

Wirksamkeitsforschung in der (Krankenhaus-)Seelsorge –  
 Zu einer Neuorientierung von Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care.  
 Ein Beitrag aus der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP)<sup>1</sup>

Thomas Beelitz

Wirksamkeitsforschung zu professioneller Seelsorge in der Gesundheitsversorgung trifft auf viele Widerstände. Das beschädigt; dabei entstehen Narben. Mein entschiedenes Plädoyer aus pastoralpsychologischer Perspektive für die Kultivierung von Wirksamkeitsforschung in der (Krankenhaus-)Seelsorge wählt den ungemütlichen Weg entlang weitgehend unbewusster Widerstände. Als Emeritus mit über 25 Jahren weitgefächelter Berufserfahrung in professioneller Krankenhauseelsorge sei mir einleitend eine kritisch-hermeneutische, pastoralpsychologische Einschätzung gestattet.

### 1. Der Hauptwiderstand gegen Wirksamkeitsforschung in der Seelsorge ist ideologischer Art

Das Engagement für Wirksamkeitsforschung steht dem *institutionellen Narzissmus* in Kirche, Theologie und Pastoralpsychologie entgegen. Die spezifischen Formen des institutionellen Narzissmus sind durch ideologische Strukturen abgesichert. Die hiesige theologische Tradition lutherischer Prägung etwa, um etwas auszuholen, hat theologisch eher auf *Rechtfertigung* denn auf *Heiligung* gesetzt. Die *Wirkungen des Glaubens* individueller und kollektiver Art waren daher voreinander und miteinander gewöhnlich nicht so zentral im Blick. Mystik, Pietismus und Pastoralpsychologie wurden Orte für die Verzweiflung in und für schöpferische Aufbrüche aus dieser geistig-seelischen Lage. *Seelsorgliche Kasuistik* blieb ein Feld, von dem wir nur die unklarsten und schrecklichsten Vorstellungen haben. Die vehement geäußerte Ablehnung von Erfolg in der Seelsorge – erschlagend wird gerne die Buber-Anekdote zitiert „Erfolg ist keiner der Namen Gottes“<sup>2</sup> – bietet ein gruseliges Beispiel. Seelsorge ist in Deutschland nicht zukunftsfähig aufgestellt; sie ist zu starr und zu wenig am echten Bedarf orientiert.<sup>3</sup> Auch für die professionelle Krankenhauseelsorge gilt, sie bedarf dringend der „aktiven Versorgungsplanung.“<sup>4</sup> Seit Jahrzehnten wird hingegen unter uns als bizarres Trauerspiel die Korrelation von Bettenzahl und Stellenanteilen nach Kassenlage, mit etwaigen Boni zur allseitigen Gewissenberuhigung, mal offener und mal verdeckter aufgeführt.

Ein Kollege gibt zu bedenken: „Ich vermute, in 99% der Fälle haben wir keine Ahnung, wie sich Gott in unserem Gespräch offenbart.“<sup>5</sup> Wirksamkeitsforschung kann kränken. Plötzlich wird sichtbar und nachvollziehbar belegt, ob, wie und dass etwas wirkt, oder eben nicht, oder entgegen aller guten Absicht doch noch ganz anders. *Aber soo genau wollten wir's doch gar nicht wissen!* Die ehemals

<sup>1</sup> Eingeladener Beitrag, hier leicht ergänzt, zur Jahrestagung des Konvents der Krankenhauseelsorge in der Evangelischen Kirche von Westfalen (EKvW) zum Thema „Forschung in der Krankenhauseelsorge“, Haus Villigst, 10.–12.05.2021 (digital). Der Vortragsstil wurde beibehalten.

<sup>2</sup> Eugen Kogon & Karl Thieme, Das Portrait: Martin Buber, in: Frankfurter Hefte 6/3 (1951) 195–199, 195.

<sup>3</sup> Vgl. Hans Blumenberg, Rettungen ohne Untergänge, in: ders., Die Sorge geht über den Fluß, Frankfurt am Main 1987, 93; Thomas Beelitz, Kulturen der Grenze. Seelsorge in der Psychiatrie als Herausforderung, in: Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte 19 (2013) 3–62, 53ff.; Thomas Beelitz, Entwicklungen im Bereich von *spiritual care* weltweit. Perspektiven aus der Krankenhauseelsorge, in: Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte 29 (2018/2) 4–38, 17; Kerstin Lammer, Welche organisationale Qualität braucht Seelsorge? Strategie, Struktur und Leitungsaufgaben, in: Kerstin Lammer, Sebastian Brock, Ingo Habenicht & Traugott Roser, Menschen stärken. Seelsorge in der evangelischen Kirche, Gütersloh 2015, 93–112, 111.

<sup>4</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

([https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.6\\_Positionen/DKG\\_Positionspapier\\_2021.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.6_Positionen/DKG_Positionspapier_2021.pdf); Abruf 20.04.2021).

<sup>5</sup> Wolfgang Wiedemann, Keine Angst vor der Seelsorge. Praktische Hilfen für Haupt- und Ehrenamtliche, Göttingen 2009, 241.

berühmten Trauerphasen, so ist zu erinnern, verdankten sich einer interdisziplinären qualitativen Wirksamkeitsstudie zur Begleitung Sterbender in den Chicagoer Universitätskliniken.<sup>6</sup> Wenn aber erfahren wird, wie etwas wirkt, beschneiden sich Seelsorgende und Pastoralpsycholog\*innen in ihren Erkenntnissen und Interessen nachweislich selbst.<sup>7</sup> Erfolg ist nicht wirklich willkommen. Es wundert nicht, wenn Wirksamkeitsforschung bei uns selber, in unseren Gruppen und in unseren Institutionen nur eine eigentümlich fragmentierte und unstete Beachtung erfährt. Mein Rat: Tue Gutes und rede darüber!

Wir wissen nicht und wir wollen kaum wissen, wie Seelsorge wirkt. Solche Resonanzverweigerung ist für eine narzisstische Organisation kennzeichnend: „[F]ür den Narzißten ist schon die Vorstellung von Nützlichkeit, wenn es sich um Moral und vor allem um Religion handelt, eine Gotteslästerung.“<sup>8</sup> Das unter Krankenhauseelsorger\*innen verbreitete Fremdeln mit medizinischen Diagnosen, zu dem man sich noch selber gratuliert, macht das sichtbar. Schwerwiegende Ängste und tiefgreifende Konflikte lassen sich beobachten.<sup>9</sup> Wirksamkeit als Nützlichkeit begreifen zu wollen, ist für die Krankenhauseelsorge in der Tat eine Herausforderung.

Je enger sich Theologie und Medizin in ihrer Geschichte miteinander verbündet haben, so lässt sich verallgemeinern, desto aufmerksamer wurde die Seelsorge jeweils für die Wirksamkeit ihres Handelns. Am Beginn der modernen Pastoralpsychologie stand ein neues Arbeitsbündnis zwischen Religion und Medizin.<sup>10</sup> In der Praktischen Theologie der 1920er Jahre fand diese Verbindung auch bei uns Aufmerksamkeit.<sup>11</sup> Fast vergessen ist, dass die Zeitschrift *Wege zum Menschen* über viele Jahre im Untertitel „Monatsschrift für Arzt und Seelsorger, Erzieher, Psychologen und soziale Berufe“ führte. Noch 1980 war in West-Berlin ein regelmäßig stattfindendes Treffen der Arbeitsgemeinschaft Arzt und Seelsorger zu erleben.

Pastoralpsychologie, nach DGfP-Lesart, eignet eine entschieden kritisch-hermeneutische Perspektive, die man mit Joachim Scharfenberg auf die Formel brachte: wider den Tabugehorsam, wider den frommen Wahn, wider das infantile Wunschdenken als Trost.<sup>12</sup> Er setzte seine Form der Pastoralpsychologie ab von einer „fundamentalistisch-evangelikalen ‚Pastoralpsychologie‘“, die gegen Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten benutzt wird.<sup>13</sup> Anton Boisen, Urgroßvater der Pastoralpsychologie und oft erinnert für sein Plädoyer, Seelsorgeklient\*innen als *living human documents* wahrzunehmen, sollte auch erinnert werden mit seinem Anliegen, evidenzbasierte Seelsorge für Psychatriepatient\*innen zu entwickeln!<sup>14</sup> Über die Jahrzehnte und aktuell engagieren sich Pastoralpsycholog\*innen immer wieder bei Wirksamkeitsstudien zu Seelsorge.<sup>15</sup>

<sup>6</sup> Vgl. Carl A. Nighswonger, Seelsorge an Sterbenden, in: *Evangelische Krankenhauseelsorge* 5 (1971) 2–7; Werner Becher, Ist Seelsorge an Sterbenden lehrbar? Ein Bericht von der Krankenhauseelsorge an den Universitätskliniken in Chicago, in: *Wege zum Menschen* 24 (1972) 24–33.

<sup>7</sup> Vgl. Thomas Beelitz, „Gib deinem Sinn ein Leben!“ Über hermeneutische Kompetenz als das Spezifische des pastoralpsychologischen Ansatzes – ein persönlicher Werkstattbericht, in: *Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte* 15 (2011) 107–141, 114f.

<sup>8</sup> Béla Grunberger & Pierre Dessuant, *Narzißmus, Christentum, Antisemitismus. Eine psychoanalytische Untersuchung*, Stuttgart 2000, 138.

<sup>9</sup> Vgl. Beelitz 2018, 36ff.

<sup>10</sup> Vgl. Elwood Worcester, Samuel McComb & Isador H. Coriat, *Religion and Medicine: The Moral Control of Nervous Disorders*, New York 1908.

<sup>11</sup> Vgl. Horst Fichtner, *Medizinische Grundlagen der evangelischen Krankenhauseelsorge* (ders., Hrsg., *Handbuch der evangelischen Krankenhauseelsorge*; Bd. 1), Schwerin 1928.

<sup>12</sup> Vgl. Joachim Scharfenberg, Sigmund Freud und seine Religionskritik als Herausforderung für den christlichen Glauben, 4. Auflage, Göttingen 1976, 155–180.

<sup>13</sup> Joachim Scharfenberg, Pastoralpsychologische Kompetenz von Seelsorger/-innen, in: Isidor Baumgartner (Hrsg.), *Handbuch der Pastoralpsychologie*, Regensburg 1990, 135–152, 146.

<sup>14</sup> Vgl. Anton T. Boisen, *The Exploration of the Inner World: A Study of Mental Disorder and Religious Experience*, Philadelphia 1971.

<sup>15</sup> Vgl. Urs Winter-Pfändler & Christoph Morgenthaler, Wie zufrieden sind Patienten mit der Krankenhauseelsorge. Entwicklung eines Fragebogens und erste Untersuchungen in der Deutschschweiz, in: *Wege zum Menschen* 62 (2010) 570–

Zur besseren Einordnung sei vorab unterstrichen, dass es mit Otto Händler und anderen *aus theologischen Gründen* grundsätzlich abzulehnen ist, Seelsorge auf christlich-kirchliche Zusammenhänge hin zu provinzialisieren.<sup>16</sup> *Seelsorge hat einen Religion transzendierenden Bezug* – historisch belegt und immer schon. Gerade eben darin ist sie *religiös!*<sup>17</sup> Deshalb ist der Kontext von professioneller Seelsorge nicht allein kirchliches Handeln (Mitgliedschaftsbetreuung; Mitgliederwerbung; Öffentlichkeitsarbeit für die Kirche oder die eigene Religionsgemeinschaft), und auch nicht allein *Spiritual Care*, sondern entschieden *Public Health*, also Bürgergesundheit und Menschenpflege. Die Forschung zu ergebnisorientierter Seelsorge ist hier von besonderer Relevanz, auch für die Entwicklung geistig-seelischer Versorgung im außer-stationären und ambulanten Bereich, in der Prävention und der Rehabilitation. Dadurch entstehen Anschlüsse an die internationalen ökumenischen Entwicklungen zum Heilungsauftrag der Kirchen.<sup>18</sup> Wer also nach Wirksamkeit von Seelsorge fragt, fragt letztlich nach Beiträgen professioneller Krankenhausseelsorge zur Bürgergesundheit.<sup>19</sup> Ein *spiritual turn* ohne ein *ethical turn* griffe praktisch-theologisch zu kurz.<sup>20</sup> Die drängenden Herausforderungen an professionelle Seelsorgegestaltung haben in den aktuellen Entwicklungen deutlich zugenommen.

2. Die Perspektive auf Wirksamkeitsforschung erfordert Alphabetisierung und Weiterbildung der Akteure der (Krankenhaus-)Seelsorge:

- *fortgeschrittene Lesefähigkeit des Englischen*. Die Forschung ist international und hauptsächlich englischsprachig aufgestellt. Der sorgfältige sprachliche Transfer aus der englischsprachigen Community in die deutschsprachige Welt von Kirche, Theologie, Krankenhausseelsorge und Pastoralpsychologie lässt viel zu wünschen übrig!
- *empirisch-sozialwissenschaftliche Lese- und Arbeitsfähigkeit* (Statistik; Statistik über Statistiken; angewandte Mathematik). Theolog\*innen – anders als Humanwissenschaftler wie Psychologen, Soziologen, Pädagogen und auch Mediziner – lernen diese Fähigkeit nicht qua Ausbildung. Der Erwerb empirisch-sozialwissenschaftlicher Lesefähigkeit wird für Theolog\*innen künftig in ihren Arbeitsfeldern eine den alten Sprachen analoge Bedeutung gewinnen müssen, sicher mit analogen Ebenen unterschiedlicher Kompetenz.
- *Einübung in evidenzbasiertes Arbeiten analog zu pastoralpsychologischen Weiterbildungsangeboten*. Anne Vandenhoeck unterstreicht am Beispiel der in Belgien bereits umgesetzten Transformation, dass, um ergebnisorientierte Seelsorge effektiv praktizieren zu können, es eines verbindlichen Lernprogramms mit pastoralpsychologischen Weiterbildungsmodulen (Selbsterfahrung, Supervision, Gruppenarbeit, Reflexion) bedarf.<sup>21</sup>

---

584; Evangelische Kirche in Deutschland (Hrsg.), unerwartet heilsam – wie Seelsorge wirkt. Innovationskraft seelsorglicher Angebote (Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD), Hannover 2020.

<sup>16</sup> Vgl. Otto Haendler, Grundriss der Praktischen Theologie (Sammlung Töpelmann, Kurt Aland, Hrsg., Erste Reihe: Die Theologie im Abriß; Bd. 6), Berlin 1957, 372; Michael Klessmann, Theologie und Psychologie im Dialog. Einführung in die Pastoralpsychologie, Göttingen 2021, 213.

<sup>17</sup> Vgl. Schubert M. Ogden, To Teach the Truth, Selected Courses and Seminars, Eugene 2015, 90.

<sup>18</sup> Vgl. Beelitz 2018, 8ff.

<sup>19</sup> Vgl. Teresa F. Cutts & James R. Cochrane, Stakeholder Health. Insights from New Systems of Health, Winston-Salem 2016.

<sup>20</sup> Vgl. Don S. Browning, The Moral Context of Pastoral Care, Philadelphia 1971.

<sup>21</sup> Vgl. Anne Vandenhoeck, Dokumentation im Dienste der bestmöglichen Spiritual Care, in: Simon Peng-Keller, David Neuhold, Ralph Kunz & Hanspeter Schmitt (Hrsg.), Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe. Elektronische Patientendossiers im Kontext von Spiritual Care, Zürich 2020, 79–97; Harold G. Koenig, Jill B. Hamilton & Benjamin R. Doolittle, Training to Conduct Research on Religion, Spirituality and Health: A Commentary, in: Journal of Religion and Health 60 (2021) 2178–2189.

### 3. Wirksamkeitsforschung bedeutet einen Paradigmenwechsel

Jenseits der Wahrnehmung von Konzeptqualität, guten Absichten und subjektiver Zufriedenheit auf allen Seiten wird nach messbaren Beiträgen zur Gesundheitsversorgung gefragt. Nicht die Akteure mit ihrer Subjektivität (Empfindungen, Wünsche, Haltungen, Kompetenzen, Konzepte) stehen im Mittelpunkt, sondern Ergebnisse und deren Messbarkeit: Ein Paradigmenwechsel von *akteurzentriert* zu *kontext- und handlungsorientiert* zeichnet sich ab. Das Maß, inwieweit das wahrgenommen werden kann oder will, so ist zu unterstreichen, unterscheidet die Ansätze in diesem Feld. Grundsätzlich gilt: Vielerorts sind professionell Seelsorgende eine knappe Ressource; sie sollten ihre Zeit nicht ineffektiv verbringen.<sup>22</sup>

Mit Blick auf die DGfP intern lässt sich sagen: Je eher die Zugänge ihrer fünf einzelnen Fachsektionen eine gewisse Distanz zu den subjektorientierten Ansätzen in den Psychotherapien finden, desto leichter fällt ihnen der Zugang zu ergebnis- bzw. wirksamkeitsorientierten Perspektiven (Stichwort: Gesprächspsychotherapie versus systemisches Arbeiten). Man wird sich die notwendigen Transformationsprozesse pragmatisch als das Bisherige ergänzend, erweiternd, refokussierend, umgebaut und neu ausgerichtet vorstellen können: In einem Psychiatrieseelsorge-Lernkurs im KSA-Format hatten wir 2018 in Berlin für die Teilnehmenden persönlichkeitsbezogene Diagnosepatenschaften, ein Modell aus der systemischen Weiterbildung, entsprechend eingebaut.

### 4. Unterschiedliche Forschungskulturen zur Wirksamkeit von Krankenhauseelsorge

*Es lohnt, und kann der drohenden Verwirrung begegnen, sich die in der Tat sehr unterschiedlichen Forschungskulturen zu Wirksamkeit von professioneller (Krankenhaus-)Seelsorge genauer vor Augen zu führen und für sich zu sortieren!* Verständlicherweise werden nämlich Ergebnisse aus dem einen Bereich für Befunde aus dem anderen Bereich gehalten: Ergebnisse, die die Bedeutsamkeit einer Spiritual-Care-Perspektive in der medizinischen Versorgung belegen (Spiritualität/Religiosität ist überwiegend gesundheitsförderlich: vielfältig und international belegt), werden als Belege für die Nützlichkeit von professioneller Krankenhauseelsorge gelesen, was daraus aber nicht folgt. Auch ist Wirksamkeit nicht gleich Wirksamkeit: Eine womöglich hohe Akzeptanz für das Arbeiten der professionell Seelsorgenden im Krankenhaus, individuell erfahren und durch Umfragen international belegt, selbst wenn die Patientenzufriedenheit (subjektive Faktoren) gemessen wird, ist noch kein Nachweis für ergebnisorientierte Wirksamkeit (objektive Faktoren). Dazu hatte man anfänglich Liegezeiten, Schmerzmittelbedarf und die Ruf-Häufigkeit nach Pflegepersonal verglichen.

*Die Palette wirksamkeitsorientierter Forschungskulturen ist sehr viel umfänglicher als meist angenommen und gewusst!* Mein Fokus betont hier eher die objektive Handlungsbreite (*Scope of Practice*). Es gilt besonders darauf zu achten, dass wirkungsorientierte Beschreibungen nicht erneut relevante Ergebnisse auf Patientenseite verdecken und verdrängen. Zweifelsohne aber werden wir für eine fachgerechte Einschätzung der Wirksamkeit von professioneller Seelsorge künftig subjektive wie objektive Seiten brauchen.

In einem skizzenhaften Überblick seien hier *acht Forschungslandschaften* aufgezählt, die sich tatsächlich oft nur wenig aufeinander beziehen. Eine durchaus mögliche Zusammenführung der nebeneinander genannten Forschungskulturen würde beachtliche Synergieeffekte für die Seelsorgeforschung und die Pastoralpsychologie erzeugen können.

---

<sup>22</sup> Vgl. George Fitchett & Daniel Grosseohme, Health Care Chaplaincy as a Research-Informed Profession, in: Stephen B. Roberts (Hrsg.), Professional Spiritual & Pastoral Care. A Practical Clergy and Chaplain's Handbook, 2. Auflage, Woodstock 2012, 387–406, 387.

#### 4.1. Das Europäische Netzwerk für Krankenhauseelsorge

2014<sup>23</sup> hatte das Europäische Netzwerk für Krankenhauseelsorge (ENHCC) eine *Forschungsimperative* verabschiedet:

„Auch wenn es nicht unproblematisch ist, die Praxis geistig-seelischer Versorgung (Spiritual Care) evaluieren zu wollen, ist es unerlässlich, Forschung zu entwickeln, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Deshalb befürworten die im Europäischen Netzwerk für Krankenhauseelsorge Organisierten ausdrücklich Forschung als integralen Bestandteil der klinischen Seelsorgetätigkeit. Diese Forschung muss auf ‚Ergebnisse‘ und nicht auf ‚Abläufe‘ fokussieren. Alle professionell Seelsorgenden werden ihre konkrete Praxis im Licht aktueller Forschung entwickeln müssen.“

Der damals dann ebenfalls verabschiedete *Aktionsplan*, um professionell bestmögliche Spiritual Care anbieten zu können, sieht vor:

- „Alle professionell Seelsorgenden halten sich über die aktuelle Forschung auf dem Laufenden und richten ihre Seelsorgetätigkeit entsprechend aus. *Einige* professionell Seelsorgende nehmen sich der Forschungsaufgaben leitend an, um qualitativ hochwertige Forschung zur Wirksamkeit von professioneller Krankenhauseelsorge sicherzustellen.
- Die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung verlangen, dass die für sie tätigen professionellen Seelsorgerinnen und Seelsorger ihr Handeln auf der Grundlage aktueller Forschung entwickeln, und unterstützen diejenigen Seelsorger und Seelsorgerinnen, die sich in der Forschung engagieren.
- Die Glaubens- und Religionsgemeinschaften fördern Modelle für Krankenhauseelsorge, die forschungsbasiert sind.“

Aber von den Verabredungen dieser Salzburg-Erklärung ist in der deutschsprachigen Seelsorgelandschaft in der Breite erstaunlich wenig angekommen. Ausnahmen bestätigen die Regel. Forschungsbasierte Krankenhauseelsorge ist für die Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD (KVS), konsultiert man deren Webseite, kein Thema. Neben der Verpflichtung zu pastoralpsychologischer Weiterbildung, der Verpflichtung auf beschlossene ethische Prinzipien ist eine Verpflichtung zu forschungsbasiertem Arbeiten als Zugang zu Stellen in der professionellen Seelsorge jedoch durchaus denkbar. Inwiefern die großkirchlichen Trägerstrukturen für Sonderseelsorge bei uns auf forschungsbasierte Annahmen hin ausgerichtet werden können, ist im Fluss.

#### 4.2. Chaplaincy Research

Krankenhauseelsorgeforschung (*Chaplaincy Research*) meint sozialwissenschaftlich fokussierte Forschung zu professioneller Seelsorge und deren Themen. Hier bietet sich ebenfalls ein breites Spektrum unterschiedlichster Methoden und Interessen in kulturell abgestufter Lesart!

Krankenhauseelsorgeforschung in diesem Sinne gibt es in mindestens vier Richtungen:

- 1) als evidenzbasierte Sozialforschung zu Krankenhauseelsorge<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Die Salzburg-Erklärung des European Network of Healthcare Chaplaincy (ENHCC) von 2014: [https://www.spitalseelsorge.ch/media/archive1/praxishilfen/verzeichnisse/international/ENHCC-Konsultation\\_2014\\_Statement.pdf](https://www.spitalseelsorge.ch/media/archive1/praxishilfen/verzeichnisse/international/ENHCC-Konsultation_2014_Statement.pdf) (Abruf 07.03.2021; Übersetzung verändert).

<sup>24</sup> Vgl. Larry VandeCreek (Hrsg.), Professional Chaplaincy and Clinical Education Should They Become More Scientific: Yes and No, Binghamton 2002.

- 2) als qualitative Sozialforschung zu Krankenhausseelsorge<sup>25</sup>
- 3) als Mixed-Methods-Approach zu Krankenhausseelsorge und zu ausgewählten Projekten kirchlicher Seelsorge<sup>26</sup>
- 4) als evidenzbasierte Forschung zu Krankenhausseelsorgeforschung selbst<sup>27</sup>

#### 4.3. Forschungsbasierte professionelle Krankenhausseelsorge

Als Weg zu einer forschungsbasierten professionellen Krankenhausseelsorge lassen sich fünf Schritte<sup>28</sup> skizzieren:

- 1.) Einschätzung und Feststellung der religiösen und spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen/Risiken der Patient\*innen/Klient\*innen und ihrer Angehörigen (*spiritual screening; spiritual assessment; documentation*).
- 2.) Verbindung der deskriptiven Ergebnisse mit theoretischen Annahmen dazu, welche Rolle Religion und Spiritualität im Umgang mit der Erkrankung spielt (Coping-Forschung).
- 3.) Testen der theoretischen Annahmen in der praktischen Anwendung.
- 4.) Identifikation der Schlüsselergebnisse, die bei der Anwendung von wirksamer Spiritual Care seitens spiritueller Experten (professionell Seelsorgenden) zu erwarten sind: zu Aufenthaltsdauer; Angstverarbeitung; Lebensqualität; Bewältigung von religiösen Problemen und Nebenwirkungen („*religious red flags*“; *negative religious coping; religious struggle*).
- 5.) Konkrete Fallstudien zu dem, was in der Seelsorge-Klienten-Beziehung im Detail wie wirkt.<sup>29</sup>

Dieses Modell von 2012 zu forschungsbasierter professioneller Seelsorge differiert in Teilen von dem aktuellen Vorschlag, den Nika Höfler und andere hierzu entwickeln und jüngst veröffentlicht haben.<sup>30</sup>

#### 4.4. Outcome Oriented Chaplaincy

bezeichnet das Konzept einer ergebnis- bzw. wirksamkeitsorientierten Krankenhausseelsorge: „das operative Paradigma für die professionelle Seelsorge im 21. Jahrhundert.“<sup>31</sup> Das ist ein *intentionaler* Versorgungsansatz! „[I]ntendierte Absichtslosigkeit,<sup>32</sup> wie es auch die aktuelle Studie der Ständigen

<sup>25</sup> Vgl. Wendy Cage, *Paging God. Religion in the Halls of Medicine*, Chicago – London 2012.

<sup>26</sup> Vgl. Mieke Vermandere, Franca Warmenhoven, Evie Van Severen, Jan Lepelaire & Beert Artgeerts, *The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment: A Mixed-Methods Evaluation*, in: *Oncology Nursing Forum* 42/4 (2015) 294–301; Kerstin Lammer, *Wie Seelsorge wirkt (Praktische Theologie heute; Bd. 165)*, Stuttgart 2020.

<sup>27</sup> Vgl. Annelieke Damen, Allison Delaney & George Fitchett, *Research Priorities for Healthcare Chaplaincy: Views of U.S. Chaplains*, in: *Journal of Health Care Chaplaincy* 24 (2018) 57–66; Annelieke Damen, Carmen Schumann, Gerty Lensvelt-Mulders & Carlo Leget, *Research Priorities for Health Care Chaplaincy in The Netherlands: A Delphi Study Among Dutch Chaplains*, in: *Journal of Health Care Chaplaincy*, 26 (2020) 87–102.

<sup>28</sup> Vgl. Fitchett 2012, 393ff.

<sup>29</sup> Vgl. die narrative Beschreibung, die dem DGfP-Jahreskongress 2013 zum Thema Seelsorge vorlag: Thomas Beelitz, *Fallschilderung*, in: *Wege zum Menschen* 66 (2014) 138–140.

<sup>30</sup> Vgl. Nika Höfler, *Wirksamkeit von Krankenhausseelsorge. Ein Projekt zur Entwicklung von Kenngrößen zur Messung der Wirksamkeit von Krankenhausseelsorge*, in: *Wege zum Menschen* 72 (2020) 536–547.

<sup>31</sup> Brent Perry, *Outcome Oriented Chaplaincy. Intentional Caring*, in: Roberts 2012, 342–361, 346.

<sup>32</sup> *Evangelische Kirche in Deutschland* 2020, 21.

Konferenz für Seelsorge in der EKD (SKS) hervorhebt, ist für professionelle Seelsorgeangebote nicht zielführend. Professionelle Seelsorge, pastoralpsychologisch reflektiert, tritt an gegen „das Unerträglichkeits-Vorurteil gegen die eigene Person“ – und beruft sich dafür auf die Praxis Jesu.<sup>33</sup> Sie weiß, „wie schwierig es war, die verwischte Spur des eigenen Schicksals zu entdecken, wie schwierig es war, sie nicht sorgsam aus dem Blick zu verlieren.“<sup>34</sup>

Die Forschung zu ergebnisorientierter Seelsorge selbst ist aber auch in Spiritual-Care-Studien vernachlässigt worden. Kennzeichen ergebnisorientierter Seelsorge sind 1.) Belegbarkeit (*accountability*), 2.) bestmögliche Standards (*best practice*) und 3.) interprofessionelle Zusammenarbeit (*collaboration*).<sup>35</sup> Der ergebnisorientierte Seelsorgeansatz fokussiert und erweitert, so die Anwendung gelingt, die Betonung von kritischer spiritueller Wahrnehmung (*spiritual assessment*) um die miteinander geteilte Wahrnehmung der Funktionalität der Begegnung und möglicher Interventionen. Die oben genannten Schritte zu einer forschungsbasierten professionellen Seelsorge werden systematisch, differenziert und kleinteilig umgesetzt. Für alle Diagnosegruppen und medizinischen Bereiche lässt sich ein leitliniengerechtes seelsorgliches Handeln darstellen: unterteilt nach den Hauptsymptomen der Diagnosegruppe – den spezifischen Herausforderungen für die geistig-seelische Begleitung (*Spiritual Care*) – und den strategischen Interventionen der professionellen Seelsorge.<sup>36</sup> Seelsorge und professionelle Seelsorge werden entmystifiziert. Die Auskunftsfähigkeit über das eigene Tun wird erhöht, mit Vor- und Nachteilen. Der Paradigmenwechsel von einem gesprächstherapeutischen Präsenzmodell à la Carl Rogers hin zu einer ergebnisorientierten professionellen Seelsorge hat international bereits stattgefunden. Qualitätsentwicklungen *auf allen Seiten* – für Patient\*innen, medizinisch- und therapeutische Dienste, Angehörige, Seelsorgende etc. – kommen *miteinander* in den Blick und können gefördert werden. Seelsorgliche Weiterbildungen erhalten ein stärker professionsspezifisches Profil. Ebenfalls werden die Forschung zu Seelsorge und der Wissenstransfer vorangebracht.

#### 4.5. Spiritual Care Research

Dazu lediglich ein aktuelles Beispiel aus der unübersehbaren Fülle relevanter Fachliteratur für Krankenhausseelsorge und deren Forschung: Das Beispiel ist eine Untersuchung zu Religionszugehörigkeit versus spirituelle Selbstwahrnehmung als Verhaltens- und psychische Variablen bei Herzinfarktpatient\*innen.<sup>37</sup>

#### 4.6. Das Health Care Chaplaincy Network

Einen Meilenstein in den aktuellen Entwicklungen stellt eine viel beachtete Programmschrift des Health Care Chaplaincy Network dar – Entwurf eines neuen Modells für Spiritual Care, um

<sup>33</sup> Vgl. Erik H. Erikson, *Toys and Reasons. Stages in the Ritualization of Experience*, New York 1977, 95; Donald Capps, *The Depleted Self. Sin in a Narcissistic Age*, Minneapolis 1993, 169.

<sup>34</sup> Clarice Lispector, *Tagtraum und Trunkenheit einer jungen Frau. Sämtliche Erzählungen I* (Bernard Moser, Hrsg.), München 2019, 387f.

<sup>35</sup> Vgl. Perry 2012, 348f.

<sup>36</sup> Vgl. Michele J. Guest Lowery, *Behavioral Health*, in: Roberts 2012, 267–281, 276ff.; Perry 2012, 356f.

<sup>37</sup> Vgl. Jesús Saiz, Meredith A. Pung, Kathleen L. Wilson, Christopher Pruitt, Thomas Rutledge, Laura Redwine, Pam R. Taub, Barry H. Greenberg & Paul J. Mills, *Is Belonging to a Religious Organization Enough? Differences in Religious Affiliation Versus Self-Ratings of Spirituality on Behavioral and Psychological Variables in Individuals with Heart Failure*, in: *Journal Healthcare* 8 (2020) 15 S. (DOI:10.3390/healthcare8020129); zu den aktuellen Entwicklungen: <https://spiritualityandhealth.duke.edu/index.php/publications/crossroads>.

Wirksamkeit und Nutzen in den Kontexten der Gesundheitsversorgung zu verbessern: Es ist an der Zeit, einen Schritt vorwärts zu machen.<sup>38</sup>

„Professionell Seelsorgende in der Gesundheitsversorgung sind in ihrer Konzentration auf die emotionale und spirituelle Versorgung von Einzelnen, ohne Ansehen des Glaubens und der Weltanschauung, zielgenau darauf ausgerichtet, die Menschlichkeit des Patienten hochzuhalten. Heute mehr als früher müssen sie aber auch über den Betrand hinausblicken. Im Kontext heutiger Gesundheitsversorgung muss den Erwartungen begegnet werden, die sich aus der Situation im Gesundheitswesen ergeben – an allererster Stelle dem steigenden Druck, der alle Disziplinen zwingt, zu Maßstäben beizutragen wie Patientenzufriedenheit, Patientenerfahrungen, medizinischen Ergebnissen und Kosteneinsparungen. Werte, die sich aus der Ergebnisqualität herleiten, stehen an vorderster Stelle. Die Realitäten zeitgenössischer medizinischer Versorgung stellen die professionelle Seelsorge in der Gesundheitsversorgung an einen Scheideweg.“<sup>39</sup>

In diesem Dokument werden einerseits umfassend *Qualitätsindikatoren* für professionelle Spiritual Care (Struktur, Prozess, Wirksamkeit) gelistet, sowie die herangezogenen Maßstäbe und die bisher dabei zur Verfügung stehenden Messinstrumente aufgeführt. Das kann man mit etwas Phantasie vielleicht noch als Systematisierung eingeführter Überlegungen zu Qualitätskontrolle und -entwicklung lesen. Darüber hinaus aber wird, und das ist neu, konkret und differenziert die *Handlungsbreite* des Spiritual-Care-Ansatzes dargestellt, mit ebenfalls Struktur-, Prozess- und Wirksamkeitsindikatoren. Auf diesem Weg wird quer durch die Kategorien beider Abteilungen konkret nachvollziehbar, wie die notwendigen Schritte seelsorglicher Versorgung im Einzelnen und umfassend ergebnisorientiert und forschungsbasiert verstanden werden können.

#### 4.7. Religionspsychologie

Religionspsychologie, ein weiteres Beispiel für wirksamkeitsorientierte Forschung mit Bezug auf Seelsorge, gibt es auf *zwei verschiedene Arten*,

- in *sozialwissenschaftlicher* Provenienz: Arbeit mit soziometrischen Daten.<sup>40</sup>
- in *geisteswissenschaftlicher* Prägung: Arbeit mit Texten.<sup>41</sup>

#### 4.8. Pastoralpsychologie

Als ökumenischer Fachverband für Seelsorge, Beratung und Supervision widmet sich die DGfP satzungsgemäß der wissenschaftlichen Erforschung pastoralpsychologischer Arbeit. Beeindruckt seit jeher von der *Wirkungslosigkeit* des kirchlichen Gesprächsangebots,<sup>42</sup> hat Pastoralpsychologie immer mit den aktuellen psychotherapeutischen Schulen (zusammen-)gearbeitet. Wirksamkeitsforschung zu Psychotherapien, selbst eine differenziert aufgestellte Lehr- und Forschungsdisziplin, ist auf die professionelle (Krankenhaus-)Seelsorge anwendbar. Gleiches gilt für die evidenzbasierte Supervisionsforschung.<sup>43</sup> Als der professionellen Krankenseelsorge verwandt lassen sich aktuell folgende therapeutische Ansätze benennen: Verhaltenstherapeutische Ansätze der 3. Generation

<sup>38</sup> Time to Move Forward. Creating a New Model of Spiritual Care to Enhance the Delivery of Outcomes and Value in Health Care Settings, 2016; deutsche Übersetzung: <https://www.pastoralpsychologie.de/wir-ueber-uns/diversity-und-internationales/intern-theoriebildung-1>; Abruf 15.06.2020.

<sup>39</sup> Präambel, Time to Move Forward.

<sup>40</sup> Vgl. Constantin Klein, Hendrik Berth & Friedrich Balck (Hrsg.), *Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (Thomas Gerlinger, Petra Kolip, Oliver Razum & Doris Schaeffer, Hrsg., Gesundheitsforschung), Weinheim – München 2011.

<sup>41</sup> Vgl. Donald Capps, *Fragile Connections. Memoirs of Mental Illness for Pastoral Care Professionals*, St. Louis 2005; ders., *Jesus the Village Psychiatrist*, Louisville – London 2008.

<sup>42</sup> Vgl. Joachim Scharfenberg, *Seelsorge als Gespräch. Zur Theorie und Praxis der seelsorglichen Gesprächsführung* (Guido N. Groeger & Joachim Scharfenberg, Hrsg., Handbibliothek für Beratung und Seelsorge; Bd.8), Göttingen 1972, 20ff.

<sup>43</sup> Vgl. Brigitte Schigl, *Empirische Forschung zu Supervision – Expeditionen in vielfältige Sociotope*, in: DGSv Positionen 3/2020, Kassel, 8 S.

(z.B. Mindfulness-based cognitive therapy MBCT; Compassion Focused Therapy CFT); Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Mentalization-based Treatment, MBT); Fortentwicklungen Systemischer Kurzzeittherapie (z.B. Explicit Analogue Interventions in Brief Therapy, EAI Brief Therapy); Zwölf-Schritte-Programm (Twelve Step Facilitation Therapy); Moderne Kommunikationstheorien (z.B. Coordinated Management of Meaning CMM); Postmoderne Ansätze (z.B. Narrative Therapy; Collaborative Therapy).

## 5. Beispiele, Perspektiven und deren Relevanz

Ein Blick zurück in den eigenen Maschinenraum professioneller Krankenhauseelsorge schließt hier an: Als Klinikpfarrer auf geriatrischen Stationen habe ich häufig beobachten können, und solche Rückmeldungen bekommen, dass meine Gespräche mit Patient\*innen dazu führten, dass die Schmerzmittelgabe reduziert werden konnte. Der akute Bedarf sank durch die seelsorglichen Interventionen. Das Pflegepersonal fing schon an, Witze mit mir darüber zu machen. In einem auf Spiritual Care hin orientierten klinischen Kontext wäre das ein erwartbares Ergebnis. Professionelle Seelsorge wirkt in die medizinisch-therapeutische Versorgung hinein, mal direkter mal undeutlicher. Ihre Funktion in der Krankenhausversorgung ist deutlich weitreichender als die des ebenfalls extern betriebenen Blumenladens im Eingangsbereich der Klinik. Krankenhauseelsorge mischt sich in die Behandlung ein!

Nun wird niemand professionelle Krankenhauseelsorge empfehlen, um die Aufwendungen für Arzneimittel zu senken. Tatsache aber ist, und das wissen alle professionell Seelsorgenden vor Ort – nur können sie es sich und anderen oft nicht verständlich genug machen –, dass sich die professionellen Angebote und Interventionen der Seelsorge günstig auf die Einnahmen und Ausgabenseite der Krankenhausanbieter auswirken. Sie sind ein Beitrag zum Wohl der Patient\*innen und zum Gemeinwohl. Bürger\*innen tragen mit ihren Versicherungsbeiträgen und Steuern immerhin die Kosten der gesundheitlichen Versorgung. Fehlen solche Angebote, wird nicht nach bestmöglichen Standards gearbeitet, ist das ein kostentreibender Faktor! Inzwischen ist das durch Studien vielerorts belegt.

Das schon genannte Health Care Chaplaincy Network hatte 2016 in einem Weißbuch exemplarisch Kosten-Nutzen-Analysen zu Spiritual Care präsentiert: Für 2010 haben Forschungen des Dana-Farber-Instituts, dem Krebsforschungs- und Behandlungszentrum an der Harvard Medical School, belegen können, dass die Kosteneinsparungen durch ein qualifiziertes Angebot von Spiritual Care am Lebensende pro Patient/Jahr US \$ 2.114,00 betragen, bei Patient\*innen aus gesellschaftlichen Minoritäten pro Patient/Jahr sogar US \$ 4.257,00, bei Hochreligiösen pro Patient/Jahr noch US \$ 3.913,00. Bei Krebserkrankungen im Endstadium macht das der Studie zufolge 1,5 % der anfallenden direkten medizinischen Kosten aus: ein signifikanter Betrag! Die mittlere Umsatzrendite für Krankenhäuser liegt bei 2 %. Auf Palliativstationen, die sich gegenüber stationärer nicht-palliativer Versorgung durch ein stärkeres Angebot an Spiritual Care für Patientinnen und Patienten auszeichnen, betragen 2008 einer anderen Studie zufolge die Einsparungen gegenüber der normalen stationären Versorgung deutliche US \$ 1.696,00 an direkten Kosten pro Patientenaufnahme, bzw. US \$ 174,00 pro Tag, bei denen, die wieder entlassen werden konnten, und bei denen, die im Krankenhaus verstarben US \$ 4.908,00 pro Patientenaufnahme bzw. US \$ 374,00 der Tageskosten. Labor- und ITS-Kosten waren ebenfalls geringer.<sup>44</sup>

<sup>44</sup> Vgl. Health Care Chaplaincy Network, *Spiritual Care: What It Means, Why It Matters In Health Care* (2016) 16 S., 13 (<http://files.constantcontact.com/511297de301/1c955cdb-bf40-4bef-bb56-6bce02f51dc5.pdf?ver=1476887863000>); Abruf 17.05.2021); R. Sean Morrison et al., *Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs*, in: *Archives of internal medicine* 168/16 (2008) 1783–1790; Tracy Balboni et al., *Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life*, in: *Cancer* 117/23 (2011) 5383–5391.

Persönlich stieß ich das erste Mal durch den Beitrag eines Medizinethikers auf solche Zusammenhänge. Bei einer Akademietagung zu Krankenhausseelsorge 2008 in Berlin wurde eine Metastudie vorgestellt. Untersucht wird darin die in Studien belegbare Wirkung von ethischen Fallbesprechungen in der intensivmedizinischen Versorgung quer durch die USA.<sup>45</sup> Es gab keinen Rückgang der Todesfälle. Es gab aber einen Rückgang der intensivpflichtigen Tage, einen Rückgang bei der Gabe von Schmerzmitteln sowie verkürzte Schritte zu einer möglichen palliativen Verlegung. All das wurde mithilfe von Ethikkonsultationen erreicht, verbesserte die Versorgungsqualität genauso wie die Lebensqualität für die Behandlungspflichtigen entscheidend – und senkte die Kosten für die Träger. Das war keine Studie zur Wirksamkeit von Seelsorge oder von Spiritual Care. Aber Handlungsketten werden sichtbar, Interventionsmöglichkeit deutlich und Ergebnisse, sonst nur als Wünsche oder Absichten formuliert, werden nachgewiesen. Ähnliches lässt sich anhand des Umgangs mit Vorausverfügungen im klinischen Alltag belegen. Die Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte haben viel zu einer Transparenz beigetragen.

Die Kraft zum Menschsein im Krankenhaus wird durch vieles und durch viele gestärkt. Professionelle Seelsorge im Krankenhaus arbeitet mit am Wohlergehen der Patient\*innen. Sie versteht sich als Teil des multidisziplinären Teams der Institution. Auf vielfältige Weise sorgt das Krankenhaus aber auch selbst für seine Seele! Krankenhausseelsorge ist *Leistungsangebot* und *Querschnittswert* im Krankenhaus. Die Entwicklungen hin zu Spiritual Care belegen das auf das Eindrücklichste. In Kooperation mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus unterstützt die professionelle Krankenhausseelsorge die Krankheitsverarbeitung von Patientinnen und Patienten, besonders in komplizierten Fällen. Durch die aktive Auseinandersetzung mit Ängsten und Widerständen können eigene Ressourcen entdeckt werden. Studien zum Zusammenhang von Glaube und Gesundheit belegen das nachdrücklich. Daher wird die Einbeziehung professioneller Krankenhausseelsorge (spezialisierte Spiritual care) in die medizinische Versorgung von medizinischer Seite international ausdrücklich gefordert.<sup>46</sup>

Professionelle Seelsorge in der Gesundheitsversorgung arbeitet mit einem außerordentlich breiten Angebotsspektrum: vom Alltagsgespräch bis zu professioneller Beratung, von der Krisenintervention bis zu Angeboten der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung, von der Sterbebegleitung bis zu Supervision und Coaching, vom Gespräch über ethische Fragen bis zu spirituellen Angeboten ist vieles möglich – für Patienten, für Mitarbeitende, für Teams, für Leitungen, für Angehörige, für ambulante Partner, für Interessierte.

Der Seelsorgedienst, so meine eigene Positionierung, zielt auf eine Stärkung von Lebensgewissheit, wobei die im Gespräch gefundenen Deutungen auch unter Einbeziehung religiöser Vorstellungen auf Patient\*innen- oder Seelsorger\*inseite geschehen können. Moderne professionelle Krankenhausseelsorge geht vom Bedarf auf Patient\*-/Klient\*innenseite aus. Eine konfessionelle Zugehörigkeit oder eine religiöse Bindung, so wird in der Regel betont, ist keine Voraussetzung für Seelsorge. Aber das enthält Herausforderungen, mit denen der Umgang erst gelernt werden will: Studien belegen, dass die meisten demographischen Faktoren (Geschlecht, Alter, Herkunft, Bildungsgrad etc.) ebenso wie die meisten medizinischen Informationen (Art der Erkrankung, Behandlungsphase, Wiederauftreten der Erkrankung, Behandlungsergebnis etc.) *keine unmittelbare oder sichere Auskunft über einen Seelsorgebedarf* zulassen. Das gilt für die Konfessionszugehörigkeit, eine religiöse Bindung, oder für das Fehlen einer solchen, ebenfalls.

Pragmatisch lässt die konkrete Arbeit vier Gruppen von Patient\*innen unterscheiden: 1.) Es gibt *Patienten, die Seelsorge brauchen und das sagen*: Einer krankenhauses-internen Umfrage am Westrand Berlins von 2002 zufolge suchen 8% der Patient\*innen im konfessionellen Krankenhaus bewusst die Möglichkeit, über ihre Sorgen sprechen zu können. 2.) Es gibt *Patienten, die Seelsorge nicht brauchen und das sagen*: Umgang und

<sup>45</sup> Vgl. Laurence J. Schneiderman et al., Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting. A Randomized Controlled Trial, in: JAMA 290/9 (2003) 1166–1172; Beelitz 2018, 15f.

<sup>46</sup> Vgl. Christina M. Puchalski, Robert Vitello, Sharon K. Hull & Nancy Reller, Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus, in: Journal of Palliative Medicine 17 (2014) 642–656.

Absprachen sind hier klar. 3.) Es gibt *Patienten, die das Angebot der professionellen Krankenhauseelsorge nicht brauchen und das nicht sagen*: das ist die ärgerlichste Zielgruppe. Es kostet manchmal viel Zeit festzustellen, dass man gar nicht selbst gebraucht wird. Dieses Nicht-Sagen ist häufig gepaart mit religiösen Versorgungs- und/oder Verwöhnungsansprüchen: „Ich hab nichts dagegen...“ – „Meine Gemeindepfarrerin kommt nachher auch noch!“ Und es gibt herausfordernd 4.) *Patient\*innen, die Seelsorge brauchen und das nicht sagen*. Hier lassen sich vier Untergruppen unterscheiden. Solche, die das a.) nicht sagen können – z.B. aus Ahnungslosigkeit; b.) solche, die das nicht sagen wollen – z.B. weil aktuell hochbelastet; c.) solche, die das nicht sagen dürfen – z.B. aufgrund von Vorbelastungen; oder d) solche, die das nicht zu sagen brauchen – z.B. weil sie sich anders stabilisieren. Die a. + b. + c.-Patient\*innen bilden jedoch eine Zielgruppe mit besonders hohem Bedarf für professionelle Krankenhauseelsorge. *Und sie sagen es nicht!* Diese Zielgruppe kann die religiösen und theologischen Kompetenzen der professionellen Krankenhauseelsorge besonders gut nutzen: es sind die religiös Verstrickten, die neurotisch Religiösen und die neurotischen Atheisten. Stehvermögen und Handlungssicherheit sind gefragt. Im biblischen Bild: Das sind die verlorenen Schafe im Krankenhaus!

„Sie können mir ja doch nicht helfen!“ habe ich als Klinikseelsorger im Laufe der vielen Jahre von Patient\*innen buchstäblich Tausende von Malen gehört – oft als Gesprächseinstieg, manchmal nachdenklich mitten im Gespräch, selten als Feed-back am Ende einer Begegnung. „Reden kann helfen!“ war die Entdeckung der Psychoanalyse, und sie ist als „talking cure“ beschrieben worden. „Reden kann helfen!“ hatte die Telefonseelsorge als Werbung vor Jahren plakatiert. Dass auch Schweigen in der Kommunikation hilft, wissen Seelsorgende seit der Auseinandersetzung zwischen Hiob und seinen Freunden. Man kann von der Wirksamkeit seelsorglicher Interventionen aber auch erschreckt werden: „Herr Pfarrer, mach’n se mal das Kotzen weg!“ lautete wiederholt der Anruf von der Gynäkologischen Station bei der Klinikseelsorge. So konkret hätte ich mir das Ergebnis, die Wirksamkeit meiner Arbeit selbst nicht beschreiben können! Stationär aufgenommene Patientinnen mit akutem schwerem Brechzwang in der frühen Schwangerschaft haben immer wieder deutlich von den Gesprächsinterventionen des Seelsorgers profitiert. „Von Ihnen erzählt man sich ja wahre Wunder!“ hieß es dann manchmal zur Begrüßung bei der nächsten Begegnung mit einer anderen Patientin auf derselben Station...

Der Seelsorgedienst wird auf Anfrage und in Absprache tätig, wenn Lebensgewissheiten – also Sinnempfinden, Kohärenzgefühl, Realitätskonstruktionen – in ungewöhnlichem Maß beeinträchtigt oder gefährdet sind. Dietrich Rössler betonte: „Anlaß für die Seelsorge ist nichts weiter als eine Hemmung in der Fähigkeit zur Rekonstruktion, ein äußerer oder innerer Mangel in der Entfaltung von Selbständigkeit.“<sup>47</sup> Je nach eingenommener Perspektive betrifft das 10–30% der im Krankenhaus aktuell behandelten Patient\*innen. Es geht, mit Eva-Maria Faber gesprochen, in der professionellen Krankenhauseelsorge um riskante Selbstthematisierungen im sozialen Kontext, „an der Schwelle zwischen dem Intimbereich eines Menschen und seiner sozialen Umwelt.“<sup>48</sup> Doch muss gewusst und berücksichtigt werden: „In der Klinikseelsorge geht es grundsätzlich nicht um ein religiöses Mit-Agieren mit den Angeboten der Patient\*innen, sondern um die Fähigkeit zu kritischer Kompetenz religiösen Materien gegenüber und um kommunikative Prozesse, die es Seelsorgeklienten ermöglichen, Halt und ein Stück ihrer Freiheit zurückzugewinnen.“<sup>49</sup> Wird dies nicht kritisch bedacht,

<sup>47</sup> Dietrich Rössler, Rekonstruktion des Menschen. Ziele und Aufgaben der Seelsorge in der Gegenwart (1973), in: Volker Läßle & Joachim Scharfenberg (Hrsg.), Psychotherapie und Seelsorge (Wege der Forschung; Bd. 454), Darmstadt 1977, 389–411, 402.

<sup>48</sup> Eva-Maria Faber, Ins ‚Buch des Lebens‘ geschrieben. Spitalseelsorgliche Begleitung von Identitätsarbeit in Krankheitssituationen und Chancen und Grenzen ihrer Dokumentation, in: Peng-Keller 2020, 35–53, 48.

<sup>49</sup> Thomas Beelitz, „Dunkel war’s, der Mond schien helle...“ – Professionelle Seelsorge in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, in: Norbert Mönter, Andreas Heinz & Michael Utsch (Hrsg.), Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxiserfahrungen, Stuttgart 2020, 209–215, 212 (Hervorhebung gelöscht); vgl. ders. 2013, 52 Anm. 189.

droht eine Einschränkung der Wirksamkeit und die Missdeutung der Eigeninteressen.<sup>50</sup>

Schwerpunkte der Seelsorge sind spezielle Hilfen bei lebensverändernden Diagnosen, bei sogenannten üblen Geschichten, die Trauerberatung und die Gestaltung von extremen Situationen.

Gewissheiten können in allen vorstellbaren äußeren und inneren Bereichen des menschlichen Lebens beeinträchtigt sein. Welche sichtbaren, objektiven Anzeichen für größere Grade der Beeinträchtigung von Lebensgewissheit gibt es? Auswahlweise, gleichsam als *Screening Tool* und als Hilfe bei der Dokumentation professioneller Seelsorge (Wo werden wir gegebenenfalls wofür gebraucht?), lassen sich benennen:

1. *Mitteilungen*, auch durch persönliche Vokabeln und Metaphern: „falsche Richtung“, „falscher Weg“, „gegen den Wind“, „aus der Bahn geraten“, „die Peilung verloren“; „nicht wie sich fühlen“;<sup>51</sup>
2. *Verhalten*: Verstummen und Vielreden; Gefügigkeit und Aggression; Non-Compliance und Selbstschädigung, Stürze und partielle Suizide;<sup>52</sup>
3. *Traumatisierungen nach aktuellen Erlebnissen*: Unfall, Verlust, Tod, Trauer;
4. *Somatisierungen*: Abwehrprobleme und Keime; persistierende Symptome, einschließlich Erbrechen, und ausbleibender Behandlungserfolg;
5. *Spiritualisierungen*: in normaler bis hin zu abnormal pathologischer plus- und/oder minus Varianz („Gott ist schuld!“);
6. *wirtschaftliche Situation*: Arbeitsplatzverlust oder Arbeitswechsel, Renteneintritt oder vorzeitige Anträge auf Renteneintritt;
7. *soziale Situation*: Trennung, neue Bindung; Beförderung; Vereinsamung (der einsame Patient).

Es liegt auf der Hand, dass solche Wahrnehmungen nur im Miteinander, also kooperativ und interdisziplinär generiert werden können. Ihnen zu begegnen, erfordert gleichermaßen kooperative und interdisziplinäre Absprachen.

Der *Bedarf* für spezielle Seelsorge ist stressabhängig. Die buchstäbliche *Notwendigkeit* einer spezialisierten seelsorglichen Intervention ist abhängig von den Verarbeitungsmöglichkeiten, die Patient\*innen in den für sie belastenden Situationen selbst haben (z.B. körperliche, motorische, soziale, emotionale, spirituelle, religiöse Möglichkeiten). Fehlen bestimmte, auch religiöse oder spirituelle Verarbeitungsmöglichkeiten, und kann dieses Fehlen nicht ausreichend kompensiert werden, ist für diese Patientin, für diesen Patienten von einer Einschränkung in der Krankheitsverarbeitung auszugehen. Womöglich ist ein solcher Patient in seiner Genesung oder seinem Sterben besonders gefährdet (*high risk*)! Weil davon auszugehen ist, dass Verlusterfahrungen in spiritueller Hinsicht auch in allgemeiner, also in nicht erkennbar religiöser Form zum Ausdruck gebracht werden (säkulare Spiritualität), ist es entscheidend wichtig, eine vermeintliche Abwesenheit von spiritueller Verarbeitung im Einzelfall nicht zu unterstellen! Wenn Trauer nicht geäußert werden darf, droht eine pathologische/pathogene Situation, die aus der Arbeit mit geistig Behinderten als *enteignete Trauer* bekannt ist.<sup>53</sup>

<sup>50</sup> Vgl. Moshe Halevi Spero, *Religious Objects As Psychological Structures. A Critical Integration of Objects Relations Theory, Psychotherapy, and Judaism*, Chicago – London 1992, 212f.; Jürgen Habermas, *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt am Main 1973, 362.

<sup>51</sup> Vgl. Kenneth I. Pargament, *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice*, New York – London 1997, 375: „Table 12.2. Religious Red Flags in Coping with Negative Life Events“; Gregory B. Collins & Thomas L. Cumberton, *Mental Illness and Psychiatric Treatment: A Guide for Pastoral Counselors*, New York – Abingdon 2012, 4.

<sup>52</sup> Vgl. Karl Menninger, *Somatic Suicide, Total and Partial*, in: *Bulletin of the Menninger Clinic* 37/4 (1973) 341–354.

<sup>53</sup> Vgl. Oyepeju Raji, *Intellectual disability*, in: Christopher C.H. Cook, Andrew Powell & Andrew Sims (Hrsg.), *Spirituality and Psychiatry (RCPsych publications)*, London 2009, 122–138, 127ff.; Thomas Beelitz, „Wenn ich trauere, bin ich dann schon religiös?“ – Beobachtungen und Reflexionen zu professioneller Seelsorge in der „Kultur der Konfessionslosigkeit“, in: *Wege zum Menschen* 70 (2018) 411–429.

## 6. Ausblick

Nähme man die zitierte Mixed-Methods-Studie zu den Prioritäten für die Krankenhausseelsorgeforschung von 2020 in den Niederlanden<sup>54</sup> zum eigenen Maßstab, lassen sich aktuell fünf Bereiche für die Wirksamkeitsforschung zu professioneller (Krankenhaus-)Seelsorge identifizieren. Sie berücksichtigen und ergänzen die internationale Diskussion:

1. Priorität hat die Entwicklung von Forschung zu ergebnisorientierter professioneller Seelsorge.
2. Priorität hat die Erforschung des Bedarfs von Patient\*innen/Klient\*innen nach Spiritual Care.
3. Priorität hat die Erforschung zur Wirksamkeit seelsorglicher Interventionen.
4. Priorität hat die Entwicklung von Forschung zum Bedarf von professioneller Seelsorge im ambulanten, außer-klinischen Bereich.
5. Priorität hat die Entwicklung der Forschung zum Eigenprofil von professioneller Seelsorge.

In alledem bleibt Krankenhausseelsorge – nach wie vor – abenteuerlich und ist die Kunst, wie sich Menschen, Dinge und Handlungen stets neu zusammenfügen: „Und sie werden an dir bauen / Unverwandt wie du an ihnen, / Und hinfort in einem Schauen / Werdet ihr wetteifernd dienen.“<sup>55</sup>

Pfarrer i.R. Dr. theol. Thomas Beelitz, Münchener Str. 47, D-10779 Berlin, [tbeelitz@gmx.de](mailto:tbeelitz@gmx.de).

---

<sup>54</sup> Vgl. Damen 2020, 96.

<sup>55</sup> Christian Morgenstern, zit. Harald Poelchau, Die letzten Stunden. Erinnerungen eines Gefängnis Pfarrers, 3. Auflage, Berlin 1987, 134.