

Auftrag und Identität der Seelsorge im Zusammenspiel mit Mitarbeitenden

Vortrag beim Krankenhauseseelsorgekonvent 6.10.09 in Hohenwart

Vorbemerkung:

Als ich mit der Vorbereitung des Vortrags begann hatte ich eine Mappe mit einer Menge von beschriebenen Zetteln, Notizen, die ich mir in verschiedenen Gesprächen gemacht hatte, mit Erich Schäfer und Günter Renz. Ich habe immer wieder gefragt: Was ist das Thema? Was das Thema des Konvents? Was wollt Ihr?

Und nach jedem Gespräch war die Lage wieder etwas anders, der Schwerpunkt anders gesetzt.

Ich denke, das hat etwas mit dem Thema überhaupt zu tun, mit unserer Rolle, unserer Identität, unserem Auftrag, dem Proprium der Seelsorge.

Das alles ist nicht einfach klar. Deshalb ist das in Variationen immer wieder Thema, war es auch in den letzten Jahren, wenn man sich die Programme der Konvente anschaut. Ich finde es nicht banal, das zu konstatieren und damit anzuerkennen: Ja, es ist so. Es liegt nicht an unserem Unvermögen, sondern gehört zu der Art unseres Dienstes, dass wir das immer wieder neu ausloten müssen, was unser Auftrag und unsere Identität ist.

In der Dienstordnung unserer Landeskirche für die Krankenhauseseelsorge aus dem Jahr 1985 lese ich:

Die Krankenhauseseelsorge ist der besondere Dienst der Kirche an Patienten und Mitarbeitern im Krankenhaus. Er geschieht unbeschadet der Zuständigkeit der Kirchengemeinden und Kirchenbezirke im Auftrag der Landeskirche.

Seelsorge im Krankenhaus geschieht im kirchlichen Auftrag in ökumenischer Verantwortung. Sie stellt einen eigenen kirchlichen Arbeitszweig mit spezifischen Gegebenheiten und Erfordernissen dar und ist nicht eine Variante von Gemeindeseelsorge.

So eine Formulierung der Konferenz für Krankenhauseseelsorge in der EKD von 1994.

Krankenhauseseelsorge ist ein Angebot der Kirche für alle PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen im Krankenhaus.

So sagen es die gemeinsamen Qualitätsstandards des evang. und kath. Konvents der Krankenhauseseelsorge im Jahr 2004.

Man könnte noch manche Verlautbarung dazulegen.

Klar ist: Der Auftrag zur Seelsorge ist ein kirchlicher. Auftraggeber ist die Landeskirche. Aber der Ort, wo das geschieht, ist ein nichtkirchlicher, mit anderen Bedingungen als in der Gemeinde. So ist die Grundspannung immer gleich angesagt.

3 große Teile meines Referats:

1. Das Krankenhaus (unter dem systemischen Blickwinkel betrachtet)

2. Identität und Auftrag der KH-Seelsorge

Bei beiden Teilen habe ich die Mitarbeitenden immer schon im Blick und beziehe sie ein. Ich möchte aber in einem abschließenden dritten Teil nochmals dezidiert fragen:

3. Was bedeutet das für das Zusammenspiel mit den Mitarbeitenden?

1. Das Krankenhaus

Der Ort, wo unser Seelsorge-Auftrag ausgeführt wird, ist eine eigene, sehr komplexe Organisation, die nach eigenen Gesetzen funktioniert, eigene Ziele hat. Das mag einem selbstverständlich vorkommen, aber ich glaube, wir müssen uns diese Differenz, in der wir mit der KH-Seelsorge stehen, immer wieder bewusst machen.

Ein Krankenhaus ist ein anderes System als eine Gemeinde und funktioniert nach anderen Gesetzen.

Ich möchte jetzt nicht tief in die Systemdiskussion eindringen, weil ich das hier nicht als vordringliches Thema sehe. Aber zwei Aspekte möchte ich ausführen, da sie mir für unser Thema wichtig erscheinen:

Der erste Aspekt:

Ein Krankenhaus ist eine **Organisation**, eine Organisation im Sinne eines sozialen Gebildes, das auf bestimmte Ziele hin ausgerichtet ist, einen angebbaren Mitgliederbestand umfasst, der auf bestimmte Grundnormen verpflichtet ist.

Die festgelegte Zielsetzung erfordert eine entsprechende Rollendifferenzierung sowie Regelungen, in denen die fachlichen Kompetenzen, Kommunikationsstrukturen und Weisungsbefugnisse festgelegt sind.

Organisationen erscheinen aufs erste als offene Systeme, so auch die Organisation Krankenhaus. Sie beziehen sich auf ihre Umwelt, sie haben Kunden – oder Patienten -, Konkurrenzen, Märkte, an denen sie sich behaupten müssen, usw.

Auf den zweiten Blick, wenn man näher hinschaut, wird deutlich, wie sehr Organisationen auch geschlossene Systeme sind, auf die man nicht einfach einwirken kann. Sie beziehen sich auf sich selbst und erhalten sich selbst aufrecht. Selbstreferentialität nennt das die Systemische Theorie. Sie haben ihre eigenen Gesetze, ihre eigene Philosophie (inclusive Hierarchie) und Sprache, die sich unabhängig von Personen durchhält. Entscheidungsprozesse der Organisation bauen auf früheren Entscheidungen auf und reproduzieren sich damit selbst.

Das kennen Sie sicher auch, dass Ihnen das auffällt, dass bestimmte Gesetzmäßigkeiten gelten, aber wenn Sie jemanden darauf ansprechen, merken Sie, dass das der anderen Person gar nicht auffällt. Das stark ausgeprägte Hierarchiedenken z.B. war für mich lange Zeit etwas, wo ich mich immer wieder gewundert habe, dass das von den Mitarbeitenden so wenig hinterfragt wird, bis mir klar wurde, dass das auch große Sicherheit gibt. Man muss nicht immer nachdenken, wer wofür zuständig ist. Diese Geschlossenheit von Organisationen beinhaltet auch, dass es ganz schwierig ist, Organisationen zu verändern. Das würde man ja auch immer wieder gern als SeelsorgerIn, gerade diesen Außenblick zur Verfügung stellen, man versteht es oft nicht, dass dies so wenig genutzt wird, dass mancher Missstand überhaupt nicht als solcher erkannt wird, obwohl wir doch so vehement darauf hinweisen. Mir hat das in meiner systemischen Fortbildung geholfen, das mehr zu verstehen, dass Impulse von außen auf ein System nicht direkt einwirken. Es gibt keine einfachen linearen Ursache-Wirkungszusammenhänge. Man kann soziale Systeme nicht direkt verändern – das gilt nebenbei gesagt auch für das System Kirche. Was man aber kann, ist Anstöße geben, die manchmal erstaunlich große Wirkung zeigen, man kann neue Sichtweisen einbringen, Fragen stellen, die eingefahrenen Muster unterbrechen. Was das dann letztendlich bewirkt, ist nicht immer vorhersagbar.

Systeme reagieren, so erstaunlich es ist, kontingent, d.h. manchmal fast zufällig.

Ich meine, dass damit die Chancen und Grenzen dessen, was KH-Seelsorge bewirken kann, markiert sind.

Die Grenze heißt ganz schlicht: Wir können das System nicht unmittelbar ändern. Dass das keine neue Erkenntnis ist, ist mir klar. Aber ich habe die Vermutung, dass doch immer wieder in uns die Vorstellung aufkommt, wir könnten es tun und wir müssten es tun, weil wir so viel wahrnehmen, was zu ändern wäre, und weil inzwischen so viel an uns herangetragen wird, was man tun müsste, wo man sich einbringen müsste. Die Gefahr, dass wir unter Druck geraten oder ihn uns selbst machen, ist groß.

Es ist uns mit dieser Erkenntnis eine Portion Demut zugemutet, aber auch – so finde ich – ein Stück Entlastung..

Die Chancen sind aber auch sichtbar: Unser Blick, unsere Sichtweise, unsere Fragen sind wichtig. Es lohnt sich, Impulse zu setzen, Anstöße zu geben, präsent zu sein. Oft werden wir nicht unmittelbar eine Reaktion darauf erleben. Aber sie haben ihre Wirkung, auch wenn es länger dauert, bis das System sich das zu eigen macht. Die Präsenz der Kirche im Krankenhaus, die Anwesenheit von Seelsorgerinnen und Seelsorgern bewirkt mehr, als wir oft wahrnehmen und was die Organisation Krankenhaus wahrnimmt, mehr als wir unmittelbar zurückgemeldet bekommen.

Der zweite systemische Aspekt, der für unser Thema wichtig ist, ist die Hierarchie- und Rollenfrage.

Zum Funktionieren einer Organisation gehört eine klare Regelmäßigkeit im hierarchischen und rollengebundenen Verhalten.

Drei unterschiedliche Hierarchien gibt es, die ärztliche, die pflegerische und die verwaltende. Die ärztliche bestimmt mit ihrer naturwissenschaftlich-technischen Ausrichtung die Gesamtorientierung der Organisation Krankenhaus, wobei heute mehr als den Ärzten lieb ist die ökonomischen Fragen die Orientierung mitsteuern oder sogar das Steuer übernommen haben.

Diese drei Hierarchien bilden spezifische Berufsrollen aus. Kennzeichen ist ihre jeweilige fachliche Qualifikation und ihre Rangfolge innerhalb der Hierarchie. Jede Berufsrolle hat für sie typische Pflichten und Rechte, die die Rolleninhaber nur sehr eingeschränkt ausweiten können.

Diese klare Rollenorientierung bietet Sicherheit für die, die sie ausüben, wie für die, mit denen sie es zu tun haben. Es ist klar, was man von einem Arzt erwarten kann, was von einer Schwester usw. Es ist klar, wer hierarchisch gesehen zuerst gefragt werden muss, wessen Wort mehr Gewicht hat. Kehrseite dieser Sicherheit und Erwartungsklarheit ist die Einengung. Man kann die Rolle eigentlich nicht verlassen oder man fällt aus der Rolle.

Wir kennen sicher alle Erfahrungen, wo eine sehr erfahrene, sehr kompetente Schwester nicht ihrer eigenen Einsicht folgen kann, sondern die Anweisungen eines jungen Assistenzarztes ausführen muss.

Und welche Rolle hat nun der Seelsorger/ die Seelsorgerin? Wo gehört er oder sie in der Hierarchie hin?

Diese Frage stellt sich doch immer wieder und sei es, dass entschieden werden muss, wo der Pfarrer oder die Pfarrerin bei einem gesellschaftlichen Ereignis zu sitzen hat, oben oder unten, vorne bei den VIPs oder hinten beim niederen Personal.

Wenn wir uns vor Augen führen, wie sehr die Regelmäßigkeit und Rollenbindung eine Organisation Krankenhaus prägt, ist klar, dass wir das ganze geordnete Regelwerk durcheinander bringen, immer wieder und immer wieder neu.

Da hat sich vielleicht ein Haus mühsam daran gewöhnt, dass da jemand ist, der keinen klaren Platz und keine definierte Rolle im System hat, der für die Kranken da ist, mit ihnen redet. Die, die unmittelbare Erfahrungen machen, erkennen die Vorteile, die das bringt, dass da jemand nicht so sehr dem unerbittlichen Zeitdiktat unterworfen ist. Doch nun will der oder die auch noch für die Mitarbeitenden da sein, mit denen auch Gespräche führen. Das fällt wirklich völlig aus der Rolle. Oder kennen Sie einen Sozialarbeiter, der sich nun auch noch um die MitarbeiterInnen einer Station kümmert oder eine Krankengymnastin, die mit der Stationsleitung Übungen macht?

Wenn man sich diese systemischen Hürden klar macht, dann kann aus dieser Erkenntnis nun die Konsequenz ziehen, dass eine völlige Integration der Krankenhausseelsorge in die Organisation anzustreben ist. Sabine Allwin tut das in dem von ihr und Christoph Schneider-Harpprecht herausgegebenen Buch „Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung.“ Sie plädiert dafür, dass sich die Seelsorge als 4. Säule neben den Säulen Medizin, Pflege und Verwaltung zusammen mit den psychosozialen Diensten etabliert. Diese Säule würde sich dann v.a. durch ihre kommunikative Funktion auszeichnen, etwa bei der Übermittlung von Diagnosen und bei der Krankheitsverarbeitung der Patientinnen und Patienten.

Wahrscheinlich wäre man auf diesem Weg einige Kämpfe um Wahrnehmung und Anerkennung los. Man wäre drin und müsste sich nicht ständig vorstellen, definieren, erklären.

Ich meine jedoch, dass eine solche strukturelle Integration auf Kosten unserer geistlich-theologischen Identität ginge und auf Kosten unseres Freiraums, der weitaus mehr ist als das individuelle Gefühl „Hier kann mir keiner reinreden“, und für die Organisation Krankenhaus mehr austrägt als man sich bewusst macht.

Lange Zeit habe ich Michael Klessmanns Modell der Seelsorge als Zwischenraum favorisiert, weil es die Grundspannungen aufrecht erhält, die m.E. nicht aufzulösen sind: Seelsorge zwischen

Kirche und Krankenhaus

PatientInnen und Mitarbeiterschaft

Alltagsgespräch und Psychotherapie

Professionalität und Betroffenheit

Macht und Ohnmacht

Krankheit und Gesundheit

Leben und Tod

Aber so wie die Entwicklungen in den letzten Jahren gingen, denke ich, dass das Wort „Zwischenraum“ oder der damit vermittelte Status, der ja leicht in ein „Zwischenallen-Stühlen-Sein“ gerät, nicht mehr angemessen ist.

Kirche **im** Krankenhaus, Seelsorge als kirchlicher Dienst **im** Krankenhaus – das drückt für mich etwas von der Sicht aus, dass zwei Systeme so aufeinander kommen, dass das eine in das andere hineingeht, aber nicht darin aufgeht.

Für mich ist diese Verortung auch Ausdruck einer theologischen Position, nämlich der Inkarnationstheologie im Unterschied zur dialektischen Theologie, die lange unser kirchliches Handeln im KH geprägt hat. Dieses „im“ erscheint mir als etwas zentral Christliches, Ausdruck der Inkarnation.

Kirche im Krankenhaus bedeutet einerseits, dass Kirche im Krankenhaus einen Ort hat und Wahrnehmung erfährt, aber auch dass sie sich in diesem anderen System positioniert und definiert und mit ihm abstimmt.

Ich möchte es jetzt einmal bei diesen beiden systemischen Aspekten belassen, möchte aber am Schluss dieses Abschnitts nochmals betonen: Es gehört m.E. zu unseren Aufgaben, das wir unseren Platz und unsere Rolle in der Organisation immer wieder neu finden müssen und es aushalten, dass immer wieder Unklarheit besteht. Das ist nicht nur eine Aufgabe des Anfangs. Da sicher besonders. Aber ich sehe es als eine bleibende Aufgabe. Es entlastet, wenn wir das so sehen, und nicht nach einiger Zeit stöhnen und klagen, entweder mit einem depressiven Klang: Warum bekomme ich das nicht hin? Oder mit aggressiver Anwendung: Warum kapieren die das nicht endlich? Es ist Teil unseres Auftrags.

II Unsere Identität als Seelsorgende im Krankenhaus

Ein paar Bemerkungen zu dem, wie ich hier Identität verstehe.

Ich fand es spannend in der Vorbereitung zu sehen, wie sehr das Verständnis von Identität dem Zeitgeist unterworfen ist.

Erik Erikson ist da ein ganz wichtiger Name. Er hat ein Konzept entwickelt – in den 50er Jahren – wonach Identität eine integrierte kohärente Persönlichkeit meint, die sich angesichts wechselnder Umstände durch Kontinuität und Festigkeit auszeichnet. Um radikale Veränderungen zu ertragen, braucht es eine festbegründete Identität. Identität bezeichnet nach Erikson die „Summe aller Bilder, Ideen und Kräfte, die einer Person das Gefühl einflößen, mehr ‚wie sie selbst‘ zu sein und mehr ‚wie sie selbst‘ zu handeln. Ein solches Gefühl wächst nicht von selbst im Individuum heran. Dazu braucht es – so Erikson – vertrauensvolle Beziehungen, eine stärkende Gruppenzugehörigkeit und eine „Ideologie“, die orientierende Werte und Normen bereitstellt.

Eriksons Konzept wurde in späteren Jahren als zu statisch kritisiert. Der Identität wird viel mehr die Fähigkeit zugeschrieben, flexibel und anpassungsfähig zu sein, auf die wechselnden pluralen gesellschaftlichen Gegebenheiten reagieren zu können.

In den 80er Jahren wird regelrecht gewarnt vor zu viel Identität, zu viel Festlegung. „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“, sagt der Zeitdiagnostiker Bernd Guggenberger.

Identität wird als Prozessgeschehen begriffen. Die verschiedenen Lebenswelten, innere und äußere, müssen permanent aneinander angepasst werden.

Das Individuum wird zum „Planungsbüro des eigenen Lebens“, so Ulrich Beck.

Warum sage ich das alles?

Ich finde, dass in diesen Gedanken zur Identität einiges für unser Thema drinsteckt. Die gesellschaftlichen Veränderungen sind stark, die im Gesundheitswesen gravierend. Krankenhausseelsorge hat heute völlig andere Bedingungen als vor zwanzig Jahren. Wer unter Ihnen länger „im Geschäft“ ist, wird das ähnlich empfinden. Heißt das, dass wir unsere seelsorgerliche Identität ständig neu erfinden müssen, anpassen an die Gegebenheiten, eingehen auf die Veränderungen? Ist es die Aufgabe für jeden und jede von uns, das Planungsbüro der eigenen seelsorgerlichen Identität zu sein? Das erscheint vielleicht reizvoll und hat den Hauch von Freiheit, ist aber auch ganz schön anstrengend, zuweilen auch mit Überforderung verbunden.

Wiederum könnte man auch versucht sein, mit Erikson zu sagen: Je unsicherer und fluktuierender die Zeiten sind, desto festbegründeter muss meine Identität sein: Ich weiß, was ich zu tun habe, ich besuche die Kranken. Dazu bin ich beauftragt. Was sonst noch passiert, was sonst an mich herangetragen wird, das ist nicht meine Aufgabe. Die andern sollen sich da drin verlieren. Ich bin beim Eigentlichen. Die verschärfte Variante dieser Haltung – die gibt es ja auch – lautet dann: Ich besuche nur die Kranken **meiner** Konfession, **meiner** Kirche. Dazu bin ich da. Dazu werde ich von **meiner** Kirche bezahlt.

Dass die Frage nach der Identität, dem Proprium der Krankenhausseelsorge gerade jetzt wieder verstärkt gestellt wird, da die Veränderungen und auch die sich daraus ergebenden Aufgaben zunehmen, das ist nicht von ungefähr. Es ist ja nicht so, dass die Krankenhausseelsorge in die Bedeutungslosigkeit versinkt, sondern zu immer mehr herangezogen wird, immer mehr Lücken ausfüllen soll.

Nehmen wir die Herausforderung der Zeit an und suchen, was unsere Identität ausmacht. Für mich sind die beiden Pole wichtig, die ich vorhin in der Identitätsdiskussion aufgezeigt habe: Das zu suchen, worin wir uns begründen, was uns ein erkennbares Profil gibt, worauf wir immer wieder zurückgreifen können. Dazu gehören all die Bilder, Kräfte und Ideen – wie Erikson es sagt – die uns das Gefühl geben, bei unserem eigenen zu sein, nicht um sich daran statisch festzuklammern, sondern um beweglich und auch gelassen auf die radikalen Veränderungen eingehen zu können und unsere sich daraus ergebenden Aufgaben immer wieder neu zu definieren.

Was gehört zu unserer Identität als Pfarrerinnen und Pfarrer, Diakoninnen und Diakone? Wo finden wir die „Bilder, Kräfte und Ideen“, die unsere Identität stärken? Wir sind auf alte Texte gegründet. Wir haben eine Tradition, die jüdisch-christliche. Wir haben Worte, die über Jahrtausende Menschen begleitet, herausgefordert, aufgestört, getröstet haben. Texte, die von Gott reden und seinem Wirken in dieser Welt und davon mit welchem Gesicht er sich hier zeigt, mit dem des ganz konkreten Menschen Jesus.

Wir können das, was wir erleben, bergen in den Worten unserer Vorfahren im Glauben, nicht nur unsere Freude und unseren Dank, sondern eben auch das Unheil, die Dunkelheit, die absolute Verlassenheit, ja die Gottferne. Nichts ist ausgeschlossen, auch nicht das Warum, die Klage, die Anklage. Wir haben das Bild des Hiob und die Kraft der Psalmbeterinnen und –beter, die ganz elementar ihr Empfinden ausdrücken.

Zu unserer Identität gehört das Evangelium, das von unten her denkt und als solches hierarchiekritisch ist. Wir berufen uns auf den, der die Leidtragenden, die nach Gerechtigkeit Hungernden, die Barmherzigen selig preist, der sich als Arzt an die Kranken gewiesen sieht, und besonders an die, die keinen Menschen haben, um sie an das heilende Gewässer zu tragen.

Wir haben sozusagen eine Gründungsurkunde, die andere Maßstäbe setzt: „Wer groß sein will unter euch, der soll euer Diener sein.“

Wir haben die Hoffnung, dass wir das Fragmentarische unseres Lebens, die einzelnen Bruchstücke, die uns oft wertlos erscheinen, das dunkle Bild im Spiegel, das wir das erkennen werden, dann wenn wir erkannt sind, von Angesicht zu Angesicht.

Wir haben eine Vision, dass Gott einmal abwischen wird alle Tränen von den Augen der Menschen und das Versprechen, dass jetzt schon etwas davon spürbar werden soll, weil das Reich Gottes mitten unter uns ist.

Wir haben Zugang zu einer „Hoffungsverleihanstalt“. So nennt Fulbert Steffensky die biblischen Bilder und Texte. Mir gefällt dieses Wort, weil es die Schwelle niedrig macht. In mir taucht da das Bild eines Ladens auf, in den ich immer wieder hin kann und sagen: Jetzt brauche ich wieder etwas. Es ist mir ausgegangen. Ein entlastendes Bild ist es, denn es sagt mir, dass ich die Hoffnung nicht aus mir selbst herausbringen muss. Ich kann sie mir immer wieder neu verleihen lassen. Ich habe eine Quelle, die nicht versiegt.

Das ist unser Proprium oder – ich drücke es lieber biblisch aus - unser Schatz. Das gehört zu unserer Identität, so verschieden wir auch sein mögen. Das mag in den Ohren mancher selbstverständlich klingen, aber ich frage mich, ob wir uns dieses Schatzes immer so bewusst sind, ob wir ihn sehen können als etwas, das uns in einer ganz tiefen Weise nährt und stärkt, inmitten dieses verrückten Umschlagplatzes Krankenhaus, wo es manchmal zugeht wie auf dem Flughafen, wo Menschen durchgeschleust und abgefertigt werden, und wo sich gleichzeitig die großen Themen des Lebens abspielen: Geburt und Sterben, Freude und Verzweiflung, Wut und Trauer, Liebe und Gleichgültigkeit, Auflehnung und Dank. Dieser Schatz ist uns anvertraut, etwas Kostbares, das dieser Welt gut tut. Und deshalb haben wir den Auftrag, damit in die Welt zu gehen, in die Institutionen und Organisationen und eben auch in die Krankenhäuser, ein Auftrag, der nicht nur von der Kirche oder den Kirchen kommt, sondern auch im Grundgesetz (Artikel 140) festgehalten ist. Als ob die Väter und Mütter des Grundgesetzes geahnt hätten, dass es diesen Schatz gerade an den Orten, wo die dunklen Seiten des Lebens besonders stark hervortreten – Krankenhäuser, Gefängnisse und Militär – braucht.

Was bedeutet es, diese Identität zu leben?

Zwei Aspekte sind mir dabei wichtig.

Das eine ist, ganz und gar teilzunehmen an dem, was die Menschen bewegt, in der vollen Diesseitigkeit leben, wie Bonhoeffer es sagt. Er ist für mich hier ein wichtiger Theologe. Er beschreibt die Diesseitigkeit in dem bewegenden Brief nach dem Scheitern des Putsches gegen Hitler als eine wesentliche Seite des Christentums. Dabei erinnert er sich an ein Gespräch – die meisten unter uns kennen das sicher – mit einem jungen französischen Geistlichen über die Frage, was sie mit ihrem Leben eigentlich wollten. Der Geistliche sagte: ich möchte ein Heiliger werden. Bonhoeffer beeindruckt das einerseits zutiefst, andererseits setzt er dagegen: Ich möchte glauben lernen. Erst später wird ihm bewusst, dass die beiden Aussagen gegensätzlich sind. Glauben lernen, sagt er, kann man erst in der vollen Diesseitigkeit des Lebens. Und das heißt für ihn: darauf verzichten, etwas aus sich zu machen, sei es einen Heiligen oder einen bekehrten Sünder, einen Gerechten oder Ungerechten, einen Kranken oder Gesunden, sondern vielmehr „in der Fülle der Aufgaben, Fragen, Erfolge und Misserfolge, Erfahrungen und Ratlosigkeit leben und sich so Gott ganz in die Arme werfen, so das Leiden Gottes in der Welt ernst nehmen, mit Christus in Gethsemane wachen.“

Krankenhauseelsorge ist für mich ein Ort der Diesseitigkeit, der Fülle der Fragen, Erfolge, Misserfolge, Erfahrungen, Ratlosigkeit, des Leids, möchte ich noch hinzufügen. Ein säkularer Ort. Wo wir gefragt sind und gebraucht sind, nicht als Heilige in dem Sinn, dass wir erhaben seien über die weltlichen Dinge. Dem Gedanken erliegen wir vermutlich weniger. Aber ich nehme eine andere Form des Heiligseins wahr: dass sich in einem das Gefühl des Besserseins oder Besserwissens breit macht, das

Gefühl, man wüsste die Lösung, wenn... wenn man nur endlich auf die Kirche und Seelsorge hören würde.

Das Plädoyer Bonhoeffers für die Diesseitigkeit heißt für mich: Dass wir ganz und gar dabei sind mit der Leidenschaft für das Leben, dass wir uns nicht zu schade sind, uns hineinzugeben in die Tiefen menschlichen Lebens, auch in die Sümpfe und Moraste. Dass wir Ratlosigkeit aushalten und zugeben können – und dennoch unsere Hoffnung nicht verraten, Gott in dieser Diesseitigkeit wahrnehmen und bezeugen. Ich glaube, dass es einen Unterschied macht, ob wir eine Situation erleiden oder bewusst „ja“ dazu sagen.

Eine Gefahr sehe ich darin, dass wir, um anschlussfähig zu sein, um anerkannt zu sein, uns zu sehr hineinpassen in die Strukturen, dass wir sagen, was die anderen sagen, dass wir tun, was andere von uns erwarten, dass wir nicht erkennbar sind. Für diese Gefahr braucht es auch in der Krankenhauseelsorge Wachsamkeit, gerade in der jetzigen Zeit.

Nach meiner Wahrnehmung gab es in der Entwicklung der Krankenhauseelsorge verschiedene Phasen.

Zuerst war da die Phase des Kampfes um Wahrnehmung und Anerkennung. Die Freude darüber, wenn jemand an die Seelsorge dachte, wenn man gerufen wurde, gebraucht.

Dann kam die Phase der Etablierung und Integration – sie ging oft einher mit Etablierung in angemessenen Räumen und Kapellen.

Und jetzt sind wir schon in der Phase der Überbeanspruchung und Überflutung.

Es ist doch nicht mehr so, dass niemand an die Seelsorge denkt, als vielmehr, dass man bei jedweden Krisen, Konflikten, Schwierigkeiten, Fragen, für die es keine klare Rollenzuteilung gibt, sofort an die Seelsorge denkt und man schnell zum Telefon oder Notfallhandy greift. „Können Sie mal kommen. Wir haben hier ein Problem.“

Ich denke, dass wir ganz neu herausgefordert sind, zu klären, was unsere Aufgaben sind und was nicht.

Meine These: Dieser Herausforderung können wir dann begegnen, wenn wir uns unserer Identität gewiss sind, wenn wir in Kontakt sind mit dem biblischen Boden, mit der Kraft des christlichen Glaubens.

„Wenn man weiß, wer man ist, dann weiß man nicht nur, was man tun soll; man lernt auch, was man nicht tun soll und nicht zu tun braucht.“ Mit dieser Klarheit beschreibt Fulbert Steffensky die Aufgaben der Kirche. Ich meine, das sollte auch ein Leitwort für die Frage sein, was die Aufgaben der Krankenhauseelsorge sind.

Steffensky bringt in seinem Vortrag als Beispiel für das, was die Kirche nicht zu tun braucht einen Kurs aus einem kirchlichen Erwachsenenbildungsprogramm zum Thema „Instinkternährung und Paddeln“.

Man kann sich fragen: Was ist unser Thema „Instinkternährung und Paddeln?“ Wo haben wir fraglos Dinge übernommen, um dabei zu sein, um im Zusammenspiel mit den Mitarbeitenden zu sein, ohne dass dabei etwas von unserer Identität zu spüren ist?

Wichtig ist auch die Frage: Wo sind wir in die Lücken des Systems gesprungen, haben Aufgaben übernommen, die sonst keiner machen und vor allem bezahlen will? Sind wir für alles zuständig, was über die Zuordnung zu den Abteilungen des Krankenhauses hinausgeht? Für die Aufbahrung der Toten, die Einführung von muslimischer Seelsorge, den psychisch Kranken, der in der Eingangshalle randaliert, die

rituellen Waschungen von Verstorbenen, die Suche nach dem verschwundenen Fötus, der doch bestattet werden soll...?

Warum ist es oft so schwierig sich abzugrenzen? Der tiefe Grund ist nach meiner Wahrnehmung nicht das schlechte Gewissen oder der eigene überhöhte Anspruch, die Allmachtsgefühle – das alles spielt sicher auch mit – sondern die Verunsicherung in der Frage der Identität.

Deshalb finde ich es so gut, dass das Thema des Konvents hier ansetzt.

Und dass es darüber Gespräche gibt, Arbeitsgruppen, Austausch. Ich erinnere nochmals an Erikson, der sagt, dass zur Identität ganz entscheidend die Gruppenzugehörigkeit gehört. Als Einzelkämpferin in meiner Klinik ist sie schwer zu leben.

Also geht es darum, die Identitäts-Frage miteinander in den Teams zu bewegen, auch in den ökumenischen Teams. Das ist sicher ein Thema, das sich nicht in einer Sitzung erledigen wird, sondern eher ein Prozess miteinander. Wer sind wir in unserem Haus? Was macht uns aus?

Aber auch der Gedanke der Zugehörigkeit zur großen Gruppe der christlichen Gemeinde scheint mir wichtig und nicht zu vernachlässigen.

Ist unser Dienst eingebettet in diesen Zusammenhang oder eben ein Sonderdienst, abgesondert, ausgesondert? Erleben wir auch im Krankenhaus (und nicht nur dann, wenn wir zu kirchlichen Veranstaltungen gehen), dass wir zu einer Gemeinschaft gehören? Spüren wir etwas vom Getragen- und Begleitetsein durch andere?

III Das Zusammenspiel mit den Mitarbeitenden

Um meine bisher geäußerten Gedanken zum Schluß nochmals mit dem klaren Fokus auf die Mitarbeitenden zu betrachten, möchte ich mit dem Begriff „Zusammenspiel“ spielen.

Wo sehen wir uns in diesem Spiel?

Es gibt Variationen des Zusammenspiels:

Die erste Variation:

Wir sind Teil der Mannschaft, wir sind miteinander auf dem Spielfeld.

Das berührt die Frage, wie wir uns in die Stationsteams integrieren.

Übernehmen wir einen Teil von deren Kultur? Sitzen wir gern in den Kaffeerunden und lästern mit über die Geschäftsführerin, den Verwaltungsdirektor, den Chefarzt? Signalisieren wir den Stationsmitarbeitenden: Wir gehören zu euch. Wir sind Teil von euch? Das berührt dann auch die Frage, ob wir uns z.B. mit vielen duzen.

Oder drücken wir das Miteinander mehr im Professionellen aus, dass wir an Stationsbesprechungen teilnehmen, wir uns über Patienten verständigen, unsere Sichtweise den anderen Mitarbeitenden vermitteln, Informationen bei den Fachleuten einholen?

Die zweite Variation des Zusammenspiels:

Wir spielen in der gegnerischen Mannschaft. Schauen kritisch, was geschieht. Füllen unsere Urteile über bestimmte Berufsgruppen, die Ärzte z.B., die nur naturwissenschaftlich, nur somatisch denken, pflegen unsere Bilder.

Ich vermute, dass wir uns bemühen, nicht in dieser Rolle zu spielen, unbewusst geraten wir manchmal schneller auf diese Seite, als uns lieb ist. Und dann wird sie uns auch zugeschrieben von denen, die uns eher distanziert und kritisch wahrnehmen. Ich finde es wichtig, sich das immer wieder bewusst zu machen, dass wir für einen

Teil der Mitarbeitenden als von außen hereinkommend betrachtet werden und sie nicht wissen, was wir mit dem, was wir sozusagen hinter den Kulissen wahrnehmen, machen.

Und – da knüpfe ich nochmals an meinen ersten Teil an – nicht nur wir empfinden das Krankenhaus als eine fremde Organisation mit fremden Regeln, anderer Philosophie, sondern auch wir bringen unsere Organisation Kirche und Gemeinde mit ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten ins Spiel, allein dadurch dass wir als Personen mit einem Amt da sind.

Die dritte Variante des Zusammenspiels:

Wir zählen uns zur Führungsscrew der Mannschaft. Es gab mal einen Kollegen, der gehörte zu den Rotariern und war mit den meisten Chefärzten auf Du, hat sich souverän in deren Kultur bewegt, hat dort viel Respekt für die Seelsorge erreicht, aber natürlich auch ein Bild geprägt, wo die Seelsorge sich verortet. Auch das ist eine mögliche Form des Zusammenspiels.

Ich komme nochmals zur ersten Variante, die, so vermute ich, den meisten unter uns am nächsten ist:

Wenn wir uns im Zusammenspiel als Teil einer Mannschaft sehen, ist ja immer auch noch die Frage, welche Rolle wir darin haben, Stürmer oder Verteidigerin oder Koordinatorin, links oder rechts außen?

Nach meiner Wahrnehmung übernehmen SeelsorgerInnen gerne die Rolle dessen, der alle im Blick hat, sich für das Ganze des Zusammenspiels verantwortlich weiß, ganzheitlich denkt und arbeitet.

Andere wiederum weisen uns gern einen klaren Part zu: Spiel du auf der Seite der Seele, der Psyche und lass uns die Seite des Körpers. Dann kommen wir uns nicht in die Quere.

Zu beachten ist bei dieser Form des Zusammenspiels, dass wir in jedem Fall eine Sonderkondition haben: Während alle anderen klar in eine Richtung spielen – im Tor steht sozusagen der Patient – spielen die SeelsorgerInnen in zwei Richtungen.

Sie sind die einzige Berufsgruppe, die gleichzeitig einen Auftrag für zwei ganz verschiedene Zielgruppen haben: die PatientInnen (da kann man die Angehörigen noch mitzurechnen) und die Mitarbeitenden. Einen solchen Mischauftrag hat kein Arzt, keine Psychologin, keine Krankenschwester, kein Sozialarbeiter, keine Physiotherapeutin.

In der Dienstordnung der Landeskirche werden sie in einem Atemzug genannt, sind gleichgestellt. Wir sind SeelsorgerInnen für Patienten und Mitarbeiter da, so wie für alte und junge, große und kleine.

Erleben wir das so, so auf gleicher Höhe, in gleicher Gewichtung?

Ich vermute, eher nicht. Der Schwerpunkt ist klar auf den Patienten.

Dennoch: Dieser Auftrag für zweierlei Zielgruppen ist eine Besonderheit, mit der wir wiederum aus der Rolle fallen, und es wundert einen nicht, dass da das Zusammenspiel nicht selbstverständlich glatt läuft.

Es ist nahe liegend, dass einem in der Begegnung mit Mitarbeitenden zuerst einmal Unsicherheit widerfährt und man selbst verspürt.

Wir sind gefragt, wie wir uns verstehen.

Meine These:

Während uns unser Auftrag und unsere Identität im Gegenüber zu den Patientinnen noch einigermaßen klar ist, können wir ihn im Blick auf die Mitarbeitenden schwer formulieren.

Natürlich sagen wir, dass wir auch für die Mitarbeitenden da sind.

Doch woran merken sie das? Indem wir mit ihnen im Kontakt sind, im Stationszimmer gern gesehen sind, häufig gerufen werden?

Das sind ganz wesentliche Merkmale für unsere Akzeptanz. Doch gehen sie alle über den Weg der Patienten. Man begegnet sich, weil es um die Patienten geht.

Gibt es auch einen direkten Weg zueinander?

Ich meine, es ist bei diesem Thema, wo es um Kontakt und Nähe zu den Mitarbeitenden geht, wichtig, sich die Unterschiede bewusst zu machen.

Sich zu fragen: was bedeutet es, wenn ich als Seelsorgerin auf die Station komme, Zeit habe für die Patienten, mich ihnen zuwenden kann, wie es viele andere auch gern tun würden (Krankenschwestern: Deshalb bin ich eigentlich Schwester geworden.) und immer weniger können? Natürlich wird das im Zusammenspiel sehr geschätzt, weil wir dieses Defizit kompensieren. Aber es weckt auch Neid, gerade bei denen, die sich auch gerne den Anliegen und Nöten der Patienten mehr widmen würden.

Und: Es löst etwas aus, wenn ich in einer Organisation, die von einer starken Rollenorientierung geprägt ist, komme und sage: Grüß Gott, ich bin Pfarrer X oder Diakonin Y.

Unbewußt ist damit das Thema Religion und Kircheng Zugehörigkeit im Raum und die Frage: Wie hältst du es damit? Das gilt natürlich genauso für die Begegnung mit den Patienten. Doch wird das mit ihnen eher thematisiert als mit den Mitarbeitenden. Das geschieht im Gespräch mit Patienten oft in der Eingangsphase: „Sie können gerne bleiben, auch wenn ich kein Kirchgänger bin“ o.ä. Da ist der Unterschied markiert: Du gehörst klar wohin. Ich aber nicht oder nicht so sehr. Aber lass uns darüber reden.

Wenn stimmt, dass Menschen wieder mehr religiös und spirituell interessiert sind, dann bedeutet das, dass nicht nur die Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch die Mitarbeitenden an uns eine Erwartung haben im Blick auf sie selbst, nicht nur auf die Patienten.

Wo wird das spürbar? Wo darf das ins Bewusstsein, ins Gespräch treten?

Meine These:

Die Voraussetzung dafür, dass Mitarbeitende die SeelsorgerInnen auch für sich in Anspruch nehmen, ist die Bereitschaft, sich von den Mitarbeitenden zu unterscheiden, nicht nur bemüht zu sein, dazuzugehören, nicht nur Teil einer Abteilung des Hauses zu sein oder halt der gute Kumpel, sondern eine Identität zu haben.

Eine eigene Erfahrung:

Zwei mal in kurzer Zeit haben mich Mitarbeitende einer Abteilung als Amtsperson erlebt: Bei der Beerdigung einer jungen, sehr beliebten Ärztin und bei der Trauung einer Krankenschwester und eines Arztes.

Kurz darauf haben sich zwei Mitarbeitende mit seelsorgerlichen Anliegen an mich gewandt und danach über eine von denen vermittelt eine weitere.

Mit hat diese Erfahrung zu denken gegeben. Der Kontakt war bis dahin gut, aber das Erleben in meiner Rolle (sichtbar im Talar, wo sehen uns Mitarbeitende sonst in unserer Berufskleidung?) hat etwas verändert.

Die Mitarbeitende haben mich in meiner Identität als Geistliche, Seelsorgerin, Pfarrerin, die sich an sie wendet, wahrgenommen und erlebt.

Nun hat nicht jede/r die Gelegenheit, einen so klaren Auftrag wie Beerdigung oder Trauung bei Mitarbeitenden auszuführen. Aber die Frage ist dann: Wie kann ich mich deutlicher in meiner Identität zeigen? Ich hoffe, es versteht sich von selbst, dass es nicht um einen Rückfall in alte Zeiten geht, wo fast jede/r eine große Distanz zum Pfarrer als Amtsperson empfand. Ich plädiere auch nicht für die Einführung des Colarhemdes oder sonstiger klerikaler Kleidung zur Erkennbarkeit.

Sondern es geht vielmehr um die Frage: Wie kann ich in guter Beziehung zu den Mitarbeitenden sein und doch genug Distanz haben, um ein kompetentes seelsorgerliches geistliches Gegenüber zu sein?

Ich meine, dass auch hier das Bewusstsein der eigenen seelsorgerlichen Identität ganz wesentlich ist, die Begleitung von Menschen mit ihrer Lebensgeschichte im Lichte Gottes. Dazu gehört, dass wir uns dessen bewusst sind, worin wir ausgebildet sind, was wir können, nicht im Sinne der Perfektion, aber des Vermögens: Gesprächsführung, Deutungskompetenz, Umgang mit tiefen, im KH oft tabuisierten Gefühlen wie Trauer, Wut, Verzweiflung, Scheitern, Ohnmacht. Dazu gehört auch ein Vertrautsein mit unseren „Instrumenten“: Symbole, Rituale, Texte aus Bibel und Tradition, Lieder, Gebete.

Ich denke, Mitarbeitende spüren uns das ab, ob wir das mitbringen, auch in ihren Bereich hinein, oder es eher draußen lassen.

Gewiß ist das gerade Mitarbeitenden gegenüber eine Herausforderung. Es setzt voraus, dass wir sprachfähig sind und authentisch von dem sprechen können, was uns trägt und unsere Hoffnung ist. Mir und den Mitarbeitenden im Seminar für Seelsorge-Fortbildung liegt viel daran, dass dieser Bereich in den Kursen viel Raum hat, dass wir uns darin üben. Das geht nicht von heute auf morgen. Es ist ein Prozess, der auch nie endet. Es gibt seelsorgerliche Kompetenzen, die lernt man einmal und hat sie dann in sich. Aber dieser Bereich der Identität und Authentizität und der Sprachfähigkeit, der ist ein lebenslanges Lernen. Dazu braucht es immer wieder neue Impulse, Austausch, Fortbildung, Vergewisserung.

Auftrag und Identität der Seelsorge im Zusammenspiel mit den Mitarbeitenden:

Ich möchte zum Schluß das Zusammenspiel nochmals unterstreichen mit Betonung auf „Spiel“. Die Worte „Auftrag“ und „Identität“ haben einen schwergewichtigen Klang. Darum lassen Sie uns das Spielerische, Leichte dabei nicht vergessen. Wir brauchen eine Identität, eine Klarheit über unseren Auftrag, aber genauso brauchen wir auch ein Spielbein, das uns beweglich macht, das uns das Zusammenspiel immer wieder variieren lässt und unsere Rollen darin.

Wir müssen manchmal vorpreschen, das Spiel gestalten und manchmal uns zurückhalten und nur reagieren. Wir spielen in einer Mannschaft und wechseln doch manchmal ins gegnerische Feld oder auch in die Führungscrow. Wir sind gut im Zusammenspielen, wenn wir uns nicht fixieren auf eine Rolle im Spielfeld und uns darin einrichten.

Das ist die Herausforderung, aber auch die Freiheit des Berufes der Seelsorgerin/ des Seelsorgers, wie wir es in unserer Gesellschaft kaum mehr wieder finden.

Wichtig ist, dass wir selbst immer wieder Klarheit finden über die Rolle, die wir gerade ausüben, dass wir wissen, was wir tun.

Ich kann es auch so sagen: Wichtig ist, dass wir dabei geistesgegenwärtig sind. Und das hat immer etwas zu tun mit dem Geist, der weht, wo er will, oft gerade da, wo wir ihn nicht vermuten.

Gertraude Kühnle-Hahn
Seminar für Seelsorge-Fortbildung
Grüninger Str. 25
70599 Stuttgart
e-mail: Gertraude.Kuehnle-Hahn@elk-wue.de