Der Krankenhauseelsorger im Spiegel von Patientenmeinungen — Bericht über eine empirische Untersuchung¹

Trotz der Fülle von Veröffentlichungen der neuen klinischen Seelsorgebewegung fehlen empirische Untersuchungen über die Patienten. Der Verfasser betrat hier Neuland, indem er Krankenhauspatienten befragte, um die meist unausgesprochenen Einstellungen und Erwartungen zu erhellen, die das Gespräch zwischen Patient und Krankenhauseelsorger behindern. Ziel der Studie aus dem Bereich der Sozialpsychologie ist die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern am Krankenbett.

1 *Das Krankenhaus aus Kontext*

1.1 Die zentrale Bedeutung des Krankenhauses wird deutlich, wenn man bedenkt, daß jeder 6. Bürger in der Bundesrepublik jährlich einmal im Krankenhaus liegt; in den westlichen Ländern sterben über 60 Prozent der Menschen im Krankenhaus. Die konsequente Anwendung naturwissenschaftlicher und in neuester Zeit technologischer Methoden führte zu enormen Fortschritten in der modernen Medizin. Doch brachte der gigantische technische Apparat gleichzeitig eine Verkümmern des menschlichen Aspekts mit sich: Viele Patienten fühlen sich allein gelassen, erleben ein Defizit an menschlicher Wärme und Zuneigung. Moderne Kliniken werden so zu „hochdifferenzierten Reparaturwerkstätten“², die Ganzheit des Lebens gerät aus dem Blick, der Mensch mit seiner Lebensgeschichte wird zum (Krankheits-)Fall.

1.2 Obwohl die Sorge um den kranken Menschen von jeher zu den ureigensten Aufgaben der Kirche gehörte, wurde die Bedeutung der Krankenhauseelsorge lange Zeit von ihr verkannt. Vielfach wurden Pfarrer, die aus Alters- oder Krankheitsgründen dem Dienst in der Gemeinde nicht mehr gewachsen waren, mit der Krankenhauseelsorge betraut. Waren noch 1967 Zweidrittel der Krankenhauseelsorger zwischen 51 und 65 Jahre alt, während nur 8 Prozent unter 40 Jahre alt waren³, so ist in den letzten 15 Jahren ein einschneidender Wandel eingetreten. Er führte zu einer Verjüngung und Verbesserung der Ausbildung der Pfarrerschaft und zu einem neuen Berufsbild

des hauptamtlichen Krankenhauseelsorgers. 1.3 Diesem Wandel korrespondiert ein verändertes Seelsorgeverständnis. War ehemals der Pfarrer im Krankenhaus der Verkündiger am Krankenbett, der das Wort zur Zeit und zur Unzeit ausrichtete, so tritt an dessen Stelle eine partnerzentrierte Seelsorge, die dem Patienten in der Krise der Krankheit beistehen möchte, seine Ängste und Zweifel, aber auch Hoffnung und Vertrauen zum Ausdruck bringen möchte und ihm umfassend das Gefühl des Angenommenseins zu vermitteln sucht. Der Seelsorger ist Partner bei der Suche nach Sinn, nicht autoritativer Austeiler von Wahrheit.

1.4 Die Tätigkeit des Krankenhauseelsorgers ist für das ‚Funktionieren‘ eines Krankenhauses nicht notwendig. Im therapeutischen Team ist für ihn kein Platz vorgesehen. Mit Recht kann man daher von einer „Ortlosigkeit des Pfarrers im Krankenhaus“⁴ sprechen.

2 *Fragen*

Wie sieht der Patient den Krankenhauseelsorger? Korrespondiert der Ortlosigkeit des Krankenhauseelsorgers im funktionalen System des Krankenhauses eine Ablehnung seiner Person bei den Patienten? Oder wird seine Tätigkeit angesichts des Defizits an menschlicher Zuwendung im modernen Krankenhaus von den Patienten gerne angenommen? Überträgt der Patient sein bisheriges Bild vom Pfarrer auf den Krankenhauseelsorger?

Was erwartet der Patient vom Krankenhauseelsorger? Sind seine Erwartungen davon abhängig, wie stark er seine Krankheit als Krise erfährt? Haben unterschiedliche Patientengruppen unterschiedliche Erwartungen?

3 *Methodisches Vorgehen der Untersuchung*

3.1 Für die Untersuchung wurde ein Fragebogen konstruiert, der die Einstellung und Erwartungen von Patienten zum Krankenhauseelsorger messen sollte. Ferner wurden Daten zu den folgenden Faktoren erhoben: Geschlecht, Konfession, Alter, Bildung, subjektiv empfundene Schwere der Krankheit, Art der Erkrankung, Besuch durch den Krankenhauseelsorger und Kirchlichkeit. Der Einfluß dieser Faktoren auf Einstellungen und Erwartungen sollte überprüft werden.

3.2 Mit zwei Skalen zu jeweils 20 Items wurden die Einstellungen zum Krankenhauseelsorger gemessen. Dabei wurde unterschieden zwischen: (a) Der Krankenhauseelsorger als Geistlicher und Vertreter der Institution Kir-

che (z. B.: „Manchmal hilft nur noch beten, und dabei kann mir der Krankenhauseelsorger helfen.“) und (b) der Krankenhauseelsorger als Gesprächspartner (z. B.: „Der Krankenhauseelsorger nimmt mich mit meinen Sorgen ernst und versteht mich.“).

3.3 Erwartungen lassen sich hinsichtlich ihres antizipatorischen und ihres normativen Charakters unterscheiden: Einmal wird das Verhalten eines Interaktionspartners gedanklich vorweggenommen (der Krankenhauseelsorger *wird* wahrscheinlich so und so handeln), das andere Mal wird stärker die Verbindlichkeit der Erwartungen betont (der Krankenhauseelsorger *soll* so und so handeln). Dementsprechend wurden in der Untersuchung Wird- und Soll-Erwartungen erhoben.

Mit je zwölf Items wurde nach den Erwartungen zu drei Bereichen gefragt: (a) Religiöse Aktivität seitens des Krankenhauseelsorgers (z. B.: „Der Krankenhauseelsorger soll / wird ein freiformuliertes Gebet für meine besondere Situation sprechen.“ — „Der Krankenhauseelsorger soll / wird den Besuch beim Patienten möglichst ohne Gebet abschließen.“); (b) Thematisierung von Krankheit (z. B.: „Der Krankenhauseelsorger soll / wird mit mir über meine Sorgen reden, die ich mir wegen meiner Krankheit mache.“); (c) Aufbau einer Beziehung (z. B.: „Der Krankenhauseelsorger soll / wird mir beistehen und mir das Gefühl geben, daß alles wieder gut wird“).

3.4 Befragt wurden Patienten unterschiedlicher Abteilungen eines städtischen Großklinikums. Auf einer siebenstufigen Ratingskala konnten sie jeweils den Grad ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung für jedes Item ankreuzen. Die Items einer Skala wurden zu gleichen Teilen positiv und negativ formuliert, um ein Antwortverhalten zu vermeiden, das unabhängig vom Inhalt stets zustimmt bzw. ablehnt. 95 Fragebogen gingen in die Auswertung ein.

4 Ausgewählte Ergebnisse

4.1 Einstellungen zum Krankenhauseelsorger

Die Einstellung von 71 Prozent der Befragten kann als positiv bezeichnet werden. So stimmten z. B. 72 % dem Item zu: „Ich freue mich, wenn der Krankenhauseelsorger mal zu einem kurzen Gespräch hereinschaut.“ 76 % glaubten, „ein persönliches Gespräch mit dem Krankenhauseelsorger hilft den meisten Patien-

ten“. Auffallend gering ist der Prozentsatz derer, die den Krankenhauseelsorger entschieden ablehnen (4 - 5 %). Dem Item „wenn ein Krankenhauseelsorger mich besuchen wollte, würde ich ihn wegschicken“ stimmten nur 5 % zu, während 82 % die Aussage ablehnten, d. h. ihn empfangen würden (13 % der Patienten waren unentschieden).⁵

Die Ortlosigkeit des Seelsorgers im Krankenhaus steht im Widerspruch zur positiven Aufnahme seiner Person in den Einstellungen der Patienten. In der Ausübung seiner Funktion als Vertreter der Kirche sowie in seiner Zuwendung zum einzelnen Kranken im Gespräch ist er für die Mehrzahl der Patienten jemand, dessen Erscheinen eher positive als negative Gefühle weckt. Auf den Krankenhauseelsorger scheint ein Teil des hohen Sozialprestiges übertragen zu werden, das der Pfarrer in unserer Gesellschaft genießt. Der gewährte Vertrauensvorschuß ermöglicht es ihm, mit den meisten Patienten ins Gespräch zu kommen.

Ein Vergleich zweier Patientengruppen (Psychiatrie, Chirurgie) zeigt, daß die Art der Erkrankung die Ausbildung von Einstellungen beeinflusst. Patienten der psychiatrischen Abteilung unterschieden sich durch signifikant positivere Einstellungen zum Krankenhauseelsorger; sie sind von ihrer Krankheit stärker affektiv betroffen und erleben sie in höherem Maß als persönliche Krise im Vergleich mit den Patienten der chirurgischen Abteilung, deren Erkrankung zumeist lokalisierbar ist. Je stärker Krankheit als Krise erlebt wird, desto eher scheint der Seelsorger als Geistlicher akzeptiert und erwünscht zu sein. Gefragt ist hier die religiöse Funktion von Trost und Hilfe, die für das scheinbar Sinnlose einen Deutungsrahmen bietet.

4.2 Erwartungen gegenüber dem Krankenhauseelsorger

Gegenüber der „religiösen Aktivität“ des Krankenhauseelsorgers besteht eine leicht ablehnende Haltung; einzig psychiatrische Patienten haben signifikant höhere religiöse Soll-Erwartungen. Die Ablehnung ist da am stärksten, wo spezifische Elemente des kirchlichen Lebens (z. B. Abendmahl, Bibellesung, Gebet) angeboten werden, während mehr allgemeine Äußerungen religiösen Lebens (z. B.: von Gott reden, Zuspruch aus Gottes Wort erteilen) erwünscht sind. Die Aussage „der Krankenhauseelsorger soll mir das heilige Abendmahl feiern“ lehnten 60 % ab (bei 28 % zustimmenden und 12 % unentschiedenen Antworten);

dagegen stimmten 58 % der Aussage zu: „Der Krankenhauseelsorger soll Zuspruch aus Gottes Wort erteilen.“ Dieses Ergebnis spricht für eine Entfremdung weiter Kreise der Bevölkerung von den traditionellen Äußerungen kirchlichen Lebens.

Ein Vergleich zwischen Soll- und Wird-Erwartungen im Bereich „religiöse Aktivität“ ergibt signifikante Differenzen. Stets waren die Wird-Erwartungen höher als die Soll-Erwartungen. So wünschten sich z. B. 52 % der Patienten, daß der Krankenhauseelsorger den Besuch beim Patienten möglichst ohne Gebet abschließt (bei 23 % unentschiedenen Antworten); aber nur 25 % hielten ein solches Verhalten für wahrscheinlich (Wird-Erwartung). Patienten haben also ein fest geprägtes Bild von der religiösen Aktivität eines Krankenhauseelsorgers; in diesem Zusammenhang von Befürchtungen der Patienten hinsichtlich eines religiösen Leistungsdrucks zu sprechen, scheint angemessen zu sein. Soll- und Wird-Erwartungen stimmten für die Bereiche „Thematisierung von Krankheit“ und „Aufbau einer Beziehung“ im wesentlichen überein. Über 80 % der Patienten halten es für wahrscheinlich, daß der Krankenhauseelsorger bei einem Besuch auf die Krankheit des Patienten eingeht; dieses Verhalten steht weitgehend im Einklang mit den Wünschen der Patienten.

Das Bedürfnis nach zweckfreier Gemeinschaft, Zuwendung und Begleitung in der Seelsorge ist groß. Aufbrechende religiöse Fragen können nur dialogisch im Kontext einer persönlichen Beziehung produktiv aufgenommen werden.

5. *Nachbemerkung*

Die vorgestellte Untersuchung will nicht als kirchliche Marktforschung für das Produkt Seelsorge mißverstanden werden. Sie erfordert eine theologische Diskussion der Ergebnisse. Es kann nicht darum gehen, daß kirchliche Seelsorge unreflektiert sozialwissenschaftlich eruierte Bedürfnisse befriedigt, noch darf andererseits Seelsorge an den Bedürfnissen von Patienten vorbei Antworten auf nicht gestellte Fragen geben.

Anmerkungen

¹ Siehe die Arbeit des Verf.: *Der Krankenhauseelsorger. Eine empirische Untersuchung der Einstellungen und Erwartungen von Patienten. Erlangen 1978 (unveröffentlichte Diplomarbeit, 174 S.). – Zur Einführung in die Thematik sei verwiesen auf*

folgende Titel: H. Faber: Der Pfarrer im modernen Krankenhaus. Handbücherei für Gemeindeführung Hefi 48, Gütersloh 1970. – Ders.: Seelsorge am kranken Menschen. Handbücherei für Gemeindeführung Hefi 45, Gütersloh 1969. – J. Mayer-Scheu: Seelsorge im Krankenhaus, Mainz 1977. – K. R. Mitchell: Arbeitsfeld: Krankenhaus. Notizen aus dem Alltag eines Krankenhauseelsorgers, Göttingen 1974. – H.-C. Piper: Kranksein – Erleben und Lernen, München/Mainz 1974.

² C. Kulenkampff: *Moderne Krankenhauseelsorge am Beispiel des psychiatrischen Krankenhauses. In: Wege zum Menschen 1971, S. 302.*

³ H. Doebert: *Krankenhauspfarrer. In: Y. Spiegel (Hrsg.): Pfarrer ohne Ortsgemeinde, München/Mainz 1970, S. 128.*

⁴ C. Kulenkampff, a.a.O., S. 303.

⁵ *Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die Untersuchung von Hild, der die Einstellung zum Hausbesuch durch den Pfarrer erfragte; nur 4 % der von ihm befragten 2000 Personen würden einen Pfarrer, der einen Hausbesuch machen möchte, abweisen; siehe: H. Hild (Hrsg.): Wie stabil ist die Kirche? Bestand und Erneuerung, Gelnhausen/Berlin 1974, S. 59ff.*

Bernd Busche
Friedrich-Ebert-Str. 102,
c/o Evang.-Freiwl. Gemeinde, 3500 Kassel

Buchanzeige

G. Keith Parker, *Baptists in Europe: History and Confessions of Faith*. Broadman Press, Nashville (USA) 1982, 300 S., \$ 9,95.

Keith Parker, längere Jahre Dozent am Theologischen Seminar in Rüschlikon, verfolgt mit seinem Buch das Ziel, „die hauptsächlichsten heutigen baptistischen Glaubensbekenntnisse (Europas) in ihrem geschichtlichen Kontext“ darzubieten. Damit „ergänzt und erweitert“ er das Werk von W. L. Lumpkin (*Baptist Confessions of Faith*, rev. ed. 1969), indem er das neueste Material aus sämtlichen europäischen Ländern (außer Albanien) zusammenstellt. Interesse des Autors und Wert für den Leser liegen bei den Glaubensbekenntnissen. Eine eigentliche Geschichte der Baptisten in Europa schreibt Parker nicht. Er begnügt sich damit, den Dokumenten jeweils einen kurzen geschichtlichen Überblick voranzustellen; dabei bedient er sich häufig der Beiträge von Vertretern der betreffenden Länder (sie sind namentlich genannt). Ein einleitender Teil verschafft