



Simon Peng-Keller, David Neuhold,
Ralph Kunz, Hanspeter Schmitt (Hg.)

Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe

Elektronische Patientendossiers
im Kontext von Spiritual Care

TVZ



Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe

T V Z

**Simon Peng-Keller, David Neuhold,
Ralph Kunz, Hanspeter Schmitt (Hg.)**

Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe

**Elektronische Patientendossiers im Kontext
von Spiritual Care**

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Die Druckvorstufe dieser Publikation wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2019–2020 unterstützt.

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

Umschlaggestaltung
Simone Ackermann, Zürich

Druck
Rosch Buch GmbH, Scheßlitz

ISBN 978-3-290-18325-7 (Print)
ISBN 978-3-290-18326-4 (E-Book: PDF)

<https://doi.org/10.34313/978-3-290-18326-4>

© 2020 Theologischer Verlag Zürich
www.tvz-verlag.ch



Creative Commons 4.0 International

Inhalt

<i>Simon Peng-Keller/ David Neubold/ Ralph Kunz/ Hanspeter Schmitt</i> Vorwort	9
---	---

<i>Simon Peng-Keller/ David Neubold</i> Dokumentation klinischer Seelsorge. Hintergründe und aktuelle Entwicklungen.....	11
--	----

I. Annäherungen

<i>Eva-Maria Faber</i> Ins «Buch des Lebens» geschrieben. Spitalseelsorgliche Begleitung von Identitätsarbeit in Krankheitssituationen und Chancen und Grenzen ihrer Dokumentation	35
---	----

<i>Hanspeter Schmitt</i> Spiritual Care als Kommunikation menschlicher Verletzlichkeit. Theologisch-ethische Reflexion klinikpastoraler Dokumentation.....	55
--	----

II. Modelle

<i>Anne Vandenboeck</i> Dokumentation im Dienste der bestmöglichen Spiritual Care.....	79
---	----

<i>Pascal Möslì</i> Wide eyes. Auf den Spuren einer guten Seelsorge- Dokumentation in den USA	99
---	----

<i>Pascal Möslì/ David Neubold/ Livia Wey-Meier</i> Ankreuzen oder erzählen? Ein Plädoyer für Checkboxes in der klinischen Seelsorgedokumentation	127
---	-----

III. Seelsorgegeheimnis

Michael Coors

Seelsorgliche Verschwiegenheitspflicht und Dokumentation.
Theologisch-ethische Annäherung an eine Professionsethik
der Seelsorge 153

David Neubold

Seelsorgegeheimnis und Beichtgeheimnis.
Historische Perspektiven, gegenwärtige Überlegungen 177

Ralph Kunz

Seelsorge als Krypta. Geborgenheit im vertraulichen Gespräch 201

IV. Interprofessionelle Zugänge

Settimio Monteverde

Zuerst heile mit dem Wort – Seelsorge und ihre Dokumentation
im klinischen Informationssystem. Gedanken aus
klinisch-ethischer Sicht 223

Josef Jenewein/ Alois Metz

Klinische Dokumentation spiritueller und existenzieller Aspekte.
Erfahrungen und Anregungen aus psychiatrischer und
seelsorglicher Perspektive 237

Maya Zumstein-Shaba

Dokumentation pflegerischer Spiritual Care. Erfahrungen und
Anregungen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive 253

V. Perspektiven

Traugott Roser

Seelsorgliche Dokumentation.
Perspektiven für die Seelsorgeforschung und -weiterbildung 279

<i>Claudia Graf</i>	
Dokumentation und Professionalität in der Spitalseelsorge	291
<i>Simon Peng-Keller</i>	
Professionelle Praxis und spirituelle Übung. Zum Handwerk seelsorglichen Dokumentierens.....	307
Autorinnen und Autoren.....	323

Vorwort

Simon Peng-Keller/David Neubold/Ralph Kunz/Hanspeter Schmitt

Seit den Anfängen der *Clinical Pastoral Education* gehören Gesprächsnotizen und ausgearbeitete Gesprächsprotokolle zu den zentralen Instrumenten seelsorglicher Selbstreflexion und Supervision. Dass die seelsorgliche Dokumentation auch für die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutsam ist, wurde zwar ebenfalls schon in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts erkannt. Doch erst mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens und dem Aufkommen einer interprofessionellen Spiritual Care kam es zur systematischen Entwicklung und Implementierung einer solchen Dokumentationspraxis. Es ist zu erwarten, dass diese international teilweise schon weit fortgeschrittene Entwicklung in den kommenden Jahren zunehmend auch das hiesige Gesundheitswesen erfassen wird. Die Zeit der Hängemappen und Papierstapel ist definitiv vorbei. Seitens derjenigen, die für die Klinikseelsorge Verantwortung tragen, wird diese Entwicklung unterschiedlich, teilweise auch gegensätzlich wahrgenommen. Während manche vor einer Eingemeindung der Klinikseelsorge in die Gesundheitsberufe warnen und auf die Besonderheit des Seelsorgegeheimnisses hinweisen, sehen andere in dieser Entwicklung vor allem die Chance, die seelsorgliche Expertise zum Wohl von Patientinnen und Patienten in die interprofessionelle Kommunikation einzubringen. Irgendwo dazwischen sind schliesslich die Stimmen jener anzusetzen, die auf die pragmatische Notwendigkeit hinweisen, sich klinikseelsorglich auf eine zunehmend digitale Gesellschaft einzustellen. Klar ist zumindest dies: Die Frage der Dokumentation muss mit Blick auf die Aufgaben und Zielsetzungen heutiger Klinikseelsorge insgesamt diskutiert und beantwortet werden. Wie die Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen aussehen wird, hängt von sehr unterschiedlichen Faktoren ab. Die Dokumentation ist (nur) einer von ihnen.

Aus seelsorgetheoretischer, ethischer und rechtlicher Perspektive stellen sich dabei wichtige Fragen: Was genau kann und soll dokumentiert werden und was nicht? Welche Erfassungsform und welche Sprache sind dazu geeignet? Wer soll was für wen erfragen und schriftlich erfassen? Wie verändert sich die seelsorgliche Beziehung, wenn seelsorgliche Prozesse und spirituelle

Nöte und Bedürfnisse in Patientenakten dokumentiert werden? Und was bedeutet die Integration einer solchen Dokumentation für die Rolle der Seelsorge innerhalb des Gesundheitssystems?

Alle diese Fragen sind derzeit weitgehend umstritten und ungeklärt. Sie werden im vorliegenden Band erstmals im deutschsprachigen Raum umfassend diskutiert und aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Grundsätzliche Zugänge werden durch praktisch-theologische und ethische Perspektiven ebenso ergänzt wie durch solche aus der konkreten medizinischen und pflegerischen Praxis. Der Band bietet einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen. Er will den Blick für die Komplexität der Thematik schärfen und zum Weiterdenken anregen. Insbesondere möchte er dazu beitragen, dass die Diskussion über das Dokumentationsthema differenziert geführt wird. Eine schlichte Pro-und-Contra-Diskussion verkennt die Vielfalt an Dokumentationsformen und Problemstellungen.

Das Buch ist ein Ergebnis eines vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojekts. Es wurde angestoßen von Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Seelsorgevereinigungen und an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich und der Theologischen Hochschule Chur in einer ökumenisch zusammengesetzten Forschungsgruppe durchgeführt. Die Grundlage für den vorliegenden Band bildete eine im Juni 2019 an der Universität Zürich durchgeführte Forschungstagung. Die Herausgeber sind zu vielfältigem Dank verpflichtet: dem Schweizerischen Nationalfonds für die grosszügigen Förderungen dieses Projekts, den Seelsorgevereinigungen für die Initiative und die vielfältige Unterstützung in der Durchführung, der Katholischen Kirche im Kanton Zürich und der Reformierten Kirche Zürich für die Förderung der Professur für Spiritual Care, Christoph Morgenthaler für die wertvollen Hinweise zum Manuskript sowie den Verantwortlichen vom TVZ-Verlag, insbesondere Frau Lisa Briner, für die sorgfältige und kompetente Begleitung des Projekts.

Zürich, 4. September 2020

Dokumentation klinischer Seelsorge

Hintergründe und aktuelle Entwicklungen

Simon Peng-Keller/ David Neuhold

In seinem Beitrag zum Handbuch der Krankenhauseselsorge schreibt der evangelische Pfarrer und Pastoralpsychologe Thomas Beelitz mit Blick auf die gegenwärtige deutschsprachige Diskussion: «In der Praxis sind beim Thema Dokumentation und Verschwiegenheit viele Kolleg*innen selbst weiter, als es Theorie und Richtlinien zu erlauben scheinen.»¹ Dass das so ist, hat mit Entwicklungen zu tun, die in den ersten beiden Abschnitten dieses einleitenden Beitrags nachgezeichnet werden sollen. In einem ersten Schritt werden wir aufzeigen, dass das Thema selbst weniger neu ist, als oft angenommen wird. Die Praxis klinikseelsorglicher Dokumentation gehörte von Anfang an zur *Clinical Pastoral Education* (CPE) und wurde bereits in den 1930ern in differenzierter Weise beschrieben und begründet. Wie wir als Zweites an konkreten Beispielen aufzeigen werden, führten mehrere Faktoren dazu, dass sich diese klinikseelsorgliche Praxis seit zwei Jahrzehnten in raschem Tempo weiterentwickelt und weltweit verbreitet hat. Zu nennen sind dabei zunächst religionspolitische und gesellschaftliche Veränderungen, die zu einer Neuverortung der Seelsorge in öffentlichen Einrichtungen führte. Nicht weniger wichtig sind jedoch komplexe Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen und nicht zuletzt die Digitalisierung. Zu diesen Entwicklungen gehört schliesslich auch das wachsende Bemühen, die Wirksamkeit klinikseelsorglicher Arbeit empirisch zu überprüfen. Im dritten Abschnitt resümieren wir den aktuellen Forschungsstand zur seelsorglichen Dokumentation, die zunehmend auch selbst ein Mittel darstellt, die klinikseelsorgliche Arbeit zu erforschen. Daran knüpfen auch die Beiträge des vorliegenden Bandes an, die am Ende dieser Einleitung kurz vergegenwärtigt werden.²

¹ Thomas Beelitz, Trostspuren – Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge im Krankenhaus, in: Traugott Roser (Hg.), Handbuch der Krankenhauseselsorge, 5. überarbeitete u. erweiterte Aufl., Göttingen 2019, 487–498, 487.

² Für die folgende Darstellung greifen wir zurück auf die folgenden Vorarbeiten: Simon Peng-Keller/David Neuhold (Hg.), Charting Spiritual Care. The Emerging Role of

1 Hintergründe

Historisch betrachtet lässt sich die Geschichte der klinikseelsorglichen Dokumentation in drei Hauptperioden unterteilen: in eine frühe Phase, die der Entstehung der CPE vorausgeht, in eine Zeit der ersten Systematisierung in deren Rahmen, und schliesslich in die jüngste Phase, die dieser Publikation unmittelbar vorausliegt und die kurz vor der Jahrtausendwende einsetzt.

1.1 Erste Phase: Die Anfänge seelsorglicher Dokumentation im frühen 20. Jahrhundert

Die Anfänge einer seelsorglichen Dokumentationspraxis im medizinischen Kontext gehen bis ins frühe 20. Jahrhundert zurück. Grundlegend und inspirierend für die weitere Entwicklung war die Emmanuel-Bewegung, eine christliche Heilungsbewegung, die im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts in der gleichnamigen reformierten Kirchgemeinde Bostons entstand. Initiiert wurde sie von Elwood Worcester, einem reformierten Theologen, der von William James und Wilhelm Wundt beeinflusst war.³ Ziel dieser Initiative war es zunächst, armutsbetroffenen und an Tuberkulose erkrankten Menschen soziale und medizinische Hilfe anzubieten. An der Emmanuel-Kirche wurde dazu ein ambulanter Dienst eingerichtet, der sowohl Einzelbehandlungen wie gruppentherapeutische Angebote umfasste. Nach und nach wurde das Therapieprogramm stärker auf Menschen mit psychischen Belastungen und Suchterkrankungen ausgerichtet. Zu diesem Zwecke wurde auch das Spektrum der verwendeten Therapieansätze erweitert und interprofessionell angelegt. Medizinischer Unterricht sowie psychologische und psychotherapeutische Ansätze (z. B. Suggestion, Hypnose) wurden mit spiritueller Unterstützung (u. a. Beichte, Gebet, seelsorgliche Beratung) kombiniert.

Um dieses interprofessionelle und interdisziplinäre Experiment wissenschaftlich zu fundieren, veröffentlichte Worcester im Jahre 1908 zusammen mit zwei Weggefährten – dem reformierten Theologen Samuel McComb und dem jüdischen Psychiater Isador H. Coriat – eine vielbeachtete Programm-

Chaplaincy Records in Global Health Care, New York 2020; Simon Peng-Keller, Digitale Dokumentation klinischer Seelsorge. Hintergründe, Modelle, Diskussionen, in: Wege zum Menschen 72/3 (2020) 257–270.

³ Curtis W. Hart/M. Div, Present at the Creation: The Clinical Pastoral Movement and the Origins of the Dialogue between Religion and Psychiatry, in: Journal of Religion and Health 49 (2010) 536–546, 541f.

schrift: *Religion and medicine: The Moral Control of Nervous Disorders*. Darin erläutern die Autoren das von ihnen entwickelte Therapiekonzept und weisen auch auf die Bedeutung einer interprofessionellen Dokumentation hin. Dass sich die Seelsorge auch an dieser Aufgabe beteiligt, war für Worcester und seine Kollegen selbstverständlich. Um dem Anspruch einer wissenschaftlich fundierten und sicheren Versorgung genügen zu können, sei eine konsequente Dokumentation unerlässlich. In Zusammenarbeit mit dem *Massachusetts General Hospital* (MGH) wurde dessen Dokumentationssystem «durch Notizen über die moralischen und spirituellen Ratschläge sowie über die Wirkung dieser Ratschläge»⁴ ergänzt. Mit Blick auf aktuelle Entwicklungen und Diskussionen ist das Bostoner Experiment gleich in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert: Erstens war die von Worcester und seinen Mitstreitern entwickelte Dokumentationspraxis in einem ambulanten Versorgungssetting angesiedelt, das durch seinen sektorenübergreifenden Charakter heutigen Entwicklungen überraschend nahekommt. Zweitens war die Seelsorge Teil eines therapeutischen Konzepts, das gleichzeitig medizinisch und theologisch begründet wurde. Und drittens war die Dokumentation so angelegt, dass sie das Seelerge- oder Beichtgeheimnis offenbar nicht tangierte.

Zu den Ärzten, die die Emmanuel-Bewegung unterstützen, gehörte der Hämatologe Richard Cabot, der am *Massachusetts General Hospital* für die ambulante Versorgung zuständig war.⁵ Cabot ist das Bindeglied zwischen der Emmanuel-Bewegung und der CPE, die er selbst mitbegründete und die bei der Entwicklung der modernen Klinikseelsorge und der seelsorglichen Dokumentationspraxis eine Schlüsselrolle spielen sollte.

1.2 Zweite Phase: Systematisierung im Horizont der *Clinical Pastoral Education*

Cabots Vision einer neuen Form seelsorglicher Tätigkeit, die er selbst als «klinisch» benannte, verdankte sich einer doppelten Erfahrung. Zum einen stand ihm die interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten und Seelsorgern vor Augen, die einer gemeinsamen therapeutischen Zielsetzung verpflichtet waren. Zum andern war es die Einsicht, dass Ärzte in einer sich zunehmend

⁴ Elwood Worcester/Samuel McComb/Isador H. Coriat, *Religion and Medicine: The Moral Control of Nervous Disorders*, New York 1908, 6.

⁵ Burton J. Hendrick, *Team Work in Healing the Sick*, in: *The World's Work* 2 (1914) 410–417.

spezialisierenden Medizin auf spezialisierte Fachpersonen aus anderen Disziplinen angewiesen sind, um eine gute medizinische Versorgung gewährleisten zu können. So inaugurierte Cabot bereits im Jahre 1905 am *Massachusetts General Hospital* die klinische Sozialarbeit und richtete aus eigenen Mitteln die erste entsprechende Stelle ein. Zu einer guten interprofessionellen Versorgung gehörte für Cabot auch die interprofessionelle Dokumentation. Im Rahmen der CPE, die er zusammen mit dem reformierten Theologen Anton Boisen aufbaute, diente die seelsorgliche Dokumentation noch weiteren Zwecken: Neben der interprofessionellen Kooperation wurden sie auch für die persönliche Reflexion und die Supervision genutzt.

Eine systematische Beschreibung und Rechtfertigung der unterschiedlichen Funktionen der Dokumentation findet sich in dem 1936 veröffentlichten Handbuch *The Art of Ministering to the Sick*, das Cabot zusammen mit dem reformierten Theologen Russell L. Dicks veröffentlichte und das zu einem Standardwerk der CPE wurde. Beide Autoren messen der Dokumentation eine entscheidende Rolle zu.⁶ Wer nicht bereit sei, seine Arbeit zu dokumentieren, sei ungeeignet für die Krankenhausesorge: «Es ist für uns unvorstellbar, dass ein gewissenhafter Seelsorger darauf verzichten kann, in der einen oder anderen Form zu dokumentieren.»⁷ Ohne Dokumentation keine professionelle Seelsorge. Dabei betonen Cabot und Dicks besonders die kreative Kraft des Schreibens. Es handle sich dabei um eine «spirituelle Übung».⁸ Im erinnernden und reflektierenden Niederschreiben entdeckte man Leerstellen und entwickle Ideen, wie diese zu füllen seien. Das Dokumentieren ermögliche Selbstkritik und schaffe einen Raum der Selbstoffenbarung.⁹ Es sei ein Instrument, um sich weiterzuentwickeln und in den seelsorglichen Begegnungen das göttliche Wirken zu entdecken.

Dicks präzisiert und ergänzt diese Reflexionen vier Jahre später in seinen 1940 veröffentlichten *Standards for the Work of the Chaplain in the General Hospital*. Darin unterscheidet er zwischen drei Formen der Dokumentation: Neben den täglichen Notizen, «die der Seelsorger für seinen eigenen Gebrauch zur Unterstützung seines Gedächtnisses aufbewahrt», brauche es auch detailliertere

⁶ Vgl. Richard C. Cabot/Russell L. Dicks, *The Art of Ministering to the Sick*, New York 1944 (Erstausgabe 1936), insbesondere Kapitel «Note-Writing» in Teil IV «Methoden», 244–261.

⁷ A. a. O., 269.

⁸ A. a. O., 261.

⁹ A. a. O., 248.

Aufzeichnungen, die vor allem nach anspruchsvollen Begegnungen verwendet werden sollen. Sie dienen dazu, einerseits das Bedürfnis des Patienten nochmals zu vergegenwärtigen und andererseits das eigene Handeln kritisch zu reflektieren. Die dritte Form der Dokumentation bestehe in Einträgen in das Patientendossier zum Zwecke der interprofessionellen Kommunikation. Dabei handle es sich um kurze Notizen, die jenen von Fachärzten gleichen. Sie beschränken sich darauf, «den Eindruck, den der Seelsorger vom Patienten hat, festzuhalten. Der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin entdeckt oft wichtige Dinge über einen Patienten bzw. eine Patientin, die der Arzt wissen muss; diese Entdeckungen und Eindrücke sollten im Patientendossier vermerkt sein. Solche Notizen offenbaren weder das, was einem Seelsorger anvertraut wurde, noch verstossen sie in irgendeiner Weise gegen die Heiligkeit der Beichte.»¹⁰

In welchem Masse sich die von Cabot und Dicks beschriebenen Dokumentationsformen in den darauffolgenden Jahrzehnten in den USA verbreitet haben, ist ungeklärt. Auffällig ist, dass in der deutschsprachigen Rezeption der CPE in den 1970er Jahren das Thema der Dokumentation nur wenig Beachtung findet. Lediglich die Praxis, für supervisorische Zwecke Gesprächsprotokolle zu erstellen, erhielt einen festen Platz in den neuen deutschsprachigen Ausbildungsangeboten. Dass trotz weltweiter Verbreitung der CPE die Reflexion über die klinikseelsorgliche Dokumentation nicht weitergeführt wurde und offenbar über Jahrzehnte wenig Auswirkung auf die klinische Praxis hatte, ist ebenso bemerkenswert wie die Geschwindigkeit, mit der sich dies nach der Jahrtausendwende änderte. Was genau führte dazu, dass dieses Aschenputtel der Seelsorgebewegung plötzlich so viel Aufmerksamkeit auf sich zog?

1.3 Dritte Phase: Dokumentation klinischer Seelsorge im digitalen Zeitalter

Wie bereits erwähnt, lassen sich mehrere Faktoren ausmachen, die in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer raschen Entwicklung klinikseelsorglicher Dokumentationspraxis geführt haben. Die wichtigsten vier: das Modell einer ergebnisorientierten Seelsorge, das Aufkommen interprofessioneller Spiritual Care, die Neuverortung der Klinikseelsorge im Kontext einer (post-)säkularen

¹⁰ Russell L. Dicks, Standards for the Work of the Chaplain in the General Hospital. www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_for_work_of_chaplain_russell_dicks.pdf, [4]; 03.03.2020.

Gesellschaft und die Digitalisierung. Diese vier Faktoren sollen nun noch etwas genauer beschrieben werden.

(1) Das in den 1990er Jahren aufkommende Paradigma einer *ergebnisorientierten Seelsorge* (*outcome oriented chaplaincy*) ist zunächst eine Antwort auf die zunehmende Tendenz, alle professionellen Aktivitäten im Gesundheitswesen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und einem strengen Qualitätsmanagement zu unterwerfen. Zugleich handelt es sich um eine kritische Revision des Seelsorgeansatzes, der die CPE über mehrere Jahrzehnte bestimmte und dessen Grundlagen hauptsächlich in Carl Rogers' klientenzentrierten Gesprächstherapie liegen.¹¹ Die ergebnisorientierte Seelsorge geht davon aus, dass sich jegliche seelsorgliche Zuwendung im Rahmen bestimmter Zielsetzungen bewegt und eine patientenzentrierte Seelsorge fortlaufend überprüfen sollte, welche Form der Unterstützung von Patientinnen und Patienten erwünscht wird und was das seelsorgliche Handeln bewirkt. Um dies regelmässig und auf möglichst objektive Weise überprüfen zu können, sei es notwendig, die Einschätzungen, Zielsetzungen, Handlungen und Auswirkungen systematisch zu dokumentieren.¹² Seelsorgliche Dokumentation dient hier gleichermassen der Qualitätssicherung wie der Legitimierung der Seelsorge im Horizont evidenzbasierter Medizin.

(2) Während die ergebnisorientierte Seelsorge die Stärkung der dadurch bezeichneten Profession im Blick hat, steht «Spiritual Care» für eine Entwicklung, in der die Interprofessionalität grossgeschrieben wird. Der Gedanke, dass der interprofessionelle Einbezug der spirituellen Dimension für eine gute medizinische Versorgung bedeutsam ist, findet sich in sehr unterschiedlichen medizinreformerischen Bewegungen des 20. Jahrhunderts, zu denen auch die moderne Hospizbewegung zu zählen ist.¹³ In dem Masse, in dem Spiritual

¹¹ Vgl. die Darstellung von Arthur M. Lucas in seiner Einleitung zur gemeinsam mit Larry VandeCreek veröffentlichten Programmschrift: *The Discipline for Pastoral Care Giving*. Foundations for Outcome Oriented Chaplaincy, New York/Abingdon 2012 [2001], 1–33; Judith R. Ragsdal, *Transforming Chaplaincy Requires Transforming Clinical Pastoral Education*, in: *Journal of Pastoral Care & Counseling* 72 (2018) 58–62.

¹² Vgl. Wendy Cadge, *Paging God. Religion in the Halls of Medicine*, Chicago 2012, 91: «The model focuses not on documenting what chaplains do but on documenting the effect their actions have.»

¹³ Vgl. Simon Peng-Keller, *Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Von der sozialen Medizin zur WHO-Diskussion um die «spirituelle Dimension»*, in: Simon Peng-Keller/David Neuhold (Hg.), *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen*, Darmstadt 2019, 13–71. www.wbg-darmstadt.de/Files/Article/ARTK_ZOA_1022047_0001.pdf; 03.03.2020.

Care als interprofessionelle Aufgabe entdeckt und wahrgenommen wird, bildet sie sich auch, bedingt durch die medizinische Dokumentationspflicht, in der klinischen Dokumentation ab. Im deutschsprachigen Raum zeigt sich diese Entwicklung am deutlichsten im Bereich der Palliative Care.¹⁴

(3) Während die beiden erstgenannten Faktoren mit Entwicklungen innerhalb des Gesundheitswesens zu tun haben, ist der dritte Faktor in einem gesellschaftlichen Wandel zu suchen, konkret in der seit Längerem zu beobachtenden weltanschaulich-religiösen Pluralisierung, die auch den Status der Seelsorge in öffentlichen Institutionen verändert. Das gilt für die Krankenhausseelsorge nicht weniger als für die Militär- und Gefängnisseelsorge. Dieser Umbruch, der sich gegenwärtig in Nordamerika¹⁵ und Australien¹⁶ ebenso vollzieht wie in europäischen Ländern, soll exemplarisch am Gesundheitswesen von Québec beschrieben werden, das bis weit ins 20. Jahrhundert von katholischen Institutionen bestimmt war.¹⁷ In den 1960er-Jahren setzte ein Transformationsprozess ein, der sich auch in der Veränderung der klinikseelsorglichen Berufsbezeichnung spiegelte. So wurde die traditionelle Bezeichnung «aumônier» in den 1970er Jahren abgelöst durch den Begriff der «agents de pastoral», was nicht zuletzt damit zu tun hatte, dass die Seelsorge zunehmend nicht mehr von Priestern, sondern von nicht ordinierten katholischen Seelsorgerinnen und Seelsorgern wahrgenommen wurde. In den 1990er Jahren kam die Bezeichnung «intervenant(e)s en soins spirituels» auf, womit markiert wurde, dass das seelsorgliche Tätigkeitsfeld nicht mehr auf die katholische Pastoral beschränkt ist.¹⁸ Dieser Wandel im Verständnis der Seelsorge in öffentlichen Institutionen war eingebettet in eine religionspolitische Neuorientierung hin zu einer «offenen Laizität». Ein von der Regierung Québecs in

¹⁴ Vgl. Beitrag von Traugott Roser in diesem Band, 277–288.

¹⁵ Vgl. Winnifred Fallers Sullivan, *A Ministry of Presence. Chaplaincy, Spiritual Care, and the Law*, Chicago 2014.

¹⁶ Vgl. Christine Hennequin, *Charting and Documenting Spiritual Care in Health Services: Victoria, Australia* in: Peng-Keller/Neuhold, *Charting Spiritual Care*, 79–95.

¹⁷ Für eine ausführliche Darstellung vgl. Bruno Bélanger/Line Beauregard/Mario Bélanger/Chantal Bergeron, *The Quebec Model of Recording Spiritual Care. Concepts and Guidelines*, in: Peng-Keller/Neuhold, *Charting Spiritual Care*, 53–78.

¹⁸ Jacques Cherblanc/Guy Jobin, *L'intervention spirituelle dans les institutions sanitaires au Québec. Vers une psychologisation du religieux?*, in: *Archives de Sciences Sociales des Religions* 163 (2013) 39–62; Barbara Pesut/Sheryl Reimer-Kirkham/Richard Sawatzky/Gloria Woodland/Perry Peverall, *Hospitable Hospitals in a Diverse Society. From Chaplains to Spiritual Care Providers*, in: *Journal of Religion and Health* 51 (2012) 825–836.

Auftrag gegebener und 2007 veröffentlichter Bericht erläutert diesen Begriff folgendermassen:

«Eine offene Laizität anerkennt die Notwendigkeit eines neutralen Staats – die Gesetzgebung und die öffentlichen Institutionen dürfen weder eine religiöse noch eine säkulare Sichtweise begünstigen. Doch anerkennt sie ebenso die Bedeutung, die für viele Menschen die spirituelle Dimension des Lebens hat.»¹⁹

Im Hinblick auf das Gesundheitswesen fordert der Bericht einen ganzheitlichen Ansatz, der den biopsychosozialen und spirituellen Dimensionen einer Person Rechnung trage.²⁰ Auf dieser Linie liegt auch ein 2010 veröffentlichtes Dekret des Gesundheitsministeriums Québecs, das die Verantwortung für die Klinikseelsorge den Gesundheitsinstitutionen überträgt und diese dazu verpflichtet, auch auf die «spirituellen Bedürfnisse» zu achten.²¹ Im Horizont einer «new governance of religious diversity»²², die sich auch in Deutschland und der Schweiz abzeichnet,²³ hat seelsorgliche Dokumentationspraxis mehreren Bedürfnissen zu genügen. Neben der primären Aufgabe, eine gute intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen, dient sie auch dazu, den seelsorglichen Arbeitsaufwand zu bemessen. Die unter öffentlicher Aufsicht operierende Seelsorge hat dabei zu dokumentieren, dass sie zu den Zielsetzungen der jeweiligen Institution beiträgt und einer wachsenden religiös-spirituellen Pluralität gerecht zu werden vermag.

(4) Nicht weniger bedeutsam für die von uns nachgezeichnete Entwicklung ist der bereits benannte technologische Faktor: die Digitalisierung des Gesundheitswesens, die sich auch in der Einführung des elektronischen Pati-

¹⁹ Gérard Bouchard/Charles Taylor, *Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation. Rapport de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*, Québec 2008, 140f.

²⁰ A. a. O., 169.

²¹ Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 2005, Art. 100.

²² Mar Griera/Julia Martínez-Ariño/Gloria García-Romeral, *Beyond the Separation of Church and State: Explaining the New Governance of Religious Diversity in Spain*, Göttingen 2014; Sullivan, *A Ministry of Presence*, 198.

²³ Das zitierte Urteil des Karlsruher Sozialgerichts ist dafür ebenso ein Beispiel wie die 2004 erfolgte Aufnahme der «spirituellen Dimension» in die Kantonsverfassung des Kantons Waadt oder die 2017 vom Regierungsrat des Kantons Zürich veröffentlichten Leitsätze zum Verhältnis zwischen Staat und Religion (ji.zh.ch/internet/justiz_innere/de/themen/religionsgemeinschaften/orientierung.html; 03.03.2020), vgl. Beitrag von Traugott Roser in diesem Band, 277–288.

entendossiers manifestiert. Seine Anfänge reichen bis in die 1960er Jahre zurück. Doch waren es die Erfolgsgeschichte des PCs und die Einführung des Internets, die dem elektronischen Patientendossier zur weltweiten Verbreitung verhelfen. Bedeutete die Digitalisierung der Krankenakte zunächst lediglich den Wechsel vom Stift zur Tastatur, so brachten die neuen webbasierten Patientendossiers (EMRs) bald schon erhebliche qualitative Veränderungen mit sich. Geleitet von der Zielsetzung, Daten patientenzentriert zu sammeln, zusammenzuführen und rasch verfügbar zu machen, entwickeln sich immer umfassendere Dossiers. Der klinische Alltag ist inzwischen weltweit in hohem Masse durch digitale Dokumentation, Kommunikation und Koordination bestimmt. Das betrifft auch die Spitalseelsorge. Will sie ihren Aufgaben nachkommen und ihr Angebot in digitalen Welten präsent machen, kommt sie nicht darum herum, sich in der einen oder anderen Form an dieser Entwicklung zu beteiligen. Die Dokumentation klinikseelsorglicher Arbeit nimmt dabei eine Schlüsselstellung ein. Der nun folgende Abschnitt vermittelt einen Überblick über unterschiedliche Wege, die in diesem Zusammenhang bereits besprochen werden.

Doch halten wir einen Moment inne, um zu erwägen, wie die beschriebenen Entwicklungen zusammenhängen. Aus unserer Sicht spielt die Digitalisierung des Gesundheitswesens insofern eine Sonderrolle, als das elektronische Patientendossier ein Medium darstellt, das die drei erstgenannten Faktoren nicht nur miteinander verknüpft, sondern auch verstärkt. Zwar bilden sich Grundlagen für die wirksamkeitsorientierte Seelsorge, die interprofessionelle Spiritual Care und die «new governance of religious diversity» noch vor der digitalen Revolution der 1990er Jahre heraus. Doch führt erst diese dazu, dass die Krankenhausseelsorge sich international in einer unvergleichlichen Intensität darum zu bemühen beginnt, sich an der klinischen Dokumentation zu beteiligen.

2 Aktuelle Entwicklungen

Um die aktuellen Entwicklungen zu skizzieren, greifen wir auf eine Typologie der Sozialanthropologin Wendy Cadge zurück. In ihrer Analyse der gegenwärtigen Entwicklungen in den USA ordnet sie die von ihr untersuchten Seelsorgeteams einem Spektrum zu, das sich von einem herkömmlichen Seelsorgemodell bis zur ergebnisorientierten Seelsorge ausspannt.²⁴ Am einen

²⁴ Cadge, *Paging God*, 114–118.

Ende des Spektrums stehen jene Seelsorgeeinheiten, deren Mitglieder weitgehend unabhängig von den interprofessionellen Versorgungsteams arbeiten und sich in einer institutionellen Randposition befinden. Die Seelsorgeteams am anderen Ende des Spektrums bestehen hingegen aus Fachpersonen, die sich als eine eigene Profession im Gesundheitswesen verstehen und die in interprofessionelle Kommunikations- und Dokumentationsprozesse eingebunden sind. Im Mittelbereich des Spektrums befinden sich schliesslich Seelsorgeteams, die sich in einem Übergang befinden – in Richtung einer stärkeren interprofessionellen Einbindung.

So unzureichend auch die skizzierte Komplexität gegenwärtiger Wandlungsprozesse in dieser Typologie abgebildet sein mag, sie kann gleichwohl dazu dienen, die gegenwärtige internationale Entwicklung zu überblicken. Es ist nicht zu bestreiten: In der Dokumentationspraxis spiegelt sich, ob und wie Seelsorgende in klinische Abläufe eingebunden sind und sich an ihnen beteiligen. An ihr zeigt sich, ob sie eher als externer oder interner Dienst wahrgenommen werden.²⁵ Bemerkenswert ist, dass die gegenwärtige Entwicklung digitaler Dokumentation klinischer Seelsorge konfessionsübergreifend ist und länderspezifischen Mustern folgt. Ob Seelsorgerinnen und Seelsorger sich an der interprofessionellen Dokumentation beteiligen, hängt, international betrachtet, nicht davon ab, ob sie katholisch, reformiert, methodistisch, jüdisch usw. sind, sondern vom jeweiligen Gesundheitssystem, in dem sie tätig sind. Das bedeutet nicht, dass es sich um eine lediglich pragmatisch zu beantwortende Frage ohne theologische Implikationen handelt. Doch offenbar lässt sich die seelsorgliche Beteiligung an der interprofessionellen Dokumentation aus unterschiedlichen theologischen Perspektiven begründen.

Wie zeigt sich die aktuelle Entwicklung, wenn man sie auf Cadges Spektrum abbildet? Die Mehrheit der in deutschsprachigen Gesundheitsinstitutionen tätigen Seelsorgeteams dürfte dem erstgenannten Typus zuzuordnen sein. Die Beteiligung an der interprofessionellen Dokumentation ist entweder rechtlich erschwert oder aus theologischen Gründen verpönt. Eine Ausnahme bildet die Palliative Care,²⁶ in der die Seelsorge als Teil des Behandlungsteams betrachtet wird und deshalb zur Dokumentation verpflichtet ist. Zugleich zeichnet sich gegenwärtig auch im deutschsprachigen Raum eine deutliche Veränderung der herkömmlichen Situation ab. Der vorliegende

²⁵ Es ist allerdings auch an dieser Stelle nochmals zu erwähnen, dass die Entwicklung einer klinkseelsorglichen Dokumentationspraxis auch rechtliche Vorgaben eine wichtige Rolle spielen und die aktuelle Praxis auch den rechtlichen Rahmen widerspiegelt.

²⁶ Vgl. nochmals Beitrag von Traugott Roser in diesem Band, 277–288.