

Krankenhauseelsorge und Klinische Seelsorgeausbildung (KSA)

Eine Dekonstruktion*

Von Matthias Mißfeldt

Krankenhauseelsorge und Klinische Seelsorgeausbildung werden als nahe Verwandte wahrgenommen. Diese Nähe gilt geradezu als Selbstverständlichkeit, als fraglose Voraussetzung erscheint sie in einem nicht antastbaren Nimbus.

Die Geschichte des Konvents der Krankenhauseelsorge in der westfl. Kirche in den vergangenen zehn Jahren bietet dem gegenüber ein anderes Bild, das dieses Vorverständnis deutlich kontrastiert. Die Konventsvorsitzende, Pfarrerin Sabine Papies, scheidet nach einer Dekade aus der Vorstandsarbeit aus. Das nehme ich als Anlass, diese Entwicklung ins Auge zu fassen und einen Verstehensversuch zu unternehmen. Ihr sind die folgenden Überlegungen gewidmet.

Krankenhauseelsorge – Eine vordringliche Aufgabe der Kirche?¹

Diese Studie der FESSt in Heidelberg erschien 1991 im Rahmen eines Projektes unter dem Titel „Naturwissenschaftliche Medizin und christliches Krankenhaus“. Im Zusammenhang dieses Projektes wurde auch die umfangreichere Studie „Patientenorientierung als Aufgabe“² herausgegeben. Die Studie erfuhr im westfl. Konvent in verschiedenen Tagungen eine umfangreiche Rezeption, die in eine Stellungnahme des Konvents an die westfl. Kirche mündete, in der wesentlichen Ergebnissen und Empfehlungen der FESSt-Studie zugestimmt wurde und zugleich die systemische Ausrichtung der Krankenhauseelsorge als *Krankenhaus*eelsorge besonders akzentuiert wurde: «... Dabei muss berücksichtigt werden, dass Kirche hier in einer Institution arbeitet. Die organisatorischen Rahmenbedingungen sind anders als in einer Ortsgemeinde nicht selbstgesetzt und nicht ohne weiteres zu beeinflussen. Es gibt Kooperation und Konkurrenz mit anderen Berufsgruppen und ihren Perspektiven. Die Krankenhauseelsorge befindet sich zunächst in einer Situation der Fremdheit, die von den KrankenhauseelsorgerInnen erst kommunikativ aufzulösen ist. Dabei kommt es darauf an, im Sinne einer Krankenhauseelsorge das Systemganze der Institution Krankenhaus nicht nur durch Individualseelsorge (etwa Reihenbesuche), sondern auch durch eine „thematische Präsenz“³ zu beeinflussen und zu verändern. Krankenhauseelsorge richtet sich also an die Menschen (PatientInnen und MitarbeiterInnen) darin und an die „... Institution selbst, ihre innere Struktur (Zielsetzung), den Zusammenhang von Anspruch und Wirklichkeit, ihr Fortbildungsangebot, ihr Betriebsklima“⁴. Krankenhauseelsorge ist damit – ganz unverkennbar – auch ein Dienst in der Arbeitswelt. Das Erleben der PatientInnen wird wesentlich durch diese systemischen Organisationsbedingungen geprägt».

Als Grundsatz war aus der umfangreicheren Studie Patientenorientierung als Aufgabe die folgende Einsicht aufgenommen worden: „Die Ausrichtung auf die Patienten als Richtlinie des Handelns erfordert zugleich Mitarbeiter-Orientierung“⁵. Die systematische Blickrichtung auf die Arbeit an, mit und zusammen mit Mitarbeitern aller Berufsgruppen im Krankenhaus verändert das Verständnis von Krankenhauseelsorge fundamental. Sie rückt Krankenhauseelsorge näher an die Organisation des Krankenhauses selbst heran und verleiht ihr dann Eigenschaften, die deutlich an Personal- (PE) und Organisationsentwicklung (OE)

* Pfarrerin Sabine Papies, der langjährigen Vorsitzenden des Konvents der Krankenhauseelsorge in der Ev. Kirche v. Westfl. mit Dank und Respekt für die gemeinsame Arbeit.

¹) Krankenhauseelsorge – Eine vordringliche Aufgabe der Kirche? (1991)

²) Scharffenorth (1991).

³) T. Rendtorff, Volkskirche in Deutschland.

⁴) Konzeption und Standards in der Krankenhauseelsorge (1994).

⁵) Scharffenorth (1991), 407.

grenzen. Die Pointierung des Begriffs *Krankenhausseelsorge* findet sich vor Klessmann's Aufsatz „Seelsorge im Krankenhaus: Überflüssig – wichtig – ärgerlich“⁶, der 1990 erschien, bereits 1983 in einem ausführlichen Konzeptpapier, das der damalige Leitungskreis des westf. Konvents der Kirchenleitung vorlegte: „*Krankenhausseelsorge* gilt neben den Patienten und ihren im Krankenhaus begehenden Angehörigen allen im Krankenhaus arbeitenden Menschen und wirkt somit auch in die Struktur des Krankenhauses hinein. Sie kann an der Institution Krankenhaus nicht vorbeigehen“.

Relativ bald kam es in der Rezeption der FES-Studie „*Krankenhausseelsorge – eine vordringliche Aufgabe der Kirche!*“ im westf. Konvent zur Einsicht, dass die KSA für diese Art von *Krankenhausseelsorge* nicht die erforderlichen Kompetenzen vermittelt. Diese Einsicht teilt die EKD-Denkschrift „Mündigkeit und Solidarität“⁷: „Von da aus stellt sich auch die Frage nach der Aus- und Weiterbildung der Theologen zu *Krankenhausseelsorgern*. Neben verschiedenen therapeutischen Zusatzausbildungen und besonderen Schulungen spielt hier die Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) die größte Rolle. Dieses stark auf Selbsterfahrung und Gesprächsführung angelegte Labor- und Praxismodell hat in seinem Curriculum leider zu wenig organisationskundliche und interdisziplinäre Elemente. Medizinisch-pflegerische Grundkenntnisse und Sprachfähigkeit wären den Seelsorgern ebenso hilfreich wie eine kritische Reflexion der Institution Krankenhaus und deren organisatorischer Funktionalität“.⁸

In der EkvW beschäftigte sich der landeskirchliche Ausschuss Seelsorge und Beratung in einem fast zweijährigen Beratungsprozess mit der FES-Studie und der Frage der Umsetzung in der westf. Kirche. Im April 96 stellte der Ausschuss fest: „Dem klar gegliederten System Krankenhaus gegenüber erscheint die *Krankenhausseelsorge* unterorganisiert. Die nicht ausreichende Einbindung in das System Krankenhaus, ein unklares Tätigkeitsprofil, mangelnde Ausbildung für die Tätigkeit der *KrankenhausseelsorgerInnen* und die fehlende Einbindung in kirchliche Strukturen sind eklatante Mängel der *Krankenhausseelsorge*. Wenn die Kirche das Krankenhaus als „Lernfeld“ versteht, wie es in der FES-Studie beschrieben wird, dann sind Veränderungen in der Struktur und Ausrichtung der *Krankenhausseelsorge* notwendig“. Auf dem Hintergrund dieser Feststellungen empfiehlt der Ausschuss eine Stärkung der *Krankenhausseelsorge* auf der kreiskirchlichen Ebene, den Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Anstellungsträgern und Krankenhäusern, eine besondere Ausbildung für die *Krankenhausseelsorge*, Erprobungsmodelle und nicht zuletzt die Vernetzung der *Krankenhausseelsorge* in den psycho-sozialen Anschlussbereich des einzelnen Krankenhauses. Die Kirchenleitung nahm diesen Bericht des Ausschusses zustimmend zur Kenntnis und berief eine Arbeitsgruppe ein, die ein im wesentlichen bereits durch den Konventsvorstand erstelltes Fortbildungskonzept übernahm. „Die Strukturen des Krankenhauses als unternehmerische Organisation und gesellschaftliche Institution bedingen das Erleben und Handeln von Patienten und Mitarbeitern. *Krankenhausseelsorge* hat sich deshalb als *Krankenhausseelsorge* zu begreifen, d. h.: Seelsorge an, mit und im System Krankenhaus. Sie bewegt sich in den Strukturen der Lebens- und Arbeitswelt Krankenhaus. Einzelseelsorge, „am Krankenbett“ wird dabei als ein wichtiger Aspekt von *Krankenhausseelsorge* verstanden. *Krankenhausseelsorge* als Struktur- und Systemarbeit mit dem deutlichen Blick auf die Institution entlastet. Sie entlastet die SeelsorgerInnen von uneinlösbaren Erwartungen, indem sie Seelsorge, präzisiert, be- und anfragbar macht und so Transparenz nach allen Seiten schafft. Wenn sie so deutlich wird und in Kooperation mit dem Haus geschieht, wird Seelsorge im Lebensraum Krankenhaus präsent.“ Das Seelsorgeinstitut in Bethel machte sich das Konzept des westf. Konventsvorstand zu eigen und führte 99/00 die Fortbildung als KSA-Kurs durch.

⁶) Klessmann (1990).

⁷) Mündigkeit und Solidarität (1994).

⁸) Mündigkeit und Solidarität (1994), 48.

Doppelkodierung⁹

Krankenhausseelsorge ist ein relativ heikel doppelkodierter Begriff. Was die Diskursbeteiligten in ihrem jeweiligen Verstehenszusammenhang darunter verstehen, erweist sich als unterschiedlich. Während die KSA sich recht mühelos als immer schon systemisch bezeichnen kann und so meint, eine systemische Krankenhausseelsorge unifizierend integrieren zu können, stellt sich für eine an der Theorie Sozialer Systeme von Niklas Luhmann¹⁰ orientierte Sicht der Krankenhausseelsorge der Sachverhalt nicht so einfach dar.

Operative Geschlossenheit¹¹

Soziale Systeme sind wie andere autopoietische Systeme umweltoffen und – abhängig, aber auch operativ vollständig geschlossen, d. h. ihre Selbstreproduktion erfolgt ausschließlich aus eigenen Elementen und innerhalb eigener Strukturen. „Die Autopoiesis eines Systems produziert also immer auch die Grenzen eines Systems. (Sie erzeugt nicht etwa die Umwelt!) Oder anders gesagt: das System erzeugt sich selbst als eine Form, die eine Innenseite, das System, und eine Außenseite, die Umwelt, trennt; und die Innenseite der Form ist die Seite, auf der allein die Operationen sich reproduzieren können, die die Form, die Differenz, das System produzieren“.¹²

Das Krankenhaus ist ein soziales System und es zeichnet sich durch operative Geschlossenheit aus. „Krankenhäuser unterscheiden sich voneinander. Im günstigen Fall wird dieser Unterschied von den Kunden (den potentiellen Patienten, den einweisenden Ärzten) gewürdigt. Um dieses Eigen- und Überleben entfalten zu können, schließen sich Organisationen nach außen ab. Sie entwickeln über die Zeit hinweg eine innere Struktur, ihr Regelwerk, das sie vor Reizüberflutung schützt. Die Systemtheorie nennt diesen zentralen, selbsterhaltenden Vorgang operative Geschlossenheit. Organisationen stehen also nicht nur in einer Verbindung zu ihrer Außen- und Umwelt, sie entwickeln ebenso eine Innenperspektive und ein Eigenleben mit einem eigenen Sprachcode und spezifischen Kommunikationsbeziehungen, mit Regeln. Die Fähigkeit von Organisationen zur operativen Geschlossenheit ist die Voraussetzung, dass man von der Corporate Identity, der Identität eines Krankenhauses oder eines Trägers, als unterscheidendes Merkmal im Markt der weiteren Anbieter überhaupt sprechen kann“.¹³

Operative Geschlossenheit bezeichnet aber auch die durchaus vorhandene Trägheit von sozialen Systemen, von Organisationen, ihre Resistenz gegen Lernen und Veränderung. Gleichzeitig ist nur durch Veränderung ein Überleben in einer sich immer schneller wandelnden Gesellschaft möglich, aber es ist eine Veränderung, die von innen kommen muss, Selbstveränderung. Neues kann letztlich nur von innerhalb des sozialen Systems kommen, ansonsten ist es nicht anschlussfähig, wie die systemische Diktion formuliert. Das Neue muss mit dem Alten zusammenhängen: „Denn ohne Gegensatz wäre es nicht neu und ohne Zusammenhang wäre es nicht anzuknüpfen“¹⁴.

⁹) Zum Phänomen der Doppelkodierung in der ökumenischen Debatte vgl. Dalferth, (2000).

¹⁰) Vgl. dazu Luhmann (1984) und (2000).

¹¹) Vgl dazu Luhmann, Probleme mit operativer Schließung (1995).

¹²) Luhmann, Probleme mit operativer Schließung (1995), 13.

¹³) H. W. Gärtner, Das Krankenhaus als System, in: E. Zwierlein (Hrsg.), Klinikmanagement, München 1997, 126 - 134, 133.

¹⁴) Schleiermacher (1910), 129.

Joining

Familienstrukturelle und systemische Therapieansätze sprechen deshalb von Anschluss und Anpassung an das zu therapierende Sozialsystem (S. Minuchin: Accomodation¹⁵). De Shazer redet von Kooperation und meint, dass „...der Therapeut sofort von Beginn der Sitzung an auf das fokussiert..., was der Klient schon macht und zwar erfolgreich macht...“.¹⁶ Th. Stahl spricht von Joining: „Der Begriff „Joining“ (to join: sich begegnen, sich gesellen zu) bezeichnet diejenigen Aktivitäten des Familientherapeuten, die darauf gerichtet sind, zu jedem Familienmitglied einen emotional tragfähigen Kontakt aufzubauen“.¹⁷

Auf dem Hintergrund des Theorems der operativen Geschlossenheit autopoietischer Systeme ist ein solches Vorgehen eher als erfolversprechend anzusehen. Nur ein Teil des Systems kann die Irritationen im System bewirken, die einen veränderten Strukturzustand ermöglicht und anstößt. Systemfremdes kann das nicht bewirken, denn es wird als Umwelt ausgeschieden.

Zwischen-Raum¹⁸

Ein Leitbild der *Krankenhausseelsorge* als im Zwischenraum befindlich ist aus der Sicht der Theorie Sozialer Systeme unklar. Zwischenräume zwischen System und Umwelt gibt es nicht. Die Differenz ist vollständig disjunkt. Zwischenräume in Systemen gibt es dagegen unendlich viele. Was eigentlich gemeint ist, ist in Klessmanns Aufsatz nicht deutlich. Es überwiegt die Akzentuierung des Systemfremden und seiner besonderen Chancen: „... es kann für die Institution Krankenhaus von Bedeutung sein, wenn eine nicht ins System integrierte Berufsrolle auf systemfremde, aber gerade darum notwendige Aspekte hinweist.“¹⁹

Krankenhausseelsorge ist nun wohl doch eher draußen, Systemumwelt, und hat es auch zu sein. Dieser Zwischen-Raum gerät dann leicht zur Ortlosigkeit, insbesondere dann, wenn *Krankenhausseelsorger* in ihrer Selbstbeschreibung, sich immer weniger zum Organisationssystem Kirche gehörig und immer mehr am Rand derselben verstehen.

Krankenhausseelsorge wäre demgegenüber ganz klar als Teil des Systems Krankenhaus zu verstehen, gerade nicht als systemfremd, sondern in der extrem funktional durchdifferenzierten Organisation Krankenhaus mit klaren Rollenprofilen und Funktionspositionen zu begreifen, wie immer die bestimmt sind: Krankheitsverarbeitung der Patienten und Angehörigen, Lebensübergangsgestaltung und Beschwerdemanagement. Das muss dem System Krankenhaus klar sein und für die eigene Krankenhausorganisation auch als interessante Leistung betrachtet werden.

Das Leitbild der KSA von *Krankenhausseelsorge* als Zwischen-Raum kann von der Theorie Sozialer Systeme aus nur als ein kirchliches Selbstmarginalisierungsprogramm betrachtet werden. Eine besondere moralische Aufladung der Seelsorgerrolle als Fürsprecher und Anwalt des Patienten in dem ach so rigide funktionalorientierten, bösen Krankenhausbetrieb kann schwer die Abwertung des Krankenhauses als solchem verbergen, die mit dieser Rollenzuschreibung verbunden ist, dazusein für die Vernachlässigten und Randständigen, und das allein, während die anderen Berufsgruppen des Krankenhauses es nicht sind.

Mein Eindruck ist, dass Institutionen solche Abwertungen sehr fein wahrnehmen. Distanzierte Integration heißt die Devise für R. Gestrich in seinem Buch „Am Krankenbett“²⁰. Klessmann spricht von „doppelter Loyalität“²¹. Beide Formulierungen zeigen die Schwierigkeit der KSA mit *Krankenhausseelsorge* im systemischen Sinn. Diffuser prophetischer Auftrag und

¹⁵ Minuchin (1987), 156ff.

¹⁶ de Shazer (1997), 28

¹⁷ Stahl (1985), 331.

¹⁸ Klessmann (1996), 26.

¹⁹ Klessmann, (1996), 19.

²⁰ Gestrich (1987), 161.

²¹ Klessmann, Überflüssig (Anm. 6), 432.

moralischer Verdacht scheinen hier die das Selbstverständnis der Seelsorgerrolle zu orientieren. Wie sollen Krankenhausseelsorger, wo möglich noch arbeitsteilig, in einem therapeutischen Team als gleichgewichtige und – wertige Kooperative ernstgenommen werden, wenn von vornherein klar ist, dass sie eigentlich die Bessermenschen sind? Theologisch wirken hier offenbar dualistische Modelle der konsequenten Entgegensetzung von Kirche und Welt nach. Der kirchlichen Präsenz im Lebensraum Krankenhaus helfen sie nicht. Im Gegenteil²².

Die Zugehörigkeit, mit klarer Rollen- und Funktionsposition, zum System und zur Organisation Krankenhaus erscheint der KSA eher als Kollaboration, als Durchbrechung der eigentlich gebotenen Abstinenz. Gebetsmühlenartig werden in diesem Zusammenhang von KSA-Seite als Schibboleth²³ Selbstbezeichnungen von Allmachtsanfällen eingefordert, wenn Krankenhausseelsorger ihre Arbeit an, in und mit dem System Krankenhaus ernstnehmen wollen.

Die Dekonstruktion des Narren

Ein weiteres, sehr wirksames Leitbild der KSA für die Seelsorge im Krankenhaus ist neben dem des Zwischenraums das des Clowns. Aufgebracht hat es Heije Faber: „Wir dürfen konkretisieren und sagen, dass genauso wie der Clown den Zirkus erst zu einem Zirkus, so auch der Pfarrer das Krankenhaus erst zu einem Krankenhaus macht“.²⁴ R. Gestrich nimmt dieses Leitbild auf und bestimmt auf seinem Hintergrund Krankenhausseelsorger als „Ohnmacher“²⁵. Faber und Gestrich grenzen damit die Krankenhausseelsorge - für die Perspektive der KSA - in positive Weise aus dem funktional, am Machbaren orientierten Medizin- und Pflegebetrieb des Krankenhauses aus und weisen ihr eine Sonderstellung zu, insofern sich die Krankenhausseelsorge als einzige in „reifer“ Art und Weise mit dem Phänomen Ohnmacht auseinandersetzt. „Es ist wichtig, im Krankenhaus auch von der Ohnmacht zu sprechen. Wenn die Macht des Menschen, Leben zu erhalten und zu heilen gewachsen ist, verliert die Ohnmacht immer mehr an Boden – freilich nur scheinbar. Das Krankenhaus ist und bleibt die Institution, in der die Mehrzahl der Bürger ihr Leben beendet. Deswegen müsste die Ohnmacht in ihr festes Hausrecht erhalten, Anerkennung genießen und in alles ärztliche und pflegerische Tun integriert sein. Stattdessen führt sie häufig das Dasein eines nur ärgerlich zu Kenntnis genommenen und verfolgten Eindringlings. Der herrschende Geist sieht in ihr – teils zu Recht, teils zu Unrecht – seinen eigentlichen Gegner“.²⁶ Wobei Faber sich zudem noch sehr deutlich an das katholische Amtsverständnis des Zweiten Vatikanums anlehnt und diese Sonderstellung der Krankenhausseelsorge als Repräsentanz Christi im kirchlichen Auftrag anspricht²⁷. Die Selbststilisierung als a;ßfrÜ²²ö`šwn auf dem Hintergrund der paulinischen Narrenrede in 2Kor12 hat sicherlich im Zusammenhang mit der Macht/Ohnmachtsthematik einiges an Verführungskraft. Sie transportiert aber unkritisch und unhistorisch den rhetorischen Duktus des paulinischen (Kon-) Textes in einen Konflikt um die Positionierung der Krankenhausseelsorge in der modernen Organisation Krankenhaus.

Im psychoanalytischen Skript der KSA wäre gerade dieser Selbststilisierung doch die Anfrage zu stellen, ob sie nicht der grandiosen Selbstüberschätzung erliegt, der sie andere so gern

²²) Dass offenbar auch auf analytischer Seite Zweifel an dieser Bestimmung der Krankenhausseelsorge entstehen, dafür vgl. Wittmann (2000), 296: „Es stellt sich heraus, dass die Ortsbestimmung der Krankenhausseelsorge als Knotenpunkt im Netzwerk der Institution Krankenhaus zahlreiche Phänomene, Verläufe und Störungen im Seelsorgeprozess vertieft verstehen lässt. Diese Ortsbestimmung wehrt damit die illusionären Vorstellungen ab, Seelsorge könne sich in Institutionen distanziert, ortlos oder in Zwischenräumen bewegen“.

²³) Vgl. Ri 12, 1 – 7.

²⁴) Faber (1970), 22.

²⁵) Gestrich, (1987), 110ff.

²⁶) Gestrich, (1987), 111.

²⁷) Faber (1970), 21

verdächtigt, wenn sie sich als einzigen Beruf wahrhaft für die Ohnmacht im Krankenhaus zuständig hält, während alle anderen Berufsgruppen das verdrängen und abwehren.

In der Realität ist diese Unterstellung absurd, gerade die Erfahrungen von Ohnmacht auf der Mitarbeiterseite sind überall im Krankenhausbetrieb zu greifen. Und klar ist, dass eine nach KSA-Konzept arbeitende Krankenhauseelsorge sich einerseits auf Grund der überkomplexen, aber dann andererseits wieder diffusen Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibung als einziger Beruf im Krankenhaus diesen Ohnmachtserfahrungen wirksam zu entziehen vermag, etwa weil die Seelsorge im Gegensatz zu anderen Krankenhausberufen nicht an einen festen Platz und keine festen Arbeitszeiten gebunden wird.

Die im Bild des Clowns stilisierte Alleinzuständigkeit für Ohnmachtserfahrungen bringt auf ihrer Außenseite erneut die oben bereits beschriebene Abwertung der Institution Krankenhaus und ihrer Mitarbeiter zum Ausdruck. Über die von Faber beschriebenen Reaktionen, „Die Schwestern merken sich das und rächen sich dadurch, dass sie einiges an ihm (sc. der SeelsorgerIn) entdecken, das ihn (oder sie M.M.) lächerlich macht.“²⁸, sollte mensch sich denn nicht wundern.

Organisationstheoretisch kommt die Überlegung hinzu, ob das Krankenhaus mit seinen Leitungsorganen denn je nach dieser Bestimmung der Seelsorge als Clown gefragt worden ist und mit ihr sich einverstanden gefunden hat.

Trotzdem: Zu Recht hebt Faber die organisationale Bedeutung der Figur des Clowns hervor, insofern sie nämlich auf Latenzen aufmerksam macht, verdeckte Kommunikationssinne einspielt, die für die Selbstorganisation von sozialen Systemen außerordentlich wichtig sind, weil sie Organisationen erlauben, über sich Neues zu lernen. In den Zeiten von TotalQualityManagement (TQM)²⁹ und KTQ®-Zertifizierung³⁰ ist jedes Krankenhaus darauf angewiesen, auf latent in der eigenen Ablauforganisation schlummernde Reorganisationsmöglichkeiten aufmerksam zu werden und sie in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess als Ressourcen auszuschöpfen.

Der Unternehmenstheoretiker Dirk Baecker sieht moderne Unternehmen als Spiel und beschreibt sie dann geradezu als Clownerie: „Stellen sie sich vor, Sie nehmen an einem ungewöhnlichen Fußballspiel teil oder Sie schauen ihm zu: Das Spielfeld ist rund; mehrere Tore sind wie zufällig über das runde Spielfeld verteilt; die Spieler können das Spielfeld betreten oder verlassen, wann immer sie wollen; sie können Bälle aufs Feld werfen, wann immer sie wollen; sie können sagen „Das ist mein Tor“, wann immer sie wollen, so oft sie wollen und zu jedem beliebigen Tor; das ganze Feld hat Hanglage; und das Spiel wird gespielt, als hätte es einen Sinn“³¹. Mensch mag diese konstruktivistische Sicht teilen oder nicht, aber sie lässt vielleicht ahnen, dass in modernen Unternehmen wie Krankenhäusern eine ganze Reihe von Clowns unterwegs sind und die Seelsorge möglicherweise gut beraten ist, mitzuspielen und sich nicht solipsistisch für den einzigen Clown zu halten.

Betroffenheit und Borniertheit³²

Gestrich stellt die Frage, welcher Persönlichkeitstyp am ehesten für die Krankenhauseelsorge geeignet ist und ohne sich festzulegen wird doch deutlich, dass er mit dem Depressiven aus den Riemann'schen Kategorien sympathisiert. „Solche Menschen haben ja bekanntlich eine

²⁸) Faber (1969), 33.

²⁹) Vgl. Malorny (1999).

³⁰) Vgl. KTQ®- Manual (2000). Die Abkürzung KTQ heißt aufgelöst Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus. Erstmals mit in die Zertifizierung aufgenommen wird die Krankenhauseelsorge in dem Qualitätshandbuch der konfessionellen Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert, ohne dass dort das Konzept einer Krankenhauseelsorge deutlich angesprochen wird, immerhin ist die Einbindung der Krankenhauseelsorge in die Innerbetriebliche Fortbildung (IbF) eine der Prüffragen, 73ff.

³¹) Baecker (1994), 96f.

³²) Vgl. dazu Mißfeldt, Kirchenleitung, (1999), 177.

große Kontakt- und Zuwendungsfähigkeit.“³³ Den „gereiften“ Depressiven ab Mitte 40 hält Gestrich wohl am besten geeignet für die Arbeit in der Krankenhausseelsorge. „Ganz beim anderen sein zu können“ ist das depressive Einfühlungsideal, das die KSA orientiert, weil es in analytischer Perspektive die erforderliche Verarbeitung und (Nach-) Reifung des Patienten zu gewährleisten scheint. Faber zum Krankenhausseelsorger: „Grundsätzlich ist er jedenfalls im Krankenhaus derjenige, der den Kranken nie aus der Distanz »behandeln« darf. Er muss immer versuchen, ihm als dem Anderen so nahe zu kommen wie möglich, um sich dann – ganz von der Sache her! – mit ihm auf den Weg zu machen. Gemeinsames Sehen und gemeinsames Tragen der Sorgen und Probleme können das infantile Erleben und Reagieren des Kranken in eine reifere Sicht und in ein objektiveres Erleben und Verarbeiten verwandeln.“³⁴ Seelsorge gerät hier mit ihrem Selbstverständnis in die Nähe einer therapeutischen Nachbeelterung von Frühgestörten und es fragt sich, ob die Freude Faber’s, dass die paternalistische Hierarchie des Krankenhauses zugunsten einer funktionalen Differenzierung verschwinde³⁵, wirklich so berechtigt sein sollte, denn über die Seelsorge hält die parentale Ordnung munter wieder Einzug ins System Krankenhaus.

Das Ideal vollständiger Einfühlung wird auf dieser psychoanalytischen Folie der Nachbeelterung zu einer Norm der Empathie, die die KSA gelegentlich zu einer Zugehörigkeitskultur der Betroffenheit fortbildet, die im innerkirchlichen Bereich recht weit verbreitet ist. Diese Zugehörigkeitskultur der Betroffenheit arbeitet mit einem letztlich alle und alles außer sich selbst einschließenden und deshalb unkritischen Verdacht, nicht genügend betroffen zu sein. Im Gestus des Appells wird diese Empathienorm zu einer moralischen Forderung, die dann mit der Differenz von Achtung/Missachtung verbunden wird und schnell in die angesprochene Haltung der Abwertung fällt, die recht ausschließend Wert nur dem eigenen Winkel der Betroffenheit zumessen kann.

„Wir beobachten einerseits eine erstaunliche Steigerung der Fähigkeit, sich in andere Wesen einzufühlen. Das kann sich als ein geradezu freudianisches Verständnis für die latenten Motive anderer Personen und entsprechend als Therapierungsbedürfnis auswirken; aber auch als Mitgefühl mit allen Lebewesen, mit aussterbenden Arten, mit nicht mehr reparierbaren Gebäuden, mit sozial und ökonomisch unterdrückten Bevölkerungsschichten, mit den künftigen Generationen im Vorgriff auf die nächsten Jahrhunderte.“³⁶

Was diese Zugehörigkeitskultur der Betroffenheit abblendet, ist die massive Borniertheit dieses depressiven Einfühlungsideals mit seiner verdeckten, aber um so heftigeren Aggressivität. Das Seelsorgemotiv der Begleitung erscheint zunächst zwar sehr zurückhaltend und harmlos, in der Tiefenbedeutung ist aber genau dieser beelternde, parentale Anspruch darin enthalten, dem Gegenüber eine Nachreifung und ein Wachsen in die erwachsene Progression allererst zu ermöglichen.

Person

Die Systemreferenz des Personbegriffs liegt für N. Luhmann nicht im Bereich psychischer Systeme, sondern der Begriff bezieht sich auf die Ebene sozialer Systeme. Eine der Hauptstoßrichtungen der Theorie sozialer Systeme Luhmanns liegt genau in der Dekonstruktion dieses Verständnisses von Person als transzendentelem Subjekt, das als Letztentität und Bausteinlement sozialer Systeme aufzufassen wäre.³⁷

³³) Gestrich (1987), 150.

³⁴) Faber (1969), 40.

³⁵) Faber (1970), 7.

³⁶) Luhmann (1993).

³⁷) Die kritische Emphase der Weinheimer Schule im Anschluss an J. Kriz, Luhmann habe die Person aus der Theorie hinausgeworfen, rauscht insofern völlig an Luhmann vorbei. Es geht um die Systemreferenz des Personbegriffs und der liegt auf der Ebene sozialer und nicht psychischer Systeme, vgl. A.v. Schlippe, (1999⁶), 74f.

Personen sind Netzknotenpunkte in Kommunikationssystemen, Zuschreibungsadressen, die die Differenzierung von Kommunikationssystemen in Handlungssysteme³⁸ ermöglichen. Soziale Systeme nutzen durch strukturelle Koppelungen, durch Interpenetration wie Luhmann das Phänomen nennt, psychische Systeme und die ihnen eigene Komplexität als Umwelt, um sich selbst auszudifferenzieren und genügend Irritationspotential zur Verfügung zu haben. Die Gleichsetzung psychischer Systeme, die sich durch Bewusstsein autopoietisch reproduzieren, mit Personen hält Luhmann für eine unterkomplexe Beschreibung des Phänomens.

Soziale Ordnung entsteht nicht gleichsam von unten nach oben aufwachsend durch die Beziehungen von psychischen Systemen untereinander, die in einem sich verdichtendem Beziehungsnetz zu Strukturen kristallisieren. Diese Strukturen als ausgehärtete Beziehungsmuster stellen dann die verschieden (Sub-)Systeme sozialer Art dar von der Partnerschaft über die Familie bis hin zu Organisationen und letztlich der Gesamtgesellschaft selbst.

Soziale Systeme entstehen in der Sicht Luhmanns demgegenüber von unten nach oben *und* zugleich von oben nach unten. Psychische und soziale Systeme nutzen sich wechselseitig mit ihrer Komplexität. Personen stellen als Selbstverständnisse und Selbstbeschreibungen so etwas wie kommunikative Cluster dar, die strukturell mit psychischen Systemen im Bewusstseinsmodus gekoppelt sind, d. h. mit Kommunikationen gehen Bewusstseinszustände einher und umgekehrt, aber sie sind *nicht* ein und dasselbe.

Systemische Therapien gehen entsprechend davon aus, dass identifizierte Patienten nicht unbedingt als psychische Systeme gestört sind, sondern dass der kommunikative Zusammenhalt des jeweiligen Sozialsystems, etwa der Familie, bestimmte „Krankheiten“ erst erforderlich macht. Das Erleben und Handeln von Personen wird von den jeweiligen sozialen Systemen sowohl von oben nach unten als auch von unten nach oben durch das beteiligte psychische System bestimmt. Die Bestimmung von oben nach unten ist aber sehr viel einflussreicher und deutlicher als die Gegenrichtung.³⁹ Wird ein identifizierter Patient „geheilt“, muss oft eine andere Person in der Familie krank werden. Das heißt, soziale Systeme sind in dieser strukturellen Koppelung von psychischen und sozialen Systemen durchaus überdeterminierend. Im schlechten kommunikativen Klima wird auch der „Ich-Stärkste“ irgendwann müde und krank.

Für die Krankenhauseelsorge bedeutet diese Einsicht der Überdeterminanz sozialer Systeme einen zweifachen Abschied; zum einen den von der ausschließlich dialogisch-geführten Konzentration auf die dyadische Patienten-Seelsorger-Relation als dem alleinseligmachendem Focus. Eine Innerbetriebliche Fortbildung für Mitarbeiter zum Thema Umgang mit Abschied verbessert das Verhalten der Mitarbeiter und das Erleben der Patienten exponentiell mehr als eine lange und zeitaufwendige Einzelbegleitung eines Patienten durch den Seelsorger. Gerade die kommunikative Präsenz in einer erwartbaren, klar umrissenen Funktionsrolle in den Strukturen des Krankenhauses erhöht den Benefit des einzelnen Patienten. An diesem Punkt verknüpft sich die These FES-Studie, dass Patientenorientierung Mitarbeiterorientierung bedeutet, mit der Theorie sozialer Systeme. Krankenhauseelsorge hat denn, wenn sie erfolgreich die Präsenz der Kirche im Lebensraum Krankenhaus erwirken will, in der Tat im Interesse der einzelnen Patienten auch hier den Schwerpunkt zu setzen.

Zum anderen geht es darum, sich von der Vorstellung zu verabschieden, in psychische Systeme hinein intervenieren zu können und zu wollen. Seelsorge ist Kommunikation, die

³⁸) Vgl. Luhmann (1984), 191ff. Gerade dieser Aspekt der Theorie Luhmanns wird gelegentlich unterschätzt. Seiner Ansicht nach ist Kommunikation im Grunde ironisch, d. h. der Gegensinn wird immer mitkommuniziert, erst wenn die Sinnselektion von Alter als Sprechakt mit der Unterstellung arbeitet, zu wissen, wie es gemeint ist, lässt sich die doppelte Kontingenz der Kommunikation zum Stillstand bringen.

³⁹) Watzlawick nennt diese Eigenschaft autopoietischer Systeme ihre Äquifinalität, das heißt, in gewissen Toleranzen können sie unterschiedliche Umweltbedingungen nutzen, um sich in identischer Weise zu reproduzieren. Vgl. Watzlawick, (1985⁷), 122ff. Das Phänomen lässt sich bereits auf grundlegender physikalischer Ebene bei den Benard'schen Konvektionszellen beobachten, vgl. Löhden, (1999).

sich auf Kommunikation bezieht, aber sie gilt nicht einem substanzhaften Personbegriff, wie er innerhalb einer dualen Subjekt-Objekt-Konzeption cartesianischer und - im Gefolge Kants - transzendentaler Herkunft entworfen wird, der schließlich auch die Grundlage psychoanalytischer Theoriebildung darstellt.

Parentale Selbstimmunisierung

Psychische Systeme, Bewusstsein, sind autopoietische Systeme. Sie sind ereignisbasiert. Ihre Ereigniselemente sind Gedanken. „Das Bewusstsein existiert als Selbsttransformation. Die Zeit wirkt auf solche Systeme nicht nur auf der Ebene der Strukturen ein in dem Sinne, dass die Strukturen flexibel und änderbar gehalten sein müssen, damit das System sich bei Bedarf geänderten Umweltbedingungen anpassen kann. Vielmehr ist die Zeit aller Anpassung voraus schon in der Form ständigen Zerfalls der Elemente in das laufende System eingebaut. Das System ist dadurch gehalten, sich selbst durch laufende Neubildung von Elementen irreversibel zu machen, also eine Geschichte zu akkumulieren und sich auf diese Weise, gleichsam aus innerer Notwendigkeit, der Irreversibilität der Weltzeit zu fügen. ... Man kann nicht genug betonen, dass damit der Dauerzerfall zur unerlässlichen Mitursache des Systembestandes wird. Würde jeder Gedanke im Bewusstsein stehen bleiben, wäre die Ordnungskapazität des Systems in Minutenschnelle überfordert. Keine denkbare strukturelle Komplexität könnte ein System unter diesen Umständen noch ordnen – es sei denn, dass nur ganz wenige einfache Gedanken zugelassen sind.“⁴⁰ Aufgrund dieser ereignisbasierten Zerfallsstruktur des Bewusstseins in passageren Gedanken kann auch seine Selbstbezüglichkeit als Gedanken nur diesem Zerfall unterliegen. In sich selbst können psychische Systeme nicht vollständig vorkommen, und eben nicht nur psychische, sondern alle Systeme, die in ihrer Selbstorganisation ereignisbasiert sind. „Operativ hergestellte Einheiten können sich ... nicht durch einige ihrer Operationen in selbst noch einmal abbilden. Das ist eine durch Zeit- und Komplexitätsgesichtspunkte angereicherte Reformulierung der Einsicht, dass kein Tatbestand in sich komplett abbildbar ist, weil Vollständigkeit bedeutete, dass die Abbildung in der Abbildung mitabgebildet werden müsste, und so weiter und so weiter“.⁴¹ „Autopoietische Systeme haben also ein hochgradig unscharfes Bild ihrer selbst. Diese Unschärfe lässt sich gerade noch ahnen, jedoch konstitutiv nicht: beheben.“⁴² Die psychoanalytische Leitdifferenz von unbewusst/bewusst organisiert dieses Konstitutionsmoment psychischer Systeme in einem kommunikativen Sozialsystem, nämlich dem Klienten –Therapeutensystem oder der Gruppe und ihrer Dynamik und schreibt interaktionell mit der Differenz unbewusst/bewusst diese konstitutionsbedingte Selbstintransparenz dem Klienten oder den Gruppenteilnehmern als Defizit zu, natürlich mit der Verheißung, dass sich das durch ausreichend lange therapeutische Arbeit schon bessern werde. Diese Defizite werden vor allem in der kernfamilialen Ontogenese des betroffenen psychischen System festgemacht und einer erinnernden Durcharbeitung unterzogen, die im Sinne eines Enactments⁴³ die Entwicklungsdefizite in der Gruppen- und Therapeutenbeziehung wiederholt und damit einer Bewusstwerdung und Veränderung zugänglich macht. Das gruppenszenarische Klient – Therapeuten-Beziehung bewegt sich in dem sozialen Skript der Familie fort und stellt es gleichsam auf Dauer.⁴⁴ Die Asymmetrie zwischen dem parentalen Therapeutensystem und dem infantilen Klienten-, Gruppenteilnehmersystem tendiert rekursiv zu unendlicher Wiederholung aufgrund der

⁴⁰) Luhmann, Die Autopoiesis des Bewusstseins (1995), 57.

⁴¹) Fuchs (1989), 205.

⁴²) Fuchs (1989), 206.

⁴³) Vgl. dazu Streeck (2000).

⁴⁴) Gerade die Überwindung familialer Zugehörigkeitsmuster forcieren die grundlegenden Texte des Christentums, vgl. etwa Mk 10, 27ff par. Vgl. dazu Pöttner (2000) und Mißfeldt, Ein Schlafender im Schiff (1999).

Asymmetrie der Leitunterscheidung von unbewusst/bewusst, die sich in der bekannten Eisbergmetapher ausdrückt. Isolde Karle hat in ihrer Dissertation „Seelsorge in der Moderne“⁴⁵, die systemtheoretische Kritik mit der feministischen Kritik an der Psychoanalyse kombiniert. Sie zeigt, dass die analytische Grundorientierung am narzistischen Konflikt mit der Mutter und dem ödipalen mit dem Vater einer binären Gendersemantik⁴⁶ unterliegt, die ein Konstrukt der modernen Gesellschaft ist, aber in keiner Weise als eine anthropologische Konstante ontologisiert werden kann und darf.

Die von Peter Fuchs formulierte Hypothese der wachsenden psychischen Reizbarkeit der Gesellschaft⁴⁷ lässt sich gut begründen mit dem von Luhmann herausgearbeiteten Wandel der Gesellschaft zur funktional differenzierten, die vornehmlich auf Exklusion⁴⁸ abstellt und damit psychische Systeme im Gegensatz zu stratifikatorischen oder segmentären Gesellschaften einer ziemlichen Unbehaustheit im Sinne einer ständigen Inklusionsverweigerung aussetzt. Therapeutische Sozialsysteme üben vielleicht gerade deshalb eine so enorme Attraktivität aus, weil sie vorbehaltlos Inklusion zu versprechen scheinen, freilich um den Preis der Parentifizierung der Therapeuten und der Infantisierung der Klienten im Rahmen einer Ersatzfamilie, die genau diese Differenz mit den Begriffen Widerstand und Abwehr den defizitären psychischen Systemen der Klienten anlastet und sich so gegen jede Kritik immunisieren kann.

Klinische Seelsorgeausbildung

Die KSA übersetzt dieses analytische Parentifizierungskonzept in den kirchlichen Bereich und bildet parasitär zur Kirche eine eigene Organisation aus, in der Durchführung entsprechender Kurse, in einem Ausbildungssystem und der gleichnamigen Sektion der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie.

In der funktional ausdifferenzierten Gesellschaft werden die Beziehungen der Subsysteme untereinander durch die Form der Leistung geprägt. Diese Form beschränkt normalerweise als Umweltpassungsdruck die Autopoiesis von sich selbstorganisierenden (Sub-)Systemen. Funktionale Differenzierung bedeutet Kontingenzstellung und Ersetzbarkeit durch andere Systeme, die ähnliche oder gleiche Leistungen schneller und zu geringeren Kosten erbringen: Konkurrenz.

Dadurch, dass die KSA und Krankenhauseelsorge in diffuser Nähe wahrgenommen werden, wird eine solche fruchtbare Konkurrenzsituation nicht eben gefördert, im Gegenteil die Krankenhauseelsorge und die Präsenz der Kirche im Lebensraum werden durch den analytischen, auf dyadische Gesprächsrelationen beschränkten Ansatz der KSA mit seinem inhärenten Gebot der Organisationsabstinenz nicht unwesentlich beschränkt.

Als weitgehendes Monoparadigma für Seelsorgeausbildung ist vielleicht auch die parentale, weniger patriarchale, Ekklesiologie der KSA dafür mit von Bedeutung, dass kirchliche Reformkonzepte, die eher auf ein Pfarrerbild setzen, das durch Entrepreneurship und Selbstwirksamkeitserwartung gekennzeichnet ist, verhältnismässig wenig Akzeptanz erfahren. Die KSA profitiert von der stellenmässigen Doppelstruktur zur Krankenhauseelsorge, ohne leistungsbezogen ausweisen zu müssen, ob im Vergleich andere Ausbildungsgänge nicht effizienter und kostengünstiger sind.

Seelsorgeausbildungen sind mittlerweile ein deutlich umkämpfter Markt und die KSA sollte sich vielleicht durch die Entflechtung von der Krankenhauseelsorge in einem nachhaltigen Outsourcingprozess den frischen Wind des Wettbewerbs um die Nase wehen lassen. Damit wäre dann dem Interesse der KSA, das ja in ihrer Selbstbeschreibung deutlich formuliert ist,

⁴⁵) Vgl. Karle (1996).

⁴⁶) Gerade deshalb üben androgyne Zwitterfiguren wie Michael Jackson so einen enormen Reiz aus, weil sie die Differenz querkreuzen.

⁴⁷) Fuchs, (1989), 184.

⁴⁸) Vgl. dazu grundlegend Luhmann, Inklusion und Exklusion (1995) und Mißfeldt (1999)

eben klinische Seelsorge*ausbildung* zu betreiben und nun gerade nicht Krankenhausseelsorge, in aller Form entsprochen.

Krankenhausseelsorge in Zukunft

Die Krankenhausseelsorge wird gut daran tun, den Leitsystemkonflikt mit der KSA deutlich für sich zu entscheiden, indem sie sich von bedeutungsschweren Metaphern wie dem Zwischen-Raum oder dem Clown als Leitbildern trennt und sich mehr mit der Beobachtung des Medizinsoziologen Hannes Friedrich beschäftigt, dass man in der Organisation Krankenhaus vom Klinikseelsorger offenbar nichts erwartet⁴⁹. Diese Nichts- und Nicht-Erwartung ist das Verhängnis für die Krankenhausseelsorge, weil sie – das kann man von der Theorie Sozialer Systeme Luhmanns lernen - einer organisationalen Selbstmarginalisierung gleichkommt.

Das Leitbild der Krankenhausseelsorge in Zukunft, mit dem sie womöglich eine vordringliche Aufgabe der Kirche erfüllt, ist das der Kooperation und weitergehend das des Kooperationsvertrages. In der kleinen Münze der kontextuellen Verständigung vor Ort und seiner vertraglichen Verschriftlichung, was denn je und je die Aufgabe und die Rolle der Krankenhausseelsorge ist, werden sich Kirche, Krankenhäuser und Seelsorger darum einigen müssen. Das wird ganz sicher eine zerbrechliche und immer wieder neu zu erarbeitende Einigung sein, mühsam, aber vielleicht stellt genau das dies ausgezeichnete Lernfeld der Kirche dar, das die FES-Studie anspricht.

Theoretisch wird es für die Seelsorge darum gehen, sich mit Therapien und Therapiekonzepten einzulassen, die anders als der analytische Ansatz die Selbstintransparenz psychischer Systeme besser in sich abzubilden und in Interventionsoptionen umzusetzen vermögen. In Frage kommen vor allem die (kognitive) Verhaltenstherapie, die lösungsorientierte Kurzzeittherapie und nicht zuletzt die Hypnotherapie Milton Ericksons.

Literatur

- Baecker, D. , Postheroisches Management. Ein Vademecum, Berlin 1994
Dalferth, I.U., Spielraum zum Missverständnis, in: Ökumene, Marburger Jahrbuch Theologie XII, hrsg. v. W. Härle u. R. Preul, Marburg 2000, 71 – 99
de Shazer, S. , Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie, Heidelberg 1997⁵
Faber, H., Seelsorge am kranken Menschen, Handbücherei für die Gemeindegliederarbeit 45, Gütersloh 1969
- , Der Pfarrer im modernen Krankenhaus, Handbücherei für die Gemeindegliederarbeit 48, Gütersloh 1970
Friedrich, H., Die Klinikseelsorgerin und der Klinikseelsorger im Dickicht von Zweckrationalität und Krankenhauskultur, in: WZM 48 (1996), 164 – 175
Fuchs, P., Blindheit und Sicht: Vorüberlegungen zu einer Schemarevision, in: N. Luhmann, P. Fuchs, Reden und Schweigen, stw 848, Frankfurt 1989, 178 – 208
Gärtner, H. W. , Das Krankenhaus als System, in: E. Zwierlein (Hrsg.), Klinikmanagement, München 1997, 126 - 134, 133.
Gestrich, R., Am Krankenbett. Seelsorge in der Klinik, Stuttgart 1987
Karle, Isolde, Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytischen Seelsorgelehre, Neukirchen-Vluyn 1996
Konzeption und Standards in der Krankenhausseelsorge. Beschlossen auf der Jahrestagung der Konferenz für Krankenhausseelsorge der EKD in Bethel am 17.3.94 in Bethel, in WZM 46 (1994), 430 – 432
Klessmann, M., Seelsorge im Krankenhaus: Überflüssig – wichtig – ärgerlich! In: WZM 42 (1990), 421 – 433.
- , Seelsorge in der Institution Krankenhaus, in: ders., Hrsg., Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 1996, 13 – 27
Krankenhausseelsorge – Eine vordringliche Aufgabe der Kirche? Bericht zur Situation der Krankenhausseelsorge aufgrund von Ergebnissen des Projektes „Naturwissenschaftliche Medizin und christliches Krankenhaus, dem Rat der Evang. Kirche in Deutschland und den Leitungen der Gliedkirchen vorgelegt, Heidelberg 1991
KTQ®- Manual, inkl. KTQ®-Katalog. Version 3.0 für den Einstieg in der Pilotphase, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf 2000
Löhden, M. , Strukturbildung im thermischen Nichtgleichgewicht, Im Kontinuum. Annäherungen an eine relationale Erkenntnistheorie und Ontologie, hrsg. v. W. Härle, Marburg 1999, 259 – 270
Luhmann, N., Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie, Frankfurt 1984
- , Borniert und einfühlsam zugleich. Schön, dass wir so ungeniert plaudern. Eine soziologische Betrachtung, FAZ vom 27.1.93, N5
- , Probleme mit operativer Schließung, in Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch, Opladen 1995, 12 – 24
- , Die Autopoiesis des Bewusstseins, in: ders., Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch, Opladen 1995, 55 – 112
- , Inklusion und Exklusion, in: ders., Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch, Opladen 1995, 237 – 264
- , Die Religion der Gesellschaft, hrsg. v. A. Kieserling, Frankfurt 2000
Malorny, Chr. , TQM umsetzen, Stuttgart 1999
Minuchin, S., Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie, Freiburg 1987⁷

⁴⁹) Vgl. Friedrich, (1996), 169.

- Mißfeldt, M., Ein Schlafender im Schiff. Abduktive Bemerkungen zum narrativen Programm des Markusevangeliums, in: Im Kontinuum. Annäherungen an eine relationale Erkenntnistheorie und Ontologie, hrsg. v. W. Härle, Marburg 1999, 109 – 125.
- ,Kirchenleitung, in: Im Kontinuum. Annäherungen an eine relationale Erkenntnistheorie und Ontologie, hrsg. v. W. Härle, Marburg 1999, 163 – 182.
- Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen; eine Studie der Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung/ im Auftrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland hrsg. v. Kirchenamt der EKD, Gütersloh 1994.
- Pöttner, M., Die Zeit der zerbrechlichen Evangeliumskommunikation. Semiotische Studien zur markinischen Erzählung, Habilitationsschrift Heidelberg 2000, als Download unter <http://www//martinpoettner.de>.
- Rendtorff, T. , Volkskirche in Deutschland. Eine historisch-theologische Problemskizze, zit. nach Person und Institution. Volkskirche auf dem Weg in die Zukunft, hrsg. von der EKHN, Frankfurt 1993.
- Scharffenorth, Gerta, Müller, A.M.K. (Hrsg), Patientenorientierung als Aufgabe. Kritische Analyse der Krankenhaussituation und notwendige Neuorientierungen. Heidelberg 1991², Reihe A, Nr.31
- Schleiermacher, F.D.E., Kurze Darstellung des theologischen Studiums zum Behuf einleitender Vorlesungen, hrsg. v. H. Scholz, photomech. Nachdruck der krit. Ausgabe, Leipzig 1910.
- Schlippe, A.v., Schweitzer, J. , Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen 1999⁶.
- Streeck , U. (Hrsg.), Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß., Göttingen 2000.
- Stahl, Th., Interventionsmuster des NLP in der Familientherapie, in: Familientherapie in der Sicht therapeutischer Schulen, Hrsg. v. Kristine Schneider, Paderborn 1985, 330 – 353.
- Qualitätshandbuch. Stand 04/2000 Version 3.0 Arbeitsfassung proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Bonn 2000.
- Watzlawick, P. , Beavin, Janet H., Jackson, D.D. , Menschliche Kommunikation, Bern; Stuttgart; Wien 1985⁷.
- Wittmann, D., Die Ebenen des Kommunikationsprozesses der Seelsorge im Krankenhaus. Gruppenanalytische Überlegungen zum Ort der Krankenhaussorge, in: Praktische Theologie 35 (2000), 288 – 296.