



EVANGELISCHE  
KIRCHE  
IM RHEINLAND

# Krankenhausseelsorge als Aufgabe der Kirche und des Krankenhauses

**HANDREICHUNG**



## 1. EINLEITUNG

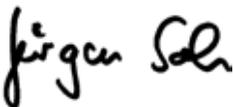
Krankheit wirft viele Fragen auf. Krank zu sein, stellt vieles in Frage. Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen im Krankenhaus Menschen zur Seite, deren Leben häufig durch den Krankenhausaufenthalt verunsichert ist. Sie begleiten kranke Menschen und ihre Angehörige in ihren Ängsten und Hoffnungen, in Trauer und Zuversicht. Sie sind zugleich auch wichtige Gesprächspartner für die Mitarbeitenden im Krankenhaus.

Die Seelsorge im Krankenhaus zu stärken, ist Ziel dieser Veröffentlichung. Sie geht zurück auf die von der Landessynode 2012 beschlossene Konzeption zur Krankenhauseelsorge, die sprachlich überarbeitet wurde. Bereits im Titel wird deutlich: Es gibt eine gemeinsame Verantwortung. Krankenhauseelsorge ist Aufgabe der Kirche und des Krankenhauses.

Häufig verantworten die Kirchenkreise die Evangelische Seelsorge in den Krankenhäusern vor Ort. Mit der vorliegenden Konzeption sollen sie gestärkt werden, die Krankenhauseelsorge konzeptionell zu verankern und mit den Krankenhäusern einen vertrauensvollen Kontakt aufzubauen und zu pflegen. Denn Kooperationen vor Ort stärken die Arbeit für die Menschen und sind zugleich ein Gewinn für das Krankenhaus und für die Kirche.

Ins Gespräch zu kommen ist für die Seelsorgenden im Krankenhaus häufig der erste Schritt. Mit der vorliegenden Konzeption hoffen wir, dass das Gespräch über die Krankenhauseelsorge zwischen den Verantwortlichen weitergeht und diese wichtige Arbeit in der Kirche und im Krankenhaus stärkt.

Kirchenrat Pfarrer Jürgen Sohn

Handwritten signature of Jürgen Sohn in black ink.

Düsseldorf, im September 2012

## INHALT

<b>1</b>	<b>Grundlegung</b>	<b>6</b>
1.1	Biblisch-Theologische Orientierung	6
1.2	Soziologische Orientierung	7
1.3	Zum Seelsorgeverständnis	8
1.4	Die Leitvorstellung der EKiR: „Missionarisch Volkskirche sein“	8
1.5	Krankenhausseelsorge als „Lernfeld der Kirche“	9
<b>2</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>10</b>
2.1	Kirchliche Rahmenbedingungen	10
2.2	Rahmenbedingungen der Krankenhäuser	14
2.2.1	Trägerschaft und Strukturen	14
2.2.2	Krankenhausplanung und Finanzierung	15
2.2.3	Qualitätssicherung und Zertifizierung	16
2.2.4	Ethik	17
2.2.5	Bildung und Unterricht	18
<b>3</b>	<b>Tätigkeitsfelder und Kompetenzen der Krankenhausseelsorge</b>	<b>19</b>
3.1	Tätigkeitsfelder der Seelsorge für Patientinnen und Patienten	19
3.2	Tätigkeitsfelder der Seelsorge für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	20
3.3	Tätigkeitsfelder der Seelsorge in der Organisation Krankenhaus	20
3.4	Tätigkeitsfelder der Krankenhausseelsorge in der Vernetzung zu den Gemeinden und anderen Einrichtungen	21
3.5	Kompetenzen der Krankenhausseelsorge	22
<b>4</b>	<b>Evangelische Seelsorge – Kooperation und Abgrenzung</b>	<b>23</b>
4.1	Kirchliche, Evangelische Seelsorge neben und mit dem sozialen und dem psychoonkologischen Dienst im Krankenhaus	23
4.2	Kirchliche, Evangelische Seelsorge und Spiritual Care	23
4.3	Profil Evangelischer Krankenhausseelsorge	25
4.4	Seelsorge an Kranken als Auftrag und Chance des Gemeindeaufbaus	26
4.5	Datenschutz und Seelsorge	27

<b>5</b>	<b>Konsequenzen</b>	<b>28</b>
5.1	Finanzierung von Krankenhauseelsorge und Refinanzierung	28
5.2	Finanzielle Absicherung der Krankenhauseelsorge in Bezug auf unterschiedliche Träger von Krankenhäusern	29
5.3	Verantwortung der unterschiedlichen kirchlichen Ebenen für die Krankenhauseelsorge	30
5.4	Fachliche und berufliche Voraussetzungen für Krankenhauseelsorge und ihre Position in den Systemen Kirche und Krankenhaus	31
5.5	Bewertungskriterien von Krankenhauspfarrstellen	32
<b>6</b>	<b>Handlungsoptionen</b>	<b>33</b>
6.1	Krankenhauseelsorge unter der Perspektive von „Missionarisch Volkskirche sein“	33
6.2	Verantwortung der Kirchenkreise für Krankenhauseelsorge und Krankenseelsorge	34
6.3	Qualitätsstandards	34
6.4	Krankenhauseelsorge eingebunden in ethische Urteilsbildung und Bildung	36
6.5	Patientinnen und Patienten in Ambulanzen	37
6.6	Ehrenamtliche in der Seelsorge an Kranken	38
6.7	Beteiligung der Krankenhäuser an den Personalkosten von Krankenhauseelsorge	38
6.7.1	Kriterien für Refinanzierungsverhandlungen	39
6.7.1.1	Sinnvolle Dokumente im Kirchenkreis und den einzelnen Krankenhäusern	39
6.7.1.2	Besonderheiten eines Hauses und der dortigen Beteiligung der Seelsorge/Aspekte für Refinanzierungsverhandlungen	40
6.8	Bewertungskriterien und Priorisierung für Krankenhauseelsorge	41
6.9	Pfarrstellen und andere Anstellungsverhältnisse	42
6.10	Kirchenkreisübergreifende Aufgaben der Krankenhauseelsorge	43
<b>7</b>	<b>Zusammenfassende Thesen</b>	<b>45</b>

## 1. GRUNDLEGUNG

### 1.1 Biblisch-Theologische Orientierung

Krankheit, Gesundheit, Geburt und Tod sind Grundthemen der Heiligen Schrift und im Krankenhaus und im Wesentlichen nur dort, hochkonzentriert zu finden. Die Seelsorge an kranken Menschen ist Kernaufgabe der Kirche. Dabei geht es um die Seele des Menschen im alttestamentlichen Verständnis von Seele. Gott haucht dem Menschen Atem, Seele ein, „das Vitale, das Leben ermöglichende Prinzip im Menschen“.<sup>1</sup> Seelsorge sieht den kranken Menschen als Einheit von Leib und Seele, nimmt ihn in seiner Vielschichtigkeit wahr.

Der kranke Hiob sagt seinen Freunden: „Hört, o hört doch auf mein Wort, das wäre mir schon Trost von euch“ (Hiob 21,2). Damit wird Zuhören als wesentliche Funktion des Dienstes an Kranken benannt.

Die Evangelien überliefern zahlreiche Erzählungen, die Jesu Zuwendung gerade zu kranken Menschen bezeugen. Matthäus 25,36 zählt zu den Gesegneten diejenigen, die Kranke besuchen. Und bei Jakobus 5, 13 ff. wird Kranken das Gebet mit den Ältesten samt Salbung zur Gesundung empfohlen.

Von daher ist zu verstehen, wenn es in den „Grundsätzen für die Seelsorge in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen“ heißt: „Seelsorge ist Wesensäußerung der Kirche Jesu Christi. Krankenhausseelsorge nimmt den seelsorglichen Auftrag durch den Dienst an Wort und Sakrament im Gesundheitswesen, einem zentralen gesellschaftlichen Bereich, wahr. Sie erfüllt damit den missionarischen Auftrag des Evangeliums durch Zeugnis, Gemeinschaft und Dienst.“<sup>2</sup> Krankheit hat neben der körperlichen Beeinträchtigung immer auch mit Fragen der Wahrnehmung des Selbst- und Weltbildes, der geistlichen Dimension des Daseins, des Sinns zu tun, letztlich mit der Frage nach Gott. Wenn wir glaubend bekennen, dass Gottes Wort dabei hilft, „Körper und Seele zu stärken, zu trösten und zu heilen“<sup>3</sup>, dann ist seelsorgliche Zuwendung zu Kranken gefordert.

Dabei begegnet eine Krankenhausseelsorgerin und ein Krankenhausseelsorger einem Patienten in seiner ganzen Vielschichtigkeit entsprechend dem Verhalten Jesu, der den Mann, der zu ihm gebracht wird, fragt: „Was soll ich Dir tun?“ (Lk18, 40 f.).

<sup>1</sup> Bertram u. a., Krankenhausseelsorge – Qualität im Kontext von Spiritual Care, in: Frick, Roser Hrsg., Spiritualität und Medizin, Kohlhammer 2009, S. 81

<sup>2</sup> Kirchliches Amtsblatt der Evangelischen Kirche im Rheinland Nr. 4 vom 15.4.2002, vgl. KO Artikel 1,4; 42; 95 126

<sup>3</sup> Bischof Huber im Vorwort zu „Die Kraft zum Menschsein stärken – Leitlinien für die evangelischen Krankenhausseelsorge“, Hannover 2004, S. 6

Das Angebot der Krankenhausesseelsorge hat somit einen ganzheitlichen Heilungsprozess von Leib, Seele und Geist im Blick. Heilung ist mehr als körperliches heil werden. Es geht um Integration der Krankheit in das eigene Leben, sei es bei vollständiger Genesung, sei es bei dauerhafter oder chronischer Erkrankung; es geht um Akzeptanz der Endlichkeit z. B. bei der Begleitung sterbender Menschen; es geht darum, einen Sinn im eigenen Ergehen zu finden.

## 1.2 Soziologische Orientierung

Gesundheit bekam in den letzten Jahrzehnten einen hohen Stellenwert. Krankheit erschien zunehmend dank des medizinischen Fortschritts als ein überwindbarer temporärer Zustand. Diese Vorstellung ist bis heute weit verbreitet. Die Medizin unterstützt diese Vorstellung. Daneben steht die alltägliche Erfahrung von dauerhafter Erkrankung, nicht heilbarer Krankheit und Tod in Folge von Krankheit. „Die moderne Krankenhausmedizin hat sich bekanntlich darauf spezialisiert, Krankheitszustände zu diagnostizieren, zu lindern, ggf. zu heilen, und damit vor allem darauf, Leben zu erhalten. Jegliche Kenntnisenwicklung, Routinen und Vorkehrungen sind auf diese Ziele gerichtet.“<sup>4</sup> In den zurückliegenden Jahrzehnten hat sich die Einstellung von kranken Menschen zu ihrer Erkrankung verändert. Patientinnen und Patienten wollen zunehmend beteiligt werden an Entscheidungsprozessen über ihre Behandlung. Gleichzeitig sind sie oftmals damit überfordert, da sie nicht überblicken können, welche Folgen ihre Entscheidungen haben. Und auch die Rolle der Ärztin, des Arztes hat sich verändert; sie oder er muss über die Erkrankung aufklären, in den Dialog mit der Patientin, dem Patienten treten, zu einer partizipativen Entscheidungsfindung kommen.

Bei allem medizinischen Fortschritt ist das Sterben eine alltägliche Erfahrung im Krankenhaus, für das allerdings meist gilt: „Der unzeitige, nicht zu verhindernde Tod ist eine Niederlage für die Hochleistungsmedizin, aber er ist immer auch mehr: Er ist Konfrontation und Spiegel unserer menschlichen Begrenztheit.“<sup>5</sup> 2005 starben in Krankenhäusern 47,3 % aller Verstorbenen. Gegenüber den früheren Jahrzehnten hat damit die Häufigkeit des Sterbens in Krankenhäusern abgenommen.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> Gerd Göckenjan, Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten, Abschnitt „Sterben im Krankenhaus“ in: Aus Politik und Zeitgeschehen 4/2008, Bundeszentrale für politische Bildung, [http://www.bpb.de/publikationen/32X98M,0,Sterben\\_in\\_unserer-Gesellschaft\\_Ideale\\_und\\_Wirklichkeiten.html](http://www.bpb.de/publikationen/32X98M,0,Sterben_in_unserer-Gesellschaft_Ideale_und_Wirklichkeiten.html), Zugriff am 4.8.2010)

<sup>5</sup> Gertraude Kühnle-Hahn, Das Krankenhaus – ein Ort zum Sterben? Vortrag 25.11.09, S. 2

<sup>6</sup> Gerd Göckenjan, Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten, Abschnitt Wandlungen des Sterbens“ in: Aus Politik und Zeitgeschehen 4/2008, Bundeszentrale für politische Bildung

### **1.3 Zum Seelsorgeverständnis**

„Seelsorge ist persönliche Glaubens- und Lebenshilfe. Sie unterstützt im Angesicht Gottes den ganzen Menschen in seiner leiblichen, seelischen, geistigen und sozialen Wirklichkeit. Sie ermutigt, stärkt, tröstet, begleitet und hilft, Krisen zu bewältigen und Probleme zu lösen. Sie ist Praxis des Evangeliums und sie hilft Menschen ihr Leben im Horizont des christlichen Glaubens zu verstehen und anzunehmen. Seelsorge ist die ‚Muttersprache der Kirche‘...

Seelsorge versteht sich als Lebenshilfe und als Glaubenshilfe. Je nach Fragestellung und Lebenslage der Seelsorgesuchenden kann einer der beiden Aspekte stärker im Vordergrund stehen.“<sup>7</sup>

Die Seelsorge im Krankenhaus zielt primär auf die Stärkung der Patientinnen und Patienten im Umgang mit dem, was ihnen widerfährt. „Über Trost und Heilung kann 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: 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, unserem Herrn“ (Römer 8,38 f.).<sup>8</sup> Krankenhauseelsorge ist darüber hinaus aber auch für alle im Krankenhaus Arbeitenden präsent und ansprechbar und wirkt in dieser Weise im gesamten System Krankenhaus (siehe dazu unten 2.1, 2.3).

### **1.4 Die Leitvorstellung der Evangelischen Kirche im Rheinland: „Missionarisch Volkskirche sein“**

Auf der Landessynode 2010 hat die Evangelische Kirche im Rheinland für die Landeskirche die Leitvorstellung „Missionarisch Volkskirche sein“ beschlossen.

Durch die begriffliche Verbindung „Missionarisch Volkskirche sein“ ist die Weite eines volkscirchlichen Selbstverständnisses einer Kirche, die auf Menschen zugeht, verbunden mit der Vorstellung einer Kirche, die sich ihrer Identität bewusst ist und ihren Glauben einladend und sprachfähig vermittelt.

„Die Kirche, die missionarisch Volkskirche ist, gestaltet Diakonie und Seelsorge

<sup>7</sup> Handreichung zur Qualitätsentwicklung in der Seelsorge, Seelsorgeausschuss der Evangelischen Kirche im Rheinland 2010, S. 3

<sup>8</sup> Leitlinien, EKD, 2004; Leitlinien für die KHS in der Evangelischen Kirche im Rheinland 2004

als die zu ihr gehörige Form realisierter Nächstenliebe zum besten Nutzen der Nächsten. Seelsorge und Diakonie als Wesens- und Lebensäußerungen der Kirche stellen sich dem Anspruch, missionarisch Volkskirche zu sein.“<sup>9</sup>

Von dieser Leitvorstellung sollen alle kirchlichen Aktivitäten geprägt sein.

### **1.5 Krankenhauseelsorge als „Lernfeld der Kirche“**

Da die Evangelische Kirche sich den rasanten Veränderungen in der Gesellschaft nicht verschließt, versteht sie sich als „lernende Organisation“<sup>10</sup>. Ein wichtiges gesellschaftliches Feld, in dem von der Kirche aktuelle Positionen erwartet werden und in das sie ihre Wertvorstellungen einbringen kann, ist der ethische Diskurs. Gerade zu Fragen am Beginn und am Ende des Lebens (Präimplantationsdiagnostik, Pränataldiagnostik, Organtransplantation, Sterbehilfe) werden im kirchlichen wie im politischen Bereich Fragen virulent, die auch im Alltag der Krankenhauseelsorge aufgeworfen sind.

Indem die Krankenhauseelsorge sich gerade im Bereich der Medizinethik diesen Anfragen stellt und aus der seelsorglichen Sicht dazu beiträgt, individuelle Antworten zu formulieren, erweist sie sich als wichtiges Lernfeld der Kirche im Bereich der Ethik. Sie bringt diese Fragen als lebensnahe Themen Betroffener in den innerkirchlichen Diskurs ebenso ein wie in das interdisziplinäre Gespräch im Krankenhaus.

Die Krankenhauseelsorge hat durch ihre Einbettung in das medizinische Umfeld wie auch ihre Arbeit mit Betroffenen einen doppelten Zugang zu den Veränderungen, die durch den rasanten Fortschritt der Medizin auf einzelne Menschen wie auch auf die Gesellschaft als Ganze zukommen. Dadurch tritt zum einen die ethische Dimension der seelsorglichen Arbeit deutlich in den Vordergrund und zum anderen gibt die Krankenhauseelsorge Impulse für die Kirche als lernende Organisation beim Finden neuer ethischer Antworten und Positionen.

Weil die Krankenhauseelsorge nahe beim Menschen ist, erweist sie sich in diesem medizinischen Kontext als hilfreich, wenn die Begleitung von Menschen bei der „Entscheidungsfindung und bei der Entscheidungsbewältigung“ (Ralph Charbonnier)<sup>11</sup> gelingt. Zugleich gibt sie damit wichtige Hinweise für die theologische und ethische Reflexion der Evangelischen Kirche.

<sup>9</sup> Missionarisch Volkskirche sein, S. 17

<sup>10</sup> Missionarisch Volkskirche sein, S. 22

<sup>11</sup> s. Seelsorge – Muttersprache der Kirche, epd-Dokumentation, 10/2010, S. 25

## 2 RAHMENBEDINGUNGEN

### 2.1 Kirchliche Rahmenbedingungen

Seit Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts hat sich die Krankenhausseelsorge als bedeutendes kirchliches Aufgabenfeld entwickelt. In dieser Zeit wurde auch die Seelsorgebewegung in Deutschland stark und gewann Einfluss. Die Pluralisierung und Segmentierung der Lebenswelten schritt voran und brachte in der Folge ausdifferenzierte Leistungsangebote wie z.B. die Krankenhausseelsorge hervor.

Die Kirche entwickelte seit den 70er Jahren parallel dazu stärker als früher ein Selbstverständnis, das durch eine Geh-Struktur im Unterschied zu einer Komm-Struktur gekennzeichnet ist: Kirche geht zu den Menschen. Im Zuge dieser Entwicklungen stellte die Kirche zahlreiche Pfarrstellen für die Seelsorge in Krankenhäusern zur Verfügung. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger sollten nicht nur für die Besuche der Kranken, sondern auch für die Mitarbeitenden präsent und ansprechbar sein als Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger. Über die Krankenhausseelsorge erreicht Kirche bis heute sowohl ihre eigenen Mitglieder der Kerngemeinde als auch ihrer Gemeinde fernstehende Menschen, Angehörige anderer Konfessionen und Religionen und Atheisten, Angehörige unterschiedlicher Nationalitäten und Kulturen. Krankenhausseelsorge findet bei nahezu allen Patientinnen und Patienten hohe Akzeptanz – den Dienst an Kranken, Sterbenden und deren Angehörigen erwarten nahezu alle Menschen von der Kirche.

Anfang 2010 gibt es im Bereich der Evangelischen Kirche im Rheinland 308 Kliniken, 109 Vollzeitstellen für Krankenhausseelsorge, die mit 152 Pfarrerinnen und Pfarrern in unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen (beamtet, angestellt, i.W., mbA.) besetzt sind. Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger arbeiten in somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern und in Rehabilitationskliniken. In der Evangelischen Kirche im Rheinland ist das Leitbild der Seelsorge in Krankenhäusern die Krankenhausseelsorge. Das heißt, der Auftrag der Seelsorgenden in Krankenhäusern bezieht sich außer auf Patientinnen und Patienten auch auf Mitarbeitende, die in ihrem Alltag hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sind. Für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die Krankenhausseelsorge der einzige Kontakt zu Kirche. Individuelle Gespräche, Stationsgespräche und Amtshandlungen werden von Mitarbeitenden gerne in Anspruch genommen. Krankenhausseelsorge vertritt innerhalb der Einrichtung Krankenhaus evangelische Positionen und Werte. Grundlegend sind hier:

- Die Gottebenbildlichkeit, aus der Respekt vor und Würde des Menschen und der unbedingte Wert menschlichen Lebens folgen;
- Die Werte der reformatorischen Theologie wie die individuelle Freiheit und Autonomie der Person sowie die Beteiligung von Betroffenen an Entscheidungen;
- Die Erkenntnisse der Rechtfertigungslehre hinsichtlich der Begrenztheit eigenen Denkens und Handelns und daraus folgender Fehlerfreundlichkeit;
- Die Unvollkommenheit und Fragmentarität menschlichen Lebens.

Diese Positionen und Werte bringt die Krankenhauseelsorge in den unterschiedlichen Gremien und im interdisziplinären Dialog ein. Das geschieht

- durch Beteiligung an innerbetrieblicher Fortbildung,
- durch Unterricht in der Krankenpflegeschule,
- durch Mitgliedschaft im Ethikkomitee,
- durch Moderation von und Teilnahme an Ethischen Fallbesprechungen und anderen Stationsbesprechungen,
- durch Mitarbeit an Leitbildern, Leitlinien, Verfahrensanweisungen und
- durch konkrete Mithilfe bei Krisensituationen auf Stationen.

Krankenhauseelsorge wirkt damit auf die Kultur eines Hauses ein, wie in dem Haus als Ganzem und durch den einzelnen Mitarbeitenden den Kranken begegnet wird. Mit der Krankenhauseelsorge stellt die Kirche den Krankenhäusern auch eine Kompetenz zur ethischen Urteilsbildung zur Verfügung, die in Zeiten vermehrter medizinischer Möglichkeiten bei schweren Erkrankungen und deutlich älter werdenden Patienten immer wichtiger wird. Im Krankenhaus fallen täglich ethische Entscheidungen hinsichtlich der medizinischen Behandlung oder Nicht-Behandlung von Patientinnen und Patienten. Der Krankenhausalltag ist zunehmend durch wirtschaftlichen Druck gekennzeichnet. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens führt zu hoher Belastung und Überlastung der Mitarbeitenden. Krankenhauseelsorge hat die Möglichkeit, da sie vor Ort ist, die ethische Reflexion dieser Fragen voranzutreiben, ohne normativ aufzutreten.

Damit ist die Krankenhauseelsorge zugleich ein Dienst in der Arbeitswelt geworden. Wie Schul-, Gefängnis-, Notfall- und Polizeiseelsorge lebt die Krankenhauseelsorge ganz dicht mit den im Krankenhaus arbeitenden Menschen. Durchschnittlich mehr als doppelt so viele Menschen arbeiten im Krankenhaus, als dieses Betten hat. 2002 hat die Evangelische Kirche im Rheinland festgelegt: „Die zuständigen Leitungsorgane in den Kirchenkreisen haben darüber zu wachen

und ggf. dafür zu sorgen, dass die Krankenhauseelsorge für alle Krankenhäuser und für die sie ergänzenden Einrichtungen des Gesundheitswesens ihres Bereichs, dazu gehören auch die Altenpflegeheime, geordnet und gewährleistet wird ... Krankenhauseelsorge soll nach Möglichkeit von einem hauptamtlichen Krankenhaus-Pfarrer oder einer hauptamtlichen Krankenhaus-Pfarrerin wahrgenommen werden.“<sup>12</sup> 2003 und 2004 wurden Qualitätsstandards für die Krankenhauseelsorge entwickelt, die verdeutlichen, dass Krankenhauseelsorge eine hohe fachliche Qualifikation und hohe Anforderungen im Arbeitsalltag an die in diesem Bereich tätigen Pfarrerinnen und Pfarrer stellt. Für die Evangelische Kirche im Rheinland sind die Standards in den „Leitlinien für die Krankenhauseelsorge“<sup>13</sup> im Kirchlichen Amtsblatt veröffentlicht worden, für die Evangelische Kirche in Deutschland sind sie in der Veröffentlichung „Die Kraft zum Menschsein stärken – Leitlinien für die evangelische Krankenhauseelsorge“<sup>14</sup>, enthalten. In den „Leitlinien für die Krankenhauseelsorge“ der Evangelischen Kirche im Rheinland heißt es: „Seelsorge im Krankenhaus richtet sich

- a) an Menschen, die wegen der Schwere ihrer Krankheit die Institution des Krankenhauses zur Heilung oder Linderung der Krankheit aufsuchen müssen und dadurch mehr oder weniger in eine Krise geraten und die dadurch Mitbetroffenen;
- b) an Menschen, die in der naturwissenschaftlich-technisch orientierten Institution Krankenhaus direkt oder indirekt mit den und für die Patienten arbeiten;
- c) an die Institution selbst, ihr Menschenbild, den Zusammenhang von Anspruch und Wirklichkeit, ihr Fortbildungsangebot, ihr Betriebsklima.“

Die kirchlichen Rahmenbedingungen haben sich allerdings in den letzten Jahren entscheidend verändert: Zurückgehende Kirchensteuereinnahmen machen auch im Bereich der Krankenhauseelsorge Prioritätensetzung erforderlich. Krankenhauseelsorge durch hauptamtliche Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger kann nicht für alle Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheitswesens vorgehalten werden; sie kann auch nicht alle Patientinnen und Patienten erreichen. Schon 2002 hieß es in den Grundsätzen für die Seelsorge

<sup>12</sup> Grundsätze für die Seelsorge in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen, Kirchliches Amtsblatt Nr. 4, 2002, S. 129

<sup>13</sup> Kirchliches Amtsblatt Nr. 11 vom 15.11.2004 (S. 424–426)

<sup>14</sup> Hannover 2004

in Krankenhäusern und Altenheimen der Evangelischen Kirche im Rheinland: „Infolge der hohen Fallzahlen pro Krankenhaus ergibt sich eine Konzentration auf Chronisch-, Schwerst- und Sterbensranke.“<sup>15</sup>

Die Anzahl der regulären Krankenhauseelsorge-Pfarrstellen wird nicht aufgestockt; die mittelfristigen Planungen der Kirchenkreise sehen bisher nur wenige Stelleneinsparungen vor. Grundlage der Planungen sind unter anderem zugesagte Refinanzierungen durch die Krankenhausträger, die in der Regel nur kurz- und mittelfristig erteilt werden.

Da die Zuständigkeit für die Krankenhauseelsorge auf der mittleren Ebene bei den Kirchenkreisen angesiedelt ist, wird im Rahmen der Umsetzung der Rahmenkonzeption für den gemeindlichen Pfarrdienst und der Erstellung einer Kirchenkreiskonzeption die Zukunft der Krankenhauseelsorge vor Ort auf der Ebene der Kirchenkreise entschieden.

Schon jetzt ist erkennbar, was die veränderten Rahmenbedingungen bedeuten: Zwar sinkt die Anzahl der Stellen kaum, aber der Umfang der Zuständigkeit von Stelleninhaberinnen und Stelleninhabern wird umfangreicher: Die Anzahl der Betten für eine ganze Pfarrstelle ist auf bis zu 1.000 erhöht, die Anzahl der Kliniken auf bis zu drei Kliniken pro StelleninhaberIn und Stelleninhaber. Bei der großen Bettenzahl können nicht mehr alle Stationen versorgt werden, bei der Zuständigkeit für mehrere Kliniken ist nicht mehr für jedes Haus Krankenhauseelsorge möglich.

Auch kleine Stellenanteile von 25 % Dienstumfang und sogar noch weniger werden eingerichtet, um möglichst viele Krankenhäuser mit Seelsorge versehen zu können. Selbst 400-Euro-Anstellungen kommen vor, sowie stundenweise Bezahlung von Seelsorge. Andere Berufsgruppen werden in der Krankenhauseelsorge tätig wie Diakone, Gemeindepädagogen etc. Um die Qualität und die Stellenanteile von Krankenhauseelsorge zu erhalten, wird die Refinanzierung von Krankenhauseelsorge immer wichtiger. In einzelnen Regionen und Häusern reduziert sich Krankenhauseelsorge wieder auf Seelsorge an Kranken; damit ist ihre Präsenz für die Mitarbeitenden und im Haus ist nicht mehr auf angemessene Weise möglich. Wenn Seelsorge an Kranken durch Pfarrerrinnen und Pfarrer versehen wird, die nicht im Krankenhaus selbst z. B. mit Dienstzimmer verortet sind, besteht das Problem des Zugangs zu den Patientendaten.

<sup>15</sup> Kirchliches Amtsblatt der Evangelischen Kirche im Rheinland, Nr. 4 vom 15.4.2002

Im Zuge der veränderten Rahmenbedingungen wird der Ausbau der Mitarbeit Ehrenamtlicher in der Seelsorge bedeutsam. Für diese Menschen müssen Auswahl-, Ausbildungs- und Tätigkeitskriterien entwickelt und ihre Anbindung an hauptamtliche Seelsorgende gewährleistet werden.

In der Regel geschieht Krankenhausseelsorge in ökumenischer Zusammenarbeit mit der auch im Haus vertretenen katholischen Krankenhausseelsorge. Neben ökumenischen Gottesdiensten zu besonderen Anlässen und gemeinsamen Bildungsveranstaltungen umfasst die Zusammenarbeit im Alltag den sensiblen Bereich der Absprache bezüglich der Begleitung von Patientinnen und Patienten auf den Stationen. Darüber hinaus bezieht sie sich häufig auf gemeinsame Gespräche mit Krankenhausleitungen und die Öffentlichkeitsarbeit. Auch Fragen der interreligiösen Zusammenarbeit werden zunehmend wichtig.

## **2.2 Rahmenbedingungen der Krankenhäuser**

Die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren weitreichend verändert. Durch die stark angestiegenen Gesundheitskosten und den daraus resultierenden Kostensenkungsdruck ist die wirtschaftliche Leistungserbringung immer mehr in den Vordergrund getreten. Behandlungsabläufe sind klar und straff definiert, die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist drastisch auf durchschnittlich 8,1 Tage im Jahr 2008 zurückgegangen. Leistungen werden vermehrt ambulant erbracht – dies sind nur einige Eckpunkte der Arbeitsbedingungen, die die Krankenhausseelsorge aktuell vorfindet und unter denen sie gefordert ist, Menschen zu erreichen und zu begleiten. Konkret bedeutet das bei gesunkenem Personalstand eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten in gleicher Zeit zu betreuen.

Die Spezialisierung von Kliniken und die Bildung von Zentren zur Behandlung spezieller Erkrankungen wie Brustzentren, Darmzentren führen dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht mehr heimatnah behandelt werden und damit der Kontakt zur Familie und zur Kirchengemeinde eingeschränkt ist.

### **2.2.1 Trägerschaft und Strukturen**

Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft. Als freigemeinnützig bezeichnet man Einrichtungen, die von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden. Während im Bundesdurchschnitt betrachtet die Anteile nahezu gleich verteilt sind (der größte Anteil liegt hier bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern mit 37,5%), fallen Nordrhein-Westfalen

und Rheinland-Pfalz mit einem besonders hohen Anteil an freigemeinnützigen Krankenhäusern auf. In diesen Bundesländern befinden sich ca. 2/3 der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft.

Das Angebot reicht von wohnortnahen Krankenhäusern der Grundversorgung bis hin zum Regional- oder Maximalversorger, der neben Grundversorgungsstrukturen besonders spezialisierte Abteilungen wie Neurologie und Kardiologie bis hin zu herzchirurgischen und transplantations-medizinischen Abteilungen vorhält und damit auch auf ein deutlich größeres Einzugsgebiet ausgerichtet ist. Neben Allgemeinkrankenhäusern finden sich Fachkrankenhäuser, z. B. Kinderkliniken, Psychiatrien, Geriatrien.

Der wirtschaftliche Druck der vergangenen Jahre hat die Krankenhauslandschaft verändert. Private Klinikketten haben sich in den letzten Jahren stark ausgebreitet. Kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser, die auf dem Markt bestehen wollen, haben sich starke Partner gesucht und im Wege von Kooperationen, Fusionen und Verbänden ihr Leistungsangebot optimiert und sich zusätzlich oder stattdessen auf besondere Leistungsangebote spezialisiert. Damit einher geht auch eine Zentrenbildung. In diesen Zentren (z. B. Brustzentrum, Darmzentrum) werden für bestimmte Erkrankungen alle notwendigen Disziplinen und Kompetenzen aus einer Hand vorgehalten.

Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung tragend, sind immer mehr diagnostische und therapeutische Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert worden. Neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind auch Krankenhäuser in der ambulanten Behandlung tätig, z. B. in der Notfallbehandlung, beim ambulanten Operieren und zunehmend in der Erbringung bestimmter hoch spezialisierter Leistungen, in der Behandlung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.

### **2.2.2 Krankenhausplanung und Finanzierung**

Die Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung ist Aufgabe der Länder. Die Länder stellen auf Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des jeweiligen Landeskrankenhausgesetzes zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern Krankenhauspläne auf. In den Landeskrankenhausplan werden alle gegenwärtig und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser aufgenommen. Die Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachabteilungen sind dabei anzugeben.

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt seit 1972 im Wege der so genannten dualen Finanzierung. Während die Investitionskosten von den Ländern finanziert werden, sind für die Finanzierung der Betriebskosten die Krankenkassen zuständig. In der Betriebskostenfinanzierung erfolgte mit dem Jahr 2004 für alle Krankenhäuser (Ausnahmen: Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik) verpflichtend die Umstellung auf ein pauschaliertes Entgeltsystem (DRG-Fallpauschalen), dem Grundsatz Rechnung tragend, dass das Geld der Leistung folgen soll. Die DRGs („Diagnosis Related Groups“) sind ein international eingeführtes Patientenklassifikationssystem, mit dem stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnosen, Schweregrad, Alter usw.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Es werden medizinisch ähnliche und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogene Behandlungsfälle zusammengefasst. Die Vergütung ist somit grundsätzlich nicht mehr abhängig von der Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, sondern richtet sich diagnoseabhängig nach dem Behandlungsaufwand.

Ein pauschales Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik wird gerade entwickelt und ab dem Jahr 2013 in Form von Tagespauschalen verbindlich eingeführt.

### **2.2.3 Qualitätssicherung und Zertifizierung**

Um drohenden Qualitätsverlusten durch Einsparungen auf der Kostenseite bereits im Vorfeld entgegen zu treten, hat der Gesetzgeber die Maßnahmen zur Qualitätssicherung verstärkt. Alle Krankenhäuser müssen über ein tragfähiges Qualitätsmanagement-System verfügen. Das Qualitätsmanagement dient dazu, die Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich auf einem hohen Stand zu halten. Krankenhäuser sind in vielfältige Maßnahmen der Qualitätssicherung eingebunden. Dies reicht von der Beteiligung an medizinischen Qualitätsvorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität über gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsberichte bis hin zur Zertifizierung der Strukturen und Prozesse. Beispielhaft seien als Zertifizierungsverfahren die Systeme KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und proCum Cert erwähnt. KTQ ist ein ursprünglich speziell auf Krankenhäuser zugeschnittenes Zertifizierungsverfahren. ProCum Cert hat, um das Qualitätsprofil von kirchlichen Krankenhäusern zu stärken, das KTQ-Verfahren um Themen erweitert, die kirchliche Krankenhäuser in besonderem Maße prägen. Bei proCum Cert wird gezielt nach Krankenhausseelsorge und ihrer Verankerung im Haus gefragt.

#### 2.2.4 Ethik

Medizin und Medizintechnik haben in den letzten Jahren rasante Fortschritte gemacht. Aber auch die Einstellung der Patientinnen und Patienten hat sich gewandelt. Sie sehen Ärztinnen und Ärzte nicht mehr als „Halbgötter in weiß“, sondern wollen auf gleicher Augenhöhe beraten und behandelt werden. Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen haben detaillierte Kenntnisse über ihre Erkrankung und sind „Experten in eigener Sache“. Die zunehmenden Möglichkeiten der Medizin führen immer wieder in ethische Konflikte. Insbesondere am Beginn und Ende des Lebens kann sich die Frage stellen, ob das, was medizinisch möglich, auch ethisch vertretbar ist. Zunehmend legen Patientinnen und Patienten selbst fest, welche Eingriffe und Behandlungen durchgeführt werden sollen bzw. dürfen, wenn sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind (Patientenvorsorge). Doch auch dadurch entstehen Konflikte und ethische Probleme.

In den letzten Jahren nehmen sich zunehmend Klinische Ethik-Komitees der ethischen Konflikte im Krankenhaus an oder sie werden im Rahmen von Ethischen Fallbesprechungen thematisiert.

Klinische Ethik-Komitees (KEK) verstehen sich als fächer- und berufsgruppenübergreifende Beratungsgremien für schwierige, ethisch kontroverse Entscheidungen in Grenzsituationen der modernen Medizin. Ein KEK soll eine Hilfestellung beim Umgang mit ethischen Fragen in der Krankenhausversorgung bieten, und diejenigen, die konfliktbehaftete Entscheidungen treffen müssen oder die davon betroffen sind, unter Berücksichtigung der ethischen, medizinischen, pflegerischen, ökonomischen und juristischen Aspekte bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Alle wichtigen Bereiche und Berufsgruppen des Krankenhauses sind in dem Komitee vertreten: Medizin, Pflege, Seelsorge, Geschäftsführung, Psychologischer Dienst.

Die Aufgabenstellung des KEK besteht hauptsächlich in der Beratung ethischer Grundsatzfragen und der Erstellung von Leitlinien und Verfahrensanweisungen für das Krankenhaus. Beispiele für solche Grundsatzfragen sind:

- Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Patientenvorsorge,
- Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden, Verstorbenen und deren Angehörigen,
- Verfahrensanweisungen zum Umgang mit während der Schwangerschaft verstorbenen Kindern,
- Umgang mit PEG-Sonden in den Krankenhäusern,
- Grundsätze zur Behandlung von Zeugen Jehovas – vor dem Hintergrund der Gabe von Blut und Blutprodukten.

Außerdem gehört zu den Aufgaben eines Ethikkomitees die fallbezogene ethische Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die unmittelbar in die Patientenversorgung involviert sind; die Anhörung von Patientinnen und Patienten, deren gerichtlich bestellten Betreuern, Bevollmächtigten oder Angehörigen zu konkreten ethischen Fragestellungen und die Durchführung und/oder Reflexion von Ethischen Fallbesprechungen zu einzelnen Patientinnen und Patienten auf den Stationen.

Die Ethische Fallbesprechung oder das Ethikonsil befasst sich mit konkreten Behandlungsentscheidungen bei einem nicht-einwilligungsfähigen Patienten. An der Ethischen Fallbesprechung nehmen alle Berufsgruppen mit Vertreterinnen oder Vertretern teil, sofern sie mit der Patientin, dem Patienten befasst sind. Oft werden diese Fallbesprechungen von einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger moderiert. Die Ergebnisse der Fallbesprechung haben empfehlenden Charakter, sie beschränken nicht die ärztliche Entscheidungsfreiheit.

### **2.2.5 Bildung und Unterricht**

Die Krankenhäuser sind Träger unterschiedlicher Ausbildungen. Im Mittelpunkt stehen hier die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Sie sind staatlich anerkannt und werden an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschulen), die mit einem oder mehreren Krankenhäusern verbunden sind, vermittelt. Seit dem Jahr 2004 werden die Auszubildenden für beide Berufszweige in den ersten beiden Jahren gemeinsam ausgebildet, während das 3. Ausbildungsjahr der Differenzierung vorbehalten ist.

Bildung in der Pflege ist immer auch Persönlichkeitsbildung. Einen Menschen in akuten Krankheitssituationen begleitend zu unterstützen, ist eine große Herausforderung und bedarf der Einübung. Durch Unterricht in den Fachschulen sowie durch seelsorgliche Begleitung unterstützen Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger die Schülerinnen und Schüler auf ihrem Weg durch die Ausbildung. Die Weiterbildung zum Facharzt, zur Fachärztin hat in den meisten Krankenhäusern einen hohen Stellenwert. In Akademischen Lehrkrankenhäusern findet die Ausbildung der Medizinstudierenden im Praktischen Jahr statt, hier bietet die Krankenhauseelsorge berufsethische Seminare an.

### 3. TÄTIGKEITSFELDER UND KOMPETENZEN DER KRANKENHAUSSELSORGE

#### 3.1 Tätigkeitsfelder der Seelsorge für Patientinnen und Patienten

Im Vordergrund der Krankenseelsorge steht die Seelsorge an kranken Menschen und ihren Angehörigen. Sie geschieht durch Gespräche, Kriseninterventionen, Begleitungen, Gebete, Segnungen, Feier des Abendmahls, Krankensalbung und Gottesdienste.

Gespräche nehmen den größten Teil der Tätigkeit ein. Die Gespräche kommen überwiegend aufgrund der Geh-Struktur der Krankenseelsorge zustande, d.h. der regelmäßige Gang der Seelsorgerin und des Seelsorgers über die Stationen führt zu zahlreichen meist spontanen Gesprächen mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen, aus denen dann weitere geplante Gespräche erwachsen können. Patientinnen und Patienten wünschen auch von sich aus gezielt seelsorgliche Gespräche. Bei guter Bekanntheit, Akzeptanz und Vernetzung der Seelsorgenden werden Gespräche über Pflegende und Ärztinnen und Ärzte vermittelt.

Schwerpunkte der Krankenseelsorge sind:

- Die Begleitung bei schweren Erkrankungen wie Krebs, neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen von Organen, die eine Transplantation erfordern, psychischen Erkrankungen und den dadurch ausgelösten Lebens- und Glaubenskrisen,
- die Begleitung Sterbender und ihrer Angehöriger inklusive Krankensalbung und Verabschiedungsfeier am Sterbebett sowie
- die Begleitung von Eltern und Familien, die ein Kind verlieren.

In den letzten Jahren gewinnt die Ambulanzseelsorge für Krebserkrankte an Bedeutung in Strahlen- und Chemotherapie-Ambulanzen. Die Kranken kommen in sehr belasteter Situation über Monate und Jahre immer wieder in die Ambulanz und viele sind dankbar für seelsorgliche Präsenz.

Neben regulären Gottesdiensten finden unterschiedliche Gottesdienste in zahlreichen Krankenhäusern statt: Verabschiedungsfeiern für Verstorbene am Krankenbett; Gedenkgottesdienste für im Haus Verstorbene, zu denen Angehörige und Mitarbeitende eingeladen werden; Einzel- und Sammelbestattungen von während der Schwangerschaft verstorbenen Kindern an Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen. Die Gedenkgottesdienste und

Sammelbestattungen finden in der Regel ökumenisch statt. Die Bestattung verstorbener Patientinnen und Patienten kommt immer häufiger vor, je mehr die Menschen den Kontakt zu ihrer Wohnortgemeinde verloren, aber über die Krankenhauseelsorge einen persönlichen Kontakt zu einer Pfarrerin oder einem Pfarrer bekommen haben. In einigen Kliniken werden auch Trauergruppen angeboten. In Kinderkliniken und Häusern mit Stationen für Frühgeburten werden oft Taufen und Segnungen erbeten.

### **3.2 Tätigkeitsfelder der Seelsorge für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Seelsorge an Mitarbeitenden findet in vielen Einzelgesprächen auf den Stationen und im Dienstzimmer der Seelsorgenden sowie in Gruppengesprächen auf Stationen statt. Da die Seelsorge nicht in die Hierarchie des Krankenhauses eingebunden ist, kann sie abteilungs- und hierarchieübergreifend für alle im Haus Tätigen präsent und ansprechbar sein von der Putzkraft bis hin zu Chefärztinnen und Chefarzten. Die Belastungen des Arbeitsalltags stehen im Mittelpunkt der Gespräche. Damit sind sowohl Gespräche über schwer erkrankte oder sterbende Patientinnen und Patienten gemeint, die die Mitarbeitenden berühren, als auch Gespräche zu kollegialen Konflikten und Belastungen durch die Arbeitsabläufe und die Zunahme an Aufgaben bei gleichzeitig abnehmender Personalzahl. Sowohl das nicht in die Hierarchie des Krankenhauses eingebunden sein als auch das Wissen der Mitarbeitenden um das Seelsorgegeheimnis lassen die Mitarbeitenden das Gespräch mit der Krankenhauseelsorge suchen. Je nach Qualifikation und Selbstverständnis der Seelsorgerin, des Seelsorgers wird auch Supervision von einzelnen Personen oder von Stationsteams angefragt. Aber auch private Sorgen werden thematisiert. Hinzu kommen Amtshandlungen wie Taufen, Trauungen und Bestattungen von Mitarbeitenden.

Ökumenische Gedenkgottesdienste für verstorbene Mitarbeitende sind in zahlreichen Häusern die Regel, ebenso Gottesdienste zu Beginn und Ende der Krankenpflegeausbildung und Gottesdienste zu besonderen Anlässen wie Jubiläen, der Einführung neuer Geschäfts- oder Abteilungsleitungen etc. In manchen Kliniken finden auch in einem bestimmten Turnus Gottesdienste zur Einführung neuer und Pensionierung alter Mitarbeitender statt.

### **3.3 Tätigkeitsfelder der Seelsorge in der Organisation Krankenhaus**

Darüber hinaus arbeiten Krankenhauseelsorgerinnen und Krankenhauseelsorger mit in Klinischen Ethikkomitees, die teilweise in evangelischen Häusern sogar von ihnen geleitet werden. Je nach Qualifikation moderieren sie ethische

Fallbesprechungen, die bei anstehenden strittigen Entscheidungen auf den Stationen einberufen werden. Sie unterrichten an Krankenpflegeschulen und Schulen für medizinisch-technische Assistenten zu ethischen Fragestellungen. Sie bieten Fortbildungen im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung wie Oasentage, Besinnungstage, zu Themen wie Rituale am Krankenbett, Theodizee angesichts von Krankheit und Leid, Kommunikation am Krankenbett, Umgang mit Sterben und Tod etc. Sie führen berufsethische Seminare für Medizinstudentinnen und Medizinstudenten im Praktischen Jahr durch. Sie werden auf Stationen bei Besprechungen zu ethischen Fragestellungen und zur Regelung von Konflikten hinzugezogen als kompetente und geschätzte Gesprächspartner und Fachleute. Wenn eine Seelsorgerin, ein Seelsorger über Zusatzqualifikationen wie Supervisorin, Supervisor verfügt, wird diese Kompetenz häufig vom Krankenhaus angefragt. Als nicht in die Hierarchie des Krankenhauses eingebunden und daher eher neutral angesehen, werden Seelsorgerinnen und Seelsorger oft bei Problemen und Konflikten in Anspruch genommen.

Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger leiten und/oder begleiten ehrenamtliche Besuchsdienstgruppen und „Grüne Damen“, wählen Personen für diese Gruppen mit aus, schulen sie, führen sie in ihr Amt ein etc.

### **3.4 Tätigkeitsfelder der Krankenhauseelsorge in der Vernetzung zu den Gemeinden und anderen Einrichtungen**

Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger halten regelmäßigen Kontakt zu den Gemeinden. Sie sind eingebunden in die gesamten Aufgaben des Kirchenkreises. Dazu zählen Gottesdienstvertretungen und teilweise Kasualvertretungen, die Mitarbeit in der Notfallseelsorge und die Beteiligung an Kirchenkreisprojekten, die teilweise in den Kliniken stattfinden.

Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger vertreten ihr Arbeitsgebiet durch Vorträge, Gruppen- und Schulstunden in den verschiedenen Gemeindegruppen, in Ausschüssen und in Schulen. So werden sie zu Themen wie Patientenverfügung, Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer eingeladen und sind Mitglieder in Seelsorgeausschüssen auf den verschiedenen kirchlichen Ebenen. Umgekehrt laden Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger Gemeindegewinninnen und -kollegen, Presbyterien und Gemeindegruppen in die Kliniken ein und sorgen für eine alltagstaugliche Vernetzung zwischen Gemeinden, Kirchenkreis und Krankenhäusern.

### **3.5 Kompetenzen der Krankenhauseelsorge**

Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger sind für ihre Tätigkeit speziell qualifiziert. Die Teilnahme an einem zweiwöchigen Einführungskurs und an einem KSA-Kurs bzw. anderen Weiterbildungen mit größerem Umfang wie z. B. klientenzentrierte Beratung, Gestaltberatung, systemische Beratung, Ehe- und Lebensberatung sind Pflicht.

Darüber hinaus haben sich zahlreiche Pfarrerinnen und Pfarrer als Ethikberaterinnen und -berater ausbilden lassen und/oder in der Moderation ethischer Fallbesprechungen. Ebenso sind viele Supervisorinnen und Supervisoren oder geistliche Begleiterinnen und Begleiter.

Der Konvent der Krankenhauseelsorgerinnen und Krankenhauseelsorger in der Evangelischen Kirche im Rheinland veranstaltet jährlich im Frühjahr eine 2,5-tägige und im Herbst eine eintägige Fortbildung für seine Mitglieder. Die Fortbildungen werden rege besucht.

Für die Seelsorge an Kinderkliniken und Psychiatrien finden auf EKD-Ebene Tagungen statt.

## 4. EVANGELISCHE SEELSORGE – KOOPERATION UND ABGRENZUNG

### 4.1 Kirchliche, Evangelische Seelsorge neben und mit dem sozialen und dem psychoonkologischen Dienst im Krankenhaus

Neben der Krankenhauseelsorge gibt es in den Krankenhäusern den sozialen Dienst mit Zuständigkeit für soziale und poststationäre Versorgungsfragen. Seelsorge und sozialer Dienst kooperieren meist sehr gut miteinander, ergänzen sich in ihrer Tätigkeit und weisen einander auf Patientinnen und Patienten hin. Seit einigen Jahren haben sich auch Psychoonkologinnen und Psychoonkologen in Krankenhäusern z. B. mit Brust- und Darmzentren etabliert. Sie führen mit jedem Tumorpatienten mindestens ein Gespräch und bieten Möglichkeiten zum psychischen Umgang mit der Erkrankung an und verweisen auf Selbsthilfegruppen und Therapiemöglichkeiten nach dem Krankenhausaufenthalt. Ihr Einsatz muss von den Kliniken nachgewiesen werden, da sie wie die Seelsorge bei Darmzentren bei der Zertifizierung unerlässlich sind. Allerdings ist zu bemerken, dass die Seelsorge bei den meisten Zentren für die Zertifizierung bislang nicht erforderlich ist, obwohl die Seelsorge wegen ihrer ständigen Erreichbarkeit bei Abwesenheit der Psychoonkologinnen und Psychoonkologen an deren Stelle gerufen wird. Im Alltag gibt es Überschneidungen in der Arbeit beider Berufsgruppen, die eine Absprache erforderlich machen. Die Zusammenarbeit zwischen Seelsorge und psychoonkologischem Dienst ist in der Regel gut.

### 4.2 Kirchliche, Evangelische Seelsorge und Spiritual Care

Seit zehn Jahren taucht im Gesundheitswesen in der Hospiz- und Palliativ-Bewegung im Zusammenhang mit der Begleitung schwerkranker, nicht mehr heilbarer und dem Tod entgegen gehender Menschen das Stichwort Spiritual Care auf. Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrer Definition von Palliative Care die Spiritualität als eine der vier Säulen der Palliativversorgung mit dem Ziel des Wohlbefindens neben der Sorge um die Physis, die Psyche und die Sozialität beschrieben.<sup>16</sup> Die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sollen wahrgenommen, in das Gesamtkonzept der Behandlung integriert und in Therapie umgesetzt werden.

Der evangelische Theologe Traugott Roser, seit 2010 einer der beiden Inhaber des ersten ökumenisch besetzten Lehrstuhls für Spiritual Care an der Medizinischen

<sup>16</sup> <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> , Zugriff am 4.8.2010

Fakultät der Universität München, definiert Spiritual Care so: „Spiritual Care ist die Sorge um die individuelle Teilnahme und Teilhabe des Patienten an einem als sinnvoll erfahrenen Leben im umfassenden Verständnis.“<sup>17</sup> Und der katholische Mitinhaber des Lehrstuhls formuliert: „Spiritual Care ist eine ureigene Aufgabe von Ärzten und Krankenschwestern, kann nicht an die Krankenhauseelsorge delegiert werden.“<sup>18</sup> Unter Spiritualität wird in der Tradition der Hospiz- und Palliativbewegung im Sinne der angelsächsischen Linie des Begriffs spirituality verstanden: „... Religiosität, die auf direkter, unmittelbarer, persönlicher Erfahrung von Transzendenz beruht ... Spirituality steht ... für die Verinnerlichung von Religion; sie ist universal, transzendiert die Grenzen von Religionen, Kulturen und Nationen. Spirituality kann im weitesten Sinn gefasst sein als Bezogensein auf das umfassende eine Sein, das den Menschen als unfassbares Geistiges, Transmaterielles, Metaphysisches erscheint.“<sup>19</sup> Das Konzept der Spiritual Care verwendet einen umfassenden und weiten Spiritualitätsbegriff bis hin zur Esoterik, der Seelsorge im christlichen Verständnis einschließt.

Christliche Krankenhäuser haben schon immer Wert auf das Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse von Kranken gelegt und dies theologisch qualifiziert praktiziert über Schwesternschaften und Krankenhauseelsorge. Dass Spiritualität in dem Konzept Spiritual Care aufgegriffen wird, ist begrüßenswert und entspricht dem christlichen Menschenbild. Insofern ist das Konzept Spiritual Care eine Chance für die Krankenhauseelsorge. Allerdings wird der Begriff Spiritualität hier in einer Weise ausgeweitet, die dem christlichen Verständnis widerspricht und der Wirklichkeit von Religionen nicht gerecht wird, wenn beispielsweise vom Transzendieren der Grenzen von Religionen gesprochen wird. Demgegenüber ist festzustellen, dass christliche Spiritualität an das biblische Gottesverständnis und die Person Jesus Christus gebunden ist. Die Verbundenheit an diese Tradition muss erkennbar sein.

Patientinnen und Patienten soll also beim Konzept der Spiritual Care neben der körperlichen und psychischen Pflege und Fürsorge auch Pflege, Fürsorge ihrer spirituellen Bedürfnisse zuteil werden. Bislang ist noch unklar, wer Spiritual Care übernehmen soll. In Frage kommen Ärztinnen, Ärzte, Pflegende oder auch andere Personen, die dafür freigestellt oder eingestellt werden.

<sup>17</sup> Traugott Roser, *Spiritual Care*, Stuttgart 2007, S. 278

<sup>18</sup> Eckard Frick, Was ist Spiritual Care?, in: *Das Jahreshaft Spiritualität und Spiritual Care 2009*, Hrsg. Netzwerk Pflegen, Vinzentz Network GmbH & Co. KG, Postfach 6247, 30062 Hannover, S. 69

<sup>19</sup> Christoph Benke, Was ist (christliche) Spiritualität? Begriffsdefinitionen und theoretische Grundlagen, in, Paul Zulehner (Hg.), *Spiritualität – mehr als ein Megatrend*, Ostfildern 2004, S. 32

De facto geschieht Berücksichtigung der spirituellen Bedürfnisse bislang durch die Seelsorgenden. Für die evangelische Krankenhauseelsorge wird es in Zukunft entscheidend sein, ihren spezifischen Beitrag und die von ihr gewährleistete Professionalität der seelsorglichen Arbeit im Konzept der Spiritual Care herauszustellen und zu profilieren.

Für die Krankenhauseelsorge bedeutet die Arbeit nach dem Konzept der Spiritual Care eine stärkere Einbindung in die Klinikorganisation, da sie dem Ziel dient, die geistliche Dimension in die Behandlung zu integrieren. Das Konzept der Spiritual Care sieht dafür unter Anderem eine Dokumentation der Arbeit in der Patientenakte vor. Damit sind das Selbstverständnis der Krankenhauseelsorge in der Organisation Krankenhaus und das Seelsorgegeheimnis betroffen.

In einigen Häusern in Deutschland wie an der Universitätsklinik in München wird bereits mit diesem Konzept gearbeitet. Unklar sind im Blick auf Spiritual Care, wenn sie nicht von der Krankenhauseelsorge geleistet wird, Qualitätsstandards und Qualitätssicherung sowohl der Ausbildung als auch der Praxis.

### **4.3 Das Profil Evangelischer Krankenhauseelsorge**

Evangelische Krankenhauseelsorge geschieht im Auftrag und unter Dienst- und Fachaufsicht der Kirche durch seelsorglich speziell qualifizierte Pfarrerinnen und Pfarrer. Daneben sind wenige Diakoninnen und Diakone, Gemeindepädagoginnen und Gemeindepädagogen in der Krankenhauseelsorge tätig.

Seelsorgerinnen und Seelsorger sind in der Ausübung ihrer seelsorglichen Tätigkeit nicht an Weisungen gebunden. Krankenhauseelsorge ist unabhängig, nicht in die Hierarchie eines Hauses eingebunden. Ausnahmen bestehen bei einigen evangelischen Krankenhäusern; hier ist eine klare Rollenwahrnehmung erforderlich. Gleichwohl ist Krankenhauseelsorge in der Institution Krankenhaus verortet: Sie arbeitet mit allen Berufsgruppen des Hauses zusammen; arbeitet in Gremien und Arbeitsgruppen mit und ist im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung und der Krankenhausschulen tätig.

Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger gehören auf Kirchenkreisebene oder regional und auf der Ebene der Landeskirche zu Konventen. „Die Konvente dienen dem Erfahrungsaustausch, der thematischen Arbeit, der kollegialen Beratung und der konzeptionellen Entwicklung der Krankenhauseelsorge ...“<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Grundsätze für die Seelsorge in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen, Kirchliches Amtsblatt der Evangelischen Kirche im Rheinland, Nr. 4 vom 15.4.2002

Krankenhausseelsorge repräsentiert Kirche im Krankenhaus, ist mit den kirchlichen Angeboten von Seelsorge, Gottesdienst, Gebet, Sakramenten und Kasualien für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und für die Mitarbeitenden da. Krankenhausseelsorge vertritt die ethischen Positionen der Evangelischen Kirche in den Gremien eines Hauses (siehe 2.1).

Krankenhausseelsorge arbeitet in der Regel ökumenisch und vermittelt bei Bedarf Kontakte zu Geistlichen anderer Religionen. Sie arbeitet mit den unterschiedlichen Diensten des Krankenhauses zusammen. Krankenhausseelsorge respektiert die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.

Krankenhausseelsorge nimmt die Chance wahr, in Kontakt zu Menschen aus unterschiedlichen Milieus zu kommen, und damit auch zu Menschen, die kirchlich distanziert sind und in den Gemeinden nicht vorkommen. Hiermit greift Krankenhausseelsorge das Leitmotiv „Missionarisch Volkskirche sein“ auf.

Es wird entscheidend sein, dass es gelingt, die Krankenhausseelsorge qualitativ hochwertig zu verankern, ihr Angebot von Seiten der Kirche gut zu positionieren, damit sie in den Häusern weiterhin mit und neben den anderen Angeboten für Patienten und Mitarbeitende als eigenständiges und wichtiges Angebot der Kirche wahrgenommen wird. Nach wie vor wird ihr von Seiten der Häuser viel zugetraut – allerdings auch viel von ihr erwartet.

#### **4.4 Seelsorge an Kranken als Auftrag und Chance des Gemeindeaufbaus**

Der Besuch kranker Menschen ist Kernaufgabe der Kirche. Der Besuch kranker Menschen von einer Seelsorgerin, einem Seelsorger aus der Krankenhausseelsorge oder aus der Ortsgemeinde wird von Kirchenmitgliedern oftmals erwartet und meist als wertschätzend und wohltuend erlebt.

Auch wenn viele Patientinnen und Patienten den Kontakt zur Kirche verloren haben, machen sie in ihrer Krankheitssituation oft eine überraschend neue Erfahrung mit Kirche und erhalten teilweise neuen Zugang. Darüber hinaus erreicht die Krankenhausseelsorge auch Ausgetretene und Nicht-Kirchenmitglieder, die sich aufgrund der guten Erfahrungen mit der Krankenhausseelsorge in Einzelfällen zu einem Wiedereintritt oder Eintritt entscheiden. So ist der Besuch kranker Menschen eine Chance der Mitgliederpflege und Mitgliedergewinnung. Da, wo Gemeindepfarrerinnen und Gemeindepfarrer ihre kranken Gemeindeglieder in einer für sie existentiell belastenden Situation im Krankenhaus besuchen, ist das eine große Chance für den Aufbau ihrer Gemeinde. Eine enge Kooperation zwischen der funktionalen Krankenhausseelsorge und der gemeindlichen Seelsorge ist hier wünschenswert.

#### **4.5 Datenschutz und Seelsorge**

Krankenhauspfarrerinnen und -pfarrer werden in der Regel als Mitarbeitende des Krankenhauses angesehen und erhalten entsprechend Zugang zu Patientendaten. Sie sind zu vertraulichem Umgang mit diesen Daten verpflichtet.

Wird für ein Haus ausschließlich der Besuch der Kranken durch die Gemeindepfarrerinnen und -pfarrer vorgesehen, müssen datenschutzrechtliche Fragen vor Ort geklärt werden. Denn die für das Tätigwerden der Gemeindegeseelsorger erforderlichen Patientendaten (z. B.: Name, Wohnsitz, Aufnahme datum) dürfen nicht ohne weiteres an diese weitergegeben werden.

Vielmehr bedarf es in der Regel einer schriftlichen Einwilligung der Patientinnen und Patienten in diese Datenübermittlung, es sei denn das einschlägige Datenschutzrecht regelt etwas anderes (z. B.: Widerspruchslösung nach Hinweis auf die Übermittlung, § 38 Abs. 4 der Verordnung zur Durchführung des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland).

## 5. KONSEQUENZEN

### 5.1 Finanzierung von Krankenhauseelsorge und Refinanzierung

Die Krankenhauseelsorge als zentrale kirchliche Arbeit soll auch in Zukunft sicher gestellt werden. Daher ist die Klärung ihrer Finanzierung von entscheidender Bedeutung.

Das von den Kreissynoden beschlossene Rahmenkonzept für den Pfarrdienst im Kirchenkreis legt fest, wie viele Pfarrstellen es für den parochialen und für den funktionalen Dienst im Kirchenkreis geben soll. In diesem Konzept werden also die Anzahl der Pfarrstellen im funktionalen Bereich, die auszuübenden Dienste und der Stellenumfang beschrieben. Die Krankenhauseelsorge ist ein gewichtiger Teil des funktionalen Dienstes. Deswegen ist es unverzichtbar, dass die Pfarrstellen für die Krankenhauseelsorge im Rahmenkonzept in einem angemessenen Maße berücksichtigt werden. Dabei können die refinanzierten Stellen gesondert ausgewiesen werden.

Da die Rahmenbedingungen der Krankenhauseelsorge sich verändern, sind auch innerkirchlich veränderte Finanzierungsformen denkbar: zahlreiche Krankenhäuser haben ein Einzugsgebiet, das über Gemeinde- und Kirchenkreisgrenzen hinausgeht. Bei Häusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung ist das der Regelfall. Gleiches gilt für Rehakliniken. Denkbar ist eine solidarische Finanzierung von Krankenhauseelsorge in einer Region durch mehrere Kirchenkreise.

Neben der und ergänzend zur kirchensteuerfinanzierten Krankenhauseelsorge gewinnt seit geraumer Zeit die ganze oder teilweise Refinanzierung von Pfarrstellen durch Krankenhäuser an Bedeutung. Unstrittig ist die Finanzierung eines Büros samt technischem Equipment wie Telefon, Computer, Büromaterial und teilweise auch Finanzierung der Büroeinrichtung. Die Refinanzierung von Personalkosten wird demgegenüber unterschiedlich gehandhabt.

Die Universitätskliniken und die Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland haben eine lange Tradition der erheblichen Refinanzierung. Mindestens die Hälfte einer Pfarrstelle auf der Basis des Tarifs für Beamte des Öffentlichen Dienstes wird erstattet, an den Universitätskliniken liegt dieser Satz bei ca. zwei Vollzeitstellen, die refinanziert werden.

Die Krankenhäuser in evangelischer Trägerschaft verhalten sich in dieser Frage sehr unterschiedlich: Von der Finanzierung ganzer Stellen über Teilfinanzierung, Anstellung von Pfarrerinnen und Pfarrern und keinerlei Refinanzierung reicht hier die Bandbreite. Katholische Krankenhäuser sind vielfach mit kleineren Beträgen an der Finanzierung der Personalkosten beteiligt, allerdings ist das

nicht flächendeckend der Fall. Auch private und kommunale Krankenhausträger beteiligen sich bislang in geringem Umfang an den Kosten.

Eine qualifizierte Krankenhauseelsorge gilt weithin auch als ein Qualitätsmerkmal einer Klinik. Von daher ergibt sich die Möglichkeit, mit Kliniken über eine Refinanzierung der Personalkosten zu sprechen. Bei den Qualitäts-Zertifizierungen der Krankenhäuser nach KTQ und proCum Cert, in denen ausdrücklich nach Krankenhauseelsorge gefragt wird und ihre Vorhaltung in die Bewertung der Qualität einer Klinik einfließt, lässt sich der Stellenwert der Krankenhauseelsorge gut darstellen.

Verhandlungen zu finanziellen Beteiligungen der Kliniken sind sehr individuell und auch diskret zu führen. Sie sind aber durchaus erfolgreich, wenn sie mit Sach- und Fachkompetenz geführt werden. Die fachliche Unterstützung der Superintendentinnen und Superintendenden durch mit dem Arbeitsbereich Krankenhaus und seinen Bedingungen vertraute Personen bei Gesprächen mit Klinikgeschäftsführungen ist hier zielführend.

Beteiligen sich Krankenhäuser an den Personalkosten, haben sie in der Regel verständlicherweise auch Erwartungen:

- Beteiligung im Besetzungsverfahren;
- Klare Vereinbarungen über die von den Stelleninhabern zu erbringenden Leistungen (Beteiligung an der innerbetrieblichen Fortbildung, am Unterricht in der Krankenpflegeschule etc.)
- Verbindliche Einbindung in die Abläufe der Klinik (feste Präsenzzeiten, Erreichbarkeit, Vertretung bei Abwesenheit).

Die Träger von Krankenhauseelsorge müssen sich darüber im Klaren sein, dass Refinanzierungszusagen von Krankenhäusern in der Regel nur befristet gegeben werden.

## **5.2 Finanzielle Absicherung der Krankenhauseelsorge in Bezug auf unterschiedliche Träger von Krankenhäusern**

Die unterschiedliche Trägerschaft der Krankenhäuser, öffentliche, freigemeinnützige (im Wesentlichen evangelische und katholische) und private, hat Auswirkungen auf die kirchlichen Bemühungen, die Krankenhauseelsorge durch Refinanzierung sicherzustellen. Wenn Krankenhauseelsorge in Zukunft gewährleistet werden soll, muss mit den Trägern der Krankenhäuser über eine Beteiligung an der Finanzierung der Personalkosten gesprochen werden. Für die Evangelische Kirche muss es hohe Priorität haben, die evangelischen Häuser in

besonderer Weise mit Krankenhauseelsorge zu versorgen. Ebenso ist es im Interesse der evangelischen Krankenhäuser, evangelische Krankenhauseelsorge als zentralen Teil des eigenen Profils vorweisen zu können. Deshalb können Kirchengemeinden und Kirchenkreise als Gesellschafter und Träger evangelischer Krankenhäuser erwarten, dass sich die evangelischen Krankenhäuser in angemessener Weise an der Finanzierung der Kosten der evangelischen Krankenhauseelsorge beteiligen. Hier müssen die kirchlichen Leitungsgremien und die von ihnen entsandten Mandatsträger als Gesellschafter der Krankenhäuser Verantwortung übernehmen.

In katholischen Häusern wird die katholische Seelsorge zum Teil in erheblichem Umfang refinanziert. Die Beteiligung der katholischen Häuser an den Personalkosten der evangelischen Seelsorge ist wünschenswert, damit die evangelische Seelsorge an diesen Häusern auch in Zukunft vorgehalten werden kann.

Evangelische Krankenhauseelsorge leistet in kommunalen und privaten Kliniken einen erheblichen Beitrag zum Profil des Hauses und seiner Qualität, was auch von zahlreichen Häusern so gesehen und gewürdigt wird. Der Landschaftsverband beteiligt sich in den von ihm getragenen Häusern seit langem an der Refinanzierung in erheblichem Umfang. Die übrigen Träger sollten auch offensiv auf eine Beteiligung an den Personalkosten angesprochen werden, zumal es private Träger gibt, die von sich aus die Bedeutung der Seelsorge für ihren Konzern thematisieren. Hier ist es sinnvoll und notwendig, mit diesen Kliniken kirchlicherseits auf der Leitungsebene des Konzerns ins Gespräch zu kommen.

### **5.3 Verantwortung der unterschiedlichen kirchlichen Ebenen für die Krankenhauseelsorge**

Die Trägerschaft von Krankenhauseelsorge liegt bei Gemeinden, Verbänden und Kirchenkreisen. Darüber hinaus gibt es Zuständigkeiten für Krankenhauseelsorge auf allen drei Ebenen der Evangelischen Kirche im Rheinland.

Die Gemeinden finanzieren in Einzelfällen selbst Krankenhauseelsorge oder solidarisch auf der Ebene der Kirchenkreise oder Verbände. Das gründet auf dem Auftrag jeder christlichen Gemeinde, Kranke zu besuchen.

Der Kirchenkreis hat in den meisten Fällen die Trägerschaft für die Krankenhauseelsorge, führt Dienst- und Fachaufsicht und ist damit im Wesentlichen für die Qualität der Krankenhauseelsorge verantwortlich. Er sichert die finanziellen Rahmenbedingungen und ist verantwortlich für die Verhandlungen zur Refinanzierung mit den Krankenhäusern seines Zuständigkeitsbereichs. Er ist für die Konzeptentwicklung des Kirchenkreises verantwortlich. Die Landeskirche setzt

die Rahmenbedingungen für Krankenhausseelsorge in Form von Richtlinien und Pfarrerdienstrecht. Sie vertritt den Arbeitsbereich Krankenhaus nach außen.

#### **5.4 Fachliche und berufliche Voraussetzungen für Krankenhausseelsorge und ihre Position in den Systemen Kirche und Krankenhaus**

Damit Krankenhausseelsorge auch in Zukunft ihr hohes Ansehen in den Krankenhäusern bewahren kann, ist eine hohe persönliche und fachliche Qualifikation der Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger unerlässlich. Die Persönlichkeit bedarf einerseits einer hohen Stabilität, Belastungs- und Abgrenzungsfähigkeit für den Umgang mit schweren Schicksalen der kranken Menschen, ihrer Angehörigen und der sie betreuenden Krankenhausmitarbeiter. Andererseits ist ein hohes Maß an Sensibilität, Beziehungsfähigkeit und Einfühlungsvermögen erforderlich für die ganz unterschiedlichen Weisen, wie Menschen mit ihrer Krankheit und dann auch der Begegnung mit der Seelsorge umgehen. Schließlich ist ein gutes Maß an Selbstbewusstsein und Robustheit notwendig, um sich als nicht zum Krankenhaus gehörender Berufsgruppenvertreter im Krankenhaus bekannt zu machen und zu halten, um mit der Geschäftsführung, den Chefärztinnen und Chefärzten und der gesamten Hierarchie des Hauses die Perspektive und Anliegen der Seelsorge so vertreten zu können, dass sie gehört wird. Eine starke Persönlichkeit, die zugleich einfühlsam ist, ist damit notwendig.

Fachlich bedarf die Seelsorge im Krankenhaus neben einer guten theologischen Qualifikation und der intellektuellen Fähigkeit, theologisch auf die Anfechtungen des Glaubens durch schwere Krankheit eingehen und entlastende Rituale anbieten zu können, einer soliden pastoralpsychologischen Zusatzausbildung unter besonderer Berücksichtigung des Verständnisses für die Organisation Krankenhaus und ihrer Bedingungen. Hier sind die beiden Einführungswochen „Grundlagen der Krankenhausseelsorge“ unerlässlich sowie eine Grundausbildung in Klinischer Seelsorge von 12 Wochen oder eine äquivalente Weiterbildung in einer der psychotherapeutischen Schulrichtungen der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie wie z. B. Gestaltseelsorge und Psychodrama, Systemische Seelsorge, Personenzentrierte Beratung und Seelsorge, Tiefenpsychologie oder Gruppendynamik oder anderen Anbietern wie dem Ev. Zentralinstitut für Ehe-, Familien- und Lebensberatung oder der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung. Eine begleitende Supervision ist sinnvoll zur Reflektion und Professionalisierung der Arbeit und zur eigenen Psychohygiene. Darüber hinaus sind Fortbildungen zu fach- und persönlichkeitsorientierten Themen je nach Bedarf angebracht.

## **5.5 Bewertungskriterien von Krankenhauspfarrstellen**

In der Vergangenheit war die Anzahl der Betten pro Pfarrstelle das Bewertungskriterium. Hier galt zu Beginn des vergangenen Jahrzehnts die Richtzahl von 500 Betten, diese Richtzahl ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen bis auf 800, in wenigen Fällen sogar auf 1000 Betten pro Vollzeit-Pfarrstelle. In vielen Fällen sind Seelsorgerinnen und Seelsorger für zwei Häuser zuständig, in Einzelfällen sogar für 3 Häuser. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 8 Tagen mit der Tendenz weiter abnehmender Verweildauer ist unmittelbar einsichtig, dass nicht mehr alle Patientinnen und Patienten von der Seelsorge erreicht werden. Selbst wenn in einem Haus von 600 Betten nur ein Drittel der Patienten evangelisch sein sollten, wären pro Woche 200 Besuche zu veranschlagen. Selbst wenn die übrigen Aufgaben der Krankenhausseelsorge entfallen sollten, sind 30–40 Besuche pro Tag undenkbar. Begegnung und Gespräche erfordern Zeit.

Für Kinderkliniken galt immer schon eine andere Berechnung, hier wurde pro Stelle etwa die Hälfte der sonstigen Bettenzahl in Anrechnung gebracht, da hier zu der Arbeit mit den Kindern nahezu immer die Seelsorge der Eltern eine Rolle spielt. Das Bewertungskriterium der Bettenzahl ist nicht ausreichend und muss ergänzt werden. Allerdings sind weitere Bewertungskriterien nur schwer quantifizierbar. Vermutlich werden hausspezifische Kriterien zu entwickeln sein. Dabei spielt die Anzahl der sogenannten „Fälle“ eine Rolle, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, in welchen Abteilungen diese „Fälle“ entstehen: In der Inneren Medizin und Chirurgie bei Krebs- und schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder in der Kinderklinik mit kranken Kindern oder Frühgeburten und deren Eltern bestehen andere seelsorgliche Herausforderungen als in der Augenklinik mit standardisierten Laseroperationen. Auch die Anzahl von Intensivbetten in einem Haus ist anders zu bewerten als Betten auf sogenannten „Normal“-Stationen. Und was die Situation der Seelsorge in Rehabilitationskliniken betrifft, so herrscht hier große Unübersichtlichkeit hinsichtlich der Bewertungskriterien. Vermutlich lassen sich keine für alle Häuser gültigen Bewertungskriterien finden. Insofern bot die Anzahl der Betten eine vermeintlich gerechte Lösung. Hinweise für den Umgang mit Ressourcen für die Krankenhausseelsorge in den Kirchenkreisen stehen unter 6.8.

## 6 HANDLUNGSOPTIONEN

### **6.1 Krankenhausseelsorge unter der Perspektive von „Missionarisch Volkskirche sein“**

Im Sinne der Leitvorstellung „Missionarisch Volkskirche sein“ ist die Krankenhausseelsorge ein einzigartiges Feld, in dem Kontakt zu vielen Milieus entstehen kann und Kirche zugleich durch Gottesdienst und Seelsorge in ihren Kernvollzügen wahrnehmbar ist. Hier begegnen Menschen der Kirche und dem christlichen Glauben in einer für sie existentiellen Situation. Diese Begegnung ist durch eine einzigartige Begegnungsdichte in Quantität und in Qualität bestimmt, die hohe Wertschätzung erfährt. Diese Erwartung an eine seelsorgliche Kirche wird durch Patientenbefragungen immer wieder belegt (siehe auch EKD-Mitgliederbefragung).

Seelsorge kann sich von ihrem Auftrag her nicht missionarisch verzwecken lassen. Sie orientiert sich am Wohl und den Nöten des Gegenübers und tut, „was Menschen am meisten zum Leben hilft“ (S. 16). In der Begegnung mit Seelsorgenden geschieht aber zugleich ein Kontakt mit Vertreterinnen und Vertretern der Kirche, die ihren Glauben im Gespräch repräsentieren, auf der Grundlage ihrer ethischen Maßstäbe handeln und ihre Spiritualität leben.

Die missionarische Dimension der Krankenhausseelsorge ist im Verständnis des Beschlusses der Landessynode 2010 zu sehen und vollzieht sich daher gerade nicht in irgendeiner Art von Bekehrungsdrang, sondern dort, wo die Seelsorge als Wesensäußerung der Kirche durch die von ihr beauftragten Seelsorgerinnen und Seelsorger und durch zweckfreie Nächstenliebe eine geistliche und missionarische Ausstrahlungskraft entfaltet. Dabei trifft Krankenhausseelsorge oft genug auf Milieus, die in Gemeinden wenig integriert werden können oder wollen, wiewohl sie sich in Teilen durchaus mit der Kirche verbunden fühlen.

Diese Menschen gilt es auch „in ihrer Frage nach Gott und in ihrer Suche nach Sinn so zu begleiten, dass sie in ihrem Geschlecht, ihrer Altersgruppe, ihrem Milieu, in ihrer Frömmigkeit und ihrer Lebenslage angesprochen werden“<sup>21</sup>.

Im Sinne der Leitvorstellung „Missionarisch Volkskirche sein“ ist die Krankenhausseelsorge ein zentrales kirchliches Arbeitsfeld.

<sup>21</sup> Missionarisch Volkskirche sein, 2010, Seite 19

## **6.2 Verantwortung der Kirchenkreise für Krankenhauseelsorge und Krankenseelsorge**

Die Verantwortung für die Krankenhauseelsorge liegt in der Regel auf der Kirchenkreisebene, sei es durch die Einrichtung kreiskirchlicher Pfarrstellen oder durch die Refinanzierung gemeindlicher Pfarrstellen mit der Funktion Krankenhauseelsorge. Eine Kooperation der Kirchenkreise zur Aufrechterhaltung der Krankenhauseelsorge ist erforderlich. Da der Einzugsbereich vieler Häuser über Kirchenkreisgrenzen hinausreicht und Krankenhausverbünde und Konzerne Häuser in verschiedenen Kirchenkreisen haben.

Die Verantwortung der Kirchenkreise für die Krankenhauseelsorge erfordert eine kreiskirchliche Konzeption der Krankenhauseelsorge, am besten im Rahmen einer Kirchenkreiskonzeption. In dieser Konzeption wird festgelegt, welche Häuser mit Krankenhauseelsorge versehen werden, in welchen Häusern die Besuche der Kranken durch Gemeindepfarrerinnen und -pfarrer oder Ehrenamtliche sichergestellt sein soll und in welchen Häusern weder Krankenhauseelsorge noch Krankenbesuche oder Krankenbesuchsdienste stattfinden.

Gibt es aufgrund der Entscheidung eines Kirchenkreises für ein Haus weder Krankenhauseelsorge noch Krankenseelsorge, muss der Kirchenkreis sicherstellen, dass für Patientinnen und Patienten bei Bedarf eine Pfarrerin, ein Pfarrer zuverlässig und kurzfristig erreichbar ist. Das gilt beispielsweise für Nottaufen, Krankenabendmahl, Sterbebegleitungen und Entscheidungssituationen mit lebensbedrohlichen Konsequenzen.

Die Kirchenkreise tragen die Verantwortung für die Konzeption, die Sicherstellung und die Finanzierung sowohl der Krankenhauseelsorge als auch der Krankenseelsorge. Die Kirchenkreise überprüfen, an welcher Stelle Kooperationen mit benachbarten Kirchenkreisen sinnvoll sind.

## **6.3 Qualitätsstandards**

Die Qualitätsstandards für Krankenhauseelsorge, wie sie in den „Leitlinien für die Krankenhauseelsorge in der Evangelischen Kirche im Rheinland“ 2004 formuliert worden sind, gelten für hauptamtlich mit voller Stelle im Krankenhaus tätige Seelsorgerinnen und Seelsorger. Die dort beschriebenen Aufgaben können auch von diesen nur bedingt erfüllt werden, wenn das Haus zu groß ist oder sie für mehrere Häuser zuständig sind.

Für Teilzeitstellen und Stellen, die gemeindliche Aufgaben und Krankenhauseelsorge umfassen, müssen die Verantwortlichen in den Kirchenkreisen die Qualitätsstandards hinsichtlich der Aufgabenbereiche, der Anforderungen an

die Vernetzung im Krankenhaus und der Erreichbarkeit der Seelsorge anpassen. Von den Inhaberinnen und Inhabern von Teilzeitstellen ist insbesondere nicht zu erwarten, dass sie die Anforderungen an die Präsenz im Krankenhaus und an die Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) in gleichem Maße erfüllen, wie es Vollzeitbeschäftigte in diesem Arbeitsfeld gewährleisten sollen. Allerdings ist in jedem Fall eine klare Regelung der Präsenz und der Erreichbarkeit unverzichtbar, wenn die Krankenhauseelsorge im Alltag eines Krankenhauses ein zuverlässiger Partner sein will. Krankenhauseelsorge arbeitet in einem System, für das transparente Anwesenheitszeiten und eine zuverlässige Erreichbarkeit unverzichtbar sind.

Insbesondere für die Mitarbeitenden des Krankenhauses, die Patientinnen und Patienten den Kontakt zur Krankenhauseelsorge vermitteln sollen, sind klar kommunizierte Regelungen einschließlich der Vertretungsregelungen unverzichtbar. Sie machen die Möglichkeiten und Grenzen der Krankenhauseelsorge transparent. Zugleich schützen sie insbesondere Teilzeitbeschäftigte, deren Stellenanteil nicht allen bekannt ist, vor überzogenen Erwartungen. Für die Qualität der Krankenhauseelsorge ist entscheidend, dass die Mitarbeitenden des Krankenhauses zuverlässig über die Präsenz und Erreichbarkeit der Seelsorge informiert sind. Krankenhauseelsorge, die sich selber dem Krankenhaus gegenüber nicht transparent verhält, wird wenig Unterstützung durch die Mitarbeitenden und die Hausleitung erfahren.

Sinnvoll ist außer der Erstellung eines kreiskirchlichen Gesamtkonzepts der Krankenhauseelsorge die Erstellung eines Seelsorgekonzepts für jedes einzelne Haus im Kirchenkreis in Abstimmung mit den Krankenhäusern. Aus dem Konzept geht hervor, was getan wird, wo die Schwerpunkte der Tätigkeit liegen, wie die ökumenische Zusammenarbeit gestaltet ist, wie die Seelsorge erreichbar ist. In die Abstimmung mit dem jeweiligen Haus sollte auch einbezogen werden, wie die Krankenhauseelsorge strukturell und organisatorisch eingebunden ist: In Regionen mit mindestens vier Vollzeit-Krankenhauseelsorgestellen zeigt die Erfahrung, dass die Erreichbarkeit ausschließlich durch die Krankenhauseelsorge sichergestellt werden kann, die 24 Stunden und sieben Tage umfasst. Das ist bei geringerer Stellen- oder Personenzahl nicht möglich. In diesem Fall müssen andere Regelungen getroffen werden, um die Erreichbarkeit in Notfällen und Krisensituationen sicher zu stellen. In Einzelfällen besteht bereits eine Kooperation mit der Notfallseelsorge. Gegebenenfalls kann die Erreichbarkeit auch kirchenkreisübergreifend geregelt werden. Die Einhaltung der Qualitätsstandards zu überprüfen ist Aufgabe der zuständigen Superintendentin oder des zuständigen Superintendenten.

Der Kirchenkreis sichert über eine Konzeption der Krankenhausseelsorge für den Kirchenkreis und die einzelnen Häuser die Qualität der Krankenhausseelsorge und überprüft die festgelegten Standards.

#### **6.4 Krankenhausseelsorge eingebunden in ethische Urteilsbildung und Bildung**

Die Krankenhausseelsorge leistet einen zentralen Beitrag zur ethischen Urteilsbildung. Die Mehrzahl der Häuser bezieht die Kompetenz der Krankenhausseelsorge in ethischen Fragen aktiv ein. Die Krankenhausseelsorgerin, der Krankenhausseelsorger bringt ethische Fragen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit auftreten, in die Kommunikation des Krankenhauses ein.

An ethischen Fallbesprechungen nimmt die Seelsorge teil, wenn Kontakt zu dem Patienten, der Patientin besteht, über die in der Fallbesprechung gesprochen wird. In vielen Fällen moderiert die Seelsorgerin, der Seelsorger die ethische Fallbesprechung. In konfessionellen Häusern ist es Standard, dass die Krankenhausseelsorgerin, der Krankenhausseelsorger dem Ethikkomitee angehört. Das ist auch in nicht konfessionellen Häusern anzustreben, wo das bislang nicht der Fall ist.

Kirche hat hier die Möglichkeit, über ihre Seelsorgerinnen und Seelsorger in der Arbeitswelt Krankenhaus wirksam zu sein und christliche ethische Grundsätze in den Diskurs einzubringen. Gleiches gilt für den Bereich der Bildung in Form von Unterricht in den Schulen der Häuser und in der innerbetrieblichen Fortbildung. In konfessionellen Häusern kann so kompetent christliche Tradition und christliche Grundhaltung vermittelt werden.

In den meisten anderen Häusern ist aber auch die Krankenhausseelsorge gerne im Bildungsbereich gesehen, weil sie wichtige Beiträge zu einem menschenwürdigen Umgang mit Patienten leistet und Anregungen für einen sorgsameren Umgang mit der eigenen Person in der Rolle als Pflegekraft oder Arzt z. B. bei Oasentagen bietet. Bei der Besetzung von Krankenhauspfarrstellen sollte darauf geachtet werden, dass die Stelleninhaberin, der Stelleninhaber über entsprechende Qualifikationen sowohl für die ethische Urteilsbildung als auch für die Fortbildungstätigkeit verfügt.

## **6.5 Patienten in Ambulanzen**

Ambulanzen gewinnen in den Krankenhäusern erheblich an Bedeutung. Das gilt sowohl für ambulante Operationszentren als auch für ambulante Behandlungszentren beispielsweise für Dialyse-, Rheuma-, Schmerzpatientinnen und -patienten, für Chemo- und Strahlentherapien bei Krebskranken. Für ambulante Operationszentren gibt es bislang keine Strukturen der Kontaktaufnahme mit der Seelsorge, hier gilt es Lösungen zu finden.

Anders verhält es sich bei den ambulanten Behandlungszentren: Hier gewinnt beispielsweise die Seelsorge an Menschen, die sich nach einer Krebserkrankung einer Strahlen- und/oder Chemotherapie unterziehen müssen, in den letzten Jahren an Bedeutung. In zahlreichen Kliniken mit onkologischem Schwerpunkt sind Strahlen- und Chemotherapieambulanzen entstanden. Die Patientinnen und Patienten kommen regelmäßig in die Ambulanzen, ihr Befinden ist vielfach durch hohe Ambivalenz gekennzeichnet zwischen Hoffen auf Besserung und Bangen vor dem Fortschreiten der Krankheit. Die Ambivalenz ist oft nicht direkt erkennbar und wird von vielen Kranken verleugnet.

In dieser Situation fragen viele Kliniken bei der Seelsorge nach Präsenz in den Ambulanzen. In den Strahlenambulanzen sind die Patientinnen und Patienten täglich bis zu 50 Tage lang zur Behandlung, in den Chemotherapieambulanzen in unterschiedlichen Turnussen teilweise über Jahre. Das ermöglicht in den Strahlenambulanzen durch die tägliche Anwesenheit der Patientinnen und Patienten eine Präsenz der Seelsorge an einzelnen Tagen in der Woche, wohingegen in einer Chemotherapieambulanz eine tägliche Präsenz erforderlich wäre, jedoch de facto nicht zu gewährleisten ist. Die Resonanz der kranken Menschen auf das Angebot der Seelsorge ist groß, da der Gesprächsbedarf hoch ist. Auch wenn in größeren Chemotherapieambulanzen viele Menschen in einem Raum behandelt werden und kaum Intimität für ein persönliches Gespräch möglich ist, finden solche Gespräche statt oder es werden Gespräche unter vier Augen verabredet. Die Krankenhausseelsorge hat hier die seltene Möglichkeit einer längeren Begleitung von Menschen in einer sehr schweren Krise. Es ist sinnvoll, dieses seelsorgliche Angebot aufrecht zu erhalten oder einzurichten, auch wenn es aus finanziellen Gründen nicht in ausreichender Weise geschehen kann.

Ambulanzseelsorge ist gerade in schwerwiegenden Krankheitsfällen sinnvoll und erforderlich und daher in einem Seelsorgekonzept zu berücksichtigen.

## **6.6 Ehrenamtliche in der Seelsorge an Kranken**

Sowohl in großen Kliniken mit hauptamtlicher Krankenhausseelsorge als auch in den Kliniken, die nicht mit haupt- oder nebenamtlicher Krankenhausseelsorge ausgestattet werden können, gewinnt die Mitarbeit Ehrenamtlicher in der Seelsorge an Bedeutung. Für diese ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein Tätigkeitsprofil zu entwerfen, aus dem hervorgeht, dass sie für die Seelsorge besonders qualifiziert sind. Sie bieten Seelsorge in kontinuierlicher Anbindung an eine Krankenhausseelsorgerin oder einen Krankenhausseelsorger. Bei schwierigen Situationen sollten die ehrenamtlich Mitarbeitenden eine Pfarrerin oder einen Pfarrer hinzuziehen oder an sie oder ihn überleiten können. Dazu ist eine Auswahl, eine Ausbildung, die Beauftragung zur ehrenamtlichen Seelsorge und die fachliche Begleitung oder Supervision für Ehrenamtliche in der Krankenhausseelsorge erforderlich.

Die Auswahl von geeigneten Kandidatinnen und Kandidaten, ihre Ausbildung und Begleitung kann von dafür qualifizierten Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern übernommen werden. Entsprechende finanzielle Ressourcen für Fahrtkosten, Unterbringungs- und Verpflegungskosten während der Ausbildung müssten die Kirchenkreise zur Verfügung stellen.

Die Beauftragung zur ehrenamtlichen Seelsorge im Krankenhaus erfolgt durch den Kirchenkreis. Die Mitarbeit qualifizierter Ehrenamtlicher in der Seelsorge an Kranken ist grundsätzlich sinnvoll. Sie setzt eine klare Beschreibung der Aufgaben Ehrenamtlicher und ihrer Grenzen und eine qualifizierte, kontinuierliche, fachliche Begleitung durch Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger voraus.

## **6.7 Beteiligung der Krankenhäuser an den Personalkosten von Krankenhausseelsorge**

Für die Kirche ist entscheidend, in die Häuser kompetente Seelsorgerinnen und Seelsorger senden zu können, die den hohen Anforderungen an die komplexe Arbeit im Krankenhaus gerecht werden. Ist das gewährleistet, bestehen gute Möglichkeiten, in Gesprächen der Superintendentinnen und Superintendenten mit den Geschäftsführungen finanzielle Beteiligungen an den Personalkosten der Krankenhausseelsorge zu erzielen.

Ein regelmäßiger Kontakt der Superintendentinnen und Superintendenten zu den Geschäftsführungen der Häuser ist für ein vertrauensvolles Verhältnis unerlässlich. Ebenso eine Einführung neuer Stelleninhaber bei der Geschäftsführung und Teilnahme an Begrüßungs- und Verabschiedungsgottesdiensten von Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern in ihren Häusern. Es liegt im

Interesse der Kirchenkreise, der Krankenhäuser und der Stelleninhaberinnen und Stelleninhaber, dass die Kirchenkreise mit den jeweiligen Krankenhäusern die zu erbringenden Leistungen, die strukturelle Einbindung der Krankenhausseelsorge und die Rahmenbedingungen verhandeln und vertraglich festlegen. Wichtige Gesichtspunkte hierzu sind unter 6.7.1.1 aufgeführt.

Beteiligen sich Krankenhäuser an den Personalkosten, erwarten sie auch eine Beteiligung an der Personalauswahl. Neben der beruflichen Kompetenz hängt die Bereitschaft zur Refinanzierung auch maßgeblich davon ab, welche persönliche Akzeptanz die Stelleninhaberin, der Stelleninhaber im Krankenhaus genießt. Die fachliche Unabhängigkeit der Seelsorge soll durch die Vertragsgestaltung zwischen Anstellungsträger und Krankenhaus gewährleistet sein.

Zusagen über die Beteiligung an den Personalkosten sind in der Regel zeitlich befristet und an die wirtschaftliche Situation der Häuser gebunden. In vielen Fällen beinhalten vertragliche Regelungen auch ein Recht zur Kündigung des Vertrags durch das Krankenhaus.

Trotz dieser, die Freiheit kirchlicher Entscheidungen einschränkenden Faktoren, ist eine möglichst hohe Beteiligung der Krankenhäuser an den Personalkosten notwendig und weiterhin anzustreben. Die Kosten für die Beteiligung an den Personalkosten der Krankenhausseelsorge müssen von den Krankenhäusern erwirtschaftet werden. Eine Finanzierung der Seelsorge im System der Fallpauschalen ist derzeit nicht vorgesehen und zukünftig nicht zu erwarten.

Neben der direkten Beteiligung der Krankenhäuser an den Personalkosten der Seelsorge sind auch andere Finanzierungsformen denkbar und zu entwickeln, beispielsweise gemeinsame Stiftungen und Formen des Fundraisings. Die Verantwortlichkeit für das Zustandekommen und die Nachhaltigkeit der Refinanzierung liegt bei den Leitungsorganen der kirchlichen Körperschaft und den Seelsorge-rinnen und Seelsorgern vor Ort.

## **6.7.1 Kriterien für Refinanzierungsverhandlungen**

### **6.7.1.1 Sinnvolle Dokumente im Kirchenkreis und in den einzelnen Krankenhäusern**

*Kirchenkreiskonzept Krankenhausseelsorge*

Anzahl der Häuser und Versorgung mit:

- Krankenhausseelsorge
- Krankenseelsorge (lediglich Besuche der Kranken)
- Rufbereitschaft (Art der Organisation der Rufbereitschaft durch Krankenhausseelsorger und/oder Gemeindepfarrer/Notfallseelsorge)

#### *Haus-Konzept Krankenhausseelsorge für ein einzelnes Haus:*

- Leistungen des Krankenhauses (Büro, Telefon, Computer, Beteiligung an Personalkosten)?
- Präsenzzeiten, Regelung bei Abwesenheit und Rufbereitschaft der Seelsorge
- Konzept für Besuche der Patienten und Angehörigen (Geh-Struktur, Zusammenarbeit mit Stationen etc.)
- Gottesdienste (regelmäßige und Sondergottesdienste zu verschiedenen Anlässen wie Gedenkgottesdienste für Verstorbene, Bestattungen von Fehl- und Totgeborenen, Gedenkgottesdienste für verstorbene Mitarbeitende, Gottesdienste für neue Mitarbeitende, Gottesdienste mit der Krankenpflegeschule zu Beginn und Ende der Ausbildung, Taufen, Hochzeiten, Bestattungen von Betriebsangehörigen)
- Angebote für Mitarbeitende
- Beteiligung an der innerbetrieblichen Fortbildung
- Unterricht in der Krankenpflegeschule
- Seminare mit PJ-Studierenden

#### **6.7.1.2 Besonderheiten eines Hauses und der dortigen Beteiligung der Seelsorge/Aspekte für Refinanzierungsverhandlungen**

- Konfessionelles Krankenhaus (erhöhte Bereitschaft zur Finanzierungsbeteiligung)
- Zertifizierung der Klinik (KTQ, proCum Cert fragen nach Seelsorge)
- Darmzentrum (Seelsorge gehört zur Zertifizierung)
- Palliativstation (Seelsorge gehört zur Zertifizierung)
- Sonstige Zentren, die auf Grund der Krankheitsbilder erhöhten Seelsorgebedarf haben (Brust-, Herz-, Darm-, Transplantationszentrum etc.)
- Ambulanzen für Strahlen- und/oder Chemotherapie
- Rehaklinik z. B. für Transplantierte, Krebspatienten, Schlaganfallpatienten
- Mitgliedschaft der Seelsorge im Ethikkomitee
- Moderation ethischer Fallbesprechungen durch Seelsorge
- Angebote der Seelsorge in der innerbetrieblichen Fortbildung (IBF)
- Unterricht der Seelsorge in der Krankenpflegeschule
- Gesprächsangebote der Seelsorge für Mitarbeitende
- Berufsethische Seminare der Seelsorge für Medizinstudenten im Praktischen Jahr in einem Akademischen Lehrkrankenhaus

### **6.8 Bewertungskriterien und Priorisierung für Krankenhauseelsorge**

Die Anzahl der nicht refinanzierten Funktionspfarrstellen im Kirchenkreis wird von der Kreissynode im Rahmenplan Pfarrdienst festgelegt. Im Rahmenplan Pfarrdienst muss auf ein angemessenes Verhältnis von Gemeindepfarrstellen und nicht refinanzierten Funktionspfarrstellen geachtet werden. Bei den nicht refinanzierten Funktionspfarrstellen ist die Krankenhauseelsorge gemäß den Gegebenheiten im Kirchenkreis angemessen zu berücksichtigen.

Welche Häuser in welchem Umfang mit Krankenhauseelsorge versorgt werden, wird in einer kreiskirchlichen Konzeption für die Krankenhauseelsorge festgelegt. Natürlich liegen in allen Krankenhäusern Menschen, die der Seelsorge bedürfen. Die Kirche kann allerdings unter den gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen nicht mehr für alle Krankenhäuser Seelsorge gewährleisten.

Die im Folgenden genannten Kriterien bieten Anhaltspunkte für die Bewertung und Priorisierung eines Krankenhauses hinsichtlich seiner Ausstattung mit Seelsorge:

- Aus kirchlicher Sicht hat die Krankenhauseelsorge an Kliniken in evangelischer Trägerschaft Priorität.
- Daneben stehen Kliniken mit besonderen Schwerpunkten wie z. B. Onkologie, Kardiologie, Perinatalzentrum etc., Transplantationskliniken, Kinderkliniken, Psychiatrien. Hier besteht erhöhter Seelsorgebedarf aufgrund der Krisen, die diese Erkrankungen hervorrufen. Das sind Kliniken der Maximal- und Schwerpunktversorgung, Fachkliniken und Reha-Kliniken für die Nachsorge nach schweren Erkrankungen. Auch Forensiken sind hier einzuordnen.

Darüber hinaus sind in die Überlegungen mit einzubeziehen:

- die Anzahl der Betten, insbesondere der Intensivbetten sowie die Anzahl der Fälle pro Jahr in den einzelnen Abteilungen eines Hauses;
- die Problematik der seelsorglichen Versorgung kleinerer Häuser im Rahmen von Verbänden;
- der Grad der Beteiligung des Hauses an den Personalkosten der Seelsorge.

Wenn die Seelsorge für die Mehrzahl der Kranken, die Mitarbeitenden, die Mitarbeit in der Organisation Krankenhaus und den Kontakt zu den Gemeinden zuständig sein soll, sind für eine Vollzeitstelle als Orientierungsgröße nicht mehr als 600 Betten und die Zuständigkeit für nicht mehr als zwei Häuser

sinnvoll. Werden diese Bettenzahl und die Anzahl der Häuser überschritten, sind Einschränkungen erforderlich, die in der kreiskirchlichen Konzeption der Krankenhauseelsorge festgelegt werden. Auf der Grundlage transparenter Bewertungs- und Priorisierungskriterien wird in einer kreiskirchlichen Konzeption festgelegt, welche Häuser in welchem Umfang und Auftrag mit Krankenhauseelsorge versorgt werden.

### **6.9 Pfarrstellen und andere Anstellungsverhältnisse**

Für die Krankenhauseelsorge ist die Pfarrstelle der Regelfall (siehe 6.8). Pfarrstelleninhaber repräsentieren die Kirche im System Krankenhaus und nehmen dort die klassischen pfarramtlichen Arbeitsfelder Verkündigung, Seelsorge und Lehre wahr. Daraus ergeben sich auch viele Chancen im Sinne der Leitvorstellung „Missionarisch Volkskirche sein“ (siehe 6.1).

Die Pfarrstelle ermöglicht die regelmäßige Anwesenheit im Krankenhaus, den Zugang zu den Patientendaten, die Bekanntheit der Seelsorge für Pflegende und Ärzte und damit die erhöhte Wahrscheinlichkeit, von diesen selbst in Anspruch genommen zu werden und von ihnen auf Patientinnen und Patienten hingewiesen zu werden. Auch die Arbeit in Gremien, Unterricht und Fortbildung ist nur so gewährleistet. Innerkirchlich sind Pfarrstelleninhaber eingebunden in die kirchlichen Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Sie vertreten den Arbeitsbereich im Kirchenkreis und informieren und beraten den Kirchenkreis und die Gemeinden in Angelegenheiten ihres Tätigkeitsfelds. Schließlich stehen sie den Gemeinden mit Angeboten von Themen aus dem Gesundheitsbereich für Veranstaltungen zur Verfügung. Aus den dargelegten Gründen ist auch in Zukunft ein Mindestmaß an funktionaler pfarramtlicher Grundversorgung für Krankenhäuser in jedem Kirchenkreis notwendig und unverzichtbar.

Sollte es darüber hinaus privatrechtliche Anstellungsverhältnisse geben, sollte eine kirchliche Körperschaft Träger dieser Anstellungsverhältnisse sein, damit die Dienst- und Fachaufsicht bei der kirchlichen Trägerschaft bleibt. Für den Fall, dass ein Krankenhaus Seelsorgerinnen und Seelsorger direkt anstellt, ist in Abstimmung mit dem Krankenhaus die kirchliche Verantwortung für die Seelsorge sicherzustellen. Angestelltenverhältnisse sind besonders bei geringem Stundenumfang sinnvoll, um damit die Besuche Kranker und das Angebot von Gottesdiensten sicherstellen zu können. Krankenhauseelsorge mit Pfarrstelleninhabern bleibt die Regel. Daneben gibt es andere Beschäftigungsverhältnisse. Auch bei diesen Stellen soll die Dienst- und Fachaufsicht bei kirchlichen Stellen bleiben.

## **6.10 Kirchenkreisübergreifende Aufgaben der Krankenhauseelsorge**

Das Tätigkeitsfeld Krankenhauseelsorge ist sehr komplex und unterliegt zudem den permanenten Veränderungen im Gesundheitssektor. Es umfasst neben der unmittelbaren Arbeit in einem Haus die Beurteilung der Konsequenzen der gesundheitspolitischen Entwicklungen für die Krankenhauseelsorge, die Beobachtung der Veränderungen der Krankenhauslandschaft und ihrer Folgerungen für die Krankenhauseelsorge, die Vernetzung mit den für Krankenhauseelsorge Verantwortlichen in anderen Landeskirchen und auf Ebene der Evangelischen Kirche in Deutschland, die Beratung kirchenleitender Gremien zu diesen Fragen und die Beratung und Begleitung der Kreissynodalvorstände und Superintendentinnen und Superintendenten zu Fragen der Refinanzierung der Krankenhauseelsorge.

Daraus leiten sich folgende konkrete Aufgabenstellungen ab:

- Beratung und Begleitung der Kirchenkreise zu Fragen der Krankenhauseelsorge (Konzeption, Stelleneinrichtung, Stellenzuschnitt, Stellenausschreibung, Beteiligung an Besetzungsverfahren, Refinanzierungsfragen, kirchenkreisübergreifende Zusammenarbeit)
- Beratung der Landeskirche zu Entwicklungen des Gesundheitswesens im Blick auf die Krankenhauseelsorge
- Aufbau eines Informationspools zu Refinanzierungsmöglichkeiten und Entwicklung von Strategien zum Umgang mit unterschiedlichen Krankenhausträgern, insbesondere im Hinblick auf Krankenhausverbünde und privatwirtschaftliche Konzerne, die kirchenkreisübergreifend tätig sind
- Entwicklung alternativer Finanzierungsformen der Krankenhauseelsorge (Stiftung, Fundraising)
- Eröffnung weiterer Finanzierungsquellen wie überregionale Stiftungen, Mittel der EU u. a.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben ist notwendig:

- Regelmäßiger Kontakt zum Verband Evangelischer Krankenhäuser Rheinland, Westfalen, Lippe
- Regelmäßiger Kontakt zu den Krankenhausträgern und Geschäftsführungen
- Vernetzung mit anderen Landeskirchen und auf Ebene der Evangelischen Kirche in Deutschland

Diese Aufgaben können nicht zu Lasten eines einzelnen Kirchenkreises oder eines Krankenhauses gehen. Angesichts der Bedeutung und des Umfangs dieser kirchenkreisübergreifenden Aufgaben für die Krankenhauseelsorge ist die Finanzierung eines Pfarrstellenanteils auf landeskirchlicher Ebene wünschenswert und erforderlich.

## 7. ZUSAMMENFASSENDE THESEN

1. Die Sorge um Kranke gehört zu den ursprünglichen Aufgaben der christlichen Gemeinde. In diesem Arbeitsbereich kommen Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger in außergewöhnlicher Weise mit existentieller menschlicher Not in Berührung.
2. Die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen haben dazu geführt, dass die Seelsorge im Krankenhaus überwiegend von speziell qualifizierten Pfarrerinnen und Pfarrern in Funktionspfarrstellen versehen wird. Die Bedeutung, die der Krankenhausseelsorge in unserer Kirche beigegeben wird, zeigt sich darin, dass Krankenhausseelsorge der größte, von der Evangelischen Kirche selbst finanzierte, funktionale Pfarrdienst ist.
3. In der Evangelischen Kirche im Rheinland hat sich das Konzept der Krankenhausseelsorge bewährt, wonach sich das Angebot der Seelsorge in Krankenhäusern sowohl an Patienten und deren Angehörige als auch an Mitarbeitende im Krankenhaus richtet. Krankenhausseelsorge ist nahe bei den Menschen in ihrer Arbeitswelt.
4. Im Sinne der Leitvorstellung „missionarisch Volkskirche sein“ ist die Krankenhausseelsorge ein einzigartiges Feld, in dem Kontakt zu vielen Milieus entstehen kann und Kirche zugleich durch Gottesdienst und Seelsorge in ihren Kernvollzügen wahrnehmbar ist.
5. Sowohl in der kirchlichen Öffentlichkeit als auch in den Krankenhäusern genießt die Krankenhausseelsorge hohes Ansehen. Sie wird als Kernaufgabe der Kirche angesehen. Krankenhausseelsorge hilft bei der Krankheitsbewältigung, entlastet Mitarbeitende in krisenhaften Situationen und berät qualifiziert in ethischen Fragestellungen.
6. Die Verkürzung der Verweildauer von Patienten in den Akutkrankenhäusern und der überregionale Einzugsbereich vieler Häuser erfordern die unmittelbare Präsenz der Krankenhausseelsorge in den Einrichtungen, ihre zeitnahe und verlässliche Erreichbarkeit.
7. Die zurückgehenden finanziellen und personellen Ressourcen der Kirche erfordern auch in der Krankenhausseelsorge eine neue Prioritätensetzung, da nicht mehr alle Krankenhäuser in der eigentlich notwendigen Weise seelsorglich versorgt werden können. An die Stelle pauschaler Bemessungen für eine Stelle nach Betten muss eine Bedarfsanalyse treten, die die Besonderheiten der einzelnen Krankenhäuser berücksichtigt.

8. Die Trägerschaft für die Krankenhauseelsorge liegt in der Regel auf der Ebene der Kirchenkreise und Verbände. Da der Einzugsbereich vieler der Krankenhäuser die Kirchenkreisgrenzen überschreitet, ist eine verstärkte Zusammenarbeit von Kirchenkreisen in fachlichen und finanziellen Fragen der Krankenhauseelsorge erforderlich.
9. Krankenhauseelsorge muss an das geistliche Amt der Pfarrerin, des Pfarrers gebunden bleiben. Ergänzend ist der Aufbau einer qualifizierten ehrenamtlichen Seelsorge für bestimmte Bereiche sinnvoll und notwendig.
10. Die Beteiligung von Krankenhäusern an den Personalkosten der Krankenhauseelsorge gewinnt an Bedeutung, damit dieser kirchliche Dienst in möglichst hohem Umfang gewährleistet werden kann. Mit einer Beteiligung an den Personalkosten verbunden sind Erwartungen der Häuser an die Arbeit der Krankenhauseelsorge und eine Beteiligung am Bewerbungsverfahren. Finanzielle Zusagen sind meist zeitlich befristet.
11. Neben dem pfarramtlichen Dienst in der Krankenhauseelsorge gibt es andere Anstellungsformen. Die kirchliche Verantwortung für das evangelische Profil der Krankenhauseelsorge muss in allen Formen der Anstellung gewährleistet bleiben. Die Einhaltung und Weiterentwicklung hoher fachlicher Standards liegt im kirchlichen Interesse. Eine hohe Qualität der Krankenhauseelsorge ist auch für die Bereitschaft der Krankenhäuser, sich an den Personalkosten zu beteiligen, unerlässlich.
12. Zur Unterstützung und Beratung der Kirchenkreise bei der Erarbeitung ihrer Krankenhauseelsorgekonzepte und bei Verhandlungen mit den Krankenhausträgern zur Beteiligung an den Personalkosten der Krankenhauseelsorge ist die Finanzierung eines Pfarrstellenanteils durch die landeskirchliche Ebene sinnvoll.



## IMPRESSUM

Evangelische Kirche im Rheinland  
Landeskirchenamt/Abteilung II Theologie und Diakonie  
Dezernat II.3 Seelsorge  
Leitender Dezernent Kirchenrat Pfarrer Jürgen Sohn  
Hans-Böckler-Straße 7  
40476 Düsseldorf  
Telefon 0211 4562-356  
Fax 0211 4562-560  
E-Mail [svenja.rast@ekir-lka.de](mailto:svenja.rast@ekir-lka.de)  
Download der Broschüre: [www.ekir.de/www/service/seelsorge-15774.php](http://www.ekir.de/www/service/seelsorge-15774.php)

Gestaltung/Produktion:  
Medienverband der Evangelischen Kirche im Rheinland gGmbH

