

Das sich verändernde Selbstverständnis von Seelsorge im Kontext des Krankenhauses

Diskussionsimpuls für die Konferenz der Evangelischen Krankenhausseelsorge in München, 10.11.2005

Von Traugott Roser

1 Spiritual Care als integrierter Bestandteil von Palliative Care

Spiritualität in der *palliative care*¹ gehört in den weiteren Kontext holistisch orientierter medizinischer Behandlungsansätze. Ganzheitlichkeit als eine handlungsleitende Kategorie therapeutischen Handelns bezieht sich auf die bekannte Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation WHO von 1946 als einen Zustand umfassenden physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung.

Durch die WHO-Definition von Palliative Care wurde dieser ganzheitliche Ansatz präzisiert: ‚Wohlbefinden‘ umfasst physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte. Spiritualität hat sich damit in der Palliativmedizin zu einer der vier tragenden Säulen entwickelt.² „Palliativmedizin dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“³ (WHO 2002)

Spiritual care ist ein Thema, dessen Herkunft im Gesundheitswesen auszumachen ist und das nicht von seiten der Seelsorge oder religiöser Einrichtungen an das Gesundheitswesen herangetragen wird. Dies ist für das Selbstverständnis von Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens von erheblicher Bedeutung, weil sie systemisch als integraler Bestandteil

¹ In Deutschland hat sich bislang nur der Begriff Palliativmedizin etablieren können, der den multidisziplinären und multiprofessionellen Ansatz von *palliative care* nur ungenügend wiedergibt, weshalb hier das Original zur Verwendung kommt.

² Vgl. dazu SUSANNE ROLLER, CHRISTOPH SCHEYTT, Spirituelle Aspekte, in: CLAUDIA BAUSEWEIN, SUSANNE ROLLER, RAYMOND VOLTZ (Hg.), Leitfaden Palliativmedizin, München/Jena 2004² 499-527.

³ „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“ WHO, 2002 (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Zugriff: 12.10.2004).

von *spiritual care* verstanden wird, bislang jedoch als Krankenseelsorge systemextern begründet wurde.

Als Beispiel sei die juristische Begründung von ‚Anstaltsseelsorge‘ angeführt, die verfassungsrechtlich garantiert ist. Die grundsätzliche Möglichkeit zu seelsorglichen Angeboten in Krankenhäusern und anderen Pflegeeinrichtungen, wie auch in anderen Institutionen wie Gefängnissen oder beim Militär, ist verfassungsrechtlich geregelt.⁴ Diese Begründung ist innerhalb der Systemlogik einer Einrichtung des Gesundheitswesens systemfremd. Sie hat zunächst keine medizinische oder therapeutische Relevanz, sondern garantiert in einer medizinischen Einrichtung die Wahrung der Personrechte. Vor diesem Hintergrund wird die Neuerung einer zum therapeutischen Gesamtkonzept gehörenden und medizinisch begründbaren *spiritual care* deutlich.

2 Multiprofessionelle Erhebung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen: Die Studie SPIR

Die Integration von Spiritual Care in das Gesamtkonzept der Palliativmedizin wird besonders deutlich am Forschungsprojekt ‚SPIR – Erhebung der spirituellen Überzeugungen und Bedürfnisse des Patienten‘, das durch den Arbeitskreis Medizin und Spiritualität an der LMU München entwickelt und am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin.⁵ Die Studie stand unter der Forschungshypothese, dass es möglich sein müsse, spirituelle Bedürfnisse und spirituelle Ressourcen von Patienten in einer geregelten Weise zu erheben. Dazu wurde ein halbstrukturiertes Interview entwickelt, das mit vier Leitfragen eine ‚spirituelle Anamnese‘ ermöglichen sollte. Die vier Leitfragen galten der Selbstbeschreibung des Patienten als gläubigen (im Interview zu erläutern als religiös/spirituell) Menschen, der Wichtigkeit und des Einflusses der religiösen/spirituellen Überzeugungen für das Leben des Patienten, der

⁴ Art. 4 GG: (1) Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich. (2) Die ungestörte Religionsausübung wird gewährleistet. (3) Niemand darf gegen sein Gewissen zum Kriegsdienst mit der Waffe gezwungen werden. Das Nähere regelt ein Bundesgesetz.

Art 136 WRV (fortgeltende Rechtsgültigkeit nach Art. 140 GG): (3) Niemand ist verpflichtet, seine religiöse Überzeugung zu offenbaren. Die Behörden haben nur soweit das Recht, nach der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft zu fragen, als davon Rechte und Pflichten abhängen oder eine gesetzlich angeordnete statistische Erhebung dies erfordert. (4) Niemand darf zu einer kirchlichen Handlung oder Feierlichkeit oder zur Teilnahme an religiösen Übungen oder zur Benutzung einer religiösen Eidesformel gezwungen werden.

Art. 141 WRV: Soweit das Bedürfnis nach Gottesdienst und Seelsorge im Heer, in Krankenhäusern, Strafanstalten oder sonstigen öffentlichen Anstalten besteht, sind die Religionsgemeinschaften zur Vornahme religiöser Handlungen zuzulassen, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist. (gleichlautend – mit Ausnahme „im Heer“ – Art. 148 BV).

⁵ Das Akronym SPIR dient zur Vergegenwärtigung der vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen: Spirituelle und Glaubens-Überzeugungen, Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen, Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe, Rolle des Arztes im Umgang mit spirituellen Erwartungen und Problemen. Vgl. dazu GIAN DOMENICO BORASIO, IRMA BIECHELE, PETER FRÖR, CAROLA RIEDNER, ECKHARD FRICK, Who should assess the patient’s spiritual care needs? A randomized study, Poster beim Kongress der European Association of Palliative Care, Aachen 2005. Vgl. E. FRICK, C. RIEDNER, M. FEGG, S. HAUF, G. D. BORASIO, A clinical interview assessing cancer patients’ spiritual needs and preferences (submitted). Voraussetzung der Studie sind die Arbeiten von C. PUCHALSKI, A. L. ROMER, Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine* 2000; 3:129-137.

Integration des Patienten in einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft, sowie der Rolle, die der Patient im Umgang mit diesen Fragen dem Arzt, der Ärztin oder der Seelsorgeperson zuschreibt.

Die Studie wurde randomisiert unter erwachsenen onkologischen und Palliativpatienten konsekutiv ab Stichtag in drei unterschiedlichen Settings durchgeführt: in einer niedergelassenen ambulanten onkologischen Praxis, einer ambulanten Psychoonkologischen Praxis und stationär am Standort Großhadern.

Das Ziel der Untersuchung war zunächst die Praktikabilität einer solchen geregelten Befragung zu prüfen. Zu diesem Zweck wurden die Teilnehmer an der Studie gebeten, auf einer numerischen Rating-Skala (0-10) zu bewerten, ob sie die Befragung als hilfreich oder belastend empfunden hätten. Zudem wurden sie gefragt, ob sie zu diesem Themenkreis eine Fortsetzung des Gesprächs wünschten, und mit wem sie dies führen wollen. Die Fragen, ob sie das Gespräch als hilfreich oder als belastend empfunden hätten, wurden auch den Interviewern vorgelegt.

113 Bögen befragter Patienten wurden insgesamt erfasst (Anteil von Männern und Frauen etwa gleich hoch), 63 der Befragungen wurden durch Ärztinnen und Ärzte, 50 durch Seelsorge durchgeführt.⁶

Die Akzeptanz⁷ bei den befragten Patientinnen und Patienten erwies sich als erstaunlich hoch: So bezeichnete die von Ärzten befragte Patientengruppe mit dem höchsten Wert das Gespräch als hilfreich und gab eine äußerst geringe Belastung dadurch an. Die Vergleichswerte der Seelsorge fielen bezüglich der Belastung etwas höher aus, wurden jedoch von Patienten beinahe als ebenso hilfreich angegeben. Im Durchschnitt wurde auf der Skala „hilfreich“ (0 = nicht hilfreich, 10 = extrem hilfreich) ein Wert von 7,3 (alle Befragungsgruppen) angegeben. Die Belastung (0 = keine; 10 = extreme) betrug im Durchschnitt 1,02.

Von Interesse ist, dass die Bewertung der Patienten im Falle einer spirituellen Anamnese von ärztlicher und seelsorglicher Seite sehr hoch ausfiel: Auf der Skala (nicht hilfreich 0 – hilfreich 10) wurde unter den stationären Patienten ein Mittelwert von 7,6 (Ärzte) und 7,98 (Seelsorge) ermittelt. Die Frage, ob sie das Interview als nicht belastend (= 0) oder belastend (= 10) empfunden hätten, erbrachte sehr niedrige Werte, insbesondere bei den Ärzten: 0,3 (Ärzte), 0,94 (Seelsorge). Die Gesprächsdauer im Vergleich von seelsorglicher und ärztlicher Befragung war dabei signifikant unterschiedlich: Während der Mittelwert bei Ärzten 19,1 Minuten (Minimum: 8, Maximum 60 Minuten) Dauer lag, wurde bei der seelsorglichen

⁶ Die Studie hatte eine Dropoutquote von 34,9 % auf ärztlicher Seite (n = 22), die meist durch den sich verschlechternden Zustand der Patienten begründet wurden. Auf seelsorglicher Seite betrug die Dropout-Quote 50 % (n = 25).

⁷ Die folgenden Angaben basieren auf der Auswertung durch Gudrun Linke und Traugott Roser.

Gesprächsführung ein Mittelwert von 32,1 Minuten (Minimum 5, Maximum 90 Minuten) ermittelt.

	Spirituelle Fragen (nicht) wichtig für mein Leben	Gespräch (nicht) belastend	Gespräch (nicht) hilfreich	Überzeugungen (Pat.) wichtig für sein Leben	Gespräch (nicht) belastet	Gespräch (nicht) hilfreich
	Patient			Befrager		
Stationär (Ärzte & Seelsorger)	7,06	0,76	7,86	7,2	1,53	6,89
ambulant / Praxis	6,37	1,31	6,67	5,9	1,12	7,4
Stationär (Ärzte)	6,68	0,3	7,6	6,72	2,5	5,58
Stationär (Seelsorger)	7,14	0,94	7,98	7,42	1,14	7,1

Die erste inhaltliche Frage des Gesprächs, die der Selbsteinschätzung des Patienten oder der Patientin als gläubig (religiös/spirituell) galt, brachte als Ergebnis: 58 der 63 Befragten bezeichneten sich als gläubig, sieben als nichtgläubig. Spirituelle/religiöse Fragen hatten eine Wertigkeit zwischen 6,37 und 7,14 auf einer Skala von 0 bis 10.

Die Initiatoren der Studie ziehen folgendes Fazit: Ein Instrument zur Erhebung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen von Patienten ist aus Sicht beider Seiten des Gesprächs (Patienten/Ärzte und Seelsorgepersonen) hilfreich und wenig belastend. Patienten wünschten sich, eher von ärztlichem Personal als von Seelsorgepersonen auf spirituelle Fragen angesprochen zu werden. Damit ist aus Sicht der Forschungsgruppe die Akzeptanz für ein Assessment (Erhebung) spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen hoch. Die Autorinnen und Autoren diskutieren zugleich die hohe Dropout-Quote auf Seiten der Seelsorge und vermuten, dass dies Gründe in der unterschiedlichen Vertrautheit mit klinischen Studien auf ärztlicher Seite und auf seelsorglicher Seite haben könnte.⁸

Die Studie wirft, sowohl in der Anlage wie in ihren Ergebnissen, Fragen auf für die Seelsorgetheorie, die sich sowohl auf die bislang als zentral erachtete Subjektzentrierung in der Gesprächsführung beziehen, als auch die Unabhängigkeit der Seelsorge betreffen, beispielsweise auch Fragen der Vertraulichkeit von Informationen. In einigen der Dropout-

⁸ G. Borasio, I. Biechele, P. Frör, C. Riedner, E. Frick, assess patient's spiritual needs 2005.

Bögen der seelsorglichen Seite wurde darauf hingewiesen, dass mancher Gesprächspartner durch die Studie Zweifel an der Vertraulichkeit anmeldete.

Damit zeigt die Studie exemplarisch, dass die Integration von spiritual care in die palliative care, insbesondere in die für den klinischen Kontext unerlässliche Erforschung und Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Handlungsweisen nicht ohne Reibungen geschieht.

3 Systemische und organisationale Aspekte der Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Nach Michael Klessmann findet Seelsorge im „Zwischen-Raum“⁹ statt: zwischen Kirche und Krankenhaus, zwischen gesicherter Rechtsstellung und struktureller Bedeutungslosigkeit, zwischen Patienten, Patientinnen und Mitarbeitenden, Alltagsgespräch und Psychotherapie, Professionalität und Betroffenheit. Die Seelsorgeperson ist dabei weitgehend von der Institution Krankenhaus unabhängig. Seelsorge kooperiert mit den Patienten, den anderen Berufsgruppen und der Krankenhausleitung, steht jedoch zwischen ihnen. Die Rolle im Zwischen-Raum ermöglicht Freiheit und Flexibilität in der Gestaltung der eigenen Tätigkeit. Krankenhauspfarrerinnen und -pfarrer sind nicht im Diagnose- und Behandlungsablauf verplant und können sich – beispielsweise – Zeit für ein patientenzentriertes Gespräch nehmen. Christoph Schneider-Harpprecht sieht dieses „Leitbild“ der Seelsorge im Zwischen-Raum kritisch, weil „damit ihre strukturelle Marginalität festgeschrieben wird. Rolle und Funktion der Seelsorge bleiben für die MitarbeiterInnen und PatientInnen des Krankenhauses letztlich undurchschaubar. Für die Beteiligten ist nicht deutlich, inwiefern sich Seelsorge mit den Zielen des Unternehmens Krankenhaus identifiziert, welcher Beitrag hier von ihr erwartet werden kann, wie er sich dem Beitrag der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zuordnet und wie diese systematisch mit der Krankenhauseelsorge kooperieren können.“¹⁰

Seelsorge findet zunehmend institutionalisierte Einbindung dort, wo ethische, theologische und pastoralpsychologische Kompetenz gefragt ist: etwa bei innerbetrieblichen Fortbildungen und berufsethischem Unterricht in Krankenpflegeschulen. Auf diese Weise ist die Seelsorge Disziplinen übergreifend in das Krankenhaus eingebunden und im Gegenzug auf geklärte Kooperationsformen angewiesen. Dies ist eine Frage nach der organisationalen Verortung von

⁹ M. Klessmann, Handbuch 1996, 14. 129ff.

¹⁰ CHRISTOPH SCHNEIDER-HARPPRECHT, Das Profil der Seelsorge im Unternehmen Krankenhaus, in: WzM 54 (2002), 424-438, 427f.

Seelsorge: In einer Organisation kommt es zur „strukturellen Kopplung“ unterschiedlicher Funktionssysteme.¹¹ Es bedarf zur Wahrnehmung des Ortes von Seelsorge im Krankenhaus deshalb systemtheoretischer und organisationaler Reflexion.

Diese doppelte Betrachtungsweise stellt beispielsweise Fragen an die systemtheoretisch konzipierte Seelsorgetheorie Isolde Karles. Karle zufolge gehört Seelsorge ausschließlich zum Religionssystem.¹² Die oben beschriebene Wahrnehmung zu spiritual care lässt eine solch eindeutige und abgrenzende Zuschreibung nicht zu, sondern hält an der strukturellen Beteiligung am therapeutisch orientierten Kontext fest.

Die Seelsorge repräsentiert innerhalb der Organisation Krankenhaus ein Funktionssystem, das sich in einer Spannung zum rational-naturwissenschaftlichen System befindet. Durch ihre Einbindung kommen systemfremde Aspekte zur Geltung. In der Person des Seelsorgers oder der Seelsorgerin werden dabei nicht nur ganzheitliche Aspekte des Patienten als Person in Erinnerung gerufen, sondern sind auch Person-Anteile aller Akteure und Betroffenen symbolisch präsent, die sich nicht allein auf die medizinisch-therapeutische Funktion beziehen. Darin ist begründet, dass die Klinikpfarrerin auch als Seelsorgerin von Ärzteschaft und Pflegepersonal ins Vertrauen gezogen werden kann oder im Rahmen einer Einrichtung oder einer Station rituelle Feiern für alle gestalten kann – etwa Gedenkfeiern. Sie bietet ein ganz bestimmtes Wirklichkeitsverständnis an und spricht eine im sonstigen Klinikbetrieb unübliche Sprache. Insbesondere durch explizit religiöse Kommunikation (wie Gottesdienste, Gebete, Segen) ermöglicht sie allen Beteiligten Distanznahme und Relativierung von vorherrschenden sozialen (naturwissenschaftlichen) Semantiken.

Innerhalb des sozialen Systems kommt der Seelsorge damit zunächst entlastende und stabilisierende Funktion zu. Sie ist ein Ort, an dem Konflikte zwischen System konformem

¹¹ Vgl. zur Unterscheidung und Aufeinander-Bezogenheit der Begriffe (Funktions-)System und Organisation ARMIN NASSEHI, IRMHILD SAAKE, Die Religiosität religiöser Erfahrung. Ein systemtheoretischer Kommentar zum religionssoziologischen Subjektivismus, in: Pastoraltheol. 93 (2004), 64-81. Nassehi und Saake machen dabei auf drei Missverständnisse der systemtheoretischen Gesellschaftstheorie im Gefolge Niklas Luhmanns aufmerksam: „Erstens ist zu betonen, dass Funktionssysteme letztlich keine ‚Adressen‘ sind, keine Akteursfiktionen oder irgendwie zentralisierte Einheiten, die mit einer Stimme sprechen. Diese Systeme sind lediglich kommunikativ geschlossene Einheiten [...] Zweitens sind Funktionssysteme keineswegs ‚unabhängig‘ voneinander autonom in dem Sinne, dass sie tun und lassen können, was sie wollen. Abgesehen davon, dass Funktionssysteme nichts *wollen* können, sind sie radikal aufeinander bezogen, strukturell gekoppelt und in ihrer Strukturbildung aufeinander angewiesen. Das streng systemtheoretische und operative Design dieser Theorie besagt lediglich, dass es keinen Ort außerhalb dieser Systeme gibt, von dem sie koordiniert werden könnten. [...] Drittens sind die Funktionssysteme nicht mit Organisationen zu verwechseln. Erst Organisationen ermöglichen es den Funktionssystemen, so etwas wie Inseln mit geringerem Variationsrisiko zu bilden. Ferner finden in *Organisationen* strukturelle Kopplungen statt. Man denke etwa an ein Krankenhaus, in dem viel mehr geschieht als Medizinisches, nämlich Rechtliches, Ökonomisches, Religiöses, bisweilen Wissenschaftliches.“ (69) (Hervorhebungen im Original).

¹² „[Seelsorge] ist Teil des Religions- und nicht des Gesundheitssystems. Ihr primäres Ziel ist es nicht, die Gesundheit eines Menschen zu erreichen, sondern Menschen im Horizont christlicher Welt- und Lebensdeutung und damit im Vertrauen auf eine letzte Geborgenheit in Gott sensitiv und kompetent zu begleiten.“ (ISOLDE KARLE, Was ist Seelsorge? Eine professionstheoretische Betrachtung, in: U. Pohl-Patalong, F. Muchlinsky, Seelsorge im Plural 1999, 36-50, 40.) Isolde Karle bezieht sich für ihre Argumentation vor allem auf die Systemtheorie Niklas Luhmanns.

Handeln der Berufstätigen und davon abweichendem Denken der Privatpersonen sowie Störungen ausgetragen werden können.

Andererseits hat sie aber auch eine das soziale System verändernde Funktion. Durch psychologische und pastorale Kompetenzen und als Sachkundige in nicht-medizinischen Fragen birgt sie einen Unruhefaktor, der auf verdrängte Aspekte aufmerksam macht.

Mitunter spricht die Seelsorgetheorie von einer System verändernden Funktion im Sinne einer „prophetische[n] Dimension der Seelsorge im Krankenhaus“¹³, deren „widerständige Haltung“ in der Tradition alttestamentlicher Prophetie sich auf vieles beziehen kann: „Auf die religiösen Vorstellungen eines einzelnen oder einer Gruppe und die damit zusammenhängenden kultischen Vollzüge; auf die Vorstellung vom Menschen und die Art und Weise des Umgangs miteinander; auf die realen sozialen Verhältnisse, auf gesellschaftliche Anschauungen vom Miteinanderleben und -arbeiten, auf die impliziten und expliziten Normen einer Gesellschaft usw.“¹⁴

Die angedeuteten Beiträge zur Verortung von Seelsorge im Krankenhaussystem verweisen auf die umfangreiche Theoriediskussion zu systemischen Ansätzen in der Seelsorge. Während sich die maßgeblich von Christoph Morgenthaler vertretene systemische Seelsorge¹⁵ vor allem der Beziehung zwischen Seelsorgeperson und Gesprächspartner widmet, hauptsächlich unter Beachtung des familiären und sozialen Umfelds des Gesprächspartners, kommt es hier auf eine systemische Betrachtung des Kontextes der Seelsorge, insbesondere im geschilderten Sinn einer organisationalen Integration im sozialen System Krankenhaus, an.

Günther Emlein hat in einem Beitrag zu Wege zum Menschen einen eigenen Ansatz entwickelt:¹⁶ Statt sich ausschließlich mit der Seelsorgebeziehung zwischen Seelsorgesuchendem und Seelsorgeperson zu begnügen, verweist er auf den sozialen Kontext. Im Anschluss an Luhmann stellt Emlein fest: „Systemisches Denken beobachtet seine Gegenstände *als Systeme*.“¹⁷ Ein solcher Zugang ermöglicht eine beobachtende Haltung gegenüber dem sozialen System Krankenhaus und eröffnet dem spezifisch praktisch-theologischen Interesse an Seelsorge in diesem sozialen System neue Fragehorizonte. „Soziale Systeme bezeichnen Kommunikationskontexte mit mehreren psychischen Adressen. Weil wir nicht alles mitteilen, was wir wahrnehmen, entsteht aus den Selektionen des jeweils

¹³ So lautet ein Beitrag von MICHAEL KLESSMANN, Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus, in WzM 49 (1997), 413-428.

¹⁴ M. Klessmann, Prophetische Dimension 1997, 414.

¹⁵ CHRISTOPH MORGENTHALER, Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, Stuttgart et. al. 1999.

¹⁶ G. Emlein, Seelsorge als systemische Praxis 2001, 161.

¹⁷ G. Emlein, Seelsorge als systemische Praxis 2001, 162 (Hervorhebung im Original).

Mitgeteilten ‚zwischen‘ den Beteiligten ein eigener Bedeutungskosmos.“¹⁸ Zu Kommunikation zählt dabei Sprache ebenso wie nonverbale Interaktion wie Gestik, Mimik, Ritual usw. „Soziale Systeme bilden sich aufgrund von Differenzen zwischen psychischen Adressen. Es sind also nicht die Individuen, die Kommunikation erschaffen, sondern das ‚Zwischen‘, der Unterschied zwischen den Positionen. [...] Es besteht ein Bedeutungskosmos, der seinen Ursprung in einer Differenz hat und der sich jetzt autopoietisch am Leben erhält: Diese Differenz wird verarbeitet und entfaltet. [...] Ein eigener Bedeutungskosmos, zu dem mehrere Beteiligte beitragen, konstituiert sich – als System.“¹⁹

Eine solche Beschreibung lässt es zu, das soziale System Krankenhaus als einen Kontext zu beschreiben, in dem die Notwendigkeit zu Kommunikation sich durch die Differenzen zwischen den Beteiligten ergibt. Die Differenzen entstammen nicht zuletzt den unterschiedlichen Funktionssystemen, den Professionen und Berufsgruppen, die innerhalb des Krankenhauses zusammen arbeiten müssen. In dem Maß, indem die Differenzen zwischen den Berufsgruppen offenkundig werden – etwa durch Professionalisierungsprozesse von Berufsgruppen, die lange Zeit in der Hierarchie nachgeordneten Rang innehatten und als Weisungsempfänger übergeordneter Professionen galten²⁰ –, steigt der Bedarf an Kommunikation zwischen Vertretern dieser Berufsgruppen, um gemeinsames Handeln zu vereinbaren. Als ein Indiz erhöhten Kommunikationsbedarfs lässt sich auch die bereits mehrfach beschriebene Entstehung gremienbasierter Instanzen der Ethikberatung, insbesondere von klinischen Ethikkomitees in den vergangenen Jahren beschreiben.

Für eine systemische Betrachtung von Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens ergibt sich, dass die Seelsorgeperson in ihrer Teilnahme an der Kommunikation wahrgenommen wird, die die seelsorgliche Interaktion mit Patienten mit einschließt, aber weit über sie hinaus geht. Die zwei Typen seelsorgerlichen Handelns im Krankenhaus (Gespräch und rituelles Handeln)²¹ sind als ein eigenständiger Beitrag des durch die Seelsorgeperson repräsentierten Funktionssystems Religion zu werten, der keineswegs systemfremd bleibt,

¹⁸ G. Emlein, Seelsorge als systemische Praxis 2001, 165.

¹⁹ G. Emlein, Seelsorge als systemische Praxis 2001, 165f.

²⁰ M. Lachmann, Gelebtes Ethos 2005, 38ff. hat diese Entwicklung für die Pflegeberufe beschrieben. Die Professionalisierungsdebatte, die seit Beginn der 90er Jahre die deutsche Pflegelandschaft bestimmt, verfolgt das Ziel, Pflege als Profession zu etablieren und damit gegenüber der klassischen Profession der Ärzteschaft zu positionieren. Im Hinblick auf die klassischen Professionen und die entsprechende Professionstheorie kann die Pflege allerdings lediglich als typische „Semiprofession“ (40) gelten. Diese zeichnet sich u.a. aus durch die Ableitung von einer etablierten Profession (hier der Ärzte und Ärztinnen) und die Einschränkung durch institutionelle Vorgaben, die den unter Umständen ganz eigenen Charakter der Semiprofessionen nicht zur Geltung kommen lassen und dadurch den Mangel an sozial eindeutiger Durchsetzungsfähigkeit prägen. Vgl. dazu: DORIS SCHAEFFER, Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege, in: CLAUDIA BISCHOFF, MARTIN MOERS, ROLF ROSENBROCK (Hg.), Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin 1994, 103-126.

²¹ Siehe dazu unten.

sondern neben anderen Beiträgen in die Selbstregulierung des Systems einfließt und seiner Stabilisierung dient.²² Während der rituell-geistliche Umgang mit Konflikten in den Entwürfen systemischer Seelsorge reflektiert wird, bleibt der Bereich ethischer Konflikte und die ethische Kompetenz von Seelsorge unter organisationalen Aspekten weitgehend unberücksichtigt.

Klinikseelsorge findet statt im organisationalen Kontext eines Krankenhauses, im Falle eines Universitätsklinikums auch im Kontext von Forschung und Lehre. Seelsorge geschieht – je nach gesetzlicher Grundlage und nach vertraglichen Vereinbarungen – im Auftrag und unter Aufsicht durch die kirchliche Institution. In vielen Fällen findet die Seelsorge im Kontext einer Kirchengemeinde statt. Die Seelsorgerin, der Seelsorger steht dabei vor der Aufgabe, die unterschiedlichen sozialen Systeme strukturiert zu koppeln.

Der eigenständige Beitrag von Seelsorgern zur Kommunikation im Krankenhaus – und damit über die Kommunikation zwischen Seelsorger und Patient hinaus – hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass Seelsorge in zunehmendem Maße als systemimmanente Leistung des Krankenhauses betrachtet wird.²³ Mehrere Indizien belegen dies und zeigen die Vermittlungsleistung von Seelsorge im Krankenhaus:

- Die Berücksichtigung eines qualifizierten Seelsorgeangebots bei den Kriterien des Qualitätsmanagements zum Zweck der Zertifizierung im Gesundheitswesen: Die von den konfessionellen Krankenhausverbänden getragene Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert GmbH hat der Seelsorge und den Implementierungsbemühungen medizinischer Ethik große Aufmerksamkeit gewidmet.²⁴

²² Emlein weist darauf hin, dass die Berücksichtigung von Positionen nicht von ihrer Anwesenheit in der Kommunikationssituation abhängt: „Um ein soziales System aufrecht zu erhalten, müssen nicht alle Positionen, die jemals etwas beigetragen haben, anwesend sein. Das System schließt selbstreferenziell die geäußerten Ideen zusammen und hält den Bedeutungskosmos autopoietisch stabil und macht ihn damit ein Stück weit von den Beitragenden unabhängig.“ (G. Emlein, Seelsorge als systemisch Praxis 2001, 166).

²³ Eine Entwicklung, die ihr Vorbild in den USA und in Kanada hat, wo pastoral care fest im Klinikwesen verankert sind und unabhängig von konfessionellen und religiösen Bindungen geschehen. Dies wird beispielsweise in der Filmsequenz aus *The Straight Story* deutlich, als der Pfarrer den Bruder Alvins von Klinikbesuchen kennt, obwohl er nicht zu seiner Denomination gehört. Bemerkenswert ist jedoch, dass diese allgemein verbreitete Praxis unter dem Begriff „generic chaplaincy“ durchaus kritisiert wird, insbesondere von Seiten der Communitarians. So hat H. Tristram, Engelhardt (nach seiner Konversion zum orthodoxen Christentum) 1998 eine pointierte Polemik in der von ihm maßgeblich geprägten Zeitschrift *Christian Bioethics* veröffentlicht. Darin zieht er das Fazit: „Many chaplains have come to regard themselves as providing a very special form of comfort care. This redirected version of spiritual care fits well within the politically correct, post-traditional religious world of many hospitals and many religions... it becomes embarrassing at best, if not morally disturbing and offensive, to suggest that one religion's or denomination's spiritual care is better than another's.“ (H. TRISTRAM ENGELHARDT JR., *Generic Chaplaincy. Providing Spiritual Care in a Post-Christian Age*, in: *Christian Bioethics* 4 (1998), 231-238, 234) Bedenken meldet Engelhardt vor allem aus ethischen Gründen an, weil nur konfessionelle Beratung auch tatsächlich eine durch die Glaubensgemeinschaft vermittelte Entscheidungshilfe – etwa bei Schwangerschaftskonflikten – gewährleisten könne, wolle sie sich nicht zu comfort-care herabstufen lassen. Vgl. zur Diskussion in den USA auch: KURT W. SCHMIDT, GISELA EGLER, *A Christian for the Christians, a Muslim for the Muslims? Reflections on a Protestant View of Pastoral Care for all Religions*, in: *Christian Bioethics* 4(1998), 239-256.

²⁴ In dem von ProCumCert vorgelegten Qualitätshandbuch kommt Fragen der Medizin- und Pflegeethik ein hoher Stellenwert zu. Es wird sowohl nach institutionalisierten Diskursen (Ethik-Foren etc) gefragt, wie auch nach der Bedeutung

- Spiritualität und Ethik sind spezifische Qualitätsmerkmale im Wettbewerb.²⁵ Dies folgt einer Entwicklung, die in den USA schon sehr weit voran geschritten ist: „Dort ist man mit dem Qualitätsbegriff anders und selbstverständlicher umgegangen. Schon 1991 formulierte das American College of Surgeons fünf Minimalstandards für Krankenhäuser, externe Qualitätssicherung hat insofern lange Tradition, Zertifizierung ist die Norm. Da Klinikseelsorge über den Pflegesatz abgerechnet wird, existieren strenge Vorschriften zur Dokumentation, es gibt regelmäßige Befragungen zur Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit.“²⁶ Die internationale Seelsorge-Szene hat dies rezipiert und bei der 7. Konsultation in Turku vom 12.-16.06.2002 ‚Standards for Health Care Chaplaincy‘ verabschiedet.²⁷
- In einer *Patient Charter* hat die britische Nationale Gesundheitsbehörde (National Health Service) sich verpflichtet, „die geistlich/religiösen und kulturellen Bedürfnisse“ von Patienten ernst zu nehmen.²⁸ Während dies auch in der Finanzierung von Klinikseelsorge seinen Niederschlag fand (in einer Aufstockung des Gesamtpersonals der Klinikseelsorge um 30%), wurde spiritual care als Aufgabe über die primär dafür zuständige Krankenhausseelsorge auch anderen Berufsgruppen zugewiesen: „Chaplaincy is not the only element in the provision of spiritual care, but it is an essential one.“²⁹
- Im Rahmen der Studienreform des Medizinstudiums sieht das an das Harvard-Modell anschließende Medizinische Curriculum München (MeCuM) an der Ludwig-Maximilians-Universität München eine Einführung in spiritual care im Rahmen der Ausbildung in palliative care für alle Studierenden verpflichtend vor.³⁰

Offensichtlich verändert sich die Einschätzung der strukturellen Einbindung von Seelsorge im sozialen System Krankenhaus. Die eigentliche Neuerung in der Begründung von Seelsorge besteht dabei darin, dass nicht mehr allein vom Recht des Patienten auf seelsorgerliche

von Ethik in der Ausbildung von Fachpersonal. Vor allem aber verdient Beachtung, dass für den Zertifizierungsprozess die Krankenhausseelsorge große Bedeutung hat. Dabei wird nach dem Vorliegen eines Seelsorgekonzepts ebenso gefragt wie nach der Einbindung der Seelsorge in die Einrichtung. Vgl. dazu das Themenheft von „Wege zum Menschen“ 54(2002): „Qualitätsmanagement als Dimension der Krankenhausseelsorge“ mit Beiträgen von S. Dreher, Chancen und Grenzen 2002; GABRIELE NELIUS, BARBARA STÄDTLER-MACH, Qualitätssicherung im Krankenhaus – Chancen und Risiken, in: WzM 54 (2002), 402-413; ANGELA RIER, Spiritualität als Qualitätskriterium, in: WzM 54 (2002), 413-415; BERND MEHLER, Seelsorge nach EN ISO 9000? Herausforderungen des Qualitätsmanagements an die Seelsorge, in: WzM 54 (2002), 416-424; C Schneider-Harpprecht, Das Profil der Seelsorge 2002.

²⁵ Vgl. zum Folgenden: WOLFGANG GRUBER, Ist Seelsorge evaluierbar? Die Frage nach dem Ob, dem Wie und dem Wozu, Vortrag auf der Tagung „Die Sicherung seelsorgerlicher Standards im Unternehmen Krankenhaus“ vom 25./26.09.2002 in der Evang. Akademie Hofgeismar (Manuskript).

²⁶ B. Mehler, Seelsorge nach EN ISO 9000, 420f. Mehlers Beitrag in WzM weist – im Abgleich mit dem Vortragsmanuskript (18. Mai 2001, Hofgeismar) – einen Druckfehler auf; fälschlicherweise wird das Jahr 1919 statt – richtigerweise – 1991 genannt.

²⁷ W. Gruber, Ist Seelsorge evaluierbar? 2002, 7.

²⁸ B. Mehler, Seelsorge nach EN ISO 9000, 419.

²⁹ B. Mehler, Seelsorge nach EN ISO 9000, 420.

³⁰ Vgl. www.MeCuM.de.

Begleitung als Konkretion der Religionsfreiheit her argumentiert wird, sondern ein institutionelles und nach Kriterien einer Institution (Qualitätsmanagement) zu beschreibendes Interesse angeführt wird, das seinerseits konsequent patientenorientiert ist in dem Sinne, dass die subjektive Zufriedenheit und Lebensqualität von Patienten zentrale Bedeutung für das Verständnis von Qualität haben.³¹

Einer der wenigen Seelsorgetheoretiker, die diesen Umstand beachten, ist Hans Duesberg.³² Duesberg unterscheidet die Orte der Seelsorge: 1. Am Krankenbett. Hier bewirkt Seelsorge entweder eine „*Unterbrechung* einer immer ausgedehnteren Therapie und Pflege“ oder fungiert als „*Ergänzung und kooperative Unterstützung der Behandlung und Pflege*“. 2. Im Stationszimmer als „symbolischer Ort unmittelbarer Kommunikation“ geht es um die Abstimmung der patientenbezogenen Arbeit, aber auch um Seelsorge für die Mitarbeitenden. 3. Im und gegenüber dem System Klinik. Hier kommt besonders die Unabhängigkeit der Seelsorge gegenüber der Hierarchie zur Geltung. Als 4. Ort macht Duesberg die „Kapelle als Feier-Ort“ aus. Duesberg schließt seine Überlegungen mit der Formulierung, Krankenhausseelsorge komme die Rolle praktisch-theologischer Organisationsentwicklung zu und trage damit zur „Qualitätssicherung“ der Institution bei.

„Die Zwischenstellung der Klinikseelsorge zwischen Kirche und Dienstleister Krankenhaus lässt sich nicht mehr nur rechtlich rechtfertigen. Kirche, Krankenhaus und Klinikseelsorge sind inhaltlich gefragt und müssen neue Beziehungen klären. Wir haben in den letzten Jahren entweder innerkirchlich oder in der Teilnahme an krankenhausesinternen QM-[Qualitätsmanagement-]Maßnahmen Regelungen und Verfahren entwickelt, die sich lohnen, aufgenommen und fortentwickelt zu werden. Dazu gehören [...] diverse Statistikformblätter und Erfahrungen mit unterschiedlichen Formularen seelsorgerlicher Dokumentation; Standards, die Struktur, Prozess und Ergebnis klar umgrenzter seelsorgerlicher Herausforderungen, z. B. Tod auf der Aufnahmestation, beschreiben.“³³

³¹ Vgl. B. Mehler, Seelsorge nach EN ISO 9000, 421f.

³² HANS DUESBERG, Perspektiven der Seelsorge im Krankenhaus, in: WzM 51 (1999), 289-303. Die folgenden Zitate 293f (Hervorhebungen im Original).

³³ B. Mehler, Seelsorge nach EN ISO 9000, 423.