
Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Klinikseelsorge? – Eine Studie in der kardiologischen Rehabilitation

von Anke Lublewski-Zienau, Jörg Kittel und Prof. Dr. Marthin Karoff, Klinik Königsfeld, Ennepetal

Zusammenfassung: Für Patient/innen ist die Auseinandersetzung mit den durch eine lebensbedrohliche Krankheit aufgebrochenen existentiellen Fragen ein wichtiger Aspekt der Krankheitsbewältigung. Die Klinikseelsorge begleitet Patient/innen dabei. Allerdings findet sich die Seelsorge nur selten als strukturelles Merkmal in Leitlinien und Therapiekonzepten von Krankenhäusern und Kliniken. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Bedarfs- und Patientenorientierung des Seelsorgeangebotes in der kardiologischen Rehabilitation darzustellen. Dazu werden konkrete Patientenerwartungen an die Klinikseelsorge beschrieben und die subjektive Wertigkeit unterschiedlicher Aspekte der Seelsorge erfasst.

Abstract: For patients the settling with existential problems arising during a life-threatening ailment is an important aspect of overcoming the illness. The hospital chaplaincy accompanies the patient during this circumstance. Nevertheless spiritual care is rarely found as a structural feature in the guidelines and therapeutic concepts of hospitals or clinics. The goal of the presented study is to depict the orientation towards the need of and even to the patient himself offered by spiritual care in cardiologic rehabilitation. So doing actual expectations of the patients relating to the hospital chaplaincy are described and the personal valence of the different aspects in spiritual care are contained.

1. Einführung

Die Klinikseelsorge begleitet Patient/innen, Angehörige und Mitarbeiter/innen in der Institution Klinik. Sie wirkt dabei am Heilungsprozess von Patient/innen mit, ist aber anders als die anderen Disziplinen nicht im Diagnose- und Behandlungsablauf verplant. Bei ihrer Arbeit trifft sie auf vielfältige Erfahrungen und Fragen religiöser, seelischer und sozialer Art. Eine wichtige Form der Arbeit ist das Gespräch. Viele Menschen haben das Bedürfnis, die Krise einer Krankheit zu verstehen, sie zu ihrem Leben in Beziehung zu setzen und einen Sinnzusammenhang herauszufinden.¹ Eine Aussprache kann dabei helfen. Auch Gefühle wie Hoffnungslosigkeit, Angst oder Zorn können sich in einem Gespräch klären. Neben dem Einzelgespräch gibt es Gruppenangebote, die sich mit den Fragen und Gefühlen von Patienten beschäftigen. Eine andere Form der Seelsorge sind Gottesdienste, Krankensegnung oder Eucharistie. Hier wird Menschen die Möglichkeit gegeben, zur Ruhe zu kommen, sich mit sich selbst und mit Gott auseinander zu setzen.

Darüber hinaus ist die Klinikseelsorge Gesprächspartner für Mitarbeiter/innen, die sich immer wieder Grenzsituationen des Lebens stellen müssen und häufig unter großer Belastung stehen. *Ulrike Windschmitt* hat in ihrem Projekt zur exemplarischen Leistungsdarstellung von Krankenhausseelsorge die Verteilung der Arbeitszeit dokumentiert.² Danach wendet die Klinikseelsorge 11% der Arbeitszeit für Einzelgespräche mit Mitarbeiter/innen auf. Im Vergleich dazu nehmen 37% der Arbeitszeit Einzelgespräche mit Patient/innen ein. Die Arbeit mit Mitarbeiter/innen ist im Interesse des einzelnen Patienten oder der Patientin

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

² Es handelt sich hierbei um ein nicht veröffentlichtes Projekt, das *Ulrike Windschmitt* zur exemplarischen Leistungsdarstellung von Krankenhausseelsorge am DRK Schmerz-Zentrum in Mainz im Jahr 2001 durchgeführt hat.

wichtig, weil ein entlasteter Mitarbeiter oder Mitarbeiterin positiver auf Patient/innen zugeht.

Neben der seelsorglichen Begleitung arbeitet die Klinikseelsorge in klinikinternen und kirchlichen Gremien mit. Je nach Bedarf und Ausbildung der Seelsorger/innen bietet sie Mitarbeiter-Supervision, innerbetriebliche Fortbildung oder berufsethischen Unterricht an Krankenpflegeschulen an.

Die Seelsorge in einem Akuthaus unterscheidet sich bis zu diesem Punkt der Beschreibung nicht von der in einer Rehabilitationsklinik. Ein Unterschied ergibt sich dadurch, dass Rehabilitanden an einem anderen Punkt im Heilungsprozess stehen als Patient/innen in einem Akuthaus. Dazu kommen unterschiedliche strukturelle Bedingungen, die Einfluss auf die Seelsorge haben.

Die Patient/innen in der Rehabilitation haben die akute Phase ihrer Krankheit weitgehend hinter sich und das Bedürfnis, das aufzuarbeiten, was mit ihnen passiert ist. Speziell in der kardiologischen Rehabilitation sind es Menschen, die an der Grenze ihres Lebens gestanden haben und häufig durch Erfahrungen von Reanimation und Intensivstation seelisch stark belastet sind. Das Thema Angst und die Frage nach dem Sinnzusammenhang sind von besonderer Bedeutung. Die koronare Herzerkrankung stellt ein psychisch in hohem Maße belastendes Ereignis im Sinne einer psychosozialen Krise dar, der mit der Möglichkeit der seelischen Aufarbeitung entgegengewirkt werden muss. Zusammenhänge zwischen psychosozialen Risikofaktoren und der Entstehung sowie Verlauf von Herzkreislauferkrankungen sind bewiesen.³ Die seelsorgliche Begleitung dieser Patient/innen braucht viel Zeit. Die Rahmenbedingungen für eine intensive Begleitung sind gegeben, weil anders als im Akuthaus, wo Patient/innen im Durchschnitt nur noch 10,5 Tage - Tendenz sinkend – verweilen⁴, Patient/innen mindestens 21 Tage in der Rehabilitation sind.

Die Klinikseelsorge hat als Besonderheit eine doppelte Systemzugehörigkeit. Sie gehört gleichermaßen zur Institution Kirche wie zur Institution Klinik. Die Kirche ist in der Regel der Anstellungsträger und gibt den Auftrag zur Seelsorge. Die Klinik ist der Ort, an dem diese Seelsorge stattfindet. Nachdem die Seelsorge in Akuthäusern zur Zeit personell befriedigend ausgestattet ist, sieht die Situation in den Rehabilitationskliniken anders aus. In diesem Bereich gibt es nur selten eine eigenständige Seelsorge. Eher halten die jeweiligen Gemeindepfarrämter ein Seelsorgeangebot in den Kliniken vor.

Die vorliegende Studie bezieht sich ausschließlich auf die Arbeit der Seelsorge mit Patient/innen und untersucht deren Erwartungen an sie und den Wert, den sie ihr beimessen. Da die Patientin oder der Patient und ihre Zufriedenheit im Mittelpunkt jedes Qualitätsmanagements stehen sollten, liegt auch in dieser Studie das Augenmerk auf diesem Aspekt.

Die Erwartungen von Patient/innen an die Seelsorge in einem Krankenhaus oder einer Klinik wurden bisher wenig untersucht. 1982 führte *Raymond G. Carey* in den USA eine Untersuchung der Patientenerwartungen an die Seelsorge durch⁵. Anders als in Deutschland, wo die Seelsorge in der Regel durch die Kirchen finanziert wird, wird sie in den USA durch Drittmittelgeber und Krankenversicherungen bezahlt. In einer Zeit von Finanzverknappung sahen Drittmittelgeber und Krankenversicherungsvertreter dieses Finanzierungssystem kritisch. Welche Leistung erbringt die Seelsorge? Gibt es eine Nachfrage? Lohnt das Vorhalten eines solchen Angebotes? Die *Carey*-Untersuchung hat mit handfesten Daten die Wichtigkeit von Seelsorge bewiesen. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Seelsorge einen wertvollen Dienst in einer Klinik leistet. Zwei Drittel der befragten Pati-

³ vgl. *Johannes Siegrist*, Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhaussoziologie, in: *M. Klessmann* (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 1996

⁴ vgl. *Statistisches Bundesamt*, Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Krankenhauspatienten, Bonn 2000. Kennzahlen von Krankenhäusern für das Jahr 2002 zeigen eine inzwischen deutlich niedrigere durchschnittliche Verweildauer, die zum Teil unter 8 Tagen liegt.

⁵ *Raymond G. Carey*, Change in perceived need, value and role of hospital chaplains, in: L. E. Holst (Hg.), Hospital ministry. The role of the chaplain today, New York 1987

ent/innen sagten, dass sie gern Kontakt zur Seelsorge hätten. Die wichtigste Erwartung an die Seelsorge ist nach dieser Untersuchung der Trost.

In Deutschland untersuchte *Ludger Simon* 1985 die Einstellungen und Erwartungen von Patient/innen gegenüber dem Seelsorger.⁶ Diese Untersuchung zeigt, dass Patient/innen sehr verschiedene und umfangreiche Erwartungen hegen. Als Ergebnis hält *Simon* fest, dass sich Patient/innen weniger eine priesterzentrierte Seelsorge wünschen, die das religiöse Ritual in den Vordergrund stellt, als vielmehr eine Seelsorge, die dem Menschen menschlich nahe kommt, bei der sich die Patient/innen mit ihren psychosozialen Bedürfnissen und Probleme aufgehoben fühlen.

Zurzeit sind sowohl im kirchlichen Bereich als auch im Gesundheitswesen die Finanzen knapp. Das löst unmittelbar die Frage aus, welche Angebote vorgehalten werden müssen und können, welche wichtig sind und sich zu finanzieren lohnen. Auch das Seelsorgeangebot bleibt von dieser Frage nicht unberührt. Die Klinikseelsorge ist in beiden Systemen strukturell eher nachgeordnet. Die Qualität ihrer Arbeit wird selten wahrgenommen. Dort, wo sie strukturell stärker eingebunden ist, gewinnt man den Eindruck, dass dies eher die persönlichen Vorlieben der jeweiligen Leitungsorgane widerspiegelt, statt inhaltlich begründet zu sein. Das birgt die Gefahr, dass bei Verknappung der Finanzen ein solches Angebot eher zurückgezogen wird als ein strukturell gut verankertes Angebot.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Bedarfs- und Patientenorientierung des Seelsorgeangebotes in einer kardiologischen Klinik darzustellen. Dazu werden konkrete Patientenerwartungen an die Klinikseelsorge beschrieben und die subjektive Wertigkeit unterschiedlicher Aspekte der Seelsorge erfasst.

Die Fragestellungen dazu lauten:

1. Welches sind die häufigsten Erwartungen an die Seelsorge?
2. Wie werden verschiedene Aspekte der Seelsorge nach der persönlichen Bedeutung für den Einzelnen bewertet?
3. Durch welche faktoriellen Dimensionen können die Erwartungen strukturiert werden?
4. Welche Effekte üben die Religionszugehörigkeit, das Geschlecht, das Alter und die Art der Erkrankung auf die Erwartungen aus?

2. Methode

Die Untersuchung wurde Ende 2001 in einem Zeitraum von 12 Wochen in der Klinik Königsfeld in Ennepetal durchgeführt. Die Klinik Königsfeld ist Zentrum für medizinische Rehabilitation bei Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen. Ein Teil der stationären Patient/innen kommt zur Anschlussheilbehandlung, ist also direkt vom Krankenhaus überwiesen worden, der andere Teil kommt zum Heilverfahren, das ihnen durch den Hausarzt angedeutet worden ist. Es kommen Patient/innen mit Zustand nach Herzinfarkt (mit und ohne Operation), nach Herzklappenersatz, mit Herzmuskelerkrankungen, Bluthochdruck, peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder Herzrhythmusstörungen. Es wurden alle konsekutiv aufgenommenen Patient/innen erfasst.

Die meisten Daten wurden über einen selbst entwickelten Fragebogen erhoben. Im ersten Teil dieses Bogens werden Fragen über das Verhältnis zu Religion, Kirche und Gemeinde gestellt. Hier wird nach der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, nach der emotionalen Bindung an sie, aber auch ganz allgemein nach der Religiosität gefragt. Daran schließen sich drei allgemeine Fragen zu den Erwartungen von Patient/innen in Bezug auf die Seelsorge an. Es wird danach gefragt, ob ein seelsorgliches Angebot in der Klinik er-

⁶ *Ludger Simon*, Einstellungen und Erwartungen der Patienten im Krankenhaus gegenüber dem Seelsorger, Frankfurt/Bern/New York 1985

wartet wird, ob sich die Patientin oder der Patient schon einmal mit dem Thema Seelsorge beschäftigt hat und ob der seelsorgliche Besuch ohne Aufforderung der Patientin oder des Patienten erwartet wird. Im Hauptteil des Fragebogens wird anhand von 17 Items gefragt, welchen Wert die Patient/innen einzelnen Aspekten der Seelsorge zumessen. Diese Items beziehen sich auf Seelsorgekonzepte und –angebote, aber auch auf Erwartungen, die Patient/innen in der Studie von *Simon* frei formuliert hatten. Alle Items sind als Aussage formuliert, und sollten mittels einer sechs-stufigen Skalierung von 0-5, von völlig unwichtig bis sehr wichtig, eingestuft werden. Es wurde ein sechs-stufiges Rating gewählt, um den Reponse set *Tendenz zur Mitte* zu vermeiden. Darüber hinaus gingen in der Klinik routinemäßig erfasste soziodemographische Daten in die Analysen mit ein.

Die Patient/innen bekamen von der zuständigen Stationsschwester am Tag der Aufnahme den Fragebogen ausgehändigt, den sie innerhalb der ersten Tage ausfüllen sollten. Die Teilnahme war freiwillig und anonym.

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. Das faktorenanalytische Verfahren wurde als Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimaxrotation durchgeführt.⁷

3. Ergebnisse

I. Stichprobenbeschreibung

Im Untersuchungszeitraum wurden 665 Patient/innen stationär aufgenommen. Von 454 Patient/innen liegen vollständige Datensätze vor. Das ergibt eine Teilnahmerate von 68%. Es haben 365 Männer und 89 Frauen an der Studie teilgenommen. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer/innen liegt bei knapp 56 Jahren, wobei die Frauen im Schnitt zehn Jahre älter sind als die Männer. Der jüngste Teilnehmer ist 22 Jahre alt, der älteste 93. Zwei Drittel der Patient/innen kamen zur Anschlussheilbehandlung, ein Drittel zum Heilverfahren in die Klinik. Tabelle 1 zeigt die Zahlen im Einzelnen.

Tabelle 1: Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

		Häufigkeit bzw. Mittelwert	in %
<i>Teilnehmende</i>		454	68%
<i>Geschlecht</i>	männlich	365	80%
	weiblich	89	20%
<i>Alter</i>	Durchschnittsalter	56	
<i>Familienstand</i>	ledig	47	10%
	verheiratet	336	74%
	geschieden/getrennt	35	8%
	verwitwet	27	6%
<i>Nationalität</i>	deutsch	441	97%
	nicht-deutsch	13	3%
<i>Rehabilitation</i>	Anschlussheilbehandlung	302	67%
	Heilverfahren	152	33%

⁷ Achim Bühl / Peter Zöfel, SPSS Version 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows, München 8.Auflage 2002

Ein Vergleich von Studienteilnehmer/innen und Nichtteilnehmer/innen zeigt u.a. eine Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der Teilnahme. Von 152 Frauen nahmen 89 teil. Das sind 58,6% der stationär aufgenommenen Frauen. Dagegen nahmen 365 der 513 Männer teil, das sind 71,2% der Männer. Das Durchschnittsalter der Nicht-Teilnehmer/innen liegt bei 62 Jahren.

II. Verhältnis zu Religion, Kirche und Gemeinde

362 Teilnehmende (79,7%) gehören einer Religionsgemeinschaft an. Tabelle 2 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Religionsgemeinschaften.

Tabelle 2: Religionszugehörigkeit der Teilnehmenden

Religionszugehörigkeit	Anzahl	in %
<i>insgesamt</i>	362	79,7%
<i>katholisch</i>	168	46,3%
<i>evangelisch</i>	170	47%
<i>freikirchlich</i>	5	1,4%
<i>orthodox</i>	3	0,8%
<i>muslimisch</i>	9	2,5%
<i>hinduistisch</i>	1	0,3%
<i>jüdisch</i>	1	0,3%
<i>neu-apostolisch</i>	5	1,4%

Etwas mehr als die Hälfte (55%) dieser Gruppe gibt an, dass sie nicht am Leben ihrer religiösen Gemeinschaft teilnehmen (Tab. 3). Ein Viertel hat eher sporadischen Kontakt zu seiner Religionsgemeinschaft, das restliche Viertel gibt an, oft am Gemeinschaftsleben teilzunehmen. Drei Viertel derjenigen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, glauben an Gott oder eine höhere Macht, immerhin fast die Hälfte dieser Gruppe kann sich einen Kontakt zur Seelsorge vorstellen. 67% aller Teilnehmenden hatte schon einmal persönlichen Kontakt zu einer oder einem Geistlichen ihrer Religionsgemeinschaft. Dagegen hatte nur ein Drittel der Teilnehmer/innen auch schon einmal Kontakt zur Klinikseelsorge. Nur für 16% ist es wichtig, dass die Seelsorgerin oder der Seelsorger der eigenen Religionsgemeinschaft angehört, wobei sich mehr als die Hälfte dieser Gruppe vorstellen kann, dennoch Kontakt zur Seelsorge einer anderen Konfession zu haben.

Tabelle 3: Verhältnis zur Religionsgemeinschaft

Getrennt nach Religionszugehörigkeit oder nicht			
Häufigkeit		in %	
Religionszugehörigkeit		Häufigkeit	in %
<i>ja</i>	362 79,7%	<i>nein</i>	92 20,3%
Teilnahme am religiösen Leben		glauben an Gott oder höhere Macht	76 82,6%
		früher Religionsgemeinschaft angehört	79 86%
		Gründe für den Austritt	
		<i>finanzielle Gründe</i>	29 36,8%
		<i>Ärger</i>	25 31,6%
		<i>sonstige Gründe</i>	25 31,6%
Kontakt zur Seelsorge vorstellbar			
		<i>ja</i>	47 51,6%
		<i>nein</i>	45 48,4%

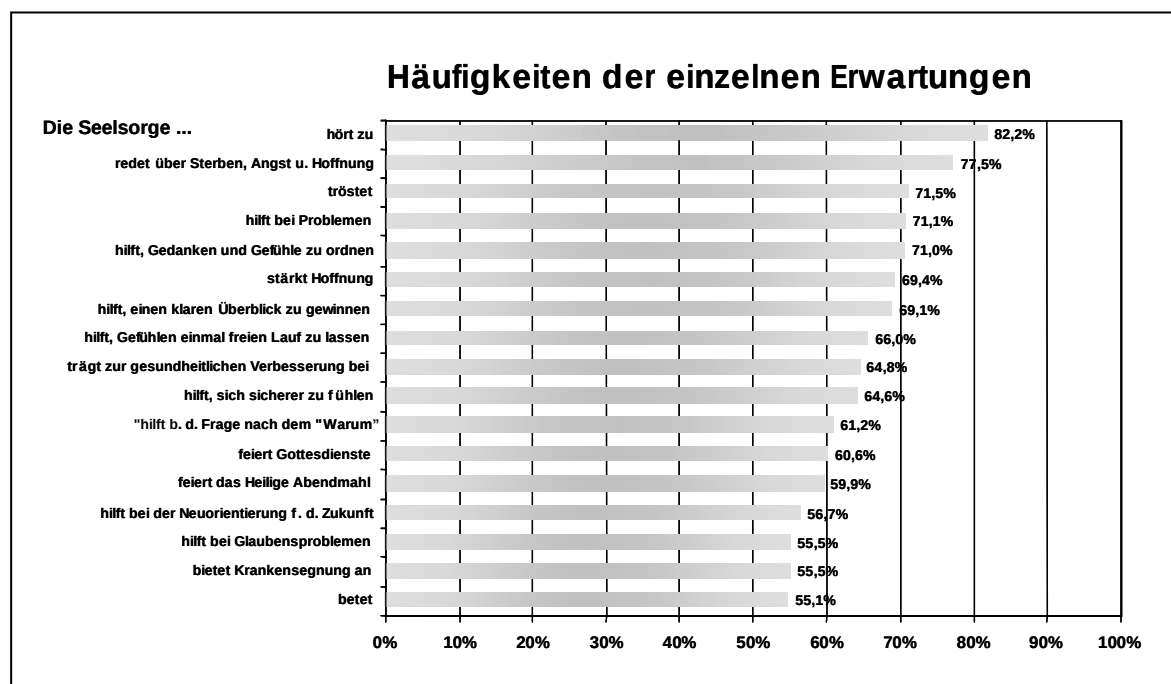
Tabelle 3: Verhältnis zur Religionsgemeinschaft

Alle Teilnehmenden	Häufigkeit	in %
Persönlicher Kontakt zum Geistlichen der eigenen Religionsgemeinschaft	304	67%
Kontakt zur Klinikseelsorge	103	23%
Klinikseelsorge als Angebot der eigenen Religionsgemeinschaft		
ja	73	16%
nicht unbedingt	172	38%
nein	209	46%
Kontakt zur Klinikseelsorge anderer Religionsgemeinschaft vorstellbar	329	73%
Akzeptanz von Frauen als Klinikseelsorgerinnen	431	95%

III. Erwartungen in Bezug auf die Seelsorge

Die Hälfte der Teilnehmenden (51%) erwartet, dass es Seelsorge in einer Klinik gibt. Fast ein Fünftel (18%) erwartet, von der Seelsorge besucht zu werden, ohne sie dazu aufgefordert zu haben.

Wichtig war herauszufinden, was die Patient/innen konkret erwarten. Sie konnten in 17 Items verschiedene Aspekte der Seelsorge unter dem Wertaspekt (Ratingskala) beurteilen. Alle Bewertungsmöglichkeiten wurden genutzt, d.h. es gibt immer ein Minimum und Maximum. In Abbildung 1 sind die prozentualen Häufigkeiten positiver Bewertungen (Wichtigkeit 3-5) der einzelnen Aspekte aufgeführt. Alle Items werden von mehr als der Hälfte der Teilnehmenden positiv bewertet. Mehr als 80% der Teilnehmenden misst dem Zuhören eine große Bedeutung zu, für 77,5% ist es wichtig, mit der Seelsorge über Sterben, Angst und Hoffnung sprechen zu können. An dritter Stelle liegt das Trösten mit 71,5%. Den geringsten Zuspruch hat das Beten mit 55%. Auch Aspekte wie Krankensegnung, Gottesdienste und Eucharistie werden nur von 55 bis 60% der Teilnehmenden als wichtig eingestuft.

Abbildung 1: Häufigkeiten der einzelnen Erwartungen

Die 17 Items wurden einer Faktorenanalyse unterzogen. Mit diesem statistischen Verfahren wird eine größere Anzahl von Variablen -in diesem Fall die Items des Fragebogens-

anhand ihrer korrelativen Beziehungen zu Variablengruppen (Faktoren) geordnet. Es handelt sich somit um ein datenreduzierendes Verfahren. Dabei werden diejenigen Variablen, die untereinander stark korrelieren, zu einem Faktor zusammengefasst. Variablen aus verschiedenen Faktoren korrelieren untereinander gering. Das Ergebnis der Faktorenanalyse sind wechselseitig voneinander unabhängige Faktoren.

Das Antwortverhalten der Teilnehmer zeigt, dass sich die Aspekte der Seelsorge in zwei Faktoren zusammenfassen lassen (Tab. 4). Der erste Faktor repräsentiert einen therapeutisch/zwischenmenschlichen, der zweite einen religiös/rituellen Aspekt der Seelsorge.

Tabelle 4: Faktorenanalyse

Faktor 1 therapeutisch/zwischenmenschlicher Aspekt	Faktor 2 religiös/ritueller Aspekt
Der Seelsorger / die Seelsorgerin hört zu.	Mit dem Seelsorger/der Seelsorgerin kann man über Sterben, Angst und Hoffnung reden.
Die Seelsorge tröstet.	Der Seelsorger / die Seelsorgerin feiert Gottesdienste.
Die Seelsorge stärkt Hoffnung.	Der Seelsorger / die Seelsorgerin feiert das Heilige Abendmahl.
Die Seelsorge hilft, Gedanken und Gefühle zu ordnen.	Der Seelsorger / die Seelsorgerin bietet Krankensegnung an.
Die Seelsorge ermöglicht, dass man seinen Gefühlen einmal freien Lauf lassen kann.	Der Seelsorger / die Seelsorgerin betet mit Patienten.
Die Seelsorge hilft, einen klaren Überblick über die Lebenssituation zu gewinnen.	Die Seelsorge hilft bei Glaubensproblemen.
Die Seelsorge trägt dazu bei, dass Patienten sich sicherer fühlen.	Die Seelsorge hilft bei Frage nach dem „Warum“.
Die Seelsorge hilft bei familiären, krankheitsbedingten und allgemeinen Lebensproblemen.	
Die Seelsorge trägt zur gesundheitlichen Verbesserung bei.	
Die Seelsorge ist eine Hilfe bei der Neuorientierung für die Zukunft.	

Die Einzelaspekte aus Faktor 1 haben zusammen einen Mittelwert von 3,1, die aus Faktor 2 einen gemeinsamen Mittelwert von 2,8. Wie oben beschrieben, wurden alle Items mittels einer sechs-stufigen Skalierung von 0-5, von völlig unwichtig bis sehr wichtig, eingestuft. Je höher der Wert ist, um so wichtiger ist der einzelne Aspekt der Seelsorge. Alle Werte über 2,5 liegen somit im positiven Bereich. Im Folgenden werden die Erwartungen nur noch über die beiden Faktoren, in denen sie zusammengefasst wurden, miteinander verglichen (Tab. 5).

Tabelle 5: Mittelwerte der Faktoren

	Faktor 1 therapeutisch/zwischen- menschlicher Aspekt	Faktor 2 religiös/ritueller Aspekt
<i>Gesamtteilnehmer</i>	3,1	2,8
<i>Geschlecht</i>		
<i>Frauen</i>	3,4	3,3*
<i>Männer</i>	3,1	2,7*
<i>Alter</i>		
<i>unter 40</i>	2,9*	2,2*
<i>40 - 60</i>	3,0*	2,7*
<i>über 60</i>	3,4*	3,2*
<i>Religionszugehörigkeit</i>		
<i>ja</i>	3,2*	2,9*
<i>nein</i>	2,7*	2,1*
<i>evangelisch</i>	3,3*	2,8*
<i>katholisch</i>	3,1*	3,1*
<i>freikirchlich</i>	4,0*	4,3*
<i>neupostolisch</i>	3,6*	3,2*

* Unterschied
signifikant

Für Frauen hat der religiös/rituelle Aspekt eine signifikant höhere Bedeutung als für Männer. Zwar liegt auch der Mittelwert für den therapeutisch/zwischenmenschlichen Aspekt bei Frauen höher als bei Männern, ist aber nicht signifikant. Für Patient/innen unter 40 Jahren und denen, die keiner Religion angehören, hat der religiös/rituelle Aspekt eine sehr geringe Bedeutung. Je älter eine Patientin oder ein Patient ist, desto bedeutender ist für ihn die Seelsorge, wobei auch hier der therapeutisch/zwischenmenschliche Aspekt von größerer persönlicher Bedeutung ist. Vergleicht man die verschiedenen christlichen Kirchen und Gemeinschaften, so fällt auf, dass freikirchliche Patient/innen der Klinikseelsorge eine signifikant höhere persönliche Bedeutung zumessen, als die anderen. Auch liegt hier einmalig der religiös/rituelle Aspekt vor dem therapeutisch/kommunikativen. Vergleicht man die beiden großen Gruppen evangelisch und katholisch, hat für katholische Patient/innen der religiös/rituelle Aspekt eine signifikant höhere persönliche Bedeutung als für evangelische.

4. Diskussion

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen die Wichtigkeit der Seelsorge in der kardiologischen Rehabilitation. Der Dienst der Klinikseelsorge wird von der Mehrheit der Patient/innen erwartet. Die Seelsorge wird von allen Teilnehmenden durchweg positiv bewertet. Mehr als die Hälfte der Patient/innen messen ihr eine hohe persönliche Bedeutung zu. Das ist umso eindrücklicher, als einerseits viele Patient/innen den Kontakt zu ihrer Religionsgemeinschaft weitgehend verloren haben und andererseits die Gruppe der Teilnehmenden mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren und einem Anteil von 80% Männern nicht der normalerweise am kirchlichen Leben partizipierenden Gruppe entspricht. Die Erfahrung zeigt, dass Frauen und ältere Menschen eher am kirchlichen Leben teilnehmen, bedeutend religiöser und eher Kirchgänger sind. Genau diese Gruppe hat sich jedoch anteilmäßig weniger an der Studie beteiligt. Da die errechneten Zahlen zeigen, dass Frauen und Ältere der Seelsorge eine signifikant höhere persönliche Bedeutung beimessen, ist anzunehmen, dass bei stärkerer Teilnahme dieser Gruppe das Ergebnis noch positiver ausgefallen wäre.

Die Klinikseelsorge bewegt sich in zwei Institutionen mit ihren je eigenen Strukturen. Schon 1986 hat *Klessmann* die Klinikseelsorge als *strukturell bedeutungslos* beschrieben.⁸ Das gilt einerseits für die Institution Kirche, die als Anstellungsträger häufig nur diffuse Vorgaben für die Arbeit macht und sich meist nur mangelhaft für die konzeptionelle Entwicklung der Klinikseelsorge interessiert. Andererseits gilt das auch für die Klinik, die als Arbeitsplatzträger die Seelsorge in der Regel weder administrativ noch ökonomisch vorsieht.⁹ Die Seelsorge gehört nicht zur personellen Grundausstattung einer Klinik, ihr Platz ist somit weder sozial noch hierarchisch definiert. *Heller* spricht von dieser Situation als „struktureller Vogelfreiheit“¹⁰, die der Seelsorge zwar ermöglicht, sich nach eigenen Vorstellungen, Plänen und Konzepten die Ausrichtung der Arbeit zu schaffen, aber immer beliebig bleibt. Die Klinikseelsorge ist in der Regel auch heute noch sowohl in der Kirche als auch in der Klinik strukturell nachgeordnet.

Man muss die Ergebnisse dieser Studie in zwei Richtungen diskutieren. Was bedeuten sie einerseits für die Kirche und andererseits für die Klinik? Die Studie zeigt, dass beide Institutionen von der Arbeit der Seelsorge profitieren können.

Die Kirche einerseits ist mit der Klinikseelsorge auch bei den Menschen, die nur noch wenig Kontakt zur ihr halten, die aber, wie diese Untersuchung zeigt, zu einem großen Teil

⁸ Michael Klessmann, Aggression in der Seelsorge, in: Wege zum Menschen 38 (1986), 423ff

⁹ Andreas Heller, Seelsorge, ein Gesundheitsberuf im Krankenhaus, in: Ders./Hermann M. Stenger (Hg.), Den Kranken verpflichtet, Innsbruck-Wien 1997.

¹⁰ Ebd., 51.

kontaktwillig sind. Die Religiosität in unserer Gesellschaft weist eine gegenläufige Tendenz auf. Einerseits gibt es überall Religiosität. Man kann von einer Dispersion des Religiösen sprechen¹¹ oder von sakraler Säkularität. Überall finden sich religiöse Dimensionen, in der Werbung, in der Filmindustrie, sogar auf dem Fußballplatz. Andererseits zeigt der Blick auf die Austrittszahlen der beiden großen Kirchen, dass die organisierte Religiosität abnimmt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass gerade in einer Situation von Krankheit und Leiden, die vom Menschen als Grenzerfahrung erlebt wird, existentielle Fragen aufbrechen. Menschen, deren gewohnte Lebensstrukturen zerbrechen, stellen die Frage nach einem übergreifenden Sinn. Die Kirche kann diese Fragen kommunizieren, es wird sogar von ihr erwartet. Die Klinikseelsorge ist für die Kirche insofern bedeutsam, weil sie mit ihr an einem Ort in unserer Gesellschaft anwesend ist, an dem Menschen ihre Erlebniswelten und Erfahrungen verarbeiten müssen und Antworten auf letzte Fragen suchen. Es ist die Chance der Kirche, dem Abwärtstrend der organisierten Religiosität entgegenzuwirken.

Die Klinik andererseits erreicht mit der Klinikseelsorge die Patient/innen, für die zum Heilungsprozess die Auseinandersetzung mit den für sie aufgebrochenen existentiellen Fragen gehört. Die Seelsorge bringt einen Aspekt ins Heilungsgeschehen ein, der im üblichen Behandlungsbetrieb einer Klinik häufig zu kurz kommt. Die Wirklichkeit von Patient/innen steht in einer Klinik, die Diagnose, Therapie und Pflege hocheffizient einsetzt, in der Gefahr, auf das reduziert zu werden, was objektiv erfassbar und funktionalem Denken zugänglich ist.¹² In unserer Gesellschaft gibt es inzwischen eine Veränderung hin zu einem ganzheitlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Auch Kliniken erkennen zunehmend, dass in den Heilungsprozess soziale, psychische und religiöse Faktoren einbezogen werden müssen. Der Gesundheitswissenschaftler *Aaron Antonovsky* hat mit seinem salutogenetischen Gesundheitsmodell aufgezeigt, dass eine gelingende Sinnfindung gesundheitsfördernde Wirkung hat.¹³ Die Seelsorge ist für die Klinik von Bedeutung, weil sie mit ihrer Hilfe die Patient/innen in der Krankheitsbewältigung unterstützen kann. Es ist die Chance der Klinik, für die Menschen, die sie heilen will, die gewünschte religiöse Dimension in den Heilungsprozess einzubringen.

In der faktoriellen Analyse konnten zwei Faktoren gefunden werden, die mit dem übereinstimmen, was viele Seelsorgekonzepte als Hauptaspekte vermitteln, einen therapeutisch/zwischenmenschlichen und religiös/rituellen Aspekt. Beide Faktoren liegen im positiven Bereich der persönlichen Bewertung, wobei der Faktor 1, der den therapeutisch/zwischenmenschlichen Aspekt repräsentiert, mit einem Mittelwert von 3,1 höher bewertet wurde als der Faktor 2, der den religiös/rituellen Aspekt repräsentiert. Er bekam einen Mittelwert von 2,8. Die Werte liegen allerdings nicht so weit auseinander, dass sie Einfluss auf die Seelsorgekonzeption haben müssten. Beide Aspekte sind wichtig und werden von den Patient/innen erwartet. Die Einzelauswertung der Items hat das ebenfalls gezeigt, denn auf den beiden ersten Rängen steht je ein Aspekt aus den beiden Faktoren.

Nicht verwunderlich sind signifikante Effekte, die Religionszugehörigkeit, Geschlecht und Alter ergeben. Bei den Frauen und den Älteren ist der Mittelwert für Faktor 2 signifikant höher als bei den Männern und den Jüngeren. Das kann daran liegen, dass nach der oben beschriebenen Erfahrung Frauen und Ältere die Gruppe bilden, die am Leben ihrer Religionsgemeinschaft teilnimmt und vor allem den rituellen Aspekt der Seelsorge wahrnimmt. Allerdings bewerten Frauen und Ältere Faktor 2 nicht höher als Faktor 1. Interessant ist die Tatsache, dass der Faktor 2 in der Gruppe der unter 40-jährigen und der Patient/innen, die

¹¹ *Michael Ebertz*, Die Dispersion des Religiösen, in: Hermann Kochanek (Hg.), *Ich habe meine eigene Religion*, Düsseldorf/Zürich 1999.

¹² vgl. *FEST-Bericht: G. Scharffenorth, K. 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 (FEST) 1991.

¹³ *Aaron Antonovsky*, *Unraveling the mystery of health*, San Francisco 1987.

keiner Religionsgemeinschaft angehören, mit einem Wert von 2,1 bzw. 2,2 - einmalig in der gesamten Studie - in den negativen Bereich rutscht, der Faktor 1 hingegen auch in diesen beiden Gruppen im positiven Bereich der persönlichen Bewertung liegt. Das zeigt noch einmal die hohe Bedeutung, die Seelsorge für alle Patient/innen hat, unabhängig von Religionszugehörigkeit, Geschlecht und Alter.

Die Auswertung der einzelnen Items zeigt, dass der Aspekt des Zuhörens die höchste Bewertung bekommt. Bei *Simon* und auch bei *Carey* war das Trösten die meistgenannte Erwartung von Patient/innen an die Seelsorge, das in der vorliegenden Untersuchung den dritten Rang einnimmt. Das kann damit zusammenhängen, dass beide Studien in einem Akuthaus durchgeführt wurden. Das Zuhören, das in der vorliegenden Untersuchung von über 80% der Teilnehmenden als von besonderer persönlicher Bedeutung bewertet wird, ist möglicherweise ein Indikator für besonderen Gesprächsbedarf von Patient/innen in der Rehabilitation. Das Zuhören und das Trösten gehören zu Faktor 1 (therapeutisch / zwischenmenschlicher Aspekt), wohingegen der auf Rang 2 liegende Aspekt der Gesprächsmöglichkeit über Sterben, Angst und Hoffnung zu Faktor 2 (religiös/ritueller Aspekt) gehört. Themen wie Sterben, Angst und Hoffnung werden in ihrer existentiellen Bedeutung ganz eindeutig dem religiösen Aspekt des seelsorglichen Handelns zugeordnet. Hier muss noch einmal überlegt werden, ob seelsorgliche Konzeptionen dies genug berücksichtigen. Ende der sechziger Jahre gab es in der Seelsorge einen Übergang von einer Gebets- und Sakramentenorientierung zur Gesprächsorientierung. Die Seelsorge wandelte sich zu einer Psychotherapie im kirchlichen Kontext.¹⁴ Psychotherapeutische und psychologische Konzepte wurden in die Seelsorge einbezogen, religiös-spirituelle Formen gerieten in den Hintergrund. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass beide Formen eng zusammengehören und sich dies in Seelsorgekonzepten oder -profilen niederschlagen sollte.

Dies ist eine Untersuchung, die aus der Praxis der Klinikseelsorge entstanden ist. Für die Praxis bedeuten die Ergebnisse, dass ein besonderes Augenmerk vor allem auf die strukturelle Nachordnung der Seelsorge in Kirche und Klinik gerichtet werden muss. In Zeiten von Finanzknappheit wird häufig im Personalbereich gespart. Ein Arbeitsbereich, der strukturell nicht gut wahrgenommen wird, unterliegt der Gefahr, im schlimmsten Fall wegzufallen, aber zumindest mehr einsparen zu müssen als ein gut eingebundener Arbeitsbereich. Schon der *FEST-Bericht*¹⁵ zeigte 1991, dass die Klinikseelsorge gebraucht wird und dass sie qualifizierter Seelsorgerinnen und Seelsorger und eines hohen Personalschlüssels bedarf. Es gibt gute Konzeptionen für die Arbeit der Klinikseelsorge, die die Anstellungsträger sich zu Eigen machen könnten. Dazu gehört auch, dass Anstellungsträger und Arbeitsplatzträger miteinander kooperieren. Wir leben in einer Gesellschaft, in der Funktionsbereiche wie Kliniken und Kirchen als Organisation mit gewählten Sprechern handeln, die Kontakt zwischen den Funktionssystemen herstellen können.¹⁶ Haben zwei Systeme einen gemeinsamen Arbeitsbereich, wie hier die Klinikseelsorge, dann ist Kooperation notwendig, damit er innerhalb der Strukturen effektiv arbeiten kann. Diese Kooperation zwischen den Funktionsbereichen muss jeweils vor Ort mit seinen besonderen Gegebenheiten die strukturelle Einbindung sichern helfen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen beeindruckend die Wichtigkeit von Klinikseelsorge. Sie genießt eine hohe Wertschätzung, und die Erwartungen der Patient/innen an sie sind sehr groß. Wenn fast ein Fünftel der Patient/innen erwartet, besucht zu werden, ohne nach Seelsorge gefragt zu haben, wenn mehr als 80% der Patient/innen erwarten, dass ihre existentiellen Fragen gehört werden, dann wird deutlich, wie wichtig ein guter Personalschlüssel und eine effektive Einbindung in das System der Klinik ist. Die Seelsorge sollte ein Angebot der Klinik an die Patienten sein, bei denen im Diagnose- und Behandlungsablauf ein besonderer Bedarf an Gesprächen deutlich wird. Klinikseelsorge ist ein integraler Be-

¹⁴ Dietrich Stollberg, *Mein Auftrag – Deine Freiheit*, München 1972.

¹⁵ vgl. Anmerkung 12

¹⁶ vgl. Heribert W. Gärtner, *Kirche als Organisation – (Leib Christi) aus organisationstheoretischer Sicht*, in: *Wege zum Menschen* 54 (2002), 373ff

standteil der Organisation der Klinik als Wirtschaftsunternehmen, weil sie eine Dimension des Zusammenlebens von Menschen in einer Klinik angesichts von Krankheit ist.¹⁷ Eine gute Ausstattung des Arbeitsplatzes (Büro, Gottesdienstraum, Einbindung in das hausinterne Computernetz, Einbindung in den Hausprospekt und die Internetseite) unterstützt als ordnende Struktur die Arbeit der Seelsorge.

Die Ergebnisse der Studie können nicht auf die gesamte Klinik- und Krankenhausseelsorge übertragen werden, weil sie an einem Haus mit der Behandlung eines ganz bestimmten Krankheitsbildes durchgeführt wurde. Eine Wiederholung der Studie in Häusern mit anderer Indikation, aber auch in Akuthäusern, wäre wünschenswert.

PfarrerIn Anke Lublewski-Zienau (Klinikseelsorge, Klinik Königsfeld, Zentrum für medizinische Rehabilitation, Ennepetal), Am Anger 49, 58454 Witten
Luzienau@t-online.de

Dipl.-Psychologe Jörg Kittel und Prof. Dr. med. Marthin Karoff (wissenschaftliche Begleitung, Klinik Königsfeld, Ennepetal)

¹⁷ Christoph Schneider-Harpprecht bei seinem Vortrag „Das Profil der Seelsorge im Unternehmen Krankenhaus“ vor der Fachtagung „Klinikseelsorge mit Zertifikat“ in Hofgeismar im Mai 2001