

Monika Bobbert (Hg.)

Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit

Schnittstellen von Klinikseelsorge und Medizinethik



Medical Ethics in Health Care Chaplaincy

Medizinethik in der Klinikseelsorge

Band 3

LIT

**Medical Ethics in Health Care Chaplaincy
Medizinethik in der Klinikseelsorge**

Monika Bobbert (Hg.)

**Zwischen Parteilichkeit
und Gerechtigkeit**

edited by/herausgegeben von

Prof. Dr. Hille Haker
(Loyola University Chicago)
and/und

Dr. Katrin Bentele
(Berlin)

Schrifitleitung:
Gwendolin Wanderer
(Universität Frankfurt)

Volume/Band 3

Schriftstellen von
Klinikseelsorge und Medizinethik

LIT

LIT

Umschlagbild: Beater Oehler

Gedruckt mit finanzieller Unterstützung
des Bistums Rottenburg/Stuttgart,
des Bistum Trier,
der Bremerischen Evangelischen Kirche,
des Erzbistums Freiburg/Br.,
der Evangelischen Kirche im Hessen und Nassau
und der Evangelischen Landeskirche in Baden

**Dietmar Mieß in großer Dankbarkeit für
Lehre, Forschung und Begleitung**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-643-11263-7

© LIT VERLAG Dr. W. Hoff Berlin 2015

Verlagskontakt:

Fresnostr. 2 D-48159 Münster
Tel. +49 (0) 251-62 03 20 Fax +49 (0) 251-23 1972
E-Mail: lit@lit-verlag.de <http://www.lit-verlag.de>

Auslieferung:

Dutschland: LIT Verlag Fresnostr. 2, D-48159 Münster
Tel. +49 (0) 251-620 32 22, Fax +49 (0) 251-922 60 99, E-Mail: vertrieb@lit-verlag.de
Österreich: Medienlogistik Pichler-ÖBZ, E-Mail: mlo@medien-logistik.at
H-Bücher sind erhältlich unter www.litwebshop.de

Inhalt

Vorwort	1
Einführung	5
Monika Bobbert	
Erster Teil: Fallberzählungen und ethisch-theologische Reflexionen	
Das Wort „Therapieverzicht“	13
Fallschilderung 1	
Das Geheimnis der Familie Kornelius	17
Fallschilderung 2	
Ethisch-theologischer Kommentar zu „Das Geheimnis der Familie Kornelius“	27
Regina Annemarie Quinn	
„Kabilas Hunde auch im gelobten Deutschland!“ Transkulturelle Sensibilität statt psychiatrischer Zwangsbehandlung?	33
Fallschilderung 3	
„Ich sehe doch selbst, dass mein Sohn etwas hat.“	45
Fallschilderung 4	
Von Hoffnung zu Hoffnung zu ...	51
Fallschilderung 5	
„Er darf doch nicht sterben!“	55
Fallschilderung 6	

INHALT		INHALT	
„Das Recht auf Irrtum“ Fallschilderung 7	59	Der Operationstermin wird immer wieder verschoben: Seelsorge in Zeiten der Priorisierung	153
Ethisch-theologischer Kommentar zu „Das Recht auf Irrtum“ <i>Walter Lesch</i>	65	Fallschilderung 15	
Die Angst, nichts mehr machen zu können Fallschilderung 8	73	Ethisch-theologischer Kommentar zu „Seelsorge in Zeiten der Priorisierung“ <i>Heike Knögel</i>	157
Ethisch-theologischer Kommentar zu „Die Angst, nichts mehr machen zu können“ <i>Reinhard Gilster</i>	81	Zweiter Teil: Parteilichkeit, Gerechtigkeit und Interessen Katrin Bentzle	163
„Das musst du entscheiden, da können wir gar nicht mitreden.“ Fallschilderung 9	89	Kritik der Endlichkeit. Von der Parteilichkeit des literarischen Texts <i>Christopher Paul Campbell</i>	175
Ethisch-theologischer Kommentar zu „Das musst du entscheiden...“ <i>Hille Haker</i>	95	Vom Umgang mit der Verletzlichkeit des Menschen Hille Haker	195
Das Pflegeheim verlangt eine PEG-Sonde Fallschilderung 10	105	Parteilichkeit und Gerechtigkeit in der theologischen Ethik Christof Mandry	227
Ethisch-theologischer Kommentar zu „Das Pflegeheim verlangt eine PEG-Sonde“ <i>Günter Renz</i>	111	Zugänge zu einer Ethik der Anwaltschaft in der Klinikseelsorge Gwendolin Wandler	245
„Der Ehemann soll seine Frau loslassen!“, meinen die Pflegenden Fallschilderung 11	117	Ethische und psychologische Aspekte der Beziehung zwischen Patient, Arzt und Angehörigen Barbara Wolf-Braun	269
Ethisch-theologischer Kommentar zu „Der Ehemann soll seine Frau loslassen!“ <i>Dagmar Kreitzscheck</i>	123	Angehörige zwischen Patientensorge und eigenen Anliegen: eine ethische Verortung Monika Bobbert	285
„Soll ich die Patientin positiv umstimmen oder ihre Verweigerung unterstützen?“ Fallschilderung 12	133	Geheimsträger oder Geheimniskrämer? Krankenhauseelsorger im Umgang mit sensiblen Informationen <i>Hubert Kößler, Pascal Mösl</i>	299
„Die Angehörigen sollen entscheiden!“ Fallschilderung 13	143	 	
Silvester auf der Intensivstation Fallschilderung 14	149	Sozialethik der Klinikseelsorge: Ein Praxisfeld im Gefüge institutioneller und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen <i>Christoph Hüenthal</i>	319

Macht und Ohnmacht in der Klinikseelsorge
Andreas Imhasly-Humburg

335

„Lost in translation?“ Der soziale Raum und die Rolle der
Klinikseelsorge
Helen Kohlen

351

Autor(inn)enverzeichnis

369

Das vorliegende Buch will die Reihe „Medizinethik in der Klinikseelsorge“ um einen dritten Band ergänzen. Ausgangspunkt der Reihe war das von Prof. Dr. Hilde Haker, damals Professorin für Moraltheologie und Sozia lethik an der Universität Frankfurt/M., heute an der Loyola University Chicago, geleitete Projekt, das in Kooperation mit der Harvard Divinity School, Cambridge, MA sowie dem Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA durchgeführt wurde und an dem in Deutschland das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Medizinischen Fakultät Heidelberg, das Senckenbergische Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Frankfurt sowie das Institut für Geschichte, Theorie und Politik der Universitätsmedizin Mainz beteiligt waren.

Ausgangspunkt dieses Bandes war die Idee der Herausgeberin, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger des Fortbildungskurses „Medizinethik in der Klinikseelsorge“ ethische Konfliktkonstellationen aus der Klinik in einer schriftlichen Form bringen könnten: eine Projektidee mit offenem Ausgang, die im hier vorliegenden Buch endete.

Der erste Teil des Buches gestaltete sich wie folgt: Einer im Fortbildungskurs von den Teilnehmenden erarbeiteten Fallersammlung folgten Fallreflexionen in Gruppen und abschließend eine Überarbeitung der Fallberzählungen. Für ausgewählte Fallberzählungen wurden im Anschluss daran theoretische Ethikerinnen und Ethiker gebeten, einen speziellen Fall aus ethischer Sicht zu kommentieren. Ihnen sei Dank für die Offenheit, sich einer vorgegebenen Fallberzählung anzunehmen, den Fallautorinnen und -autoren sei Dank für die Bereitschaft, sich einer ethischen Reflexion auszusetzen.

Die Themen des zweiten Teils resultierten aus einer übergreifenden ethischen Analyse der Fallberzählungen durch die Herausgeberin. Für ausgewählte Fragestellungen kamen dann 10 Autorinnen und Autoren „gewonnen“ werden. Sie verfassten eigens für die Konzeption dieses Bandes neue Beiträge. Dafür sei ihnen sehr gedankt.

Geheimsträger oder Geheimniskrämer? Krankenhausseelsorger im Umgang mit sensiblen Informationen

Hubert Kößler, Pascal Mösl

Vertraulichkeit: Vertrauen und Gefährdung

Geheimnisse markieren eine Grenze zwischen Eingeweihten und Nicht-Eingeweihten. Ein Geheimnis entsteht, indem ich jemandem etwas mitteile, das ein anderer nicht weiß oder wissen soll. Ich vertraue jemandem etwas an, ich vertraue darauf, dass der Inhalt vertraulich bleibt. Wenn ich nicht wüsste, dass diese Voraussetzung gilt, würde ich nicht darüber sprechen. Geheimnisse setzen Vertrauen voraus: Mit dem Inhalt vertraue ich mich selbst dem anderen an.

Ich mache etwas zum Geheimnis, weil ich nicht möchte, dass jemand Bestimmtes diesen Inhalt kennt. Vielleicht wäre es mir peinlich; vielleicht will ich jemandem nicht wehtun; vielleicht will ich jemanden oder etwas schützen. Aber andererseits würde es mich entlasten, jemandem das Geheimnis mitzuteilen.

Vielleicht möchte ich eine Entscheidung treffen. Sichon lange habe ich hin und her überlegt, Vor- und Nachteile abgewogen. Aber ich komme nicht weiter. Ich will jemanden in meine Überlegungen mit einbeziehen: Wie würde der andere entscheiden? Welche Konsequenzen hat welche Entscheidung? Was habe ich übersehen? Das vertrauliche Gespräch trägt – zwischen dem Entstehen der Entscheidungssituation und der Entscheidung selbst – dazu bei, dass ich mich entscheiden kann. Neue Optionen entstehen.

Wer kennt die Situation nicht: Ich habe mich mit einem Freund verabredet. Ich freue mich darauf, ihn heute Abend zu sehen. Ich möchte ihm

ein Geheimnis anvertrauen; ihm erzählen von einem Thema, über das ich mir selber noch nicht sicher bin: Da bahnt sich eine neue Beziehung an – soll ich mich darauf einlassen? Oder ich habe eine berufliche Idee: Soll ich sie verwirklichen? Ich brauche dieses Gespräch, um ganz bei mir sein zu können, um mir selber klarer zu werden, ohne auf irgendetwas festgelegt zu werden, ohne an irgendwelche Folgen denken zu müssen; vielleicht auch um freundschaftlichen Zuspruch zu erhalten, um Ermutigung und Unterstützung zu bekommen. Dieses Gespräch ist etwas Besonderes; und es bedarf eines geschätzten Rahmens, damit es stattfinden kann: Die Umgebung muss diskret, der Freund eine Vertrauensperson sein. Ich muss wissen, dass er das, was wir besprochen haben, nicht weitererzählt.

Geheimnisse können aber auch gerade verhindern, dass neue Optionen entstehen, indem verschwiegen wird, was vielleicht eine Veränderung auslösen würde. Geheimnisse können einengen, Menschen auf ungute Weise aneinander binden. Geheimnisse können erpressbar machen. Manche Abhängigkeitsverhältnisse funktionieren so lange, wie ein Geheimnis funktioniert: Wenn die Information öffentlich ist, gibt es keinen Grund mehr, etwas dafür zu bezahlen, damit der andere schweigt.

Es gibt Familiengeheimnisse, die über Generationen hinweg bewahrt werden. Sie sollen die Ehre, den guten Namen, das Ansehen schützen. Die Erinnerung ist schmerhaft. Gleichzeitig verhindern solche Geheimnisse oft, dass jemand zu seinem Recht kommt, dass Ausgleich oder Versöhnung hergestellt werden kann.

Das Geheimnis wirkt und verändert Beziehungen. Wenn ich etwas weiß, das die Nachbarin betrifft, und wenn ich weiß, dass sie es nicht weiß, werde ich ihr nicht mehr so begegnen, als wenn ich es nicht wüsste.

Das Geheimnis ist mit dem Tabu verwandt: Die Familie besucht den Großvater im Altersheim. Alle wissen, dass er nicht mehr lange leben wird. Es mag gute Gründe geben, das Thema nicht anzusprechen. Doch so kommt es nicht dazu, dass die Angehörigen dem Großvater sagen, dass sie ihn lieben. Oder dass der Großvater mitteilt, wie er sich seine Beerdigung wünscht. Man geht nach Hause, man hat sich unterhalten, aber die Unterhaltung führte zur Vermeidung einer Begegnung.

Geheimnisse haben etwas Verführerisches. Ein eigenartiger Reiz umgibt sie. Die Stimme verändert sich. Man tuschelt, man flüstert, man spricht hinter vorgehaltener Hand. Man lächelt wissend: „Ich gehöre zum Kreis der

Eingeweihten“. Ich kann Andeutungen machen, die nur Eingeweihte verstehen. Nicht-Eingeweihte ahnen höchstens etwas; sie werden neugierig. Wenn ich hingegen das Geheimnis nicht kenne, gerate ich nicht in Versuchung, es auszuplaudern.

Seelsorgegeheimnis

Das Krankenhaus ist ein Ort, in dem es wesentlich und in besonderem Maß um sensible Daten geht: Es geht um Körperlichkeit, Gebrechlichkeit, Intimität. Der Aufenthalt in einem Krankenhaus ist eine Situation, in der es viele Menschen dazu drängt, sich jemandem anzuvertrauen. Der Alltag ist unterbrochen. Man blickt auf Bisheriges zurück, man zieht Bilanz, man schaut ängstlich oder hoffnungsvoll in die Zukunft.

Die Inhalte eines Gesprächs mit einer Seelsorgerin, einem Seelsorger, unterstehen dem besonderen Schutz der Schweigepflicht. Ein Patient, eine Patientin, der oder die im Krankenhaus ein Gespräch mit einer Seelsorgerin, einem Seelsorger führt, weiß, dass die Dinge, die hier angesprochen werden, nicht weitergesagt werden dürfen.¹ Diese unbedingte Diskretion ist wesentliche Voraussetzung des Gesprächs mit dem Krankenhausseelsorger. Dieser ist zwar, wenn auch in besonderer Weise, Teil des Systems „Krankenhaus“ – aber er darf die Inhalte der Gespräche, die er führt, ohne ausdrückliches Einverständnis des Patienten weder in der Krankengeschichte dokumentieren noch an Pflegende oder Ärzte weiterleiten. Die seelsorgerliche Schweigepflicht gilt auch gegenüber Verwandten, Angehörigen, Freunden, Arbeitgebern, Institutionen oder anderen Dritten. Selbst bei polizeilichen und gerichtlichen Untersuchungen muss der Seelsorger das, was ihm im seelsorgerlichen Gespräch anvertraut wurde, für sich behalten. Dieser Schutz des Seelsorgegeheimnisses ist verfassungsrechtlich verankert und durch staatskirchenrechtliche Verträge abgesichert. „Seelsorge“ wird dabei sehr weit verstanden: Sie ist eine „Zuwendung“, die von religiösen Motiven und Zielsetzungen getragen ist und die dem seelischen Wohl eines Menschen, der Hilfe im Leben oder Glauben benötigt, dient. Geschützt ist also nicht erst das (sakramentale) ausdrückliche Beichtgespräch, sondern

¹ Zur Unterscheidung „Beichtgeheimnis, seelsorgerliche Schweigepflicht, Amtsver-schwiegenheit, Zeugnisverweigerungsgesetz“ vgl. Knitzele 2010: Merkblatt.

geschützt sind schon alle Informationen, die dem Seelsorger in seiner Eigenschaft als Seelsorger anvertraut werden.²

Im gleichen Sinn bestimmt auch das Schweizerische Strafgesetzbuch: Ein „Geistlicher“ (darunter werden auch ausgebildete Seelsorger verstanden), der ein Geheimnis offenbart, kann mit Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bestraft werden.³ Unter „Geheimnis“ werden Inhalte verstanden, die der Allgemeinheit nicht zugänglich sind und an denen jemand ein berechtigtes Geheimthalungsinteresse hat. Der Seelsorger muss mit diesen Informationen aufgrund seines Berufes oder in Ausübung seines Berufes in Kontakt gekommen sein – bereits die Tatsache, dass jemand Seelsorge in Anspruch nimmt, ist ausreichende Voraussetzung für ein „Seelsorgegeheimnis“. Damit geht das Seelsorgegeheimnis im Vergleich zum Arztrecht deutlich weiter. Für Ärzte bestehen von Gesetzes wegen zahlreiche Meldepflichten und -rechte⁴. Ausnahmen vom Zeugnisverweigerungsrecht von Seelsorgern gibt es nur dann, wenn eine Anzeigepflicht besteht⁵ oder wenn der „Geheimnisscherr“ den Seelsorger ausdrücklich von der Geheimnispflicht entbindet.

Warum stellt der Gesetzgeber das Seelsorgegeheimnis unter einen so hohen Schutz? Offenbar soll das seelsorgerliche Gespräch schon allein rechtlich einen Raum eröffnen, der so sicher ist, dass darin grundsätzlich alles thematisiert werden kann – auch Dinge, die man sonst nicht anspricht: Verletzungen, Schambesetzes, aggressive Phantasien, Peinliches, Schuld. Man kann hier diskutieren, was man bisher vielleicht noch mit niemandem entbindet.

² Vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2008: *Zugenaussage, Zeugnisverweigerungsrecht und Schwiegerpflicht; Kirchgesetz zum Schutz des Seelsorgegeheimnisses* ABI-EKD 2009: 352; hier auch Näheres zur Definition des Personenkreises, der dem Seelsorgegeheimnis untersteht.

³ „Verletzung des Berufsgeheimnisses“: vgl. Art. 321 SBBG (CH). Diese Hinweise verdanken wir dem Rechtsdienst des Inselspitals Bern, namentlich Manucl Beyeler und François Dietrichsheim.

⁴ Gesetzliche Meldepflichten sind jedoch für Seelsorger kaum je vorgesehen. Ein gesetzlich nicht vorgesehenes Melderecht kommt höchstens nach Entbindung der vorgesetzten (kantonalen) Behörde / Aufsichtsbehörde in Frage. Eine solche Entbindung ist aber in den (meisten) Kantonen nicht geregt oder – z.B. im Kanton Waadt – aufgrund der absolute Auffassung vom Berufsgeheimnis – nicht vorgesehen. Vgl. Tretschel et al. 2008: Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, Art. 321, Rn. 30. Ein Melderecht besteht ferner beim Vorliegen der allgemeinen gesetzlichen Rechtfertigungegründen wie Notwehr, Notstand und Notstandshilfe. Vgl. Oberholzer 2007: Art. 321, Rn. 25.

diskutiert hat. Man kann ausprobieren, experimentieren, an die Grenzen des bisher Gedachten gehen oder sie überschreiten.

Indem ein Seelsorger, eine Seelsorgerin, diesen Gedanken zu hört, sie ernstnimmt und – vielleicht durchaus kritisch – darauf eingeholt, erfährt die erzählende Person sich als im Tiefsten anerkannt. Die Aussage „Du bist angenommen – auch und gerade mit dem, was in dir dunkel und ungekärt ist“ wird jemandem so nicht nur theoretisch zugesagt, sondern sie wird in der konkreten Begegnung erfahrbar. Der Seelsorger stellt Kontakt her und bleibt in Kontakt – unabhängig von irgendeiner Leistung des „Klienten“. So muss dieser nicht mehr darum kämpfen, dass er „richtig“ gesehen wird; die Frage, was der andere über ihn denkt, darf innerer unwichtigkeit werden. Die Person kann sich ansehen, wie sie ist, mit dem, was in ihr ist. Und das wiederum kann Grundlage dafür sein, dass Veränderung möglich wird – weil sie nicht mehr nur identifiziert ist, sondern freier wird.

Dem Seelsorgegeheimnis unterstehen auch andere Seelsorger, etwa der Gemeindepfarrer. Dieser kennt vielleicht den Gesprächspartner oder Mitglieder seiner Familie schon von früheren Begegnungen. Das mag manchmal eine gute Voraussetzung für ein vertrauliches Gespräch sein. Der Kontakt mit dem Spitälsseelsorger hat eine andersgeartete gute Voraussetzung für Intimität: Seelsorger und Patient schen sich meist zum ersten Mal und werden sich nach dem Krankenhausaufenthalt wohl nicht mehr sehen. Wir machen oft die Erfahrung, dass Patienten sich nicht trotz, sondern gerade deswegen öffnen und zeigen in einem Maß, das einem Bekannten gegenüberwohl nicht möglich ist.

Das Seelsorgegeheimnis betrifft die Inhalte des Gesprächs, das jemand mit dem Seelsorger als Seelsorger geführt hat. Das bedeutet umgekehrt: Nicht alles, was ein Seelsorger zu wissen bekommt, untersteht dem Schweigegebot. Wenn ein Seelsorger zum Beispiel beobachtet hat, dass ein Mitarbeiter etwas gestohlen hat und der Klinikchef fragt, ob jemand etwas weiß, darf der Seelsorger dieses Wissen mitteilen. Wenn hingegen der Mitarbeiter im seelsorgerlichen Gespräch dem Seelsorger den Diebstahl anvertraut hat, darf der Seelsorger die Information nicht weitergeben.⁶

Nicht alles, was in einem Seelsorgespräch besprochen wird, untersteht also dem Dienstgeheimnis. Nicht-öffentliche Inhalte (der Patient hat

⁶ Vgl. Knüttel 2010: Merkblatt.

eine Außenbeziehung) werden durch das Beichtgeheimnis geschützt; hingegen sind öffentlich zugängliche bzw. öffentliche Inhalte (der Patient ist verheiratet) oder alltäglich banale Inhalte nicht geschützt.

Verschiedene Kontexte fordern die besondere Verantwortung des Klinikseelsorgers im Umgang mit sensiblen Informationen heraus: die Zusammenarbeit in einem Team, Intervention und Supervision, Konflikte mit Patienten und Angehörigen, das Setting der Gespräche selbst, die Kooperation im interdisziplinären Behandlungssteam. Daraus können spannungsreiche Situationen entstehen. Wir beschreiben im Folgenden einige solcher Situationen:

Der Seelsorger

- arbeiten mit anderen SeelsorgerInnen zusammen und will die Betreuung eines Patienten während seiner Abwesenheit regeln
- nimmt an Intervention und Supervision teil und berichtet von einer konkreten Situation in seinem beruflichen Kontext;
- wird von der Bekannten einer Patientin gebeten, diese Patientin zu besuchen;
- soll ein diskretes Gespräch in einem Mehrbettzimmer führen;
- begegnet einer Patientin, die ihm eine belastende Information anvertraut;
- wird gebeten, eine Angehörige ohne das Wissen des Patienten zu betreuen;
- wird von einer Pflegenden auf einen Patienten angesprochen.

Für diese Situationen werden im Folgenden mögliche seelsorgerliche Interventionen im Sinn eines professionellen Umgangs mit dem Seelsorgegeheimnis aufgezeigt.

Patientenübergabe

Die SeelsorgerInnen und Seelsorger eines Krankenhauses treffen sich zur wöchentlichen Teamsitzung. Ein festes Traktandum betrifft Absprachen zu PatientInnen und Patienten. Ein Seelsorger ist in der nächsten Woche im Urlaub und bittet seine Kollegin, die Begleitung der Patienten auf seiner Abreise zu übernehmen. Dabei informiert er die Kollegin über die medizinische Situation und über den bisherigen Verlauf der Gespräche mit den Patienten.

Hat der Seelsorger die Patienten über dieses Vorgehen im Voraus informiert? Sind die Patienten einverstanden, dass eine andere Seelsorgerin vor-informiert wird und dann Kontakt mit ihnen aufnimmt? Unter dieser Voraussetzung ist eine solche „Übergabe“ angezeigt und sinnvoll. Patienten haben ein Anrecht darauf zu wissen, wer über ihre Daten verfügt.

Kollegiale Beratung

Einmal im Monat treffen sich die SeelsorgerInnen zur Intervention. Dort werden Situationen besprochen, in denen jemand an Grenzen stößt und kollegiale Beratung wünscht. Solche Interventionseinheiten können bei Bedarf auch ad hoc einberufen werden.

Hier ist darauf zu achten, dass die Informationen weitestgehend anonymisiert („Herr B., 53 Jahre alt, Rheumapatient, alleinstehend“) und allgemein ausgetauscht werden. Da es dennoch möglich ist, dass SeelsorgerInnen Patienten identifizieren, gilt die Verabredung, die für Interventionen auch sonst gilt: Keine Informationen fließen aus diesen Interventionseinheiten nach außen.

Hinweise durch Dritte

Frau Star ruft Seelsorgerin Müller an: Sie sei doch für die neurologische Klinik seelsorglich zuständig? Sie wolle sie darüber informieren, dass Frau Amsel am kommenden Mittwoch ins Spital kommt; am darauf folgenden Freitag werde ein Eingriff vorgenommen. Frau Amsel sei eine regelmäßige Kirchgängerin, außerdem Mitglied im Kirchenchor, in dem auch Frau Starsinge. Frau Amsel freue sich sicher, wenn sie vor der Operation durch eine Seelsorgerin besucht werde; am besten, Frau Müller verbinde den Besuch mit einer einfachen Kommunionfeier.

Spitalseelsorger dürfen aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes niemandem Auskunft über einen Patienten geben. Dazu gehört auch die Auskunft, ob jemand überhaupt Patient im Spital ist. Die Seelsorgerin erklärt der Anruflenden also zunächst, dass sie sich nicht dazu äußern darf, ob die genannte Frau sich als Patientin im Spital aufhält oder aufhalten wird. Dann fragt sie Frau Star, ob sie von Frau Amsel gebeten wurde, diesen Anrufl zu tätigen. Das verneint Frau Star. Daraufhin lädt die Seelsorgerin

Frau Star ein, die Patientin auf das Angebot der Seelsorge aufmerksam zu machen und ihr vorzuschlagen, mit der Seelsorge Kontakt aufzunehmen. So wird vermieden, dass – auch wohlgemeinte – Arrangements getroffen werden, die den Betreffenden nicht entsprechen.

Ähnlich verhält es sich, wenn Krankenhausseelsorgende von Theologen aus der Kirchengemeinde angerufen und auf Patienten im Krankenhaus hingewiesen werden. Auch hier gilt es, Aufträge im vermuteten Sinn des Patienten nicht einfach auszuführen, sondern die Entstehung des Kontakts transparent zu machen: „Pfarrer Friederich aus Ihrer Heimatgemeinde hat uns angerufen. Er vermutet, dass Sie sich freuen würden, wenn ich Sie besuche.“ – Und dann die Annahme oder Ablehnung des Gesprächsangebotes anzubieten: „Ist es Ihnen recht, wenn ich Sie besuche?“ Eine solche offene Kommunikation ist im kirchlichen Kontext eher ungewohnt. Sie ist aber möglich, wenn der Seelsorger deutlich macht, dass eine Ablehnung des Besuchsangebots für ihn völlig in Ordnung ist. Transparenz gegenüber dem Gemeindepfarrer wird dadurch hergestellt, dass der Spitalpfarrer ihm darüber informiert, wie er mit seinem „Auftrag“ umgehen wird.

Erschwerter äußere Umstände

Der 58-jährige Herr Schmied wünscht den Besuch des Krankenhausseelsorgers. Er wurde an der Hüfte operiert; eine Verlegung in die Rehabilitation ist für nächste Woche geplant. Herr Schmied ist allgemeinversichert; er liegt in einem Vierbettzimmer. Als der Seelsorger das Zimmer betritt, befinden sich zwei andere Patienten im Zimmer; ein weiterer Mitpatient ist gerade bei einer Untersuchung in der Röntgenabteilung.

Gespräche im Krankenhaus finden unter oft erschwerten Bedingungen statt: Der Patient liegt im Bett und kann sich dem Seelsorger – je nach Mobilität – vielleicht nur schlecht zuwenden. Spitzalkleidung, Infusionsständen u. a. beeinträchtigen die Kommunikationssituation. Manchmal kann man das Zimmer verlassen und in ein Besprechungszimmer oder den Garten ausweichen. Oft ist dies aber zu aufwändig oder ganz unmöglich. Stattdessen wird das Gespräch „unter vier Augen“ möglichsterweise von anderen

teilweise mitgehört. Es wird unterbrochen durch Arztvisiten und Pflegende, die bei einem Mitpatienten beispielsweise den Verband wechseln. Vor allem auf der Intensivstation ist eine intime Gesprächssituation nicht herzustellen. Ist deswegen auch ein seelsorgerliches Gespräch unmöglich?

Der Seelsorger muss fähig sein, die Rahmenbedingungen trotz solcher Einschränkungen flexibel und kreativ zu gestalten. Es ist ein Gebot der Höflichkeit, alle im Zimmer Anwesenden am Anfang allgemein zu begrüßen und sich danach dem einzelnen Patienten zuzuwenden. Es kann entlastend für den Patienten sein, wenn der Seelsorger signalisiert, dass er sich der Einschränkung bewusst ist und zusammen mit dem Patienten eine adäquate Lösung sucht. Man senkt die Stimme, man zieht einen Trennvorhang. Es kann aber umgekehrt auch sinnvoll sein, im halb-offenen Dialog zu verbleiben: Manchmal herrscht im Patientenzimmer schon eine große Vertrautheit; die Mitpatienten kennen die medizinischen Situationen, familiäre Probleme und ähnliches voneinander oft sehr genau.

Herr Schmied erzählt (seine Stimme ist dabei zumindest so laut, dass er von den anderen Anwesenden verstanden werden kann), dass er Landwirt ist. Durch die Operation erhält die Frage, wie lange er den Hof noch bewirtschaften soll, eine neue Dringlichkeit: Soll er trotz gesundheitlicher Einschränkungen und Schmerzen weiterfahren wie bisher? Soll er den Hof dem Sohn überschreiben? Es belastet ihn zusätzlich, dass seine Ehefrau und er in dieser Frage unterschiedliche Ansichten haben.

Der Seelsorger kann hier den Patienten fragen, ob er wünscht, dass das Gespräch an einem anderen Ort oder zu einer anderen Zeit weitergeführt wird. Oder er kann Herrn Schmied fragen, ob er einverstanden ist, die anderen Patienten in das Gespräch miteinzubeziehen. In diesem Fall könnte er die Mitpatienten offen ansprechen: „In so einem Vierbettzimmer erfährt man ja sehr viel voneinander; es ist gar nicht zu vermeiden, dass Sie auch jetzt einen Teil unseres Gesprächs gehört haben. Deswegen ist Ihnen das Problem von Herrn Schmied wohl vertraut. Deshalb möchte ich Sie gerne fragen: Angenommen, Sie wären in Herrn Schmieds Situation – was würden Sie tun?“ Dadurch werden die Anwesenden entlastet; sie erscheinen nicht als indiscrete Lauscher, sondern werden als Ressourcen zur Lösung des Problems einbezogen. Die Vorschläge, die von den Mitpatienten ge-

⁷ Der gleichlautende Titel des Buches von Hans van der Geest lässt den Konflikt zwischen anspruchsvollem Ideal und eingeschränkter Realität anklingen.

nannt werden, können anschließend von Herrn Schmied geprüft, modifiziert, angenommen oder verworfen werden.⁸

Patientinnen und Patienten

Eine ältere Patientin erzählt der Seelsorgerin, dass sie nicht mehr lange zu leben hat. Sie sei lebenssatt; sie blicke auf ein reiches Leben zurück. Die verbleibende Zeit wolle sie nutzen, um mit ihrem Mann noch so viel Schönes wie möglich zu erleben. Dass alles sei für sie in Ordnung; nur etwas beschäftige und plage sie: Soll sie ihrem Ehemann, den sie immer geliebt hat, gestehen, dass die erwachsene Tochter nicht – wie er immer angenommen hat – von ihm ist, sondern von einem anderen Mann, mit dem sie vor 35 Jahren eine sehr kurze Affäre hatte und zu dem sie seitdem keinen Kontakt mehr hatte?

Weiche Optionen hat die Seelsorgerin? Soll sie die Patientin dazu ermutigen, das Geheimnis für sich zu behalten und „mit ins Grab zu nehmen“? Oder soll sie sie im Gegenteil dazu auffordern, die Lebenslüge endlich zu beenden und dem Ehemann die Wahrheit mitzuteilen? Beiden denkbaren Optionen ist gemeinsam, dass die Seelsorgerin damit der Ambivalenz der Patientin nicht gerecht würde, sondern jeweils nur einen Pol ihres inneren Zwiespals einnahme.

Die Seelsorgerin wird der Patientin gerechter, wenn sie sich als Anwältin der Patientin in ihrer Ambivalenz versteht⁹ und sie danach fragt, was denn die Gründe für ihr bisheriges Verhalten waren und welche Gründe allenfalls für eine neue Verhaltensweise sprächen:

„Wenn ich meinem Mann alles sage, wird er bitter enttäuscht und gekränkt sein. Ich glaube zwar nicht, dass er sich von unserer Tochter abwenden würde – er ist ihr immer sehr nahe gestanden; das würde wohl so bleiben. Aber von mir würde er sich sicher emotional distanzieren; vielleicht würde er mich sogar verlassen – gerade jetzt, wo ich ihn so dringend brauche.“ Das alles spreche gegen die Selbstoffenbarung; deshalb ha-

⁸ Hier wird zwar kein „reflecting team“ im eigentlichen Sinn installiert. Aber einige Strukturelemente (Einbezug Dritter, öffentliche Diskussion im Beisein des Betroffenen, Beurteilung der Vorschläge durch den Betroffenen) sind durchaus analog. Vgl. Van Schlippe / Schweizer 2003: 38f., 199–205.

⁹ Vgl. Klicin / Kannicht 2007: 36–40.

be sie ja bisher immer geschwiegen. Andererseits habe sie seit 35 Jahren ein schlechtes Gewissen und könne damit nur reinen Tisch machen, wenn sie den Ehemann informiere.

Die Seelsorgerin wiederholt beide Positionen mit eigenen Worten und dokumentiert so deren Nachvollziehbarkeit. Dann bringt sie die Tochter mit ins Spiel. Sie ist in den bisherigen Überlegungen der Patientin nicht aufgetaucht: „Wenn ich Ihre Tochter jetzt fragen würde, ob Sie ihr sagen sollen, dass sie einen anderen Vater hat – was würde sie antworten?“ Würde die Tochter diese Information als wesentlich erachten? Manche Adoptivkinder würden sich auch nach vielen Jahren auf die Suche nach ihren leiblichen Eltern machen; die Kenntnis der leiblichen Eltern sei ein vieldiskutiertes Rechstgut. Oder würde die Tochter der Mutter raten, das Thema für sich zu behalten?

Diese Vorstellung löst bei der Patientin eine heftige Reaktion aus: Sie wird hochrot im Gesicht; sie beginnt zu schluchzen. Darüber wolle sie sie noch einmal in Ruhe nachdenken; ob die Seelsorgerin in den nächsten Tagen wiederkommen könne?

Die Interventionen der Klinikseelsorgerin lösen den Konflikt der Patientin nicht auf; sie verschärft ihn sogar noch. Eine „einfache“ Lösung gibt es hier nicht. Doch gerade indem sie dies bestätigt, stellt sich die Seelsorgerin an die Seite der Patientin; sie würdigt ihr Dilemma als so bedeutsam, dass sie die Grinde für die bisherige Geheimhaltung wie auch für die Zweifel daran nachvollziehen kann. Die Patientin hat die Seelsorgerin ins Vertrauen gezogen, und diese reagiert darauf adäquat, indem sie in absoluter verlässlicher Diskretion den Konflikt mit ihr diskutiert. Damit stellt sie sich ganz hinter die Person. Zur Sache hingegen nimmt sie differenziert. Sie lässt sie sich zur Mitwisserin binden, die das Verschweigen unterstutzt, noch verurteilt sie das bisherige Verhalten der Patientin. Stattdessen mutet sie der Patientin zu – und ermöglicht sie gleichzeitig dazu – selbst eine Entscheidung zu treffen; jedoch so, dass sie im Kontakt mit der Patientin bleibt und sie empathisch begleitet.

Und wie geht es weiter? Vielleicht so:

Als die Seelsorgerin die Patientin das nächste Mal besucht, teilt diese ihr mit, dass sie geschlossen hat, den Ehemann und die Tochter vorerst nicht zu informieren. Sie glaube im Moment, dass beide lieber nichts wüssten.

Sie selbst wolle aber diese Frage noch grundlegender klären. Sie bittet die Seelsorgerin, sie während ihres Spitalaufenthaltes darin zu unterstützen. Oder so:

Die Patientin entscheidet sich, zunächst den Ehemann und später die Tochter einzuhören. Sie bittet die Seelsorgerin, mit ihr zusammen zu überlegen, welche Form und welche Worte dafür geeignet wären. Außerdem fragt sie nach einem Unterstützungsangebot für die Familie in der zu erwartenden anschließenden Krise.

Angestörige

Eine Pflegende spricht die Seelsorgerin an: Der Zustand von Herrn Raber, einem 45-jährigen Krebspatienten, sei sehr kritisch. Die Ärzte könnten noch keine sichere Prognose stellen; man müsse jedoch mit dem Schlimmsten rechnen. Die Lebenspartnerin von Herrn Raber, Frau Stuck, habe der Pflegenden gesagt, sie würde gerne einmal mit jemandem über ihre Situation sprechen – wenn möglich ohne Herrn Rabers Wissen. Die Pflegende habe ihr die Telefonnummer der Seelsorgerin gegeben und ihr geraten, direkt mit ihr Kontakt aufzunehmen. Frau Stuck ruft noch am gleichen Nachmittag an, um ein Gespräch zu verabreden. Die Seelsorgerin schlägt einen Termin am nächsten Tag in ihrem Büro vor.

Seelsorgende im Krankenhaus sind nicht Krankenseelsorgende, sondern **Krankenhausseelsorgende**. Ihnen sind nicht nur einzelne (Patienten) anvertraut, sondern sie nehmen auch Verantwortung für die Umgebung der Patienten wahr. Sie stehen zum Beispiel für die Begleitung von Angehörigen und Mitarbeitenden, für Aus- und Weiterbildung, für Vernetzung und Mitarbeitererschulung und für weitere Dienstleistungen im Spital zur Verfügung.¹⁰ Insofern ist das Eingehen auf den Gesprächswunsch der Angehörigen im von ihr gewünschten Setting Teil des seelsorgerlichen Auftrags. Damit ist die Angehörige die „Kundin“, die von der Seelsorgerin begleitet wird. Und die durch das Seelsorgegeheimnis geschützten Informationen sind jene, die die Angehörige mit der Seelsorgerin bespricht.

Frau Stuck berichtet, dass sie ihren Partner seit drei Jahren in seiner Krankheit begleite; sie habe zuletzt mehrere Monate unbezahlten Urlaub

¹⁰ Vgl. Klessmann 2002: 40-48.

¹¹ Vgl. die Unterscheidungen das Eine – das Andere – Beides – Keines von Beiden – AH dies nicht/und selbst das nicht: Von Kibédi / Springer 2000: 75-110.

genommen, um die aufwändige Pflege leisten zu können. Nun habe ihr Vorgesetzter ihr mitgeteilt, dass sie im kommenden Monat zumindest zu einem Teilpensum wieder arbeiten müsse; anderenfalls könne er ihre Anstellung nicht aufrechterhalten. Frau Stuck wolle ihren Partner nicht im Stich lassen; aber es sei ihr auch wichtig, ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Herr Raber habe sie noch nichts gesagt; sie wolle ihn damit nicht noch zusätzlich belasten und ihm ein schlechtes Gewissen bereiten.

Die Seelsorgerin sammelt mit der Angehörigen verschiedene – zunächst auch unmöglich und verrückt erscheinende – Handlungsoptionen:¹¹ Sie könnte a) sich ganz der Pflege ihres Lebenspartners widmen und den Arbeitsplatz aufgeben; b) den Arbeitsplatz sichern und die Pflege abgeben; c) versuchen, beide Aufgaben zu bewältigen; d) beides aufgeben und sich in der nächsten Zeit einmal nur an sich selbst denken. Schon allein das Aus sprechen der unterschiedlichen Denkmöglichkeiten hat etwas Lösendes und nimmt dem Gespräch die anfängliche Schwere; Frau Stuck gewinnt Distanz zum Problem. Auf dieser Grundlage kann sie dann als selbstbestimmte Akteurin entscheiden: Optionen c) und d) entfallen, weil c) kraftmäßig nicht leistbar ist und d) die Liebe zu ihrem Partner verraten würde. Allerdings kann sie sich vorstellen, e) in den nächsten Monaten jeweils vormittags ihren Partner zu pflegen und nachmittags ihrer Berufstätigkeit nachzugehen. Sie glaubt, dass ihr Arbeitgeber für einen begrenzten Zeitraum mit diesem Vorschlag einverstanden sein wird und dass ihr Partner die Nachmittage auch ohne sie auskommen kann. Nach weiteren möglichen Unterstützungen gefragt, nennt sie den mobilen Pflegedienst der Gemeinde, den sie zweimal in der Woche engagieren könnte.

Frau Stuck dankt der Seelsorgerin. Nun sei ihr klarer, was sie wollte. Allerdings sei damit ein anderes Problem noch nicht geklärt: Soll sie ihrem Partner davon berichten, dass sie mit der Seelsorgerin gesprochen hat?

Das „Geheimnis“ besteht in diesem Fall also darin, dass die Angehörige ein Gespräch mit einer außenstehenden Person führt und den Partner nicht darüber informiert. Offenbar besteht in dieser Partnerschaft wenig Erfahrung damit, dass man interne Probleme mit anderen diskutiert. Die Seel-

sorgerin fragt Frau Stuck, was Herr Raber über sie denken würde, wenn er wüsste, dass sie die Seelsorgerin aufgesucht hat:

„Ich glaube, er würde das nicht verstehen. Wir reden ja mit unseren Geschwistern und Freunden auch nicht über so etwas. Damit wollen wir niemanden belasten.“ Ob es ihm wie ein Treuebruch erscheinen könnte, wenn er erfährt, dass seine Partnerin mit anderen über ihn spreche? „Ja, so etwas in der Art“. Die Seelsorgerin bietet daraufhin eine andere Deutung an:¹² Es könnte ja auch sein, dass Herr Raber seiner Partnerin dankbar ist, wenn sie die Initiative für eine Handlung übernimmt, die ihm und der Partnerschaft diene. Angenommen, die Seelsorgerin sei in der Situation des Patienten, wäre sie ihrem Partner durchaus dankbar, wenn er professionelle Hilfe in Anspruch nähme, um Lösungen für Probleme in der Partnerschaft zu suchen. Man könne dies auch als Ausdruck der Liebe verstehen. Frau Stuck wirkt überrascht: So habe sie das noch nicht gesehen.

Die Seelsorgerin schließt das Gespräch ab, indem sie zusammenfasst, wie Frau Stuck die Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit lösen will. Dann spricht sie die Tatsache an, dass Herr Raber nichts von diesem Gespräch weiß: „Wollen Sie Ihrem Partner davon erzählen, dass wir miteinander gesprochen haben?“ Frau Stuck möchte ihm gern informieren; sie zweifelt jedoch daran, ob sie die richtigen Worte finden wird. Die Seelsorgerin fragt sie, welches die wichtigsten Aussagen sind, die sie ihrem Partner mitteilen will. Frau Stuck formuliert: Erstens: Sie liebt ihren Partner und will ihm in dieser wichtigen Phase seines Lebens so gut es ihr möglich ist beistehen. Zweitens: Es ist ihr wichtig, beruflich den Anschluss nicht zu verlieren und ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Drittens: Ihr selbst tut es gut, wenn sie auch mit anderen Vertrauenspersonen Kontakt hat und vor allem die Beziehung zu ihrer besten Freundin wieder verstärkt pflegt. Jetzt wird ihr klar: Wenn sie diese drei Dinge ihrem Mann mitteilt, ist es nicht nötig, ihm vom Gespräch mit der Seelsorgerin zu berichten. Schließlich überlegt Frau Stuck, wo und wann eine günstige Situation für das Gespräch mit ihrem Partner in den nächsten Tagen sein könnte.

Mitarbeitende

Herr Taube ist Patient der Psychosomatischen Klinik. Er bildet die Pflegende, jemanden aus dem Seelsorgeteam zu rufen. Die Pflegende verabredet mit dem zuständigen Seelsorger einen Termin, der mit dem Therapieplan des Patienten kompatibel ist. Als der Seelsorger sich vor dem Besuch bei Herrn Taube im Stationsbüro meldet, nimmt die Pflegende ihn beiseite: „Gut, dass Sie kommen. Herr Taube ist schon seit drei Wochen bei uns: er bereitet uns großen Kummer, er hält sich nur unzuverlässig an die Abmachungen, auch macht sein Gesundheitszustand keine echten Fortschritte. Er klagt über Beschwerden beim Schlucken; wir können dafür aber keine anatomische Ursache entdecken. Vielleicht bringt das Gespräch mit Ihnen ja etwas.“

Informationen, nach denen man nicht gefragt hat, sind heikel. Ähnlich ist es, wenn Angehörige den Seelsorger auf dem Gang ansprechen: „Wissen Sie, unsere Mutter will eigentlich gar nicht mehr leben“ oder „Mein Sohn hat die Trennung von seiner Frau noch nicht verarbeitet“. Manchmal lässt es sich nicht vermeiden, dass man ungefragt informiert wird. Dann gilt es zu klären: Wer ist in dieser Situation der „Kunde“ der Seelsorge? Vielleicht stellt sich heraus, dass eigentlich die Angehörigen oder die Pflegenden das Gespräch mit dem Seelsorger wünschen. Danach kann der Seelsorger entscheiden, welche Bedeutung die Information hat, und wie er mit ihr umgehen will. Im konkreten Fall ist klar, dass Herr Taube das Gespräch gewünscht hat; ob der Seelsorger auf die Information der Pflegenden eingehen will, lässt er im Moment offen.¹³

Herr Taube erzählt dem Seelsorger von seiner Kindheit als Verdingkind.¹⁴ Er hat früh den Kontakt zu seinen Eltern verloren, ist nach der Schulzeit weggezogen, hat schwierige berufliche und private Erfahrungen

¹³ Es kann durchaus sinnvoll sein, ohne jede medizinische Vorinformation einen Patientenbesuch abzustatten – auch wenn es dem Seelsorger möglich wäre, vorher Einsicht in die Patientendokumentation zu nehmen. Dann ist klar, dass eben dieser Verzicht die Voraussetzung des Gesprächs ist – so wie im anderen Fall die Vorinformation *zum Vorwissen* dagegen anderen Gesprächs gehört. Die Geschichten, die Wirklichkeit konstruieren, haben in beiden Fällen unterschiedliche Quellen und Akteure.

¹⁴ Verdingung bezeichnet in der neueren Schweizer Geschichte die Fremdunterbringung von Kindern zum Lebenserhalt und zur Erziehung. (Ähnlich wurden im 19. Jahrhundert aus den Alpen Kinder nach Oberschwaben zur Kinderarbeit versandt.) Heute leben in der Schweiz noch einige Tausend ehemaliger Verdingkinder. Sie waren am Bauern vor-

gemacht. Vor zehn Jahren waren unerklärliche Schmerzen in der Hitze aufgetreten, die von verschiedenen Ärzten ohne Erfolg behandelt worden waren. Erst als er auf Empfehlung eines Bekannten zu dem inzwischen leider verstorbenen Dr. Weiss gegangen sei, sei er richtig und wirksam behandelt worden. Er habe den Eindruck, dass man ihm auch hier in der Klinik nicht helfen könne. Zu den Ärzten und Pflegenden hier habe er kein echtes Vertrauen. Man bewundre ihn.

Als der Seelsorger fragt, ob er etwas für ihn tun könne, bittet Herr Taube ihn um ein Segensgebet. Außerdem solle der Seelsorger in der Klinikkapelle eine Kerze für ihn anzünden und im nächsten Gottesdienst für ihn beten. Gerne erwarte Herr Taube einen weiteren Besuch in den nächsten Tagen.

Als der Seelsorger das Patientenzimmer verlässt und sich im Stationsbüro verabschiedet, kommt die zuständige Pflegende noch einmal auf ihn zu: Wie das Gespräch verlaufen sei? Ob Herr Taube etwas gesagt habe, was für die Pflege und die medizinische Versorgung wichtig sein könne?

Der Seelsorger erklärt, dass das Gespräch seelsorgerlicher Natur gewesen sei und dass er deshalb keine Auskunft geben dürfe. Gleichzeitig stellt er in Aussicht, dass er im nächsten interdisziplinären Rapport anwesend sein und dort mitdiskutieren werde, welche Maßnahmen für den Patienten und für die Pflegenden angemessen sein könnten. Er werde vorher mit dem Patienten klären, welche Informationen er allenfalls in diesem interdisziplinären Rapport mitteilen dürfe.

Seelsorgende sind angewiesen auf und verantwortlich für einen guten Kontakt zum Pflegepersonal. Kontakte von Seelsorgern zu Patienten finden häufig aufgrund der Empfehlung und Vermittlung durch Pflegende statt. Wenn Pflegende die für ihre Abteilung zuständigen Seelsorger nicht kennen, wenn für sie nicht transparent ist, wie es zu Besuchen kommt, was die Bedeutung solcher Besuche ist und welche Funktion dabei das Seelsorgegeheimnis hat, wird der Seelsorger zu einem geheimnisvollen Fremden im Krankenhaus: „Seit einigen Monaten hält sich jeden Donnerstag Nach-

mittag ein dunkel gekleideter Mann auf unserer Station auf, erst als wir ihn gefragt haben, haben wir erfahren, dass er der Seelsorger ist“ – eine denkbar schlechte Voraussetzung für professionelle seelsorgerliche Arbeit. In einer Umfrage unter 231 Stationsleitungen in 120 Spitäler schrieben die Stationsleiterinnen und Stationsleiter der Fähigkeit von Spiritusel sorgern eine gute und tragende Beziehung zu Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe aufzubauen, entscheidende Bedeutung zu.¹⁵

Deshalb ist es wesentlich, dass Seelsorger sich bei den Pflegenden vorstellen; dass sie sich vor Patientenbesuchen im Stationsbüro anmelden und anschließend abmelden. Ideal ist es, wenn Seelsorgende in Abläufe der Pflegenden einbezogen sind und ihre Kompetenz dort einbringen können, etwa in interdisziplinäre Rapporte oder in klinikinterne Arbeitsgruppen (ethische Fallbesprechungen, Balintgruppen, Weiterbildungen u.ä.). Unabhängig davon gilt das Seelsorgegeheimnis auch gegenüber Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten. Auch in diesen interprofessionellen Kontakten dürfen keine Informationen aus dem Seelsorgegespräch veröffentlicht werden. Die Schweigepflicht gilt sogar dann, wenn ein Gespräch ein medizinisches Thema berichtet:

Herr Taube erklärt beim nächsten Besuch des Seelsorgers, dass er die Medikamente, die man ihm hier verscheibe, nicht einnehme, sondern jeweils die Toilette hinabspülte. Das sage er aber nur ihm: die Pflegenden und Ärzte wüssten nichts davon. Mit denen könne man ja nicht reden; sie seien gar nicht interessiert an dem, was Herr Taube zu sagen habe.

Eine solche Information bringt den Seelsorger in Bedrängnis: Er weiß von einem potentiell gesundheitsgefährdenden Verhalten des Patienten. Wegen des Seelsorgegeheimnisses darf er die Pflegenden und Ärzte darüber jedoch nicht informieren.

Der Seelsorger vermutet, dass Herr Taube schlechte Erfahrungen mit Medikamenten gemacht hat. Herr Taube bejaht: So sei es; er habe schon viele falsche Behandlungen erleiden müssen; das hätte alles nichts genutzt; es sei sogar schädlich gewesen. Der Seelsorger fragt, ob Herr Taube wissen, welchem Risiko er sich aussetze, wenn er die Medikation ohne Wissen der

¹⁵ Wissen die Pflegenden, welche Aufgaben und Funktionen eine/e Spiraleseelsoerg/in wahnmimmt? Ist eine feste seelsorgerliche Ansprechperson bekannt? Kennt der Seelsorger die Einstellungen und Erwartungen, die von anderen Berufsgruppen an ihn herangestragen werden? Vgl. Winter / Morgenthaler 2010.

mittag ein dunkel gekleideter Mann auf unserer Station auf, erst als wir ihn gefragt haben, haben wir erfahren, dass er der Seelsorger ist“ – eine denkbar schlechte Voraussetzung für professionelle seelsorgerliche Arbeit. In einer Umfrage unter 231 Stationsleitungen in 120 Spitäler schrieben die Stationsleiterinnen und Stationsleiter der Fähigkeit von Spiritusel sorgern eine gute und tragende Beziehung zu Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe aufzubauen, entscheidende Bedeutung zu.¹⁵

Deshalb ist es wesentlich, dass Seelsorger sich bei den Pflegenden vorstellen; dass sie sich vor Patientenbesuchen im Stationsbüro anmelden und anschließend abmelden. Ideal ist es, wenn Seelsorgende in Abläufe der Pflegenden einbezogen sind und ihre Kompetenz dort einbringen können, etwa in interdisziplinäre Rapporte oder in klinikinterne Arbeitsgruppen (ethische Fallbesprechungen, Balintgruppen, Weiterbildungen u.ä.). Unabhängig davon gilt das Seelsorgegeheimnis auch gegenüber Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten. Auch in diesen interprofessionellen Kontakten dürfen keine Informationen aus dem Seelsorgegespräch veröffentlicht werden. Die Schweigepflicht gilt sogar dann, wenn ein Gespräch ein medizinisches Thema berichtet:

Herr Taube erklärt beim nächsten Besuch des Seelsorgers, dass er die Medikamente, die man ihm hier verscheibe, nicht einnehme, sondern jeweils die Toilette hinabspülte. Das sage er aber nur ihm: die Pflegenden und Ärzte wüssten nichts davon. Mit denen könne man ja nicht reden; sie seien gar nicht interessiert an dem, was Herr Taube zu sagen habe.

Eine solche Information bringt den Seelsorger in Bedrängnis: Er weiß von einem potentiell gesundheitsgefährdenden Verhalten des Patienten. Wegen des Seelsorgegeheimnisses darf er die Pflegenden und Ärzte darüber jedoch nicht informieren.

Der Seelsorger vermutet, dass Herr Taube schlechte Erfahrungen mit Medikamenten gemacht hat. Herr Taube bejaht: So sei es; er habe schon viele falsche Behandlungen erleiden müssen; das hätte alles nichts genutzt; es sei sogar schädlich gewesen. Der Seelsorger fragt, ob Herr Taube wissen,

Ärzte absetze. Dies verneint Herr Taube. Der Seelsorger erklärt, dass auch er nicht beurteilen kann, wie gefährlich Herr Taubes Verhalten ist; er wisse jedoch, dass kein Patient zu einer Behandlung gezwungen werden dürfe, wenn er nicht einwillige. Ob diese Information Herrn Taubes Ansicht ändere? Herr Taube schweigt. Der Seelsorger beendet das Gespräch; erklärt aber ausdrücklich, dass er am folgenden Tag wiederkommen wolle.

Die Androhung, der Seelsorger selbst werde die Ärzte informieren, wäre ein Bruch des Vertrauens, auf dem vermutlich die Bereitschaft des Patienten beruht, mit dem Seelsorger überhaupt offen zu sprechen.

Am Folgetag erklärt der Seelsorger Herrn Taube: „Ich habe mir noch einmal Gedanken über Sie gemacht. Ich möchte Ihnen gerne zeigen, wie ich darüber denke: Ich kann mir vorstellen, dass Sie sehr enttäuscht von der Medizin sind. Nur ein Arzt vom Format eines Dr. Weiss könnte Ihnen helfen; doch den finden Sie hier nicht. Sie fühlen sich von den Ärzten hier nicht ernstgenommen. Deshalb nehmen Sie die Medikamente nicht ein.“ Der Patient nickt zustimmend. Der Seelsorger fährt weiter: „Wir beide sind keine Mediziner. Wir können beide nicht beurteilen, wie gefährlich Ihr Verhalten ist. Wenn Sie die Ärzte nicht informieren, geben Sie ihnen auch keine Chance, eine adäquاتere Behandlung zu entdecken. Ich finde, dass Sie diese Verweigerung sinnvollerweise transparent machen müssen.“

Der Patient wird unwillig; er schüttelt den Kopf und fragt: „Sie werden mich jetzt also verraten?“ Der Seelsorger verneint: Das dürfe und werde er nicht tun. Er könne aber anbieten, bei einem Gespräch mit den Ärzten dabei zu sein – ähnlich wie ein Anwalt, falls Herr Taube das wünsche. Auf dieses Gespräch könnten sie sich gemeinsam vorbereiten; sie könnten z.B. ein Handzeichen verabreden, das Herr Taube immer dann einsetzen könnte, wenn es sich von einem Arzt nicht verstanden fühlt.

Indem der Seelsorger dem Patienten die möglichen Konsequenzen seines Verhaltens aufzeigt und ihn mit seiner eigenen Meinung konfrontiert, gibt er die Verantwortung für das gesundheitsschädliche Verhalten an den Patienten zurück. Indem er ihm Alternativen aufzeigt, ermächtigt er ihn zu alternativen, autonomen Optionen. Indem er die Schweigepflicht wahrt, schützt er die Vertrauensbasis, auf der es überhaupt erst zum Gespräch kommt.

Analog, wenn auch zugespitzt, verhält es sich, wenn ein urteilsfähiger Patient dem Seelsorger vertraulich mitteilt, dass er vorhat, sich zu suizidieren. Auch hier darf der Seelsorger diese Information nicht weiterleiten.

Schon allein die Tatsache, dass der Patient mit einer Vertrauensperson offen darüber sprechen kann, verändert die Situation grundlegend. Allein das Ansprechen gegenüber einer anderen Person bringt, das hat die Suizidforschung nachdrücklich aufgezeigt, eine erhebliche Entlastung des Suizidwillingen mit sich. Der geschützte Raum des seelsorgerlichen Gesprächs ermöglicht es dem Patienten, seine Gedanken und Gefühle auszusprechen, ohne befürchten zu müssen, dass dies seine Freiheit tangieren wird. Zugleich wird das Thema enttabuisiert; der Patient kann z.B. mit dem Seelsorger überlegen, was eine solche Entscheidung für die Angehörigen bedeuten würde. Dass der Seelsorger mit dem Patienten in diesem Sinn eine Kooperation eingeht, bedeutet nicht, dass er ihm inhaltlich unterstützt; im Gegenteil: Erst aufgrund des geschützten Vertrauensverhältnisses ist es möglich, den Patienten mit einer Infragestellung in der Sache zu konfrontieren, den Suizidwunsch vielleicht als eine Option unter anderen zu sehen, die auf einen grundlegenderes existentielles Anliegen beim Patienten verweist. In einem Gespräch, in dem das Vertrauen nicht vorausgesetzt werden könnte, käme dies vielleicht gar nicht zur Sprache.

Schlussbemerkung

Das Angebot der Seelsorge besteht darin, dass man bei ihr Informationen vertraulich aussprechen kann. Patienten, Angehörige und Mitarbeitende haben einen Anspruch darauf, dass Mittelungen, die sie Seelsorgenden gegenüber äußern, absolut vertraulich behandelt werden.

Der Umgang mit sensiblen Informationen ist anspruchsvoll. Er verlangt vom Krankenhausseelsorger Geistesgegenwart, Kreativität und Flexibilität. Das Vertrauen, das Patienten, Angehörige und Mitarbeitende in Seelsorgende setzen, ist eine der wichtigsten Grundlagen seelsorgerlicher Arbeit. Der Respekt davor ist Ausdruck des Respekts vor den Menschen – und ermöglicht zugleich einen in diesem Sinne professionellen Umgang mit Themen und Inhalten.

Literatur

- Kibédi von, Matthias Varga / Später, Insa: Ganz im Gegen teil. Tiefaltemmaarbeit und andere Grundformen Systemischer Strukturaufstellungen – für Querdenker und solche, die es werden wollen. Heidelberg 2000.
- Klein, Rudolf / Kamnicht, Andreas: Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung. Heidelberg 2007.
- Klessmann, Michael (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge. Göttingen 2002.
- Knötsche, Petra: Merkblatt zu Fragen des Seelsorgegeheimnisses, der Schweigepflicht, der Amtsverschwiegenheit und des Zeugnisverweigerungsrechts, http://www.ksa-wiesbaden-ekhn.de/download/20100204-Merkblatt_Seelsor geheimnis.pdf. Zugriff am 21.10.2011.
- Oberholzer, Niklaus: Basler Kommentar zum Strafrecht II. Basel 2007.
- Schlippe von, Arist / Schweizer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 2003.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Zeugnaussage, Zeugnisverweigerungsrecht und Schweigepflicht. Ein juristischer Leitfaden für Seelsorger zum Schutz des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses. Bonn 2008.
- Trechsel, Stefan et al.: Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar. Zürich / St. Gallen, 2008.
- van den Geest, Hans: Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge. Zürich 1985.
- Winter, Urs / Morgenthaler, Christoph: Rolle und Aufgaben der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. Eine Untersuchung in der Deutschschweiz. In: Wege zum Menschen, 62 (2010), 585-59.

Rechtsquellen

- Kirchengesetz zum Schutz des Seelsorgegeheimnisses der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) vom 2009, 352, online: www.ekir.de/www/downloads/LS2011_DS_30_SeelsorgeGG.pdf. Zugriff am 18.08.2015.
- Schweizerisches Strafgesetzbuch StGB vom 21. Dezember 1937 (Stand am 1. Januar 2015) (SR 311.0).

Sozialethik der Klinikseelsorge: Ein Praxisfeld im Gefüge institutioneller und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen

Christoph Hübenthal

Einleitung

Mit der Transformation vom mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Hospital zum modernen Krankenhaus vollzieht sich um die Mitte des achtzehnten Jahrhunderts ein einschneidender Strukturwandel im Gesundheitswesen. Waren die in kirchlicher und minunter auch in städtischer Trägerschaft betriebenen Hospitäler bis dato weitgehend reine Versorgungsanstalten, so entwickelten sie sich nun zu Orten, an denen medizinische Erkenntnisse systematisch generiert und angewandt wurden. Die alte Praxis der christlich motivierten Krankenfürsorge schickte sich zusehends an, zu einem wissenschaftlich informierten Handlungszusammenhang zu werden, dem es weniger um karitative Zuwendung, als vielmehr um gezielte Heilung oder zumindest um die konkrete Linderung von Leiden ging (vgl. Jütte 1996).

Es ist klar, dass ein solcher Professionalisierungsschub nicht folgenlos für das institutionelle Gefüge der Heilanstalten bleiben konnte. Systemtheoretisch würde man von einer *Ausdifferenzierung unterschiedlicher Rollen* sprechen, denen jeweils klar umschriebene Aufgaben für den reibungslosen Ablauf der gesamten Einrichtung zukommen. Gleichzeitig führte die Rollendifferenzierung auch zur Entstehung bislang ungekannter Machtkonstellationen, die der inneren Organisation des Krankenhauses eine *hierarchische Ordnung* einschrieben (vgl. Foucault 1976). Und schließlich verschwand die *christliche Prägung* der Heilanstalten, weil sich beispielweise der Rhythmus des Klinikalltags immer weniger an liturgischen