

Ehrenamtlicher Samariterdienst in Krankenhaus und Altenheim: grüne Damen und Herren sind 50

Manfred Riegger

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Riegger, Manfred. 2019. "Ehrenamtlicher Samariterdienst in Krankenhaus und Altenheim: grüne Damen und Herren sind 50." Wege zum Menschen: Zeitschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln 71 (6): 463-80.
<https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/zeitschriften-und-kapitel/55304/wege-zum-menschen-2019-jg-71-heft-6>.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:

Deutsches Urheberrecht

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/>



Ehrenamtlicher Samariterdienst in Krankenhaus und Altenheim

Grüne Damen und Herren sind 50

Manfred Riegger

Zusammenfassung: „Grüne Damen und Herren“ sind Ehrenamtliche, die in deutschen Krankenhäusern und Altenheimen arbeiten. Sie wollen den Aufenthalt von Patienten angenehmer gestalten. Ihre Sorge bezieht sich nicht auf medizinische Aufgaben, sondern sie wollen Menschen Gutes tun und Menschlichkeit leben. Ihr Tun wird nicht zuletzt konzeptualisiert.

Stichworte: Ehrenamt, Nächstenliebe, Humanität, Konzeption

Abstract: The article explains the role of “Green ladies and gentlemen”. They are volunteers at hospitals and retirement homes in Germany – a concept that originated in the USA under the title pink ladies or candy strippers. They make a patient’s stay more pleasant. They volunteer for non-medical tasks and provide personalized care to patients, thus life humanity. Concluding the article there is a conceptualization of their work.

Keywords: volunteer service, charity, humanity, conception

Eine Frau mit grünem Kittel klopft an die Tür eines Krankenzimmers, tritt ein, stellt sich als Grüne Dame vor und fragt offen, freundlich und zuvorkommend: „Kann ich Ihnen etwas Gutes tun?“ Schon allein die Frage zaubert vielen Patienten ein Lächeln auf die Lippen. Und zu tun gibt es auch viel: eine Zeitung ans Bett bringen, das Fernseher-Guthaben aufladen, bei Telefonaten helfen und besonders: Gespräche führen, Mut zusprechen, Mitgefühl zeigen, aufmuntern.

Diese Szene entstammt dem subjektiv wahrgenommenen Alltag Grüner Damen im Helios Amper-Klinikum Dachau und ermöglicht einen ersten erfahrungsorientierten Einblick.¹ Im Folgenden wird systematisch geklärt, wer die Grünen Damen und Herren (= GDuH) sind (1.) und was sie in der professionellen Organisation Krankenhaus tun (2.). Auf dieser Basis erfolgt eine Konzeptualisierung (3.).

1. Wer sind die Grünen Damen und Herren?

Neben Entstehung und Verbreitung (1.1) werden Aufgabenbereiche (1.2) sowie Zahlen, Daten und Fakten (1.3) thematisiert.

1.1 Entstehung und Verbreitung

¹ Vgl. Hommel, Thomas, Damenbesuch, in: Gesundheit und Gesellschaft, 16 (6/2013), 28-33, vgl. auch das Video: Asklepios Expertengespräch: Grüne Damen und Herren in der Klinik vom 19. November 2014 (16 Minuten) (<https://www.youtube.com/watch?v=3kh-RYVDi-w>; Zugriff am 27.06.2019).

„Pink Ladies“ bzw. „Candy Strippers“, so heißt der „Volunteer Service“ in den rosa bzw. rot-weiß-gestreiften Kitteln in den USA, der 1944 im East Orange General Hospital in New Jersey, USA entstand.² *Brigitte Schröder*, geboren 1917 in Breslau, die Frau des ehemaligen Innen-, Außen- und Verteidigungsministers Dr. *Gerhard Schröder* (CDU), lernte diese auf Reisen in die USA kennen. Diese Ladies arbeiteten in Krankenhäusern dort mit, wo ihre Hilfe am dringendsten gebraucht wurde und klinkten sich so in den Krankenhausalltag ein. Die Ehrenamtlichen verrichteten Arbeiten, welche das Krankenhauspersonal nicht leisten konnte, aber von den Patientinnen und Patienten gewünscht wurden. *Brigitte Schröder* war derart beeindruckt, dass sie die Evangelische Krankenhaus-Hilfe e. V. (= eKH) in Deutschland ins Leben rief. Ab 1969 wurden Frauen und später auch Männer v. a. in Krankenhäuser und Altenheime geschickt, aus denen heute die Damen und Herren in grünen Kitteln nicht mehr wegzudenken sind: Sie kümmern sich um kranke und alte Menschen und bringen das mit, was heute Pflegerinnen sowie Pfleger und Ärztinnen sowie Ärzte kaum mehr aufbringen können: „Zeit für den einzelnen Menschen, für seine Bedürfnisse, für seine Sorgen und Nöte“³. Die in den Anfangszeiten auftauchenden Probleme, wie zum Beispiel überlastete Grüne Damen und ungenügende Kommunikation mit dem Pflegepersonal und den Ärzten, wurden in Treffen mit klärenden Gesprächen beseitigt. Vergleichbares existiert in der Schweiz mit „Im Dienste eines Mitmenschen“ (IDEM).⁴

Zu Beginn des Jahres 2019 sind in der eKH deutschlandweit 7646 Ehrenamtliche tätig, verteilt auf 396 Krankenhäuser und 133 Altenheime, sowie zwei ambulante Besuchsgruppen.⁵ Von der Bundesgeschäftsstelle über die Einsatzleitung und die Vorstandschaft auf Landes- und Bundesebene weist die eKH eine Struktur auf, welche Organisation und Betreuung der GDuH ermöglicht. Durch dieses überregionale Netzwerk ist die Voraussetzung für eine bundesweite Gemeinschaft, einen intensiven Gedanken- und Erfahrungsaustausch unter den GDuH und eine bestmögliche Betreuung für die Patientinnen und Patienten geschaffen. Den GDuH werden Fortbildungen und Beratungen zu diversen Themen angeboten. Zudem unterstehen sie einem notwendigen Versicherungsschutz. In der jüngeren Schwesterorganisation der Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus-Hilfe sind weitere ca. 3500 GDuH in ca. 200 Krankenhäusern tätig.⁶ Auch hier wird der Aufbau und die Weiterentwicklung dieser Dienste begleitet.⁷

Betrachtet man die geographische Präsenz der GDuH in Deutschland, so sieht man, dass in Bayern im Vergleich mit Nordrhein-Westfalen die Verbreitung vergleichsweise gering ist.⁸ In dieser Bestandsaufnahme werden nur jene im Krankenhaus oder Altenheim tätigen GDuH erfasst, welche sich bei der eKH oder der BAG als solche gemeldet hatten. Wie viele ehrenamtlich Tätige im Sinne der

² Vgl. *Hagenberg-Miliu, Ebba/Schröder, Brigitte*, Deutschlands „Erste Grüne Dame“, Leipzig 2003, 147.

³ Ebd., „Erste Grüne Dame“, 14.

⁴ Vgl. z.B.: <https://www.pdgr.ch/Im-Dienste-eines-Mitmenschen.2119.0.html>, Zugriff am 27.06.2019.

⁵ Vgl. *eKH (Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V.)*, Grüne Damen und Herren. Zahlen und Fakten, <https://www.ekh-deutschland.de/ueber-uns/zahlen-fakten/>, Zugriff am 27.06.2019.

⁶ *BAG Kath. Krankenhaushilfe (Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus-Hilfe)*, *Persönlich – Zugewandt – BAG Katholische Krankenhaus-Hilfe*, 2018, <https://www.ckd-netzwerk.de/unsernetzwerk/bagkathkrankenhaushilfe/bag-katholische-krankenhaus-hilfe-gruene-damen-herren>, Zugriff am 27.06.2019.

⁷ Vgl. *Meuter, Julia/Zollondz, Stefan*, Leitfaden zum Aufbau und zur Weiterentwicklung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten in der Geriatrie, Köln 2016.

⁸ Vgl. *eKH*, Zahlen.

GDuH arbeiten, sich aber nicht bei eKH oder BAG meldeten, kann nicht gesagt werden.

Die ursprüngliche Bezeichnung Grüne Damen, wurde um die Herren gendersensibel erweitert, wobei ein Großteil der Freiwilligen weiblich (7027) und nur 619 männlich ist.⁹

Unter religiöser Perspektive kann hier gefragt werden: Ist das Aufkommen der GDuH nicht ein Zeichen einer Säkularisierung, denn diese Ehrenamtlichen verzichten auf sichtbare religiöse Zeichen?¹⁰

1.2 Aufgabenbereiche

Das Tätigkeitsfeld der GDuH ist negativ relativ klar abgrenzbar: Es handelt sich weder um pflegerische Tätigkeiten des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals oder diagnostische Einschätzungen der Ärzte, noch um Reinigungsarbeiten. Positiv betrachtet stehen die Patientinnen bzw. Patienten und deren Wohl im Mittelpunkt. Es werden Gespräche geführt, kleinere Besorgungen gemacht, Behörden- oder Bankgeschäfte erledigt, Patienten zu Untersuchungen, Therapien oder Andachten begleitet, zuweilen helfen die GDuH Angehörigen, beispielsweise beim Besuch auf der Intensivstation, hören zu, sind einfach da, lesen vor, spielen oder basteln. Vor allem wird Zeit zur Verfügung gestellt. Die GDuH arbeiten unabhängig von der Institution Krankenhaus oder Altenheim, veranlassen gleichzeitig „nichts über die Köpfe des Ärzte- und Pflegepersonals hinweg“¹¹ und sind auch keine Beschwerdestelle. Es wird getan, was Patienten wünschen, was aber das Personal, meist aus Zeitmangel, nicht leisten kann. Auf der Internetseite der deutschen Dachorganisation, der Evangelischen Krankenhaus-Hilfe, heißt es: Die GDuH gehen ihrer Tätigkeit „im Sinne christlicher Nächstenliebe“¹² nach, „haben ein Gespür für seelsorgerliche Tätigkeiten“¹³, halten sich an die Schweigepflicht, passen sich verlässlich an die Struktur und Organisation des Hauses an und nehmen sich für den Gedankenaustausch untereinander sowie Fortbildungsangebote Zeit¹⁴. Zudem müssen die GDuH mindestens 18 Jahre alt sein, sollten wöchentlich drei bis vier Stunden verfügbar sowie zuverlässig, teamfähig, verschwiegen, psychisch und physisch belastbar sein.¹⁵ Im Grunde kümmern sich die GDuH um die Würde des Menschseins. Entwickelten sich ihre Aufgaben als Nebenfolgen der Professionalisierung in modernen Krankenhäusern und Altenheimen? Dieser Hypothese ist noch nachzugehen.

1.3 Zahlen, Daten und Fakten

⁹ Vgl. ebd.

¹⁰ Vgl. Grözinger, Elisabeth, Seelsorge – eine ganz besondere Begleitung auf der Suche nach Überblicken, in: PrTh 35 (4/2000).

¹¹ Hagenberg-Miliu/Schröder, „Erste Grüne Dame“, 169.

¹² eKH (Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V.), Grüne Damen und Herren. Unser Selbstverständnis, 2018, <https://www.ekh-deutschland.de/ueber-uns/unser-selbstverstaendnis/>, Zugriff am 27.06.2019.

¹³ Ebd.

¹⁴ Vgl. ebd.

¹⁵ Vgl. ebd.

Im Jahre 2013 wurde eine empirische Bestandsaufnahme der GDuH durch das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung durchgeführt¹⁶. Es beteiligten sich 445 von 686 Einsatzleitungen. Die Ergebnisse basieren auf den Angaben der jeweiligen Gruppenleitungen und gewähren u. a. einen Einblick in Organisation und Aktivitäten, Motivation und Aufgaben der GDuH.

Bundesweit wurden 360 Gruppen in den alten und 67 Gruppen in den neuen Bundesländern befragt. Die GDuH, welche sich in Alteneinrichtungen, Reha-Kliniken und im Ambulanten Dienst, vor allem aber in Krankenhäusern engagieren, unterstehen verschiedenen Trägern, so zu 39% konfessioneller, zu 34% privater, zu 22% kommunaler und zu 6% universitärer Trägerschaft. In Bezug auf die konfessionelle Trägerschaft ist die evangelische Kirche mit 92% gegenüber der katholischen mit 8% eindeutig überlegen. Die Statistik der vom Gründungsjahr 1969 bis 2011 ins Leben gerufenen Gruppen von GDuH zeigt, dass pro Jahr ca. zehn Neugründungen zu verbuchen sind. Die Gruppen bestehen im Durchschnitt aus 19 Personen, wovon ca. 93% Frauen und ca. 7% Männer sind.¹⁷ Die tragende Säule ist also eindeutig der weibliche Part. Dafür, dass sich mehr Frauen als Männer ehrenamtlich im Krankenhaus engagieren, gibt es wohl Gründe: Frauen werden häufig als geduldig, tolerant, empathisch und verständnisvoll im Umgang mit anderen Menschen beschrieben.¹⁸ Vielleicht sind sie aber auch mit Schmerz und Krankheit sowie Tod vertrauter, können gut mit Leid umgehen, scheuen es nicht so sehr und sehen es als zum Leben gehörig an.¹⁹ Ergänzend könnten sicher auch soziokulturelle und ökonomische Motive für diesen Sachverhalt genannt werden. *Gründe*, sich bei den GDuH zu engagieren, sind unterschiedlich²⁰: Die deutliche Mehrheit (85%) engagiert sich, um anderen helfen zu können; knapp so viele fanden in dieser Arbeit eine Tätigkeit, welche ihnen Freude macht (81%). 79% möchten etwas für das Gemeinwohl tun.

Folgende *Ziele* verfolgen die Befragten mit ihrem Engagement: „Nächstenliebe / christliche Werte leben“, „nach eigener durchlebter Krankheit etwas zurückgeben, mit eigener Erfahrung helfen“²¹ oder auch nach dem eigenen Berufsleben in Diakonie, Pflege und Krankenhaus weiterhin in diesem Bereich tätig sein wollen.²²

2. Grüne Damen und Herren in der Institution Krankenhaus

Nach einer Situationsanalyse (2.1) erfolgt eine normative Reflexion anhand des Gleichnisses vom barmherzigen Samariter (2.2), bevor das Praxisfeld der GDuH umschrieben wird (2.3).

2.1 Das moderne Krankenhaus

¹⁶ Vgl. Marzluff, Silke, Ergebnisse der Bestandsaufnahme Grüne Damen und Herren, 2013, 1-26, http://www.ekh-deutschland.de/fileadmin/redaktion/PDF/zze-Bestandsaufnahme_GDuH_2013.pdf, Zugriff am 27.06.2019.

¹⁷ Vgl. Marzluff, Ergebnisse, 12.

¹⁸ Vgl. Habben, Ilse, Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen in der Krankenhauseelsorge, in: Klessmann, Michael (Hg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 42013, 309.

¹⁹ Vgl. ebd.

²⁰ Vgl. Marzluff, Ergebnisse, 17.

²¹ Ebd.

²² Vgl. ebd.

Das moderne Krankenhaus zeichnet sich v. a. als Dienstleistungsorganisation (2.1.1) und Wirtschaftsunternehmung (2.1.2) aus.²³

2.1.1 Dienstleistungsorganisation

Im 20. Jahrhundert lässt sich das Krankenhaus als ein „Prototyp arbeitsteiliger, bürokratisch organisierter, durch zweckrationales Handeln bestimmter gesellschaftlicher Institutionen“²⁴, als einen „wachstumsintensiven, volkswirtschaftlich bedeutsamen Dienstleistungskomplex“²⁵ charakterisieren.

Die Herausbildung von hierarchischen Strukturen (z. B. die ärztliche, pflegerische und administrative Hierarchie sowie die Etablierung abstrakter Regelmäßigkeit der Handlungsweisen im bürokratisch organisierten Komplex) ermöglichen nicht nur die Erfüllung vielfältiger Aufgaben, wie die Betreuung, Diagnostik und Therapie der Patienten, Aus- und Weiterbildung des Personals, Forschung und Verwaltung, sie bringen auch Probleme mit sich: Die Patienten können auf den Krankenhausbetrieb aufgrund struktureller Gegebenheiten nur begrenzt Einfluss nehmen. Dies bringt eine Vielzahl „typischer Zumutungen“²⁶ für den Patienten mit sich, wie zum Beispiel: Erreichbarkeit und Störbarkeit zu jeder Zeit, woraus sich begrenzte Ruhephasen und Rückzugschancen ergeben, Wartezeiten, kurzfristige Verlegung oder Entlassung, keine Wahlmöglichkeiten bezüglich des Personals, Abbruch bzw. Pausen von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, begrenzte Einflussnahme auf alltägliche und außergewöhnliche Handlungsprogramme.²⁷ Zudem können die Patienten eigene Bedürfnisse aufgrund der notwendigen und unumgänglichen Übertragungen der Bedürfnisbefriedigung an das Pflegepersonal und die daraus folgende Einfügung in die vorgegebene „Anstaltsordnung“²⁸ des Krankenhauses kaum selbst befriedigen bzw. werden daran gehindert. Das „systematische Anstaltshandeln“²⁹ kennzeichnet u. a.: kollektiver, verbindlicher Tagesablauf, Typisierung und Einordnung von Personen in sogenannte Patientenkatégorien sowie relativ unpersönliche Beziehungsformen und Mangel an Intimität.³⁰

Diese aus den Aufgaben des Krankenhauses erwachsenden Probleme und Zumutungen an die Patienten ziehen eine „Verfestigung der Abhängigkeit der Patienten“³¹ von der Anstalt, eine Ungleichheit zwischen Patienten und Personal sowie eine Randständigkeit des Patienten auf bürokratischer Ebene nach sich. Eine tiefgreifende Begrenzung des Patienten ist die teils mangelnde Information bezüglich der jeweiligen Diagnose, dem zu erwartenden Krankheitsverlauf und dem zukünftigen Geschehen. Dies gilt besonders für Patienten, bei denen die Abhängigkeit vom Personal noch größer ist, beispielsweise bei bettlägerigen Patienten.

Bis in die Gegenwart hinein war in manchen Krankenhäusern ein paternalistisches Entscheidungsmodell leitend. Hierbei lassen Ärztinnen und Ärzte dem Pati-

²³ Vgl. zum Ganzen auch: *Riegger, Manfred/Sommermann, Theresa*, Grüne Damen und Herren als Spiritual Caregivers. Mitmenschlichkeit leben im Krankenhaus- und Altenheimalltag, in: *Spiritual Care* 5 (2016), 185-187.

²⁴ *Siegrist, Johannes*, Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhaussoziologie, in: *Klessmann, Michael* (Hg.), *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, Göttingen 2013, 30-41, 31.

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd., 32.

²⁷ Vgl. ebd.

²⁸ Ebd.

²⁹ Ebd.

³⁰ Vgl. ebd.

³¹ Ebd.

enten medizinische Informationen zukommen, während der Patient die Rolle eines unmündigen, die Entscheidungen des Krankenhauspersonals hinnehmenden, passiv-leidenden Kranken einnimmt. Die Mitsprache und die Selbstbestimmung des Patienten wird stark eingeschränkt.³²

Stellen die Kranken von sich aus keine Fragen an Ärzte und Personal, so darf dennoch nicht davon ausgegangen werden, dass sie nichts wissen wollen. Im Gegenteil: es bestehen offensichtlich „latente Informationsbedürfnisse“³³, deren Artikulation wohl aufgrund der organisatorischen, psychologischen, aber womöglich auch altersbedingten Umstände schwerfällt. Es bestehen also Aufklärungsdefizite bezüglich des gesundheitlichen Zustandes des jeweiligen Patienten, welche wiederum eine schlechte Befindlichkeit und ein größeres Angstgefühl sowie Stressreaktionen bedingen.

Die organisatorischen Umstände, welche dazu führen, dass die Patienten teilweise hilflos, teilweise überfordert nach der Visite in ihren Betten zurückbleiben, sich mit unausgesprochenen Fragen herumwälzen, fordern eine zeitlich begrenzte Zuwendung des Personals zu den Patienten. Der Arzt kann durchschnittlich pro Patient drei bis vier Minuten aufwenden, in denen sowohl die körperliche Untersuchung und Kontrolle der therapeutischen Maßnahmen als auch Organisationsab-sprache und Informationsaustausch mit dem Personal sowie ein Gespräch mit dem Patienten stattfinden muss. Unter diesem Zeitdruck ist es nachvollziehbar, dass das Gespräch mit dem Kranken zu kurz kommt.

In dieser Situation können die GDuH den Patienten beistehen: unausgesprochene Fragen können zur Sprache kommen, Gefühle verbalisiert und ungeordnete Gedanken klärend geäußert werden. Dies alles geschieht ohne Zeitdruck, denn die GDuH sind diesbezüglich nicht Teil des professionellen Systems Krankenhaus. Sie bringen neben Mitgefühl v. a. Zeit mit.

2.1.2 Wirtschaftsunternehmung

Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb bestimmen heute die Arbeitsweise des Krankenhauses.³⁴ Aufgrund von Reformen im Gesundheitssystem wurden bundesweit Krankenhausleistungen vergleichbar. Die gesetzlichen Vorgaben zwingen die Krankenhäuser nach wirtschaftlichen Kriterien und Zielsetzungen zu arbeiten und sich hierarchisch zu strukturieren.³⁵ Werden heute Krankenhäuser beschrieben, fallen oft Begriffe wie „Effizienz“, „Produktivität“ und „betriebswirtschaftliche Optimierungsmaßnahmen“³⁶.

Die Wettbewerbssituation zieht folgenreiche Entwicklungen des Systems Krankenhaus nach sich: verkürzte Liegezeiten der Patienten, steigende Patientenzahlen im Jahr, Dokumentationszwang medizinischer Leistungen. Zudem sucht das Personal stetig Behandlungen mit dem größten finanziellen Gewinn.³⁷ Damit befindet sich das Krankenhaus „in der Beschleunigungsmühle [...]“. Immer mehr Menschen

³² Vgl. *Simon, Anke*, Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. Eine empirische Untersuchung zur Messung des Involvements und der Informationspräferenz, Wiesbaden 2010, 16-18.

³³ *Siegrist, Seelsorge*, 34.

³⁴ Vgl. *Haart, Dorothee*, Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus, in: *Klessmann, Michael* (Hg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 2013, 42-57, 42.

³⁵ Vgl. *Simon*, Krankenhausqualität, 19.

³⁶ *Korff, Ulrich* (Hg.), Patient Krankenhaus. Wie Kliniken der Spagat zwischen Ökonomie und medizinischer Spitzenleistung gelingt, Wiesbaden 2012, 20.

³⁷ Vgl. *Wortmann, Hartmut/Jarck, Thomas/Mummenhoff, Ulrike* (Hg.), Qualitätshandbuch zur Krankenhauseelsorge. Ein Werkbuch, Göttingen 2010, 29f.

werden in immer kürzerer Zeit von immer mehr Ärzten und immer weniger Pflegenden in immer weniger Krankenhäusern versorgt³⁸. Diese Leistungs- und Wettbewerbsorientierung führt zu kürzeren Liegezeiten der Patienten und fortschreitender Spezialisierung der Krankenhäuser.³⁹ Arbeitsabläufe werden flexibel gestaltet, um schneller und besser auf Veränderungen politischer oder finanzieller Bedingungen reagieren zu können. So werden geschlossene Stationsteams aufgebrochen, um Personal bei Engpässen flexibel einsetzen zu können. Patienten vermissen bei stets wechselndem Personal eine dauerhafte Bezugsperson.⁴⁰

Zusammenfassend kann die skizzierte problematische Situation folgendermaßen beschrieben werden: Die Kommunikation und die Beziehung zwischen Arzt und Patient, womöglich auch zwischen Patient und Pflegepersonal, wird oft als defizitär wahrgenommen. Im Blick auf die Patienten können folgende charakteristische Merkmale des Krankenhausaufenthalts angegeben werden: Verunsicherung, Isolation, Aufhebung der alltäglichen Lebensgewohnheiten, Unfähigkeit der Kommunikation auf gewöhnlichem Niveau.

Auf diese Problemlage kann der Dienst der GDuH eine Reaktion, vielleicht sogar eine Antwort sein, denn in Bezug auf Diagnose und Therapie sind die GDuH ebenso wenig Professionelle wie die meisten Patienten. Auf dieser allgemeinhin menschlichen Grundlage können diese Ehrenamtlichen von den Patienten zunächst als ‚Ihresgleichen‘ wahrgenommen werden. Im Vergleich zu den Professionellen fällt es ihnen gegenüber wahrscheinlich leichter Verunsicherungen einzugestehen. Doch werden die GDuH auch als Teil der professionellen Organisation wahrgenommen und können so vielleicht vermittelnd tätig sein.

2.2 Mitfühlen wie der barmherzige Samariter

Der Beispielgeschichte des barmherzigen Samariters geht ein Gespräch zwischen einem Gesetzeslehrer und Jesus voraus (Lk 10, 25-37). Der Gesetzeslehrer fragt, wie er ewiges Leben erlangen könne und gibt selbst – durch Jesu angeleitetes Fragen – die Antwort: durch das Einhalten des Gebotes der Doppelliebe. Diese absichtsvolle Einstellung des Gesetzeslehrers kritisiert Lukas und fordert „absichtslose Barmherzigkeit“⁴¹, eine Barmherzigkeit, welche nicht Vergütung und Belohnung anstrebt. Daraufhin stellt der Gesetzeslehrer eine weitere Frage: „Wer ist mein Nächster?“ Jesus antwortet mit der Beispielerzählung, die im Folgenden auf einige analoge Punkte mit der Tätigkeit der GDuH untersucht wird.

Auf dem Weg von Jerusalem nach Jericho nimmt der Samaritan den Hilfsbedürftigen wahr. Die Hilfebedürftigen unserer Tage können zwar auch nach Unfällen an Straßenrändern liegen, aber nach der Erstversorgung sind die Professionellen für die Hilfeleistung nicht nur zuständig, sondern auch gut ausgebildet. Betrachtet man die GDuH als heutige Samariter, dann ist das Krankenhaus oder das Altenheim sicher ein Ort, an dem Hilfebedürftige anzutreffen sind. So wie der Samariter Mitgefühl zeigt und sich und sein „aufmerksame[s] Herz“⁴² von dem Leid des unter die Räuber Gefallenen im Innersten berühren lässt, so sollen sich die GDuH vom Leid der Patienten berühren lassen. So wie sich der Samariter aufgrund der

³⁸ Haart, Wirtschaftsunternehmen, 45.

³⁹ Vgl. Simon, Krankenhausqualität, 19.

⁴⁰ Vgl. Ebd., 30.

⁴¹ Bovon, François, Das Evangelium nach Lukas (Lk 9,51-14,35) (EKK III/2), Zürich/Düsseldorf 2008, 87.

⁴² Ebd., 90.

Not in Dienst nehmen lässt, so sollen die GDuH nicht nach den eigenen Bedürfnissen und Ansichten reagieren, sondern aufgrund der Nöte der Patienten. Wie beim Samaritaner soll bei den GDuH das Mitgefühl, das zum Handeln bereit macht, dazu führen, dass „jede Distanz, jede Grenze fällt“⁴³. So wie der Samariter sich dem Verwundeten zuwendet und dadurch die soziale und religiöse Grenze überwindet, so sollen sich die GDuH den Patienten zuwenden und soziale, konfessionelle, religiöse und kulturelle Grenzen überwinden. Wenn Jesus am Ende der Erzählung explizit zur Nachahmung auffordert („Dann geh und handle genauso!“), so sollen die GDuH nicht nur diesen Appell hören, sondern ihn auch handelnd einlösen, indem sie den Kranken und Alten zum Nächsten werden. Insgesamt setzen sie damit die enge Verbindung von Gottes-, Nächsten- und Selbstliebe um (vgl. Lk 10,27).

Vom biblischen Beispiel zur modernen Aktualisierung scheint der Weg nicht sehr weit zu sein. Diese Hypothese empirisch zu untermauern, wäre sicher eine lohnende Aufgabe. Sicher ist auch nach dem Verständnis von und einem Zuviel an Mitgefühl und Empathie zu fragen.⁴⁴ Leichter zu beschreiben ist die Humanisierung des Krankenhausalltags durch die GDuH.

2.3 Humanisierung durch Grüne Damen und Herren

In den Blick kommt die Menschlichkeit im professionellen Krankenhaus (2.3.1) und die sich dadurch ergebende Rolle innerhalb dieser Organisation (2.3.2).⁴⁵

2.3.1 Menschlichkeit im professionalisierten Krankenhaus

Im oft defizitär erlebten Krankenhausalltag wirken die GDuH positiv. Die Ehrenamtlichen können verunsicherten Patienten, welche unfähig sind, innerhalb der kurzen Zeit der Visite mit dem Arzt zu kommunizieren, eine Stimme verleihen und dem Krankenhauspersonal, Ängste, Bedenken und Fragen weiterleiten.

Weiterhin können die GDuH die als belastend erlebte Isolation der Patienten vom Alltagsgeschehen ein wenig durchbrechen. Erhalten einige Kranke keinen Besuch, so ist das Krankenhauspersonal ihr einziger Ansprechpartner, jedoch mit begrenzter Zeit. Die Ehrenamtlichen nehmen sich hier die not-wendende Zeit: Ein Gespräch über Aktuelles in der Politik oder ein gemeinsamer Kaffee in der Cafeteria bringen den Alltag näher.

Werden im Krankenhaus die normalen Lebensgewohnheiten der Patienten aufgehoben, so können die GDuH die individuellen Vorlieben und Wünsche der Patienten erfüllen und alltägliche Gewohnheiten in das Anstaltsleben des Krankenhauses bringen.

Aufgrund der hohen Arbeitsdichte des Krankenhauspersonals, kommt die psychische und emotionale Betreuung der Patienten oft zu kurz. Auch hier können die GDuH mit ihrem Einsatz einen gewissen Ausgleich schaffen. Mehr noch: Diese Aktivitäten können auch zur Genesung beitragen, denn verhaltensmedizinische bzw. interaktionszentrierte Interventionskonzepte können den Krankheitsverlauf

⁴³ Gollwitzer, Helmut, Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter, Neukirchen-Vluyn 1962, 97.

⁴⁴ Vgl. Breithaupt, Fritz, Die dunklen Seiten der Empathie, Berlin 2017; Riegger, Manfred, Kirchliches Engagement im Bereich ethischer Bildung. Das Praxis- und Unterrichtsprojekt Compassion: Anstöße – Kritik – videobasierte Ausblicke, in: MThZ 68 (4/2017), 324-335.

⁴⁵ Vgl. zum Ganzen auch: Riegger/Sommermann, Mitmenschlichkeit, 187-189.

positiv beeinflussen.⁴⁶ Der Dienst der GDuH scheint nicht nur nützlich und hilfreich zu sein, sondern er dient auch der Menschlichkeit im Krankenhausalltag. Doch wo ist der Platz der GDuH in der Organisation Krankenhaus?

2.3.2 Rolle in der Organisation Krankenhaus

Erst nach einer sorgfältigen Einführung durch das Leitungsteam der Gruppe und durch die Begleitung erfahrener Grüner Damen und Herren im Krankenhaus oder im Altenheim vor Ort, beginnen neue Freiwillige ihren Dienst. Vielerorts finden spezielle Einführungsseminare statt, die in das Ehrenamt einführen, Sinn und Zweck des eKH-Netzwerkes erläutern und auf Gesprächssituationen vorbereiten. In dieser sogenannten Basisfortbildung werden rund 20 bis 25 GDuH einer Region, die neu in ihrem Amt sind, gemeinsam fortgebildet. In regelmäßigen Abständen treffen sich die Mitglieder einer eKH-Gruppe zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch. Vom ‚Dachverband‘ der GDuH wird empfohlen, dass zu diesen Treffen gelegentlich auch Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonal, Seelsorger und Seelsorgerinnen usw. aus der Einrichtung eingeladen werden, die über ihr Fachgebiet referieren und den ehrenamtlich Mitarbeitenden auf diesem Wege Hintergrundwissen vermitteln. Ebenso führt die eKH jährlich verschiedene Seminare und Tagungen auf Bundes- und Regionalebene für ihre Mitglieder durch. Sie wird darin unterstützt durch das Diakonische Werk, sei es durch die Zurverfügungstellung von Räumlichkeiten oder referierenden Experten.⁴⁷

Die Ehrenamtlichen werden von der eKH-Geschäftsstelle bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege gegen Unfall versichert. Haftpflichtversichert sind die ehrenamtlichen GDuH über die Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, in denen eKH-Gruppen ihren Dienst ausüben. Die Organisation der Diensterteilung, Stationszuordnung usw. erfolgt vor Ort durch eine Leitung, welche auch Ansprechpartner für die Hauptamtlichen der Einrichtungen ist.

Die Menschen in grünen Kitteln sehen sich nicht in Konkurrenz zum Krankenhauspersonal und den hauptamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern. Vielmehr handelt es sich um einen eigenständigen Dienst, der die Arbeit des Personals ergänzt, aber keineswegs ersetzt. Als ehrenamtlich tätige Menschen sorgen sie sich nicht vorwiegend um den diagnostizierten Therapiebedarf, sondern um das allgemeinmenschliche Wohl der Patienten. Sie dürfen nicht in die körperliche Pflege des Patienten eingreifen, ihn waschen, ihm aus oder in das Bett helfen, aufsetzen oder ähnliches. Die Ehrenamtlichen können, falls der Patient aufstehen oder gewaschen werden möchte, dem Personal Bescheid geben und so zur Befriedigung der Bedürfnisse beitragen. Ferner ist es zu unterlassen, durch laienhaftes medizinisches Wissen bzw. eine selbstgestellte Diagnose den Patienten Mut zuzusprechen.

Diese Abgrenzung des Aufgabenbereichs ist dem gesamten Krankenhauspersonal zu vermitteln, damit es nicht zu Konflikten zwischen den Ehrenamtlichen und dem hauptamtlich arbeitenden Personal kommt. Auch sollte das Gesundheits- und

⁴⁶ Vgl. *Siegrist, Seelsorge*, 39.

⁴⁷ Vgl. *Dettmann, Joachim/Jansen, Michael* (Hg.), *Mentor/in im Ehrenamt. Dokumentation zur Zertifizierung der Grünen Damen und Herren*, Landesverband Schleswig-Holstein, Hamburg/Berlin 2013, https://www.ekh-deutschland.de/fileadmin/redaktion/PDF/Dokumentation_Mentor_in_im_Ehrenamt_2013.pdf, Zugriff am 27.06.2019.

Pflegepersonal nicht versuchen, einige ihrer Aufgaben an die GDuH weiterzureichen.

Die Zusammenarbeit von GDuH wurde 2014 in einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend der Bundesrepublik Deutschland finanzierten Online-Untersuchung vom Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung erhoben. Befragt wurden hauptamtliche Ansprechpartner der GDuH vor Ort, also z. B. Geschäftsleitungen und Pflegedienstleitungen. Die Rücklaufquote betrug 43%, was für diese Erhebungsart außerordentlich gut ist.⁴⁸ Die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal usw. sowie GDuH wurde von der Mehrheit als von Wertschätzung geprägt angesehen (242 von 273) und die Kooperation sowie Kommunikation wird im Großen und Ganzen als gut erlebt (249 von 273).⁴⁹ 99% der Befragten gaben an, dass sie anderen Einrichtungen empfehlen würden, mit GDuH zusammenzuarbeiten oder eine solche Gruppe vor Ort einzurichten. Die Begründung für eine ablehnende Haltung lautet: „Eigentlich NEIN – denn wenn grüne Damen und Herren wo anders hingehen, kommen sie nicht zu uns – damit ist doch alles gesagt – oder (schmunzelt)“⁵⁰. Nach Gründen der Weiterempfehlung gefragt, ergaben sich folgende Antworten: Die GDuH steigern das Wohlbefinden der Patienten – ohne Zeitdruck (66 von 271); sind eine tatkräftige Unterstützung für die hauptamtlichen Mitarbeitenden: zeitliche Entlastung bei immer höheren Anforderungen und gleichzeitig sinkenden Ressourcen (53 von 271); sind eine große Bereicherung für die Einrichtungen und die Menschen dort – das kann gar nicht hoch genug bewertet werden (31 von 271). Wir haben sehr gute eigene Erfahrungen mit den GDuH gemacht (26 von 271); sind gut für unser Marketing/Image: guter Ruf der Einrichtung (Öffentlichkeit und Akzeptanz im Gemeinwesen, Qualitätsmerkmal, Kundenorientierung, Alleinstellungsmerkmal) (18 von 271); sind ein Gewinn für alle: Patienten, Mitarbeitende, Einrichtung (15 von 271).⁵¹

Fazit: Vielleicht ist die Aktivität der GDuH in der Öffentlichkeit zu wenig bekannt, denn wer sie einmal kennengelernt hat, will sie nicht missen. Die Daten scheinen insgesamt darauf hinzudeuten, dass die Zusammenarbeit mit dem hauptamtlichen Pflegepersonal sehr gut funktioniert. Neben der Klärung des Verhältnisses zum Pflegepersonal ist auch eine Abgrenzung zur hauptamtlichen Seelsorge notwendig.

Seelsorge durch Hauptamtliche gehört zum Wesen und Auftrag der Kirche, die verfassungs- wie kirchenrechtlich begründet ist, deren Zugang besondere Qualifikationen erfordert (z. B. Klinikseelsorgeausbildung) und nach festgelegten Standards erfolgen muss.⁵² All diesen Aspekten können und wollen die GDuH von ihrem Anspruch her nicht gerecht werden, da ihre Sorge der Seele Mensch gilt, am Menschen orientiert ist und damit einer diakonisch ausgerichteten Seelsorge entspricht, die eigene Qualifikationen und Standards erfordert.

⁴⁸ Vgl. *Marzluff, Silke/Söhnen, Sarah Aileen*, Ergebnisse der Online-Befragung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen mit den Grünen Damen und Herren, Berlin 2014, 5, https://www.ekh-deutschland.de/fileadmin/redaktion/PDF/Haeuser-Online-Umfrage_Juli2014_Ergebnisse_KV.pdf, Zugriff am: 27.06.2019.

⁴⁹ Vgl. ebd., 15.

⁵⁰ Ebd., 17.

⁵¹ Vgl. ebd., 20.

⁵² Vgl. *Riegger, Manfred*, Seelsorge, in: Bassarak, Herbert (Hg.), *Lexikon der Schulsozialarbeit*, Baden-Baden 2018, 448-449; z.B. *Zentrum für Seelsorge und Beratung* (Hg.), *Seelsorge in der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau*, Friedberg 2016, https://zsb.ekhn.de/fileadmin/content/zentrum_seelsorge/zsb-redaktion/dokumente/Seelsorge_in_der_EKHN.pdf, Zugriff am: 27.06.2019.

Zusammenfassend kann der Aufgabenbereich der GDuH folgendermaßen beschrieben werden: Die GDuH tun den Patienten Gutes, ohne jedoch professionelle pflegerische und seelsorgliche Dienste zu übernehmen, oder durch eine selbstgestellte Diagnose oder ein laienhaftes medizinisches bzw. seelsorgliches Wissen mit den hauptamtlich Tätigen in Konkurrenz zu treten. Zudem können die GDuH auf der Grundlage eines authentischen Menschseins den Patienten Mut machen. Die GDuH verrichten so ihren Dienst der Humanisierung im Krankenhaus und sicher auch im Altenheim.

Weiß das Krankenhauspersonal um die Tätigkeitsfelder der GDuH, so können sie auch zu Teambesprechungen eingeladen werden. Doch hier ist Vorsicht geboten: Geklärt werden müsste nicht nur, wie mit der Schweigepflicht zu verfahren ist, sondern auch die mögliche Veränderung der Rolle der GDuH in der Organisation selbst. Ginge mit dieser institutionellen Einbindung in ein professionelles Team nicht der institutionskritische Impetus verloren? Würde gar das charakteristische Merkmal der mitmenschlichen Ansprechbarkeit geschmälert werden?

3. Konzeptualisierung: Grüne Damen und Herren als ehrenamtliche Spiritual Caregivers

Nach grundlegenden Begriffsklärungen (3.1) wird eine Konzeption skizziert (3.2) und in sechs Thesen zusammengefasst (3.3). Mit vier Perspektiven schließe ich meine inhaltlichen Überlegungen (3.4).

3.1 Begriffsklärungen

Mit dem Begriff Ehrenamt⁵³ können sehr unterschiedliche Perspektiven angesprochen werden. Für unseren Zusammenhang sind folgenden Aspekte bedeutsam: Das Ehrenamt der GDuH ist (1) eine unbezahlte Arbeit, (2) für andere, (3) außerhalb des sozialen Nahraums (4) mit organisatorischer Anbindung an ein Krankenhaus bzw. ein Altenheim. Dieses Ehrenamt ist eine (5) selbstbestimmte (6) Tätigkeit mit (7) einem mehr oder weniger großen zeitlichen Aufwand. Vorausgesetzt wird eine (8) Qualifikation. Die ehrenamtliche Tätigkeit ist auf (9) Personen bezogen und erfordert einen (10) formalen Beauftragungsakt.⁵⁴

Spiritualität (von lat. *spiritus*) bedeutet im Deutschen „Geist, Hauch, Atem, Begeisterung, Seele“⁵⁵. Das entsprechende Verb „*spiro*“ meint „atmen, leben, hauchen, wehen, erfüllt und beseelt sein“. Dem entspricht im Griechischen „*psyché*“ als „Atem, Hauch, Seele“. Atmen ist auch in der biblischen Tradition beim Hebräischen „*ruach*“ von herausgehobener Bedeutung und ebenso „Luft, Wind, Sturm, Antrieb“. Spirituell kann eine Erfahrung sein, die rein innerweltlich existentiell bedeutsam (z. B. in der Kunst) oder existenziell auf große Transzendenz (z. B. das Heilige) bezogen ist. Spiritualität kann damit mindestens folgendermaßen ver-

⁵³ Vgl. z. B. *Fischer, Michael*, Ehrenamtliche in der Krankenhauseelsorge, Freiburg i. B. ²2018; *Hoof, Matthias*, Professionelles Ehrenamt? Freiwillige Arbeit in der Diakonie im Spiegel der Zeiten, in: *WzM* 64 (5/2012), 441-453.

⁵⁴ Vgl. *Hollstein, Bettina*, Ehrenamt verstehen. Eine handlungstheoretische Perspektive, Frankfurt a. M. 2015, 36f.

⁵⁵ Vgl. zum Ganzen: *Riegger, Manfred* (2013), Spiritualität als Ressource für Lehrgesundheit? In: *Engagement (Zeitschrift für Erziehung und Schule)* 31 (2/2013), 136-144; *Kießling, Klaus*, Mystagogisch und solidarisch in kulturell pluraler Welt. Konturen religionspädagogischer Spiritualität, in: *WzM* 64 (5/2012), 454-468.

standen werden: als persönliche, intrinsisch motivierte Religiosität innerhalb einer Glaubensgemeinschaft, aber auch als eine Weltanschauung ohne institutionelle Bindung oder als ästhetische Erfahrung. Damit ist Spiritualität überkonfessionell und interreligiös offen. Im Anschluss an Anton A. Bucher verstehe ich Spiritualität als Erfahrung des „Verbunden- und Einsseins (*connectedness*)“⁵⁶ mit der Natur, den Mitmenschen, dem Selbst (das mehr ist als das Ego, das Ich), einem höheren Wesen, Gott.⁵⁷ Mit Spiritualität kann dann im Gesundheitswesen unterschiedlich umgegangen werden.⁵⁸

Es ist hier nicht der Ort, eine differenzierte Diskussion über das Verständnis von Spiritual Care zu führen.⁵⁹ In Anlehnung an die WHO-Definition von Palliative Care geht es bei *Spiritual Care* um die ganzheitliche Betreuung von Patienten, beispielsweise in Bezug auf Belastungen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.⁶⁰ Es ist die gemeinsame Sorge von Medizin, Pflege, Psychotherapie, anderen Gesundheitsberufen und den GDuH um die Spiritualität kranker Menschen, aber auch um die eigene Spiritualität. Da der Mensch nicht nur Körper, sondern ein „multidimensionales Seelen-Wesen“⁶¹ ist, sind diese – für die GDuH zu beachtenden – Dimensionen herauszuarbeiten.

3.2 Konturen einer Konzeption der ehrenamtlichen *Spiritual Caregivers*

Die Konzeption von *Spiritual Care*, so wie ich es bei den GDuH realisiert sehe, fasse ich mit einer Abb. zusammen und erläutere es Schritt für Schritt.

⁵⁶ Bucher, Anton A., Psychologie der Spiritualität. Handbuch, Weinheim/Basel ²2014, 26.

⁵⁷ Vgl. ebd., 33.

⁵⁸ Vgl. dazu: Utsch, Michael u. a., Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Positionspapier der DGPPN, in: *Spiritual Care* 6 (2017), 141-146.

⁵⁹ Vgl. dazu z. B. Peng-Keller, Simon, „Spiritual Care“ im Werden. Zur Konzeption eines neuen, interdisziplinären Forschungs- und Praxisgebiets, in: *Spiritual Care* 6 (2017), 175-181; Gärtner, Stefan, Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung *Spiritual Care*, in: PTh 51 (2016), 50-58; Nauer, Doris, *Spiritual Care statt Seelsorge?* Stuttgart u.a. 2015.

⁶⁰ Vgl. Frick, Eckhard/Roser, Traugott (Hg.) (2011), *Spiritualität und Medizin*, Stuttgart ²2011; Roser, Traugott, *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*, Stuttgart ²2017.

⁶¹ Nauer, Doris (2007), *Seelsorge in der Caritas. Spirituelle Enklave oder Qualitätsplus*. Freiburg i. B. 2007, 45.

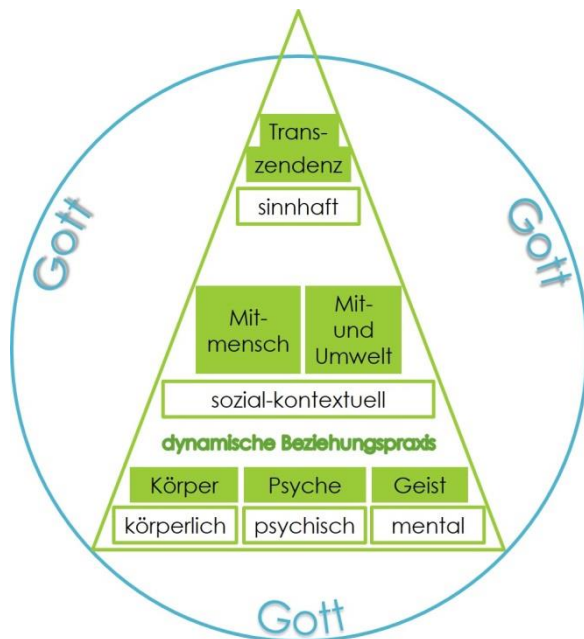


Abb.: Konzeption: Grüne Damen und Herren als ehrenamtliche Spiritual Caregivers

Grundlegend sind:⁶² (1) Mensch (z. B. ein Patient), (2) Mitmensch (z. B. Grüne Dame oder Grüner Herr), (3) Mit- bzw. Umwelt (Mitmenschen, aber auch Institutionen wie z. B. Krankenhaus oder Altenheim) sowie (4) Transzendenz (vom lateinischen Verb *transcendere*, dt. überschreiten) als Überschreitung des eigenen Selbst, graduell nach *Thomas Luckmann*⁶³ unterteilt in: kleine Transzendenz als Überschreitung des Alltags (z. B.: Patientin nimmt wahr, dass es ihr nicht so schlecht geht, wie angenommen), mittlere Transzendenz als Überschreitung des Alltags, wobei die Transzendenzerfahrung hinterher nicht alltäglich eingeordnet werden kann (z. B.: beim Musik hören vergisst Patient Raum und Zeit des Krankenhauses) und große Transzendenz (z. B.: Gottesbeziehung im Gebet erleben. Diese kann – im Unterschied zur eigenen – auch andere Konfessionen, Religionen, Weltanschauungen betreffen.). Ein Mensch umfasst mindestens Körper, Psyche und Geist. Damit sind folgende Dimensionen wesentlich: die körperliche (Körper), psychische (Psyche), mentale (Geist), sozial-kontextuelle (Mitmensch und Mit- bzw. Umwelt), sowie sinnhafte (Transzendenz). Diesen Dimensionen grundgelegt und zuinnerst gegenwärtig ist Gott. Werden alle Dimensionen berücksichtigt, kann man von Ganzheitlichkeit sprechen. Dies ist mehr als eine biopsycho-soziale Versorgung.⁶⁴ Realisiert werden die Dimensionen mit ihrer Grundlegung nicht lediglich theoretisch, sondern in einem dynamischen Beziehungsprozess.

Hauptamtliche Professionelle tragen schwerpunktmäßig Sorge für einzelne Dimensionen bzw. deren Gesundheit: körperlich z. B. Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonal, Ernährungsberatung; psychisch z. B. Psychiaterinnen und Psychiater; mental bzw. vernünftig denken z. B. Psychologinnen und Psychologen, sozial-kontextuell z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter; sinnhaft z. B. Theologinnen und Theologen bzw. Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger. Die Pro-

⁶² Vgl. zuerst: *Riegger/Sommermann*, Mitmenschlichkeit, 189f.

⁶³ Vgl. *Luckmann, Thomas*, Die unsichtbare Religion, Frankfurt a. M. 1991, 168 f.

⁶⁴ Vgl. *Beelitz, Thomas*, Entwicklungen im Bereich von Spiritual Care weltweit. Perspektiven aus der Krankenhauseelsorge, in: Transformationen (Pastoralpsychologische Werkstattberichte), Heft 27 (2017), 4-43, 23.

fessionalisierung des Gesundheitswesens erfordert solche Schwerpunktsetzungen und Spezialisierungen, doch damit können die Wechselbeziehungen zwischen den Dimensionen aus dem Blick geraten.

Wer sorgt sich nun um den Menschen? Dies kann nicht nur durch hauptamtliche Professionelle erfolgen. Und wer sorgt sich um den Menschen und seine Seele? Dies kann nicht nur durch hauptamtliche Seelsorge erfolgen, sondern muss auch „in alltäglichen und oft unscheinbaren Formen der verbalen oder non-verbalen Kommunikation“⁶⁵ stattfinden. Ist hier nicht zu fragen, ob „Christen mit einem hinreichend integrierten Zugang zu ihren Gefühlen und Umgang damit nicht in der gleichen Weise Trost spenden können, wie PfarrerInnen“⁶⁶? Vielleicht erleben Patientinnen und Patienten ‚theologische Predigten‘ am Krankenbett als „überflüssig, zuweilen sogar als störend“⁶⁷. Ehrenamtliche GDuH können hier beispielsweise durch gelebten Glauben Theologie verkörpern und Trost dadurch spenden, dass im Gespräch bisher unbekannte Lebenseinstellungen und eine entsprechende Lebenspraxis zur Sprache kommen.⁶⁸

Im Unterschied zur schwerpunktmäßigen Zuständigkeit von hauptamtlichen Professionellen, lassen sich ehrenamtliche GDuH auf die Menschen und damit auf alle Dimensionen von Spiritualität ein, und zwar in interpersonaler Beziehungspraxis. Dementsprechend sollten sie auch handeln und sich zumindest im Nachhinein reflexiv vergewissern können, welche Dimensionen sie besonders berührten:

Die GDuH lassen das Gegenüber den Inhalt des Gesprächs bestimmen, auch inwieweit von Gott die Rede sein soll (sinnhafte Dimension), nehmen den Menschen als solchen unabhängig von Religions- bzw. Konfessionszugehörigkeit wahr und passen sich dessen Vokabular und Bedürfnissen im Gespräch (oder auch im gemeinsamen Schweigen) an (sozial-kontextuelle Dimension). Sie regen zur (gemeinsamen) Sinnfindung an, indem sie sich im Gespräch und allein im Da-Sein dazu anbieten (große oder kleine Transzendenz). In alltäglicher Kommunikation nähern sie sich Patienten verbal, aber auch non-verbal, beispielsweise beim Zu-Hören und Da-Sein. Sie hören sich die Ängste und die Sorgen der Patienten an (psychische Dimension) und muntern sie auf. Sie nehmen den Schmerz (körperliche Dimension) und den Kummer (psychische Dimension) der Patienten wahr und reagieren im Da-Sein (oft auch ohne Worte) (sozial-kontextuelle Dimension). Sie sind immer wieder neu vor Ort, um unmittelbar zu handeln und Nöte zu lindern (körperliche, psychische und mentale Dimension). Sie unterstützen und regen an, in soziale Gefüge (zurück)zu finden und sich aus der sozialen Isolation zu befreien (sozial-kontextuelle Dimension). Sie reagieren auf physische Bedürfnisse (z. B. Durst, Hunger, Frieren) (körperliche Dimension) und geben ggf. diesbezügliche Informationen an das Pflegepersonal oder Ärzte weiter. Sie reagieren, wenn die Würde des Menschen bedroht ist, und reichen Beschwerden und Auffälligkeiten bezüglich struktureller Rahmenbedingungen an Zuständige weiter (sozial-kontextuelle Dimension). Sie vollbringen einen heilsamen Dienst am Nächsten, indem sie trotz Krankheit und Leid (wenn auch nur für einen kurzen Augenblick) ein Lächeln auf die Lippen der Patienten zaubern, diese aufatmen und möglicherweise die Krankheit vergessen lassen – zumindest kurzzeitig. Dies geschieht sowohl im Gespräch, als auch durch kleine Hilfen, wie zum Beispiel Getränke besorgen (körperliche Dimension).

⁶⁵ Müller, Peter, Seelsorge, in: ³LThK, Bd. 9, Freiburg i. B. 2000, 384.

⁶⁶ Grözingen, Seelsorge, 278.

⁶⁷ Ebd.

⁶⁸ Vgl. ebd.

GDuH gehen auf Patienten nicht als hauptamtliche Professionelle zu, sondern als Mitmenschen. Dieses Angebot können die Patienten ablehnen oder annehmen, d. h. die Patienten entscheiden selbstständig, ob die Grünen Damen und Herren ihnen gegenüber tatsächlich mitmenschlich handeln dürfen.

Nehmen die GDuH den Menschen in all seinen Dimensionen wahr, so müssen – auch zur Realisierung christlicher Werte – in einer den ganzen Menschen betreffenden Sorge nicht nur heilige (große Transzendenz), sondern auch profane Bedürfnisse beachtet werden. Auf diese Bedürfnisse einzugehen ist für das Pflegepersonal aus Zeitmangel nicht immer möglich und für die hauptamtlichen SeelsorgerInnen ist es nicht ihr ‚Kerngeschäft‘. Die GDuH schenken den Kranken ein offenes Ohr, etwas Zeit und die Möglichkeit, als Patient in allen Dimensionen der menschlichen Seele wahrgenommen und gehört zu werden, indem sie da sind und dafür sorgen, dass es ihnen rundum besser geht und sie sich wohlfühlen. Ist das nicht – zumindest für christlich sozialisierte Menschen – ein ehrenamtlicher Samariterdienst?

3.3 Thesen

Grüne Damen und Herren sind *Spiritual Caregivers*. In interpersonalen Beziehungspraxis üben sie einen Samariterdienst aus. Sie handeln...

- (1) ...*ehrenamtlich* und stellen v. a. Zeit zur Verfügung.
- (2) ...*unbürokratisch*, indem sie einen einfachen Zugang eröffnen und ein voraussetzungsloses Angebot anbieten (Angebot mit niedriger Schwelle).
- (3) ...*mitmenschlich*, von Mensch zu Mensch, was im Sinne des Gleichnisses vom barmherzigen Samariter gottgewolltes Handeln auszeichnet.
- (4) ...*barmherzig*, d. h. sie lassen sich vom Leid der Patienten (innerlich) anrühren.
- (5) ...*ganzheitlich*, d. h. in Bezug auf die Dimensionen Körper (körperlich), Psyche (psychisch) und Geist (mental, vernünftig) der Patienten, Mitmensch und Mit- bzw. Umwelt (sozial-kontextuell), sowie Transzendenz (sinnhaft).
- (6) ...*professionell*, ohne einer geriatrischen oder Gesundheitsprofession anzugehören.

3.4 Perspektiven

Die Konzeption...

- (1) ...und die zusammenfassenden Thesen sind positiv vorgenommene perspektivische Klärungen eines Ehrenamtes im Blick auf *Spiritual Care*.
- (2) ...kann den Grünen Damen und Herren als *Reflexionshilfe* dienen. Anhand der Thesen können sie sich selbst vergewissern, was der Grund ihres Dienstes ist.
- (3) ...kann der *Professionalisierung* dienen. Würde dieser Vergewisserungsprozess wissenschaftlich begleitet, wäre auch methodisch nach außen nachvollziehbar, wie diese Konzeption konkret wirkt. Deutlich werden könnte, ob ehrenamtliche Grüne Damen und Herren so etwas wie ein Stachel der Menschlichkeit im Fleisch von professionellen, eher unmenschlich wirkenden Organisationen sind.
- (4) ...kann Vernetzungsmöglichkeiten mit Schulen eröffnen, denn in vielen Lehrplänen aller Schularten sind Sozialpraktika vorgesehen, als *Diakonisches bzw. Compassion-Praktikum*. Entwickeln kann sich so ein *Juniorbereich der Grünen Damen und Herren* für ca. 15-18-Jährige Jugendliche in der Umsetzung des schulisch begleiteten Sozialpraktikums, aber auch darüber hinaus.

4. Schluss

Die lukanische Erzählung vom barmherzigen Samariter kennen wir. Nun kennen Sie auch die Grünen Damen und Herren. Ob diese ehrenamtlich heutige – mit dem biblischen Vorbild vergleichbare – Samariterdienste tun, dürfen Sie selbst entscheiden. Entscheidend wichtig wäre es jedoch, dass man diese Dienste wirklich tut.

Prof. Dr. Manfred Riegger, am Lehrstuhl für Didaktik des Kath. Religionsunterrichts und Religionspädagogik, Kath.-Theol. Fakultät der Universität Augsburg, Universitätsstr. 10, 86159 Augsburg, e-mail: manfred.riegger@kthf.uni-augsburg.de