
Perspektiven der Krankenhauseelsorge

Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des *Spiritual Care*

Isolde Karle

Zusammenfassung: Der Beitrag analysiert die sozialstrukturellen Bedingungen der Krankenhauseelsorge, um auf diesem Hintergrund das spezifische Potential von Seelsorge im Krankenhaus darzustellen. Es zeigt sich dabei, dass Religion und Medizin trotz vieler Interdependenzen unterschiedliche Perspektiven verfolgen. Deshalb wird das Konzept des *Spiritual Care*, das die Seelsorge als vierte Säule ins Gesundheitswesen integriert sehen möchte, tendenziell kritisch beurteilt, was nicht ausschließt, dass es auf Palliativstationen, die selbst zum Gesundheitswesen randständig sind, sinnvoll sein kann, die Seelsorge strukturell in ein multiprofessionelles Behandlungskonzept einzubinden.

Abstract: This essay analyzes the socio-structural conditions of clinical pastoral care and describes the special potential of pastoral care in the hospital. Religion and medicine are related to each other but follow different perspectives. That is why it seems to be problematic to integrate pastoral care as fourth column in the health care system as the concept of spiritual care suggests. The concept of spiritual care might make sense in a palliative care unit, because palliative care is itself at the fringe of the health care system.

1 Die Ausdifferenzierung von Religion und Medizin

Christlicher Glaube distanziert sich nicht vom Leid, das körperliche Krankheit mit sich bringt. Die Krankenheilungen Jesu sind dafür das wichtigste Indiz und haben das Christentum zu einer Religion gemacht, die sich von Beginn an in vielfältiger Weise für die Kranken engagiert hat. Krankheit wurde dabei nie nur als körperliches Gebrechen, sondern immer auch als seelisch-geistige Schwächung verstanden.¹ Während der großen Seuchen im 2. und 3. Jahrhundert beschreibt *Dionysius von Alexandrien* eindrucksvoll die große Hingabe von Christen, die sich als Pfleger für die Kranken aufopferten, während die nicht-christliche Umwelt die Kranken aus Angst vor Ansteckung und Tod nicht selten exkludierte. Im 4. Jahrhundert kommt es zur Einrichtung von Hospitälern, die Hilfsbedürftige aller Art aufnehmen (auch Arme, Witwen, Waisen etc.). Aber auch außerhalb von Spitälern gilt Krankenseelsorge als besondere christliche Pflicht wie die Biographie und Legende von *Elisabeth von Thüringen* zeigt.

Durch *Martin Luther* bekommt die Seelsorge an Kranken wesentlich stärker den Charakter des Beistandes und der Tröstung. „In den Kirchen der Re-

¹ Vgl. *Michael Klessmann*, Von der Krankenseelsorge zur Krankenhauseelsorge – historische Streiflichter, in: *ders.* (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, Göttingen 2008, 57.

formation behält [...] die Seelsorge an Kranken, Gefangenen und Armen insgesamt ein großes Gewicht; viele Kirchenordnungen befassen sich mit dem Thema und geben konkrete Verhaltenshinweise für die Ausübung der Krankenseelsorge. In den großen Städten werden Pfarrer nur für den Krankenbesuch angestellt.² *Ute Gause* hat erforscht, dass sich die Reformatoren darüber hinaus in bemerkenswerter Weise für Hebammen engagierten und sie gezielt fortzubilden und zu fördern suchten.³

War das Krankenhaus bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts hinein ein Ort des Leidens und Sterbens und der notdürftigen Versorgung zumeist armer Bevölkerungsschichten, verändert sich die Lage durch den medizinischen Fortschritt radikal: Das Krankenhaus ist nun nicht mehr fürsorgende Anstalt, sondern wird mehr und mehr zu einem modernen *Heilungszentrum*. Der aktive Kampf gegen die Krankheit steht fortan im Vordergrund des Selbstverständnisses von Ärzten und Pflegepersonal. Diese Entwicklung hat sich im 20. Jahrhundert mit großer Dynamik fortgesetzt. Krankenhäuser sind geradezu „zu einem Prototyp arbeitsteiliger, bürokratisch organisierter, durch zweckrationales Handeln bestimmter gesellschaftlicher Institutionen der Moderne geworden“⁴ und stellen einen wachstumsintensiven, volkswirtschaftlich bedeutenden Dienstleistungskomplex dar. Das Krankenhaus wird damit vollständig säkularisiert: Moderne Medizin kommt grundsätzlich ohne Seelsorge aus, sie hat zwar christliche Wurzeln, hat sich aber längst zu einem eigenen Sozialsystem ausdifferenziert, dessen Methoden und Therapien von Religion unabhängig sind.

Das bedeutet zugleich, dass eine seelsorgerliche Begleitung in der Regel nicht mehr durch das professionelle Personal eines Krankenhauses geleistet wird, selbst in Diakoniekrankenhäusern ist dies nicht mehr erwartbar. Die Kirche hat darauf mit einer Ausweitung und Professionalisierung ihrer Klinikpfarrstellen in kirchlichen wie nicht-kirchlichen Krankenhäusern reagiert. Sie tat dies aber nicht mit der Absicht, mit Religion eine Alternative zur Medizin herstellen oder mit Gebeten statt mit Medikamenten Heilungen herbeiführen zu wollen, sondern um Menschen in existentieller körperlicher und seelischer Not seelsorgerlich beizustehen, ihnen Kommunikationsangebote zu eröffnen, sie zu begleiten, ggf. für sie und mit ihnen zu beten und ihre Erfahrungen religiös zu deuten.

Die Ausdifferenzierung von Religion und Medizin hat sich als enorm leistungsfähig erwiesen. Zugleich wird sie in den letzten Jahren und Jahrzehnten wieder zunehmend in Frage gestellt, weil die hoch getriebene Differenzierung und Spezialisierung eigene Blindheiten erzeugt und mit prekären Folgewirkungen einhergeht. So wird das Vorgehen der Schulmedizin als zu

² Ebd., 60.

³ Vgl. *Ute Gause*, Kirchengeschichte und Genderforschung: Eine Einführung in protestantischer Perspektive, Tübingen 2006, 114 ff.

⁴ *Johannes Siegrist*, Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhaussoziologie, in: *Michael Klessmann* (Hg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen 2008, 29.

eindimensional, zu instrumentell und zu wenig am ganzen Menschen orientiert kritisiert. Sowohl das Religions- als auch das Medizinsystem haben inzwischen darauf reagiert: Das Religionssystem, indem es die Nähe von Heil und Heilung und damit die therapeutische Qualität von Religiosität unter spätmodernen Bedingungen wiederentdeckt, das Medizinsystem, indem es die spirituelle Dimension des Krankseins, jedenfalls in der Palliativmedizin, erforscht und in das Behandlungskonzept zu integrieren sucht. Beide Funktionssysteme reagieren auf je ihre Weise mit Amalgamierungen von Religion und Gesundheit. Damit stellt sich die Frage nach der *Verhältnisbestimmung von Heil und Heilung, von Religion und Gesundheit, von Seelsorge und Therapie/medizinischer Behandlung*.⁵

2 Totalinklusion und ihre Folgen

Um die Typik der Krankenhausseelsorge zu verstehen, ist es elementar, ihre sozialstrukturellen Voraussetzungen zu klären. Krankenhausseelsorge ist eine spezialisierte Seelsorge wie die Seelsorge im Gefängnis, beim Militär oder bei der Polizei. Während das Gemeindepfarramt von einer großen Vielfalt unterschiedlichster Aufgaben und damit von möglichst wenig Ausdifferenzierung und Spezialisierung lebt, ist in den eben genannten Bereichen eine professionelle Ausdifferenzierung von Seelsorgeämtern unabdingbar. Eine professionalisierte und spezialisierte Seelsorge erweist sich vor allem dann als unhintergebar, wenn Menschen zeitlich begrenzt voll in eine Organisation inkludiert sind und nicht mehr die Möglichkeit haben, normal am gesellschaftlichen Leben und damit auch an ganz anderen Funktionssystemen teilzunehmen. Dies ist vor allem im Krankenhaus, beim Militär und im Gefängnis der Fall. Für *Friedrich Schleiermacher* war die Exklusion aus dem normalen sozialen Leben und damit die Unmöglichkeit, an allgemeiner religiöser Kommunikation in der Gemeinde teilnehmen zu können, Grund und Anlass für Seelsorge überhaupt.

Das Krankenhaus ist wie das Gefängnis oder das Militär mehr oder weniger korporativ verfasst, Menschen werden dort *als „ganze“* inkorporiert – eine für die moderne Gesellschaft untypische Konstellation. In der modernen, funktional differenzierten Gesellschaft ist es in der Regel so, dass Individuen an vielen Funktionssystemen mehr oder weniger gleichzeitig teilnehmen: am Familiensystem, am Wirtschaftssystem, an Bildung, Kunst oder Religion. Ob sie an einem Funktionssystem teilnehmen und wie lange sie dies tun, ist prinzipiell ihrer Autonomie überlassen. *Niklas Luhmann* sprach auf diesem Hintergrund von der *dividierten Existenz* des modernen Individuums, das

⁵ Vgl. dazu auch: *Isolde Karle*, Die Sehnsucht nach Heil und Heilung in der kirchlichen Praxis: Probleme und Perspektiven, in: *dies./Günter Thomas* (Hgg.), Krankheitsdeutung in der post-säkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, 543–556.

seine Einheit nicht mehr vorfindet, sondern im Kontext unterschiedlicher Sozialsysteme und nicht selten widersprüchlicher Erwartungen selbst herstellen muss. Dies ist zuweilen zwar anstrengend und erschöpfend, aber es macht zugleich die große Freiheit und bereichernde Vielfalt moderner Lebensführung aus. So werden Erfahrungen im Beruf durch Erfahrungen in der Familie relativiert und umgekehrt: Man lebt gewissermaßen von und mit vielen Selbsten, die sich wechselseitig bereichern und anregen. Auch die Anonymität, die damit einhergeht, hat nicht nur negative Seiten, sondern bedeutet zugleich einen Zugewinn an Freiheit.

Im Krankenhaus oder im Gefängnis ist dies anders. Menschen erleben sich im Krankenhaus in extremer Weise reduziert auf das eine soziale Selbst, das durch die korporative Institution bestimmt bzw. adressiert wird. Wichtige soziale Ressourcen und Resonanzmöglichkeiten für das eigene Image, wie sie das Berufs- oder Familienleben mit sich bringen, fallen nahezu vollständig aus. Menschen im Krankenhaus sind in aller Regel nur noch Patient oder Patientin. Nicht selten geht dabei das Gefühl für die eigene Individualität und Würde verloren. Vor allem wenn die „Kasernierung“ länger dauert, entwickeln Patientinnen und Patienten ein regelrechtes Krankenhaussyndrom. Sie werden humorlos und depressiv, kreisen oft nur noch um ihre Krankheit oder ihr körperliches Befinden und können an nichts anderes mehr denken, von nichts anderem mehr sprechen. Insofern schließen sie sich auch psychisch – nicht nur rein lokal – von der Außenwelt ab, was ihre prekäre Situation verschärft. Das Tagebuch einer Krebserkrankung von *Christoph Schlingensief* illustriert diesen bedrückenden Zustand anschaulich.⁶

Das seelsorgerliche Handeln muss sich an diesen *strukturellen Bedingungen* orientieren. Das Krankenhaus ist eine *Organisation* und kann nur funktionieren durch ein regelgeleitetes Handeln, das mit einem fest gefügten System der Über- und Unterordnung einhergeht. Das ist keine Kritik an der Organisation – jede Organisation ist auf verbindliche Entscheidungen und damit auf Hierarchie angewiesen und kann nicht anders funktionieren. Doch liegen die ambivalenten Folgen für die Individuen zugleich auf der Hand: Ihre individuelle Selbstbestimmung wird stark beschnitten. Sie haben keinen Anspruch auf Intimität. Patientinnen und Patienten sind umfangreichen Reglementierungen unterworfen. Ihr Handlungsspielraum ist stark eingeschränkt. Sie müssen ständig erreichbar sein und können sich entsprechend nur begrenzt zurückziehen. Privatheit ist so gut wie unmöglich. Sie können zu jeder Tages- und Nachtzeit gestört werden. Sie können jederzeit verlegt werden. Therapeutische Maßnahmen können unterbrochen werden, die Einflusschancen auf die Handlungsprogramme sind gering. Patientinnen und Patienten können das Pflegepersonal nicht wählen, in der Regel auch nicht den Arzt oder die Ärztin, und müssen mit dem Personalwechsel je nach Dienstplan zurechtkommen.

⁶ Vgl. *Christoph Schlingensief*, So schön wie hier kann's im Himmel gar nicht sein! Tagebuch einer Krebserkrankung, Köln 2009.

Das liegt wesentlich an der Komplexität der Aufgaben des Krankenhauses, das sowohl Routineabläufe wie Notfallsituationen bewältigen können muss.

Der Anspruch an Pflege und persönliche Versorgung bringt einen kollektiv-verbindlichen Tagesablauf mit sich, dem man sich als Patient fügen muss (z. B. sehr frühes Aufstehen oder schon um 16:30 Uhr Abendbrot). Verfahrensweisen werden standardisiert durchgeführt. Die Beziehungsformen sind in der Tendenz unpersönlich und versachlicht – und dies obwohl man sich gerade als Kranker bzw. Kranke in hohem Maße existentiell betroffen und abhängig erlebt und der Erfolg einer Therapie nicht unwesentlich vom Vertrauen der Betroffenen in ihren Sinn und in ihre Vernünftigkeit lebt. Man kann sich in einem Mehrbettzimmer oder auf der Intensivstation auch kaum vor Lärm schützen und muss die Verhaltenszumutungen durch andere im Raum in aller Regel akzeptieren, selbst wenn dies schwer auszuhalten ist (verwirrte, laut rufende Patienten, schnarchende Nachbarn, das schreiende Kind usw.).

Das Krankenhaus ist eine Organisation, von der sich Patientinnen und Patienten in hohem Maß abhängig erleben. Besonders folgenreich ist die *Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung*: Die Ärztinnen und Ärzte sind die professionellen Experten. Sie haben die Macht des Wissens und der Definition und damit zugleich das Recht auf Initiative und Steuerung auf ihrer Seite. Man muss dann schon sehr selbstbewusst und gewandt sein, um dieser Asymmetrie etwas entgegen zu stellen, sich zu artikulieren und nach Behandlungsalternativen zu fragen. Insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen führen Informationsdefizite zu psychischen Belastungen und zu Angst und Unsicherheit.

Klinikpfarrerinnen und -pfarrer suchen schwer kranke Patientinnen und Patienten im Krankenhaus auf und repräsentieren mit ihrem Besuch nicht nur das Religionssystem, sondern zugleich ein Stück der Außenwelt, die so weit entfernt erscheint: Sie sind Kontaktfenster zum Leben draußen, von dem sich viele abgeschnitten erleben und stellen schon allein aus diesem Grund eine ganz besondere Kontaktmöglichkeit dar. „Bettlägerige Patienten sind von weiten Bereichen sozialen Handelns und sozialer Expressivität ausgeschlossen. Damit sind sie vor allem auf eine psychische Bewältigung ihrer Probleme verwiesen. Umso wichtiger wird für sie der Umgang mit dem hauptsächlich verbleibenden Interaktionsmittel, der Sprache.“⁷

3 Seelsorge als Gespräch mit religiöser Codierung

Auf diesem Hintergrund wird plausibel, warum die klinische Seelsorgeausbildung so stark den Gesprächscharakter der Seelsorge hervorgehoben und so nachdrücklich auf die Gesprächsmethoden von *Carl Rogers* rekurriert hat: Gerade im Krankenhaus scheinen Menschen in besonderer Weise darunter

⁷ Siegrist, Krankenhaussoziologie, 31.

zu leiden, dass in einer für sie bedrohlichen und existentiellen Situation nicht wirklich mit ihnen gesprochen wird, dass ihnen nicht aktiv und aufmerksam zugehört wird, dass sie sich nicht genügend wertgeschätzt und akzeptiert fühlen, dass Gespräche, sofern sie stattfinden, in der Regel nicht auf ihre Wünsche und Bedürfnisse zentriert sind, sondern der Eigenlogik der Organisation Krankenhaus folgen.

Nun können Seelsorgerinnen und Seelsorger nicht das Kommunikationsdefizit von Ärzten und Pflegepersonal kompensieren. Daraus ergäbe sich überdies eine problematische Arbeitsteilung: Der Arzt exklusiv für den Körper, der Seelsorger exklusiv für die Seele. Aber die Seelsorge ist angesichts der Grenzen des Medizinsystems dazu herausgefordert, „die von ihr vertretenen Werte und Orientierungen mit Nachdruck und Überzeugungskraft darzustellen.“⁸ Das heißt, Seelsorge gibt der Frage nach dem Umgang mit Leiden und Belastungen und nach dem Sinn menschlichen Daseins Raum und stellt sie in einen religiösen Horizont.

Seelsorge ist religiöse Kommunikation. Das heißt nicht, dass Seelsorge ständig religiöse Themen zu bearbeiten hätte, keinesfalls. Aber es heißt sehr wohl, dass Seelsorge als Teil des Religionssystems in besonderer Weise die *Kontingenzerfahrung* von Menschen zu adressieren vermag. „Das Bezugsproblem der Religion ist Kontingenz: Religion absorbiert hoch irritierende und letztlich nicht still zu stellende Fragen“⁹. Diese Fragen werden im Alltag in der Regel ausgeblendet. Stellt sich jedoch eine Sinnkatastrophe wie eine schwere und unerwartete Krankheit ein, drängen sie sich unerbittlich in den Vordergrund. Wenn das Leben aus den Fugen gerät, werden wir zum Nachdenken gezwungen, dann werden Prioritäten neu sortiert, dann stellt sich die Frage, warum wir so geworden sind, wie wir geworden sind und was uns noch bleibt. Während eine Organisation wie das Krankenhaus in aller Regel Kontingenz durch Handeln und Entscheiden bearbeitet, ist es das Spezifikum des Religionssystems und damit der Seelsorge, sich der Kontingenz der Welt als solcher zu stellen. Das Krankenhaus entlastet sich gewissermaßen von den großen Irritationen, von den Fragen nach Sinn und Unsinn durch Auslagerung dieser Fragen an das Religionssystem in Gestalt der Klinikseelsorge.

„Religion tritt in der Seelsorge fallweise auf, nicht systematisch.“¹⁰ Oft befassen sich seelsorgerliche Gespräche mit anderen Angelegenheiten. „Manchmal wird der Bezug zum Rahmen nur deutlich an der Rolle, die durch die Beauftragung durch eine Kirche entstanden ist, und am Segenswunsch am Ende. Seelsorge fährt ‚zweigleisig‘, da sie neben einer Erstkodierung eine Zweitkodierung verwendet. Ihr Geschick besteht darin, kunstgerecht die Implikationen der Religion in das Gespräch einzubeziehen [...]. Kontingenz und

⁸ Ebd., 38.

⁹ Günther Emlein, Die Eigenheiten der Seelsorge. Systemtheoretische Überlegungen, in: Familiendynamik 31, 2006, 216–239, hier 218.

¹⁰ Ebd., 225.

Würdigung von Individualität sind hierbei die zentralen Themen.¹¹ Schon allein die Professionsrolle der Seelsorgerin, der Segenswunsch oder ein Gebet am Ende markiert den Kontakt als einen religiösen. Stellt sich eine Seelsorgerin als evangelische Klinikpfarrerin vor, weiß das Gegenüber sofort, dass sie es mit einer geistlichen Person zu tun hat. Lässt sich die Patientin auf das Gespräch ein, akzeptiert sie diese Rahmung des Gesprächs und entwickelt entsprechende Erwartungen an die Seelsorgerin.

Niklas Luhmann bestimmt den Code der Religion in der *Unterscheidung von Immanenz und Transzendenz*. Transzendenz wird dabei als „Zweitsinn, als eine komplette, nichts auslassende Zweitfassung der Welt“¹² verstanden, die eine andere, neue Perspektive auf die Welt hin ermöglicht. Die Welt und das menschliche Leben werden dabei in ihrem Bezug zu Gott oder göttlichen Mächten gedeutet und interpretiert. Der Code der Religion „transzendent-immanent“ weist damit „auf den Blick jenseits der Grenze von Kommunikation und Bewusstsein und auf den Blick von jenseits der Grenze von Kommunikation und Bewusstsein“ hin.¹³ Dieses „darüber-hinaus“ ist spezifisch religiös.

Religion überführt Unbestimmbares in Bestimmbares, indem sie „das Abwesende im Anwesenden, das Transzendente im Immanenten symbolisiert“¹⁴. Insofern dient sie der Kontingenzbewältigung. Zugleich kultiviert die Religion *Mehr- und Uneindeutigkeiten*, die sich einer schlichten Instrumentalisierung von Religion für die Gesundheit von Gläubigen entzieht und das Bewusstsein für *das Nichtwissbare, für das nicht Berechenbare, für den grundlegenden Zweifel*, der den Glauben begleitet, wach hält. „Wer religiös kommuniziert, kommuniziert eben nicht im Horizont eindeutiger Antworten und erzeugt damit eine spezielle Form von Authentizität.“¹⁵ Deshalb ist die Seelsorge in Hospizen, auf Palliativstationen, in der Klinikseelsorge ohne funktionales Äquivalent: Während Ärzte und Therapeutinnen nach Antworten suchen und bestimmt handeln müssen, halten Seelsorgerinnen und Seelsorger das Unbestimmbare aus. Das Unerklärliche, ambivalent Bleibende wird nicht als Ende möglicher Kommunikation, sondern als Kommunikationsangebot betrachtet, das gegebenenfalls auch im Schweigen bestehen kann.¹⁶

¹¹ Ebd., 226.

¹² *Niklas Luhmann*, *Ökologische Kommunikation*. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?, Opladen 1990 (1986), 186.

¹³ *Emlin*, *Familiendynamik* 31, 226.

¹⁴ *Volkhard Krech*, *Götterdämmerung*. Auf der Suche nach Religion, Bielefeld 2003, 74.

¹⁵ *Armin Nassehi*, „Den Unterschied deutlich machen“. Ein Gespräch mit dem Münchner Soziologen Armin Nassehi, geführt von *Alexander Foitzik*, in: *Herder Korrespondenz* 63 (2009) H. 9, 447–451, hier 448.

¹⁶ Vgl. ebd., 448.

4 Das Konzept des *Spiritual Care*

Zunehmend fordern Seelsorgetheoretiker wie *Christoph Schneider Harpprecht* oder *Traugott Roser*, dass sich die Krankenhauseelsorge nicht mehr als Gegenüber des Krankenhauses begreift, sondern sich „mit den Zielen des Unternehmens Krankenhaus“ identifiziert.¹⁷ Seelsorge soll – neben medizinischer Versorgung, Pflege und Verwaltung – zur *vierten Säule im Gesundheitswesen* werden. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb denkbar geworden, weil insbesondere die Forschung zur Palliativmedizin die ganzheitliche Patientenbetreuung für sich entdeckt hat und die medizinische Sterbebegleitung zunehmend an Fragen von subjektiver Lebensqualität Interesse zeigt. Insofern bestehe für einen Antagonismus von Seelsorge und Pflege, von Religion und Medizin kein Anlass, ganz im Gegenteil: Es müsse der Seelsorge daran gelegen sein, sich nicht selbst zu marginalisieren und sich deshalb in ein *ganzheitliches Behandlungskonzept* integrieren zu lassen.

Die Forschungen zu *Spiritual Care* in der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Literatur zeigen ein signifikant erhöhtes Interesse an spirituellen Fragen. Das holistische Behandlungskonzept, das in diesem Zusammenhang entwickelt wurde, soll den religiösen Bedürfnissen von Kranken und Sterbenden Rechnung tragen. *Spiritual Care* wird damit „Teil einer *multiprofessionell vereinbarten Behandlungsstrategie*“.¹⁸ Das führte beispielsweise in Großbritannien dazu, dass die Finanzierung der Klinikseelsorger zunehmend vom Staat übernommen wird und umgekehrt nicht nur Seelsorger, sondern auch andere Berufsgruppen die Aufgabe des *Spiritual Care* übernehmen. Die Folgen, die aus einer nicht mehr religiös-konfessionellen Bindung des *Spiritual Care* entstehen, sind noch nicht wirklich abzusehen.

In jedem Fall resultiert daraus eine gewisse Unschärfe des Begriffs *Spiritualität* in einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft. In dieser Unschärfe und Vagheit sieht Roser nicht primär ein Problem, sondern auch und vor allem eine Chance: Unbestimmbarkeit wird hier nicht nur religiös ausgehalten, sondern selbst noch einmal symbolisiert. Religion hat es mit dem Problem der Unbestimmbarkeit zu tun, also mit dem Umgang mit dem Zufall, dass man hier und jetzt so ist, wie man ist, und die Grundlagen seiner eigenen Freiheit nicht selbst wählen konnte. Religiöse Kommunikation kann sich in Bildern und Symbolen auch indirekt äußern und *Unbestimmtheit zulassen und aushalten*. Deshalb, so die These von *Armin Nassehi*, liegt die Kraft

¹⁷ Vgl. *Traugott Roser*, Vierte Säule im Gesundheitswesen? Dienstleistungen der Seelsorge im Kontext des Sterbens, in: *Günter Thomas/Isolde Karle* (Hgg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Stuttgart 2009, 580–592, hier 580; vgl. ausführlich: *Traugott Roser*, *Spiritual Care*. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang (Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit 3), Stuttgart 2007.

¹⁸ *Roser*, Vierte Säule, 586. [Hervorhebung I. K.]

der Religion auch nicht in ihrer Botschaft, sondern in ihrer Unbestimmtheit. Es geht *Nassehi* zufolge nicht primär darum, in der Seelsorge bestimmte Wertorientierungen und Haltungen zu repräsentieren oder zu kommunizieren, sondern um die Authentizität des Sprechens und der Sprecher selbst. Insbesondere die Rede von spiritueller Kommunikation deutet nach *Nassehi* an, dass sich religiöse Kommunikation „zunehmend von Inhalten unabhängig macht“.¹⁹ *Spiritualität bearbeitet das Unbestimmbare in möglichst unbestimmbarer Weise*. Das Argument verliere an Bedeutung, das authentische Sprechen selbst trete in den Vordergrund. „Spiritualität koppelt sich von den ‚guten Gründen‘ konfessioneller Großorganisationen ab, ohne damit im Übrigen dem Kirchlichen/Konfessionellen prinzipiell entgegenstehen zu müssen.“²⁰

Spiritualität ist demnach nicht einfach mit Religion identisch. Sie befindet sich vielmehr an den „unscharfen Rändern des religiösen Feldes“.²¹ So geht es bei der Suche nach Spiritualität nicht unbedingt um die Suche nach Gott, sondern eher um die Suche nach dem Ich, um die Suche nach Sinn in Situationen, die als unbarmherzig kontingent erfahren werden, in denen man die Kontrolle über das eigene Leben verloren hat und zutiefst verunsichert ist. Moderne Spiritualität ist ein synkretistisches Phänomen, collagiert mit Elementen von Esoterik, New Age, Christentum und Buddhismus. Die Tendenz zur *Entkonkretisierung von Religion* ist dabei unübersehbar. Deshalb geht diese Form moderner Spiritualität auch Hand in Hand mit einer zunehmenden *Entkirchlichung*. Es erscheint auf diesem Hintergrund zweifelhaft, ob die Kirchen vom „Megatrend Spiritualität“ profitieren können, selbst wenn sie sich auf die spätmoderne Spiritualität in ihren eigenen Praxen, sei es in Heilungsgottesdiensten oder in der Krankenhausseelsorge, einstellen.

Traugott Roser definiert Spiritualität als eine persönlichkeitszentrierte Entwicklung, die mit Beziehungen, mit Sinnfindung und mit einem irgendwie gearteten Transzendenzbezug zu tun habe.²² *Roser* bemerkt dabei durchaus kritisch, dass der Begriff Spiritualität dazu tendiere, in Abgrenzung zu Religion verstanden zu werden, insbesondere zu gemeinschaftlichen und kirchlichen Formen von Religiosität.²³ Auch weist er die Kritik, dass spirituelle Begleitung zu einer Therapieform unter vielen werden könne, nicht von der Hand. Doch ist für ihn letztlich entscheidend, dass beim Konzept des *Spiri-*

¹⁹ *Armin Nassehi*, Spiritualität. Ein soziologischer Versuch, in: *Eckhard Frick/Traugott Roser* (Hgg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Stuttgart 2009, 35–44, hier 40.

²⁰ Ebd., 41.

²¹ *Friedrich Wilhelm Graf*, *Die Wiederkehr der Götter. Religion in der modernen Kultur*, München 2004, 245.

²² *Roser*, *Vierte Säule*, 587.

²³ Vgl. u. a.: *Traugott Roser*, *Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive*, in: *ders./Eckhard Frick* (Hgg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Münchener Reihe Palliative Care, Bd. 4, Stuttgart 2009, 45–55, hier 48. *Traugott Roser* hat das Konzept des *Spiritual Care* im Zusammenhang des ökumenischen Seelsorgezentrums an der Universitätsklinik in München angewendet und reflektiert.

tual Care auch von Krankenhausseite ernst genommen wird, dass „zum Tode führende Krankheiten mit spirituellen Krisen, spirituellen Bedürfnissen und spirituellen Ressourcen verbunden sein können.“²⁴ Krankenhausseelsorger werden vor allem in der Situation des Sterbens verlangt: „Seelsorge wird zu Sterbenden gerufen, und zwar ohne Ansehen von Religions- und Konfessionszugehörigkeit“.²⁵ Für *Roser* spiegelt sich in der Zuweisung des Sterbens an die Seelsorge das organisationale Wissen des Krankenhauses, dass gerade in dieser Situation Glaube, Religion und Spiritualität von höchster Bedeutung sind. Das sinnstiftende Potential der Spiritualität und die Sehnsucht nach einem authentischen Leben ist entscheidend für *Spiritual Care*.

Die Seelsorge wird dabei in gewisser Hinsicht als Teil der Patientenbetreuung aufgewertet: Das Krankenhaus kann im Hinblick auf seine eigene Leitorientierung – Gesundheit – nicht mehr auf Seelsorge verzichten. Seelsorge wird zu einer systemimmanenten Leistung des Gesundheitswesens. Zugleich weist *Roser* vorsichtig darauf hin, dass die Literatur aus dem angloamerikanischen Sprachraum auf eine *individualistische Reduktion des Verständnisses von Spiritualität* und eine „Verzweckung als Behandlungsmethodik einer Berufsgruppe“²⁶ hinweise. *Roser* deutet damit selbst die Gefahren einer Einbindung der Seelsorge in das Gesundheitswesen an.

5 Krankenhausseelsorge im Spannungsfeld von Autonomie und Integration

5.1 Zielfreie Seelsorge

Das Konzept des *Spiritual Care* ist in vieler Hinsicht sympathisch und herausfordernd. Es sieht richtig, dass sich Seelsorge nicht einfach als antagonistisches Gegenüber zum Krankenhaus begreifen oder sich als subversives Element im Krankenhausgefüge stilisieren kann. Es beobachtet zutreffend, dass es vielfältige Interdependenzen zwischen Heil und Heilung, zwischen Seele und Leib gibt und dass die Kooperation zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Seelsorgern im Interesse der Patientinnen und Patienten möglichst zu fördern ist. Ob es allerdings eine weiterführende Perspektive ist, die Seelsorge ganz in das Gesundheitssystem zu integrieren, erscheint zweifelhaft.

Durch *Wertschätzung, Anerkennung* und durch die *zeitliche Präsenz*, die die Seelsorgerinnen mitbringen, werden Kranke emotional gestärkt und gestützt in einer für sie prekären Situation. Sie bekommen Raum, ihre Gefühle zu artikulieren und ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen. Sie erfahren emotionalen Rückhalt. Oft wollen Betroffene einfach registriert werden, sie wollen, dass man Anteil an ihnen und ihrem Schicksal nimmt. Sie wollen dann meist nicht „flach“ adressiert werden, wie dies in der funktio-

²⁴ *Roser*, Vierte Säule, 588.

²⁵ Ebd., 584.

²⁶ Ebd., 592.

nal differenzierten Gesellschaft die Regel ist. Flach adressiert werden wir als Wähler, als zahlungskräftige Konsumentinnen, als Leistungsträger, als Fall im Medizinsystem etc. „Tief“ adressiert werden wir, wenn wir, metaphorisch gesprochen, als ganze Person angesprochen werden, wenn es um unsere Individualität, um den Sinn unseres Lebens, um das Woher und Wohin geht. In der Familie und im Religionssystem ist diese Form der Adressierung am ehesten möglich.

Seelsorge ist dabei zunächst einmal *zielfrei*. Menschen erwarten von seelsorgerlicher Kommunikation einen Freiraum, in dem sie wohlwollende Unterstützung erfahren. Die vertraglichen Verhältnisse liegen deshalb anders als in der therapeutischen oder in sonstiger sozialer Arbeit. In der Seelsorge „muss nichts erreicht werden, es muss nichts verändert werden, man muss nicht an Problemen arbeiten. Seelsorge stellt Zeit zur Verfügung [...]. Man darf sein. Der Raum des Möglichen ist unabsehbar groß und wird nur eingeschränkt durch Takt, Würdigung und Religion. Worum es geht, muss eigens vereinbart werden. Wenn Ziele oder Veränderungen zu erreichen sind, muss dies vereinbart werden [...]. In diesem Sinne ist Seelsorge eine deutlich offenere Situation als strukturelle Festlegungen der Psychotherapie und Beratung.“²⁷ Seelsorge ist insofern *nicht primär als Veränderungsarbeit*, auch nicht im Dienst der Gesundheit, zu verstehen. Das Grunddesign von Seelsorge ist ein anderes.

5.2 Sinnfindung und Sinnvermeidung

Seelsorge ist religiöse Kommunikation. *Religion symbolisiert und bearbeitet die Unbestimmbarkeit der Welt*. Religion weiß, dass alles Wesentliche nicht machbar, nicht organisierbar und nicht kontrollierbar ist. Sie hält die Unbestimmbarkeit der Welt aus und macht „Unbestimmtheit unmittelbar zum Thema“²⁸. Die Religion stellt mithin die Frage an uns, „wie wir mit Nichtwissen, mit Unsicherheit, mit Ambivalenzen und mit Uneindeutigkeiten umgehen.“²⁹ Seelsorge muss schon aus diesem Grund keine Lösungen anbieten, sondern kann das Nichtwissen, den Zweifel, die Ambiguität aushalten, gelegentlich sogar verstärken. Ihr erstes Ziel ist deshalb auch nicht die Sinnfindung in Krankheit und Leid oder die Steigerung von Lebensqualität. Seelsorge muss einer Krankheit keinen höheren Sinn beilegen.

Manfred Josuttis hat in den siebziger Jahren diesen Aspekt der Leidensdeutung, den man auch als *Verweigerung einer Leidensdeutung* interpretieren kann, erfrischend klar in den Vordergrund gestellt: „Die Krankheit an sich hat keinerlei Sinn. Jeder Versuch, ihr einen Sinn zuzuschreiben, will ihr den Schrecken nehmen, der über die körperlichen Schmerzen hinausreicht, den Schre-

²⁷ *Emlein*, Familiendynamik 31, 234.

²⁸ *Nassehi*, „Den Unterschied deutlich machen“, 448.

²⁹ *Krech*, Götterdämmerung, 64.

cken der Sinnlosigkeit.“³⁰ Deshalb ist der „Glaube [...] nicht Kraft zur Sinn-
deutung, sondern [...] zum Verzicht auf Sinndeutung in religiöser Hinsicht.“³¹
Dass diese Art der Sinnvermeidung wiederum eine paradoxe Sinnfindung im-
pliziert, insofern sie Kraft zum Ertragen des Unerträglichen freisetzen kann,
soll dabei keinesfalls verneint werden. Ein „religiöses coping“ setzt – aus theo-
logischer Perspektive – aber nicht religiöse Zustimmung oder religiöses Ein-
verständnis voraus, sondern kann auch *Protest im Medium der Religion* sein,
wie ihn beispielsweise die Klage darstellt.³² Dieses paradoxe coping ist kaum
mit dem Konzept des *Spiritual Care* kompatibel, das auf Akzeptanz abzielt.³³

Die Klinikseelsorge darf sich deshalb nicht von dem Kontext des Kran-
kenhauses, in dem sie arbeitet, vereinnahmen lassen, wenn sie die religiöse
Dimension, die sich von der Gesundheits- und Organisationsperspektive des
Krankenhauses signifikant unterscheidet, überzeugend zur Geltung bringen
will. Die Klinikseelsorge ist nicht Teil des Krankenhauses, sie bewegt sich
vielmehr „zwischen Kirche und Krankenhaus“³⁴. In diesem *Spannungsfeld*
muss sich Krankenhauseelsorge bewähren. Seelsorge ist deshalb nicht an der
Leitunterscheidung gesund/krank orientiert, auch wenn seelsorgerliche Be-
gleitung gesundheitsförderliche Wirkungen haben kann. Doch stellen sich
diese gesundheitsförderlichen Wirkungen in der Regel nur dann ein, wenn
sie gleichsam latent und unausgesprochen als „Nebenwirkung“ mitlaufen und
nicht, wenn sie offensiv angestrebt werden.

5.3 Die Metaphorisierung von Krankheit

Eine Funktionalisierung von Religion und Seelsorge für Gesundheit oder
Wellness ist nicht nur im Hinblick auf das Selbstverständnis von Religion pro-
blematisch, sie überschätzt zugleich die Interdependenzen von Leib und Seele,
von Religion und Medizin. Diese sind keineswegs immer gegeben: Psychische
und somatische Prozesse sind nicht kausallinear aufeinander abbildbar, die
Zusammenhänge zwischen beiden sind, sofern sie denn existieren, sehr viel
komplexer. *Susan Sontag* hat in diesem Sinn sehr nachdrücklich vor eine *Psy-
chologisierung und Spiritualisierung* von körperlichen Krankheiten wie z. B.
Krebs gewarnt und betont, dass die Realität der Krankheit als Krankheit nicht
untergraben werden dürfe.³⁵

³⁰ Vgl. *Manfred Josuttis*, Der Sinn der Krankheit. Ergebung oder Protest?, in: *ders.*, Praxis des
Evangeliums zwischen Politik und Religion. Grundprobleme der Praktischen Theologie,
München 1974, 117–141, hier 129.

³¹ Ebd., 130.

³² Vgl. *Isolde Karle/Günter Thomas*, Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Eine
Einführung in das Problemfeld, in: *dies.* (Hgg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Ge-
sellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, 9–22, hier
18.

³³ Vgl. *Roser*, Innovation Spiritual Care, 50.

³⁴ *Christoph Morgenthaler*, Seelsorge, Gütersloh 2009, 333.

³⁵ *Susan Sontag*, Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern, Frankfurt a. M. 2005, 51.

Damit sollen psychosomatische Interferenzen nicht gelehnet, aber doch darauf aufmerksam gemacht werden, dass viele somatische Krankheiten unabhängig von der Psyche oder Persönlichkeitsstruktur eines Menschen schlicht kontingent und „ohne Botschaft“ auftreten. *Sontag* erinnert in diesem Zusammenhang an die historische Dämonisierung von Lepra und die Mythisierung von Tuberkulose – zwei Krankheiten, von denen wir heute wissen, dass sie unabhängig von psychischen Prozessen entstehen und auch geheilt werden können. *Susan Sontag*, die an Krebs verstarb, plädiert auf diesem Hintergrund für eine *Entdämonisierung von Krankheiten*, um sie auf diese Weise gleichzeitig für die Betroffenen erträglicher zu machen. Krankheiten sind keine Gottesurteile, sie sind in aller Regel nicht Folge von Sünde oder Ausdruck einer deformierten Persönlichkeit, sie sind vielmehr schmerzvolle und manchmal leider auch tödliche Erfahrungen, die zur Nachtseite des Lebens gehören. Für *Susan Sontag* ist deshalb die ehrlichste Weise, sich mit Krankheit auseinanderzusetzen, „und die gesündeste Weise, krank zu sein“, der Mystifizierung und Psychologisierung von Krankheit größtmöglichen Widerstand entgegenzusetzen.³⁶

5.4 Die Eigenständigkeit der Krankenhausseelsorge

Nun ist die Palliativmedizin selbst ein Grenzbereich der Medizin, insofern sich auf sie die Unterscheidung gesund/krank nicht mehr sinnvoll übertragen lässt. Menschen auf der Palliativmedizin werden nicht mehr gesund, sie haben eine begrenzte Lebenserwartung, kurative Therapien werden nicht mehr angestrebt. Außer einer wirksamen Schmerztherapie und guten Pflege kann nicht mehr viel getan werden. Das Medizinsystem stößt in der Palliativmedizin insofern an seine Grenzen. Es ist deshalb kein Zufall, dass die Forschungen zu *Spiritual Care* ausgerechnet aus der Palliativmedizin kommen. Anders als sonst im Krankenhaus steht nicht die medizinische Behandlung im Mittelpunkt, sondern die Begleitung von sterbenden Menschen, die nicht nur ihre somatischen, sondern auch ihre seelischen und geistigen Bedürfnisse zu berücksichtigen sucht. *Roser* bemerkt völlig richtig, dass angesichts des Todes immer noch ein organisationales Wissen davon vorhanden sei, dass Sterblichkeit und Fragmentarität vor allem nach einer religiösen Deutung verlangen. Auf den Palliativstationen, nicht im Normalbetrieb eines Krankenhauses, auch nicht auf den normalen Onkologiestationen, auf denen noch kräftig therapiert wird, wird deshalb ein holistisches Behandlungskonzept entwickelt, das die spirituall-religiöse Dimension bewusst mit einzubeziehen sucht.

So sinnvoll in diesem Zusammenhang ein „multiprofessionelles Behandlungsteam“ und -konzept sein mag, so zweifelhaft erscheint es mir, daraus die Konsequenz zu ziehen, Krankenhausseelsorge prinzipiell als *vierte Säule im Gesundheitswesen* zu etablieren. Denn für das Gesundheitssystem als

³⁶ Ebd., 9.

ganzes gilt sehr wohl die Leitunterscheidung gesund/krank und nicht etwa transzendent/immanent. Das übrige Krankenhaus funktioniert nicht wie die Palliativstation, es kann und darf auch nicht so funktionieren, weil es sich darum kümmern muss, Menschen nach Möglichkeit wieder gesund zu machen – durch Therapien, Operationen, Medikamente, mithin durch medizinische Entscheidungen und Handlungen. Wenn sich die Seelsorge mit dem Unternehmen Krankenhaus insgesamt identifizierte und sich damit der Leitcodierung gesund/krank unterwerfen würde, gewänne sie vielleicht strukturell an Bedeutung, sie verlöre aber ihr Alleinstellungsmerkmal, ihre spezifisch religiöse Perspektive, die keineswegs gegen das Krankenhaus gerichtet ist, aber doch *in Differenz zu dessen Leitcodierung* steht und gerade dadurch besondere Ressourcen in der Begleitung für Kranke zu erschließen vermag. „Betroffene suchen [in der Seelsorge] Religion und nicht Medizin auf, weil sie ihre Belange nicht mit der Leitdifferenz ‚gesund/krank‘ beschreiben und dies auch von Anbieterseite vermieden wissen wollen. Dass man keine Diagnose bekommt, ist die Hoffnung und der Vertrauensvorschuss, den Religion hat.“³⁷

Die besondere Stärke der Seelsorge im Krankenhaus ist insofern wesentlich mit der Eigenständigkeit und Unabhängigkeit ihres Auftrags verknüpft. Der Krankenhauseelsorger/die Krankenhauseelsorgerin ist Beauftragter der Kirche oder Gottes – nicht des Krankenhauses. Die Krankenhauseelsorge kann deshalb im Grenzfall auch quer zur Logik des Systems Krankenhaus liegen. Krankenhauseelsorge muss, wenn sie glaubwürdig sein will, jeden Anschein in Richtung Manipulation vermeiden in dem Sinne, dass ein Patient oder eine Patientin dazu gebracht werden soll, sich schlussendlich den vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen zu fügen.

Hans Christoph Piper erzählt dazu ein Beispiel: Eine sterbende Frau im Krankenhaus weigert sich konsequent, Nahrung oder Wasser zu sich zu nehmen. Sie fühlt sich belogen und betrogen vom Klinikpersonal, weil man sie in diesem Zustand noch einmal therapieren wollte und ihren Wunsch, in Ruhe zu sterben, nicht respektierte. Bevor der Pfarrer sie aufsucht, wird er vom Pflegepersonal gebeten, die Frau dazu zu bringen, endlich etwas zu essen und zu trinken. Er lässt sich darauf zunächst ein, schwenkt dann aber um – und kann der Frau im Endeffekt gerade dadurch helfen. Er schlägt ihr schließlich vor, ihr etwas zu trinken zu geben, was die Frau erleichtert und dankbar annimmt: „Das ist aber gut. Ich dachte schon, ich müßte verdursten.“³⁸

Die *Eigenständigkeit der Krankenhauseelsorge* ist ein hohes Gut. Seelsorgerinnen und Seelsorger können im Krankenhaus die Stellung des Patienten/der Patientin zu stärken versuchen. Sie können Nöte, Wünsche und Kritik, die sie hören, in geeigneter Weise an Verantwortliche weiterleiten. Dazu ist ein guter Kontakt zum Krankenteam erforderlich, zugleich aber auch Un-

³⁷ *Emlein*, Familiendynamik 31, 232.

³⁸ *Hans-Christoph Piper*, Der Hausbesuch des Pfarrers. Hilfen für die Praxis. Mit einem Beitrag von *Eleonore Olszowi*, Göttingen 1985, 85.

abhängigkeit, um auf problematische Perspektiven im Einzelfall hinweisen zu können und nicht zuletzt auch, um im Hinblick auf Therapie und Pflege Beobachtungen und Wahrnehmungen kommunizieren zu können, die sich der Außenperspektive der Krankenhausseelsorge verdanken.³⁹ Krankenhausseelsorge kann weder „reibunglos Teil des Systems werden noch prinzipiell gegen das System arbeiten. KrankenhausseelsorgerInnen müssen ihren Auftrag immer wieder neu reflektieren und sie können nicht arbeiten, ohne im System verortet zu sein, aber sie bleiben in gewisser Weise Fremdlinge mit einem besonderen Blick, der sich von ihrem Auftrag her bestimmt.“⁴⁰

5.5 Gefahren des Holismus

Es ist die Frage, ob ein holistisches Behandlungskonzept prinzipiell erstrebenswert ist. Das hieße ja, dass eine Patientin dem Arzt außer ihren körperlichen Beschwerden auch noch ihre psychischen Belastungen und religiösen Einstellungen bei der Anamnese zu kommunizieren hätte. Gerade in einer Situation existentieller Abhängigkeit kann es sehr befreiend sein, dass der Arzt sich „nur“ um meinen Körper kümmert und diesen auch nur technisch und nicht etwa ganzheitlich betrachtet und ich darüber hinaus nicht auch noch über meine religiösen und sonstigen Werthaltungen bei der Anamnese Rechenschaft ablegen muss. Ganzheitlichkeit kann totalitäre und beklemmende Züge annehmen, die die individuelle Selbstbestimmung empfindlich reduzieren.

In diesem Sinne ist es nicht nur reduktionistisch und simplifizierend, wenn Personen in der funktional differenzierten Gesellschaft in der Regel nur „flach“ adressiert werden, sondern auch und nicht zuletzt ein großer Zugewinn an individueller Freiheit. Ich muss kein religiöses Bekenntnis ablegen und zum Glück auch nicht meine sexuellen Vorlieben kommunizieren, um mich an Gesellschaft, an Wahlen, an Bildung oder (in der Regel) auch an Medizin zu beteiligen. Auf diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, dass die Seelsorge im Krankenhaus zwar eine „tiefe“ Adressierung anbietet, dass dieses Angebot aber jederzeit, da gänzlich freiwillig, ausgeschlagen werden kann. Seelsorge kann dann entweder unterbleiben oder sich auf eine gesellige, zielfreie Interaktion konzentrieren, die primär der wertschätzenden Würdigung im Sinne taktvoller Kommunikation dient. Es ist gerade die Stärke der Seelsorge, ganz *offen* zu sein und keinen irgendwie gearteten therapeutischen Zielen als vierter Säule im Gesundheitswesen, deren Erfüllung oder Nichterfüllung dann nach bestimmten Kriterien gemessen und evaluiert werden müsste, unterworfen zu sein.

³⁹ Michael Klessmann, Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, in: ders. (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 2008, 13–27, hier 19.

⁴⁰ Reinhard Feuersträter/Hildegard Hamdorf-Ruddis, Zwischen System und Auftrag. Das moderne Krankenhaus als Herausforderung an die Krankenhausseelsorge, in: WzM 61 (2009), 542.

6 Religiöse Sprach- und Sinnformen – unverzichtbare Ressourcen seelsorgerlicher Kommunikation

Roser betont zu Recht, dass die Unschärfe des Begriffs Spiritualität nicht nur ein Problem, sondern auch eine Chance darstellt. Da Roser sich auf die Chancen konzentriert, sollen im Folgenden die Probleme für die seelsorgerliche Kommunikation im Vordergrund stehen. Den größten Verlust, der mit einem vagen und unbestimmten Religions- oder Spiritualitätsbegriff einhergeht, sehe ich darin, dass er zu einer *Entkonkretisierung und inhaltlichen Entleerung religiöser Sprache* beiträgt. Und das ist für die Seelsorge ein sehr empfindlicher Verlust. Seelsorge lebt wie religiöse Kommunikation überhaupt von der „markanten Physiognomie“ einer kontingent gegebenen Religion, die bei jeder Bewegung, die sie macht und bei jedem Blick, den man auf sie wirft, unfehlbar an das erinnert, was sie eigentlich ist, wie es *Schleiermacher* in seinen Reden über die Religion unnachahmlich formuliert.⁴¹ Religion ist in ihrer historisch gewachsenen Gestalt immer auf konkrete Inhalte, Rituale und Sozialformen bezogen und kommunikativ verfasst. Wird Religion abstrakt und vage definiert, wird sie entkörperlicht und entsinnlicht, formalisiert und schematisiert. Übrig bleibt ein fleischloses Gerippe, dem das Wesentliche verloren ging.⁴²

Religiöse Kommunikation erschließt das Gewohnte neu. Sie kann dies aber nur tun, wenn sie sich auf *bewährte Traditionen, Symbole, Sprachformen, Riten, Gesten* und Praktiken beziehen kann, „auch auf die Gefahr hin, darin gelegentlich missverstanden zu bleiben.“⁴³ Die religiös-biblische Sprache hat gerade in ihrer Fremdheit eine eigene Artikulationskraft. Sie darf deshalb nicht komplett säkularer Alltagssprache angepasst werden, sonst verliert sie ihre Widerständigkeit und Eigensinnigkeit, ihren auf Transzendenz, auf Gott verweisenden Charakter. Wird die religiöse Sprache eine ganz vage allgemeine Sprache über Sinn und Bedeutung, ist sie kein Gegenzeichen mehr, dann verliert sie ihre religiöse Seriosität und weist nicht mehr über das Hier und Jetzt hinaus. Religion lebt davon, ein kulturelles Gedächtnis lebendig zu erhalten, das sich nicht nur auf die Gegenwart bezieht, sondern Stimmen aus einer weit entfernten Vergangenheit zu Gehör bringt, um gerade dadurch „Ungleichzeitigkeit“ zu erzeugen. Religion hat deshalb eine *anachrone Struktur* – ohne Tradition geht es nicht.

„Geformte Texte der Glaubenstradition bringen die individuellen Gefühle von Menschen in der Seelsorge in Kontakt mit der Gemeinschaft der Christinnen und Christen anderer Zeiten und Weltgegenden. Die dichterische Sprache profitiert dabei vom Erfahrungsvorsprung der Tradition. Denn im kulturellen Gedächtnis des Glaubens wird bewahrt und tradiert, was sich in

⁴¹ Vgl. *Friedrich Schleiermacher: Über die Religion. Reden an die Gebildeten unter ihren Verächtern*, Berlin 1799, in: KGA I, 2, *Günter Meckenstock* (Hg.), Berlin/New York 1984, 185–326, hier 297.

⁴² Vgl. *Krech*, *Götterdämmerung*, 17.

⁴³ Ebd., 90 f.

Jahrhunderten im Leben vieler Glaubender bewährt hat. Die geformte Sprache der Tradition kann deshalb in extremen Situationen die Zunge lösen und die Sprachlosigkeit überwinden helfen. Der Umgang mit intensiven Gefühlen bedarf der Stützung durch eine feste kommunikative Form“, die stabilisierend wirkt und Gefühlen Ausdruck verleiht.⁴⁴

Die fremde und zugleich vertraute Sprache eines bekannten Psalms oder eines alten Liedes stellt eine Form dar, die es dem Gegenüber freistellt, sich darin einzufinden oder nicht. Sie lässt eine wohltuende *Distanz*. Es kann gerade in religiöser Hinsicht eine Hilfe sein, in eine Form einzutreten und dabei eine geliehene Identität auszuprobieren: „Die spielerische Maskierung könnte eine Hilfe im halben Glauben sein, den wir meistens nur aufbringen.“⁴⁵ Deshalb singen wir auch die Choräle von *Paul Gerhardt*, in denen der Glaube in der Regel eine festere Gestalt hat, als wir ihn aufzubringen vermögen. Deshalb beten wir mit dem 23. Psalm, der ein ganz anderes Gottvertrauen in Dunkelheit und Bedrängnis vermittelt, als wir das als Individuen authentischerweise tun könnten. Die biblische Sprache hat eine *eigene Validität und Seriosität*, weil sie eine quasi überzeitliche Dimension und Gediegenheit über viele Jahrhunderte hinweg entwickelt hat.

Viele Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger berichten übereinstimmend, wie sehr sie auf tradierte biblische Sprachformen und religiös bewährte Rituale angewiesen sind. Es ist die große Chance des Rituals, dass es die Ja/Nein-Unterscheidung zu vermeiden sucht, d. h., das Gegenüber wird nicht zu einer Stellungnahme oder gar zu einem Bekenntnis herausgefordert, es muss lediglich die Bereitschaft signalisieren, passiv teilnehmen zu wollen, weiter nichts. Spricht ein Seelsorger am Ende eines Gesprächs für eine Patientin oder mit einer Patientin ein Gebet oder einen Abendsegen, dann markiert er nicht nur den rituellen Abschluss des Gesprächs, sondern signalisiert damit auch, dass er die Patientin nicht sich selbst überlässt. „Eine Angelegenheit der Transzendenz zu überantworten, [ent]nimmt sie menschlicher Verfügung [...]. Ist Gott für Sorgen zuständig, so ist der Mensch davon befreit.“⁴⁶

Deshalb löst ein vorgeformtes Gebet oder ein vertrauter Psalm bei vielen Menschen auch intensive Gefühle aus. Menschen fangen an zu weinen, bedanken sich, finden plötzlich zur Ruhe oder wollen das Gebet danach noch in Schriftform haben, um es weiter meditieren zu können. Sie sind nicht mehr allein, selbst wenn sie selbst nicht an Gott zu glauben vermögen – der *stellvertretende Glaube* des Seelsorgers gibt ihnen Halt. Er vermittelt das Gefühl: Es gibt einen Ankerpunkt außerhalb meiner selbst, außerhalb meiner Fragilität, Verletzlichkeit und Sterblichkeit. Ich bin nicht allein, sondern weiß mich von guten Mächten wohlwollend getragen und geborgen.

⁴⁴ *Christoph Dinkel*, Das Gebet als Medium der Seelsorge, in: *Praktische Theologie* 39 (2004), 129–141, hier 139.

⁴⁵ *Fulbert Steffensky*, *Wo der Glaube wohnen kann*, Stuttgart 1989, 144.

⁴⁶ *Emlein*, *Familiendynamik* 31, 229.

Hans van der Geest berichtet von einer sehr einfühlsamen Seelsorgegespräch am Sterbebett im Krankenhaus. Der Pfarrer und die sterbende Frau reden nur sehr wenig. Er hält ihre Hand. Ich zitiere aus dem Verbatim: „Ich bleibe eine Weile bei Ihnen“, sage ich. Es ist wieder still. Da öffnet sie wieder ihre Augen. Sie schaut mich an. „Ich bin so müde“, sagt sie. „Ich werde bald sterben.“ Sie spricht ganz ruhig. „Aber beten Sie mit mir“, bittet sie mich. Ihre Augen sind wieder zu. Wir halten uns immer noch die Hände. Ich bewege mich nicht, das wäre jetzt zuviel Unruhe. Es kommen mir Worte.“ Der Seelsorger betet daraufhin Worte aus Psalm 139. Daran schließt sich das Vater-unser an. Ich zitiere noch einmal: „Die bewährten Gebetsworte scheinen mir sehr feierlich zu sein. Eine letzte Gewißheit steht da, ein Halt, der nicht zusammenbricht.“ Die Sterbende sagt Amen. Sie ist nun völlig ruhig geworden. Sie schläft schließlich ein. Leise verlässt der Seelsorger das Zimmer. Zwei Stunden nach dem Besuch ist sie gestorben.⁴⁷

Ich war in der Klinikseelsorge oft erstaunt über die enorme Resonanz eines Bibelworts, eines altkirchlichen Gebets oder des Vaterunsers am Bett von schwer kranken Menschen. Selbstverständlich setzt der Umgang mit Gebet, Segen, Bibelwort ein *empathisches und behutsames* seelsorgerliches Vorgehen voraus. Es ist keineswegs immer angebracht, ein Gebet zu sprechen oder mit einem Bibelwort eine Situation zu deuten. Zugleich sind diese *religiös distinkten Sinnformen und Rituale* ganz besondere Ressourcen der Seelsorge, die weit über die individuelle Person des Seelsorgers hinausweisen und insbesondere im Zusammenhang der Sterbebegleitung nicht zu unterschätzen sind.

Bibelworte, Gebete, Lieder, Segenshandlungen sind konkrete religiöse Sinnformen einer bestimmten Tradition. Der *Segen* markiert den göttlichen Zuspruch dabei in besonders eindrücklicher Weise, weil er über die verbale Kommunikation hinaus die körperliche Berührung eines Menschen voraussetzt. Solch distinkte Sprach- und Sinnformen repräsentieren keine allgemeine Menschheitsreligion. Sie setzen vielmehr die Bindung des Seelsorgers und der Seelsorgerin an eine bestimmte Religion und Tradition voraus. Innerhalb des Konzeptes von *Spiritual Care*, das die Seelsorge in das Behandlungskonzept eines säkularen, weltanschaulich neutralen und multireligiösen Krankenhauses integriert, scheint es schwer vorstellbar, in der seelsorgerlichen oder spirituellen Begleitung so konkret und direkt mit ganz bestimmten, religiösen Sinnformen zu kommunizieren. Die Vagheit des Spiritualitätsbegriffs impliziert zwar eine große Offenheit, aber der Preis, der dafür zu zahlen ist, ist hoch: Es ist der Preis der Entkonkretisierung und Entsinnlichung der Religion.

⁴⁷ *Hans van der Geest*, Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge, Zürich ⁵2005, 177 f.

7 Schlussbemerkungen

Die Krankenhausseelsorge ist herausgefordert, behutsam darüber nachzudenken, inwiefern und unter welchen Bedingungen sie sich in ein multiprofessionelles Team zur Begleitung von Sterbenden integrieren lassen möchte. Das Konzept des *Spiritual Care* sollte dabei besonders auf Palliativstationen gewürdigt und intensiv bedacht werden. Es stärkt die Bedeutung der Seelsorge in der Struktur und Logik des Medizinsystems und holt sie aus einem antagonistischen Verhältnis zum Krankenhaus heraus. Meine Bedenken richten sich gleichwohl gegen die Vorstellung, die Klinikseelsorge insgesamt zur vierten Säule im Gesundheitswesen zu machen und damit gänzlich dem Gesundheitssystem einzugliedern. Aus meiner Sicht verlöre die Seelsorge dabei sowohl im Hinblick auf ihre grundsätzliche Offenheit und Zielfreiheit in der Kommunikation als auch im Hinblick auf ihre religiösen Ressourcen und inhaltlichen Perspektiven ihr entscheidendes Potential. Nicht zuletzt scheint mir die Rolle der Seelsorgerin als Repräsentantin von Kirche oder Gott dabei unterschätzt. Seelsorger sind Seelsorger – und sollten es bleiben. Nur auf diesem Hintergrund wird ihnen ein großer Vertrauensvorschuss im Krankenhaus entgegen gebracht.

Prof. Dr. Isolde Karle, Lehrstuhl für Praktische Theologie, Universitätsstraße 150, 44801 Bochum; E-Mail: isolde.karle@rub.de.