

**Die Kraft zum Menschsein stärken**

Titelfoto: Ines Baier/Joker

**Die Kraft zum  
Menschsein stärken**  
Leitlinien für die evangelische  
Krankenhausseelsorge

Eine Orientierungshilfe



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort des Ratsvorsitzenden, Bischof Dr. Wolfgang Huber</b>	<b>6</b>
<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
<b>I. Gute Medizin, gute Pflege und gute Seelsorge gehören zusammen</b>	<b>10</b>
(1) Der Wunsch nach seelsorglicher Begleitung	10
(2) Zur Geschichte der Krankenhauseelsorge	11
(3) Gegenwärtige und künftige Herausforderungen	13
<b>II. Die Kraft zum Menschsein stärken – Auftrag, Ziele und Aufgaben der Krankenhauseelsorge</b>	<b>14</b>
(4) Existenzielle Fragen	14
(5) Personale Zuwendung	15
(6) Grund und Ziel im Evangelium	16
(7) Begegnung und Gespräch, Gebet und Gottesdienst	18
(8) Ethos der Menschenwürde und des rechten Maßes	18
(9) Seelsorge in der Unternehmenskultur des Krankenhauses	18
(10) Aufgabenbereiche	19
(11) Kirchliche Präsenz im Krankenhaus	20
(12) Das konfessionelle Krankenhaus im Leben der Kirche	21
<b>III. Kompetenz und Qualität entfalten – die Professionalität der Krankenhauseelsorge</b>	<b>21</b>
(13) Institutionelle und personenbezogene Standards	21
(14) Berufung in die Krankenhauseelsorge	21
(15) Qualifikation	22
(16) Kommunikative Kompetenz	22
(17) Deutungskompetenz	23
(18) Ethische Kompetenz	24
(19) Liturgische Kompetenz	25
(20) Klinische Feldkompetenz	25
(21) Interreligiöse Kompetenz	25
4   (22) Fachorgane und wissenschaftliche Begleitung	26

#### **IV. Freiraum zur Krankenhauseelsorge gewährleisten – kirchliche Organisationsformen und Integration im Krankenhaus 27**

---

(23) Verantwortlichkeiten und Zusammenwirken	27
(24) Maßstäbe für den Bedarf der Krankenhauseelsorge	27
(25) Die Krankenhauseelsorge im Leben der Kirche	29
(26) Die Krankenhauseelsorge auf der Station	29
(27) Grundrechtliche Voraussetzungen	30
(28) Kirchenrechtliche Grundlagen	30
(29) Träger der Krankenhauseelsorge	30
(30) Leitung und Struktur	31
(31) Leitung und Aufsicht	32
(32) Stellenbesetzung	33
(33) Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen	33
(34) Finanzierung im Rahmen der Kirche	34
(35) Refinanzierung durch das Krankenhaus	34
(36) Räume für Gottesdienst und Stille	34
(37) Raum zum seelsorglichen Gespräch	35
(38) Verwaltungskapazitäten	35
(39) Öffentlichkeitsarbeit	35
(40) Qualitätsmanagement	36
(41) Verbandliche Interessenvertretung	37

#### **V. Die „Marke“ Krankenhauseelsorge schützen und weiterentwickeln 37**

---

(42) Leitlinien als Verständigungsgrundlage zwischen Kirche und Klinik	37
(43) Leitlinien als kirchliche Selbstverpflichtung	37
(44) Leitlinien als seelsorgliche Selbstverpflichtung	37
(45) Leitlinien als Verständigungsgrundlage zwischen Seelsorge und Gesellschaft	38

#### **Hinweise 38**

---

## Vorwort

Mit der Krankenhausseelsorge ist die Kirche da, wo Menschen sie in besonderer Weise brauchen. An wenig anderen Stellen kommen evangelische Seelsorgerinnen und Seelsorger Menschen in ihren Sorgen und Fragen, ihren Ängsten und Hoffnungen so nahe wie bei einem stationären Klinikaufenthalt. Wer heute als Patientin oder Patient im Krankenhaus behandelt werden muss, gerät in eine unübersichtliche und mitunter anonyme Welt, die oft schwer zu durchschauen ist. Zugleich werden persönliche Themen und existenzielle Fragen laut. Patienten sind weit mehr als „Kunden“. Sie müssen im Krankenhaus mit erheblichen gesundheitlichen oder seelischen Belastungen leben lernen. Oft können sich Menschen nicht einmal mehr selbst äußern und sind ganz  
6 auf die Hilfe anderer angewiesen. Wie

kann man in dieser Situation in Würde leben?

„Dein Wort bewegt des Herzens Grund, dein Wort macht Leib und Seel gesund“, dichtete Johann Olearius 1671 in einem Kirchenlied. Gottes Wort hilft dabei, Körper und Seele zu stärken, zu trösten und zu heilen. Denn das haben Christen schon immer miteinander verbunden: die Sorge um die Seele und die Fürsorge für den Körper. In der Bibel werden viele Geschichten erzählt, in denen es um kranke Menschen geht. Krankheit wird dabei nicht nur als ein körperlicher Defekt verstanden, der behoben werden kann. Sie ist verbunden mit einer Einschränkung sozialer Beziehungen, aber auch mit einem neuen Fragen nach Sinn und Ziel des Lebens, im Tiefsten mit der Frage nach Gott. In der Geschichte unserer Kirche hat deswegen die Verkündigung von Gottes Wort in der seelsorgerlichen Zuwendung zu Kranken eine lange Tradition.

Krankhausseelsorgerinnen und -seelsorger begleiten Patientinnen und Patienten in ihrer oft kritischen Situation. Sie helfen ihnen, ihr Leben und ihre Krankheit anzunehmen. Sie stehen ihnen bei in Kummer und Angst, in ethisch schwierigen Entscheidungssituationen und auch im Sterben. Sie gestalten Gottesdienste und Andachten, Gebete und Segenshandlungen. Sie beraten Angehörige von Patienten.

Darüber hinaus müssen sie auch die Kompetenz besitzen, sich im „System“ Krankenhaus orientieren zu können. Sie

werden in wachsendem Maß von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus bei schwierigen Entscheidungen und in grundsätzlichen medizinischen Fragen um Rat gebeten. Zunehmend ist auch ihre ökumenische und interreligiöse Kompetenz gefragt. Sie unterstützen die Mitarbeitenden im Krankenhaus und vernetzen ihre Arbeit mit Kirchgemeinden und Öffentlichkeit. Um diesen vielfältigen Aufgaben gerecht zu werden, müssen Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger gut ausgebildet werden. Professionelle Standards sind zu benennen und es ist dafür Sorge zu tragen, dass sie eingehalten werden können. Dabei helfen die hier veröffentlichten Leitlinien.

Der Text ist von einer Arbeitsgruppe erarbeitet worden, die von der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD und der Konferenz der landeskirchlich Verantwortlichen für Sonderseelsorge gemeinsam eingesetzt wurde. Beide Konferenzen haben sich das Ergebnis zu Eigen gemacht. Die Leitlinien wenden sich zunächst an Pfarrerinnen und Pfarrer und an andere Mitarbeitende, die ganz oder teilweise den Auftrag zur Klinikseelsorge haben.

Angesprochen werden aber auch die Verantwortlichen in Kirche und Krankenhaus, die Seelsorge an diesem Ort einrichten und unterstützen wollen. In einer Zeit, die von Einsparungen und Umstrukturierungen geprägt ist, formulieren die Leitlinien, worum es bei dieser Arbeit geht.

Es lohnt sich, diesen Text sorgfältig zu

lesen und zu bedenken. Dabei werden gewiss nicht alle Leserinnen und Leser jeder einzelnen Aussage zustimmen können. Insgesamt aber, so hoffe ich, wird der Konsens über Grundlagen und Ziele der Seelsorge im Krankenhaus gestärkt werden. In einer Zeit, die durch eine weitgehende Ökonomisierung vieler Lebensbereiche geprägt wird, ist es gut und nützlich, die Krankenhausseelsorge als einen wesentlichen Bestandteil unseres kirchlichen Auftrages zu stärken und weiterzuentwickeln.

Im Juli 2004

Bischof Dr. Wolfgang Huber,  
Vorsitzender des Rates  
der Evangelischen Kirche in Deutschland

## Einleitung

Die Krankenhäuser in Deutschland befinden sich in enormen Veränderungen. Die Finanzierung von Leistungen richtet sich zunehmend nach bundesweit einheitlichen Fallpauschalen, diese schaffen den Anreiz, alle wichtigen Stufen des Behandlungsprozesses präzise aufeinander abzustimmen, die Patienten sollen dadurch dem medizinisch notwendigen Maß entsprechend deutlich kürzer im Krankenhaus verweilen. Weil vermutlich nur noch größere Wirtschaftseinheiten diesen Anforderungen gewachsen sein werden, rechnen die Krankenhausträger mit einer Schließungs- und Fusionswelle, mit einer Verminderung von derzeit 2.200 auf vielleicht nur noch 1.500 Häuser; möglicherweise werden an deren Ende vornehmlich privatgewerbliche Ketten und Zusammenschlüsse innerhalb der

Diakonie und der Caritas den Markt bestimmen.

Die Ansichten über die Chancen und Risiken dieser Veränderungen gehen vielerorts deutlich auseinander. Sicherlich ist es wünschenswert, dass der hohe Kostenanteil der stationären Versorgung sinkt, sicherlich bleibt kaum jemand gerne länger als notwendig im Krankenhaus, sicherlich ist es besser, wenn weniger das Selbsterhaltungsinteresse des klinischen Betriebes als vielmehr die Leistung für die Patienten das Handeln bestimmt, und selbstverständlich müssen alle – auch die Patienten – mehr Verantwortung als bisher übernehmen, wenn sie die Hilfe der Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen. Aber erstens zieht der Aufwand für die Leistungsnachweise und -kontrollen die Aufmerksamkeit auch wieder von der Zuwendung zu den Patienten ab und erzeugt neue Kosten, zweitens wird die derzeitige Gesundheitspolitik eben nicht nur vom Qualitätsideal, sondern mindestens ebenso sehr von der Kostendämpfung bestimmt, und drittens werden die Patienten und ihre Angehörigen ganz bewusst in eine kritische Haltung geführt, die das unersetzliche Vertrauen in das Ethos und die Professionalität der Gesundheitsberufe zumindest stark strapazieren wird.

Inmitten dieser komplexen Veränderungen ist die Krankenhauseelsorge für die Atmosphäre und die Qualität eines Krankenhauses ein wichtiger Faktor. Je enger die Leistungskomplexe und Ver-



weildauern im Krankenhaus geschnürt werden, desto mehr wird nach einer Stärkung der personalen und zwischenmenschlichen Dimension im Krankenhaus gesucht. Der in der Regel von der Kirche getragenen Krankenhauseelsorge wird wachsendes Interesse entgegengebracht.

Die kirchlichen Rahmenbedingungen und damit die Krankenhauseelsorge sind heute selbst ebenfalls gravierenden Veränderungen unterworfen. Die demografische Entwicklung, die abnehmende Kirchenmitgliedschaft und vor allem die Steuerreformen mit ihren Folgen für die Kirchensteuer engen die kirchlichen Handlungsspielräume ein und erfordern deutliche Prioritätensetzungen. In einigen Landeskirchen wäre erheblich mehr qualifiziertes Personal in der Krankenhauseelsorge einsetzbar als kirchlich zu finanzieren ist.

Die hier als Orientierungshilfe vorgelegten Leitlinien für die evangelische Krankenhauseelsorge sollen einen breit angelegten Anstoß dazu liefern, dass auch die Krankenhauseelsorge sich den neuen Herausforderungen – durchaus auch kritisch – stellt und dass die an der Krankenhauseelsorge Interessierten und Beteiligten – die Patienten und ihre Angehörigen, die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus, die kirchlichen Leitungsorgane und die Klinikleitungen, die Krankenkassen und Verbände und nicht zuletzt die Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen selbst – erkennen, was sie zur Sicherung

und Weiterentwicklung der Krankenhauseelsorge beitragen können. Dazu soll zunächst möglichst verständlich beschrieben werden, was evangelische Krankenhauseelsorge ist, was ihr spezifisches Profil und ihre fachliche Qualität ausmacht, wie sie als freier kirchlicher Dienst in die klinischen Abläufe integriert werden kann und welche Rahmenbedingungen dazu erforderlich sind.

Diese Leitlinien können und sollen landeskirchliche und krankenhausesinterne Regelungen nicht ersetzen.

Indem sie aber die Situation (I), Auftrag, Ziele und Aufgaben (II), die spezifische Professionalität (III), organisatorische Rahmenbedingungen (IV) und Perspektiven (V) der evangelischen Krankenhauseelsorge auf der Ebene der EKD beschreiben, können sie jeweils vor Ort eine möglichst breite Debatte darüber auslösen, wie die Chancen zu einer verlässlichen Qualitätssicherung und Zukunftsentwicklung im Interesse aller an der Krankenhauseelsorge Beteiligten genutzt und ergriffen werden können.

## Die Kraft zum Menschsein stärken Leitlinien für die evangelische Kranken- hausseelsorge

### Eine Orientierungshilfe

#### I. Gute Medizin, gute Pflege und gute Seelsorge gehören zusammen

##### (1) Der Wunsch nach seelsorglicher Begleitung

Wenn Menschen erkranken und in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, erwarten sie dort geeignete Beratung, Diagnose und Therapie sowie entsprechende Pflege und Versorgung. Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger und andere Dienste sind in ihrem professionellen Handeln gefragt. Zu diesem gehört selbstverständlich immer auch der persönliche menschliche Beistand.

Durch Krankheit und Leid in eine veränderte Lage gebracht, in der eigenen Lebensführung infrage gestellt und noch dazu im Krankenhaus in die Abläufe einer fremden Institution hineingenommen, wünschen sich viele Menschen in Ergänzung zur ärztlichen und pflegerischen Begleitung die Möglichkeit, ausführlicher zur Sprache zu bringen, was ihnen auf der Seele liegt. Fragen, die im unmittelbaren Zusammenhang von Krankheit, Behandlung, Pflege und sozialer Versorgung aufkommen, werden aufgenommen und in Richtung auf existenzielle religiöse und spirituelle Fragen erweitert.

Deshalb gibt es die Krankenhausseelsorge als eine eigene Profession neben den medizinischen, pflegerischen und anderen Diensten des Krankenhauses. Sie ist in einem zunehmend multireligi-

ösen Kontext eine offene Möglichkeit der Zuwendung und Begleitung im Krankenhaus, sowohl für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen als auch für alle im Krankenhaus Tätigen. Die Krankenhauseelsorge begleitet Menschen Tag für Tag in persönlicher, intensiver und deshalb in der Regel auch für sie sehr bedeutsamer Weise.

Für das Vertrauen, das den Seelsorgefrauen und Seelsorgern entgegengebracht wird, ist ungeachtet aller notwendigen Einbindung in die Krankenhausprozesse und Zusammenarbeit mit den anderen Professionen im Krankenhaus die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Krankenhauseelsorge gegenüber den anderen Diensten im Krankenhaus wichtig. Krankenhauseelsorge darf niemandem aufgenötigt, sie darf aber auch niemandem verweigert werden. Die seelsorgliche Begegnung wird in besonderer Weise geschützt, indem alle in der Krankenhauseelsorge Tätigen der seelsorglichen Schweigepflicht unterliegen.

In Deutschland wird die Krankenhauseelsorge von der evangelischen und katholischen Kirche wahrgenommen, häufig auch in ökumenischer Verbundenheit. In einigen Fällen tragen Freikirchen oder freikirchliche Krankenhäuser die Krankenhauseelsorge. Darüber hinaus bemühen sich auch andere Religionen, insbesondere Muslime, um Seelsorge und Begleitung.

## (2) Zur Geschichte der Krankenhauseelsorge

Für den Zusammenhang von Medizin, Pflege und Seelsorge ist es aufschlussreich, wie sich im Laufe der Geschichte des Krankenhauses die verschiedenen Dienste gewandelt und nach und nach bestimmte Professionen herausgebildet haben.

Im Mittelalter waren die Räume für Kranke in Klöstern oder Kirchen Orte der Fürsorge. Seelsorge geschah im Zeichen christlicher Barmherzigkeit, verbunden mit geistlich-moralischer Zurechtweisung. Gesellschaftlicher Hintergrund war zu dieser Zeit die ständige Konfrontation mit dem nahen Tod und die Angst, das erwartete Heil nach dem Tod nicht erreichen zu können. Gestiftet wurden die Dienste von vermögenden Personen, die dabei durchaus auch ihr eigenes Seelenheil im Auge hatten. Ausgesprochene „Ärzte“ sowie später den Aufenthalt in Kurorten konnten sich nur Aristokratie und bürgerliche Eliten leisten. Neben diesen frühen Institutionen gab es selbstverständlich eine breite Tradition der Volksheilkunde. Ihnen allen war gemeinsam, dass Heilen, Pflegen und Trösten sich noch nicht in eigenständige Dienste ausdifferenzierte.

Aus der natur- und heilkundlich ausgerichteten Betreuung vornehmlich in den Klöstern, aus der Aufnahme von antiken Traditionen und Erfahrungen jüdischer und islamischer Ärzte zur Zeit der Renaissance und aus dem zunehmenden Wissen über den menschlichen Kör-

per im Zuge der Aufklärung erwuchs eine akademische Heilkunde und dann vor allem im 19. Jh. die uns heute selbstverständlich erscheinende naturwissenschaftlich orientierte Medizin. Daneben entstand eine entsprechend gewandelte Alltagshygiene in allen Schichten der Bevölkerung. Verbunden war hiermit eine zunehmende Ausdifferenzierung in Spezialgebiete sowie die Ablösung der Professionalität von religiösen Kontexten. Das ärztliche Handeln nutzte die wachsenden Kenntnisse über die einzelnen Krankheiten, Organe und Körperteile und ihren funktionalen Zusammenhang, und das medizinische Interesse konzentrierte sich darauf, das wachsende Wissen in den Dienst der Kranken zu stellen. Die Pflege verlor ihre zuvor dominante Rolle und übernahm zahlreiche Assistenzaufgaben für die Medizin. Im 20. Jh. kamen das Wissen um psychologische und psychosomatische Zusammenhänge sowie eine Fülle von Heilhilfsberufen hinzu. Aus der allgemeinen „Fürsorge“ wurde die moderne „Sozialarbeit“ bzw. „Sozialpädagogik“. Unser heutiges „Krankenhaus“, in dem all diese Spezialkompetenzen wieder beim einzelnen Patienten gebündelt zusammenfließen sollen, ist erst ein Kind der Geschichte der letzten 150 Jahre.

In den 60er und 70er Jahren des 20. Jh.s erreichten gesellschaftliche Veränderungen und Emanzipationsbewegungen auch das Krankenhaus. Die Pflege stellte den Anspruch, als eigene Profession neben der Medizin anerkannt zu

werden. Die vielerorts starke Ausprägung von hierarchischen Autoritätsbeziehungen innerhalb der Medizin sowie die strikte Trennung in eine „männliche“ Medizin und eine „weibliche“ Pflege begannen sich zu relativieren. Neben kurative Ansätze wurden Konzepte gestellt, die systematisch den gesellschaftlichen Kontext von Krankheit und Gesundheit aufnehmen (Prävention; public health). Reformbewegungen in der Psychiatrie gingen gegen die Hospitalisierung in den „Irrenanstalten“ an. Einzelne Autoren und Institutionen begannen mit der Aufarbeitung der Verbrechen der NS-Medizin und der dahinter stehenden rassenhygienischen Ideologie. Die Psychosomatik erhob den Anspruch, den Menschen wieder als organische Einheit aus Leib und Seele zu betrachten; eine gegen die „Apparate-Medizin“ gerichtete „alternative Medizin“ orientierte sich an anthroposophischen und fernöstlichen Traditionen. Die Pflegewissenschaft etablierte sich an den Hochschulen; auch die Krankengymnastik und andere Heilhilfsberufe erlebten international einen enormen Wandel.

In diese Entwicklung gehört seit 35 Jahren auch die Professionalisierung der Krankenhausesseelsorge. Vornehmlich aus den USA und den Niederlanden kommend erreichten theoretische und methodische Konzepte, die zum Teil der Psychotherapie entlehnt, zum Teil aber auch eigenständig entwickelt wurden, die kirchliche Ausbildung. Aus der an-

fänglich noch undifferenzierten Einheit von Pflegen, Heilen und Trösten löste sich schon in der späten Neuzeit die wissenschaftliche Medizin heraus, heute gefolgt von der Pflege und auch von einer Seelsorge, die sich ebenfalls als eigenständige Profession versteht, wenn auch im naturwissenschaftlich ausgerichteten Krankenhaus bis heute in andauernder Marginalität. In dieser Position hat sich die Seelsorge gleichwohl einen festen Platz erworben, von dem aus künftig weitere Zielvorstellungen entwickelt werden können. Mit der „Neuentdeckung“ der Palliativmedizin bietet sich ein weiteres Medizin, Pflege und Seelsorge verbindendes Feld an.

Heute müssen Krankenhäuser unternehmerisch und betriebswirtschaftlich gut geführte Dienstleistungszentren sein, die sich überdies in regionale Versorgungsnetze integrieren sollen. Die Finanzierung wird nicht mehr wie noch vor wenigen Jahren pauschal am Gesamtaufwand des Krankenhauses orientiert, sondern im Rahmen begrenzter Budgets mehr und mehr an genau definierten einzelnen Leistungen, die pauschal vergütet werden. Die Arbeit wird verdichtet, die Verweildauer der Patientinnen und Patienten verkürzt, Kliniken spezialisieren sich; ökonomische und administrative Vorgaben werden zu entscheidenden Kriterien. Im Gesamtsystem Krankenhaus sind alle Berufsgruppen gefragt, wie ihr Tun „sich rechnet“ und zum wirtschaftlichen Bestand des Hauses beiträgt. Hinzu kommt, dass die weitge-

hend aus kirchlichen Mitteln finanzierte Krankenhausseelsorge vom allgemeinen Rückgang der kirchlichen Finanzen betroffen ist. So sehen sich alle Professionen herausgefordert, sich ihrer eigenen Identität und Kompetenz bewusst zu werden und für erforderliche Rahmenbedingungen öffentlich einzutreten.

### **(3) Gegenwärtige und künftige Herausforderungen**

Sowohl im Blick auf das Krankenhaus, seine Aufgaben und Möglichkeiten im rapiden Wandel des Gesundheitswesens, seine fachlichen und menschlichen Potenziale, seine gegenwärtige und zukünftige gesellschaftliche Rolle, wie auch im Blick auf die Kirche mit ihren entsprechenden Aufgaben und Möglichkeiten stellen sich deshalb auch die Fragen nach dem Stellenwert und der Funktion der Krankenhausseelsorge mit neuer Intensität: Welche fachlichen Anforderungen werden an die Seelsorge- rinnen und Seelsorger gestellt – aus eigenem professionellem Anspruch sowie aus Sicht der Patientinnen und Patienten und der Mitglieder anderer Berufe, nicht zuletzt der Krankenhausleitung? Welche Personalschlüssel werden zu Grunde gelegt? In welchem Maße wird die Seelsorge in den klinischen Alltag integriert? Folgt sie einem eigenen Qualitätsmanagement oder dem der Klinik? Welche Bedeutung hat der konfessionelle Hintergrund? Wie wird die Krankenhausseelsorge künftig finanziert? Wer kommt als Rechtsträger infrage?

Wo angesichts von Geburt und Sterben, Krankheit und Gesundheit – und dies unter zunehmendem Rationalisierungsdruck – allen Beteiligten immer wieder die Kraft zum Menschsein abgefordert wird, da ist über die fortwährende Optimierung funktionaler Abläufe hinaus ein integrierender Zugang zum Menschen nötig. Zu einer Kultur unverkürzter Humanität gehört Offenheit auch für unspezifische und disparate Erwartungen, Sensibilität für Widerständiges und Unverfügbares. Dazu braucht es Gespräche, die über die übliche Alltagskommunikation hinausgehen und nicht den diagnostisch-therapeutischen Routinen der Klinik folgen, sondern den Menschen in seiner vielgestaltigen Einheit von Geist, Leib und Seele wahrnehmen. Es braucht sorgfältig gestaltete Räume der Stille und Feiern. Für all dies sind Menschen nötig, die sich explizit um diese Dimension bemühen und über die entsprechenden Kompetenzen verfügen.

Sosehr sich ärztliche, pflegerische und seelsorgliche Kompetenz in der ethischen und kommunikativen Grundhaltung – z. B. in Achtsamkeit, Einfühlungsvermögen und Respekt vor den Patienten in ihrer Individualität – überschneiden und entsprechen, so sehr unterscheiden sie sich ihrem Schwerpunkt nach und ergänzen sich gegenseitig. Wo die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus in gutem Austausch untereinander stehen und einen

und Grenzen entwickeln, da ist der interdisziplinäre Dialog für alle von Gewinn: für die im Krankenhaus Tätigen und für die Patientinnen und Patienten. In der Qualität der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen wird das spürbar, in der Atmosphäre im Krankenhaus sowie in der Zusammenarbeit in ethischen Entscheidungssituationen. Gute Medizin, gute Pflege und gute Seelsorge gehören zusammen.

## II. Die Kraft zum Menschsein stärken – Auftrag, Ziele und Aufgaben der Krankenhausseelsorge

### (4) Existenzielle Fragen

Die Krankenhausseelsorge tritt für die Würde des Einzelnen mit seiner Lebensgeschichte ein. Sie nimmt die Erfahrungen von Krankheit, Schmerzen und Konflikten ernst im Respekt vor der Art und Weise, wie die Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen, aber auch die anderen Beteiligten sie artikulieren. Anders als sonst mit der Begrenztheit des eigenen Lebens konfrontiert, geraten viele Menschen im Krankenhaus in tiefe Unruhe. Sie sehen sich neu und unabweisbar vor Grundfragen ihrer Existenz gestellt: *„Bin ich – so krank – noch der, der ich bin? Kann ich die, die ich sein möchte, wieder werden? Ich habe Angst vor dem Verlust meiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten, meiner Autono-*

*mie, meines Ansehens und meiner Würde. Wie sehr ist dies alles beschädigt? Ich kann nicht sprechen, wie kann ich mich verständlich machen? Warum muss gerade mir das passieren? Habe ich, haben andere etwas falsch gemacht? Wer ist verantwortlich? Was wird aus all dem, was ich für mein Leben noch vorhatte? Kommt nun ein Schlag nach dem anderen? Werde ich an meinen Arbeitsplatz zurückkehren können? Mich quälen die Schmerzen; ich habe Angst vor dem Sterben und dem Tod. Kann ich mich – so ausgeliefert – auf Hilfe verlassen? Wer wird für mich sorgen; wer für meine Familie? Ich will doch niemandem zur Last fallen! Aber woher kommt neue Kraft? Ich muss mehr für meine Gesundheit tun; werde ich aus dieser Erfahrung meine Lehren ziehen?“*

### **(5) Personale Zuwendung**

Im Unterschied zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaus leistet die Seelsorge keine therapeutischen, pflegerischen oder administrativen Dienste, sondern bietet Raum und Zeit zu Begegnung und Gespräch über Fragen der vorgenannten Art. Seelsorge ist personale Zuwendung, darauf ausgerichtet, einem einzelnen Menschen in seiner ganz persönlichen Lebenssituation und seelischen Verfassung gerecht zu werden. Sowohl von Patientinnen und Patienten und Angehörigen als auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind Seelsorgerinnen und Seelsorger in besonderer Weise gefragt in der Begleitung in

Grenzsituationen, auf dem Weg des Sterbens, in Freude und Dank wie in Klage und Trauer.

Prinzipiell kann alles zum Anlass einer seelsorglichen Begegnung, Begleitung oder Deutung werden; stets geht es darum, der Situation gewahr zu werden und die Auseinandersetzung mit Erlebnissen zu unterstützen, zu deren Integration in das eigene Leben beizutragen und die Kraft zur Annahme oder zu Widerstand und Veränderung zu stärken. Für die Aufnahme von Erfahrungen in den eigenen Lebensweg kann es eine wichtige Hilfe sein, wenn sich in der evangelischen Seelsorge in Verbindung mit klärenden, bergenden und tröstenden Erzählungen der Bibel andere Horizonte der Deutung und der Lebensvergewisserung eröffnen.

Was einen Menschen in ein Krankenhaus führt, ist immer eine mehr oder weniger starke Erschütterung seiner leiblich-seelischen Verfassung und seiner sozialen Beziehungen. Mit dem Bild der Bedrohung geht aber auch immer ein Bild von Unversehrtheit und Heil einher. Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen innerhalb dieser Spannung und sind potenziell auch von ihr betroffen, ermöglichen aber eine Schau von einem Gegenüber her auf das Erfahrene und Erlittene. Dies geschieht in einer Balance von Nähe und Distanz. Besondere Anlässe ergeben sich im Zusammenhang einer Geburt, vor einer Operation, im Sterben, in Einsamkeit, bei schwerwiegenden und folgenreichen Diagnosen,

in ethischen Konflikten, bei traumatischen Unfällen.

### **(6) Grund und Ziel im Evangelium**

Auftrag der evangelischen Kirche ist es, das Evangelium in Wort und Tat zu bezeugen. Die Kirche entsteht dadurch, dass Menschen sich einander in der Freiheit des Evangeliums begegnen und verbinden. Die Botschaft von der Liebe Gottes in Jesus Christus auf vielfältige Weise zu vermitteln, dazu sind alle kirchlichen Dienste da. In Kirchengemeinden finden Menschen im Gottesdienst zusammen und erfahren z. B. durch Taufe, Konfirmation, Trauung und Trauerfeier Vergewisserung an biografischen Übergängen. Aufgabe der Krankenhausseelsorge ist es, gerade in den besonderen Krisensituationen, wie Menschen sie im Krankenhaus erfahren, an die befreiende und tröstende Kraft des Evangeliums zu erinnern.

Das Wirken der Seelsorgerinnen und Seelsorger hat seinen Grund in der Zuwendung Gottes zum Menschen. Im Evangelium wird erzählt, dass Jesus insbesondere Kranke, Lahme, Blinde und Aussätzigte geheilt und sie damit als ebenbürtige Söhne und Töchter des einen himmlischen Vaters angesprochen hat. Überdies gehörte zum Inhalt seiner Verkündigung, dass in seiner Zuwendung zu Kranken die befreiende Nähe Gottes selbst gegenwärtig wird. Durch die Auferstehung, das Bekenntnis Gottes zu ihm, ist Jesus Christus ein für alle Mal zum Bürgen der Barmherzigkeit

Gottes geworden und hat so eine neue Kultur der Humanität gestiftet. Die neutestamentlichen Heilungsgeschichten als Zeugnisse ganzheitlicher Zuwendung sind daher eine wichtige Orientierung für die Seelsorge. Die Begleitung von Menschen in Krisen- und Grenzsituationen geschieht im Horizont dieser umfassenden Zuwendung Gottes und im Vertrauen auf die Nähe Gottes auch über den Tod hinaus.

Von daher ist es nicht verwunderlich, dass die Darlegung des christlichen Glaubens in der Reformationszeit z. B. in der Einstiegsfrage zum Heidelberger Katechismus eine geradezu seelsorgliche Zuspitzung erfährt und in der Antwort so gleich auf Jesus Christus selbst bezogen wird: „Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben? Dass ich mit Leib und Seele, beides, im Leben und im Sterben, nicht mein, sondern meines getreuen Heilands Jesu Christi Eigen bin, ...“ (Frage1 – ältere Fassung – des Heidelberger Katechismus. In: Heidelberger Katechismus. Revidierte Ausgabe 1997. Hrsg. von der Evangelisch-reformierten Kirche [Synode ev.-ref. Kirchen in Bayern und Nordwestdeutschland], von der Lip-pischen Landeskirche und vom Reformierten Bund. Neukirchen-Vluyn 1997, S. 8). Dass das Vertrauen auf Gott nicht aus eigener Kraft und die Gottesbeziehung nicht aus eigenen Verdiensten erwächst, ist zentrales Thema der Reformation. Die lutherischen Bekenntnisschriften heben hervor, dass „das Evangelium nicht eine Buße- oder Strafpre-



dig, sondern eigentlich anders nichts, dann ein Trostpredigt und fröhliche Botschaft sei, ..." (vgl. Konkordienformel, Epitome, V. Vom Gesetz und Evangelio, Abschnitt 6. In: Die Bekenntnisschriften der evangelisch-lutherischen Kirche. Herausgegeben im Gedenkjahr der Augsburgischen Konfession 1930. 6., durchges. Aufl. Göttingen 1967, S. 791). Und Martin Luther, der vielen zum Seelsorger geworden ist, ermahnt die Seelsorger im Amt der Kirche in ihrem Verhalten gegenüber Schwachen und Gebrechlichen: "... Die sollen sie auch so erkennen lernen, wie Christus uns kennt. D. h., sie sollen nicht sauer und rau gegen sie losfahren mit Drängen und Poltern oder mit Verdammen ..., sondern gelinde und säuberlich mit ihnen handeln und ihre Schwachheit tragen, bis sie stärker werden" (vgl. die ursprüngliche Fassung in: Kaspar Crucigers Sommerpostille [1544]. Evangelium am andern Sonntag nach Ostern. Joh. 10,12–16. In: D. Martin Luthers Werke. Kritische Gesamtausgabe, 21. Band. Weimar 1928, S. 337).

Von dieser heilsamen Kraft des persönlich zugewendeten Wortes Gottes zeugen Gesangbuchverse späterer Jahrhunderte: „Dein Wort bewegt des Herzens Grund, dein Wort macht Leib und Seel gesund, ..." (Johann Olearius, Evangelisches Gesangbuch 197, 2). „Sein Heil und Gnaden, die nehmen nicht Schaden, heilen im Herzen die tödlichen Schmerzen, halten uns zeitlich und ewig gesund" (Paul Gerhardt, Evangelisches Gesangbuch 449, 8).

Die Seelsorge heute zielt auf die Stärkung des Betroffenen im Umgang mit dem, was ihm widerfährt. Dabei sind seine Ressourcen selbst wichtig, aber auch Angebote der Deutung, um das Geschehen ins eigene Leben zu integrieren. So werden die Seelsorgerinnen und Seelsorger nicht selten über ihre Person hinaus zu Zeugen eines umfassenderen Lebenszusammenhanges, wie er in der christlichen Überlieferung zur Sprache kommt: „So sind wir nun Botschafter an Christi statt ... Lasst euch versöhnen mit Gott!" (2. Kor. 5, 20). In der Begegnung Jesu mit Kranken und Leidenden sowie in Leiden, Kreuz und Auferstehung Jesu selbst eröffnet sich ein tiefes Verständnis dessen, was zu heilvollem Leben gehört: Heil setzt sich nicht konfliktlos durch; nur was angenommen wird, kann auch verarbeitet werden.

Über Trost und Heilung kann auch die Krankenhauseelsorge nicht verfügen, aber ihr Auftrag ist, inmitten schwerer Erfahrungen die Zusage und Verheißung zu bezeugen: Keiner geht verloren; Konflikte, Krankheit und Schmerzen haben nicht das letzte Wort; gerade in der Tiefe ist neues Leben zu gewinnen. „Denn ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben, weder Engel noch Mächte noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch Tiefes noch eine andere Kreatur uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserm Herrn." (Römer 8, 38 f.). Vielen Menschen ist ganz besonders in Krisen die Einsicht zugewachsen, wie

brüchig das Leben ist, aber auch wie kostbar. Und sie haben daraus neue Kraft geschöpft.

### **(7) Begegnung und Gespräch, Gebet und Gottesdienst**

Neben dem Gespräch in einem geschützten Raum können Gebet, Stille und Gottesdienst, bei Kindern auch Spiel, bei vielen auch Musik, Singen und körperliche Berührung Raum zur Artikulation dessen geben, was auf der Seele liegt. Im Sinne eines offenen Angebots suchen Seelsorgerinnen und Seelsorger mit ihrer Person Menschen eine Begegnung zu erschließen, die über ihre eigene Person hinausweist: Begegnung mit einem uneigennütigen Anderen, mit Quellen der Hoffnung, Gelassenheit und Kraft, in allem zusammen Begegnung mit Gott. Gebet und Gottesdienst, die Feier des Abendmahls, Segensgesten und anderes mehr gehören daher genauso zur Seelsorge wie das seelsorgliche Gespräch. Manch einer findet in einem bergenden Raum und im Schutz einer größeren Gemeinschaft eher zu sich selbst als im Zwiegespräch.

### **(8) Ethos der Menschenwürde und des rechten Maßes**

Zum Ethos der Krankenhauseelsorge gehört, sich dem Einzelnen unabhängig von seiner Leistung, seiner gesellschaftlichen Stellung und seiner körperlich-geistigen Erscheinung zuzuwenden. Evangelische Seelsorge beruht auf der

zeugung vom unendlichen Wert jedes Einzelnen, über den niemand verfügen darf, weil seine Würde in der Beziehung Gottes zu ihm begründet ist. Gerade im Krankenhaus, wo viele Patienten nicht im Besitz ihrer sonstigen Kräfte und Möglichkeiten sind, ist häufig genug eine Wertschätzung wichtig, die tiefere Wurzeln hat.

Die Krankenhauseelsorge achtet darauf, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gewahrt wird. Sie tritt für interdisziplinäre Zusammenarbeit und transparente Entscheidungsprozesse in ethischen Konfliktsituationen ein. Sie arbeitet mit bei der Suche nach dem rechten Maß beim Einsatz der Ressourcen gesundheitlicher Versorgung, und zwar im Einzelfall ebenso wie auf betrieblicher und politischer Ebene. Immer wieder weist die evangelische Krankenhauseelsorge darauf hin, dass tragische Zielkonflikte, in denen man unausweichlich schuldig wird, solidarisch zu tragen sind.

In der Psychiatrie, insbesondere im Bereich des Maßregelvollzugs, in dem Patienten sich oft lange und mit ungewissem Ausgang aufhalten müssen, stellt die Achtung der Menschenwürde eine Herausforderung ganz eigener Art auch an die Seelsorge.

### **(9) Seelsorge in der Unternehmenskultur des Krankenhauses**

Neben der Seelsorge am Einzelnen ist es sinnvoll, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger Angebote zu Gespräch und

Besinnung, zu Fortbildung und Meditation machen. Die Krankenhauseelsorge hat insbesondere auf diejenigen Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter zu achten, die unter dem ökonomischen Druck des Klinikbetriebes besonders leiden. Entsprechend können ethische Handlungskonflikte, die Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Teamkonflikte, Erfahrungen von Gewalt etc. zum Thema werden.

Geht es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Klinik gut, dann spüren das auch die Patientinnen und Patienten. Die Krankenhauseelsorge kann zur inneren Balance und zum Kräftehaushalt aller Beteiligten beitragen. Ihr ist dies ungeachtet ihrer organisatorischen Einbindung in die Klinikprozesse möglich, insbesondere durch ihre institutionelle Eigenständigkeit in der Klinik. Sosehr sie den klinischen Alltag mit tragen und entlasten soll, so sehr soll sie aber auch eine schöpferische Unruhe stiften und ihren Teil dazu beitragen, Fehlentwicklungen beim Namen zu nennen.

Gerade aufgrund ihrer Unabhängigkeit ist die Krankenhauseelsorge in der Lage – wo dies gewünscht wird –, die Unternehmenskultur des Krankenhauses kritisch und kreativ mit zu gestalten, indem sie, aus eigener Freiheit den Regeln der Institution folgend, ihre Perspektive etwa in Prozesse der Leitbild- und Qualitätsentwicklung einbringt. Das „Unternehmen Krankenhaus“ kann die Krankenhauseelsorge zwar nicht als ei-

gene Dienstleistung, durchaus aber als wichtiges Element der im Krankenhaus angebotenen Dienstleistungen und damit geradezu als Wettbewerbsvorteil ansehen.

### **(10) Aufgabenbereiche**

Diese Leitlinien entfalten den Auftrag und die Ziele der Krankenhauseelsorge vor allem in drei Dimensionen:

1. Die Seelsorge deutet existenzielle Erfahrungen unter Bezug auf religiöse Überlieferungen, die von dem erzählen, was die Welt und das Leben grundlegend bestimmt („Mythos“).

2. Sie sucht in Orientierung an dem christlichen Welt- und Menschenverständnis nach dem „guten Leben“ („Ethik“).

3. Sie eröffnet spirituelle Quellen durch Gebet, Andacht und christlichen Gottesdienst, um die in Mythos und Ethos gemeinte Welt anschaulich in Erinnerung zu bringen („Ritus“).

Vor diesem Hintergrund lassen sich insbesondere folgende Aufgabenbereiche der Krankenhauseelsorge benennen:

- seelsorgliche Gespräche und andere Formen der Begegnung mit Patientinnen und Patienten in Lebens- und Glaubensfragen und angesichts von Lebenskrisen, Begleitung Sterbender sowie Begleitung und Beratung von Eltern, anderen Angehörigen und Mitbetroffenen sowie entsprechende Gesprächsgruppen,
- Gottesdienste und Andachten, Abendmahlsfeiern, Kasualien,

- Beratung und Seelsorge für Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen,
- Mitwirkung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung und bei der Krankenpflegeausbildung,
- Gewinnung, Qualifizierung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krankenhauseelsorge,
- Mitwirkung bei ethischen Problemstellungen in der klinischen Praxis,
- Mitarbeit bei Leitungsfragen des Krankenhauses,
- Zusammenarbeit mit den umliegenden Kirchengemeinden und kirchlichen und diakonischen Einrichtungen,
- ökumenische und interreligiöse Zusammenarbeit,
- Präsentation und Vertretung in Gremien und bei Interessenpartnern, Öffentlichkeitsarbeit.

### **(11) Kirchliche Präsenz im Krankenhaus**

Die Zuwendung zu Menschen im Krankenhaus in Form der Krankenhauseelsorge ist eine spezifische Gestalt der Wahrnehmung des Auftrags der Kirche, das Evangelium von Jesus Christus in Wort und Tat zu bezeugen. Dem Recht des Einzelnen auf Religion folgend geht es um kirchliche Präsenz am andern Ort, in einer für das Leben der Bürgerinnen und Bürger wichtigen Institution mit eigener Struktur. Konstruktiver Dialog und gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen, zwischen

Krankenhausträger und Kirche sowie gesellschaftliche Akzeptanz sind dafür entscheidende Voraussetzungen.

Die einzelnen Landeskirchen betreiben die Krankenhauseelsorge aus eigener Freiheit und Begründung heraus. Von ihrem christlichen Ansatz her leisten sie damit zugleich einen erkennbaren Beitrag zu einer patientengerechten ganzheitlichen Versorgung im Krankenhaus- und Gesundheitswesen. Durch ihre Beteiligung an der Erfüllung öffentlicher und gesellschaftlicher Aufgaben tragen die Kirchen zugleich dazu bei, dass solche Kräfte der Orientierung und Lebensvergewisserung, Solidarität und Menschlichkeit lebendig erhalten werden, auf die alle angewiesen sind, die aber staatlich weder hervorzubringen noch zu garantieren sind. Nur in wenigen Bereichen jenseits des Dienstes in den Gemeinden setzen die Kirchen so viele Pfarrstellen ein wie in der Krankenhauseelsorge.

Die evangelische Krankenhauseelsorge beteiligt sich an der gemeinsamen Aufgabe aller in der Klinik Tätigen mit ihrem spezifischen kirchlichen Auftrag und aus ihrem professionellen Selbstverständnis heraus und insofern in allen Fällen aus eigener Verantwortung. In dem Maße, in dem sich die Handlungsfelder der verschiedenen Professionen vor allem in den klinischen Prozessen überschneiden, sind die Gemeinsamkeiten und die Grenzen jeweils sorgfältig zu klären, zu begründen und zu achten.

### **(12) Das konfessionelle Krankenhaus im Leben der Kirche**

Kirchliche Krankenhäuser stellen alle Formen der Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten sowie die Unternehmenskultur des Hauses insgesamt unter den Anspruch der Nächstenliebe; die Seelsorge ist ein wesentliches Element dieser Kultur und integraler Bestandteil des Dienstes an den Patientinnen und Patienten. Besonders im christlichen Krankenhaus hat die Krankenhausseelsorge die Aufgabe, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch die Klinikleitung in ihrer spirituellen Kompetenz zu unterstützen.

### **III. Kompetenz und Qualität entfalten – die Professionalität der Krankenhausseelsorge**

#### **(13) Institutionelle und personenbezogene Standards**

Um ihren spezifischen Auftrag im Krankenhaus erfüllen zu können, verpflichtet sich die Krankenhausseelsorge auf fachliche Standards. Diese beziehen sich zum einen auf bestimmte institutionelle Rahmenbedingungen (siehe Kap. IV), zum anderen beschreiben sie – und darum geht es im Folgenden – die Kompetenz und pastorale Identität der Seelsorgerin oder des Seelsorgers und liefern damit eine transparente Grundlage für die Weiterentwicklung der Profession.

#### **(14) Berufung in die Krankenhausseelsorge**

Alle Professionen – also Ärzte, Lehrer, Erzieher etc. – beruhen auf einem gesellschaftlichen Mandat. Eine Gemeinschaft setzt ihr Vertrauen darauf, dass gerade die auf die intimen Sphären des Lebens ausgerichtete Macht verantwortlich ausgeübt und nicht missbraucht wird.

Professionelle evangelische Seelsorgerinnen und Seelsorger können sich den Auftrag zur Seelsorge deshalb nicht selbst geben, sie erhalten ihn in einem hoheitlichen Akt von ihrer Kirche. Wie bei allen Professionen, so verbindet sich auch bei der Seelsorge der Auftrag mit einer besonderen Verpflichtung, nach den „Regeln der Kunst“ zu handeln.

In der evangelischen Kirche werden in der Regel ordinierte Pfarrerrinnen und Pfarrer mit entsprechender Zusatzqualifikation in die Krankenhausseelsorge berufen. Die Ordination beinhaltet die Sendung in den Dienst der öffentlichen Verkündigung des Evangeliums und der Verwaltung der Sakramente.

Daneben gibt es auch die Berufung von Diakoninnen und Diakonen sowie gemeindepädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit besonderer Zusatzqualifikation in die Krankenhausseelsorge. Sie werden damit ebenfalls in einen geistlich verstandenen Dienst gesandt; dies wird häufig mit der Erteilung einer besonderen Befugnis zur regelmäßigen Wortverkündigung und Sakramentsverwaltung für den Ort und

die Zeit des Auftrags zur Krankenhausseelsorge verbunden.

Darüber hinaus haben qualifizierte ehrenamtlich Tätige am professionellen Auftrag teil. Sie übernehmen zeitlich und sachlich begrenzte Teilbereiche. Sie bringen häufig anderweitige Kompetenzen ein, werden durch Hauptamtliche ausgewählt und ausgebildet und erfahren in ihrem Dienst entsprechende fachaufsichtliche Begleitung. Ihr Dienst unterliegt also ebenfalls diesen Leitlinien und den aus ihnen abgeleiteten Kriterien und Standards.

### **(15) Qualifikation**

Auf der Basis eines theologischen, religions- und/oder sozialpädagogischen Hochschulstudiums und einer entsprechenden zweiten, mehr praktisch ausgerichteten Ausbildungsphase erlangen hauptamtliche Seelsorgerinnen und Seelsorger spezifische Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen, die durch eine pastoralpsychologisch-humanwissenschaftliche Zusatzqualifikation vertieft werden. Als Standard hat sich die erfolgreiche Teilnahme an zwei 6-wöchigen Kursen in Klinischer Seelsorgeausbildung oder eine entsprechend qualifizierende seelsorgliche Fortbildung herausgebildet. Eine kontinuierliche berufsbegleitende Supervision, Fort- und Weiterbildung ist in der Krankenhausseelsorge unerlässlich.

Im Folgenden wird die zur Krankenhausseelsorge erforderliche spezifische

22 Kompetenz in ihren verschiedenen Dimensionen entfaltet, um so die Professionalität nach innen und außen näher verständlich zu machen.

### **(16) Kommunikative Kompetenz**

Gute Seelsorgerinnen und Seelsorger können zuhören, nehmen aufmerksam auch verschlüsselte Mitteilungen wahr und spüren Unausgesprochenes. Sie suchen das rechte Wort zur rechten Zeit, und sie können schweigen, ohne zu verstummen. Sie wissen, dass Menschen unterschiedliche Ausdrucksmöglichkeiten haben, dass Kinder sich im Spielen und Malen mitteilen, Behinderte im Feiern, Demente im gemeinsamen Singen. Solche kommunikative Kompetenz muss immer wieder neu erprobt werden, sie erfordert die beständige Übung in kritischer Selbsterfahrung.

Seelsorge unterliegt den Bedingungen und Anforderungen aller Kommunikation und hat diese zu reflektieren. Ob eine Lehre von der Seelsorge sich nun als Teil einer Geistes- oder einer Kommunikationswissenschaft, einer Kunstlehre des Verstehens, einer Theorie kommunikativen Handelns oder einer Kulturtheorie ausprägt, in jedem Fall geht es in ihr um die Fähigkeit, einen Menschen in seiner individuellen und existenziellen Lebens- und Leidensbewältigung zu verstehen und fördernd zu begleiten.

Methodisch ähnelt sie darin der Psychotherapie; anders als diese setzt sie aber nicht an einer psychischen Krankheit an, um diese zu heilen. Seel-

sorge mag zwar im medizinischen Sinne messbar Heilung bewirken, ganz bewusst aber bemisst sie ihren Erfolg und ihr Gelingen nicht daran, sondern sucht u. a. auch im Medium therapeutischer Beratung dazu beizutragen, dass Menschen sich gegebenenfalls auch bei bleibender Krankheit, ja sogar im Sterben, mit ihrem Geschick und darin letztlich mit Gott versöhnen.

### **(17) Deutungskompetenz**

Zur Wahrnehmung der Krankenhaus-seelsorge gehört die Kompetenz zur Deutung von Lebenserfahrungen. Bei der Integration eines Geschehens in den eigenen Lebenszusammenhang entwickelt sich Erlebtes erst durch Interpretation zu einer Erfahrung. Die Deutung des Erlebten wird aber nicht von dem Seelsorger oder der Seelsorgerin „geliefert“, sie entsteht vielmehr in der Beziehung zwischen den Beteiligten und im Kontext ihrer kulturellen und religiösen Horizonte. Die Seelsorge verhilft mit ihrem Angebot den Betroffenen zu ihrer individuellen Deutung und zur authentischen Sinnfindung in ihrer Situation.

Wer sich daran beteiligt, Geschehnisse lebensgeschichtlich zu deuten, hat die Grenzen menschlichen Verstehens zu achten. Der vielleicht verständliche Wunsch, Ereignisse und Erfahrungen „erklärt“ zu bekommen, kann zu einem autoritativen Gestus verleiten, der sich von selbst verbietet. Nach jeder Konzentration auf eine mögliche Deutung

ist der Horizont wieder zu öffnen; manche Schicksalsschläge halten dazu an, sich jeglicher Sinnsuche und Sinndeutung zu enthalten und stattdessen zum Offenhalten und einstweiligen Aushalten zu ermutigen.

Der Deutungskompetenz evangelischer Krankenhausseelsorge liegt der Schatz der biblischen Überlieferungen und der kirchlichen Tradition zu Grunde (z. B. Psalmen, das Gleichnis vom barmherzigen Samariter und andere Gleichnisse, Heilungsgeschichten). In ihnen spiegeln sich existenzielle Grunderfahrungen und Ambivalenzen sowie eine bei allen Zweifeln dennoch von Gottvertrauen geprägte Weise ihrer Bewältigung. Es gehört zur besonderen Charakteristik der jüdisch-christlichen Tradition, dass in ihr mythische Erzählungen von dem, was die Welt und das Leben grundlegend bestimmt, bis in konkrete Geschichtsverläufe hinein weitergeführt werden. Die Befähigung zur religiösen, kulturellen und spirituellen Orientierung in der Deutung von Erfahrungen gründet deshalb in der historisch-kritischen wie kulturtheoretischen Erschließung dieser Überlieferungen und ihrer Wirkungsgeschichte sowie in der systematisch-theologischen Reflexion, wie sie in der akademischen Theologie als kritischer Wissenschaft gepflegt wird.

In der Supervision ihrer Praxis bemühen sich Seelsorgerinnen und Seelsorger folglich immer wieder neu um die sorgfältige Unterscheidung zwischen dem,

was sie in einem Gespräch wahrgenommen haben, und dem, was sie sich dabei denken und was sie empfinden. Zur Krankenhauseelsorge gehört die Fähigkeit der Auslegung im Sinne einer Kunst, vom vordergründigen „Fall“ aus über dessen aktuelle Bedeutung für die Patientin oder den Patienten zu variablen und erweiterten Deutungsmöglichkeiten fortzuschreiten. Im entdeckenden Erzählen werden tröstende wie kritische, mobilisierende wie beruhigende Momente entfaltet. Eine besondere Bedeutung hat auch die Auseinandersetzung mit den ethischen Normen, die – oftmals implizit – einer Deutung zu Grunde liegen. Gerade angesichts der zunehmend deutlicher werdenden ökonomischen Abhängigkeiten des gesamten Gesundheitswesens werden das eigene Gesundheitsverhalten, ärztliche und pflegerische Entscheidungen und nicht zuletzt auch die Ansprüche der Patienten an die Solidargemeinschaft immer wichtiger als Gegenstand seelsorglicher Befassung.

### **(18) Ethische Kompetenz**

Bei ethischen Entscheidungen achtet die Krankenhauseelsorge sowohl auf die Strukturen und Verfahren der Entscheidungsfindung als auch auf den Gehalt der Urteile, sie bezieht selbst möglichst nachvollziehbar begründete Positionen sowohl im Sinne einer Ethik der Profession als auch einer Ethik der Organisation. Sie muss mit den Grundlinien wissenschaftlich-ethischer Argu-

mentation ebenso vertraut sein wie mit den infrage stehenden Sachverhalten. Von grundlegender Bedeutung ist in der Krankenhauseelsorge die Ehrfurcht vor dem Leben und die Achtung vor der Würde und Unverfügbarkeit menschlichen Lebens; insbesondere in den kritischen Phasen am Lebensanfang und Lebensende. Ebenso respektiert sie die Entscheidungsfreiheit der Patientinnen und Patienten. Schließlich wagt sie, konkrete Vorstellungen von „gutem Leben“ zu entwickeln, und gewinnt aus ihnen Kriterien für Ermessensentscheidungen auch in kritischen Situationen. Insgesamt gibt es dabei oftmals nicht die Eindeutigkeit von richtig und falsch. Zuweilen muss es sogar darum gehen, Menschen, die unausweichlich schuldig werden, zu einer Entscheidung zu ermutigen und sie solidarisch zu begleiten. Zur Besonderheit christlicher Ethik gehört auch ein grundsätzlicher Vorbehalt gegenüber Ethik und Moral überhaupt: Niemand wird durch seine eigenen Werke gerecht. Zwar müssen ethische Pflichten prinzipiell universelle Geltung beanspruchen; auch die christliche Nächstenliebe kann sich immer nur auf einen begrenzten Kreis konkreter Menschen beziehen. Eine besonnene ethische Urteilsfindung vermeidet deshalb den platten Utilitarismus ebenso wie den „Terror der Tugend“ und beschränkt sich auf die Anleitung zur täglichen Verantwortung vor dem Anderen.



### **(19) Liturgische Kompetenz**

Liturgische Kompetenz ist die Fähigkeit, Gebete, Gottesdienste und Segenshandlungen authentisch, situations- und adressatengerecht und ästhetisch ansprechend zu gestalten. Solche Riten gliedern und unterbrechen den Alltag mit wiederkehrenden Handlungen, um so die in der Religion gemeinte Wirklichkeit Gottes darzustellen. In der Krankenhauseelsorge vollzieht sich dies zum einen bei Andachten und Gottesdiensten, beim Abendmahl am Krankenbett und beim persönlichen Segnen, bei Ehrungen und Jubiläen etc., zum anderen oft aber auch subtil in Gesten des Trostes, in der Art der Begrüßung und des Abschieds oder auch in der Kleidung. In allen solchen Fällen ist besondere Sorgfalt geboten im Umgang mit Raum und Zeit, mit Sprache und Form, mit Leib und Seele, mit Nähe und Distanz und mit Atmosphäre und Macht. Es bedarf geschützter Räume und vorher klar abgesprochener Zeiten. In den biblischen Psalmen, in Liedversen, Gedichten und Gebeten sowie in Bildern ist eine anschauliche Sprache vorhanden, die vielen Menschen zu einem tiefen Ausdruck von Erfahrungen, zu Widerstand, Ergebung und Auseinandersetzung verhilft.

Zur liturgischen Kompetenz gehört das Wissen um die Gefahr, durch sublimen Faszination in die Enge zu führen und zu falschen Bindungen und Abhängigkeiten zu verleiten, wo es doch darauf ankommt, einen freien Raum zu eröffnen und den Beteiligten ihre eigene Gottesbeziehung zu ermöglichen.

### **(20) Klinische Feldkompetenz**

Wie andere Bereiche der Seelsorge – Polizeiseelsorge, Seelsorge im Strafvollzug, Altenseelsorge, Telefonseelsorge etc. – verlangt auch die Krankenhausseelsorge eine spezifische Feldkompetenz, um sich im klinischen Umfeld orientieren zu können. Dabei geht es um Grundkenntnisse über die politischen und ökonomischen Bedingungen des Gesundheitswesens allgemein und des Krankenhausbetriebes im Besonderen. Unabdingbar ist auch ein Grundwissen über Krankheits- und Therapieverläufe, über ethische Konfliktsituationen und über geistliche Handlungsformen im Krankenhaus. Darüber hinaus geht es um die Kenntnis der organisatorischen Abläufe im Krankenhaus und auf den Stationen, des internen Informationssystems und der Struktur der innerbetrieblichen Fortbildung sowie um die Fähigkeit, diese strukturellen Grundbedingungen für die Krankenhauseelsorge sinnvoll zu nutzen.

### **(21) Interreligiöse Kompetenz**

Migration ist längst zum selbstverständlichen Teil des Alltags in Deutschland geworden. Immer wichtiger wird deshalb die Fähigkeit, sich in der Krankenhauseelsorge über konfessionelle, religiöse und kulturelle Grenzen hinweg verständigen zu können.

Die Seelsorgebewegung der letzten 30 Jahre hat erheblich zur Vertiefung der ökumenischen Zusammenarbeit in der Krankenhauseelsorge beigetragen. In-

zwischen ist es weithin selbstverständlich, die Krankenhausseelsorge im christlichen Auftrag zunächst als gemeinsame, auf alle Beteiligten ausgerichtete Aufgabe im Krankenhaus zu betrachten und konfessionelle Unterschiede erst dann zu betonen, wenn dies gewünscht wird oder im geistlichen Handeln notwendig ist.

Für die Krankenhausseelsorge von wachsender Bedeutung sind die Kenntnis anderer Religionen und die Erfahrung mit ihrer Spiritualität und ihren Traditionen, auch mit den Ressentiments zwischen der eigenen und der fremden Religion, vorrangig aber Kenntnisse von den Haltungen und Gebräuchen anderer Religionen und Kulturkreise im Fall von Geburt, Krankheit, Sterben und Tod. Häufig sind z. B. Muslime froh, im säkularisierten Krankenhausbetrieb überhaupt auf eine Person zu treffen, die explizit auf religiöse Gehalte ansprechbar ist.

Wichtig ist auch hier, im rechten Moment die eigenen Grenzen zu erkennen und die Verbindung zu Geistlichen oder anderen Mitgliedern einer anderen Konfession oder Religion herstellen zu können. In der Regel ist dazu auch vorher schon entsprechender Kontakt und Austausch erforderlich.

## **(22) Fachorgane und wissenschaftliche Begleitung**

Regelmäßige Krankenhausseelsorgekonvente sowie Fachtagungen ermöglichen den Seelsorgerinnen und Seelsorgern den fachlichen Austausch.

Der Fortbildung in Seelsorge und dem Erwerb der pastoralpsychologischen und pastoraltheologischen Zusatzqualifikation und insbesondere der wissenschaftlichen Begleitung und Weiterentwicklung widmet sich das Seelsorgeinstitut an der Kirchlichen Hochschule in Bethel, eine Einrichtung der EKD, sowie Seelsorgeinstitute und entsprechend Beauftragte in den Landeskirchen.

Fachverband der Krankenhausseelsorge ist die Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP). In Anlehnung an verschiedene psychologische Schulen und Schwerpunkte hat die DGfP mehrere Sektionen („Gestaltseelsorge und Psychodrama in der Pastoralarbeit“, „Gruppe – Organisation – System“, „Klinische Seelsorgeausbildung“, „Personenzentrierte Psychotherapie und Seelsorge“, „Tiefenpsychologie“). Die Tatsache, dass die DGfP die Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung sowie der Supervision festlegt, ist Ausdruck der fachlichen Freiheit, die von der kirchlichen Institution gewollt ist.

Für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Krankenhausseelsorge als Modell pastoralen Handelns ist es unerlässlich, sie selbst immer wieder zum Gegenstand theoretischer Erörterung und empirischer Forschung zu machen, um daraus die Basis für Konzeptentwicklung und Aus- und Fortbildung zu gewinnen. Dies ist die Aufgabe der theologischen Fakultäten, der evangelischen Hochschulen sowie kirchlicher Forschungsinstitute; Impulse hierzu

können die Fachorgane geben. Die Leitlinien sollen nicht zuletzt auch dazu beitragen, die Einwerbung einschlägiger Forschungsmittel gut zu begründen.

#### **IV. Freiraum zur Krankenhausseelsorge gewährleisten – kirchliche Organisationsformen und Integration im Krankenhaus**

##### **(23) Verantwortlichkeiten und Zusammenwirken**

Die Verantwortung für die Arbeitsformen und organisatorischen Regelungen liegt in der Regel beim kirchlichen Anstellungsträger. Entwickelt und erarbeitet werden sie aber im Zusammenwirken von kirchlichem Anstellungsträger, Krankenhausleitung, Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern und Angehörigen anderer Berufsgruppen im Krankenhaus.

Von Seiten der Kirche bzw. der Krankenhausseelsorge wird die Entwicklung und Fortschreibung von Rahmenbedingungen durch das „Unternehmen Krankenhaus“ begrüßt, auf deren Grundlage die Wahrnehmung und Organisation der Krankenhausseelsorge im Krankenhaus einvernehmlich zu planen und zu vereinbaren ist und auftretende Fragen und Konflikte bearbeitet und beantwortet werden können.

Im Folgenden werden zunächst die inhaltlichen Kriterien für den Bedarf, die Organisation und die Integration der

Krankenhauseelsorge genannt. Die rechtlichen Voraussetzungen und Grundlagen leiten sodann alle Empfehlungen zur Trägerschaft und Leitung ein. Schließlich werden Fragen der Personalführung, der Finanzierung, der räumlichen Ausstattung sowie weiterer unterstützender Funktionen beantwortet.

##### **(24) Maßstäbe für den Bedarf der Krankenhausseelsorge**

Grundmaßstab ist die qualifizierte seelsorgliche Zuwendung zum Einzelnen. Das Spektrum an Grundformen seelsorglicher Begleitung reicht von der kurzen seelsorglichen Begegnung über das vertiefende intensive Einzelgespräch bis zu einer Reihe von Begegnungen mit Einzelnen und Gruppen, die Zuwendungen über einen längeren Zeitraum hindurch ermöglichen. Für jede dieser Grundformen gibt es leitende Gesichtspunkte und wechselnde Bedarfe.

Idealerweise will die evangelische Kirche in allen Krankenhäusern einschließlich der Fach- und Rehabilitationskliniken mit professioneller Krankenhausseelsorge präsent sein. Der Aufgabenbereich einer Krankenhausseelsorgestelle muss jedoch so bemessen sein, dass eine sachgerechte Seelsorgearbeit gewährleistet werden kann. Wo Gemeindepfarramt und Krankenhausseelsorge kombiniert werden, entsteht häufig eine Spannung zwischen unterschiedlichen Ansprüchen. Umso mehr kommt es darauf an, auf beiden

Seiten inhaltlich Verständnis für den jeweils anderen Auftrag zu wecken. Auf jeden Fall muss das Krankenhaus wissen, welche Art von seelsorglicher Präsenz geleistet wird.

Für die Zuordnung eines Seelsorgers oder einer Seelsorgerin zu einem oder zwei Krankenhäusern oder auch bestimmten Bereichen in einem Krankenhaus sind einerseits die Größe des Krankenhauses (Zahl der Betten oder Fälle, Abteilungen, besondere Bereiche etc.), der Bedarf durch wiederkehrende Krisensituationen, die Rahmenbedingungen im Krankenhaus für die Krankenhauseelsorge und schließlich die von der Kirche insgesamt zu gewährleistende Personalkapazität maßgeblich. Je nach Größe u. U. auch Trägerschaft des Hauses arbeiten Seelsorgerinnen und Seelsorger vor Ort alleine oder in einem Team.

Um eine flächendeckende seelsorgliche Versorgung in dem Sinne, dass jeder Patient mindestens einmal aufgesucht wird, kann es in der Krankenhauseelsorge nicht gehen. Dazu würden die personellen Ressourcen ohnehin bei weitem nicht ausreichen. Bei wem eine intensivere Zuwendung und Begleitung angezeigt ist, ist eine Ermessensentscheidung der Seelsorger und Seelsorgerinnen, an der auch das Stationsteam mitwirken sollte. Folglich wird sich die Krankenhauseelsorge auf einige Bereiche stärker konzentrieren (z. B.: Intensivstation, Onkologie, traumatische Situationen, Gynäkologie, Psychiatrie), auf

andere weniger. Insgesamt stehen individuelle Anfragen und existenzielle Krisen stets im Mittelpunkt.

Entsprechend ist die regelmäßige Präsenz im Krankenhaus zu klären sowie die Erreichbarkeit, insbesondere die Rufbereitschaft im Notfall außerhalb der regelmäßigen Dienst- und Arbeitszeit, zu regeln. Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger sollten die Klinik von zu Hause schnell erreichen können.

In der weiteren Zukunft stehen überdies erhebliche Veränderungen des gesamten Gesundheitswesens an. Im künftigen Krankenhaus werden immer mehr Patienten von immer weniger Pflegekräften und immer mehr Ärzten in immer kürzerer Zeit in immer weniger Betten versorgt. Die Steuerung orientiert sich dabei an den Fallpauschalen. Zur Steigerung der Effizienz und Effektivität wird das Krankenhaus nicht mehr nach „medizinischen Abteilungen“ strukturiert, sondern nach den auf die Patienten bezogenen Versorgungsleistungen. Die Leistungen des Krankenhauses werden mehr und mehr eingebunden in ein Netz integrierter Versorgung. Für die Krankenhauseelsorge bringen diese Veränderungen enorme fachliche Herausforderungen mit sich, die ihren Stellenwert und ihre Rahmenbedingungen z. B. im Blick auf Präsenz, Häufigkeit, Zielgruppen und Wirkungsbereich betreffen. Die Krankenhauseelsorge wird noch stärker als bisher zur Anwältin der personalen Dimension im gesamten Versorgungsnetz.

Insgesamt ist für die Präsenz der Krankenhausseelsorge ihr exemplarischer Charakter wichtig: Wer sie braucht, soll wissen, dass sie da ist.

### **(25) Die Krankenhausseelsorge im Leben der Kirche**

Die Krankenhausseelsorge will die Krankenseelsorge im Kontext der Ortsgemeinde, also das gezielte Aufsuchen eines einzelnen Kranken etwa durch den Gemeindepfarrer oder die -pfarrerin, keineswegs ersetzen. Für die Krankenhausseelsorge ist es wichtig, dass sie sich auf das Krankenhaus als einen eigenen und sehr komplexen Kosmos und prinzipiell auf alle Kranken und ihre Angehörigen sowie auf die Mitarbeitenden in den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus konzentrieren kann und die hierfür spezifische Kompetenz mitbringt.

Die Vernetzung der Krankenhausseelsorge im kirchlichen Umfeld mit den umliegenden Kirchengemeinden und anderen kirchlichen Diensten ist nicht nur für die Krankenhausseelsorge enorm wichtig. Auch umgekehrt eröffnet die Krankenhausseelsorge der Kirche einen Erfahrungsschatz, der ihr sonst verborgen bliebe, sie bietet der Kirche ein eigenes Feld, in dem das Verhältnis von Theologie und Humanwissenschaften kontinuierlich bearbeitet werden kann, und sie trägt nicht zuletzt erheblich zur öffentlichen Relevanz der Kirche bei. Übrigens liegt auch dem Krankenhaus zunehmend an Bezügen zu dem regio-

nen Umfeld, in dem es seinen Standort hat; die Krankenhausseelsorge ist unter diesem Aspekt eine wichtige Brücke zwischen Kirche und Gesundheitswesen.

Im Einzelnen begleiten Seelsorgerinnen und Seelsorger auf Wunsch einzelne Patienten auch nach dem Klinikaufenthalt weiter, vermitteln sie an andere kirchliche und soziale Dienste, unterhalten im Einzugsbereich der Klinik Verbindungen zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc., gestalten Trauerfeiern oder bieten Veranstaltungen in Gemeinden und für chronisch kranke Menschen an.

Für die Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger ist die regelmäßige Mitarbeit sowohl in Ergänzung zu ihrem Fachkonvent als auch in den regionalen Pfarrkonventen wichtig. So ist im Alltag wechselseitig Kontakt zu halten und Wertschätzung zu üben.

### **(26) Die Krankenhausseelsorge auf der Station**

Ärztliche Konsilien und Stationskonferenzen sind die wesentlichen Orte, an denen über die Versorgung der Patienten einer Station diskutiert und entschieden wird. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger sind in diese Entscheidungsprozesse in dem Maße eingebunden oder sie kooperieren mit den anderen Berufsgruppen in dem Maße, wie dies für alle Beteiligten fachlich geboten und rechtlich zulässig ist. Dass die Zuwendung zu den Patienten koordiniert und

kooperativ stattfinden muss, ist sicherlich unstrittig. Die jeweilige konkrete Lösung jedoch ist im Rahmen einer sorgfältigen Qualitätsentwicklung zwischen allen Verantwortlichen vor Ort auszuhandeln und immer wieder neu zu prüfen. Das Ergebnis liefert einen der Maßstäbe für den Zuschnitt des Verantwortungsbereichs der Krankenhausseelsorge in einer Klinik.

### **(27) Grundrechtliche Voraussetzungen**

Die Religionsfreiheit ist ein in Art. 4 Grundgesetz (GG) verbrieftes Grundrecht. Den Staat trifft die Pflicht, die Ausübung der Grundrechte auch innerhalb öffentlicher Anstalten, zu denen die Krankenhäuser gehören, zu ermöglichen. Diese Verpflichtung findet unter ausdrücklicher Erwähnung des Krankenhausbereiches ihren Niederschlag in Art. 141 der Weimarer Reichsverfassung (WRV), der über Art. 140 GG in das Grundgesetz inkorporiert ist sowie daran anknüpfend in viele Landesverfassungen und Staatskirchenverträge.

Dabei muss „das Bedürfnis nach Gottesdienst und Seelsorge“ nicht gesondert geäußert oder erfragt werden; bei Angehörigen einer Religionsgemeinschaft wird es als gegeben angesehen, soweit sie „religiöse Handlungen“ im Rahmen ihrer Bekenntnisfreiheit nicht ablehnen. Entsprechende Datenerhebungen von Krankenhäusern und Datenübermittlungen an die Krankenhausseelsorge müssen in dieser

Weise auf die Gewährleistung des Grundrechts auf Religionsausübung ausgerichtet sein.

Unabhängig von diesen Mitteilungen ist es der Krankenhausseelsorge gestattet, Menschen im Krankenhaus – und zwar unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit – aufzusuchen und ihnen Seelsorge anzubieten, und zwar so, dass sie sie auch ablehnen können.

### **(28) Kirchenrechtliche Grundlagen**

Von Seiten der Kirche bestehen die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhausseelsorge (auf der Basis der allgemeinen kirchlichen Grundordnung, Verfassung o. Ä. sowie des allgemeinen Pfarrerdienstrechtes) in der Regel in einer landeskirchlichen Ordnung für die Krankenhausseelsorge und daraus abgeleiteten Regelungen. Darin sind zumeist der Auftrag und die Aufgaben der Krankenhausseelsorge, die Berufung und die Qualifikationsanforderungen, die Aufsicht und ein Fachkonvent geordnet.

### **(29) Träger der Krankenhausseelsorge**

Die meisten Krankenhausseelsorgestellen befinden sich in der Trägerschaft der mittleren kirchlichen Handlungsebene (Kirchenkreis, Dekanat o. Ä.); Krankenhausseelsorgestellen insbesondere in Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern befinden sich teilweise in landeskirchlicher Trägerschaft; mancherorts gibt es auch gemeindliche Trägerschaft, in Verbindung mit gemeindlichem Dienst. Hinzu kommt die Träger-

schaft durch diakonische Einrichtungen selbst, so auch in evangelischen Krankenhäusern, keineswegs aber in allen.

Mit dem jeweiligen Träger ist auch der Referenzrahmen gegeben, in dem Entscheidungen über die Krankenhauseelsorge fallen. Dieser sieht in einem Kirchenkreis, der sonst nur Kirchengemeinden und einige übergemeindliche Dienste und Werke kennt, anders aus als in einem konfessionellen Krankenhaus, das unternehmerisch seine Positionierung auf dem Markt im Auge haben muss. Deshalb ist es wichtig, dass die Profession Krankenhauseelsorge in diesen Leitlinien klar und nachvollziehbar beschrieben ist, sodass die Träger dementsprechende Rahmenbedingungen schaffen und mit dem Krankenhausträger aushandeln können.

Für den Fall, dass freigemeinnützige diakonische Krankenhäuser z. B. auf der Grundlage eines für die Einrichtung entwickelten Seelsorgekonzepts eigene Stellen für Krankenhauseelsorge einrichten, muss im Blick auf die Standards und die Besetzung dieser Stellen das Zusammenwirken mit der jeweiligen Landeskirche geklärt sein.

### **(30) Leitung und Struktur**

Zur Sicherung und Weiterentwicklung professioneller Krankenhauseelsorge ist im Blick sowohl auf ihre Bedeutung für die Kirche wie auch für das Krankenhaus eine engagierte und klare, fachlich unterstützte Leitung erforderlich. Dies gilt angesichts kontinuierlich

schwindender Mittel mehr als je zuvor. Lange Zeit wurden Krankenhauseelsorgestellen als Einzelpfarrstellen gehandhabt; dementsprechend hatte sich vielfach eine gewisse Nischenexistenz ausgebildet; in Zeiten prosperierender kirchlicher Haushalte war das auch gut möglich. Unter dem Finanzdruck muss sich jedoch auch die Krankenhauseelsorge der Überprüfung stellen.

Vorstände, Fachgremien und einzelne Leitungsverantwortliche müssen inhaltliche, personelle und finanzielle Entscheidungsprozesse – häufig in größeren regionalen Einheiten und selbstverständlich in enger Abstimmung mit den Fachleuten der Krankenhauseelsorge – möglichst gut koordiniert und weitblickend steuern. Die folgenden vier Vorschläge nennen verschiedene Optionen für die Strukturierung der Entscheidungsprozesse je nach Bedingungen vor Ort:

- *Gemeinsame Verantwortung und Finanzausgleich:* Wenn in einer Region ein Kirchenkreis deutlich mehr Krankenhauseelsorgestellen finanziert als ein benachbarter, in dem es kaum Krankenhäuser gibt, dann ist die Bildung einer gemeinsamen Trägerschaft und eines größeren Krankenhauseelsorge-Pfarramtes sowie ein entsprechender Finanzausgleich sinnvoll.
- *Kompetenz im Kontakt zwischen Kirche und Krankenhäusern:* Ebenso wie das Krankenhaus ein Interesse an qualifizierter kirchlicher Krankenhauseelsorge hat, so hat auch die Kirche

ein Interesse an qualifizierten Bedingungen der Krankenhauseelsorge im Krankenhaus. Hier darf die Verständigung weder dem Zufall überlassen bleiben noch immer erst in Krisen einsetzen. Angesichts des erheblichen Wandels im Gesundheitswesen ebenso wie im kirchlichen Leben ist es wichtig, dass auf Leitungsebene ein kontinuierlicher Dialog und eine realistische Einschätzung der jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der Kirche wie der Krankenhäuser entsteht. Dazu ist es sinnvoll, wenn kirchlich ein gemeinsames Gegenüber für den Kontakt zu den Leitungen mehrerer Krankenhäuser aufgebaut wird.

- *Qualitätsentwicklung*: Auch für die Krankenhauseelsorge ist es enorm hilfreich, wenn sie die wesentlichen Prozesse und Strukturen ihrer fachlichen und wirtschaftlichen Organisation systematisch ins Gespräch bringt, sie an ihren Zielen ausrichtet, ihre Merkmale am Maßstab der Ziele prüft und sich anhand der Ergebnisse einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung widmet. So kann nachhaltig und phantasievoll aus Erfahrung gelernt und soziale Wirklichkeit gestaltet werden. Es wird nicht erst abstrakt das Bewusstsein verändert und dann das Handeln, vielmehr erweitern sich beim wachen und sorgfältigen Vorgehen auch die Mentalitäten! Die Initiative sollte diesbezüglich bei der Krankenhauseelsorge selbst liegen.

## 32 – Innerkirchliche Öffentlichkeitsarbeit:

Gerade weil die Krankenhauseelsorge durch Vertraulichkeit und Schweigepflicht besonders geprägt ist und sich auf die Welt der Klinik konzentriert, muss sie ihre Bedeutung und Leistung innerkirchlich öffentlich darstellen. Entscheidend ist dabei eine gegebenenfalls professionell gestaltete, kurze, prägnante und anschauliche Präsentation; ein umfangreicherer Jahresbericht mag dies ergänzen, statistische Daten sind nur im Vergleich sinnvoll. Eine bloße Zentralisierung unter Verzicht auf die örtlichen Bezüge wäre sicherlich der falsche Weg; vielmehr müssen gemeinsame Steuerung in größeren Regionen und die Einbindung vor Ort so verbunden werden, dass der nötige Umfang für eine größere Handlungsfähigkeit zustande kommt, zugleich aber auch noch eine gemeinsame Willensbildung gut möglich ist. Das Ziel ist eine stärkere gegenseitige Identifikation zwischen kirchlicher und klinischer Leitungsebene und Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorgern, mehr Transparenz und Flexibilität im Umgang mit knappen Finanzen, klarere Verhandlungen im Blick auf Refinanzierungen.

### (31) Leitung und Aufsicht

Die Leitung hat die Aufgabe, die Arbeit der Seelsorgerinnen und Seelsorger in der geschilderten Qualität zu ermöglichen. Dies betrifft im Wesentlichen die Stellenplanung, die Stellenbesetzung und die Aufsicht der laufenden Arbeit,



wie sie in den jeweiligen landeskirchlichen Ordnungen geregelt sind. Die Aufsicht liegt in der Regel bei dem landeskirchlichen Dezernenten/der Dezernentin oder dem Superintendenten/der Superintendentin, dem Dekan/der Dekanin, dem Propst/der Pröpstin des Kirchenkreises, welche/r Träger der Krankenhausseelsorge ist.

Damit bei der Aufsicht und den entsprechenden Entscheidungen die fachliche Qualität gewährleistet wird, bedarf es eines fachlich qualifizierten Beauftragten oder einer Fachstelle mit Kompetenzen, die landeskirchlich klar definiert sind. Dies gilt insbesondere auch dort, wo die Aufsicht bei der Leitung einer diakonischen Einrichtung liegt. Der oder die Beauftragte sowie die Vertreter der Fachstelle müssen die Qualifikationsanforderungen erfüllen, die auch an die Klinikseelsorgerinnen und Klinikseelsorger selbst gestellt werden.

Der oder die landeskirchliche Beauftragte oder die Fachstelle haben die Aufgabe, die Krankenhausseelsorge in Kooperation mit den jeweiligen Trägern fachlich und organisatorisch zu fördern. Sie stehen den Seelsorgerinnen und Seelsorgern, den kirchlichen Trägern und Leitungsorganen zur Beratung in fachlichen und organisatorischen Fragen sowie bei Konfliktfällen zur Verfügung.

Da die Leitung in der Regel bei der Kirche und deshalb außerhalb des Krankenhauses liegt und die kirchlichen Dienstvorgesetzten des Krankenhausseelsorgers oder der Krankenhausseel-

sorgerin die Personalentscheidungen treffen, müssen diese sorgfältig darauf achten, dass und wie die Leitung der Klinik bei diesen Entscheidungen einbezogen wird.

### **(32) Stellenbesetzung**

Bei der Besetzung von Krankenhausseelsorgestellen liefern diese Leitlinien, die landeskirchlichen Ordnungen und die in ihnen beschriebenen fachlichen Standards der Krankenhausseelsorge die Kriterien für die Personalentscheidung.

Bei der Auswahl der geeigneten Person hat es sich im Blick auf die weitere Zusammenarbeit bewährt, bei Bewerbungsgesprächen die jeweilige Krankenhausleitung mit verschiedenen Berufsgruppen oder auch eine Vertretung des örtlichen Krankenhausseelsorgeteams oder der Ehrenamtlichen in der Krankenhausseelsorge zu beteiligen. Die Entscheidung selbst ist allein Sache des zuständigen kirchlichen Gremiums.

### **(33) Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen**

Die hauptamtlichen Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger, die ihren Dienst im Rahmen eines entsprechenden Anstellungsverhältnisses ausüben, arbeiten vielerorts mit qualifizierten ehrenamtlichen Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern zusammen und begleiten sie bei ihrer Qualifizierung und ihrem Einsatz. Zur Qualifizierung ehrenamtlicher Seelsorgerinnen und Seelsorger liegen Curricula für die Aus-

bildung in ehrenamtlicher Krankenhauseelsorge vor und werden kontinuierlich weiterentwickelt. Vielfach können Standards übernommen werden, wie sie schon in anderen Bereichen kirchlicher Seelsorge – z. B. in der Telefonseelsorge – entwickelt wurden.

### **(34) Finanzierung im Rahmen der Kirche**

Wer eine Krankenhauseelsorgestelle innehat, erhält Dienstbezüge nach der Pfarrbesoldungsordnung bzw. Angestelltengehalt entsprechend der tariflichen Eingruppierung.

Die Krankenhauseelsorge wird vorrangig aus Mitteln finanziert, die vom jeweiligen kirchlichen Anstellungsträger kommen. Teilweise gibt es auch Refinanzierungen, sei es kirchlich zwischen verschiedenen Ebenen oder von der Landeskirche an den diakonischen Träger, sei es vom Krankenhaus an den jeweiligen kirchlichen Träger.

### **(35) Refinanzierung durch das Krankenhaus**

Die Finanzierung der Krankenhauseelsorge, erst recht die Refinanzierung durch ein Krankenhaus sind Investitionen in die Qualität der klinischen Versorgung und Ausdruck des Stellenwerts und der Wertschätzung der Krankenhauseelsorge als menschlicher und geistlicher Präsenz in kritischen Lebenssituationen, wie sie im Krankenhaus auftreten.

die Kirchen haben mit immer knapperen Ressourcen zu kämpfen. Wenn in dieser Situation ein Krankenhaus durch die volle oder teilweise Refinanzierung zur Sicherung von Krankenhauseelsorge beiträgt, so ist Folgendes wichtig: Professionelle Krankenhauseelsorge erfolgt in der Regel in kirchlichem Auftrag; von dorthin erfährt sie ihre inhaltliche Bestimmung und Freiheit. Das Krankenhaus wirbt u. a. mit ebendieser kirchlich geordneten und anerkannten Krankenhauseelsorge im Gesamtspektrum seiner Dienstleistungen um den öffentlichen Versorgungsauftrag und die Patienten.

Um die an diesen Leitlinien ausgerichtete Krankenhauseelsorge trotz abnehmender kirchlicher Finanzmittel dennoch zu sichern oder auszubauen, kann die Refinanzierung durch einen Krankenhausträger ein entscheidender Beitrag sein. Die entsprechende Vereinbarung zwischen kirchlichem Anstellungsträger und Krankenhaus kann sich auf diese Leitlinien beziehen und im Anschluss daran Stellenumfang, Art der Refinanzierung und gegebenenfalls besondere Aufgaben nennen.

### **(36) Räume für Gottesdienst und Stille**

Die Erfahrung zeigt, dass Patienten, Angehörige und Mitarbeitende zunehmend einen religiös ausgezeichneten Ort im Krankenhaus und herausgehobene Zeiten zu schätzen wissen. Wo nicht bereits gottesdienstliche Räume bestanden, haben

Krankenhäuser – meist im Zusammenwirken mit der Krankenhausseelsorge – in den letzten Jahren verstärkt Räume der Stille oder Kapellen geschaffen.

Inmitten alles funktional Bestimmbaren werden diese Räume deshalb gerne zur Besinnung aufgesucht. Der Krankenhausseelsorge erleichtern solche Räume den Dienst, da sie der Besinnung, dem Gebet und der symbolischen Kommunikation einen Ort geben. Bergende Räume und gegliederte Zeiten sind vielen Menschen eine Hilfe, wieder zu sich selbst und den eigenen Kräften zum Menschsein zu finden.

### **(37) Raum zum seelsorglichen Gespräch**

In der Bereitstellung eines geeigneten Raumes für Seelsorgegespräche und andere dienstliche Aufgaben kommt die Wertschätzung der Krankenhausseelsorge durch das Krankenhaus zum Ausdruck. Zur Standardeinrichtung dieses Raumes gehören Telefon und Fax, nach Möglichkeit auch ein PC mit Internet- und Intranetanschluss.

Von dort aus organisieren die Seelsorgerinnen und Seelsorger die Formen ihrer Erreichbarkeit durch direkte Präsenz, Einladungen und Benachrichtigungsmöglichkeiten.

### **(38) Verwaltungskapazitäten**

Die Landeskirchen statten die für die Planung und Koordination der Krankenhausseelsorge zuständige Stelle auf landeskirchlicher Ebene (Dezernat / Referat)

personell und finanziell angemessen aus. Wo diese Aufgaben auf Kirchenkreis- oder Dekanatebene wahrgenommen werden, sind die Kirchenkreise bzw. Dekanate für die entsprechende personelle und finanzielle Ausstattung zuständig.

Die Anstellungsträger stellen den Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern die zur Erledigung ihrer Aufgaben nötigen finanziellen und technischen Mittel zur Verfügung, soweit dies nicht von anderer Seite erfolgt.

### **(39) Öffentlichkeitsarbeit**

Für die Krankenhausseelsorge ist die Öffentlichkeitsarbeit von zentraler Bedeutung: Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sowie die anderen Beteiligten im Krankenhaus müssen über die Möglichkeiten und Angebote der Krankenhausseelsorge informiert werden. Zu Veranstaltungen, z. B. Gesprächskreisen und Gottesdiensten, und anderen Angeboten (Einzelgespräch, Krankensalbung etc.) wird öffentlich eingeladen. Deutlich zu machen ist, dass es sich bei der evangelischen Krankenhausseelsorge in der Regel um einen eigenständigen, vom Krankenhaus unabhängigen Dienst handelt. Zu klären ist, wie die vorhandenen Hausmedien (Brochure, Faltblatt, Radio, Fernsehen) für Informationen genutzt werden können.

Die Übertragung von Gottesdiensten per Funk und Bildschirm im Krankenhaus verlangt eine zumindest kurze Einführung in die Gestaltung von Rundfunk- bzw. Fernsehgottesdiensten.

#### (40) Qualitätsmanagement

Den Auftrag zur Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems für die Krankenhausseelsorge erteilt die kirchliche Leitung der Krankenhausseelsorge, die Qualitätsentwicklung selbst ist von den Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern zu leisten. Die vorliegenden Leitlinien bilden für beides die Grundlage. Die Belange des Organisationshandelns und des Professionshandelns sind dabei angemessen und ausgewogen aufeinander zu beziehen. Bei allen Verfahren des Qualitätsmanagements ist die Schweigepflicht strikt zu wahren.

Die Praxis der Krankenhausseelsorge ist in sinnvollem Umfang zu dokumentieren und zu evaluieren. Aufgrund der inhaltlichen Qualitätsanforderungen und angesichts des nicht flächendeckenden Anspruchs der Krankenhausseelsorge sind bloße Zahlen jedoch wenig aussagekräftig. Zielgrößen und Messzahlen sind dann relevant, wenn sie die Beziehungen sichtbar und plausibel machen können, für die sie stehen. Entscheidend aber ist die qualitative inhaltliche Selbstbeschreibung der Krankenhausseelsorge. Sie liefert dem kritischen – internen wie externen – Betrachter in der Regel hinreichend Aufschluss darüber, was die Krankenhausseelsorge leisten will, leisten kann und effektiv leistet.

Dokumentiert werden in der Krankenhausseelsorge daher wie üblich Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, insbesondere:

- Leitbild, Professionsmodell und Konzeption der jeweiligen Krankenhausseelsorge,
- Leitungs- und Kommunikationsstrukturen, personelle und materielle Ausstattung, vertragliche Grundlagen, Fachorgane, Erreichbarkeit, Kooperationen, Vernetzung,
- Prozesse und Ergebnisse der Personal- und Finanzplanung sowie der Stellenbesetzung und Haushaltsführung, der übrigen Verwaltung und der Öffentlichkeitsarbeit,
- Prozesse und Ergebnisse professioneller Selbstreflexion (z. B. Fallkonferenzen, Supervision und Fortbildung, Beschwerdemanagement, Fachkonferenzen, interdisziplinäre Foren),
- anonymisierte und in Supervision kontrollierte exemplarische Fälle,
- die Präsenz und Inanspruchnahme im Krankenhaus.

Gegenwärtig werden verschiedene Vorhaben und Verfahren des Qualitätsmanagements erprobt und überprüft. Dazu gehört auch die Frage, ob und ggf. wie das eigenständige Qualitätsentwicklungssystem der Krankenhausseelsorge bei Bedarf mit in der Klinik üblichen Formen des Qualitätsmanagements zu verbinden ist. Das gilt nicht zuletzt im Blick auf die zunehmende Bedeutung von Zertifizierungen im Krankenhausbereich, insbesondere das für kirchliche Krankenhäuser entwickelte Verfahren nach proCum Cert inklusive KTQ®, dem ein Kriterienkatalog zu Grun-

de liegt, der die spezifische Qualität christlicher Krankenhäuser abbilden soll.

Auf der Basis dieser Leitlinien können in näherer Zukunft regionale Qualitätsgemeinschaften gegründet und Qualitätskataloge erstellt werden, die im Rahmen kirchlicher Visitationen auch eine Grundlage für die Vergabe von Zertifikaten bilden können. Voraussetzung dazu ist eine entsprechende Übereinkunft von Trägern der Krankenhausseelsorge und auch die Abstimmung mit den Trägern von Krankenhäusern und ihren Qualitätsgemeinschaften.

#### **(41) Verbandliche Interessenvertretung**

Seelsorgerinnen und Seelsorger kommen auf der Ebene ihrer Landeskirche oder auch regional in „Konventen“ zusammen. Diese dienen dem Erfahrungsaustausch, der gemeinsamen Qualifizierung und der Interessenvertretung auf landeskirchlicher Ebene.

Aus den landeskirchlichen Krankenhausseelsorgekonventen wird durch Delegation die Konferenz für Krankenhausseelsorge in der Evangelischen Kirche in Deutschland gebildet. Auf diese Weise ist die berufsständische Orientierung bundesweit gesichert.

## **V. Die „Marke“ Krankenhausseelsorge schützen und weiterentwickeln**

### **(42) Leitlinien als Verständigungsgrundlage zwischen Kirche und Klinik**

Das erste Ziel der hier vorgelegten Leitlinien ist, die Krankenhausseelsorge nach innen und außen in ihren Inhalten verständlich zu machen. Als Verständigungsgrundlage sollen sie eine Brücke sein zwischen Kirche und Krankenhaus, zwischen Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern und anderen Professionen im Gesundheitswesen, zwischen in der Seelsorge Tätigen und Entscheidungsorganen.

### **(43) Leitlinien als kirchliche Selbstverpflichtung**

Das zweite Ziel ist, dass die hier dargelegten Professionalitätsmerkmale und Standards von den Verantwortlichen in den Landeskirchen und Einrichtungen aufgenommen und im Sinne des Schutzes der „Marke“ Krankenhausseelsorge verbindlich gemacht und umgesetzt werden. Dies bezieht sich auf die Qualität sowohl der Ausbildung als auch der Stellenbesetzungen als auch der administrativen Unterstützung und Begleitung.

### **(44) Leitlinien als seelsorgliche Selbstverpflichtung**

Das dritte Ziel ist, die Weiterentwicklung der Krankenhausseelsorge voran-

zutreiben. Die Leitlinien markieren Anlässe und Themen für Diskurse im theologischen und humanwissenschaftlichen Bereich, die kontinuierlich gepflegt werden müssen. Sodann müssen Fragen der Qualitätssicherung als Anliegen einer „lernenden Organisation“ weiterverfolgt werden. Die Sicherung der Krankenhauseelsorge ist nicht zuletzt eine „unternehmerische“ Herausforderung an die Anstellungsträger und an die Seelsorgerinnen und Seelsorger selbst.

#### **(45) Leitlinien als Verständigungsgrundlage zwischen Seelsorge und Gesellschaft**

Das vierte Ziel ist, die Krankenhauseelsorge im System Krankenhaus durch Darlegung ihres Auftrages, ihrer Ziele und Aufgaben, aber auch ihrer Schwierigkeiten anschlussfähig und für Kooperationen und Unterstützung dialogfähiger und offener zu machen. Die Krankenhauseelsorge ist im Krankenhaus darauf angewiesen. Und angesichts der Veränderungen im Gesundheitswesen sind die Krankenhäuser in verschiedener Hinsicht wiederum verstärkt auf die Krankenhauseelsorge angewiesen.

Nur so kann im Gesundheitswesen, in der Kirche und in der Gesellschaft insgesamt ein neuer Dialog darüber zustande kommen, was im Sinne einer patientenorientierten ganzheitlich verstandenen Zuwendung für die Stärkung des Menschseins in seiner körperlichen und seelischen Befindlichkeit erforderlich ist und welche Ressourcen zukünftig

dafür bereitgestellt werden können. Hier sind neue Finanzierungsmodelle gefragt. Wofür – das wollen die Leitlinien klarstellen.

Die Kirche will aus ihrem Auftrag und ihrer Verantwortung heraus auch weiterhin mit professioneller Krankenhauseelsorge zu einer menschenfreundlichen Gestaltung der sozialen und zwischenmenschlichen Wirklichkeit im Krankenhaus beitragen.

#### **Hinweise**

Die Ordnungen und Leitlinien der einzelnen Landeskirchen für die Krankenhauseelsorge, Beispiele und Muster für entsprechende Rahmenvereinbarungen sowie die Curricula für die Seelsorgeausbildung für Haupt- und Ehrenamtliche werden gesammelt im:

Seelsorgeinstitut an der Kirchlichen Hochschule Bethel

Remterweg 45

33617 Bethel

Tel. 0521-1443386, Fax 0521-1444648

E-Mail:

[seelsorgeinstitut@uni-bielefeld.de](mailto:seelsorgeinstitut@uni-bielefeld.de)

## **Mitglieder der Redaktionsgruppe:**

**für die Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD:**

Pastor Andreas Greve, Schwerin  
Pfarrer Wolfgang Gruber,  
München, Vorsitz  
Pfarrer Hartmut Schloemann, Köln

**für die EKD-Konferenz der landeskirchlich Verantwortlichen für Sonderseelsorge:**

Pfarrerin Brigitte Becker, Speyer  
Stadtpastor Sebastian Borck,  
Hamburg  
Landespfarrerin für Krankenhausseelsorge Gabriele Külz, Berlin

**für die Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie:**

Pastorin Uta Schäfer-Breitschuh,  
Hannover

**für das Seelsorgeinstitut an der Kirchlichen Hochschule Bethel:**

Pfarrerin Dr. Irmhild Liebau-Bender,  
Bielefeld-Bethel

**außerdem:**

Oberkirchenrätin Katarina Schubert,  
Hannover, Geschäftsführung  
Pastor Dr. Hartwig von Schubert,  
Hamburg, Moderation und Redaktionsleitung

## **Ständige Gäste:**

**für den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband:**

Pastor Norbert Groß, Berlin

**für die Konferenz der Katholischen Krankenhauseelsorge:**

Pastoralreferentin Dorothee Haart,  
Hamburg

## **Literatur zur liturgischen Gestaltung:**

**Kirchenleitung der VELKD (Hg.):** Dienst am Kranken. Agende für Evangelisch-Lutherische Kirchen und Gemeinden, Band III: Die Amtshandlungen, Teil 4, Hannover 1994.

**Lutherische Liturgische Konferenz (Hg.):** Evangelisches Pastorale. Gebete und Lesungen zur Seelsorge, 5. Auflage, Gütersloh 1998; in Vorbereitung für das Frühjahr 2005: Liturgische Konferenz (Hg.): Neues Evangelisches Pastorale, Gütersloh 2005

**Das ewig Licht scheint da herein.** Rituale für kranke, alte und sterbende Menschen. Hrsg. von der Arbeitsstelle für Gottesdienst und Kindergottesdienst der Evangelischen Kirche im Rheinland, Düsseldorf 1998.

