



Krankenhausseelsorge in der EKBO

Visitationsbericht zur Bischofsvisitation 2023

■ **EVANGELISCHE KIRCHE**
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
■



Evangelische Krankenhausseelsorge
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz

Inhalt

Vorwort	4
1. Einleitung	8
2. Die Visitation	12
2.1. Der Seelsorgekonvent	14
2.2. Kliniken in öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft	17
2.3. Strukturelle Verankerung der Krankenhausseelsorge	24
2.4. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Supervision	28
3. Beobachtungen, Einsichten und Handlungsempfehlungen	32
3.1. Profession	33
3.2. Entsendende Institution	43
3.3. Arbeitssystem	46
3.4. Konzeption	48
3.5. Erfahrungen und Entwicklungen durch die Pandemie	49
4. Visitationsbescheid	50
5. Dokumentation	54
5.1. Bericht der Landespfarrerin für die Bischofsvisitation	55
5.2. Übersicht Kliniken und Seelsorgende in den Kirchenkreisen	77
5.3. Regionalkonvente	80
5.4. Starterpaket für Seelsorgende	86
6. Impressum	95

Vorwort

Visitation ist eines der ältesten evangelischen Instrumente bei der Leitung der Kirche. Sie dient inzwischen weit weniger der Aufsicht, sondern vor allem dem wertschätzenden Hingucken und der kollegialen Beratung. Genau um dieses wertschätzende Hingucken und Fragen ging es mir bei der Auswahl des kirchlichen Handlungsfeldes meiner zweiten Visitation in der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz. Nach der Pandemie, für die sich das Narrativ festgesetzt hat, die Kirche sei nicht da gewesen, ist es mir wichtig gewesen, hier genau nach zu fragen. Es zeigt sich nämlich dabei, wie sehr die Seelsorge „da war“ in dieser für uns alle besonders herausfordernden Zeit und welcher außerordentlichen Beitrag sie als Teil unserer Kirche für die Gesellschaft geleistet hat und weiterhin leistet. Ich danke ausdrücklich den Seelsorgerinnen und Seelsorgern in der Weite unserer Landeskirche für ihren mit großem Engagement und hoher intrinsischer Motivation geleisteten Dienst.



Im Zuge der Visitation wurde deutlich, dass dieses Engagement in der Pandemie auch in der Öffentlichkeit der Kliniken zu einer veränderten Wahrnehmung der Arbeit der Krankenhausseelsorge geführt hat. Die Krankenhausseelsorge genießt hohe Anerkennung, unabhängig davon, in wessen Trägerschaft sich eine Klinik befindet. Ihre Arbeit wird geschätzt. Einer der schönsten Sätze in dieser Visitation war deshalb für mich der

Ausspruch des Ärztlichen Direktors des Lausitzer Seenland Klinikums in Hoyerswerda: „Wenn die Seelsorge gestrichen wird, will ich auch als Arzt hier nicht mehr arbeiten“. Krankenhausseelsorge ist essentiell bei der Krisenbewältigung, ebenso bei der Gestaltung von Übergängen. Dabei nimmt sie auch einen Platz ein, den Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte durch die Arbeitsverdichtung nicht (mehr) leisten können.

Im Fokus der Gespräche der Visitation und ihrer Auswertung in der Visitationskommission stand das Rollenverständnis der Seelsorgenden zwischen den Systemen Krankenhaus und Kirche. Die Krankenhausseelsorge arbeitet im System Krankenhaus, geht aber nicht (vollständig) in ihm auf. Diese Spannung ermöglicht eine große Freiheit in der Arbeit. Zugleich liegt hier die Verantwortung, die eigene Rolle und das Verhältnis zu beiden Systemen gut zu reflektieren. Hierfür einen guten Rahmen zu schaffen ist eine Empfehlung der Visitationskommission.

Innerhalb der Landeskirche stehen wir vor der Aufgabe, die Stellung der Krankenhausseelsorge im Angebotstableau der EKBO zu definieren. Wo soll es zukünftig Krankenhausseelsorge geben und in welchem Umfang? Die Kirchenleitung hat sich die Empfehlung der Visitationskommission zu eigen gemacht, die Krankenhausseelsorge als einen wichtigen „zweiten“ Ort neben der Parochie zu stärken und in den kirchlichen Strukturen stärker zu verankern.

Gegenwärtig kommt die Krankenhausseelsorge mit vergleichsweise extrem wenig „Overhead“ aus und ist dabei zugleich sehr professionell aufgestellt. Landespfarrerin Anne Heimendahl und Oberkonsistorialrätin Sabine Habighorst gebührt für ihre Arbeit an dieser Stelle mein ganz ausdrücklicher Dank. Eine Stärkung des Arbeitsfeldes in unserer Kirche muss aber auch darin zum Ausdruck kommen, dass in diese Struktur investiert wird.

Ich danke den Mitgliedern der Visitationskommission sehr herzlich für

die anregende gemeinsame Arbeit und das hohe Engagement, das Sie jeweils in die Visitation eingebracht haben. Ich danke in besonderer Weise der persönlichen Referentin im Bischofsbüro, Pfarrerin Barbara Hustedt, für ihr Engagement, Geschick und ihre Tatkraft bei der Organisation und Durchführung der Visitation. Ich danke in besonderer Weise den Visitierten für die engagierten Gespräche und die so offenen Einblicke in ihre Arbeit. Die Visitation ist immer eine Momentaufnahme. Sie hat gezeigt: Die Krankenhausseelsorge dieser Kir-

che lohnt alles Hingucken und natürlich auch Hinhören. Sie dient im Sinne des uns leitenden Auftrags, den Menschen dazu zu verhelfen, dankbar zu leben und getröstet zu sterben. Aus der Momentaufnahme des Besuchs und Hinguckens heraus ergibt sich nun die Möglichkeit, Zukunft weiter zu gestalten. Das dabei Anstehende ist in der Visitation beschrieben. Dafür wünsche ich uns Gottes Segen.



Bischof Dr. Christian Stäblein



1. Einleitung

Seelsorge ist Herzstück und Kernaufgabe kirchlichen Handelns. Nach der Visitation der in der Pandemie entstandenen Gottesdienstformate soll in der zweiten Bischofsvisitation in der Amtszeit von Bischof Stäblein nun die Seelsorge gewürdigt werden. Auch sie ist in der Pandemie besonders ins Blickfeld geraten. In der Rückschau auf die Anfänge der Pandemie steht vor Augen, dass die Begleitung von Menschen, die zu den vulnerablen Gruppen zählen, wie auch die Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen nicht ausreichend sichergestellt werden konnte. Der Schmerz darüber wird innerhalb wie außerhalb der Kirche geteilt. Zugleich hat die Seelsorge in der Krise unglaublich viel geleistet und für Kirche und Öffentlichkeit an Bedeutung gewonnen. Ihr Dienst wurde und wird in den Altenheimen und Krankenhäusern viel stärker nachgefragt und ihr Wert für die Bewältigung von Ausnahmesituationen in besonderer Weise anerkannt.

Das Feld der Seelsorge in der Kirche umfasst neben der gemeindlichen Seelsorgearbeit viele Einsatzorte, deren Systematik eine eigene Ex-

pertise erfordert. So gibt es Seelsorgende für die hoheitlichen Aufgaben des Staates bei der Polizei, der Feuerwehr, im Gefängnis. Darüber hinaus Seelsorge für bestimmte Zielgruppen in Altenheimen, Behinderteneinrichtungen und für bestimmte Formen der Behinderung, in der Gehörlosen-Seelsorge. Eine Visitation kann nur exemplarisch wahrnehmen, wie Seelsorge an einem bestimmten Ort gestaltet wird, welche Rahmenbedingungen sie braucht, welche Konzeptionen hinter ihr stehen und wie sie sich gut für die Zukunft aufstellen kann. Die Krankenhausseelsorge ist in der EKBO der größte Handlungsbereich der spezialisierten Seelsorge. Seelsorge im Krankenhaus hat eine lange Tradition und ist der klassische Bereich von Seelsorge außerhalb der Gemeinde schlechthin. Es ist im besten Sinne selbstverständlich, dass Seelsorge in der Klinik vertreten ist. So war dies neben der besonderen Rolle der Krankenhausseelsorge in der Pandemie der Grund der Auswahl für die Visitation.

Gegenwärtig arbeiten 98 Seelsorgende in knapp 90 Kliniken auf dem

Gebiet der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz. Auch hier musste für die Besuche vor Ort eine Auswahl getroffen werden. Die Visitationskommission hat dafür Kliniken in unterschiedlichen Trägerkonstellationen in den drei Sprengeln der Landeskirche besucht, um einen möglichst differenzierten Einblick in die Gelingensbedingungen von Seelsorge zu gewinnen. Nach einem Auftaktgespräch mit einem Großteil der Krankenhauseelsorgenden, im Rahmen der Jahrestagung der Kranken- und Altenpflegeheimseelsorge am Seddiner See, konnten bei den Vor-Ort-Besuchen die aufgeworfenen Themen im Gespräch mit den Seelsorgenden des Regionalkonventes und der Klinikleitung vertieft werden. Abschließend hat die Visitationskommission die Unterstützungsstrukturen der EKBO für

die Krankenhauseelsorge im Konsistorium und im Amt für kirchliche Dienste in den Blick genommen.

Zur Bischofsvisitationskommission gehörten unter dem Vorsitz von Bischof Dr. Christian Stäblein, Generalsuperintendentin Theresa Rinecker, Superintendent Martin Kirchner, Philipp Rhein (Mitglied der Landessynode), Vorständin Andrea Wagner-Pinggéra (Hoffnungstaler Stiftung Lobetal), Pfarrerin Dorothee Herfurth-Rogge (Evangelische Kirche in Mitteldeutschland) sowie Raphael Olberding (Promovend an der Universität Münster zur Wirksamkeit von Krankenhauseelsorge) an. Auch die Expertise von Prof. Dr. Frank Austermann (Hochschule Hannover) ist in den Bericht eingeflossen. Die Geschäftsführung hatte die persönliche Referentin des Bischofs, Pfarrerin Barbara Hustedt.



*Jeder Mensch hat ein Recht auf Seelsorge
und spirituelle Begleitung. Sie ist ebenso
wichtig wie die medizinische und pflege-
rische Versorgung, wie politische Freiheit
und die Unantastbarkeit der Würde.*

Anne Heimendahl



2. Die Visitation

Grundlage der Visitation ist der Bericht der Landespfarrerin für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge, Anne Heimendahl (siehe Punkt 5.1.).

Gegenwärtig (Stand Januar 2024) arbeiten 98 Krankenhauseelsorgende an 86 Klinikstandorten. 13 Klinikstandorte darüber hinaus werden nicht mit Seelsorge versorgt, weil die Nachbesetzung der Stelle nicht erfolgreich war oder die Verhandlungen über eine Refinanzierung gescheitert sind. Die Finanzierung der Seelsorge erfolgt durch die Kirchenkreise, die Kliniken und durch Zuweisungen der Landeskirche, deren Bemessung sich an der Bettenzahl und vorhandenen Stellen der Krankenhauseelsorge orientiert. Etwa ein Viertel der Seelsorgestellten sind mit einem: Diakon:in oder ordiniertem: Gemeindepädagogen und -pädagogin besetzt.¹ Um die Arbeit an den Kliniken auch zukünftig sicherzustellen, werden verschiedene Maßnahmen zur Qualifizierung, zum Quereinstieg in den Beruf und

zur ökumenischen Zusammenarbeit umgesetzt bzw. diskutiert. Zur Absicherung der Qualitätsstandards für die Krankenhauseelsorge hat die Kirchenleitung im September 2023 die Richtlinien für die Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge im Bereich der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz beschlossen.²

Als gravierendste Veränderung der Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Krankenhauseelsorge beschreibt Pfarrerin Heimendahl in ihrem Bericht die EU-Datenschutzgrundverordnung, deren Umsetzung den Krankenhauseelsorgenden den Zugang zu den Patientinnen und Patienten erschwert. Daneben zeigen sich bei den Mitarbeitenden in den Kliniken die Nachwirkungen der Pandemie in Form von Erschöpfung und Personalnotstand. Außerdem wirken sich der demografische Wandel, die Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und

¹ Laut Jahresbericht der Krankenhauseelsorge der EKBO 2022/23 arbeiteten im Jahr 2022 73 Pfarrer:innen, 1 Sozialpädagoge, 9 Diakone und Diakoninnen, 14 ordinierte Gemeindepädagogen und -pädagoginnen — und im Jahr 2023 75 Pfarrer:innen und 11 Diakone und Diakoninnen und 14 ordinierte Gemeindepädagogen und -pädagoginnen in der Krankenhauseelsorge

² <https://www.kirchenrecht-ekbo.de/document/54141>

Patienten in den Kliniken und die geplante Gesundheitsreform auf das Klima und die Arbeit vor Ort aus. Wichtigste medizinethische Themen sind der assistierte Suizid und der Einsatz von künstlicher Intelligenz.

Der Bericht beschreibt konzeptionelle Ansätze für die Seelsorgearbeit. Ein für die ganze Landeskirche erarbeitetes Konzept, das als Rahmenkonzeption dienen könnte, gibt es bislang nicht.

Thematische Schwerpunkte, mit denen sich die Klinikseelsorge gerade befasst, ist u. a. die Frage, welche Rolle die Spezialseelsorge im Gegenüber und Miteinander zur Parochie zukünftig spielen wird. Die Seelsorgenden fürchten weitere Kürzungen für ihren Arbeitsbereich. Diskutiert wird zudem die Zustimmung zur Dokumentation der seelsorglichen Arbeit, wo sie im interprofessionellen Team geleistet wird. Schwerpunkt der Jahrestagung des Seelsorgekonventes 2023 war das Thema „Trauer“.

Für die Visitationen vor Ort hat die Visitationskommission Themenfelder beschrieben, die helfen sollten, die Fragestellungen vor Ort zu erfassen und einzugrenzen.

Die Themenfelder beschreiben:

- die Rahmenbedingungen für Seelsorge (Arbeitsort, Stellenbeschreibung, Finanzierung, Integration in den Klinikablauf, Qualifikationen des Seelsorgepersonals, Unterschiede Stadt-Land)
- das Profil der Seelsorge (Seelsorgekonzept, Auftrag und Zielgruppe, Angebote, Formate, Methoden und Themen der Seelsorge, Profilierung in Bezug auf Spiritual Care)
- Zusammenarbeit und Vernetzung Klinikleitung, interprofessionelle Teams, Ökumene, Parochie, Kirchenkreis, Ehrenamtliche)
- Seelsorge in der Pandemie
- Ressourcen
- Resonanz und Herausforderungen
- Zukunftsperspektiven

Auf Grundlage dieser Wahrnehmungen fanden die Ortsbesuche statt.

2.1. Der Seelsorgekonvent

Im Rahmen der Jahrestagung des Gesamtkonventes für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge konnte die Bischofsvisitationskommission erste Eindrücke über die im Vordergrund stehenden Themen der Krankenhausseelsorgenden sammeln. Zur Jahrestagung waren etwa

die Hälfte der Krankenhauseelsorgenden der EKBO gekommen. Eine soziometrische Aufstellung führte deutlich vor Augen, dass der Großteil der Seelsorgenden über 50 Jahre alt ist. Sieben der anwesenden Seelsorgenden waren unter 50 Jahre alt. Vier Seelsorger und eine Seelsorgerin arbeiten mit einem Ruhestandsauftrag.

Die anwesenden Seelsorgenden arbeiten auf Palliativstationen, unterschiedlichen

Fachstationen für erwachsene Patientinnen und Patienten, drei auf Kinderstationen. Die Mehrheit der Anwesenden arbeitet in einer Klinik in konfessioneller oder freigezweckter Trägerschaft, 16 Seelsorgende in einer Klinik in öffentlicher Trägerschaft und 10 Seelsorgende in einer Klinik in privater Trägerschaft.

Allgemein wurde deutlich, dass sich die Zielgruppe der Seelsorge in Richtung Mitarbeitendenseelsorge verschoben hat. Nachwirkungen der Pandemie, Fachkräftemangel und die anstehenden Reformen im Krankenhausbereich verstärken Erschöpfung und Stress unter den Mitarbeitenden, unabhängig von der

Trägerschaft einer Klinik. So rücken die Mitarbeitenden auch stärker in den Fokus der Seelsorge.

Krankenhauseelsorge wird im säkularen Umfeld einer Klinik sehr geschätzt. Die Seelsorgenden bieten Menschen, die konfessionslos sind, eine Kontaktfläche zur Kirche und zu Glaubensfragen, die in diesem Kontext gerne angenommen wird. Sie entwickeln Rituale für Mitarbeitende, auch ohne

Konfession und verstehen sich als Mittler zwischen den Systemen. Während der Pandemie hat diese Wertschätzung vielfach noch zugenommen. Mitarbeitende haben sich gestärkt gefühlt und den Seelsorgenden attestiert, sie seien diejenigen gewesen, die sich für sie Zeit genommen hätten.

Als inhaltliche Themen, die bei den Seelsorgenden gegenwärtig oben aufliegen, wurden genannt: Stärkung der Resilienz in den gegenwärtigen gesellschaftlichen Umbrüchen, Umgang mit großen persönlichen Einschränkungen, Zusammenhang zwischen Heil und Heilung. Ein Seelsorger berichtete von einem Anstieg

*Krankenhauseelsorge
wird im säkularen Umfeld
einer Klinik sehr geschätzt.*

suizidaler Tendenzen und vollzogener Suizide unter Patientinnen und Patienten, eine andere davon, dass die konfessionell gebundenen Patientinnen und Patienten in der Regel älter sind als die nicht konfessionell gebundenen. Eine Seelsorgerin berichtete von der Einrichtung eines Ethik-Cafés. Die allermeisten der Seelsorgenden sind in die Ethik-Komitees der Kliniken eingebunden.

Die Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung hat an vielen Kliniken den Zugang zu den Patientinnen- und Patientendaten erschwert.

Eine weitere Problematik wird in der flächendeckenden Einführung der digitalen Patientinnen- und Patientenakte befürchtet, die den Zugang zu den relevanten Daten weiter einschränken könnte. Eine Seelsorgerin berichtet von Überlegungen der Krankenhausleitung, eigene „Seelsorgende“³ direkt anzustellen, was die konfessionell gebundene Seelsorge verdrängen könnte. Die Schnittfläche der Systeme Krankenhaus und Kirche wird auch im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit auf der Palliativstation thematisiert. Hier geht es um Fragen der Dokumentation



³ Der Begriff „Seelsorge“ ist nicht geschützt und nicht mit Standards unterlegt. Er kann daher frei genutzt werden.

seelsorglichen Handelns und um die Abrechenbarkeit von Seelsorge. Dabei steht immer wieder im Raum, das Spannungsverhältnis zwischen den Systemen nicht einseitig aufzulösen, sondern die darin liegende Stärke zu nutzen.

Als Themen obenauf lagen auch die Anstellungssituation der Seelsorgenden selbst, Überlastungen durch den Weggang von Kolleginnen und Kollegen, Umgang mit zwei halben Stellen, verschiedenen Anstellungsträgern und die ungleiche Bezahlung für den gleichen Auftrag aufgrund unterschiedlicher Ausbildungen.

Ein weiteres Themenfeld waren die Vernetzung der Seelsorge mit der Parochie und im Kirchenkreis und die Gestaltung der Übergänge für die Kranken. Durch die Ambulantisierung der klinischen Versorgung wird es immer wichtiger werden, als Kirche die Verbindung zwischen dem stationären und dem häuslichen Bereich zu halten. Es wurde gefragt, wie die Krankenhausseelsorge besser in den Strukturen des Kirchenkreises verankert werden kann. Bislang ist sie nur in den Kirchenkreisen

Steglitz, Barnim, Berlin-Nordost und Charlottenburg-Wilmersdorf strukturell verankert.

Die Situation auf dem Land kam ebenfalls in den Blick. Hier gibt es eine schlechtere Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten, die Kliniken sind eher von Schließung bedroht und es gibt in der Seelsorge weniger Stellenanteile.

Die Landespfarrerin für Krankenhausseelsorge genießt unter den Seelsorgenden großes Vertrauen und eine hohe Anerkennung und Wertschätzung. Der Konvent setzt sich dafür ein, die Arbeitsbedingungen der Landespfarrerinnen durch ein Sekretariat zu verbessern.⁴

2.2. Kliniken in öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft

Nachdem sich die Kommission einen Überblick über die Themen der Seelsorgenden verschafft hatte, wurden die Eindrücke durch Ortsbesuche vertieft. Die Kommission hat je eine Klinik in öffentlicher, gemeinnütziger und privater

⁴ Seit dem 1.1.2024 gibt es eine Mitarbeiterin im Feld der Spezialseelsorge, die mit 75 % DU den Bereich Klinik, Notfallseelsorge, Evangelische Studierendengemeinde, Polizei und Flughafen unterstützt. Zehn Wochenstunden dieser Mitarbeiterin stehen der Krankenhausseelsorge zur Verfügung.

Trägerschaft in den drei Sprengeln der EKBO besucht. Die Auswahl fiel auf das DRK Klinikum Westend (gemeinnütziger Träger, Sprengel Berlin), das Lausitzer Seenland Klinikum – Sana Kliniken AG in Hoyerswerda (privater Träger, Sprengel Görlitz) und die Havelland Kliniken GmbH, Klinik Nauen (öffentlicher Träger, Sprengel Potsdam).

Jeder Besuch war so gestaltet, dass die Kommission mit den Seelsorgenden vor Ort, mit Vertretern der Klinikleitung und mit dem regionalen Seelsorgekonvent zusammen mit dem zuständigen Superintendenten Gespräche führen konnte.

2.2.1. DRK Klinikum Westend

Das DRK Klinikum Westend wird von einem gemeinnützigen Verbund getragen, dessen alleinige Gesellschafterin die DRK-Schwesternschaft Berlin e.V. ist. Für das Haus mit 507 Betten gibt es eine evangelische und einen katholischen Seelsorger:in. Die Stelle der evangelischen Seelsorgerin konnte mit Dienstbeginn 2021 durch erfolgreiche Refinanzierungsgespräche mit der Vorsitzenden der DRK-Schwesternschaft von Berlin 50 % auf 100 % erhöht werden und wird jetzt hälftig von Klinik und Kirchenkreis

finanziert. Die erhöhte Präsenzzeit vor Ort ermöglicht eine bessere Wahrnehmung der Seelsorge. Zugang zu den Kranken erhält die Seelsorgerin durch die interprofessionelle Mitarbeit auf der Palliativstation und durch die regelmäßige Präsenz auf den Stationen. Die Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung hat zur Folge, dass die Seelsorgerin keinen Einblick mehr in personenbezogene Daten erhält. Verlegungen von Kranken innerhalb des Hauses können dadurch nicht mehr nachvollzogen werden und erschweren das Kontakt halten während des Klinikaufenthaltes. Die Seelsorgerin hat ein eigenes Büro. Das Haus verfügt gegenwärtig über keinen Raum der Stille. Dieser soll im Zuge eines geplanten Umbaus wieder geschaffen werden.

Am Gespräch mit der Klinikleitung haben die Vorsitzende der DRK-Schwesternschaft Berlin, der Ärztliche Direktor, die Kaufmännische und die Pflegedienstleitung sowie der Geschäftsführer der DRK-Kliniken teilgenommen. Sie schätzen Seelsorge in der Klinik für die Themen „Umgang mit Trauer und Sterben“ und äußern den Wunsch, Krankenhausseelsorge verstärkt für die Mitarbeitenden einzusetzen.

Personal ist gegenwärtig der limitierende Faktor für den Klinikbetrieb und soll auf diese Weise mit unterstützt werden. Die Klinikleitung freut sich daher über die kontinuierliche Präsenz der Seelsorgerin vor Ort und dankt ihrerseits für die Mitfinanzierung dieses Dienstes durch den Kirchenkreis. Die Seelsorgerin gibt zu bedenken, dass durch die Klinikleitung definiert werden muss, ob Beratung und Begleitung von Mitarbeitenden innerhalb der Arbeitszeit passieren darf. Sie unterstützt außerdem, dass die Seelsorgerin schon in die Ausbildung der Pflegekräfte einbezogen wird, um ein Bewusstsein für die Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Seelsorge zu schaffen.

Zum Regionalkonvent Charlottenburg-Wilmersdorf gehören acht Kliniken und zwei Altenpflegeheime. Im Gespräch mit Konvent und Superintendent wird deutlich, dass Präsenz vor Ort an allen Kliniken für die aktive und passive Wahrnehmung von Seelsorge ein essentielles Thema ist. Die Verschiebung der Seelsorge zu den Mitarbeitenden wird auch hier thematisiert. Vertieft werden die Themen Finanzierung und das Selbstverständnis der Seelsorge. Für die Finanzierung sollten zum einen Häuser, die Seelsorge

für Zertifizierungsprozesse für sich in Anspruch nehmen, auch in die Pflicht genommen werden. Ebenso kann die Mitwirkung in Ethik-Komitees honoriert werden. Die Abhängigkeit von Bettenzahlen wird zugunsten von inhaltlichen Schwerpunktbildungen in Frage gestellt. Der Konvent versteht Krankenhausseelsorge als wichtigen Arbeitszweig der Kirche, der Menschen in Not, Krisen und schwierigen Übergangssituationen erreichen kann. Dieses könnte die Kirche stärker für sich nutzen. Sie sollte zudem angesichts der Ausbildungsmöglichkeiten zu „Spiritual Care“ das Berufsbild „Seelsorger:in“ schärfen und die Identitätsbildung der Seelsorgenden fördern.

2.2.2. Lausitzer Seenland Klinikum – Sana Kliniken AG

Das Lausitzer Seenland Klinikum wird zu 51% von der Stadt Hoyerswerda und zu 49% von Sana Kliniken AG gehalten. Es ist eine Schwerpunktversorgerklinik und gehört in der geplanten Krankenhausreform in die Kategorie B. Das Lausitzer Seenland Klinikum ist Lehrkrankenhaus der Technischen Universität Dresden. Für das Haus mit 440 Betten gibt es zwei evangelische Seelsorger mit einem Stellenanteil von

jeweils 50 % und einen katholischen Seelsorger, der diese Aufgabe im Rahmen seines Dienstes als Ortspfarrer wahrnimmt. Einer der evangelischen Seelsorger ist Diakon und zusätzlich bei der Diakonie beschäftigt. Der andere ist Sozialpädagoge, Psychoonkologe und arbeitet zudem in Altenheimen und einer Behinderteneinrichtung in Hoyerswerda und einem orthopädischen Krankenhaus in Rotherburg. Beide sind beim Kirchenkreis angestellt. Ihr Dienst wird seitens des Klinikums mit 15.000 € bezuschusst. Ihnen stehen im Klinikum zwei Büros und eine Klinikkapelle zur Verfügung. Die von einer katholischen Ordensschwester eingerichtete Kapelle wurde im Zuge des Umbaus vom zentralen Treppenhaus in einen Seitenflügel verlegt und muss dadurch jetzt stärker beworben werden. Die Seelsorger machen durch Aushänge und durch die Beilegung von Info-Material zu den Aufnahmepapieren auf ihr Angebot aufmerksam.

Beide Seelsorger beschäftigt die Umsetzung der EU-Datenschutzverordnung, die den Zugang zu Patien-

tinnen und Patienten erschwert und das Kontakthalten behindert, weil Verlegungen innerhalb des Hauses nicht nachvollzogen werden können. Sie haben der Hausleitung vorgeschlagen, den Fragebogen im Aufnahmeverfahren dahingehend zu ändern, dass die Patientinnen und Patienten nicht nach einer Zustimmung zur Seelsorge, sondern nach einer Begleitung während des Aufenthalts gefragt werden. Sie vermuten, dass das Wort „Seelsorge“ die Sorge hervorrufen könnte, sich mit dem Sterben auseinander setzen zu müssen. Daher hegen die Seelsorgenden die Hoffnung, mit einer anderen Begrifflichkeit eine höhere Akzeptanz zu erreichen. Zugleich sollte aus ihrer Sicht eine Offenheit bestehen, dass sich die Meinung der Kranken im Verlauf des Aufenthaltes in der Klinik ändern kann. Hier muss die Möglichkeit geschaffen werden, die Zustimmung zur seelsorgerlichen Begleitung auch später noch zu erteilen.

Als Teil des Geriatrie- und Palliativteams ist für die Seelsorger zudem die geforderte Dokumentation von Seelsorge-Gesprächen herausfor-

*Mit einer anderen
Begrifflichkeit eine höhere
Akzeptanz erreichen:
Begleitung statt Seelsorge.*

dernd. In der Abwägung von Wahrung des Seelsorgegeheimnisses und Seelsorge als Teil des Heilungsprozesses möchten sie gerne beiden Seiten gerecht werden.

Krankheitsbedingt nahmen nur der Ärztliche Direktor und der Referent für Unternehmenskommunikation am Gespräch mit der Klinikleitung teil. Der Ärztliche Direktor machte deutlich, dass sich sein Dienst in den vergangenen 30 Jahren dahingehend verändert habe, dass in der ärztlichen Versorgung der Kranken keinerlei Zeit für das Patientinnen- und Patientengespräch mehr zur Verfügung stehe. Er hält Seelsorge in der Klinik für sinnvoll, vor einer Operation, auf der Intensivstation, im Umgang mit einer chronischen Krankheit. Nicht immer sei der psychologische Dienst indiziert, die Heilungschancen werden aber als größer und nachhaltiger angesehen, wenn Patientinnen und Patienten seelsorgerlich begleitet werden. Von ihm stammt der Satz des Tages: „Wenn Seelsorge gestrichen wird, will ich auch als Arzt nicht mehr arbeiten.“ Die Seelsorger machen deutlich, dass sie bei Ärztinnen und Ärzten mit anderer kultureller und nationaler Prägung offensiver für den Einsatz von Seelsorge werben müssen.

Der Seelsorgekonvent im Kirchenkreis Schlesische Oberlausitz setzt sich neben den beiden Seelsorgern in Hoyerswerda noch aus zwei weiteren Seelsorgerinnen zusammen, einer weiteren Diakonin und einer Pfarrerin. Der Konvent trifft sich 2-3 Mal im Jahr. Alle sind auch in Pfarr- bzw. Gesamtkonvent des Kirchenkreises eingebunden. Diakon, Diakonin und Sozialarbeiter sind durch ihre weiteren Anstellungen stark mit den Ortsgemeinden verbunden und bilden dadurch eigene Netzwerke auch für die nachgehende Seelsorge. Die Pfarrerin berichtet, dass sie im Städtischen Klinikum Görlitz zunächst grundlegende Strukturen für die Seelsorge schaffen musste. Dies wurde durch ihre Präsenz in der Corona-Zeit befördert. Das christliche Krankenhaus in Rothenburg, sowie Altenheim und Behinderteneinrichtung haben dem Hoyerswerdaer Seelsorger während der Corona-Pandemie den Zutritt verweigert, wodurch er als Kommunikationsweg zu den Mitarbeitenden eine tägliche Rundmail gewählt hat, was den Kontakt zu ihnen bis heute intensiviert. Das Kreiskrankenhaus in Weißwasser hat den Zugang gewährt, die Seelsorgerin hat im Schutzanzug Seelsorgegespräche geführt. Der Einsatz wurde hoch geschätzt und prägt die Beziehungen bis heute.

In der Reflexion über das Selbstverständnis als Seelsorgende betonen die Konventsmitglieder die Wichtigkeit, die Freiheit als kritisches Gegenüber im System zu behalten. Dies gewährleiste die Anstellung durch den Kirchenkreis. Einer der Seelsorger macht es auch durch das Tragen des Collarhemds deutlich. Sie verstehen sich als professioneller Dienst, der eine Refinanzierung rechtfertigt, durch die Mitwirkung im Ethik-Komitee, das für die Zertifizierung nötig ist oder in der Ausbildung der Pflegeberufe.

2.2.3. Havelland Kliniken GmbH – Klinik Nauen

Die Havelland Kliniken Unternehmensgruppe ist ein Verbund von sieben Gesellschaften des Gesundheits- und Sozialwesens und 100%ige Tochter des Landkreises Havelland. Die Klinik Nauen ist ein Vollversorgerkrankenhaus mit 312 Betten. Auf dem Gelände befinden sich zudem u. a. ein ambulanter Hospizdienst, ein Rettungsdienst und eine Pflegeschule. Die Seelsorgestelle wurde zum 1.1.2023 als 100% Stelle für die Havelland Kliniken in Nauen und Rathenow neu geschaffen und wird zu 100% durch den Kirchenkreis finanziert. Es ist die erste Krankenhausseelsorgestelle im

Kirchenkreis. Als Gemeindepfarrerin hatte die Seelsorgerin zuvor im Haus Krankenbesuche gemacht. Das Haus stellt ihr ein Büro in geteilter Nutzung zur Verfügung. Der ursprünglich als Raum der Stille konzipierte Raum wurde vor einigen Jahren umgenutzt und wird aufgrund des Raummangels auch perspektivisch nicht wieder zur Verfügung stehen. Zugang zu Patientinnen und Patienten bekommt die Seelsorgerin durch Präsenz auf den Stationen und die Aushändigung der „Pfarrerliste“. Auf der Geriatrie wird sie zu Fallbesprechungen hinzugezogen.

Am Gespräch mit der Klinikleitung waren der Geschäftsführende Direktor, die stellvertretende kaufmännische Direktorin und zwei stellvertretende Pflegedirektor:innen beteiligt. Seelsorge wird als Begleitung in herausfordernden Situationen begrüßt. Eine Einbindung in Krisenintervention und Notfallpläne ist noch nicht erfolgt. Die Klinikleitung geht davon aus, dass sich der Bedarf an Begleitung bei den Mitarbeitenden ausweiten wird, wenn entsprechendes Vertrauen aufgebaut ist. Der Gesprächsbedarf bei den Patientinnen und Patienten ist hoch, die Pflegekräfte haben keine Zeit, sich zum Gespräch ans Bett zu setzen. Es wird



deutlich, dass Seelsorge im säkularen Umfeld als fremd wahrgenommen wird. Die Seelsorgerin ist daher bemüht, durch die Wahl ihrer Kleidung und Sprache die Distanz nicht noch größer zu machen.

Ein Regionalkonvent für die Kirchenkreise Nauen-Rathenow, Prignitz, Wittstock-Ruppin und Oberes Havelland ist erst im Aufbau. Bislang arbeitet in jedem Kirchenkreis nur ein:e Seelsorger:in (in der Prignitz zwei). Ein erstes Treffen war für Dezember 2023 angesetzt. Zum Gespräch im Rahmen der Visitation kamen zwei weitere Seelsorgende sowie der Superintendent des Kirchenkreises Nauen-Rathenow hinzu. Es wird deutlich, dass die Akzeptanz der Spezialsorge unter den Gemeindepfarrkräften gewachsen ist. Dennoch wird die Sorge formuliert, dass die Seelsorgearbeit an einer Reha-Klinik in Frage gestellt werden könnte, weil sie sich vornehmlich mit Lebensthemen und in der Regel nicht mit Tod und Trauer auseinandersetzt. Seelsorge wird an der Reha-Klinik als wohltuendes Angebot wahrgenommen. Thematisch geht es meist um Lebensberatung, Fragen, wie es mit Familie und Beruf nach dem Reha-Aufenthalt weitergeht und den Umgang

mit chronischen Schmerzen. Die Patientinnen und Patienten sind zu einer wöchentlichen Andacht eingeladen, die auch von Kirchenfernen und Neugierigen in der Regel gut besucht wird. Die Kapelle als eigenständiger Raum auf dem Gelände wird als Raum der Stille genutzt, steht immer offen und wird sehr gut angenommen. Die Seelsorgerin plädiert dafür, zukünftig nicht an einer flächendeckenden parochialen Versorgung festzuhalten, sondern verschiedene Orte zu fördern, an denen Kirche präsent ist und Ausstrahlung hat. Dies können auch Kliniken sein.

Alle Seelsorgenden stehen in gutem Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen in den Kirchenkreisen, es gibt Vertretungsregelungen und die Möglichkeit, über die eigene Tätigkeit bei den Pfarrkonventen zu referieren. Deutlich wurde auch die fachspezifische Arbeit in den Arbeitsgruppen „Psychiatrie“, „Stille Geburt“ sowie die mögliche kollegiale Beratung in den Regionalkonventen.

2.3. Strukturelle Verankerung der Krankenhauseelsorge

Strukturell ist die Krankenhauseelsorge auf landeskirchlicher Ebene im

Referat Spezialseelsorge und Personalentwicklung in der Abteilung Personalien der Ordinierten angehängt. Daher hat die Kommission das Gespräch mit der Referatsleiterin Oberkonsistorialrätin (OKRn) Sabine Habighorst gesucht.

Sie ist Dienstvorgesetzte der Landespfarrerin für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge und verantwort-

lich für die Haushaltsplanung der landeskirchlichen Mittel zur Finanzierung der Krankenhausseelsorge. Das operative Geschäft liegt in der Hand von Sachgebietsleiterin Annemarie Kapischke. Aufgrund eines Beschlusses der Kirchenleitung aus dem Jahr 2015 wird den Kirchenkreisen zur Finanzierung der Krankenhausseelsorge für Kliniken mit mehr als 200 Betten auf dem Gebiet des Kirchenkreises ein Bettengeld von zur Zeit 31,75 € pro Bett zugewiesen.

OKRn Habighorst vertritt die EKBO in der Konferenz der Verantwortlichen für Seelsorge wie auch in der Ständigen Konferenz für Seelsorge

auf EKD-Ebene. Gemeinsam mit der Landespfarrerin hat sie die „Richtlinien für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge im Bereich der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz“

Alle Seelsorgenden stehen in gutem Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen in den Kirchenkreisen.

überarbeitet, welche die Kirchenleitung der EKBO am 8.9.2023 beschlossen hat.⁵ Hierin sind Ort und Auftrag der Krankenhaus-

seelsorge, Qualifikation und Fortbildung für den Dienst in der Krankenhausseelsorge, Beauftragung für den Dienst in der Krankenhausseelsorge, Ausstattung der Krankenhausseelsorge und die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden in der Krankenhausseelsorge geregelt. Außerdem wird in den Richtlinien die Struktur der Zusammenarbeit der Krankenhausseelsorgenden im Landeskirchlichen Gesamtkonvent, den Regionalkonventen und Arbeitsgruppen transparent gemacht sowie die Aufgaben des Konventsrates und der Landespfarrerin für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge beschrieben.

⁵ <https://www.kirchenrecht-ekbo.de/document/54141>

Der Landespfarrerin für Krankenhausseelsorge obliegt die Fachberatung der in der Krankenhausseelsorge Tätigen. Die Dienst- und Fachaufsicht für die Krankenhausseelsorgenden liegt bei den Superintendentinnen und Superintendenden der Kirchenkreise. Die Fachaufsicht kann an die Landespfarrerin für Krankenhausseelsorge delegiert werden.

Dies wird gegenwärtig nur von einem Kirchenkreis praktiziert.

Im Gespräch mit OKRn Habighorst und Landespfarrerin Heimendahl wird die Aufgabenfülle deutlich, die seitens des Referates und der Landespfarrerin bewältigt wird. Die Krankenhausseelsorge ist dabei für beide nur ein Teilgebiet. Das Referat betreut die Seelsorgenden in allen Spezialseelsorgestellen, die Landespfarrerin hat neben der Krankenhausseelsorge auch die Altenpflegeheimseelsorge mit im Portfolio. Die Kommission ist beeindruckt vom hohen Grad der Professionalität, der mit wenigen personellen Ressourcen ermöglicht wird.

*Die Landespfarrerin
Anne Heimendahl hat neben
der Krankenhausseelsorge
auch die Altenpflegeheim-
seelsorge mit im Portfolio.*

Die Kommission thematisiert im gemeinsamen Gespräch die Zielsetzung von Seelsorge, die beide in die Gespräche mit den Seelsorgenden einbringen. Die Landespfarrerin verweist auf die konzeptionellen Ausführungen, die sie im „Starterpaket“ formuliert hat, dass alle Seelsorgenden zu Beginn ihres Dienstes von ihr erhalten (siehe 5.4.). Die Ausarbeitung

einer landeskirchlich verbindlichen Konzeption für die Arbeit der Krankenhausseelsorge hat sie nach ersten Anläufen nach Übernahme des Amtes aufgrund

der sehr unterschiedlichen örtlichen Bedingungen und Gegebenheiten zunächst zurückgestellt. OKRn Habighorst plädiert für die Erarbeitung eines gemeinsamen Seelsorgeverständnisses, möchte die Individualität seelsorgerlicher Arbeit aber wenig beschneiden und sieht die Stärke gerade in der Vielfalt der seelsorgerlichen Angebote. Zu unterscheiden ist die in der EKBO praktizierte Krankenhausseelsorge von der Krankenseelsorge, die ausschließlich erkrankte Gemeindeglieder in den Blick nimmt und vielfach von katholischer Seite praktiziert wird.

Die Kommission thematisiert Dienst- und Fachaufsicht zur Sicherstellung der Qualitätsstandards und regt an, die Fachaufsicht generell bei der Landespfarrerin anzusiedeln. Angesichts der Anzahl der Krankenhausseelsorgenden sieht die Landespfarrerin auch die Superintendentinnen und Superintendenten in der Pflicht. Darüber hinaus könne die Konventsarbeit zur Qualitätssicherung beitragen. Die Idee einer regionalen Fachaufsicht, analog zur ARU-Struktur⁶ wird diskutiert. OKRn Habighorst und die Landespfarrerin können sich die Aufgabe der Qualitätssicherung in den Regionen eher bei den stellvertretenden Superintendentinnen und Superintendenten vorstellen. Sie schlagen vor, die Konvente der Superintendentinnen und Superintendenten an dieser Frage zu beteiligen. Die Anregung, Krankenhausesorgende ein Jahr nach Dienstantritt zu besuchen, um die Umsetzung einer Dienstvereinbarung sicher zu stellen, wird als sinnvoll eingeschätzt.

Auf die vielfach nicht wahrgenommene Supervision angesprochen, weisen OKRn Habighorst und die Landespfarrerin darauf hin, dass jährlich zehn Sitzungen Supervisi-

on zu 100 % aus dem Haushalt der Spezialseelsorge bezahlt werden und in den Richtlinien die Verpflichtung zur Inanspruchnahme von Supervision klar geregelt ist.

Ein Gesprächsgang fragte nach den unterschiedlichen beruflichen Zugängen zur Seelsorgetätigkeit. OKRn Habighorst hält die EKBO innerhalb der EKD für die bunteste Landeskirche, was die Berufsbilder angeht. Bei privatrechtlichen Anstellungen gibt es dauerhaft keine Möglichkeit der Befristung wie bei Pfarrstellen. OKRn Habighorst betont, dass es für die Anstellung als Seelsorger:in eine ausreichende theologische Qualifizierung braucht.

Die Kommission fragte auch nach einem sinnvollem Stellenumfang für Seelsorgende. Gegenwärtig ist die Vorgabe: 500 Betten – eine Stelle. Die Landespfarrerin plädiert für individuelle Lösungen pro Haus und Bedarfen. OKRn Habighorst hält weniger als 50 % Stellenumfang an einem Ort für nicht sinnvoll für die Arbeit, vor allem, wenn die Arbeit in Kombination mit einer Gemeindepfarrstelle ausgeübt wird.

⁶ ARUs sind in der EKBO regionale Arbeitsstellen für Religionsunterricht.

2.4. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Supervision

Die Seelsorge Aus-, Fort- und Weiterbildung der EKBO (SAF) liegt im Verantwortungsbereich vom Amt für Kirchliche Dienste (AKD). Zuständig ist Studienleiterin Monique Tinney. Die Ausbildung der ehrenamtlich in der Seelsorge Tätigen verantwortet Studienleiterin Gilda Dommisch. Die Arbeit der Studienleiterinnen wird vom Beirat

der SAF⁷ begleitet. Das Gespräch zur Aus-, Fort- und Weiterbildung hat die Kommission mit Frau Tinney und dem Direktor des AKD, Matthias Spenn, geführt. Beteiligt waren darüber hinaus der für die Aus- und Fortbildung zuständige Abteilungsleiter der Abteilung 4, OKR Dr. Christoph Vogel, und der für Erwachsenen- und Fortbildung zuständige Referatsleiter Abteilung 4.1., Hilmar Gattwinkel.



⁷ Zum Beirat gehören der Direktor des AKD, Matthias Spenn, der Leiter der Abteilung 4 im Konsistorium der EKBO, Dr. Christoph Vogel, Prof. Dr. Ruth Conrad (Theologische Fakultät der HU), Werner Weinhold (Johannesstift Diakonie), Pfarrerin Anja Kruse (Seelsorgerin in Görlitz) und Landespfarrerin Anne Heimendahl.

Gegenwärtig werden jährlich viereinhalb Klinische Seelsorgeausbildungskurse angeboten, zweieinhalb für Pfarrpersonen, zwei für Vikarinnen und Vikare, zusätzlich alle zwei Jahre alternierend ein Kurs mit Schwerpunkt Seelsorge mit Kindern bzw. Jugendlichen sowie ein weiterer Kurs für Studierende. Praxisfeld ist meist das Krankenhaus, weil sich im Kontext Klinik am ehesten Seelsorgefelder eröffnen. Die Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) nimmt darüber hinaus bewusst unterschiedliche seelsorgerliche Handlungsfelder in den Blick. Die

Die Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) nimmt bewusst unterschiedliche seelsorgerliche Handlungsfelder in den Blick.

Ausbildung qualifiziert somit nicht ausschließlich für die Arbeit im Krankenhaus. Für die Arbeit im Bereich der Krankenhauseelsorge sind zwei KSA-Kurse zu absolvieren und ist die Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie Grundlage. Teilnehmende an den KSA-Kursen sind nicht nur Pfarrpersonen. Der Trend zu unterschiedlichen Berufsbiographien nimmt ständig zu. Dies wird ein Thema bleiben

und zunehmen und muss für die Überlegungen zu Anstellungsverhältnissen im Blick sein. Der Kurs im Vikariat ist seit 2009 verpflichtend, so dass seitdem alle Pfarrpersonen zum Berufsbeginn bereits über eine seelsorgerliche Qualifikation verfügen. Der Kurs für Studierende ist als Projekt mit der Humboldt-Uni und der EHB entstanden und dient der Schwerpunktsetzung in Poimenik innerhalb des Studiums.

Alle zwei Jahre bietet die SAF außerdem einen Aufbaukurs an, der Voraussetzung für die Weiterqualifikation in Supervision (DGfP⁸/KSA) ist. Auf diesem Weg werden Interessierte für die Weiterbildung zur Kursleitung gewonnen.

Die Ausbildung ehrenamtlich tätiger Seelsorgender (SEA) besteht aus einem Basiskurs und darauf aufbauend jeweils einem feldbezogenen Aufbaukurs (für Krankenhauseelsorge gesondert, ebenso für Notfallseelsorge, Telefonseelsorge u. a.).

⁸ Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie e. V.

Es gibt sechs Kurse mit je 10-15 Teilnehmenden im Jahr. In der Krankenhausseelsorge sind gegenwärtig 15 Personen tätig, die auf diese Weise ausgebildet wurden.

Die Kommission thematisiert die Anregung einer Seelsorgerin, Kurse außerhalb der Landeskirche ebenfalls zu bewerben und in voller Höhe zu finanzieren, um unterschiedliche Seelsorge-Konzepte und Praxisfelder in die Arbeit der EKBO zu integrieren. Die Anerkennung verschiedener Ausbildungen ist über die Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie e.V. (DGfP) möglich und geregelt. Die Favorisierung der KSA-Ausbildung war durch die wirtschaftliche Eigenständigkeit der SAF begründet. Tinney betont, dass sie dahingehend berät, dass die Ausbildung zu Person und Situation passt. Damit besteht die Möglichkeit, auch Kurse außerhalb der Landeskirche zu besuchen.

Der SAF fehlen Kursleitungen. Es gibt gegenwärtig nur fünf Kursleitende, zwei sind in Ausbildung. Aushilfe schaffen Ruheständler:innen aus anderen Landeskirchen. Hilfreich wäre, wenn in der Landeskirche geregelt

würde, wer die Kursleitenden während der Ausbildungszeiten an ihrem Hauptarbeitsort vertritt.

Die Kommission thematisiert die Fort- und Weiterbildung und fragt nach Angeboten im Hinblick auf gesellschaftliche Veränderungen, Veränderungen in den Kliniken und neue Themen. Seitens der SAF liegt der Fokus aufgrund des Stellenumfangs von 1,5 Stellen auf KSA und Aufbaukursen. Das Feld der Weiterbildung wird in den Fachkonventen und externen Fortbildungsveranstaltungen wahrgenommen. Tinney und Heimendahl wollen darüber hinaus perspektivisch Einführungstage in das System Krankenhaus entwickeln.

Im Fortbildungsgesetz der EKBO sind Supervision und Coaching in der Abteilung Aus- und Fortbildung, Religionsunterricht des Konsistoriums angesiedelt. Hier werden die Supervisor:innen- und Coaching-Listen geführt und entschieden, wer über ein Gutachten aufgenommen wird. Die Genehmigung von Supervision für Seelsorgende liegt davon unberührt ausschließlich in der Abteilung Personalien der Ordinierten.

Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt.

Charta zur Betreuung Sterbender,
Leitsatz 2



3. Beobachtungen, Einsichten, Handlungsempfehlungen

Besuche und Gespräche im Rahmen der Bischofsvisitation ermöglichen nur einen kleinen Einblick in das große und von unterschiedlichen Faktoren bestimmte Feld der Krankenhausseelsorge. Die Bischofsvisitationskommission ist sich bewusst, dass sie nur einen Ausschnitt der Arbeit, die an vielen Orten geleistet wird, wahrnehmen konnte. Dennoch sind auch in den kurzen Eindrücken Themen deutlich geworden, die über regionale Phänomene hinausgehen. Dazu gehören die durch die EU-Datenschutzgrundverordnung veränderten Rahmenbedingungen für Seelsorge, Selbst- und Fremdwahrnehmung der eigenen seelsorglichen Arbeit und die Qualitätssicherung im professionellen Handlungsfeld Seelsorge, durch Supervision, um nur einige zu nennen.

Diese und weitere Themen wurden von der Kommission unter den Überschriften „Profession“, „Entsendende Institution“ und „Arbeitssystem“ geordnet und zueinander in Beziehung gesetzt. Gebündelt werden alle Themen in den Überlegun-

gen zu einer Konzeption der Krankenhausseelsorge. Die Kommission hält es für sinnvoll, eine Rahmenkonzeption für die Landeskirche zu entwickeln, die sowohl Orientierung des eigenen seelsorgerlichen Handelns im Krankenhaus als auch Grundlage der Reflexion von Selbst- und Fremdwahrnehmung sein kann.

3.1. Profession

3.1.1. Verhältnis Person, Rolle und Institution

Der Kommission sind bei ihren Besuchen durchweg Seelsorgende mit einer hohen intrinsischen Motivation zu ihrer Aufgabe und großem Engagement begegnet. Es ist beeindruckend, welche Wirkung eine einzige Person in einem großen System erzielen kann. Die Rückmeldungen aus den Klinikleitungen geben hiervon ein deutliches Zeugnis. Auch die dankbare Anerkennung der Präsenz und Unterstützung in für die Gesundheitsversorgung ausgesprochen schwierigen Zeiten ist spürbar. Umso wichtiger erscheint der Kom-

mission eine systematische Reflexion über die Frage, welche Wirkung mit dem Einsatz einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers in einer Klinik erzielt werden soll. Bei den einzelnen Besuchen und Gesprächen wurde deutlich, dass die Gestaltung der jeweiligen Aufgabe in unterschiedlich aufgestellten Häusern stark von den Stärken und eigenen Zielsetzungen der Seelsorgenden abhängig ist. Dabei hat die Kommission den Eindruck gewonnen, dass konzeptionelle Überlegungen hinter den gesetzten Rahmenbedingungen und persönlichen Neigungen zurückstehen. Es fehlt ein geeigneter Ort für die Reflexion der Rolle am Arbeitsort Krankenhaus. Die Person bestimmt die Profession. Sie trägt dabei eine hohe Verantwortung, weil sie in der nicht-kirchlichen Öffentlichkeit und besonders in einem sehr säkularen Umfeld zugleich als Repräsentantin der Kirche wahrgenommen wird.

Die Kommission ist der Meinung, dass die Professionalität der Arbeit nicht allein dem persönlichen Engagement anheimgestellt werden darf, sondern strukturell sichergestellt sein muss. Der so gestärkte Fokus auf die Professionalität würde den Seelsorgenden zugleich ermög-

lichen, mit mehr Selbstbewusstsein in das System Krankenhaus gehen zu können.

Die Kommission regt an, das Verhältnis von Person, Rolle und Institution im Hinblick auf die Wahrnehmung der seelsorglichen Aufgabe in einer Klinik zu reflektieren und in Ausbildungszusammenhängen stärker den systemischen Kontext in den Blick zu nehmen. Dazu erscheint es der Kommission sinnvoll, eine orientierende Rahmenkonzeption für Klinikseelsorge zu entwickeln, anhand derer im Hinblick auf konkrete Stellen konzeptionell gearbeitet werden kann. Darüber hinaus sollte der Rahmen bestimmt werden, in welchem die Reflexion stattfindet. Ein geeignetes Instrument könnte ein jährlich stattfindendes Gespräch sein.

3.1.2. Selbst- und Fremdkonzeption des Seelsorgenden

Auf ihre Aufgabe als Seelsorger:in in der Klinik angesprochen zeigte sich eine Bandbreite von Selbstkonzeptionen für die Arbeit. „Ich bin die mit der meisten Zeit“ fand dabei die häufigsten Nennungen. Zeit haben und Ruhe verströmen wird dabei als ein Gegenmodell verstanden zu den knappen Ressourcen, die Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte in diesem

Bereich haben. Ähnlich gelagert ist die Selbstzuschreibung „Der kann gut zuhören“. Eine Seelsorgerin beschreibt, sie gehe absichtslos in die Gespräche. Auch dies als Ausdruck eines Gegenmodells zum ergebnisorientierten Krankenhausbetrieb. Eine andere Seelsorgerin sieht ihre Hauptaufgabe darin, Beziehungen aufzubauen, um Einsamkeit entgegen zu wirken, und diese Beziehungen über die Klinik hinaus zu pflegen. Von nachgehender Seelsorge berichten weitere Seelsorgende, insbesondere wo sie Krankenhaus- und Gemeindegeseelsorge in ihrer Stelle miteinander verbinden.

Ein Seelsorger formulierte explizit er verstehe sich als „Außenminister der EKBO“. Eine Seelsorgerin spricht von „Kirche an der Peripherie“.

Es gibt ein Bewusstsein dafür, Repräsentant:in der Kirche in der Klinik zu sein. Ein Seelsorger formulierte explizit, er verstehe sich als „Außenminister der EKBO“. Eine Seelsorgerin spricht von „Kirche an der Peripherie“. Eine andere Seelsorgerin sucht dagegen die größtmögliche Distanz zur Kirche, um die Schwelle, ihr Angebot in Anspruch zu nehmen, möglichst niedrig zu halten. Das Selbstverständnis im

Hinblick auf die eigene Identifikation mit Kirche zeigt sich in der Kleidung (Collar-Hemd), im Einsatz von Gebet und Segen im Gespräch, im regelmäßigen gottesdienstlichen Angebot, im Angebot von Krankenabendmahl und christlichen Ritualen wie Aussegnung und Segnung. Eine Seelsorgerin berichtet, dass bei ihr die meisten Gespräche mit Gebet und Segen enden, völlig unabhängig von der Konfession der Menschen, die sie besucht.

Seitens der Kliniken wird den Seelsorgenden zugeschrieben, für alles Religiöse und den Umgang mit Sterben und Trauer zuständig zu sein. Auch Psychologinnen und Psychologen verweisen in diesen Themen auf die Seelsorge – wenn auch nicht durchgängig. In einem Haus binden die Psychologinnen und Psychologen auf der Neonatologie und Gynäkologie die Seelsorgerin bei Abschiedsritualen explizit nicht mit ein. Eine Klinikleitung äußert den Wunsch, die Seelsorge in die Krisenintervention des Hauses einzubeziehen.

Der Ärztliche Direktor des Lausitzer Seenland Klinikums sah in der Seelsorge Hilfe im Umgang mit dem, was durch eine Krankheit mit dem Menschen passiert. Nicht immer sei eine psychotherapeutische Indikation gegeben. Aber auch bei erfolgreicher Behandlung und Therapie könnten Menschen von der Seelsorge profitieren, um das Erlebte zu verarbeiten. Er verstand Seelsorge als Teil der psychosozialen Grundversorgung.

Neu erscheint der explizite Wunsch der Klinikleitungen, angesichts des Fachkräftemangels und einem hohen Erschöpfungsgrad der Mitarbei-

tenden auch für die Mitarbeitenden des Hauses Seelsorge vorzuhalten. Vielfach haben auch Seelsorgende selber in dieser Richtung schon stärker die Initiative ergriffen, weil sie die Not der Pflegekräfte deutlich wahrnehmen. Hierfür ist die Frage zu klären, inwieweit Seelsorgegespräche Teil der Arbeitszeit des Krankenhauspersonals sein können.

Die Kommission regt an, die Rolle der Krankenhausseelsorge im System Krankenhaus klarer zu konturieren und offensiver zu kommunizieren. Das Selbstverständnis von Seelsorge in säkularen und konfessionell pluralen



Räumen ist erforscht und kann deutlicher gesetzt und verbreitet werden. Darüber hinaus bedarf es zur Stärkung der Krankenhausseelsorge im System Kirche auch einer Schärfung des Selbstverständnisses der Seelsorgenden innerhalb der EKBO. Kirche als Anstellungsträgerin wird zur Wahrung der Freiheit der Seelsorge gegenüber dem System Krankenhaus geschätzt. Das Rollenverständnis in Bezug auf den Auftrag der Kirche als Verkünderin des Evangeliums an alle Welt erscheint nicht in gleicher Weise eindeutig. Es gab in der Visitation Kommission eine Irritation darüber, dass das Gesprächsangebot im Rahmen der Visitation nicht bei allen Adressierten Widerhall fand.

Der Kommission ist aufgefallen, dass das eigene geistliche Leben der Seelsorgenden im Rahmen der Eigen- und Fremdkonzeption von Seelsorge im Krankenhaus nicht zur Sprache kam. Sie sieht darin einen weiteren Hinweis für die Notwendigkeit einer Reflexion des kirchlichen Auftrags der Krankenhausseelsorge.

3.1.3. Dienst- und Fachaufsicht – Sicherung der Qualitätsstandards

Von den besuchten Seelsorgenden nimmt ein signifikanter Anteil

gegenwärtig keine Supervision in Anspruch. Die Begründungen dafür waren unterschiedlich. In den Richtlinien über die Krankenhausseelsorge der EKBO ist die Inanspruchnahme von Supervision als verpflichtend definiert. Es braucht daher v.a. eine geeignete Struktur, um sicherzustellen, dass die Vorgabe umgesetzt wird.

Verschiedene Überlegungen zur regionalen Fachaufsicht wurden u. a. auch mit der Landespfarrerin und OKRn Habighorst diskutiert (siehe 2.3.). In der Kommission besteht Einigkeit, dass es eine regionale Leitungs- bzw. Steuerungsebene braucht, um die Qualität der Seelsorgearbeit sicher zu stellen.

Die Kommission stellt die Einschätzung des Konsistoriums der EKBO in Bezug auf die Untrennbarkeit von Dienst- und Fachaufsicht in Frage. In der EKM ist Dienst- und Fachaufsicht getrennt. Zumindest die Fachaufsicht sollte auch dort wahrgenommen werden, wo die fachliche Expertise liegt.

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission, das Starter-Paket der Landespfarrerin für den Einstieg in eine Krankenhausseelsorgestelle aus der Perspektive der Fachaufsicht zu formulieren. Gegenwärtig hat es nur beratenden Charakter.

3.1.4. Fachberatung

Die Fachberatung für die Krankenhausseelsorgenden liegt bei der Landespfarrerin für Krankenhausseelsorge. Die Seelsorgenden fühlen sich durch die Landespfarrerin gut begleitet. Dies wird ungefragt in vielen Gesprächen immer wieder deutlich. Dabei wird auch wertgeschätzt, wieviel Aufbau- und Strukturarbeit die Landespfarrerin in den vergangenen Jahren bereits geleistet hat und welches Engagement für eine Öffentlichkeit der Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge sowohl inner- wie außerkirchlich durch sie erfolgt.

Die Kommission nimmt eine Unklarheit in Bezug auf die Rolle der Landespfarrerin wahr. Ein Kirchenkreis hat die Fachaufsicht für die Krankenhausseelsorge auf sie delegiert. Die Kommission hielt es grundsätzlich für sinnvoll, wenn die Fachaufsicht bei der Landespfarrerin liegen würde. Ihr ist zugleich bewusst, dass die Übernahme der Fachaufsicht für alle Seelsorgenden einer wesentlich besseren Ausstattung des Landespfarramtes bedarf. Neben einer Sekretariatsstelle, die die Kommission ebenfalls unterstützt, wäre es angesichts der Größe der Aufgabe sinnvoll, eine weitere Stelle auf landeskirchlicher Ebene für die Kran-

kenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge einzurichten. Dies umso mehr, als gegenwärtig für den gesamten Bereich an sich nur 50 % des Pfarramtes zur Verfügung stehen, wenn die Altenpflegeheimseelsorge in vergleichbarer Weise fachlich unterstützt werden soll.

Eine weitere Unklarheit beschreibt die Landespfarrerin selber in Bezug auf die Verantwortung für die Re-finanzierungsverhandlungen mit den Klinikleitungen. Die Kommission sieht die Verantwortung in erster Linie bei den Superintendentinnen und Superintendenten, hält die beratende Mitwirkung der Landespfarrerin aber für geboten.

Die Hauptaufgabe der Landespfarrerin sieht die Kommission über die Fortsetzung der Begleitung, Beratung und Strukturierung hinaus zum jetzigen Zeitpunkt in der Erstellung einer Rahmenkonzeption gemeinsam mit dem Konventsrat und der Entwicklung einer Struktur zur Qualitätssicherung.

3.1.5. Zugänge zur Profession

In der Krankenhausseelsorge arbeiten neben ordinierten Pfarrpersonen, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen, Diakoninnen, Diakone und Gemeindepädagoginnen und Gemeindepädago-

gen. Darüber hinaus wird Menschen mit verschiedenen Berufsbiographien der Quereinstieg in die Klinische Seelsorgeausbildung ermöglicht. Bereits jetzt gibt es darüber hinaus Ruhestandsbeauftragungen für den Dienst in der Krankenhauseelsorge.

Seelsorgende haben in verschiedenen Gesprächen darauf hingewiesen, dass die Bezahlung von Seelsorgenden mit einer Ausbildung zur Diakonin, zum Diakon nicht geregelt sei. Ordinierte Gemeindepädagoginnen und Gemeindepädagogen merken an, dass sie im Tarifvertrag der EKBO nicht vorkämen. So sei es immer wieder ein Diskussionspunkt, wie die Arbeitsbedingungen etwa mit den Pfarrpersonen vergleichbar gemacht werden können (Präsenzzeiten, Erreichbarkeit, „Studienzeit“, ...). Zudem stünde die Gehaltseinstufung zwischen EG 9 und EG 13 unter dem Verdacht der Beliebigkeit.

Die Kommission hält es angesichts zu erwartender zunehmender Diversität der Zugänge zum Berufsbild Krankenhauseelsorge für notwendig, die angesprochenen Fragen zu klären und transparent zu kommunizieren. Darüber hinaus sind die Zugangsvoraussetzungen für Quereinsteigende zu definieren.

3.1.6. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Besuche haben deutlich gemacht, dass es unter den Seelsorgenden eine große Bandbreite an Spezial-Ausbildungen gibt, die für den Einsatz auf Psychiatrie-Stationen, im Maßregelvollzug und die Mitwirkung in Ethikkomitees qualifizieren. Je nach Aufgabengebiet wurden auch Ausbildungen mit Schwerpunkt auf Altenpflegeheimseelsorge, Systemische Therapie, Paar- und Familientherapie, Hypnosystemischer Therapie absolviert.

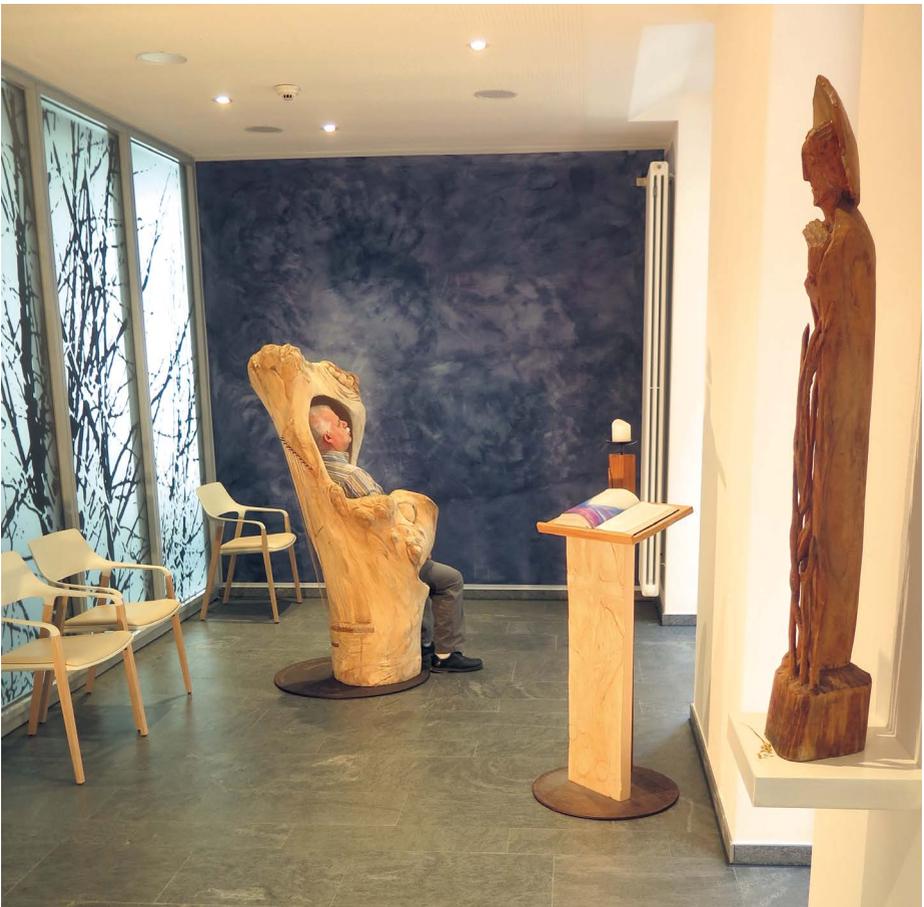
In den Gesprächen wurde nicht hinlänglich deutlich, wo die Zuständigkeit für Fort- und Weiterbildung liegt. Zur Qualitätssicherung der seelsorgerlichen Arbeit wird Fort- und Weiterbildung für notwendig erachtet. Hier sollten auch externe Angebote zugänglich gemacht und empfohlen werden. Die Kommission unterstützt die Anregung, Fort- und Weiterbildungen bedarfsgerecht auszuwählen und gleichberechtigt zu finanzieren. Sie begrüßt die Initiative der Leiterin der SAF zusammen mit der Landespfarrerin, ein Einführungs-Seminar für das System Krankenhaus zu entwickeln, das auch als Fortbildung genutzt werden kann.

3.1.7. Ausstattung

Räume spielen für die Seelsorge eine wichtige Rolle. Es war beeindruckend zu sehen, welche Wirkung eine Kapelle oder ein Raum der Stille für Kranke, An- und Zugehörige und Mitarbeitende entfaltet. Bücher, in die Texte und Gebetsanliegen geschrieben werden können

und andere Möglichkeiten, Klage und Dank vor Gott zu bringen, werden vielfach genutzt.

Nicht jede Klinik hält eine Kapelle, einen Raum der Stille und Rückzugsräume für vertrauliche Gespräche vor. Das Bedauern darüber wurde in vielen Gesprächen thematisiert.



Auch ein Büro mit angemessener Ausstattung und Zugang zu den Kommunikationskanälen des Klinikums ist nicht überall selbstverständlich. Die Kommission ist sich einig, dass ein Raum der Stille bzw. eine Kapelle und ein Büro mit ausreichend Raum für vertrauliche Gespräche und einer angemessenen Ausstattung Voraussetzung für professionelles Arbeiten darstellen. Sie sieht die Notwendigkeit, auf allen kirchlichen Ebenen Gewicht in die Verhandlungen um die Bereitstellung entsprechender Räume zu legen. Dabei muss auch Wert darauf gelegt werden, dass die Räume ästhetisch ansprechend sind.

Es war zugleich gut zu sehen, dass alle Seelsorgenden den Anspruch haben, auch ohne entsprechende Räume professionell zu arbeiten. Es ist dennoch zu überlegen, ob vom Einsatz von Seelsorgenden in einer Klinik bei dauerhaft nicht vorhandener Ausstattung abgeraten werden sollte.

3.1.8. Spiritual Care

Die nun folgenden Wahrnehmungen unter 3.1.8 bis 3.1.11 gehen über den Charakter des Punktuellen nicht hinaus, sollen aber kurze Blitzlichter auf weitere Themen werfen, die für die Krankenhausseelsorge von Bedeutung sind.

Im Wintersemester 2024/25 wird der Studiengang Spiritual Care M.A. an der Universität Münster zum ersten Mal angeboten werden. Spiritual Care als Zusatzausbildung für Psychologinnen und Psychologen gibt es auch jetzt schon und wird u. a. in der Schweiz angeboten. Verschiedene Klinik-Gesellschaften überlegen, eigene Seelsorgende als spirituelle Begleiter:innen der Kranken einzusetzen.⁹ Dies erfordert, den Begriff und die Konzeption der Seelsorge stärker zu konturieren und sich zum Einsatz von Spiritual Care zu positionieren. Dies kann nicht isoliert in der EKBO geschehen, sollte aber in der Rahmenkonzeption von Seelsorge eine Rolle spielen. Hierzu kann auf die Handreichung der EKD „Spiritual Care durch Seelsorge“¹⁰ zurückgegriffen werden.

⁹ z. B. der Helios-Konzern

¹⁰ https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/spiritual_care_2020.pdf

3.1.9. Zuschnitte von Stellen

Die gegenwärtige Vorgabe von einer vollen Seelsorgestelle auf 500 Betten wurde an verschiedenen Stellen diskutiert. Die Landespfarrerin plädiert für individuellere Lösungen, angepasst an die Häuser und Bedarfe. Deutlich ist, dass weniger als 50% Stellenumfang an einem Ort keine Seelsorgearbeit ermöglicht, die strukturell eingebunden und verlässlich präsent ist.

3.1.10. Öffentlichkeitsarbeit

Es besteht Einigkeit darüber, dass Krankenhausseelsorgende viele Menschen erreichen können. Innerkirchlich hält sich das Bild: da hat man einen ruhigen Dienst – hier muss deutlicher werden, was Krankenhausseelsorgende leisten und was auch von ihnen erwartet werden kann. Sonst besteht die Gefahr, dass die Spezialseelsorge bei Sparmaßnahmen wegfallen könnte. Krankenhausseelsorge ist Kirche am andern (zweiten) Ort, die durch eine bessere Einbindung in die Kirchenkreise ggf. auch innerkirchlich eine bessere Wahrnehmung bekommen könnte. Die Lobby-Arbeit für diesen kirchlichen Ort wird gegenwärtig v.a. durch persönliches Engagement betrieben. Eine struk-

turelle Verankerung gibt es in den Kirchenkreisen Steglitz, Barnim, Berlin Nord-Ost und Charlottenburg-Wilmersdorf.

Innerhalb der Klinik werben die Seelsorgenden mit Aushängen auf den Stationen – wobei deutlich ist, dass diese Aushänge in jedem Fall ein Foto der Seelsorgenden enthalten sollten. Darüber hinaus wird die Arbeit in Flyern beschrieben, die z.T. auch den Patientinnen- und Patientenmappen bei der Aufnahme mit beigelegt werden. Auch dies sollte zum Standard erhoben werden, genauso wie die leichte Auffindbarkeit auf den Homepages der Kliniken.

3.1.11. Zukunftsfragen

Die Altersstruktur der Krankenhausseelsorgenden zeigt deutlich, dass über zwei Drittel der gegenwärtig in diesem Feld Tätigen in zehn Jahren im Ruhestand sein werden. Die Nachwuchsförderung ist im Bericht der Landespfarrerin beschrieben, braucht aber ggf. angesichts der zu erwartenden Verteilungskämpfe mit den Parochien noch deutlichere Weichenstellungen. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit, Ruhestandsbeauftragungen zu erteilen, ausgeweitet werden.

Neben den Personalfragen sieht die Kommission eine Aufgabe der Landeskirche darin, auch organisatorisch Ziele für die Krankenhausseelsorge zu entwickeln. Es braucht eine Verständigung darüber, wie viele Kliniken (und Altenpflegeheime) zukünftig mit Seelsorge versorgt sein sollen. Dazu sollte jeder Kirchenkreis erheben, welche Einrichtungen im Kirchenkreis sind und in welchem Umfang diese mit professioneller Seelsorge ausgestattet sein sollten, um daraus ein gemeinsames Zielbild für die Landeskirche zu erstellen. Gegenwärtig erscheint die Ausstattung jenseits der Bemessungsgrenzen eher zufällig.

3.2. Entsendende Institution

3.2.1. Zugang zu den Patientinnen- und Patientendaten / Datenschutz

Am Thema „Datenschutz“ kulminiert die Frage des Zugangs zu den Kranken wie auch die Frage der Zugehörigkeit der Seelsorge zum Sys-

tem Krankenhaus. Die Umsetzung der EU-Datenschutz-Verordnung führt dazu, dass Patientinnen und Patienten aktiv erklären müssen, dass ihre Kirchengliederung an die Seelsorgenden weiter gegeben werden darf wie auch, dass sie Seelsorge in Anspruch nehmen möchten. Wenn Kranke diese Erklärung nicht abgeben, können die Seelsorgenden keinen Kontakt aufnehmen. Ausnahme sind die Stationen, wo die Seelsorgenden Teil des Behandlungskonzeptes sind. Neben dem in Hoyerswerda praktizierten Ansatz, den Fragebogen im Aufnahmeverfahren der Klinik zu ändern, braucht es an dieser Stelle eine bundesweite Regelung, um die Arbeit der Krankenhausseelsorge datenschutzkonform zu regeln. Die Kommission regt an, ein Gutachten zur Regelung des Zugangs zu Patientinnen- und Patientendaten in Auftrag zu geben. Ggf. lassen sich Anregungen bei der grundsätzlichen Klärung der Katholischen Kirche zum Thema gewinnen.¹¹

¹¹ Zwei Links über Regelungen der katholischen Seelsorge zum Weiterlesen:

<https://www.solidaris.de/aktuelles/seelsorge-patientendaten-schutz-gesetz-patdsg-kdg>

<https://www.curacon.de/neuigkeiten/neuigkeit/seelsorge-patdsg-fuer-krankenhaus-und-reha#:~:text=Einer%20mit%20dem%20Seelsorge%20Auftrag,%20Fder%20Patient%3Ain%20zulässig>

3.2.2. Integration ins Krankenhaus-System

Krankenhausseelsorge ist organisatorisch nicht Teil des Krankenhaus-Systems, sondern wird wie ein externer Dienstleister behandelt. Das wird unabhängig von der Trägerschaft eines Hauses durch die Regelungen zum Datenschutz in besonderer Weise transparent.¹² Viele Seelsorgende beschäftigt das Arbeiten zwischen zwei Systemen. Es findet Niederschlag in der Unsicherheit, an der Dokumentation der eigenen Leistung im interprofessionellen Team teilzunehmen. Die Seelsorgenden legen großen Wert darauf, das Seelsorgegeheimnis zu wahren. Es wird als herausfordernd empfunden, im System zu arbeiten und dennoch nicht Teil des Systems zu sein. Die Kommission sieht in dieser Spannung gerade die große Stärke von Krankenhausseelsorge in kirchlicher Trägerschaft im System Krankenhaus. Die Anstellung der Seelsorgenden im Kirchenkreis schafft ihnen eine Unabhängigkeit vom System, von der Patientinnen und Patienten wie Mitarbeitende in gleicher Weise profitieren können. Sie arbeiten im System, gehen aber nicht in ihm auf. Die Kommission ermutigt ausdrück-

lich, an der Dokumentation der eigenen Leistung teilzunehmen, ohne Inhalte der Gespräche niederzuschreiben. Sie hält dieses Vorgehen aber für notwendig, um Spiritualität als Teil des Heilungsprozesses dauerhaft zu implementieren. Das Spannungsverhältnis positiv zu beschreiben und damit proaktiv umzugehen sollte Teil der Rahmenkonzeption für Seelsorge in der EKBO sein.

3.2.3. Bedeutung der Klinikleitung

Welchen Stellenwert die Seelsorge in einer Klinik genießt, hängt wesentlich von der Klinikleitung ab. Sie sollte für die Seelsorgenden eine wichtige Gesprächsebene sein. Ein regelmäßiger Austausch mit der Klinikleitung, in der die eigene Arbeit transparent gemacht wird und auch die Möglichkeit besteht, den Verantwortlichen eine Außenperspektive auf den Betrieb zu geben, ist eine große Chance und zugleich eine große Verantwortung.

3.2.4. Finanzierung

Ein Großteil der Seelsorgestellten wird anteilig durch die Krankenhäuser mitfinanziert. Die Kommission

¹² Nicht abschließend geklärt ist, ob Häuser in evangelischer oder diakonischer Trägerschaft hier anders verfahren.

teilt die Meinung viele Gesprächspartner, dass die Möglichkeiten hier noch nicht ausgeschöpft sind. Eine Mitfinanzierung der Seelsorge durch die Krankenhausträger rechtfertigt sich durch die Einbindung der Seelsorgenden in die Notfallpläne und in die Ethik-Komitees der Häuser. Seelsorge wird zudem für bestimmte Zertifizierungsprozesse benötigt und muss an dieser Stelle eine Refinanzierung erfahren. Darüber wünschen sich verschiedene Klinikleitungen einen verstärkten Fokus der Seelsorgenden auf die Mitarbeitendenseelsorge. Der Einsatz von Krankenhausseelsorge in Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft rechtfertigt sich zusätzlich durch die Verwirklichung des christlichen Auftrags dieser Einrichtungen. Daher ist dort auf die Erhaltung der aktuellen, guten Finanzierungsabsprachen hinzuwirken. Dort, wo es notwendig erscheint, sind neue Refinanzierungsmöglichkeiten zu erschließen. Die Superintendentinnen und Superintendenten sehen sich in der Verantwortung, die Verhandlungen gemeinsam mit der Landespfarrerin zu führen und erhoffen sich zugleich eine deutlichere Stellungnahme der Landeskirche.

In mehreren Gesprächen wurde das Bettengeld thematisiert und zum einen hinterfragt, warum Häuser erst ab einer Bettenzahl von 200 berücksichtigt werden. Zum andern gibt es große Sympathien dafür, die Arbeit nach Schwerpunkten und nicht nach Bettenzahl zu organisieren.

3.2.5. Zunahme der Mitarbeitendenseelsorge

Eine Nachwirkung der Pandemie ist ein hoher Erschöpfungsgrad der Mitarbeitenden und ein noch mal gestiegener Fachkräftemangel, der die Belastung der Mitarbeitenden zusätzlich erhöht. Dadurch rücken die Mitarbeitenden stärker in den Fokus der Seelsorge. Seitens der Klinikleitungen wird dies ausdrücklich begrüßt und als Beitrag zur Mitarbeitendenpflege gesehen. Grundsätzlich ist die Krankenhausseelsorge an Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige wie Mitarbeitende gewiesen. Wenn Klinikleitungen Seelsorge für die Mitarbeitenden in Anspruch nehmen möchten, müsste dies ggf. sowohl hinsichtlich der Frage, ob Seelsorge in der Dienstzeit erfolgen darf und soll als auch im Hinblick auf eine mögliche Refinanzierung der Krankenhausseelsorge geregelt werden.

3.3. Arbeitssystem

3.3.1. Vereinsamung am Arbeitsplatz

Viele Krankenhausseelsorgende sind die einzigen Vertreter:innen ihrer Profession in einer Klinik. Auch wenn Teams gebildet werden können, sind diese angesichts der Fülle der möglichen Aufgaben gehalten, sich über ihren Dienst gut zu verständigen. Die Vereinzelung stellt eine große Herausforderung für die Selbstorganisation dar. Umso wichtiger erscheint die Einbindung der Seelsorgenden in Konvente.

3.3.2. Vertretungsregelung

Die Vertretung für die Dienste in der Klinik wird in den besuchten Kliniken unterschiedlich geregelt. Wo mehrere Seelsorgende vor Ort sind, kann die Vertretung gegenseitig funktionieren. Vielfach wird Vertretung unter den Kolleginnen und Kollegen im Kirchenkreis oder in der Ökumene organisiert.

3.3.3. Netzwerk in der Klinik, EKBO und vor Ort

Seelsorgende sind in verschiedener Hinsicht vernetzt. Auf Ebene der Klinik gibt es die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams, im Ethik-Komitee, in der Ökumene. In

den Kirchenkreisen und Regionen sind flächendeckend Seelsorge-Konvente eingerichtet worden, die dem kollegialen und fachlichen Austausch dienen und in regelmäßigen Abständen zusammenkommen. Vielfach gibt es auch eine gute Vernetzung in die Ortsgemeinde und den Kirchenkreis. Hier werden Vertretungen geregelt, es findet zugleich eine inhaltliche Zusammenarbeit in Bezug auf die Themen der Klinik als auch in der nachgehenden Seelsorge der Patientinnen und Patienten statt. Die geplante Ambulantisierung der medizinischen Versorgung wird diese Netzwerke noch wichtiger werden lassen. Zugleich ermöglicht eine enge Zusammenarbeit mit Ortsgemeinde und Kirchenkreis, die Krankenhausseelsorge stärker als kirchlichen Ort einer Region zu etablieren.

3.3.4. Gottesdienste / geistliche Angebote

Das Gottesdienst-Angebot einer Klinik hängt stark an den örtlichen Gegebenheiten. Sind eine Kapelle oder ein Raum der Stille vorhanden, werden regelmäßiger Gottesdienste angeboten, da ihre Organisation keines so großen Aufwandes bedarf. Verkürzte Liegezeiten, schlecht auffindbare Räume, keine Unterstützung durch Mitar-



beitende, die Patientinnen und Patienten zum Gottesdienst bringen können, erschweren das Angebot eines regelmäßigen Gottesdienstes. Hier bieten Reha-Einrichtungen mit längeren Aufenthaltszeiten und größerer Regelmäßigkeit im Behandlungsplan größere Chancen, Gottesdienste so feiern zu können, dass sie für die Besuchenden attraktiv sind.

Räume der Stille werden in Kliniken wie Reha-Einrichtungen intensiv genutzt. Dies lässt sich vielfach anhand

von Büchern nachvollziehen, in die Patientinnen und Patienten Gebete oder andere Texte schreiben. Sie bieten zudem einen guten Rahmen für persönliche geistliche Angebote wie ein gemeinsames Gebet, Salbung, Segnung und Abendmahl.

Geistliche Angebote gehören zum Instrumentarium der Krankenhaus-seelsorgenden. Sie kommen nicht nur Kirchenmitgliedern zugute, sondern werden auch von konfessionell nicht gebundenen Menschen angenommen.

3.3.5. Ehrenamtliche Besuchsdienste

Die Kommission hat den Eindruck gewonnen, dass in den wenigsten Kliniken ehrenamtliche Krankenhaus-seelsorgende zum Einsatz kommen. Es gab den Hinweis, dass in der Psychiatrie keine Ehrenamtlichen eingesetzt werden dürfen. Die Zusammenarbeit mit den „Grünen Damen“ gestaltet sich unterschiedlich. Hier ist zudem deutlich, dass sich „Grüne Damen“ oftmals eher als Menschen verstehen, die für Hilfestellungen, kleine Besorgungen und als Gesellschaft zur Verfügung stehen und keine seelsorglichen Gespräche führen. Eine Seelsorgerin berichtete, dass sie in ihrer Klinik selber in erster Linie mit Mitarbeitenden Seelsorgegespräche führt und zugleich den Einsatz ehrenamtlicher Seelsorgende in der Klinik koordiniert.

Die Kommission ermutigt dazu, den Einsatz von Ehrenamtlichen als Seelsorgende in den Kliniken zu ver-

stärken und für die Gewinnung der Ehrenamtlichen stärker mit den Ortsgemeinden zusammen zu arbeiten.

3.4. Konzeption

Die gerade erschienenen „Richtlinien für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge im Bereich der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz“¹³ bilden eine gute Grundlage für die Arbeit der Seelsorgenden in den Krankenhäusern. Zusätzlich hält die Kommission wie schon dargelegt die Entwicklung einer orientierenden Rahmenkonzeption für die Krankenseelsorge für sinnvoll, anhand derer im Hinblick auf konkrete Stellenkonzeptionell gearbeitet werden kann. In dieser Rahmenkonzeption müssten über die Richtlinie hinaus geregelt werden: die Zielsetzung von Seelsorge im Krankenhaus, das Rollenverständnis der Seelsorge in der Klinik und innerhalb der EKBO und die Profilierung der Seelsorge in Bezug auf

Die Kommission ermutigt dazu, den Einsatz von Ehrenamtlichen als Seelsorgende in den Kliniken zu verstärken.

¹³ <https://www.kirchenrecht-ekbo.de/document/54141>

Spiritual Care. Darüber hinaus sollte die Dokumentation der Arbeit im multiprofessionellen Team geregelt werden. Die Zielgruppe Mitarbeitende bildet einen neuen Schwerpunkt für die Klinikseelsorge. Über diese Aufgabe braucht es Vereinbarungen. Zugleich braucht es eine Verständigung über Themengebiete, für die Krankenhausseelsorge da sein soll.

3.5. Erfahrungen und Entwicklungen durch die Pandemie

Die Erfahrungen in der Pandemie standen angesichts der gegenwärtigen Herausforderungen der Klinikbetriebe nicht mehr im Zentrum der Gespräche. Die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen mit Fachkräftemangel und drohender Klinikreform werden durchweg aber als Nachwirkung der Pandemie wahrgenommen. Einzelne Berichte haben vor

Augen geführt, wie die Seelsorgenden in der Zeit der Pandemie gearbeitet haben, wie sie Seelsorge im Schutzanzug geleistet haben, wie ihr von christlichen Einrichtungen und unter Verweis auf das Hausrecht Zugang zu den Patientinnen und Patienten verweigert wurde und welche Möglichkeiten sie gefunden haben, um dennoch wenigstens für die Mitarbeitenden da zu sein. Eine Seelsorgerin berichtete, dass die Pandemie erst der Klinikleitung die Bedeutung ihrer Arbeit sichtbar gemacht habe. War ihr vor der Pandemie der Zutritt zur Intensivstation verweigert worden, hat ihr die Ankündigung, ein Filmteam würde ihre Arbeit begleiten, dauerhaft den Zugang zu den Stationen und eine völlig veränderte Wahrnehmung in der Klinik gesichert. Die Erlebnisse und die Zusammenarbeit in der Pandemie prägen die Beziehungen der Seelsorgenden in der Klinik bis heute.



4. Visitationsbescheid

Krankenhausseelsorge ist ein zentrales Arbeitsfeld der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz. Es wird im säkularen Kontext geschätzt, weil es Menschen in Not, Krisen und schwierigen Übergangssituationen erreichen kann. Die Visitationskommission konnte sich ein Bild davon machen, mit welcher Professionalität bei vergleichsweise sehr geringen Ressourcen Krankenhausseelsorge auf dem Gebiet der Landeskirche geleistet wird. Die Kirchenleitung dankt der zuständigen Referatsleiterin, der Landespfarrerin für Krankenhausseelsorge und den Seelsorgenden in den Kliniken ausdrücklich für ihren wichtigen Dienst.

Die Kirchenleitung hat sich die Empfehlungen der Bischofsvisitationskommission in ihrer Sitzung am 15. Dezember im Grundsatz zu eigen gemacht und erteilt den folgenden Visitationsbescheid:

1. Die hohe Professionalität der Seelsorgearbeit an den Krankenhäusern ist erhaltenswert und muss gestärkt werden. Sie soll weiterhin strukturell sichergestellt werden. Dazu empfiehlt die Kirchenleitung der Landespfarrerin für Kranken-

hausseelsorge, gemeinsam mit dem Konventsrat eine orientierende Rahmenkonzeption für Krankenhausseelsorge zu erstellen, anhand derer im Hinblick auf konkrete Stellen konzeptionell gearbeitet werden kann.

In der Rahmenkonzeption sollte herausgearbeitet werden:

- eine Verständigung über die Zielsetzung von Seelsorge im Krankenhaus
- das Rollenverständnis der Seelsorge in der Klinik und innerhalb der EKBO
- die Profilierung der Seelsorge in Bezug auf Spiritual Care
- Regelung der Dokumentation im interprofessionellen Team
- Regelungen zur Zielgruppe Krankenhaus-Mitarbeitende
- Vernetzungsmöglichkeiten zwischen Krankenhausseelsorge und Gemeindeseelsorge, nachgehende Seelsorge
- Mindestanforderungen in Bezug auf Räume in der Klinik (Büro mit Ausstattung und Raum der Stille)
- Entwicklung einer Struktur für Qualitätssicherung
- Einsatz von Ehrenamtlichen

2. Die Kirchenleitung macht sich zur Aufgabe, Krankenhauseelsorge als eine Form kirchlicher Arbeit öffentlich zu stärken und strukturell zu sichern (Zweiter Ort). Dazu bittet sie das Konsistorium einen Zielbildprozess zu initiieren, der klärt, an welchen Orten und in welchem Umfang zukünftig Krankenhauseelsorge angeboten werden soll.
3. Die Kirchenleitung bittet zugleich die Kirchenkreise, ihrerseits Zielbilder für Krankenhauseelsorge im Kirchenkreis zu erstellen und die Krankenhauseelsorge im Kirchenkreis strukturell (bei dem:stellv. Superintendent:in) zu verankern.
4. Die Kirchenleitung hält es angesichts der Fülle der Aufgaben und der Bedeutung des Arbeitsfeldes der Krankenhauseelsorge für notwendig, die Overhead-Strukturen inklusive der Notwendigkeit eines eventuellen Stellenaufwuchses hinsichtlich der Qualitätssicherung zu überprüfen.
5. Die Kirchenleitung regt an, die personelle Büroausstattung des Landespfarramtes zu überprüfen.
6. Die Kirchenleitung empfiehlt, der Landespfarrerin die Fachaufsicht über die Krankenhauseelsorgen zu übertragen. Sie bittet das Konsistorium zu prüfen, wie dies umgesetzt werden kann.
7. Zur Profession der Krankenhauseelsorge gehören ein Büro mit Ausstattung und ein Raum der Stille bzw. eine Kapelle. Die Kirchenleitung bittet die Superintendentinnen und Superintendenten und die Landespfarrerin, noch stärker darauf hin zu wirken, dass Kliniken entsprechende Räume zur Verfügung stellen. Sie macht es sich auch selbst zur Aufgabe, sich öffentlich dafür einzusetzen.
8. Die Kirchenleitung bittet das Konsistorium, die Vergütung der Tätigkeit als Krankenhauseelsorger:in außerhalb des Pfarrdienstes transparent zu regeln.

- 9.** Die Kirchenleitung bittet das Konsistorium, die Voraussetzungen für einen Quereinstieg in den Beruf Krankenhausseelsorger:in zu definieren.
- 10.** Die Kirchenleitung bittet das Konsistorium, für die Frage des Zugangs zu Patientinnen- und Patientendaten in der Klinik, Regelungen in Zusammenarbeit mit der EKD zu schaffen.
- 11.** Die Kirchenleitung bittet die Superintendentinnen und Superintendenten, die Bemühungen um Refinanzierung von Krankenhausseelsorgestellen zu verstärken.
- 12.** Die Kirchenleitung bittet das Konsistorium, die Vertretung für die dienstliche Abwesenheit der in der Seelsorgeausbildung Tätigen zu regeln.



5. Dokumentation

5.1. Bericht der Landespfarrerin für die Bischofsvisitation¹⁴

Krankenhauseelsorge in der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz

Einstimmung

„Seelsorge ist Muttersprache der Kirche“¹⁵ und damit grundlegend Kommunikation. Die Muttersprache ist eine elementare Sprache, und gehört entsprechend unmittelbar zum kirchlichen Handeln¹⁶. Eine Sprache, die sich sensibel zeigt für das Gegenüber, das je eine eigene Muttersprache hat und spricht, oder eben auch nicht spricht, weil frisch geboren oder gerade intubiert, unter Schock oder in Trauer verstummt, sterbend oder komatös. Zur Sprache einer Mutter gehört immer die Fähigkeit zu dolmetschen – schwierige Inhalte zu übersetzen in die Sprache des Gegenübers, medizinische Inhalte in eine verständliche Sprache, die nicht nur von der kognitiven Fä-

higkeit des Gegenübers ausgeht, sondern nach der seelischen Aufnahmekapazität fragt oder theologische Inhalte in die Sprache der von der Kirche Entfremdeten. Insofern hat Seelsorge und erst recht die Krankenhauseelsorge etwas mit Mission zu tun. Wie die Missionare erkunden wir fremdes Terrain. Lassen uns auf eine fremde kirchenferne Sprachwelt ein, auf eine säkulare und naturwissenschaftlich geprägte Welt. Umgekehrt, weil sie auch Sprache der Kirche ist, kommt sie aus einer langen Tradition – bringt einen großen Schatz an Poesie mit und kann dann und wann die Sprachlosigkeit aufheben und transformieren in Klage und Dank und Gebet. Krankenhauseelsorge versucht sich muttersprachlich besonders häufig in Grenz- und Krisensituationen. Und so sind Seelsorgende im Krankenhaus Grenzgänger:innen. Sie arbeiten an den unterschiedlichen Grenzen: an den Grenzen der Kirche, an den Grenzen des Lebens, des Sprachlichen, des Glaubens, der

¹⁴ Der Bericht lag der Bischofsvisitation bei der konstituierenden Sitzung am 11. September 2023 vor.

¹⁵ Petra Bosse-Huber in: Seelsorgliche Kirche im 21. Jahrhundert, Anja Kramer/Freimut Schirrmacher, Neukirchen-Vluyn 2005, S. 11–17

¹⁶ Vgl. Jürgen Ziemer, Seelsorge und Mission, zur Orientierung in einem schwierigen Feld“, epd Dokumentation 10/2010

Religionen und Konfessionen, der Professionen und Berufsgruppen. Im Folgenden sollen zunächst die gegenwärtigen Rahmenbedingungen geschildert werden, unter denen Krankenhausseelsorge in der EKBO geschieht, dann wird es um Zahlen und Fakten und schließlich um konzeptionelle Inhalte gehen.

5.1.1. Rahmenbedingungen und Herausforderungen

Zu den Rahmenbedingungen, unter denen Seelsorge geschieht, gehören zuvorderst die gesellschaftlichen Entwicklungen, wie sie grundsätzlich in „Menschen stärken, Seelsorge in der evangelischen Kirche“, K. Lammer, S. Borck, I. Habenicht, T. Roser, Gütersloher Verlagshaus, 2/2016 beschrieben werden: Globalisierung und Mobilität, Ökonomisierung und Existenzangst, zunehmende Armut, Beschleunigung, Migration etc. Dazu gekommen sind die Vielzahl an Krisen, u.a. der Krieg in der Ukraine, die Klimakrise und die Vertrauenskrise in den beiden großen Kirchen. Als über die Maßen belastet erleben Seelsorgende derzeit die Menschen,

„Menschen stärken, Seelsorge in der evangelischen Kirche“

die im Krankenhaus liegen, ebenso wie jene, die dort arbeiten. Umso mehr wird das entlastende Angebot der Krankenhausseelsorge geschätzt.

Die Krankenhausseelsorge wird in der EKBO grundsätzlich sowohl von der Kirche, als auch von den Kliniken geschätzt!

Innerkirchlich drückt sich die Wertschätzung darin aus, dass es der größte hauptamtliche Bereich innerhalb der sogenannten Spezialseelsorge (lieber ist mir der Begriff: funktionale Seelsorge) ist und in der Tatsache, dass es ein Landespfarramt für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge gibt. Es ist eine Pfarrstelle von insgesamt vier Pfarrstellen mit diesem Aufgabenprofil innerhalb der EKD.¹⁷ Die Landespfarrerin für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge wird unterstützt durch den Stellvertreter, derzeit Pfarrer Olaf Glomke (ohne Stellenanteil, Abwesenheitsvertretung) und einen Konventsrat (ohne Stellenanteil, beratendes sechsköpfiges Gremium) sowie die Sprecher:innen der

¹⁷ Die anderen drei Landeskirchen sind: Nordkirche, Westfalen und Hannover.

Arbeitsgemeinschaften (AG Stille Geburt, AG Altenpflegeheimseelsorge, AG Psychiatrie, AG Spiritual Care, AG Kinderkrankenhauseelsorge, AG Hospizseelsorge), die den fachlichen Austausch selbständig organisieren.

Die Wertschätzung drückt sich auch aus in der strukturellen Vernetzung: die Landespfarrerin wird jährlich zu den Ephorenkonventen eingeladen, zu den Theologinnen- und Theologenrunden und den Beauftragtenkonventen. Sie ist Mitglied des Beirates für Seelsorge-Aus-, Fort- und Weiterbildung und leitendes Mitglied der Fachkonferenz Seelsorge.

Die Krankenhauseelsorge in der EKBO sieht sich innerkirchlich dennoch herausgefordert, weil unterrepräsentiert in den Entscheidungsgremien, den Kreissynoden und der Landessynode. In der Landessynode ist die Landespfarrerin für Krankenhauseelsorge derzeit als gewähltes Mitglied vertreten. Die Krankenhauseelsorge hat, wie alle funktionalen Seelsorgenden, aber keinen ständigen Sitz und ist damit ohne Stimme, wenn es um Kürzungsdebatten geht und kann die Belange der Seelsorge nicht öffentlich vertreten.

Auch wenn die Seelsorge die viel beschworene „Muttersprache der Kirche“ ist, nehme ich eine gewisse Sprachlosigkeit unter den verschiedenen Bereichen kirchlichen Handelns wahr, wenn es angesichts der ökonomischen Herausforderungen um die Ressourcenfrage geht.

Der Rückgang der finanziellen und personellen Ressourcen in der Kirche stellt die größte Herausforderung dar.

Zu den weiteren Rahmenbedingungen innerhalb der EKBO zählt die soeben überarbeitete „Richtlinie für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge“.¹⁸

In ihr wird einleitend festgehalten, dass „Seelsorge (...) zum Auftrag der Kirche“ gehört; biblisch begründet ist uns in „der Nachfolge Jesu Christi (...) aufgetragen, Menschen zu besuchen (Matthäus 25)“, woraus gefolgert wird: „Darum ist für die Kirche die Krankenhauseelsorge unverzichtbarer Bestandteil ihrer Arbeit.“

Die Richtlinie beschreibt den Auftrag sowie die Strukturen der kirchlich verantworteten Krankenhauseelsorge (regionale Seel-

¹⁸ Die Richtlinien von 2015, überarbeitet, liegt der Kirchenleitung zur Verabschiedung vor.

sorgekonvente, Gesamtkonvent, Konventsrat, Landespfarramt), die Rahmenbedingungen, die vor Ort gegeben sein müssen, sowie die Voraussetzungen in Qualifikation und Fortbildung der Seelsorgenden, die über die theologische Qualifikation hinaus in der Regel zwei Kurse der Klinischen Seelsorge Ausbildung á sechs Wochen und ein Zertifikat der DGfP vorweisen müssen.

Dienstvereinbarungen zwischen Klinik, Kirchenkreis und Seelsorger:in regeln den konkreten Dienst vor Ort. Sowohl innerkirchlich als auch für die Verhandlungen mit den Trägern von Gesundheitseinrichtungen sind diese Rahmenbedingungen grundlegend. Denn „... viele leitende Kirchenleute (haben) noch lange nicht begriffen, dass sie mit der Krankenhausleitung zusammen den Rahmen für die Krankenhausseelsorge abstecken müssen und dies nicht den einzelnen Seelsorgenden überlassen dürfen. Strukturell zu denken und zu agieren ist für einen Funktionsbereich wie die Krankenhausseelsorge unerlässlich, wenn sie sowohl im Krankenhaus wie

in der Kirche wahrgenommen werden und Einfluss ausüben will.“¹⁹

In den **Kliniken** drückt sich die Wertschätzung darin aus, dass inzwischen nahezu zwei Drittel der Kliniken, außer den kommunalen Kliniken Vivantes und der Charité, Personalkostenanteile der Seelsorge refinanzieren.²⁰

Dennoch gibt es besondere Rahmenbedingungen in den Kliniken, die für die Krankenhausseelsorge eine **Herausforderung** darstellen:

- Die 2018 in Kraft getretene **EU – Datenschutzgrundverordnung!** Aufgrund des Datenschutzes sahen und sehen sich die Geschäftsleitungen der Kliniken vor die Frage gestellt, ob, und wenn ja, wie die Seelsorgenden der evangelisch / katholisch verantworteten Krankenhausseelsorge in das krankenhauserne Kommunikationssystem eingebunden sein können und dürfen. Auch, ob das Religionsmerkmal der Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme abgefragt werden und entsprechende Daten an die

¹⁹ Die Richtlinien von 2015, überarbeitet, liegt der Kirchenleitung zur Verabschiedung vor.

²⁰ Vgl: „Krankenhausseelsorge in gemeinsamer Verantwortung von Kirche und Krankenhaus – ein Appell zur theologischen, organisatorischen und finanziellen Absicherung der Krankenhausseelsorge“, A. Heimendahl, in WzM, 12/2023.



Seelsorgenden weiter gegeben werden dürfen. Einige Kliniken haben diese Frage mit einem eindeutigen „Nein“ beantwortet, so zuerst der kommunale Träger Vivantes. Nach zähem Ringen ist es jedoch gelungen, die Arbeit der Krankenhausseelsorge durch einen 2022 unterzeichneten Kooperationsvertrag zwischen Vivantes und den beiden Kirchen abzusichern. Darin ist geregelt, wie das „Angebot von Klinikseelsorge in den von »Vivantes« betriebenen Krankenhausstandorten [...] zu einer ganzheitlichen Behandlung und Begleitung auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene beitragen“ soll. Gegenstand der Klinikseel-

sorge ist auch die Mitarbeit im Rahmen interdisziplinärer (Komplex-) Behandlungen und Mitarbeit in den entsprechenden Teams.

Im Lausitzer Seenland Klinikum in Hoyerswerda haben die Seelsorgenden nach wie vor „Probleme an Patientennamen und Zimmernummern zu kommen“, wie mir die Seelsorgenden unlängst schrieben.

- Die **Auswirkungen der Pandemie** – große Erschöpfung bei den Mitarbeitenden in den Kliniken durch die hinter ihnen liegenden Jahre mit überdurchschnittlicher psychischer Belastung und andauerndem Personalnotstand.

- Der **demografische Wandel**, wie er im Krankenhausplan von 2020 für Berlin beschrieben wird: Die Zahl der älteren Menschen (ab 65 Jahre) wird bis zum Jahr 2030 etwa 11% zunehmen (+ 80.000 Personen), die Zahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) um etwa 16 % (+ 33.000 Personen), wodurch sich bis 2025 ein prognostizierter Bedarf von rund 23.330 Betten/Plätzen mehr ergibt – darunter rund 580 Betten/Plätze mehr für die psychiatrischen Fachdisziplinen.
- Die **Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer** der Patientinnen und Patienten von 8,3 auf 7,5 Tage (Berlin: 7,3 Tage, Brandenburg: 7,9 Tage).
- Einen **Anstieg an Geriatrie, Palliativstationen und Psychiatrien**, bei gleichzeitig wachsendem Arbeitskräftemangel
- **wachsendem Arbeitskräftemangel**
- Aktuelle **medizinethische Themen**, wie der Assistierte Suizid oder der Einsatz von Künstlicher Intelligenz!
- Die **Gesundheitsreform** von Karl Lauterbach, die die Stimmung an den Kliniken derzeit sehr prägt. Die Seelsorgenden berichten durchweg, dass die Verunsiche-

rung groß sei, Zukunftsängste zunehmen und die Stimmung entsprechend schlecht sei.

5.1.2. Strukturen, Zahlen, Fakten der Krankenhausseelsorge

Die Krankenhausseelsorge der EKBO gehört, wie Notfall-, Feuerwehr-, Polizei-, Flughafen-, Militär-, Gefängnis-seelsorge usw. zur Spezialseelsorge. Jeder dieser Bereiche hat eine Beauftragte, einen Beauftragten – insgesamt gibt es rund 20 landeskirchlich Beauftragte.

Die direkte Vorgesetzte für die Bereiche der Seelsorge ist Oberkonsistorialrätin Sabine Habighorst, verantwortlich für Spezialseelsorge und Personalentwicklung; sie vertritt die Spezialseelsorgen auf EKD-Ebene.

Die Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge der EKBO wird in den Konferenzen der EKD zur Zeit durch die Landespfarrerin vertreten; sie ist Mitglied im Vorstand der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD und repräsentiert die Krankenhausseelsorge für den Vorstand auf der europäischen Ebene im ENHCC (European Network of Health Care Chaplaincy); sie ist Mitglied in der Konferenz für Altenpflegeheimseelsorge.

In den drei Sprengeln der EKBO – Berlin, Potsdam, Görlitz – befinden sich **97 Klinikstandorte**, an denen insgesamt **106 Klinikseelsorgende** ihren Dienst tun. Darunter sind die vier Standorte der Immanuel Albertinen Diakonie GmbH mit sechs Seelsorgenden, die im Gaststatus zum Gesamtkonvent gehören und an den Fachtagungen teilnehmen.

13 Klinikstandorte sind derzeit ohne Seelsorge. Davon vier Standorte, seit die Seelsorgenden in den Ruhestand gegangen sind. Asklepios Fachklinikum Brandenburg – Psychiatrie mit 433 Betten – seit 2022 vakant; Evangelisches Krankenhaus Lutherstift Frankfurt (Oder)/Seelow – 145 Betten – seit 2022 vakant; Alexianer Krankenhaus Hedwighöhe – 428 Betten – seit 2019 vakant; Krankenhaus des Maßregelvollzugs in Reinickendorf und Buch – 523 Betten – seit 2020 vakant.

Darüber hinaus sind neun weitere Standorte ohne Seelsorge, nachdem die Verhandlungen mit Geschäftsleitungen über mögliche Refinanzierungen erfolglos waren: VAMED Klinik Hohenstücken, MEDIAN Klinik Grünheide, Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt, GLG Krankenhaus Angermünde, Sana-Herzzentrum Cottbus, Oder-Spree Krankenhaus

Beeskow, Epilepsieklinik Tabor Bernau, Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH in Wriezen und Strausberg.

Auch wenn die Krankenhausseelsorge in der evangelischen Kirche der am weitesten ausgebauten Bereich der funktionalen Seelsorge ist, ist der tatsächliche Bedarf an Seelsorge in einigen Krankenhäusern bei Weitem nicht gedeckt. Als Beispiel dafür sei hier die Charité Standort Mitte genannt mit 1.000 Betten in zehn Kliniken – in denen Hochleistungsmedizin gemacht wird und Seelsorge dringend, nicht nur mit gegenwärtigem Schwerpunkt in der Geburtsklinik, gebraucht würde (bei der Begleitung von Eltern, denen eine Totgeburt bevorsteht oder die bereits ein totes Kind geboren haben), sondern ebenso in den Intensivstationen, den onkologischen Zentren, der Notfallambulanz etc. Neben der katholischen Seelsorgerin (!) mit 50 % arbeitet dort eine evangelische Seelsorgerin mit einem Dienstumfang von 100 %. Die Seelsorgenden der Charité Campus Benjamin Franklin stimmen ein ähnliches (Klage-)Lied an.

Die Anzahl der Klinikpfarr- und Klinikmitarbeitendenstellen hängen von mindestens zwei Faktoren ab:

Zum einen von den finanziellen Mitteln eines Kirchenkreises. Die Verantwortung für die Einrichtung von Stellen der Krankenhausseelsorge in den somatischen und psychiatrischen Kliniken liegt grundsätzlich bei den Kirchenkreisen.

Das war nicht immer so. Bis zur Wende waren die Stellen der Krankenseelsorge im Osten Landeskirchliche Stellen – und in Abstimmung mit dem Landespfarrer für Krankenseelsorge, der die Dienst- und Fachaufsicht hatte, wurden die Stellen von der Evangelische Kirche Berlin Brandenburg Ost besetzt. Im Westen waren es Kreiskirchliche Stellen – nach der Wende wurde diese Struktur Anfang der 90er für die ganze EKBO übernommen.

Der Landespfarrer hatte nun nur noch die Fachaufsicht, heute heißt es Fachberatung; die Superintendentinnen und Superintendenten die Dienstaufsicht.

Im Zuge der dritten Kürzungswelle 1993/94 (nach 1978 und 1988 sollten nun 70 % der Klinikpfarrstellen eingespart werden!) wurde das Zuweisungsprinzip erdacht.

Die Landeskirche weist aus jährlich bereitgestellten Mitteln von 1 Mio. Euro jedem Kirchenkreis für jedes Krankenhausbett eine bestimmte Summe pro Bett pro Jahr zu – derzeit 31,75 Euro – vorausgesetzt, das Krankenhaus verfügt über mehr als 200 Betten. Zudem muss es vor Ort eine Stelle für die Krankenhausseelsorge geben. In diesem System werden die Betten in katholischen Häusern zu 50 % gezählt, evangelisch-diakonische Häuser gar nicht, weil die Personalkostenanteile (ohne Versorgungsbezüge) in den katholischen Häusern zu 50 % refinanziert werden, in den diakonischen Häusern zu 100 %.

Zum anderen hängt die Anzahl der Seelsorgestellen – bislang noch in wenigen Fällen – ab von den personellen Ressourcen.

Es gibt unter den Krankenhausseelsorgenden im Vergleich zu anderen Landeskirchen zwar eine verhältnismäßig hohe Anzahl an Diakoninnen und Diakone und Gemeindepädagoginnen und Gemeindepädagogen – hier hat die EKBO innerhalb der EKD bereits eine Sonderstellung

*Die Anzahl der
Seelsorgestellen hängt
von den personellen
Ressourcen ab.*

– die bisherige Absicherung der Arbeit mit Pfarrpersonen, Diakoninnen und Diakone oder Gemeindepädagoginnen und Gemeindepädagogen kommt jedoch durch die ansteigende Zahl derer, die gegenwärtig in den Ruhestand gehen an ihre Grenzen. In den vergangenen zwei Jahren ist es in einigen Fällen gelungen, eine frei gewordene Stelle mit qualifizierten Ruheständler:innen zu besetzen (derzeit sind vier Ruheständler:innen in der Krankenhausseelsorge beschäftigt).

Um dem zukünftigen Mangel an Klinikseelsorgenden entgegenzuwirken, sind in den vergangenen Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen worden:

- **Nachwuchsförderung** durch gezielte pastoralpsychologische Qualifizierung:
 - KSA für Studierende seit 2018;
 - KSA für alle Vikarinnen und Vikare;
- **Ermutigung** der dafür geeigneten Seelsorgenden **zur Weiterqualifizierung** zu Supervisoren und Supervisorinnen und KSA-Kursleiterinnen;

• **Neustrukturierung der Ausbildung von ehrenamtlichen Seelsorgenden.** Die Krankenhausseelsorge benötigt qualifiziertes und begleitetes Ehrenamt.²¹ Analog braucht ehrenamtliche Seelsorge Hauptamtlichkeit.

Darüber hinaus wird die Frage des Quereinstiegs in die Krankenhausseelsorge diskutiert, wobei zu klären ist, für welche Bereiche es einer pfarramtlichen Ausbildung bedarf. Ungeklärt ist auch die Frage, welche theologische Qualifikation vorhanden sein muss, wenn schon therapeutische und pastoralpsychologische Qualifikationen vorhanden sind.

Schließlich soll eine ökumenische Rahmenvereinbarung erarbeitet werden, da christliche Krankenhausseelsorge heute nur noch in ökumenischer Zusammenarbeit abgesichert werden kann. In vielen Kliniken und auch auf Ebene von einzelnen Kirchenkreisen wird von den Krankenhausseelsorgenden die ökumenische Zusammenarbeit hinsichtlich des Gottesdienstangebotes, der Aufteilung der Kliniksta-

²¹ Vgl. das von Referat 3.2, Spezialseelsorge, dem AKD, dem Leiter der KTS und den Beauftragten für Krankenhaus- und Notfallseelsorge erarbeitete SEA-Konzept Seelsorgliche Begleitung von Menschen in alltäglichen und besonderen Situationen für Ehrenamtliche.

tionen wie auch der Rufbereitschaft schon oft erfolgreich praktiziert. Sie ist allerdings nirgends abgesichert oder konzeptionell hinterlegt, sondern allein von der Bereitschaft zur ökumenischen Zusammenarbeit der Beteiligten abhängig.

5.1.3. Qualifikation der Krankenhauseelsorge im heutigen Gesundheitswesen

Einerseits leben wir in der westlichen Welt in einer zunehmend säkularen Gesellschaft mit einem Gesundheitssystem, das vor allem nach den Kosten fragt und entsprechend den Menschen als „Kostenfaktor“ betrachtet. Gleichzeitig fordert die Professionalisierung der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden seit Beginn der Hospizbewegung auf unterschiedlichen Ebenen die Wahrnehmung der spirituellen Dimension des Menschseins ein. Mit der Entwicklung von Palliative Care und der Einbeziehung der spirituellen Dimension in das Behandlungskonzept gibt es eine Anschlussfähigkeit der Kommunikation des Evangeliums, die gleichermaßen Chance und Herausforderung für Kirche darstellt.

Es ist die Chance präsent zu sein, wo Seelsorge gebraucht wird: bei den Schwerstkranken und Sterbenden, den Kranken und An- bzw. Zugehörigen, den Mitarbeitenden, in der Lebens- und Sterbebegleitung, mit gleichwertiger Stimme innerhalb eines Palliativteams, stationär ebenso wie in der ambulanten Versorgung.²²

Und es ist eine große Herausforderung. Denn für eine qualifizierte Präsenz müssen Qualitätsstandards erfüllt sein, ist ein gewisser Dienstumfang notwendig, damit eine verlässliche Erreichbarkeit gewährleistet werden kann, wird Zeit benötigt und eine besondere Qualifikation. Seelsorge ist nicht schon dann ein Qualitätsmerkmal, wenn sie von der Kirche zur Krankenhauseelsorge beauftragt ist! Das ist sie erst dann, wenn zu der theologischen eine pastoralpsychologische Qualifikation hinzukommt, wenn es neben der Fachkompetenz eine Feldkompetenz gibt und wenn die ethischen und professionellen Ansprüche, die in Gesundheitsinstitutionen gelten, nicht unterschritten werden.

²² Von einer seelsorglichen Präsenz in den verschiedenen ambulanten Diensten (SAPV, AAPV und APPV) sind wir leider noch weit entfernt, aber sie sollten immer mitgedacht und langfristig angestrebt werden.

Seelsorge ist erst dann ein Qualitätsmerkmal, wenn zu der theologischen eine pastoralpsychologische Qualifikation hinzukommt, wenn es neben der Fachkompetenz eine Feldkompetenz gibt und wenn die ethischen und professionellen Ansprüche, die in Gesundheitsinstitutionen gelten, nicht unterschritten werden.

Dazu müssen Qualitätsstandards beschrieben sein und die Qualifikationen finanziell unterstützt werden. Die Landeskirche finanziert alle KSA-Kurse mit 100 %; ebenso die Ausbildungen zu ethischen Fallberatern.

In den Richtlinien von 2023 sind die Qualitätsstandards folgendermaßen beschrieben:

Unter §2 (3) 1 heißt es: Für den hauptamtlichen Dienst in der Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge wird vorausgesetzt:

- **Das Vorliegen einer „Bescheinigung über den Abschluss der pastoralpsychologischen Weiterbildung in Seelsorge (KSA)“.** Diese erteilt die Weiterbildungskommission der Sektion KSA in der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP) auf der Basis von zwei absolvierten KSA-Kursen sowie zwei begründeten Empfeh-

lungen von KSA-Kursleiterinnen und Kursleitern.

- **Alternativ dazu kann das „Seelsorgezertifikat“ der DGfP vorgelegt werden.** Dieses erteilt die DGfP sektionsübergreifend auf der Basis von qualifizierter Seelsorgeausbildung im Umfang von 240 Stunden sowie der außerordentlichen Mitgliedschaft in der DGfP.

- **In begründeten Ausnahmefällen** kann der Beirat der Seelsorge-Aus-, Fort- und -Weiterbildung in der EKBO (SAF) im Amt für kirchliche Dienste unter Beteiligung der Landespfarrerin / des Landespfarrers für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge die vorhandene Seelsorgequalifikation feststellen und darüber entscheiden, ob der Bewerber / die Bewerberin sich auf eine hauptamtliche Stelle in der Krankenhauseselsorge bewerben kann.

• In Absatz (8) wird ausgeführt:

1. Berufsbegleitende Aus-, Fort- und Weiterbildungen in der Seelsorge sind für alle haupt- und nebenamtlich in der Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge Tätigen verpflichtend.
2. Supervision ist verbindlich; für die ehrenamtlich Tätigen wird sie empfohlen.
3. Haupt- und nebenamtlich Tätige sollen auf Antrag beim Anstellungsträger für die Dauer der fachbezogenen Aus-, Fort- und Weiterbildung und Supervision unter Fortzahlung der Bezüge festgestellt werden.
4. Die Kosten werden nach Maßgabe der Mittel durch den Anstellungsträger und/oder die Landeskirche entsprechend dem Fortbildungsgesetz übernommen.

5.1.4. Seelsorgekonzeptionen

Das heutige Selbstverständnis evangelischer Krankenhausseelsorge ist stark geprägt von der Erwartung derer, die im palliativen Kontext zu einer hohen Lebensqualität der schwerstkranken und sterbenden Menschen beitragen wollen.

Sie erwarten, dass die Seelsorge interprofessionell mit verschiedenen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung zusammenarbeitet. Entsprechend versteht Evangelische Krankenhausseelsorge sich zumeist als eine Profession unter anderen Professionen in der Gesundheitsversorgung und arbeitet interprofessionell mit den verschiedenen Berufsgruppen zusammen. Je nach Einrichtung wird die Seelsorge den psychosozialen Diensten zugeordnet, gehört zu den „externen“ Mitarbeitenden oder wird als „Teil des Behandlungsteams“ verstanden.

Es gibt nicht „die“ Seelsorgekonzeption der EKBO und auch keine Seelsorgekonzeption eines Kirchenkreises.

Allerdings erfüllen die „**Richtlinien für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge**“ in Kombination mit der „Dienstvereinbarung“ und einer vom Konventsrat erarbeiteten Erreichbarkeitsregelung teilweise die Funktion, die eine Seelsorgekonzeption hat: zu beschreiben, auf welcher Basis (theologisch) und durch wen (Qualifikation) der kirchliche Dienst in Krankenhäusern auf

welche Weise wahrgenommen und verantwortet wird und für wen dieser Dienst angeboten wird.

Dem geäußerten Wunsch, für den Bischofsbericht die Seelsorgekonzepte zu skizzieren, sind die Seelsorgenden gern nachgekommen, deren Zulieferungen ich hier darstelle.

Je nach Einrichtung und Verortung der Seelsorge innerhalb des Unternehmens unterscheidet sich die Seelsorgekonzeption, die dem Dienst zugrunde liegt.

So gibt es eine zweiteilige **Seelsorgekonzeption der Johannesstift-diakonie** vom leitenden Theologen Dr. Weinhold, in der zum einen die Grundlagen der Seelsorge, das Anstellungsverhältnis der Seelsorgenden und das Qualifikationsprofil beschrieben werden, zum anderen das Selbstverständnis der Seelsorgenden formuliert wird. Die Konzeption ist kompatibel sowohl mit den Richtlinien als auch mit dem Muster einer Dienstvereinbarung und der Erreichbarkeitsregelung. Problematisch erweist sich den Leitenden Theologen als Dienstvorgesetzten festzulegen, denn die Seelsorgenden sind ja fachlich dem Landespfarramt unterstellt.

Das **Rahmenkonzept Seelsorge der Alexianer** wird verantwortet vom Referat „Christliche Ethik/Leitbild/Spiritualität (CELS)“ der Stabsstelle der Hauptgeschäftsführung für sämtliche Prozesse im Bereich Ethik und Spiritualität. Diesem geht es vor allem um einen ganzheitlichen Heilungsansatz, um die Verhältnisbestimmung der Seelsorge als Profession zu den anderen therapeutischen Professionen und die Verortung der Seelsorge. Es wird allen Einrichtungen der Alexianer, die zum Krankenhausbereich zählen, empfohlen, die Seelsorge in das erweiterte Behandlungsteam einzubinden, da der seelsorglichen Begleitung als integrativer Bestandteil der Versorgung und Begleitung eine hohe Bedeutung zukomme. Dazu muss die Seelsorge konzeptionell implementiert sein, die Einrichtung im Behandlungsvertrag darauf hinweisen, dass die Seelsorge Teil des behandelnden Teams ist und transparent machen, dass die Seelsorge in diesem Rahmen Patientendaten weiterverarbeiten darf.

Es ist das einzige mir bekannte Konzept, in dem die Rolle der Seelsorgenden innerhalb eines multiprofessionellen Teams definiert

wird und die wichtige Frage der Dokumentation über die Bindung an das Beichtgeheimnis und Seelsorgegeheimnisgesetz hinaus differenziert behandelt wird.

Dennoch wird auch ohne Konzept die Einbindung der Seelsorge in das Behandlungsteam festgestellt, wenn die Seelsorgerin schreibt: „Von der Tradition her (Gründung durch Ordensschwwestern) ist Seelsorge in beiden Krankenhäusern (Sankt Gertrauden und Franziskus) verwurzelt und fest implementiert in den Strukturen und Abläufen im Krankenhaus. Daher ist Seelsorge auch den meisten Mitarbeitenden sehr präsent und werden wir in der Regel als Teil des Teams wahrgenommen. Wir müssen unsere Anwesenheit im Krankenhaus nicht erklären oder rechtfertigen, sondern werden viel direkt angefragt und in Anspruch genommen von Mitarbeitenden der unterschiedlichen Professionen (Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, Sozialdienst, Psychologinnen, Physio- und Logotherapeuten, ...). Auch bei Fragen zur Leitbildarbeit oder zum Umgang mit Sterbenden

*Seelsorge wird
verstanden als Bindeglied
zwischen den Welten*

und Verstorbenen oder bei ethischen Fragestellungen werden wir hinzugezogen. Die spirituelle und seelische Dimension des Menschseins im Kontext von Krankheit und Heilung wird an beiden Krankenhäusern ernstgenommen und berücksichtigt.

Die mir zugegangenen Antworten der Seelsorgenden enthielten viele Übereinstimmungen:

- Seelsorge wird verstanden „als **Begleitung und Lebensdeutung** im **Horizont des Glaubens** und als Ermutigung, den eigenen (spirituellen) Weg zu suchen und zu finden – und auch: **Beistand/Da-Sein** in Krisensituationen aus einer christlichen Grundhaltung heraus, die aber keineswegs immer thematisiert werden muss“, als **„Heilberuf im Gesundheitssystem“** und **„Spiritual Care“**. „Mich persönlich überzeugt das Konzept des seelsorglich praktizierten Spiritual Care, um den spezifisch religiösen Anliegen und Bedürfnissen von Schwerkranken und Sterbenden Rechnung zu tragen, in meinem eigenen Pro-

fil erkennbar und zugleich inter- und transkonfessionell tätig zu sein“. https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/spiritual_care_2020.pdf

- **Seelsorge ist stets ein Beziehungsgeschehen**, dass sich am konkreten Gegenüber, am situativen Kontext und dem Bezugssystem orientiert. Dies entspricht nach Lammer auch der Erwartung der Adressatinnen / Adressaten von Seelsorge: dass sich Kirche den Menschen und ihren Lebenslagen und Lebensthemen in relevanter Weise zugewandt zeigt. Empirische Forschung zeigt, dass die interpersonale Kompetenz der Seelsorgenden den stärksten Wirkfaktor in der Begleitung bildet.
- Seelsorge kann zur Steigerung von Lebensqualität und zur Lebensvergewisserung der Adressatinnen / Adressaten beitragen. Dazu möchte ich Menschen befähigen. Das mir vertraute Spektrum reicht von der **personenzentrierten Gesprächsführung über die systemische Seelsorge mit ihrem ressourcenorientierten Beratungsansatz**, ich nutze meine rituelle und hermeneutische Kompetenz ebenso wie meine Kenntnisse aus der Krisenintervention und Traumaarbeit.
- Es wird der **Beauftragung durch die Kirche** eine hohe Bedeutung beigemessen, „als von der Kirche entsandt und im Krankenhaus Diensttuende sind wir ein Bindeglied zwischen den Welten, werden als solche auch wahrgenommen.“
- Krankenhausseelsorge wird als ein Angebot der beiden Kirchen verstanden und die **ökumenische Zusammenarbeit** betont.
- Die Seelsorge richtet sich an **alle Menschen** unabhängig von Religions- und Konfessionszugehörigkeit, an Patientinnen und Patienten, deren An- und Zugehörigen und Mitarbeitende. „Das ist ein christlicher Auftrag und Dienst der Kirche für das Gemeinwesen! Das gilt es, binnenkirchlich, außerkirchlich, klinisch und in der Gesellschaft zu kommunizieren! Hier ist Kirche bei den Menschen und unabkömmlich.“
- Seelsorgerliches Handeln möchte (in Gesten, Worten, Ritualen, Sakramentsspendung) immer wieder auch mithelfen, persönliche **Lebensgewissheiten** zu suchen, zu **stärken** und zu erneuern.

• **Seelsorge hat kein Therapieziel!**

„Im Krankenhaus sind wir vielleicht die einzige Berufsgruppe, die kein konkretes (Therapie-)Ziel verfolgt, sondern weiten Raum eröffnen will, mit dem angenommen zu sein, was die jeweiligen Menschen mitbringen und wie sie gerade da sind, und die je eigenen (Lebens-)Themen einbringen, durchdenken und durchfühlen zu können.“

Aus der Konzeption der Seelsorgenden an der Charité Campus Benjamin Franklin (CBF):

„In der Betriebsamkeit einer medizinischen Hochleistungsklinik mit den zahlreichen Untersuchungen und Behandlungen, geraten viele Kranke in einen Strudel von Gefühlen und Gedanken. In der Begleitung durch die Seelsorgerinnen und Seelsorger an allen Charité-Standorten wird Raum dafür gegeben: Hier kann die seelische Befindlichkeit wahrgenommen werden und zur Sprache kommen. Das kann Schweres leichter machen und zur Klärung beitragen.“

In den Gesprächen werden unterschiedliche Themen berührt, etwa:

- Erfahrungen in Krankheit und Heilung
- Erleben eigener Grenzen
- Bewältigung von Krisensituationen
- Sterbebegleitung
- Abschied
- Orientierung im Glauben
- Belastung von Angehörigen und Personal
- Freude über Genesung
- medizinisch-ethische Fragestellungen
- persönliche seelsorgerliche Anliegen jeder Art

Die Seelsorgenden wenden sich Patientinnen und Patienten zu, aber auch deren An- und Zugehörigen oder Mitarbeitenden der Charité. Die seelsorgerischen Unterstützungsangebote stehen dabei jedem offen – auch unabhängig von Weltanschauung und Religionszugehörigkeit. Es werden auf Wunsch auch Kontakte zu anderen Konfessionen und Religionsgemeinschaften vermittelt.

Die hauptamtlichen Seelsorgepersonen bemühen sich, um regelmäßige Präsenz auf den Stationen.

(Wichtiges Prinzip der Arbeit: Geh- und Komm-Struktur der Seelsorge aufrecht zu erhalten.) Dabei werden sie unterstützt durch einen Kreis gut ausgebildeter ehrenamtlicher Seelsorgender. Am CBF wird bislang ununterbrochen eine 24/7 Bereitschaft der Seelsorge abgesichert. Dies entspricht den Anforderungen und Notwendigkeiten in einem Universitätsklinikum der Maximalversorgung.“

Einige Seelsorgende schreiben, dass sie entweder kein oder noch kein Seelsorgekonzept haben, aber daran arbeiten.

5.1.5. Die Rolle der Geschäftsleitung / des Anstellungsträgers bei der Ausgestaltung des Seelsorgeauftrages?

Drei Beispiele

DRK Kliniken Berlin

Ein klares „Ja“ des Trägers zur Seelsorge.

Seit einigen Jahren beteiligt sich der DR-Kliniken-Berlin-Unternehmensverbund an seinen drei Berliner Standorten an den Personalkosten der insgesamt sechs Seelsorgenden beider Konfessionen.

Ein Profil / eine Konzeption der Seelsorge ist gewünscht.

In Köpenick ist die Seelsorge wertgeschätzter und uneingeschränkter Bestandteil der multiprofessionellen Teams.

Ein minutiöser Arbeitszeitnachweis wird erwartet.

Sankt Gertrauden-Krankenhaus / Franziskus-Krankenhaus

„Bei meinen beiden Stellenanteilen gibt es eine Mischfinanzierung; die Krankenhäuser zahlen jeweils einen Betrag zu meiner Stelle dazu. Dienstaufsicht hat der Superintendent; mit ihm habe ich alle zwei Jahre ein Orientierungsgespräch (und auch durch die Pfarrkonvente immer wieder Austausch zwischendurch).

Im Sankt Gertrauden-Krankenhaus ist es bei der Geschäftsleitung präsent und wird es akzeptiert, dass die Dienstaufsicht bei der Kirche liegt. Zugleich haben wir als Seelsorge-Team einen regelmäßigen Austausch mit der Geschäftsleitung, haben dabei auch eine gewisse Vertrauensstellung. In Krisenmomenten werden wir hinzugezogen, bei Besuchen von Vorstandsmitgliedern mit eingeladen,

bei Anlässen und Veranstaltungen einbezogen. Manchmal ist es ein Balanceakt und Mitarbeitenden müssen an die Unabhängigkeit von Seelsorge erinnern.“

Sana Klinikum Hoyerswerda

„Die Geschäftsleitung hat im Jahr 2000 die Umgestaltung des Raums der Stille vom Büro zum Gottesdienstraum mitgetragen und bezahlt. Seit 2015 stehen uns auch ein Büro mit Internetzugang und ein Gesprächsraum zur Verfügung.

Ansonsten gestalten wir die Ausformung der Seelsorge.

Es gibt regelmäßige Gespräche mit der Geschäftsleitung. Die Dienstaufsicht liegt bei der Sana-Geschäftsleitung. Die Fachaufsicht liegt größtenteils beim EC. Der Anstellungsträger lässt mir große Freiheit bei der Ausgestaltung meines Seelsorgedienstes. Zusätzliche Aufgaben wie Begleitung der FSJler und/oder Integrationsbeauftragter fallen mir allerdings auch zu. Ebenso die Leitung der Ethikarbeit.

Ein direktes Angestelltenverhältnis bringt natürlich gewisse allgemeine Verpflichtungen mit sich.“

5.1.6. Vernetzung der Krankenhausseelsorge innerhalb des Kirchenkreises

Die Krankenhausseelsorge ist strukturell gut vernetzt mit den Kirchenkreisen, und innerhalb der Kirchenkreise mit Hospizdiensten und Trauergruppen.

Die meisten Seelsorgenden nehmen regelmäßig teil an den monatlichen Pfarrkonventen, einige sind Mitglied im Kreiskirchenrat und der Kreissynode.

Durch unmittelbaren Kontakt zu den angrenzenden Kirchengemeinden entwickeln sich immer wieder konkrete Kooperationen, wie in Charlottenburg. Die Seelsorgerin aus dem Sankt Gertrauden-Krankenhaus schreibt: „Der ehrenamtliche Besuchsdienstkreis im Sankt Gertrauden-Krankenhaus ist unter der Corona-Pandemie zum Erliegen gekommen. In den vergangenen Monaten haben wir begonnen, ihn wieder neu aufzubauen. Das Ehrenamt haben wir über die Gemeinden im Kirchenkreis (über Gemeindebriefe) und über den Kirchenkreis beworben. Die Schulungen hat unser Seelsorge-Team zusammen mit dem Hospizdienstmitarbeiter selbst durchgeführt; als Referenten

hatten wir dabei auch den Chefarzt der Geriatrie, die stationsleitende Krankenschwester der Geriatrie und die Krankenhauspsychologin zu Gast. Der ehrenamtliche Besuchsdienstkreis wird von mir regelmäßig begleitet.“

Weitere Zusammenarbeit:

- Gottesdienstvertretungen im Kirchenkreis und Kasualien (vor allem Beerdigungen).
- Die regelmäßige Gestaltung von Konfirmandenstunden im Krankenhaus.
- Einbringung von seelsorglichen Themen in Senioren-, Jugend- und Besuchsdienstkreisen in den Gemeinden.
- Es sind einige Seelsorgende regelmäßig angefragt zur Begleitung, für Vorträge und Schulungen in ehrenamtlichen Besuchsdienstkreisen, und mit ambulanten Diensten, wie dem Hospizdienst vernetzt.
- Gemeindeglieder werden nicht nur während eines Klinikaufenthaltes besucht, sondern darüber hinaus werden Hausbesuche gemacht und wird Trauerbegleitung angeboten.

Eine Seelsorgerin mit einer Kombistelle schreibt: „In meiner eigenen Stellenkombination liegt mein Schwerpunkt im gemeindlichen Dienst in der Heimseelsorge, Bestattungen und dem Besuchsdienst. Drei große Senioreneinrichtungen der AWO übernehmen zumindest meine Fahrtkosten, was schon mal ein kleiner Anfang ist [...] diese Zusammenarbeit ist m. E. ausbaufähig.“

5.1.7. Die Bedeutung der Krankenseelsorge für die Arbeit im ländlichen Raum?

- Klinikseelsorge ermöglicht Begegnung (in Gespräch und Gottesdienst) mit Menschen vom Land, für die der Weg in „ihre“ Kirche zu weit geworden ist.
- Klinikseelsorge entlastet die Gemeindepfarrpersonen, für die der Anfahrtsweg zur Klinik zu weit ist, um ihre kranken Gemeindeglieder zu besuchen.
- Das Einzugsgebiet des Krankenhauses ist groß: mit der Seelsorge sind Ansprechpartner:innen für große und kleine Nöte vor Ort, wenn die Angehörigen nicht mal schnell kommen können.

- Die Krankenhauseelsorge ist ein Repräsentationsort geistlicher Arbeit, ein Ort kirchlicher-gemeindlicher Präsenz.
- Patientinnen und Patienten können Kirche ganz anders erleben als zu Hause. Ich kann helfen, über Dorfhorizonte hinaus zu sehen.
- Die Strukturen sind kleinteilig. In ihren Gemeinden sind Engagierte oft gut vernetzt und finden Bekannte und Bestärkung. Viele nicht-Engagierte erleben Kirche/Glauben erstmalig in der Klinik.
- Große Chancen sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum – gerade auch in strukturschwachen Gebieten muss es gewährleistet sein, dass Menschen sich nicht verlassen und vergessen, sondern gesehen und begleitet fühlen in Not-situationen.
- Ehrenamtliche Mitarbeit vor Ort sollte sich etablieren und das Krankenhaus sollte als ökumenischer Arbeitsort verschiedener Denominationen entdeckt werden.
- Explizit kirchlicher Auftrag und große Chance, bei den Menschen zu sein. „Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht.“ – das ist und bleibt es schlicht und ergreifend.
- In der Klinikseelsorge ist „Kirche bei den Menschen“, die ihr Angebot brauchen, nicht am „zweiten“, „dritten“ oder „anderen“ Ort, sondern wie in den Parochien auch an ihrem „ureigenen“ Ort und am richtigen Platz.
- Auch der Heilungsauftrag Jesu Christi muss immer wieder neu ernst genommen werden.
- Durch Überalterung und Bevölkerungsrückgang schrumpfen die Gemeinden unaufhaltsam, die räumlich Ausdehnung der „pastoralen Räume“ nimmt enorm zu – Pfarrstellen werden rarer und der Personalmangel schlägt hier längst zu. Kommunale Strukturen in Gesundheits- und Seniorenversorgung werden weiterhin vorgehalten und bieten Option zu attraktiven Stellenkombinationen: Krankenhaus- bzw. Heimseelsorge plus Gemeinde- oder Schul- oder Regionalpfarramt.

5.1.8. Seelsorge und Digitalität

Die meisten Seelsorgenden haben Zugang zum Intranet, manche werden auf diesem Weg angefordert, wenige dokumentieren in einer digitalen Patientenakte.

So die Kollegin vom Städtischen Klinikum Görlitz: „Ich konnte erreichen: Das Seelsorge-Konsil wird vom Personal im Intranet eingegeben – ich kann es beantworten! Ich sehe die Stammdaten. Das wurde vorher juristisch geprüft. In den Grundbegriffen darf ich in die Patientinnen- und Patientenakte einschreiben, was ich getan habe.“

Ein anderer schreibt: „Die elektronische Patientinnen- und Patientenakte wird gerade eingeführt im Haus. Leider befürchte ich, dass ich nicht entsprechend eingebunden werde, trotz meiner Bitten und Eingaben.“

Wieder eine andere aus der Charité Campus Benjamin Franklin:

„Bislang dokumentieren wir nur im Palliativbereich die Zeiten der jeweiligen Kontakte und Besuche. Selbstverständlich keine Inhalte oder Eindrücke. Wir bekommen nach wie vor Zugang zu den sogenannten Pfarrerlisten. Die Charité stellt uns PC und Drucker, dazu eine Kamera für die in der Corona-Zeit zahlreicher gewordenen Videokonferenzen. Die E-Mail-Seelsorge nimmt zu und ist ein fester Bestandteil unserer Arbeit geworden.“



Und aus dem Sankt Gertrauden-Krankenhaus: „Wir haben einen Seelsorge-Team-Chat (Signal), um uns bei Notfällen kurzfristig gegenseitig informieren zu können. Wir decken eine 24/7-Rufbereitschaft ab. Insbesondere mit Patientinnen und Patienten aus dem Franziskus-Krankenhaus, die ich über einen längeren Zeitraum begleite, pflege ich auf Wunsch auch Chat-Seelsorge, da ich im Franziskus aufgrund des geringen Stellenanteils nicht so viel vor Ort bin wie im Gertrauden.

Auf der Homepage des Carl-Thiem-Klinikum (CTK) und des Kirchenkreis sind wir vertreten.

Die Gottesdienste und Andachten werden zwar nicht digital übertragen, aber über den Hauskanal in die Patientenzimmer. Regelmäßig schreiben wir von der Seelsorge Rundmails an alle Mitarbeitenden des Hauses zu besonderen Anlässen, Jahreszeiten

und Themen. Auch informieren wir über von uns organisierte Anlässe jeweils digital alle Mitarbeitenden.

Eine hausinterne Rundmail mitgeistlichem Impuls (Seelsorgegruß) wird deutlich mehr gelesen in der Mitarbeiterschaft, als die Präsenzandacht besucht.

Ideen für digitale Übertragungen von Gottesdiensten habe ich, aber die Technik im Haus macht das nicht mit und die Gemeinden vor Ort haben sich dafür noch nicht wirklich begeistern lassen. Eine meiner Ideen wäre einen monatlichen Gottesdienst aus der Kirche ins Krankenhaus zu übertragen (evtl. per YouTube). Hierfür habe ich bisher weder die Geschäftsleitung (technische Voraussetzungen!), noch Mitarbeitende der Kirchengemeinde / LKG gewinnen können.“

Anne Heimendahl, August 2023

5.2. Übersicht Kliniken und Seelsorgende in den Kirchenkreisen

Kirchenkreis	Krankenhäuser	Seelsorgende	Stellenumfang/-anteil	Angestellte je Träger	Re- und Co-finanzierung	Betten
Sprengel Berlin						
Nord-Ost	10	15	11,5 DU 7 x 100 % (davon 1 x an 2 Kliniken) 1 x 75 %; 1 x 70 % 6 x 50 %	14 x Kirchenkreis 1 x JSD	1 x Kirchenkreis 9 x Co-finanziert	5.053
Stadtmitte	4 (plus Bundeswehrkhs)	7	4,15 DU 2 x 100 % 1 x 65 % 2 x 50 % 2 x 25 % Ruhestandsbeauftragungen	5 x Kirchenkreis 2 x Alexianer	3 x Kirchenkreis 1 x Co-finanziert	3.521
Süd-Ost	6	9	6,25 DU 5 x 100 % 2 x 75 % 2 x 50 %	6 x Kirchenkreis 3 x Lobetal	3 x Kirchenkreis 3 x Co-finanziert	2.676
Charlottenburg-Wilmersdorf	8	6	4,5 DU 3 x 100 %, davon 1 x in 2 Häusern 1 x 75 % 1 x 50 % 1 x 25 % (plus 25 % APhS)“	6 x Kirchenkreis	Alle Co-finanziert	1.925
Neukölln	3	4	3,3 DU 2 x 100 % 1 x 80 % (an 2 Häusern) 1 x 50%	4 x Kirchenkreis	4 x Kirchenkreis	1.609
Reinickendorf	3 (Maßregelvollzug ist NN)	2	2,0 DU 2 x 100 % (davon 1 x an 2 Häusern)	2 x Kirchenkreis	1 x Kirchenkreis 1 x Co-finanziert	1.416

Sprengele Berlin						
Spandau	4	4 (davon 1 x 30 % direkt bei JSD angestellt und bezahlt)	2,8 DU 2 x 100 % 1 x 80 % (davon 50 % Klinik, 30 % Trauerarbeit)	3 x Kirchenkreis 1 x JSD	2 x Kirchenkreis 2 x Co-finanziert	1.597
Steglitz	2	4	3,0 DU 2 x 100 % 2 x 50 %	4 x Kirchenkreis	Alle Kirchenkreis	1.175
Teltow-Zehlendorf	4 (davon 1 Baptisten)	5	3,25 DU 1 x 100 % 1 x 75 % 3 x 50 %	5 x Kirchenkreis	Alle Co-finanziert	1.149
Tempelhof-Schöneberg	4 (davon 1 vakant)	3	3,25 DU 2 x 100 % (je für 2 Häuser) 1 x 25 %	3 x Kirchenkreis	1 x Kirchenkreis 2 x Co-finanziert	1.646
Sprengele Görlitz						
Cottbus	1	2	2,0 DU 2 x 100 %	2 x Kirchenkreis	Zur Hälfte Co-finanziert	1.354
Niederlausitz	5	4	2,5 DU 1 x 100 % 1 x 80 % (in 2 KH) 1 x 50 %	3 x Kirchenkreis, 1 x EDBTL	1 x Kirchenkreis 3 x Co-finanziert	1.016
Oderland-Spree	11 (davon 5 vakant und 3 Baptisten)	3	1,75 DU 1 x 100 % 1 x 50 % 1 x 25 %	3 x Kirchenkreis	Alle Kirchenkreis	2.670
Schlesische Oberlausitz	5 (davon 1 vakant)	4	3,0 DU 2 x 100 (davon 1 x 100 % an 2 Häusern) 2 x 50 %	4 x Kirchenkreis	1 x Kirchenkreis 3 x Co-finanziert	1.420
Zossen-Fläming	2	2	0,75 DU 1 x 50 % (mit 2 Verträgen á 25 % an 1 Haus) 1 x 25 %	2 x Kirchenkreis 1 x Asklepios	2 x Co-finanziert	563

Sprengel Potsdam

Barnim	4 (davon 1 Baptisten)	2	1,75 DU 1 x 100 (an 2 Häusern) 1 x 75 %	2 x Kirchenkreis	Alle Kirchenkreis	1.186 (plus 660 Neuro)
Falkensee	Kein KH					
Mittelmark- Brandenburg	8 (davon 3 vakant)	5, davon 1 direkt von der Klinik unabhän- gig vom KK angestellt.	3,5 DU 3 x 100 % (davon 1 x 100 % an KH, APH u Hospiz) 1 x 50 %	3 x Kirchenkreis, 1 x EDBTL	Alle Co-finanziert	1.857
Nauen- Rathenow	2	1	1,0 DU 1 x 100 %	1 x Kirchenkreis	Alle Kirchenkreis	482
Oberes Havelland	1	1	0,5 DU 1 x 50%	Kirchenkreis	Alle Kirchenkreis	330
Potsdam	4	6	3,4 DU 1 x 80 % 1 x 75 % 1 x 60 % 1 x 50 % 1 x 30 % 1 x 25 % (Hospiz)	3 x Kirchenkreis, 1 x Hoffbauer, 1x Oberlin	Alle Co-finanziert	1.467
Prignitz	3	2	2,0 DU 2 x 100 % (davon 1 x 100 % an KH und APH und Hospiz)	Kirchenkreis	1 x Kirchenkreis 1 x Co- finanziert	666
Uckermark	3 (davon 2 vakant)	1	0,5 DU 1 x 50 %	Kirchenkreis	Alle Co-finanziert	398
Wittstock- Ruppin	2 (davon 1 vakant)	1	0,75 DU 1 x 75 %	Kirchenkreis	Alle Co-finanziert	970

5.3. Regionalkonvente in der EKBO (Stand: Dezember 2023)

Sprengel Berlin

Kirchenkreis Charlottenburg-Wilmersdorf

Christa Braun
(F.v. Bodelschwingh Klinik / Team Diakonie)

Christa Burkhardt
(DRK-Kliniken Westend)

Ralf Daniels
(Malteser Krankenhaus,
Paulinenkrankenhaus, Hospiz)

Heike Forwergk
(Team Diakonie, Johannesstift
Diakonie Ev. Waldkrankenhaus)

Karen Hollweg
(St. Gertrauden, Franziskus)

Regina Lippold
(Team Diakonie) – Sprecherin

Nicole Waberski
(Johannesstift Diakonie Martin-
Luther KH) – Stellvertreterin

Peter Paul Wentz
(Schloßparkklinik)

Kirchenkreis Lichtenberg-Oberspree

Katharina Draeger
(DRK – Kliniken Köpenick)

Ringo Effenberger
(Unfallkrankenhaus Berlin)

Ingolf Göbel
(Sana Klinikum Lichtenberg) –
Sprecher

Thekla Knuth
(Vivantes Klinikum Kausldorf)

Peter Sachse
(Unfallkrankenhaus Berlin)

Frank Schlegel
(Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge)

Christiane Strzelczyk
(Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge)

Hella Thorban
(Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge)

Friederike Winter
(Hospiz Köpenick)

Kirchenkreis Neukölln

Anette Didrich
(Diakonie APHS)

Renate Hüdig
(Pflege & Wohnen Sun Park)

Ulrike Reichardt
(Vivantes Klinikum Neukölln)

Steffen Madloch
(Vivantes Klinikum Neukölln) – Sprecher

Cornelia Marquardt
(Achenbach Klinikum)

Jürgen Tetzlaff
(Hermann-Radtke-Haus / Haus Simeon
(Diakoniewerk Simeon) - Ida-Wolff-Haus
(Vivantes)

Kirchenkreis Nord-Ost

Matthias Albrecht
(Lazarus, Hoffnungstaler Stiftung Lobetal)

Sabine Beck
(Bundeswehrkrankenhaus)

Michael Bolz
(Charité Campus Virchow) – Sprecher

Ines Frentz
(HELIOS Berlin Buch)



Martina Graewe

(Jüdisches Krankenhaus, DRK-Kliniken Mitte)

Anna Hellmich

(Alexianer St. Joseph-Krankenhaus)

Kathrin Hennig

(HELIOS Berlin Buch und Maßregelvollzug)

Bernadette Heymen

(Charité Campus Virchow, Kinderklinik)

Kerstin Jage-Bowler

(Henningsdorf u. Oranienburg; Oberhavel-Kliniken)

Sabine Karstan

(Pankow: Caritas Klinik Maria Heimsuchung)

Ekkehard Kirchner

(Deutsches Herzzentrum der Charité am Standort Campus Virchowklinikum)

Mario Luccesi

(Buch: Johannesstift-Diakonie Lungenklinik)

Fred Pohle

(Park Klinik Weißensee)

Diana Scharfenberg

(Buch: Johannesstift-Diakonie Lungenklinik)

Elisa Sgraja

(Charité Campus Virchow)

Bettina Walzer

(Charité Campus Virchow, Kinderklinik)

Anya Zademack

(HELIOS Berlin Buch)

Kirchenkreis Reinickendorf

Jutta Opfer

(Krankenhaus des Evg. Geriatriezentrum; Friederike Fliedner Hospiz, Pflege und Wohnen Schillerpark)

Holger Rühle

(Kirchenkreis Reinickendorf AHPs)

Gabriele Smend

(Vivantes Humboldt-Klinikum) – Sprecherin

Alke Witte

(Dominikus Krankenhaus)

Kirchenkreis Spandau

Stephanie Hennings

(Johannesstift Diakonie – Evg. Waldkrankenhaus Spandau)

Ulrich Hierse

(Johannesstift)

Heike Everth

(Haus Havelblick, Pro Seniore)

Frauke Neupert Schuhmacher

(Gemeinschaftskrankenhaus-Havelhöhe, Arbeit mit Trauernden) – Sprecherin

Karina Nippe

(Vivantes Klinikum Spandau)

Martin Stölzel – Rhoden

(Johannesstift Diakonie – Wichernkrankenhaus)

Kirchenkreis Stadtmitte

Oliver Dekara

(Vivantes Klinikum am Urban) – Sprecher

Birgit Feilcke

(Vivantes Klinikum am Friedrichshain)

Elisa Gebhardt

(Vivantes Klinikum am Friedrichshain)

Katrin Kossi

(St. Hedwig Krankenhaus)

Frank Küchler

(Vivantes Klinikum am Friedrichshain)

Cordula Sorgenfrei

(St. Hedwig Krankenhaus)

Kirchenkreis Steglitz

Hans Joachim Fentz

(St. Marien Krankenhaus, APHS)

Annette Hohnwald

(Kirchenkreis Steglitz, APHS)

Annette Sachse

(Charité Campus Benjamin Franklin)

Hans Georg Scharnbeck

(Charité Campus Benjamin Franklin) – Sprecher

Kristina Ebbing

(Charité Campus Benjamin Franklin)

Kirchenkreis Tempelhof-Schöneberg

Diana Bernitt-Pscherwankowski

(Wohnstift Otto Dibelius)

Geertje Bolle

(Geistliches Zentrum Demenz) – Sprecherin

Juliane Göwecke

(St. Joseph Krankenhaus, Tempelhof)

Martin Schüür

(Vivantes Auguste-Viktoria Krankenhaus)

Barbara Siegert

(St. Joseph, Tempelhof; Vivantes Auguste Viktoria Krankenhaus)

Carsten Unbehaun

(Evg. Seniorenheim Albestraße)

Kirchenkreis Teltow-Zehlendorf

Gesine Bertheau

(HELIOS Klinikum Emil von Behring)

Christine Gebert

(HELIOS Klinikum Emil von Behring)

Regine Lünstroth

(Theodor-Wenzel-Werk)

Diana Scharfenberg

(HELIOS Klinikum Emil von Behring)

Ulrike Urner

(HELIOS Klinikum Emil von Behring)

Wolfgang Weiß

(Johannesstift Diakonie Hubertus KH)

Sprengel Görlitz

Kirchenkreis Cottbus

Uwe Müller

(Carl Thiem Klinikum, Cottbus)

Karen Martens

(Carl Thiem Klinikum, Cottbus) –
Sprecherin

Michael Voigt

(Naemi Wilke Stift Guben)

Kirchenkreis Niederlausitz

Kerstin Höppner – Miech

(Klinikum Finsterwalde)

Thomas Jäger

(Asklepios Fachklinikum, Klinikum Dahme Spreewald, Lübben) – zugehörig zum Regionalkonvent Brandenburg Nord-Ost
Kirchenkreis Oderland-Spree – erweitert zum Regionalkonvent Brandenburg Nord-Ost

Conny Behrmann

(Samariteranstalten Fürstenwalde)

Anemone Bekemeier

(HELIOS Bad Saarow)

Thomas Jäger

(Asklepios Fachklinikum, Klinikum Dahme Spreewald, Lübben)

Matthias Heyde

(Immanuel Klinik Rüdersdorf)

Thomas Hölzemann

(Sana Krankenhaus Gottesfriede Woltersdorf)

Monika Knuth

(Asklepios Fachklinikum Teupitz)

Vera Kolbe

(Immanuel Klinik Rüdersdorf, Diakonie Hospiz Woltersdorf)

Dschin u- OH

(GLG Kreiskrankenhaus Prenzlau)

Anne Linden

(HELIOS Klinikum Bad Saarow)

Ulrike Lindstädt

(Klinikum Frankfurt (Oder) –
Sprecherin

Andreas Reich

(Werner-Forßmann Krankenhaus)

Kirchenkreis Schlesische Oberlausitz

Marita Friebe

(Kreiskrankenhaus Weißwasser)

Antje Kruse

(Städtisches Klinikum Görlitz)

Thomas Schröcke

(Orth. Zentrum Rothenburg; Lausitzer Seenland Klinikum Hoyerswerda)

Torsten Vogel

(Lausitzer Seenland Klinikum Hoyerswerda)

Kirchenkreis Zossen-Fläming

Anita Kern

Monika Knuth

(Asklepios Fachklinikum Teupitz) zugehörig zum Regionalkonvent Brandenburg Nord-Ost

Elisabeth Koppelh

(KMG – Klinikum Luckenwalde) –
Sprecherin

Kirsten Lilie

(Ludwigsfelde/ Teltow)

Johannes Lorenz

(EDBTL, Evangelisches Krankenhaus Luckau)

Sprengel Potsdam

Kirchenkreis Barnim

Andreas Reich

(Werner-Forßmann Krankenhaus) –
zugehörig zum Regionalkonvent
Brandenburg Nord-Ost

Felicitas Haupt

(Städtisches Klinikum Brandenburg) –
Sprecherin

Gast: Siegfried Frenzel

(Klinikum Ernst von Bergmann, Beelitz)

Friedrich Demke

(Evangelisches Diakonissenhaus Berlin-
Teltow- Lehnin, Krankenhaus Lehnin)

Stefan Baier

(Beelitz Heilstätten)

Kirchenkreis Oberes Havelland

Nele Poldrack

(Sana Klinken Sommerfeld)

Birgit Wolter

(Havelkliniken)

Kirchenkreis Potsdam

Johannes Albrecht

(Alexianer, Evangelisches Zentrum
für Altersmedizin)

Matthias Amme

(Oberlinhaus Potsdam)

Elisabeth von Goldbeck

(Hoffbauer-Stiftung,
Hermannswerder, Hospiz)

Elisabeth Koopmann

(Alexianer, St. Joseph)

Franziska Riebesel

(Klinikum Ernst von Bergmann) –
Sprecherin

Gerhard Rütenik, Pfr. i.R.

(Klinikum Ernst von Bergmann)

Kirchenkreis Prignitz

Olaf Glomke

(Kreiskrankenhaus Prignitz) – Sprecher

Friederike Trapp

(KMG Klinikum Pritzwalk)

Kirchenkreis Wittstock-Ruppin

Thomas Hikel

(Universitätsklinikum
Ruppin-Brandenburg)





Sprengel Potsdam

UCKERMARK

WITTSTOCK-
RUPPIN

OBERES
HAVELLAND

BARNIM

NAUEN-
RATHENOW

BERLIN

Sprengel
Berlin

ODERLAND-SPREE

FALKENSEE

POTSDAM

MITTELMARK-
BRANDENBURG

Sprengel Görlitz

ZOSSEN-FLÄMING

COTTBUS

NIEDERLAUSITZ

SCHLESISCHE
OBERLAUSITZ

5.4. Starterpaket für Seelsorgende

Evangelische Kirche Berlin-
Brandenburg-schlesische Oberlausitz
Landespfarrerin für Krankenhaus- und
Altenpflegeheimseelsorge ·
Postfach 35 09 54 · 10218 Berlin

**Landespfarrerin für
Krankenhaus- und
Altenpflegeheimseelsorge**

Anne Heimendahl

Georgenkirchstraße 69
10249 Berlin
Tel. 030 / 2 43 44 - 232
Mobil 0176 / 63 38 14 95

anne.heimendahl@
gemeinsam.ekbo.de

Berlin im Juni 2023

Liebe:r Seelsorgende,

noch einmal: herzlich willkommen in der Krankenhaus- bzw. Altenpflegeheim-Seelsorge!

Hier sind einige Infos zusammengestellt, die mit Antritt der Stelle nützlich sein können.

Alles Gute – im Team und auf Station, im Tun und im Lassen!

I. Neu in der Krankenhaus- bzw. Altenpflegeheimseelsorge

Was Sie schon vor **Antritt der Stelle** bedenken und unternehmen sollten – damit Sie Ihre Stelle gut beginnen können:

1. Supervision für Sie

Nicht nur in Ihrer späteren Arbeit benötigen Sie Supervision auch zur Qualitätssicherung. Schon im Wechsel auf diese neue Stelle kann Ihnen supervisorische Begleitung hilfreich sein.

Beantragung: Auf dem Dienstweg, vor dem Beginn der Supervision über das Landespfarramt; sehen Sie dazu die Richtlinien für die Zahlung von Honoraren vom 16. Juni 2017 der EKBO (KABI 07/2017, S. 141-143: <https://www.kirchenrecht-ekbo.de/kabl/37747.pdf>).

Das Formular zur Beantragung der Bewilligung der Erstattung der Kosten für Supervision finden Sie in der [Anlage 1](#).

Supervisionen werden **für das Kalenderjahr bewilligt** und müssen für jedes Jahr neu beantragt werden.

Sie können wählen zwischen **Einzelsupervision** und **Gruppensupervision**.

Für die **Einzelsupervision** finden Sie die von der EKBO anerkannte, d. h. zur Erstattung zugelassene Supervisor:innen auf dieser Liste: https://www.ekbo.de/fileadmin/ekbo.de/4_wirken/1_Bildung/5_Aus_Fort_Weiter_Bildung/Supervision/Service_Supervision_Supervisionsliste.pdf

Wenn Sie interessiert sind an **Gruppensupervision** bittet Sie die Landespfarrerin darum, dass sie per Rundmail Ihren Wunsch an die Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Sie werden dann benachrichtigt, wo Plätze frei sind/werden.

2. Den Kontakt zum:r Vorgänger:in in dieser Stelle bzw. Kontakt zum Team, in dem Sie arbeiten werden.

Vielleicht hatten Sie bereits im Zusammenhang mit Ihrer Bewerbung Kontakt. In jedem Falle könnten Sie als „Gewählte:r“ auch vor dem Dienstbeginn mit dem:r aktuellen Stelleninhaber:in, dem:r Vorgänger:in bzw. mit Ihrem zukünftigen Team das Ihnen Wichtige besprechen.

Sollten Sie zukünftig in einem Team arbeiten, gibt es zur Unterstützung des Teams auch die Möglichkeit eines Coachings von bis zu drei Sitzungen.

Worum es bei den Vorgesprächen auch gehen kann: siehe dazu auch unter [3. und 4.](#)

3. Kontakt zur Landespfarrer:in (Fachberatung) u. a. zu diesen Punkten:

Sie werden mit Dienstbeginn ebenfalls Mitglied des Gesamtkonventes aller Seelsorgenden in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen sein und sollten an den Fachtagungen im Frühjahr und Herbst teilnehmen.

Der Gesamtkonvent hat folgende Arbeits-Gruppen (AGs):

AG Altenpflegeheimseelsorge, AG Hospizseelsorge, AG Kinderklinikseelsorge, AG Psychiatrieseelsorge, AG Spiritual Care, AG Stille Geburt.

Die Seelsorgenden treffen sich auch regional in Konventen. ([Anlage 2](#))

Das Logo für die Krankenhausseelsorge und das Logo für die Altenpflegeheim-Seelsorge finden Sie ebenfalls in der Anlage ([Anlage 3](#))

Sie können mich auch bzgl. folgender Punkte ansprechen:

- aktuelle/vorläufige Dienst- bzw. Arbeitsplatzbeschreibung
- Information über existierende Verträge bzw. Vereinbarungen zwischen Anstellungsträger, Träger des Krankenhauses bzw. Altenpflegeheim, Landespfarramt
- bisherige/aktuelle Regelungen zu Erreichbarkeit und Vertretung im Fall von dienstlicher Abwesenheit und Krankheit
- Antrag stellen auf Zugang für Intranet der EKBO für den Bereich Krankenhaus- und Altenpflegeheim-Seelsorge
- Verfahren der Einführung in die Stelle besprechen (die zusammen mit Anstellungsträger und Träger des Krankenhauses bzw. Altenpflegeheimes erfolgen wird)

4. Kontakt zu Dienst- und Fachaufsicht (Anstellungsträger) u. a. zu diesen Punkten:

- Übergabe bedenken (Termin, Beteiligte, Ort)
- „Büroausstattung“ vonseiten des Anstellungsträgers: Telefon, Computer, Internetzugang, Intranetzugang, E-Mail-Adresse und -Zugang, Briefpapier, Briefkopf
- Öffentlichkeitsarbeit des Anstellungsträgers für die Krankenhaus- bzw. Altenpflegeheim-Seelsorge
- Mitarbeit in Gremien: Pfarrkonvent (Termine), Regionalkonvent (Ansprechpartner und Termine), Ehrenamtliche
- Aktuelle/vorläufige Dienst- bzw. Arbeitsplatzbeschreibung

- Information über existierende Verträge zwischen Anstellungsträger/ Träger des Krankenhauses bzw. Altenpflegeheimes /Landespfarramt
- Bisherige/Aktuelle Regelungen zu Erreichbarkeit und Vertretung im Fall von dienstlicher Abwesenheit und Krankheit
- Verfahren der Einführung in die Stelle besprechen (sollte zusammen mit Fachberatung und Träger des Krankenhauses bzw. Altenpflegeheimes erfolgen)

5. Kontakt zum Träger des Krankenhauses bzw. Altenpflegeheimes:

- Übergabe bedenken (Termin, Beteiligte, Ort)
- „Büroausstattung“ vonseiten des Krankenhaus- bzw. Altenpflegeheim-Trägers: Telefon, Computer, Internetzugang, Intranetzzugang, E-Mail-Adresse und -Zugang, Briefpapier, Briefkopf
- Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhaus- bzw. Altenpflegeheim-Trägers für Krankenhaus- bzw. Altenpflegeheim -Seelsorge
- Raum der Stille bzw. Kirche/Kapelle
- Mitarbeit in Gremien: Ethik-Komitee, Ethik-AG, Fort- und Weiterbildung, Vorstellung in Krankenhaus- bzw. Altenpflegeheim-Leitungssitzung, Stations- bzw. Wohnbereichsleitungssitzung, psycho-soziale Dienste, Palliativteam, Qualitätsmanagement, Ehrenamtliche
- Ansprechpartner: IT

II. Was ansteht bzw. anstehen könnte, wenn Sie Ihre Stelle angetreten haben:

1. Vorstellung im Haus bzw. in den Häusern und Gremien

- Chefarzt- / Chefarztinnen-Runde
- Stationsleitungssitzung
- Krankenhausleitung
- Altenpflegeheim-Leitung
- Psychosoziale Dienste
- Wohnbereichsleitungssitzung
- Ehrenamtlichen-Gruppe

2. Vorstellung bei Kooperationspartnern

- Kirchengemeinden und Religionsgemeinschaften
- andere konfessionelle und religiöse Organisationen im Umkreis des Krankenhauses bzw. Altenpflegeheimes

3. Finden von Assistent:innen für die Einführung aus dem Arbeitsfeld

4. Einführung

Die Einführung sollte nicht gleich zu Dienstbeginn erfolgen, aber innerhalb der ersten drei bis sechs Monate. So können Sie das Haus/die Häuser kennen lernen und auch dort Menschen finden, die Ihre Einführung mitgestalten.

- Vereinbaren Sie im ersten Monat den Termin für die Einführung mit folgenden Beteiligten: Anstellungsträger, Landespfarrerin, Träger des Hauses bzw. der Häuser
- Klären Sie Ausgestaltung und Kostenübernahme für die Einführung mit Anstellungsträger und Träger des Hauses bzw. der Häuser
- Erstellen Sie zusammen mit dem Anstellungsträger die Einladung
- Geben Sie dem Anstellungsträger eine Liste der Menschen und Organisationen, die aus Ihrer Sicht eingeladen werden sollen.
- Lassen Sie diese Einladung als PDF-Dokument über das Landespfarramt per E-Mail an den Gesamtkonvent verschicken

III. Fortbildungen

Wurden im Rahmen des Stellenbesetzungsverfahrens bereits Vereinbarungen dazu getroffen, verfolgen Sie nun die Umsetzung.

Ergibt sich für Sie oder aus Ihrem Tätigkeitsfeld heraus die Notwendigkeit einer Fortbildung, sprechen Sie darüber mit der Landespfarrerin.

Im weiteren Verlauf müssen Sie dann Anträge auf Freistellung, Bewilligung und die Bezuschussung stellen.

In der Regel werden die Kurse der klinischen Seelsorgeausbildung in der Höhe der Kursgebühren, die in Lehnin zu zahlen wären, zu 100 % von der Landeskirche finanziert, andere Fortbildungen zu 1/3 von der Landeskirche finanziell unterstützt.

Vor der Fortbildung:

Das Fortbildungsformular „Antrag auf Bewilligung einer Fortbildung für KHS (Anlage 4), muss immer auf dem Dienstweg gestellt werden und sollte mind. vier Wochen vor Beginn der Fortbildung im Konsistorium sein.

- Fortbildungsantrag ausgefüllt an den/die Superintendent:in
- wenn er/sie die Fortbildung bewilligt hat, geht der Antrag an die Landespfarrerin
- die Landespfarrerin prüft den Antrag und schickt ihn nach Bewilligung / Festlegung des Zuschusses
- an die zuständige Sachbearbeiterin, Frau Kapischke, die ihn schließlich mit allen Unterschriften an Sie zurück schickt.

Nach der Fortbildung:

- Bewilligten Antrag mit allen Rechnungen und einem Anschreiben an die Landespfarrerin mit Bitte um Erstattung der Kosten (bitte Aufstellung der Kosten ohne Mahlzeiten) und Angabe der Kontoverbindung.
- Nach Prüfung der Kostenaufstellung geht der Antrag an Frau Kapischke mit Bitte um Überweisung der Summe an Sie.

IV. Jahresgespräch / Orientierungsgespräch

Wer ein solches Gespräch anregt, drückt damit Interesse am Austausch mit dem Gegenüber aus – und somit am Gegenüber selbst.

Ist Ihnen der Austausch mit dem Anstellungsträger, der Landespfarrerin, dem Träger des Krankenhauses bzw. Altenpflegeheimes wichtig, informieren Sie diese über Ihre Haltung, Ihren Wunsch durchaus auch schon zu Beginn Ihrer Tätigkeit. Dann wissen Ihre Gegenüber, dass es ein solches Gespräch geben wird und können sich darauf vorbereiten.

Ob Sie dann ein oder zwei Gespräche führen, ob es ein Gespräch mit mehreren Gegenübern zugleich wird, sollten Sie im letzten Quartal des ersten Jahres klären.

Ziel eines Jahresgesprächs ist es, für alle Beteiligten zu vereinbaren, was in der Arbeit weiter wie bisher erfolgen soll, welche Veränderungen in welchem Zeitraum angestrebt sind und wer dafür welche Verantwortung trägt. Sinnvoll ist es, möglichst überprüfbare Ziele zu vereinbaren und Verantwortlichkeiten festzuhalten.

Nächste Termine:

Fachtagung des Gesamtkonventes: 18.-20.09.2023 in der Heimvolkshochschule am Seddiner See.

Termine der AG'en bitte den aktuellen Protokollen des Konventsrates entnehmen oder die Kontaktpersonen ansprechen, s. Adressliste ([Anlage 5](#))

AG Altenpflegeheim-Seelsorge

Kontaktperson: Geertje Bolle, Jürgen Tetzlaff

AG Kinderklinikseelsorge

Kontaktperson: Bettina Walzer

AG Psychiatrieseelsorge

Kontaktperson: Anna Hellmich

AG Spiritual Care

Kontaktperson: Johannes Albrecht

AG Stille Geburt

Kontaktperson: N.N.

Die vom Gesamtkonvent 2023 für zwei Jahre gewählten **Mitglieder des Konventsrates** sind:

Christa Burkhardt, Ringo Effenberger, Stephanie Hennings, Ekkehard Kirchner, Steffen Madloch und Friederike Trapp.

Stellvertreter der Landespfarrerin für KHS und APHS ist Olaf Glomke.

Anlagen:

- Antrag auf Bewilligung von Supervision (jedes Jahr neu zu stellen!) und Fortbildung
- Logo der Krankenhauseelsorge
- Liste der Regionalkonvente
- Adressliste



Stand: Oktober 2023

Anne Heimendahl

Bildnachweise:

- Titelbild:** Klinikseelsorge am Klinikbett, Foto: FUNDUS ©Christian Schauderna
- Vorwort:** Bischof Dr. Christian Stäblein, Foto: ©Matthias Kauffmann
- 1. Kapitel:** Hand halten/Beistand, Foto: FUNDUS ©Rolf Oeser
Raum der Stille Hospiz Luckau, Foto: ©Johannes Lorenz
- 2. Kapitel:** Pflegepersonal bei der Arbeit, Foto: FUNDUS ©Rolf Oeser
Seelsorge für Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal,
Foto: ©Ringo Effenberger
Klagetür im Raum der Stille im Lausitzer Seenland Klinikum,
Sana Kliniken AG, Hoyerswerda, Foto: ©Barbara Hustedt
Weiterbildungs-/Ausbildungssituation, Foto: ©Freepik
- 3. Kapitel:** Altenpflegeheim-Seelsorge-Situation, Foto: ©gpointstudio, Freepik
Pflegepersonal im Arbeitsalltag, Foto: ©DC Studio, Freepik
Klangstuhl im Oberlinhaus Potsdam, Foto: ©Matthias Amme
Raum der Stille im Helios Klinikum Berlin-Buch, Foto: ©Thomas Oberländer
- 4. Kapitel:** Pflegepersonal während Corona im Altenpflegeheim, Foto: ©Freepik
- 5. Kapitel:** Seelsorgegespräch am Krankenbett, Foto: ©DC Studio, Freepik
Seelsorgegespräch im Krankenhaus, Foto: ©Ringo Effenberg
Älterer Patient mit Handy, Foto: ©Freepik
EKBO-Kirchenkreiskarte Sprengel Berlin, Grafik: Typoly
EKBO-Kirchenkreiskarte Sprengel Görlitz und Potsdam, Grafik: Typoly

6. Impressum

Herausgeber:

Evangelische Kirche
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
Öffentlichkeitsarbeit
Georgenkirchstraße 69, 10249 Berlin
030 243 44 -121
info@ekbo.de

Kontakt Bischofsbüro:

030 2 43 44 - 296
bischof@ekbo.de
<https://www.ekbo.de/bischof>

Kontakt Krankenhauseelsorge:

Anne Heimendahl
Landespfarrerin für Krankenhauseelsorge in der EKBO
030 2 43 44 - 232
a.heimendahl@ekbo.de
<https://krankenhauseelsorge.ekbo.de>

Redaktion:

Barbara Hustedt

Layout:

Heyder creative studio

1. Auflage:

November 2024

■
■ **EVANGELISCHE KIRCHE**
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
■

www.ekbo.de