

Michael Klessmann - Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus

Sand oder Öl - so haben Sie das Thema des heutigen Tages formuliert. Autofahrer möchten auf keinen Fall Sand im Getriebe haben, dann ist das Getriebe kaputt, so etwas sucht man tunlichst zu vermeiden. Öl andererseits ist unverzichtbar und jeder Fahrer wird darauf achten, dass von dieser Substanz immer reichlich vorhanden ist. Sie merken, wenn man die zunächst reizvolle thematische Alternative ganz wörtlich nimmt, ist sie nicht mehr recht stimmig: Krankenhäuser meiden die Seelsorge nicht wie das Getriebe den Sand; andererseits ist Krankenhausseelsorge auch nicht so unverzichtbar wie das Öl für den Motor. Die Wahrheit liegt, wie so oft, irgendwo dazwischen - und doch regt das Bild natürlich an, Fragen nach unserer eigenen Funktionsbestimmung, nach dem Selbstverständnis der Seelsorge als Repräsentation von Kirche im System des Krankenhauses zu stellen. Wer wollen wir denn sein? Wie wollen andere uns haben? Und wie gehen wir mit deinen eigenen und den fremden Erwartungen um? Ich will versuchen, diesen Fragen nachzugehen, indem ich zunächst etwas über das Krankenhaus als System sage, um von da aus auf die Frage nach Selbstverständnis und den Erwartungen von außen an die Seelsorge zu kommen.

1. Krankenhaus als System

Ein modernes Krankenhaus hat die Aufgaben der Versorgung und Betreuung von Patienten, der Diagnostik und Therapie von Krankheiten, der Aus- und Weiterbildung des ärztlich-pflegerischen Personals, der medizinischen Forschung und der Verwaltung. Schon diese knappe Aufzählung lässt ahnen, welche immensen Leistungen aufgebracht werden müssen, damit solche Aufgaben für und durch hunderte von Menschen angemessen erfüllt werden können. Dazu bedarf es einer bürokratischen Organisation, die eine fest gefügte Struktur von Über- und Unterordnungen und exakte Vorgaben für regelgeleitetes Handeln festlegt. Die Zuordnung der Begriffe System und Organisation verstehe ich für den vorliegenden Zusammenhang so : Unsere Gesellschaft hat sich funktional ausdifferenziert in mehr oder weniger autonome Funktionsbereiche wie Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Religion, Kunst etc. Innerhalb dieser verschiedenen Funktionsbereiche bilden sich Organisationen aus, die man systemisch betrachten kann, z.B. unter der Fragestellung, wie die Teile und das Ganze interagieren, wie die Grenzen des Systems beschaffen sind, wie sich System und Umwelt zueinander verhalten etc. Eine Organisation ist ein soziales Gebilde, das auf bestimmte Ziele hin ausgerichtet ist, einen angebbaren Mitgliederbestand umfasst, der wiederum auf bestimmte Grundnormen verpflichtet ist. Die festgelegte Zielsetzung erfordert eine entsprechende Rollendifferenzierung sowie ein Regelwerk, in dem fachliche Kompetenzen, Kommunikationsstrukturen und Weisungsbefugnisse festgelegt sind. Auf den ersten Blick erscheinen Organisationen als offene Systeme, denn sie beziehen sich auf ihre Umwelt, haben Kunden, Klienten, Märkte etc. Erst auf den zweiten Blick wird deutlich, in wie hohem Maß Organisationen oftmals geschlossene Systeme darstellen: Sie sind geprägt durch Selbstreferentialität bzw. Autopoiese. Sie beziehen sich auf sich selbst und erhalten sich selbst aufrecht; sie haben ihre eigene Ideenwelt, Betriebs-Philosophie und -sprache, die sich unabhängig von einzelnen Personen durchhält (Deswegen ist es so schwierig, Organisationen zu verändern!). Entscheidungsprozesse der Organisation bauen auf früheren Entscheidungen auf und reproduzieren sich damit selbst. Impulse von außen wirken nicht direkt, sondern nur, wenn sie vom System "freiwillig" aufgegriffen und dabei den eigenen

Zielsetzungen entsprechend umgeformt werden. Es gibt keine einfachen und linearen Ursache-Wirkungszusammenhänge: Man kann soziale Systeme nicht direkt verändern, aber man kann als füreinander bedeutsame Umwelten Anstöße vermitteln; kleine Anstöße können sprunghafte und große Wirkungen zeitigen und umgekehrt. Es kann lohnend sein, neue Sichtweisen, Fragen, Metaphern und Visionen in die eingefahrene Routine einzuspielen. Was allerdings dabei jeweils herauskommt, ist nie vollständig planbar; Systeme reagieren kontingent, d.h. es könnte alles auch ganz anders sein. Auf die Chancen für Seelsorge, die sich aus dieser Sichtweise ergeben, komme ich zurück. In jedem Krankenhaus gibt es drei Hierarchien, die ärztliche, die pflegerische, die administrative Hierarchie. Die ärztliche Hierarchie bestimmt mit ihrer naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Grundlegung die Gesamtorientierung der Organisation. Allerdings wird man sagen müssen, dass die wirtschaftlichen Faktoren die Entfaltung der medizinischen Binnenlogik inzwischen mit steuern und u. U. auch einschränken. Die genannten Hierarchien bilden spezifische Berufsrollen aus, die zum einen durch ihre fachliche Qualifikation, zum anderen durch ihre Rangfolge innerhalb der Hierarchie ausgezeichnet sind. Jede Berufsrolle hat typische Pflichten und Rechte, die qua Rolle erwartet werden, die die Rolleninhaber auch nur in Grenzen variieren und ausweiten können. Eine Rolle gibt Verhaltenssicherheit sowohl für die Rolleninhaber als auch für die Adressaten ihrer Tätigkeit: Man weiß als Patient, was man von einem Arzt erwarten kann im Unterschied etwa zu einer Schwester oder einer Krankengymnastin. Eine Rolle bietet aber nicht nur Sicherheit und Entlastung, sie engt auch ein; hält man sich nicht an die Vorgaben, "fällt man aus der Rolle" - das kann reizvoll, aber auch irritierend erlebt werden. (Der Seelsorger, der einer Patientin den Nacken massiert, löst bei einer Ärztin, die zufällig ins Zimmer kommt, erst einmal verwunderte Blicke aus!) Damit ist schon angedeutet, dass die Organisation von einer abstrakten Regelmäßigkeit geleitet wird - eine Tatsache, die einerseits um des Funktionierens einer so großen Organisation willen unvermeidlich ist, die andererseits immer wieder für Befremden sorgt, weil Außenstehende mehr "Menschlichkeit", und das heißt eben, weniger Regelmäßigkeit, weniger rollengebundenes Verhalten erwarten. Regelmäßigkeit findet ihren Ausdruck in den genannten Rollenerwartungen an das Personal: Neben der fachlichen Qualifikation und der Berücksichtigung ihres Status in der Hierarchie ist es vor allem die "affektive Neutralität", die sich das medizinisch-pflegerische Personal im Lauf der beruflichen Sozialisation aneignet und aneignen muss, um die geforderte Arbeit angemessen tun zu können. "Affektive Neutralität" kann man auch als einen Prozess der Entemotionalisierung bezeichnen: Sie ist notwendig, um sich zu schützen vor übermäßigem Mitleiden und Identifikationen mit Patienten und ihren Krankheiten, um schmerzhaftes und für Patienten nicht immer einsichtige Eingriffe durchführen zu können usw. Diese emotionale Distanz des Personals stößt nun - da liegt ein immer wiederkehrender Konfliktpunkt - auf eine besondere gefühlsmäßige Bedürftigkeit der Patientinnen und Patienten: Die sind durch den Krankenhausaufenthalt aus ihrer gewohnten, sie stabilisierenden Umwelt herausgenommen, sie fühlen sich durch die Krankheit in ihrer Identität und Unabhängigkeit bedroht, sie befinden sich in einer ihnen fremden und stellenweise feindlich anmutenden Institution, sie verstehen nur zum Teil, was mit ihnen geschieht - all das löst eine besondere Bedürftigkeit aus, die das Krankenhauspersonal mehr oder weniger zwangsläufig frustrieren muss. Die Zumutungen, denen sich Patienten zu unterwerfen haben, kann man mit dem amerikanischen Soziologen und Anthropologen Erving Goffman auch als Züge einer "totalen Institution" beschreiben: Eine Vielzahl von Bedürfnissen wird bürokratisch - vereinheitlichend organisiert; alle Patienten werden mehr oder weniger gleich

behandelt; die Tätigkeiten der Organisation werden von einem übergreifenden Plan geregelt; die "Insassen" der Institution verlieren vorübergehend ihre bürgerlichen Identitätsmerkmale und ihre Entscheidungsfreiheit, der Raum einer geschützten persönlichen Intimität wird stark eingeschränkt. Zwischen Patienten und medizinisch-pflegerischem Personal besteht eine asymmetrische Beziehung: Das Personal, vor allem natürlich die Ärzte, haben die Expertenmacht des großen Informationsvorsprungs und des Rechtes zur Intervention, dem die Patienten folgen müssen und aus eigenem Interesse, wenn auch manchmal widerstrebend, folgen wollen. Die Krankenhaussoziologie hat wiederholt hohe Informationsdefizite bei Patienten festgestellt, Defizite, die naturgemäß Belastung und Stress auslösen, die wiederum einer Heilung abträglich sind. Das Beispiel der Visite zeigt besonders deutlich, wie es zu solchen Defiziten beinahe zwangsläufig kommen muss. Der Soziologe Johannes Siegrist fasst seine Forschungen auf diesem Gebiet folgendermaßen zusammen: "Heute wissen wir, dass die tägliche Arztvisite pro Patient durchschnittlich drei bis vier Minuten dauert, dass die meisten Gesprächsinitiativen vom Arzt ausgehen und dass der Patient im Durchschnitt pro Visite lediglich ein bis zwei Fragen stellt. Über seine Krankheit bringt der Patient während der Visite überwiegend als Dritter etwas in Erfahrung: Mehr als die Hälfte aller Sätze, die Informationen über die Krankheit enthalten, werden zwischen Arzt und Pflegepersonal ausgetauscht, sind also nur ‚implizit‘ an den Patienten gerichtet." Die große Studie der FEST in Heidelberg hat Ende der 80er Jahre eine verstärkte Patienten-Orientierung des Krankenhauses eingefordert: Diese Forderung ist immer wieder wichtig und notwendig - zwangsläufig gerät sie in Widerspruch zu der Binnenlogik des Systems Krankenhaus. Die Logik der naturwissenschaftlich ausgerichteten Institution ist geprägt vom Kausalprinzip: Physikalisch-chemische Vorgänge werden isoliert und objektiviert und auf die im jeweiligen Zusammenhang relevanten Faktoren reduziert, um sie analysieren und den Ursache-Wirkungszusammenhang erkennen zu können. Tendenziell läuft diese Logik auf eine Trennung von Person und Krankheit, von Person und Körperfunktionen hinaus. Der Befund und seine Konsequenzen stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Patienten möchte als Personen mit ihrer Lebensgeschichte, mit ihrer emotionalen Bedürftigkeit, mit ihrem gegenwärtigen Lebenskontext wahrgenommen werden; das Personal muss beinahe zwangsläufig davon absehen bzw. kann diesen Kontext nur sehr ausschnittsweise wahrnehmen. Ein Krankenhaussoziologe spricht geradezu von der Tendenz zur Depersonalisierung im Krankenhaus. Es ist wichtig, dies als eine systemimmanente Tendenz zu erkennen und - von Ausnahmen abgesehen - diesbezüglich dem Personal nicht Kältherzigkeit oder gar bösen Willen zu unterstellen. Seelsorge als ein Subsystem im Gesamtsystem Krankenhaus hat nach meinem Verständnis vorrangig die Aufgabe, Menschen zu begleiten und ihnen bei der (Re-) Konstruktion von Identität im Kontext ihrer gegenwärtigen Lebensumstände behilflich zu sein - im Horizont des christlichen Glaubens. Die Lebensgeschichte der Patienten, ihre Gefühle und Phantasien, ihre Hoffnungen und Ängste, ihr Glaube und ihre Zweifel, mit einem Wort, ihre Befindlichkeit stehen für die Seelsorge im Zentrum der Aufmerksamkeit. Seelsorge arbeitet im Auftrag der Kirche; die jüdisch-christliche Tradition stellt eine ihrer wichtigsten Ressourcen dar: Handlungsleitende Gottes- und Menschenbilder entnimmt sie dieser Tradition. Im Krankenhaus ist eine so verstandene Seelsorge systemfremd. Von der naturwissenschaftlich-technischen Binnenlogik des Krankenhauses her ist Seelsorge nicht vorgesehen, sie ist strukturell überflüssig. Auch die bürokratischen Strukturen sowie der wirtschaftliche Druck, der Krankenhäuser zu höchster ökonomischer Effizienz zwingt, stehen einer systemfremden Tätigkeit wie der Seelsorge nicht günstig gegenüber. Die

Systemfremdheit der Seelsorge zeigt sich äußerlich daran, dass es für die Seelsorge häufig keine angemessenen Räumlichkeiten gibt, dass die Seelsorge meistens weichen muss, wenn die Visite kommt, dass SeelsorgerInnen, wenn sie ein Organigramm ihres Krankenhauses zeichnen sollen, oft nicht recht wissen, wo sie die Seelsorge verorten können. De facto kommt die Seelsorge doch vor - einmal, weil die Kirchen auf der Basis des Grundgesetzes ein verbrieftes Recht haben, in einer öffentlichen Institution mit ihrer Seelsorge präsent zu sein; zum anderen, weil es immer wieder Ärzte und Verwaltungsleiter gibt, die die Bedeutung von Religion kennen und die den Wert einer systemfremden Tätigkeit zu schätzen wissen. Allerdings haben viele leitende Kirchenleute noch lange nicht begriffen, dass sie mit der Krankenhausleitung zusammen den Rahmen für die Krankenseelsorge abstecken müssen und dies nicht den einzelnen SeelsorgerInnen überlassen dürfen. Strukturell zu denken und zu agieren ist uns in der Kirche immer noch recht fremd, aber für einen Funktionsbereich wie die Krankenseelsorge unerlässlich, wenn sie sowohl im Krankenhaus wie in der Kirche wahrgenommen werden und Einfluss ausüben will. Je offener die Situation, also die Fremderwartung ist, desto mehr ist von Bedeutung, dass die Krankenseelsorge selber weiß, wer sie ist, wie sie sich versteht und welche Ziele sie im Gesamtsystem verfolgen will. Denn nur, wenn Sie das einigermaßen klar artikulieren können, können Sie in Gesprächen mit Vertretungen der Ärzteschaft, der Pflege und der Verwaltung ihre Ziele verfolgen.

2. Selbstverständnis der Seelsorge im System Krankenhaus

Die Frage nach dem Selbstverständnis, Sie können auch sagen: nach dem Konzept der Seelsorge im Krankenhaus ist eine überpersönliche, überindividuelle Angelegenheit, die (in einem größeren Krankenhaus) das Team derer, die in der Seelsorge tätig sind, beantworten muss. Schon die Annahme, dass es ein Team geben sollte, vielleicht sogar ein ökumenisch arbeitendes, ist eine nicht selbstverständliche konzeptionelle Vorentscheidung. In ein Konzept fließen eine Reihe von Aspekten ein: " Was ist für das Subsystem Krankenseelsorge die relevante Umwelt? Oder: In welcher Institution arbeiten wir? (also die Frage nach dem Kontext) " Mit wem haben wir zu tun? Wer sind unsere Zielgruppen? Was wollen bzw. brauchen die von uns? (Als Klienten in der Seelsorge und als Kooperationspartner) " Wer sind wir? Welche Ressourcen, Kompetenzen, Zielvorstellungen und Vorlieben bringen wir mit? " Was wollen wir erreichen? (im Blick auf PatientInnen, auf das Personal, auf die Institution als ganze) Neben persönlichen Vorlieben und Zielen, die sich meistens irgendwie aus der Biographie der Beteiligten ableiten lassen, spielt das theologische Verständnis von Seelsorge, damit verbunden die Sicht vom Menschen, von der Institution etc. eine große Rolle. Idealtypisch unterscheidet ich vier Modelle eines möglichen Selbstverständnisses der Seelsorge im Krankenhaus - überprüfen Sie bitte, wo Sie sich selber zuordnen würden. " In der Tradition der dialektischen Theologie nimmt die Seelsorge die Institution nicht wahr, ignoriert sie als unwesentlich, arbeitet neben ihr her. Im Hintergrund steht die klassische Konzeption der Krankenseelsorge, wie sie beispielsweise noch Eduard Thurneysen in seiner "Seelsorge im Vollzug" von 1968 vorgestellt hat: Es geht um seelsorgliche Besuche bei einzelnen kranken Menschen, ihnen "das Zeugnis von Jesus Christus auszurichten" ist das Ziel; der Kontext ist hier unwesentlich, er tritt gar nicht oder kaum ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das medizinisch-pflegerische Personal des Krankenhauses kommt vorrangig als Objekt der Seelsorge in den Blick (oder als Teil der Krankenhausgemeinde), nicht aber als Kooperationspartner. Insofern ist eine Beteiligung an Stationsübergaben oder Fallgesprächen nicht im Blick. Dieses Modell wird gelegentlich praktiziert nicht so

sehr aus theologischer Überzeugung, sondern weil es in mancher Hinsicht das Einfachere ist: Still und fleißig Patientenbesuche zu machen, ohne sich mit anderen Berufsgruppen abstimmen zu müssen, ohne sich immer wieder auf Station bekannt machen zu müssen, ohne sich um strukturelle Fragen (s. o.) kümmern zu müssen - das erscheint manchmal leichter, fordert weniger persönliche Anstrengung, privatisiert aber auch die Seelsorge. " Eine andere Konzeption arbeitet z. T. bewusst, z. T. unbewusst, gegen das System Krankenhaus. Sie nimmt das System vorrangig von seiner naturwissenschaftlich-technischen Ausrichtung und den damit verbundenen Einseitigkeiten und Defiziten her wahr. Solche Seelsorger und Seelsorgerinnen identifizieren sich stark mit den Patienten und interpretieren die oben genannten strukturellen Defizite der Organisation als Bösartigkeiten und Unzulänglichkeiten der beteiligten Personen; sie denken nicht strukturell, sondern personalisieren. Sie begegnen dem Personal deswegen häufig mit Vorwürfen und Anklagen, Konflikte und Spannungen mit Stationsleitungen, Pflegedienstleitung und Ärzten sind an der Tagesordnung. Sie neigen zu einem überzogenen prophetischen Selbstverständnis und sehen sich als Anwalt der Menschlichkeit in einem System, in dem ihrer Meinung nach die Menschlichkeit häufig bedroht ist. " Die Seelsorgebewegung hat besonders in ihren Anfängen darum gekämpft, dass Seelsorge als sinnvoller und notwendiger Bestandteil der Heilungsbemühungen des Krankenhauses gesehen wird. Weil es aus theologischer Sicht um den ganzen Menschen geht, erscheint die traditionelle Trennung zwischen Arzt und Seelsorger (den Leib der Medizin, die Seele der Theologie) obsolet: Ausgangspunkt aller Heilungsbemühungen soll ein psychosomatisches Medizinkonzept sein, auf dessen Basis dann Medizin, Pflege Seelsorge und andere Berufe im Team gleichberechtigt zusammenarbeiten. Seelsorge erhebt, von ihrem theologisch begründeten Verständnis des Menschen ausgehend, den Anspruch, einen therapeutisch integrierten Anteil im Gesamtsystem Krankenhaus zu repräsentieren - und nicht nur eine beliebig verzichtbare zusätzliche Dienstleistung zu sein. Seelsorge arbeitet in diesem Konzept gezielt mit dem System, sie versteht sich als partnerschaftlich integriert, und ist darauf aus, sich selbst als einen wirkungsvollen Bestandteil der therapeutischen Bemühungen unter Beweis zu stellen. Kooperation und produktive Konkurrenz sind hier natürliche Dimensionen eines solchen Selbstverständnisses. So wichtig mir diese Zielrichtung einerseits immer noch erscheint, so sehe ich andererseits doch auch deutlicher die Gefahr der Anpassung, bei der das Eigenständige und das Fremde der Seelsorge und ihrer theologischen Perspektive verloren zu gehen droht. Als eine Variante dieses Ansatzes erscheint mir der Vorschlag, den Alfred Jäger kürzlich gemacht hat unter der Überschrift "Seelsorge als Funktion diakonischer Unternehmenspolitik". In diakonischen Einrichtungen sollen Seelsorge und Unternehmensführung integriert werden, es soll ein "unternehmenspolitisch brauchbares Seelsorgekonzept" entwickelt werden, das die Funktion "einer konzeptionell durchdachten Hege und Pflege des Soft-Management im Unternehmen" hat. Die Stärke dieses Ansatzes ist darin zu sehen, dass Jäger versucht, das System als Ganzes von seelsorglichen Gesichtspunkten aus zu strukturieren und zu prägen; die Schwäche sehe ich darin, dass Seelsorge in der Unternehmensphilosophie aufzugehen droht, also in ihrer Eigenständigkeit gar nicht mehr in Erscheinung tritt. " Diesem letzten Gedanken Rechnung tragend, habe ich im Handbuch der Krankenhausseelsorge versucht, Seelsorge im Krankenhaus mit Hilfe der Metapher vom Zwischenraum zu entfalten. Seelsorge versteht sich als Aktivität zwischen Kirche und Krankenhaus, zwischen medizinisch-pflegerischem Personal und Patienten, zwischen Alltagsgespräch und Psychotherapie etc. Seelsorge hat eine distanzierte Loyalität zum System, d.h.: Seelsorge akzeptiert einerseits die

Dominanz des naturwissenschaftlich-medizinischen Handlungsmodells des Krankenhauses und damit auch die Verantwortung der Ärzte (statt wie im 2. Modell ständig damit zu hadern!); sie nutzt andererseits die Chance, ihre systemfremden Wahrnehmungen und Beobachtungen von Patienten, vom Personal, von der Institution als ganzer kritisch-konstruktiv in die Routine der Organisation einbringen. Seelsorge sieht mit anderen Augen, sie hat andere Wahrnehmungen und praktiziert andere Kommunikationsformen. Die Metapher vom Zwischenraum eröffnet einen reizvollen Spielraum, innerhalb dessen solche distanzierten Beobachtungen, aber auch naive Fragen oder Visionen Platz haben - aus systemtheoretischer Sicht sind sie wichtig, um das System ansatzweise offen zu halten. Die Funktion und Zielsetzung der Seelsorge im Krankenhaus verdeutlicht sich noch einmal, wenn man auf das Nebeneinander von Seelsorge und psychoonkologischen Diensten blickt, die in großen Kliniken in zunehmendem Maß eingerichtet werden. Dann stellt sich unvermeidlich die Frage, was die Seelsorge von der Psychoonkologie unterscheidet: Auch dort werden Begleiten, Zeithaben, Rekonstruktion der Lebensgeschichte der Patientin und neue Sinnfindung angesichts der Bedrohung durch die Krankheit als zentrale Aufgabenbereiche angesehen. Das Proprium der Seelsorge besteht darin, dass sie ihr Hören und Reden, ihr Dasein und Begleiten im Horizont des christlichen Glaubens begreift, von dieser Perspektive her eine andere Wirklichkeit konstruiert und dementsprechend auch andere Beobachtungen macht. Der Seelsorge geht es nicht um eine Codierung von Kommunikation mittels der Kategorien krank/gesund, funktionsfähig/nicht funktionsfähig, sondern um Perspektiven wie: Hoffnung / Hoffnungslosigkeit, Geborgenheit / Ungeborgenheit, Sinn / Sinnlosigkeit, Allein sein / Gemeinschaft erleben - und in all dem um die Dimension Transzendenz / Immanenz. Die Metapher des Horizonts erscheint mir aus folgendem Grund besonders geeignet: Der Horizont als der Ausschnitt der Welt, der uns umgibt, ist immer da, auch wenn man ihn nicht wahrnimmt; er kann aber, wenn man es will und sich darum bemüht, ausdrücklich zum Gegenstand der Wahrnehmung werden. D. h. Seelsorge hat zweifellos ein Proprium, und doch ist sie im konkreten Vollzug immer wieder mit Sozialarbeit oder Psychotherapie verwechselbar. Sie muss sich nicht krampfhaft und aus Gründen der Selbstlegitimierung bemühen, dieses Proprium dauernd sichtbar zu machen; sie wird es dann einbringen, wenn es von der Situation des Patienten her als sinnvoll und weiterführend erscheint. Diese Schlussfolgerung scheint mir in einem inkarnatorischen Verständnis von Seelsorge angemessen.

3. Erwartungen an Seelsorge im Kontext von Gesundheit und Krankheit

Die Frage nach dem Stellenwert der Seelsorge im Krankenhaus ist nicht nur eine Frage unseres eigenen theologischen oder pastoralpsychologischen Selbstverständnisses, sondern auch eine der Erwartungen, die von außen an uns gerichtet werden. Diesen großen Themenkomplex kann ich nur ganz ausschnitthaft angehen. Zwei Entwicklungen zeichnen sich neuerdings ab, die den Stellenwert der Seelsorge im Krankenhaus verändern: eine hat mit der Frage nach dem Verhältnis von Religion und Gesundheit bzw. Krankheit zu tun; die andere betrifft die Rolle der ethischen Reflexion im Krankenhaus.

3.1. In den USA ist im vergangenen Jahr mit großer Auflage eine Broschüre erschienen mit dem Titel "Professional Chaplaincy. It's Role and Importance in Health-care." Diese Schrift ist gemeinsam von den evangelischen, katholischen und jüdischen Krankenhauseelsorgern der USA und Kanadas herausgegeben worden. Der Untertitel verrät die veränderte Fragestellung: Es geht hier nicht um theologische Begründung von Seelsorge, sondern um ihre Stellung im System der

Gesundheitspflege. Man fragt von den Endverbrauchern, von den Kunden her, von deren Erwartungen bzw. von den Erwartungen der Klinik als Organisation mit bestimmten Zielen. Die Argumentation ist eine doppelte: Menschen haben spirituelle Bedürfnisse, das ist Teil ihrer menschlichen Grundausstattung; vor allem in Zeiten einer Krise, wenn durch Krankheit und Leiden die gewohnten Strukturen des Lebens zerbrechen, wenn vertraute Identitäts- und Kommunikationsmuster abhanden kommen, wenn Fragen aufbrechen, denen man sich sonst nie gestellt hat - dann tauchen besonders stark spirituelle Sehnsüchte auf, der Wunsch nach tragender Transzendenz, nach Verbindung mit dem Ganzen, nach einem übergreifenden Sinn und dem Gefühl, in einem letzten Sinn vertrauensvoll gehalten zu sein und nicht ins Nichts zu fallen. Diesem Bedürfnis kranker Menschen und ihrer Angehörigen und Freunde haben Institutionen der Gesundheitspflege um eines ganzheitlichen Ansatzes von Heilung und Betreuung willen nachzukommen; tun sie es nicht, müssen sie sich vorhalten lassen, "biologische Reparaturwerkstätten zu sein, in denen dysfunktionale menschliche Teile repariert und ausgetauscht werden". Von den Patienten und ihren Erwartungen aus gesehen - und das ist in einem religiös geprägten Land wie den USA besonders offenkundig - soll es also Seelsorge im Krankenhaus geben; die Institutionen, die in einem scharfen Wettbewerb untereinander stehen, machen sich diese Erwartungen zu eigen. Dazu kommt ein verändertes, ganzheitliches Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Man beginnt zunehmend zu erkennen, dass die Heilung des Körpers nicht angemessen verstanden wird, wenn man soziale, psychische und religiöse Faktoren ignoriert. Diese Sichtweise wird bestätigt durch eine inzwischen explosiv anwachsende Forschung zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit. Die Religionskritik Freuds war lange Zeit hindurch in der Medizin und Psychologie dominant; danach ist Religion eher Ausdruck einer unreifen, neurotischen Wirklichkeitsbewältigung, Zuflucht und pathologische Verstärkung für diejenigen, die illusionären Trost brauchen, um mit dem Leben zurechtzukommen. Inzwischen mehren sich die Anzeichen, dass eine religiöse Orientierung gesundheitsfördernde Auswirkungen hat. Obwohl die Forschungen angesichts der Komplexität des Forschungsgegenstandes nicht so eindeutig sind, wie manche es gerne hätten, wird man doch sagen können, dass eine religiöse Einstellung dazu beiträgt, dass Menschen mit krisenhaften Ereignissen in ihrem Leben besser zurecht kommen (coping) im Vergleich zu anderen, die keine religiöse Orientierung angeben. Prominente Forscher wie die Amerikaner Harold Koenig oder Herbert Benson vertreten etwas vollmundig die These "Religiosität geht durchweg mit besserer Gesundheit einher." Deutlich zurückhaltender formuliert der deutsche Religionspsychologe Bernhard Grom: "Fachleute stimmen weitgehend darin überein, dass Gottesdienstbesuch und positive Formen persönlicher Religiosität statistisch in einem positiven Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden und psychischer Gesundheit stehen. Diese Beziehung ist statistisch schwach bis moderater, aber signifikanter und höchstwahrscheinlich auch kausaler Natur." Diese positive Wirkung wird auf eine Reihe von Faktoren zurückgeführt: Zum einen leben religiös orientierte Menschen häufig in einer sie tragenden Gemeinschaft, in einem stützenden Netzwerk von Gleichgesinnten - und wir wissen, wie wichtig Netzwerke angesichts der Individualisierung und Pluralisierung unserer Welt sind; zum anderen bieten Glaubensinhalte ein Bedeutungssystem an, das in schwierigen Zeiten Sinn und haltgebende Orientierung zur Verfügung stellt; schon E. Erikson hat auf den signifikanten Zusammenhang von Ideologie und Identität verwiesen. Schließlich kann man mit einem Vertrauen auf Gott eine größere Gelassenheit im Leben in Verbindung bringen, die sich wiederum gesundheitlich positiv auswirkt. Damit wird

Religion oder Spiritualität zu einer Gesundheitsressource, die im salutogenetischen Gesundheitsmodell des israelischen Gesundheitswissenschaftlers A. Antonovsky eine wichtige Rolle spielt: Der Begriff der Salutogenese beschreibt einen Perspektivenwechsel: "Ich hatte mich früher gefragt: Was macht die Leute krank? Aber jetzt unternahm ich einen weiteren entscheidenden Schritt; es ging nicht nur darum, die Frage einfach umzudrehen: Was macht die Leute gesund, sondern ich schlug vielmehr vor zu fragen: Was rückt die Leute in Richtung auf das gesunde Ende des health/sease /disease Kontinuums? Ich benötigte einen neuen Terminus für diese Denkweise und prägte so den Begriff 'Salutogenese'." Antonovsky geht von einer alltäglichen Beobachtung aus: Krankheit und Gesundheit sind keine sich ausschließenden Gegensätze, sondern bilden ein Kontinuum und jeder Mensch befindet sich irgendwo auf diesem Kontinuum. Die sich daraus ergebende Frage lautet: Was rückt Leute in Richtung auf das gesunde Ende dieses Kontinuums? Zur Beantwortung dieser Frage hat Antonovsky das Konzept der Widerstandsressourcen entwickelt: Jeder Mensch wird ständig mit belastenden Lebens- und Umweltsituationen, sog. Stressoren, konfrontiert. Wovon hängt es ab, ob solche Stressoren krankmachende oder neutrale oder sogar die Gesundheit stärkende Folgen haben? Einerseits hängt es von der Natur, der Stärke und Ausprägung der Stressoren ab, andererseits auch von den Widerstandsressourcen, die ein Mensch von seiner genetischen Ausstattung her hat bzw. die ihm seine Umwelt mitgegeben hat. Antonovsky nennt vier Bereiche solcher Ressourcen: "Körperliche Ressourcen - damit ist vor allem die Widerstandsfähigkeit des Immunsystems gemeint." Psychische Ressourcen sind so etwas wie symbolisches Kapital, psychische Stabilität und zugleich Flexibilität, verknüpft mit Intelligenz und Wissen. (Das Konzept der Ich-Identität steht hier im Hintergrund.) "Materielle Ressourcen: Es ist bekannt, dass Faktoren wie Geld, Arbeit, Wohnung etc. wichtige Ausgangsbedingungen für eine gesunde Lebensführung darstellen." Psychosoziale Ressourcen: zwischenmenschliche Beziehungen, sozial eingebunden und vernetzt zu sein, die Möglichkeit zur Unterstützung, zu Austausch und Hilfe stellen wichtige Widerstandsressourcen dar. Diese unterschiedlichen Ressourcen werden zusammengehalten und aktiviert von einer zentralen subjektiven Kompetenz, die Antonovsky den "Kohärenzsinn" nennt. (Andere Coping-Forscher sprechen von "sense of mastery" oder der Fähigkeit zur Selbstregulation) Kohärenz meint das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist. Der Kohärenzsinn beschreibt eine geistige Haltung: - Meine Welt ist im Großen und Ganzen verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen. (So nennt Antonovsky Hiob als ein Beispiel eines Menschen mit einem solchen Kohärenzsinn, weil ihn, selbst in den schwersten Situationen, sein Vertrauen in die Gerechtigkeit Gottes trägt.) - Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich mehr oder weniger zufriedenstellend lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung des Lebens, vor allem angesichts von Problemen und Krisen, mobilisieren kann. - Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt. Den Gegenpol zum Kohärenzsinn bildet der Zustand der Demoralisierung. Gerade von diesem negativen Gegenpol her wird das Konzept deutlich. So sagte mir einmal eine Patientin in der psychiatrischen Klinik: "Ich habe mein Leben noch nie im Griff gehabt; ich wusste noch nie, wo ich hingehöre." Bestandteil eines solchen Kohärenzsinn ist natürlich auch die Weltanschauung eines Menschen, die Lebensphilosophie, der Glaube. Wie begegnet mir die Wirklichkeit als ganze? Wie nehme ich das Leben wahr? Als launenhaftes Schicksal, dessen Unberechenbarkeit

ich hilflos ausgeliefert bin? Als unbarmherzige Rücksichtslosigkeit, vor der ich nur ohnmächtig resignieren kann? Als strenge Herausforderung, die höchste Leistungen und Anstrengungen von mir fordert? Als letztlich liebevoll tragender Grund, in den hinein ich mich vertrauensvoll bergen kann? Je nachdem, wie meine Lebenseinstellung aussieht: Sie beeinflusst meinen Kohärenzsinn, meine Widerstandsressourcen im Blick auf Krankheit und Gesundheit. Sie hilft oder hindert mich, mich zu öffnen gegenüber dem, was da neu und unerwartet über mich hereinbricht. Mit der Salutogenese liegt also ein Konzept vor, das den positiven Zusammenhang von Religion und Gesundheit theoretisch einigermaßen plausibel erklärt. Wenn man diese Zusammenhänge als gegeben unterstellt (und die Kritik an der rein funktionalistischen Sicht einmal zurückstellt), kommt der Seelsorge im Krankenhaus in der Tat eine große Bedeutung zu, die sich auch konzeptionell und sprachlich auswirken muss: An dem erwähnten amerikanischen Papier zeigt sich das besonders deutlich: Da wird nicht mehr von "pastoral care" gesprochen, sondern von "spiritual care". Spirituelle Sorge schließt Seelsorge im christlichen Sinn mit ein, sie ist aber umfassender verstanden, sie ist anthropologisch begründet und wird damit überkonfessionell und interreligiös. In einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft wie den USA erscheint dies als eine konsequente Entwicklung, die sich inzwischen auch auf die deutsche Situation auswirkt. Im Qualitätshandbuch der Qualifizierungsgesellschaft proCum Cert taucht der Begriff der Spiritualität als Qualitätskategorie 7 auf und wird ausführlich in den verschiedensten Dimensionen als Kriterium für qualitätsvolle Arbeit im Krankenhaus herangezogen. Entsprechende Fragen lauten beispielsweise: Kommt Spiritualität in der Lebensbegleitung der Patienten vor? In der Sterbebegleitung? In der Begleitung der Mitarbeitenden? Gibt es dazu ein Konzept, das Zielsetzungen und Methoden beschreibt? Wie sehen die personellen Ressourcen aus? Die räumlichen Möglichkeiten? Usw. Das alles klingt gut, denn hier werden offenbar die Bedürfnisse kranker Menschen und des Personals wirklich ernst genommen und als Verpflichtung für den Träger herausgestellt. Ausgangspunkt für kritische Fragen muss dann allerdings die Beobachtung sein, dass die Begriffe Spiritualität und Seelsorge austauschbar verwendet werden. Nachdem anfangs von spiritueller Begleitung die Rede ist, wird plötzlich und ohne weitere Erklärung nach einem Seelsorgekonzept gefragt. Und zum Schluss heißt es: Spiritualität und Seelsorge - Konzept und Durchdringung des Betriebsablaufs mit spirituellen Inhalten. Ich sehe die angedeutete Entwicklung in den USA und bei uns allerdings zwiespältig: Auf der einen Seite ist sie erfreulich und wichtig auch für die christlichen Kirchen und ihre Seelsorge. Endlich wird hier die oft beschworene Ganzheitlichkeit und Patientenorientierung ernst genommen und umgesetzt; endlich wird die Einseitigkeit der naturwissenschaftlich orientierten Medizin korrigiert und ergänzt durch den Blick auf die seelischen und geistigen Dimensionen des Menschen; endlich wird die religiöse Orientierung eines Menschen als wichtiger Bestandteil seines Lebens, als Teil der Widerstandsressourcen und damit als relevant für Krankheit und Gesundheit gewürdigt und nicht als private Spinnerei abgetan. Es kann uns als Seelsorger und Seelsorgerinnen nur freuen, wenn es vom Heilungsauftrag des Krankenhauses her als notwendig erachtet wird, dass es dort Seelsorge gibt, dass dort eine Berufsgruppe tätig ist, die mit den Patienten begleitend an deren Lebensorientierung arbeitet und dies nicht länger als institutionsfremder Religionsimport betrachtet wird. Vielleicht kann man mit dieser Argumentation sogar einsichtige Mediziner und Krankenkassen zur Refinanzierung der Seelsorge gewinnen. Allerdings ist die Seelsorge dann auch herausgefordert, ein klar strukturiertes, konzeptionell transparentes Angebot vorzuhalten, das nicht nur von den zufälligen Vorlieben der Stelleninhaber abhängig sein darf. Auf der anderen

Seite hat die funktionale Betrachtungsweise eine auch problematische Seite, die gerade von theologischer Perspektive her aufzudecken ist: Tendenziell wird durch eine solche funktionale Sicht der Gesundheitswahn unserer Gesellschaft, der Anspruch des Einzelnen auf Gesundheit noch mehr gesteigert und die Auseinandersetzung mit Krankheit und Leiden noch weiter an den Rand gedrängt. Das zeigt sich, wenn man die popularwissenschaftliche Umsetzung solcher Konzepte etwa bei dem schon zitierten Herbert Benson verfolgt: "Die von mir präsentierten Forschungsergebnisse zeigen, dass positive Überzeugungen und Erwartungen sehr therapeutisch sind und dass gerade der Glaube an Gott äußerst gesund ist. Auch wenn das tief religiösen Menschen ziemlich kalt und analytisch erscheinen mag, der Glaube ist so oder so gut für unseren Körper. Ob Gott nun wirklich existiert oder lediglich Einbildung eines Gehirns ist, das sich nach ihm sehnt, auf jeden Fall werden die, die an ihn glauben, dadurch gesünder und führen ein erfüllteres Leben." Gott wird hier als Anwalt von Gesundheit und Glück in Anspruch genommen, Benson nennt Gott explizit die "Antithese zur menschlichen Sterblichkeit und Verletzlichkeit". Damit wird deutlich, wie nun auch Gott im Sinn unserer westlichen Gesundheitsideologie funktionalisiert wird - im Sinne jener Gesundheitsdefinition der WHO, wonach jeder Mensch einen Anspruch auf "vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden" hat. Gesundheit ist zur Heilserwartung geworden, der man auch Gott noch dienstbar macht oder, wie es E. Beck-Gernsheim formuliert hat: "Das Heil ist entthront worden, an seine Stelle ist die Heilung getreten." Damit wird nun auch noch Religion zur Profitmaximierung der Krankenhäuser herangezogen. Der wirtschaftliche Gewinn der Institution und das Wohl der Einzelnen - unabhängig von der Gemeinschaft - wird zum letzten Maßstab. Auf die Notwendigkeit, dass und wie sich Seelsorge aus theologischer Sicht hier kritisch absetzt, komme ich im letzten Teil zu sprechen.

3.2. Bedeutung ethischer Fragestellungen

Angesichts der rasanten medizinisch-technischen Fortschritte und der allgemeinen Pluralisierung auch der Werte in unserer Gesellschaft gewinnt die ethische Dimension in der Seelsorge immer stärkeres Gewicht. Ethik lässt sich begreifen als "Theorie menschlichen Handelns, seiner Bedingungen, Voraussetzungen und Folgen...." So verstandene Ethik setzt sich vor allem mit den Grenzen menschlichen Handelns auseinander - und die sind in der Institution des Krankenhauses gewissermaßen der Normalfall. Wollen, sollen und dürfen die Mediziner all das tun, was sie prinzipiell tun können? Wie können Patienten und ihre Angehörigen angesichts der verschiedenen medizinischen Interventionsmöglichkeiten und der großen Komplexität der Sachverhalte zu einer verantworteten und verantwortlichen Entscheidung finden? Krankenhäuser und ihre Vertretungen nehmen diese Herausforderungen in zunehmendem Maß wahr, setzen Ethik-Kommissionen ein, zu denen häufig SeelsorgerInnen eingeladen werden, weil man von ihnen kritische und hilfreiche - weil systemfremde - Orientierung erwartet. Allerdings müssen wir selbstkritisch sehen, dass wir in der Seelsorge die Bedeutung ethischer Fragestellungen zu lange vernachlässigt haben. Viele waren der Meinung, dass sich durch annehmendes Begleiten ethische Positionen erübrigen oder dass sie geradezu im Widerspruch zur seelsorglichen Annahme stehen. Das ist natürlich ein Kurzschluss. Es wird in der Seelsorgeausbildung darum gehen, in Zukunft deutlich intensiver als bisher, den Umgang mit ethischen Dilemmata einzuüben (schon die Frage, wie Sie die knappe Ressource Ihrer Zeit aufteilen, enthält eine exemplarische ethische Dimension!), in die Spannung von nichtdirektivem Verhalten einerseits und ethischer Positionalität andererseits einzuführen, Verfahren ethischer Konfliktlösung

im Gespräch mit Personal und betroffenen Patienten durchzuspielen und zur Ausbildung eines persönlichkeitspezifischen Ethos bei Seelsorgerinnen und Seelsorgern beizutragen.

4. Seelsorge als systemfremdes Angebot im Krankenhaus - Chancen und Grenzen

Man muss, so meine ich, die Notwendigkeit und Chance von Seelsorge im System des Krankenhauses auf doppelte Weise begründen können: Zum einen sollte sich erweisen, dass die systemfremden Perspektiven der Seelsorge eine sinnvolle Funktion für das Gesamtsystem haben, insofern hier auf Einseitigkeiten und Defizite des Systems verwiesen wird. Zum anderen und zugleich müssen die theologischen Perspektiven der Seelsorge so formuliert sein, dass sie auch Menschen, die sich nicht mit der Kirche oder der christlichen Tradition verbunden wissen, nachvollziehbar und einleuchtend erscheinen. Das ist m. E. am besten möglich, wenn man bestimmte anthropologische Einsichten, die sich aus der jüdisch-christlichen Tradition ergeben, entfaltet und ihre möglichen konstruktiven Wirkungen in einem fremden System bedenkt. Matthias Kroeger hat in seinem Buch "Die Notwendigkeit der unakzeptablen Kirche" eindringlich auf die Schattenseiten der Modernisierung aufmerksam gemacht "Es vollziehen sich Privatisierung und Marginalisierung aller Leitmarken und Werte, auch des Gemeinwohls und des Gemeinsinns: Zynismus statt Solidarität, Entsolidarisierung, Entpolitisierung und ein politisches Klima, das... Identität, Gewissheit und ein Mindestmaß an Geborgenheit als Mindestbedingung von seelischer Gesundheit, Stabilität und Perspektive kaum bietet und ermöglicht, vielmehr diese bedroht und mindert." Die christliche Tradition repräsentiert ein unersetzliches Wissen um Gebot und Grenze, um Gnade und die Nicht-Machbarkeit des Lebens, ein Wissen um das Geheimnis des Lebens. Dieses Wissen braucht "Orte, Sprache, Bilder, Symbole, Riten, Lieder jeder Art, Psalmen für die Angst und den Dank, für die Feier wichtiger Lebenspunkte..." Dieses Wissen ist im Krankenhaus systemfremd; es liegt quer zur naturwissenschaftlich-technischen Binnenlogik der Institution. Dessen müssen wir uns bewusst sein; damit hat Seelsorge die Chance - über die Beobachtung von Kommunikationsprozessen in der Institution hinaus - neue Perspektiven zu eröffnen, ungewohnte Ansätze ins Spiel zu bringen, deren Wirkungen zunächst nicht absehbar sind. Seelsorge kann dazu beitragen, beispielhaft bestimmte Lebensdimensionen zu thematisieren und offen zu halten: " Seelsorge hält die Frage nach der pathischen Dimension des Lebens wach. Unsere Gesellschaft ist in vieler Hinsicht eine imperialistische Gesellschaft: Machen, Eingreifen, Verändern heißt die Devise; die Erde beuten wir aus, Menschen beurteilen wir nach ihrer Leistungsfähigkeit. Tugenden des Abwartens, des Ertragens, des Aushaltens lernen wir kaum noch. Leiden, Behinderung, Begrenzt Sein werden so weit wie möglich ausgeblendet und verleugnet. Schwach-Sein, ohnmächtig und nicht leistungsfähig sein gelten als schambesetzte Erfahrungen. In der naturwissenschaftlich-technisch ausgerichtete Institution des Krankenhauses spitzt sich diese Tendenz noch zu: Alles ist auf das aktive Machen, Verändern und Verfügen ausgerichtet. Mit geradezu militärischer Terminologie werden Krankheit und Sterben bekämpft. Seelsorge erinnert von ihrem christlich-theologischen Hintergrund daran: "Machen" kann nicht das eigentliche Prinzip des Lebens sein. Das, wovon wir wirklich leben, können wir nicht selber herstellen, sondern es nur erwarten und uns schenken lassen. Glaube, Liebe, Hoffnung kann man nicht verdienen oder erzeugen, sondern nur erfahren. Der Wert des Menschen hängt nicht an seiner Leistungsfähigkeit, sondern an der Liebe, die ihm entgegen kommt. " Seelsorge stellt die Frage nach den notwendigen Bedingungen für die Menschlichkeit des Menschen.

Dazu gehört vor allem, von anderen gesehen, gehört und anerkannt zu werden als unverwechselbares Individuum. Menschen verlieren ihr Selbstwertgefühl, wenn sie nur als Objekte behandelt werden, wenn über sie verfügt wird, wenn sie sich als austauschbar erleben. Sie brauchen gerade in einem Zustand, in dem ihnen als Patienten die Rolle eines selbstverantwortlichen Subjekts teilweise genommen ist, die Möglichkeit, selber entscheiden zu können, gehört und respektiert zu werden. Seelsorge hat Zeit und Engagement für die Einzelnen, für die unverwechselbaren Akzente ihres Lebens - und sie hat durch ihre Rituale (Segen, Gebet, Abendmahl), durch die Gottesdienste im Krankenhaus die Chance, kranke und sterbende Menschen ihres Menschseins vor Gott, vor dem Ursprung des Lebens, zu vergewissern. " Seelsorge erinnert auf dem Hintergrund der jüdisch-christlichen Tradition an die Dimension der Gerechtigkeit im Zusammenleben der Menschen. Aus theologisch-ethischer Sicht kann Seelsorge nicht schweigend zuschauen, wenn das Solidarprinzip in unserem Gesundheitssystem langsam aber sicher ausgehöhlt wird und sich die zahlungskräftigen und starken Mitglieder der Gesellschaft das größte Stück vom gemeinsamen Kuchen des zur Verfügung stehenden Heilungsangebotes herausschneiden. Werte wie Verteilungsgerechtigkeit, Behandlungsgerechtigkeit, Gemeinschaftsgerechtigkeit sind wichtige ethische Kriterien auch für den Medizinbetrieb, der, wie alle gesellschaftlichen Teilbereiche, anfällig ist dafür, dass Forschungsinteressen, Wissenschaftsprestige, Profitmaximierung und Machtausübung zu handlungsleitenden Maximen werden und damit das hippokratische Ethos unterlaufen. Seelsorge hat diesbezüglich einen prophetischen Auftrag, den sie sensibel und nicht besserwisserisch-arrogant ausüben sollte. " Seelsorge erinnert an die Begrenztheit des Lebens, an die Fragmenthaftigkeit von Gesundheit. Gesundheit gibt es nie als "vollständigen Zustand", wie die schon erwähnte Gesundheitsdefinition der WHO suggeriert, sondern immer nur als fragile Balance von "mehr oder weniger". Die medizinischen Möglichkeiten verleiten zu Allmachtsvorstellungen auf Seiten der Ärzte wie zu Riesenerwartungen auf Seiten der Patienten. Die Menschlichkeit des Menschen hängt aber nicht an der Gesundheit als solcher, sondern an der Fähigkeit, sich auf Beziehungen einzulassen, zu geben und zu nehmen, zu lieben und geliebt zu werden. " Seelsorge erinnert an die Unausweichlichkeit von Sterben und Tod. Der Satz aus Ps. 90 "Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden" beinhaltet die Erkenntnis, dass im Angesicht des Todes eine spezifische Lebensklugheit wachsen kann, während die "Unfähigkeit zu trauern" - auch vorauslaufend die eigene Endlichkeit zu betrauern - Beziehungsfähigkeit und Kreativität einschränkt. Der Tod ragt in Form von Abschieden und Veränderungen überall in unser Leben hinein. "Abschiedlich leben" nennt Verena Kast eine Grundhaltung, die dieser Tatsache gerecht wird. Wo sich eine solche Abschiedlichkeit nicht einstellen kann, drohen Depression oder hektischer Aktivismus. Schluss: Ein System wie das Krankenhaus neigt dazu, zum geschlossenen System zu werden; die oben genannte Selbstreferentialität oder Autopoiese verstärkt sich z.B. durch die intern organisierte Fortbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals laufend selbst. Geschlossene Systeme stehen immer in der Gefahr, den Kontakt zur relevanten Umwelt zu verlieren. Da könnte es eine Chance sein, wenn Seelsorge ihren Beitrag dazu leistet, dieses System an einigen Stellen offen zu halten, in dem sie systemfremde Gedanken und Einsichten aus der jüdisch-christlichen Tradition ins Spiel bringt. Die Systemfremdheit der Seelsorge hätte dann einen guten Sinn.

Prof. Dr. Michael Klessmann
Kirchliche Hochschule Wuppertal
Dietrich-Bonhoeffer-Weg 24
42285 Wuppertal

Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus

Thesen

1. Das moderne Krankenhaus stellt ein naturwissenschaftlich-technisch ausgerichtetes, bürokratisch organisiertes, selbstreferentielles System dar; es wird von einer abstrakten Regelmäßigkeit (z.B. feste Rollenzuschreibungen) bestimmt, die häufig in Konflikt mit den Erwartungen der Patientinnen und Patienten gerät.
2. Seelsorge im Krankenhaus ist ein systemfremdes Subsystem. Seelsorge konzentriert sich auf das Befinden der Patienten, während sich das medizinische System vorrangig mit dem Befund und seinen Konsequenzen beschäftigt.
3. Rolle und Bedeutung der Seelsorge hängen u. a. von ihrem Selbstverständnis im System ab; vier mögliche Modelle kann man unterscheiden: " Seelsorge versteht sich als Krankenseelsorge und ignoriert die Institution; " Seelsorge identifiziert sich mit den Patienten, personalisiert strukturelle Defizite und gerät immer wieder in Spannung zur Institution und ihren Repräsentanten; " Seelsorge strebt eine weitgehende Integration in das therapeutische Handeln des Krankenhauses an; es kommt zu Kooperation und produktiver Konkurrenz; " Seelsorge siedelt sich im Zwischenraum zwischen Kirche und Krankenhaus an, bringt ihre für das System fremde Perspektive ein und praktiziert eine Form der distanzierten Loyalität.
4. Die Rolle der Seelsorge hängt auch von den Fremderwartungen ab, die an sie gerichtet werden. Aus der Fülle der Aspekte sollen nur zwei benannt werden, die in jüngster Zeit stärker in den Vordergrund treten: " Die rasch wachsende Forschung zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit gibt der religiösen Dimension in der Krankheitsbewältigung (coping) einen neuen Stellenwert. Aus der Sicht der Salutogenese (A. Antonovsky) kann die religiöse Orientierung eines Patienten Teil der Widerstandsressourcen sein und damit Wichtiges zum Kohärenzsinn beitragen. Seelsorge weitet sich auf dieser Basis zur über-konfessionellen "spiritual care" (USA) aus, sie wird zu einem Qualitätsmerkmal des Krankenhauses. Allerdings droht hier eine weitgehende Funktionalisierung von Religion. " Ethische Fragen werden im Krankenhaus immer wichtiger; Seelsorge kann zur Reflexion und Lösung ethischer Konflikte beitragen.
5. Seelsorge vertritt bestimmte, im System Krankenhaus vernachlässigte Dimensionen des Lebens: " Seelsorge hält die pathische Dimension des Lebens offen; " Seelsorge stellt die Frage nach den notwendigen Bedingungen für die Menschlichkeit des Menschen in der Institution; " Seelsorge erinnert an die Dimension der Gerechtigkeit im Zusammenleben der Menschen, auch im Gesundheitsbereich; " Seelsorge erinnert an die Begrenztheit des Lebens und die Fragmentarität von Gesundheit; " Seelsorge erinnert an die Unausweichlichkeit von Sterben und Tod.
6. Damit bringt Seelsorge systemfremde Ansätze ins Spiel, die für die Offenheit des Systems Krankenhaus von Bedeutung sind.