

Einleitung zum Bericht über die ENHCC-Konsultation

Meg Burton

In der Zeit 28. Mai bis 1. Juni 2014 hatte ich das Vorrecht, an der Tagung des Europäischen Netzwerkes für Krankenhauseelsorge (ENHCC) in Salzburg teilzunehmen. Das Miteinander von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus vielen Ländern ermöglichte neue Einsichten in die Freuden und Probleme der Krankenhauseelsorgetätigkeit in einer geographisch sehr grossen Region.

Es wurde beschlossen, dass ein Bericht von der ENHCC-Tagung für das Journal [Health and Social Care Chaplaincy](#) geschrieben werden sollte. Der Verlag Equinox erlaubte zusätzlich eine französische und deutsche Übersetzung.

Dieser Bericht wurde dankenswerterweise ermöglicht durch die Zusammenarbeit der Delegierten aus England, Frankreich, Österreich und der Schweiz. Anne Miller verfasste den Bericht, ich habe ihn Korrektur gelesen, Jeanne Mombelli hat ihn mit Anne ins Französische übersetzt. Audrey Kaelin und Friedrich van Scharrel übersetzten den Bericht ins Deutsche. Jede Lesung und weitere Übersetzung brachte neue Ideen ein und bereicherte so den Artikel.

Herausforderungen für die Zukunft der Krankenhauseelsorge

Ein Bericht über die Konsultation des Europäischen Netzwerkes für Krankenhauseelsorge, 28. Mai bis 1. Juni 2014 in Salzburg, Österreich

Anne Miller, Pfarrerin, anne.miller@chu-bordeaux.fr

Audrey Kaelin, Spitalseelsorgerin, audrey.kaelin@bluewin.ch

Friedrich van Scharrel, Pfarrer Mag., Friedrich.Van-Scharrel@kabeq.at

Einleitung

Wenn schon das Europäische Netzwerk für Krankenhauseelsorge¹ (European Network of Health Care Chaplaincy – ENHCC) keine einheitliche Sichtweise von Krankenhauseelsorge bieten kann, dann müssen Einzigartigkeit und Zweck dieses Netzwerkes woanders liegen. Indem die Anliegen der in der Krankenhauseelsorge Tätigen aus ganz Europa zum Ausdruck gebracht werden, stellt sich das Netzwerk drei Herausforderungen: der Herausforderung, als ein Gremium von Fachleuten, die aus verschiedenen kulturellen und politischen Kontexten stammen und auch einen unterschiedlichen christlichen Hintergrund² haben, zusammen zu arbeiten; der Herausforderung der inneren Vernetzung und der gleichzeitigen Vermittlung nach aussen; und der Herausforderung, zentrale Werte festzulegen. Angesichts dieser Herausforderungen trafen sich Vertreter von Mitgliedorganisationen alle zwei Jahre seit 1990, um aktuelle Themen im Gesundheitswesen und in der Krankenhauseelsorge zu besprechen. Dieses Jahr fand die 13. Konsultation in Salzburg, Österreich statt. „Offen für die Zukunft: Eine neue Sicht auf Krankenhauseelsorge inmitten des Wandels“ war das Thema, welches 42 Vertreter und Vertreterinnen der Krankenhauseelsorge aus 21 Ländern erörtert haben. Gegen Ende dieser Konsultation kam eine neue Herausforderung zur Sprache, die einen Wendepunkt in der Geschichte des Netzwerkes bedeutet: Wie können sich Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen über bewährte und professionelle Arbeitsweisen austauschen und auch als Partner in den

¹ In Deutschland wird der Begriff Klinikseelsorge, in der Schweiz der Begriff Spitalseelsorge verwendet.

² Das ENHCC ist gegenüber anderen Glaubensgemeinschaften offen. Ein Humanist, ein Rabbiner und ein Imam haben an früheren Konsultationen teilgenommen. Die „Healthcare Chaplaincy Faith and Belief Group“ in Großbritannien (früher: „Multifaith Group for Healthcare Chaplaincy“) ist ein teilnehmendes Mitglied des ENHCC.

sich ständig verändernden Gesundheitseinrichtungen anerkannt werden? Dieses war die vierte Herausforderung, die der Liste hinzugefügt wurde.

Um die Bedeutung dieses Wendepunkts aufzuzeigen, soll hier die Geschichte des Netzwerkes kurz skizziert werden. Danach werden die vier Herausforderungen und die Art, wie sie die Gespräche während der 13. Konsultation prägten, erläutert.

Entstehung und Entwicklung des ENHCC

Zusammenkünfte von Vertretern der europäischen Krankenhauseelsorge können bis zum Jahr 1990 zurückverfolgt werden, als sich Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen erstmals in Berlin trafen. Doch das Netzwerk wurde erst im Jahr 2000 in Kreta offiziell gegründet. Damals haben sich Vertreter von 15 Ländern versammelt, um das Thema „Eine einheitliche Krankenhauseelsorge“ zu erörtern. In den darauf folgenden Jahren stellte sich heraus, dass dieses Thema, auch in seiner Widersprüchlichkeit, etwas Verbindendes darstellte. Aus der Erkenntnis, dass die Schaffung einer einheitlichen Krankenhauseelsorge nicht das Ziel sein kann, um so die in der Krankenhauseelsorge Tätigen und die Seelsorgeorganisationen in Europa zusammenzubringen, wurden andere Formen der Zusammenarbeit entwickelt. Die Vielfalt, entstanden aus unterschiedlichen Ausprägungen christlichen Glaubens und aus den verschiedenen kulturellen und politischen Hintergründen, musste berücksichtigt werden. In dieser Unterschiedlichkeit miteinander zu arbeiten, wurde zu einer wesentlichen Aufgabe des Netzwerkes. Seit Beginn des Netzwerkes fanden regelmäßig alle zwei Jahre Konsultationen statt, zu denen Krankenhaus-Seelsorgeorganisationen der verschiedenen europäischen Länder eingeladen wurden. Das ENHCC hat keine Mitglieder im eigentlichen Sinn, doch sind Krankenhaus-Seelsorgeorganisationen und Kirchen aus den europäischen Ländern im Netzwerk aktiv. Die meisten Vertreter und Vertreterinnen bei einer Konsultation haben eine Führungsposition in ihrer nationalen Krankenhaus-Seelsorgeorganisation inne. Wenn Vernetzung weiterhin das grundlegende Ziel des ENHCC ist, dann hat sich das Netzwerk seit seiner offiziellen Gründung 2000 ausserordentlich entwickelt. Verschiedene Themen wurden in den weiteren Konsultationen erörtert. 2002, in Turku, Finnland haben sich die Teilnehmer auf gemeinsame Standards geeinigt. 2004, in Dublin, Irland wurden die Statuten aufgestellt. Weitere Themen späterer Konsultationen waren unter anderen: Palliative Care, Sterbehilfe und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Father Stavros Kofinas, Vertreter des Ökumenischen Patriarchates von Konstantinopel, war der erste Koordinator des Netzwerkes bis 2010. An der Londoner Konsultation von 2010 wurde Dr. Anne Vandenhoeck aus Belgien zur neuen Koordinatorin gewählt. Das Netzwerk ist zweifellos gewachsen, nicht nur in seinem Ausmass, sondern auch in seiner Möglichkeit, trotz aller Unterschiedlichkeit zusammen zu arbeiten.

1. Sich der Herausforderung der Unterschiedlichkeit stellen

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen kommen nicht nur aus verschiedenen christlichen Glaubensrichtungen und Kulturen, sondern auch aus Kontexten mit unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Ein einziges bestimmtes Krankenhauseelsorgemodell für alle zu entwickeln, kann deshalb nicht das Ziel des Netzwerkes sein. Zusammen zu arbeiten bedeutet anzuerkennen, dass es verschiedene Modelle und Ansätze gibt. Für einige Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen ist der professionelle Bezug wichtig, für andere wiederum steht die kirchliche und theologische Identität im Vordergrund. Einige in der Krankenhauseelsorge Tätige sind direkt vom Krankenhaus oder der Krankenhausgesellschaft angestellt, während andere ihr Gehalt von ihrer Kirche erhalten und als freie Mitarbeiter im Krankenhaus tätig sind. Indem die Konsultationen in den verschiedenen Ländern stattfinden, gewinnen die Teilnehmer einen Einblick, wie der konkrete Kontext sich auf ein Seelsorgemodell auswirkt. Zudem bietet sich die Möglichkeit, Krankenhauseelsorge in den Gastgeberländern zu fördern. In Salzburg sprach Daniela Pöschl, Vertreterin des Gesundheitsreferates des Landes Salzburg, über gegenwärtige Tendenzen im österreichischen Gesundheitswesen, beispielsweise die Notwendigkeit, neben der stationären Patientenbetreuung eine ambulante Patientenbetreuung zu entwickeln. Die Herausforderung einer Zusammenarbeit als europäische Krankenhauseelsorger

und -seelsorgerinnen bedeutet deshalb auch, die unterschiedlichen politischen Kontexte, in denen sich Krankenhausseelsorge entwickelt, zu verstehen.

2. Die Herausforderung der Vermittlung nach aussen

Das Bedürfnis, gemeinsame Erfahrungen trotz unterschiedlicher Verhältnisse zu teilen, hat sich gewandelt zu einem Bedürfnis, gehört zu werden. Wie kann das Netzwerk, als ein professionelles Gremium, Ideen und Anliegen der Krankenhausseelsorge gegenüber Kirchenleitung und führenden Personen des Gesundheitswesens zum Ausdruck bringen? Wie bereits erwähnt, bevorzugt das Netzwerk kein bestimmtes Krankenhausseelsorgemodell. Es hat auch keine Entscheidungsbefugnis, wenn es sich an kirchliche Organisationen oder politische Instanzen richtet. Jedoch haben die Teilnehmer mit der Zeit eine einzigartige Weise der Zusammenarbeit entwickelt. Wir könnten es als einen Prozess bezeichnen: Referate bilden die Grundlage für die Gruppenarbeiten, aus denen ein gemeinsames Statement zum Thema der Konsultation erarbeitet und verabschiedet wird.

In diesem Jahr befasst sich das Statement mit dem Anliegen einer optimalen und bewährten (best practice) spirituellen Begleitung in Zeiten des Wandels. Der Wandel ist gekennzeichnet durch patientenzentrierte Pflege, kürzere Spitalaufenthaltsdauer, chronische Erkrankungen und strengere Sparmassnahmen. Der Wandel bestärkt die Notwendigkeit, dass Krankenhausseelsorge sich innerhalb des Kontexts postreligiöser Gesellschaften gestalten und ethische Sinndeutung ermöglichen muss.

Das Statement wurde in die wichtigsten europäischen Sprachen übersetzt. Es soll das Gespräch unter den in der europäischen Krankenhausseelsorge Tätigen anregen. Es soll den Führungskräften und leitenden Personen der Gesundheitsorganisationen und Glaubensgemeinschaften zu einem besseren Verständnis über Rolle und Sichtweise der Krankenhausseelsorge verhelfen. Und es soll Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens und der Glaubensgemeinschaften über die umfassende Bedeutung der Krankenhausseelsorge und ihre Entwicklung in Europa informieren. Das Statement wurde auf unserer Website publiziert ([Link zum Statement](#)).

3. Die Festlegung zentraler Werte als dritte Herausforderung

Auch wenn es einer europäischen Krankenhausseelsorge nicht möglich ist, sich auf ein einziges bestimmtes Modell oder eine einzige Rollenbeschreibung des Krankenhausseelsorgers bzw. der Krankenhausseelsorgerin zu einigen, so hat sich der Erfahrungsaustausch als Grundlage für das gemeinsame Gespräch erwiesen. Zentrale Werte, die in der Krankenhausseelsorgearbeit tragend sind, prägen auch diese Gespräche. Zwei Redner der Salzburger Konsultation haben einige dieser zentralen Werte in ihren mit Fallbeispielen und Erfahrungen ergänzten Referaten besonders hervorgehoben.

Prof. Dr. Clemens Sedmak, Dozent am King's College, London und der Universität Salzburg, hielt einen Vortrag über „Herausforderungen für humane Krankenhäuser“. Mindeststandards für „anständige“ Institutionen wurden dargelegt. Menschen wollen „anständig“ behandelt werden, wobei Blickkontakt, eine Begegnung auf Augenhöhe wesentlich ist. Patienten wollen gesehen und wahrgenommen werden. Sie sollen ermutigt werden, (auch unbequeme) Fragen stellen zu dürfen. Dann wurde auf die Verwundbarkeit der Patienten im Krankenhaus hingewiesen. Der Patient erlebt sich körperlich und situationsbedingt verletzlich. Die Krankenhausseelsorge muss deshalb besonders dafür hellhörig und in der Begegnung empathisch sein und dem Patienten die Möglichkeit geben, eine Sprache für sich und seine Situation zu finden. Und schliesslich wurde die Möglichkeit der Krankenhausseelsorge, den Blick auf das Innenerleben zu richten, die Seele einer Person in einem umfassenden Sinn anzusprechen, als wesentlicher Wert betont. Gemäss Prof. Sedmak hilft die Präsenz der Krankenhausseelsorge, ethische Werte in Krankenhäusern zu unterstützen.

Prof. Dr. John Swinton von der Universität Aberdeen, UK sprach über die Schwierigkeiten, die Seelsorger und Seelsorgerinnen haben, die Bedeutung der Krankenhausseelsorge in Gesundheitseinrichtungen zur Sprache zu bringen. Es sei viel wesentlicher darauf hinzuweisen, was Spiritualität bewirkt, als zu sagen, was

Spiritualität ist. Krankenhauseelsorge verhilft den Menschen zu einem anderen und neuen Blick auf das Leben. Dies könnte als eine Art der Weisheit betrachtet werden. Und es steht nicht in Widerspruch zu einem eher wissenschaftlichen Ansatz; es ist eben nur anders. Die Methoden sind verschieden, so wie auch die beiden Seiten des einen Gehirns verschieden sind. Zur Verarbeitung von wissenschaftlichen Daten wird vornehmlich die linke Gehirnhälfte benutzt. Gefühle und Emotionen, Empfindungen z.B. für das Schöne werden dagegen in der rechten Gehirnhälfte verarbeitet. Dr. Swinton sprach auch über das Krankenhaus als ein Ort der Geschichten. Durch das Zuhören kann Krankheit eine andere und neue Bedeutung für den Patienten und seine Geschichte bekommen. Krankenhauseelsorge muss sich der Wichtigkeit der narrativen Sinnggebung bewusst sein.

4. Ein Wendepunkt in der Geschichte des Netzwerkes: ein Aufruf zu forschungsorientierten Ansätzen

Die in der Krankenhauseelsorge Tätigen sind gut ausgebildete und erfahrene Fachkräfte. Sie werden jedoch von der Schwierigkeit, ihre eigene Rolle und Tätigkeit sprachlich zu vermitteln, behindert. Das steht oft ihren Bemühungen, ihre Anliegen und Zielsetzungen den leitenden Personen in Gesundheitseinrichtungen und der Kirchenleitungen zu erläutern, entgegen. Der Aufruf zu mehr forschungsorientierten Ansätzen in der Krankenhauseelsorge erwächst aus dieser Schwierigkeit. Die Zukunft von Krankenhauseelsorge hängt auch davon ab, ob sie sich innerhalb eines sich stets verändernden Gesundheitssystems entfalten kann. Angesichts des steten Wandels, der sich verändernden Bestimmungen und Anforderungen seitens der Behörde, wird von Gesundheitseinrichtungen immer mehr Rechenschaft auf allen Leistungsebenen gefordert. Krankenhauseelsorge kann es deshalb auch nicht mehr auf einer rein quantitativen Aufzählung ihrer Tätigkeit beruhen lassen. Das genügt nicht. Damit Krankenhauseelsorge ernst genommen werden kann, muss sie über den Nutzen für den Patienten und ein zu erwartendes und tatsächliches Ergebnis ihrer Tätigkeit Auskunft geben. So gemäss dem dritten Referenten der Salzburger Konsultation, Rev. George Handzo, Director of Health Services Research & Quality, Health Care Chaplaincy, New York, USA.

In Anbetracht des Wandels innerhalb der Gesundheitssysteme und der Notwendigkeit, den Stellenwert der Krankenhauseelsorge zur Sprache zu bringen, wurde die 13. Konsultation mit einem Aufruf an alle in der Krankenhauseelsorge Tätigen und an die Krankenhaus-Seelsorgeorganisationen in Europa beendet. Den Aufruf prägte eine vierte Herausforderung: Wie kann der Nutzen der Krankenhauseelsorge zu Gehör gebracht werden? Wie können leitende Personen im Gesundheitsbereich und in der Kirche den Wert dieser Arbeit erkennen? Ein Aufruf, Forschungsarbeit zu betreiben, wurde gemacht. Dieser Aufruf soll nicht einen bestimmten Ansatz von Krankenhauseelsorge auf Europaebene standardisieren, sondern Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen in Europa sind aufgerufen, sich zu forschungsorientierter Krankenhauseelsorge zusammenzuschliessen.

Schlussbemerkungen

Trotz aller Unterschiedlichkeit treffen sich die Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen Europas, entwickeln gemeinsam Arbeitsmethoden und sind vereint in zentralen Werten. Krankenhauseelsorge als Beruf im Gesundheitsbereich trägt zum Wohl des Patienten bei und hat so auch Einfluss auf das Wohl der Gesundheitseinrichtungen. Um aber einen Mehrwert ins Gesundheitssystem einzubringen, müssen die Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen wissen, wie sie ihre Tätigkeit zur Sprache bringen können. Wenn die Seele von Krankenhauseelsorge auf Weisheit beruht, sollte die Entwicklung forschungsorientierter Ansätze Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen befähigen, ihre Tätigkeit nicht nur innerhalb der sich stets verändernden Gesundheitssysteme zu entfalten, sondern sie auch befähigen, ihre Arbeit klar zum Ausdruck zu bringen und sich über anerkannte und bewährte Arbeitsweisen (best practices) fachlich auszutauschen.

Anne Miller ist Pfarrerin der Unierten Evangelischen Kirche in Frankreich. Seit fünfzehn Jahren ist sie Krankenhausseelsorgerin und derzeit in der Universitätsklinik von Bordeaux tätig. Sie ist die einzige evangelische Seelsorgerin in diesem Klinikum. Daneben ist sie Mitglied im Vorstand der Krankenhausseelsorge der Vereinigten Protestantischen Kirche in Frankreich und im Vorstand der ENHCC.

Meg Burton ist Pfarrerin der Methodistischen Kirche und seit 2000 hauptamtliche Krankenhausseelsorgerin. Sie war in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher und in öffentlichen Krankenhäusern tätig. Ihr derzeitiger Arbeitsbereich schliesst ein Hospiz mit ein. Sie ist Mitherausgeberin des Journals [Health and Social Care Chaplaincy](#) und vertrat das [College of Health Care Chaplains](#) (CHCC) in der Leadership Alliance for the Care of Dying People (LACDP). Als Vorsitzende des Health Care Chaplains Support Committee der Free Churches Group (ein Zusammenschluss protestantischer Kirchen mit Ausnahme der Church of England) war Meg Delegierte zu der Konsultation der ENHCC in diesem Jahr.

Audrey Kaelin ist seit 2005 Krankenhausseelsorgerin. Seit 2012 arbeitet sie als römisch-katholische Seelsorgerin am Universitätsspital Zürich. Als Delegierte der Vereinigung katholischer SpitalseelsorgerInnen der deutschsprachigen Schweiz hat sie an der Konsultation des ENHCC teilgenommen.

Jeanne Mombelli ist römisch katholische Krankenhausseelsorgerin auf der Kinderstation an der Universitätsklinik Montpellier, Frankreich. Daneben arbeitet sie auch in der Rehabilitationseinrichtung für Kleinkinder. Sie ist Diözesanbeauftragte für die Krankenhausseelsorge der Diözese Montpellier.

Friedrich van Scharrel, Pfarrer Mag., ist hauptamtlicher Krankenhausseelsorger der Evangelischen Kirche A.B. in Österreich. Seit fünfzehn Jahre ist er zuständig für die Seelsorge an evangelische Patienten im Klinikum Klagenfurt und im Landeskrankenhaus Villach. Er leitet seit 2003 die Schulung Spiritual Care – Ehrenamtliche Seelsorge in Kranken- und Pflegeeinrichtungen. Derzeit ist er im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Evangelische Krankenhausseelsorge in Österreich AEKÖ und Delegierter zur Tagung ENHCC.

www.enhcc.eu

www.spitalseelsorge.ch