

Thema: Praktizierte Ökumene

wir Ökumene noch umfassender begreifen müssen. Der Religionsunterricht wird dann eine notwendig integrative Funktion in der Schule übernehmen können. Religionsunterricht als Ort interreligiösen Lernens verlangt aber längerfristig danach, „dass die Religionen in ihm die Möglichkeit erhalten, in ihrer Vielfalt gleichberechtigt und authentisch repräsentiert zu sein“.¹¹

Ein ökumenischer Religionsunterricht, in dem so das interreligiöse Lernen dialogisch entwickelt wird, wäre eine lebendige Umsetzung der Resolution hinduistischer, jüdischer, christlicher und muslimischer Gemeinschaften in Basel und der Region vom Betttag, am 16. September 2001, in Basel zum Thema: „Das vielfarbige Gesicht Basels – Religionen kommen ins Gespräch“.¹² Und er würde die Einsicht der jungen Menschen jener erwähnten Schulklasse in Bezug auf den Religionsunterricht ernst nehmen, die ein Schüler so auf den Punkt bringt:

„... aber was wir hier machen, betrifft uns doch alle ...!“

¹¹ Gesprächskreis Interreligiöser Religionsunterricht in Hamburg. Empfehlungen zum Religionsunterricht an öffentlichen Schulen in Hamburg, in: Doedens/Weisse 1997, 38.

¹² Das vielfarbige Gesicht Basels – Religionen kommen ins Gespräch. Interreligiöse Begegnung, Betttag, 16. September 2001, im Theaterfoyer des Theater Basel. Die Resolution ist getragen von: Evangelisch-reformierte Kirche BS, Hindu-Kulturverein/Anbaal-Tempel Muttenz, Israelitische Gemeinde Basel, Basler Muslim-Kommission, Offene Kirche Elisabethen, Römisch-Katholische Kirche BS, St. Katharina-Werk Basel.

Welche Seelsorge hätten Sie denn gerne? Oder: Was willst du, dass ich für dich tun soll? (Lk 18,41)

Ergebnisse einer Patientinnen- und Patientenbefragung
im Kantonsspital Basel*

David Plüss / Dominik Schenker

1. Einleitung

a) Zusammenfassung

Die professionelle Seelsorge in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen befindet sich in einem unsicher gewordenen und immer neu zu bestimmenden Bereich, wo sich zum einen Interessen überlagern, zum anderen klar kon-

* Die folgenden Ausführungen basieren auf dem ausführlichen Bericht über die „Patienten/innenbefragung Seelsorge im Kantonsspital Basel“. Zu den Autoren gehören neben *Dominik Schenker* und *David Plüss Burkhard Weber*, *Adelheid Gerber* und *Johannes Huber*. Der Bericht kann beim Amt für Information und Medien der Ev.-ref. Kirche Basel Stadt oder über Internet unter www.erk-bs.ch bezogen werden.

turierte Vorstellungen und Aufgabenstellungen fehlen.¹ Von der Spitalseelsorge wird Vieles und sehr Unterschiedliches erwartet und kaum jemand weiß, was sie genau tut. Um die Konturen der real geleisteten Seelsorge, vor allem aber um die Vorstellungen und Erwartungen, die an sie herangetragen werden, genauer erfassen zu können, hat der Kirchenrat der Evangelisch-reformierten Kirche Basel-Stadt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuell sich vollziehenden Neubestimmung des Verhältnisses von Kirchen und Staat² eine Studie in Auftrag gegeben, die die Wahrnehmungen und Vorstellungen von Seelsorge im Kantonsspital Basel seitens der Patientinnen und Patienten³ erheben soll.

Die Höhe und die Eindeutigkeit der Zustimmung zur Seelsorge im Kantonsspital überrascht.

Leitend waren die Fragen nach der grundsätzlichen Bewertung der Seelsorge („Soll am Kantonsspital Seelsorge angeboten werden?“) und nach deren spezifisch religiösem und konfessionellem Profil („Könnte Seelsorge nicht ebenso gut von einer Psychologin oder einem Psychiater angeboten werden?“ bzw. „Ist es Ihnen wichtig, ob der Spitalseelsorger katholisch oder reformiert ist?“). Die Umfrage ist sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgerichtet: Es wurden 102 Personen mit einem standardisierten Fragebogen befragt (*quantitativer Teil*) und 23 Interviews geführt (*qualitativer Teil*).

Die Ergebnisse der Untersuchung sind in verschiedener Hinsicht interessant:

- *Die Höhe und die Eindeutigkeit der Zustimmung* zur Seelsorge im Kantonsspital überrascht. Seelsorge soll nach der Meinung der allermeisten im Spital angeboten werden, selbst wenn sie von den Befragten selber nicht in Anspruch genommen wird. Von vielen wird die erfahrene oder erwünschte *Zusammenarbeit von Körper- und Seelenpflege* betont.
- Auf statistischem Weg war es möglich, vier gut unterscheid- und interpretierbare Gruppen von Patienten/innen-Bedürfnissen zu bilden: (1) Bedürfnis nach einem langen religiösen Gespräch, (2) Bedürfnis nach einem konfessionellen Kurzbesuch, (3) Bedürfnis nach einem langen Gespräch und (4) eine Gruppe mit einem kleinen, aber pointiert religiösen Bedürfnis. Diese unterschiedlichen Erwartungen zeigen die Schwierigkeiten, ein durchschnittliches Erwartungsprofil zu interpretieren.
- Neben einer großen Gruppe von Befragten (3), die sich vor allem ein *offenes Ohr* wünscht, findet sich eine ebenso große Gruppe (1), die *religiösen Zuspruch* erwartet. Die Auswertung der Interviewaussagen zeigte innerhalb der Gruppe jener, die sich von der Seelsorge vor allem das Zeithaben erhoffen, ein bemerkenswertes Phänomen: Sollte es ihnen einmal wirklich

¹ Vgl. Werner Ebling: Seelsorge und Marketing – am Beispiel der Reformierten Seelsorge im Universitätsspital Zürich, Bern/Stuttgart/Wien 1998, 14.31; Michael Klessmann: Einleitung: Seelsorge in der Institution Krankenhaus, in: ders. (Hg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 1996, 14-27.

² Im Kanton Basel-Stadt wird zur Zeit eine neue Kantonsverfassung beraten. Das Verhältnis von Kirche und Staat ist dabei ein prominenter und kontrovers diskutierter Gegenstand.

³ Dem Anliegen der integrativen Sprache wird im Folgenden dadurch entsprochen, dass männliche und weibliche Formen zumeist abwechselnd verwendet werden.

- schlecht gehen, erwarten Sie von der Seelsorgerin, dass sie mit ihnen betet oder einen Psalm liest.
- Bemerkenswert sind im Weiteren die spezifisch *religiösen* Erwartungen an die Seelsorge. Die Seelsorgerin bzw. der Seelsorger wird nicht nur in den Zusammenhang der Kirche als Institution, sondern des Religiösen oder Numinosen gebracht. Auch wenn die Seelsorgerin nur zuhören soll, muss es doch die Seelsorgerin sein. Es macht für die meisten einen wesentlichen Unterschied, ob es der Seelsorger ist, der zuhört, oder die Nachbarin oder der Psychologe.

b) Wahrnehmung von Bedürfnissen als Forschungsperspektive

Die professionelle Seelsorge in den Spitälern steht, wie erwähnt, im Spannungsbereich verschiedener Interessen. Die Patienten und Patientinnen haben unterschiedliche und zumeist unausgesprochene Erwartungen an die Seelsorge. Die Spitalleitung, die Ärzte und das Pflegepersonal erwarten einen reibungslosen Ablauf von Therapie und Pflege.⁴ Andere Interessen bringen die Kirchenleitungen der Spitalseelsorge entgegen und wieder andere der Staat und die Gesellschaft. Neben den manifesten Interessen ist die Seelsorge aber auch mit diffusen Erwartungen, Unkenntnis ihrer Arbeit, Misstrauen und Ablehnung konfrontiert. In dieser durchaus prekären Situation ist sie permanent herausgefordert, sich zu positionieren und ihre Position sowohl nach innen wie nach außen zu begründen und plausibel zu machen.

Eine solcherweise verantwortete Positionierung kann, davon sind sowohl die meisten Seelsorgerinnen und Seelsorger wie auch die Kirchenleitungen überzeugt, weder von einem konfessionell eng geführten Verkündigungsauftrag abgeleitet noch durch eine Erhebung der Bedürfnislagen der Patientinnen und Patienten allein begründet werden. Entscheidend für eine verantwortete Positionierung ist die möglichst sorgfältige Analyse des komplexen Arbeitsfeldes der Seelsorge. Dabei spielt *die Wahrnehmung der Seelsorge von Seiten der Patientinnen und Patienten* eine Hauptrolle.⁵ Dieser Wahrnehmung widmet sich die hier vorzustellende Umfrage. Wie wird die professionelle Seelsorge wahrgenommen? Wie steht es um die Akzeptanz des Seelsorge-Angebots? Kennen die Patienten bzw. Patientinnen die real geleistete Seelsorge oder spiegeln die Aussagen vor allem Wünsche und Hoffnungen wieder? Wie steht es genau um diese Wünsche und Hoffnungen? Wie sollte die Seelsorge angeboten werden? Die durch diese Fragen charakterisierte Frageperspektive bestimmte die der Befragung zu Grunde gelegten Hypothesen, die Aussagen des Fragebogens und die Leitfragen der Interviews.

⁴ Vgl. dazu die krankenhausoziologischen Analysen von *Johannes Siegrist*: Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhausoziologie, in: Klessmann 1996, 28ff.

⁵ Wir gehen davon aus, dass die Frontstellung zwischen offenbarungstheologischer und empirisch-bedürfnisorientierter bzw. -wahrnehmungsorientierter Position dem Anliegen der Seelsorge nur abträglich sein kann und es auf eine Vermittlung zwischen beiden ankommt. Im Rahmen der Patienten/innenbefragung geht es uns aber vor allem um die empirische Wahrnehmung.

c) Ökumenische Ausrichtung der Befragung

Die Befragung ist insofern ökumenisch ausgerichtet, als die Patientinnen und Patienten unabhängig ihrer Konfessions- oder Religionszugehörigkeit befragt wurden.⁶ In der Projektgruppe waren sowohl protestantische Theologinnen und Theologen als auch ein katholischer Theologe und Sozialwissenschaftler vertreten. Dem von katholischen Spitalseelsorgern vorgebrachten Einwand, die Befragung berücksichtige die Spezifika katholischer Seelsorge wie Sakramentspendung und Gottesdienste zu wenig, ist mit dem Argument zu begegnen, dass keine spezifischen Seelsorge-Angebote und Dienstleistungen auf deren Akzeptanz hin abgefragt, sondern durch einen möglichst breiten Fokus und möglichst offene Fragestellungen die allgemeine Einstellung zur Seelsorge erhoben werden sollte.⁷

d) Untersuchungsdesign

Die Untersuchung der Seelsorge erfolgte zweistufig und mit einer gemischten Methode:

Quantitativer Teil: In einer ersten Stufe wurden mittels eines standardisierten Fragebogens mit 18 Fragen die *allgemeine Einstellung zur Seelsorge im Spital* (7 Fragen), die *Religiosität* (6 Fragen)⁸ und die *Soziodemographika* erhoben. Dieser Fragebogen wurde von 102 Patienten/innen schriftlich ausgefüllt (davon konnten 99 für die Untersuchung verwendet werden). Die Vorstellung und Verteilung sowie das Einsammeln des Fragebogens erfolgte durch das Projektteam. Ausgehend von den Ergebnissen dieser ersten Stufe sollte eine repräsentative Auswahl für eine weitergehende Befragung getroffen werden, da sowohl positive wie negative Grundeinstellungen zur Seelsorge im Spital von Interesse sind. Beim Einsammeln der Fragebogen wurde das grundsätzliche Einverständnis für eine weitergehende Befragung eingeholt.

Qualitativer Teil: In der zweiten Stufe wurden insgesamt 23 Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten geführt. Die Patientinnen bzw. Patienten wurden aufgrund des Fragebogens ausgewählt und sollten sowohl negative wie positive Einstellungen zur Seelsorge im Spital vertreten. Sie haben ihre mündliche Einwilligung zur Befragung beim Einsammeln der Fragebogen gegeben. Das Gespräch wurde anhand von drei Leitfragen geführt und dauerte ca. 20 Minuten. Es wurde mit Tonband aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.⁹

⁶ Neben Katholiken und Reformierten wurden auch Angehörige anderer Religionsgemeinschaften befragt. Anders in der Studie von Werner Ebling (Ebling 1998, 11).

⁷ Aus methodischen Gründen waren die Seelsorger des Kantonsspitals weder an der Untersuchung noch an der Auswertung beteiligt.

⁸ Die Fragen zur *Religiosität* nehmen diejenigen der vor Kurzem in Basel-Stadt durchgeführten *Ökumenischen Basler Kirchenstudie* (Manfred Bruhn (Hg.): *Ökumenische Basler Kirchenstudie. Ergebnisse der Bevölkerungs- und Mitarbeitendenbefragung*, Basel 1999) im Wortlaut auf, um die Anschlussfähigkeit zu gewährleisten.

⁹ Vgl. Philipp Mayring: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim 1994; Uwe Flick: *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Hamburg 1995.

e) Durchführung

Die Befragung wurde vom 15. März bis zum 30. April 2000 durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden vier möglichst repräsentative Stationen des Kantonsospitals ausgewählt. Das Projekt-Team nahm dann zu den jeweiligen Stationsleitungen Kontakt auf und stellte auf den Stationen das Projekt und den Fragebogen vor. Die Stationsleitungen reagierten durchweg positiv und kooperativ auf das Projekt, informierten das Pflegepersonal und ließen dem Projekt-Team täglich aktuelle Patienten/innenlisten zukommen. Der Fragebogen wurde an die ersten 102 Patienten verteilt, die folgende drei Kriterien erfüllten: 1. Präsenz im Moment der Verteilung (häufig waren Patienten aufgrund von Untersuchungen, Eingriffen o. ä. abwesend). 2. Ansprechbarkeit (manche Patientinnen standen im Moment der Verteilung unter Narkose, waren besinnungslos, der deutschen Sprache nicht mächtig oder anderweitig beschäftigt). 3. Interesse, bzw. Kooperationswilligkeit (manche Patienten waren nicht an einer Mitwirkung interessiert; hatten nicht genügend Kraft, andere Pläne o. ä. und winkten daher ab). Der Fragebogen wurde unabhängig von Konfession und Religion verteilt, wenn dies möglich und erwünscht war. Bei der Einsammlung, die gleichentags wie die Verteilung erfolgte, wurde das grundsätzliche Einverständnis für eine weitergehende Befragung (Interview) eingeholt. Die Patientinnen und Patienten reagierten auf die Befragung in der Regel positiv und interessiert. Da Verteilung und Einsammlung der Fragebogen durch die Befrager persönlich und nach verbindlicher zeitlicher Absprache erfolgte, war der Rücklauf beinahe 100 %.

f) Stichprobe der quantitativen Untersuchung

Die Fragebogenuntersuchung umfasst 49 Frauen und 50 Männer. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 61.5 Jahre (± 17.4 Jahre), wobei die Frauen mit 65.6 Jahren (± 16.4) signifikant älter sind als die Männer ($\bar{\mu} 57,5 / \pm 17.5$). Die jüngste Person ist 17 Jahre alt, die älteste 94. Der Vergleich mit der repräsentativen Stichprobe der Ökumenischen Basler Kirchenstudie ergibt im Bezug auf die religiösen Einstellungen keine bedeutsamen Unterschiede zu der gleichaltrigen Basler Durchschnittsbevölkerung.

2. Unterschiedliche Bedürfnisse (Quantitativer Teil)

a) Zustimmung zur Seelsorge, Toleranz, Offenheit und Wichtigkeit der Konfession

Nach einer ersten Auswertung der Fragebogenantworten waren drei Dinge klar: Erstens, die Spitalseelsorge genießt eine überraschend hohe Zustimmung. 93 der 99 Personen beurteilen die Spitalseelsorge als wichtig. 74 beurteilen sie sogar als sehr wichtig. Zweitens, die wichtigste Anforderung an Seelsorgerinnen und Seelsorger ist Toleranz und Offenheit. Drittens, nur für eine Minderheit von 21 Personen ist die Konfession der Seelsorgenden wichtig.

b) Vier Bedürfnisgruppen

Neben diesen drei Befunden zeigte sich ein unklares Bild. Alle Zeichen deuteten aber darauf hin, dass sich dahinter eine Struktur verbirgt. Diese Struktur wurde mit Hilfe einer statistischen Methode (Clusteranalyse) sichtbar gemacht. Hinter diesem auf den ersten Blick unklaren Bild verbargen sich vier gut interpretierbare Gruppen (Abbildung).

Gruppe 1: „Bedürfnis nach einem längerem religiösen Zuspruch“ (34 Personen)

Die Mitglieder dieser Gruppe erwarten religiösen Zuspruch und eine längere Zuwendung, als sie das Spitalpersonal leistet. Sie sind sehr enttäuscht, wenn sie nicht durch eine Spitalseelsorgerin oder einen Seelsorger besucht werden. Diese Gruppe legt keinen Wert auf die Konfession der Seelsorgenden. Sie erachten die Seelsorger als nicht durch Psychologen ersetzbar.

Gruppe 2: „Bedürfnis nach einem konfessionellen Kurzbesuch“ (20 Personen)

Als einzige Gruppe legt sie auf die Konfession der Seelsorgenden Wert. Die Mitglieder dieser Gruppe haben nicht den Anspruch, dass die Seelsorgenden mehr Zeit für sie haben als das Spitalpersonal. Sie sind sehr enttäuscht, wenn sie nicht besucht werden und bezweifeln die Ersetzbarkeit der Spitalseelsorger durch Psychologen stark. Diese Gruppe hat eine erstaunliche Besonderheit: Trotz der hohen eigenen Religiosität erwarten die Mitglieder dieser Gruppe von den Seelsorgenden nur in einem mittleren Maß religiösen Zuspruch.

Gruppe 3: „Bedürfnis nach einem langen Gespräch“ (31 Personen)

Diese Gruppe wünscht eine „säkulare Spitalseelsorge“. Wichtig ist, dass die Seelsorgenden Zeit haben, mehr als das Spitalpersonal. Das Bedürfnis nach religiösem Zuspruch ist klein und die Seelsorger könnten durch Psychologen oder Psychiater ersetzt werden.

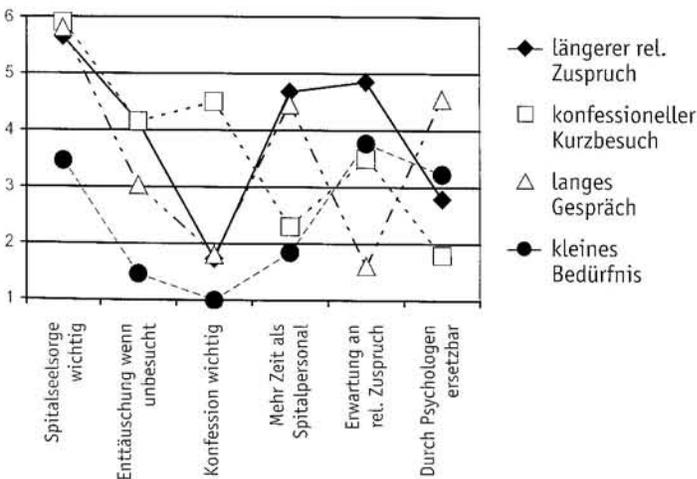


Abbildung: Die Profile der vier Bedürfnisgruppen

Thema: Praktizierte Ökumene

Gruppe 4: „Kleines Bedürfnis nach Spitalseelsorge“ (13 Personen)

Die Gruppemitglieder finden die Spitalseelsorge deutlich unwichtiger als die anderen drei Gruppen. Sie sind denn auch kaum enttäuscht, wenn sie nicht durch einen Seelsorger, eine Seelsorgerin besucht werden. Interessant ist das relativ hohe Bedürfnis an religiösem Zuspruch trotz der allgemein tiefen Religiosität. Spitalseelsorge hat für diese Gruppe ein pointiert religiöses Profil.

3. Seelsorgerin als Repräsentantin des Heiligen (Qualitativer Teil)

Durch die Auswertung der Interviews konnten die durch die Fragebogen erhobenen Daten bestätigt und differenziert werden. Bestätigt wurde die allgemein hohe Zustimmung zur Seelsorge. Differenziert wurde die Erwartung an das Zeithaben, an das offene Ohr der Seelsorgerin. Differenziert und relativiert wurde diese Erwartung insofern, als für die Mehrzahl derjenigen, denen das Zeithaben wichtig ist, diejenige, die diese Zeit aufbringt, eine religiöse Person sein muss. Aus den Interviews geht klar hervor, dass die Seelsorgerin bzw. der Seelsorger als religiöse Person wahrgenommen wird und dass von ihr bzw. ihm religiöse Handlungen erwartet werden.

a) Hohe Zustimmung zur Seelsorge

Die meisten Patienten freuen sich, wenn sie von einer Seelsorgerin besucht werden. Sie empfinden das Gespräch als hilfreich und wohltuend. Die meisten Befragten bejahen die Frage, ob Seelsorge im Kantonsspital Basel angeboten werden sollte. Einige von denen, die die Frage bejahen, wollen aber selber nicht besucht werden. Für diese Menschen sind es vor allem die anderen, die der Seelsorge bedürfen: die Alleinstehenden, die schwer Leidenden oder die Sterbenden. Eine Reihe von Patientinnen und Patienten sind der Ansicht, dass sie im Kantonsspital vor allem körperlich und nicht auch seelisch versorgt würden. Sie sehen die Seelsorge als wichtiges Korrektiv, das zu verhindern helfe, dass Menschen, wie es von einer Patientin ausgedrückt wurde, „auf ein medizinisches Problem reduziert“ würden. Seelsorge biete „Seelennahrung“ an. Daher sei ein Seelsorger ebenso wichtig, wenn nicht „wichtiger als der Arzt“. Von Seelsorgerinnen wird eine grundsätzliche Solidarität mit Patienten erwartet und erfahren. Die Solidarität äußere sich etwa in der Anteilnahme an der Situation der Kranken oder in der Unterstützung in der Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal. Seelsorger werden als Trostspender und Mutmacher wahrgenommen. Sie spielen bei der religiösen bzw. psychischen Bewältigung der Krisensituation im Spital eine wichtige Rolle. Sie unterstützen die Bewältigung der Krankheit und gehörten daher unabdingbar zum „Inventar“ des Spitals.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Unabhängig davon, ob eigene Seelsorge erfahren wurde, unabhängig sogar von der eigenen Einstellung der Kirche und

Glaubensdingen gegenüber, wird das Angebot von Seelsorge im Kantonsspital Basel von allen Befragten durchwegs als wichtig, notwendig und hilfreich empfunden. Diese auch von kirchenfernen und sich selbst als „ungläubig“ bezeichnenden Menschen vertretene Auffassung zeigt eine erstaunlich positive Einstellung der Seelsorge gegenüber und zeigt ihren hohen Stellenwert im Spital. Wie ist diese positive Einstellung zu deuten? Es gibt offenbar nicht nur positive Erfahrungen mit der Seelsorge, sondern auch ein positives Vorurteil ihr gegenüber. Seelsorgern wird von vornherein besonderes Vertrauen entgegengebracht. Ein wichtiger Grund für den hohen Stellenwert der seelsorgerlichen Betreuung liegt, so lässt sich weiter folgern, in der besonderen Dimension des Seelsorgegesprächs. Die Seelsorge unterscheidet sich von einem „gewöhnlichen“ Gespräch mit einem Besucher oder einem Psychiater insofern, als sie nicht nur mit „eigenen Worten“ umgehen muss, sondern mit dem „Wort Gottes“ eine zusätzliche, religiöse Dimension zu eröffnen vermag. Diese entspricht insofern einem Bedürfnis, als sie dem Patienten Trost zu vermitteln und ihm einen hilfreichen religiösen Deutungsrahmen anzubieten vermag.

b) Seelsorger können zuhören

Für eine große Mehrheit der Befragten (15) – darunter finden sich Besuchte wie Nichtbesuchte – ist *das Zeithaben* des Seelsorgers bzw. der Seelsorgerin sehr wichtig. Im Unterschied zum Pflegepersonal wird von Seelsorgern angenommen, dass sie „sicher mehr Zeit haben“. Mit der Erwartung von Zuhörzeit geht bei den meisten die Gewissheit einher, dass man der Seelsorgerin auch persönliche Dinge anvertrauen kann. Einige wünschen, dass der Seelsorger nicht nur schweigt, sondern auch von sich aus redet und konkrete Angebote macht. Dabei sollte, so der ausdrückliche Wunsch Mehrerer, allzu „frommes Gerede“ und „Missionieren“ vermieden werden. Einigen Befragten ist es wichtig, dass sie selber das Gespräch lenken können. Andere betonen, dass Seelsorgegespräche nicht zu lange dauern und nicht zu intim werden sollten. Mehrere Patienten wünschen keine Seelsorgegespräche, weil in einem Mehrbettzimmer zu wenig geschützter Raum dazu vorhanden wäre. Was die Art und Offenheit des Gesprächs anbelangt, aber auch in Bezug auf die zeitliche Dauer des Besuches erwarten einige Patientinnen, dass die Seelsorgerin „von Berufes wegen“ das richtige Gespür dafür hat, was angemessen wäre. 13 der befragten Patienten ist es in erster Linie wichtig, was für ein Mensch der Seelsorger ist. Für Kirchenferne, aber auch für einige kirchlich sozialisierte spielt die konfessionelle Herkunft der Seelsorgerin keine Rolle. Ihnen ist insbesondere die Offenheit der Person wichtig. Kirchlich sozialisierten Patientinnen mit spezifisch religiösen Erwartungen genügt meist das ‚Christsein‘ bzw. das ‚Religiössein‘ des Seelsorgers. Dieses ist ihnen aber wichtig. Die Konfession ist v. a. für diejenigen Katholikinnen und Katholiken von Bedeutung, die Sakramente wie Kommunion oder Krankensalbung gerne in Anspruch nehmen. Interessanterweise legen diejenigen Patientinnen und Patienten, denen es

Thema: Praktizierte Ökumene

beim Besuch des Seelsorgers um religiösen Trost und Zuspruch bzw. um religiöse Handlungen wie Gebet, Kommunion oder Segnung geht, oft weniger Gewicht auf das Zeithaben. Das Zeithaben des Seelsorgers im Gegensatz zum „Stress des Personals“ wird tendenziell öfters von Zweit- und Drittklasspatientinnen betont.

c) Das religiöse Profil der Seelsorge

12 Personen betonen, dass der Seelsorge ein spezifisches Profil zukomme und dass sie weder von Psychologinnen noch von Psychiatern geleistet werden könne. Einen Grund dafür sehen die einen ausdrücklich in der religiösen Dimension, den die Seelsorgerin zusätzlich zur allgemeinen Lebenshilfe mitbringe. Andere begründen die Unterscheidung von Seelsorge und Psychotherapie bzw. psychologischer Beratung mit einem ausgesprochen positiven Bild von Seelsorge. Mit diesem positiven Seelsorgebild korreliert ein häufig überzeichnetes, negatives Bild oder Vorurteil Psychologinnen und vor allem Psychiatern gegenüber. Der Seelsorger sei, so ein Befragter, „für den Otto-Normal-Patient ... besser“, da er ein „Mitmensch mit Herz“ sei, während Psychologen „immer in Richtung geistigen Exhibitionismus“ tendierten. 10 der Befragten vertreten dagegen die Auffassung, dass zwischen dem Besuch einer Seelsorgerin und dem eines Psychologen grundsätzlich kein Unterschied bestehe; vor allem dann nicht, wenn die Seelsorgerin über psychologische Kenntnisse verfüge und nicht bedrängend missionarisch auftrete. Diese Gruppe erwartet von den Vertretern der beiden Berufsgruppen vor allem Mitmenschlichkeit und Kommunikationskompetenz.

Die Dosierung des Religiösen im seelsorgerlichen Gespräch erweist sich als schwierig. Eine offensive Thematisierung religiöser Fragen wird ebenso abgelehnt wie ihr völliges Fehlen. In den Interviews wurde mehrfach erwähnt, dass der Seelsorger oder die Seelsorgerin vor allem zuhören soll, aber nicht nur. Er oder sie soll nach einer gewissen Zeit ein religiöses Angebot machen („er soll nach einer gewissen Zeit fragen, ob ich einen Wunsch habe und ob ich das Bedürfnis habe zu beten“).

Mehr als die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten sind also der Auffassung, dass es einen Unterschied macht, ob Seelsorge von einer Theologin oder einem Psychologen geleistet wird. Der Seelsorge ist in der Wahrnehmung der Patienten eine spezifisch religiöse Dimension eigen, die als hilfreich, heilsam und tröstend erlebt wird. Diese Dimension ist auch vorhanden, wenn über Themen gesprochen wird, die nicht spezifisch religiös sind. Seelsorger werden von vielen als Vertreter einer anderen, numinosen Welt wahrgenommen.

4. Diskussion

a) Über Schwierigkeiten und Möglichkeiten, Patienten/innenbedürfnisse in Erfahrung zu bringen

Wenn wir die Ergebnisse der Patienten/innenbefragung betrachten, so stoßen wir auf ein eigentliches Dilemma: Patientinnen und Patienten bringen der Seelsorge zumeist große, aber immer sehr unterschiedliche Erwartungen entgegen. Und sie teilen diese Erwartungen den Seelsorgerinnen und Seelsorgern in der Regel nicht mit. Dies führt zu Frustrationen auf beiden Seiten. Wie, so muss gefragt werden, kann diesem Dilemma begegnet werden? Es ist nach möglichen Wegen zu fragen, wie die Erwartungen der Patienten in Erfahrung gebracht werden könnten. Die naheliegendste Möglichkeit ist die, dass die Seelsorgerin zu Beginn des Kontakts am Krankenbett die Bedürfnisse des Patienten erfragt. Die Schwierigkeiten dieser Möglichkeit liegen auf der Hand. Der Anfang einer seelsorgerlichen Begegnung ist meist sehr störungsanfällig und ein offensives Ansprechen möglicher Gesprächsinhalte droht, die Atmosphäre eines Seelsorgegesprächs zu stören. Einige Patientinnen haben eine zweite Möglichkeit angesprochen: Der Seelsorger wisse doch schon, was sie bräuchten. Damit ist so etwas wie eine professionelle Intuition des Seelsorgers angesprochen. Es kann jedoch mit guten Gründen gefragt werden, wie weit diese Intuition wirklich trägt. Obwohl die Intuition für die Seelsorge als fundamental zu veranschlagen ist, scheint uns diese Möglichkeit sehr unsicher und anfällig für Missverständnisse. Wir schlagen einen dritten Weg vor, die Patientenbedürfnisse in Erfahrung zu bringen. Die Fragebogenuntersuchung zeigt, dass es relativ einfach wäre, ein geeignetes Instrument zu schaffen, womit die grundsätzlichen Bedürfnisse nach Seelsorge und das Profil der gewünschten Seelsorge beim Eintritt in den Spital im Rahmen Eintrittsbefragung erfasst und der Seelsorge kommuniziert werden könnten. Angesichts der sehr unterschiedlichen und kaum ausgedrückten Erwartungen an die Seelsorge sowie der Knappheit der Dienstleistung Spitalseelsorge (es können längst nicht alle Patientinnen und Patienten besucht werden) hätte diese Lösung offensichtliche Vorzüge und entspräche einer professionellen Einstellung.

b) Abschied vom Seelsorger als Psychotherapeut bzw. professionellem Nachbar

Der Seelsorger unterscheidet sich von der Psychologin, auch wenn er ebenso wie sie in psychische Prozesse involviert ist und diese begleitet. Dies ist, wie sich in der Untersuchung zeigte, kein dogmatisch-normativer Satz, sondern ein empirischer. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten nehmen eine Differenz zwischen den beiden Berufsgruppen wahr. Der Seelsorger ist anders. Diese Andersheit haben wir mit der religiösen bzw. numinosen Sphäre anzuzeigen versucht. Die Andersheit des Seelsorgers wird nicht nur von religiös

Aktiven oder Interessierten erwartet, sondern von den Allermeisten. Die Seelsorgerin ist nicht nur anders, wenn sie betet oder segnet, sondern auch dann, wenn sie nur zuhört.

Diese Andersheit, so meinen wir, gilt es sehr genau und sensibel in ihren Dimensionen und Konturen wahrzunehmen. Die Identitätskrise der Seelsorge angesichts des breiten Angebots an psychologischer Beratung und der scheinbar grundsätzlichen Infragestellung in den öffentlichen, „säkularen“ Spitälern ist aus der Sicht der befragten Patientinnen und Patienten unbegründet. Seelsorgerliche Vollzüge werden als – wie auch immer – religiöse Vollzüge wahrgenommen und die Seelsorger als – wie auch immer – religiöse Personen. Individualität und Rolle scheinen in der Person der Seelsorgerin so sehr ineinander verschränkt, dass eine klare Unterscheidung schwerfällt. Seelsorgerinnen und Seelsorger haben diese Verschränkung und diese Andersheit nicht nur zu akzeptieren, sondern produktiv zu gestalten. Ohne sie gleich, wie *Manfred Josuttis*, als „Führer in die verbotene Zone des Heiligen“¹⁰ zu apostrophieren, ist doch zu fragen, ob nicht Abschied genommen werden müsste von der Rede (und den Leitbildern) des Seelsorgers als einem „professionellen Nachbar“ bzw. als einem „Psychotherapeuten im kirchlichen Kontext“.¹¹ Die durch eine direkte Befragung nur schwer zu erhebende Erwartung an eine religiöse Dimension der Seelsorge wurde nichts desto trotz erstaunlich deutlich ausgedrückt. Anderen neueren empirischen Untersuchungen zum Profil der Seelsorge ist u. a. mit methodologischen Einwänden zu widersprechen.¹²

Die Identitätskrise der Seelsorge ist aus der Sicht der befragten Patienten unbegründet.

ren, ist doch zu fragen, ob nicht Abschied genommen werden müsste von der Rede (und den Leitbildern) des Seelsorgers als einem „professionellen Nachbar“ bzw. als einem „Psychotherapeuten im kirchlichen Kontext“.¹¹ Die durch eine direkte Befragung nur schwer zu erhebende Erwartung an eine religiöse Dimension der Seelsorge wurde nichts desto trotz erstaunlich deutlich ausgedrückt. Anderen neueren empirischen Untersuchungen zum Profil der Seelsorge ist u. a. mit methodologischen Einwänden zu widersprechen.¹²

¹⁰ *Manfred Josuttis*: Die Einführung in das Leben. Pastoraltheologie zwischen Phänomenologie und Spiritualität, Gütersloh 1996.

¹¹ Vgl. *Dietrich Stollberg*: Zur klientenzentrierten Beratung nach Carl Rogers, in: *Friedrich Wintzer* (Hg.): Seelsorge, München 1978, 197; *Michael Klessmann*: Krankenhausseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft, in: Klessmann 1996, 270-279.

¹² Hinzuweisen ist auf die Arbeiten von *Werner Ebling* (1998) und *Ludger Simon*: Einstellungen und Erwartungen der Patienten im Krankenhaus gegenüber dem Seelsorger, Frankfurt a. Main etc. 1985. Bei der Studie von Ebling handelt es sich um eine Diplomarbeit, die im Rahmen einer Management Weiterbildung und also in betriebsökonomischer Perspektive und mittels entsprechender Marketing-Methoden verfasst wurde. Verwandt sind sich die Untersuchung von Ebling und die vorliegende darin, dass beide von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgehen (Customer focus). Die Befragung der Patientinnen und Patienten bildet zwar die Grundlage, nicht aber den Schwerpunkt der Analyse. Die Verwendung vor allem quantitativer Methoden (halb standardisierter Fragebogen) verlangt bei tabuisierten Bereichen wie der eigenen Religiosität ein überlegtes Vorgehen. Dieses überlegte Vorgehen sowie die kritische Distanz zu seinen Fragen vermisst man z. T. in Eblings Arbeit. So wird Eblings Schlussfolgerung aus der Patienten/innenbefragung, wonach die Patientinnen bzw. Patienten das Zurückstellen „institutioneller und konfessioneller Funktionen“ erwarten (S. 23), durch unsere Untersuchung nicht nur differenziert, sondern relativiert und teilweise widerlegt. *Ludger Simon*, dessen Untersuchung bereits mehr als 15 Jahre zurückliegt, interviewte hundert Patientinnen und Patienten eines katholischen Krankenhauses in Deutschland mittels eines halbstandardisierten Fragebogens. Die Stärke von Simons Studie liegt in der großen Zahl der interviewten Personen. Ein Nachteil ist in der geringen Präzision des Datenmaterials zu sehen. Weiter ist zu bemängeln, dass die Fragen in hohem Maße auf die katholische Krankenhausseelsorge ausgerichtet sind und die evangelische Seelsorge damit kaum in dem Blick kommt. Simon folgert aus seiner Studie, dass die Patientinnen und Patienten in der

Kritische Anfragen sind aber auch an die Konzeptionen der Seelsorgeaus- und -weiterbildung zu richten, die sich mehrheitlich an den Paradigmen der Humanistischen Psychologie nach *Carl Rogers* bzw. am Konzept einer klientenzentrierten Beratung orientieren.¹³ Dieser Ansatz ist zwar zweifelsohne geeignet, um einführende Gespräche zu führen. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten erwartet aber, wie erwähnt, vom Seelsorger zusätzlich spezifisch Religiöses. Es stellt sich die Frage, wie das über das einführende Gespräch hinausgehende Proprium der Seelsorge wie Gebet, religiöser Zuspruch oder Zeichenhandlung in jenes eingebunden werden kann resp. wie kompatibel religiöse Handlungen mit dem Ansatz der klientenzentrierten Beratung sind. In welcher Weise könnten hier die Dimensionen und Konturen des Religiösen – weder im theologisch-dogmatischen noch im tiefenpsychologisch-hermeneutischen, sondern im phänomenologisch-handlungspraktischen Sinn – besser zur Geltung gebracht, reflektiert und handlungspraktisch inszeniert werden? Die bisweilen noch zaghaften Ansätze, die vorhanden sind, wären entschieden eher als bisher weiter zu verfolgen.

Regel nicht den Geistlichen, sondern den ihnen zuhörden Mitmenschen, die reife Persönlichkeit suchten. Von den Ergebnissen unserer Studie her muss angefragt werden, ob das von Simon referierte Resultat nicht damit zusammenhängt, dass auch er die methodischen Schwierigkeiten der Befragung von religiösen Einstellungen zu wenig reflektierte. Indem er sehr direkt und konkret religiöse Angebote (Bibellesen, Beten, Sakramente spenden) abfragte, löste er möglicherweise Abwehrreaktionen aus.

¹³ Vgl. *Reinhold Gestrich*: Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge, in: Klessmann 1996, 259-269.

Ökumene an der Hochschule

Hans-Ulrich Gehring

Kirche an der Hochschule ist Seismograph und zugleich Versuchsfeld der Ökumene. Die Kooperation in ‚ökumenischen‘ bzw. zwischen evangelischen und katholischen Hochschulgemeinden¹ geschieht vielerorts schon lange in einer Selbstverständlichkeit, die in der Regel zwischen Parochialgemeinden verschiedener Konfession noch immer nicht erreicht, vielleicht gar nicht realisierbar ist. Selbstverständliche Ökumene auf der Ebene der organisatorischen Abläufe wie des gemeinsam gelebten Lebens – die kirchliche Hochschularbeit teilt diese Merkmale gewiß mit manch anderem außerparochialen Arbeitsbereich. Dennoch kommt gerade diesem Bereich kirchlicher Präsenz in Teil-

¹ Die Selbstbezeichnung der Hochschul- bzw. Studierendengemeinden ist nach wie vor uneinheitlich. Im Folgenden ist überwiegend von Hochschulgemeinden die Rede, vgl. dazu die Überlegungen im vierten Abschnitt.