

Krankenhausseelsorgekonzept im Evang.-Luth. Dekanatsbezirk Erlangen

Januar 2022



Ich war krank und ihr habt mich besucht.
Mt 25,36



Gewidmet allen Menschen,
die mit Krankheit zu tun haben,
besonders denen, die in ein Krankenhaus müssen oder dort arbeiten.

Gott stärke und behüte sie.

Gliederung

1) Einleitung

2) Grundlagen

- a) Biblisches Fundament
- b) Christliches Menschenbild und Ethik
- c) Kirchliche Verankerung
- d) Rechtsgrundlage

3) Sozialraum Kliniken im DBER

4) Seelsorgeverständnis

5) Aufgaben

- a) Besuch auf Stationen (Patient*innen und Zugehörige)
- b) Mitarbeiter*innenseelsorge
- c) Gottesdienste, Geistliche Räume und Rituale
- d) Rufbereitschaft
- e) Ethik
- f) Gehörlosenseelsorge
- g) Ehrenamtliche in der Krankenhausseelsorge
- h) Seelsorge und organisatorische Zusammenarbeit im System Klinik
- i) Öffentlichkeitsarbeit
- j) Unterricht
- k) Impulse für eine seelsorgliche Kirche

6) Arbeitsweisen und Vernetzung

- a) Umgang mit Fremdheit (Interkulturelle Ausrichtung)
- b) Ökumenische Ausrichtung
- c) Fachkompetenz
- d) Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- e) Gremien und Teamstrukturen

7) Perspektiven: Säen und wachsen lassen

- a) Christliche Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care
- b) Medical Valley der Metropolregion - Klinikentwicklung
- c) Vernetzung innerhalb des DBER stärken
- d) Finanzierung und Fundraising

8) Stellenverzeichnis

9) Abkürzungsverzeichnis

1) Einleitung

Dieses Konzept beschreibt und erläutert die Krankenhausseelsorge im evang.-luth. Dekanatsbezirk Erlangen. Wir haben es bewusst beschreibend gehalten, um einen Einblick in diese Region unseres Dekanats zu geben. Wir laden Sie ein: Lesen Sie, was Sie interessiert, und gehen Sie gerne mit Fragen und Anregungen auf unsere Krankenhausseelsorger*innen zu (Adressen über www.evangelische-klinikseelsorge-erlangen.de).

Seelsorge „bezeichnet ein niedrigschwelliges Angebot der Kirche zur zwischenmenschlichen Begleitung, Begegnung und Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens mit dem Ziel, die Lebens- und Glaubensgewissheit von Menschen zu stärken (M. Klessmann, vgl. hier in Abschnitt 7a). Sie dient im Krankenhaus oft auch der Krisen- und Krankheitsbewältigung.

Die vier Krankenhäuser im Dekanatsbezirk Erlangen verstehen wir als Sozialraum (vgl. Abschnitt 3). Hier sind wir als Kirche im Krankenhaus präsent, bilden in jeder Klinik für sich eine Gemeinde auf Zeit als Teil der einen Kirche. Dabei ist die relative Unabhängigkeit der Krankenhausseelsorge (KHS) von den Klinikhierarchien auf der Grundlage rechtlicher Ordnungen (vgl. Abschnitt 2d) unabdingbar: Distanziert und gleichzeitig integriert bietet sie einen von der Schweigepflicht bewahrten Schutzraum für persönliche Begegnungen und Entwicklungen.

Kernaufgabe bleibt dabei das persönliche, vertrauliche Gespräch - immer offen für die spirituelle, religiöse Dimension dessen, was sich ereignet. KHS geschieht vielfältig und umfasst Gottesdienste und Rituale ebenso wie Ethik, Unterricht, Öffentlichkeits- und Gremienarbeit. Geleistet wird sie von Haupt- und Ehrenamtlichen, zwei Professionen mit einem gemeinsamen Auftrag (vgl. Abschnitt 5g). Aus all dem leitet die KHS Impulse für eine seelsorgliche Kirche ab (vgl. Abschnitt 5k) und stellt sie den anderen Gliedern des einen Leibes (1. Kor 12) zur Verfügung. Mehr zu den Aufgaben finden Sie in Abschnitt 5, zu Arbeitsweisen, Kompetenzen und Vernetzungen in Abschnitt 6.

Gesandt an alle, die ein Krankenhaus betreten, begegnen die Krankenhausseelsorger*innen Menschen verschiedenster Kulturen. Die kirchliche Sozialisation verliert an Bedeutung und wird immer seltener angetroffen. Insofern ist der Umgang mit Fremdheit (Abschnitt 6a) ein Grund- und Zukunftsthema. Gleiches gilt für eine interkulturelle Ausrichtung und die Positionsbestimmung christlicher Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care (Abschnitt 7a). Da wird christliche Seelsorge als nur eine von vielen möglichen Arten spiritueller Begleitung verstanden, die in der Klinik Erfolge vorzuweisen hat. Als Bestandteil einer ganzheitlich verstandenen Medizin findet sie sich als Standardangebot der Palliativversorgung wieder. Und der Bedarf wird steigen (vgl. Abschnitt 7b zum Medical Valley).

2) Grundlagen

2. a) Biblisches Fundament

Unsere seelsorgliche Arbeit folgt aus der Zuwendung Gottes zu seinen Menschen und der Erfahrung unserer tiefen Verbundenheit zu Gott als Quelle des Lebens. Das menschliche Leben, von Anfang bis zum Ende und darüber hinaus, hat seinen Ursprung in Gott und behält zu ihm ewigen Kontakt. Der Mensch hat von Anfang an seinen Ursprung in Gott und bleibt mit seinem Schöpfer verbunden, er wird als Gottes Ebenbild beschrieben. Dies ist Zuspruch und Anspruch an den Menschen zugleich (Gen 1,1 - 2,4a), hierin liegt das Heilsein des Menschen. Wenn wir von Gott in der männlichen Form schreiben ist das der Lesbarkeit geschuldet – wir denken dabei an alle männlich und weiblich, väterlich und mütterlich konnotierten Aspekte.

Was es bedeutet mit diesem schöpferischen Grund unseres Lebens in Beziehung zu stehen, erkennen wir in der Selbstoffenbarung Gottes in dem Menschen Jesus Christus, wie er in den Schriften der Bibel beschrieben wird. Seiner Lehre und seinem beispielhaften Leben folgt auch unser Auftrag als Seelsorger*innen. Wir folgen seinem Vorbild der bedingungslosen Annahme und Zuwendung der bzw. zu den Menschen.

In dem Ausspruch Jesu (Mt 25,36) „Ich war krank und ihr habt mich besucht“, identifiziert sich der menschnahe Gott mit der leidenden Kreatur. Das ist der Kern unseres Auftrags: Die Zuwendung zu den Leidenden und Kranken. Der leidende Mensch ist nicht getrennt von Gott. Diesem nahen Gott spüren wir als Seelsorger*innen in jeder menschlichen Situation nach. Es ist uns Seelsorger*innen Anspruch und verheißungsvoller Zuspruch zugleich, dass sich der menschnahe Gott von allen, die nach ihm fragen, finden lassen wird (Mt 7,7-11): „Wo zwei oder drei in meinem Namen versammelt sind, da bin ich mitten unter ihnen“ (Mt 18,20).

Die biblischen Quellen verweisen auch auf eine größere Gemeinschaft, die weit über die Grenzen von Gemeindezugehörigkeit und konfessionelle Grenzen hinausgeht. Das Leben im Koordinatensystem von Glaube, Hoffnung und Liebe (1. Kor 13,13) verweist auf die Weite unseres Auftrags und die ökumenische Verbundenheit. Im biblischen Bild von dem einen Leib Christi, der aus verschiedenen Gliedern besteht, aber einer Sache dient (1. Kor 12,12 ff.), finden wir die KHS als Teil der gesamten Kirche wieder.

2. b) Christliches Menschenbild und Ethik

Das christliche Menschenbild beruht auf der Überzeugung, dass jeder Mensch das unauslöschliche Ebenbild Gottes in sich trägt. Als solches ist er untrennbar mit Gott verbunden. Der Mensch ist eine Einheit aus Leib, Seele und Geist. Die Bibel bezeugt, wie sich Gott jedem Menschen individuell und liebend zuwendet. Die KHS wahrt und respektiert die Individualität jedes Menschen: seine je eigene Identität in Kultur, Sprache, Weltanschauung und Religion, Geschlecht und sexueller Orientierung. Jeder Mensch gilt als einmalige Person. Er bedarf der Gemeinschaft mit anderen Menschen. Die KHS achtet das menschliche Leben und setzt sich für dessen Erhalt und unveräußerliche Würde ein, auch wenn dessen individuelle Merkmale, die den Menschen zur einmaligen Person machen nicht mehr vorhanden, noch nicht ausgebildet oder nicht mehr kommunizierbar sind.

Menschen im KH erfahren durch Interesse, aktive Zuwendung und Beistand, dass sie nicht allein sind und werden ihrer Würde als Person vergewissert. Als Person soll der Mensch selbstverantwortet und frei Entscheidungen für sein Leben treffen. Die KHS möchte die individuelle Freiheit und Autonomie stärken. Wir unterstützen den Zugang von Patient*innen zu allen notwendigen Informationen über ihren Gesundheitszustand, um verantwortete Entscheidungen zu ermöglichen.

Der Mensch ist in seiner Suche nach Heil auf das Gegenüber Gottes angewiesen. Er findet es nicht in sich selbst (*homo incurvatus in se*). Im Verhältnis zu Gott erfährt sich der Mensch als mit Gott verbunden und getrennt zugleich (*iustus et peccator*) und bleibt zeitlebens auf Gottes vergebendes Wort angewiesen. Wir achten diese Dimension im Leben unserer Klient*innen und lassen sie nicht mit ihrer Schuld und den Schuldgefühlen allein. Die stellvertretend zur rechten Zeit zugesprochene Vergebung kann eine Quelle neuen Lebens werden.

Ausgehend von ihrem christlichen Menschenbild und den Prinzipien ethischen Handelns nimmt die KHS an ethischen Diskursen und Entscheidungsprozessen im Krankenhaus teil. Sie reflektiert die Vielzahl ethischer Fragen anhand ihrer Grundlagen. Die ethische Reflexion und Beratung zielt auf den Einzelnen sowie auf die Ausrichtung von Leitlinien ethischen Handelns der gesamten Institution Krankenhaus.

2. c) Kirchliche Verankerung

Der Auftrag der Kirche umfasst grundlegend die Seelsorge. Die KHS führt den gesamtkirchlichen Auftrag speziell im Rahmen des Krankenhauses aus. Sie ist „Kirche in der Klinik“¹ und bildet immer neu eine „Gemeinde auf Zeit“. Dabei ist sie offen für alle Menschen, ungeachtet ihrer Konfession oder Religion. Die beiden großen Kirchen (röm.-kath. und evang.-luth.) beauftragen und senden hauptamtliche und ehrenamtliche Seelsorger*innen (verschiedene Professionen). Die

¹ Klassisch erkennbar an rund 250 Gottesdiensten (vor Corona) in den Kliniken des DBER pro Jahr.

Seelsorger*innen handeln als Repräsentant*innen ihrer Kirchen und sind diesen verpflichtet. Sie bewegen sich inmitten eines modernen Krankenhauses als säkularer Institution, aber zugleich außerhalb ihrer Hierarchien.

2. d) Rechtsgrundlage

Die rechtliche Grundlage für den allgemeinen und öffentlichen Dienst der KHS bildet das Grundgesetz im Art. 4, Abs. 1. Hierin wird allen das Grundrecht auf freie Religionsausübung und das Selbstbestimmungsrecht² zugesichert. Jede*r hat das Recht, seinen/ihren eigenen Glauben zu praktizieren. Es begründet sowohl die positive wie die negative Religionsfreiheit. D.h., dass die Angebote der KHS allen Patient*innen und Mitarbeiter*innen im KH offen stehen, die sie freiwillig in Anspruch nehmen wollen. Das Recht begründet auch die Freiheit sie abzulehnen. Umgekehrt darf Seelsorge niemandem vorenthalten werden. Das Grundgesetz verpflichtet deshalb die Krankenhäuser, den Dienst der Seelsorge an den Menschen zu ermöglichen und der Seelsorge grundsätzlich ungehinderten Zugang zu gewähren. Im Bereich der ELKB ist näheres in den Richtlinien der Krankenhausseelsorge-Ordnung (KHSO) geregelt.

3) Sozialraum Kliniken im DBER

Vier Kliniken mit zusammen ca. 2.860³ Betten liegen im Gebiet des DBER. Jede hat ihr eigenes Profil: das Spektrum reicht von höchstspezialisierten Fachkliniken mit Maximalversorgung bis zur Rehabilitation. Jährlich lassen sich dort ca. 92.000 Patient*innen stationär behandeln. Ihre Altersspanne reicht von der pränatalen Lebensphase bis zu hochbetagten Frauen und Männern. Ihre durchschnittliche Verweildauer ist je Klinik unterschiedlich, am UKER liegt sie bei etwas über sieben Tagen, im KaE bei 26,7 Tagen. Über 1.500 Menschen sterben⁴ pro Jahr in den Kliniken. Dazu kommen knapp 570.000 ambulante sog. „Behandlungsfälle“ allein im UKER⁵. Tendenz: Steigend.

Über die Zahl der Besucher*innen können wir keine exakten Angaben machen. Aber bereits ein*e Besucher*in pro Patient*in/Woche ergibt annähernd 150.000⁶ Besucher*innen im Jahr.

Mit im Blick haben wir die Mitarbeiter*innen: Weit über 10.000⁷ Frauen und Männer in zig verschiedenen Berufen.

² Art. 4 GG Abs. 1 und 2, Art. 140 GG i.V.m. Art. 141 Weimarer Reichsverfassung, Art. 107 und 148 der Bayr. Verfassung; Art. 17 Vertrag zwischen dem Bayerischen Staate und der ELKB.

³ Zahlen stammen von den Kliniken, wenn nicht anders angegeben aus dem Jahr 2019 – vor Corona.

⁴ Ohne KaE, FKH, Fetozone

⁵ Zahlen von MWKH, KaE und FKH liegen uns dazu aktuell nicht vor.

⁶ Bettenzahl x 52 Wochen

⁷ Das UKER allein beschäftigt bereits über 9.000 Angestellte.

Die Menschen unterscheiden sich in ihrer internationalen Herkunft, ihrer Spiritualität, im Bildungsgrad, eigentlich in allem. Gemeinsam ist ihnen, dass es in den Kliniken um Gesundheit, Krankheiten, Therapien, Forschung und Genesung bzw. Heilung geht. Fest steht: Aus religiösen Gründen oder wegen eines seelsorglichen Anliegens kommt niemand in eine Klinik.⁸

Die Kliniken bilden einen schicksalsträchtigen Sozialraum mit vielen Häusern. Jede hat ihre eigene Atmosphäre, Regeln und Normen. Emotionale Verdichtung in Krisen geht Hand in Hand mit empirischer, objektivierender Wissenschaft. Fremdheit und Intimität finden sich in jedem Krankenzimmer.

In diesem Raum begleiten wir die Menschen seelsorglich. Zur Verfügung stehen der KHS DBER aktuell 7,25 Pfarrstellen, davon 0,5 vakant und zur Streichung vorgesehen. Unterstützt werden wir von zwei Verwaltungskräften mit zusammen 21 Stunden/Woche⁹.

4) Seelsorgeverständnis

Ich war krank und ihr habt mich besucht. (Mt 25,36)

Dieses Zitat aus Jesu Rede ist uns ein wichtiger Impuls und Auftrag für unsere Arbeit. Es trifft auf viel Resonanz in uns. Unsere Basis ist der persönliche christliche Glaube, der uns und fremde Menschen miteinander vereint.

Wir sind in unserer Kirche beheimatet und von dieser zur Seelsorge¹⁰ beauftragt und gesandt. So bewegen wir uns als kirchliche Repräsentant*innen inmitten eines modernen Krankenhauses als säkularer Institution. Und dabei begegnen wir Patient*innen, oftmals mehr oder weniger zufällig. Unsere Lebenswege kreuzen sich für eine bestimmte Zeit. Mit Offenheit und Interesse gehen wir auf sie zu. Wir besuchen und begleiten sie in Krankheiten und Krisen. Dabei gehen wir respektvoll von ihrer Lebenssituation und Glaubenserfahrung aus. Nach dem Konzept der interkulturellen Seelsorge sind wir sensibilisiert für eine adäquate, kontext- und kulturabgestimmte Seelsorge. Wir nehmen die religiösen, spirituellen und kulturellen Werte und Traditionen in den Blick und beziehen sie bewusst wertschätzend als persönliche Ressourcen mit ein.

Viele Menschen, denen wir zum ersten Mal oder bereits seit Jahren immer wieder begegnen, sind kirchenfremd oder kommen nach langer Zeit wieder einmal mit Kirche in Berührung. Aus existenzieller Betroffenheit heraus stellen sie aber neu die Frage nach Sinn und nach Gott, und sind offen für einen lebendigen Dialog mit uns.

⁸ Ausnahme: Das MWKH wird wegen seines christlichen Profils mitunter gezielt ausgewählt.

⁹ 15 Std. UKER, 6 Std. KaE

¹⁰ Definition „Seelsorge“ vgl. Pkt. 7 a), Christliche Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care

Sie erzählen uns aus ihrem Leben und mitunter verknüpfen sich Narrative der eigenen Biographie mit der großen Erzählung der Liebe Gottes.

Unser Vorteil in der Seelsorge ist, dass wir keinen Behandlungsauftrag, kein Therapieziel verfolgen müssen. Wir sind nicht fokussiert auf die Krankheit, sondern begeben uns ergebnisoffen, empathisch und authentisch in Begegnung, mit einem Blick für den ganzen Menschen und seine/ihre persönlichen Ressourcen: Wer oder was hält dich? Was gibt dir Kraft und Sinn im Leben?

Nach dem Konzept der Salutogenese (A. Antonovsky) helfen wir Menschen bei ihrer Suche nach Bedeutsamkeit, damit sie besser verstehen, was mit ihnen passiert und sie sich als handlungsfähig erleben.

In unseren Gottesdiensten erfahren die Menschen oft eine kirchliche „Heimat auf Zeit“ und eine heilsame Solidarität sowohl mit anderen Patient*innen als auch mit Nicht-Patient*innen (Mesner*in, Organist*in, Chorsänger*innen, Pflegepersonal).

Neben den Patient*innen gilt unsere Aufmerksamkeit auch ihren Zugehörigen und den in der Klinik Tätigen. Auch ihnen bieten wir Gespräche und seelsorgliche Begleitung in schwierigen Situationen an.

KHS arbeitet in einem produktiven Spannungsverhältnis. Das moderne Krankenhaus funktioniert gut aufgrund klarer, ausdifferenzierter Zuständigkeiten, Rollenbeschreibungen und Hierarchien. In dieser festen Struktur von Über- und Unterordnungen stellt die KHS aber immer wieder ein systemfremdes Subsystem dar. Die KHS ist nicht beim Klinikträger angestellt. Bisweilen wird sie als Störfaktor empfunden. Das ist von der KHS auch gewollt und wird aufrechterhalten, um z.B. auf Schwierigkeiten und Missstände konstruktiv aufmerksam machen zu können. Sie ist Kooperationspartnerin, die in einer distanzierten Loyalität den Heilungsauftrag mitträgt und aktiv durch das eigene Handeln unterstützt. Andererseits kann sie auch Anwalt der Patient*innen sein und mit Verweis auf das Seelsorgegeheimnis die Auskunft gegenüber Ärzt*innen und Therapeut*innen verweigern. Sie kann aufgrund ihrer eigenen theologischen Heimat systemfremde Perspektiven einbringen, wenn sie z.B. nach den notwendigen Bedingungen für die Menschlichkeit des Menschen in der Institution fragt, an die Begrenztheit des Lebens, die Fragmentarität von Gesundheit oder die Unausweichlichkeit von Sterben und Tod erinnert.

Für die Zukunft wird es immer wichtiger werden, dass KHS wachsam bleibt für dieses produktive Spannungsverhältnis und sich nicht funktionalisieren oder in das System Krankenhaus integrieren lässt.¹¹ (Vgl. Simon Peng-Keller, David Neuhold (Hg.), Seelsorgedokumentation in digitalen Patientendossiers. Rechtswissenschaftliche und theologische Erkundungen, Zürich 2021.)

¹¹ Erfahrungen (Pfarrerehepaar Eunicke) aus den USA zeigen: Dort sind Klinikseelsorger*innen bei Kliniken angestellt – und wurden als Gegenüber respektiert. Diese Struktur ist also durchaus möglich.

5. Aufgaben

5. a) Besuch auf Stationen (Patient*innen und Zugehörige)

Wir besuchen Patient*innen auf allen Stationen der Kliniken:

- Aufsuchend: Wir klopfen an die Tür, betreten das Zimmer, stellen uns vor und klären, ob ihm/ihr ein Besuch willkommen ist. Wir besuchen auch Patient*innen in veränderten Bewusstseinszuständen bis hin zu Koma und dem sog. Hirntod. Die Besuche dauern von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden. Und auch eine Ablehnung des/der Patient*in bedeutet: Er/sie wurde wahrgenommen und hat einen Besuch bekommen.
- Auf Ruf: Patient*innen, Angehörige oder Klinikmitarbeiter*innen können uns rund um die Uhr erreichen und um einen Besuch bitten.¹²
- Auf Empfehlung: Angehörige, Gemeindemitglieder, Gemeindepfarrer*innen u.a. empfehlen uns ein*e Patient*in, für die sie Unterstützung für sinnvoll erachten, mitunter ohne deren Wissen.

Diese Aufgabe nehmen haupt- und ehrenamtliche Seelsorger*innen wahr. Einen evtl. Anspruch, jede*n Patienten*in zu besuchen, können wir nicht erfüllen. Die Gespräche unterliegen dem Seelsorgegeheimnis – soweit das in Mehrbettzimmern möglich ist.

Auch Gespräche mit Zugehörigen oder kleinen Familien- und Freundesgruppen ergeben sich in den Zimmern.

Zusätzlich bietet die Stationsarbeit Anknüpfungspunkte für die Mitarbeiter*innen-seelsorge.

5. b) Mitarbeiter*innenseelsorge

Eine gute Verbindung zu den Mitarbeiter*innen ist eine Grundlage fruchtbarer Seelsorgearbeit. Durch die Zusammenarbeit für die Patient*innen haben wir dabei ganz besonders Pflegepersonal, ärztliches und therapeutisches Personal im Blick. Darüber hinaus haben wir ein offenes Ohr für die Menschen der vielen verschiedenen Professionen im Krankenhaus.

Die Mitarbeiter*innen finden in uns verlässliche, sie entlastende Partner*innen bei der gemeinsamen Aufgabe der guten Patient*innenbetreuung. Wir bringen dabei die seelsorgliche Sichtweise ein und bestärken die Mitarbeiter*innen darin, die Patient*innen ganzheitlich wahrzunehmen. Wir sensibilisieren sie für seelsorgliche Aspekte und zeigen das Wohltuende christlicher Rituale auf.

¹² Teilweise werden Patient*innen gleich bei ihrer Aufnahme nach einem Seelsorgewunsch oder der Kirchengliederung gefragt. Die Information an uns geschieht durch Einträge in entsprechende Computermeldesysteme.

So entwickeln wir wechselseitiges Vertrauen, damit die Mitarbeiter*innen uns auch als Ansprechpartner*innen für eigene Belange anerkennen und in Anspruch nehmen. Da wir Einblick in den Arbeitsalltag im Krankenhaus haben, aber nicht in die Klinikhierarchie eingebunden sind (Verschwiegenheit!), wird das Gesprächsangebot gerne genutzt. Das kann in Tür- und Angelgesprächen sein, die für Entlastungsmomente sorgen, oder in Teamgesprächen geschehen, in denen gemeinsam mit der Seelsorge Vorkommnisse aufgearbeitet und reflektiert werden. Auch Einzelgespräche als längere Begleitungen mit regelmäßigen Gesprächsterminen sind gefragt.

Darüber hinaus bieten wir Fortbildungsveranstaltungen zu religiösen Themen, seelsorglichen Fragestellungen und ethischen Aspekten an. Durch Aktionen für die Mitarbeiter*innen, Grüßen zu den christlichen Festen und Angeboten im Intranet halten wir die Verbindung aufrecht. Im MWKH stellt sich die KHS bei Einführungsveranstaltungen neuer Mitarbeiter*innen vor und macht ihr Angebot deutlich.

Für viele Mitarbeiter*innen sind die Kontakte mit der KHS die einzigen persönlichen Berührungspunkte zu den Kirchen. Hier vermitteln und leben wir das Bild einer zugewandten, offenen Kirche. Gelegentlich bitten Mitarbeiter*innen darum, ihre Familienangehörigen in der Klinik zu betreuen und für sie und ihre Familien Kasualien zu gestalten.

5. c) Gottesdienste, Geistliche Räume und Rituale

Gottesdienste

In allen vier Kliniken des DBER bieten wir im ökumenischen Wechsel regelmäßig Wochentags- oder Sonntagsgottesdienste für Patient*innen, Zugehörige und Mitarbeiter*innen an¹³. Dazu nutzen wir die zahlreichen geistlichen Räume, aber auch Aufenthaltsräume oder Krankenzimmer. Eine TV-Übertragungsanlage ermöglicht es bettlägerigen Patient*innen im UKER und MWKH daran teilzunehmen.

Gottesdienstablauf und -inhalte werden mit besonderem Augenmerk für von Krankheit betroffene Menschen entwickelt. Verkündigung und Seelsorge gehen eine enge Verbindung ein. Es gilt, die existenziellen Fragen der Gemeinde seelsorglich aufzunehmen. Nicht, um sie immer zu beantworten, sondern auch, um ihre Offenheit zu formulieren und tragen zu helfen. Gerade Gebete und der Segen rühren die Patient*innen oft sehr an, seien es Klagen, Bitten oder Dank für Hilfe aus großer Not.

In unseren Gottesdiensten erfahren die Menschen oft eine kirchliche „Heimat auf Zeit“. Besucht werden die Gottesdienste sowohl von christlich geprägten, gemeindeorientierten Patient*innen als auch von der Kirche Fernstehenden, die mit ihren existenziellen Fragen auf der Suche nach Antworten sind. In unseren Gottesdiensten erfahren die Menschen oft eine heilsame Solidarität, sowohl mit

¹³ An der FKH übernimmt die Kirchengemeinde Herzogenaurach 75% davon.

anderen Patient*innen als auch mit Nicht-Patient*innen, wie z.B. dem/der Mesner*in, Organist*in, Chorsänger*innen und dem Pflegepersonal.

Einen hohen Stellenwert besitzen die vielfältigen, emotional hoch verdichteten Gedenkgottesdienste im Klinikkalender: etwa für Angehörige verstorbener Patient*innen des MWKH, der Palliativstation, der Kinder- und Jugendklinik, der Frauenklinik (für die Sternenkinder) und der Körperspender*innen. Sie verbinden Trauernde zu einer Gemeinschaft miteinander und mit Gott. Hier gehören Klinikmitarbeiter*innen mit zu den von uns geleiteten Teams, die diese immer ökumenischen Gottesdienste vorbereiten und durchführen.

Geistliche Räume

Neun Geistliche Räume stehen Tag und Nacht offen. Mehrheitlich sind es christliche Kapellen (6, immer ökumenisch); neuere Räume werden von den Kliniken als interreligiöse Andachtsräume (bislang 3) gewünscht und gebaut.

Diese Räume sind Bau-Denkmäler der Spiritualität. Schon wer auch nur einen Wegweiser zur „Kapelle“ liest wird daran erinnert, dass es „mehr gibt zwischen Himmel und Erde“ als Diagnostik und Therapie.

Wer hinein geht findet sich in einem Schutzraum wieder, der Himmel und Erde verbindet. Hier ist es ruhig und warm. Wir gestalten diese Räume sorgfältig mit Anregungen für persönliche Gebete, Hoffnungszeichen und Kontaktangeboten. An der Menge verbrauchter Kerzen und Gebetsbriefen sehen wir, dass diese Räume oft, gerne und intensiv für Minuten der Stille und Kontemplation genutzt werden. Durchaus interreligiös, und das ohne nennenswerte Schwierigkeiten.

Zusätzlich verfügen wir über etliche Abschiedsräume für Aussegnungsfeiern. Mit Ausnahme der Kinder- und Jugendklinik werden sie nur selten genutzt. Wir deuten das als ein gutes Zeichen: Immer mehr Stationen sind von der Bedeutung des Abschied-Nehmens überzeugt und ermöglichen eine würdevolle Aussegnung in ihrem eigenen Bereich, so dass die Notwendigkeit besonderer Aussegnungsräume in anderen Gebäudeteilen nachgelassen hat.

Rituale

Traditionelle christlich-kirchliche Rituale tragen nach wie vor durch Krankheits- und Krisensituationen in der Klinik. Umso mehr, wenn Patient*innen, Zugehörige oder Mitarbeiter*innen kirchlich geprägt sind.

Wir vertrauen auf die Wirkung bewährter Rituale als Kommunikationsgeschehen zwischen uns und Gott: stabilisierend, stärkend, Angst lindernd, Orientierung gebend und Sinn stiftend in einer Krisensituation. Rituale zur rechten Zeit wirken stärkend und heilsam gegen z.B. Verwirrung, Angst, Sinnlosigkeit und das Gefühl von Gottverlassenheit.

Allerdings sind unsere christlichen Rituale als Folge der zunehmenden Entkirchlichung unserer Gesellschaft immer weniger bekannt. Und sie werden im Klinikalltag weniger als früher verlangt.

Für unsere Arbeit bedeutet das, dass wir die Rituale mehr erklären und den Klient*innen näherbringen müssen. Es ist zum Beispiel nicht mehr selbstverständlich, eine Aussegnung anzubieten: wir müssen erläutern, worum es geht. Die Wirkung entfaltet sich genauso, wir müssen aber situativ neu und angepasst formulieren.

In der Begegnung mit Patient*innen und Zugehörigen erkennen wir als Folge der veränderten gesamtgesellschaftlichen Lage, dass sie aus allen möglichen geistigen und geistlichen Bereichen schöpfen, um sich spirituelle und vermeintlich spirituelle Versatzstücke herauszusuchen und so eine je individuelle Spiritualität formen. „Ich glaube nicht an Gott, ich glaube aber an Engel“ ist ein Beispiel eines solchen individuellen Ansatzes. Oder aber: „Ich habe ein Lied gehört, da heißt es, man trifft sich in einem goldenen Land...“. Die Sehnsucht nach Spiritualität ist groß, die Möglichkeit darüber zu kommunizieren und dem eine Gestalt zu geben beliebig.

Die Herausforderung an die KHS liegt darin, sich selbst sehr klar und bewusst zu positionieren und die Bedürfnisse der Klient*innen ernst zu nehmen. Die Sprache und die Bilder eines Gegenübers müssen aufgenommen werden. Wir reagieren dabei verantwortlich aus einer Position heraus, die das Evangelium des lebendigen Christus als Grundlage hat. So können Rituale neu geformt und formuliert werden, die auf die jeweiligen Patient*innen und Zugehörigen individuell zugeschnitten sind. Dabei spielen auch Räumlichkeiten (Intensivstation vs. Krankenzimmer vs. Raum der Stille) eine Rolle. Zum Beispiel zur Verabschiedung von einem vor Jahren abgetriebenen Kind, beim Abschied von einem*r Organspender*in, bei der Verabschiedung eines muslimischen Vaters usw.

Bei Gedenkfeiern aller Art kommt der Entwicklung eines multikonfessionellen Charakters besondere Bedeutung zu. Wichtig bei der Gestaltung ist, dass die Durchführung eine feierliche, liebevolle, sichere, individuelle und allgemeingültige Ausstrahlung hat. Das ermöglicht eher Kooperation mit unterschiedlichsten Gruppierungen und Gemeinschaften, Handlungssicherheit, Zuversicht und Inspiration.

Taufen¹⁴ spielen in der Kinder- und Jugendklinik (UKER) eine große Rolle: Das Leben der Täuflinge ist oft akut bedroht; große, risikobehaftete Operationen stehen bevor. Die Eltern suchen Schutz und Segen für ihr Kind, die Geschwister und sich selbst. Fragen nach Gott und seiner Gerechtigkeit, seiner Nähe und Ferne, nach dem ewigen Leben stehen im Raum; Verzweiflung und Hoffnung, Mut, Angst und Wut verdichten die Atmosphäre dieser Taufen auf der Intensivstation. Dazu kommen Segnungen von vor, während oder kurz nach der Geburt verstorbenen Kindern in der Frauenklinik.

¹⁴ Im Jahr feiern wir ca. 25 Taufen beider Konfessionen in der Kinder- und Jugendklinik.

5. d) Rufbereitschaft

Gerade in Krisen brauchen Menschen rasch Hilfe; mehr noch, in einer Krise steigt häufig die Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen. In der Jahreslosung 2022¹⁵ verspricht Gott den Menschen, dass sie ihm willkommen sind - und schaut dabei nicht auf die Uhr.

Deshalb bietet die KHS am MWKH und UKER eine 24/7-Rufbereitschaft für alle Stationen beider Häuser an. Aktuell ist sie sogar konfessionell doppelt organisiert¹⁶.

Das wird sich in absehbarer Zeit wahrscheinlich ändern, da die Kapazitäten der röm.-kath. Kolleg*innen so reduziert werden, dass sie eine konfessionelle 24/7-Rufbereitschaft nicht mehr leisten können.

Aufbauend auf der langjährigen Erfahrung, dass sich für Menschen in einer Krise die Konfessionszugehörigkeit häufig relativiert, stehen wir einer ökumenischen Rufbereitschaft offen gegenüber, wohl wissend, dass es für Patient*innen, deren Glauben stark konfessionell geprägt ist, zunächst irritierend sein kann, nicht „den/die eigene*n Seelsorger*in“ zu bekommen.

Die Kliniken schätzen diese Unterstützung der KHS außerordentlich. Denn neben den Patient*innen und Zugehörigen werden auch die Mitarbeiter*innen begleitet und entlastet. Zudem spielen finanzielle Gesichtspunkte eine Rolle: Ein eigener, mit Fachkräften besetzter 24/7-Krisendienst wäre für die Kliniken deutlich teurer.

Mit dem gegenwärtigen und wohl auch künftigen Stellenplan wird es leider nicht möglich sein, diese Rufbereitschaft auf die beiden anderen Kliniken (Fachklinik und KaE) auszuweiten. Hier müssen andere Systeme mit geringerer Verfügbarkeit ausreichen.

¹⁵ Wer zu mir kommt, den werde ich nicht abweisen. (Joh 6,37)

¹⁶ **Organisation der evang.-luth. Rufbereitschaften an MWKH und UKER:**

Rufdienste werden von den hauptamtlichen Seelsorger*innen geleistet. Ehrenamtliche sind aktuell nicht in diese Arbeit eingebunden.

Der **Nachtdienst** wird werktags zwischen 17 Uhr und 9 Uhr morgens jeweils von einer/einem Seelsorger*in geleistet. Der Dienst wird von zu Hause aus geleistet, als Alarmierungszeit gilt ein Richtwert von etwa 30 Minuten.

Der **Wochenend- und Feiertagsdienst** wird von Freitag, 17 Uhr bis Montag, 9 Uhr von einer/einem Seelsorger*in geleistet, ebenfalls von zu Hause aus.

Zusätzlich gibt es werktags zwischen 9 und 17 Uhr einen sog. **Hintergrunddienst**. Ein/e Seelsorger*in steht in dieser Zeit zuverlässig für Notrufe und Kriseninterventionen zur Verfügung, damit Kolleg*innen, die etwa auf Isolierstationen arbeiten, unverschiebbare Termine wahrnehmen müssen oder erkranken, jederzeit schnell delegieren können.

In der **Fachklinik Herzogenaurach** können die Stationen den Klinikseelsorger anrufen. Mit der vorhandenen 0,25 KHS-Pfarrstelle ist allerdings keine 24/7-Verfügbarkeit zu leisten. Hier kooperiert die evang.-luth. KG Herzogenaurach mit der KHS: Auch die Gemeindepfarrer*innen können von der Klinik um einen Einsatz gebeten werden, den sie im Rahmen ihrer Verfügbarkeit leisten.

Die Rufbereitschaft der **Klinik am Europakanal** (0,5 KHS-Pfarrstelle + 0,5 Stelle Gehörlosenseelsorge) ist ähnlich organisiert, kann aber nicht auf die Unterstützung der Kirchengemeinde zurückgreifen.

Die **röm.-kath. KHS am UKER** organisiert durchgängige Wochenrufdienste und arbeitet mit anderen technischen Systemen (Stand: 31.1.2022)

An dieser Stelle entlastet die KHS bewusst die Gemeindeseelsorger*innen. Sie können tagsüber wegen Terminen phasenweise schwer oder nicht erreichbar sein und auch nicht nach einem anstrengenden Nachtdienst kurzfristig Termine (Schule, Kasualien) absagen oder auf Vertretungen zurückgreifen. Und es wäre äußerst schwierig, eine Krisen- oder Sterbebegleitung in der Klinik abubrechen, weil der Sonntagsgottesdienst beginnen soll.

Bei diesen Kriseninterventionen kooperiert die KHS u.a. mit der Notfallseelsorge, Gemeindeseelsorger*innen und den psychosozialen Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser.

5. e) Ethik

In einem Krankenhaus – und allemal in einer hochspezialisierten Universitätsklinik – stellen sich immer wieder - und eher zu- als abnehmend - ethische Fragen. Von der Frage eines Fetozids vor Lebensbeginn bei schwerster Behinderung über Fragen der Therapiezieländerung bis hin zur Triage gibt es viele differenzierte, sich immer wieder neu präsentierende ethische Fragen, die Ärzt*innen, Pflegende, Angehörige und Patient*innen selbst in Gewissensnöte bringen.

Aus diesem Grund haben sich auch flächendeckend KEK's (Klinische Ethikkomitees) etabliert, denen im Normalfall immer auch ein Mitglied der evang.-luth. und röm.-kath. KHS angehört (neben vielen anderen Disziplinen, wie Medizin verschiedenster Fachrichtungen, Pflege, Psychologie, Sozialdienst, Philosophie, Jurisprudenz, Patientenfürsprache u.a.).

Durch dieses interdisziplinäre Gremium mit seinen zugeordneten Arbeitsgruppen werden ethische Einsichten gesucht und gefunden, Leitlinien für die klinische Arbeit gelegt, aktuelle ethische Fragestellungen bearbeitet (bspw. der „assistierte Suizid“), einzelne klinische Fälle besprochen und Empfehlungen ausgesprochen, Ethikberatungen vor Ort angeboten und durchgeführt (oft in großer interdisziplinärer Runde mit den entsprechenden Angehörigen oder bei dem/der Patient*in), aber auch ethische Fortbildungen für die Klinik und ihre Mitarbeiter*innen und darüber hinaus.

Für uns ist dies ein wesentliches Feld, in dem wir im Blick auf theologisch-ethische und natürlich seelsorgliche Aspekte gefragt sind. Hier können wir wirksam werden sowohl für die Patient*innen und ihre Zugehörigen als auch in hohem Maße für die Mitarbeiter*innen der Klinik in ihren seelisch oft sehr belastenden Arbeitssituationen.

Ein nicht zu unterschätzender Benefit der Mitwirkung in diesem Gremium sind auch die guten Vernetzungen in alle Bereiche der Klinik bis in die Leitungsebenen hinauf.

Allerdings fordert eine (engagierte) Mitarbeit in diesem Bereich auch ihre Zeitkapazitäten:

- Ausbildung zum/zur „Ethikberater*in“ (Kliniken erwarten das zunehmend)
- Teilnahme an KEK-Sitzungen und AG-Treffen
- Mitarbeit bei Ethikberatungen vor Ort
- Vorbereitung und Durchführung von Fortbildungen

5. f) Gehörlosenseelsorge

Im KaE gibt es seit 1988 eine Abteilung (B2) für Menschen mit einer Hörbehinderung und einer psychischen Erkrankung. Neben Lengerich bei Osnabrück ist die Abteilung B2 die einzige Einrichtung, wo Menschen mit einer Hörbehinderung und einer psychischen Erkrankung kommunikativ angemessen behandelt werden. Dabei ist das Spektrum der Patient*innen mit einer Hörbehinderung sehr weit. Es reicht von Schwerhörigen über CI-Träger bis zu vollkommen vorsprachlich ertaubten Menschen. Die Menschen haben ganz verschiedene psychiatrische Erkrankungen und unterschiedliche Niveaus ihrer Entwicklung, Begabung und Bildung. Das Alter der Patient*innen reicht von 18 Jahren bis ins hohe Alter.

Neben dem stationären Bereich gibt es auch eine Ambulanz. Der Einzugsbereich ist schwerpunktmäßig Süd-Deutschland, Österreich und die Schweiz.

Die Entstehung der Abteilung ist maßgeblich auf Unterstützung der ELKB zurückzuführen.

Der damalige Landeskirchliche Beauftragte für Gehörlosenseelsorge, Pfr. Volker Sauermann, war 1979 der gehörlosen Ärztin Frau Inge Richter auf dem Deutschen Evangelischen Kirchentag in Nürnberg begegnet und hatte gemeinsam mit ihr entschieden, dass psychisch kranke gehörlose Menschen eine eigene Krankenstation brauchen, damit sie nicht aufgrund der fehlenden oder fehlerhaften Kommunikation für ‚geistig behindert‘ gehalten und nur medikamentös ruhig gestellt werden. Es ist wichtig, ihnen eine gute und fachgerechte medizinische und therapeutische Behandlung anzubieten.

Das behandelnde Team der Abteilung ist multiprofessionell aufgestellt und arbeitet eng zusammen. Zu ihnen gehört auch ein*e Klinik- und Gehörlosenseelsorger*in.¹⁷

Die Anforderungen an den/die Stelleninhaber*in sind sehr umfangreich: Neben umfangreichen Kenntnissen zu verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern und Therapiemöglichkeiten muss die kommunikative Kompetenz erworben werden, ein Seelsorgegespräch in allen Feinheiten in Deutscher Gebärdensprache (DGS) zu führen, oder einen Gottesdienst mit den passenden liturgischen Gebärden zu gestalten. Da aber eine Hörbehinderung nicht nur eine kommunikative Einschränkung darstellt, müssen auch Kenntnisse erworben werden hinsichtlich der Gehörlosenkultur und –identität, der Sozialisierung und belastender psychosozialer Faktoren, mit denen Menschen mit einer Hörbehinderung in ihrem Leben umgehen müssen.

¹⁷ Die Landessynode hatte damals dafür 0,5 Stellen beschlossen. Leider wurde dieser Beschluss nie kirchenrechtlich mit einer eigenen Stellennummer umgesetzt.

Die Möglichkeiten der Mitarbeit auf der Abteilung sind für den/die Stelleninhaber*in vielfältig:

Neben klassischen einzelnen Seelsorgegesprächen und auch längeren seelsorglichen Begleitungen, kann je nach Kompetenz auch wöchentlich eine therapeutische Gruppe für 5-8 Patient*innen zusammen mit der Sozialpädagogin angeboten werden. Hier bringen Patient*innen ein gewünschtes Thema ein, das dann spontan didaktisch gestaltet und fachgerecht bearbeitet wird. Der aktuelle Stelleninhaber bietet aufgrund seiner therapeutischen Qualifikation außerdem ausgewählten, kommunikativ und kognitiv stärkeren Patient*innen die Möglichkeit zur Einzeltherapie mit der Methode Psychodrama an.

5. g) Ehrenamtliche in der Krankenhausseelsorge

Ehrenamtliche Klinikseelsorger*innen sind in allen vier Kliniken des Dekanats im Einsatz. Dafür absolvieren sie eine anspruchsvolle theoretische und praktische Ausbildung nach den Grundsätzen der Klinischen Seelsorgeausbildung (KSA) und werden während ihrer Tätigkeit in einer Gruppe kontinuierlich begleitet und fortgebildet. Wesentliche Ausbildungsinhalte sind Seelsorgeverständnis, Arbeit an der eigenen Person, Kommunikation und Gesprächstechniken, pastoral-psychologische Grundkenntnisse, Theologie, Auseinandersetzung mit dem eigenen Glauben und grundlegende Kenntnisse zu ausgewählten Krankheitsbildern wie Depression oder Schlaganfall. Zusätzlich zu den Ausbilder*innen und der Ehrenamtlichengruppe steht jedem/jeder Ehrenamtlichen ein*e hauptamtliche Seelsorger*in als Mentor*in beratend zur Seite.

Die KHS begrüßt ehrenamtliche Mitarbeiter*innen jeder AöK-Kirche und im Einzelfall auch Seelsorger*innen ohne juristische Kirchenmitgliedschaft.

Nach der Ausbildung werden sie in einem Gottesdienst in ihr Ehrenamt eingeführt. Sie unterliegen dem Seelsorgegeheimnis und betreuen selbstständig eine Station einer Klinik; sie stehen Patient*innen, Zugehörigen und Mitarbeiter*innen als Seelsorger*innen zur Verfügung. Rufdienste und Sterbebegleitungen gehören aktuell¹⁸ nicht zu ihren Aufgaben, können es aber - Eignung und Interesse vorausgesetzt – werden. Hilfsdienste (z.B. Besorgungen) gehören nicht zu ihren Aufgaben; der Fokus liegt auf seelsorglichen Gesprächen im Rahmen eines oder mehrerer Besuche.

Ehrenamtliche Klinikseelsorger*innen verstehen wir als bereichernden, eigenständigen Zweig der KHS. Ehrenamtliche bringen aus ihrer Biografie und ihrem Selbstverständnis heraus eigene Blickwinkel ein – das betrifft sowohl die Seelsorge als auch das Kirchenverständnis und Glaubensleben. Sie vergrößern die Vielfalt unserer Arbeit und genießen gerade durch ihr Ehrenamt bei den Klient*innen eine

¹⁸ Stand: Januar 2022

hohe Glaubwürdigkeit. Aktuell sind 17 ehrenamtliche Klinikseelsorgerinnen¹⁹ einsatzbereit.

Zusätzlich übernehmen Ehrenamtliche Aufgaben als

- Prädikant²⁰
- Lektor*in
- Vorbereitung und Feier von Familien- und Gedenkgottesdiensten, Kinder- und Jugendklinik (eigener GD-Kreis)
- Impulsgeber*in für ethische Fragestellungen
- Verfasser*innen von Verkündigungstexten (z.B. digitaler Adventskalender)

Perspektive:

Im Zuge von PuK ist zu prüfen, ob eine Vernetzung und gemeinsame Ausbildung von ehrenamtlichen Seelsorger*innen in Kirchengemeinden, dekanatsweiten Diensten und Diakonie ein tragfähiges System für die Zukunft werden kann. Denkbar ist eine andernorts bereits praktizierte zentrale Ausbildung in Modulen. Ausgehend von einem Basismodul „Grundzüge der Seelsorge“ sind weitergehende Ausbildungsschritte für bestimmte Einsatzbereiche zu gestalten, etwa gemeindebezogene Besuchsdienste, Akut-Klinik, Reha-Klinik, Psychiatrie, Altenheim, Hospiz. Das könnte einzelne Gemeinden von der Aufgabe einer jeweils gemeindeeigenen Ausbildung entlasten und die Verbindung zwischen KHS und Gemeinden insgesamt stärken.

Auch Verbindungen und die Zusammenarbeit mit dem Hospizverein, dem Klinikbesuchsdienst der Diakonie Erlangen und bildung evangelisch können – sofern sinnvoll – ausgebaut werden.

¹⁹ Hier fehlt kein Gender-*.

²⁰ Auch hier fehlt * nicht.

5. h) Seelsorge und organisatorische Zusammenarbeit im System Klinik

KHS ist organisatorisch in das System der jeweiligen Klinik eingebunden. Aktive Kontakte und Kenntnis des Systems Krankenhaus sind eine Voraussetzung für das Gelingen unserer Arbeit. Mentalität und Sprache der jeweiligen Abteilung zu kennen öffnet Türen.

Beispielhaft seien genannt:

- Klinikvorstände
- Interdisziplinäre Arbeitskreise:
Klinisches Ethikkomitee, Arbeitskreis Organspende, div. Qualitätszirkel
- Psychologische und psychosoziale Abteilungen:
Psychoonkologie, Sozialdienste
- Kommunikation
- Ausbildungsstätten
- Raumverwaltung
- Finanzverwaltung
- Beschaffung

5. i) Öffentlichkeitsarbeit

Unter Öffentlichkeitsarbeit (ÖA) verstehen wir systematische Beziehungspflege mit verschiedenen Teilöffentlichkeiten in Kirchen, Kliniken und Gesellschaft.

Zum einen geht es darum, den Auftrag aus der Öffentlichkeit, von den Kirchenmitgliedern und Kliniken zu hören: Was sollen wir in ihrem Auftrag tun? Was davon passt zu unserem Kernauftrag Mt 25,36?

Zum anderen geht es darum, die Öffentlichkeit sympathisch über unser Tun zu informieren, Unterstützung zu finden und auch die Erfahrungen und das Wissen unserer Klient*innen zu transportieren.

Das tun wir mit den klassischen Instrumenten der ÖA:

- Persönliches Netzwerken in verschiedene Gesellschaftsgruppen und Gremien
- Eigene Homepage²¹
- Pressearbeit
- Printprodukte (Visitenkarten, KHS-Flyer, RollUp, Aushänge, Liedblätter, Giveaways, u.a.)
- Gottesdienste (auch als Übertragung) in Kliniken und Gemeinden verstehen wir auch als einen Teil der KHS-Öffentlichkeitsarbeit
- Radiokurzverkündigung/Podcasts in Zusammenarbeit mit der Evang. Funkagentur (efa)

²¹ Aktuell bewusst keine Social Media

- Unterrichte und Vorträge
- Kooperation mit den Kommunikationsabteilungen der Kliniken

Unsere Ziele dabei sind:

- den Bekanntheitsgrad von KHS erhöhen
- das öffentliche Profil der Kirche schärfen und Sympathien für die ELKB gewinnen
- Unterstützung für unsere Arbeit generieren
- Das christliche Menschenbild und seine Implikationen in der modernen Medizin transportieren
- Innerhalb des Dekanats Impulse für die seelsorgliche Dimension geben

5. j) Unterricht

Unterricht genießt in der KHS DBER einen hohen Stellenwert. Wir kommen in Kontakt mit vielen Berufsgruppen und nutzen die Gelegenheit, dialogisch und zugewandt das Verständnis für Seelsorge zu bilden. Dabei können wir häufig nicht auf einer christlichen Sozialisation aufbauen. Wir erreichen junge Auszubildende ebenso wie Studierende und erfahrene Fachkräfte.

Hier knüpfen wir Kontakte, die uns später nützen, wenn wir Teilnehmer*innen auf Station wieder begegnen. Sie erfahren, dass die KHS ihnen im Umgang mit Patient*innen und ihren eigenen, teils existenziellen Fragen eine gute Unterstützung bietet. Selbstverständlich ist auch die Vermittlung christlich-ethischer Aspekte von großer Bedeutung im Unterricht.

Im Umkehrschluss erfahren wir, was die Teilnehmer*innen bewegt und beschäftigt, wo sie etwas lernen wollen, welche Fragen sie an uns als Vertreter*innen von Kirche und Seelsorge stellen – und welche nicht.

Viele Zielgruppen und Themen

Entsprechend ist die KHS auf vielfältige Weise an Unterricht und Fortbildung beteiligt. Die Zielgruppen sind Pflegende und Ärzt*innen in Aus- und Weiterbildung, aber auch weitere Berufsgruppen an den Kliniken und zum Beispiel in Hospizverein bzw. –akademie. Auch in die Aus- und Weiterbildung von Theologiestudent*innen, Vikar*innen und Pfarrer*innen sind wir involviert, bieten Praktika und Hospitationen an.

An der Staatlichen Berufsfachschule für Krankenpflege Erlangen stellen wir in sämtlichen Kursen unsere Arbeit vor, damit die Schüler*innen das Tätigkeitsfeld kennen und ggf. die Seelsorge einbeziehen.

Im ersten Lernjahr (seit Herbst 21: Generalistik) findet ein von der KHS verantworteter Tag zum Thema „Tod und Sterben“ statt, im dritten Lernjahr ein dreitägiges Sterbeseminar, in welchem die bisherigen Erfahrungen der Schüler*innen mit diesem Thema intensiv reflektiert werden. Im aktuell noch laufenden Kurs

Kinderkrankenpflege wird mit 30 Stunden das Thema „Berufliche Anforderungen bewältigen“ vonseiten der KHS unterrichtet.

Im KaE unterrichtet die Seelsorge im 2. Lernjahr zu den Themen: Die Krankenhausseelsorge, Trauer, Abschied und Aussegnung als Ritual.

Im MWKH ist die zukünftige Beteiligung am Unterricht aktuell noch offen (wegen der neu gestarteten Generalistikausbildung für Pflegende). Bisher wurde jährlich ein Sterbeseminar durch die Seelsorge verantwortet. Die (ökumenische) Gestaltung der einzelnen Examensgottesdienste (für alle Pflegefachkräfte und Pflegehelfer) durch die KHS wird beibehalten.

Mehrere Seelsorger*innen unterrichten an der Pflegeakademie Erlangen (z.B. im Rahmen von Palliativfortbildungen für Intensivpflegekräfte bzw. im Rahmen des Erwerbs von Zusatzqualifikationen für die Stroke Unit) und unterrichten bzw. leiten Workshops bei der Hospizakademie Nürnberg und dem Hospizverein Erlangen.

Einige Teammitglieder gestalten Fachtage für Besuchsdienste bei oder sind als Referent*innen in Kirchengemeinden tätig.

Für die Zielgruppe der Medizinstudent*innen findet durch die beiden Seelsorgerinnen, die im Palliativbereich tätig sind, Unterricht im Modul „Palliative Care“ statt (derzeit zum Teil digital); inhaltlich geprägt ist dies von den Fragen: „Umgang mit Tod und Sterben“ sowie von einer Erläuterung der möglichen Rituale (spirituelle Begleitung).

Zudem sind sie beteiligt an einem jährlichen multiprofessionellen Seminar der palliativmedizinischen Abteilung (Thema: Spiritualität und Trauer), an den Palliative - Care - Kursen für Pflegende sowie an den Fortbildungen für Ärzt*innen, die das Palliative Care Zertifikat erwerben.

Sowohl im MWKH als auch im KaE und der Kinder- und Jugendklinik (UKER) halten die dortigen Seelsorger*innen Fortbildungen für die Mitarbeiter*innen zu den Themen „Umgang mit Trauer und Verlust (bzw. mit Tod und Sterben)“.

Als **Tätigkeiten** im Bereich der Fort- und Ausbildung von Theologiestudent*innen, Vikar*innen und Pfarrer*innen sind zu nennen:

Die Leitung eines von fünf Modulen „Kinderkrankenhausseelsorge in der EKD“ (2021) in Heidelberg – die Module werden zukünftig regelmäßig angeboten.

Die Leitung von KSA-Kursen (Zeitraumen: 6 Wochen innerhalb von 2 Jahren) und Supervision für kirchliche Mitarbeitende (durch den Seelsorger der KaE in seiner Funktion als KSA-Kursleiter).

Im Bereich der Fortbildungen für Psychiatrieseelsorge sind folgende Unterrichtstätigkeiten des entsprechend qualifizierten Seelsorgers vom KaE zu nennen: Leitung eines fünftägigen Grundkurses (alle 3 – 4 Jahre) sowie eines fünftägigen Aufbaukurses (alle 2 Jahre).

Begleitung von Handlungsfeldpraktika evangelischer Theologiestudent*innen (Kinder- und Jugendklinik und Chirurgie) sowie die Betreuung von Vikar*innen, welche sich in der Seelsorgephase ihrer Ausbildung befinden (MWKH, UKER).

Die **Ausbildung, Begleitung und Fortbildung Ehrenamtlicher** nimmt einen breiten Raum ein, wird aber in diesem Konzept an anderer Stelle erwähnt (unter dem Punkt: 5. f, Ehrenamtsarbeit).

Ergänzend muss erwähnt werden, dass sowohl die Seelsorgerin im Hospiz Erlangen als auch die Seelsorgerin, welche für die Diakonie Erlangen in der Altenheimseelsorge tätig sind, etliche Zielgruppen unterrichten. Zu nennen sind hier (vonseiten der Hospizseelsorge) Fortbildungen für die Diakonie Erlangen, für den eigenen und für andere Hospizvereine sowie für Klinikmitarbeiter*innen zu den Themen „Spiritual Care und Trauer“. Vonseiten der Altenheimseelsorge Fortbildungen für Mitarbeiter*innen und für Student*innen des Martin-Luther-Bundes, sowie Seelsorge-Praxisseminare für Theologiestudent*innen in Erlangen.

5. k) Impulse für eine seelsorgliche Kirche

In der KHS verdichten sich persönliche, auch spirituelle Erfahrungen von Krankheit betroffener und sterbender Menschen sowie ihrer Begleiter*innen. Zusätzlich verfügen wir durch die verschiedenen Aus- und Zusatzausbildungen über spezialisiertes pastoralpsychologisches, psychotherapeutisches, homiletisches und poimenisches Fachwissen, Handlungssicherheit im System Krankenhaus und hohe kommunikative Kompetenz.

Im DBER ermöglicht uns der aktuelle Personalschlüssel (7,25 KHS-Stellen, davon 0,5 vakant²²) verschiedene, sich ergänzende Spezialisierungen, die für die umfassende Arbeit in Fachkliniken der Maximalversorgungsstufe Voraussetzung sind.

In Fragen der ökumenischen und interprofessionellen Zusammenarbeit verfügen wir über einen großen Schatz an Erfahrungen. Gleichzeitig liefern wir auf uns allein gestellt Gefahr, unsere Wahrnehmungen zu verengen, da wir stark mit dem Themenkreis Krankheit/Krise/Genesung/Heilung befasst sind. Deshalb sind Anregungen der Gemeinden und anderer kirchlich-diakonischer Einrichtungen wichtig für uns.

²² Stand: Januar 2022

Im Austausch mit den anderen Gliedern der Kirche (1. Kor 12) können, sollen und wollen wir Impulse für eine seelsorgliche Kirche setzen. Das kann in Gremien geschehen, in Arbeitsgruppen oder auch öffentlich, auch in der Verkündigung.

Mögliche Themen können sein:

- Abschiednehmen von Sterbenden
- Seelsorge-Besuchsdienst in Gemeinden und andernorts
- Kirche ohne eigene Gebäude
- Interkonfessionelle und interreligiöse geistliche Räume
- Kirche sein in einer säkularen, naturwissenschaftlich geprägten Umgebung
- Ethische Impulse
- Ökumenische, auch interreligiöse Seelsorge
- Seelsorgliche Gottesdienste feiern
- Sterbehilfe
- Theodizee
- Vorsorge: Organspendeausweis, Patientenverfügung u.a.

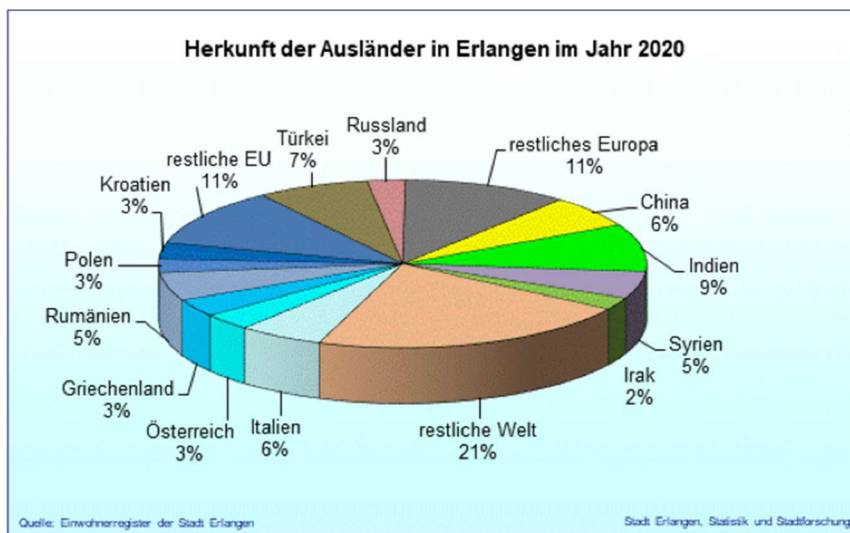
6) Arbeitsweisen und Vernetzung

6. a) Umgang mit Fremdheit (interkulturelle Ausrichtung)

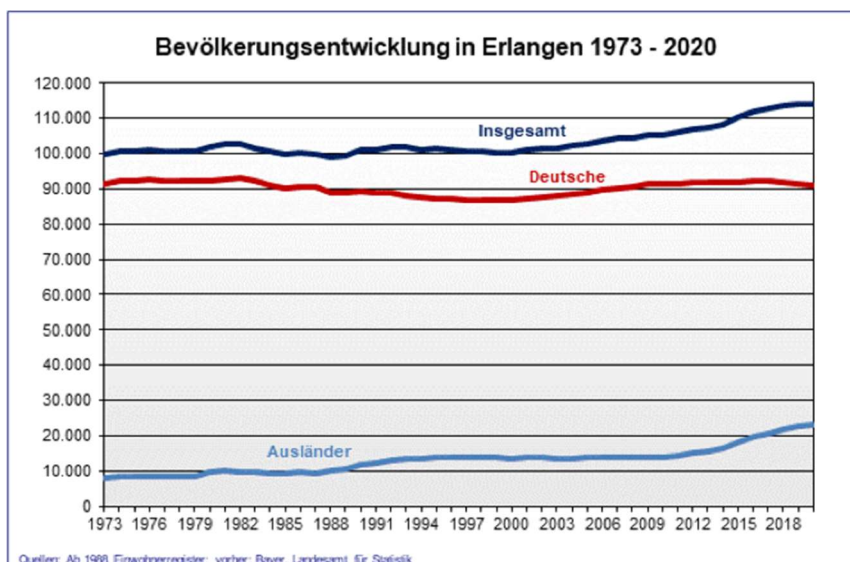
Die KHS begegnet in ihrer Arbeit Menschen verschiedener Kulturen. Seit vielen Jahren erleben wir eine Veränderung der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Das alltägliche Zusammenleben verschiedener Kulturen, Sprachen und Religionen bestimmt zunehmend auch unseren Krankenhausalltag.²³ Diese Tendenz wird sich in der Zukunft verstetigen.²⁴

²³ Allein im Stadtgebiet Erlangen hat ein Drittel der Erlanger Bevölkerung einen „Migrationshintergrund“.

²⁴ In Erlangen lebten zum 31.12.2020 insgesamt 22.917 Ausländer*innen aus 146 Nationen. Der Ausländeranteil liegt bei 20,1% (Hauptwohnung am 31.12.2020).



Vgl. www.erlangen.de, zuletzt aufgerufen am 11.1.21:



Im Krankenhausalltag begegnen Seelsorger*innen Menschen unterschiedlicher kultureller Prägung, die hier leben, vielfach als Patient*innen und Angehörige, aber auch zunehmend als Mitarbeiter*innen in Kliniken und Einrichtungen.

In der Ärzteschaft und der Verwaltung, aber v.a. in der Pflege und in der Infrastruktur/ Dienstleistung finden sich vermehrt Menschen unterschiedlichster Herkunft und verschiedener kultureller Prägungen und Erfahrungen. Migrationsbedingte Dynamiken und Krisen sowie Spannungen und Konflikte in interkulturellen Teams oder Gruppen gehören zum Arbeitsalltag im KH. Hier stoßen Werte, Prägungen und Identitätskonflikte aufeinander.

Die kulturelle Prägung bestimmt Menschen in ihren Grundüberzeugungen, in dem, was innerhalb einer Kultur als selbstverständlich gilt: Werte und soziale Regeln, die die Verhaltensweisen von Kindheit an prägen und unhinterfragt sind. Sie haben Einfluss darauf, was wir wichtig und richtig finden, was eher schamhaft verschwiegen wird oder welche Verhaltensweisen als unangemessen oder sogar falsch beurteilt werden. Kulturen und Religionen haben eine je eigene Symbolwelt, die nicht universalisierbar ist. Bei Ritualen muss das beachtet werden. Im Zusammenhang mit Krankheit und Leiden tritt die kulturelle Identität, die Sicherheit und Stabilität gewährt, noch deutlicher zum Vorschein und bestimmt die seelsorglichen Begegnungen. Damit KHS wirksam werden kann, damit Kommunikation überhaupt gelingt, muss die KHS das scheinbar Selbstverständliche wahrnehmen und benennen. Die Vielstimmigkeit von Kulturen im KH stellt die KHS daher vor die Aufgabe zu lernen, neu und vertieft zu sehen und sensibel wahr zu nehmen. Kulturen sind für sich zunächst geschlossene Sprach- und Symbolsysteme. Der verstehende Zugang dazu kann nicht als voraussetzungslos gelten, es bedarf dazu besonderer Qualifikation.

In der seelsorglichen Begegnung wird Fremdheit erfahren. In der Begegnung verschiedener Kulturen im KH ist diese Erfahrung zudem sehr stark. Die KHS der Zukunft muss damit einen konstruktiven Umgang finden. Das gelingende Gespräch zwischen Menschen verschiedener Kulturen beruht auf der Anerkennung des Anderen und auch auf der (schmerzlichen) Anerkennung des eigenen Nichtverstehens, des eigenen Fremdseins als existenzieller Grunddimension menschlichen Lebens.²⁵ Erst ein vertiefendes Gespräch, das die Tiefe der je eigenen Kultur ergründet, kann zum gegenseitigen Verstehen führen.

²⁵ Das jedoch berührt die existenzielle Grunddimension menschlichen Lebens.

Man kann sagen: Die Erfahrung kultureller Differenz bringt Menschen in Berührung mit dem Zustand der Entfremdung ihres eigenen Lebens. Damit rückt ein theologisches Grundthema in den Fokus. Der Mensch lebt als von Gott, von seinem Ursprung entfremdet auf dieser Welt (confiteor). Die Entfremdung kommt im Zustand unerfüllbarer existenzieller Sehnsucht auf ihn. Dem interkulturellen seelsorglichen Gespräch ist in diesem Sinne eine existenzielle Grunddimension menschlichen Lebens immer implizit. In dieser Grunddimension tritt die Verletzlichkeit und Brüchigkeit menschlichen Lebens besonders hervor.

Die seelsorgliche Arbeit ‚zwischen den Kulturen‘ führt die Seelsorge auf die „Wiederentdeckung“ ihres Ureigensten zurück.²⁶

Seelsorger*innen erfahren in Gesprächen oder Begegnungen das Gefühl „fremd zu sein“ und teilen dieses Gefühl in der seelsorglichen Begleitung mit Patient*innen. Das bringt Herausforderungen an die eigene seelsorgliche Grundhaltung und das reflektierte Selbstverständnis der Seelsorgearbeit.

Die besondere Aufgabe der interkulturellen Seelsorge ist also die Sensibilität für eine adäquate, kontext- und kulturabgestimmte Seelsorge zu stärken. Sie kann dabei unterstützen, die religiösen, spirituellen und kulturellen Werte und Traditionen in den Blick zu nehmen, wertzuschätzen, bewusst mit einzubeziehen und deren Ressourcen zu heben. Die interkulturelle Seelsorge schärft damit die seelsorgliche Wahrnehmung und verleiht den Seelsorger*innen gewissermaßen einen „zusätzlichen Sinn“. Seelsorge, die interkulturell sensibel ist, macht bewusst, dass jedes interkulturelle Gespräch mit der Grunddimension eigener Entfremdung in Kontakt steht.

Die gelingende Begegnung verschiedener Kulturen ist heute auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sehr oft dominiert dabei das Nichtverstehen, das zu Konflikten führen kann. Da nur das vertiefende Gespräch zu wirklichem interkulturellen Verstehen führen kann, kommt der KHS geradezu eine gesamtgesellschaftlich modellhafte Rolle zu. Weil eben dieses Gespräch zu ihren Grundlagen gehört und weil sich gelingende Seelsorge in diesem Gespräch ereignet.

Der interkulturelle Blick eröffnet zudem noch die Wahrnehmung kultureller Vielfalt innerhalb einer zunächst als homogen erscheinenden Gesellschaft.

Der interkulturelle Blick verhindert Abschottungstendenzen in sprachliche, ethnische oder soziale Milieus. Dies ist ein gesamtgesellschaftlicher Beitrag. Ganz im Sinne von Pfingsten und einer weltoffenen Kirche hilft interkulturelle Seelsorge dabei hineinzuwirken und auszustrahlen in die multikulturelle und multireligiöse Gesellschaft, hier aber auch vermehrt das schon vorhandene innere Potential der Vielfalt von Kirche wahrzunehmen, zu würdigen, zu gestalten und zu fördern.

Perspektive: Diesen Ansatz theologisch zu reflektieren und für die Praxis in Seelsorge, Gemeinde, Diakonie und Gesellschaft fruchtbar zu machen, wäre eine spannende und hoffentlich lohnende Aufgabe für das Erlanger Dekanat.

Denn interkulturell sensible Seelsorge mit ihrer Praxis eröffnet den Blick dafür, dass das Leben selbst auf Pluralität hin ausgerichtet ist. Eine plurale Gesellschaft (Stadt und Dekanat mit den Kirchengemeinden eingeschlossen), in der verschiedene Kulturen und Traditionen wirksam und sprachfähig sind, ist nicht die Abweichung vom Normalzustand oder gar die Degeneration gesellschaftlich-kirchlicher

²⁶ Die Grundhaltung des personenzentrierten Ansatzes von C. Rogers, in der unbedingte positive Zuwendung (Empathie, Wertschätzung) und der Zustand der Kongruenz das Gespräch bestimmen, ist für das gelingende interkulturelle Gespräch eine kaum zu überschätzende Ressource der Seelsorge.

Entwicklung, sondern eine Verwirklichungsform des Lebens selbst, das die Grunderfahrung des Fremdseins in sich trägt.

6. b) Ökumenische Ausrichtung

Das Evangelium Jesu Christi gilt allen Menschen – danach richten wir die KHS aus. Wir tun dies auf der Grundlage unseres evang.-luth. Selbstverständnisses. Im christlich-ökumenischen Kontext bedeutet das für uns, dass wir vielfältige Frömmigkeitsformen respektieren und mit unseren katholischen Kolleg*innen strukturiert und gut organisiert zusammenarbeiten. Die große Mehrheit unserer ohnehin selten stark konfessionell gebundenen Klient*innen lässt sich gerne darauf ein. Wenn sich weder Gott noch der Krebs nach der Konfession richten – warum sollte es die KHS in ihrer Arbeit für die Menschen tun? Allerdings respektieren wir jederzeit konfessionelle Anliegen unserer Klient*innen und können auch die Grenzen des Kirchenrechts nicht ignorieren.

- Wir nutzen die geistlichen Räume ökumenisch. Es gibt keine nach Konfession getrennten Kapellen.
- Wir organisieren unsere Arbeit in regelmäßigen Absprachen; dabei bearbeiten wir sowohl strukturelle als auch inhaltliche Themen und lernen voneinander.
- Wir organisieren Gottesdienste in ökumenischer Absprache.
- Für etliche Stationen ist nur ein*e Seelsorger*in einer Konfession verantwortlich. Konfessionelle Wünsche der Klient*innen werden dabei konsequent durch entsprechende Vermittlung berücksichtigt.
- Noch gibt es eine konfessionell getrennte 24/7-Rufbereitschaft an UKER und MWKH. Das werden wir voraussichtlich noch in diesem Jahr ändern und durch eine ökumenische Rufbereitschaft ersetzen. Ziel ist es, angesichts zurückgehender KHS-Stellen in beiden Kirchen die Zuverlässigkeit der Rufbereitschaft zu erhalten. Seelsorge soll zur Stelle sein, wenn sie gebraucht wird.
- Die ehrenamtlichen Seelsorger*innen kommen aus unterschiedlichen Kirchen und Ländern. Ihre Aus- und Weiterbildung sowie die Finanzierung liegen seit vielen Jahren allein in evangelischer Hand. Da stehen wir einer ökumenischen Zusammenarbeit offen gegenüber.
- Immer wieder sind ökumenische Ausgrenzungen und die dabei entstandenen seelischen Verletzungen Thema in unseren Gesprächen mit Klient*innen. Sie erleben in der KHS den von ihnen so ersehnten ökumenischen Glaubensraum und Akzeptanz.
- In der Öffentlichkeit treten wir an wichtigen Punkten gemeinsam auf: Bei Einweihungen, Abschiedsgottesdiensten, in Flyern und bei der Intranet-Verkündigung.

Selten – aber doch! – gehört es zu unseren Aufgaben, die Patient*innen vor evangelikal-charismatisch getriebenen Bekehrungsversuchen in Schutz zu nehmen. Ökumenisch seelsorgliche Offenheit setzt eine Grenze, wo kranke Menschen mit dem Gottesbild eines strafenden Richters unter Druck gesetzt oder in ihrem vulnerablen Zustand bekehrt werden sollen.

6. c) Fachkompetenz

Die Kliniklandschaft ist heutzutage sehr ausdifferenziert. Neben drei verschiedenen Versorgungsstufen gibt es vielfältige Fachkliniken. Das Spektrum reicht von der Chirurgie über Kinder- und Jugendklinik, Geriatrie, Rehaklinik, Onkologie und Psychiatrie bis hin zur Palliativstation oder Corona-Intensivstation. Menschen unterschiedlichsten Alters und mit ihrer spezifischen Erkrankung werden hier adäquat behandelt.

Die Anforderungen an die Klinikseelsorge sind entsprechend umfangreich. Um als Vertreter*in von Kirche ernst genommen zu werden, muss der/die Seelsorger*in fachlich versiert sein und sich in dieser Landschaft sicher bewegen können.

Die fachliche Anforderung hat zwei Seiten: Zum einen muss der/die Seelsorger*in über grundlegende Kenntnisse z.B. zu Krankheitsbildern, Therapiemöglichkeiten und Pflegemaßnahmen verfügen. Zum anderen muss er oder sie theologisch und pastoralpsychologisch ausgebildet sein, über homiletisches und poimenisches Fachwissen, eine hohe kommunikative Kompetenz, Selbstreflexion und psychische Belastbarkeit verfügen.

Seelsorge ist ein lebendiges Beziehungsgeschehen, das sowohl für die Patient*in, als auch für den/die Seelsorger*in Wechselwirkungen mit sich bringt. Das macht Seelsorge oft so spannend, aber auch anstrengend. Denken Sie z.B. daran, wenn Sie als Seelsorger*in (und Vater oder Mutter) einen plötzlichen Kindstod begleiten müssen; oder, wenn ein*e Patient*in mit einer Schizophrenie sich bei Ihnen hartnäckig entschuldigt, weil sie gerade Ihre Gedanken beeinflusst.

Die Pastoralpsychologie verbindet die Theologie mit Erkenntnissen aus Psychologie, Soziologie und anderen Humanwissenschaften. Ihr Ziel ist, Beziehungen und Kommunikationsmuster besser zu verstehen und seelsorgliche Kompetenzen zu erweitern. Sie ist interdisziplinär, transreligiös und kultursensibel ausgerichtet.

Die Qualität der Seelsorge und die Beziehung zu den Ratsuchenden leben davon, dass Seelsorger*innen empathisch, berührbar und resonanzfähig bleiben.

Dem dienen die pastoralpsychologische Weiterbildung und die fortlaufende Supervision zur Reflektion der eigenen Arbeit. Und nicht zuletzt sorgen Seelsorger*innen damit auch entscheidend für ihre eigene Seele und Gesundheit.

6. d) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Grundvoraussetzung für eine optimale Behandlung und Genesung bzw. Heilung der Patient*innen. Je stärker die Medizin den Menschen ganzheitlich in den Blick nimmt, desto selbstverständlicher werden die Ansätze der Spiritual Care und damit von Seelsorge als Teil der Spiritual Care mit einbezogen.

Deshalb stehen wir einer Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen in den Krankenhäusern offen gegenüber und bieten sie auch von uns aus an.

Besonders eng ist die Einbindung der KHS in der Palliativmedizin; aber auch in anderen Kliniken erfolgen Absprachen mit Ärzt*innen, Pfleger*innen, Physiotherapeut*innen, Psychoonkolog*innen, Psycholog*innen, Sozialdienst und Stationshilfen.

Die Berufsfelder weiten sich noch einmal in den Klinischen Ethikkomitees und verschiedenen Fachabteilungen, zum Beispiel den Stabsstellen Kommunikation.

Arbeitsweise und Sprache werden hier von den anderen Disziplinen geprägt; es gilt, sich gekonnt und verständlich ohne Binnenkirchensprache in den Diskurs einzubringen.

Besonders in der interdisziplinären Zusammenarbeit sind wir in verschiedenen Berufsrollen herausgefordert. Hier spielen ein entwickeltes Rollenverständnis und Zusatzausbildungen eine wichtige Rolle:

- Theolog*in
- Seelsorger*in
- Ethikberater*in
- Psychotherapeutische Ausbildungen bzw. Kenntnisse
- Palliative Care
- Supervision
- Didaktik und Pädagogik
- Gebärdensprache
- Öffentlichkeitsarbeit, Fundraising

6. e) Gremien und Teamstruktur

Gremienarbeit ist ein unverzichtbarer Anteil der KHS-Arbeit. Sie sorgt zum einen dafür, dass die Kranken hinter den Klinikmauern dem kirchlichen Blick insgesamt nicht verloren gehen; zum anderen bringt sie Impulse und Entwicklungen aus den verschiedenen Gremien in die KHS ein. Schließlich entwickelt sich Seelsorge im Miteinander der Gruppen- und Gremienmitglieder.

Kirchliche Gremien

Aktuell ist die KHS Erlangen vertreten in einem Kirchenvorstand (Gaststatus KG-Erlangen Altstadt), dem Dekanatsausschuss (in Folge dem Diakonie-Vergabeausschuss und dem Zweckverband kreuz&quer) und der Dekanatssynode; dazu in ausgesuchten fachlichen Arbeitskreisen.

Klinik-Gremien und andere

- Ethikkomitees MWKH und UKER
- Arbeitskreis Organspende UKER
- Arbeitskreis Psychiatrieseelsorge
- Arbeitsgemeinschaft für evangelische Krankenhausseelsorge in Bayern
- Arbeitskreis KSA, Pastoralpsychologische Ausbildung, Kommunikation und Seelsorge, Supervision und Coaching in der ELKB
- Konvent der evangelischen Gehörlosenseelsorger*innen
- Expertengremium SAPPV²⁷ Freistaat Bayern
- Beirat des Sozial- und Gesundheitsausschusses Stadt Erlangen

Teamstruktur

Die KHS Erlangen insgesamt ist in der Regionalkonferenz Klinikseelsorge des DB Erlangen organisiert. Hier sind neben UKER, MWKH, KaE und der Fachklinik Herzogenaurach die Palliative Care Fachkraft des Hospizvereins, Pfrin. C. v. Erffa, sowie Pfrin. D. Träger (Altenheimseelsorge der Diakonie Erlangen) ebenfalls mit Sitz und Stimme vertreten. Den Vorsitz führt der Dekan, die Geschäfte führen ein*e gewählte*r Regionalsprecher*in und Stellvertreter*in.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen UKER und MWKH bildet sich in der „Dienstbesprechung“ ab: Hier treffen sich die hauptamtlichen Seelsorger*innen der beiden Häuser zu monatlichen Besprechungen organisatorischer und inhaltlicher Art. Jedes Mitglied verfügt über eine Stimme. Die Beschlüsse dieses Gremiums sind grundsätzlich bindend für die Mitglieder; sie organisieren eine 24/7 - Rufbereitschaft für beide Häuser sowie die Urlaubs- und Krankheitsvertretung der Klinikseelsorge an UKER, KaE und MWKH. Moderiert und organisiert wird dieses Gremium von einer/einem gewählten Koordinator*in und Stellvertreter*in.

Die ökumenische Zusammenarbeit wird in jeder Klinik selbstständig unterschiedlich intensiv wahrgenommen. Am UKER gibt es dazu eine halbjährlich tagende „Ökumenische Dienstbesprechung“ aller hauptamtlichen Seelsorger*innen, die im Wesentlichen organisatorische Absprachen trifft, aber wachsend auch inhaltlich miteinander ins Gespräch geht. In den anderen Kliniken ist ein solches Gremium aufgrund der Stellenzahl überflüssig.

²⁷ SAPPV: Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (Palliative Begleitung schwerstkranker Kinder in deren Wohnung).

Arbeitsgruppen können aus jedem dieser Gremien anlassbezogen entstehen. Sie arbeiten im Auftrag des Gremiums einzelne Projekte ab und lösen sich danach wieder auf.

Die ehrenamtlichen Seelsorger*innen sind in einer sog. „Begleitgruppe“ versammelt, dazu kommt phasenweise eine Ausbildungsgruppe. Die Gruppen (an UKER und KaE) treffen sich unter der Leitung eines/einer hauptamtlichen Seelsorger*in und einer externen Co-Leitung einmal monatlich.

Ziele der Gremienarbeit und Perspektive

- Den von Krankheit betroffenen Menschen in Kirche und Gesellschaft eine Stimme und durch Gremien-Stimmrecht Einfluss geben
- Durchsetzung der Ziele der KHS, etwa Ethik oder Ressourcenverteilung
- Verbindungen nach außen gezielt pflegen, um Anregungen und Anfragen zur eigenen Weiterentwicklung zu bekommen
- Effektive Organisation der KHS
- Interne, dadurch sehr kostengünstige kollegiale Weiterbildung
- Zu prüfen: Etablierung eines Seelsorge-Ausschusses oder Krankenhausseelsorge-Ausschusses auf Dekanatsebene und/oder offizielle Gründung einer Krankenhausseelsorge-Region im Kirchenkreis gem. § 7 KHSO (Krankenhausseelsorgeordnung ELKB)
- Zu prüfen: Beteiligung ehrenamtlicher Seelsorger*innen an Gremienarbeit, etwa in der Regionalkonferenz analog § 7 KHSO.

7) Perspektiven

Säen und Wachsen lassen

Lk 8,4ff (Mt 13,1-9; Mk 4,1-9)

Einen Teil unserer Ressourcen setzen wir bewusst für neue Initiativen oder Angebote mit offenem Ausgang ein. Wir säen etwas aus, wir machen ein Angebot, und wir sehen, ob es angenommen wird oder nicht.

Biblisches Leitmotiv ist das Gleichnis vom Sämann (Lk 8,4ff): Die Saat des Evangeliums geht auf unterschiedlichen Flächen unterschiedlich ertragreich auf, manchmal auch gar nicht.

Das gibt uns die Freiheit, nicht ausschließlich Arbeitsformen mit der höchsten Erfolgswahrscheinlichkeit zu wählen, sondern einen Teil unserer Ressourcen für neue Ideen und Angebote einzusetzen; eben etwas säen, eine Zeit lang pflegen und sehen, ob es Frucht bringt. Das Ziel ist erreicht, wenn wir erfolgversprechende neue Ideen umsetzen und erproben – und nicht alle Ressourcen in bereits Bewährtes investieren.



7. a) Christliche Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care

Christliche Seelsorge, darunter auch die KHS, wird in Kliniken und Öffentlichkeit zunehmend als eine individuelle Form von Spiritual Care verstanden. Vorbei die Zeiten, in denen „die Kirche“ und „der Glaube“ in breiter Öffentlichkeit (zumindest der alten Bundesländer) als maßgeblich zuständig für Gott und Glaube, Seelenheil und Trost angesehen wurde.

KHS arbeitet im Umfeld vielfältigst verstandener Transzendenz. Und wir begrüßen, dass die naturwissenschaftlich geprägte Medizin den Menschen zunehmend ganzheitlich betrachtet. Gerade von den Erkenntnissen der Neurowissenschaften, von Psychologie und Psychosomatik profitieren auch Pastoralpsychologie und Seelsorge.

Um in diesem dynamischen Feld bestehen und mitarbeiten zu können braucht es theologisches Denken und pastoralpsychologisch-poimenische Expertise. Der Palliative Care Aufschwung in der Medizin öffnet der KHS neue Möglichkeiten; sie wird als ein (möglicher) Bestandteil der Therapie aufgegriffen und ernst genommen. Und – aber das ist nichts Neues in der Klinik – sie muss sich ihre Anerkennung durch professionelle Arbeit und Erfolge täglich erarbeiten.

Seelsorge, Spiritual Care, Palliative Care – Definitionen

Nach M. Klessmann²⁸ stellt Seelsorge eine spezifische Form religiöser Kommunikation dar. Ihr primäres Medium ist das Gespräch unter vier Augen. Seelsorge „bezeichnet ein niedrigschwelliges Angebot der Kirche zur zwischenmenschlichen Begleitung, Begegnung und Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens mit dem Ziel, die Lebens- und Glaubensgewissheit von Menschen zu stärken.“²⁹

Spiritual Care weitet nun diesen christlichen Horizont in verschiedenen Richtungen, u.a. hin zur Spiritualität und heraus aus Christentum und Kirchenbindung. Unter Spiritualität verstehen wir eine „dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen.“³⁰ Spiritual Care wiederum gilt als ein

²⁸ Michael Klessmann, Seelsorge. Neukirchener Verlag, 2008, S. 6

²⁹ a.a.O., S. 8

³⁰ Definition der Europäischen Palliativgesellschaft (EAPC). Nach Nolan, S., Saltmarsh, P., Leget, C. (2011). Spiritual Care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. European Journal of Palliative Care, 18 (2), 86–89; Übersetzung: Kammerer, T., Roser, T., Frick, E. (2013). Spiritualität und Religion. In: Michalsen, A., Hartog, C. S. (Hrsg.), End-of-Life Care in der Intensivmedizin (S. 139–145). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

unverzichtbarer Teil von Palliative Care.³¹ In dieser gilt Seelsorge – vereinfacht gesagt - als Teil einer medizinischen Therapie.

Perspektive:

Aktuell wird dieser Themenkomplex vielfältig diskutiert und entwickelt. Seelsorge muss sich neu verorten und weiterentwickeln. Sonst verliert sie Anschluss und Akzeptanz, verschwindet in der binnenkirchlichen Nische.

Für uns bedeutet es: Wir nehmen Menschen mit all ihren unterschiedlichen Formen gelebten Glaubens, gelebter Religion oder Spiritualität an. Und wir suchen mit ihnen darin nach möglichen Ressourcen, die ihnen bei der Krankheitsbewältigung und in Krisen helfen.

Prompt geraten wir in ein Spannungsfeld: Was ist mit der Verkündigung des Evangeliums, dem Missions- und Taufbefehl, wie gehen wir mit bedrückenden, angstausslösenden Gottesbildern um?

Für uns gilt: Wir nehmen Menschen an, wie Gott sie schuf und werden ließ. Wir suchen mit ihnen in ihren Überzeugungen nach Ressourcen. Wir werden ihnen nicht den Halt nehmen, den sie in ihren Überzeugungen und Vorstellungen finden. Und wir werden unsere christlichen, evangelisch-lutherisch geprägten Glaubenssätze und -erfahrungen anbieten, wenn sie gefragt sind und hilfreich zu sein versprechen. Dabei vertrauen wir darauf, dass Gottes Geist Menschen auf seine eigene unvorhersehbare Art inspiriert und der Glaube immer ein Geschenk Gottes ist und bleiben wird. Wir haben es nicht in der Hand.

³¹ Palliative Care nach Definition der WHO:

Palliative care is a crucial part of integrated, people-centred health services. Relieving serious health-related suffering, be it physical, psychological, social, or spiritual, is a global ethical responsibility. Thus, whether the cause of suffering is cardiovascular disease, cancer, major organ failure, drug-resistant tuberculosis, severe burns, end-stage chronic illness, acute trauma, extreme birth prematurity or extreme frailty of old age, palliative care may be needed and has to be available at all levels of care. Quelle: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

7. b) Medical Valley der Metropolregion - Klinikentwicklung

Politik, Wirtschaft und Wissenschaft verfolgen das Ziel, die Metropolregion als „Medical Valley“ zu positionieren und weiterzuentwickeln³². Wir gehen auch deshalb davon aus, dass sich die Zahl der Patient*innen und Mitarbeiter*innen in der Forschung und den Kliniken des Dekanats erhöhen wird – Wachstum wird hier ausdrücklich politisch gewünscht und unternehmerisch vorangetrieben. Zwischen 2009 und 2019³³ erhöhte sich die Patient*innenzahl am UKER um etwa 13%. Aktuell sind FAU und UKER der zweitgrößte Arbeitgeber in der Region³⁴.

Wenn also Kirche im Sinne von PUK³⁵ die Menschen dort erreichen will, wo sie leben; wenn es gilt, bei wichtigen Entwicklungen vertreten zu sein, Ethik und das christliche Menschenbild einzubringen, ansprechbar zu sein auch für die Sorgen und Nöte - dann ist hier ein wichtiger Ort dafür.

7. c) Vernetzung innerhalb des DBER stärken

KHS geschieht meist innerhalb der Kliniken hinter Mauern. Umso wichtiger ist es, die Türen weit offen zu halten.

Als wertvoll hat sich die Vernetzung innerhalb des Dekanatsbezirks³⁶ erwiesen. Was bewegt die Gemeinden? Was und wie können wir voneinander lernen? Worin können wir uns unterstützen?

Diese Verbindungen wollen wir pflegen und - wo sinnvoll – ausbauen. Denkbar wäre eine verstärkte Kooperation bei der Aus- und Weiterbildung ehrenamtlicher Seelsorger*innen für Gemeinden, Altenheime und Kliniken sowie ein Zusammenwirken mit der Öffentlichkeitsarbeit, um das seelsorgliche Profil der Kirche zu stärken.

³² „Das Medical Valley Europäische Metropolregion Nürnberg (EMN) ist eines der wirtschaftlich stärksten und wissenschaftlich aktivsten Medizintechnik-Cluster weltweit. Zahlreiche Partner aus Wirtschaft, Forschung, Gesundheitsversorgung und Politik haben sich hier zu einem interdisziplinären Netzwerk zusammengeschlossen, um Lösungen für die Gesundheitsversorgung von morgen zu finden.“

Quelle: <https://www.fau.de/research/forschungskooperationen-und-partnerschaften/medical-valley/>

³³ Diesen Zeitraum nehmen wir als Vergleichsmaßstab aus der Zeit vor Corona.

³⁴ Quelle: <https://www.nn.de/wirtschaft/top-30-das-sind-die-grossten-arbeitgeber-der-region-2021-1.11537011>

³⁵ PUK: Profil und Konzentration, ein Entwicklungsprozess der ELKB

³⁶ Die Krankenhausseelsorger*innen sind Mitglied in der Hauptamtlichen- und Pfarrkonferenz, im DA (Berufung) sowie der DS mit Sitz und Stimme vertreten; dazu eine Gastmitgliedschaft in einem Kirchenvorstand. Wir kooperieren mit Kirchengemeinden (Gottesdienstvertretungen, Gastvorträge, gelegentlich Kasualien, finanzielle Unterstützung durch Kollekten und Spenden aus den Gemeinden), bilden evangelisch und (selten) der Diakonie (Vermittlung von Klient*innen an Beratungsstellen). Nicht zu vergessen der Support, den wir vom Kirchengemeindeamt erhalten!

7. d) Finanzierung und Fundraising

Aktuell finanziert sich die KHS im DB Erlangen in etwa hälftig aus kirchlichen und öffentlichen Mitteln³⁷, wobei die öffentlichen Mittel geschätzt überwiegen.

Die Personalkosten der Pfarrstellen werden zur Hälfte von den Klinikträgern und der ELKB finanziert. Die Personalkosten der Verwaltungskräfte (21 Stunden für alle 7,25 Pfarrstellen) werden von der ELKB getragen.

Die Sachkosten (Bauunterhalt, Heizung, Reinigung, größtenteils das Inventar, Büromaterial) werden bis auf kleinere Anteile von den jeweiligen Klinikträgern finanziert; ihre exakte Höhe ist uns unbekannt. Die Kirche übernimmt stark gottesdienstbezogene Kosten, z.B. Altarschmuck und Organist*innen³⁸, aber auch Patient*innengeschenke wie Kreuze, das Sonntagsblatt sowie den Pfarrhausunterhalt (aktuell³⁹ 3 Pfarrhäuser), Fahrtkosten, Zuschüsse zu Fort- und Weiterbildungen.

Der KHS-Haushalt 2021 (Bestandteil des Dekanatshaushaltes) war mit Einnahmen von rund 8.000 Euro und Ausgaben von rund 12.000 Euro defensiv geplant. Stand 10.1.22 stehen rd. 12.279 € Einnahmen Ausgaben in Höhe von 6.554 € gegenüber, auch nach Buchungsschluss werden wir im Jahr 2021 einen Überschuss erwirtschaften. Seit vielen Jahren gelingt es, die Kosten der Ehrenamtsaus- und weiterbildung zu 100 % über Spenden, Stiftungsmittel und - seit 2021 - mit Klinikzuschüssen zu finanzieren.

Künftig muss es das Ziel bleiben, den hohen Anteil an Drittmitteln stabil zu halten und entsprechend professionell überzeugende Seelsorgearbeit in den Kliniken zu leisten. Neben den Verträgen zwischen Staat und Kirche spielen dabei die Rufbereitschaft, lebendige Kontakte zu Entscheider*innen und Öffentlichkeitsarbeit tragende Rollen.

Dem großen Vorteil der KHS-Stellenmehrung (von 4 im Landesstellenplan auf 7,25) und damit einhergehend einer besseren Patient*innenversorgung steht die Abhängigkeit von den Drittmittelgeber*innen gegenüber. Durch die hohe Zufriedenheit der Kliniken mit unserer Arbeit hat das in den letzten Jahren zu keinerlei Schwierigkeiten geführt. Es wird darauf zu achten sein, dass Dienst- und Fachaufsicht bei der Kirche bleiben und in den kommenden Jahren wachsend als zusätzliche Finanzierungsquelle Spenden von Privatpersonen und institutionellen Spender*innen gewonnen werden, evtl. in Form eines Freundeskreises.

³⁷ Durch jahrzehntelang zurückliegende Entwicklungen und wechselnde Protagonist*innen bei den Verhandlungen sind aktuell an unterschiedlichen Stellen divergierende Angaben zur Finanzierung einzelner KHS-Stellen zu finden. Wir sind seit Sommer 2021 mit der Klärung befasst und hoffen, diese im Jahr 2022 im Zusammenwirken zwischen LKA, DB, KHS und UKER abschließen zu können.

³⁸ Für die wöchentlichen Gottesdienste in der Kapelle der Kopfklinik (UKER) übernimmt wiederum die Klinik die Kosten für Blumenschmuck und Organist*innen.

³⁹ Stand: Januar 2022.

8) Stellenverzeichnis

Klinik	7,25 KHS-Stellen	
UKER gesamt 5,5	1	0,5 Palliativmedizin + 0,5 Strahlenklinik, Med. 2 (ITS)
	1	0,5 Ambulante Kinderpalliativversorgung (SAPPV) + 0,5 Kinder- und Jugendklinik (Kinder-ITS), Stellv. Sprecher*in RK
	1	Chirurgie, Anästhesiologie (ITS), Kieferklinik, Ehrenamtsarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Sprecher*in RK
	1	Kopfkl. Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neurologie, Neurochirurgie, Augenkl. (ITS)
	0,5	Internistisches Zentrum: Med. 1,3,5 (KMT, ITS) <i>Aktuell vakant, zur Streichung vorgesehen</i>
	0,5	Frauenklinik (Geburtshilfe, Onkolog. Stationen, Kinderwunschzentrum) und Ethik (Klinisches Ethikkomitee u.a.)
	0,25	Internistisches Zentrum: Med. 4 (ITS)
	0,25	Hals- Nasen- Ohrenklinik (ITS)
Malteser Waldkrankenhaus	0,5	Stationsarbeit, ITS, Gerontopsychiatrische Rehabilitation, Ethikkomitee, Qualitätszirkel
Klinik am Europakanal (KaE)	1	0,5 Psychiatrie, Neurologie, Forensik, Soziotherapeutisches Wohnheim Eggenhof, Ehrenamtsarbeit KaE. Bezirkspsychiatrie Fürth, 0,5 Gehörlosenseelsorge in der Psychiatrie Beauftragung KSA-Ausbildung
m&i Fachklinik Herzogenaurach	0,25	Spezialisierte Akutmedizin und Medizinische Rehabilitation bei orthopädischen, neurologischen und geriatrischen Erkrankungen
Sekretariate KHS	21 Std.	15 Std. UKER/MWKH 6 Std. KaE

9) Abkürzungsverzeichnis

be	bildung evangelisch
DB	Dienstbesprechung UKER/MWKH
DBER	Dekanatsbezirk Erlangen
EA	Ehrenamtliche
ELKB	Evang.-Luth. Kirche in Bayern
evang.-luth.	evangelisch-lutherisch
FKH	Fachklinik Herzogenaurach
HA	Hauptamtliche
KaE	Klinikum am Europakanal
KH	Krankenhaus
KHS	Krankenhausseelsorge
ökumen.	Ökumenisch
MWKH	Malteser Waldkrankenhaus St. Marien
RK	Regionalkonferenz Krankenhausseelsorge im DBER
röm.-kath.	römisch-katholisch
UKER	Universitätsklinikum Erlangen

Evangelische KHS im DB Erlangen:

Pfr. Johannes Eunicke, Pfrin. Kathrin Eunicke, Pfrin. Kathrin Kaffenberger,
Pfr. Jacek Kikut, Pfrin. Regina Korn-Clicqué, Pfrin. Annette Lechner-Schmidt,
Pfr. Frank Nie, Pfr. Matthias Schulz, Pfrin. Verena Winkler.

Weitere Mitglieder der RK KHS:

Dekan Peter Huschke (Leitung), Pfrin. Cordula v. Erffa, Pfrin. Dorothee Träger

AG Konzept:

K. Kaffenberger, J. Kikut, F. Nie, M. Schulz

Sekretariat: Karin Daum, Vera Dorn