

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in Kramer, Anja/Ruddat, Günter/Schirmmacher, Freimut (eds.), *Ambivalenzen der Seelsorge*. It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Morgenthaler, Christoph

Kirche und Gesellschaft

in: Kramer, Anja/Ruddat, Günter/Schirmmacher, Freimut (eds.), *Ambivalenzen der Seelsorge*.

Michael Klessmann zum 65. Geburtstag, pp. 145–158

Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag 2009

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Vandenhoeck & Ruprecht Verlage: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Kramer, Anja/Ruddat, Günter/Schirmmacher, Freimut (Hrsg.), *Ambivalenzen der Seelsorge* erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Morgenthaler, Christoph

Kirche und Gesellschaft

in: Kramer, Anja/Ruddat, Günter/Schirmmacher, Freimut (Hrsg.), *Ambivalenzen der Seelsorge*.

Michael Klessmann zum 65. Geburtstag, S. 145–158

Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag 2009

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy der Vandenhoeck & Ruprecht Verlage publiziert: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Ihr IxTheo-Team

Kirche – Gesellschaft

Christoph Morgenthaler

1. Einleitung

Seelsorge ist ein Kind der christlichen Kirche. Kirche ihrerseits ist seit ihren Anfängen in einen gesellschaftlichen Kontext gestellt. Diese Verortung hat im Verlauf der Geschichte des Christentums radikale Veränderungen erfahren. Immer aber haben christliche Kirchen ihren Auftrag in und für die Welt in ihrer jeweiligen gesellschaftlichen Verfasstheit wahrgenommen.

Mit den beiden Größen Kirche und Gesellschaft sind Koordinaten gesetzt, innerhalb derer sich auch Seelsorge zu positionieren hat. Ich möchte im Folgenden der Frage nachgehen, wie sich dieser doppelte Bezug der Seelsorge auswirkt. Inwiefern ist mit der strukturellen Verortung der Seelsorge in Kirche und Gesellschaft eine Spannung verbunden, die von Seelsorgenden als Ambivalenz erfahren wird? Eine Antwort auf diese Frage hängt mit dem Verständnis von Ambivalenz zusammen, das unterstellt wird, und sie lässt sich nicht anders als anhand konkreter Vollzüge von Seelsorge im heutigen gesellschaftlichen Kontext gewinnen.

2. Strukturell bedingte Ambivalenzen

Seelsorge ist „Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens“¹. Seelsorgende begleiten einzelne Menschen in ihren intrapsychischen Konflikten und Ambivalenzen. Sie begegnen Einzelnen aber auch in ihren ambivalenten Beziehungen zu bedeutungsvollen anderen Menschen. Es kann als bleibender Gewinn der Seelsorgebewegung verstanden werden, dass sie dieses Verständnis von Seelsorge mit Inhalt versehen und methodisch konkretisiert hat, ohne die strukturellen Rahmenbedingungen, in denen sich Seelsorge vollzieht, auszublenden. Vielmehr setzte sich die Erkenntnis durch, dass Seelsorge auch in ihren konkreten, individuellen und zwischenmenschlichen Vollzügen immer von kirchlichen und gesellschaftlichen Strukturen beeinflusst ist.

Wenn nun untersucht werden soll, ob und wie sich der doppelte Bezug auf Kirche und Gesellschaft in der Seelsorge ambivalent auswirkt, ist allerdings ein lediglich individuell angelegtes Verständnis von Ambivalenz nicht hinreichend. Vielmehr müssen wir davon ausgehen, dass Ambivalenz neben ihren intra- und interpersonellen Dimensionen auch eine strukturelle Dimension aufweist.² Ambivalenz wird im Anschluss an Bleuler, der den Begriff anfangs des 20. Jahrhunderts in die Psychiatrie einführte, ja meist als gleichzeitige Anwesenheit von Gedanken, Gefühlen oder Strebungen beschrieben, die sich nicht vereinbaren lassen. „Hass und Liebe können in der nämlichen Brust wohnen, nicht aber zusammen mit der Gleichgültigkeit“³. Diese

¹ Klessmann, Michael (2008): Seelsorge. Ein Lehrbuch, Neukirchen-Vluyn.

² Die folgenden Überlegungen verdanke ich Gesprächen mit Kurt Lüscher und Christoph Müller und der Lektüre zweier Aufsätze, die 2009 (im Rahmen eines Bandes zur Thematik: Ambivalenzen erkennen, aushalten und gestalten. Eine neue interdisziplinäre Perspektive für theologisches und kirchliches Arbeiten, TVZ, Zürich) erscheinen werden: Kurt Lüscher: Ambivalenz, Eine soziologische Annäherung, und: Christoph Müller, Ambivalenzen in Kasualien. Wahrnehmungen und Umgangsweisen bei Taufen, kirchlichen Trauungen und Bestattungen. Ich beziehe mich auf diese Texte mit freundlicher Genehmigung der beiden Autoren.

³ Bleuler, Eugen: Die Ambivalenz: Festgabe zur Einweihung der Neubauten, Universität Zürich (Hrsg.), Zürich

intra- und interpersonell ausgerichtete Deutung von Ambivalenz hat tiefe Spuren in Theorie und Praxis der Psychotherapie, aber auch der Seelsorge hinterlassen. Das Konzept der Ambivalenz wurde in den letzten Jahrzehnten jedoch auch in der Soziologie aufgenommen. Auch hier wird Ambivalenz als menschliche Erfahrung verstanden. Es wird aber angenommen, dass Ambivalenzerfahrungen auch durch Gegensätze bestimmt sein können, die nicht innerpsychisch sondern gesellschaftlich bedingt sind. Soziologische Aufmerksamkeit richtet sich also auf jene sozialstrukturellen Rahmenbedingungen gesellschaftlicher Tätigkeit, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass konfligierende gesellschaftliche Kräfte und Erwartungen in soziale Rollen und Positionen eingeschrieben werden und dadurch zur subjektiven Erfahrung werden. „Sociological ambivalence“ definiert Lüscher (in Weiterführung von Merton, Smelser und anderen) wie folgt: *„Das Konzept der Ambivalenz dient dazu, Erfahrungen zeitweiligen oder dauernden Oszillierens zwischen polaren Gegensätzen zu umschreiben, denen Bedeutung für die Identität und dementsprechend für die Handlungsbefähigung, die sozialen Beziehungen sowie die Gesellschaftlichkeit individueller und kollektiver Akteure zugeschrieben werden kann.“*⁴ Solche strukturell bedingten Ambivalenzerfahrungen wurden beispielsweise im Blick auf Professionen, Geschlechtsrollen oder Generationenbeziehungen untersucht⁵. Ambivalenz ist auch in diesem soziologischen Zusammenhang alles andere als „triviale Unschlüssigkeit“⁶, sondern eine Erfahrung von höchster Relevanz für individuelle und kollektive Akteure. Dieses soziologische Verständnis von Ambivalenz kann – so scheint mir – mit Gewinn auf Seelsorge bezogen werden.

3. Spannungsfelder und strukturbedingte Ambivalenzen in der Krankenhausseelsorge

Damit sich die folgenden Überlegungen nicht in Abstraktionen verlieren, wähle ich die Krankenhausseelsorge zum Gegenstand weiterer Überlegungen. Ich greife damit einen Themenbereich auf, an dem auch Klessmann exemplarisch immer neu angesetzt hat, gerade weil sich an ihm grundlegende Spannungsfelder aufzeigen lassen, in denen sich Seelsorgende in Moderne und Postmoderne bewegen. Klessmann positioniert Krankenhausseelsorge in einem „Zwischen-Raum“, der durch polare Spannungsfelder charakterisiert ist⁷. Seelsorge bewegt sich unter anderem zwischen Alltagsgespräch und Psychotherapie, Patienten/-innen und Mitarbeiter-schaft, Kirche und Krankenhaus.

Ausgangspunkt meiner Überlegungen soll die Krankenhausseelsorge im Zentrumsspital der Stadt sein, in der ich lebe. Es handelt sich bei diesem Krankenhaus – dem „Inselspital“ – um eine hoch spezialisierte medizinische Organisation mit einem Versorgungsauftrag für eine ganze Region (mehr als 6000 Mitarbeitende, jährlich über 220'000 Patienten). In diesem Krankenhaus – 1354 von Anna Seiler, einer Bernburgerin, gestiftet – arbeitet ein ökumenisch zusammengesetztes Team von Seelsorgerinnen und Seelsorgern. Die Seelsorgenden wurden alle von ihren Kirchen für diese Arbeit approbiert, angestellt sind sie hingegen mit Mitteln des

1914, 95–106, hier 99.

⁴ Lüscher, noch ohne Seitenzahl.

⁵ Zur intergenerationellen Ambivalenz vgl. z.B. Lüscher, Kurt/Pillemer, Karl (1998): Intergenerational Ambivalence. A new Approach to the Study of Parent-Child Relations in Later Life, in: Journal of Marriage and the Family 60/1998, 413-425.

⁶ Ebd.

⁷ Beispielsweise in seiner Einleitung zum Handbuch der Krankenhausseelsorge: Klessmann, Michael (1996): Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, in: Klessmann, Michael (Hrsg.): Handbuch der Krankenhaus-seelsorge, Göttingen, 13-27.

Krankenhauses. Die Kirchen beteiligen sich finanziell nicht an dieser Anstellung. Die Auftragsdefinition der Seelsorge erfolgt im Rahmen institutioneller Vorgaben. Dabei hat sich das Konzept der Seelsorge, nach dem gearbeitet wird, innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte von einer konfessionell parallel geführten Versorgungsstruktur mit einem binnenkirchlich-konfessionellen Bezug zu einem ökumenisch und interreligiös offenen Verständnis von Seelsorge verschoben. Geistliche anderer Religionen werden allerdings nur bei Bedarf beigezogen. Lässt sich die Thematik einer strukturellen Ambivalenz von Kirchen- und Gesellschaftsorientierung der Seelsorge an dieser Ausgangskonstellation illustrieren? Ich versuche dies, auch wenn ich im Folgenden lediglich Hypothesen (und keine konsensuell validierten Erkenntnisse) zur Diskussion stellen kann.⁸

Strukturelle Spannungen zeichnen sich in der doppelten Loyalität ab, die mit dem Anstellungsverhältnis der Seelsorgenden innerhalb der Institution Krankenhaus und der kirchlichen Beauftragung gesetzt ist.⁹ Gesellschaft – der eine Pol – wird hier sichtbar im Subsystem Zentrumsspital, das seinen medizinischen Auftrag für die Allgemeinheit erfüllt. Seelsorge ist in der Außenwahrnehmung der Verantwortlichen dieser anstellenden Institution daran zu messen, welchen Beitrag sie zur Erfüllung des Grundauftrags des Krankenhauses leistet, wie sie insbesondere zur Zufriedenheit und Heilung von Patientinnen und Patienten beiträgt. Es werden aber – und dies ist der andere Pol – nur Geistliche jener Kirchen angestellt, die als Landeskirchen öffentlich-rechtlichen Status genießen und im Bereich institutionalisierter Religion eine zentrale Position einnehmen. Die Seelsorgenden tun ihre Arbeit auch in Ausübung eines Amtes, für das sie wissenschaftlich-theologisch ausgebildet und von ihren Kirchen eingesetzt wurden. Auch dies bestimmt in einem gewissen Ausmaß die Außenwahrnehmung der Seelsorge – insbesondere durch Patientinnen und Patienten, aber auch durch die verschiedenen Dienste im Spital. Noch wichtiger ist diese Loyalität aber für die Innenwahrnehmung der Seelsorgenden selbst, die ihre Arbeit auch als Arbeit im Auftrag der Kirche verstehen. Kirche ist damit der zweite strukturelle Anker dieser Seelsorge.

Kennzeichnend ist für diese Situation also eine gewisse Unschärfe in der Auftragsbestimmung: Seelsorge ist in diesem Umfeld gleichzeitig der Gesellschaft und der Kirche verpflichtet. Die Hypothese, die ich im Weiteren verfolge, lautet nun, dass diese spannungsvollen strukturellen Rahmenbedingungen Bedeutung für die Identität, die Handlungsbefähigung, die sozialen Beziehungen und die Teilhabe der Seelsorge am gesellschaftlichen Austausch und an gesellschaftlicher Arbeit innerhalb des Krankenhauses haben und als Ambivalenzen erfahren werden. Solche Ambivalenzerfahrungen lassen sich nicht durch individuelles Bemühen allein bewältigen, sondern brechen in immer wieder neuen Zusammenhängen auf, da sie strukturell bedingt sind

⁸ Wertvoll waren Gespräche mit Seelsorgenden des Teams, insbesondere dem reformierten Co-Leiter der Seelsorge Pfr. Pascal Mösl.

⁹ Diese Konstellation spiegelt die spezifische Regelung des Verhältnisses von Kirchen und Staat im Kanton Bern. Dieses ist zwar grundsätzlich kooperativ ausgestaltet. Das Erstarken des Liberalismus im 19. Jahrhundert hat aber dazu geführt, dass der direkte Einfluss der Kirchen auf gesellschaftliche Institutionen wie die Schule unterbunden wurde. Der Religionsunterricht in den Schulen wird seit jener Zeit von staatlich angestellten Lehrkräften erteilt. Die Anstellungsregelung im Inselspital steht in gewisser Weise in dieser Tradition. Nochmals anders sind die Verhältnisse in Kantonen, in denen Staat und Kirche noch deutlicher getrennt sind als in Bern (etwa Neuenburg oder Genf). Entsprechende Differenzierungsprozesse zwischen Gesellschaft und Kirche sind im englischsprachigen Raum vielerorts bereits wesentlich weiter vorangeschritten. Strukturelle Ambivalenzen, wie sie in diesem Artikel beschrieben werden, liegen also im Trend.

4. Ambivalenzen der professionellen Identität

Wie wirkt sich diese doppelte strukturelle Verankerung auf die professionelle Identität der einzelnen Seelsorgenden aus? Als kirchlich sozialisierte und beauftragte Amtsträgerinnen und -träger vertreten sie im Krankenhaus einerseits die christlichen Konfessionen mit ihren spezifischen Theologien und Formen zwischenmenschlicher Zuwendung. Als Angestellte des Zentrums sehen sie sich aber zudem mit der ausdrücklichen Erwartung konfrontiert, nicht nur für Angehörige ihrer Konfession mit spezifisch christlicher Prägung zur Verfügung zu stehen, sondern in einem weiteren Sinn für Menschen, die im Spital unversehens mit Grundfragen der Lebensdeutung und -orientierung konfrontiert sind. Sie sind also zumindest potenziell auch für Menschen zuständig, die aus der Kirche ausgetreten sind oder gar nie einer Kirche angehörten, aber an spirituellen Fragen in einem weiten Sinn interessiert sind oder in deren Leben mit einer Krankheit existentielle Fragen aufbrechen. An Seelsorgende richtet sich zudem die Erwartung, auch dann – beratend und praktisch – zur Verfügung zu stehen, wenn schwierige Situationen bei der Begleitung von Menschen auftreten, die einer nicht-christlichen Religion angehören.

Dadurch ist eine Grundambivalenz im professionellen Selbstverständnis gesetzt, die sich wie folgt umschreiben lässt: Sollen Seelsorgende sich primär als Vertreter der Kirche verstehen, und sich vor allem an jene Menschen wenden, die ihrer eigenen religiösen Tradition, gar ihrer Konfession angehören und seelsorgliche Zuwendung als Zeichen der Integration in eine auch im Spitalalltag lebendige Gemeinde verstehen können? *Oder/und:* Sollen Seelsorgende sich als von der Institution Beauftragte Professionelle verstehen, die ihren Auftrag primär im Rahmen der medizinischen Institution definieren und Seelsorge an Menschen mit ganz unterschiedlichem religiösem Hintergrund anbieten?

Die Ambivalenz, die zwischen diesen Polen oszilliert, lässt sich nicht in die eine oder andere Richtung auflösen. Gewiss gibt es gute theologische und praktisch-theologische Gründe, die weite Aufgabenbestimmung, wie sie von der Institution erwartet wird, in Frage zu stellen: Kann noch von Seelsorge gesprochen werden, wenn ihr Auftrag in dieser Weise ausgeweitet wird? Lassen sich christlich-theologische Fundamente in der Begegnung mit fremdreligiösen Menschen in Klammer setzen? Es richten sich aber vergleichbare Fragen auch an eine primär christlich-konfessionelle Ausrichtung dieser Seelsorge: Wird hier Seelsorge nicht einseitig an ein formelles Merkmal, nämlich die offizielle Konfessionszugehörigkeit, gebunden? Wer ist bei einem solchen Verständnis von Seelsorge im Krankenhaus zuständig für die Bearbeitung religiöser Fragestellungen, die frei flottieren und für Menschen doch eine grosse Wichtigkeit haben können? Wird das Selbstverständnis der Seelsorge zu sehr auf die eine oder andere Seite verschoben, zeichnen sich zumindest kritische Rückfragen, wenn nicht Sanktionen von kirchlicher oder institutioneller Seite ab. Im einen Fall droht die Seelsorge den Anschluss an die gesellschaftliche Wirklichkeit, wie sie sich im Krankenhaus in exemplarische Weise abzeichnet, zu verlieren, im anderen Fall ein überzeugend in christlicher Botschaft und kirchlichen Traditionen verankertes Profil.

Dies lässt sich zuspitzen. Die doppelte strukturelle Verankerung der Seelsorge zeigt sich verdichtet in Normen und Gegennormen, die in die Rollenerwartungen an die Seelsorgenden eingebaut sind¹⁰, beispielsweise:

¹⁰ In einem klassischen soziologischen Essay beschreibt Merton in ähnlicher Weise „norms and counter-norms“, die zu professionellen Ambivalenzen im Arztberuf führen: Merton, Robert K. (1976): *Sociological Ambivalence and Other Essays*, New York/London, 67ff.

Seelsorgende sollen Leben im Horizont des christlichen Glaubens auslegen können.

Aber: Sie sollen sich auch mit Menschen verständigen können, die genau diesen Horizont ablehnen.

Sie sollen ihren Glauben authentisch verkörpern.

Aber: Sie sollen diesen Glauben in der Begegnung mit fremdreligiösen Menschen auch in Klammer setzen können.

Sie sollen überzeugt sein von ihrem Glauben.

Aber: Sie sollen andere Menschen von ihrem Glauben nicht überzeugen wollen.

Sie sollen sich in die zweckrationalen Abläufe der medizinischen Institution einfügen können.

Aber: Sie sollen sich in diese Abläufe nicht einmischen.

Sie sollen nachweisen können, dass sich ihr spirituelles Handeln auf Gesundheit und Wohlbefinden positiv auswirkt.

Aber: Sie sollen sich auch daran erinnern, dass der Glaube ein unverfügbares Geschenk Gottes ist.

Es ist leicht nachzuvollziehen, dass solche Spannungen in den Rollenerwartungen das Selbstverständnis der Seelsorgenden zutiefst beeinflussen und damit auch ihre Gefühlslagen einfärben. Die Beziehungsgestaltung zu Patientinnen und Patienten findet ebenfalls im aufgezeigten strukturellen Spannungsfeld statt und führt zu entsprechenden Ambivalenzen. Wer soll nun zuerst besucht werden: Die treue Kirchgängerin, die einen Besuch erwartet und zu schätzen weiß, oder der Patient, der vor einer schweren Operation mit unklarem Ausgang steht und in seiner Angst nicht abgeneigt ist, einen Seelsorger an sein Bett zu lassen, auch wenn er doch eigentlich mit Kirche abgeschlossen hat. Und es ist ebenso offensichtlich, dass mit der Bearbeitung dieser strukturellen Ambivalenzen die Teilhabe der Seelsorge am gesellschaftlichen Austausch und der gesellschaftlichen Arbeit im Krankenhaus an zentraler Stelle tangiert ist. Mit der doppelten strukturellen Verankerung der Seelsorge ist ein Grundmuster gesetzt, das sich in Form von Ambivalenzerfahrungen also multizentrisch in den verschiedenen Bereichen der Seelsorge auswirkt. Diese Ambivalenzen oszillieren – nicht zuletzt weil sie nicht aufgelöst, nicht subjektiv befriedet werden können. Sie lassen sich höchstens für kurze Momente auf eine Zeitlinie bringen und sequenzieren – der Onkologiepatient zuerst, dann die treue Kirchgängerin –, sind in der Erfahrung der Seelsorgenden oft aber gleichzeitig da. In den Worten Bleulers: Loyalität zu Kirche und Krankenhaus können je „in der nämlichen Brust wohnen, nicht aber zusammen mit der Gleichgültigkeit“¹¹.

5. Zum Umgang mit strukturellen Ambivalenzen

Seelsorge im Krankenhaus gibt es unter heutigen Bedingungen nur dann, wenn Kirchen und öffentliches Krankenhaus beide deren Existenz in einem weiten Sinn bejahen. Die Grundfrage, die sich in einer so verfassten Krankenhausseelsorge stellt, verlagert sich deshalb. Es ist nicht die Frage, wie die strukturelle Ambivalenz in dieser Seelsorge beseitigt werden kann. Die Frage lautet eher: Wie können die Seelsorgenden selber je einzeln, zusammen als Team, aber auch als Vertreter der Institution Krankenhausseelsorge mit diesen Ambivalenzerfahrungen umgehen?

Auf der subjektiven und interpersonalen Ebene sind alle jene psychischen und systemischen

¹¹ Vgl. Anm. 4.

Bewegungen denkbar (und manchmal auch sichtbar), welche in unterschiedlicher Form der Abwehr dieser Ambivalenzerfahrung dienen:

Negation: Es wird negiert, dass es solche Ambivalenzen gibt. Diese werden zwar als diffuses Unbehagen verspürt, das aber nicht benannt wird, oder es wird schlicht bestritten, dass solche Spannungen inner- oder interpersonell relevant sind.

Identifikation: Die Ambivalenz wird dadurch aufgelöst, dass die bewusste Identifikation mit einem der beiden Pole der strukturellen Ambivalenz gesucht wird und der andere verleugnet oder doch in den Hintergrund gedrängt wird

Aufspaltung: Verarbeitungsprozesse laufen durchaus nicht nur auf der individuellen Ebene an, sondern können auch in einem Seelsorgeteam greifbar werden – beispielsweise in Spannungen zwischen jenen, die eher die Auftragsbindung an die Institution Krankenhaus favorisieren, und jenen, welche die Orientierung an Kirche in den Vordergrund stellen.¹²

Solche Lösungsformen sind mit je spezifischen Schwierigkeiten verbunden: Sie erschweren die Identitätsbestimmung und reduzieren die Handlungsfähigkeit der einzelnen Seelsorgenden aber auch eines Seelsorgeteams. Sie erschweren eine gezielte Außendarstellung in Richtung Kirche, aber auch Krankenhaus, was Seelsorge als sozialen Akteur im öffentlichen Raum des Spitals unsichtbar zu machen droht.

Das lässt danach fragen, wie anders mit solchen strukturellen Ambivalenzen umgegangen werden kann. Folgende drei Aspekte scheinen mir dabei wichtig:

1. Es ist wichtig, dass solche Ambivalenzen als strukturelle Ambivalenzen erkannt werden. Natürlich werden diese Ambivalenzen von den einzelnen Seelsorgenden ganz persönlich erfahren. Aber ein lediglich individueller Umgang mit solchen Ambivalenzen scheitert und führt zur Fixierung problematischer Verantwortlichkeiten auf der individuellen Ebene. Wichtig ist vielmehr, dass die individuelle Erfahrung in ihrer strukturellen Mitbedingtheit erfasst wird.
2. Hilfreich ist zudem eine Wahrnehmungshaltung, die mit den multizentrischen Auswirkungen dieser strukturellen Ambivalenz im Identitätsverständnis, der Beziehungsgestaltung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Austausch und der gesellschaftlichen Arbeit im Krankenhaus rechnet.
3. Der kreative Umgang mit solchen strukturellen Ambivalenzen muss zudem als eine zentrale Herausforderung einer in doppelter Loyalität zu Kirche und Gesellschaft institutionell positionierten Seelsorge verstanden werden.

6. Strukturelle Ambivalenzen gestalten

Die Frage nach einem kreativen Umgang mit strukturellen Ambivalenzen möchte ich in einem nächsten Schritt in den Vordergrund stellen. Sie stellt sich auf unterschiedlichen Ebenen:

¹² Weitere Formen könnten genannt werden: Somatisierung, Verschiebung, Projektion.

1. Die Wahrnehmung von struktureller Ambivalenz – auch eine Frage der Episteme¹³: In welches innere (und äußere) Koordinatennetz werden solche strukturellen Ambivalenzen eigentlich eingezeichnet? Zwei mentale Modelle sollen unterschieden werden: ein polares und ein „polygone“ Muster von Ambivalenzen. Versteht man strukturelle Ambivalenz aufgrund eines polaren Modells, werden Institutions- und Kirchenbezug als eine „win-loose-Situation“ verstanden. Je mehr sich Seelsorge auf ihre kirchlichen Wurzeln bezieht, desto weniger kann sie ihren Institutionsbezug halten; je mehr sie sich auf die Institution Krankenhaus mit ihren Erwartungen einlässt, desto mehr verliert sie ihre christliche Identität. Ambivalenz kann aber auch anders verstanden werden. Graphisch lässt sich dieses polygone Modell wie folgt abbilden:

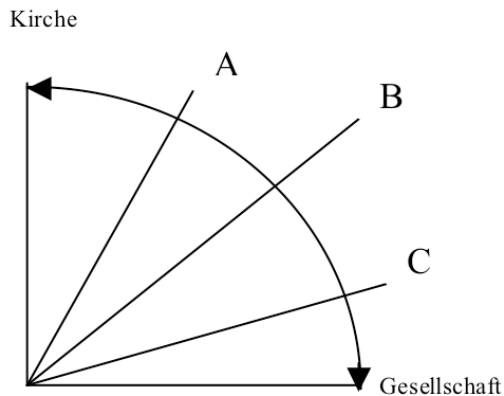


Abb. 1

In diesem Raum können strukturelle Ambivalenzen variabler und präziser verortet werden: In einem Leitbild der Seelsorge können beide Aspekte optimal ausgebaut und stark gemacht (Modell B) oder unterschiedlich je auf den einen oder anderen Pol der strukturellen Ambivalenz hin akzentuiert werden (A und C). Eine solche Darstellungsweise erlaubt es, genauer zu bestimmen, wie strukturell bedingte Ambivalenz in einer bestimmten Institution genau ausgeprägt sind. Im Zentrumsspital, von dem ausgegangen wurde, ließe sich diese strukturelle Ambivalenz wohl in der Nähe von Modell C orten. Auch subjektive Wahrnehmungsvarianten lassen sich so veranschaulichen. So kann in einem Team die Ambivalenz der Arbeitssituation von der einen Fraktion im Sinne vom A, von der anderen im Sinne von C wahrgenommen werden. Aber auch situationsspezifische Variationen dieser Ambivalenz können sichtbar werden: So wird die strukturelle Ambivalenz in der Begegnung mit einer kirchlich sozialisierten Patientin im Sinn des Vektors A, im Gespräch mit einer Vertretung der Spitalleitung aber in Richtung des Vektors C erfahren. Innerhalb dieses Raums von Ambivalenzen lassen sich dann multi-zentrische Ausprägungen der Grundambivalenz auch bearbeiten. Im Modell eingebaut ist folgende Prämisse: Jede kreative Form der Bearbeitung enthält (in je spezifischer Mischung) Anteile der strukturellen Grundambivalenz. Diese können je unterschiedlich ausgestaltet werden.

2. Kreative Bearbeitung der Grundambivalenz auf der konzeptionellen Ebene: Um innerhalb institutioneller Abläufe eines Zentrumsspitals Identität zu gewinnen, handlungsfähig zu bleiben und auch als sozialer Akteur im Krankenhaus anerkannt zu werden, ist konzeptionelle Arbeit unabdingbar. Konzeptionelle Arbeit ist eine der wichtigsten Formen der kreativen Bearbeitung struktureller Ambivalenzen. Vom bisher Gesagten ausgehend müssen beide Pole der

¹³ Hier greife ich Überlegungen auf, die ich vor allem meinem Kollegen Christoph Müller verdanke: vgl. Anm. 1.

strukturellen Ambivalenz in dieser konzeptionellen Arbeit berücksichtigt werden. Aus den unterschiedlichen Vektoren lassen sich drei Interessen ableiten, die Seelsorge in der Öffentlichkeit des Krankenhauses vertritt¹⁴: 1. Das interreligiöse Interesse (Vektor C): Mit Interesse an der Wahrnehmung unterschiedlicher religiöser Phänomene im Spitalalltag fragt Krankenhaus-seelsorge „sorgfältig nach den Wurzeln der Phänomene in den jeweiligen religiösen Kontexten, sowohl bezüglich ihrer Herkunft als auch ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung“¹⁵. Sie ist sich dabei der eigenen Wahrnehmungsperspektive bewusst, die im Dialog mit anderen Wahrnehmungsperspektiven relativiert, vertieft und korrigiert wird und trägt zu einer differenzierten Wahrnehmung dieser multireligiösen (und -areligiösen) gesellschaftlichen Wirklichkeit in der Institution Krankenhaus bei. 2. Das kirchliche Interesse (Vektor A): Seelsorge wird auch als kirchliches Handeln mit seinen spezifischen Formen, Ritualen und Räumen in diesem Umfeld profiliert und professionell gestaltet. Krankenhausseelsorge wirkt also auch an der Verbesserung der Präsenz der Kirche im öffentlichen Raum Spital mit. 3. Ein integratives Interesse (Vektor B): Seelsorge vertritt an diesem Brennpunkt Zentrumsspital aber auch ein übergeordnetes, integratives Interesse, in das gesellschaftliche und kirchliche Erwartungen gleichermaßen einfließen. Sie erhebt ihre Stimme im Diskurs eines Krankenhauses mit ihrer „Option für das friedliche und gerechte Zusammenleben von Menschen verschiedener Kulturen und Religionen“¹⁶. Oszillierende Ambivalenzen können durch diese konzeptionelle Arbeit zwar nicht ausgeschaltet werden. Sie finden aber innerhalb einer breiten Aufgabenbeschreibung einen Raum und eine Form. Die drei Interessen werden nicht gegeneinander ausgespielt, sondern als Ausprägungsformen der Seelsorge (und Bearbeitung struktureller Ambivalenzen) verstanden und gegen außen und innen kommuniziert. Seelsorge gewinnt dadurch als kollektiver Akteur und in ihren einzelnen Vertreterinnen und Vertretern eine „multiple religiöse Identität.“

Multiple religiöse Identitäten werden in den letzten Jahren als gültige Formen eines religiösen Selbstverständnisses auf individueller Ebene vermehrt thematisiert. „Ist religiöse Identität“, so fragen etwa Bernhardt und Schmidt-Leukel¹⁷, „theologisch gesehen, [...] eine denkbare Möglichkeit, eventuell sogar mit zukunftsweisendem Charakter?“¹⁸ Entsteht durch multiple religiöse Identitäten „so etwas wie ein ‚Drittes‘, zumindest aber etwas Neues [...], das theologisch und religionswissenschaftlich bisher nur unzureichend erfasst ist?“¹⁹ Die Frage lässt sich im vorliegenden Zusammenhang auf die Ebene institutioneller Identitäten ausweiten. Könnte es sein, dass Krankenhausseelsorge, die sich den strukturellen Ambivalenzen ihrer Position stellt, ebenfalls Identitäts- und Handlungsformen mit Zukunftskraft andenkt und einübt?

3. Kreative Bearbeitung der Grundambivalenz auf der rituellen Ebene: Strukturell bedingte Ambivalenzen haben Auswirkungen auch in den praktischen Vollzügen der Seelsorge. Dies ließe sich an unterschiedlichen Facetten dieser Praxis zeigen. Im Folgenden dient die rituelle Praxis als Beispiel. Wieder können drei Interessen artikuliert werden, wenn beide Pole der

¹⁴ Ich greife hier Überlegungen auf, die Uta Pohl-Patalong im Blick auf die Schule formuliert hat: Pohl-Patalong, Uta (2003): *Praktische Theologie interreligiös? Die Vielfalt der Religionen als Herausforderung und Chance für praktisch-theologisches Denken*, PrTh 38, 96-108.

¹⁵ Ebd. 107.

¹⁶ Ebd. 108

¹⁷ Bernhardt, Reinhold/Schmidt-Leukel, Perry (Hrsg.) (2008): *Multiple religiöse Identität. Aus verschiedenen religiösen Traditionen schöpfen (Beiträge zu einer Theologie der Religionen)*, Zürich.

¹⁸ ebd. 10

¹⁹ ebd. 11.

strukturellen Ambivalenz einbezogen werden: 1. Rituelle Praxis in der Tradition des Christentums (Vektor A): Zu den Aufgaben der Krankenhausseelsorge gehört es, dafür zu sorgen, dass Rituale aus der Tradition christlicher Kirchen qualifiziert wahrgenommen und gestaltet werden. Die Sensibilität für die Bedeutung solcher Rituale in der Seelsorge hat im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen.²⁰ 2. Im Sinn der oben genannten konzeptionellen Überlegungen geht es in der Krankenhausseelsorge aber auch darum, Räume für die rituellen Gestaltungen anderer Religionen im Krankenhaus wahrzunehmen, zu schützen und zu eröffnen (Vektor C).²¹ 3. Die rituelle Frage lässt sich zudem noch stärker in Richtung des Vektors B profilieren, in den kirchliche und gesellschaftliche Interessen gleichermaßen einfließen. Zum einen kann sich Krankenhausseelsorge als Disziplin verstehen, welche die vielfältigen Formen der Ritualisierung, welche den medizinischen Alltag ausmachen, kritisch in den Blick nimmt. Zugleich kann auch praxisorientiert gefragt werden: Welche entlastenden Rituale brauchen die im Krankenhaus Arbeitenden selbst, um mit Anforderungen ihrer beruflichen Situation klar zu kommen? Aufgabe der Seelsorge könnte es sein, an der Konstruktion heilender Rituale teilzunehmen, die auch auf der institutionellen Ebene angesiedelt sind. Mit einer „universalisierenden“ rituellen Praxis wird ein Feld bestellt, auf dem sich dann auch die spezifischen Riten einer Religion als bedeutungsvoll erweisen.

So schildert Jean-Michel Sordet, wie Pflegende und Ärzte einer gynäkologischen Abteilung, auf der immer wieder auch Abtreibungen durchgeführt werden, in Zusammenarbeit mit der Seelsorge ein festes Ritual durchführen, das ihnen hilft, Sterben und Tod von Patientinnen und ihrer ungeborenen Kinder besser zu verarbeiten.²² Sordet schildert auch die „enjeux“ einer solchen Praxis. Alle Beteiligten müssen von ihren Standpunkten etwas abrücken, damit ein gemeinsames Ritual eine hilfreiche Funktion erfüllen kann: Ärzte und Pflegende geben im Ritual einen Teil ihrer technischen Distanzierung auf und erhalten aus dem Ritual Entlastung und Ermutigung, was auf die Qualität der Pflege zurückwirkt. Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und Religionen müssen auf einen Teil ihrer spezifischen religiösen Traditionen verzichten, um neuen Mut zu erhalten, „puisé communément dans le fonds universel du rite“ (23). Die Seelsorgenden stehen ihrerseits vor der Frage, ob sie auf ihre Deutungshoheit verzichten und als Moderatoren einer Ritualentwicklung amtierend wollen, die sie für sich selbst in einen pneumatologischen Zusammenhang bringen können, ohne dass diese Deutung aber bei anderen auf Zustimmung stoßen muss. Für die Kirchen stellt sich die Frage, ob Riten auch dann einen Wert haben können, wenn sie außerhalb des kirchlichen Terrains stattfinden.

4. Strukturelle Ambivalenz – „heterotopisch“ bearbeitet: Seelsorge beansprucht im institutionellen Alltag Raum. Die konkrete Seelsorgebegegnung geschieht in Räumen und schafft innerhalb dieser Räume ihren spezifischen Raum. Daneben materialisiert sich Religion als Raum mit einer Eigenlogik auch in jenen Räumen, die als Gottesdiensträume institutionell ausgesondert, gestaltet und ins Ensemble eines Krankenhauses integriert werden. Auch hier lassen sich wieder drei Interessen benennen, die Seelsorge vertritt und mit denen die strukturelle Grundambivalenz je unterschiedlich bearbeitet wird: 1. Christlich-kirchliche Räume (Vektor A): Seelsorge gestaltet sorgfältig jene kirchlichen Räume, die ihr innerhalb der Institution zur Verfügung stehen. Gerade in diesen Räumen wird im Gottesdienst exemplarisch sichtbar, dass es

²⁰ Vgl. Eulenberger, Klaus/Friedrichs, Lutz/Wagner-Rau, Ulrike (2007): Gott ins Spiel bringen. Handbuch zum Neuen Evangelischen Pastoral, Gütersloh, S. 174ff.

²¹ Eine eindrückliche seelsorgliche Intervention schildert Weber: Christoph Weber: Plötzlicher Tod eines jungen Mannes aus Sri Lanka: Wie Familie und Landsleute im Krankenhaus um ihn trauern, in: Weiss, Helmut/Feder-schmidt, Karl H./Temme, Klaus (Hrsg.) (2005): Ethik und Praxis des Helfens in verschiedenen Religionen. Anregungen zum interreligiösen Gespräch in Seelsorge und Beratung, Neukirchen-Vluyn, 248-251.

²² Sordet, Jean-Michel: De nouveaux rites pour l'hôpital. Présentation, analyse, enjeux, in: Kaempff, Bernard (publié sous la direction de) (2000): Rites et Ritualités. Acte du congrès de théologie pratique de Strasbourg, Paris, 11-25.

auch innerhalb der Institution Krankenhaus Gemeinde im christlichen Sinn gibt: Eine Gemeinschaft von Menschen vor Gott, welche die hierarchischen Abläufe und Zwänge eines Zentrumsspitals kontrafaktisch durchwirkt. 2. Interreligiöse Räume (Vektor C): Vermehrt artikuliert sich das Bedürfnis, in Großkrankenhäusern „Räume der Stille“ einzurichten, die so gestaltet sind, dass Angehörige verschiedener Religionen in ihnen zur Ruhe finden, sich konzentrieren und im Gebet sammeln oder Rituale durchführen können. Auch bei der Entwicklung solcher Räume kann Spitalseelsorge eine moderierende und mitgestaltende Funktion übernehmen. 3. Das Krankenhaus als Raum der „cura“ (Vektor B): Trotz aller Technisierung ist das moderne Krankenhaus als Gesamtraum Abkömmling des mittelalterlichen Hospizes und Ausdruck einer intensiven Sorge um den Menschen in seiner Zerbrechlichkeit. Seelsorge könnte den Raum des Krankenhauses auch in dieser Hinsicht neu ausleuchten. Krankenhäuser sind die räumliche Ausformungen eines Impulses, der über zweckrationale Begründung des heilenden Handelns zurück auf ur-christliche Gestalten der Hilfe weist. In einem multireligiösen Umfeld können Krankenhäuser vermehrt aber auch als Räume verstanden werden, in denen Grundimpulse eines Ethos des Helfens, das Religionen verbindet, ihre Form finden.²³

Auf dem Areal der „Insel“ stehen zwei Kirchen: die reformierte Inselkapelle und die 1961/62 gebaute Elisabethen-Kapelle. Sie liegen eng beieinander, etwas gegen die Peripherie des Gebäudekomplexes der Insel gelegen. Die Inselkapelle steht für eine 600-jährige Geschichte, in der Gesellschaft und christliche Kirche sich in einem viel weitergehenden Sinn als heute überschneiden. Trotz des damals noch weitgehend homogenen reformierten Umfelds erhielt der Architekt aber bereits 1908 den Auftrag, eine Kapelle zu bauen, die für Menschen beider Konfessionen stimmig ist. Zum reformierten Typus des Versammlungsraums fügte er deshalb einen Chor hinzu – eine frühe Form der Bearbeitung damals noch konfessionell konnotierter struktureller Ambivalenzen der Krankenhaus-seelsorge. Die katholische Kirche steht für eine Entwicklungsphase des Verhältnisses von Kirche und Gesellschaft, die in der Schweiz spätestens nach 1950 zunehmend wichtig wurde: Die bis dahin fast homogenen konfessionellen Subkulturen lösten sich auf. Der Katholizismus erhielt auch in traditionell reformierten Gegenden einen neuen Stellenwert, der sich selbstbewusst im Bereich des Kirchenbaus ausdrückte. Das zeigt sich augenfällig im Neubau der Elisabethenkirche. Konfessionell bedingte Ambivalenzen wurden in jener Zeit in stärker polarer Form bearbeitet. In den 1990er-Jahren wurde dann, wieder als kreative Antwort auf eine weitergehende Pluralisierung, die Einrichtung von interkulturell und interreligiös offenen Räumen der Stille an die Hand genommen, was sich augenfällig im Schriftzug zeigt, mit dem auf diese Räume hingewiesen wird:

Raum der Stille • Espace de recueillement • ஆத்மசாந்தி அறை • Sala de oración y paz • Luogo di silenzio e di preghiera • قاعة الصلاة • Contemplation corner • Dhoma për qetësim • Raum der Stille • Espace de recueillement • ஆத்மசாந்தி

Auch anhand der 2007 erfolgten Renovation der Inselkapelle ließen sich Formen der räumlichen Bearbeitung der strukturellen Grundambivalenz sichtbar machen: Als Zeichen, dass hier christliche Gemeindegottesdienste gefeiert werden, blieben auf der linken Seite des Kirchenschiffs fünf Bankreihen erhalten; die rechte Seite der Kirche wurde aber freigemacht. Ein vorne in der Mitte platzierter Abendmahlstisch verbindet die beiden Seiten. Im offiziellen Faltblatt zur Kapelle wird dies so beschrieben: „Diese Position zwischen den Welten – auf der einen Seite die traditionelle Kirche, auf der anderen der offene Raum für neue Formen der Gemeinschaft – kann auch ein Bild sein für einen Ort, an dem mitten im Inselspital ein Raum zwischen den Zeiten existiert. Ein Ort, wo Aufmerksamkeit, Üben, Ruhe, Ausgelassenheit, Freiheit, inneres Licht sich zeigen können – ein Ort der gut tut.“

Ulrike Wagner-Rau hat plausibel gemacht, dass Räume der Seelsorge in gewisser Weise Merkmale von „Heterotopien“ aufweisen.²⁴ Mit diesem Ausdruck bezeichnet Michel Foucault Zwischen- und Gegenräume in einer primär räumlich geordneten Welt, „Orte jenseits der Orte“²⁵, abgegrenzt von ihrer Umwelt und zugleich durchlässig für sie. Sie beziehen sich auf andere

²³ Vgl. Weiss/Federschmidt/Temme Anm. 15.

²⁴ Z.B. Wagner-Rau, Ulrike: Räume, in: Eulenberger, Klaus/Friedrichs, Lutz/Wagner-Rau, Ulrike (2007): Gott ins Spiel bringen. Handbuch zum Neuen Evangelischen Pastoral, Gütersloh, 15-22, 20f.

²⁵ a.a.O. 21

Platzierungen im Umfeld, „aber so, dass sie alle Beziehungen, die durch sie bezeichnet, in ihnen gespiegelt oder über sie der Reflexion zugänglich gemacht werden, suspendieren, neutralisieren oder in ihr Gegenteil verkehren“²⁶. Seelsorge, so versuchte ich zu zeigen, ist gekennzeichnet durch ihre spezifische Verortung im Spannungsfeld von Kirche und Gesellschaft. Räume der Seelsorge im Krankenhaus sind zum einen innerhalb der örtlichen Koordinaten des Krankenhauses platziert – auf struktureller Ebene aber auch im ideellen Spannungsfeld von kirchlichen und gesellschaftlichen Erwartungen. Solche Räume spiegeln bereits in ihrer Architektur heterotopische Bearbeitungen struktureller Ambivalenzen.²⁷ Und in ihnen wird ein Gott gefeiert, der kirchliche, religiöse und institutionelle Verfestigungen transzendiert und auch die strukturellen Randbedingungen, in denen sich Seelsorge abspielt, suspendiert, neutralisiert und umkehrt.

²⁶ Foucauld, Michel: Von anderen Räumen, in: Dünne, Jörg/Günzel, Stephan (Hrsg.) (2006): Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften (stw 1800), Frankfurt/M., 317-329, hier 320.

²⁷ Sowohl die Räume der Stille wie die renovierte Inselkappelle zeigen jene „Fähigkeit, mehrere reale Räume, mehrere Orte, die eigentlich nicht miteinander verträglich sind, an einem einzigen Ort nebeneinander zu stellen“, die nach Foucauld ebenfalls ein Merkmal von Heterotopien ist (a.a.O. 324).