsorge bewegt. Dass die Kirchenleitungen aufgrund des gesellschaftlichen Wandels grundsätzlich vor vergleichbaren Fragen nach den Ressourcen und der Zukunft kirchlichen seelsorglichen und pastoralen Handelns stehen, dass sich verschiedene kirchlich-verantwortliche Ebenen wie die beiden evangelischen bzw. katholischen Konferenzen schon regelmäßig austauschen und dass es einen regen fachlichen (Ausbildungsinstitute), verbandlichen (z. B. DGfP) und wissenschaftlichen ökumenischen Austausch gibt, kennzeichnet die Krankenhausseelsorge und kann schon über Jahre beobachtet werden.

In diesem Sinn war der Kongress Ausdruck eines weiteren Schrittes nach vorne, denn er brachte die verschiedenen Handelnden und Ebenen mit mehreren Hundert Teilnehmern in einem Gesamtforum zusammen, das die Dif-

¹ Vgl. die Dokumentation der Beiträge: *Thomas Hagen, u. a. (Hg.), Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag – Vernetzung – Perspektiven*, Freiburg i. Br. 2017.

ferenziertheit der geschilderten schon vorhandenen Vernetzungen für einen Moment sichtbar und erlebbar machte. Damit ist einiges verbunden:

- Das kirchlich-seelsorgliche Gesamt-Selbstverständnis war in seiner seelsorglichen und pastoralen Dimension für Einzelne mit den andern Vertretern präsent.
- Zwischenkirchliche Positionen und ökumenische Absichten, die zumal auf der örtlichen Handlungsebene gesehen, doch auch personenbezogen oder organisatorisch problematisch sein können, konnten in den Absichtserklärungen der beiden kirchlichen Leitungsvertreter der EKD (Bischof Bedford-Strohm) und der DBK (Kardinal Marx) in einen Resonanzraum gestellt werden, der über den Anlass des Christustages im Jahr des Reformationsjubiläums hoffentlich auch den Kirchen und besonders der ökumenischen Entwicklung der Krankenhausseelsorge nach innen und außen nachhaltige Impulse gibt.
- Europäische und internationale Kontexte wurden im Verlauf angesprochen und aufgezeigt.
- Die konfessionelle und die ökumenische Seite der Krankenhausseelsorge war zudem geweitet durch die interreligiöse und interkulturelle Dimension.
- Eine gewisse inhaltliche Klarheit unterschiedlicher Standpunkte schien sich abzuzeichnen bei der Frage der Einschätzung dessen, was unter Krankenhausseelsorge und unter „Spiritual Care“ verstanden werden kann. Kritische Punkte werden dort auch zukünftig sein, dass es sinnvoller Weise einen unterscheidbaren Blick auf „Krankheit“ – „Gesundheit“ – „Heil und Heilung“ – „System“ und „Auftrag“ gibt, der die kirchliche Seelsorge immer noch, aber hier auch neu fordert.
- Ebenso zeichneten sich im Für und Wider die verschiedenen Modelle der organisatorischen, finanziellen bzw. professionellen Kooperation ab. Wird und sollte Krankenhausseelsorge fachlich und dienstlich im Rahmen der kirchlichen Hoheit bleiben? Wird die Sorge um die Menschen finanziell durch reine Trägerschaften oder durch gemischte Modelle durchgeführt werden?
- Das abschließende Podium mit einem Vertreter aus dem Management eines europäisch agierenden Krankenhauskonzerns zeigte jedenfalls deutlich, dass der Professions- und Organisationsdiskurs für die Krankenhausseelsorge essentiell ist, will sie sich nicht schon kurzfristig marginalisieren.

1.2 Ausgewählte Literatur

Auch vier exemplarische Veröffentlichungen der letzten Jahre zeigen bei genauer Betrachtung darüber hinaus einen bemerkenswerten Konsens zu Fragen der Krankenhausseelsorge.

Die Zeitschrift „Diakonia“ hat bereits Ende 2015 ein Themenheft mit aktuellen Positionen zu Fragen in und um die Krankenhausseelsorge veröffent-

licht.² In ihm werden prägnante pastorale Positionen zu Krankenhausseelsorge und Spiritual Care (Leget/Roser), zu organisations-, theologischen³ Fragen (Heller/Schmidt) und zum seelsorglichen (Nauer) und professionellen Proprium (Weiher) der KHS als solcher sowie zu möglichen zukünftigen Themen einer Seelsorge im Zwischenraum und mit doppeltem Systembezug und mit einer typischen Fremdheit in Kirche und Krankenhaus (Klessmann) zur Verfügung gestellt. Dabei werden in den Beiträgen und zwischen ihnen durchaus Spannungen sichtbar.

Immer wieder geht es in den ökumenisch gestreuten Beiträgen darum, die Eigenart christlich-seelsorglichen Handelns nicht nur als ‚best practice‘, die es zu erhalten gilt, zu sichern, sondern *grundsätzlich auf KHS schon in der nahen Zukunft* zu sehen. Damit steht im Raum, den Auftrag wenn nicht gegenüber, so doch sinnvoll unterscheidbar von einer ökonomischen Dominanz des Gesundheitswesens offen zu halten und die Perspektive einer eigenen christlich-seelsorglich gestalteten Begleitung zur Frage nach dem Sinn auch im Leiden, Sterben und Tod aufzuzeigen.

Die beiden Beiträge von Repräsentanten der bundesweiten evangelischen Krankenhausseelsorge-Konferenz und der Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge werfen noch einmal ein Licht auf Fragestellungen zu anstehenden Erfordernissen aus der Innensicht kirchlicher Organisationen. Sie kommen bzgl. des Grundauftrages zu ähnlichen Fragen bzw. Desideraten. Diese sind vor allem:

1. dass am Selbstverständnis einer Kranken-Haus-Seelsorge festgehalten werden muss, weil es angesichts des komplexen Gesundheitswesens einer qualifizierten Krankenhausseelsorge bedarf,
2. dass dies nicht im gegenwärtigen Flächenmodell geschehen kann,
3. dass die ökumenische Zusammenarbeit entwickelt werden sollte,
4. dass es darin neue Rollenanteile und Kooperationen mit freiwilligen Mitarbeitern, mit nichtchristlichen Seelsorgenden und mit psychosozialen Diensten vor Ort geben wird.
5. Schließlich bieten die Autoren schon verschiedene Metaphern einer Schwerpunktarbeit der Krankenhausseelsorge als „Kirche vor Ort“³ oder eines „Leuchtturm-Charakters“⁴ der Krankenhausseelsorge an.

Insgesamt zeigen sich klare Positionen, durchaus vergleichbar dem Kongress im Jahr 2017.

Ähnlich hat diese Zeitschrift „Wege zum Menschen“, an ihrer Tradition festgehalten und das Jahresabschlussheft in 2016 besonders dem Thema Krankenhausseelsorge und ihrer Zukunft in Beiträgen bevorzugt aus evangelischer Sicht gewidmet.⁵ Dabei setzt der Titel des Heftes einen deutlichen Akzent auf

2 Vgl. Themenheft: *Krankenhausseelsorge!?* Diakonia 46, Heft 4, 2015.

3 Ebd., *Hofäcker/Brems*, 279.

4 Ebd., *Hintzen*, 281.

5 Vgl. Themenheft: *Krankenhausseelsorge – Krankenhausgemeinde*. Wege zum Menschen 68, Heft 6, 2016.

die Gemeinschaftsform „Krankenhausgemeinde“. Ich gehe davon aus, dass die Beiträge im Wesentlichen bekannt sind und greife nur kurz die Punkte auf, die mir für den vorliegenden Beitrag als Anknüpfung erforderlich scheinen. Sie diskutieren verschiedene Praxis- und Organisationsmodelle. Es beginnt mit der Darstellung des Alltags in einem großen Klinikum, der es dem Autor nahelegt, Krankenhauseelsorge in all ihren Funktionen und Wirkkreisen als *Krankenhausgemeinde* zu verstehen (Richter). Die Überlegungen zur Zukunft der Krankenhauseelsorge werden durchaus selbstkritisch weitergeführt, indem der Frage nachgegangen wird, ob sich Krankenhauseelsorge hinlänglich in eher gemeindlichen seelsorglichen Feldern präsentiert oder ob sie sich nicht vielmehr als „Sonderseelsorge“ mit ihren Konventen eine eigene und strukturell höher angesiedelte Position, vergleichbar den Dekanaten oder Kirchenkreisen erobern muss (Kast-Streib, Knöll-Herde, Berdolt, Lutz, Möring). Grundsätzlich gehalten ist der anschließende Beitrag, in dem Krankenhauseelsorge als originäre Seelsorge an einer existentiellen Grenze und an einem speziellen Ort religiöser Erfahrung beschrieben wird (Brems). Im Zusammenhang des vorliegenden Themas sodann interessant ist der Bericht über einen KSA-Kurs, der von der Durchmischung des Kurses mit Haupt- und Ehrenamtlichen berichtet und dies mit einer Empfehlung für künftige Arbeit versieht (Lüben, v. Wangenheim, Schorberger, Hess).

Auch hier ist das Grundanliegen der dringlichen Aufgabe und der sich daran anschließenden erforderlichen organisatorischen Entwicklung von Krankenhauseelsorge Thema.

Und darüber hinaus zeigt sich ein gegenwärtig sinnvoller konfessionell gefärbter Schwerpunkt, der Entwicklungen und Plausibilitäten und Desiderate vor allem im Bereich der evangelischen Kirchen aufzeigt. Dies zumal ist Anlass, dem eine katholische Perspektive beizugesellen, die deutlich in ökumenischer Absicht ähnliche Entwicklungen aus dem katholischen Raum anstoßen will.

Dazu ein Beispiel: *Jutta Mader* hat im Jahr 2017 ihre Promotion zum Thema „Professionelle Krankenhauseelsorge“ veröffentlicht.⁶ Sie präsentiert den Stand der ökumenischen Positionen aus theologischer, kirchlicher, organisationslogischer und professionslogischer Sicht mit dem Schwerpunkt katholisch-theologischer und ekklesiologischer Fragestellungen. Der Anknüpfungspunkt für die vorliegenden Überlegungen ist, dass sie wie die anderen vorgestellten Autoren, ökumenisch orientiert, die eigene kirchliche Situation in den Blick nehmen kann, ja muss. Sie stellt dabei unterscheidbare Anliegen und Schwerpunkte kirchlicher Krankenhausträger und der Kirchen vor und fügt sie in pastorale Themen und Diskurse ein. Wesentlich für christliche Träger sind nach ihrer Zusammenfassung (a) eine *inhaltliche Selbstvergewisserung*, (b) eine *ökonomische Zukunftssicherung* und (c) eine *kirchenpolitische*

⁶ Vgl. *Jutta Mader*, Professionelle Krankenhauseelsorge. Chancen und Aufgaben für Kirchen und konfessionelle Träger, Stuttgart 2017.

*Selbstpositionierung.*⁷ Sie führt aus, dass es einem christlichen Krankenhaus-träger gelingen kann, den diakonischen Vollzug mit seinem bewussten Eintreten und durch die bewusste Entwicklung des Profils nach innen und außen wieder pointiert als christliches Element in unserer Gesellschaft – und in der Kirche – zu etablieren.

Zugleich kristallisiert sich heraus, dass das seelsorgliche Handeln im Sinne einer Pastoral im Krankenhauswesen dabei ein eigenes Gewicht hat. „In der ‚Spezialgemeinde Krankenhaus‘ (besonders im konfessionellen Haus) ist – ganz analog zur planvollen pastoralen Tätigkeit im Pfarreikontext – die Organisations-sorge integraler Bestandteil der Konzeption.“⁸ Um diese Aufgabe angemessen wahrzunehmen, braucht es professionelle Seelsorge. Das entfaltet sie unter der Hinsicht, dass der „Fachdienst am kirchlichen Ort“,⁹ die Krankenhausseelsorge zwischen allen Bereichen im System Krankenhaus eine eigene Position hat, die inhaltlich genauer beschrieben werden kann und zunehmend entwickelt werden sollte, insofern es spezifische Möglichkeiten gibt, angesichts der Komplexität des Systems Krankenhaus und genau in ihm (vgl. Fischer) alle kirchlichen Grundvollzüge der *diakonia* (kompetentes Hilfe-handeln), der *koinonia* (solidarische Gemeinschaft), der *liturgia* (gefeierte Gottesnähe) und der *martyria* (spürbare Froh-Botschaft) zu verwirklichen. Dass dies zugleich exemplarisch bzw. unter den Bedingungen der Krankenhaussituation geschehen muss, lässt schnell ersichtlich sein, dass es eine besondere Herausforderung für Einzelne und auch für eine Gruppe von Seelsorgern ist.¹⁰

Glaubwürdiges Handeln und ein sinnvolles Ausfüllen des beschriebenen ‚Ortes‘ der Seelsorge angesichts der komplexen Aufgabe und angesichts der Position zwischen den beiden Systemen des Krankenhauses und der Gemeinde-Kirche sieht Mader schließlich nur dann als möglich und gesichert an, wenn Seelsorgende jenseits einer Einzelkämpfermentalität im (ökumenischen) Team arbeiten.¹¹

Ob dies grundsätzlich gilt oder ob es eine spezielle Situation ist, die es allerdings institutionell zu stärken und personell zu beachten gilt, das wird als Frage für die folgende Darstellung aufgenommen. Grundsätzlich plädiert Mader für eine klare und bzgl. des Rahmens kooperativ orientierte Entscheidung der Kirchen zum Bestand und zur professionellen Weitergestaltung der Krankenhausseelsorge.¹²

Schließlich soll das Impulspapier der Deutschen Bischofskonferenz „Ich war krank und ihr habt mich besucht“ vom Februar 2018¹³ erwähnt werden.

7 Vgl. ebd., 203–210. 210.

8 Ebd., 246.

9 Ebd., 244.

10 Vgl. ebd., 244–251.

11 Vgl. ebd., 278–279.

12 Vgl. ebd., 284.

13 Vgl. „Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (Mt 25, 36). Ein Impulspapier zur Sorge der Kirche um die Kranken / hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 2018.

Darin sind die heutigen Entwicklungen im Gesundheitswesen ganz ähnlich den vorgenannten Veröffentlichungen beschrieben und Fragen der institutionellen Verortung, der (multi-)professionellen, ehrenamtlichen, zumal im Diskurs um „Spiritual Care“ aber auch kirchlich-konfessionell zu verantwortenden Kranken(-haus-)pastoral deutlich skizziert. Interessant ist auch hier der Hinweis auf die ökumenische Praxis in vielen Krankenhäusern. Das Papier spricht zumindest von einer möglichen „... strukturell unabhängige(n) ökumenische(n) Abteilung“¹⁴ als einer Form der Weiterentwicklung von seelsorglichen Teams. An der Formulierung ist ersichtlich, dass es einer weiteren Präzisierung bedarf.

Insgesamt sind die vier vorgestellten Veröffentlichungen sowie die Erfahrung auf dem Münchner Kongress Anlass, ein Modell anzudenken, das die Krankenhausseelsorge katholischer Provenienz angesichts neuer Herausforderungen und im Verbund mit bisherigen Möglichkeiten befruchten will.

2 Herausforderungen und bisherige Praxismodelle für KHS

2.1 Grundsätzliche Herausforderungen im Kontext Krankenhausseelsorge

An die bisherigen Darstellungen lassen sich eine Reihe systematischer Aspekte anhängen.

- a) Krankenhausseelsorge ist eine seelsorgliche Tätigkeit, die „kategorial“ (katholisch) oder „speziell“ (evangelisch) vor allem als Arbeit in einem anderen System von der gemeindlichen Seelsorge unterschieden wird. Ob damit der erforderliche ‚spezielle‘ Inhalt weiterhin zuverlässig durchführbar professionsbezogen und zumal strukturell hinlänglich gefasst ist, muss derzeit wohl kritisch betrachtet werden. Veränderungen an einem der beiden Elemente der Gemeinde oder der Kategorie destabilisieren das andere. So, wenn z. B. eine deutlichere kategorische Zuordnung der Seelsorgenden zur Gemeindeseelsorge erfolgt. Dann drohen die Rückentwicklung zur Krankenseelsorge und eine unterkomplexe Pastoral. Ebenso wenn eine einseitige Zuordnung zum System Krankenhaus erfolgt. Dabei droht eine Amalgamierung unter einem bestimmten unterkomplexen Gesundheitsverständnis. Demgegenüber geht es um die Entwicklung einer christlichen Pastoral im Gesundheitswesen.
- b) Krankenhausseelsorge ist an vielen Stellen, sei es in der Außenwahrnehmung oder der praktischen Arbeit, ökumenisch wahrgenommen und ökumenisch aufgestellt. Die Eckpunkte dieser Arbeit bedürfen einer institutionellen Unterstützung und institutioneller Rahmungen, die einzelne Initiativen entlasten können. Das ist angesichts der unterschiedlichen organisatorischen und strukturellen Gegebenheiten der Kirchen für sich schon

¹⁴ Vgl. *Ich war krank*, 33f.

ein komplexes Unterfangen. Und doch ist Ökumene nicht mehr und immer weniger wegzudenken.

- c) Ein anschließendes – nicht nur und nicht primär organisatorisches – Thema zeichnet sich im Zusammenhang mit kulturellen und interreligiösen Entwicklungen ab. Es lässt sich derzeit noch in gewissem Umfang als Frage im Kontext medizinischer Ethik oder im Kontext des grundsätzlichen kultur- und religionssensiblen Arbeitens im Krankenhaus fassen, aber hier dürfte eine neue große Aufgabe anstehen, die aufgrund der speziellen religiösen Thematik pastoral einen eigenen Komplexitätsschub darstellt und KHS erneut verändern wird.
- d) Unter dem Schlagwort des spannungsreichen Zueinanders von „Krankenhausseelsorge und Spiritual Care“ lässt sich nach der Entwicklung der Forschungslage der letzten Jahre demgegenüber schon deutlicher auf Ergebnisse rekurrieren und inhaltlich zunächst die Frage nach Spiritualität und oder Religiosität unterscheiden und verorten. Hier bedarf es langfristig einer Kultur des Miteinanders, die eigene Kompetenzen im Kontakt mit Patienten und mit anderen Professionen zeitigen wird.
- e) Professionalität und Kompetenz sollen noch einmal eigens hervorgehoben werden. Der im Gefolge der Komplexität des Krankenhauswesens erforderliche Professionalitätsschub weist in andere Richtungen als Fragestellungen im Rahmen der Entwicklung von Gemeindeseelsorge. Die Betrachtung von Gemeindeseelsorge und einer darin enthaltenen Seelsorge im Gesundheitswesen kann die letztere bestenfalls als Teil- und wohl kaum als Spezialfrage aufgreifen.

2.2 Organisatorische Herausforderungen im Kontext Krankenhausseelsorge

Weniger grundsätzlich als vielmehr an der Praxis orientiert stellt sich die Frage, welcher strukturellen Gegebenheiten es bedarf, um bestimmte Positionen mittel- und langfristig zu erhalten, anzustreben oder zu garantieren.

Wenn dazu im Folgenden ein Vorschlag formuliert wird, dann unter der Prämisse, dass es unter der Situation der Pluralität keine einfache oder flächendeckende Lösung des Zueinanders von kategorialer oder spezieller Krankenhausseelsorge und Gemeindeseelsorge geben wird. Anders gewendet: ein pauschales Modell widerspräche der jeweiligen Komplexität der Situation sowohl im Krankenhauswesen wie in den Kirchen (und der Gesellschaft).

Wohl geht es darum, Instrumente und Modelle zu entwickeln, die aus pastoralpsychologischer (einzelne KollegInnen) und aus pastoralplanerischer (Gruppe der KollegInnen) bzw. organisatorischer (Struktur und Organisationsrahmen) Sicht bestimmte grundsätzliche Aspekte einzufangen und zu sichern suchen – unterscheidbar von einer persönlichen und für sich genommen bisher und bis auf weiteres sinnvoll erlebten und ausgefüllten beruflichen Biografie einzelner KrankenhausseelsorgerInnen. Dass schon mittelfristig eine strukturelle und organisatorische Unterstützung Einzelner und des Kol-

legenkreises in einer mindestens personellen Mangelsituation das Ergebnis sein muss, ist an vielen Stellen im Alltag der KHS deutlich.

Auf katholischer Seite finden sich verschiedene Anbindungen der Krankenhausseelsorge, die schon aufgrund anderer Organisationsebenen als in evangelischen Kontexten andere Ankerpunkte haben:

- a) Grundsätzlich liegt die *Seelsorge- und Pastoralhoheit bei der Diözese*. Eine sachliche Entscheidung und personelle Ausstattung und dann mögliche delegierte Zuordnung erfolgt von dieser Ebene her. Das zeigt sich meist im Modell, dass *nach Dienst- und Fachaufsicht unterschieden wird und eine Zuordnung des einzelnen Seelsorgers oder der einzelnen Seelsorgerin zu einem Pfarrbezirk und zu einem Fachreferat* regelt. Dabei ist zumal die fachliche Arbeit durch Weiterbildungsangebote oder diözesane und überdiözesane Tage als ein Forum zum Austausch und zur Entwicklung angelegt.
- b) In sich sinnvoll ist das eher pragmatisch umgesetzte Motiv der *flexibel und kooperativ ausgestalteten Krankenhausseelsorge im Netz mit gemeindlichen Bezügen* etwa über den gemeindlichen Krankenbesuchsdienst oder die Caritas, aber auch über neuere Entwicklungen der palliativen Vernetzungen. Ob dies zukünftig angesichts der erforderlichen Entwicklungen schon alleine im Bereich der Gemeindeseelsorge tragfähig ist und die Unterscheidbarkeit der Krankenhausseelsorge gewährleistet, kann man inhaltlich und professionslogisch kritisch beurteilen: Die fachliche Arbeit in einem System und die dienstrechtliche Einbindung in einem anderen System mit einem originären Bedarf streben auseinander.
- c) Das gilt verschärft für das ebenfalls häufig praktizierte Modell, dass mit *zwei halben Stellen eine Arbeit im einen System Krankenhaus und im anderen System Gemeinde* gearbeitet wird. Hier stehen noch deutlicher gerade im Blick auf die individuellen Anforderungen sowohl die grundsätzlich fachliche wie die professionslogische Frage im Raum. Von – sicher sehr erfüllenden und eindrücklichen – Einzelfallerfahrungen abgesehen, können Rollenprofile nur begrenzt beliebig umschrieben und Rollen vor Ort jeweils immer wieder neu ausgefüllt werden. Vielmehr bedarf es angesichts der verschiedenen Komplexitäts- und Kompetenzentwicklungen einer Kontinuität in der Arbeit der Krankenhausseelsorge vor Ort, gerade weil die Zahl der Mitarbeiter geringer wird.
- d) Gleichzeitig gibt es unterhalb einer stringenten Organisation und eher im Sinn einer gut praktizierten Arbeit vor Ort *viele unterschiedliche gelebte Modelle*. So existieren Regionalkreise und kollegiale Kreise, die sich an Trägergesellschaften orientieren. Oder es gibt vor Ort verschiedene team-ähnliche Strukturen. Und es existieren unterschiedlich intensiv entwickelte ökumenische Kooperationen.

Denkbar sind weitere Modelle, die an Bedeutung gewinnen:

- e) Gerade konfessionelle Krankenhausträger können *eigene Modelle der Krankenhausseelsorge entwickeln und tragen* und haben dies verschiedentlich be-

reits getan (einige Orden oder christliche Träger). Das entlastet die kirchliche Organisation vorderhand mindestens finanziell, lässt jedoch die Frage nach kirchlicher Seelsorge und ihrem Auftrag noch schärfer stellen. Dienstgeber-schaft und Auftrag liegen – auch bei konfessioneller Trägerschaft – dann in einem System. Selbst wenn sich Seelsorge bewusst im Dialog mit Spiritual Care als christliche Seelsorge versteht, findet sie im Rahmen dieses Systems statt und die prophetische Kraft der doppelten Systemfremdheit ist aufgegeben. Die kirchlichen Grundvollzüge sind als ekklesiogenetische dann allerdings im Rahmen einer Differenzierungslogik sozialer kirchlicher Systeme weiterhin – und noch mehr – voneinander getrennt.

- f) Ein *differenziertes Kooperationsmodell* von kirchlichen, aber auch von privaten oder kommunalen Trägern und Kirchen, das die angedeuteten Faktoren berücksichtigt, könnte dem gegenüber die nötigen Räume sichern. Es bedarf dazu allerdings der eindeutigen kirchlich-amtlichen Positionierung über das Grundsätzlich-Theologische hinaus. Eine solche bewusste Positionierung im Rahmen der Pastoral im Gesundheitswesen kann komplexe Organisations- und Kooperationsmodelle entwickeln. Unter diesen Hin-sichten scheint es mir sinnvoll, deutlich von ‚Sonderseelsorge‘ zu sprechen, die nicht nur in einem anderen System erbracht wird, sondern die auch anderer Kompetenzen bedarf, als es im gemeindlichen Kontext erforderlich ist. Diese Apostrophierung der Krankenhausseelsorge als eines besonderen Bereiches befeuert die Frage der Schwerpunktsetzung bzw. des Kernhand- delns der Kirche, aber genau hier bedarf es dringend weiterer Klärung.

3 Ein Team-Modell für die Krankenhausseelsorge vor Ort

3.1 Absichten und Ziele eines Team-Modells

Vorab seien einige Entwicklungen und Erfahrungen mit katholischen Kran- kenhausseelsorgeteams ohne Vollständigkeit zu beanspruchen erwähnt: So gibt es im Erzbistum Paderborn seit Ende 2016 ein Team für 3 Innenstadt- krankenhäuser in Dortmund, wo Erfahrungen mit dieser Form der Arbeit gesammelt werden sollen. An anderer Stelle in der Diözese wird ebenfalls ein Teammodell versucht. Seit längerem bestehen in Bremen ein Katholisches Krankenhauspfarramt und im Stadtdekanat Wuppertal ein Konzept für das Team der Krankenhausseelsorge.¹⁵ Ich konnte über 13 Jahre als Mitglied im Team der Krankenhausseelsorge in Wuppertal mitarbeiten. Die Absicht zu den Teams in Bremen und Wuppertal ist aus jeweils speziellen lokalen städti- schen Gegebenheiten heraus entstanden. Sie sind organisatorisch mit klaren Strukturen nach innen und unterscheidbaren Einbindungen nach außen auf

¹⁵ Vgl. die „Satzung des Katholischen Krankenhauspfarramtes für die Krankenhäuser in Bre- men“ und das „Konzept für die Katholische Krankenhausseelsorge im Stadtdekanat Wup- pertal“.

der Ebene von Stadtdekanaten angesiedelt. Sind dies spezielle zukunftssträchtige Möglichkeiten auch für andere Orte?

Im Folgenden werden bestimmte grundsätzliche Aspekte genannt, die vorteilhaft durch die spezielle Organisationsform eines lokalen Teams aufgegriffen und bearbeitet werden könnten.

Dies sind:

Der Aspekt personeller Mangelsituation und gleichzeitiger Komplexitätssteigerung: Die zunehmende zahlenmäßige Mangelsituation und die gleichzeitige Komplexität der Herausforderung einer Entscheidung über die Arbeit in mehreren Krankenhäusern mit vielen Spezialkliniken und möglicherweise mit Ausbildungsstätten für ärztliches und pflegendes Personal (Städten oder Regionen) und die gleichzeitige komplexe Lage der Gemeinde- und Pfarrentwicklung stellen für einzelne KrankenhauseelsorgerInnen nicht nur eine interessante Herausforderung dar, sondern es muss auch die Frage gestellt werden, ob es Einzelnen im derzeitigen Rahmen noch möglich ist und sein wird, Krankenhauseelsorge angesichts der medizinischen, pflegerischen, sozialen und kulturell-religiösen Situationen so zu gestalten, dass sie das, was zukünftig erforderlich ist, nachhaltig zu tun in der Lage sind.

Wenn die Frage des Ausmaßes und nicht nur die der Einzelqualifikation nicht dem Einzelnen und seiner Fähigkeit zur Selbstorganisation obliegen soll, muss diesbezüglich über qualifiziert-krankenhauspastorale Möglichkeiten der Kooperation aus Mangel nachgedacht werden. Diese existieren bereits in gewissem Umfang. Ihr organisatorischer Status, ihre Verbindlichkeit ist jedoch oftmals weitgehend dem kollegialen Klima ‚angelastet‘. Gerade hier stellt sich bei genauer Betrachtung die Frage verschärft, ob die derzeitige Fähigkeit zur Selbstorganisation einer team-ähnlichen Struktur eine Lösung darstellt, die die Belastungsfähigkeit der handelnden Personen vor Ort als Team und gerade im Konfliktfall organisatorisch und strukturstützend stabil genug garantieren kann.

Der Aspekt der unterstützten professionellen Kompetenz und Verteilung in einem fremden System:

Jeweiligen Kompetenzen Einzelner mögen vorhanden sein. Die Verteilung und Gewichtung wird jedoch eine eigene Aufgabe sein, insofern Personalmangel und Aufgabenspezialisierung gegenläufig und verschärft wirken. Und auch dieses Anliegen kann angesichts der Situation nur bedingt dem Einzelnen oder einer Gruppe obliegen. Zumal bei der Rahmung und kontinuierlichen Sicherung, die dann auch zu Lücken und zu Schwerpunkten Stellung beziehen kann, erfahren KollegInnen vor Ort durch klare strukturelle Unterstützung eine Entlastung für das, was getan wird bzw. getan werden kann. Man kann hier von ‚Synergieeffekten‘ zur Professionalitätssicherung sprechen, wohl im Wissen, dass dies in einer Mangelsituation geschieht.

Die Möglichkeiten einer systematischen und professionellen Gestaltung sollten genutzt werden: ... bei der Rahmung und kontinuierlichen Sicherung

sowie bei Auswahl und Besetzung, schon bei der Interessensbekundung von KollegInnen, die in die Krankenhausseelsorge wechseln möchten, dann bei der überregionalen bzw. diözesanen Planung und nicht zuletzt – aber eben nicht ausschließlich – bei der Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen des Kollegenkreises vor Ort.

Der Aspekt der individuellen Arbeit in einem verbindlichen Netz vor Ort:

Die verantwortliche Arbeit der Krankenhausseelsorge vor Ort hat ein Profil entstehen lassen, das mit niedrigen Hierarchien in einem fremden System gute Erfahrungen gemacht hat. Die Frage angesichts der heutigen Situation ist allerdings, ob sich darin auch eine Schwäche zeigt, wenn die Komplexität der Aufgabe schon aus Gründen der zeitlichen (Rufdienste), sachlichen (Spezialkenntnisse und Netze), klientenorientierten (Krankenbesuche, Mitarbeiterbesuche, Leitungskontakte) und personenorientierten (Profession und Privatsphäre) Ökonomie eine organisatorische Antwort zweiter oder dritter Ordnung erfordert. Das bedeutet z. B., die individuelle Kompetenz und Profession wird möglicherweise dann sinnvoll umgesetzt werden, wenn es ein Mindestmaß an verbindlicher Organisation gibt, die effektiv entlastet. Dies gilt sowohl vor Ort nach innen und außen, wie gegenüber dem Anstellungsträger.

Der Aspekt der innerkirchlichen Chance:

Der komplexen Aufgabe entspricht eine komplexe Herausforderung für die Seelsorgenden vor Ort, wie für die Leitungen der Kirchen: Wenn die Umbruchsituation als Anlass für eine inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklung auf den Ebenen vor Ort und mit neuem Gewicht bei den Verantwortungsträgern der Diözesen gesehen wird, können bestimmte Fragen der Pastoral im Krankenhauswesen sowohl für den Kollegenkreis wie im Kontakt mit kirchlichen Krankenhausträgern, wie aber auch im Kontakt mit privaten oder kommunalen Trägern anders (an anderer Stelle) gestellt, entwickelt und mithin entlastend und nachhaltig verantwortet werden.

Der Aspekt der ökumenischen Chance:

Schließlich und nicht zuletzt kommt auch die ökumenische Zusammenarbeit in den Blick. Diese soll nach allen Aussagen vor Ort weiter entwickelt werden. Das scheint – selbst wenn von einem Idealzustand ausgegangen wird – eine Option zu sein, gerade wenn man eine durchaus unabhängige Teamstruktur mit zumindest einer pfarrei-ähnlichen Qualität ausstattet, d. h., wenn es vor Ort und zwischen den Kirchen eine verbindliche Absprachekultur in diesem konkreten Seelsorgefeld gibt. Möglichkeiten in diesem Feld zu entwickeln, bedeutet sicher, teilweise unbekanntes Terrain zu betreten. So werden z. B. die beiden ‚Teams‘ in Bremen bzw. Wuppertal nichtpriesterlich geleitet, ohne dass dies wiederum eine Standardlösung sein muss.

Damit soll die Liste der Aspekte an dieser Stelle geschlossen werden.

3.2 *Elemente eines Team-Konzeptes*

Nach den Vorüberlegungen kann sich nun eine kurze Übersicht über Eckpunkte eines möglichen Teams anschließen.

- Ein Team sollte für den Bereich mehrerer Krankenhäuser und für eine Stadt bzw. (Teil-) Region zuständig sein.
- Dazu bedarf es einer Situations- und Sachanalyse vorab.
- Das umfasst auch eine ökumenische Option, deren Ausgestaltung einen hohen Rang hat.
- Es muss sich gezielt als institutionelle Größe etablieren die nach außen auf Kirchenleitungen vor Ort und auf Krankenhausträger zugehen kann und bestimmte Inhalte verbindlich darstellt.
- Das Thema der Öffentlichkeit sowie der aktiven Kooperation erhält ein eigenes Gewicht.
- Das Team bedarf einer internen Struktur, die durch die jeweiligen vorgefundenen Aufgaben und eine koordinierende und dienstliche Leitung nicht zwingend durch Kleriker und eingebunden in eine mittlere kirchliche Ebene vor Ort gekennzeichnet ist und einen gewissen Bestand garantieren soll. Das verändert alte und erfordert neue Rollen.
- Ein solches Team hat die Möglichkeit bzw. sieht die Notwendigkeit zu einem eigenen Profil.
- Das Profil kann auch dazu dienen, bei der Suche nach der Zusammensetzung eines Teams Kriterien für die Arbeit an dieser speziellen Stelle zu haben.
- Dies kann umgekehrt für Mangelsituationen bedeuten, dass sie anders kommuniziert und abgedeckt werden können. Ein wichtiges Thema diesbezüglich wird immer wieder die priesterliche resp. seelsorgliche Rufbereitschaft sein.

Auch diese Punkte verstehen sich als erste Sammlung, ohne dass der Anspruch der Vollständigkeit damit verbunden wird. Einige Satzungen und Erfahrungen liegen bereits vor und doch geht es darum, das Grundanliegen neu zu initiieren.

4 Resümee: Verbindliche Teammodelle als eine weitere Option für zukünftige Krankenhausseelsorge

Grundsätzlich wurde über den ökumenischen Kongress in München und vier aktuelle Veröffentlichungen aus verschiedenen pastoralen, theologischen und kirchenamtlichen Kontexten sichtbar, dass es einen breiten Konsens in der Beurteilung der gegenwärtigen Situation der Krankenhausseelsorge in Deutschland gibt. Im Anschluss an die Veröffentlichungen wird in diesem Beitrag die Option einer bewusst fördernden Entscheidung zur kirchlich-konfessionellen Seelsorge und zu einer erweiterten Grundausstattung erhoben. Hierzu wird

das Modell einer verbindlichen Teamentwicklung als Möglichkeit vorgestellt, das bestimmte Dilemmata der personellen (Unter-)Ausstattung, der professionellen Sicherung und der konzeptionellen Anforderung der Krankenhausseelsorge in großen Einrichtungen oder in mehreren Häusern aufgreift und neue Wege eröffnen will.

Dr. Gerhard Dittscheidt, Immenweg 49, 42279 Wuppertal;
E-Mail: g.dittscheidt@web.de