
Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung

Wie wird Seelsorge von kardiologischen Rehabilitanden angenommen?

Anke Lublewski-Zienau, Jörg Kittel und Marthin Karoff

Zusammenfassung: Durch eine Befragung von Patient/innen am Ende ihres stationären Aufenthalts in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik wurde die Wahrnehmung von Klinikseelsorge untersucht. Von 390 Teilnehmenden an der Studie nahm gut ein Drittel das Seelsorgeangebot an. Mit der Vermittlung christlicher Sinnbilder als konstitutives Element ihres Angebotes bringt die Klinikseelsorge eine Dimension in die Krankheitsbewältigung ein, die von keiner anderen Berufsgruppe übernommen werden kann.

abstract: The perception of clerical care in clinics was investigated by questioning patients at the end of their stay at a cardiac rehabilitation center. A good third of the 390 participants in the study accepted the offer for spiritual guidance. Through establishing christian emblems as a constructive element of their tender the clinical chaplaincy provides a dimension in managing illness, which no other profession can take charge of.

Seelsorge, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation

1 Einführung

Jede schwere Erkrankung stellt eine existentielle Bedrohung dar. Sie ist wie ein Unglück, der Tod oder eine Naturkatastrophe ein kritisches Ereignis im Lebenslauf, das mit einem hohen Belastungsfaktor verbunden ist. Im Verlauf der Erkrankung ist ein angemessener Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen entscheidend für die Lebensqualität. Viele Menschen haben das Bedürfnis, die Krise ihrer Krankheit zu verstehen und nach ihrem Sinn zu suchen.¹ Gelingt eine Sinnfindung, hat dies eine gesundheitsfördernde Wirkung.²

Gesundheitswissenschaftler beschäftigen sich mit dem Zusammenhang von Religion und Gesundheit. Sowohl in den Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK), als auch im Freiburger Fragebogen zur Krankheitsbewältigung (FKV) wird Religiosität als eine konstruktive Bewältigungsform erfasst.³ Verschiedene Studienergebnisse geben Hinweise darauf, dass die religiöse Orientierung gesundheitsfördernd wirkt. In den USA zeigen eine Reihe von Studien, dass es eine positive Verbindung zwischen Religiosität und besserer Krankheitsverarbeitung gibt. Dabei scheinen besonders die religiösen Traditionen wichtig, die eine Betonung auf Beziehungen legen, indem sie einen dem Menschen zugewandten Gott, die besondere Bedeutung von persönlichen Beziehungen (Nächstenliebe) und den Selbstwert hervorheben. Ist Religiosität verbunden mit positiver Beziehungsgestaltung, spielt sie eine positive Rolle bei der Krankheitsbewältigung, weil sie auf diese Weise hilft, Gefühle von Kontrollverlust, Isolation und Hilflosigkeit, die häufig mit einer schweren Erkrankung einhergehen, zu überwinden.⁴

Eine Erklärung für den positiven Zusammenhang von Religion und Gesundheit findet sich im salutogenetischen Gesundheitsmodell des israelischen Gesundheitswissenschaftlers *Aaron Anto-*

¹ Vgl. *Michael Klessmann*, Die Stellung der Krankenhausseelsorge in der Institution Krankenhaus. *Andreas Heller, Hermann M. Stenger* (Hg.), Den Kranken verpflichtet. Innsbruck-Wien 1997, 30 – 48.

² Vgl. *Aaron Antonovsky*, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1992.

³ Vgl. *Thomas Klauer, Sigrun H. Fillip*, Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung, Göttingen 1993 und *Fritz A. Muthny*, Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV), Weinheim 1989.

⁴ Vgl. *Harold G. Koenig, David B. Larson, Susan S. Larson*, Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy* Volume 35 (2001), 352-359.

novsky.⁵ Der Mensch hat körperliche, psychische, materielle und psychosoziale Widerstandsressourcen, die bei der Handhabung von Belastungen helfen. Die Lebenseinstellung, zu der die religiöse Orientierung gehört, beeinflusst diese Widerstandsressourcen. Sie hilft oder hindert den Menschen bei der Verarbeitung schwerer Krisen. Religion kann positiv wirken, weil Glaubensinhalte ein Bedeutungssystem anbieten, das in krisenhaften Zeiten Sinn und haltgebende Orientierung bietet. Religiosität wirkt jedoch nur dann positiv, wenn sie die Handlungsmöglichkeiten nicht einschränkt.⁶

Psychisch belastende Ereignisse führen zu Angst und Stressreaktionen. Ist diese Angst keine kontrollierbare Herausforderung, wird sie zur unkontrollierbaren seelischen Belastung und wirkt destabilisierend, sagt der Neurobiologe *Gerald Hüther*.⁷ Zur Bewältigung des belastenden Ereignisses braucht man emotionale Sicherheit, die seiner Ansicht nach auf dreifache Weise erreichbar ist: durch Vertrauen in eigene Fähigkeiten, durch Vertrauen in Fähigkeiten anderer und durch Vertrauen in vorgestellte Kräfte. Zu Letzterem zählt *Hüther* den Glauben. Allerdings sind religiöse Bilder nur dann hilfreich bei der Bewältigung von psychischen Belastungen, wenn sie den Horizont erweitern und das Selbstbild stärken. Bilder, die Angst einjagen oder verunsichern, lassen den Menschen verzweifeln und bewirken damit das Gegenteil.⁸

Viele Patient/innen mit koronarer Herzerkrankung sind seelisch sehr stark belastet.⁹ Was in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken als Alltäglichkeit verstanden und mit Routine verrichtet wird, erleben Patient/innen als gefühlsmäßigen Ausnahmezustand. Das Herz ist das zentrale Symbol für die menschliche Persönlichkeit.¹⁰ Die Operation am Herzen, das metaphorisch immer noch als Sitz des Lebens, der Gefühle, der Liebe, des Seins gesehen wird, aber auch traumatische Erfahrungen durch Reanimation oder Intensivstation werden in hohem Maße als Verletzung der Seele empfunden. Da die koronare Herzerkrankung für die meisten Patient/innen einen Einbruch in die Alltäglichkeit und einen Bruch mit dem Alltag bedeutet, steht für sie vor allem die Beschäftigung mit dem Thema Angst und die Frage nach dem Sinnzusammenhang im Vordergrund. Die Konfrontation mit der Herzerkrankung verursacht Angst und führt häufig zu Depressionen.¹¹ Oft kommt es zu Selbstwertzweifeln. Studienergebnisse konnten Hinweise liefern, dass Religiosität vor allem durch die Hilfe bei der Angstbewältigung und die Unterstützung des Selbstwertgefühls positiv wirkt.¹²

Die Klinikseelsorge hat die Aufgabe, Menschen zu begleiten und ihnen im Horizont des christlichen Glaubens Hilfestellungen bei der Bewältigung der durch eine schwere Krankheit bestimmten Lebensumstände anzubieten. Im Mittelpunkt der seelsorglichen Zuwendung stehen die Befindlichkeit der Patient/innen, ihre Lebensgeschichte, ihre Gefühle, ihre Ängste und ihre Hoffnungen. Die Seelsorge begleitet Patient/innen bei ihrem Klinikaufenthalt mit verschiedenen Angeboten, die sehr unterschiedliche Formen haben. So wendet sich die Seelsorge den Patient/innen einerseits in Angeboten zu, die eher therapeutischen Charakter haben, wie Einzel- oder Gruppengespräche, andererseits in Angeboten mit rituellem Charakter, wie Gottesdiensten und Krankensegnungen.¹³

⁵ Vgl. Anmerkung 2.

⁶ *Aaron Antonovsky*, Salutogenese, 42f.

⁷ *Gerald Hüther* bei seinem unveröffentlichten Vortrag „Wieviel Orientierung braucht der Mensch“, gehalten auf der Fachtagung „Mit Menschen sprechen, die Seelen stärken“ in Iserlohn im März 2004.

⁸ Vgl. *Gerald Hüther*, Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern, Göttingen 2004.

⁹ Vgl. *Martin Härter*, Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50, (2000), 273-285.

¹⁰ Vgl. dazu: *Angela Rinn-Maurer*, Seelsorge an Herzpatienten, Stuttgart 1995, 133-155.

¹¹ Vgl. *Jörg Kittel u.a.*, Depressivität und Ängstlichkeit bei kardiologischen Patienten – alters- und geschlechtsspezifische Vergleiche mit der Allgemeinbevölkerung. Der Bayerische Internist 22/5 (2002), 318-327.

¹² Vgl. *Bernhard Grom*, Religionspsychologie, München, Göttingen 1992.

¹³ Mit dieser Unterscheidung ist die äußere Form und nicht die Wirkung gemeint. Auch Angebote mit rituellem Charakter können therapeutisch wirken und Angebote mit therapeutischem Charakter können wie eine rituelle Handlung wirksam sein.

Die Erwartungen von Patient/innen an die Klinikseelsorge in der kardiologischen Rehabilitation wurden bereits erfasst.¹⁴ Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass die Klinikseelsorge eine hohe Wertschätzung genießt und die Erwartungen an sie sehr groß sind. Fast ein Fünftel der 454 Studienteilnehmer/innen möchte ohne Aufforderung von der Seelsorge besucht werden. Für fast 80% ist wichtig, dass ihre existentiellen Fragen von der Seelsorge gehört werden. Das Zuhören wurde von den Patient/innen durchgängig als wichtigster Aspekt der Seelsorge bewertet.

Im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation ist ein Team von Fachleuten mit der Betreuung von Patient/innen mit koronarer Herzkrankheit beschäftigt. In vielen Kliniken ist die Seelsorge Teil des therapeutischen Angebots. Über ihre Aufgabe besteht jedoch weithin Unklarheit. Dazu kommt, dass hohe, inhaltlich weit gefächerte und manchmal klischeehafte Einschätzungen und Erwartungen an die Seelsorge herangetragen werden. Auf der einen Seite genießt die Seelsorge eine hohe Wertschätzung, auf der anderen Seite wird sie als eine unwichtige Randerscheinung gesehen. Eine Definition von Seelsorge besagt: „Allgemein ist Seelsorge zu verstehen als Freisetzung eines christlichen Verhaltens zur Lebensbewältigung. Im besonderen ist Seelsorge zu verstehen als die Bearbeitung von Konflikten unter einer spezifischen Voraussetzung.“¹⁵ Seelsorge in einer Klinik geschieht unter den Bedingungen einer Institution, die medizinisch-naturwissenschaftlich ausgerichtet ist und nach wirtschaftlichen Effizienzkriterien arbeitet. In dieser Institution hat der Seelsorgedienst keine eindeutig beschriebene Berufsrolle und Identität.¹⁶

Aus dem Beschriebenen ergeben sich verschiedene Fragen, denen wir in der vorliegenden Untersuchung nachgegangen sind. Auch wenn es eine positive Verbindung von Religiosität und besserer Krankheitsverarbeitung gibt und die religiöse Orientierung eines Menschen relevant für die Krankheitsbewältigung und den Gesundungsprozess ist, heißt das noch lange nicht, dass Patient/innen ein Seelsorgeangebot der institutionalisierten Religion annehmen. Gerade weil das Religiöse in der Gesellschaft nicht mehr selbstverständlich ist, stellt sich die Frage, ob ein Angebot von Seelsorge in einer Klinik auch wahrgenommen und genutzt wird. Die Ergebnisse der Untersuchung zu den Einstellungen der Patient/innen zur Klinikseelsorge zu Beginn der Rehabilitation hatte ergeben, dass die Seelsorge erwartet und geschätzt wird. Wir wollten herausfinden, ob und was sich an den Einstellungen der Patient/innen nach der Wahrnehmung von Seelsorge verändert, welche Modifikation es in der Werteskala einzelner Aspekte gibt und welche Effekte die Annahme des Seelsorgeangebots auf die persönliche Bedeutung einzelner Aspekte ausübt. Auch fragten wir uns, ob man aus dem, was Patient/innen in Bezug auf die Seelsorge wichtig finden, schließen kann, welche Angebote für die Klinikseelsorge spezifisch sind und von keiner anderen Berufsgruppe gemacht werden können.

Somit ist das Ziel dieser Publikation, die Wahrnehmung von Seelsorge in der kardiologischen Rehabilitation zu untersuchen, die Veränderungen in der Beurteilung des Stellenwertes einzelner Aspekte der Seelsorge nach der Annahme des Seelsorgeangebots zu beschreiben und sich einer Antwort auf die Frage nach der spezifischen Rolle der Seelsorge in einem Klinikbetrieb anzunähern.

2 Kontext und Methode

Die Untersuchung wurde in einem Zeitraum von 3 Monaten in der Klinik Königsfeld in Ennepetal durchgeführt. Die Klinik Königsfeld ist Zentrum für medizinische Rehabilitation bei Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen. Es kommen Patient/innen mit Zustand nach Herzinfarkt (mit und ohne Operation), nach Herzklappenersatz, mit Herzmuskelerkrankungen, Bluthochdruck,

¹⁴ Vgl. Anke Lublewski-Zienau u.a., Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Klinikseelsorge. Eine Studie in der kardiologischen Rehabilitation, *Wege zum Menschen* 55 (2003), 463-478.

¹⁵ Klaus Winkler, *Seelsorge*, Berlin - New York 1997, 3.

¹⁶ Vgl. Andreas Heller, *Seelsorge, ein Gesundheitsberuf im Krankenhaus*, in: Andreas Heller, Hermann M. Stenger (Hg.), *Den Kranken verpflichtet*. Innsbruck-Wien 1997, 49-64.

peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder Herzrhythmusstörungen. Es wurden alle konsekutiv aufgenommenen Patient/innen angesprochen.

Schwerpunkte des Seelsorgeangebots in der Klinik Königsfeld liegen im seelsorglichen Einzelgespräch und in den Gottesdiensten. Das Seelsorgeangebot wird in der Patienteninformationsmappe und auf Plakaten vorgestellt. Die neu aufgenommenen Patient/innen werden sowohl vom Chefarzt und von der Sozialarbeiterin als auch von der Seelsorgerin begrüßt.

Das Gespräch *unter vier Augen* ist ein wesentlicher Aspekt der Arbeit der Seelsorge. Dieser Dienst ist zum großen Teil durch eine *Geh-Struktur* gekennzeichnet. Das heißt, dass Patient/innen besucht werden, auf die die Seelsorgerin entweder selbst aufmerksam wird, zum Beispiel im Gottesdienst, oder aufmerksam gemacht wird, zum Beispiel durch das Personal. Selten wird die Seelsorge angefragt.

Der Gottesdienst ist ein weiterer zentraler Aspekt der Seelsorge in der Klinik. Er findet wöchentlich sonntags statt und beinhaltet die Feier des Heiligen Abendmahls und die Krankensegnung als konstitutive, rituelle Elemente. Nach dem Gottesdienst findet regelmäßig eine Gesprächsmöglichkeit bei Kaffee und Tee statt, die von einer Mehrheit der Gottesdienstbesucher/innen genutzt wird.

Das Konzept der Seelsorge ist bestimmt durch persönliche Beziehungsgestaltung und Zuwendung. Dies kommt sowohl in den eher therapeutisch ausgerichteten Einzelgesprächen als auch in den rituellen Handlungen zum Tragen. Die religiöse Dimension wird vor allem durch positive Sinnbilder der christlichen Tradition eingebracht.

Die Seelsorge in der Klinik Königsfeld wird von der Evangelischen Kirche von Westfalen getragen. Die Arbeit der evangelischen Seelsorge geschieht in ökumenischer Offenheit. Außerdem spricht sie nicht selten Patient/innen an, die keine feste konfessionelle Bindung haben.

Die meisten Daten wurden über einen selbst entwickelten Fragebogen erhoben. Im ersten Teil werden Fragen nach der Wahrnehmung und Annahme des Seelsorgeangebots gestellt. Es wird nach der Öffentlichkeitsarbeit, aber auch nach der Teilnahme an Seelsorgeangeboten, wie Einzelgespräche und Gottesdienst, gefragt. Daran schließen sich drei allgemeine Fragen zu den Erwartungen von Patient/innen in Bezug auf die Seelsorge an. Es wird danach gefragt, ob der seelsorgliche Besuch ohne Aufforderung der Patientin oder des Patienten erwartet wurde, ob Seelsorge angefordert wurde und ob die Patientin oder der Patient von der Seelsorge besucht wurde.

Im Hauptteil wird anhand von 17 Items gefragt, welchen Wert die Patient/innen einzelnen Aspekten der Seelsorge zumessen. Diese Items beziehen sich gleichermaßen auf Seelsorgekonzepte, Seelsorgeangebote und auf Erwartungen, die Patient/innen selbst formulieren.¹⁷ Alle Items sind als Aussage formuliert, und sollten mittels einer sechs-stufigen Skalierung von 0-5 (völlig unwichtig bis sehr wichtig) eingestuft werden. Darüber hinaus gingen von der Klinik routinemäßig erfasste soziodemographische Daten in die Analysen mit ein.

Die Patient/innen bekamen von der zuständigen Stationsschwester am Tag vor der Entlassung den Fragebogen ausgehändigt, den sie bis zum nächsten Morgen ausfüllen sollten. Die Teilnahme war freiwillig.

Die Datenauswertung erfolgte durch einen Rehabilitationswissenschaftler. Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 11, berechnet. Bei den Überprüfungen der Signifikanz wurde generell eine Alpha-Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% als kritische Grenze festgesetzt.¹⁸

¹⁷ Vgl. *Ludger Simon*, Einstellungen und Erwartungen der Patienten im Krankenhaus gegenüber dem Seelsorger, Frankfurt/Bern/New York 1985.

¹⁸ *Achim Bühl / Peter Zöfel*, SPSS Version 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows, München 8. Auflage 2002.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Von den im Untersuchungszeitraum stationär aufgenommen 665 Patient/innen liegen von 390 Patient/innen vollständige Datensätze vor. Das ergibt eine Teilnahmerate von 59%. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer/innen liegt bei knapp 57 Jahren. Der jüngste Teilnehmer ist 31 Jahre alt, der älteste 89. Es haben 305 Männer und 85 Frauen teilgenommen (Tab. 1).

Tabelle 1 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer am Ende der Rehabilitation

		Häufigkeit	in %
<i>Teilnehmende</i>		390	59%
<i>Geschlecht</i>	männlich	305	78%
	weiblich	85	22%
<i>Alter</i>	unter 40	24	6%
	40-60	216	55,5%
	über 60	150	38,5%
<i>Familienstand</i>	ledig	39	10%
	verheiratet	290	75%
	geschieden/getrennt	29	7%
	verwitwet	32	8%
<i>Nationalität</i>	deutsch	384	98,5%
	nicht-deutsch	6	1,5%

3.2 Wie wird die Seelsorge wahrgenommen?

Insgesamt geben 269 Patient/innen (69%) an, die Seelsorge in der Klinik wahrgenommen zu haben. Mehr als 40% der Studienteilnehmer/innen erfuhren über die Hausinformationsmappe und fast 40% durch die Begrüßung der neuen Patient/innen vom Seelsorgeangebot. Annähernd 35% der Studienteilnehmer/innen nahmen an den Gottesdiensten teil und fast 29% hatten mindestens ein Einzelgespräch mit der Seelsorge (Tab. 2).

Tabelle 2 Wahrnehmung und Annahme des Seelsorgeangebotes

Seelsorge wahrgenommen	Anzahl Patienten	in %
insgesamt	269	69%
durch Seelsorgeangebote		
<i>Einzelgespräch</i>	111	28,5%
<i>Gottesdienst</i>	136	34,9%
<i>Gesprächskaffee</i>	84	21,5%
<i>Gesprächsgruppe</i>	55	12,8%
durch Öffentlichkeitsarbeit		
<i>Hausinformationsmappe</i>	163	41,8%
<i>Begrüßung der neuen Patienten</i>	145	37,2%
<i>Plakate</i>	82	21%

An den Gottesdiensten nahmen im Untersuchungszeitraum 89 Männer und 47 Frauen teil. Das sind 55% der Frauen und 29% der Männer, die an der Studie teilgenommen haben. Die Gottes-

dienstbesucher sind eher ältere Patient/innen: mehr als die Hälfte der über 60-jährigen hat am Gottesdienst teilgenommen (Tab. 3).

Tabelle 3 Gottesdienstteilnahme der Studienteilnehmer/innen

Gottesdienstteilnahme						
	insgesamt	Geschlecht		Alter		
		Männer	Frauen	unter 40	40-60	über 60
Anzahl der Gottesdienstteilnehmer/innen	135	89	47	3	54	79
<i>in %</i>		65,4%	34,6%	2,2%	39,7%	58,1%
Anzahl der Studienteilnehmer/innen	390	305	85	24	216	150
Gottesdienstteilnahme						
<i>ja</i>	135	29,1%	55,3%	12,5%	25 %	52,7%
<i>nein</i>	255	70,9%	44,7%	87,5%	75 %	47,3%

Insgesamt hatten im Untersuchungszeitraum 111 Patient/innen mindestens ein Einzelgespräch mit der Seelsorge. Davon waren 73 Männer und 38 Frauen, das sind ein Viertel der Männer und fast die Hälfte der Frauen, die an der Studie teilgenommen haben. 58% der Patient/innen waren über 60 Jahre alt. (Tab. 4).

Tabelle 4 Patient/innen mit mindestens einem Einzelgespräch

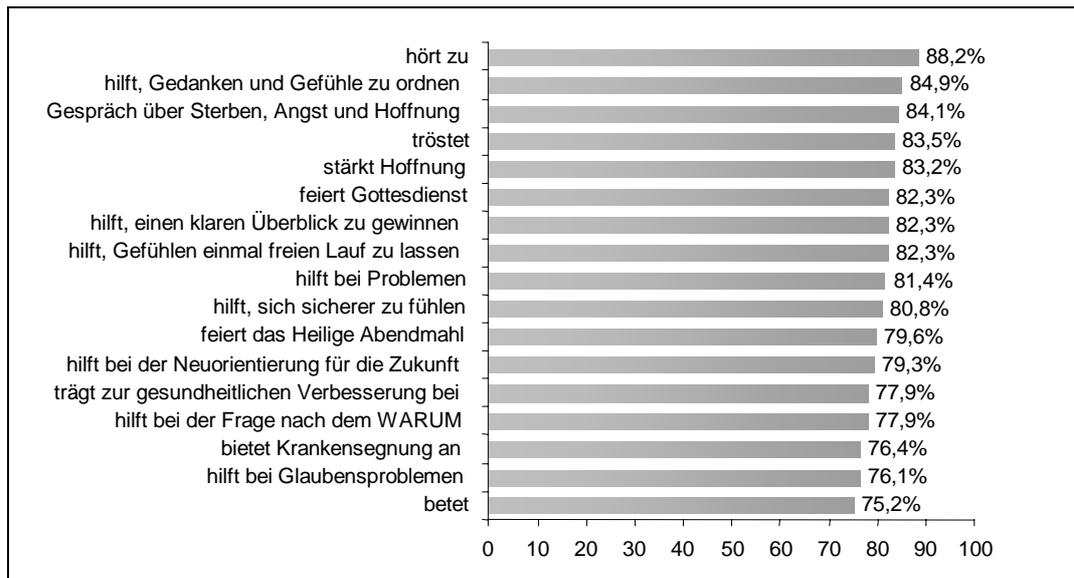
Einzelgespräch						
	insgesamt	Geschlecht		Alter		
		Männer	Frauen	unter 40	40-60	über 60
Anzahl Teilnehmer/innen mit Einzelgespräch	111	73	38	4	44	63
<i>in %</i>		65,8%	34,2%	3,6%	39,6%	56,8%
Anzahl der Studienteilnehmer/innen	390	305	85	24	216	150
Einzelgespräch						
<i>ja</i>	111	24%	44,7%	16,7%	20,4%	42%
<i>nein</i>	279	76%	55,3%	83,3%	79,6%	58%

3.3 Erwartungen in Bezug auf die Seelsorge

Die Hälfte der Teilnehmenden (52%) erwartet, dass Seelsorge angeboten wird. 14% der Patient/innen geben an, dass sie einen Besuch der Seelsorge ohne Aufforderung erwartet haben. Dagegen haben nur 2,3% der Patient/innen die Seelsorge angefordert. Etwas mehr als ein Viertel der Studienteilnehmer/innen (26,2%) gibt an, von der Seelsorge besucht worden zu sein.

Im Hauptteil haben wir 17 Aspekte der Seelsorge aufgeführt und die Patient/innen gefragt, welchen Wert sie den einzelnen Aspekten der Seelsorge zumessen (Abb. 1)

Abbildung 1 Prozentuale Häufigkeiten der einzelnen Aspekte am Ende der Rehabilitation



Jeder einzelne Aspekt der Seelsorge wird von mindestens 75% der Studienteilnehmer/innen als persönlich für sie wichtig bewertet. Für 88,2% der teilnehmenden Patient/innen ist das Zuhören von besonderer Wichtigkeit. An zweiter Stelle liegt die Hilfestellung beim Ordnen von Gedanken und Gefühlen und an dritter Stelle die Gesprächsmöglichkeit über Sterben, Angst und Hoffnung.

Die Patient/innen hatten die Möglichkeit, frei zu äußern, welche der Aspekte der Seelsorge ihnen am meisten geholfen haben. Auch hier liegt wieder das Zuhören auf dem ersten Rang. An zweiter Stelle wird der Gottesdienst genannt und an dritter Stelle die Hilfe zum Ordnen von Gedanken und Gefühlen. Besonders zu erwähnen ist, dass viele Patient/innen die Seelsorge als Beitrag zu ihrer gesundheitlichen Verbesserung eingeschätzt haben (Tab. 5).

Tabelle 5 Ranking der Aspekte in der Einschätzung nach der persönlichen Bedeutung

Seelsorge...	Rang
hört zu	1
feiert Gottesdienst	2
hilft, Gedanken und Gefühle zu ordnen	3
trägt zur gesundheitlichen Verbesserung bei	4
hilft, Gefühlen einmal freien Lauf zu lassen	5
feiert das Heilige Abendmahl	6
stärkt Hoffnung	7
hilft, einen klaren Überblick zu gewinnen	8
Gespräch über Sterben Angst und Hoffnung	9
hilft, sich sicherer zu fühlen	10
tröstet	11
hilft bei Problemen	12
bietet Krankensegnung an	13
betet	14
hilft bei Glaubensproblemen	15
hilft bei der Neuorientierung für die Zukunft	16
hilft bei der Frage nach dem WARUM	17

Die einzelnen Aspekte lassen sich nach eigenen Untersuchungen in zwei Faktoren zusammenfassen, wobei der Faktor 1 die therapeutisch/zwischenmenschlichen und der Faktor 2 die religiös/rituellen Aspekte repräsentiert.¹⁹ Die Mittelwerte, die sich aus der Skalierung 0-5 ergaben, sind in Tabelle 6 dargestellt. Die Mitte liegt bei 2,5, was darüber liegt, ist im positiven Bereich der Bewertung, was darunter liegt, im negativen Bereich.

Tabelle 6 Mittelwerte der Faktoren am Ende der Rehabilitation

	Faktor 1 therapeutisch/zwischenmenschlicher Aspekt	Faktor 2 religiös/ritueller Aspekt
	Mittelwert	Mittelwert
<i>Gesamtteilnehmer</i>	3,2	3,2
Geschlecht		
<i>Frauen</i>	3,7*	3,9*
<i>Männer</i>	3,1*	3,0*
Alter		
<i>unter 40</i>	3,2	3,0*
<i>40 - 60</i>	3,1	3,0*
<i>über 60</i>	3,5	3,5*

* = signifikant $p < 0,050$

Von den Gesamtteilnehmer/innen werden beide Faktoren als gleich wichtig bewertet. Für Frauen haben sowohl Faktor 1 als auch Faktor 2 eine signifikant höhere Bedeutung als für Männer. Der religiös/rituelle Aspekt hat für Frauen eine höhere Bedeutung als der therapeutisch/ zwischenmenschliche. Bei den Männern ist es umgekehrt, wobei die Unterschiede innerhalb der Gruppen nicht signifikant sind. Je älter eine Patientin oder ein Patient ist, desto bedeutender ist für ihn die Seelsorge. Beide Faktoren haben bei den über 60-jährigen gleiche Wichtigkeit mit einem Mittelwert von 3,5. Bei den unter 60-jährigen hat der therapeutisch/zwischenmenschliche Aspekt eine leicht höhere Bedeutung als der religiös/rituelle.

3.4 Vergleich zwischen beiden Messzeitpunkten

Um Veränderungen in der Beurteilung des Stellenwertes einzelner Aspekte der Seelsorge nach der Annahme des Seelsorgeangebots zu erfassen, wurden die Ergebnisse aus der Befragung zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung und an deren Ende miteinander verglichen.

Insgesamt haben 339 Patient/innen, 268 Männer (79%) und 71 Frauen (21%), beide Fragebogen ausgefüllt. Das sind 75% der Patient/innen, die den ersten Fragebogen ausgefüllt haben.

Der Vergleich zwischen den Teilnehmenden zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme und an ihrem Ende zeigt, dass sich der Frauenanteil mit 21% (vorher 20%), das Durchschnittsalter mit 57 Jahren (vorher 56 Jahre) und die Religionszugehörigkeit mit 79,9% (vorher 79,7%) kaum verändert.

Zunächst haben wir verglichen, mit welchen prozentualen Häufigkeiten die einzelnen Aspekte der Seelsorge (Wichtigkeit 3-5) zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme als positiv bewertet wurden und welche Veränderungen es gibt (Tab. 7).

¹⁹ Anke Lublewski-Zienau u.a., Erwartungen, 471f.

Am Ende der Rehabilitation (t2) haben beide Faktoren einen Mittelwert von 3,2. Auffällig ist der starke Anstieg von Faktor zwei, der den religiös/rituellen Aspekt repräsentiert, von 2,8 auf 3,2. Auch hier zeigt sich, dass für Frauen die Seelsorge insgesamt signifikant wichtiger ist als für Männer. Die Mittelwerte steigen bei den Frauen in beiden Faktoren zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme (t2) stark an, der therapeutisch/zwischenmenschliche Aspekt von 3,4 auf 3,7 und der religiös/rituelle Aspekt von 3,3 auf 3,9. Bei den Männern steigt nur der Wert des religiös/rituellen Aspekts von 2,7 auf 3,0.

Am stärksten steigt der Mittelwert im Faktor 2 bei den Patient/innen, die unter 40 Jahre alt sind. Liegt der Wert zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme (t1) mit 2,2 noch im negativen Bereich, so steigt er am Ende (t2) auf 3,0.

In zwei Gruppen sinken die Mittelwerte der Faktoren, der Faktor 1 in der Gruppe derer, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, von 2,7 auf 2,4 und in der Gruppe derer, die die Seelsorge nicht wahrgenommen haben, von 2,6 auf 2,4. In beiden Fällen steht der Faktor am Ende der Rehabilitationsmaßnahme (t2) leicht im negativen Bereich der Bewertung.

Für diejenigen, die einer Religionsgemeinschaft angehören, ist die Seelsorge signifikant wichtiger als für diejenigen, die keiner angehören. Gleiches gilt für diejenigen, die das Seelsorgeangebot wahrgenommen haben (Tab 8.2). Für sie ist die Seelsorge signifikant wichtiger als für die, die angeben, sie nicht wahrgenommen zu haben.

Tabelle 8.2 Mittelwerte (MW) der Faktoren bei denen, die Seelsorge wahrgenommen haben zu Beginn (t1) und am Ende (t2) der Rehabilitation

	Faktor 1 therapeutisch/zwischenmenschlicher Aspekt		Faktor 2 religiös/ritueller Aspekt	
	MW		MW	
	t1	t2	t1	t2
Seelsorge wahrgenommen				
<i>ja</i>	3,4*	3,5*	3,2*	3,4*
<i>nein</i>	2,6*	2,4*	2,1*	2,2*
Seelsorgeangebot wahrgenommen				
<i>ja</i>				
<i>nur Einzelgespräch</i>	3,1*	3,6*	2,2*	3,0*
<i>nur Gottesdienst</i>	3,2*	3,0	3,1*	3,2*
<i>Einzelgespräch und Gottesdienst</i>	4,0*	4,4	3,9*	4,2*
<i>nein</i>	2,8*	2,7*	2,5*	2,6*

* = signifikant $p < 0,050$

Die Mittelwerte der Faktoren liegen bei denen, die das Seelsorgeangebot im Einzelgespräch, im Gottesdienst oder beidem wahrgenommen haben, signifikant höher als bei denen, die keines der Angebote wahrgenommen haben. Besonders hoch liegt der Wert mit 4,4 am Ende der Rehabilitation (t2) bei denen, die sowohl am Gottesdienst teilgenommen haben als auch mindestens ein Einzelgespräch mit der Seelsorge hatten. Einen besonders hohen Anstieg des religiös/rituellen Aspekts um 0,8 Punkte ist in der Gruppe derer zu verzeichnen, die zwar ein Einzelgespräch hatten, aber nicht im Gottesdienst waren. Nur in der Gruppe derer, die nur am Gottesdienst teilgenommen haben, liegt der Mittelwert des Faktor 2 am Ende der Rehabilitation mit 3,2 über dem des Faktor 1 mit 3,0. In zwei Gruppen sinkt der Mittelwert im Faktor 1, einerseits bei denen, die das Seelsorgeangebot im Gottesdienst und Einzelgespräch nicht wahrgenommen haben und andererseits bei denen, die nur am Gottesdienst teilgenommen haben.

4 Diskussion

Zusammenfassend kann man festhalten, dass 59% der Studienteilnehmer/innen das Seelsorgeangebot wahrgenommen haben und gut ein Drittel das Angebot auch angenommen hat. Klinikseelsorge wird von der Hälfte der Patient/innen erwartet. Sie wird von allen Teilnehmenden des ersten und zweiten Messzeitpunkts durchweg positiv bewertet. Während ihr zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme etwas mehr als die Hälfte der Patient/innen eine hohe persönliche Bedeutung zumessen, sind es am Ende der Rehabilitation drei Viertel der Patient/innen. Die Bewertung steigt zum zweiten Messzeitpunkt fast durchgängig an. Kaum Veränderungen gibt es in der Gruppe der Teilnehmenden. Die geringfügige Zunahme des Durchschnittsalters, des Anteils der Frauen und des Anteils derer, die einer Religionsgemeinschaft angehören, lässt nicht den Schluss zu, dass die Teilnehmenden zum zweiten Messzeitpunkt eher diejenigen repräsentieren, die am Leben ihrer Religionsgemeinschaft teilnehmen oder wesentlich religiöser sind als die Nichtteilnehmenden. Das Religiöse ist in unserer Gesellschaft nicht mehr selbstverständlich. Drei Viertel derer, die einer Religionsgemeinschaft angehören, haben keinen oder kaum Kontakt zu ihrer Gemeinschaft. Und dennoch ist Seelsorge durchaus erwünscht. Schon der erste Teil der Studie zu den Erwartungen von Patient/innen hat gezeigt, dass selbst diejenigen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören (20%), sich einen Kontakt mit der Seelsorge vorstellen können. Allerdings muss die Seelsorge sich dazu für Menschen ohne feste Religionsbindung öffnen. Ist sie zugewandt und akzeptierend, dann besteht die Chance, dass auch Patient/innen sich dem Angebot der Seelsorge öffnen, die eher eine lockere oder gar keine konfessionelle Bindung oder religiöse Prägung haben.²⁰

Im ersten Teil der Studie hat eine faktorielle Analyse der Antworten zwei Faktoren ergeben. Faktor 1 repräsentiert einen therapeutisch/zwischenmenschlichen, Faktor 2 einen religiös/ rituellen Aspekt der Seelsorge. Beide Aspekte werden mit einem Mittelwert von 3,2 am Ende der Rehabilitation als gleich wichtig angesehen. Erstaunlich ist vor allem der hohe Anstieg der Werte im religiös/rituellen Bereich. Es scheint so, dass nach einer persönlichen Begegnung mit der Seelsorge auch die Aspekte der Seelsorge, die rituell geprägten Charakter haben, eher angenommen und als hilfreich erlebt werden.

Es sind in der Mehrheit Frauen und ältere Patient/innen, die der Seelsorge eine hohe Bedeutung zumessen. Vor allem der religiös/rituellen Bereich wird von dieser Gruppe signifikant höher bewertet als von den Männern und den jüngeren Patient/innen. Interessant ist allerdings, dass fast ein Drittel der stationär aufgenommenen Männer und ein Achtel der unter 40-jährigen Studienteilnehmer/innen am Gottesdienst teilgenommen hat. Das war kaum zu erwarten. Insgesamt zeigen die Ergebnisse die hohe Bedeutung, die Seelsorge für alle Patient/innen hat, unabhängig von Religionszugehörigkeit, Geschlecht und Alter.

Diejenigen, die Seelsorge wahrgenommen haben, bewerten die Seelsorge schon zu Beginn der Rehabilitation signifikant höher als die Gruppe, die angibt, die Seelsorge nicht wahrgenommen zu haben. Das spricht dafür, dass schon im Vorfeld der Rehabilitation ein besonderes Interesse am Seelsorgeangebot bei dieser Gruppe vorhanden war.

Die Auswertung der einzelnen Items zeigt, dass der Aspekt des Zuhörens zu beiden Messzeitpunkten eine besondere Bedeutung hat, was für einen erhöhten Gesprächsbedarf der Patient/innen spricht. An die zweite Stelle rückt zum zweiten Messzeitpunkt die Möglichkeit, Gedanken und Gefühle zu ordnen und an die dritte Stelle die Gesprächsmöglichkeit über existentielle und religiöse Fragen wie Angst, Sterben und Hoffnung. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass von der Seelsorge Hilfe beim Deuten und Verstehen der Erkrankung im Lebenskontext erwartet wird.

Bedeutsam ist die Tatsache, dass zum zweiten Messzeitpunkt besonders die Aspekte höher bewertet werden, die eine rituelle Handlung vollziehen, nämlich der Gottesdienst, das Abendmahl und die Krankensegnung. Wenn man versteht, dass die koronare Herzerkrankung starke Ängste

²⁰ Vgl. Jürgen Ziemer, *Weltlichkeit und Spiritualität, Wege zum Menschen* 56 (2004), 21-37.

und Unsicherheit auslöst und zu der Frage führt: „Was bin ich jetzt noch wert?“, kann in der religiösen Symbolhandlung heilende Kraft liegen. In der Religionspsychologie geht man davon aus, dass das Gottesbild eines liebenden, annehmenden und zugewandten Gottes, Angstbewältigung und Selbstwertstärkung unterstützt.²¹ Werden im Gottesdienst Geschichten vom heilenden Handeln Gottes erzählt und in der Predigt mit dem Leben der Patient/innen verbunden, dann geschieht genau diese Unterstützung. Auch das Abendmahl und die Segnung sind geprägt von Empathie. Diese Erfahrung von Zugewandtheit eröffnet dem Leben der Patientin oder des Patienten neue Perspektiven. Das scheint der Grund dafür, dass in der frei formulierten Bewertung von Aspekten der Seelsorge gerade der Gottesdienst als sehr hilfreich beschrieben wurde.

Viele wünschen sich Seelsorge, wenn sie ein allgemeines Anforderungsprofil an die Kirche beschreiben sollen, aber nur die wenigsten fordern Seelsorge tatsächlich an. In einer großen Studie der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft (FESSt) zur Situation der Krankenhausseelsorge wird festgestellt, dass Klinikpfarrer selten gerufen, aber auch selten weggeschickt werden.²² Die Ergebnisse der vorliegenden Studie untermauern diese Feststellung. Nur 2,3% der Studienteilnehmer/innen forderten die Seelsorge an, aber 26% wurden besucht, wobei die Bewertung der Einzelaspekte der Seelsorge am Ende der Rehabilitationsbehandlung steigt. 14% der Studienteilnehmer/innen erwarteten, während ihres Aufenthalts ohne Aufforderung besucht zu werden. Hier wird ein Problem deutlich. Die Seelsorge lebt wesentlich davon, dass sie Menschen aufsucht und ihren Dienst anbietet (*Geh-Struktur*). Um das effektiv tun zu können, braucht sie die unterstützende Einbindung in die Organisation der Klinik.²³ Nur so ist gewährleistet, dass sie die Patient/innen erreicht, die das Seelsorgeangebot nutzen möchten.

Die hohe Bewertung von Seelsorge bei denen, die sowohl am Gottesdienst teilgenommen haben als auch ein Einzelgespräch hatten, zeigt, dass gerade die Kombination aus religiösem Ritual und zwischenmenschlichem Gespräch für Patient/innen in der kardiologischen Rehabilitation wichtig ist.

Was lässt sich aufgrund der Ergebnisse dieser Befragung zur spezifischen Rolle der Seelsorge im Klinikbetrieb sagen? Im konkreten Vollzug ist sie gerade auf dem Gebiet des Einzel- und Gruppengesprächs leicht mit der Psychotherapie verwechselbar. Das mag seine Begründung darin haben, dass seit Ende der 60er Jahre therapeutische Konzepte von der Seelsorge rezipiert wurden. Vor allem Faktor 1 zeigt deutlich die Überschneidungen mit dem Angebot der Psychologen. Ist die Seelsorge also nur eine quantitative Ergänzung zur Psychotherapie oder auch eine qualitative?

In einer großen Studie zur Psychotherapieforschung wurden „Umriss einer Allgemeinen Psychotherapie“²⁴ entwickelt. Demnach machen drei Perspektiven, die Problemlösungs-, die Klärungs- und die Beziehungsperspektive, die Psychotherapie hilfreich, gleichgültig nach welchem therapeutischen Ansatz sie arbeitet. Diese Perspektiven sind auch für die Klinikseelsorge wichtig.²⁵ Michael Klessmann führt für die Seelsorge darüber hinaus noch die Trostperspektive als vierte Perspektive ein.²⁶ Der Trost wird von den Studienteilnehmer/innen als ein sehr wichtiger Aspekt der Seelsorge gesehen. Er kommt als verbale oder nonverbale Zuwendung in Lebenslagen zum Tragen, die ausweglos sind oder in denen Perspektiven verstellt sind.

Sicherlich verfolgen Psychotherapie und Seelsorge ähnliche Ziele. Beide versuchen, Patient/innen bei der „(Re-) Konstruktion von Identität im Kontext ihrer gegenwärtigen Lebensum-

²¹ Vgl. Bernhard Grom, *Wie froh macht die Frohbotschaft? Wege zum Menschen* 54 (2002).

²² Vgl. Gerta Scharffenorth, Klaus Müller (*Projektleiter*), *Krankenhausseelsorge – eine vordringliche Aufgabe der Kirche? Bericht zur Situation der Krankenhausseelsorge aufgrund von Ergebnissen des Projekts „Naturwissenschaftliche Medizin und christliches Krankenhaus“*, Heidelberg: Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft (FESSt), 1991.

²³ Von großer Bedeutung für die Wahrnehmung von Seelsorge sind institutionell gesicherte Kontakte, wie in diesem Fall die Teilnahme der Seelsorge an der Begrüßungsveranstaltung für die neuen Patient/innen.

²⁴ Vgl. Klaus Grawe u.a., *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Göttingen/Bern 1994.

²⁵ Vgl. Michael Klessmann, *Qualitätsmerkmale in der Seelsorge oder: Was wirkt in der Seelsorge? Wege zum Menschen* 54 (2002), 144 – 154.

²⁶ Ebd., 149.

stände“²⁷ zu helfen. Die Besonderheit der Seelsorge liegt darin, dass für ihr Handeln immer die religiöse oder spirituelle Dimension konstitutiv ist. Wie wichtig diese Dimension für das Einzelgespräch ist, zeigt der hohe Anstieg des Mittelwertes im religiös/rituellen Bereich bei denen, die zwar ein seelsorgliches Einzelgespräch hatten, aber nicht am Gottesdienst teilgenommen haben. Dies stimmt mit dem Ergebnis aus der Untersuchung zu den Erwartungen überein. Danach wird die Gesprächsmöglichkeit über existentielle und religiöse Themen wie Angst, Sterben und Hoffnung dem religiös/rituellen Bereich zugeordnet. Diese Ergebnisse bedeuten, dass ein Seelsorgegespräch nicht ohne weiteres durch ein psychotherapeutisches Gespräch ersetzt werden kann. Das seelsorgliche Gespräch ist ein Gespräch mit eigener Qualität, das andere therapeutische Gespräche sinnvoll ergänzen kann.

Ein weiteres Spezifikum der Seelsorge ist der Vollzug ritueller Handlungen wie Gottesdienst, Krankensegnung oder Abendmahlsfeiern. Dieser Aspekt der Seelsorge wird von den Patient/innen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme als weniger wichtig angesehen. Eindrucksvoll ist die Bedeutung des religiös/rituellen Aspekts am Ende der Rehabilitation. Hier steigen die prozentualen Häufigkeiten, mit denen die Patient/innen die einzelnen Aspekte bewerten, am stärksten. Besonders der Gottesdienst wird als hilfreich erlebt.

All dies zeigt, dass die Seelsorge eine eigene qualitative Dimension einbringen kann, die von der Mehrheit der Patient/innen erwünscht ist und von keiner anderen Gruppe übernommen werden kann. Seelsorge gehört in das Angebot einer Klinik an ihre Patientinnen und Patienten. Zwar ist die Seelsorge in vielen kardiologischen Kliniken Teil des therapeutischen Angebots, die große Varianz im Umfang des Angebots zeigt allerdings, dass es noch lange keine strukturelle Systematisierung gibt.²⁸

Diese Studie ist aus der konkreten Praxis der Seelsorge an einer kardiologischen Rehabilitationsklinik durchgeführt worden. Zugleich gibt sie Antwort auf die Frage nach der allgemeinen Bedeutung der Klinikseelsorge. Auf den Gesundungsprozess wirken viele Faktoren ein. Obwohl die institutionalisierte Religiosität rückläufig ist, gibt es eine Art unsichtbarer Religiosität des Einzelnen.²⁹ Sie kann positiv auf die Krankheitsbewältigung wirken. Eine offene, zugewandte Seelsorge kann diese Religiosität ansprechen und ihr Raum verschaffen.³⁰ Damit ist die Klinikseelsorge eine sinnvolle Ergänzung im Behandlungs- und Heilungsprozess. Sie bringt mit Kernsätzen und Sinnbildern der christlichen Tradition eine wichtige Dimension in den Gesundungsprozess ein, mit der sie Anteil an Sinnfindung, Angstbewältigung und Selbstwertstabilisierung hat.

Pfarrerin Anke Lublewski-Zienau, Am Anger 49, 58454 Witten, Luzienau@t-online.de
Dipl.-Psychologe Dr. Jörg Kittel und Prof. Dr. med. Marthin Karoff (wissenschaftliche Begleitung)

²⁷ Michael Klessmann, Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus, Vortrag auf der Herbsttagung des Krankenhausseelsorgekonventes der EkiR am 2.10.2002 in Düsseldorf, www.ekir.de/krankenhausseelsorge, 3.

²⁸ Vgl. Jörg Kittel u.a., Bestandsaufnahme: Seelsorge in der kardiologischen Rehabilitation, *Herzmedizin* 2/03, 108f.

²⁹ Vgl. Michael Ebertz, Die Dispersion des Religiösen, in: Hermann Kochanek (Hg.), *Ich habe meine eigene Religion*, Düsseldorf/Zürich 1999.

³⁰ Hier wird deutlich, dass eine angemessene Ausübung der Klinikseelsorge ein hohes Maß an persönlicher Kompetenz der Seelsorger/innen und gute Rahmenbedingungen für den Arbeitsplatz erfordern. Vgl. dazu die von der *Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD* erarbeiteten „Konzeptionen und Standards in der Krankenhausseelsorge“, *Wege zum Menschen* 46 (1994), 430f.