

Originalia

Isolde Karle*

Chancen und Risiken differenter Systemlogiken im Krankenhaus: Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care

Chances and challenges of different system logics in the hospital: perspectives of a cooperation of pastoral and spiritual care

<https://doi.org/10.1515/spircare-2017-0021>

Vorab online veröffentlicht 17. Oktober 2017

Zusammenfassung: Gegenwärtig steht die Klinikseelsorge vor schwierigen Balanceakten. Will sie sich in Spiritual Care integrieren, wird sie Teil des multiprofessionellen Behandlungsteams im Krankenhaus und ihre konstruktiv irritierende Außenperspektive droht verloren zu gehen. Zugleich bietet sich etablierende Spiritual Care der Seelsorge viele Chancen. Seelsorge muss deshalb ein Interesse an einer Mitgestaltung von Spiritual Care im Krankenhaus haben. Der Beitrag benennt in diesem Sinn die Herausforderungen, Probleme und Chancen einer Kooperation von Spiritual Care und Seelsorge und fragt danach, welche Gesichtspunkte zwischen Dazugehörigkeit und bleibender Fremdheit zu beachten sind, damit Seelsorge weiterhin ihr spezifisch religiöses Potential zum Wohl von kranken und sterbenden Menschen zum Ausdruck bringen kann.

Schlüsselwörter: Spiritual Care, Krankenhauseelsorge, Religiöse Kommunikation

Abstract: Currently healthcare chaplaincy has to deal with difficult balancing acts. On the one hand pastoral care aims to be incorporated into Spiritual Care and thus tries to become part of a multiprofessional treatment team in the hospital. On the other hand this makes it difficult for pastoral care to keep distance to the medical logic and following its own religious logic. It seems to be evident that pastoral care should help shaping the upcoming Spiritual Care in German hospitals. Therefore the following article reflects the challenges and problems of a cooperation of spiritual and pastoral care. It points out which aspects between belonging and otherness should be consi-

dered in order to retain the high potential of religious communication for the well-being of sick and dying people.

Keywords: Spiritual care, pastoral healthcare, religious communication

Gegenwärtig steht die Klinikseelsorge vor schwierigen Balanceakten im „Spannungsfeld zwischen einer naturwissenschaftlich geprägten Medizin, den weitgespannten spirituellen Bedürfnissen und Vorstellungen ihrer Patientinnen und Patienten und dem Wunsch, das eigene christliche Profil nicht zu verlieren“ (Peng-Keller 2012: 91). Wie sind diese schwierigen Balanceakte zu bewältigen und sinnvoll zu gestalten? Welche theologischen Orientierungsmarken braucht eine Seelsorge, um an dem Aufschwung der Spiritual Care teilzunehmen, sie mitzugestalten, Verantwortung zu übernehmen und sich zugleich nicht selbst zu säkularisieren und ihre theologische und religiöse Signatur zu verlieren? Diesen Grundfragen will ich im Folgenden nachgehen. Ich beginne mit einer Erinnerung an die Ursprünge, die zeigt, wie tiefgreifend Krankenseelsorge im christlichen Glauben verwurzelt ist.

1 Der Auftrag der Kirche – ein historischer Streifzug

Für den Kirchenhistoriker Adolf von Harnack war evident, dass das Christentum seine Erfolgsgeschichte vor allem dem Heilungseingagement des frühen Christentums verdankt. Der umsonst heilende Jesus trat mit Asklepius, an dessen Kultstätte ein finanzieller Heildank zu erbringen war, erfolgreich in Konkurrenz (Harnack 1892). Die Charismen der Heilung wurden in der Nachfolge Jesu in den

*Korrespondenzautorin: Isolde Karle, Bochum,
E-Mail: Isolde.Karle@rub.de

Hausgemeinden geübt. Das Christentum verstand sich als Religion der Heilung, als die Medizin der Seele und des Leibes und sah in der tatkräftigen Sorge für die leiblich Kranken eine ihrer wichtigsten Pflichten. Vor allem bei den großen Volkskrankheiten und Seuchen im 2. und 3. Jahrhundert war das aufopferungsvolle Engagement der Christen für die an Pest Erkrankten augenfällig und besonders. Gerade in dieser Zeit gab es eine große Sehnsucht nach Heilung. In diese „heilungssüchtige Welt“ des 2. und 3. Jahrhunderts, wie Harnack formuliert, trat die christliche Predigt ein: „Dass sie Heilung versprach und brachte, dass sie in dieser Eigenschaft alle anderen Religionen und Culte überstrahlte, das hat ihren Sieg bereits begründet, bevor sie ihn durch eine überlegene Philosophie vollends gewann“ (Harnack 1892: 96).

Das Christentum berief sich in seinem Engagement für die Kranken auf Jesus, den Heiland, der die Armen und Kranken zu sich ruft und sich ihrer erbarmt. Diese Orientierung an Krankheit verstand sich keineswegs von selbst. Denn „[i]n der Welt, welcher die Apostel die neue Botschaft verkündigten, war die Religion ursprünglich nicht für die Kranken da, sondern für die Gesunden“ (Harnack 1892: 92). Das Christentum nimmt hier eine Umwertung vor und ruft die Sünder, die Kranken, die Unglücklichen zu sich. Seit jeher gehört es deshalb zum christlichen Ethos und Selbstverständnis, Barmherzigkeit an Kranken zu üben, Kranke zu besuchen und sie möglichst human und kompetent zu pflegen. Die kirchlichen Träger der gegenwärtigen Krankenhaus- und Hospizarbeit leiten bis heute ihr Engagement vom Auftrag Christi her: „Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (Mt 25,36). Christus selbst identifiziert sich im Weltgerichtsgleichnis mit den Kranken. Sowohl Ärzte als auch Seelsorgende begegnen mithin Christus, wenn sie Kranke aufsuchen und ihnen helfen – und zwar ganz unabhängig von ihrem eigenen Glauben. Harnack formuliert mit dem ihm eigenen Pathos: „Das Christentum ist medicinische Religion: das ist seine Stärke, in manchen Ausgestaltungen auch seine Schwäche. Es wird bleiben, solange sich Menschen krank und elend fühlen“ (Harnack 1892: 96).

Heil und Heilung sind nach christlichem Verständnis demnach eng miteinander gekoppelt und nicht losgelöst voneinander zu betrachten. Der christliche Glaube distanziert sich nicht vom Leid, das körperliche Krankheit mit sich bringt. Das Reich Gottes realisiert sich nicht nur als rein geistige Botschaft, sondern auch als leiblich-konkrete Erfahrung. Durch das im Menschen Jesus Fleisch gewordene Wort Gottes wird Leiblichkeit im Christentum ernst genommen. Leiblichkeit ist nicht nur äußere Hülle für das wesentlich Geistige. Deshalb hat Jesus nicht nur Sünden vergeben, sondern auch Kranke geheilt und mit

seinen Heilungen das Reich Gottes leiblich erfahrbar gemacht.

Der enge Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit bzw. Krankheit ist bis heute die Basis für das diakonische und seelsorgliche Handeln der Kirche und hat die Ausdifferenzierung und damit die Effektivität des Medizinsystems im 19. Jahrhunderts zugleich mit motiviert und gefördert. Es ging in erster Linie darum, Menschen, die leiden, wirksam zu helfen und das war mit der naturwissenschaftlich sich entwickelnden Medizin in vorher nicht gekanntem Maß möglich. Es kam zu einer Differenzierung von medizinischen und religiösen Leitperspektiven. Die damit einhergehende Spezialisierung ist bis heute in vieler Hinsicht ein Segen und von enormer Effektivität im medizinischen Bereich. Dass sie auch Schattenseiten hat, liegt mittlerweile ebenso auf der Hand.

Die Krankenhausesorge war für die Kirche die Möglichkeit schlechthin, auch nach der neuzeitlich-wissenschaftlichen Emanzipierung der Medizin von der Religion in Krankenhäusern präsent zu bleiben und damit Kranken in seelischer Hinsicht beizustehen, sie zu besuchen, wie Jesus es aufgetragen hatte, und sie nicht sich selbst zu überlassen. Eine professionelle Fachseelsorge wurde dabei nicht zuletzt deshalb notwendig, weil durch die Ausdifferenzierung von Medizin und Religion eine seelsorgliche Begleitung durch das Krankenhauspersonal nicht mehr sichergestellt werden konnte – sie war nicht auszuschließen, aber keinesfalls sicher erwartbar. Die Kirche hat mit einer Ausweitung und Professionalisierung ihrer Klinikpfarrstellen in kirchlichen wie nicht-kirchlichen Krankenhäusern darauf reagiert. Sie tat dies nicht in dem Bewusstsein, mit Religion eine Alternative zur Medizin herstellen oder mit Gebeten und Kerzen statt mit Medikamenten Heilungen herbeiführen zu können. Vielmehr ging es darum, Menschen in existentieller Not seelsorglich beizustehen, ihnen Kommunikationsangebote zu eröffnen, sie zu begleiten, mit ihnen zu schweigen, ggf. für sie und mit ihnen zu beten, Gottesdienst zu feiern oder auch ihre Erfahrungen religiös zu deuten. Die Krankenhausesorge sah und sieht sich insofern nicht als Konkurrenz zum Gesundheitssystem, sondern vertritt eine eigene Leitperspektive, die nicht primär über Handlungen und Entscheidungen wie im Medizinsystem läuft, sondern über Präsenz und Begleitung.

Nun sind in den letzten Jahrzehnten insbesondere in der Palliativmedizin Selbstkorrekturen im Gesundheitssystem zu beobachten, die die strenge Aufteilung von Gesundheit und Religion, von Leib und Seele in Frage stellen. Signifikante Teile der Ärzteschaft erkennen inzwischen, dass die hoch getriebene Differenzierung des Medizinsystems und die manchmal eindimensionale und in-

strumentelle Herangehensweise an Krankheiten eigene Blindheiten erzeugen können, die dem Wohlergehen ihrer Patienten abträglich sind bzw. sein können, vor allem im Kontext von schwerer Krankheit und Sterben. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, dass das Konzept von Spiritual Care die spirituelle Dimension im Erleben von Krankheit vor allem in der Palliativmedizin eigens zu berücksichtigen und innerhalb des Gesundheitswesens zu verwurzeln sucht. Es geht bei schwerer Krankheit nicht nur um den Körper, sondern auch um Geist und Seele, um Wertvorstellungen, Hoffnungen, Gefühle, um Vorstellungen vom Leben und vom Sterben. Ich will im Folgenden das Konzept von Spiritual Care, wie es gegenwärtig diskutiert wird, skizzieren, um dann danach zu fragen, wie sich eine theologisch fundierte Seelsorge darin verorten bzw. sich dazu verhalten kann.

2 Spiritual Care und Seelsorge: Differente Systemlogiken an einem Ort

2.1 Spiritual Care als gemeinsame Sorge um den kranken Menschen

Bei Spiritual Care geht es um eine gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Die Sorge um die Seele soll demnach nicht länger nur Seelsorgerinnen und Seelsorgern überlassen und an sie delegiert, sondern als eine *Grunddimension innerhalb des Medizinsystems* selbst berücksichtigt und dementsprechend auch von Ärztinnen, Ärzten und dem Pflegepersonal ausgeübt werden. Spiritual Care erfolgt aus dem Gesundheitswesen heraus und hat das Ziel, die Lebensqualität insbesondere von Schwerkranken und Sterbenden zu verbessern (Roser 2015). Das Medizinsystem erkennt damit an, dass es nicht nur eine verobjektivierbare und naturwissenschaftlich messbare körperliche Dimension des Leidens gibt, sondern auch eine weniger greifbare seelisch-geistige, insbesondere in der Palliativmedizin, die nicht mehr auf kurative Behandlung setzt, sondern im Wesentlichen darauf fokussiert ist, den Prozess des Sterbens mit Schmerztherapie und anspruchsvoller Pflege möglichst human und würdevoll zu gestalten.

Einen großen Vorteil von Spiritual Care sehe ich darin, dass es zu einer Kooperation im Gesundheitssystem kommt, dass Seelsorge nicht mehr als gegebenenfalls verzichtbar betrachtet wird, sondern dass Seelsorgerinnen und Seelsorger Teil des multiprofessionellen Teams werden und damit eine ganz andere Reichweite der seelsorgerlichen Versorgung erreicht werden kann als ohne eine

solche Einbindung. Traugott Roser weist darauf hin, dass eine empirische Untersuchung in der Universitätsklinik in Großhadern zu dem Ergebnis kam, dass dort in drei Jahren 71 % aller Rufe nach Seelsorge von Behandelnden initiiert worden sind. Vor allem beim Sterben werden Seelsorger gerufen (Roser 2015). Roser führt ferner aus, dass Seelsorgende, die in der Klinik zu Ethikberatungsteams oder multiprofessionellen Team gehören, sehr viel häufiger mit schwierigen Situationen am Lebensende konfrontiert werden als diejenigen, die ganz unabhängig vom Behandlungsteam tätig sind. Gehören Seelsorgerinnen und Seelsorger in irgendeiner organisierten Weise zum Team des Krankenhauses, ist es deutlich einfacher zu kooperieren, Informationen auszutauschen und damit eine für viele Patienten und Patientinnen wichtige seelsorgliche Begleitung, vor allem am Lebensende, sicherzustellen.

Der Spiritualitätsbegriff, der Spiritual Care von medizinischer Seite aus zu Grunde liegt, kann kein spezifisch christlicher sein. Er muss in einer pluralistischen Gesellschaft möglichst neutral und unbestimmt gefasst werden, um der Pluralität von Religionen und Weltanschauungen Rechnung zu tragen. Deshalb prägen vielfältige und teilweise auch gegensätzliche Strömungen das spirituelle Feld. Spiritual Care steht gewissermaßen als „Dach“ über diesen verschiedenen Formen und Strömungen und soll „kommunikative und symbolische Räume eröffnen, in denen Menschen, die mit Krankheit und Tod konfrontiert sind, sich artikulieren und in Berührung mit dem Geheimnis ihres Lebens kommen können“ (Peng-Keller 2014: 45).

Dass der Begriff der Spiritualität, der Spiritual Care zu Grunde liegt, so unbestimmt und vieldeutig ist, ist dabei Chance und Problem zugleich. Vom Gesundheitssystem aus gedacht, kann Spiritual Care als vieldeutiger „Breitbandbegriff“ (Frick 2012) gelesen werden. „Spiritual Care arbeitet [deshalb] nicht mit bestimmten Inhalten, sondern mit dem breiten Konzept von Spiritualität, das verschiedene religiöse Zugehörigkeiten ebenso umfasst wie existenzielle, weltanschauliche und atheistische Sinnentwürfe“ (Frick 2012: 69). Die Seelsorge wiederum liest das Spirituelle von „Spiritual Care“, von ihrem eigenen religiösen Bezugsrahmen und Selbstverständnis her und damit nicht unabhängig von Inhalten (Hauschildt 2013). Es erscheint mir elementar, die damit genannte *Differenz der Systemlogiken* anzuerkennen, um beiden Seiten – sowohl den Interessen des Gesundheitssystems als auch des Religionssystems bzw. der Kirchen – gerecht werden zu können. Die Differenz der Perspektiven wird dabei nicht konfliktfrei aufeinander bezogen werden können, aber aus meiner Sicht ist es zunächst einmal grundlegend, dass beide Seiten diese Differenz anerkennen und *auf dieser Basis* konkrete Aushandlungsprozesse einer gemeinsamen Koope-

ration in multiprofessionellen Teams vornehmen und ausloten.

Seelsorge und Spiritual Care sind insofern keine austauschbaren Begriffe und Phänomene. Man sollte sich auch nicht der Hoffnung hingeben, sich langfristig auf eine allen gemeinsame Perspektive einigen zu können. Das ist weder möglich noch wünschenswert. Ich kann es deshalb auch nur bedingt nachvollziehen, wenn in der Literatur immer wieder problematisiert wird, dass Krankenhäuser mit dem Serviceangebot Spiritual Care Werbung machen und dieses ökonomisch „ausnutzen“. Es ist das Recht und die Verantwortung des Krankenhauses, genau so zu agieren. Das heißt aber keineswegs, dass sich *Spiritual Care Giver* oder Seelsorgerinnen und Seelsorger der Kirche diese Logik der Optimierung des medizinischen Angebots zu eigen machen müssten oder sollten. Sie lesen dasselbe Ereignis anders, nämlich religiös-spirituell und nicht ökonomisch, und werden deshalb darauf beharren, dass eine spirituelle Sorge um die Seele nicht wie ein Medikament verschrieben werden kann und sich schon gar nicht der Kostensenkung verpflichtet weiß, sondern dass sich Spiritual Care in unverfügbaren Momenten ereignet und von kirchlicher Seite aus primär dem Auftrag Jesu verpflichtet ist und nicht dem des Krankenhauses. Das alles schließt keineswegs aus, dass Spiritual Care auch dem Krankenhaus dient, am Ende die Kosten senkt und irgendwie abgerechnet werden muss, aber dies ist dann wiederum die Lesart der Klinik und für die Seelsorge nur eine sekundäre „Nebenwirkung“, die nicht eigens beabsichtigt oder zur Lektorientierung ihrer eigenen Arbeit werden kann. Ich will diese *Differenz der Perspektiven* an ein paar weiteren Punkten darstellen, die zugleich das eigentümliche Profil christlicher Seelsorge deutlich machen.

2.2 Weltanschaulich neutrale Spiritual Care?

Der Begriff Spiritualität ist bei näherem Hinsehen in der Spiritual Care-Debatte nicht so unbestimmt wie dies zunächst erscheinen mag. So wird zwar gefordert, dass Spiritualität weltanschaulich neutral sein solle, doch ist die Frage, ob dies tatsächlich zutrifft. Zunächst ist die Frage zu stellen, ob es so etwas wie weltanschaulich neutrales Spiritual Care überhaupt geben kann. Faktisch lebt jeder *Spiritual Care Giver* mit einer impliziten oder expliziten Anthropologie, mit gewissen Grundannahmen und Plausibilitäten im Hinblick auf eine religiös oder nicht-religiös getönte Spiritualität. „Neutralität ist keine Option. Unsere Weltanschauungen fließen – so oder so – in unser Handeln ein. Professionelle Beziehungsarbeit kommt ohne

reflektierte Grundannahmen über den Menschen, Gott und die Welt und eine Reflexion der humanen existentiellen Ausgangssituation nicht aus“ (Nauer 2015: 98). Werden unsere Vorannahmen unter dem Deckmantel vermeintlicher Neutralität nicht reflektiert, ist die Manipulationsgefahr gewiss höher als bei einer kirchlichen Krankenhausseelsorge, die von vornherein durch ihre Herkunft, ihre Geschichte, ihre wissenschaftliche Ausbildung und die entsendende Religionsgemeinschaft mit einer reflektierten Identität und Position den Raum betritt.

Für eine Schwäche bei der derzeitigen Diskussion um Spiritualität halte ich es deshalb, dass Spiritualität in der Regel sehr individualistisch aufgefasst wird (z. B. Roser 2009). Spiritualität hat immer etwas mit religiösen, esoterischen, im Moment oft auch kirchenfeindlichen Semantiken und Strömungen zu tun, die gesellschaftlich plausibel und anschlussfähig sind. Sie werden nicht einfach in den Tiefen des Individuums gefunden. Emmanuel Lartey legt deshalb in seiner Konzeption von Spiritual Care großen Wert darauf, die unterschiedlichen Erwartungshorizonte, die sich durch Kultur, Geschichte, Religion, Geschlecht ergeben, in der Seelsorge wahrzunehmen und mit zu berücksichtigen.¹

Überdies tendiert der Begriff Spiritualität dazu, in Abgrenzung zur Religion verstanden zu werden, insbesondere zu gemeinschaftlichen und kirchlichen Formen von Religiosität (Roser 2009). Ein gewisser *antikirchlicher Affekt* von Spiritual Care ist insofern nicht zu verkennen. Man fühlt sich der kirchlichen Seelsorge überlegen, weil diese positionell und im Übrigen einer autoritären Zwangsinstitution verpflichtet ist, während Spiritual Care viel breiter aufgestellt und ausschließlich am Individuum und seinem Well-being orientiert ist (Nauer 2015). Außerdem ist es für die Klinik einfacher, einen *Spiritual Care Giver* einzustellen, der vermeintlich für jede Art von spirituellem Bedarf eingesetzt werden kann, als viele verschiedene Seelsorgerinnen und Seelsorger, die religiös und konfessionell

¹ Emmanuel Lartey kritisiert an der westlichen Pastoralpsychologie, dass sie zu sehr das Persönliche und Individuelle betone. Manchmal sei es gerade die überindividuelle Erfahrung von sozialer Machtlosigkeit, die sich innerpsychisch auswirke. Lartey geht es darum, beide Perspektiven zu würdigen – die persönliche und die politische –, um Einseitigkeiten zu vermeiden. „Both need to be present empathically in the experience of those who suffer“ (Lartey 2003: 124). Interkulturalität in Seelsorge und Spiritual Care bedeutet deshalb, drei Sphären, die sich überschneiden können, zu berücksichtigen: „What of the universal experience of humanity is to be found here? What is culturally determined about this way of thinking, feeling or behaving? What in this experience can be said to be uniquely attributable to this particular person?“ (Lartey 2003: 36).

differenziert und damit primär für eine bestimmte Zielgruppe zuständig sind.

Dass das Bild von Kirche medial weithin ein Zerrbild ist, sei hier nur kurz erwähnt und soll nicht weiter ausgeführt werden. Wichtiger ist der Hinweis, dass Seelsorgende zwar selbst eine christlich reflektierte Identität haben, aber deshalb keinesfalls nur im Hinblick auf Christen seelsorgerlich sprachfähig sind. Seelsorgerinnen und Seelsorger haben die Kompetenz, sich auf *Pluralität* einzustellen und dabei möglichst empathisch und wertschätzend zu agieren, durch ein langes Studium und in der Regel auch durch Zusatzausbildungen erworben. Deshalb wird heute in der wissenschaftlichen Ausbildung auch sehr viel Wert auf *interkulturelle und interreligiöse Kompetenz* gelegt (Haker et al. 2014). Längst ist es für die Klinikseelsorge selbstverständlich, dass sie sich auf den Horizont derjenigen einstellt, denen sie in der Klinik begegnet, ob ein Patient nun religiös ist oder nicht, ob er sich selbst als spirituell versteht oder nicht, ob er christlich oder muslimisch ist oder weder von Religion noch von Spiritualität etwas hält. Es ist Teil der spirituellen oder auch seelsorglichen *Diakonie*, sich allen „Nächsten“ unabhängig von Religion oder Weltanschauung zuzuwenden. Es ist ein großer Gewinn, die diakonische Seite von Seelsorge in diesem Zusammenhang wiederzuentdecken. Gestaltet Seelsorge Spiritual Care mit, wird „die Zugehörigkeit der Seelsorge zur Diakonie [...] wieder deutlicher sichtbar, Seelsorge ist nach außen und nach innen erkennbar Bestandteil der Kommunikation des Evangeliums im Modus des Helfens“ (Roser 2015: 273, ähnlich auch Peng-Keller 2012 und Weiher 2014).

Aus der Forderung, dass Spiritual Care als organisatorisches Dach spiritueller Sorge in der Klinik weltanschaulich neutral sein soll, kann mithin nicht gefolgert werden, dass diejenigen, die explizit nicht weltanschaulich neutral sind, sich nicht auf die Pluralität der Religionen und Weltansichten derjenigen einstellen könnten, denen sie in der Klinik begegnen. Die Frage ist allerdings, ob es für die „andere Seite“, den betroffenen Patienten, immer befriedigend ist, wenn gewissermaßen der falsche Religionsvertreter kommt. Bei frommen Muslimen oder auch einer ausgeprägt konfessionellen katholischen Identität sind die Grenzen der Möglichkeiten einer evangelischen Seelsorge realistisch wahrzunehmen. Es ist deshalb sinnvoll und hilfreich, wenn unterschiedliche Religionen und Konfessionen im Team von Spiritual Care zusammenarbeiten.

Noch ein weiterer Gesichtspunkt ist hier zu nennen. Seelsorgerinnen und Seelsorger unterscheiden sich von *Spiritual Care Givern* auch darin, dass sie als Personen mit einem klar erkennbaren Hintergrund eine bestimmte Religion, eine bestimmte Tradition und eine konkrete Sozial-

gemeinschaft repräsentieren und diese dann auch bei ihrem Gegenüber wachrufen. Dadurch wird vielfach erst der *Resonanzraum* eröffnet, in dem spirituelle Äußerungen des Gegenübers „zum Klingen gebracht werden bzw. zum Tragen kommen“ (Nauer 2015: 79). Hinzu kommt, dass die Pfarrerin über die notwendigen *hermeneutischen und pastoralpsychologischen Spezialkompetenzen* verfügt, um ein spirituelles Bedürfnis nicht nur wahrzunehmen, sondern auch biografisch zu erschließen, religiös zu deuten und in einen weiteren Horizont zu stellen.

Auch hier ist die Sozialität der Seelsorgeinteraktion stärker zu gewichten, als dies in der Spiritual Care-Diskussion weithin geschieht. Es ist nicht gleichgültig, wer sich aus dem Krankenhausteam dem Sterbenden empathisch zuwendet. Wir sind in der funktional differenzierten Gesellschaft stark durch unterschiedliche Rollenerwartungen geprägt, deshalb hat der Sterbende an den Arzt in der Regel andere Erwartungen als an die Pfarrerin. Eine Rollenvermischung kann den Kranken sogar verwirren – mit wem hat er es jetzt zu tun, mit seinem Arzt oder seinem Seelsorger? Erving Goffman gewichtet die Eigendynamik einer sozialen Situation und Interaktion deshalb stärker als die innerpsychischen Motive der an ihr beteiligten Individuen. Die soziale Interaktion verschafft sich ihre eigene Plausibilität und folgt eigenen, relativ strengen Gesetzen, die in hohem Maße strukturieren, was in einer Kommunikation möglich ist und was nicht. Goffman bringt dieses Charakteristikum von Interaktionen treffend auf den Punkt: „Es geht hier also nicht um Menschen und ihre Situationen, sondern eher um Situationen und ihre Menschen“ (Goffman 1986: 9). Dementsprechend wird ein Gespräch verschieden verlaufen, je nachdem, wer in welcher Rolle an der sozialen Situation partizipiert und als Gegenüber des Kranken oder Sterbenden auftritt (Karle 2010). Das bedeutet zugleich, dass Seelsorge selbst dann als religiöse Kommunikation wahrgenommen wird, wenn überhaupt keine religiösen Themen bearbeitet werden, weil allein schon der Religionsvertreter dem Gespräch eine religiöse Rahmung gibt.

Der Anspruch, offen für alle zu sein, führt tendenziell zu einer *entkonfessionalisierten Praxis des Spirituellen*, obwohl das, wie dargestellt, keineswegs der Fall sein müsste. Diese Tendenz ist selbst in Krankenhäusern und Hospizen in kirchlicher Trägerschaft zu beobachten (Nauer 2015). Und das ist ein Verlust, weil damit Religion entkonkretisiert, entleert und abstrakt wird und die religiöse Sprachfähigkeit verkümmert.

Traugott Roser (2013) sieht in der Entkonkretisierung der Religion auch Chancen – es gehe primär um die Funktion der Religion als „Glaubenskraft“, nicht um Inhalte. Die Religionssoziologie hat sich an der Unterscheidung

eines substantiellen versus funktionalen Religionsbegriffs in den letzten Jahrzehnten intensiv abgearbeitet. Dabei hat sich gezeigt, dass es letztlich nicht möglich ist, einen funktionalen Religionsbegriff völlig unabhängig von Inhalten und konkreten Praxisformen zu entwickeln. Religion ist nur als religiöse Kommunikation beobachtbar, nicht als etwas, was primär auf der Innenseite von Personen zu verorten wäre, auch wenn die religiöse Praxis und Kommunikation dort Spuren (der Erfahrung, des Denkens und Fühlens) hinterlässt. In der funktional differenzierten Gesellschaft entwickelt jedes System seine eigene Systemrationalität. Religion hat es dabei stets mit der kategorialen *Differenz von Immanenz und Transzendenz* zu tun. Das Transzendente ist als das Abwesende im Anwesenden nicht wirklich sagbar und muss doch mit immanenten Mitteln bezeichnet werden. Deshalb dominiert in der religiösen Sprache die Metapher, das Symbol, das Gleichnis, die Zeichenhandlung.

Wird Religion als religiöse Kommunikation verstanden, richtet sich der Blick primär auf die sichtbare, kontingent gegebene Religion, die kulturell und historisch Gestalt gewonnen hat. Wird Religion hingegen abstrakt und privatisiert verstanden, wird sie *entkörperlicht und entsinnlicht, formalisiert und schematisiert* und ist sie zugleich höchst anfällig für wechselnde Moden. Aus diesem Grund hat sich Friedrich Schleiermacher in seinen Reden über die Religion auch scharf von einer „natürlichen“ Religion abgegrenzt, die unbestimmt, dünn und vage bleibt und dem Individuum letztlich nicht die Möglichkeit gibt, sich selbst zu transzendieren. Die kontingent und konkret gegebene Religion hat für Schleiermacher umgekehrt starke Züge und eine *markante Physiognomie* (Schleiermacher 1984). Eine solche Religion kann man kennenlernen, sie hat Ecken und Kanten, mit ihr kann man sich auseinandersetzen, sie verbleibt nicht im abstrakt-diffusen Bedeutungsnebel, zu ihr kann man auch nein sagen.

Religion braucht besondere Orte und Zeiten und eine anregende Atmosphäre und Kommunikation, um gedeihen zu können. Heute wird man den Rändern der Religion, in denen Religion nur in homöopathischen Dosen auftritt, dabei gewiss mehr Aufmerksamkeit schenken. Es wäre aber fatal, wenn die Religionsvertreter sich selbst nur noch mit einer „dünnen“ und abstrakten (vielleicht noch etwas esoterisch angereicherten) Religion begnügen und dementsprechend auch in der Begegnung mit Kranken und Sterbenden auf konkrete und sinnliche Formen der Religion und eine reiche, reflektierte Tradition verzichteten. Übrig bliebe „dann allenfalls ein fleischloses Gerippe“ (Krech 2003: 17), dem das Wesentliche verloren ging.

Individuen sind in der Regel mit bestimmten Formen von Religion und Spiritualität im Laufe ihres Lebens in Kontakt gekommen und keine religiös unbeschriebenen Blätter. Menschen müssen deshalb auch die Möglichkeit haben, nicht nur wahrgenommen und verstanden zu werden, sondern „beim Gegenüber auch auf aktive religiöse Deutungs- und Handlungsangebote begründet hoffen zu können“ (Hauschildt 2013: 7). Das seelsorgliche Gegenüber wird insofern nicht nur als Experte in Anspruch genommen, sondern auch „als eine Person, die selbst religiös kommuniziert. Ob das Gegenüber Informantin über Religion oder Partizipantin [an] [...] Religion ist, macht demnach einen beträchtlichen Unterschied aus. Die funktionale Abdeckung von Religion durch allgemeines Spiritual Care entspringt also den vorrangigen Interessen des Gesundheitssystems, aber damit noch nicht unbedingt denen der Individuen. Dabei haben Menschen ein Grundrecht auf freie Religionsausübung, und dazu gehört auch das Recht, Zugang zu religiösen Personen und Traditionskontexten zu haben“ (Hauschildt 2013: 7).

2.3 Grenzen von Spiritual Care

Die Sehnsucht nach Spiritualität ist in der Regel mit einer Sehnsucht nach *Ganzheitlichkeit* gekoppelt. In vieler Hinsicht reagiert diese Sehnsucht auf die fragmentierte moderne Lebenswelt, die dem Individuum zumutet, viele verschiedene Selbste für viele verschiedene soziale Kontexte auszubilden. Was dem Individuum bleibt, ist das Problem seiner Identität, seiner Einheit oder Ganzheit. Doch sollte bei der allgemeinen Klage über den Verlust von Ganzheitlichkeit nicht vergessen werden, dass die Kehrseite dieser Entwicklung die enormen *Freiheitsgewinne* sind, die durch die moderne Gesellschaft und ihre Ausdifferenzierung erst möglich wurden. Eine 16-jährige Schülerin, die sich vom Frauenarzt Kontrazeptiva verschreiben lassen möchte, muss keine Rechenschaft über ihre moralischen Vorstellungen ablegen oder erzieherische Belehrung fürchten und erlebt gerade die nicht-ganzheitliche medizinische Verordnung als Freiheit. Selbstverständlich kann ein Patient in der Klinik darunter leiden, dass der Arzt sich mit naturwissenschaftlich-kühlem und wenig seelsorglichem Blick auf seine Krankheit und ihre bestmögliche Therapie fokussiert, er kann diese Reduktion und Selbstbegrenzung aber auch als Freiheitsgewinn erleben. Das, was wir im Hinblick auf moderne Individualität so sehr schätzen, hat im Wesentlichen damit zu tun, dass wir uns nicht ständig als Ganzheiten präsentieren müssen, dass wir nicht über alles Rechenschaft ablegen müssen, dass wir uns in fast jedem Kontext erfolgreich mit den tatsäch-

lichen oder vermeintlichen Pflichten in anderen Kontexten entziehen können und Teilinformationen und Teilidentitäten in der Regel genügen. Es ist allein das Intimitätssystem, bei dem wir hoffen, für alle möglichen Belange Adressaten und Gehör zu finden.

Was viele Menschen in der Klinik vermissen, insbesondere wenn es um schwere Krankheit geht, ist ein *professioneller Habitus* von Seiten der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegepersonals, der so etwas wie *Empathie, Mitmenschlichkeit, Zeit für ein Gespräch* bei einer schweren Diagnose ein- und nicht ausschließt. Ob man das gleich Spiritual Care nennen muss – ich weiß es nicht. Jedenfalls übersieht der professionelle Blick auf die spirituelle Dimension, die medizinisch nun auch noch abzuarbeiten ist, dass damit auch *Übergriffigkeiten* einhergehen können. Es gibt auch eine *medizinische*, nicht nur eine kirchliche *Pastoralmacht*, die als bedrängend erlebt werden kann, wenn das Spirituelle gescreent, verschrieben und kontrolliert werden soll, damit es sich dem medizinischen Raster von Anamnese, Indikation und Intervention fügt.

Ganzheitlichkeit kann totale, repressive Züge annehmen. Das wird in der Diskussion von medizinischer Spiritual Care oft übersehen. In der Literatur habe ich eine Fallschilderung gefunden, die das Problem veranschaulicht. Eine junge Krebspatientin, verheiratet, Mutter mehrerer Kinder, kommt ins Krankenhaus. Die Pflegefachfrauen der Station, die in einem ähnlichen Alter sind, sind sehr betroffen und konkurrieren nun darum, wer das Vertrauen der Patientin gewinnt und sie beseelsorgen darf. Diese reagiert abweisend und verschlossen. Sie signalisiert den Frauen schließlich, dass sie mit ihrem Mann und ihrer Freundin über ihre seelischen Empfindungen reden möchte, nicht aber mit dem Klinikpersonal. Die Pfarrerin, die die Situation miterlebte und analysierte, kommentiert: „[...] sie will von uns keine Betroffenheit, keine Empfehlungen zum Loslassen, keine psychologische oder seelsorgliche Begleitung. Sie will von den Pflegefachfrauen ausschließlich eine qualifizierte körperliche Pflege“ (Nauer 2015: 121).

Selbstverständlich kann die weit getriebene Ausdifferenzierung im Medizinsystem inhumane Züge annehmen, aber zugleich sollten die Gewinne einer klaren Rollenzuschreibung und Differenzierung nicht übersehen werden. Es erfordert in jedem Fall viel *Taktgefühl*, insbesondere vulnerablen Menschen in der existentiellen Situation schwerer Krankheit nicht zu nahe zu treten – das gilt für die ärztliche Profession gewiss nicht weniger als für die pastorale.

2.4 Die Frage nach dem Sinn und die Funktion der Religion

Aus Klinikperspektive steht bei Spiritual Care, insbesondere im Palliativbereich, die Frage im Vordergrund, wie unter äußerst widrigen Lebensbedingungen die Lebensqualität verbessert und Sterbende so begleitet werden können, dass sie am Ende möglichst friedlich und ihr Ende als sinnvoll bejahend sterben. Dieses Interesse ist aus Krankenhausperspektive legitim und zu respektieren. Zugleich wird eine christliche Seelsorge auch hier eine kritische im Sinne von unterscheidende Lesart einführen (Karle 2010).

Sterben sollte nicht idealisiert werden. Oft ist das Sterben nicht schön und auch nicht friedlich. Auch das Nichtgelungene und Nichtvollkommene hat seine Würde (Weher 2014). Das *Harmoniediktat* der neuen Spiritualität kann die Menschlichkeit des Menschen und seine Fragmentarität aus dem Blickfeld rücken. Fulbert Steffensky (2005) spricht davon, dass es in christlicher Spiritualität nicht vorrangig um Harmonie und Ganzheit gehe, sondern auch Tragik und Sünde als Lebensrealitäten ernst genommen würden. „Gegen allzu viel oder allzu leichte Sorge um den Sinn eines Leidens braucht es Mut und Kraft, das Sinnlose auch als das Sinnlose aushalten zu können“ (Mathwig 2014: 37). Die kirchliche Seelsorge kann die dunklen Seiten ernstnehmen, weil der Kranke oder Sterbende in religiöser Perspektive nicht alles selbst erreichen muss, sich nicht selbst suchen und finden muss, sondern schon gefunden ist und sich fallen lassen kann in Gottes gute Hände, die ihn tragen und halten, auch wenn er sich selbst nicht mehr (er-)tragen kann. Vielleicht spielt bei der christlichen Sensibilität für das Fragmentarische und Sinnlose auch die zentrale Figur des christlichen Glaubens eine Rolle: Jesus selbst starb viel zu früh und alles andere als friedlich und gottergeben.

Theologie und Kirche sollten deshalb kritische Distanz wahren, wenn Sinngebung als Ziel einer umfassenden spirituellen Sorge um den Menschen ausgegeben wird. „Wir können – und müssen manchmal – auch gegen das eigene Verstehen anleben. Leben braucht kein Verstehen, um gelebt zu werden“ (Mathwig 2014: 37). Seelsorge braucht den *Mut zur Sinnlosigkeitstoleranz* (Mathwig 2014). Sie muss Krankheit und Sterben keinen höheren Sinn beilegen, sondern hält die Erfahrung von Sinnlosigkeit aus, begleitet den Kranken mitten in der Nacht der Verzweiflung, gerade auch dort, wo schwere Krankheit und zu früher Tod als Sinnkatastrophe erlebt werden. Dabei wird auch das Potential von Religion deutlich, denn Religion hat es mit dem Problem der Unbestimmbarkeit zu tun. Religion überführt Unbestimmbares in Bestimmbares, indem sie „das Abwesende im Anwesenden, das Transzen-

dente im Immanenten symbolisiert“ (Nassehi 2009: 458) und gerade dadurch den *Sinn für Mehr- und Uneindeutigkeiten* wach hält. Es gilt die Grausamkeit des Schicksals, die Erfahrung abgrundtiefer Sinnlosigkeit und trostloser Verzweiflung nicht vorschnell spirituell zu bändigen, sondern zu ertragen und zu erdulden (Nauer 2015). „Gerade dann, wenn nichts mehr zu machen ist, wenn kein Sinn mehr zu finden, kein Problem mehr zu lösen ist, verabschieden sich SeelsorgerInnen nicht, sondern halten Ohnmacht, Enttäuschung, Sprachlosigkeit und Wut mit aus“ (Nauer 2015: 150). Womöglich stellt sich gerade dadurch am Ende doch wieder so etwas wie Sinn ein, dann aber als Geschenk, nicht als etwas, das gezielt gesucht wurde. Traugott Roser (2015) spricht in diesem Zusammenhang von der Hoffnung auf Schalom, die jeder christlichen Seelsorge inhärent ist.

Die *Sinn-Fixierung*, die in manchen Konzepten von Spiritual Care aufscheint, ist deshalb zu hinterfragen. Es klingt aus meiner Perspektive denn auch etwas zu vollmundig, wenn Traugott Roser Spiritual Care als „Sorge um individuelle Teilnahme und Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben im umfassenden Verständnis“ (Roser 2015: 263) definiert. Es geht in der Seelsorge weniger darum, einen Sinn zu suchen, als sich zu verorten und mit dem anderen zusammen einen gemeinschaftlichen Raum zu bewohnen in dem Wissen, dass Sinn nicht einfach vermittelt oder verabreicht werden kann. „Spiritual Care kann daher nicht mit Sinn-Sorge gleichgesetzt werden. Seelsorger oder Spiritual Care können weder Sinn produzieren, noch erschöpfen sie sich in der Sinndimension“ (Holder-Franz 2014: 228).

Entscheidend ist in der Seelsorge die religiös-transzendente Perspektive, die durch den Bezug auf Gott ins Spiel kommt. Sie entlastet sowohl den *Spiritual Care Giver* als auch den Sterbenden: „Hier wird dann die Ohnmacht von einer bestimmten Macht gehalten, der auch das Gegenüber vertraut, oder es wird stellvertretend für die Hilfesuchende Person vertraut. Vergebung wird erlebt als möglich durch die Macht, von der auch das Seelsorge ausübende Gegenüber Vergebung erwartet“ (Hauschildt 2013: 8). Seelsorgende und Patienten bilden dann eine Gemeinschaft, die die asymmetrische Struktur der helfenden Beziehung für einen Moment durchbricht und beide an eine höhere Macht, der man im Leben und im Sterben vertrauen kann, verweist.

3 Spiritual Care und Seelsorge: Perspektiven

Vor dem Hintergrund der Differenzen zwischen Spiritual Care und christlicher Seelsorge plädiere ich dafür, Seelsorge nicht in Spiritual Care aufzulösen, aber zugleich auch nicht von Spiritual Care abzugrenzen, sondern diese verantwortlich mitzugestalten, dabei für das Potenzial der differierenden Lesarten zu sensibilisieren und konkret zu überlegen, inwieweit sich Seelsorge auf die Systemlogik des Krankenhauses einlassen kann und inwieweit nicht.

Folgende Punkte müssten bei einer Kooperation von Spiritual Care und Seelsorge aus meiner Sicht geklärt bzw. beachtet werden:

3.1 Spirituelles Screening und seelsorgliche Logik

Es ist die Frage, ob es sinnvoll ist, Spiritual Care auf das ganze Gesundheitswesen auszuweiten. Denn „[d]ie Integration von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in Palliative Care lässt sich nicht ohne weiteres auf andere Bereiche des Gesundheitswesens übertragen“ (Roser 2015: 266). Im Hinblick auf Palliative Care und damit das Ende des Lebens ist eine Integration der Seelsorgerinnen und Seelsorger in ein multiprofessionelles Team wünschenswert, auch weil gerade dort die Logik des Krankenhauses mit ihrer Leitdifferenz von gesund/krank an ihre Grenzen kommt. Darüber hinaus wäre es hilfreich, wenn Seelsorgerinnen und Seelsorger auch in den Bereichen des Krankenhauses, in denen es um schwerwiegende Therapien und Erkrankungen, auch existentielle Erfahrungen am Lebensbeginn, geht, systematisch eingebunden wären. Doch stellt sich die Frage, wie weitreichend sich Seelsorgerinnen und Seelsorger dem System des Krankenhauses zu fügen haben. Seelsorgende gehören einerseits dazu und bleiben zugleich Fremde im Gesundheitssystem (Roser 2015). Anders als das Medizinsystem hat Seelsorge *keine Diagnose- und Behandlungsabsicht*. Sie verfolgt keine strategischen Ziele, sie arbeitet keine Checkliste ab, sondern tritt abwartend auf. Sie ermöglicht Kommunikation, ist Begegnung von Mensch zu Mensch, ereignet sich oft zufällig und lebt vom Vertrauen, das Menschen Seelsorgerinnen und Seelsorgern entgegen bringen.

Insofern habe ich meine Zweifel, ob es wirklich sinnvoll ist, dass Ärzte in einem Erstgespräch eine *spirituelle Anamnese* oder ein *spirituelles Screening* vornehmen, das Ergebnis der Anamnese schriftlich dokumentieren, einen spirituellen Therapieplan entwickeln, um dann ggf. Kon-

takt zu einem Seelsorger herzustellen, der die weitere „Behandlung“ übernimmt. „Die Frage, ob dabei wirklich die tiefempfundene Spiritualität der Patienten erfasst wird und ob beim anfänglichen Screening mit bedacht wird, dass Spiritualität einem Prozess unterliegt und Patienten nicht gleich als spirituell problembehaftet und damit behandlungsbedürftig eingestuft werden können, ist und bleibt hier höchst diskussionswürdig“ (Weiher 2015: 246). Darüber hinaus ist eine Klinikseelsorgerin in jedem Fall dankbar für Informationen, aber sie folgt nicht einfach dem Behandlungsplan eines Arztes, sondern hat ihre eigene Professionalität. Isabelle Noth hat Mess- und Anamneseinstrumente dieser Art deshalb auch kritisch kommentiert. Frage ein Arzt in der Anamnese nach dem spirituellen Status, solle die Antwort verweigert werden, denn „[d]as sind Dinge, die man nicht abfragt, sondern erfährt, und zwar, wenn man das Vertrauen einer Person gewonnen hat“ (Noth 2014: 106).

Es geht um eine *flexible Kombination von Spiritual Care und Seelsorge* (Hauschildt 2013), die die Seelsorge nicht restriktiv in das Korsett medizinischer Logik zwingt, sondern ihr Freiraum lässt und gerade damit dem Kranken und dem Krankenhaus dient. Es wären mithin *weichere Lösungen* auszuhandeln, die der Logik des Krankenhauses im Sinne einer gemeinsamen Kooperation entgegenkommen, aber zugleich der seelsorglichen Arbeit adäquat sind und die weitgehende professionelle Autonomie des Seelsorgers, das Beichtgeheimnis und die Vertraulichkeit seelsorglicher Gespräche respektieren. So wäre es denkbar, das spirituelle Screening nicht im Modus des Abfragens, sondern eher über eine sensibilisierte Haltung des Arztes/des Pflegepersonals für eventuellen Bedarf zu operationalisieren. Die Seelsorgerin oder der Seelsorger wird dann informiert, wenn ein Gespräch mit einer Patientin oder einem Patienten als hilfreich eingeschätzt wird. Dabei müsste sich die Dokumentationspflicht der Seelsorgeperson zugleich darauf beschränken, dass ein Gespräch stattgefunden hat und ob es eine Fortsetzung finden soll oder nicht.

3.2 Das heterochrone und heterotope Potenzial der Seelsorge

Seelsorge wird durch Spiritual Care zugleich *auf- und abgewertet*. Sie wird aufgewertet durch eine Integration ins Behandlungsteam, „auch Religion und Seelsorge betreiben Spiritual Care“ (Hauschildt 2013: 6). Sie wird abgewertet, insofern Seelsorge im Vergleich zur Spiritual Care als auf Religion fixiert gilt und damit weniger flexibel eingesetzt werden kann. Kirchliche Seelsorge muss dem Gesundheitssystem deshalb plausibel machen können,

dass und warum in der *Konkretion des Religionsbezugs* ein großer Gewinn und keineswegs nur eine Beschränkung liegt (Karle 2010). Ein Seelsorger repräsentiert niemals nur seine eigene zufällige Spiritualität, sondern eine soziale Gemeinschaft und Tradition. Dadurch führt Seelsorge ein *eigenes Sprachspiel* in den Kontext des Krankenhauses ein. „Die Verwendung archaisch anmutender Sprache und frömmigkeitsgeschichtlich bewährter Texte schafft eine Erfahrung von Zeit, die einen konkreten Moment der Gegenwart in einen Generationen umspannenden Raum stellt oder gar mit einer Ahnung von Ewigkeit verbindet“ (Roser 2017: 489). Traugott Roser spricht deshalb neuerdings von der *Heterochronie und Heterotopie der Seelsorge*, die über ihre Erinnerungskultur eine Ander-Zeit in die Gegenwart einführt und über Räume der Stille und Kapellen Ander-Orte repräsentiert, die sich der herrschenden Logik entziehen (Roser 2017). Seelsorgerinnen und Seelsorger haben insofern immer auch eine kritische Funktion im Krankenhaus und dürfen sich nicht von der medizinischen Logik vereinnahmen lassen.

Es bleibt die Gefahr, dass die Öffnung der Seelsorge hin zu Spiritual Care „zu einer Funktionalisierung führt, bei der Glaube und Religion, vor allem religiöse und spirituelle Praxis wie Meditation, Gebet [...] instrumentalisiert werden: zur Förderung der Gesundheit, zur Heilung [...] oder auch [...] zu ökonomischen Zwecken [...]. Im Blick auf diese oder ähnliche Tendenzen haben Seelsorgerinnen und Seelsorger die Funktion von Hüterinnen und Wächtern“, die Grenzüberschreitungen des Medizinsystems kritisch reflektieren und kommunizieren (Roser 2017: 497). Roser (2017) hat deshalb sein ursprüngliches Modell der vierten Säule modifiziert. Es ist nicht wirklich in der Lage, das Anders-Sein und das Anders-Denken zu integrieren. Eine konstruktive Außenperspektive können Seelsorgerinnen und Seelsorger allerdings nur dann einnehmen, wenn sie weiterhin *theologisch* wissenschaftlich gebildet, von den Kirchen entsandt und als von außen Kommende in Palliative und Spiritual Care Teams eingebunden werden.

3.3 Die Einheit der Sorge in der Vielfalt der Perspektiven

Simon Peng-Keller weist darauf hin, dass in der Diskussion um Spiritual Care sehr unterschiedliche Modelle und Ansätze vertreten würden. Spiritual Care ist nicht notwendig als „konsequente Erweiterung des biopsychosozialen Gesundheitsmodells um eine vierte Dimension“ (Peng-Keller 2017: 178) zu verstehen, in der dann konsequenterweise die klinische Logik dominiert. Wird Spiritual Care nicht medizinisch, sondern *als ethische und gemeinschaftliche Praxis*

konzipiert, in der vulnerable Menschen ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken (Peng-Keller 2017), wäre sehr viel selbstverständlicher Raum für eine kirchlich und religiös profilierte Seelsorge, die sich als Kommunikation des Evangeliums versteht, als „Da-Sein, Dabei-Bleiben, Mit-Gehen, im Gespräch, in Beratung, in Liturgie und Sakrament, als Helfen, als Feiern“ (Roser 2017: 510). Sollte sich das Medizinsystem auf ein solches Modell von Spiritual Care einlassen, wäre das in der Tat eine weiterführende Perspektive.² Hier könnten die Einheit der Sorge um den Menschen und die Vielfalt der unterschiedlichen Care-Maßnahmen und Perspektiven konstruktiv aufeinander bezogen werden. An dieser Stelle gilt es weiter nachzudenken. In jedem Fall bleibt es essentiell für die Seelsorge, ihre eigene Lesart in den Kontext des Krankenhauses einzubringen, sich nicht selbst zu säkularisieren und zu marginalisieren, sondern solidarische Kirche Jesu Christi am Ort des Leidens zu sein und das Bewusstsein für das Nichtberechenbare, Nichtverfügbare und Nichtwissbare wach zu halten.

Literatur

- Frick E (2012) Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. *Spiritual Care* 1 (3):68–73.
- Goffman E (1986) Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Berlin: Suhrkamp.
- Haker R, Wanderer G, Bentel K (Hg.) (2014) Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen. Berlin: Lit Verlag.
- Harnack v. A (1892) *Medicinisches aus der ältesten Kirchengeschichte*. Leipzig: Hinrichs.
- Hauschildt E (2013) „Spiritual Care“ – Eine Herausforderung für die Seelsorge? *Materialdienst der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen* 3:83–90.
- HealthCare Chaplaincy Network (2016) Time to move forward. Creating a new model of spiritual care to enhance the delivery of outcomes and value in health care settings. (Zitierdatum 01.04.2017), abrufbar unter https://www.healthcarechaplains.org/docs/about/time_to_move_forward_report_2016-06-07.pdf.
- Holder-Franz M (2014) Cicely Saunders und die Bedeutung von Spiritualität für die moderne Hospizbewegung. In: Feinendegen N, Höver G, Schaeffer A, Westerhorstmann K (Hg.) *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis*. Würzburg: Königshausen. 213–234.
- Karle I (2010) Perspektiven der Krankenhauseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care. *Wege zum Menschen* 62:537–555.
- Krech V (2003) *Götterdämmerung. Auf der Suche nach Religion*. Bielefeld: Transcript.
- Lartey E (2003) *In living color. An intercultural approach to pastoral care and counseling*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mathwig F (2014) Worum sorgt sich Spiritual Care? Bemerkungen und Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht. In: Noth I, Kohli Reichenbach C (Hg.) *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*. Zürich: TVZ. 23–41.
- Nassehi A (2009) „Den Unterschied deutlich machen“. *Herder Korrespondenz* 63:447–451.
- Nauer D (2015) *Spiritual Care statt Seelsorge?* Stuttgart: Kohlhammer.
- Noth I (2014) Seelsorge und Spiritual Care. In: Noth I, Kohli Reichenbach C (Hg.) *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*. Zürich: TVZ. 103–115.
- Peng-Keller S (2012) Spiritualität im Kontext moderner Medizin. In: Belok M, Länzlinger U, Schmitt H (Hg.) *Seelsorge in Palliative Care*. Zürich: TVZ. 87–97.
- Peng-Keller S (2014) Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs. Begriffs- und spiritualitätsgeschichtliche Erkundungen im Hinblick auf das Selbstverständnis von Spiritual Care. *Spiritual Care* 3: 36–47.
- Peng-Keller S (2017) „Spiritual Care“ im Werden. Zur Konzeption eines neuen interdisziplinären Forschungs- und Praxisgebiets. *Spiritual Care* 6:175–182.
- Roser T (2009) *Innovation Spiritual Care. Eine praktisch-theologische Perspektive*. In: Frick E, Roser T (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer. 45–56.
- Roser T (2013) Seelsorge und Spiritual Care. In: Klessmann M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhauseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 58–76.
- Roser T (2015) Wie positioniert sich Seelsorge im Gesundheitswesen? Spiritual Care und die Integration von Seelsorge in ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 59:262–278.
- Roser T (2017) *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schleiermacher F (1984) Über die Religion. Reden an die Gebildeten unter ihren Verächtern, Berlin 1799. In: Meckenstock G (Hg.) *KGA I, 2*. Berlin: De Gruyter. 185–326.
- Steffensky F (2005) Suche nach spiritueller Erfahrung. *Neue Wege* 99:221–228.
- Weiber E (2014): Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende. In: Feinendegen N, Höver G, Schaeffer A, Westerhorstmann K (Hg.) *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis*. Würzburg: Königshausen. 411–424.

² Ich will allerdings nicht verhehlen, dass ich hier meine Zweifel habe. Jedenfalls lehrt ein Blick in die USA, dass sich die Spiritual Care dort nun anschiebt, sich ganz und gar in die Gesundheitsversorgung zu integrieren, evidenzbasierte Instrumente und Qualitätsindikatoren auch für die Spiritual Care zu entwickeln und anzuwenden, die Ausbildung zu standardisieren, die nicht mehr ein Theologiestudium (und auch nicht mehr nur das Clinical Pastoral Training) umfasst, sondern auf klinische Kompetenz abzielt, um insgesamt im Hinblick auf die Logik des Krankenhauses zu einer verbesserten Wirksamkeit und Kostensenkung beizutragen. Dieses Konzept ist in sich schlüssig, verabschiedet sich aber komplett von einer kirchlich imprägnierten Seelsorge und damit auch von jeder kritischen Außenperspektive (HealthCare Chaplaincy Network 2016). Eckhard Frick versucht einen Kompromiss, indem er betont, dass Spiritual Care im Rahmen evidenzbasierter Medizin arbeitet, ihr jedoch zugleich fremd bleibe. „Es gibt kein A-priori-Wissen der Gesundheitsberufe darüber, was ‚gute‘ und was ‚schlechte‘ Spiritualität ist“ (Frick 2012: 72).

Biografische Angaben

Isolde Karle

Prof. Dr., geb. 1963, ist seit 2001 Professorin für Praktische Theologie, insbes. Homiletik, Liturgik und Poimenik, an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

Ihre Forschungsschwerpunkte befassen sich mit folgenden Themen: Pfarrberuf, Seelsorge, Spiritual Care, politische Predigt, Religion und Gesellschaft, Kirchenreform, Gender, Sexualität, Körperlichkeit, Lebensformen und Familie. 2014 erhielt Isolde Karle einen Ruf an die Humboldt-Universität zu Berlin. Seit 2015 ist sie Direktorin des neu gegründeten Instituts für Religion und Gesellschaft.