

Patienteninformation

Foto: istockphoto



Seelsorgekonzept am Theresienkrankenhaus und der St. Hedwig-Klinik

1. Einführung

Die Kultur des Theresienkrankenhauses (ist durch verschiedene Einflüsse geprägt worden. Maßgeblich durch die 90-jährige Präsenz und Spiritualität der Ordensschwwestern, die vor Ort wirkten, aber von jeher auch von den Mitarbeitern selbst, die in dieser Haltung ihren Dienst an den kranken und bedürftigen Menschen leisteten und dies bis heute tun.

Die stark diakonische Ausrichtung der Gesundheitsversorgung geht dabei ursprünglich zurück auf den biblischen Auftrag Jesu, sich den armen, bedürftigen und kranken Menschen anzunehmen (vgl. Matthäusevangelium Kap. 10, 8) und die kirchlichen Grunddimensionen zu leben durch den Dienst am Menschen (Diakonie), die Weitergabe der lebensspendenden Botschaft (Martyrie), das gemeinsame Feiern des Gottesdienstes (Liturgie) und durch das Stiften von Gemeinschaft (Koinonie). Für die Verwirklichung dieses Auftrags beziehen Menschen ihre Motivation seit dem Auftreten von Jesus vor über 2.000 Jahren aus der Bibel, dessen Botschaft immer wieder neu lebendig werden kann. Sei es im alltäglichen Handeln oder im gemeinschaftlichen Feiern des Gottesdienstes, der sich in seiner Ausgestaltung am zeitgenössischen Erleben der Menschen orientiert, existenzielle Bedürfnisse der Menschen wahrnimmt und Gottes Botschaft als Kraftquelle hör-, sicht- und erlebbar macht.

Auch Vorbilder geben Orientierung für eine christlich motivierte Haltung und ein daraus folgendes Verhalten und Handeln. So prägten und prägen die Namenspatrone mit ihrem Leben das Krankenhaus: die hl. Teresa von Avila (1515-1582), die hl. Hedwig (1147-1243) und der Namenspatron des Ordens der Vinzentinerinnen der hl. Vinzenz von Paul (1581-1660) sowie die Ordensgründerin Louise von Marillac (1591-1660). Durch die Integration des Theresienkrankenhauses in die BBT-Gruppe am 1.1.2019 kommt dem Seligen Peter Friedhofen (1819-1860) als Ordensgründer der Barmherzigen Brüder von Maria Hilf eine hervorgehobene Rolle zu.

Die Ordensgemeinschaften: Barmherzige Schwestern vom Heiligen Vinzenz von Paul und Barmherzige Brüder von Maria Hilf

Der Orden der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul ebenso wie der Orden der Barmherzigen Brüder stellen sich auf der Grundlage des Evangeliums und nach dem Vorbild der Ordensgründer in den Dienst von kranken, alten, hilfsbedürftigen und suchenden Menschen.

Vinzenz von Paul verstand es, Menschen zum Helfen zu bewegen und ihren Einsatz zu organisieren, wobei er immer Leib und Seele des Menschen im Blick hatte. „Liebe handelt.“ lautet der in jeder Zeit aktuelle Auftrag des heiligen Vinzenz von Paul. Als Ordensgemeinschaft wissen sich die Vinzentinerinnen von Freiburg dem Erbe ihrer Ordensgründer verpflichtet: „Das ist eure Sendung, Armen und Kranken menschgewordene Gottesgüte zu sein“. (Vinzenz von Paul)

Die Kongregation der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf ist heute in der Rechtsform des Barmherzige Brüder Trier e. V./BBT-Gruppe Träger des Theresienkrankenhauses, der St. Hedwig-Klinik und des Diakonissenkrankenhauses. Mit den Barmherzigen Brüdern beginnt also einerseits etwas Neues, andererseits knüpft die Ordenstradition der Brüder an die vinzentinisch geprägte Tradition an, da sie deren Grundhaltungen teilt. Die Zielsetzung der Barmherzigen Brüder ist es, in der Nachfolge Peter Friedhofens für die bedürftigen Menschen; d. h. für kranke, für alte, für behinderte und für sozial benachteiligte Menschen da zu sein. Ihr Anliegen ist es, die Gemeinschaft im Glauben, im Leben und in der Arbeit die „Kirche im Kleinen“ zu verwirklichen. Das zeigte sich von Beginn an im Dienst an den Kranken.

Die Ordensgemeinschaften sehen sich in einem tiefgreifenden Wandel. Ordensschwwestern – und Brüder können in den Krankenhäusern kaum noch präsent sein, da es immer weniger Ordensmitglieder gibt. Gleichzeitig wird Barmherzigkeit und Fürsorge als öffentliche Leistung von kirchlichen Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen wahrgenommen und eingefordert. Bis in die heutige Zeit hinein können die hl. Schrift, das Vorbild von Menschen und die Gemeinschaft im Leben und Glauben Motivation, Kraftquelle und Ziel für das tägliche Handeln der Mitarbeitenden im Krankenhaus heute sein. Dies wurde von den Ordensmitgliedern auf besondere Weise verwirklicht, gilt aber für jeden Christen und auch Menschen anderen Glaubens, also für alle Mitarbeitenden im Krankenhaus.

2. Ausgangssituation und Herausforderungen für Seelsorge heute

Pluralität der Weltanschauungen

Im Krankenhaus zeigt sich durch die Vielfältigkeit der Hilfesuchenden Menschen ein guter Querschnitt bzw. ein Spiegelbild gesellschaftlicher Entwicklungen, der/das zeigt, dass Lebensformen sich verändern und sich Menschen in ihrem grundsätzlichen Fragen nach dem Sinn und Ziel des Lebens nicht mit allgemeinen Antworten zufriedengeben (können). Besonders für das Krankenhaus gilt, dass Menschen häufig aufgrund einer Erkrankung in einer Krisensituation sind. Herausgerissen aus dem Gewohnten und vielleicht auch zurückgeworfen auf sich selbst öffnet sich darin eine Möglichkeit zur (erneuten) Auseinandersetzung mit sich selbst. In den Gesprächen mit den Seelsorgenden zeigt sich, dass Menschen in sehr unterschiedlicher Weise und in ganz unterschiedlicher Richtung Begleitung in der Einordnung ihrer Erkrankung und häufig auch Antworten auf Sinnfragen suchen. In den Gesprächen äußert sich eine Pluralität unterschiedlicher Weltanschauungen und Lebensperspektiven, die durch die Möglichkeiten zur autonomen Lebensgestaltung entstehen und die Seelsorgenden mit diversen Erwartungen an den Umgang mit Sinnfragen konfrontieren. Sie stellen sowohl für die kirchliche Entwicklung im Allgemeinen als auch die seelsorgliche Begleitung im Krankenhaus im Speziellen häufig eine Herausforderung, je nach Blickwinkel auch ein Potenzial dar.

Es wird insgesamt deutlich, dass geistliche durch säkulare Deutungsmuster abgelöst werden und damit auch vermehrt eine rein innerweltliche Bewältigungsstrategie im Umgang mit spirituellen Fragen maßgeblich wird. Dabei wird den Paradigmen des Rationalismus, des Naturalismus und der Wissenschaft eine hohe Bedeutung beigemessen.

Mit diesen Entwicklungen einher geht, dass neben den physischen und psychischen Bedürfnissen der Menschen, seelische Bedürfnisse teilweise nicht mehr als etwas wahrgenommen werden, das fehlt.

Medizinisch-technischer Fortschritt und verkürzte Verweildauer

Die individuelle Beantwortung der Bedürfnisse, Bedarfe und Fragen von Patienten, Zu- wie Angehörigen und Mitarbeitenden erfolgt im Kontext einer Medizin, die in ihrer Entwicklung schnell fortschreitet und so auch in Diagnostik und Therapie komplexer wird. Es kommt hinzu, dass die Zeit, die ein Patient im Krankenhaus verbringt immer kürzer wird, sie hat sich in den letzten 20 Jahren halbiert – und liegt heute durchschnittlich bei 7 bis 8 Tagen. Die Patienten sind

älter und kränker (75 % der Klinikpatienten sind älter als 60 Jahre). Bereits diese holzschnittartige Kontextbeschreibung zeigt, dass die Zeit für eine umfassende Auseinandersetzung stark von Forderungen nach Fortschritt, Leistung und Effizienz geprägt ist, die auch das seelsorgliche Handeln verändert.

Des Weiteren stellen unsere Zeit und ihre technischen Möglichkeiten neue Fragen an die Medizinethik, die zunehmend bei Entscheidungen im Krankenhaus eine Rolle spielt und auch eine theologisch-kirchliche und christliche Dimension hat.

Christlicher Glaube verliert an gesellschaftlichem Einfluss

Die gesellschaftliche Entwicklung zeigt zudem, dass die Kirche und zunehmend auch der christliche Glaube für viele Menschen keine Rolle mehr spielt und die gesellschaftliche Relevanz deutlich rückläufig ist, wenngleich auch eine zahlenmäßig kleine Kirche sicher eine hohe Wirksamkeit entfalten kann. Die Gründe für den primär quantitativen Rückgang sind vielfältig: Neben persönlichen negativen Erlebnissen in der Vergangenheit wird der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung eine hohe Bedeutung beigemessen. Damit einher geht die Schwierigkeit, Grenzen oder moralische Orientierung zu akzeptieren, wobei das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Meinungsprägenden Orientierungen keine Widersprüche sind, sofern sie zeitgemäß erscheinen. Die Beantwortung von Fragen zur persönlichen Verantwortung verlagern sich jedoch in das persönliche Gewissen oder diffundieren in struktureller Verantwortung, weil die Bedeutung für das persönliche Leben nicht ausreichend erlebbar gemacht wird oder auch schlicht abgelehnt wird.

Sehnsucht nach geistig-geistlicher Orientierung

Entgegen diesem allgemein zurückgehenden Einfluss der Kirchen besteht nach wie vor eine Sehnsucht nach geistig-geistlicher Orientierung bei persönlichen Themen. Das lässt den Rückschluss zu, dass sich Menschen von herkömmlichen kirchlich geprägten Angeboten zur Befriedigung spirituell-geistlicher Bedürfnisse distanzieren oder andere Formen suchen, aber jedenfalls kirchliche Angebote nur noch selten wahrnehmen. Gegenläufig zu dieser allgemeinen Entwicklung nimmt die Seelsorge wahr, dass die geistliche Begleitung bei der Einordnung von Themen gewünscht ist und

2. Ausgangssituation und Herausforderungen für Seelsorge heute

auch durch den Einschnitt einer Krankheit mehr in den Vordergrund tritt. Dabei geht es dann um die Aufarbeitung von Themen wie z. B. den Umgang mit Schuld und Vergebung, den Sinn des persönlichen Lebens z. B. nach Berufswechsel und Trennung. Auch die Institution christliches Krankenhaus wird heute immer wieder neu gefordert, Kritikfähigkeit und Fehlerfreundlichkeit zu entwickeln.

Die seelsorgerliche und theologische Begleitung des Personals

Mit Blick auf das Personal im Krankenhaus ist als eine weitere Herausforderung für die Seelsorge zu benennen, dass die finanziellen Rahmenbedingungen, mangelnde personelle Besetzung in allen Bereichen des Krankenhauses bei gleichzeitiger Forderung nach Effizienz bei vielen Mitarbeitenden zu Leistungsdruck führt, der (un)bewusst eine selektive (z. B. rein medizinisch-wissenschaftlich und teilweise auch ökonomisch), bzw. eine nicht umfassende Wahrnehmung des Patienten hervorgebracht hat, die zu Unzufriedenheit führt. Eine rein symptomorientierte und häufig zeitbedingt weniger ätiologische Behandlung eines Patienten lassen die Arzt-Patienten-Beziehung unpersönlicher werden, sehr zum Leidwesen des Personals, das persönlich andere Ansprüche verfolgt. Nicht zuletzt können sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten der Ärzte Mängel hervortreten, da der Umgang mit Schwäche, Fehlern und Zerbrechlichkeit im eigenen Selbstbild nicht zugelassen werden kann. Patienten fühlen sich in der Interaktion mit Ärzten einerseits häufig ausgeliefert, sie klagen sich selbst an und verknüpfen ihre Krankheit mit Schuld. Andererseits sind sie informierter (durch Medien) und dadurch häufig fordernder und möchten Therapien mitbestimmen, was dazu führt, dass Ärzte in ihren Therapieentscheidungen häufiger hinterfragt werden und mehr als in der Vergangenheit in der Funktion gefragt sind, Informationen zu sortieren und zu beraten. Passagere Pastoral

Eine spezifische Herausforderung, der sich die Seelsorge gegenübergestellt sieht, liegt darin, dass Seelsorge-Situationen im Krankenhaus häufig von intensiven Augenblicken geprägt sind. Ein Krankenbesuch ist häufig eine Überraschungsbegegnung für alle Beteiligten. Diese Form der Begleitung von Menschen ersetzt zunehmend ehemals bewährte Angebote, feste Abläufe, und gewohnte Rituale. Für die Patienten spielt es häufig keine Rolle mehr, das Abendmahl, die Krankenkommunion oder die Krankensalbung zu empfangen. Vielmehr besteht der Bedarf nach Zuwendung in Gestalt von Zuspruch, Gebet, Ritualen mit neuer Symbolik und Segen. Auch die Konfession oder Religion spielt dabei in der Regel eine nachgeordnete Rolle.

Seelsorgende selbst im Wandel

Diese Entwicklungen haben dazu geführt, dass sich auch das Profil der Seelsorgenden selbst innerhalb dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen verändert hat. So spiegeln die hauptamtlich tätigen Seelsorgenden beispielsweise die gesamtgesellschaftlichen unterschiedlichen Lebensformen (neben Ordensleuten, Verheiratete, Singles, Menschen aus gleichgeschlechtlichen Partnerschaften usw.). Darüber hinaus betreffen der gesamtgesellschaftlich sichtbare Rückgang der Zahlen der Kirchenmitglieder und der spürbar schwindende kirchliche Einfluss auf die Gesellschaft auch die Seelsorgenden selbst, so dass auch hier eine Orientierungssuche eingesetzt hat, der nicht reflexartig durch vorläufige Antworten begegnet werden sollte. Da diese Aufmerksamkeit auch hilft, sich von Selbsttäuschungen frei zu machen, Enttäuschungen zuzulassen und das Profil zeitgemäß weiterzuentwickeln.

Wie verändert sich Seelsorge und wie reagiert Seelsorge auf diese Herausforderungen in Form gesellschaftlicher Veränderungen?

3. Selbstverständnis der Seelsorge

Die WHO definiert Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Als Seelsorgende möchten wir durch unsere Arbeit die Gesundheit der Menschen hinsichtlich des geistigen und sozialen Wohlergehens verbessern, erhalten und fördern. Es ist unser Ziel, dass der Mensch, der bei uns im Krankenhaus behandelt wird, das Haus „zufrieden“ verlässt. Unser Wunsch ist, dass wir psycho-soziale, geistliche und seelische Bedürfnisse, Gefühle und Sehnsüchte wahrnehmen, zur Sprache bringen, ggf. stillen und Orientierung und Unterstützung anbieten. Das ermöglichen wir allen Menschen, die sich im Haus aufhalten, indem wir ihnen eine Möglichkeit anbieten zur geistlichen Gemeinschaft und zum geistlichen Dialog.

Das traditionelle Verständnis christlich gegründeter Seelsorge hat im Beitragen zur Verwirklichung dieses Auftrags Anteil an gesamtgesellschaftlichen Veränderungen. Als Seelsorgende vor Ort registrieren wir beispielsweise, dass das Seelsorgegespräch über religiöse, konfessionelle, nationale und gesellschaftliche Grenzen hinweg gefragt ist. Für die Arbeit und das Selbstverständnis stellt sich angesichts der Krisen und Umbrüche auch die Frage, ob erst im Zulassen von „Enttäuschungen“ in Bezug auf die eigene Berufsauffassung ein neues Verstehen und Anknüpfen an zeitgenössische Diskurse möglich wird. Daran arbeiten wir.

In der Offenheit für diese Veränderungen gibt es jedoch auch einige Eckpfeiler, auf denen unsere seelsorgerliche Arbeit aufbaut:

Gottes- und Menschenbild

Wir teilen die Auffassung, dass die Beziehung von Menschen zu Gott vom Ursprung her geprägt ist von Glaube und auch von Zweifel. Das Unvollendete, das Sinnlose, Krankheit und Ohnmacht führen bei vielen Menschen zur Frage, warum Gott nicht hilft und heilt, wenn er doch allmächtig ist und angesichts des Leids auch zur Frage, ob es überhaupt einen Gott gibt.

Neben allem Leid, das auf Erlösung hofft, sind wir überzeugt, dass Gott um die Freundschaft des Menschen und um das Ja zu ihm wirbt, worauf der Mensch frei antworten kann. Dabei ist das liebende Werben Gottes um den Menschen nicht an Bedingungen geknüpft. Bereits im Alten Testament stellt sich Gott den Menschen dar als der „Immanuel“ – der „Gott-mit-uns“ und bringt da-

durch zum Ausdruck, dass er am menschlichen Leben teilhat und jeden Menschen so annimmt, wie er (geworden) ist. Gott ist radikal entschieden für den Menschen. Dies zeigt sich auch in den Schriften des Neuen Testaments im Einsatz Jesu für kranke, benachteiligte und ausgegrenzte Menschen, im Eintreten für Gerechtigkeit und das Vorleben eines neuen Lebensstils. Dass er dieser Haltung bis an sein Lebensende treu bleibt, wird dadurch deutlich, dass Jesus nicht mit Protest und Gewalt auf seine unrechtmäßige Verurteilung reagiert, sondern das Urteil zum Kreuzestod annimmt. In diesem Handeln tritt Gottes menschliche Verwundbarkeit und seine Solidarität zum menschlichen Leid hervor. Menschen, die ihm damals wie heute in diesem Geist folgten und folgen geben Zeugnis davon, dass die Liebe stärker ist als Leid und Tod. Gott bleibt einerseits der ganz andere, den ich nicht sehen kann und andererseits zeigt die Erfahrung von unzähligen Menschen ihn doch auch als denjenigen, der mir näher ist, als ich mir selbst.

Zu dieser Erfahrung gehört auch die Freude, wenn eine OP gelungen und eine schwere Situation bewältigt wurde und wir dafür Gott danken, loben und gemeinsam feiern können.

Menschen an den Rändern begegnen

Aus der Verbindung mit Gott sehen wir uns als Seelsorgende im Auftrag Jesu zum Dienst an den Menschen berufen, um die berechtigten (An-)Fragen nach dem Ausbleiben spürbaren göttlichen Eingreifens auszuhalten. Aus dem Auftrag bzw. der Berufung ergibt sich die Aufgabe inmitten der Gesellschaft und erst recht an ihren Rändern Menschen in ihrer je persönlichen (Not-)Lage wahrzunehmen. Diese innere Haltung zur Nachfolge Jesu drängt uns dazu, und mit der ganzen Person einzubringen. Daraus erwachsen ein bestimmtes Menschenbild und eine Haltung im Umgang mit den Menschen. Weil jeder Mensch von Gott gewollt und geliebt ist, kommt jedem Menschen eine besondere Würde zu, unabhängig von Geschlecht, Alter, Nationalität, (sozialer) Herkunft und sexueller Ausrichtung. Das gilt sowohl für Patienten als auch für alle Mitarbeitenden. Darum wenden wir uns ihnen in ihrer Trauer, in ihrem Schmerz und in ihrer Angst zu, halten die Situation mit ihnen aus und uns gemeinsam Gott hin, in der Hoffnung, dass durch Trost und Zuwendung auch Zuversicht und Freude wieder Raum bekommen können.

3. Selbstverständnis der Seelsorge

Frohe Botschaft weitertragen

Als Seelsorgende möchten wir die Frohe Botschaft Jesu lebendig weitertragen. Wir versuchen das, was wir von Jesu Leben verstanden haben in unserer Haltung und unserem Verhalten zum Ausdruck zu bringen und betrachten Gottesdienste, Riten und Traditionen als einen Fundus, den es zu bewahren und weiter zu entwickeln gilt. Dabei können sowohl Gemeinschaft als auch Rituale Menschen helfen, indem sie sie uns auf unterschiedlichen Ebenen ansprechen und berühren (Ein Vaterunser oder ein Psalm, eine Berührung, ein Duft, ein Lied für demenziell erkrankte Menschen etc.).

Begegnungsqualität und Begegnungswirklichkeit ermöglichen

Als Seelsorgende möchten wir den anderen Menschen wahrnehmen, ihn verstehen und einander begegnen durch die Offenheit in der Haltung und im Gespräch und darin auch die Gegenwart Gottes erfahrbar werden lassen. Wir möchten Türen öffnen, dass man die Leiderfahrung verbinden kann mit Hoffnung (sich versöhnen mit Gott und dem eigenen Leben). Wir betrachten seelsorgliche Gespräche als einen Austausch über Glaubens- und Lebenserfahrungen, deren Gelingen nicht in unserer Hand liegt. Im seelsorgerlichen Gespräch gibt es kein Therapieziel im medizinischen Sinne oder kein psychologisches Behandlungsziel, wohl aber eine zielorientierte Herangehensweise und auch ein im Grunde therapeutisches Handeln, ein seelsorgliches Gespräch bildet eine Weggemeinschaft mit den Kranken. Seelsorge ist ein Heilsgeschehen. Als Seelsorgende lassen wir Dinge stehen (ohne zu bewerten), halten sie aus, stärken und bestärken die Selbstreflexion der Beteiligten, ermutigen zu neuen Perspektiven, lernen selbst von den Gesprächspartnern wie den Begegnungen und treten auch als „Zeuge“ für eine andere Wirklichkeit auf.

Sensibel sein für Themen am Anfang und am Ende des Lebens

Auch beim werdenden Leben, in Krisensituationen während oder am Ende des Lebens werden Menschen mit der Endlichkeit des Lebens konfrontiert. Wir möchten durch eine „palliative Kultur“ dazu beitragen, dass Menschen an unterschiedlichen Etappen ihres Lebens mit sich selbst in Kontakt stehen und die Einzigartigkeit des Lebens (wieder neu) erkennen und annehmen können. Tatsächlich ist christliche Seelsorge nicht selten der letzte und auch zuletzt erbetene Dienst bzw. Liebestat (Gespräch, Segen, Gebet, Sakrament).

Das Reich Gottes lebendig werden lassen

Wir leben aus der Überzeugung, dass das in der Bibel von Jesus verkündete „Reich Gottes“ nicht erst nach dem Tod sichtbar wird, sondern bereits hier und jetzt im Dienst an den kranken Menschen, in Leben der Gemeinschaft, im gemeinsamen Gebet und Sakrament und auch in der Verkündigung der hoffnungsvollen, heilsamen, Trost spendenden Botschaft. Seelsorge bedeutet daher für uns, mit Menschen in Gemeinschaft zu leben und darauf zu vertrauen, dass Gott immer schon mitten unter uns ist, besonders dort, wo Not geteilt und wahrgenommen wird, und die Bereitschaft besteht, sich berühren zu lassen wie z. B. der Barmherzige Samariter.

Interessierte und professionelle Gesprächspartner sein unabhängig von Religion

Als Seelsorgende sind wir da für die Menschen, nehmen wahr, schauen an, begleiten, hören zu, so dass Menschen sich mitteilen können. Die Gespräche zeichnen sich je nach Bedarf aus durch die Bereitschaft des Mithinhaltens, des Schweigens, der Möglichkeit Gefühlen Raum zu geben, zur Hoffnung zu ermuntern, Ohnmacht mitzutragen, nach Worten zu suchen, sich am Gewachsenen mitzufreuen, nach Quellen zu suchen und sie zu entdecken.

Wir sind Spezialisten darin, kurz und intensiv Gespräche und Rituale anzubieten und führen zu können, aber auch zu erkennen, wann wir wieder gehen (Touch and go: „passagere Pastoral“). Wir möchten Menschen einfühlsam, absichtslos/erwartungsfrei, aber aufmerksam/achtsam/hellwach/interessiert/für den Moment begegnen, was für uns in der Haltung einer „engagierten Gelassenheit“ zum Ausdruck kommt.

Wir begleiten Menschen unterschiedlicher Konfession, Religion und Weltanschauung. Die seelsorgliche Arbeit ist i. d. R. an den Ort des Krankenhauses gebunden und ist geprägt von der persönlichen christlichen Fundierung. Die Gemeinschaft mit den christlichen Konfessionen ist uns selbstverständlich wichtig und ein besonderes Anliegen.

Seelsorge in der Institution

Als Seelsorgende verstehen wir uns einerseits als Mitarbeitende des Krankenhauses, die in verschiedenen Feldern Teil des Behandlungsteams (z. B. Palliativarbeit, Onkologie) sind und andererseits in der Wahrnehmung seelsorglicher Aufgaben als konstruktiv-kritisches Gegenüber (sowohl für Mitarbeitende als auch für Patienten). Wir erleben dies als Spannungsfeld und als Freiraum, den es sonst so nicht gibt.

3. Selbstverständnis der Seelsorge

Wir sehen uns vielfachen Loyalitätsanforderungen verpflichtet (Schweigepflicht, dem eigenen Gewissen verpflichtet, der Institution verpflichtet). Teilweise ergibt sich beispielsweise eine Spannung zwischen wirtschaftlicher Herausforderung (d. h. der Verpflichtung gegenüber dem Erhalt der Institution) und dem Anspruch christlicher Nächstenliebe (d. h. den einzelnen Menschen wahrzunehmen und ihm gerecht zu werden). Als Seelsorgende sehen wir uns dabei besonders denen verpflichtet, die nicht mehr für ihre Person und ihre Würde eintreten können (Anwaltschaftliche und Brückenfunktionen für die Anvertrauten). Aus dieser Motiva-

tion heraus und im Vertrauen auf Gottes Wirken verstehen wir unsere Arbeit innerhalb der Institution Krankenhaus als Beauftragte, Gesendete und Verkündende („prophetische Rolle“) und auf Basis der Führungsgrundsätze und Leitlinien in rufender, mahnender und tröstender Weise auf (Fehl-)Entwicklungen hinweisen bzw. reagieren, z. B. im Klinischen Ethikkomitee. Aus diesem inneren Auftrag und der Interaktion ergeben sich verschiedene Anforderungen und Bedarfe, die im Idealfall durch die zur Verfügung gestellten Rahmenbedingungen des Hauses ergänzt bzw. im Abgleich mit den unterschiedlichen Interessen austariert werden müssen.

4. Qualifikation, Einordnung und Organisation der Seelsorge

Als Team von katholischen und evangelischen Seelsorgenden arbeiten wir vertrauens- und respektvoll zusammen. Wir ergänzen und vertreten uns gegenseitig und sorgen für die wechselseitige Entlastung. Die Basis der Zusammenarbeit bildet die „Vereinbarung über die ökumenische Zusammenarbeit in der Krankenhaus- bzw. Klinikseelsorge zwischen der Erzdiözese Freiburg und der Evangelischen Landeskirche in Baden.“ (2014) Die Einteilung der Arbeitsbereiche erfolgt daher grundsätzlich ökumenisch. Wer auf welchen Stationen für die Patienten der zuständige Ansprechpartner ist, ist abgesprochen und aufgeteilt. Werden Wünsche nach einer explizit katholischen oder evangelischen (und andere Konfessionen und Religionen) Begleitung geäußert, werden die Wünsche der Patienten entsprechend weitergeleitet. Ökumenische Gottesdienste werden so gestaltet, dass sich die Christen der unterschiedlichen Konfessionen darin wiederfinden können.

Als Mitarbeitende in der Klinikseelsorge verfügen wir über eine abgeschlossene theologische oder religionspädagogische Ausbildung.

Weitere Voraussetzungen bzw. Anforderungen sind:

- Praxiserfahrung von mindestens 5 Jahren, dabei auch in einem Arbeitsfeld der Seelsorge.
- Eine KSA (Klinikseelsorgeausbildung) und/oder pastoralpsychologische Fortbildung.

- Medizinethische Kompetenz und regelmäßige Fortbildungen im Berufsfeld.
- Hohe zeitliche und innere Flexibilität durch schnelle Situationswechsel.
- kollegialer Austausch und regelmäßige Supervision sowie geistliche Impulse von außen (z. B. Tage der Stille) für die persönliche Salutogenese

Einordnung in Kirche

- Als Mitarbeitende der Seelsorge sind wir beim Erzbistum Freiburg oder der Evangelischen Landeskirche in Baden oder dem Theresienkrankenhaus angestellt bzw. in Gestellung durch eine Ordensgemeinschaft.
- Wir verfolgen das Ziel, Kirche in ihrer diakonischen, liturgischen, verkündigenden und Gemeinschaft stiftenden Dimension zu verwirklichen. Daher verstehen wir das Krankenhaus als eigene Kirch-Ort in diesem Sinne.
- Den Bildungsauftrag der Kirche erfüllen wir durch die Mitarbeit in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule (Sterbeseminar-Modul) sowie durch Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende.

Personelle Ausstattung

- Derzeit sind insgesamt 5 Seelsorgende mit einem Stellenumfang von 3 Vollzeitäquivalenten im Haus beschäftigt.

5. Mit wem gemeinsam bieten wir Seelsorge an? (Netzwerk)

Die Mitarbeitenden der Seelsorge unterstützen Menschen dabei, Kontakte zu knüpfen (Beratungsstellen, Hilfs- und Unterstützungsangebote). Sie bilden aber auch selbst Teil eines Netzwerks mit den örtlichen Pfarrgemeinden und Institutionen (wie z. B. mit Hospizen und den ökumenischen Hospizdiensten) und überregionalen Verbänden (Caritasverband und Diakonisches Werk), den Dekanaten, dem Erzbistum und der Landeskirche sowie den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften als auch in den Arbeitsgruppen/Fachausschüssen innerhalb der BBT-Gruppe.

Der Kontakt zu anderen Gemeinden und Konfessionen (russisch-orthodox, griechisch-orthodox, etc.) wird bei Bedarf von den Seelsorgenden für die Patienten hergestellt. Der Kontakt zu anderen Religionsgemeinschaften (jüdische Gemeinde, muslimische Gemeinde etc.) ist ebenfalls sicher-

gestellt. Die Vernetzung mit anderen Einrichtungen ist im Einzelfall zur Kooperation hin offen.

Konkret wird diese Einbindung in das Netzwerk besonders in der Zusammenarbeit mit den Gemeindeleitungen, die sich an die Seelsorgenden wenden und die Begleitung von erkrankten Menschen aus den Gemeinden an die Klinik delegieren. Auf diese Weise wird sich gegenseitig zugearbeitet. Sichtbar wird die Zusammenarbeit auch durch die Rufbereitschaft: Alle Seelsorge-Teams der Krankenhäuser in Mannheim sind miteinander verbunden durch regelmäßige Treffen und Austausch bzw. die Klinik übergreifend organisiert in einer konfessionsverschiedenen 24/7 Rufbereitschaft.

Auf Diözese- und Landeskirchlicher Ebene sowie in der BBT-Gruppe dienen Jahrestagungen dem Austausch, der Fortbildung und Erarbeitung von Richtlinien und Vereinbarungen.

6. Für wen ist die Seelsorge da?

Für jeden Menschen, der sich im Krankenhaus aufhält. Das heißt für:

– Patienten, ihre An- und Zugehörigen, Besuchende und für Mitarbeitende

– Angestellte und Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege
– Teilnehmende an Gottesdiensten
– Ehrenamtliche

Dieser Text weist uns Seelsorgende darauf hin,

→ dass wir uns offen halten für ungeplante Entdeckungen, in denen wir uns für Mitmenschen in Krankheit und Not einbringen, sie besuchen, sie nicht allein lassen, denn jede*r kann zu den Gesegneten gehören (**gesegnete Zugehörigkeit**)

→ dass uns nichts daran hindern mag, jeden Menschen, weil immer Liebens wert, zu begegnen (**liebenswerte Menschen**)

→ dass wir allein nichts können und es nur vermögen, wenn wir im rechten Augenblick die Begegnung mit Gott und Menschen zulassen und auf Gottes Barmherzigkeit bauen (**göttliche Hilfe**)

→ dass wir auf Zukunft hin leben, die einmal alles an Leid, Schmerz und ebenso an Freude und Hoffnung übertrifft, denn am Ende wird – mit Gottes Hilfe – alles gut. (**gutes Ende**)



**Denn ich war krank und ihr habt mich besucht. ...
Wann haben wir dich krank gesehen und sind zu
dir gekommen?“** aus Mt. 25,31-46

