

## **Gewimmel am Krankenbett: wer betreut wen und wie kann Zusammenarbeit im Stationsalltag gelingen?** Beobachtungen und Erfahrungen eines Krankenhausseelsorgers

Wie komme ich auf den Titel?

Zunächst kam die Anfrage der Ev. Akademie, als Praktiker zu erzählen, wie bei uns im Sankt Gertrauden-Krankenhaus die Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen funktioniert. Nach meiner Zusage kam eine Mail mit dem Arbeitstitel: „Angehörige, Freunde, grüne Damen, FSJler und Profis – wie gelingt Zusammenarbeit?“ Huch, ist das viel! Im Gespräch mit Krankenhaus-Kollegen vom Hospizdienst stellen wir uns das wie eins der Wimmelbilderbücher vor, auf denen man auf Entdeckungsreise geht: wer da alles im Krankenhaus herumwuselt! Ein paar Bilder illustrieren das.

(Folie: Wimmelbilderbuch „*Mein Kinderkrankenhaus.Amsterdamer Straße*“, Bachem-Verlag 2011). Ein Munteres bis verwirrendes Gewimmel ist hier zu sehen! So geht's einem auch als erwachsenem Patienten ja schon mit den unterschiedlichen *Berufsgruppen* und Fachbereichen, den Schichtwechsellern, Gesichtern und Namen. Es wimmelt also schon von *Profis*, manchmal verwirrend, überfordernd, und so kriegt dann auch mal die Sozialarbeiterin (oder der Seelsorger) zu hören: „Das geht hier ja zu wie im Taubenschlag, Sie sind heute schon die Fünfte, die was mit mir klären will!“ Und dazu noch all die „anderen“...!

(Folie: *Buch wie oben, Krankenhausfest inkl. Klinikkapelle*) Ich spreche als Krankenhausseelsorger ein bisschen aus der Erfahrung einer „Zwischenposition“ zwischen zwei Systemen (Krankenhaus und Kirche) – und ich denke, auch Ehrenamtliche und Hauptamtliche sind zwei unterschiedliche Systeme, die im System Krankenhaus zusammenarbeiten.

So wie die unterschiedlichsten Menschen auf *diesem* Wimmelbild zusammenwirken (Folie: *Plakat Lübecker Theater = Wimmelbild „Oper“*): Kein Krankenhaus, aber auch dramatisch: Leben und Tod, Kampf und Leiden(schaft), Schmerz, Heilung, Rettung, Unverständnis und Trost, Warten auf den richtigen Moment... Extrem viele Mitspieler vor und hinter der Bühne, (Unter-)Dirigenten, Statisten, scheinbares Durcheinander und doch planvolles, hochkomplexes Zusammenwirken. Hilfreiche und hinderliche Hierarchien! Sicht- und Unsichtbares. Besucher. Zuschauer. „Lotsen“ werden wir nachher in einem Vortrag kennenlernen: so wie Platzanweiser im Theater! In der Oper ist nicht immer alles verständlich; auch im Krankenhaus ist mitunter die Verständigung, das Verstehen nicht einfach...

Während Sie sich vom Gewimmel und der Unschärfe des Bilds vielleicht inspirieren lassen durchzublicken, zähle ich jetzt einfach mal all diejenigen auf, die in meinem *Krankenhaus* zusätzlich zu den Profis in der „Sorge für die Kranken“ tätig sind – also all die „anderen“:

- An- und Zugehörige, Freunde, Arbeits- und Vereinskollegen, Nachbarn - das sind alles „Besucher“ aus meinem vertrauten Umfeld: wie wichtig, dass mich jemand im Ausnahmezustand Krankheit / Krankenhaus sucht, aufsucht, besucht, Verbindung herstellt zum Vertrauten!
- Es gibt darüber hinaus spezielle Besucher aus der Kirchengemeinde, die signalisieren: du bist bei uns nicht vergessen, die Gemeinde als besondere Beheimatung nimmt Kontakt auf (im Sankt Gertrauden-Krankenhaus: zwei von Nachbargemeinden Beauftragte, die wöchentlich kommen, darüber hinaus gezielte Besuche von Gemeinden - Haupt- oder Ehrenamtlichen -, die erfahren haben, dass ihr Gemeindeglied im Krankenhaus liegt.)

- Ein ehrenamtlicher *Krankenbesuchsdienst*, in der Klinik fest installiert, ehrenamtlich geleitet, Mitglied in den Caritas-Konferenzen (CKD / Ehrenamtlichen-Netzwerk), mit Ansprechpartnerinnen und regelmäßigen Besuchszeiten auf Stationen (dazu später mehr): 17 Mitglieder, davon 2 Männer: ein niedrigschwelliges Angebot, das u.U. tiefgehende Gespräche ermöglicht.
- Der Hospizdienst mit 2 Hauptamtlichen und 35 Ehrenamtlichen (v.a. Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden in den Abend- und Nachtstunden (dazu nachher mehr im Vortrag von T.Hardeweg)
- Kontaktpersonen von Selbsthilfegruppen (v.a. Brustkrebs)
- 8 evangelische Gottesdiensthelfer, die den Sonntagsgottesdienst vorbereiten, Patienten begrüßen, z.T. auch auf Stationen einladen
- nicht zu vergessen: die klassischen FSJler (Freiwilliges Soziales Jahr, z.Z. 10, bei der Pflegedienstleitung angebunden). Die bisher 35 Plätze für Zivildienstleistende werden z.Z. nicht durch den neuen Bundesfreiwilligendienst ersetzt.
- Praktikanten, darunter auch SeelsorgepraktikantInnen: Beispiel für Projekt-Freiwilligenarbeit.

Ich finde dieses Gewimmel bei uns im Haus ganz gut gelungen. D.h.: viele verschiedene Menschen und Gruppen sind beruflich *und* aus Eigeninitiative für kranke Menschen (und ihre Angehörigen!) engagiert. Damit Zusammenarbeit gelingt, müssen diese Verschiedenen voneinander wissen, sie sollten einander in Grundzügen kennen, und Patienten müssen von ihnen erfahren. Ein Fotostreifzug durch unsere Klinik zeigt ein paar Hinweise auf diese „anderen“ Dienste. (*Folie: Beispiel-Fotos aus dem Krankenhaus*)

Zweierlei gehört dazu. Grob eingeteilt meint das „inhaltlich“ und „strukturell“, aber das überlappt sich:

1. Haupt- und Ehrenamtliche wissen von ihrer Verschiedenheit, ihren unterschiedlichen Funktionen und Kompetenzen und ergänzen sich so. Anders gesagt: sie kennen *Schnittmengen* und Unterschiede. („Wer betreut wen *wie?*“)
2. Es gibt *Schnittstellen*, damit die unterschiedlichen Systeme gut zusammenwirken.

Zu 1): Wofür *Hauptamtliche* im Krankenhaus da sind, ist jedem klar, sie sichern die Kontinuität und Effektivität der Krankenversorgung. Sie prägen auch das Bild..., haben das Sagen / den „Hut auf“. Ich hebe Aspekte der speziellen Bedeutung und Kompetenz der „Anderen“, speziell der Ehrenamtlichen, hervor: (*Folie: Krankenhausfotos zu „Besuch“*)

- *Ergänzende Dienste*, wichtige Zusatzressource (vgl. Vortrag Neukirch: notwendig sind der linke *und* der rechte Schuh, damit's gut „geht“)
- U.U. *mehr* Gesprächs- und *Begleitungszeit* als Schwestern und Pfleger, unabhängig von Schicht- und Zeitplänen, Fallpauschalen usw.
- *Niedrigschwellig*: Konzepte von Besuchsdiensten wie z.B. Grünen Damen (Was kann ich für Sie tun?) betonen dies. Ehrenamtliche wirken u.U. auch niedrigschwelliger als Hilfe-Profis wie Psychologen, Seelsorger u.a. und sorgen für kontinuierliche Zuwendung, wenn *allgemeiner* Gesprächs- / Begleitungsbedarf besteht
- Eine hohe Kunst, die in Ausbildungen gelernt und im Alltag vertieft wird: Balance halten zwischen Sichzurücknehmen und Sicheinbringen!

- „*Besuchs*“dienste: noch einmal betone ich den Wert des Besuchs: er ist kein Teil irgendeiner Behandlung, insofern unabsichtlich, ziel-los, alltagsbezogen, verbindet Patienten mit dem bisherigen Alltag / Heimat „draußen“, der „Normalität“. Selbst Fremde vom Besuchsdienst können so ein Stück Heimat in der Fremde bieten.
- Patienten, die besucht werden, werden z.T. vom Personal aufmerksamer wahrgenommen.

Zu 2): In dem allen schwingt die *Schnittmenge* zwischen Hauptamtlichen / Ehrenamtlichen mit: gemeinsame „Sorge um die Kranken“, sich „kümmern“; sich engagieren, dass es Menschen im Krankenhaus gut, besser geht, dass sie genesen, mit Krisen und bleibenden Einschränkungen umgehen oder gut begleitet sterben können. Da das auch die Grundmotivation *beruflicher* Helfer berührt, kann es u.U. manchmal in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen Irritationen, Konkurrenzgefühle oder Übergriffigkeit geben. (2 Beispiele: bei der Einführung des Hospizdienstes Berücksichtigung der Sorge, Pflegende könnten sich um den Kern ihrer Kompetenz in der Sterbebegleitung betrogen fühlen / der Besuchsdienst hört bei seiner Nachfrage im Stationszimmer schon mal: „nein, heute haben wir niemand für Sie“ und erkundet dann selbstständig sein Terrain, stellt sich in den Zimmern vor und ist in der Regel willkommen)

(Folie: aus *Krankenhaus-Wimmelbilderbuch s.o.: Clowns jonglieren*)

Nach meiner Erfahrung braucht es darum im hochkomplexen und (hierarchischen) System Krankenhaus viel Transparenz, *Schnittstellen*, gegenseitige Information, Balance zwischen institutioneller Einbindung und Freiraum. Meine Erfahrung aus Clownskursen: bei Gewimmel kommt es darauf an, „Zug um Zug“ zu agieren.

Deshalb ein paar Aspekte zu Schnittstellen, Transparenz, Strukturen: (Folie: *Klinik-Fotos*)

- *Rollenklärungen*: wer tut was, ist wofür zuständig und kompetent? Ehrenamtliche (Besuchsdienst, Hospizdienst) lernen in Ausbildungskursen und regelmäßigen Treffen das System Krankenhaus kennen; tauschen sich z.B. mit PDL / Stationsleitungen regelmäßig über ihre Arbeit, Beobachtungen, Anregungen aus, man kennt sich persönlich. Qualitätsmanagement: Zertifizierer fragen nach Ehrenamtlichen; die Profis müssen auskunftsfähig sein!
- „*Ausbildung*“ wichtiges Stichwort: Qualitätsgarant von Kompetenzerwerb zu z.B. Gesprächsführung, Auseinandersetzung mit Krankheit, Leid, Sterben, Krisen, Demenz, aber auch mit strukturellen Gegebenheiten der Klinik. Für Ehrenamtliche ist das gleichzeitig Hürde (nicht einfach mal schnell starten) wie Sicherheit und Rückenstärkung; für Besuchsdienstgruppe und Stationen bedeutet das eine Kontinuitätsgarantie (nach dem Kurs Mitarbeitungsverpflichtung für eine gewisse Zeit)
- regelmäßige *Gruppentreffen*: (Besuchsdienst sechswöchentlich) zur inhaltlichen Fortbildung, auch mit Haus-Fachleuten, Austausch und Zusammenhalt; jährliche Auswertung und Feedback inhaltlich / statistisch: das ist sowohl gruppenintern als auch gegenüber Klinik bzw. Senat wichtig; Supervision, Fortbildungstagungen...
- *Transparenz* über das Profil / Angebot (Flyer, Konzepte; Besuchsdienst hat für Schwestern und Pfleger ein Informationsblatt erstellt sozusagen zu „Indikationen“ und Arbeitsweise; Öffentlichkeitsarbeit; hausinterne Fortbildungen, Mitarbeiter-Infoblatt; Patientenbroschüre

- *Klare Ansprechpartner* für Patienten und Pflegende; klare Zeiten und Erreichbarkeit: Frau X ist dienstags von 15-16h auf Station Y, mittwochs kann Frau A auf Stat.B gefragt werden.
- Dazu gehören jegliche Art öffentlicher Signale: die gehören zum Krankenhaus! Z.B. Karten-Aushang in Stations-Schaukästen, Krankenhaus-Namensschilder, (Kittel oder nicht); Verschwiegenheitserklärung
- *Personelle Schnittstellen* zwischen einzelnen Ehrenamtlichen und Krankenhaus-Organisation: Gruppenleitung (bei uns ehrenamtlich; thematische Begleitung durch Seelsorger; Hospizdienst hauptamtliche Leitung); Anbindung im Organigramm (PDL bzw. Geschäftsführung)
- *Interne und ggf. externe Vernetzung* - „wer betreut wen (und wie)?“: voneinander wissen, sich informieren, empfehlen, hinzuziehen - oder zurückziehen bei Überbetreuung!
- *U.U. Verbandsmitgliedschaft (CKD/Grüne Damen.):* Senatszuschüsse, Fortbildungsangebote
- *Leicht erreichbare Räume!!!* a) zum Umziehen, für Material, gruppeninterne Informationen, b) für Gruppentreffen inkl. Getränken: das muss unbürokratisch gehen
- *Klinikinternes Informationswesen:* von Mitarbeiter-Infoblättern für die Ehrenamtlichen über Teilnahme an Innerbetrieblichen Fortbildungen bis zur Adressdatei der Geschäftsführung für Einladungen zu wichtigen Klinikereignissen
- *Geld* – von der Klinik von Kaffee und Keksen über Nacht-Taxifahrten bis zur Weihnachtsfeier inkl. Geschenke; aber auch durch Fördervereine; Senatsgelder (Aufwandsentschädigung)

Das sind einige Aspekte. Das entwickelt sich in jedem Krankenhaus anders, nach und nach oder stringent systematisch. Ich halte viel von klaren Strukturen.

Die besten Pläne nutzen allerdings nichts, wenn man nicht immer wieder miteinander das Gespräch sucht, neugierig aufeinander bleibt, damit ein lebendiges und belebendes Gewimmel zugunsten Aller im Krankenhaus entsteht, (*noch einmal Folie: Oper*), das Wimmelbild also sozusagen ein buntes Netz des Lebens ist, das trägt.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!

*(Pfarrer Klaus Harzmann-Henneberg, ev. Seelsorger am Sankt Gertrauden-Krankenhaus Berlin-Wilmersdorf, Supervisor)*