

SEELSORGE-
QUALITÄT

Dr. Urs Winter-Pfändler
ist promovierter Theologe
und dipl. Psychologe. Er
arbeitet als Geschäftsführer
ForModula sowie als wissen-
schaftlicher Mitarbeiter am
Schweizerischen Pastoral-
soziologischen Institut (SPI),
St. Gallen.

«MIT DEM PFARRER WAR ICH SEHR ZUFRIEDEN. ER GAB MIR MUT, KRAFT UND ...»

Seelsorgeforschung im Gesundheitswesen und darüber hinaus

Die religiöse Landschaft befindet sich in der Schweiz im Umbruch: Einerseits lässt sich eine zunehmende Säkularisierung der Schweiz und eine damit verbundene Distanzierung von den traditionellen Kirchen beobachten. Andererseits leben immer mehr Menschen in der Schweiz, die keiner oder einer nichtchristlichen Religion angehören. Seelsorge und kirchliches Handeln stehen damit verbunden in vieler Hinsicht auf dem Prüfstand. Wie will sich die Kirche in Zukunft innerhalb einer zunehmend säkularisierten Gesellschaft positionieren? Welches ist ihr Platz in dieser Gesellschaft? Wie und auf welche Art und Weise erreicht sie Menschen mit ihren Fragen und Nöten?

Seelsorge und Forschung

Gerade im Gesundheitswesen mit seinen eigenen Spielregeln und Anforderungen an Leistungs- und Qualitätsausweis ist die Seelsorge gefordert: Wie lässt sich ihr Angebot innerhalb hochtechnisierter und -spezialisierter Gesundheitsinstitutionen überhaupt noch rechtfertigen? In welcher Weise trägt sie zur Begleitung von Menschen in Krankheit und Krise bei? Und welches ist ihre spezifische Leistung im Reigen der Professionen am Krankenbett? So wird zunehmend gerade im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren gefragt. Während sich die Qualitätssicherung und -entwicklung bei vielen gesundheitsbezogenen Professionen seit Jahren etabliert hat, steht die Spitalseelsorge in diesem Bemühen im Abseits. Die Spitalseelsorge ist daher herausgefordert, die eigene Praxis hinsichtlich ihrer «Wirkung» systematisch zu untersuchen. Ziel ist es, dieses kirchliche Angebot, welches Menschen angesichts von Krankheiten, Behinderungen und Krisen begleitet, «dahingehend zu reflektieren, ob ihr Handeln evangeliumsgemäss, menschendienlich, situationsgerecht und zukunftsorientiert ist, und es entsprechend weiterzuentwickeln».¹ Diesem Ziel versuchte sich eine breit angelegte empirische Untersuchung in den vergangenen vier Jahren anzunähern. Über 650 Patientinnen und Patienten aus 30 Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken wurden über ihre Erfahrungen mit Spitalseelsorge befragt.² Einige Resultate dürften auch für andere kirchliche Handlungsfelder von Relevanz sein.

A und O der Seelsorge: die Beziehung

Nach Michael Klessmann lässt sich seelsorgliches Handeln mit Hilfe der zwei Dimensionen «Begleitung und Begegnung» sowie «Lebensdeutung» beschreiben.³ «Begleitung und Begegnung» umfasst nach Klessmann «entscheidende Ingredienzien der Beziehungsqualität».⁴ Die

Gestaltung der Beziehung steht dabei im Mittelpunkt jedes seelsorglichen Handelns und trägt wesentlich zur Ergebnisqualität der Spitalseelsorge bei. Diese Feststellung konnte in der durchgeführten Umfrage bestätigt werden: Die Ergebnisse zeigen, dass die allermeisten Patientinnen und Patienten die Beziehung zur Seelsorgerin/zum Seelsorger als sehr positiv wahrnehmen. Illustrieren lässt sich dies mit Aussagen von Patientinnen und Patienten: So berichtet ein 56-jähriger Patient über seine Seelsorgerin: «Ohne Frau XY hätte ich die Zeit im Spital nicht überstanden.» Im gleichen Sinne erzählte eine 46-jährige Patientin: «Die Seelsorge leistet Ausserordentliches! Ohne Seelsorge käme ich gar nicht klar. Ich kann ihnen voll und ganz vertrauen und werde ernst genommen.»

Auch die Ergebnisse zur Frage, was Patientinnen und Patienten von Seelsorge erwarten, unterstrichen die Wichtigkeit der Beziehungsdimension: Die Mehrheit der Befragten wünscht primär einen Menschen, der Zeit für sie hat, der sie ernst nimmt und ihnen mit Respekt begegnet. Insgesamt, so zeigt die Umfrage, leben Seelsorgende in einem hohen Masse eine förderliche Beziehung. Sie bringen den Besuchten Wertschätzung, Respekt und Empathie entgegen, was sich positiv auf die Zufriedenheit, die Einschätzung des Gesprächs und das Vertrauen in die Seelsorgenden auswirkt. Eine negative Beziehungsgestaltung hingegen wirkt sich ebenso ungünstig aus. Werden solche negativen Erlebnisse auch nur von wenigen Patientinnen und Patienten berichtet, sollten diese gleichwohl ernst genommen werden. So berichtet eine 40-jährige Patientin: «Krankheitsbedingt bin ich öfters im besagten Spital (...). Grundsätzlich erlebe ich die Gespräche oft als recht oberflächlich, den wichtigen Fragen ausweichend. Seelsorge wird oft nicht wirklich geleistet.» Oder ein 47-jähriger Patient: «Seelsorge ist sehr individuell. Die «Chemie» zwischen Seelsorger und Patient muss stimmen. In meinem Fall hatte ich kein Vertrauen, empfand mich eher als «Fall» und litt etwas unter übertriebener Freundlichkeit.» Um fortwährend eine förderliche und vertrauensvolle Beziehung gestalten zu können, benötigen Seelsorgerinnen und Seelsorger ein hohes Mass an Sozialkompetenz. Dabei gilt es, die Gratwanderung zwischen Empathie und Mitgefühl und Identifikation immer wieder neu auszuloten. Oder mit den Worten einer 57-jährigen Patientin: «Mein Schicksal berührte die Seelsorgerin sehr. Manchmal hatte ich den Eindruck, ihr gut zureden zu müssen, was ich gerne tat.»

Wie die jüngsten religionssoziologischen Zahlen zeigen,⁵ nimmt die Bindung zu den etablierten Kirchen ab. Entsprechend müssen sich Seelsorgende auch mit

¹ Pius Bischofberger / Manfred Belok: Einführung: Zur ökonomischen und theologischen Perspektive des Kirche-Seins heute, in: Pius Bischofberger / Manfred Belok (Hrsg.): Kirche als pastorales Unternehmen. Anstösse für die kirchliche Praxis, Zürich 2008, 12–30, hier 12.

² Urs Winter-Pfändler / Christoph Morgenthaler: Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz, in: Wege zum Menschen 62 (2010), Heft 6, 570–584.

Urs Winter-Pfändler / Kevin J. Flannelly: Patients' Expectations of Healthcare Chaplaincy: a Cross-Sectional Study in the German Part of Switzerland, in: Journal of Religion and Health (Published online 20. January 2011).

³ Vgl. Michael Klessmann: Qualität in Seelsorge und Beratung, in: Wege zum Menschen 61 (2009), 119–132, hier 127 f.

⁴ Ebd., 127.

⁵ Vgl. Jürg Stolz et al.: Religiosität in der modernen Welt. Bedingungen, Konstruktionen und sozialer Wandel. Schlussbericht, 2011. URL: www.nfp58.ch

Vorurteilen, kritischen Haltungen gegenüber Kirche und Ablehnung ihres Angebotes auseinandersetzen und klar kommen. Dazu ein 30-jähriger Patient: «Wenn ich in das Spital gehe, brauche ich medizinische Hilfe von Medikamenten bis zu Medizinerinnen und Chirurgen. Aber keinen Bibelkram!» Für den Umgang mit solchen Meinungen braucht es immer wieder viel Fingerspitzengefühl und ein Mass Frustrationstoleranz. Die Resultate unterstreichen die Bedeutung der Schulung der Beziehungsfähigkeit in der seelsorglichen Aus- und Weiterbildung bzw. in der Supervision, damit Seelsorgende möglichst authentisch und offen auf bedrängte Menschen mit ihren ganz unterschiedlichen Wert-, Sinn- und Glaubensvorstellungen zugehen können. Damit können ihnen heilsame Gespräche gelingen, z. B. wie bei einer 62-jährigen Patientin: «Im Gespräch fühlte ich mich mit meiner nicht religiös gebundenen Spiritualität nicht befremdet. Der Seelsorger sprach eine Sprache, die mir entsprach.»

Lebensdeutung angesichts von Krankheit, Sorgen und Krisen

Neben der Beziehungsdimension bildet die Dimension der «Lebensdeutung» den zweiten Pool eines seelsorglichen Gesprächs. Lebensdeutung wird dabei als «der Prozess [bezeichnet], mit dem Menschen versuchen, den Ereignissen, denen sie ausgesetzt sind, im Gespräch (...) Sinn und Zusammenhang abzugewinnen».⁶ Dies zeigt sich daran, ob es einem Patienten durch das Gespräch gelingt, sich selbst und seine Lebenssituation besser zu verstehen (Klärungsperspektive), ob er Trost und Zuversicht in Leidenssituationen erfährt (Trostperspektive) und es im Rahmen des Seelsorgegesprächs gelingt, Lösungsansätze für ein Problem zu finden (Problemlösungsperspektive).⁷ Die Wichtigkeit dieser Lebensdeutung wurde auch durch die Studie belegt. Neben einem Menschen, der da ist, Zeit hat und zuhört, wünschen sich die Befragten insbesondere einen Menschen, der ihnen hilft, mit der Situation etwas besser umzugehen. Dabei werden Seelsorgende mit vielen unterschiedlichen Fragen und Sorgen konfrontiert. Diese können im direkten Zusammenhang mit der Krankheit stehen (z. B. die Frage nach dem «Warum», Fragen nach dem Umgang mit der eigenen Situation). Aber auch ganz andere Sorgen und Nöte können anvertraut werden. So die Aussage einer 55-jährigen Patientin: «Ich bin sehr dankbar, dass der Seelsorger so schnell zu mir kam und sich so viel Zeit nahm für mich und meine Sorgen. Es ging nicht um meine Krankheit, sondern darum, wie ich den Selbstmord eines Freundes verkraften kann. Er hat mir sehr geholfen. Danke.»

Im Gegensatz zur säkularen Psychotherapie steht dem Seelsorgenden zusätzlich ein Repertoire an rituell-sakramentalen Ressourcen zur Verfügung (z. B. Segensgesten oder das Gebet). Gerade letztere werden durch Betroffene geschätzt: «Ich habe mit Frau XY eine super gute Unterstützung erhalten und den Unfalltod von meinem Vater nochmals mit einem Ritual verarbeitet!» (36-jährige Patientin). Selbstverständlich gehören auch die Got-

tesdienste zu diesem grossen rituellen Schatz: «Wichtiger als der Besuch des Seelsorgers, den ich aber sehr geschätzt habe, waren mir die zwei Spitalgottesdienste. Die haben mich sehr erfüllt und beglückt. Leitung 1 Mal katholisch, 1 Mal reformiert» (67-jährige Patientin). Aber auch kleine Gesten der Berührung können eine tiefe «Wirkung» entfalten: «Ich finde die Seelsorge als sehr, sehr wichtig. Das ruhige Sprechen und die grosse seelische Hilfe, ein Händehalten, ein Händedruck und vieles vieles mehr. Ich bin selber überaus dankbar, dass ich in meiner seelischen und körperlichen Not den Beistand des ruhigen, einfachen Seelsorgers hatte» (80-jährige Patientin).

Seelsorge ist daher «Dasein» und empathisch-wertschätzende Beziehung – und mehr. Auch die Daten dieser Studie belegen, wie wichtig neben dem Gespräch Rituale und Symbolhandlungen sind.

Gute Noten für die Spitalseelsorge

Grundsätzlich besteht eine sehr hohe Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung der Krankenhauseselsorge. Die Patienten haben grosses Vertrauen zu den Seelsorgenden, und die Gespräche waren ihnen wichtig. Damit leistet Krankenhauseselsorge einen bedeutungsvollen Beitrag zur Unterstützung in Krisenzeiten angesichts von Krankheit. Krankenhauseselsorge muss sich daher Anfragen aus Gesundheitsinstitutionen und der Öffentlichkeit hinsichtlich ihres Leistungsausweises nicht fürchten, sondern kann sich selbstbewusst und zukunftsorientiert weiteren Untersuchungen zu ihrer Qualität und ihren spezifischen Leistungen stellen – auch zum Wohl der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen sowie des Personals.

«Schön hätte ich es empfunden, wenn der Seelsorger vor der OP vorbeigeschaut hätte» (68-jährige Patientin). Gemäss den befragten Patientinnen und Patienten kommen die meisten Seelsorgegespräche durch ein spontanes proaktives Aufsuchen der Patienten durch die Seelsorgenden zustande. Angesichts der knappen zeitlichen Ressourcen der Seelsorgenden ist es meistens nicht möglich, alle Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes zu besuchen. Dieser Umstand wird durch die in den letzten Jahren beobachtete Verkürzung der Aufenthaltszeiten noch verstärkt. Es müssen daher neue Wege der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Seelsorge gesucht werden, damit die Patientinnen und Patienten, welche auf Seelsorge dringend angewiesen sind, diese auch erhalten. Mögliche Ansätze einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Seelsorge und anderen Gesundheitsberufen wurden in Holland, England und den USA geprüft, und die ersten Ergebnisse sind vielversprechend.⁸ Die Resultate der in der Deutschschweiz durchgeführten Untersuchung legen insbesondere nahe, dass schwerkranke und einsame Menschen Seelsorge dringend brauchen. Zudem zeigt sich, dass es Patientinnen und Patienten, welche ihre Situation als Bestrafung Gottes erleben oder sich von Gott verlassen fühlen, seelisch schlecht geht.⁹ Seelsorge kann in diesen Situationen wichtigen Beistand leisten. *Urs Winter-Pfändler*

SEELSORGE - QUALITÄT

⁶ Klessmann, Qualität (wie Anm. 3), 128.

⁷ Vgl. Michael Klessmann: Qualitätsmerkmale in der Seelsorge oder: Was wirkt in der Seelsorge?, in: Wege zum Menschen 54 (2002), 144–154.

⁸ Vgl. George Fitchett/James L. Risk: Screening for spiritual struggle, in: Journal of Pastoral Care and Counseling, 63 (2009), 4.1–12. Anne Ruth Mackor: Standardization of Spiritual Care in Healthcare Facilities in the Netherlands: Blessing or Curse?, in: Ethics and Social Welfare 3 (2009), 215–228, hier 224. Edwin J Pugh: Offering spiritual support to dying patients and their families through a chaplaincy service, in: Nursing Times 106 (2010), 18–20.

⁹ Vgl. Urs Winter-Pfändler/Christoph Morgenthaler: Who Needs Chaplain's Visitation in General Hospitals? Assessing patients with psychosocial and religious needs, in: Journal of Pastoral Care & Counseling (in press).