

Zukunftsfähige Seelsorge im Krankenhaus?!

Ausgangssituation

Im modernen Großkrankenhaus¹ spiegeln sich viele Charakteristika einer westlich-postmodernen Gesellschaft wie in einem Brennglas. Krankenhausseelsorge kann und muss hier in exemplarischer Weise unter Beweis stellen, ob und wie es den Kirchen gelingt, in der Gesellschaft insgesamt und speziell im zentralen Bereich des Gesundheitswesens die Relevanz ihres Auftrags zur Kommunikation des Evangeliums zum Ausdruck zu bringen. Krankenhausseelsorge könnte man so gesehen als Testfall für die Bedeutung, für die Anschluss- und Sprachfähigkeit von Kirche in der modernen Welt überhaupt verstehen. Verbreitete Tendenzen in den Kirchen, hauptamtliche Krankenhausseelsorge zurückzufahren und verstärkt als Teilzeittätigkeit an parochiale Pfarrämter/Seelsorgeräume anzubinden, erscheinen vor diesem Hintergrund als kontraproduktiv. Man fällt dann doch mehr oder weniger deutlich zurück auf den seelsorglichen Besuch einzelner Kranker im Krankenhaus. Während es in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts als großer Fortschritt galt, dass die traditionelle Seelsorge am Einzelnen sich zur Krankenhausseelsorge erweiterte, also die Institution als Ganze mit ihrem kommunikativen Klima und ihrer ethischen Orientierung sowie dem dort tätigen Personal mit in den Blick nahm², würde mit der angedeuteten Veränderung diese Erweiterung mit hoher Wahrschein-

lichkeit wieder rückgängig gemacht werden und der Kontakt der Kirchen zu einem zentralen Bestandteil des Gesundheitswesens überhaupt in Frage gestellt.

Einige Charakteristika des modernen Großkrankenhauses sollen zumindest kurz skizziert werden: Vom naturwissenschaftlich-technischen Ansatz der Medizin her ist das Krankenhaus eine *säkulare Institution*. Krankheit wird verstanden als Funktionsstörung des Körpers, die (mit Ausnahme psychosomatischer Ansätze) kausal diagnostiziert und therapiert wird. Seelsorge als Angebot religiöser, sinn- und wertbezogener Kommunikation ist hier *strukturell* nicht vorgesehen und insofern tendenziell bedeutungslos. Trotzdem sind die Kirchen auf der Basis grundgesetzlicher Absicherung (GG Art. 4 und 140 Weimarer Reichsverfassung) berechtigt, Seelsorge in dieser Institution anzu-



Michael Klessmann, geb. 1943, emer. Prof. für Praktische Theologie, Herausgeber des ökumenisch angelegten Grundlagenwerks »Handbuch der Krankenhausseelsorge«.

bieten. Angesichts dieser Spannung und einer sich zunehmend säkularisierenden Gesellschaft insgesamt stellt sich umso dringender die Frage, ob Seelsorge deutlich machen kann, dass sie mit ihren Angeboten der Begleitung, der religiösen Lebensdeutung und der ethischen Reflexion eine wichtige und sinnvolle Ressource für die Institution und die in ihr arbeitenden und lebenden Menschen sein kann. Die verbreitete institutionskritische Haltung vieler Zeitgenossen gegenüber der Kirche muss durch persönlich glaubwürdiges und kompetentes Verhalten der Seelsorgepersonen immer wieder abgebaut werden. Durch Verweis auf den rasch wachsenden Forschungsbereich ›Religion – Gesundheit – Krankheitsbewältigung‹ kann Seelsorge ihre Bedeutung plausibel machen.³ Die Ökonomisierung der westlichen Gesellschaften zeigt sich in den Krankenhäusern auf besonders dramatische Weise: Die einstmals vom christlichen Gedanken des selbstlosen Dienstes am kranken Nächsten bestimmte Institution wird immer mehr dominiert von der Logik des Gesundheitsmarktes und dessen Zielen Effizienz, Rentabilität und Gewinnmaximierung. Zeit- und Arbeitsdruck steigen dadurch für das Personal kontinuierlich an und belasten die humane Zuwendung zu Patienten, die ihrerseits durch DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen) und verkürzte Liegezeiten unter Druck geraten. Patienten, die wirtschaftlich uninteressant sind (z. B. multimorbide, hochaltrige, sterbende und psychiatrische Patienten) geraten an den Rand und fordern die Seelsorge heraus, von ihrer christlichen Anthropologie her auch prophetisch-widerständig Stellung zu beziehen. Die kaum überschaubare kulturelle Vielfalt des Personals und der Patienten im Krankenhaus spiegeln die hochgradige *Pluralisierung und Individualisierung* unserer Gesellschaft. Multikulturalität und Multireligiosität (zu der auch die Konfessionslosigkeit zählt)

stellen hier den Normalfall und nicht die Ausnahme dar. Entsprechend unterschiedlich fallen die Vorstellungen von Leben, Krankheit und Gesundheit aus. Ist Seelsorge offen und sprachfähig genug, um ihr Anliegen in einem solchen Kontext verständlich und glaubwürdig vermitteln zu können? *Ethische Fragestellungen* (prä- und perinatale Themen am Lebensanfang, Fragen nach Behandlungsabbruch bzw. passiver und aktiver Sterbehilfe, ethische Fallbesprechungen etc.) gewinnen im Krankenhaus angesichts wachsender technischer Möglichkeiten und immer komplexer werdender Begründungszusammenhänge an Bedeutung. Mit fortschreitender medizinischer Forschung geht auch die *Ausdifferenzierung* des modernen Krankenhauses in hoch spezialisierte Abteilungen immer weiter. Vor diesem Hintergrund kann man sagen, dass sich die Zukunftsfähigkeit der Kirchen durch ihre Seelsorge in dieser Institution in besonderem Maß und exemplarisch bewähren muss.

Modelle der Krankenhauseelsorge

Die Geschichte der Seelsorge im Krankenhaus ist so alt wie die Geschichte der christlichen Kirchen. Bereits von Jesus von Nazareth wird das Gebot überliefert, kranke Menschen in seinem Namen zu besuchen (Mt 25). Geistliche Zurüstung und Begleitung von Kranken und Sterbenden durch das Sakrament der Buße war Jahrhunderte hindurch zentrale Aufgabe der Seelsorge im Krankenhaus. Geistliche Zurüstung bildete sogar die Voraussetzung für medizinische Behandlung. Dieses Selbstverständnis spiegelte sich in der Architektur: Die Kapelle war in der Mitte des Krankenhauses eingerichtet, so dass Kranke von ihrem Bett aus den Gottesdienst verfolgen konnten.⁴ Diese Zei-

ten sind längst vorbei. Spätestens seit dem 19. Jahrhundert hat sich die Medizin von der Vorherrschaft durch Religion und Kirche gelöst und basiert auf rein säkular-naturwissenschaftlichen Grundannahmen. Wie arbeitet Seelsorge unter diesen Voraussetzungen? Eine Reihe von Modellen lässt sich unterscheiden:

Seit dem Mittelalter ist Seelsorge vorrangig sakramental ausgerichtet: Durch die Teilnahme an den Sakramenten der Buße (Beichte und Absolution) und der Eucharistie kann Sünde als Krankheit der Seele geheilt und damit eine entscheidende geistliche Voraussetzung für körperliche Heilung geschaffen werden. Die protestantischen Kirchen setzen diese Tradition fort, akzentuieren stärker die explizite Verkündigung am Krankenbett mit dem Ziel der Tröstung und der Stärkung des Glaubens. In beiden Traditionssträngen geht es um die geistliche Versorgung einzelner kranker Menschen. Die Institution Krankenhaus und die in ihr Tätigen kommen nicht in den Blick.

Das ändert sich seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts: Der Begriff von Seelsorge wandelt sich zu einem stärker beziehungsorientierten Geschehen. Ursprünglich diakonisch ausgerichtete Krankenhäuser werden immer mehr zu naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Großinstitutionen. Es entsteht die Vorstellung, dass sich die Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge weiten muss, dass also neben der Begleitung kranker Menschen und deren Angehörigen die Mitarbeitenden und das kommunikative Klima wie die ethische Orientierung der gesamten Institution mit in den Blick zu nehmen ist. Ein darauf bezogenes Handlungsmodell ist die ›*Seelsorge im Zwischenraum*‹ (Klessmann): beauftragt von der Kirche, tätig im säkularen Krankenhaus, mit einer distanzierten Loyalität (Systemfremdheit) gegenüber beiden Institutionen.⁵ Dieses Kon-

zept ermöglicht große Freiräume, kann aber die strukturelle Marginalität der Krankenhausseelsorge nicht überwinden. Deswegen haben andere Autoren vorgeschlagen, Seelsorge strukturell in die Managementebene einzubinden, indem man sie ›*als Funktion diakonischer Unternehmenspolitik*‹ (Jäger) oder als ›*Systembegleitung*‹ (Schneider-Harpprecht) versteht. »Seelsorge ist Hege und Pflege der Seele und des Geistes, der Ethik und Kultur, der Spiritualität und Religiosität des diakonischen Unternehmens.«⁶ Seelsorgende fungieren gewissermaßen als ›*Spirituale*‹ für die Institution. Sie repräsentieren einen eigenständigen Dienstleistungsbereich, der in Leitbild und Unternehmensverfassung verankert ist. Trotzdem sollen sie sich als Gegenüber der Geschäftsleitung verstehen und auch kritische Perspektiven vertreten. Ein solches Konzept ist nur in kirchlichen Krankenhäusern realisierbar. Allerdings ist die strukturelle Marginalität auch hier angesichts der äußerst geringen Personalpräsenz im Krankenhaus nur schwer zu überwinden. Bei durchschnittlich ein bis zwei vollen Stellen in einem Haus mit 400 Betten und mindestens ebenso viel Personal kann man somit kaum mehr als eine exemplarische Randstellung der Seelsorge erwarten.

Eine neue Herausforderung für die Krankenhausseelsorge bildet das aus den USA kommende Verständnis von Seelsorge als Spiritual Care. Der Ausgangspunkt liegt hier nicht bei einem Auftrag der Kirchen, sondern bei den Bedürfnissen der Menschen im Krankenhaus, die in der Krankheit besonders nach spiritueller Vergewisserung, Sinngebung und Orientierung fragen. Das Krankenhaus selbst macht Spiritual Care zu seinem Anliegen, um dem Auftrag einer ganzheitlichen Betreuung von kranken Menschen gerecht zu werden und dem Vorwurf zu begegnen, es reduziere Menschen auf ihre Somatik. So verstandene Spiritual Care verliert den

christlich-konfessionellen Charakter der Seelsorge, wird religionsplural bzw. -übergreifend. Auf der Palliativstation eines Krankenhauses wird dieser Ansatz bereits praktiziert: Spiritual Care gehört neben Medizin, Pflege, sozialer und psychologischer Betreuung zu den konzeptionell verankerten Grundlagen palliativer Arbeit. Sie wird nicht ausschließlich von hauptamtlichen Seelsorgenden ausgeübt, sondern potenziell von allen Berufsgruppen der Palliativstation. Kirchlich-konfessioneller Seelsorge geht mit Spiritual Care möglicherweise ein Teil ihres Profils, ihrer Identität verloren. Gleichzeitig scheint dieser Trend in einer zunehmend multireligiösen Gesellschaft kaum aufhaltbar. In den USA oder in Großbritannien ist ein solches konfessions- und religionsübergreifendes Verständnis von Seelsorge seit Jahrzehnten selbstverständlich.⁷

Zukunftsperspektiven

Wie muss Krankenhausseelsorge beschaffen sein, um angesichts der oben angedeuteten Charakteristika moderner Krankenhäuser als relevantes Angebot der Kirchen auch in Zukunft bestehen zu können? Wie muss Seelsorge inhaltlich-methodisch konturiert sein, um einerseits ein eigenständiges Profil zu vertreten und andererseits anschlussfähig an die Sichtweisen heutiger Zeitgenossen sein zu können? Ausgewählte Aspekte sollen im Folgenden kurz benannt werden:

- Seelsorge im Krankenhaus arbeitet auf der Basis einer *doppelten Loyalität*: Beauftragt von den Kirchen – tätig in einer säkularen Institution. Sie hat ihre Herkunft in einem christlichen Wirklichkeitsverständnis, von dem her sie Krankheit und Gesundheit deutet, während die Institution Krankenhaus auf der Basis einer naturwissenschaftlich-kausal erklärenden Me-

dizin arbeitet. Seelsorge ist in gewisser Weise *doppelt systemfremd*, also fremd gegenüber Kirche und Krankenhaus: Durch die ständige Auseinandersetzung mit säkular-funktionalem Denken entfremdet sie sich von traditionellen, volkswirtschaftlichen Denk- und Handlungsmustern. Im Krankenhaus ist sie nicht in die hierarchischen Strukturen eingebunden, nicht weisungsgebunden, kommt auf Grund ihrer kirchlichen Beauftragung und ihres Deutungsansatzes von außen. Diese doppelte Loyalität und Systemfremdheit ist anstrengend für die, die sie praktizieren. Gleichzeitig eröffnet sie aber Chancen der Neutralität in der seelsorglichen Begleitung oder ethischen Urteilsfindung. Aus meiner Sicht sollte die doppelte Systemfremdheit weiterhin bewusst gepflegt und nicht zugunsten von Integrationsmodellen aufgegeben werden.⁸ Dabei schließt die Wahrnehmung der Systemfremdheit gerade nicht aus, dass Seelsorge situativ intensive Zusammenarbeit mit und Einbindung in Pflegeteams praktiziert und im Blick auf die Behandlung spezieller Patienten (z.B. in der Sterbebegleitung oder bei psychisch erkrankten Menschen) auch Absprachen mit dem ärztlich-pflegerischen Personal trifft.

- Krankenhausseelsorge versteht sich selbstverständlich ökumenisch und strukturiert ihre Arbeit entsprechend (was weitgehend schon geschieht, aber, wie ich aus vielen Supervisionen weiß, keinesfalls konfliktfrei verläuft).⁹ Im Großen und Ganzen kennen viele Zeitgenossen kaum noch die Unterschiede zwischen den Konfessionen. Die weit wichtigeren Herausforderungen liegen für die Kirchen inzwischen im interreligiösen Dialog, zu dem auch das Gespräch mit konfessionslosen Menschen zählt. Der Anteil von Menschen, die sich dem Islam, dem Buddhismus oder Hinduismus zugehörig fühlen, wächst kontinuierlich, ebenso die Zahl derer, die sich als Atheisten oder als konfessi-

onsfrei verstehen (in den östlichen Bundesländern und in Großstädten kann man inzwischen von einem verbreiteten Gewohnheitsatheismus sprechen). Letzteres schließt natürlich nicht aus, dass sie in einem allgemeinen Sinn an religiös-weltanschaulichen Fragen interessiert sind oder von existentiellen Fragen bewegt werden und deshalb durchaus für eine Seelsorge, die nicht missionarisch (im traditionellen Sinn) in Erscheinung tritt, offen sind.¹⁰

- Seelsorge im Krankenhaus braucht immer stärker das Engagement *ehrenamtlich Mitarbeitender* angesichts kürzerer Liegezeiten und hoher Patientenfluktuation sowie des Rückgangs des hauptamtlichen Seelsorgepersonals. Ehrenamtliche müssen für ihre Tätigkeit geschult und entsprechend begleitet werden. Aber selbst mit einer hohen ehrenamtlichen Beteiligung muss Seelsorge im Krankenhaus mutig *Prioritäten* setzen, sich vorrangig an den Brennpunkten des Krankenhauses engagieren (Intensivstationen, Onkologie, Unfallstation etc.) und sich den dort eher marginalisierten Patienten zuwenden.

- Krankenhausesseelsorge tritt *spirituell engagiert* in Erscheinung. Die gegenwärtige säkulare Gesellschaft weist starke spirituelle Unterströmungen auf, für die bei aller Diffusität des Phänomens ›Spiritualität‹ bestimmte Kennzeichen charakteristisch sind: Sich spirituell zu verstehen bedeutet für viele, auf der *Suche* nach Sinn, Orientierung, Halt und Ganzheit zu sein, mit nicht personal vorgestellter Transzendenz, mit göttlichen Energien und Mächten zu rechnen.¹¹ Dabei nehmen Zeitgenossen selbstverständlich religiöse Autonomie für sich in Anspruch, also auch das Recht, sich einen individuellen, erlebnisorientierten Mix aus unterschiedlichen religiös-esoterischen Elementen (der weitgehend an den traditionellen Angeboten der Großkirchen vorbeigeht) zusammenzustellen. Seelsorge im Krankenhaus muss in der Lage sein, einerseits

eine jeweils eigene, am christlichen Wirklichkeitsverständnis orientierte Spiritualität (z. B. Gott inkarniert sich in menschliche Lebenszusammenhänge und wird hier erfahrbar; Gott optiert für die Armen, Benachteiligten und Leidenden) profiliert zum Ausdruck zu bringen (z. B. in der religiösen Grundierung von seelsorglichen Gesprächen, in der sorgfältigen Gestaltung von Gottesdiensten oder von kleinen Ritualen am Krankenbett) und andererseits zugleich so sprach- und beziehungsfähig zu sein, dass ein Dialog mit spirituell anders orientierten Menschen möglich wird.

- Seelsorge im Krankenhaus vermittelt die Kommunikation des Evangeliums *erfahrungsbezogen und beziehungsorientiert*. Die ›gute Nachricht‹ bildet sich bruchstückhaft ab in einer aufmerksamen und einfühlsamen Gestaltung der seelsorglichen Beziehung dergestalt, dass Erfahrungen von Annahme und bedingungsloser Wertschätzung gerade unter den widrigen Umständen von Krankheit, Gebrechlichkeit und Todesnähe möglich werden und als Ausdruck einer geheimnisvoll-göttlichen Zuwendung verstanden werden können.

- Dieser erfahrungs- und beziehungsorientierte Ansatz der Seelsorge kommt auch in ihrer *aufsuchenden, niedrigschwelligen und absichtslosen Präsenz* zum Ausdruck. Während fast alle Tätigkeiten im Krankenhaus medizinisch-pflegerisch und ökonomisch in höchstem Maß funktional ausgerichtet sein müssen, repräsentiert Seelsorge, rechtfertigungstheologisch motiviert, einen Freiraum von Zweckfreiheit und Absichtslosigkeit, einen Raum von Annahme, Empathie und Wertschätzung, der, weil er quer zur allgemeinen Funktionalität liegt, äußerst wohltuend erlebt werden kann. Seelsorge soll und kann medizinisch-pflegerische Routine unterbrechen¹², um Freiräume zu eröffnen, in denen Menschen würdig leben und sterben können.

- Seelsorge muss auf die weiter *fortschreitende Differenzierung* medizinischer Behandlungsmöglichkeiten ansatzweise antworten. Während eine seelsorglich-spirituelle Grundhaltung für alle Krankenhausbereiche die Basis bildet, brauchen Seelsorgende jeweils unterschiedliche Kompetenzen zur Begleitung und Gesprächsführung, je nachdem ob es sich um Intensivstationen oder Normalstationen handelt, um Unfallambulanz, Kinderklinik, psychiatrische Klinik, geriatrische Klinik etc. Die Notwendigkeit zu *kontinuierlicher Weiterbildung* für Krankenhauseelsorge ist entsprechend groß. Außerdem ist in der ›Intensivseelsorge‹ eine funktionierende Kooperation mit dem ärztlich-pflegerischen Personal unabdingbar.

- Krankenhauseelsorge engagiert sich *in ethischen Diskursen* im Krankenhaus: Einerseits wachsen die Behandlungsmöglichkeiten der Hochleistungsmedizin, andererseits pluralisieren sich mögliche Begründungszusammenhänge. Da wird ethische Reflexion in dafür vorgesehenen Gremien und im klinischen Alltag unverzichtbar. Krankenhauseelsorge sollte sich mit dem Hintergrund ihres christlichen Wirklichkeitsverständnisses an solchen Reflexionsprozessen kompetent beteiligen.

- Zur *multikulturellen und multireligiösen Sprachfähigkeit* gehört die Bereitschaft, fremden religiös-weltanschaulichen Orientierungen grundsätzlich mit Respekt zu begegnen. Das Christentum kann nicht länger die alleinige und ausschließliche Wahrheit für sich beanspruchen, sondern muss sie auch in anderen Religionen erkennen und achten und mit dieser Haltung anderen Menschen begegnen.

- Zur seelsorglichen Sprachfähigkeit gehört, im Dialog mit Ärzten und Pflegepersonal die *Relevanz spiritueller Perspektiven* für Behandlung, Pflege und Begleitung plausibel machen zu können. Die breit dokumentierte Forschung

zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit zeigt, dass eine religiös-spirituelle Orientierung als Gesundheitsfaktor zu veranschlagen ist: Religiosität/Spiritualität bietet idealiter »emotionale Entlastung ..., moralische Orientierung ..., soziale Unterstützung ..., kognitive Neubewertung ... und mentale Bewältigung ...«¹³ Darüber hinaus braucht das medizinisch-pflegerische Personal selbst, das durch ständige Begegnung mit Leiden, Sterben und Tod oftmals hoch belastet ist, das Angebot von Entlastung und Verarbeitung durch Seelsorge.

- Seelsorge ist wesentlich an der *Ganzheit der Menschen*, mit denen sie es zu tun bekommt, interessiert. Während medizinische und pflegerische Dienste vorrangig an der Wiederherstellung somatischer Verletzungen orientiert sind, sieht Seelsorge deren Einbettung in soziale, psychische und religiös-spirituelle Lebenszusammenhänge. Seelsorge zielt darauf ab, das erschütterte Kohärenzgefühl (Antonovsky) des kranken Menschen zu stabilisieren oder neu justieren zu helfen, indem sie das heilende Potenzial von vertrauensvollen Beziehungen und religiöser Orientierung erfahrbar macht. Seelsorge verdeutlicht allein durch ihre Präsenz, dass der Mensch mehr ist als seine funktionierende oder eingeschränkte Körperlichkeit und auch aus anderen Quellen lebt.

Vom symbolischen Mehrwert der Krankenhauseelsorge

Krankenhauseelsorge hat einen doppelten symbolischen Mehrwert, der mit der erwähnten doppelten Systemfremdheit korreliert:

Im Krankenhaus, damit stellvertretend für das Gesundheitswesen überhaupt, erinnert sie allein durch ihre Präsenz daran, dass Leben insgesamt und Heilung insbesondere als letztlich

unverfügbare Prozesse gesehen werden sollten. Die alte Unterscheidung von Heil und Heilung deutet darauf hin, dass Gelingen, Vollendung, Leben in Fülle nicht technisch machbar sind, sondern sich unvorhersehbar und unverdient einstellen. Es geht also um die Wahrnehmung von Grenzen in einer vom Ansatz her grenzenlosen naturwissenschaftlich-technischen Institution. Daraus wiederum könnten mehr Gelassenheit und Bescheidenheit im medizinisch-pflegerischen Handeln erwachsen.

In der Kirche erinnert Krankenhausseelsorge an den großen Bereich des Gesundheitswesens. Das kontinuierliche Wachstum dieses in der Alltagswahrnehmung so wichtigen gesellschaftlichen Funktionsbereichs ist nicht nur

wirtschaftlichen Interessen geschuldet, sondern auch Ausdruck der Sehnsucht aller Menschen nach Gesundheit, Heilung und Fülle des Lebens. Ein Verlust regelmäßiger und professionell verantworteter Verbindungen zum Krankenhaus als der exemplarischen Institution unseres Gesundheitswesens zugunsten verstärkter Fokussierung auf die Parochie würde die den Kirchen schon häufig attestierte Milieuerengung noch deutlich zuspitzen.

Vor diesem Hintergrund muss sowohl den Kirchen als auch den Krankenhäusern bzw. ihren Trägern daran gelegen sein, Krankenhausseelsorge zu erhalten, sie zu qualifizieren und zukunftsfähig auszubauen.

¹ Die Leistungsfähigkeit moderner Krankenhäuser wird in Deutschland i. d. R. nach vier Versorgungsstufen differenziert: Häuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung.

² Spiegel dieses Verständnisses ist das Handbuch der Krankenhausseelsorge, hg. von Michael Klessmann, Göttingen 1996; seither Neuauflagen mit verschiedenen Erweiterungen und Aktualisierungen ⁴2013.

³ Vgl. Michael Klessmann, Heilsamer Glaube?, in: Berliner Theologische Zeitschrift Beiheft (2007) 130–153.

⁴ Vgl. Michael Klessmann, Von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge, in: Ders. (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen ⁴2013, 79f.

⁵ Vgl. Michael Klessmann, Seelsorge in der Institution Krankenhaus, in: ebd. 15ff.

⁶ Alfred Jäger, Seelsorge als Funktion diakonischer Unternehmens-

politik, in: Christoph Schneider-Harpprecht (Hg.), Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchen 2000, 136–138.

⁷ Vgl. Doris Nauer, Spiritual Care statt Seelsorge?, Stuttgart 2015; Traugott Roser, Seelsorge und Spiritual Care, in: Michael Klessmann (Hg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen ⁴2013, 58–76. Beide Autoren referieren die Breite und Diffusität des Spiritualitätsbegriffs und reflektieren verschiedene Zuordnungsmöglichkeiten von Seelsorge und Spiritual Care.

⁸ Speziell im Blick auf Palliativ Care stellt Doris Nauer drei mögliche Modelle der Kooperation dar: Nicht-Integration, Teil-Integration und Voll-Integration. Ebd. 88ff.

⁹ Ökumenische Zusammenarbeit schließt natürlich nicht aus, dass auf besonderen Wunsch von Patienten oder Mitarbeitenden ein katholischer Priester oder eine evangelische Pfarrerin gerufen werden.

¹⁰ Ein junger Architekt erzählt nach einer schweren Operation, dass er schon länger aus der katholischen Kirche ausgetreten ist, aber seit der Wahl des Papstes Franziskus aufmerksam in der Presse verfolgt, wie sich die katholische Kirche verändert. »Irgendwie« sei es ihm doch wichtig, dass es eine glaubwürdige Kirche gibt. Vgl. Werner Biskupski, »Vielleicht macht es doch Sinn ...«, in: Praktische Theologie 40 (2005), 276–283.

¹¹ Vgl. Anton Bucher, Psychologie der Spiritualität. Weinheim/Basel 2007.

¹² Vgl. den pointierten Satz von Johann Baptist Metz: »Kürzeste Definition von Religion: Unterbrechung, in: Glaube in Geschichte und Gesellschaft, Mainz ⁴1984, 150f.

¹³ So fasst Michael Utsch die positiven Effekte von Spiritualität zusammen in: Religiöse Fragen in der Psychotherapie, Stuttgart 2005, 184.