

Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care

Die praktisch-theologische Debatte und ihre professionstheoretischen Konsequenzen

Stefan Gärtner

Zusammenfassung

In dem Artikel werden aktuelle Auseinandersetzungen um das Verhältnis der christlichen Seelsorge zu Spiritual Care analysiert. Statt der Alternative von Integration oder Konkurrenz wird eine Mittelposition zur Diskussion gestellt. Über eine domänenspezifische Professionalisierungstheorie können die jeweiligen Stärken der verschiedenen Formen spiritueller Begleitung im Krankenhaus zum Wohle der Patientinnen und Patienten interdisziplinär verbunden werden.

In den letzten Jahrzehnten gibt es ein zunehmendes Interesse an Spiritualität als integralen Bestandteil von Pflege, Behandlung und Therapie. Es gewinnt insbesondere in der Palliativmedizin, der Gerontologie, der Psychotherapie und der Hospizarbeit an Bedeutung. Entwicklungen im angloamerikanischen Raum hinterließen auch in den deutschsprachigen Ländern immer mehr Spuren.¹ Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte geben dieser Erfahrungsebene im Rahmen ihrer Arbeit als Spiritual Care einen Platz, insbesondere beim Umgang mit radikaler Kontingenz wie Sterben und Tod oder an den Grenzen der medizinischen Machbarkeit. Ihr Ziel ist es, die weltanschaulichen Ressourcen der Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung einer Krankheit, bei Fragen am Lebensende, zur Erhöhung des Wohlbefindens oder zur Unterstützung des Copings zu nutzen. Spirituelle Aspekte können so den Heilungsprozess positiv beeinflussen.²

Diese Entwicklung sollte die Krankenhausseelsorge begrüßen. Von der neuen Wertschätzung für Spiritualität im Krankenhaus darf sie nicht zuletzt einen Plausibilitätsgewinn für sich selbst erhoffen. Auf der anderen Seite reagiert die Pastoral auf die Entstehung eines Seelsorgeäquivalents mit gemischten Gefühlen. Dies erscheint ihr als Angriff auf die Alleinzuständigkeit der Kirchen für religiöse Fragen im Gesundheitswesen. Außerdem werden die Krankenhausseelsorge und die Praktische Theologie sich durch das Aufkommen der Spiritual Care ihrer begrenzten Innovationsfähigkeit bewusst. Denn „nicht die Seelsorgediskussion innerhalb der christlichen praktischen Theologie hat Spiritual Care stark gemacht; vielmehr wurde Spiritual Care durch ein spezielles Setting im medizinischen Care-Bereich begründet, entwickelt und eingefordert“³.

Spiritual Care hat sich innerhalb der Gesundheitsberufe entwickelt, manchmal zwar im Kontakt zur Klinikseelsorge, aber als eigenständige Etablierung einer neuen Querschnittsaufgabe für alle Professionen im Krankenhaus.⁴ Eine mögliche Folge ist, dass ungute Abgrenzungen zu denen entstehen, die auf diese Fragen im Krankenhaus spezialisiert sind: zu der Seelsorgerin oder dem Seelsorger. Wie immer die Kirchen an diesem

¹ Vgl. *Diakonisches Werk der EKD u. a.* (Hg.): *Spiritualität in der Pflege*, Neukirchen-Vluyn 2010; *Isabella Noth / Claudia Kohli Reichenbach* (Hg.): *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*, Zürich 2014; *Constantin Klein u. a.* (Hg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*, Weinheim/München 2011.

² Vgl. *Harold G. Koenig u. a.* (Hg.): *Handbook of religion and health*, Oxford/New York ²2012.

³ *Claudia Kohli Reichenbach*: *Spiritualität im Care-Bereich. Begriffsklärungen zu Palliative Care, Spiritual Care und Spiritualität*, in: Noth/dies. 2014, 11–22, hier 15.

⁴ Vgl. *Eckhard Frick*: *Spiritual Care: Eine neue Querschnittsaufgabe entsteht*, in: *Walter Schaupp / Wolfgang Kröll* (Hg.): *Gesundheitssorge und Spiritualität im Krankenhaus*, Innsbruck/Wien 2014, 55–68.

Punkt reagieren, es dürfte deutlich sein, dass Spiritual Care eine aktuelle Herausforderung für die Krankenhauseelsorge darstellt.

Ich möchte zunächst zwei exponierte praktisch-theologische Positionen zu Klinikseelsorge und Spiritual Care gegenüberstellen. Danach schlage ich eine Mittelposition vor, die insbesondere auf die professionstheoretischen Aspekte unseres Themas abhebt. Weder kann Krankenhauseelsorge in Spiritual Care aufgehen noch sollte sie sich von den genannten Entwicklungen abkoppeln. Ich situiere meinen Vorschlag demnach bei denen, die in der evangelischen wie der katholischen Praktischen Theologie eine Kooperation beider Formen spiritueller Begleitung im Krankenhaus fordern im Bewusstsein der jeweiligen Eigenheiten und Differenzen.⁵

1. Spiritual Care und konfessionelle Seelsorge. Integration oder Konkurrenz?⁶

Während die Krankenhauseelsorge in anderen Ländern bereits weitgehend in Spiritual Care bzw. Counseling aufgegangen ist, stellt sich in Deutschland die Frage, wie die Beziehung zwischen vermeintlich neutraler Spiritual Care und konfessionell gebundener Pastoral bestimmt werden kann. Zwei evangelische Praktische Theologen können als Exponentinnen der Außenpositionen in dieser Debatte gelten.

1.1 Das Integrationsmodell

Traugott Roser plädiert für eine Integration der Krankenhauseelsorge als Spiritual Care in das Gesundheitswesen. Sie erhält damit einen hybriden Status, weil sie als Exponentin des Religionssystems Teil des Gesundheitssystems sein will. Die Spannung einer solchen Lösung ist, dass Seelsorge zwar als integraler Bestandteil von Spiritual Care im Krankenhaus verstanden werden kann, dabei jedoch als kirchliches Angebot systemextern bezahlt und legitimiert wird.⁷ Ihr konfessionelles Profil darf aber dem Beitrag der Seelsorge zu einem holistischen Behandlungskonzept in einem säkularen Setting nicht im Wege stehen. Es ist deutlich, dass dies nicht immer problemlos gewährleistet werden kann, etwa wenn die Konfessionsgemeinschaften Bedenken bei bestimmten Behandlungs- oder Therapieformen anmelden. Auch umgekehrt gibt es im weltanschaulich neutralen Kontext eines Krankenhauses manchmal Vorbehalte gegenüber einer kirchlichen Amtsperson. Werden ihr zum Beispiel passende Räumlichkeiten für Einzelgespräche oder liturgische Feiern zur Verfügung gestellt?

Roser gründet sein Konzept auf einem weiten Spiritualitätsverständnis.⁸ In einer multikulturellen Gesellschaft gelte es die Begrenzungen konfessioneller Seelsorge zu überwinden. So kann man allen Patientinnen und Patienten gerecht werden, die von ganz unterschiedlichen, religiösen wie nichtreligiösen Lebenskonzepten ausgehend das Bedürfnis nach spiritueller Begleitung im Krankenhaus haben.⁹ Diesem Bedürfnis kann

⁵ Vgl. *Eberhard Hauschildt*: „Spiritual Care“ – eine Herausforderung für die Seelsorge?, in: *Materialdienst der EZW 76* (2013), 83–90; *Doris Nauer*: *Spiritual Care statt Seelsorge?*, Stuttgart 2015, 140–164.

⁶ Vgl. *Birgit Heller / Andreas Heller*: *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse*, Bern 2014, 25f.

⁷ Vgl. *Traugott Roser*: *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*, Stuttgart 2007, 245.

⁸ Vgl. a.a.O., 269–271.

⁹ Vgl. a.a.O., 249–254.

Seelsorge als Teil von Spiritual Care nur mit einer großen Offenheit gerecht werden. Ein weiter Spiritualitätsbegriff und die damit implizierte Unverfügbarkeit dieser Dimension enthält darüber hinaus ein Emanzipationsmoment, das die Patientinnen sowohl von den Absolutheitsansprüchen der Kirchen als auch von der Dominanz des medizinisch-technischen Paradigmas im Krankenhaus befreien kann.¹⁰ Stattdessen stehen das Individuum und seine aktuelle Not im Mittelpunkt. Spiritualität wird im Gesundheitswesen konsequent vom Einzelnen her gedacht. Sie ist „genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält“¹¹.

Empirische Untersuchungen in den USA zeigen, dass dieser Ansatz durchaus wirkmächtig ist. Viele *spiritual caregivers* und *chaplains* hantieren im dortigen öffentlichen Gesundheitswesen als Strategie sowohl das *neutralizing*, also den Gebrauch einer allgemeinen spirituellen Sprache ohne konfessionelle Bezüge, als auch das *code-switching*, das heißt die Übernahme der Sprache des jeweiligen Patienten.¹² Dabei stellt sich allerdings die Frage, ob das weltanschauliche Profil der Krankenhauseelsorgerin oder des -seelsorgers selbst ausreichend Berücksichtigung findet. Können sie von ihrer eigenen Identität absehen und als Chamäleon ganz unterschiedlichen spirituellen Bedürfnissen dienen oder müssen sie nicht auch die Differenzen ernst nehmen, die in einem spätmodernen Setting beim Kontakt mit Patientinnen entstehen? Die pastorale Mitarbeiterin hat auch ein eigenes religiöses Profil anzubieten. Neben Verständnis, Respekt und Empathie für fremde Auffassungen kann das Austragen der sichtbar werdenden Unterschiede zur Weltanschauung des anderen ebenfalls heilsam für Patientinnen und Patienten sein.

Daneben ist die Frage, ob ein neutraler *one-size-fits-all* Ansatz in Seelsorge und Spiritual Care, der es jedem recht machen will, nicht letztlich niemandem wirklich gerecht wird. Stattdessen gilt es die individuelle Spiritualität eines Patienten als eine je konkrete wahrzunehmen.¹³ Seine Weltanschauung ist nicht im luftleeren Raum entstanden, sondern unter Bezugnahme auf kollektive Glaubensüberzeugungen und Praktiken. Offenheit für die Bedürfnisse anderer muss dann kein Widerspruch zur Kommunikation auch der eigenen Überzeugungen sein.¹⁴ Dadurch wird die Wertschätzung nicht weniger, die ein *caregiver* der Konstruktion der je individuellen Weltanschauung einer Patientin entgegenbringt.

1.2 Das Konkurrenzmodell

Isolde Karle hat in ihrer Auseinandersetzung mit Rosers Konzept ebenfalls auf die akzeptierte Unbestimmtheit im Spiritualitätsverständnis hingewiesen. Daneben kritisiert sie die einseitige Individualisierung dieser Dimension.¹⁵ Damit könne Spiritual Care für die Anliegen der säkularen Organisation leichter instrumentalisiert werden, wodurch die

¹⁰ Vgl. *Ders.*: *Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive*, in: *Eckhard Frick / Ders.* (Hg.): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Stuttgart ²2011, 45–55.

¹¹ A.a.O., 47.

¹² Vgl. *Wendy Cadge / Emily Sigalow*: *Negotiating religious differences. The strategies of interfaith chaplains in healthcare*, in: *JSSR* 52 (2013), 146–158.

¹³ Vgl. *Michelle J. Pearce*: *Addressing religion and spirituality in health care systems*, in: *Kenneth I. Pargament u. a.* (Hg.): *APA Handbook of psychology, religion, and spirituality II*, Washington 2013, 527–541.

¹⁴ Vgl. *Eckhard Frick*: *Spiritual Care in der Humanmedizin: Profilierung und Vernetzung*, in: *Klein u. a.* 2011, 407–420, hier 416f.

¹⁵ Vgl. *Isolde Karle*: *Perspektiven der Krankenhauseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care*, in: *WzM* 62 (2010), 537–555, hier 544–546.

verbleibenden Unterschiede zwischen Religions- und Gesundheitssystem nivelliert werden. Zwar ist Pastoral als Spiritual Care fest ins Krankenhaus integriert, aber es drohe eine Verzweckung durch die dominante Behandlungslogik. Demgegenüber operiere Seelsorge nicht mit der Leitunterscheidung gesund/krank, sondern immanent/transzendent. Sie tut dies immer schon im Rahmen einer bestimmten religiösen Tradition und Glaubensgemeinschaft. Spiritual Care verbleibe dagegen im Allgemeinen, wodurch faktisch einer Entsubstantialisierung von Spiritualität Vorschub geleistet werde.

Die Stärke der Seelsorge als ausdrücklich kirchlicher Auftrag mit dem „Alleinvertretungsmerkmal“¹⁶ der religiösen Kommunikation wurzelt für Karle gerade in ihrer Eigenständigkeit gegenüber dem Krankenhaus. Seelsorge erfüllt ihren Zweck bereits in sich selbst, auch wenn sie als Nebeneffekt zur Gesundung beitragen kann. Aber sie bietet keine Lösungen und will nicht mit den Patienten Behandlungsziele erreichen, sondern sie zeichnet sich insbesondere beim Umgang mit den Kontingenzen einer Lebensgeschichte aus, die sich als nicht therapier- oder behandelbar erweisen. Das Christentum eröffnet auch da eine Sinnperspektive, wo die menschlichen Bemühungen an ihre Grenzen stoßen, ohne dass damit einer oberflächlichen Vertröstung das Wort geredet werden soll.¹⁷

Die Gefahr der Abstraktion als Konsequenz eines breiten Spiritualitätsverständnisses sollte jeder Form von Seelsorge oder Spiritual Care bewusst sein, unabhängig vom jeweiligen Konzept. Andererseits droht bei einer Identifizierung von Religion mit dem konfessionellen Christentum eine Abwertung anderer spiritueller Ausdrucksformen, auch wenn dies nicht der Intention der meisten Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger entspricht. Trotzdem stehen sie vor der Aufgabe, nicht alles über den christlichen Leisten zu schlagen.¹⁸ Weitere Kritikpunkte an der Position von Karle sind, dass darin die spirituellen Kompetenzen der anderen Professionen im Krankenhaus und auch die der Ehrenamtlichen abgewertet werden, insofern die professionelle Seelsorge einen Monopolanspruch für diese Fragen erhebt. Das passt zwar zur funktionalen Differenzierung des Gesundheitswesens, in dem die eine Berufsgruppe nur für das Geistige und die andere ausschließlich für das Körperliche zuständig zu sein scheint. Allerdings ist diese Unterscheidung an und für sich problematisch und die Wirklichkeit der Patientinnen und Patienten verläuft quer zu solchen Differenzierungen. Sie benötigen gerade einen ganzheitlichen Ansatz mit einer interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen *caregiver*.¹⁹

2. Domänenspezifische Kooperation im Bewusstsein des Eigenen und des Differenten. Sechs professionstheoretische Thesen

Welche Konsequenzen lassen sich aus den diskutierten praktisch-theologischen Konzepten zu Seelsorge und Spiritual Care ziehen? Die Lösung scheint mir in einer Verbindung der berechtigten Anliegen zu liegen, die im Gespräch mit Roser und Karle deutlich ge-

¹⁶ Vgl. a.a.O., 550.

¹⁷ Vgl. *Stefan Gärtner*: Grenze als theologischer Ort in der Seelsorge, in: *WzM* 65 (2013), 295–306.

¹⁸ Vgl. *Michael Klessmann*: Im Strom der Zeit ... Von der evangelischen über die ökumenische zur interkulturellen Seelsorge und spiritual care, in: *WzM* 66 (2014), 5–18, hier 15f.

¹⁹ Vgl. *Ralph Charbonnier*: Seelsorge in der Palliativversorgung. Konzeptionelle, kommunikative und organisatorische Aspekte einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit, in: *Christiane Burbach* (Hg.): ... bis an die Grenze. Hospizarbeit und Palliative Care, Göttingen 2010, 165–189.

worden sind. Beide weisen im Übrigen selber darauf hin, dass man zwischen Pastoral und Spiritual Care keine künstlichen Gräben aufwerfen sollte.

2.1 Auf das säkulare Krankenhaussetting einlassen

Die unterschiedlichen Professionen im Krankenhaus leisten einen je eigenen Beitrag zur *cure* und *care*. Sie verfolgen dabei gemeinsame Ziele, die durch die Organisation vorgegeben sind. Wenn es der Klinikseelsorge nicht mehr gelingt, ihren Mehrwert für die Einrichtung plausibel zu machen, gerät ihre Position unter Druck. Sie wird dann von der Spiritual Care beerbt und in einen kirchlichen Sonderraum im Krankenhaus zurückgedrängt, den sie auf Dauer nur über eine externe Legitimation und Finanzierung erhalten kann. Die Position der Seelsorge in einem weltanschaulich neutralen Setting muss also durch einen effektiven Beitrag zu den Organisationszielen unterbaut werden. Dann wird sie auf der Leitungsebene und von den anderen Professionen als interessante Partnerin anerkannt.

Die Expertise einer Profession kann die Zielsetzungen einer säkularen Organisation dominieren. Im Krankenhaus ist das medizinische und ökonomische Denken vorherrschend. Allerdings entstehen immer wieder Situationen, in denen die Grenzen dieses Denkens deutlich werden. Die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Hilfe, bei der die unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen einer Krankheit Beachtung finden, wird dann einsichtig. Das war auch der Entstehungsgrund der Spiritual Care. So kann etwa das Reinigungs- oder Pflegepersonal wichtige Informationen über die spirituellen Bedürfnisse der Patienten erhalten.²⁰ Manche erleben die Unterbrechung ihres Alltags durch eine Krankenhausaufnahme als radikale Kontingenzerfahrung. Der Sinnzusammenhang des Lebens wird fragil und erfordert unter Umständen eine Neubestimmung. Für diese Fragen macht die Seelsorge ein Kommunikationsangebot.

Ihr Interesse sollte dabei die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen sein.²¹ Das bedeutet nicht, dass sich die Pastoral damit für seelsorgefremde Ziele im Krankenhaus instrumentalisieren lässt. Es hilft an dieser Stelle, zwischen *immediate* und *ultimate goals* zu unterscheiden.²² Die Klinikseelsorge verfolgt eigene Interessen, die aber nicht in Widerspruch zu den übergreifenden Zielen der Einrichtung zu stehen brauchen. Wenn sie die Lebensgeschichte einer Patientin oder eines Patienten auf ihre religiösen Aspekte hin abtastet (*immediate goal*), dann kann dies zur Gesundung beitragen, zu der alle Professionen im Krankenhaus einen je eigenen Beitrag leisten (*ultimate goal*).

2.2 Konkurrenzdenken vermeiden

Trotzdem bleibt die Seelsorge mit Blick auf ihre historische Bedeutung und ihre privilegierte Stellung im Krankenhaus durch das Aufkommen der Spiritual Care herausgefordert. Die Alleinzuständigkeit für religiöse Fragen wird den Kirchen genommen. Eine Gefahr ist, dass hieraus unfruchtbare Konkurrenzverhältnisse entstehen.²³ Die Krankenhauseelsorge sollte sich von Spiritual Care aber nicht bedroht fühlen und sich auf das

²⁰ Vgl. Heller / Heller 2014, 31f.

²¹ Vgl. Isabelle Noth: Seelsorge und Spiritual Care, in: Dies. / Claudia Kohli Reichenbach 2014, 103–115, hier 111–115.

²² Vgl. Wim Smeets: Ministry and spiritual care, in: JET 26 (2013), 87–119, hier 97–100.

²³ Vgl. Nauer 2015, 168–172.

Recht der Älteren zurückziehen. Damit schafft man künstliche Konflikte, die nicht zuletzt auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden.

In der Vergangenheit waren Medizin und Religion viel enger miteinander verwoben.²⁴ Je säkularer das Gesundheitswesen mit der Moderne wurde, desto mehr wurde die christliche Seelsorge „seen more exclusively as the keeper of the spiritual keys.“²⁵ Diese Monopolstellung scheint heute angegriffen zu werden, wenn andere Professionen Zuständigkeit für die spirituelle Domäne mit übernehmen und dabei gleichzeitig die Einheit von körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Gesundheit wieder herzustellen versuchen. Nun zeigt sich, dass man dies zur Not auch ohne die Pastoral und die christlichen Kirchen kann. Ein zugespitztes Konkurrenzdenken dürfte darum letztlich zur Herauslösung der Klinikseelsorge aus dem primären Prozess in den Einrichtungen führen.

2.3 Spiritualität als Domäne der Seelsorge im Krankenhaus gestalten

Mit einer domänenspezifischen Professionalisierungstheorie lassen sich dagegen die Gegensätze zwischen Krankenhauseselsorge und Spiritual Care überwinden.²⁶ Sie geht davon aus, dass jede Berufsgruppe in einer säkularen Organisation einen dominanten Aspekt hat, unter der sie die Realität erschließt. Auch ihre professionstypischen Interventionen richten sich vorrangig auf eine bestimmte Domäne der Krankenhauswirklichkeit.

George Fitchett hat ein entsprechendes Modell mit sieben Dimensionen entwickelt.²⁷ Sein Ausgangspunkt war die Frage, wie die spirituellen Aspekte einer Biografie und die Bedürfnisse einer Patientin oder eines Patienten systematisch in den Blick genommen werden können (*spiritual assessment*). Natürlich verfügen jede Klinikseelsorgerin und jeder Klinikseelsorger über spontane Strategien, mit denen sie bzw. er die Lebensgeschichte ihres bzw. seines Gegenübers begreifen lernt. Wenn sie dies systematisieren, können sie ihr Handeln auch vor der Einrichtung verantworten. Dieser Aspekt wird in einem säkularen und durchökonomisierten Gesundheitssystem immer wichtiger.²⁸ Es geht dann zum Beispiel um die Frage, welchen Effekt die seelsorgliche Intervention hat und wie dieser gemessen werden kann. Es ist klar, dass eine solche *evidence based* Herangehensweise die christliche Seelsorge herausfordert.²⁹

Der Vorteil einer Integration ins Krankenhaus nach dem Domänenkonzept ist allerdings, dass Spiritualität nicht erst von außen durch die Seelsorge in das säkulare Setting eingebracht werden muss, sondern dass sie bereits als Bestandteil der Krankenhauswirklichkeit angesehen werden kann. Damit gelingt konzeptionell die Integration der spirituellen Ebene im Rahmen eines ganzheitlichen Menschenbildes und Behandlungsansatzes. Auf dieser Ebene ist der Beitrag der Klinikseelsorge anzusiedeln.

²⁴ Vgl. Ulrich H. J. Körtner: Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff. Eine interdisziplinäre Perspektive, in: Frick / Roser ²2011, 26–34.

²⁵ Cornel G. Rempel: Spiritual care in public and faith-based hospitals, in: Daniel S. Schipani / Leah Dawn Bueckert (Hg.): Interfaith spiritual care. Understandings and practices, Kitchener (Ontario) 2009, 113–126, hier 119.

²⁶ Vgl. Hans Schilderman: Religion as a profession, Leiden u. a. 2005, 53–107.

²⁷ Vgl. George Fitchett: Assessing spiritual needs. A guide for caregivers, Minneapolis 1993; ders.: Next steps for spiritual assessment in healthcare, in: Mark Cobb u. a. (Hg.): Oxford textbook of spirituality in healthcare, Oxford 2012, 299–305.

²⁸ Vgl. Rempel 2009, 113–126.

²⁹ Vgl. Frick 2011, 413–416.

2.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit suchen

Wenn jede Berufsgruppe die Arbeit an einer eigenen Domäne als ihren Beitrag zum Ganzen begreift, entsteht die Notwendigkeit der interdisziplinären Kooperation. Sonst würde die Wirklichkeit der *carereceiver* auseinanderfallen analog zu den Angeboten der verschiedenen *caregiver*. Bei der Zusammenarbeit sollte das Eigene der jeweiligen Profession zur Geltung kommen, ohne dass Mauern zwischen ihren verschiedenen Domänen errichtet werden.

Jan Hein Mooren unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen primärem und sekundärem Referenzkader. Wenn die eine Profession nicht in der anderen aufgehen soll, müssen Übereinstimmungen und Differenzen zwischen ihnen beschrieben werden können. Mooren macht beides am professionsspezifischen Fachwissen fest. Dieses hat für den jeweiligen Beruf eine heuristische Funktion. „Es bildet das Referenzkader, in dem der Professional die Wirklichkeit und die aktuelle Situation wahrnimmt, bewertet und evaluiert. Daneben hat das Fachwissen auch eine methodische Funktion: es gibt Hinweise auf das zu verfolgende professionelle Handeln und legitimiert es gleichzeitig.“³⁰ Das primäre Referenzkader steuert so die Berufsausübung. Dass darin eine bestimmte Wirklichkeitsauffassung dominant ist, schließt nicht aus, dass es sekundäre Referenzkader gibt, die ebenfalls Teil einer professionellen Identität sind. Handelt es sich dabei doch um die „Gesamtheit an Einsichten und Überzeugungen, die für die Berufsausübung unverzichtbar sind, die aber mit Blick auf die Berufsidentität eine Variable darstellen.“³¹ Es geht also um ein nicht professionsspezifisches Wissen, das gleichwohl für die Berufsausübung unentbehrlich ist.

Für die Krankenhausseelsorgerin zählen ihr Glaube und dessen theologische Verantwortung zum primären Referenzkader, so wie etwa für den Psychologen im Krankenhaus dessen jeweilige Therapierichtung und deren wissenschaftliche Durchdringung. Daneben können Einsichten und Methoden der anderen Berufe in die Arbeit integriert werden, ohne damit die eigene Domäne zu verlassen. Dieses nicht berufsspezifische Wissen ist Teil des jeweiligen sekundären Referenzkaders einer Profession. Damit lässt sich sowohl der eigene Beitrag zum Ganzen bestimmen als auch die Kooperation zwischen verschiedenen Berufen begründen.

2.5 Selbstbewusst die eigene Profession vertreten

Spiritualität kann somit als potentieller Bestandteil *jeder* professionellen Tätigkeit im Krankenhaus gelten.³² Die Klinikseelsorgerin sollte es wertschätzen, wenn etwa die Krankenschwester auf der Palliativstation einen Beitrag zur geistlichen Begleitung der Sterbenden zu leisten vermag. Interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufe ist wünschenswert jenseits von Besitzstandswahrung und der notwendigen Abgrenzung der Zuständigkeiten.³³

Die Wertschätzung für die vorhandenen Kompetenzen anderer Professionals im Krankenhaus schließt das Bewusstsein für die eigenen Stärken nicht aus. Die Tatsache, dass die spirituelle Dimension im Krankenhaus disziplinübergreifend Beachtung findet, macht

³⁰ Jan H. Mooren: *Geestelijke verzorging en psychotherapie*, Utrecht 2008, 25.

³¹ A.a.O., 30.

³² Vgl. Frick 2014, 55–68.

³³ Vgl. Noth 2014, 111–115.

Spezialisten hierfür nicht überflüssig: die Klinikseelsorgerin bzw. den Klinikseelsorger.³⁴ Spiritualität markiert im Rahmen einer domänenspezifischen Sichtweise deren primäres Bezugsfeld.

Das zeigt sich konkret in ihrem Wissensvorsprung, etwa über andere Religionen in einer multikulturellen Gesellschaft. Daneben wird der Krankenhauseelsorge eine besondere institutionelle Position in den öffentlichen Einrichtungen zugestanden, wie die Beraterrolle bei medizinethischen Fragen, das Berufs- und Beichtgeheimnis oder die Akzeptanz einer externen Legitimation im Krankenhaus. Daneben profilieren Seelsorger ihre Rolle durch professionstypische Kompetenzen, etwa durch rituelle und kommunikative Fähigkeiten wie Gottesdienst oder pastorales Gespräch, durch ihre Bereitschaft, die Situation einer Patientin mit dem breiten Horizont einer Glaubensgemeinschaft zu verbinden, oder durch die Verantwortung der Klinikseelsorge für die spirituelle Begleitung der anderen Mitarbeiter oder für deren Aus- und Weiterbildung.³⁵

Im Krankenhaus kann die Seelsorge somit auf den drei Ebenen Berufswissen, institutionelle Rolle und professionsspezifische Kompetenzen den Mehrwert der eigenen Tätigkeit für die gemeinsamen Ziele der Organisation deutlich machen. Das wird von anderen Berufsgruppen vielfach begrüßt.³⁶ Die Berufung auf angestammte Rechte dürfte dagegen eher den gegenteiligen Effekt haben.

2.6 Die spirituelle Dimension inhaltlich füllen und Differenzen wertschätzen

Zu den Kompetenzen einer Krankenhauseelsorgerin bzw. eines Krankenhauseelsorgers gehört auch, dass sie ihren eigenen Glauben kommunizieren. Das braucht kein Widerspruch zur notwendigen Offenheit für andere Weltanschauungen zu sein.³⁷ Die Unterscheidung von konfessioneller Seelsorge und weltanschaulich neutraler Spiritual Care erweist sich insofern als künstlich, als die Patientinnen und Patienten der spirituellen Dimension ihres Lebens immer schon eine konkrete Füllung geben. Seelsorge ist das Angebot, auf dieser Ebene zu handeln, so wie es der Weltanschauung eines Patienten entspricht.

Daneben vertritt auch die Seelsorgerin oder der Seelsorger eine bestimmte Weltanschauung. In der spätmodernen Gesellschaft kann gerade ein inhaltlich profiliertes Angebot der Krankenhauseelsorge eine interessante Variante für die Patienten sein.³⁸ Die Konfrontation mit dem zunehmend Fremden des Christentums kann ihnen helfen, ihr weltanschauliches Profil zu schärfen. Das Anbieten von Worten, Liedern, Gesten, Ritualen, Bildern, Erzählungen und Fragen der christlichen Traditionen muss im Krankenhaus kein Gegensatz zum notwendigen Dialog mit anderen Traditionen sein. Das Gesundheitssystem erweist sich auf der Arbeitsebene gerade nicht als weltanschaulich neutrales Setting, insofern Patientinnen diesen Raum immer schon mit ihrem Lebenstext gefüllt ha-

³⁴ Vgl. *Erhard Weiher*: Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende, in: *Norbert Feinendegen u. a.* (Hg.): *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis*, Würzburg 2014, 411–424.

³⁵ Vgl. *Joachim Reber*: *Spiritualität in sozialen Unternehmen. Mitarbeiterseelsorge – spirituelle Bildung – spirituelle Unternehmenskultur*, Stuttgart 2009.

³⁶ Vgl. *Piret Paal u. a.*: *Developments in spiritual care education in German-speaking countries*, in: *BMC Medical Education* 2014, 14–112.

³⁷ Vgl. *Frick* 2011, 416f.

³⁸ Vgl. *Bernd Beuscher*: *Opium fürs Volk oder Balsam für die Seele? Chancen und Fallstricke von Spiritualität in der Palliativmedizin*, in: *WzM* 66 (2014), 560–569.

ben. Die Krankenhauseelsorge bietet an, dies auch von der, für manche fremden christlichen Sprache inspirieren zu lassen, so wie sie auch selbst von der Begegnung mit dem Differenten profitiert.³⁹

Hierfür gilt allerdings die Voraussetzung, dass ein Klinikseelsorger seine Überzeugungen nicht verbirgt, sondern sie in jedem passenden Moment bei seiner Arbeit einbringt. Über Zustimmung oder Ablehnung können Patientinnen und Patienten hiervon profitieren, wenn sie ihre Weltanschauung und Spiritualität bewusst oder unbewusst bei der Bewältigung einer Krankheit einsetzen. Damit kann die Pastoral einen eigenen Beitrag in Kooperation mit den Akteuren der Spiritual Care zu einem ganzheitlichen Gesundheitskonzept leisten.

3. Fazit

Wenn sich die Krankenhauseelsorge der Herausforderung Spiritual Care stellen will, dann darf sie nicht in Extremen denken. Weder sollte sie in einer allgemeinen und neutralen Spiritual Care aufgehen, wodurch das Inspirierende des Christentums für den säkularen Kontext verlorenginge und die Aufgaben der Pastoral letztlich durch andere Berufsgruppen adaptiert werden könnten, noch sollte sie sich in vermeintlich sichere, tendenziell aber isolierte kirchliche Nischen in den Einrichtungen zurückziehen. Ich habe stattdessen die Stärken einer Mittelposition deutlich zu machen versucht, die die interdisziplinäre Kooperation zum Ziel hat. Über eine domänenspezifische Professionalisierungstheorie, nach der jeder Beruf einen Aspekt der vielschichtigen Krankenhauswirklichkeit zu seiner Kernaufgabe macht, habe ich den Platz der Seelsorge bestimmen können. Mit den Differenzkriterien primäres und sekundäres Referenzkader, Interdisziplinarität und Spezialistentum sowie *immediate* und *ultimate goal* habe ich dies weiter verfeinert. So entstand das Konzept einer wechselseitigen Ergänzung von Seelsorge und Spiritual Care jenseits der unfruchtbaren Alternative von Integration oder Konkurrenz.

³⁹ Vgl. *Stefan Gärtner*: Das Eigene kennen und das Fremde verstehen. Die niederländische *geestelijke verzorging* als Avantgarde spätmoderner Seelsorge?, in: *ThPQ* 162 (2014), 304–313.