

Dr.Martin Sauer, Bielefeld:

## **Qualitätssicherung und pastoraler Dienst**

Sehr geehrte Damen und Herren;

wie ist die Arbeit einer Theologin zu bewerten, wenn sie Seelsorge bei einzelnen Patientinnen Patienten macht? Wie, wenn sie in einem Team an einer Fallbesprechung teilnimmt? Was ist ein ‚qualitativ guter‘ Beitrag zur Weihnachtsfeier für die Krankenhaus-Mitarbeiterschaft? Wie werden die Schwerpunkte ihrer Arbeit und ihrer Arbeitszeit verabredet und verteilt, die eine Seelsorgerin in einem Krankenhaus zur Verfügung hat? Wie muss eine Aussegnungsfeier für eine Krebspatientin, die lange auf der Palliativstation war, gestaltet sein, wenn sie das Prädikat „patientengerecht“ , um nicht zu sagen kundengerecht erhalten soll?

Das Thema „QM“ (Qualitätsmanagement) provoziert in der Regel zustimmende und ablehnende Reaktionen bei den beteiligten bzw. ‚betroffenen‘ Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ich vermute, dass das bei Ihnen auch so sein wird. Beide Reaktionsformen sind – das möchte ich gleich am Anfang betonen – aus meiner Sicht berechtigt:

QM bedeutet in erster Linie: *Transparenz herstellen* über die eigenen Dienstleistungen. Transparenz nach *außen* dient dazu, die erbrachte oder ‚vorgehaltene‘, also zur Verfügung stehende, Dienstleistung gegenüber Geldgebern, Öffentlichkeit und potentiellen Klienten zu legitimieren. Transparenz nach *innen* erleichtert die Verständigung über Schwerpunkte und unverzichtbare Standards der eigenen Arbeit. Damit hilft sie mit, die eigene Arbeit als solche und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen abzusichern. Zugleich hat QM die Aufgabe, die eigene Arbeit überprüfbar zu machen - für sich selbst und für andere – und sich auf einen Weg der ständigen Leistungsverbesserung zu begeben.

Andererseits spiegelt die Kritik am Thema QM die Sorge vor der Dominanz fachfremder Sprach- und Denksysteme wider. Eindeutig ist, dass der Ursprung von QM in der Rüstungsindustrie zu finden ist. Befürchtet wird – und sicher nicht ganz zu Unrecht -, dass durch Maßnahmen der QM Arbeitszeit vom Klienten abgezogen und in endlose Besprechungen investiert wird, dass Energien in das Verfassen von Standards und Abläufen und in letztlich nutzlosen Dokumentationsaufwand gesteckt wird – in *Papier* statt in Menschen. Schließlich befürchtet man, dass das „Wesentliche“, das, worauf es ankommt oder gar das, was uns ‚un-

bedingt angeht', mit den vorhandenen Instrumenten gar nicht zu erfassen und zu messen sei.

Ich möchte im Folgenden versuchen, die Chancen und die Grenzen von QM für die Krankenhausseelsorge etwas genauer in den Blick zu nehmen. Vielleicht gelingt es mir dabei, Ihnen deutlich zu machen, dass gerade auch Einwände, Zweifel und Fragen nicht zu Blockaden werden müssen. Als kritische Impulse können sie vielmehr dazu dienen, den Prozess des QM weitgehend selbstbestimmt und effizient zu betreiben. Ich versuche dabei, nicht über QM allgemein zu reden – wie jetzt bei dieser Einleitung -, sondern immer die spezielle Arbeit als Seelsorgerin und Seelsorger oder vielleicht besser gesagt als Theologin oder als Theologen in einem komplexen Gebilde, wie es ein Großkrankenhaus ist, im Blick zu behalten.

Ich werde dieses in 4 Schritten tun, werde dabei aber keine Kurzdarstellung und –bewertung der verschiedenen QM-Systeme bieten.

### **1. Widerstände gegen QM**

Das Thema ‚QM in der Seelsorge‘ oder überhaupt QM in der pastoralen Arbeit ist nicht ganz neu, sondern wird schon seit knapp 10 Jahren diskutiert. Trotzdem steht QM im kirchlichen Bereich fast überall noch am Anfang. Dafür, dass sich QM ‚bei Kirchens‘ so wenig durchgesetzt hat, gibt es vermutlich mehrere Gründe. Ich möchte einige aufzählen:

(1) Es fehlt die Verpflichtung dazu durch gesetzgeberische oder hierarchische Instanzen. Interesse an einer Beteiligung der Seelsorger am QM-System des Krankenhauses äußern eher die Krankenhausleitungen als die Kirche, aber den dienstrechtlichen Zugriff hat im Regelfall nicht das Krankenhaus.

(2) Vielfach wird kritisch auf die umfängliche ‚Bürokratisierung‘ der Arbeit durch QM hingewiesen. Kostbare Energien gehen in Qualitätszirkel, Ablaufbeschreibungen, detaillierte Verschriftlichung banaler Alltagspraxis. Dadurch verändert sich dann aber nichts wirklich. „Aufgeschrieben ist längst noch nicht getan“ – das weiß jeder, der Erfahrungen mit Konzeptarbeit und Teambesprechungen hat. (Allerdings gilt ebenso: Auch „gewollt ist noch nicht getan“.) Die Intensität der direkten zwischenmenschlichen Beziehungen werde durch diese Verfahren eher behindert als gefördert werden, z.B. weil viel Zeit in die Entwicklung, Überprüfung und Dokumentation gesteckt werden müsse, die für die direkte Beziehungsarbeit verloren geht.

(3) Die Vorbehalte scheinen aber auch mit einer eigentümlich verstandenen ‚evangelischen Freiheit‘ zusammenzuhängen. Es gibt ja an den wenigsten Stellen pastoraler Arbeit Stellenbeschreibungen oder verbindliche Aufgabenkataloge, geschweige denn Leistungserfassung oder Überprüfung. Auch die jetzt in der EKvW eingeführten Formblätter zum Mitarbeitergespräch scheuen klare Rückmeldungen zur pastoralen Leistung wie der Teufel das Weihwasser und sind unter personalfachlichen Gesichtspunkten ziemlich indiskutabel. Theologinnen und Theologen entdecken zwar mehr und mehr, dass sie Arbeitnehmer sind und auch ein Recht auf Freizeit und Privatleben haben. Aber die Freiheit, ihre Arbeit nach eigenem Geschmack zu gestalten, eigene Schwerpunkte zu setzen und das Leistungsniveau letztlich selbst festzulegen, scheint zugleich weiterhin sehr hoch geschätzt zu werden. Die Schattenseite davon ist: Wer das, was er tun will, nicht definiert – was ja wörtlich bedeutet: abgrenzt -, der wird in einem Arbeitsfeld, in dem es tendenziell unbegrenzt Arbeit gibt, selten das Gefühl haben, mit seiner Arbeit fertig zu sein und Erfolge zu haben.

(4) Die Scheu vor QM mit Sicherheit auch etwas zu tun mit der eigenen Biografie, mit Erfahrungen mit Leistungsüberprüfungen, mit diesem schrecklichen System kirchlicher Examina, mit einer negativen Besetzung des Begriffes Kontrolle. Dabei kann man Kontrolle durchaus auch positiv besetzen: Als Suche nach der Möglichkeit zum Lob.

(5) Qualitätsmanagement – das hat aber auch etwas mit grundsätzlichen theologischen Vorbehalten zu tun. Es ist zu fragen, ob eine Arbeit, die sich weitgehend auf das Wirken des Geistes beruft, dermaßen geplant, strukturiert und evaluiert werden kann und darf. Können wir das, was wir tun, in bewertbare Kategorien packen? In der ‚sichtbaren Kirche‘ mag ja so etwas möglich sein – da wird z.B. die Zahl der Abendmahlbesucher und der Taufen akribisch erfasst. Aber sind nicht gerade die Seelsorgerinnen Vertreterinnen der wahren, der unsichtbaren Kirche? Und ist nicht auch die Unabhängigkeit des Predigers und des Seelsorgers wichtig – nur seinem Gewissen und ‚Schrift und Bekenntnis‘ verpflichtet? Werden nicht so schon dem Wehen des Geistes durch Kirchenordnungen und Agenden mehr Fesseln angelegt als gut ist? Muss das nun auch noch in einer der letzten Enklaven passieren, die noch nicht detailliert geregelt sind?

Ich denke, diese Einwände und Bedenken sind nicht ganz unberechtigt. Ich möchte aber versuchen, sie wenigstens teilweise zu widerlegen und Ihnen im Folgenden etwas Lust und Mut auf QM zu machen. Dazu hole ich ein wenig aus.

## 2. Was ist Qualität und wer ist der Kunde?

Theodor Heuss, der wertorientierte Bundespräsident, war noch der Meinung, Qualität (=Q), das bedeute einfach ‚das Anständige‘.

In der heutigen Qualitätsdiskussion ist das so einfach nicht mehr. Q wird in der Definition der Norm ISO 8402 als „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“ verstanden.

In dieser Definition schreit nahezu jedes Wort nach Interpretation. Diese sehr weite und abstrakte Begriffsbestimmung erhält ihren Inhalt erst im konkreten situativen Kontext. Festzuhalten gilt: Es gibt kein objektives Maß für Qualität. Die Beschreibung und Bewertung sozialer und auch pastoraler, seelsorgerlicher Dienstleistungsqualität bleibt eine professionelle Aufgabe, die im Aushandeln zwischen verschiedenen Partnern – Kunden/Klienten, Dienstgeber, Team, Financiers usw. – zu geschehen hat.

Schauen wir uns nun die Teile dieser Definition genauer an: Es geht um

- *ein Produkt oder eine Dienstleistung (1)*
- *mit einer Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen (2)*
- *und deren Eignung zur Erfüllung von Erfordernissen (3)*
- *die festgelegt oder vorausgesetzt sind (4)*

(1) *ein Produkt oder eine Dienstleistung* : Die erste und entscheidende Frage ist nach dem Produkt oder der **Dienstleistung**, die ich erbringen will oder soll. Ich erbringe sie immer für einen oder mehrere Kunden bzw. Kundengruppen. „Kunde“ sind in der Sprache der QM-Literatur alle Personen und Institutionen, die sich über die Q einer Dienstleistung ein Urteil bilden. Je nachdem, wie sie als Kunden auf das Dienstleistungsangebot reagieren, beeinträchtigen oder fördern sie die Akzeptanz der Dienstleistung. **Kunden** sind nach dieser Definition nicht allein „externe“ Kunden wie die Klienten, ihre Angehörigen, die Kostenträger usw., sondern als „interne Kunden“ auch Mitarbeiter und Teams, für die Dienstleistungen erbracht werden. Für die Seelsorgerin kann das bedeuten, dass sie in einem Team bei einer Fallbesprechung mitwirkt oder eine Mitarbeiterin seelsorgerlich berät. Beides wäre als ‚interne Dienstleistung‘ zu verstehen. Die Einführung des Kundenbegriffes in der sozialen Arbeit vor ca. 10 Jahren wurde in der Fachdiskussion von kritischen Kommentaren und heftigen Diskussionen begleitet. Weitgehend durchgesetzt hat sich die Auffassung, dass der Begriff „Kunde“, soweit er den Klienten betrifft, wenig geeignet sei, die Wirklichkeit wahrheitsgemäß abzubilden; er sei also kein brauchbarer ‚analytischer‘ Begriff. Als ‚strategischer Begriff‘ erhalte er allerdings einen hohen ‚pragmati-

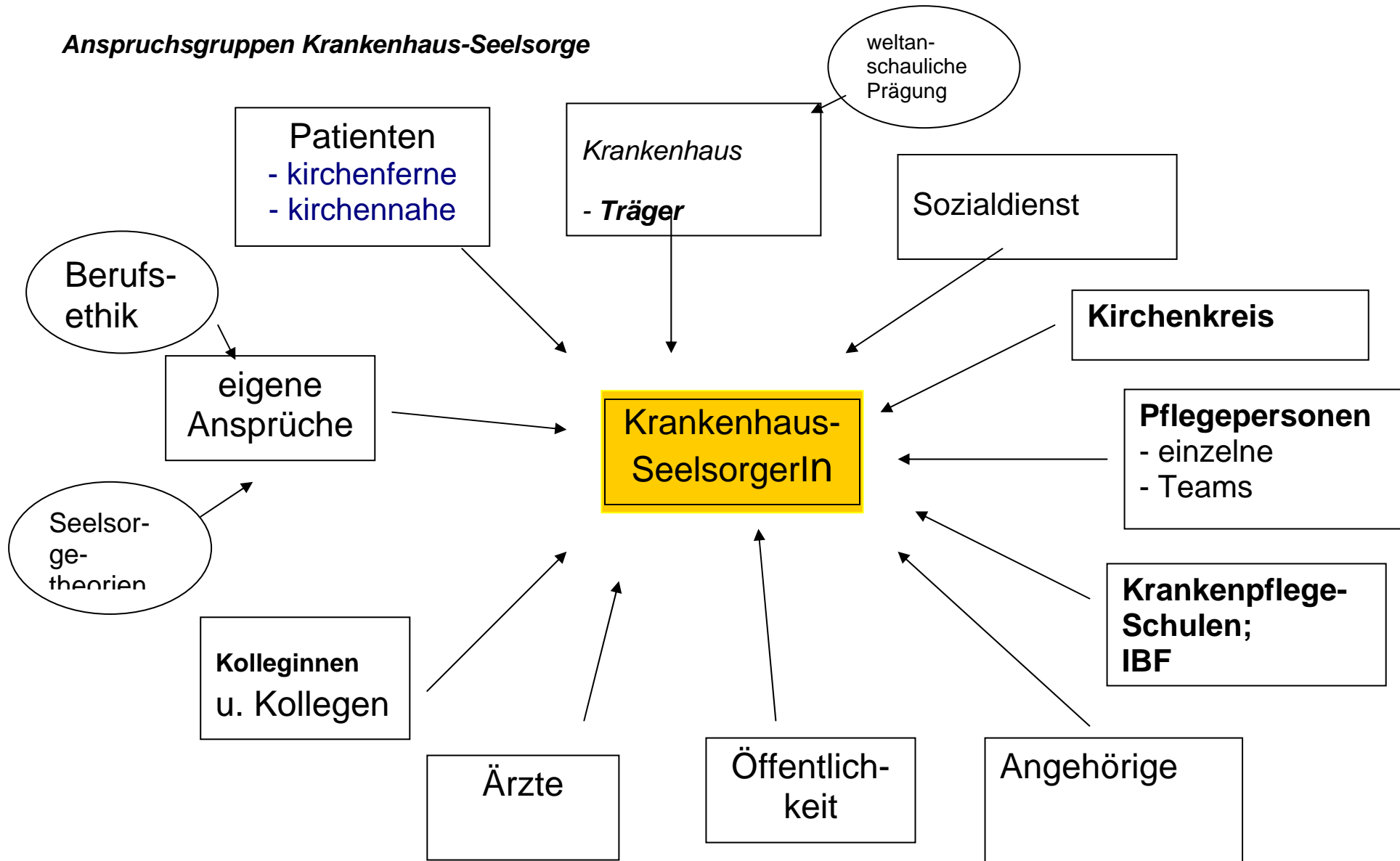
schen Nutzwert'. Und der besteht vor allem in einer kundenfreundlicheren Haltung gegenüber dem Klienten: Als ‚Kunde‘ behält der Klient, der soziale und auch pastorale Dienstleistungen nutzt, etwas von seiner Würde, denn der Kundenbegriff mahnt dazu, das Gegenüber mit seinen Interessen zu verstehen und ernst zu nehmen und in eine prinzipiell gleichwertige Austauschbeziehung einzutreten. Kundenorientierung, das bedeutet:

- Kundenwünsche ‚kennen‘ (d.h. sie erheben und dabei auch eine Rangliste erstellen)
- Organisatorisch absichern, dass diese Wünsche ernst genommen werden (können)
- den Grad der Erfüllung von Kundenwünschen regelmäßig überprüfen
- aus den Ergebnissen der Überprüfung Konsequenzen ziehen

In der betriebswirtschaftlichen Diskussion wird für den Non-Profit-Bereich statt dieses analytisch falschen Kundenbegriffes gerne der Begriff ‚Stakeholder‘ – der Anspruchsgruppen – gebraucht. Welches sind die Anspruchsgruppen für Seelsorgerinnen und Seelsorger? Ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

(→ *Abbildung 1, folgende Seite*)

**Anspruchsgruppen Krankenhaus-Seelsorge**



Eine der ersten und zudem entscheidenden Fragen ist also, welche Dienstleistungen ich für welchen dieser Kunden bzw. für welche Anspruchsgruppen erbringen will oder soll. Im Rahmen von QM wird es dabei im Wesentlichen um die Beschreibung von *Kernkompetenzen* und *Kernprozessen* gehen. Denn bei QM muss nicht alles und jedes geregelt und dokumentiert werden, sondern nur das für den Erfolg bzw. die Aufgabenerledigung wirklich Wichtige. Was also sind die *Kernkompetenzen* eines Seelsorgers, welche zentralen Leistungen werden von ihm erwartet - von den internen und externen ‚Kunden‘? Und an welchen *Kernprozessen* – also den wesentlichen direkten und indirekten Dienstleistungen, die für den ‚Kunden‘ erbracht werden - ist er beteiligt?

Es kann nun durchaus sein, dass meine verschiedenen Anspruchsgruppen höchst unterschiedliche Erwartungen an mich haben – so unterschiedlich, dass sie in *Konkurrenz* zueinander stehen können, sowohl den Inhalt betreffend als auch meine zeitlichen Möglichkeiten betreffend. Eine akzeptable Lösung dieses Dilemmas wird i.d.R. nur in einem offenen Prozess des Miteinander-Aushandelns geschehen können – Stichwort ‚Transparenz‘. Die Betheler Teilanstalt Eckartsheim zum Beispiel hat in einer Broschüre festgelegt, nach welchem Grundprinzipien dieses Aushandeln zu geschehen hat:

- 1. Orientierung an den Bedürfnissen und Erfordernissen der Bewohner / Patienten
- 2. Prozessorientierung
- 3. Mitarbeiter/innen-Orientierung
- 4. Kontinuierliche Verbesserung

Ich formuliere die Erläuterungen dazu gleich für die Seelsorge im Krankenhaus um:  
*„Die individuellen Bedürfnisse, Anforderungen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten stellen den bestimmenden Faktor im Betreuungsprozess dar... Professionelle Standards ... gehen in den Prozess ein, sind aber nicht primärer Ausgangspunkt des Planens und Handelns ... Die Bewohnerin ist in allen Schritten des Betreuungsprozesses unmittelbar und zentral beteiligt...“* Dabei gilt seit einiger Zeit in den v.Bodelschwingschen Anstalten nicht mehr das alte Helfer-, sondern das neue Assistenz-Prinzip. Das ist – möglicherweise – für Theologen starker Tobak: Nicht, um mit Luther zu sprechen, „was Christum treibet“, soll mein Handeln bestimmen, sondern Bedürfnisse, Anforderungen und Erwartungen der Patientin! Wer sich als Theologin in ein bestehendes QM-System integrieren will oder soll oder wer für seine Arbeit ein eigenes QM-System aufbauen will, wird sich entscheiden müssen: Will ich dieses Grundprinzip der Orientierung am „Kunden“ bzw. an den unterschiedlichen Kundengruppen bejahen oder nicht – wenn nicht,

wird sie offen legen müssen und beschreiben, welches Maximen ihres beruflichen Handelns dann sind.

Was sind das nun für Dienstleistungen, die Seelsorgerinnen erbringen könnten? Ich habe einige aufgelistet.

### Was ist unser 'Geschäft' als Krankenhauseelsorgerinnen?

- Verkündigung des Wortes Gottes in Gottesdienst, Andacht und Seelsorge?
- Einzelne Patient/innen 'bekehren', also ihnen die froh machende Botschaft so nahe bringen, dass sie wichtig wird für ihr Leben?
- Seelsorge an einzelnen Menschen, um sie persönlich in Krisensituationen zu begleiten?
- Besuche bei einzelnen, damit sie sich freuen, dass so wichtige Personen, wie es Pastorinnen immer noch sind, sich um sie kümmern?
- Begleitung von einzelnen Mitarbeiter/innen im Sinne von Supervision? Oder um ihre Arbeit aushaltbarer zu machen?
- Durchführung von Fortbildungen für Mitarbeiterinnen mit theologischer bzw. berufsethischer Thematik?
- Anwalt sein für christliche Ethik in Grenzfragen des Lebens, Mitarbeit in Ethik-Kommissionen und entspr. Arbeitskreisen?
- Lehrer/in an der Krankenpflegeschule?
- Angebote machen in verbindlicher Sterbebegleitung jenseits von Schichtdiensten?
- Querdenker oder Mahner oder Unruhestifter sein In einem Gesundheitswesen, das immer mehr rein ökonomisch denkt?
- 'Marketing' / Werbung machen für 'die Kirche'? oder, oder, oder ...

Die Frage ist nun: Welche von diesen - oder weiteren möglichen – Dienstleistungen, die *ich* anbieten könnte oder möchte, wollen ‚meine‘ Anspruchsgruppen auch haben? Mit dieser Frage beginnt m.E. der – im wahrsten Sinne des Wortes - spannende Prozess des QM bezüglich pastoraler Dienstleistungen.

#### (2) mit einer Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen

Hier geht es also um die **Beschreibung** der Dienstleistung. Wie soll eine Predigt sein? Wie ein seelsorgerliches Gespräch mit Patienten, wie das mit Angehörigen? Wie eine Aussegnung oder Beerdigung? Wie meine Beteiligung an einer Fallbesprechung? Wie der Ethikunterricht an der Krankenpflegeschule? Wie sieht Parteilichkeit und Protest von Theologinnen gegenüber der Krankenhausbetriebsleitung aus? Wie muss sich ein Pastor / eine Pastorin verhalten, damit ihr Besuch als das gewertet und geachtet wird, was der Besuchte erwartet hat? Welche Rolle spielt die Theologin in einer Ethikkommission usw.?

#### (3) die sich auf die Erfüllung von Erfordernissen beziehen

Das wird wohl in der uns vertrauteren Sprache heißen: Die von mir erbrachte Dienstleistung soll so gestaltet sein, dass damit ein **Ziel** bzw. ein vorher bestimmter **Zweck** erreicht wird.



Ohne eine solche Ziel- oder Zweckfestsetzung ist eine Messung oder Bewertung der Zielerreichung – also der „Erfüllung der Erfordernisse“ – nicht möglich. Dabei sind mit *Ziel* nicht wolkige Absichtserklärungen gemeint, sondern ein „erwünschter Zustand“, der beschreibbar, operationalisierbar und auch, wenigstens in Ansätzen, messbar sein muss.

(4) *die festgelegt oder vorausgesetzt worden sind*

Die Ziele sollten also **formuliert** und festgelegt, d.h. auch: dokumentiert sein oder so selbstverständlich und einvernehmlich sein, dass sie vorausgesetzt werden können. Diese Festlegung bzw. die Klärung, was wirklich einverständlich vorausgesetzt werden kann, ist wiederum an einen Aushandlungsprozess gebunden.

Soweit zur Definition von Qualität. Die Schwierigkeiten, die sich in einem so komplexen und oft auch unklaren Bereich wie dem der Erbringung pastoraler Dienstleistungen ergeben, liegen auf der Hand. Also gleich die Flinte ins Korn werfen?

### **3. Warum Qualitätssicherung im pastoralen Dienst?**

QM ist mehr als eine Modeerscheinung – das ist sie *auch*. In erster Linie ist QM eine gesetzliche Forderung, die in einer Reihe von Leistungsgesetzen verbindlich gefordert ist, so im SGB XI (PflVG), SGB V (Krankenpflegegesetz), BSHG, KJHG. Zwar ist dort nicht festgelegt, *wie* QM zu geschehen hat, aber die Durchführung und der Nachweis interner QS-Maßnahmen ist verbindlich und wird überprüft. Für nahezu alle Hilfefelder sind Gewährleistung und Transparenz der Qualität Voraussetzung für die Vergütung von Leistungen. Dem kann sich heute fast keiner mehr entziehen. Für Krankenhäuser ist inzwischen gesetzlich festgelegt, dass sie ihre Qualitätsberichte regelmäßig zu erstellen und zu veröffentlichen haben. Das gilt so für pastorale Dienstleistungen nicht, jedenfalls soweit sie nicht aus Pflegestätten oder durch vergleichbare öffentliche Gelder finanziert werden.

Qualitätskriterien werden – auch das schreibt der Gesetzgeber vor – in Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität unterteilt.

*Strukturqualität* setzt sich z.B. mit dem Bedarf eines Krankenhauses an pastoralen Dienstleistungen auseinander. Unter Strukturqualität werden die notwendigen Rahmenbedingungen definiert, die für eine kundenorientierte, den „Erfordernissen“ angemessene pastorale Arbeit nötig sind – so z.B. die notwendigerweise zur Verfügung stehende Arbeitszeit, die Qualifikation des Pastors / der Pastorin, geeignete Räume, Zeiten, in denen die Patienten /

„Kunden“ nicht gerade therapeutisch behandelt werden oder auf die Visite warten müssen, personale oder materielle Hilfen, Kommunikationsmittel usw.

*Prozessqualität* umfasst die Planung, Strukturierung und den Ablauf der Dienstleistungen, beschreibt damit aber auch die Vernetzungen, Kooperationen und gegenseitige Abhängigkeiten sowie die Art und Intensität der Dokumentation. Wie wird z.B. sichergestellt, wenn ein Patient verbal oder nonverbal nach einem Seelsorger verlangt, dass in einem festgelegten Zeitraum auch tatsächlich ein Seelsorger zu ihm kommt? Wie ist die Arbeit der Seelsorgerin in die Ethikkommission integriert? Was wird nach einem intensivem seelsorgerlichen Gespräch dokumentiert – nur die Tatsache als solche (oder auch die nicht?), ein Stichwort zum Inhalt, eine Beschreibung der Reaktion des Gesprächspartners? Hinweise für die Mitarbeiter/innen, wie sie mit Reaktionen, die ggf. aus dem Seelsorgegespräch resultierenden, umgehen sollen? Wer wirkt bei der Planung kirchlicher Feste für Patienten und Mitarbeiter im Jahreslauf mit? Wie ist die erwachsenpädagogische Gestaltung von Unterricht und Fortbildung, die von der Haustheologin verantwortet wird und wie ist ihre Einbeziehung in das Schulteam geregelt? usw.

Bei der *Ergebnisqualität* geht es um das Resultat, den Zielerreichungsgrad, um die Beschreibung objektiver und subjektiver Faktoren: Wie ist das erreichte Ergebnis zu bewerten, etwa die Zufriedenheit eines Patienten, eines Angehörigen oder eines Teams mit einer pastoralen Dienstleistung. Hier handelt es sich ohne Zweifel um die schwierigste Q-Ebene. Sie zwingt zur Auseinandersetzung mit der Frage, was ich als Pastor/in mit meinen sehr begrenzten Ressourcen und Möglichkeiten erreichen soll, will und kann. Sie zwingt auch eine schwierige theologische Frage auf: „Mit unsrer Macht ist nichts getan, wir sind gar bald verloren...“. Wenn (fast) alles Gnade ist und der Geist weht, wie er will – wie ist dann Ergebnisqualität zu messen? Die Überprüfung der Zielerreichung ist in der sozialen und pflegerischen Arbeit insgesamt schwieriger als im Bereich von Produktion oder Handwerk. Sie stellt sich im Pastoralen Dienst sicher noch einmal mit besonderer Brisanz. Trotzdem sollte sie in weiten Bereichen möglich sein – wenn man bereit ist, „vom Kunden aus“ zu denken. Entscheidend ist allerdings immer, dass das Ziel oder der Zweck klar ist - sonst ist keine Bewertung oder Beurteilung der erbrachten Zielerreichung möglich. Transzendente Ziele allerdings werden sich kaum bewerten lassen – also wenn der Zweck des Gottesdienstes z.B. definiert wird: „Gott dient den Menschen mit der Gabe seines Wortes und Sakramentes“ oder „Die Gemeinde dient Gott mit Lob und Anbetung“. Wohl aber lassen sich *diesseitige* Ziele oder Zwecke definieren und auch messen wie: „Die Gottesdienst-Besucher sollen Kraft und Mut bekommen“, „sie sollen Gemeinschaft erleben“ oder schlicht „gerne wieder in den Gottesdienst kommen wollen“.

Vermutlich verursachen diese Beispiele bei Ihnen ein ungutes Gefühl: Das Wesentliche oder das Eigentliche seelsorgerlicher Arbeit scheint damit nicht erreicht zu werden. Ich möchte Sie aber bitten, einmal nachzudenken, welche positiven oder negativen, welche zufriedenen oder unzufriedenen Kommentare Sie im Alltag zu Ihrer pastoralen Arbeit erhalten. Diese Kommentare liegen wahrscheinlich meistens auch nicht in dem Bereich, den Sie als das „Eigentliche“ oder „Wesentliche“ bezeichnen werden:

- „Es hat mir gut getan“,
- „Das war ein schöner Gottesdienst“,
- „Sie haben mir wirklich Trost gegeben“,
- „Das war ein wichtiger Impuls, den ich nicht vergessen habe“;
- „Es ist gut, dass Sie für mich in diesen schweren Stunden da waren“; oder, kritisch:
- „Es ging über meinen Kopf hinweg“, „Ich hätte gerne länger mit Ihnen gesprochen“,
- „Als wir Sie gebraucht haben, waren Sie nicht da“.

Aus diesen – und anderen - Äußerungen über die pastoralen Angebote werden sich auch Indikatoren oder „kennzeichnende Handlungen“ finden lassen, die so etwas wie Ergebnisqualität abbilden.

Was sind denn nun **Indikatoren oder kennzeichnende Handlungen**?

„Durch Indikatoren wird die Wirklichkeit in untersuchbare Einheiten unterteilt, dabei aber zugleich auch hinsichtlich ihrer Komplexität erheblich reduziert“ (M.Heiner)

- Indikatoren drücken das aus, was an einem beschriebenen Qualitätsmerkmal oder Qualitätskriterium messbar ist.

Beispiel für einen Indikator:

- Qualitätsmerkmal: „Unser pastorales Beratungsangebot ist patientenfreundlich“
- **Indikator:** Äußert ein Patient einen Gesprächswunsch, dann beträgt die Wartezeit in 90% aller Fälle weniger als 2 Tage. Im Not- und Bedarfsfall steht 24 Std. am Tag ein seelsorgerlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung, der binnen 1 Std. vor Ort ist.

Anstelle von Indikatoren sind auch *kennzeichnende Handlungen* zur Beschreibung von Prozess- und Ergebnisqualität möglich.

- *Beispiel: Seelsorge-Geheimnis:* „Wir geben Inhalte seelsorgerlicher Gespräche ohne Zustimmung einer Patientin an andere Personen oder Institutionen grundsätzlich nicht weiter, auch nicht in Stichworten“

Zurück zu der Frage: Warum Qualitätssicherung in der Arbeit von Seelsorgerinnen und Seelsorgern?

Antwort 1: Wer in den oben genannten Qualitätsbereichen nicht vorkommt, ist auf Dauer irgendwann vielleicht gar nicht mehr vorhanden. Wer in der Beschreibung der von einer Einrichtung erbrachten Leistungen nicht erscheint, ist offensichtlich für die Arbeit nicht wirklich wichtig. Wer überzeugt ist, dass pastorale Dienstleistungen mehr als eine Garnierung, mehr als ein Sahnehäubchen sind, kann sich aus der Leistungsbeschreibung nicht herausstellen. Nichtbeteiligung an QM kann bedeuten: Die Infragestellung pastoraler Dienste noch zu unterstützen, die mit der weitgehenden Ökonomisierung des Gesundheitsbereichs verbunden ist, kann bedeuten, sich selbst auf Dauer aus den Kliniken herauszukatapultieren.

Antwort 2: Bin ich als Pastor/in ‚drin‘ im System oder nicht? Verstehe ich meine Arbeit als ein von außen kommendes, zusätzliches Angebot oder als einen integralen Bestandteil der Krankenhausarbeit, der ganzheitlichen Pflege? Habe ich Interesse daran, auf die Gestaltung der Arbeit in der Einrichtung Einfluss zu nehmen – z.B. um ethische Aspekte einzubringen? Wenn ich das will, muss ich mich an der Qualitätsdiskussion beteiligen – und zwar in all' den Bereichen der Qualitätsmatrix, auf die ich Einfluss nehmen kann oder in denen ich mit meinem Angebot vorkommen möchte.

Antwort 3: Möchte ich gerne Dinge tun, an denen auch *Interesse* besteht, die von mir gefragt und erwartet werden oder mich mit Dingen zu beschäftigen, die möglicherweise kaum einen interessieren? Habe ich Interesse daran, dass meine Arbeit *transparent* ist? Möchte ich Rückmeldungen auf meine Arbeit bekommen, die differenziert und hilfreich sind? Möchte ich die Chance haben, meine Arbeit zu evaluieren und systematisch zu verbessern? Möchte ich dazu Anregungen und Hilfen aus den Teams der Kollegen und Mitarbeiter/innen bekommen oder weiter weitgehend Einzelkämpfer sein?

Antwort 4: Möchte ich auf geordnete Weise Klarheit darüber bekommen – im Aushandeln und Festlegen von Leistungsstandards -, welche der vielen potentiellen Anspruchsgruppen im Krankenhaus von mir Leistungen erwarten dürfen und in welchem prozentualen Umfang – und welche eben auch nicht? Oder will ich weiter mit einem schlechten Gewissen herumlaufen, weil ja noch so viel zu tun ist, bis das Reich Gottes auf Erden – und auch in meinem Krankenhaus – errichtet ist und weil ich überwiegend sehe, was ich *nicht* schaffe? Beteiligung an QM kann der Sprung von einer überwiegenden Fremdbestimmung zu einem Mehr an Selbstbestimmung sein – auch wenn das zunächst paradox erscheinen mag!

#### **4. Wie kann QM in den Arbeitsbereichen von Seelsorgern im Krankenhaus aussehen?**

Aussagen zur Qualitätspolitik sind in den meisten Leitbildern oder Unternehmensgrundsätzen zu finden. Ich zitiere einige aus diakonischen Einrichtungen des Gesundheitswesens:

- Wir sehen unsere besondere Verantwortung darin, die Würde unheilbar kranker und sterbender Menschen zu wahren und sie selbst und ihre Angehörigen bei der Bewältigung der ihrer Situation zu unterstützen.
- Wir bieten Raum für die Auseinandersetzung mit Sinnfragen.
- Mit unseren sozialen, pädagogischen, pflegerischen und medizinischen Diensten nehmen wir den diakonischen Auftrag der Kirche wahr.
- Wir achten den Menschen in seiner Individualität und seiner Würde.
- Jeder Mensch erlebt ... Grenz- und Belastungssituationen und ist auf Gemeinschaft angewiesen.
- Unser Zusammenleben kann ohne Toleranz und Solidarität nicht gelingen.
- Unser Ziel ist ein wertschätzendes Miteinander und eine konstruktive Lösung von Konflikten.
- Unsere diakonische Kultur leben wir in der Gestaltung christlicher Tradition und gottesdienstlicher Veranstaltungen. Durch Seelsorge, religiöse Lebensbegleitung und Raum für vielfältige Formen von Spiritualität ist Glaube möglich und erlebbar.
- Nach den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen, für die wir arbeiten, gestalten wir unser Angebot. Gemeinsam mit ihnen schaffen und erhalten wir Lebensräume, in denen sie sich wohl fühlen. Wir begegnen ihnen grundsätzlich freundlich, mit Respekt vor ihrer Eigenständigkeit und Selbstbestimmung und behandeln sie fachlich kompetent.
- Wir verpflichten uns zu einem internen Dienstleistungsverständnis.

Wie kann nun die Mitarbeit bei der Qualitätsentwicklung und –sicherung praktisch aussehen?

##### **3.1 Beteiligung an Teilen des Gesamtprozesses QM**

Als Theologin in einem Krankenhaus arbeiten Sie in einer Einrichtung, in der QM nach einem bestimmten Verfahren eingeführt ist. Da kann es sinnvoll sein, sich in dieses System mit einzubringen und zu schauen, wo sich Zusammenarbeit mit den Kollegen der anderen Disziplinen anbietet und wo eigenständige, von anderen weitgehend unabhängige Angebote bestehen oder entwickelt werden sollen.

Ich möchte versuchen, eine Möglichkeit der Mitarbeit von Theolog/innen an der Entwicklung von QM an einem Beispiel aus den v.Bodelschwingschen Anstalten Bethel zu erläutern.

Im Anhang der Broschüre „QM in Eckardtsheim“ stehen die Qualitäts-Ziele für die Arbeit in der Betheler Teilanstalt Eckardtsheim, überwiegend für die Arbeit mit Menschen mit geistigen Behinderungen. Schon bei oberflächlicher Durchsicht zeigt sich, dass Mitarbeiter/innen des Pastoralen Dienstes mindestens bei 6 der auf die Bewohner/innen und Patient/innen bezogenen 10 Ziele erhebliche Anteile haben können und z.T. ausgesprochene Kernkompetenzen besitzen:

**Ziele der Arbeit:**

1. Schutz der Würde
  - Entfaltung der Persönlichkeit
2. Eigenverantwortung und Partizipation
3. Erwerb / Erhalt / Erweiterung von Kompetenzen
4. Sinnfindung
5. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Ähnliches gilt für die **Qualitätsmatrix**. In vielen der dort genannten Leistungsbereichen können sich MitarbeiterInnen des Pastoralen Dienstes in sehr sinnvoller Weise beteiligen und ihre Kompetenzen einbringen:

**Leistungsbereiche / Hilfearten**

**Unmittelbare Betreuungsleistungen:**

- Betreuung
- Motivation, Angebote
- Unterstützung
- Psychosoziale Hilfen
- Seelsorge

**Mittelbare Betreuungsleistungen:**

- Betreuungsplanung
- Angehörigenarbeit

**Weitere indirekte Leistungen:**

- Konzeptarbeit
- Kooperation
- Gemeinwesenarbeit

An den 6 in Eckardtsheim vorgesehenen *Qualitätsmanagement-Schritten* können sich Theologen gut und sinnvoll beteiligen, gerade auch, weil sie ein Stück weit reflexive Außensicht mit einbringen und damit dem Prozess eine zusätzliche Dimension geben können:

1. Beschreibung der Ist-Situation;
2. Beurteilung der Ist-Situation (hier sind z.B. als Kernkompetenz ethische Kriterien der Beurteilung einzubringen)
3. Planung und Vereinbarung von Verbesserungen
4. Erprobung der vereinbarten Verbesserungen
5. Auswertung der Erprobung
6. Laufende Überprüfung und Sicherung

### **3.2 QM speziell für den eigenen Arbeitsbereich als Krankenhaus-Seelsorger/in**

Vielleicht ist Ihr Arbeitsbereich bisher nicht in das QM-System Ihres Hauses einbezogen. Dann stehen Sie vor der Frage, ob Sie sich so weiterarbeiten möchten wie bisher oder Ihre Arbeit mit Elementen des QM transparenter und überprüfbarer machen möchten. Vielleicht gibt es ja gar keinen Grund, irgendetwas zu ändern. Falls Sie es aber für sinnvoll halten, in ein systematisches QM einzusteigen, gibt es viele Möglichkeiten. Sie werden von Frau Mann und von den Brüdern und Schwestern aus dem Gestaltungsraum X (Recklinghausen, Bottrop-Gladbeck-Dorsten) heute noch Beispiele hören.

Nicht immer ist es sinnvoll, große Handbücher und Ablaufschemata zu entwickeln. Und nicht immer ist es nötig, von außen teure Berater einzukaufen. In den meisten Krankenhäusern gibt es haupt- oder nebenberufliche Qualitätsbeauftragte, die einem bei der Entwicklung des eigenen QM helfen können. Aber oft ist es schon ein guter Anfang, sich mit den ‚5 Fragen des Managements‘ des alten amerikanischen ‚Management-Papstes‘ Peter Drucker auseinanderzusetzen und die gefundenen Antworten zu dokumentieren und zu operationalisieren:

- (1) Was ist unser Geschäft?**
- (2) Wer ist unser Kunde?**
- (3) Was erwartet der Kunde von mir?**
- (4) Was sind unsere Ergebnisse?**
- (5) Was sind unsere Pläne?**

Das sind Fragen, die einen guten Einstieg bieten und nicht in Bürokratismus enden. Sie sind beliebig ausbaubar – z.B. bei der Frage 3 → Kundenbefragungen; bei der Frage 4 → Erhebungen quantitativer Art (Zahl der Gottesdienstbesucher, der Einzelkontakte in der Seelsorge; der Anfragen von Teams; Inanspruchnahme der Bereitschaftsdienst-Seelsorge) oder qualitativer Art (Patientenbefragung; Befragung von Ärzten und Stationsleitungen; positive

Rückmeldungen über die Auswirkungen einer Fortbildung mit praktisch-ethischer Zielsetzung...).

Ich komme zum Ende. „Was nicht zur Tat wird, hat keinen Wert“, hat einer der Väter der Diakonie, Gustav Werner aus Reutlingen, vor 150 Jahren formuliert. Es geht nicht darum, einer Qualitätsmanagement-Mode hinterherzulaufen. Es geht auch nicht darum, einer möglicherweise nicht sinnvollen gesetzlichen Anforderung blind nachzukommen. Es geht darum, zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Situation von Menschen zu kommen, die Hilfe und Unterstützung in existentiellen Krisen, wie Krankenhausaufenthalte sie oft bedeuten. Es geht darum, Menschen Angebote zur Sinndeutung zu geben, sie in Beziehung zu bringen zu der Kraft, zu der Energie, die Hoffnung gibt und dem Leben Perspektive geben kann, in Beziehung zu bringen zu Gott. Es geht darum, einen Beitrag zu leisten zur Sicherung von Menschlichkeit für Patienten und Mitarbeitende in einem System, dass mehr und mehr unter die Gesetze der Ökonomie gezwungen wird.

Ich breche hier ab. Vielleicht ist es mir gelungen, Ihnen einige Informationen und einige Denkanstöße zum Thema „QM im Pastoralen Dienst“ zu geben. Ich glaube, dass die Beteiligung an Maßnahmen der QM Chancen für die Arbeit von Theologinnen und Theologen bietet – aber es ist keine Frage von Heil oder Unheil, keine Frage, die man mit theologischer Grundsätzlichkeit behandeln sollte. Es ist eine praktische und pragmatische Frage – nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Dr. Martin Sauer, Bielefeld  
Jülicher Str. 6 b, 33613 Bielefeld  
Tel. 0521-89.49.142

**Literaturhinweis:**

Sauer, Martin: „Seelsorge mit TÜV-Stempel“- Qualitätssicherung in der theologischen Arbeit in der Diakonie; in: Evangelische Impulse, H. 4 / 1998