

ZPTh

Zeitschrift
für Pastoraltheologie

#OMG! 1ELF!

Pastoraltheologie im Zeitalter digitaler Transformation
(Kongress in Leitershofen 2017)

Qualitätsversprechen der Krankenhauseelsorge Der lange Weg vom Bekenntnis bis zur Umsetzung

Abstract

Zu Recht wird den pastoralen Akteur_innen zunehmend die Reflexion ihrer Arbeit unter der Perspektive der Qualität aufgetragen. Viele empfinden dies als ein Widerfahrnis. Im besten Fall wird es als eine sinnvolle Gestaltungsaufgabe begriffen. Am Beispiel der Krankenhauseelsorge kann diese Entwicklung treffend nachgezeichnet werden, weil dort zwei recht unterschiedliche Qualitätskulturen aufeinanderprallen: die eines Dienstleistungsunternehmens, in dem die Qualität der erbrachten Leistungen ein entscheidender Wettbewerbsparameter ist, und die der pastoralen Arbeit, in der so gut wie keine ausgearbeiteten Qualitätsmodelle existieren. In diesem Schnittfeld ist die Krankenhauseelsorge im Hinblick auf ihre Qualität in besonderer Weise angefragt.

Increasingly, pastoral actors are rightly being asked to provide reflections on the quality of their own work. Many consider this a valuable experience or at best a meaningful organizational task. The example of clinical pastoral care aptly describes this development, being a place where two very different quality cultures collide: a service company in which the quality of the services provided is a decisive competitive parameter; and pastoral work, which lacks quality models altogether. At that interface, hospital pastoral care is in special demand in terms of quality.

Qualität ist zwischenzeitlich ein Schlüsselbegriff moderner Dienstleistungsgesellschaften. Der Umgang damit wird Unternehmen, Einrichtungen und Behörden ungefragt zugemutet. Auch den Akteur_innen in der pastoralen Arbeit wird zunehmend die Reflexion ihrer Arbeit unter dem Begriff der Qualität aufgetragen und die damit verbundenen Anfragen an die eigene Arbeit abgefordert. Diese Entwicklung kann man in der Krankenhauseelsorge besonders gut beobachten, weil dort zwei recht unterschiedliche Qualitätswelten – die des Gesundheitswesens und die der Seelsorge – aufeinanderprallen. Die Krankenhauseelsorge steht damit im Schnittfeld sehr unterschiedlich ausgeprägter Qualitätskulturen: Während in den Krankenhäusern die Qualität der erbrachten Leistung einer der wesentlichen Wettbewerbsparameter ist, existieren in der pastoralen Arbeit wenig systematische Qualitätsmodelle. Diese besondere Position hat Auswirkungen auf den Qualitätsdiskurs in der Krankenhauseelsorge und fordert sie in besonderer Weise heraus.

In diesem Beitrag wird am Beispiel der Krankenhauseelsorge gezeigt, wie diese sich im Hinblick auf den Qualitätsdiskurs entwickelt hat und welche weiteren Entwicklungen anstehen. In einem ersten Schritt wird verdeutlicht, dass die Anfrage an die Qualität des eigenen Handelns zugleich als Widerfahrnis und als Gestaltungsaufgabe verstanden werden sollte. Um die spezifische Situation der Krankenhauseelsorge im Qualitätsdiskurs darzulegen, wird in einem zweiten Schritt beleuchtet, wie unter-

schiedlich die Qualitätswelten im Krankenhaus und in der seelsorglichen Arbeit derzeit sind. Im weiteren Fortgang steht die Entwicklung der Qualitätsbemühungen in der Krankenhauseelsorge im Blick. Daher werden in einem dritten Schritt die Qualitätsversprechen der Krankenhauseelsorge in den deutschen Bistümern systematisiert und in einem vierten Schritt bewertet. Dabei wird deutlich, dass zwar viele Qualitätsversprechen gegeben werden, deren Umsetzung aber zumeist im Vagen bleibt. Dies scheint symptomatisch für viele pastorale Qualitätsversprechen zu sein. In einem fünften Schritt werden daher drei Initiativen vorgestellt, die sich systematisch und verbindlich auf den Weg gemacht haben, um die eigenen Qualitätsversprechen einzulösen. Die Reichweite dieser Initiative ist unterschiedlich: bundesweit, auf der Ebene einer Diözese und in Bezug auf einen Krankenhausträger. Ein letzter Schritt gibt einen Ausblick auf die weitere Entwicklung und die anstehenden Aufgaben. Diese Überlegungen beziehen sich zwar auf die Seelsorge im Krankenhaus, können aber vermutlich ohne weiteres auf andere pastorale Handlungsfelder übertragen werden.

1. Qualität als Widerfahrnis und Gestaltungsaufgabe

Die Aufwertung des Qualitätsgedankens steht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung: Der Globalisierungsprozess und der damit einhergehende Wettbewerb lenken den Blick auf die Qualität von Produkten und Dienstleistungen; die Umgestaltung ehemals mildtätiger kirchlicher Einrichtungen zu Dienstleistungsorganisationen befördert eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der zu betreuenden Menschen und deren Vorstellungen von einer guten Versorgung; die Professionalisierung, insbesondere in den sozialen, pädagogischen und pastoralen Handlungsfeldern, adelt die Qualität der erbrachten Leistung zum unterscheidbaren Kriterium gegenüber nicht professionell geleisteter Arbeit; und schließlich rückt in individualisierten Gesellschaften mit ihren Wahlmöglichkeiten die Beschaffenheit eines Produkts oder einer Dienstleistung als Entscheidungskriterium auf der Rangliste der Leistungsempfänger_innen weit nach oben.¹

Unternehmen, Einrichtungen und Behörden haben den fulminant wachsenden Anspruch an die Qualität ihrer Produkte oder Dienstleistungen nicht durchweg freudig aufgegriffen. Ausnahmen mag es gegeben haben. Vielmehr wurden in der Regel die Qualitätsansprüche und die damit verbundenen Konsequenzen von außen an die Unternehmen herangetragen. Sich mit Qualitätssystemen beschäftigen zu müssen, wurde daher eher als ein Widerfahrnis verstanden, dem es sich zu beugen galt, denn als eine gerne zu verrichtende Aufgabe.

¹ Vgl. dazu auch Helmut Fend, Qualität und Qualitätssicherung im Bildungswesen. Wohlfahrtsstaatliche Modelle und Marktmodelle, in: Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich: Schule, Sozialpädagogik, Andreas Helmke – Walter Hornstein – Ewald Terhart (Hg.), Basel 2000, 55–72, hier: 55.

Allerdings müssen Gegebenheiten, die einem als Widerfahrnis entgegentreten, nicht von vornherein unnütz oder gar unsinnig sein. Oft liegen darin sogar Chancen, weil Gewohnheiten hinterfragt werden. So entwickeln bis heute einige Unternehmen, über ihr Pflichtprogramm im Qualitätsmanagement hinaus, äußerst sinnvolle und wirksame Initiativen, um die Qualität ihrer Dienstleistungen und Produkte zu verbessern. Hier spricht man mit gutem Recht von exzellenter Qualität.² Manche tun dies sogar aus Überzeugung und mit Leidenschaft. Das ist freilich der Idealfall und man wünscht mehr solcher Organisationen. Denn diese Unternehmen und Einrichtungen haben den Vorzug und die Grenzen von Qualitätsbemühungen erkannt und das Widerfahrnis Qualität als sinnvolle Gestaltungsaufgabe aufgegriffen, nicht als Selbstzweck, sondern zum Wohl ihrer Kund_innen oder der ihnen anvertrauten Menschen.

Der Rezeption des Qualitätsgedankens, die gegenwärtig in den großen Kirchen im deutschsprachigen Raum in Gang kommt, folgt einem grundsätzlich ähnlichen Muster.³ Auch hier erleben viele die Diskussion um die Qualität pastoraler Arbeit als ein Widerfahrnis, während andere sie als eine Gestaltungsaufgabe begreifen. Seitens der Kirche existieren kaum verpflichtende Qualitätsanforderungen an die pastorale Arbeit, ausgenommen die Ausbildungsstandards zu den pastoralen Berufen.

2. Die Qualitätswelten im Gesundheitswesen und in der Pastoral

Sehr gut kann man die Rezeption des Qualitätsgedankens in der kategorialen Seelsorge im Krankenhaus betrachten. Dies ist nicht verwunderlich, denn die Seelsorge im Krankenhaus erbringt ihren kirchlichen Auftrag im Kontext von Dienstleistungsunternehmen, in denen die Qualität zwischenzeitlich eine zentrale Bedeutung erlangt hat. Man kann ohne Übertreibung sagen: Hier prallen zwei recht unterschiedliche Qualitätskulturen aufeinander.

Während in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in den vergangenen 20 Jahren die Qualität von einer randständigen Bedeutung in das Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion gerückt ist⁴, wird dieses Gedankengut in der Pastoral erst anfäng-

² Vgl. Klaus J. Zink, TQM als integratives Managementkonzept. Das EFQM Excellence Modell und seine Umsetzung, München/Wien 2004.

³ Für diesen Prozess seien beispielhaft genannt: Thomas Wienhardt, Qualität in Pfarreien. Kriterien für eine wirkungsvolle Pastoral, Würzburg 2017; Michael Fischer, Die Qualität pastoralen Handelns. Braucht es ein pastorales Qualitätsmanagement?, in: Wege zum Menschen, 63 (2011) 3, 273–288; Folkert Fendler, Von der „Qualitas“ zur Messung. Theologisch verantwortet von Qualität reden, in: Liturgie und Kultur, 2 (2011) 1, 4–27; Rat der EKD, Kirche der Freiheit. Perspektiven für die evangelische Kirche im 21. Jahrhundert. Ein Impulspapier des Rates der EKD, Hannover 2006.

⁴ Wer sich in die Entwicklung des Qualitätsdiskurses im Gesundheitswesen und deren Implikationen für konfessionelle Einrichtungen vertiefen möchte, sei verwiesen auf: Michael Fischer, Die Qualität konfessioneller Krankenhäuser. Zwischen gesellschaftlicher Relevanz und christlicher Identität, in:

lich rezipiert; es bestehen dort, teilweise zu Recht, erhebliche Bedenken gegenüber Qualitätssystemen. Während in den Krankenhäusern die erbrachte Qualität der Leistungen nicht nur zunehmend transparent gemacht wurde und von der Qualität in Zukunft Teile der Finanzierung und Krankenhausplanung abhängen, gibt es in der pastoralen Arbeit selten explizite Kriterien, die erfasst, bewertet und mit Konsequenzen bedacht sind. Das heißt: Qualität ist in Krankenhäusern zu einem entscheidenden Wettbewerbsparameter geworden, spielt jedoch in der pastoralen Arbeit keine oder nur eine untergeordnete Rolle.

Diese Gegenüberstellung verdeutlicht, wie unterschiedlich diese beiden Qualitätswelten in Theorie und Praxis ausgestaltet sind. Es wird verständlich, warum gerade an die Krankenhauseelsorge die Anfrage an ihre Qualität als Gestaltungsaufgabe zunehmend herangetragen wird. Um Missverständnisse zu vermeiden: Mit der Gegenüberstellung soll nicht unbesehen und pauschal ausgesagt werden, dass die einen – also das Gesundheitswesen mit seinen Einrichtungen – die Guten im Hinblick auf Qualität sind, und die anderen – die Kirche mit ihrer pastoralen Arbeit – die Schlechten und Verschlafenen sind. Ganz so einfach verhält es sich nicht.

Diese Gegenüberstellung hat eine andere Stoßrichtung: Es geht um die Initiierung eines wechselseitigen Lernprozesses. Hier ist zweifellos ausreichend Lernpotenzial in beide Richtungen vorhanden. In diesem Beitrag interessiert uns vornehmlich die Frage, welche Impulse die pastorale Arbeit von den Qualitätsanstrengungen im Gesundheitsbereich aufnehmen kann.

3. Qualitätsversprechen der Krankenhauseelsorge

Um einen ersten Einblick in den Stand der Qualitätsentwicklung in der Krankenhauseelsorge bundesweit zu erhalten, lohnt es sich, die diesbezüglichen konzeptionellen Grundlagen der Bistümer in Deutschland zu studieren und sie einer zusammenfassenden Analyse zu unterziehen. Zu diesem Zweck haben wir die verfügbaren Bistumskonzepte gesichtet und systematisiert.⁵ Diese tragen unterschiedliche Bezeichnungen: Meistens werden sie Leitbilder genannt, aber auch die Begriffe Leitlinien, Orientierungsrahmen, Qualitätsstandards, Eckpunkte und Richtlinien finden sich als Bezeichnungen. Im Sprachgebrauch des Qualitätsmanagements markieren diese Begriffe recht unterschiedliche Grade der Verbindlichkeit. Diese unscharfe Verwendung der

Marianne Heimbach-Steins – Thomas Schüller – Judith Wolf (Hg.), *Katholische Krankenhäuser – herausgeforderte Identität*, Paderborn 2017, 107–129.

⁵ In Deutschland gibt es insgesamt 27 Erzbistümer und Bistümer. In die Auswertung konnten wir 18 Konzepte einbinden. Von den neun nicht einbezogenen Erzbistümern oder Bistümern gab es keine entsprechenden Dokumente oder sie wurden nicht zur Verfügung gestellt. An dieser Stelle danke ich Frau Linda Schulte für ihre Mitwirkung.

Begrifflichkeiten deutet bereits darauf hin, dass in den meisten Konzepten im Unklaren bleibt, wie die versprochene Qualität verbindlich umgesetzt wird.

Zunächst sollten wir uns den inhaltlichen Ausführungen in diesen Konzepten widmen. Was steht dort und welche Leistungen werden versprochen? Die Aussagen können in folgende Themenbereiche untergliedert werden: das Selbstverständnis der Krankenhausseelsorge, die Grundlagen der seelsorglichen Arbeit, ihre Arbeitsweise, die relevanten Handlungsfelder, die notwendigen Kompetenzen eines Seelsorgers und die Qualität der Krankenhausseelsorge. Anhand dieser Themenfelder werden nun zusammenfassend die Konzepte vorgestellt.⁶

- Selbstverständnis

Sehr ausführlich finden sich, in einem theologischen Duktus formuliert, in nahezu allen Konzepten Aussagen zum kirchlichen Auftrag der Krankenhausseelsorge, ihrer anthropologischen Fundierung im christlichen Glauben sowie ihrem Verständnis von Krankheit.

- Grundlagen der seelsorglichen Arbeit

Es wird die besondere Situation jener Menschen ausgeführt, denen die Seelsorge im Krankenhaus begegnet, und mit welcher (christlichen) Grundhaltung diesen Menschen begegnet werden soll. Dabei ist die Basis dieses Begegnungshandelns eine geistliche Dimension.

- Arbeitsweise

Hier werden die Arbeitsformen der seelsorglichen Arbeit im Krankenhaus wie beispielsweise ihre Ansprechbarkeit und Schweigepflicht, die interdisziplinäre und ökumenische Zusammenarbeit und die Kooperation mit den Pfarrgemeinden dargelegt.

- Handlungsfelder

Aus den angeführten Handlungsfeldern wird deutlich, dass die Entwicklung von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge weitgehend selbstverständlich vollzogen ist. Neben den Patienten, den Mitarbeitern und den Angehörigen als Zielgruppen der Seelsorge werden die Bereiche Liturgie und Sakramente, Ethik, Aus- und Weiterbildung, Ehrenamtliche und die Einbindung in das Organisationsgefüge des Krankenhauses als wichtige Handlungsfelder aufgeführt.

- Kompetenzen des Seelsorgers

In diesem Themenbereich werden geistliche und spirituelle Kompetenzen, soziale und persönliche Kompetenzen benannt.

⁶ Diese knappe Zusammenstellung bedeutet nicht, dass sich in allen vorliegenden Konzepten zu jedem Themenfeld die entsprechenden Aussagen finden. Vielmehr ist hier ausgeführt, welche zentralen Aussagen sich in einer Gesamtschau herauskristallisieren lassen.

- Qualität

Unter dem Aspekt der Qualität finden sich folgende Themen: angemessene Ausbildungsstandards und Zusatzqualifikationen, wichtige Rahmenbedingungen wie Räumlichkeiten und Ausstattung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie Supervision, Fallbesprechungen, kollegiale Beratung, Fortbildungen und Arbeitsgruppen.

4. Vom Versprechen zur Einlösung

Entsprechend der erkenntnisleitenden Interessen kommt man in der Beurteilung dieser Konzepte zu unterschiedlichen Einschätzungen. Uns interessiert das Qualitätsversprechen und seine Umsetzung, also die Perspektive des Qualitätsmanagements. Vor diesem Hintergrund kann man feststellen: In nahezu allen Konzepten sind die theologischen und normativen Ausführungen über das Selbstverständnis und die Grundlage der Krankenhausseelsorge sehr ausführlich dargelegt. Dies gilt auch für den Themenbereich der Kompetenzen, in dem eingehend jene Kompetenzen aufgelistet werden, welche die Seelsorger_innen besitzen sollen. In den beiden Themenfeldern Arbeitsweise und Handlungsfelder spiegelt sich das breite Spektrum der Aufgaben in der Krankenhausseelsorge wider. Am handlungsorientiertesten sind die Aussagen, die auf die Ausbildungsstandards und die Zusatzqualifikationen eingehen, die die Rahmenbedingungen klären und die sich auf die Teilnahme an reflektierenden Angeboten wie Supervision oder kollegiale Beratung beziehen.

In den Konzepten wird also umfänglich beschrieben, wie Krankenhausseelsorge sein soll. Offen bleibt die Frage, was dafür getan wird, dass dies in der konkreten Praxis auch so ist. Oder anders formuliert: Die Praktische Theologie fällt methodisch kaum ins Gewicht, dagegen überwiegen die systematisch-theologischen Aussagen. Aus der Perspektive eines Qualitätsmanagements ist das zu wenig, eigentlich nur die halbe Strecke auf dem Weg vom Versprechen zur Umsetzung. Grundlagen und Aufgaben sind klar benannt, der Weg dorthin verbleibt noch in vagen Andeutungen. Die erste Hälfte ist geschafft, nun sollte der restliche Weg beschrritten werden.

Im Vergleich zum Gesundheitswesen lässt sich ganz allgemein sagen: Die Qualitätskonzepte in den Krankenhäusern weisen ein hohes Maß an Methoden und Verfahren zur operativen Umsetzung auf⁷; dagegen leiden die Qualitätsüberlegungen in der Krankenhausseelsorge an einem Überhang normativer Überlegungen. Während also die Akteur_innen im Gesundheitswesen ständig mit der Aufgabe befasst sind, auf welche Art und Weise sie bestmögliche Qualität erbringen können und zur Kontrolle zahlreiche Prüfverfahren einsetzen, macht sich die Krankenhausseelsorge zu wenig Gedanken darüber, wie sie ihre Qualitätsversprechen systematisch einlösen kann.

⁷ Vgl. beispielsweise die aktuelle Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

5. Auf dem Weg zu Qualitätsmodellen

In den vergangenen Jahren entwickelten sich in der Krankenhauseelsorge ernsthafte Bemühungen, die seelsorglichen Qualitätsversprechen auf der Grundlage eines systematischen Qualitätsmanagements einzulösen. Drei solcher Initiativen, die auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind, sollen hier kurz vorgestellt werden: Bundesweit gibt es das von konfessioneller Seite entwickelte Zertifizierungsverfahrens proCum Cert, in dem die Krankenhauseelsorge eigens abgebildet ist; auf Bistumsebene hat sich die Erzdiözese Freiburg auf den Weg gemacht; und schließlich soll am Beispiel der Vinzenz Gruppe in Wien ein Qualitätsentwicklungsprozess auf Trägerebene gezeigt werden. Die drei Beispiele können nicht umfassend beschrieben werden, intendiert ist vielmehr ein erster Einblick, in welche Richtung sich die jeweiligen Akteur_innen auf den Weg gemacht haben.

Die Krankenhauseelsorge in proCum Cert

proCum Cert ist eine konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die im Jahr 1998 auf Initiative des Katholischen und Evangelischen Krankenhausverbands gegründet wurde.⁸ proCum Cert hat sich zum Ziel gesetzt, „die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in evangelischen und katholischen Einrichtungen im Zeitalter des Wettbewerbs sozialer Dienstleistungen“ voranzubringen.⁹ Mithilfe von proCum Cert wird eine Gesamteinrichtung zertifiziert, die Krankenhauseelsorge ist in das Verfahren eingebunden. Da dieses Verfahren nur in konfessionellen Einrichtungen zur Anwendung kommt, ist es bei Seelsorger_innen in Krankenhäusern kommunaler oder privater Trägerschaft kaum bekannt.

Wie andere Bereiche eines Krankenhauses ist die Seelsorge im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens aufgefordert, ihr Handeln in Bezug auf ihre Struktur, Prozess- und teilweise auch Ergebnisqualität nachzuweisen.¹⁰ Werden die Kriterien erfüllt, erhält man ein Zertifikat. Am Beispiel des Kriteriums ‚Organisation‘ kann dies beispielhaft veranschaulicht werden. Hier muss die Seelsorge zeigen, wie die Dienstzeiten, die Dienstpläne, die Vertretungen, die Erreichbarkeit, die Information der Mitarbeiter_innen, die Zuständigkeiten, die Teambesprechungen, die interkonfessionelle Zu-

⁸ Vgl. Michael Fischer, Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive, Münster ³2012, 315–330; siehe auch die Homepage von proCum Cert: <https://www.procum-cert.de>.

⁹ proCum Cert (Hg.), Denkanstöße – Für eine eigenständige Zertifizierung konfessioneller Einrichtungen und Werke, Detmold 1999, 3.

¹⁰ Auf weitere Details wird an dieser Stelle nicht eingegangen. So kann beispielsweise die Zertifizierung nach proCum Cert sowohl im Rahmen des KTQ-Verfahrens also auch im Rahmen einer DIN ISO-Zertifizierung erlangt werden.

sammenarbeit und die Zusammenarbeit mit nichtchristlichen Religionsgemeinschaften geregelt sind.

Freilich geht es in diesem Verfahren nicht nur um die Organisation der Krankenhausseelsorge, sondern alle relevanten Bereiche der Seelsorge müssen abgebildet werden. Dazu zählen: Rahmenbedingungen, Integration ins Krankenhaus, Abstimmung mit Diözesen/Landeskirchen, Qualifikation der Seelsorger_innen, Einbindung in die Leitbildumsetzung und das Qualitätsmanagement, Seelsorge für Patient_innen und Angehörige, Kommunikation und Dokumentation, Seelsorge für Mitarbeiter_innen, interne und externe Öffentlichkeitsarbeit, Seelsorgekonzept, Ethikarbeit, Beteiligung an der Fort- und Weiterbildung, Ehrenamtliche und Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden.¹¹

Das Lern- und Qualitätssystem in der Erzdiözese Freiburg

Auf der Grundlage von acht Handlungsfeldern in einer sogenannten „lernHelix“ wird in der Erzdiözese Freiburg der Qualitätsprozess gesteuert.¹² An dieser Stelle kann nicht auf das gesamte Lern- und Qualitätssystem eingegangen werden, sondern nur auf die so benannten Spezifikationen. Derzeit gibt es in der Erzdiözese Freiburg 17 solcher Spezifikationen. Auf dieser Grundlage werden die Erfahrungen und das vorhandene Wissen bistumswweit gesammelt und für alle verfügbar gemacht. Die ersten fünf Spezifikationen lauten beispielsweise: Erreichbarkeit der Klinikseelsorge, ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus, Kooperation und Vernetzung mit dem Krankenhaus, Seelsorgebegleitung von Patient_innen sowie die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen.

Alle Spezifikationen sind in fünf Stadien aufgeschlüsselt, die aufsteigenden Qualitätslevels entsprechen. Das Stadium fünf ist das höchste Level. Die Spezifikationen unterstützen die konkrete Arbeit und werden daher als ein multifunktionales Werkzeug eingesetzt. Sie dienen nicht nur der Wissensvernetzung, sondern setzen einen Denk- und Verständigungsprozess darüber voraus, was aus der Perspektive der unterschiedlichen Akteur_innen unter einer guten Seelsorgequalität zu verstehen ist und wie diese in die Praxis umgesetzt werden soll. Somit unterstützen die Spezifikationen die persönliche Orientierung der Seelsorger_innen und die Weiterentwicklung der Krankenhausseelsorge zum Beispiel durch eine Selbsteinschätzung oder durch eine alle vier Jahre bistumswweit stattfindende Visitation auf der Grundlage der Spezifikationen.

¹¹ Zu diesen Kriterien sind die Anforderungen im Selbstbewertungskatalog für Krankenhäuser von proCum Cert dezidiert aufgelistet.

¹² Vgl. Roland Mangold – Martina Reiser – Stefan von Rügen, Auf dem Weg zu „guter Arbeit“, in: Michael Fischer (Hg.), Relevanz in neuer Vielfalt. Perspektiven für eine Krankenhausseelsorge der Zukunft, Rheinbach 2018, 113–128.

Vinzenz Gruppe Wien

Die Vinzenz Gruppe ist ein Verbund von Ordenskrankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen in Österreich mit Sitz in Wien. Dort hat die Krankenhauseelsorge in den letzten Jahren ein Qualitätskonzept aufgebaut und eingeführt. Dafür gab es vier Gründe: Die Leistungen der Seelsorge sollten für die Krankenhausleitung sichtbar gemacht, ein gemeinsames Verständnis einer qualitätvollen Seelsorge erarbeitet, die Erwartungen an Seelsorge mit dem eigenen Selbstverständnis abgeglichen und schließlich blinde Flecken selbstkritisch aufgedeckt und Entwicklungsfelder gesichtet werden.

Im Rahmen dieses Lernprozesses entstanden strukturelle Qualitätskriterien, die sich beispielsweise auf notwendige Qualifikationen, einen verbindlichen Personalschlüssel, die Anforderungen anderer Berufsgruppen an die Seelsorge sowie die Begleitung und Führung Ehrenamtlicher beziehen; ebenso wurden Qualitätskennzahlen wie die Anzahl der Begegnungen der Haupt- und Ehrenamtlichen mit Patient_innen und Mitarbeiter_innen erstellt; schließlich einigten sich die Seelsorger_innen auf sogenannte inhaltliche Qualitätskriterien.

Hier soll der Blick nur auf die Entwicklung dieser inhaltlichen Qualitätskriterien gerichtet werden. Für vier typische seelsorgliche Situationen sind inhaltliche Qualitätskriterien erarbeitet, anhand derer die Seelsorger_innen beurteilen können, ob eine seelsorgliche Begleitung gut war oder nicht. Es handelt sich um folgende Situationen:

- „Einmal-Begegnungen: Situationen, in denen es voraussichtlich nur diese eine Begegnung geben wird, aber mit einem konkreten Anliegen.
- Eingeschränkte Kommunikation: Begegnung auf der Intensivstation, Begegnung mit dementiell erkrankten Personen und mit Sterbenden.
- Krisenhafte Situationen von Patienten: Seelsorgerliche Krisenbegleitung nach Diagnoseeröffnung, bei Retraumatisierungen und Begleitung von Angehörigen bei Verabschiedungen.
- Langzeitbegleitung von Patienten und Bewohnern in Pflegehäusern.“¹³

Die inhaltlichen Qualitätskriterien für die Einmal-Begegnungen lauten auszugsweise: Patient_in kann Gefühle einbringen, Seelsorge kann die Befindlichkeit, Bedürfnisse und Anliegen des/der Patient_in wahrnehmen, Körperhaltung und -sprache des/der Patient_in verändern sich zum Positiven und er/sie kann einen nächsten konkreten Schritt für sich benennen. Die Seelsorgegespräche werden im Anschluss in bestimmten Zeitintervallen anhand dieser Kriterien individuell reflektiert oder auch in Zweiergesprächen ausgewertet. Zusätzlich werden im Team diese Auswertungen bespro-

¹³ Rainer Kinast, Strukturelle Einbindung der Seelsorge in die Organisation Krankenhaus, in: Michael Fischer (Hg.), Relevanz in neuer Vielfalt. Perspektiven für eine Krankenhauseelsorge der Zukunft, Rheinbach 2018, 108–109.

chen. Da nachhaltige Lernerfolge und Weiterentwicklungen nur erreicht werden können, wenn regelmäßig evaluiert wird, hat die Vinzenz Gruppe ein gestuftes Regelwerk zum Umgang mit den einzelnen Instrumentarien aufgebaut. Die Teilnahme am Qualitätsentwicklungsprozess ist für die Seelsorger_innen verpflichtend.

6. Die zweite Hälfte des Qualitätsweges

Die Auswertung der Konzepte für die Krankenhauseelsorger_innen hat gezeigt, dass die Grundlagen für die Seelsorge im Krankenhaus weitgehend und theologisch begründet ausformuliert sind. Diese Konzeptarbeit ist die Voraussetzung für den Anfang der zweiten Wegstrecke, die in der verbindlichen Umsetzung der gegebenen Qualitätsversprechen liegt. Wir haben auch gesehen, dass sich einzelne Akteur_innen bereits auf den Weg gemacht und damit entsprechende Wirkungen erzeugt haben.

Vergegenwärtigt man sich den intensiven Qualitätsdiskurs im Gesundheitswesen als ein relevantes Umfeld der Krankenhauseelsorge, wird die Bedeutung dieser Aufbrüche unmittelbar vor Augen geführt. Will man die eigene Relevanz auf diesem Spielfeld behalten, dürfen die dort geltenden Spielregeln nicht ignoriert werden.¹⁴ Wie bereits gesagt, können derartige Widerfahrnisse zu einer sinnvollen Gestaltungsaufgabe heranreifen. Allerdings müssen auf diesem Weg noch einige Schritte zurückgelegt werden. Die drei dargestellten Beispiele zeigen, welche Richtung eingeschlagen werden sollte und in welchen Etappen das Ziel erreicht werden kann.

Eine erste Etappe ist die weitere Konkretisierung der in den Konzepten formulierten Qualitätsversprechen in festumrissene Maßnahmen, verbindliche Strukturen und Prozesse. Dabei müssen die weiteren Festlegungen so konkret und transparent sein, dass man sich an ihnen messen lassen kann. Bleiben die Festlegungen im Vagen, gibt es keine Kriterien zur Unterscheidung. Die drei ausgeführten Qualitätsinitiativen haben diesen Schritt in die Verbindlichkeit und Transparenz auf jeweils eigene Weise getan.

Eine nachhaltige Qualitätsentwicklung wird nur in Gang gesetzt, wenn in einer weiteren Etappe angemessene und verbindliche Reflexionsschleifen eingeführt werden. Auch hier haben die drei Modelle ihren Zielen entsprechend unterschiedliche Lösungen gefunden: Einzelreflexion auf der Grundlage definierter Qualitätskriterien, Vertiefungen im Team, Einbindung der Krankenhausleitung und der Verantwortlichen aus Bistum beziehungsweise Landeskirche. Diese Formate existieren bereits heute, es wird aber darauf ankommen, wie zielgerichtet solche Reflexionsebenen im Hinblick auf eine Qualitätsentwicklung gestaltet sind. Wichtig ist hierbei, dass es im seelsorglichen und pastoralen Handeln keine objektiven Qualitätskennzahlen gibt, anhand de-

¹⁴ Vgl. Michael Fischer, *Integrale Krankenhauseelsorge. Trägheit taugt nicht zur Verwirklichung des Auftrags*, in: ders. (Hg.), *Relevanz in neuer Vielfalt. Perspektiven für eine Krankenhauseelsorge der Zukunft*, Rheinbach 2018, 175–192.

rer beurteilt werden könnte, ob es sich um eine „gute“ oder „schlechte“ Qualität handelt. Vielmehr kommt es darauf an, dass es Kriterien für gelungenes Handeln gibt, die zur eigenen Selbst- oder Gruppenreflexion verwendet werden.

Es ist eine Binsenweisheit, dass ein Blick von außen den eigenen Horizont erweitert. Im kirchlichen Kontext bleibt man gerne im eigenen Milieu. Dies ist auf der einen Seite verständlich, weil beispielsweise aus dem kirchlichen Milieu stammende Supervisor_innen eine Anschlussfähigkeit an das Arbeitsfeld garantieren. Vermieden wird dadurch, und das ist die Kehrseite, der fremde Blick, der möglicherweise hilfreiche Irritationen und Lernschritte auslösen würde. Das Methodenrepertoire des Qualitätsmanagements hat viele wirksame Instrumente, um auf die eigene Praxis einen dosiert fremden Blick zu richten – womit die dritte Etappe erreicht ist. Eine ideale Form wäre ein kollegiales Audit.

Die vierte Etappe besteht in der Verbindlichkeit. Ohne diese kommen Qualitätsentwicklungsprozesse nicht voran. Dabei gilt es, eine kluge Balance zwischen der Eigeninitiative und einem verbindlichen Einfordern zu finden. Erfahrungsgemäß braucht es beide Pole, um sich gemeinsam auf den Weg machen zu können. Hier führen mehrere Wege nach Rom. Was es allerdings unbedingt braucht, ist der Wille, überhaupt aufbrechen zu wollen.

Hans Raffée hat bereits im Jahr 1995 zu bedenken gegeben: „Als dringend ausbaubedürftig erweist sich das Feld der Wirkungs- und Erfolgsmessung kirchlicher Aktivitäten.“¹⁵ Hans Raffée hat Recht: Wenn man nicht weiß, ob das eigene Handeln sinnvolle Wirkungen erzeugt und dafür keine entsprechenden Kriterien existieren, kann leicht die Orientierung verloren gehen.

Seelsorgliches Handeln steht in der Spannung zwischen Unverfügbarem und Beeinflussbarem. Die Spiritualisierung pastoralen Tuns sowie die Ablehnung der Definition und Überprüfung von Wirkungskriterien führen allerdings häufig dazu, dass implizite Erfolgsstandards gesetzt werden, die nicht zwingend reflektiert werden müssen.¹⁶ Ein Handeln ohne Maß am Richtigen und Erfolgreichen ist kaum möglich. Wer systematisch Qualität entfalten möchte, muss die Wirkungen seines Handelns in Augenschein nehmen, „denn es gibt eine Wirkung des Handelns, die zum Handelnden gehört, ohne dass er behaupten kann, er hätte sie von sich aus hergestellt“¹⁷.

¹⁵ Hans Raffée, Kirchenmarketing – Irrweg oder Gebot der Vernunft? Vom Nutzen des Marketing für die Kirche. Arbeitskreis Evangelischer Unternehmer in Deutschland, Karlsruhe 1998, 172.

¹⁶ Vgl. Karl Gabriel, „Messung“ pastoralen Erfolgs – religionssoziologisch, in: Winfried Daut – Johannes Horstmann (Hg.), Erfolgreiche – nicht-erfolgreiche Gemeinde. Zur „Erfolgskontrolle“ pastoraler Tätigkeit, Paderborn 1981, 85.

¹⁷ Manfred Josuttis, Der Traum des Theologen. Aspekte einer zeitgenössischen Pastoraltheologie 2, München 1988, 90.

Dr. theol. habil. Michael Fischer

Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik (UMIT)

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1

A-6060 Hall in Tirol

Tel.: +43 (0) 50 8648-3871

michael.fischer@umit.at und fischer@st-franziskus-stiftung.de

https://umit.at/page.cfm?vpath=departments/public_health/research-unit-for-quality