

---

„Die Seelsorge hat mir Kraft gegeben, meine Krankheit besser zu vertragen.“<sup>1</sup>

Eine empirische Untersuchung zur Bedeutung der Seelsorge für Patientinnen und Patienten in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation

Anke Lublewski-Zienau, Jörg Kittel und Marthin Karoff

---

*Zusammenfassung:* Durch eine postalische Befragung von Patientinnen und Patienten drei Monate nach ihrem stationären Aufenthalt in einer kardiologischen und orthopädischen Rehabilitationsklinik wurde die Bedeutung, die sie der Seelsorge für ihren Rehabilitationsprozess geben, untersucht. Die Antworten der Befragten zeigen, dass die Erfahrung von Einfühlsamkeit, Geborgenheit, Trost, Verständnis und dem Wahrgenommen-werden in der Seelsorge besonders hilfreich sind. Die Wirkung der Seelsorge beschreiben die meisten als Hilfe zur Integration der Erkrankung ins Leben. Es wird deutlich, dass die Seelsorge für die Befragten ein Beziehungsgeschehen ist, das von der Kompetenz und Feinfühligkeit der/des Seelsorgenden abhängt. Die Klinikseelsorge erweist sich durch diese Untersuchung einmal mehr als sinnvolle Ergänzung im Behandlungsverlauf, weil sie eine Dimension in den Heilungsprozess einbringt, mit der sie Anteil an Sinnfindung, Angstbewältigung und Selbstwertstabilisierung hat, die für die positive Krankheitsverarbeitung wichtig sind.

*Abstract:* Via a postal survey of patients, three months after their hospital stay at a cardiologic and orthopaedic rehabilitation clinic, the importance that they place on pastoral care in the rehabilitation process was investigated. The answers of the respondents show that the experiences of empathy, security, comfort, and of being understood and noticed are particularly helpful in pastoral care. The effect of pastoral care is described by most as a help for the integration of sickness in life. Clinical pastoral care is once again proven through this investigation as a useful addition in the course of treatment, because it introduces a dimension to the healing process that has elements of finding meaning, overcoming fear and stabilising self-esteem, which are important for coping positively with the illness.

*Klinikseelsorge, Seelsorge als Beziehungsgeschehen, Krankheitsbewältigung*

## 1. Einleitung

Wie schon die Vorgängerstudie zu den Erwartungen von kardiologischen Rehabilitand/innen an die Seelsorge<sup>2</sup>, basiert auch die vorliegende Untersuchung auf der Überzeugung, dass empirische Studien für eine deskriptiv-theologische Seelsorgetheorie wichtig sind, um das Feld, in dem die Seelsorge stattfindet, genau kennen zu lernen und um die konkrete Seelsorgepraxis und ihre Inanspruchnahme zu beschreiben.<sup>3</sup> Solche Arbeiten gehören zur Pastoralsoziologie, die nach dem Verständnis von *Karl-Fritz Daiber* eine praktisch-theologische Disziplin ist. Sie leistet „einen Beitrag zum Verstehen der Lebenssituation von Menschen und Gruppen, auf die die Kirche bezogen ist“<sup>4</sup>. Dabei geht es nicht darum, „kirchliches Leben an gesellschaftliche Wirklichkeit anzupassen. Wichtig ist vielmehr, daß die Soziologie eigenständige Anfragen an die kirchliche Praxis stellt“<sup>5</sup> und das vor dem Hintergrund erfasster Wirklichkeit. Wegbereiter für eine solche Auffassung war *Friedrich Schleiermacher*, der die „geschichtliche Kenntniß von dem gegenwärtigen

---

<sup>1</sup> Zitat: eine Patientin beschreibt, welche Bedeutung die Seelsorge für sie hatte.

<sup>2</sup> *Anke Lublewski-Zienau/Jörg Kittel/Marthin Karoff*, Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Klinikseelsorge. Eine Studie in der kardiologischen Rehabilitation, in *WzM* Jg. 55, 7/2003, 463-478. *Anke Lublewski-Zienau/Jörg Kittel/Marthin Karoff*, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, in *WzM* Jg. 57, 4/2005, 283-295.

<sup>3</sup> *Traugott Roser*, *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang.* Stuttgart 2007, 53f.

<sup>4</sup> *Karl-Fritz Daiber*, Pastoralsoziologie, in: *Hartmut Kress, Karl-Fritz Daiber*, *Theologische Ethik – Pastoralsoziologie*, Stuttgart u.a. 1996, 119-239, 130.

<sup>5</sup> *K.-F. Daiber*, Pastoralsoziologie, 125.

tigen Zustände des Christentums“<sup>6</sup> als theologische Aufgabe beschrieb und dafür die „kirchliche Statistik, als der Kenntniß des gesellschaftlichen Zustandes in allen verschiedenen Theilen der christlichen Kirche“<sup>7</sup> maßgeblich benannte. Mit der modernen Pastoralsoziologie wird es möglich, die Wirklichkeit, auf die kirchliches Handeln bezogen ist, methodisch kontrolliert zu erfassen, um sie für die praktisch-theologische Reflexion und die kirchliche Praxis zur Verfügung zu stellen und damit auch einen Beitrag zum Verstehen der Situation der Kirche selbst zu leisten. Wichtig für die Theoriebildung ist die Relevanz der Alltagserfahrung. „So ist und bleibt die Alltagserfahrung die Mutter der Theorie und der empirischen Forschung zugleich.“<sup>8</sup>

„Wir hören den dumpfen Donnerschlag, mit dem Pastor Klabermann in ein Zimmer bricht, und Frau Hildegard sagt: ‚Er meint es gut.‘ Sie spricht wie mit einem alten Bekannten.... Pastor Klabermann steht breit und schwerfällig auf seinen Stock gestützt neben ihrem Bett. Er ist offensichtlich glücklich, weil jemand mit ihm spricht. Er hat das Gefühl, daß seine unermüdlichen Besuche zu etwas nütze sind, daß seine unbeholfene Art nicht ganz ins Leere geht, vielleicht sogar, daß er nicht jedem überhaupt lästig ist und im Wege steht. Er hat noch immer kein Wort über Gott und die Tröstungen des Glaubens gesprochen, wie es doch eigentlich seine Aufgabe wäre. Trotzdem vergißt man nie, daß er Pastor ist, ein altväterlicher, etwas unglücklicher Pastor, der sich mit dem Leben schwer tut. Er hat etwas Ausrangiertes an sich. Sicher hat man ihm diese Tätigkeit zugewiesen, weil seine Predigten über die Maßen langweilig waren und keinen Zulauf hatten. Ich möchte wissen, wie der Gott, an den er glaubt, beschaffen ist. Wahrscheinlich ein trauriger, hilfloser oder sehr weit entfernter Gott, über den sich nicht gut sprechen läßt.“<sup>9</sup>

Diese Beschreibung einer Begegnung mit einem Krankenhausseelsorger aus dem Tagebuch einer Patientin ist zugegebenermaßen schon fast 45 Jahre alt, aber dennoch interessant, nicht aus historischen Gründen, sondern weil die Blickrichtung auf das seelsorgliche Handeln ungewöhnlich ist. Hier wird vom Empfänger her auf die Seelsorge und den Seelsorger geschaut und der Seelsorger durch seine Art auch noch mit einem bestimmten Gottesbild in Verbindung gebracht. Nach *Hans van der Geests* Theorie entscheidet nicht der Seelsorgende, was Seelsorge ist, sondern der Empfänger.<sup>10</sup> Da die Seelsorge ein Beziehungsgeschehen ist, wirkt sie unsichtbar, selbst wenn sie in der Öffentlichkeit stattfindet. Zudem sind die Probleme, die die Seelsorge bearbeitet, „Eigenprobleme der personalen Systeme, die als solche außerhalb des Gesellschaftssystems liegen“<sup>11</sup>. Manchmal erfahren die Seelsorgerin oder der Seelsorger von der Patientin oder dem Patienten, dass ihre seelsorgliche Begleitung in der Krise der Erkrankung gut getan hat, dass sie ein Baustein bei der Krankheitsbewältigung gewesen ist. Diese Rückmeldung bekommen Seelsorger/innen nicht immer und wenn, dann unter vier Augen. Nimmt man all das zur Grundlage, dann ist für eine Theoriebildung der Poimenik wichtig, den Adressaten von Seelsorge zu befragen, was von ihm als Seelsorge qualifiziert wird. Im Sinne der „Grounded Theory“<sup>12</sup> kann solch eine Befragung die Chance für eine Theoriebildung sein<sup>13</sup>, die den Fragen nachgeht, welche Bedeutung die Seelsorge für Patient/innen hat, was wichtige Aspekte der Seelsorge für Patient/innen sind, welche Rolle die „Art“ der Seelsorger/innen spielt, ob die Religionszugehörigkeit wichtig ist, wie sich die Gottesbeziehung gestaltet und ob das Ausmaß der Belastung durch die Erkrankung von Bedeutung ist. Letzteres ist deshalb in Bezug auf die kardiologischen Rehabilitand/innen interessant, weil *Ulrike Johannis* in ihrem Artikel über Seelsorge mit Herzinfarkt-Patient/innen aufgrund ihrer Erfahrungen die Meinung vertritt, dass diese nicht über die Erkan-

---

<sup>6</sup> Friedrich Schleiermacher, Eine kurze Darstellung des theologischen Studiums zum Behuf einleitender Vorlesungen (1811/1830) hrsg. von Dirk Schmid, Berlin, New York 2002, 207f.

<sup>7</sup> Ebd., 208.

<sup>8</sup> K.-F. Daiber, Pastoralsoziologie, 135.

<sup>9</sup> Caroline Muhr zitiert bei Richard Riess, Sehnsucht nach Leben. Spannungsfelder, Sinnbilder und Spiritualität der Seelsorge, Göttingen <sup>2</sup>1991, 129.

<sup>10</sup> Hans van der Geest, Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge, Zürich <sup>7</sup>2005, 224.

<sup>11</sup> Niklas Luhmann, Funktion der Religion, Frankfurt 1977, 57f.

<sup>12</sup> Bei der Grounded Theory handelt es sich um ein von Barney Glaser und Anselm Strauss eingeführtes Theoriebildungsverfahren, das in der Empirie verankert ist.

<sup>13</sup> Vgl. auch Traugott Roser, Spiritual care, 81f.

kung und die damit gemachten Erfahrungen sprechen wollen, weil die Angst vor dem nächsten Infarkt durch die Reaktivierung der traumatischen Erfahrung durch das Gespräch zu groß ist.<sup>14</sup>

Die vorliegende Studie ist eine empirische Untersuchung der Erfahrungen von kardiologischen und orthopädischen Rehabilitand/innen mit Seelsorge. Dabei geht es nicht um einen Beweis für die Wirksamkeit von Seelsorge im Gesundungsprozess, sondern um das, was Patient/innen als Hilfe bei der Krankheitsbewältigung und im Heilungsprozess empfinden, also um deren subjektive Einschätzung.

## 2. Methode

Die Untersuchung wurde in Form einer postalischen Nachbefragung durchgeführt. Es wurden 173 Rehabilitand/innen, die das Seelsorgeangebot in der Klinik Königsfeld angenommen haben, drei Monate nach ihrem stationären Aufenthalt befragt. Die Teilnahme war freiwillig.

Die Klinik Königsfeld ist Zentrum für medizinische Rehabilitation vorrangig bei Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, aber auch bei orthopädischen Erkrankungen. Es werden Rehabilitand/innen mit Zustand nach Herzinfarkt (mit und ohne Operation), nach Herzklappenersatz, mit Herzmuskelerkrankungen, Bluthochdruck, peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder Herzrhythmusstörungen und Rehabilitand/innen nach Hüft- oder Kniegelenkersatz, nach Wirbelsäulenerkrankungen (mit und ohne Operationen) oder bei komplexen Schulterbeschwerden behandelt. Das Rehabilitationsangebot umfasst sowohl stationäre als auch teilstationäre Leistungen. Dreiviertel der Behandelten sind Männer.

Es gibt seit fast 25 Jahren eine evangelische Seelsorgerin im Haus. Sie ist eingebunden in ein Team, das unterschiedliche Maßnahmen und Therapien in den Rehabilitationsprozess einbringt. Dazu gehören neben medizinischer Betreuung unter anderem Sportgruppen, psychologische Begleitung, Beratung in sozialen Fragen, Ernährungsberatung und eine große freizeittherapeutische Abteilung.

Die Daten wurden über einen selbst entwickelten, vierseitigen Fragebogen erhoben. Er umfasst insgesamt elf Fragen. Dazu gehören Fragen zur Person der Studienteilnehmenden, zur Erkrankung, zur Religionszugehörigkeit und eine Frage nach der Gottesvorstellung. Um herauszufinden, welche Aspekte der seelsorglichen Praxis die Befragten als besonders wichtig erlebt haben, werden 12 Items verwendet, denen Rehabilitand/innen in der Vorgängerstudie zu den Erwartungen an die Seelsorge eine hohe Bedeutung beigemessen haben. Eine weitere Frage beschäftigt sich mit dem Verhältnis von Gottesdienst und Seelsorgegespräch. Auch werden die Studienteilnehmenden gefragt, wie sie die Person der Seelsorgerin erlebt haben und welche Bedeutung das Amt der Pfarrerin beim Seelsorgeerleben hat. Dazu gibt es Raum für zwei offene Fragen („Was hat an der Seelsorge geholfen?“ und „Was sollte anders sein?“).

Die Datenauswertung erfolgte durch einen Rehabilitationswissenschaftler. Die statistischen Analysen wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics 20 berechnet. Nominalskalierte Variablen wurden über Chi<sup>2</sup>-Tests auf Signifikanz überprüft, während die statistische Bedeutsamkeit intervallskalierter Variablen mit Hilfe von Varianzanalysen berechnet wurde. Bei den Überprüfungen der Signifikanz wurde generell eine Alpha-Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% als kritische Grenze festgesetzt.

## 3. Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum wurden 173 ehemalige Rehabilitand/innen angeschrieben. Von 109 Befragten liegen vollständige Datensätze vor. Das ergibt eine Teilnehmerquote von 63%.

---

<sup>14</sup> Ulrike Johannis, Seelsorge mit Herzinfarkt-PatientInnen, in: Michael Klessmann (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 2013, 102-111.

**Tabelle 1: Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer**

		Häufigkeit	in %
<i>Teilnehmende</i>		109	63%
<i>Geschlecht</i>	männlich	48	44%
	weiblich	61	56%
<i>Alter</i>	unter 45	4	4%
	45-65	60	55%
	über 65	45	41%

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmenden liegt bei 65 Jahren, wobei die Frauen im Schnitt 3 Jahre älter sind als die Männer. Die jüngste Teilnehmerin ist 37 Jahre, die älteste 89 Jahre alt. Es haben 48 Männer und 61 Frauen teilgenommen. Ein Vergleich von Studienteilnehmenden und Nichtteilnehmenden zeigt keine Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der Teilnahme. Es nahmen 63,5% der angeschriebenen Frauen und 62,3% der angeschriebenen Männer teil. Das Durchschnittsalter der Nicht-Teilnehmenden liegt bei 64 Jahren, die Männer sind hier im Schnitt 5 Jahre jünger als die Frauen. Tabelle 1 zeigt die Zahlen im Einzelnen.

### *Erkrankung und Gefühlslage*

67% der befragten Rehabilitand/innen waren aufgrund einer kardiologischen und 33% wegen einer orthopädischen Erkrankung im Haus. 62 Befragte geben an, operiert worden zu sein, davon waren 62% für 2-5 Tage auf der Intensivstation, 22% weniger als 2 Tage und 15,5% waren mehr als 5 Tage auf der Intensivstation. Sechs Befragte wurden reanimiert. Fast die Hälfte der Studienteilnehmenden gibt an, schon seit längerer Zeit krank zu sein, bei 43 % ist die Erkrankung plötzlich eingetreten. Die Rehabilitand/innen wurden befragt, ob sie sich durch die Erkrankung sehr belastet gefühlt haben. Dies bejahen 83 % der Teilnehmenden. Gut die Hälfte gibt an, dass sie sehr deprimiert waren, und genauso viele sagen, dass sie Angst hatten. Kardiologische Rehabilitand/innen haben signifikant häufiger Angst und bewerten den Gesundheitszustand zu Beginn der Rehabilitation signifikant schlechter als die anderen Teilnehmenden.<sup>15</sup>

### *Verhältnis zur religiösen Gemeinschaft*

101 Teilnehmende (92,7%) gehören einer Religionsgemeinschaft (RG) an. Tabelle 2 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Religionsgemeinschaften.

**Tabelle 2: Religionszugehörigkeit der Teilnehmenden**

Religionszugehörigkeit	Anzahl	in %
<i>insgesamt</i>	101	92,7%
<i>katholisch</i>	43	39,5%
<i>evangelisch</i>	54	49,5%
<i>andere</i>	12	11,0%

**Tabelle 3**

	Häufigkeit	in %
<i>Teilnahme an Veranstaltungen der RG</i>		
<i>häufig</i>	36	33,0%
<i>selten</i>	42	38,5%
<i>gar nicht</i>	20	18,3%
<i>keine Angaben</i>	11	10,1%
<i>Teilnahme am Gottesdienst der RG</i>		
<i>häufig</i>	50	45,8%
<i>selten</i>	54	49,5%
<i>gar nicht</i>	5	4,7%
<i>Gebet</i>		
<i>häufig</i>	90	82,5%
<i>selten</i>	17	15,5%
<i>gar nicht</i>	2	1,9%
<i>Hilfe gefunden, wenn nötig</i>		
<i>häufig</i>	30	27,5%
<i>selten</i>	31	28,4%
<i>gar nicht</i>	27	24,8%
<i>keine Angaben</i>	21	19,3%

<sup>15</sup> Vgl. auch *Andreas Hinz, Jörg Kittel, Marthin Karoff, Isolde Daig, Anxiety and Depression in Cardiac Patients: Age Differences and Comparisons with the General Population*, in: *Psychopathology* 2011, 44: 289-295.

Mehr als die Hälfte dieser Gruppe gibt an, dass sie selten oder gar nicht am Leben ihrer religiösen Gemeinschaft teilnehmen (Tab. 3), 10 % macht keinerlei Angaben.

Ein Drittel der Befragten gibt an, häufig an Veranstaltungen der Religionsgemeinschaft teilzunehmen. 45,8% der Studienteilnehmenden gehen auch zu Hause häufig in den Gottesdienst, fast die Hälfte eher selten und 4,7% gar nicht. Hier gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen evangelischen und katholischen Teilnehmenden.

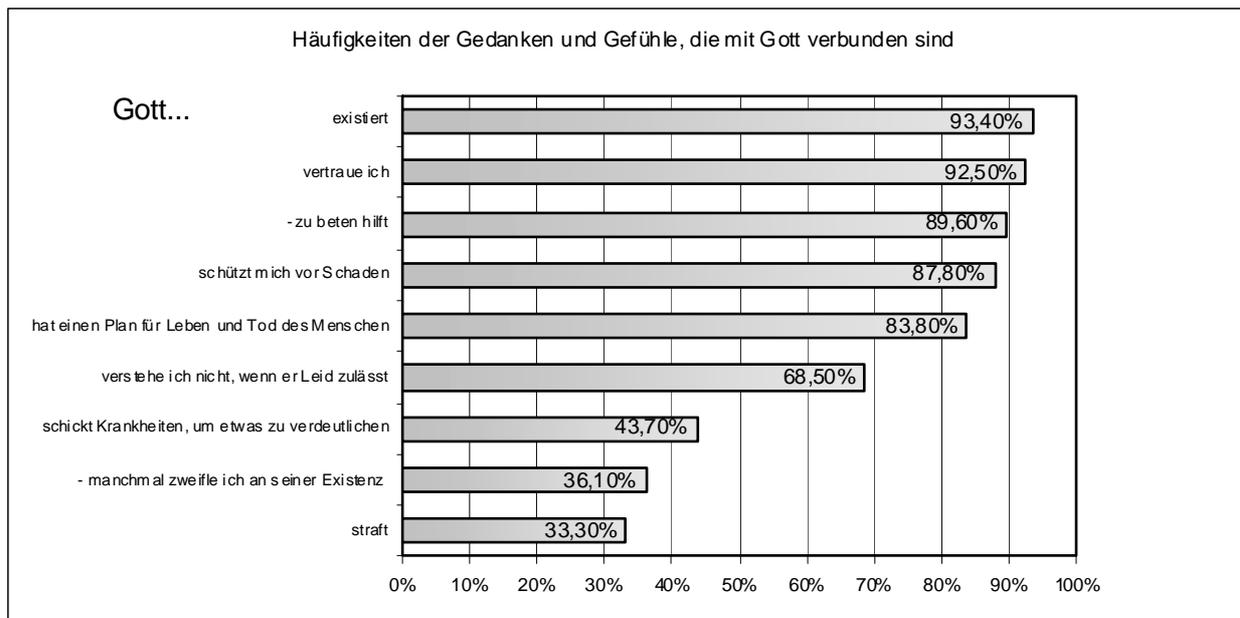
Im Bereich der persönlichen Frömmigkeit geben 82,5% der Befragten an, dass sie häufig beten, wobei auch diejenigen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, regelmäßig beten. Nur 2 katholische Rehabilitanden sagen, dass sie nicht beten.

Die Frage danach, ob die Teilnehmenden Hilfe bei ihrer Religionsgemeinschaft finden, wenn sie Hilfe brauchen, beantwortet 27,5% mit häufig und 28,4% mit selten. Ein Viertel sagt, dass sie gar keine Hilfe finden. 21 Rehabilitand/innen machen zu dieser Frage keine Angabe.

### *Gedanken und Gefühle, die mit Gott verbunden sind*

Auf die Frage nach den Gedanken und Gefühlen, die für sie mit Gott verbunden sind, haben über 90% der Befragten geantwortet, dass sie sich der Existenz Gottes sicher sind und auf ihn vertrauen. In Abbildung 1 sind die prozentualen Häufigkeiten positiver Bewertungen (Wichtigkeit 3-5) der einzelnen Aspekte aufgeführt.

**Abbildung 1: Häufigkeiten der Gedanken und Gefühle, die mit Gott verbunden sind**



Fast 90% der Teilnehmenden ist der Überzeugung, dass ihnen das persönliche Gebet hilft. Ein Drittel glaubt an einen strafenden Gott.

Diejenigen Teilnehmenden, die mehr als ein halbes Jahr krank sind, haben leicht höhere Mittelwerte bei der Gottesvorstellung von einem strafenden Gott.

### *Teilnahme am Seelsorgeangebot*

Alle Studienteilnehmenden nahmen an den Gottesdiensten teil und fast 80% hatten mindestens ein Einzelgespräch mit der Seelsorgerin.

### *Die Bedeutung der Seelsorge*

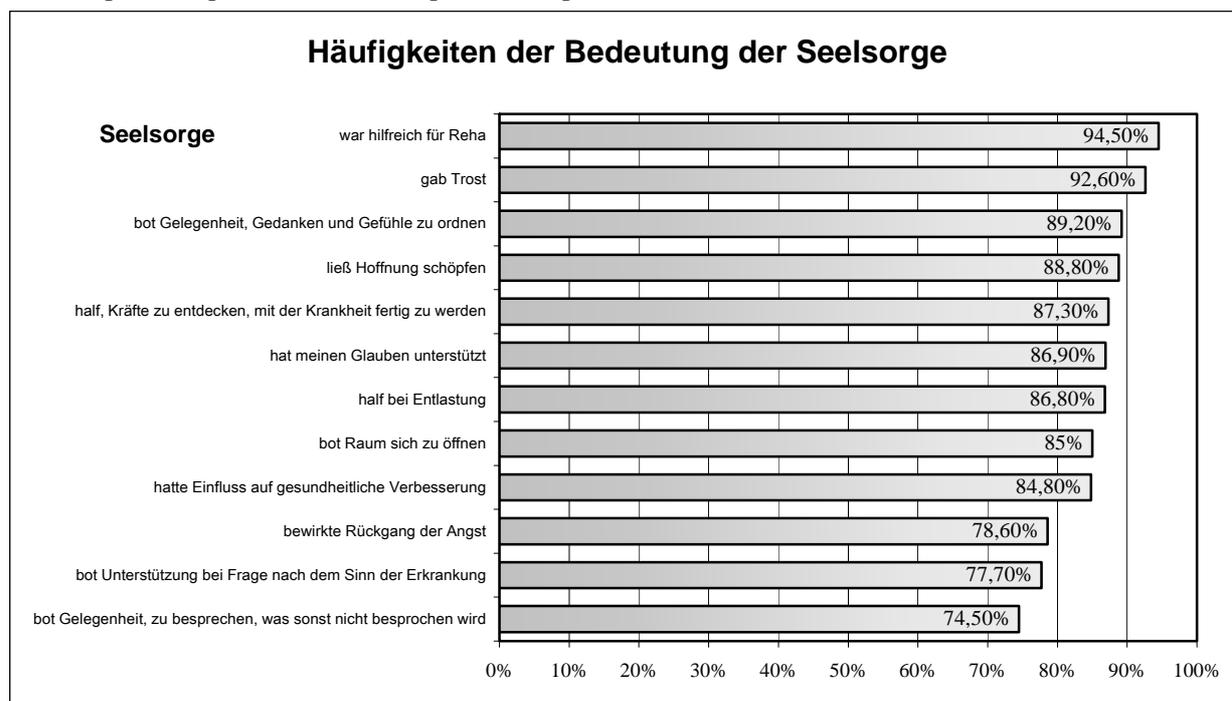
Die Bedeutung, die Seelsorge nach der eigenen Einschätzung der Befragten für die Rehabilitation hat, wurde in 12 Items abgefragt. Auch hier konnten die Befragten mittels einer 6-stufigen Skalierung von 0  $\hat{=}$  „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5  $\hat{=}$  „trifft voll zu“, verschiedene Aussagen zur Seelsorgebedeutung einstufen.

In Abbildung 2 sind die prozentualen Häufigkeiten positiver Bewertungen der einzelnen Aussagen aufgeführt. 94,5% bewerten das Seelsorgeangebot als hilfreich für ihre Rehabilitation und fast 85% geben an, dass die Seelsorge einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit hatte.

Bei der Erstellung der Items wurden Fragen zu vier Gruppen erstellt, die einen je anderen Schwerpunkt des Seelsorgehandelns setzen. Neben drei allgemeinen Fragen gibt es Fragen zur Sinnfindung, zur Ressourcenaktivierung und zur Mobilisierung von Hoffnung.

Alle Items liegen mit ihrem Mittelwert im positiven Bereich der Bewertung. Der niedrigste Wert liegt bei 3,5, der höchste bei 4,6.

Abbildung 2: Häufigkeiten der Bedeutung der Seelsorge



Es gibt keine signifikanten Unterschiede in den Antworten zwischen der Gruppe derer, die plötzlich erkrankt sind, und der Gruppe derer, die schon lange krank sind. Allerdings sind die Mittelwerte der Beurteilungen bei denen, die plötzlich erkrankt sind, fast überall höher.

Tabelle 5 Signifikante Unterschiede zwischen kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden

	Mittelwerte		Signifikanz
	kardiologisch	orthopädisch	
Das Seelsorgeangebot war hilfreich für meine Rehabilitation.	4,90	4,06	,003
Die Seelsorge hatte einen Einfluss auf meine gesundheitliche Verbesserung.	4,55	3,44	,007
Durch die Seelsorge habe ich Trost erfahren.	4,61	3,83	,028
Die Seelsorge half, Gedanken und Gefühle zu ordnen.	4,41	3,33	,022
Seelsorge hat bewirkt, dass ich nicht mehr so viel Angst hatte.	4,00	2,89	,062
Durch die Seelsorge konnte ich neue Hoffnung schöpfen.	4,34	3,56	,080

Unterschied ist signifikant wenn  $p < 0,05$  und zeigt eine Tendenz, wenn  $p < 0,1$

Diejenigen Teilnehmenden, die mehr als ein halbes Jahr krank sind, messen dem Seelsorgebereich „Sinnfindung“ eine höhere Bedeutung bei. Kardiologische Rehabilitand/innen empfinden Seelsorge signifikant häufiger hilfreich und bewerten ihren Einfluss auf die Gesundung signifikant höher. Sie haben signifikant höhere Zustimmungswerte beim „Trost“ und der „Hilfe, Gedanken und Gefühle“ zu ordnen. Tendenziell häufiger haben kardiologische Rehabilitand/innen weniger Angst nachdem sie das Seelsorgeangebot wahrgenommen haben und schöpfen eher Hoffnung.

Für diejenigen, die sagen, dass sie zu Beginn der Rehabilitation Angst hatten, wirkt die Seelsorge mit einem Mittelwert von 4 bei der Verminderung der Angst.

Die Studienteilnehmenden mit einem positiven Gottesbild haben signifikant höhere Werte in den Items Trost und Ressourcenaktivierung.

Reanimierte Rehabilitand/innen haben im Item „Sinnfindung“ einen Mittelwert von 4,9. Dies ist ein tendenziell höherer Wert als bei den Nichtreanimierten.

#### *Verhältnis von Gottesdienst und Seelsorgegespräch*

Die Befragten haben das Verhältnis von Gottesdienst und Gespräch beurteilt. Dazu standen ihnen 4 Items zur Verfügung. Fast 90% von ihnen sagen, dass Gespräch und Gottesdienst eng zusammengehören für das, was sie von der Seelsorge für sich erwarten. Dreiviertel der Befragten sind der Meinung, dass auch der Gottesdienst Seelsorge ist.

#### *Person der Seelsorgerin*

Die Befragten konnten angeben, wie sie die Person der Seelsorgerin erlebt haben. 98% sagen, dass die Art der Seelsorgerin eine Rolle gespielt hat für die Bedeutung, die Seelsorge für sie hatte. Dabei haben die „Einfühlsamkeit“ und das „Sich-angenommen-Fühlen“ durch die Seelsorgerin eine hohe Bedeutung für die Befragten.

Eine weitere Frage war die nach der Bedeutung des Amtes, des Geschlechts und der Konfession der Seelsorgenden. Für 92% der Befragten ist es wichtig, dass eine Pfarrerin oder ein Pfarrer für die Seelsorge zuständig ist. Sie sind zu 87% der Meinung, dass die ihnen wichtigen Aspekte der Seelsorge nicht von einer anderen Berufsgruppe hätten wahrgenommen werden können. Nur zwei Befragte hätten lieber einen Mann als Seelsorger und elf hätten gern einen Seelsorger der eigenen Konfession gehabt. Die Frage nach einem Seelsorger der eigenen Konfession haben 20 Studienteilnehmende nicht beantwortet. Das sind fast ein Fünftel der Befragten.

#### *Nicht skalengebundene Antworten*

Die Hälfte der 109 Studienteilnehmenden geben Antworten auf die offenen, nicht skalengebundenen Fragen nach dem besonders Hilfreichen und dem Veränderungsbedürftigen in der Seelsorge. Besondere Bedeutung hat in den Ausführungen die Beziehungserfahrung und die persönlich erfahrene Wirksamkeit der Seelsorge. Die Antworten zeigen, dass die Erfahrung von Einfühlsamkeit, Geborgenheit, Offenheit, Trost, Verständnis, Zeit und Wahrgenommen-werden den Rehabilitand/innen als besonders hilfreich erschienen ist. Die Wirkung der Seelsorge wird beschrieben als Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung und Unterstützung bei der Mobilisierung von Hoffnung und Zuversicht. Zwei Patienten berichteten auch von direkten gesundheitlichen Fortschritten, die sie der Seelsorge zuschreiben: eine Patientin konnte nach dem Seelsorgegespräch das Schlafmittel erfolgreich absetzen und ein Patient hatte einige Stunden lang nach den Gesprächen und dem Gottesdienst einen niedrigeren Blutdruck als sonst und eine niedrigere Herzfrequenz.

## *4. Diskussion*

Im Folgenden sollen einige der Ergebnisse unter bestimmten Gesichtspunkten genauer beleuchtet werden.

#### *Die Religiosität und das Gebet*

83% der Studienteilnehmenden geben an, häufig zu beten, was als „Religion im Vollzug“<sup>16</sup> gewertet werden kann, aber mehr als die Hälfte haben selten oder gar keinen Kontakt zu ihrer

---

<sup>16</sup> Michael Klessmann, Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch, Göttingen 2009, 156.

Religionsgemeinschaft. Es gibt scheinbar eine Differenz zwischen Glaube und kirchlichem Leben.<sup>17</sup> Dieses Ergebnis verdeutlicht noch einmal die Bedeutung der von *Gordon Allport* schon 1950 herausgestellten Unterscheidung zwischen extrinsischer und intrinsischer Religion.<sup>18</sup> Extrinsische Religion ist demnach durch von außen auferlegte oder erzwungene Verhaltensmuster gekennzeichnet, während intrinsische Religion das Ausüben von Religion aus eigenem Antrieb und Bedürfnis meint, weil es einem persönlich wichtig ist. In Studien hat man festgestellt, dass es vor allem die intrinsische Religion ist, die sich positiv auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirkt.<sup>19</sup> Die Soziologin *Margret Poloma* hat in einer Untersuchung vier Gebetsstile unterschieden, die eine unterschiedliche Nähe zu Gott ausdrücken. Dazu gehören die Bitte mit der Frage nach dem, was Gott mir geben kann, das Ritual mit formalisierten Gebeten, die Meditation als Betrachtung, Vertiefung und Stille und das Gespräch, dem ein Gefühl zwangloser Intimität zugrunde liegt.<sup>20</sup> *Poloma* kommt zu dem Ergebnis, dass das Wohlbefinden der Untersuchungspersonen zunimmt, je persönlicher die Beziehung zu Gott ist. Das hat auch eine Studie von *Ronald Grossarth-Maticzek* und *Hermann Vetter* bei Krebspatienten gezeigt. „Eine Wohlbefinden erzeugende Gottesbeziehung und Beten für Heilung haben eine hochsignifikante Wirkung für das Gesamtüberleben und die Lebensqualität.“<sup>21</sup> Ein Fall aus der Praxis unterstreicht diese Ergebnisse:

Eine Patientin erzählt, dass sie sehr häufig mit Gott ins Zwiegespräch geht, ihm alles erzählt, auch das, was sie nicht einmal ihrem Mann erzählen würde, zu dem sie großes Vertrauen hat, und sich danach ganz leicht und gut fühlt. Auch vor ihrer Operation hat sie lang auf diese sehr vertraute Weise mit Gott gesprochen, was sie sehr ruhig gemacht und ihr die Angst genommen hat.

Beim Gebet bringt sich der Beter in Beziehung zu Gott.<sup>22</sup> Für *Gerhard Ebeling* ist das Gebet der hermeneutische Schlüssel der Gotteslehre, denn „von da aus öffnet sich das Verständnis für das Gott zugesprochene Sein und für die Gott zugesprochenen Attribute.“<sup>23</sup> Da die Grundsituation des Menschen die Sprachsituation ist, erschließt das Gebet die Erfahrbarkeit Gottes.<sup>24</sup> Die Sprache im Gebet dient dazu, das „Gegenüber selbst als wirklich in Anspruch zu nehmen. Man kann nicht anders beweisen, daß man mit der Wirklichkeit Gottes rechnet, als indem man zu ihm betet.“<sup>25</sup> Nicht verwunderlich also, wenn 90% der Befragten sagen, dass sie sich der Existenz Gottes sicher sind und 90% glauben, dass das Gebet hilft. „Im Gebet sammelt eine Person sich und spricht in eigenen oder angeeigneten Worten (allein oder gemeinsam, begleitet von Gesten oder als bloße innere Gedankenbewegung) vor Gott aus, was sie zutiefst bewegt.“<sup>26</sup> Das Beten geschieht im Hinblick auf konkrete Situationen und Erfahrungen. Im Evangelischen Magazin "Chrismon Spezial" zum Reformationstag 2014 sprechen prominente Protestant/innen über ihre

<sup>17</sup> Vgl. *Traugott Roser*, Vierte Säule im Gesundheitswesen?, in: *Günter Thomas, Isolde Karle* (Hg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Stuttgart 2009, 580-592, 587.

<sup>18</sup> Vgl. *Gordon Allport*: *The individual and his religion: a psychological interpretation*. New York Macmillan, 1950.

<sup>19</sup> *Harald Walach*, Spiritualität als Ressource. Chancen und Probleme eines neuen Forschungsfeldes, in: *Simone Ehm / Michael Utsch* (HG.), *Kann Glaube gesund machen? Spiritualität in der modernen Medizin*, EZW-Texte 181, Berlin 2005, 25. *H. Walach* bezieht sich für diese Aussage auf drei Studien: *J.D. Kass*, u.a.: Health outcomes and a new index of spiritual experience, in: *Journal of the Scientific Study of Religion* 30 (1991), 203-211. *J.D. Kass* u.a.: An inventory of positive psychological attitudes with potential relevance to health outcomes: validation and preliminary testing, in: *Behavioral Medicine* 17 (1991) 121-129. *J.L. McBride* u.a.: The relationship between a patient's spirituality and health experiences, in: *Family medicine* 30 (1998) 122-126.

<sup>20</sup> *Margret Poloma, Brian F. Pendleton*, The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being, in: *Journal of Psychology and Theology* 19 (1991), 71-83.

<sup>21</sup> *Ronald Grossarth-Maticzek* und *Hermann Vetter*, Gottesbeziehung, Gesamtüberleben und Lebensqualität bei Krebspatienten im multifaktoriellen Zusammenhang, *WzM* Jg. 63, 6/2011, 577-595, 578.

<sup>22</sup> Vgl. *Wolfgang Wiedemann*, *Keine Angst vor der Seelsorge*, Göttingen 2009, 126f.

<sup>23</sup> *Gerhard Ebeling*, *Dogmatik des christlichen Glaubens*, Band 1, Tübingen 2012, 193.

<sup>24</sup> Ebd., 194.

<sup>25</sup> Ebd., 202.

<sup>26</sup> *Wilfried Härle*, *Dogmatik*, Berlin, New York, 2007, 301.

Gottesbeziehung. Die meisten erzählen davon, dass sie eine sehr innige Beziehung zu Gott haben und regelmäßig im Sinne eines Zwiegesprächs beten, was sie als wohltuend empfinden.<sup>27</sup>

### *Die Gotteserfahrung und die Bindung*

*Wilfried Härle* spricht in seiner Dogmatik davon, dass Glaube Vertrauen ist.<sup>28</sup> Vertrauen ist ein Beziehungsbegriff. „Das positive Element im Vertrauen besteht darin, daß ein Mensch, der vertraut, sich an ein Gegenüber hingibt und ausliefert in der Hoffnung, daß ihm Gutes zuteil wird. Das muß nicht immer Angenehmes oder Lustvolles sein, wohl aber etwas, das dem Wohl oder Heil des Menschen dient.“<sup>29</sup> 1992 hat *Lee Kirkpatrick* für die Beziehung zu Gott ein Konzept auf dem Hintergrund der Bindungstheorie entworfen.<sup>30</sup> Nach der Bindungstheorie<sup>31</sup> gehört die Befriedigung des Bedürfnisses zur Herstellung von Nähe zu den Überlebenssystemen des Menschen. Das Bindungsverhalten wird besonders in emotionalen Stresssituationen wie Krankheit, in Verbindung mit fremden Situationen, Schmerz oder Angst aktiviert und beruhigt sich durch Nähe zur Bindungsperson. Das Bindungssystem entwickelt sich in den ersten Lebensjahren und bleibt während des gesamten Lebens aktiv. Deshalb suchen auch Erwachsene in Gefahrensituationen die Nähe zu Menschen, von denen sie emotionale Hilfe und Unterstützung erhoffen. In der Bindungsforschung gibt es das Konzept der Feinfühligkeit.<sup>32</sup> Diese Feinfühligkeit beschreibt die Fähigkeit der Bezugsperson, auf Signale des Bindungssuchenden zeitnah und angemessen zu reagieren. Ein Kind entwickelt häufiger zu derjenigen Bezugsperson eine sichere Bindung, die feinfühlig auf seine Signale reagiert. Eine sichere Bindung bedeutet, dass sich ein Mensch einem andern anvertrauen kann und sich ihm innerlich auch dann noch verbunden fühlt, wenn er nicht anwesend ist. Es gibt in der Bindungstheorie Schutz und Risikofaktoren. Risikofaktoren sind einschneidende Lebensereignisse, die mit Verlust einhergehen. Diese verunsichern den Menschen stark und setzen sein Bindungsbedürfnis in Gang. Ein Schutzfaktor stellt das Vorhandensein zumindest einer verfügbaren Bezugsperson dar. Das erhöht die emotionale Stabilität und Belastbarkeit. Im Sinne dieser Theorie hat *Kirkpatrick* die Gottesbeziehung als emotionales Band aufgefasst, das das Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit befriedigt. „Entscheidend ist, dass an die Anwesenheit oder Verfügbarkeit in gefährlichen und stressbelasteten Situationen geglaubt und daraus Sicherheit und Schutz abgeleitet wird.“<sup>33</sup> Die Erfahrung ist, dass Menschen in Krisenzeiten vermehrt Hilfe bei Gott suchen, weil genau dann das Bindungsbedürfnis anspringt. Sie suchen die Nähe Gottes, indem sie beten oder in den Gottesdienst gehen. Dazu passen die Ergebnisse der Studie, die zeigt, dass 90% der Befragten angeben, dass sie sich der Existenz Gottes sicher sind und dass das persönliche Gebet hilft.

### *Die Gotteserfahrung und Strafe*

Fast ein Drittel der Befragten gab an, dass sie an einen Gott glauben, der straft. *Lee Kirkpatrick* und *Phillip Shaver* fanden in einer Studie heraus, dass die Bindung zu Gott einen positiven Zusammenhang mit dem Wohlbefinden hat, wenn Gott als liebevoll, schützend und tröstend und nicht als strafend und streng gesehen wird.<sup>34</sup> Wie passen diese beiden Ergebnisse zusammen?

---

<sup>27</sup> Chrismon Spezial zum Reformationstag 2014, Was wir glauben. Religion ist Privatsache? Prominente Protestanten sprechen über Gott, Frankfurt 2014, 5-14.

<sup>28</sup> *Wilfried Härle*, Dogmatik, 56.

<sup>29</sup> Ebd., 58.

<sup>30</sup> Vgl. *Lee A. Kirkpatrick*, An Attachment-Theory Approach to the Psychology of Religion, in: The International Journey of the Psychology of Religion, 2/1992, 3-28.

<sup>31</sup> Vgl. *John Bowlby*, Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie, München 2014. *Gottfried Spangler/ Peter Zimmermann* (Hg.), Die Bindungstheorie, Stuttgart 2011.

<sup>32</sup> Vgl. *Mary. D.S. Ainsworth, Mary. C. Blehar, Everett Waters und Sally Wall*, Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale 1978.

<sup>33</sup> *Susanne Katja Zink*, Der Zusammenhang zwischen Religiosität, Bindung, Hoffnung und Wohlbefinden unter Berücksichtigung von Stress, Hamburg 2011, 34.

<sup>34</sup> *Lee A. Kirkpatrick/Phillip. R. Shaver*, Attachment Theory and Religion: Childhood attachments, Religious Beliefs, and Conversion, in: Journal of the Scientific Study of Religion, 29/1990, 315-334.

Warum sollten Menschen, die an Gott glauben, annehmen, dass er sie bestraft, wenn man davon ausgeht, dass Glaube Vertrauen in eine sichere Bindung ist und das Wesen Gottes eigentlich als gut angesehen wird? Eine Erklärung könnte sein, dass der Glaube verschiedene Wege aus der Angst und Unsicherheit bietet. Einige Menschen brauchen, um Sinn wiederherzustellen, eine von außen kontrollierende Gottesfigur.<sup>35</sup> Schuld und Strafe sind dabei relevante Dimensionen, mit denen Menschen versuchen, kritische Lebensereignisse zu erklären. Sieht man zudem das Bild, das ein Mensch von Gott hat, als Gotteserfahrung<sup>36</sup> an, dann ist dieser hohe Anteil von Befragten, die das Bild eines strafenden Gottes haben, nicht verwunderlich. In einer Situation von Krankheit, Trauma oder Verlust kann Gott in verschiedenster Weise erfahren werden, unter anderem als derjenige, der Kraft, Mut und Trost spendet, der hilft, solidarisch und Inbegriff der Liebe ist, der aber auch derjenige sein kann, der abwesend erscheint oder sogar bedrückt, anklagt und als ungerecht erfahren wird.<sup>37</sup> Es geht um „die Erfahrung einer *Wirkung*, die ein Du auf das Ich ausüben kann. Das Wort Gott ist ein *Wirkwort*. Die Wirkung, die mich ein Wort als Gotteswort und ein Bild als Gottesbild bezeichnen lässt, ist die einer völligen Wandlung des Ich auf eine umfassendere und zentralere Persönlichkeit hin.“<sup>38</sup> Eine weitere Erklärung wäre die, dass Gott strafend zu erleben nicht unbedingt bedeutet, ihn als grundsätzlich streng zu sehen, so wie es von *Tilman Moser* in dem Buch „Gottesvergiftung“ beschrieben wird. Moser wuchs mit einem von außen vermittelten Bild eines strengen und ungnädigen Gottes auf.<sup>39</sup> Gott als Strafender muss kein in der Kindheit entstandenes Bild sein, sondern kann auf die aktuelle Lebenssituation bezogen sein, die als leidvoll erfahren wird und Angst macht. Die Untersuchung zeigt, dass gerade Menschen, die schon sehr lange Krankheitsgeschichten hinter sich haben, ihre Wirklichkeit eher mit einem abwesenden oder strafenden Gott wahrnehmen.

### *Die Seelsorge und der Trost*

Religiöser Glaube dient verschiedenen psychologischen Funktionen. Er ist unter anderem Hilfe bei dem Bedürfnis, Sterblichkeit zu bewältigen, bei der Suche und der Bewahrung von Sinn bei traumatischen Erfahrungen und entspringt dem Wunsch nach einer stabilen und vertrauenswürdigen Bindungsfigur.<sup>40</sup> Da Gott nicht direkt sinnlich erfahrbar ist, braucht die Gottesbeziehung eine Verleiblichung.<sup>41</sup> Seelsorge wird so zur symbolischen Beziehungserfahrung<sup>42</sup> und der Seelsorger oder die Seelsorgerin zur sicheren Basis bei Grenzerfahrungen. Die Erfahrung einer lebensbedrohlichen Erkrankung ist häufig mit dem Gefühl verbunden, den Lebenszusammenhang mit Gott verloren zu haben. Seelsorge als Verkörperung von Gottes Aufmerksamkeit<sup>43</sup> kann zu Gottesvergewisserung werden. Das ist ein wichtiger Aspekt bei der Krankheitsverarbeitung, denn die Wiederherstellung des Gottesverhältnisses gibt einem glaubenden Menschen die Kraft, mit der Krankheit umzugehen. Als bedeutendster Aspekt der Seelsorge wird der Trost gewertet. Fast 93 % der Befragten geben an, dass die Seelsorge sie getröstet hat. Besonders die kardiologischen Patient/innen empfinden Seelsorge signifikant häufiger tröstend, so wie auch den mit fast 90% Zustimmung folgenden Aspekt der Möglichkeit, bei der Seelsorge Gedanken und Gefühle zu ordnen. Trost ist nach *Hans-Christoph Piper* ein Beziehungsbegriff, was er aus dem griechischen Verb *parakaleo* schließt, das einerseits die einführende Zuwendung zum leidenden Menschen bezeichnet und andererseits das Herausrufen aus der Verslossenheit des Leidens.<sup>44</sup>

---

<sup>35</sup> Vgl. *Aaron C. Kay, Danielle Gaucher, Ian McGregor, Kyle Nash*, Religious Belief as Compensatory Control, in: *Personality and Social Psychology Review* 14(I)/2010, 37-48.

<sup>36</sup> „Wie in allem, so ist auch in Bezug auf Gott nicht vom Seinsbegriff, sondern von der Seinserfahrung auszugehen.“ *Gerhard Ebeling*, *Dogmatik*, 213.

<sup>37</sup> Vgl. *Gestrich*, *Die Seelsorge und das Unbewußte*, 171-175.

<sup>38</sup> *Peter Schellenbaum*, *Gottesbilder. Religion, Psychoanalyse, Tiefenpsychologie*, München <sup>5</sup>2004, 28.

<sup>39</sup> *Tilman Moser*, *Gottesvergiftung*, Frankfurt 1976.

<sup>40</sup> *Aaron C. Kay* u.a., *Religious Belief as Compensatory Control*, 44.

<sup>41</sup> *Gestrich*, *Die Seelsorge und das Unbewußte*, 120.

<sup>42</sup> Ebd., 163f. Siehe auch *Michael Klessmann*, *Seelsorge*, 6f.

<sup>43</sup> *Van der Geest*, *Unter vier Augen*, 229.

<sup>44</sup> *Hans-Christoph Piper*, *Einladung zum Gespräch*, Göttingen 1998, 181ff.

*Christoph Schneider-Harpprecht* bezeichnet den Trost als Grundaufgabe christlicher Seelsorge. „In der Seelsorge werden subjektive Erfahrungen, in denen als Leiden erlebte Störungen der menschlichen Grundbeziehungen zu Gott, zum Mitmenschen und zu sich selbst überwunden oder ertragbar werden, Trost genannt.“<sup>45</sup> Rituale haben in der verunsichernden Situation eine tröstende Integrationsfunktion. Wohl auch deshalb haben die Befragten den Gottesdienst mit dem Abendmahl und der persönlichen Segnung als Seelsorge gewertet. Auch für *Ulrike Wagner-Rau* ist Trost verbunden mit der Frage nach krisenhaften Situationen. „Trost kann nur in einer Beziehung entstehen, in der Verzweiflung und Trostlosigkeit einen Ort finden und sich im Prozess verwandeln können.“<sup>46</sup>

Der Polyvagaltheorie<sup>47</sup> zufolge existieren drei hierarchisch organisierte Subsysteme des autonomen Nervensystems, die unsere neurobiologischen Reaktionen auf Stimulation aus der Umgebung beeinflussen. Ein System ist für das soziale Engagement zuständig, das unter anderem hilft, positive Bindungen zu entwickeln, ein anderes ist zuständig für Mobilisierung bei der Wahrnehmung von Gefahr (Kampf-Flucht-Verhalten) und das Dritte ist verantwortlich für die Immobilisierung bei Lebensbedrohung, indem der Mensch erstarrt. Geht man davon aus, dass gerade Patient/innen mit Herzinfarkt und da besonders diejenigen, die reanimiert wurden, eine akut lebensbedrohliche Situation erlebt haben, kann man verstehen, dass es bei ihnen zu einer Art Erstarrung gekommen ist. *Ulrike Johanns* Erfahrung, dass Herzinfarkt-Patient/innen im Akutkrankenhaus nicht mit ihr über ihr Krankheitserleben reden wollten,<sup>48</sup> könnte auf diese physiologische Reaktion zurückzuführen sein. In der Phase der Rehabilitation verändert sich das. Gerade die Herzpatient/innen sind es, die Seelsorge signifikant häufiger als die orthopädischen Patient/innen als hilfreich empfinden, den Einfluss auf die Gesundheit höher bewerten und sowohl den Aspekt des Trostes als auch die Möglichkeit, bei der Seelsorgerin Gedanken und Gefühle zu ordnen signifikant höhere Bedeutung geben. Gerade Letztgenanntes weist darauf hin, dass sich in der sicheren Umgebung der Seelsorgebegegnung der Patientin oder dem Patienten die Möglichkeit bietet, mit zeitlichem Abstand das schwer angegriffene autonome Nervensystem zu beruhigen, um dann die angstmachenden Erfahrungen in Worte fassen und sie letztendlich im expliziten Gedächtnis ablegen zu können. Dort haben die Patient/innen später einen freien Zugriff auf das Erlebte, ohne dass sie vom Geschehenen überflutet und von Angstattacken gequält werden.

Die Hälfte der 109 befragten Rehabilitand/innen gaben Antworten auf die offenen, nicht skalen gebundenen Fragen nach dem besonders Hilfreichen in der Seelsorge. Begriffe wie Einfühlsamkeit, Geborgenheit, Offenheit, Trost, Verständnis, Zeit und Sich-wahrgenommen-Fühlen tauchen in allen Darlegungen immer wieder auf. Die Wirkung der Seelsorge wird von den Befragten folgendermaßen beschrieben<sup>49</sup>:

„Die Seelsorge hat mir Kraft gegeben, meine Krankheit besser zu vertragen.“ - „Die Seelsorge hat mir zu mehr innerer Zufriedenheit geholfen.“ - „Sie hat mir Zuversicht und Hoffnung gegeben.“ - „Sie hat mir geholfen, mit meiner angeschlagenen Gesundheit besser fertig zu werden, und alles ins positive Licht gerückt.“ - „Die Seelsorge hat mir geholfen, mein neues Kniegelenk zu akzeptieren bzw. auch einzuräumen, dass es noch eine ganze lange Weile dauert, bis ich vollkommen schmerzfrei bin.“ - „Die Seelsorge hat mir ein Gefühl vermittelt, so sein zu können, wie ich bin.“ - „Die Seelsorge hat mir geholfen, etwas von Gott wiederzufinden, was ich verloren hatte.“ - „Die Seelsorge hat mir Kraft gegeben, viele Dinge mit anderen Augen zu sehen, anzunehmen und damit umzugehen.“ - „Die Seelsorge hat mir ein Gefühl von „Zuhause“ gegeben.“ - „Die Seelsorge hat mich aus meinem Tief gerissen.“ - „Ich habe mich durch die Seelsorge angenommen gefühlt und meine Einsamkeit vergessen.“

Auffällig ist, dass es bei den meisten Antworten um die Akzeptanz der Erkrankung geht, zu der die Seelsorge ihren Beitrag geleistet hat. Immer geht es um Beziehung, die eine heilsame Wir-

---

<sup>45</sup> *Christoph Schneider-Harpprecht*, Trost, in: EKL, Band 4, Göttingen <sup>3</sup>1996, 982.

<sup>46</sup> *Ulrike Wagner-Rau*, Trost, in: RGG<sup>4</sup>, Band 8, Tübingen 2005, 637.

<sup>47</sup> Vgl. *Stephen W. Porges*, Die Polyvagal Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotion, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung, Paderborn 2010

<sup>48</sup> Vgl. Anm. 14.

<sup>49</sup> Auszüge aus den freien Antworten der Befragten.

kung hat. Sicherlich ist *Isolde Karle* recht zu geben, wenn sie sagt, dass es in Seelsorge nicht primär um Therapie geht, „sondern um Heil, Trost und geistlich unterstützende Wegbegleitung.“<sup>50</sup> Diese Befragung unterstreicht das in aller Deutlichkeit. Dennoch kann die Seelsorge therapeutische Effekte haben, wie ein kardiologischer Patient (52) beschreibt:

„Sie (die Seelsorgerin) hat sich im wahrsten Sinne des Wortes um meine Seele gesorgt. Aus der heutigen, zeitlichen Distanz möchte ich sagen, dass diese Fürsorge eine spürbare Wirkung hatte, z.B. auf meinen Körper. ...es hat an meiner Basis gewirkt und Selbstheilungskräfte freigesetzt, die die Behandlung positiv beeinflusst haben. Diese Heilkräfte habe ich nicht nur gefühlt, sondern ich konnte sie auch messen. Mein Blutdruck war Stunden danach niedriger als sonst (z.B. von 140/85 gesunken auf 115/70). Genauso war meine in Ruhe gemessene Herzfrequenz gefallen (z.B. Puls von 75 gesunken auf 65). .... Die Seelsorge hat auch deshalb geholfen, weil sie sich für mich als nachhaltig erweist! Ich bin auch heute noch ruhiger und blicke vertrauensvoller in die Zukunft.“

Insgesamt gaben fast 85% der Befragten an, dass die Seelsorge einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit hatte. Man kann davon ausgehen, dass sich ein Mensch gesünder fühlt, wenn er weniger Angst hat, seine Erkrankung in sein Leben einordnen kann, sich angenommen fühlt und dadurch Selbstwertgefühl gewinnt, auch wenn die objektiv messbaren Werte oder die subjektiv wahrgenommenen Beschwerden sich nicht wesentlich gebessert haben.

### *Der Klinikgottesdienst und die Seelsorge*

Fast die Hälfte der Studienteilnehmenden, die den evangelischen Klinikgottesdienst besucht haben, geht auch zu Hause häufig in den Gottesdienst ihrer Kirchengemeinde. Ein Vergleich der evangelischen und katholischen Befragten ergab keinen signifikanten Unterschied im Besuchsverhalten. Allerdings gingen die evangelischen Studienteilnehmenden häufiger in der Heimatgemeinde in den Gottesdienst als die katholischen. Das könnte daran liegen, dass in der Klinik eher die ihrer Kirche fern stehenden oder von ihr enttäuschten Katholiken in einen evangelischen Gottesdienst gehen. Im Gegenzug gehen möglicherweise eher diejenigen evangelischen Rehabilitand/innen in den Gottesdienst, die auch sonst regelmäßig Kontakt zu ihrer Heimatgemeinde haben. Immerhin besuchen aber mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer/innen zu Hause selten oder gar nicht den Gottesdienst ihrer Kirchengemeinde. Das sind 53% der evangelischen Kirchenmitglieder, die in der Klinik wieder einmal in Kontakt zu ihrer Kirche gekommen sind. Wichtig ist für die innerkirchliche Diskussion, in der die Bedeutung der Seelsorge in einer Einrichtung des Gesundheitswesens oft als randständig wahrgenommen wird, dass mit dieser Arbeit gleich zwei Gruppen in Kontakt zu ihrer Kirche kommen, einerseits die mit ihrer Kirche hoch identifizierten Mitglieder, die Seelsorge möglicherweise erwarten, und die Mitglieder, die selten oder gar nicht am Leben ihrer Gemeinde teilnehmen und durch die Klinikseelsorge in einer kritischen Lebenssituation von ihrer Kirche begleitet werden. Dies zeigt die Bedeutung der Klinikseelsorge für die Kirche. Dazu kommt, dass die evangelische Kirche mit ihrer Klinikseelsorge Kontakt zu Menschen anderer Konfessionen und Religionen bekommt, aber auch zu Menschen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören. Immerhin sind das in dieser Studie mehr als sieben Prozent der Studienteilnehmenden.

Für fast alle Befragten gehören für die Wirkung von Seelsorge der Gottesdienst und das Seelsorgegespräch eng zusammen. Dreiviertel der Studienteilnehmenden sagen dezidiert, dass für sie auch der Gottesdienst Seelsorge ist. Dieses Ergebnis bietet in mehrfacher Hinsicht Anknüpfungspunkte für eine Diskussion. Aus ihm ergeben sich Fragen nach dem Wesen der Seelsorge, aber auch nach der Qualifikation des Seelsorgenden. *Dietrich Stollberg* sagt in Abgrenzung zu *Manfred Haustein*: „Aber Gottesdienst ist Gottesdienst, Unterricht ist Unterricht, und Seelsorge ist Seelsorge“<sup>51</sup>. Sicherlich bleibt Gottesdienst immer Gottesdienst, aber auch das Gespräch bleibt Gespräch. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass beides zu Seelsorge werden kann.

<sup>50</sup> *Isolde Karle*, Die Sehnsucht nach Heil und Heilung in der kirchlichen Praxis, in: G. Thomas, I. Karle, Krankheitsdeutung, 548.

<sup>51</sup> *Dietrich Stollberg*, Seelsorge und Gottesdienst, in Handbuch der Krankenhauseelsorge, hg. von Michael Klessmann, Göttingen 2013, 265.

*Michael Klessmann* wendet sich gegen die Auffassung, dass auch der Gottesdienst eine Form der Seelsorge ist. Er begründet dies mit seinem Verständnis von Seelsorge als Begleitung von Menschen, die hauptsächlich gesprächsweise geschieht und dabei Unterstützung gibt bei der Suche nach Lebensdeutung aus dem Horizont des christlichen Glaubens heraus. „Seelsorge bezeichnet einen nicht öffentlichen und vorwiegend diskursiven Modus symbolischer Kommunikation; das Sprechen, das Erzählen des/der Ratsuchenden steht im Vordergrund.“<sup>52</sup> Er bezieht sich auf den Ansatz der Seelsorgebewegung, die die zwischenmenschliche Beziehung als Gleichnis der Beziehung zwischen Gott und Mensch sieht. „In der im Seelsorgegespräch erfahrbaren Wertschätzung und Annahme spiegelt sich bruchstückhaft etwas von der Zuwendung und Güte Gottes.“<sup>53</sup> Genau das kann jedoch auch im Gottesdienst geschehen, vor allem beim Abendmahl und im Segen, aber auch in der seelsorglichen Predigt. In diese Richtung äußert sich *Manfred Haustein*. Er spricht vom Gottesdienst als Zuwendungsgeschehen. „Dem Eintauchen in göttlicher Geborgenheit, Erfahrung von Tröstung, Zuwendung, Angenommensein ... eignet phänomenologisch eine Nähe zum positiven frühkindlichen Grunderleben, auf dem lebenstragend „Urvertrauen“ basiert“<sup>54</sup> In diesem Zusammenhang verwundert es nicht, dass Patient/innen zurückmelden, wie gut ihnen das Abendmahl mit dem sich anschließenden Zuspruch eines persönlichen Segenswortes mit Handauflegung getan hat, wie sie in jedem Gottesdienst in dieser Klinik gefeiert wird. Gottesdienst wird so tatsächlich ein Ort emotionaler Expressivität, an dem Emotionen in strukturierter Form ausgedrückt werden können.<sup>55</sup> Es kommt auf die Haltung des Gottesdienst feiernden Seelsorgenden an, wie der Gottesdienst am Ende empfunden wird. Genau die „kasuelle Zuspitzung“<sup>56</sup>, die *Klessmann* in der Verwendung von rituellen Elementen als Chance für die Seelsorge sieht, findet man in den speziellen Gottesdiensten im Raum des Gesundheitswesens. Hier wird, in Begriffen von *Friedrich Schleiermacher* gesprochen, sehr häufig aus darstellendem Handeln, zu dem der Gottesdienst gehört, wirksames Handeln, dem *Schleiermacher* die Seelsorge zuordnet.<sup>57</sup> Wichtig scheint in diesem Zusammenhang die genaue Überprüfung der eigenen Gottesdienstpraxis im Blick darauf, ob sie eine „zur Lebensbewältigung stärkende Inszenierung der symbolischen Gehalte christlichen Glaubens“<sup>58</sup> ist. Nonverbale Kommunikation, die als Gespräch gewertet wird, ist in der Seelsorge in den Einrichtungen des Gesundheitswesens durchaus die Regel. Ein Beispiel aus der Praxis verdeutlicht diese Sichtweise:

Eine Patientin, 56 Jahre alt, nach einer Herzoperation im Haus, sagt mir zum Abschied: „Danke, für die wunderbaren Gottesdienste und vor allem für die guten Gespräche.“ Ich stutze, weil wir nie ein Gespräch hatten. Diese Patientin ist „nur“ an drei aufeinanderfolgenden Sonntagen im Gottesdienst gewesen. Sie kam weder zum anschließenden Kaffeetrinken, noch zeigte sie Bedarf an einem Einzelgespräch. Auf eine nur ihr bekannte Weise haben wir im Gottesdienst miteinander gesprochen, so, dass es ihr gut getan hat.

*Michael Klessmann* weist *Manfred Hausteins* Sichtweise von der seelsorglichen Qualität eines Gottesdienstes zurück und begründet es damit, dass es hätte auffallen und sich herumsprechen müssen, wenn die Teilnahme am Gottesdienst die von Haustein beschriebene positive seelische Wirkung hat. Der geringe Gottesdienstbesuch würde dem widersprechen und es könne doch auch nicht sein, dass dies ausschließlich an der phantasielosen Inszenierung durch die Liturgen liegt.<sup>59</sup> Vielleicht aber doch. Zumindest kommt man ins Nachdenken, liest man *Wilfried Engemanns*

---

<sup>52</sup> *Michael Klessmann*, Liturgie und Seelsorge, in: WzM Jg. 59, 2/2007, 188-202, 192.

<sup>53</sup> Ebd., 193.

<sup>54</sup> *Manfred Haustein*, Gottesdienst und Seelsorge, in: Handbuch der Liturgik, hg. von Hans -Christoph Schmidt-Lauber, Karl-Heinrich Bieritz, Meyer-Blank, Göttingen 32003, 656-663, 660.

<sup>55</sup> Ebd., 657.

<sup>56</sup> *Michael Klessmann*, Liturgie und Seelsorge, 194.

<sup>57</sup> *Traugott Roser*, Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang, Stuttgart 2007, 79.

<sup>58</sup> *Schleiermacher* bei *Roser* 79.

<sup>59</sup> *Michael Klessmann*, Liturgie und Seelsorge, 191.

Artikel zum Thema Menschenwürde und Gottesdienst.<sup>60</sup> Er ist der Ansicht, dass unsere Gottesdienste, würden sie einer Ethikkommission vorgelegt, nicht immer deren Maxime von Menschenschutz und Menschenwürde erfüllen, weil in ihnen den Menschen „routinemäßig Lieblosigkeit, Beziehungsunfähigkeit, Gleichgültigkeit etc. vorgehalten wird“<sup>61</sup>. Engemann plädiert dafür, dass sich diejenigen, die sich für die Kirche verantwortlich fühlen, weniger darum sorgen, warum Menschen vom Glauben abfallen, als sich zu fragen, „ob sie nicht eine religiöse Praxis kultivieren, bei der der Glaube vom Menschen abfällt, weil er keinerlei Anhaltspunkt am Menschsein des Menschen hat.“<sup>62</sup> Insofern sollte jeder seine Gottesdienstpraxis daraufhin überprüfen, inwiefern sie dem Wohl und dem Heil des Menschen dient. Denn das kann der Gottesdienst leisten, wie die vorliegende Untersuchung zeigt.

### *Die Person der Seelsorgerin*

Viele Menschen haben das Gefühl, durch die Krankheit aus dem Lebenszusammenhang mit Gott herausgefallen zu sein.<sup>63</sup> So kann durch die Begegnung mit der Seelsorgerin oder dem Seelsorger die Gottesbeziehung symbolisch wiederhergestellt werden. Deshalb ist auch nicht erstaunlich, dass 97 % der Studienteilnehmenden sagen, dass die Art der Seelsorgerin einen Einfluss auf die Bedeutung der Seelsorge für sie hatte.

Für über 90 % der Studienteilnehmenden ist wichtig, dass die Seelsorge durch einen Pfarrer oder eine Pfarrerin geschieht. Viele Menschen erleben die Seelsorge nicht oder nicht nur am Gesprächsinhalt, sondern an der Person des Seelsorgers. Das könnte daran liegen, dass im Sein der Seelsorgerin oder des Seelsorgers der Hinweis auf die geistliche Dimension liegt. Zwar hat in der protestantischen Theologie das Priestertum aller Gläubigen die Bedeutung des ordinierten Amtes herabgesetzt, im tatsächlichen Empfinden der Menschen scheint das aber anders zu sein. Das zeigt auch die V. Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung der EKD, die herausgefunden hat, dass dem Pfarrer oder der Pfarrerin eine Schlüsselrolle für das Bild, das sich die Menschen von der Kirche machen, zukommt.<sup>64</sup> Die Person verschafft den Zugang zur Organisation Kirche, die erst einmal ein abstraktes System ist.<sup>65</sup> Für *Hans van der Geest* hat die Rolle des Seelsorgenden dazu archetypischen Charakter. „Diese Tatsache hat auch eine theologische Bedeutung. Die Verkörperung der geistlichen Dimension wird oft als „Verkörperung“ von Gottes Liebe erlebt. So verstanden ist sie das priesterliche Element der Seelsorge und das seelsorgerliche Element des kirchlichen Amtes.“<sup>66</sup> Ähnlich schreibt *Reinhold Gestrinch*, dass eine Pfarrerin oder ein Pfarrer durch die inneren religiösen Bilder der Menschen zum „Vertreter einer unsichtbaren geistlich-göttlichen Verbindung“<sup>67</sup> wird. Auch legt er dar, dass die Rituale in der Seelsorge „vor allem in Verbindung mit einer priesterlichen Amts-Symbolik Kraft haben“<sup>68</sup>. Dass dem religiös-rituellen Bereich eine hohe Bedeutung zukommt, zeigt schon die vorherige Studie in der Klinik Königsfeld.<sup>69</sup> Wenn aber deutlich wird, dass Funktionsträger als Verkörperung des Transzendenten und der göttlichen Hilfe gesehen werden, dann ist die Organisation Kirche wohlberaten, Amtsträger/innen häufiger in der Klinikseelsorge einzusetzen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass dort, wo eine nicht ordinierte seelsorgliche Versorgung in Kliniken akzeptiert wird, die Seelsorge als

---

<sup>60</sup> Vgl. *Wilfried Engemann*, Menschenwürde und Gottesdienst. Erniedrigte und Beleidigte im Kontext liturgischer Praxis?, in: *WzM Jg.* 64, 3/2012, 239-252.

<sup>61</sup> Ebd., 247.

<sup>62</sup> *Wilfried Engemann*, Lebensgefühl und Glaubenskultur, *WzM Jg.* 65, 3/2013, 218-237, 222.

<sup>63</sup> *Reinhold Gestrinch*, Die Seelsorge und das Unbewußte, Stuttgart 1998, 139.

<sup>64</sup> Engagement und Indifferenz. Kirchenmitgliedschaft als soziale Praxis, V. EKD-Erhebung über Kirchenmitgliedschaft, Hannover 2014, 32, 96.

<sup>65</sup> *Michael Klessmann*, Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch, Göttingen <sup>2</sup>2009, 320.

<sup>66</sup> *Hans van der Geest*, Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge, Zürich <sup>7</sup>2005, 228.

<sup>67</sup> *Reinhold Gestrinch*, Die Seelsorge und das Unbewußte, 122.

<sup>68</sup> Ebd., 186.

<sup>69</sup> Siehe Anm. 2.

unterscheidbare Tätigkeit der Kirche aus der Öffentlichkeit verschwindet.<sup>70</sup> Zur rituellen Kompetenz kommt unter anderem auch die hermeneutische Kompetenz, die im Theologiestudium erworben einem Seelsorgenden hilft, die Fülle biblischer Überlieferung in die Suchbewegung eines kranken Menschen einzubringen. Weil Kirche mitten im Leben für sich und ihre Theologie lernt, braucht sie gerade dort Theolog/innen, wo sich Menschen in Krisen befinden, weil hier Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens und Gottesvergewisserung zentral sind. Gleichzeitig sollten auch die Klinikleitungen ein Interesse an einem Seelsorgeangebot haben. *Traugott Roser* weist in seiner Dokumentation zur seelsorglichen Rufbereitschaft nach, dass die Institution Krankenhaus der Seelsorge einen Bereich in ihrem System zuweist, bei dem der primäre Zweck der Institution nicht mehr erreicht werden kann. Damit ergänzt die Seelsorge das Angebot einer ganzheitlichen Patientenbetreuung in dem Moment, wo die Brüchigkeit von Leben deutlich wird.<sup>71</sup> Die vorliegende Studie zeigt, dass die Institution gut beraten ist, der Seelsorge diesen Raum zu geben, denn die Patient/innen, die die Brüchigkeit des Lebens durch einen Infarkt existentiell erlebt haben, suchen und nutzen das Angebot der Seelsorge in besonderer Weise.

## 5. Zusammenfassung

Die Untersuchung zeigt, dass die Seelsorge für den Heilungsprozess ein wichtiger Baustein im gesamten Spektrum der in einer Rehabilitation angebotenen Maßnahmen und Therapien ist. Fast 95% der Befragten empfinden die Seelsorge als hilfreich für ihren Rehabilitationsverlauf und 85% geben an, dass die Seelsorge nach ihrem Empfinden einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit hatte. Dabei ist nicht von Bedeutung, ob sich die Studienteilnehmenden durch die Seelsorge frei von körperlichen Beschwerden fühlen, sondern es steht die positive Verarbeitung der Erkrankung, die mit Hilfe der Seelsorge erreicht wurde, im Vordergrund.

In den persönlichen Beschreibungen ihrer Erfahrungen mit der Seelsorge verwenden die Befragten immer wieder Beziehungsbegriffe. Krankheit ist ein Risikofaktor, der das Bindungsbedürfnis des Menschen in Gang setzt, weil sie verunsichert. Je traumatischer die Krankheitserfahrung ist, umso verunsicherter und erstarrter ist der Mensch. Gerade religiös geprägte Menschen suchen in solch einer Situation Hilfe bei Gott, haben aber auch das Gefühl aus dem Lebenszusammenhang mit Gott herauszufallen. Dies hat eine Bedeutung für die Praxis der Seelsorge. Ein Seelsorger oder eine Seelsorgerin bietet eine sichere Basis bei Grenzerfahrungen. Durch Feinfühligkeit können Seelsorgende das Bindungsbedürfnis beruhigen und dem Menschen in der Krise damit ermöglichen, sich zu öffnen und die belastenden Erfahrungen zu benennen und zu verarbeiten. Feinfühligkeit zeigt sich im Blickkontakt (ich sehe dich an und nehme dich wahr), in der emotionalen Verfügbarkeit (für diesen Moment ist nur wichtig, wie es dir geht), in der Kunst des Verbalisierens (ich sage dir, was ich wahrnehme und lasse mir von dir erzählen) und in der Berührung (beispielsweise erlebbar bei der segnenden Handauflegung). So kann in der Begegnung mit der Seelsorgerin oder dem Seelsorger die Gottesbeziehung symbolisch wieder hergestellt werden, die hilft, die belastenden und schwer erträglichen Erfahrungen und Erlebnisse zu verarbeiten und im Leben zu integrieren.

*Pfarrerin Anke Lublewski-Zienau*, Holthäuser Talstr. 2, 58256 Ennepetal, E-Mail: luzienau@t-online.de.  
*Dipl. Psychologe Dr. Jörg Kittel* und *Prof. Dr. med. Marthin Karoff* (wissenschaftliche Begleitung)

---

<sup>70</sup> *Eberhard Hauschildt*, „Spiritual Care“ – eine Herausforderung für die Seelsorge?, in: Materialdienst der EZW 3/2013,86.

<sup>71</sup> *Traugott Roser*, Vierte Säule im Gesundheitswesen, in: *G. Thomas, I. Karle*, Krankheitsdeutung, 584.