

Kasuistik

Stefan Gärtner*

Seelsorgende als ‚Vertikalisten‘ im Krankenhaus

Chaplains as ‚verticalists‘ in hospitals

<https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0023>

Vorab online veröffentlicht 08.06.2022

Die Rolle von Seelsorgenden im Gesundheitswesen kann die von ‚Vertikalisten‘ sein. Diese Idee wird zunächst professionstheoretisch eingeführt und danach an einer instruktiven Fallgeschichte erläutert. Eine Auswertung rundet den Case Study ab.

I Konzept

Die Seelsorge hat eine besondere Position im Krankenhaus; die Kapelle oder der Raum der Stille symbolisieren dies. Seelsorgende sind relativ am Rand, da sie zwar zum Krankenhaus gehören, aber über die Sendung und Bezahlung durch eine Konfessionsgemeinschaft auch einer anderen Institution verpflichtet sind. Sie dienen gleichzeitig unterschiedlichen Herren (de Wit et al. 2011). Sie sind Kollegen unter Kollegen und religiöse Amtsträger. Ihre doppelte Loyalität kann etwa bei medizinethischen Fragen zum Problem werden, wenn die Praxis in der Klinik der Sittenlehre der religiösen Institution widerspricht, die den Seelsorgenden beauftragt hat.

Tatkräftig trägt die Seelsorge zum primären Prozess im Krankenhaus mit dem Ziel der (positiven) Gesundheit bei. Sie kann insbesondere einen spezialistischen Beitrag zu Spiritual Care leisten (Roser 2017; Leget 2015). Dabei haben Seelsorgende anders als die anderen Berufsgruppen einen institutionellen Freiplatz, wodurch sie zusätzliche Vertraulichkeit garantieren können und ohne Indikation oder Absprache mit den Ärzten Kontakt mit Patientinnen aufnehmen dürfen. Außerdem haben sie keine feste Position in der Krankenhaushierarchie und ihr seelsorgliches Angebot schließt oftmals auch die Kolleginnen und Kollegen mit ein.

Unterschiede gibt es ebenfalls bei der Ausrichtung der Arbeit. Ein seelsorgliches Gespräch kann auch dann

folgenreich sein, wenn sich der medizinische Zustand der Betroffenen nicht ändert. Ein Segen hat keinen direkten therapeutischen Nutzen und die Andacht macht nicht unmittelbar gesund; doch können diese Interventionen zum Wohlbefinden, der Resilienz und der Gesundung in einem umfassenden Sinn beitragen. Sie sind aber nicht erfolgreich dadurch, dass sie die Bedürfnisse von Menschen als etwas diagnostizieren, für das eine bestimmte Profession eine Behandlungsmöglichkeit kennt (Baart 2004). Eine Gefahr einer solchen interventionistischen Vorgehensweise ist übrigens, dass die Selbsthilfepotenziale der Patientinnen und Patienten und deren Empowerment verkümmern.

In der Seelsorge wird neben interventionistischem Berufshandeln vor allem präsentisch gearbeitet (Klaver & Baart 2011; Sullivan 2014; Roser 2021). Es geht um die bewusste und gestaltete Anwesenheit im Augenblick, ohne vorrangig nach Coping, Erklärungen, Besserung oder Lösungen zu suchen. Dabei zeigt man auch seine Persönlichkeit und den eigenen Glauben. Gerade wenn im Krankenhaus kein Fortschritt mehr möglich ist, kann das absichtslose *being-with* (Nolan 2012) der Seelsorge wichtig werden, was aber auch für das ärztliche und pflegerische Auftreten gilt. Die letztgenannten Berufsgruppen haben allerdings wenig Zeit, diesen Aspekt so stark zu berücksichtigen, wie sich die Mitarbeitenden dies oftmals selbst wünschen. Darum wird die Seelsorge bevorzugt in solchen Momenten eingeschaltet, in denen andere Professionen an Grenzen stoßen. Neben der Arbeitszeit kann dies die prekäre Lage von Menschen sein: wenn jemand eine notwendige Operation oder Medikation verweigert, wenn jemand stirbt, wenn jemand ausbehandelt ist, wenn jemand aggressiv wird.

Eine Seelsorgeperson kann ihre besondere Position zum Wohle aller im Krankenhaus nutzen. Für die anderen Berufe wird sie dann zur ‚exzentrischen‘ Gesprächspartnerin (Corveleyn 2003), weil man die Abläufe, dominanten Handlungsmuster und Überzeugungen im Gesundheitswesen mit einem Abstand wahrnimmt. Natürlich gilt, dass wenn dieser Abstand zu groß ist, der seelsorgliche Gesprächspartner nicht relevant werden kann und

*Korrespondenzautor: Ass. Prof. Dr. Stefan Gärtner, Tilburg University, Tilburg, Niederlande, E-Mail: S.Gartner@tilburguniversity.edu

seine Beobachterposition wenig austrägt. Die Seelsorge verbleibt dann in einer religiösen oder rituellen Nische. Positiv kann sie als kritische Instanz auftreten, gerade weil sie sich institutionell am Rand bewegt und die Grenzen zwischen Disziplinen, Hierarchiestufen und Abteilungen im Krankenhaus überschreitet.

In diesem Zusammenhang spricht der 2020 verstorbene Moraltheologe und Care-Ethiker Frans Vosman über den Seelsorger als Vertikalisten. Er arbeite „als eine Art Diplomat zwischen den Linien“ (Vosman 2012: 15). Die Seelsorge dürfe den eigenen Anspruch nicht auf die individuellen Kontakte zur Zielgruppe, also die Pastoral im engeren Sinn beschränken, sondern müsse interdisziplinär arbeiten und sich von vornherein auf das System Krankenhaus als Ganzes sowie auf dessen gesellschaftliches Umfeld beziehen. Sie setzt damit die historische Entwicklung von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge konsequent fort (Klessmann 2019). Gleichzeitig kennzeichnet diese Profession, dass sie unmittelbaren und oftmals sehr intensiven Kontakt mit denen hat, die dort im Mittelpunkt stehen: die Patientinnen und Patienten.

Seelsorgende verbinden demnach in ihrer Profession das Private und Persönliche mit dem Publiken und Politischen im Krankenhaus. Sie sind weder nur Spezialisten noch reine Generalisten, sondern können als Vertikalisten zum Anwalt der Patientinnen und Patienten und von gutem Cure und Care im Gesundheitswesen werden. Eine Seelsorgeperson als Vertikaliste denkt und handelt ganzheitlich. Sie sieht die blinden Flecken und die falschen Routinen, aber auch die guten Ansätze und Potentiale (Vosman 2012). Sie vermittelt und verbindet von ihrer ‚exzentrischen‘ Position aus in einem immer komplexer werdenden medizinischen Apparat.

II Kasus

Vosman sieht in der Idee des Vertikalisten eine Orientierung für die Weiterentwicklung der Seelsorge bzw. näherhin der niederländischen Kategorialen Pastoral, der sogenannten *geestelijke verzorging*. Er argumentiert also prospektiv und nicht deskriptiv. Ich möchte darum anhand einer beispielhaften Kasusbeschreibung untersuchen, wie das Postulat von der Seelsorge als vertikaler Profession im Krankenhaus konkret gestaltet werden könnte. Der folgende Case Study ist im Rahmen einer Klinischen Seelsorgeausbildung (KSA) verfasst worden.

Der Seelsorger wird von einer Pflegekraft der Inneren Station gebeten, einmal nach Herrn P. zu schauen. Sie erzählt, dass dieser mit Aspirin einen Selbsttötungsver-

such unternommen habe und dass er depressiv sei, weil seine Frau sich vor fünf Monaten von ihm getrennt hat und er seine Kinder im Alter von sechs, neun und elf Jahren nur noch zwei Tage in der Woche sehen darf. Sie hat Herrn P. gefragt, ob dieser einen Besuch der Seelsorge schätzen würde.

Vor dem Kontakt konsultiert der Seelsorger, wie er dies standardmäßig tut, das elektronische Patientendossier mit Anamnese, näheren Umständen, Kontakt Personen des Betroffenen, Behandlungsschritten etc. So versucht er einen Überblick über die Situation zu bekommen, will sich aber andererseits bei seiner Arbeit nicht zu sehr von diesem Vorwissen leiten lassen.

In dem Gespräch spricht der Patient über sich selbst vorrangig als Opfer. Er versteht nicht, warum seine Frau ihn verlassen hat. Außerdem erzählt er, dass er vor andertthalb Jahren erfahren hat, dass sein Vater nicht an einem Herzversagen, sondern bei einem Suizid verstorben sei. Herr P. war damals neun Jahre alt und seine Mutter und die deutlich ältere Schwester haben ihm dies seitdem verschwiegen. Sein eigener Selbsttötungsversuch hat außerdem mit Träumen zu tun, die ihn belasten: beinahe jede Nacht träume er davon, auf alle mögliche schreckliche Weise zu Tode zu kommen. Danach könne er oft nicht mehr einschlafen.

Dem Seelsorger gelingt es im weiteren Gespräch, mehr über die Hintergründe dieser Erlebnisse zu erfahren. So wird deutlich, dass Herr P. sich dafür schämt, dass seine Ehe zerbrochen ist, weil das sein Selbstbild als ‚normaler‘ Mann und das Ideal der heilen Familie antastet. Er schämt sich auch für seinen Suizidversuch und hat Angst, weil Selbstmörder dazu verurteilt seien, als Geister immer wieder auf die Erde zurückzukehren. Das Counseling richtet sich daraufhin auf die religiösen Vorstellungen des Patienten. Nach etwa 75 Minuten rundet der Seelsorger den Kontakt ab. Herr P. fragt ihn beim Abschied, wie lang er denn noch im Krankenhaus bleiben könne und was dort weiter mit ihm geschehen werde. Der Seelsorger verspricht, sich dieser Fragen anzunehmen.

Er sucht daraufhin Kontakt mit der zuständigen Pflegekraft und der Stationsärztein. Beide berichten, dass zwei Psychiater mit Herrn P. gesprochen hätten und zu dem Schluss gekommen seien, dass dieser in die Psychiatrie in D. überwiesen werden muss. Das Krankenhaus sei kein geeigneter Ort mehr für ihn. Die Psychiater sind beides Assistenzärzte, die an diesem Freitagmittag nicht mehr in der Klinik sind. Der Seelsorger schreibt ihnen stattdessen eine Nachricht. Er drückt sein Befremden darüber aus, dass die Überweisung ohne Rücksprache mit Herrn P. erfolgt sei. Dieser wird von dem plötzlichen Ortswchsel völlig überfallen. Am Montag erhält der Seelsorger eine

Antwort, in der die Kollegen ihr Bedauern darüber ausdrücken, dass der Ablauf und die Kommunikation nicht optimal gewesen seien.

Herr P. und sein Schwager, der sich inzwischen eingeschaltet hat, betonen, dass der Patient nicht nach D. will. Er war dort bereits einmal in Behandlung, doch das war eine schlechte Zeit. Er wurde immer depressiver unter den psychiatrischen Patienten. Die Pflegeleitung und die Stationsärztin wissen nicht recht, was nun zu tun ist. Sie stehen unter großem Zeitdruck. In Abstimmung mit ihnen bietet der Seelsorger an, sich des Problems weiter anzunehmen. Er sucht Kontakt zu einer Mitarbeiterin einer anderen Einrichtung, in die Herr P. gerne gehen würde. Die Mitarbeiterin meint, dass für ihn dort im Augenblick kein Platz ist und dass er in D. gut aufgehoben wäre.

Der Seelsorger sucht daraufhin erneut das Gespräch mit dem Patienten und seinem Schwager und versucht, die entstandene Lage zu klären. Dass Herr P. zurück nach Hause geht, halten beide ebenfalls für ausgeschlossen. Der Seelsorger schlägt vor, dass der Patient vorläufig nach D. zieht, und verspricht, dass er in der Zwischenzeit an einer anderen Lösung arbeiten wolle. Er gibt Herrn P. seine Handynummer und sagt zu, ihn in D. zu besuchen. Der Patient ist einverstanden.

In den folgenden Wochen hat der Seelsorger nochmals Kontakt mit der zweiten Einrichtung, die aber immer noch keine Möglichkeit sieht. Er telefoniert mit dem behandelnden Arzt von Herrn P. in D., mit diesem selbst und dem Schwager. Dann findet er für den Patienten eine kleine psychiatrische Einrichtung, von der er in der Vergangenheit bereits einen guten Eindruck hatte, weil diese mit einem Therapie-Bauernhof verbunden ist. Hier wäre ein Platz für Herrn P., sobald dessen Suizidalität nicht mehr akut ist. Der Patient besucht mit seinem Schwager diese Einrichtung und kommt begeistert zurück. Er will so schnell wie möglich dorthin umziehen, was nach einiger Zeit tatsächlich geschieht.

III Auswertung

Der Seelsorger tut in dieser Fallgeschichte, was ein Seelsorger normalerweise tut, und er tut (viel) mehr. Einerseits führt er ein Gespräch mit Herrn P., in dem dieser von sich erzählen kann und in dem die Bedeutung und auch die religiösen Hintergründe des Erzählten vertieft werden. Die Seelsorge bietet Raum und Zeit für das, was den Betroffenen bewegt. Was das Counseling im Einzelnen ausgezeichnet hat, braucht für unsere Fragestellung nicht vertieft zu werden.

Denn der Seelsorger tut mehr als das Erwartbare, was ihn zum Vertikalisten werden lässt. Er überhört die beiläufigen Fragen des Patienten am Ende des Erstkontaktes nicht, sondern er sieht sich in der Pflicht. Er wird in der Folge zum treuen Anwalt des Betroffenen, zum Intermediär zwischen den verschiedenen Parteien im Krankenhaus, aber auch darüber hinaus, und zur Drehscheibe der Informationen, die den anderen Professionen jeweils nur eingeschränkt zur Verfügung stehen.

Voraussetzung ist, dass der Seelsorger gut in die Klinik integriert ist. Das zeigt sich schon zu Beginn. Die Pflegeperson weiß ihn mit ihrem Anliegen zu finden und er bereitet sich gut auf den Besuch bei Herrn P. vor, indem er die relevanten Informationen über diesen aufnimmt. Dass er dabei kritisch ist, erweist sich nicht zuletzt dadurch als richtig, dass das elektronische Patientendossier nicht auf dem aktuellen Stand zu sein scheint, sonst hätte der Seelsorger von der geplanten Überweisung gewusst.

Er ist hartnäckig und tritt für den Patienten ein, wo dieser von der mangelhaften Abstimmung in der Klinik überrollt wird. Gerade wenn jemand suizidal ist, sollte er oder sie sich eigentlich in guten Händen wissen und Vertrauen zu den Mitarbeitenden im Krankenhaus aufbauen können. Das ist hier durch die geteilte Verantwortung und die fehlende Abstimmung mit Herrn P. offenbar weniger der Fall. Außer dem Seelsorger scheint niemand sowohl das Gesamtbild als auch dessen persönliche Lage im Blick zu haben. Letztendlich gelingt es, eine gute Lösung zu finden, die sowohl der psychiatrischen Indikation als auch den Wünschen des Patienten entspricht.

Offen bleibt in der Fallbeschreibung die Frage, ob das intermediäre Auftreten des Seelsorgers ein Einzelfall war oder ob nach der Situation auch strukturell über Defizite in der Kommunikation zwischen den Abteilungen sowie mit den Patientinnen und Patienten gesprochen und dies nachhaltig verbessert wurde. Eine solche strukturelle Lösung mit implementieren zu helfen, gehörte ebenfalls zur seelsorglichen Vertikalistenrolle.

Das impliziert die Frage, ob ein solches verbindendes Auftreten auch in die Arbeitsplatzbeschreibung des Seelsorgers integriert ist bzw. werden müsste. Das pastorale Handeln in diesem Case Study überschreitet schließlich nicht nur die traditionellen Zuständigkeiten und Abläufe im Krankenhaus, sondern darüber hinaus die Einrichtung selbst. Hier zeigt sich die Bedeutung einer sogenannten extramuralen, also institutionelle ‚Mauern übersteigenden‘ Begleitung (Maagdelijn et al. 2018), weil die Wirklichkeit von Patientinnen und Patienten eben nicht mit der Struktur und Segmentierung des Gesundheitswesens übereinkommt. Das wird (wie auch in unserem Kasus) besonders ersichtlich, wenn es um die Übergänge von

zuhause ins Krankenhaus oder von der einen Einrichtung zur nächsten geht.

Insgesamt sehen wir in der Fallgeschichte einen Seelsorger am Werk, der die Grenzen seiner originären Aufgaben und der ihm zugewiesenen institutionellen Rolle aufsucht und diese ungewöhnlich umfassend weitet. Sein Auftreten wurde im Nachhinein auch von den behandelnden Ärzten wertgeschätzt. Die Seelsorge bringt die Defizite im Krankenhaus ans Licht und arbeitet an einer konstruktiven Lösung. Die Seelsorgeperson verbindet dazu die Bedürfnisse des direkt Betroffenen und die Pastoral im engeren Sinn mit der Notwendigkeit, auch das Allgemeine und Öffentliche im Krankenhaus in den Blick zu nehmen. So trägt sie als Vertikalistin zu gutem (Spiritual) Care und Cure bei.

Literatur

- Baart A (2004) Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.
- Corveleyn J (2003) De psycholoog kijkt niet in de ziel. Thema's uit de klinische godsdienstpsychologie. Tilburg: KSGV.
- de Wit TW, Jonker E, van Eijk R (Hg.) (2011) Twee heren dienen. Geestelijk verzorgers en hun beroepseer. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Klaver K, Baart A (2011) Attentiveness in care. Towards a theoretical framework. *Nursing Ethics* 18:686–693.
- Klessmann M (2019) Von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge – historische Streiflichter. In: Roser T (Hg.) Handbuch der Krankenhausseelsorge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 34–41.
- Leget C (2015) Spiritual Care als Zukunft der Seelsorge! Ein Plädoyer aus niederländischer Perspektive. *Diakonia* 46:225–231.
- Maagdelijn E, Verkoulen M, Meerdink WJ, van Steenveldt L, de Bekker P (2018) Geestelijke verzorging. Een inventariserend onderzoek naar de huidige situatie omtrent bereikbaarheid en financiering. Den Haag: Zorgvuldig Advies.
- Nolan S (2012) Spiritual care at the end of life. The chaplain as a ‘hopeful presence’. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Roser T (2017) Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Roser T (2021) Präsenz als Währung der Seelsorge. *Zeitschrift für Pastoraltheologie* 41–2:41–54.
- Sullivan WF (2014) A ministry of presence. Chaplaincy, spiritual care, and the law. Chicago: University of Chicago Press.
- Vosman F (2012) Geestelijke verzorging in transitie. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 15–68:15–22.