



Traugott Roser (Hg.)

# Handbuch der Krankenhausseelsorge





Traugott Roser (Hg.)

# Handbuch der Krankenhausseelsorge

Mit 8 Abbildungen und 5 Tabellen

5., überarbeitete und erweiterte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind  
im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

5., überarbeitete und erweiterte Auflage

© 2019, 2013, 1996 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,  
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich  
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen  
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: © hxdbzxy – Shutterstock

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

**Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | [www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com](http://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com)**

ISBN 978-3-647-61626-1

## Inhalt

Vorwort .....	9
---------------	---

## Teil I Einführung

Einleitung – Seelsorge im Krankenhaus .....	13
<i>Traugott Roser</i>	
Von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge – historische Streiflichter .....	34
<i>Michael Klessmann</i>	
Anfangendürfen – Seelsorge und Pastoraltheologie .....	42
<i>Hadwig Ana Maria Müller</i>	
Gesundheit und Heilung – anthropologische Leitkonzepte und der christliche Heilungsauftrag .....	54
<i>Simon Peng-Keller</i>	
»Wo ist nun dein Gott?« Krankenhausseelsorge als Ort religiöser Erfahrungen .....	65
<i>Michael Brems</i>	
Mit Sterbenden sprechen – die Rolle des Seelsorgers und die Potenz religiöser Rede auf der multidisziplinären Palliativstation .....	78
<i>Armin Nassehi, Irmhild Saake und Katharina Mayr</i>	
Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus .....	92
<i>Dorothee Haart</i>	
Seelsorge in einem konfessionellen Krankenhaus – das Ganze ins Spiel bringen .....	104
<i>Michael Fischer</i>	
Seelsorge im Krankenhaus – ein Statement .....	116
<i>Francesco De Meo</i>	

<b>Teil II</b>	<b>Exemplarische Arbeitsfelder der Seelsorge im Krankenhaus – Stationen und medizinische Kontexte</b>	
Seelsorge auf einer Neugeborenen-Intensivstation . . . . .		123
<i>Claudia Zierer</i>		
Seelsorge auf der Intensivstation . . . . .		138
<i>Thomas Kammerer</i>		
Seelsorge in der Kardiologie . . . . .		149
<i>Angela Rinn</i>		
Seelsorge in der Frauenklinik – körper- und ressourcenorientierte Seelsorge im System Klinik . . . . .		164
<i>Gundula Goldbach</i>		
Seelsorge in der Onkologie – das Leben neu sehen . . . . .		176
<i>Corinna Schmohl</i>		
Seelsorge in der Geriatrie . . . . .		188
<i>Johannes Albrecht</i>		
Seelsorge auf der Palliativstation – Grenzen erleben . . . . .		202
<i>Karoline Labitzke</i>		
Indikationen-Set für Gesundheitsberufe zum Beizug von Seelsorge . . . . .		216
<i>Traugott Roser, Renata Aebi und Pascal Möсли</i>		

<b>Teil III</b>	<b>Exemplarische Arbeitsfelder der Seelsorge im Krankenhaus – Situationen und Gegenüber</b>	
Seelsorge mit suizidalen Menschen . . . . .		231
<i>Christian Braune</i>		
Seelsorge mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien . . . . .		244
<i>Heike Kassebaum und Christa Schindler</i>		
Seelsorge unter den Bedingungen eingeschränkter Kommunikation . . . . .		256
<i>Nicole Frommann</i>		
Seelsorge bei Sterbenden und Trauernden . . . . .		268
<i>Norbert Kuhn-Flammensfeld</i>		

Die Seelsorge mit An- und Zugehörigen – von der katalytischen Kraft der Seelsorge .....	279
<i>Volkmar Schmuck</i>	
Spirituelle Anamnese .....	291
<i>Eckhard Frick SJ</i>	
Seelsorge mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern .....	301
<i>Astrid Giebel</i>	
Seelsorge und Spiritual Care als Angebot und Beitrag zur Unternehmenskultur .....	313
<i>Margit Gratz und Joachim Reber</i>	
Seelsorge und Klinische Ethik .....	334
<i>Thorsten Moos</i>	
Seelsorge und Gottesdienst .....	344
<i>Heidi Kääh</i>	

## Teil IV **Seelsorge im Krankenhaus als kirchliches Handeln**

Seelsorge in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen .....	357
<i>Friederike Rüter</i>	
Seelsorge im religionspluralen Kontext .....	368
<i>Andreas Stähli</i>	
Rituale in der Krankenhausseelsorge .....	381
<i>Andrea Bieler</i>	
Die Fremdheit und Widerständigkeit der Seelsorge im Krankenhaus ....	391
<i>Michael Klessmann</i>	
Ökumenische Zusammenarbeit im Spital .....	402
<i>Karin Kaspers-Elekes und Lisa Palm</i>	
Das islamische Menschenbild und die möglichen Grundlagen islamischer Seelsorge .....	413
<i>Abdullah Takim</i>	



Ehrenamtliche Krankenhausseelsorge .....	444
<i>Harald Richter</i>	
Supervision im Krankenhaus .....	454
<i>Kerstin Lammer</i>	
Die Bedeutung der KSA in der Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge .....	471
<i>Annedore Methfessel</i>	
Trostspuren – Dokumentation und Verschwiegenheit in der professionellen Seelsorge im Krankenhaus .....	487
<i>Thomas Beelitz</i>	
Netzwerkarbeit – Seelsorge zwischen Krankenhaus und Gemeinde .....	499
<i>Martina Schlüter</i>	
Krankenhausseelsorge als Aufgabe der Kirchenleitung .....	512
<i>Thomas Hagen</i>	
Krankenhausseelsorge als Kirche am anderen Ort – systemische und ekklesiologische Überlegungen .....	524
<i>Sebastian Borck</i>	
Krankenhausseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft	540
<i>Ralph Kunz</i>	
Sachregister .....	553
Personenregister .....	560
Literatur .....	565
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....	598

## Vorwort

Seit 1996 gibt es das Handbuch der Krankenhausseelsorge, herausgegeben von Michael Klessmann bei Vandenhoeck & Ruprecht. Bis zur vierten Auflage (2013) zählten die Beiträge für viele Seelsorgerinnen und Seelsorger zur unverzichtbaren Lektüre für die eigene Praxis. Dank der grundlegenden theoretischen Überlegungen zu Seelsorge in der Institution Krankenhaus, der exemplarischen Darstellungen aus konkreten Arbeitsfeldern und der Reflexion von Krankenhausseelsorge als kirchlichem Handeln hat sich das Handbuch in Zeiten rasanten Wandels des Gesundheitswesens und der kirchlichen Bedingungen bewährt. Michael Klessmanns Leitbild der Krankenhausseelsorge im »Zwischen«-Raum wirkte sowohl für diejenigen, die sich erstmals mit seelsorglicher Praxis in klinischen Einrichtungen befassten, als auch für die Seelsorgeerfahrenen klärend und orientierend. Im poimenischen Diskurs in Ausbildung und Forschung war das Handbuch unverzichtbare Bezugsgröße.

Nun ist erfreulicherweise eine fünfte Auflage notwendig geworden. Nach über 20 Jahren war es an der Zeit für eine grundlegende Neubearbeitung, die an das ursprüngliche Konzept anschließt und zugleich auf die Veränderungen in Kirche und Gesellschaft, Gesundheitswesen und Gesundheitswissenschaften, Praktischer Theologie und Seelsorgetheorie eingeht. Wie bisher geht es um eine Standortbestimmung: Zielsetzungen, Konzepte und Arbeitsweisen der Seelsorge in der medizinisch-ökonomisch geprägten Institution, die – in einer immer wieder neu zu klärenden Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und über Konfessions- und Religionsgrenzen hinweg – letztlich den Patientinnen und Patienten, den An- und Zugehörigen und den einzelnen Mitarbeitenden dienen. Beibehalten ist auch der Ansatz, erfahrene Seelsorgerinnen und Seelsorger, Supervisorinnen und Supervisoren, in Aus-, Fort- und Weiterbildung Tätige ebenso um Beiträge zu bitten wie Forschende und Lehrende aus den theologischen Fächern und Bezugswissenschaften. Stärker als bisher wurde die Leitungs- und Trägerperspektive miteinbezogen und wurden Autorinnen und Autoren aus dem gesamten deutschen Sprachraum für die Mitarbeit gewonnen.

Vertreten sind Seelsorgende römisch-katholischer, evangelisch-landeskirchlicher und freikirchlicher Zugehörigkeit sowie ein muslimischer Seelsorgetheoretiker. Allen Autorinnen und Autoren sei an dieser Stelle herzlich gedankt für ihre Expertise und ihre Bereitschaft, ihr Wissen, ihre Erfahrung und ihre Haltung dem Kreis der Leserinnen und Leser zur Verfügung zu stellen.

Ein ganz besonderer Dank gilt Michael Klessmann, der mir nicht nur als Autor, sondern im gesamten Entstehungsprozess mit Rat und Tat zur Verfügung stand. Dem Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, insbesondere Jana Harle und Ulrike Gießmann-Bindewald, sei herzlich gedankt für die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der zurückliegenden zweieinhalb Jahre, die großzügige Anfertigung der Register und vor allem die Initiative zu einer Neuauflage des Handbuchs. Meinen Mitarbeiterinnen am Lehrstuhl für Praktische Theologie der WWU Münster, Claudia Rüdiger, Katrin Burja, Friederike Melloh und Lynn Schroeter, danke ich nicht nur für die sorgfältigen Korrekturarbeiten, sondern auch für die Gestaltung von Strukturen und einer kollegialen Atmosphäre, ohne die ein solches Unterfangen nicht denkbar wäre.

Zuletzt und zugleich allen voran sei denen gedankt, die sich mit Herz und Seele, Geist und voller Kraft in der und für die Seelsorge bei kranken Menschen einsetzen, egal ob unmittelbar am Krankenbett oder mittelbar in Bildungsarbeit, Forschung und Leitungsverantwortung. Sie sorgen dafür, dass die Krankenhaus-seelsorge Zukunft hat. Ihnen sei dieses Buch in die Hände gelegt.

Münster, im Mai 2019

Traugott Roser

# Teil I **Einführung**



## Einleitung – Seelsorge im Krankenhaus

Traugott Roser

»Die Zuwendung zu Menschen im Krankenhaus in Form der Krankenhauseelsorge ist eine spezifische Gestalt der Wahrnehmung des Auftrags der Kirche, das Evangelium von Jesus Christus in Wort und Tat zu bezeugen. Dem Recht des Einzelnen auf Religion folgend geht es um kirchliche Präsenz am andern Ort, in einer für das Leben der Bürgerinnen und Bürger wichtigen Institution mit eigener Struktur.«<sup>1</sup>

»Neben der allgemeinen Krankenpastoral ist die Krankenhauseelsorge ein spezialisierter kirchlicher Dienst mit bischöflichem Haupt- oder Teilauftrag, der seinen Wirkungsort in den Kliniken hat.«<sup>2</sup>

»Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen richtet sich an Menschen, die wegen der Schwere ihrer Krankheit oder ihrer Pflegebedürftigkeit in einer öffentlichen Institution betreut werden müssen. Herausgerissen aus ihren gewohnten Lebenssituationen werden bisherige Lebensgrundlagen und Lebensinhalte in Frage gestellt. Seelsorge richtet sich auch an die Mitbetroffenen, an jene, die in der Einrichtung arbeiten sowie an die Institution und ihre innere Struktur.«<sup>3</sup>

»Seelsorge ist ein qualifiziertes, vorurteilsfreies, achtsames Begegnungsangebot. Unabhängig von der Religionszugehörigkeit oder Glaubensauffassung begegnen Seelsorgende in ihrer Arbeit allen Menschen mit Sorgfalt und Respekt. Ihr Anliegen ist es, Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer persönlichen Geschichte zu verstehen, für ihre Anliegen offen zu sein, sie partnerschaftlich zu begleiten und ihnen menschliche

---

1 Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD, 2004, S. 20.

2 Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 2018, S. 28.

3 Evangelische Kirche A. und H.B. in Österreich, 2010, S. 2.

Zuwendung und Nähe zu vermitteln. Sie nehmen dabei auch die religiösen Wünsche von Gläubigen anderer Religionen ernst und bemühen sich auf Wunsch um den Beizug ihrer religiösen Bezugspersonen.«<sup>4</sup>

»Die Seelsorge teilt mit allen Berufs- und Fachgruppen im Gesundheitswesen die gemeinsame Verantwortung für kranke, schwerkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen. Sie konzentriert sich wesentlich auf die psychosoziale und religiös spirituelle Begleitung der Patientinnen/Patienten sowie auf die Unterstützung der Ärzteschaft und der Pflegenden bei ethischen Konfliktsituationen. Zudem ist die Seelsorge an den Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen zu beachten. Sie leistet dadurch einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung im Gesundheitswesen des Kantons Zürich.«<sup>5</sup>

## 1 Profilierte Krankenhauseelsorge in Theorie und Praxis

Leitlinien und Impulspapiere zur Krankenhaus- oder Spitalseelsorge der christlichen Kirchen im deutschen Sprachraum der letzten Jahre lassen das Bedürfnis erkennen das eigene Selbstverständnis, die Angebotsvielfalt und Handlungsformen sowie die unterschiedlichen Adressaten und Zielgruppen profiliert darzustellen. Differenzierte Beschreibungen der Anforderungen an die Qualifikation von Seelsorgerinnen und Seelsorgern belegen deren Kompetenz und einen zunehmenden Grad an Spezialisierung. Man kann dieses Bemühen um Profilierung als Ausdruck gestiegener Anfragen an die mittlerweile hochspezialisierte Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens deuten, vielleicht sogar als eine wachsende und grundsätzliche Infragestellung. In kirchlichen Diskursen wird dieser Eindruck verstärkt durch die vielerorts beobachtbare Priorisierung von Territorial- oder Parochialeelsorge gegenüber der Krankenhauseelsorge. In Krankenhäusern wird dieser Eindruck verstärkt durch die Diskussion, seelsorgliche Aufgaben durch andere und nicht-theologisch qualifizierte Berufsgruppen übernehmen zu lassen. Gesamtgesellschaftlich und durch Entwicklungen in den Beneluxstaaten oder Großbritannien vorbereitet lässt sich die

- 
- 4 Interkonfessionelle Konferenz, 2011, S. 6. Zur Interkonfessionellen Konferenz zählen die Römisch-katholische Landeskirche des Kantons Bern, die Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn, die Christkatholische Landeskirche des Kantons Bern und die Interessengemeinschaft Jüdischer Gemeinden.
  - 5 Konzept für die Katholische Seelsorge in Spitälern, Kliniken und Pflegezentren im Kanton Zürich, 2005, S. 9.

Entwicklung neuer Seelsorgeangebote durch andere Religionsgemeinschaften oder durch Akteure ohne jegliche religiöse Bindung als Infragestellung des gewohnten Status quo beschreiben.

Man kann in dem Bemühen um Profilierung aber auch eine zeitgemäße, selbstbewusste Verständigung über den nicht zu ersetzenden Beitrag von Seelsorger\*innen im Gesundheitswesen sehen. In seinem Fazit am Ende des ersten ökumenischen Kongresses der Krankenhauseelsorgenden in Deutschland spricht Peter Neher, selbst ehemaliger Krankenhauseelsorger, von der Notwendigkeit, »über die Attraktivität des Berufsfelds ›Seelsorge im Krankenhaus‹ zu sprechen«<sup>6</sup>, um allen Einsparungen und aller Konkurrenz zum Trotz auch künftig Frauen und Männer dafür zu gewinnen, sich für seelsorgliche Aufgaben ausbilden zu lassen. Dies entspricht der Intention des vorliegenden Handbuchs der Krankenhauseelsorge.

Die mittlerweile fünfte Auflage ist für Leserinnen und Leser verfasst, die sich in ihrem beruflichen Alltag motiviert, engagiert und informiert den Herausforderungen von Krankenhauseelsorge stellen, sich auf einen solchen Beruf vorbereiten oder sich aus Interesse über Praxis und Theorie heutiger Krankenhauseelsorge im deutschen Sprachraum informieren möchten. Dazu bedarf es einiger grundlegender Überlegungen zu Geschichte und Theologie, Konzept und Profil von Seelsorge im Gesundheitswesen unter den Bedingungen einer modernen, in vielen Bereichen ökonomisierten Gesellschaft. Die Beiträge im ersten Teil des Handbuchs stammen deshalb von Expert\*innen<sup>7</sup>, die Ergebnisse ihrer Forschung und Lehre oder einer langjährigen Praxis zur Verfügung gestellt haben. Als Handbuch für Praktikerinnen und Praktiker an einem hochkomplexen Praxisort sind die Beiträge vor allem ab dem zweiten Teil von aktuell tätigen Seelsorgerinnen und Seelsorgern verfasst, die ihre Erfahrungen aus dem Besuchsalltag *auf Station* beschreiben oder ihre Praxiserfahrung in konkreten Situationen schildern. Fast alle haben durch Publikationen ihr Expertenwissen bereits in den Fachdiskurs eingebracht. Theoretiker\*innen aus der Praktischen Theologie und ihren Nachbardisziplinen, aber auch aus nichttheologischen Wissenschaftsdisziplinen haben sich zudem darauf eingelassen, aktuelle Entwicklungen der Krankenhauseelsorge in ihrem Bezug zum Kontext Gesundheitswesen einzuordnen, denn die Praxis der einen Berufsgruppe berührt sich mit der Praxis anderer Berufsgruppen, vor allem aber mit der Lebenspraxis und Erfah-

6 Neher, 2018, S. 290.

7 Die Autorinnen und Autoren des Handbuchs haben sich um gendersensible Sprache bemüht. Um den individuellen Sprachstil zu wahren, sind Varianten vorhanden.



lungswelt der Patient\*innen und ihrer Zugehörigen<sup>8</sup>. Dieser Teil stellt zunächst konkrete Arbeitsfelder vor, die exemplarisch für die vielen unterschiedlichen Stationen, Kliniken und Spezialkliniken stehen, in denen Seelsorgerinnen und Seelsorger Dienst tun. Seelsorgende haben es in diesen Einrichtungen quer zu medizinischen Fachbereichen mit unterschiedlichen Situationen, Aufgaben und Gesprächspartnern zu tun, die anschließend vorgestellt werden, auch hier von erfahrenen Praktikerinnen und Praktikern. Schließlich ist die Praxis der Krankenhausseelsorge kirchlich verantwortete Praxis oder Praxis einer Religionsgemeinschaft, auch und gerade indem sie *an einem anderen als kirchlichen Ort* erfolgt. Den damit verbundenen Fragen nach Leitung, ökumenischer und interreligiöser Kooperation, kirchlicher und gesellschaftlicher Vernetzung gehen die Beiträge im vierten Teil nach. Hier sind es vor allem Verantwortliche für Seelsorge vor Ort, in Kirchenleitungen, Aus- und Fortbildungseinrichtungen und im Gesundheitswesen, die Herausforderungen schildern und Arbeitskonzepte zur Diskussion stellen. Zur Praxis der Krankenhausseelsorge, die im Kern in der aus dem Glauben motivierten Zuwendung zum »einzelnen Menschen, der Rat, Beistand und Trost in Lebens- und Glaubensfragen in Anspruch nimmt«<sup>9</sup>, besteht, gehören – mehr oder weniger sichtbar – ganz unterschiedliche Praxisbereiche und Praktiken. Sie ermöglichen verlässliche Rahmenbedingungen und Regelungen, die in der unmittelbaren Beziehung mit einem kranken Menschen Vertrauen und Schutz ermöglichen, Qualität und ethisches Verhalten gewährleisten.

## 2 Krankenhausseelsorge im *Zwischen-Raum*, als *Vierte Säule* oder als *Hybrid*

Michael Klessmann entwarf in den vorherigen Auflagen des Handbuchs ein Leitbild, das für das Verständnis und die Steuerung von Seelsorge in der Institution des Krankenhauses prägend war. »Seelsorge ist prinzipiell in einem ›Zwischen‹-Raum angesiedelt«<sup>10</sup>, formulierte Klessmann und traf damit nicht nur das Empfinden der Kolleginnen und Kollegen, sondern stellte ein Deutungsmuster zur Verfügung, um Spannungen und Ambiguitäten verstehend zu beschreiben.

8 Als Zugehörige werden Familienangehörige von Patient\*innen ebenso bezeichnet wie Menschen, die aus der subjektiven Einschätzung der Patient\*innen zu ihrem nächsten Umfeld gehören.

9 § 2 Abs. 1 Seelsorgegeheimnisgesetz (SeelGG) der EKD (2009).

10 Klessmann, 2013a, S. 16. Unter dem Begriff »Leitbild« versteht Klessmann mit Bezug auf Herbert Lindner »steuernde Bilder eines Systems« (S. 17, Fn. 14).

Das Leitbild war in der Lage, Seelsorge in verschiedenen Feldern zu verorten, zwischen Kirche und Krankenhaus, zwischen gesicherter Rechtsstellung und struktureller Bedeutungslosigkeit, zwischen Patient\*innen und Mitarbeiterschaft, Verkündigung und Beziehung, Alltagsgespräch und Psychotherapie, Professionalität und Betroffenheit, Macht und Ohnmacht, Krankheit und Gesundheit und letztlich zwischen Leben und Tod. Mit jeder Polarität waren unterschiedliche Aspekte von Praxiserfahrung und Theoriediskursen verbunden, die auf die Notwendigkeit von Konzeptentwicklung und Ausbildung spezifischer Kompetenzen hinwiesen. Die Raum-Metapher des *dazwischen* erwies sich als tragfähig, um die Besonderheiten kirchlicher Seelsorge sowohl in und gegenüber dem Krankenhaus als auch in und gegenüber der Kirche herauszustellen und damit Krankenhausseelsorge in ihrer *grenzgängerischen Funktion* zur Geltung zu bringen. Viele Beiträge der fünften Auflage des Handbuchs der Krankenhausseelsorge, insbesondere aus der Praxis in konkreten medizinischen Kontexten, zeigen, dass dieses Leitbild noch immer als hilfreich verstanden wird, weil es die »Fremdheit und Widerständigkeit der Seelsorge im Krankenhaus«<sup>11</sup> zum Ausdruck bringt. Das Leitbild vom *Zwischen-Raum* blieb jedoch nicht unangefochten; mittlerweile haben sich weitere Konzepte etabliert, die teils anschließen, teils deutlich andere Akzente setzen.

2005 hat Christoph Schneider-Harpprecht in kritischer Auseinandersetzung mit Klessmanns Leitbild vorgeschlagen, Seelsorge und Psychosoziale Dienste gemeinsam als »vierte Säule im Krankenhaus«<sup>12</sup> zu verstehen und durch bessere Integration eine ganzheitliche, patientenorientierte Versorgung sowie den psychosozialen und seelsorgerlichen Diensten höheren Einfluss zu ermöglichen. Schneider-Harpprecht fürchtet, dass das Leitbild *Zwischen-Raum* die strukturelle Marginalität der Seelsorge festschreibe; demgegenüber könne ein Zusammenschluss der drei Professionen aus Seelsorge, Sozialarbeit und Psychologie als eine eigene Größe neben medizinischer Versorgung, Pflege und Verwaltung eine

»alltagsbezogene, lebensweltorientierte, bedarfsnahe psychosoziale und seelsorgerliche Betreuung der Patienten/Patientinnen und ihrer Angehörigen, das Bewältigungscoaching des Krankenhauspersonals, die Pflege einer empathieförderlichen Alltagskultur, die Vernetzung mit Alltagsinstanzen außerhalb der Klinik in Fragen der patientenbezogenen Koordination«<sup>13</sup>

11 So der Titel eines Beitrags von Michael Klessmann im vorliegenden Handbuch.

12 Schneider-Harpprecht/Allwinn, 2005, S. 223.

13 Schneider-Harpprecht/Allwinn, 2005, S. 227.

fördern. An diesem Leitbild wurde vielfach Kritik geübt, da es die Krankenhausseelsorge innerhalb der Klinik zwar aufzuwerten, gleichzeitig aber das Fremde und Widerständige zugunsten einer vollen Integration aufzugeben scheint. Doris Nauer etwa deutet das Modell einer vierten Säule als »Voll-Integration«<sup>14</sup>, demgegenüber die »systemische Distanz im kirchlichen Schutzraum« bewahrt werden müsse, »um den für Seelsorge unabdingbaren prophetisch-kritischen Aufgabenteil bewältigen zu können«<sup>15</sup>. Nauer verabschiedet sich von einem allgemein gültigen Leitbild und empfiehlt die »zunächst rein formale [...] Bezeichnung *Multidimensionale Seelsorge*«<sup>16</sup>, die eine spirituell-mystagogische Dimension ebenso umfasse wie eine pastoralpsychologisch-heilsame und eine diakonisch-prophetisch-kritische Dimension.

M.a.W. reichen eher statische Beschreibungen von Seelsorge, die zwar Verortungen benennen und Geltungsansprüche thematisieren, nicht aus, um das zu beschreiben, *was Seelsorgerinnen und Seelsorger tun, wie sie sich verhalten, wo, wer und wie sie sind in Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie etwas und was geschieht, wenn Seelsorge geschieht*. Denn die Leitbilder lassen nicht von sich aus auf das Wesentliche von Seelsorge schließen, dass Seelsorge (religiöse) Kommunikation, christliche Seelsorge Kommunikation des Evangeliums ist. Während dies im Blick auf die unmittelbare Situation eines Seelsorgegesprächs zwar intuitiv einleuchten mag, aber theoretisch nicht wirklich erhellend ist, verweist der Kommunikationsbegriff in theoretischer Hinsicht maßgeblich auf die Systemtheorie im Gefolge Niklas Luhmanns, die von zahlreichen Seelsorgetheorien rezipiert wurde, jüngst vor allem durch Günther Emlein. Auf Emleins Untersuchung soll in dieser Einleitung etwas ausführlicher eingegangen werden, um sie anschließend in Bezug zu den Beiträgen der Praktikerinnen und Praktiker in diesem Handbuch zu setzen. Emleins Studie befasst sich in einem in hohem Maße theoretischen Design gerade mit den Prozessen, Interaktionen und der Kommunikation von Seelsorge, ohne die offene Frage nach Integration und Fremdheit zu vernachlässigen. Sie soll im Folgenden verbunden werden mit der Beschreibung seelsorglichen Handelns und Verhaltens als *Transformation von Orten in Räume*.

Emleins 2015 von der Universität Paderborn angenommene Dissertationsschrift »Das Sinnsystem Seelsorge« trägt den Untertitel »Eine Studie zur Frage: Wer tut was, wenn man sagt, dass man sich um die Seele sorgt«<sup>17</sup> und folgt der

14 Nauer, 2015, S. 157.

15 Nauer, 2015, S. 159.

16 Nauer, 2015, S. 175. Hervorhebung im Original.

17 Emlein, 2017. Vgl. dazu ausführlich Hauschildt, 2017a, S. 152–172.

Leitfrage »Zu welchem Problem der Gesellschaft kann man Seelsorge als Lösung beobachten?«<sup>18</sup>

Die seelsorgespezifische Kommunikation ist »systemische [...] *Sinnkommunikation*«<sup>19</sup>, wobei Emlein Sinn systemisch interpretiert: »Interpretiert man Sinn als Differenz zwischen Aktualität und Potenzialität, so residiert er nicht auf einer der beiden Seiten. Er residiert als Differenz«<sup>20</sup>. Um die Differenz geht es:

»Stellt ein System Sinn her und keine Materialität und Sinn als Differenz zum Horizont anderer Möglichkeiten, so bedarf es einer besonderen auf Differenz ausgerichteten und Differenzen herstellenden Operation. Dies ist die Operation der Beobachtung. Sinnsysteme sind beobachtende Systeme.«<sup>21</sup>

Emlein setzt sich intensiv mit Seele aus systemtheoretischer Perspektive auseinander: »Seele ist die ›religiöse Person‹ [...] Seele ist Person, noch einmal anders gesehen.«<sup>22</sup> Doch Seele entzieht sich der Differenz, ist nicht verstehbar, formlos und zeitlos. »Letzten Endes kann Seelsorge nur durch Gott selbst geschehen.«<sup>23</sup> Da Seele existenziell als Lebendigkeit bedroht werden kann, zeigt sie sich als *Psyche*, *Bewusstsein* und *Leben* als vergänglich, als *Zeitlosigkeit* und *Identität* zeigt sie sich als ewig. Seelsorge ist damit sowohl religiöse als auch therapeutische Kommunikation und arbeitet, wenn sie Seele mit Bewusstsein und mit Existentialität *verwechselt*, psychotherapie- und beratungsähnlich oder sozialarbeitsaffin. Deshalb hat Schneider-Harpprechts Konzept der *Vierten Säule* sein Recht. Aber Seelsorge ist, so Emlein unter Verweis auf den Luhmannschüler Peter Fuchs, vor allem »eine hybride Praxis [...], in der sich Psychotherapie, Sozialarbeit, Beratung und genuine Seelsorge schon lange nicht mehr trennen lassen.«<sup>24</sup> Im Unterschied zu Psychotherapie, Sozialarbeit und Beratung behandelt Seelsorge aber auch die »andere, unerreichbare Seite der Form der Seele. Sie behandelt Seele als Chiffre«<sup>25</sup>, als unverfügbar und bezieht sich auf das Religionsystem mit der Leitunterscheidung *markiert/unmarkierbar*. Ohne dies explizit zu machen, gelingt es Emlein, die in vielen Seelsorgetheorien begegnenden Beschreibungen des Anderen und Fremden der Seelsorge, des Unbestimmten

18 Emlein, 2017, S. 26.

19 Hauschildt, 2017a, S. 158.

20 Emlein, 2017, S. 101.

21 Emlein, 2017, S. 103 f.

22 Emlein, 2017, S. 295 f.

23 Emlein, 2017, S. 296. Hervorhebung im Original.

24 Emlein, 2017, S. 297.

25 Emlein, 2017, S. 298.

oder gänzlich Unbestimmbaren, letztlich das von Erhard Weiher als »Geheimnis des Lebens«<sup>26</sup> Bezeichnete systemtheoretisch zu beschreiben.

Seelsorge als *hybride Praxis* lässt sich m. E. auch für die Krankenhauseelsorge in Anspruch nehmen. Denn diese arbeitet in der Organisation Krankenhaus, in der Abläufe und Regelungsmechanismen streng funktional und rational geordnet sind, aber zumeist getrennt voneinander ablaufen. Seelsorge überschreitet im Verhalten und Handeln permanent Systemgrenzen und arbeitet sowohl nach Religionscode als auch nach Therapiecode, ist »weder das eine noch das andere allein [...] Der Hybrid oszilliert zwischen den Operationslogiken zweier Kontexturen«<sup>27</sup>. Im Krankenhaus kommt Seelsorge immer dann zum Einsatz, wenn Sinnstrukturen fraglich werden oder, systemtheoretisch formuliert: »Der Hybrid löst das Problem, dass es in der funktional differenzierten Gesellschaft bei bestimmten Ereignissen zu Verschränkung (statt nur zum Nebeneinander) von mehreren Kontexturen kommt.«<sup>28</sup> Als Hybrid arbeitet Seelsorge mit Spiegelungen, mit einem Umschalten von der Logik des Psychischen zu der des Religiösen (und zurück). Vorgefundene Sinnstrukturen werden »auf die andere Seite gespiegelt«<sup>29</sup> und dadurch *verwandelt* oder *transformiert*. So lässt sich Sinn zwar »immer nur entweder nach psychischer oder [...] religiöser Logik formulieren [...], aber beides [hat] jeweils zum anderen beigetragen«<sup>30</sup>.

### 3 Krankenhauseelsorge als Transformation von Orten in Räume

Das Verständnis von Seelsorge als Hybrid ermöglicht es, statische Beschreibung aufzulösen, sowohl das Fremde als auch das Integrative von Seelsorge im Gesundheitswesen gelten zu lassen und gerade darin das Oszillierende zu erkennen, das die Differenz erhält. Denn Seelsorge hat es mit *vagen Problemen* zu tun, Befindlichkeiten und Irritationen, die aus funktionaler Differenzie-

26 Weiher, 2009. Weiher führt den Begriff des Geheimnisses folgendermaßen ein: »Geheimnis ist in diesem Buch positiv gemeint: Es ist überrational; es ist trotz seiner Undurchschaubarkeit wegen seiner unvergleichlichen Qualität gerade nicht weniger. Es ist vielmehr das Andere der Vernunft, das den Menschen und die Welt mehr sein lässt als das Verrechenbare und Nutzbare. Es ist gerade die ganz andere Dimension, aus der alles Begreifliche (und natürlich auch Unbegreifliche) stammt und dem es seine innere Fülle und seine Anziehungskraft verdankt.« (S. 40 f.)

27 Emlein, 2017, S. 85. Hervorhebung im Original.

28 Emlein, 2017, S. 87. Hervorhebung im Original.

29 Emlein, 2017, S. 87.

30 Hauschildt, 2017a, S. 162.

rung resultieren und sich keinem System eindeutig zuordnen lassen, sondern *dazwischen* sind, an den »Sinnrändern«<sup>31</sup> der Gesellschaft. Zugleich verweist das Hybride auf die kommunikativen Operationen von Seelsorge, die professionseigenen Handlungs- und Verhaltensweisen, »die ›schiere Operativität‹ des Umschaltens«<sup>32</sup>. Seelsorge erweist sich gerade in dem, was geschieht und wie es geschieht, sowohl therapeutisch, beratend, sozialarbeiterisch als auch religiös agierend. Emlein bezeichnet das in systemtheoretischer Diktion als »Neucodieren«<sup>33</sup>:

»Seelsorge beobachtet, wie Pastorandinnen und Pastoranden sich in ihrer Welt beobachten und beschreiben. [...] Sie versucht, die ›vagen Dinge‹ zu anders [sic!] zu codieren durch Ausprobieren. [...] Neucodieren meint die Umdeutung der Sicht auf die ›vagen Dinge‹ durch das Angebot einer anderen Sichtweise. Sinnvollerweise wird ein Set an Alternativen angeboten. [...] Welche Alternative gewählt wird, ist nicht voraussehbar. [...] Psychotherapie und Seelsorge leben – systemtheoretisch beobachtet – von Ambivalenz, Diffusität und Irrationalität und nicht von schulverpflichtenden Schnittmustern (Diagnosen und Methoden der Gesprächsführung), die klar definierbare Probleme voraussetzen.«<sup>34</sup>

Emlein nennt dies *Formveränderungsmanagement* oder *Sinnverschiebungsmanagement*. Nimmt man auf die raumsoziologische Begrifflichkeit, etwa nach Michel Foucault, Michel de Certeau, Klaus Raschzok oder Martina Löw Bezug<sup>35</sup>, lässt sich das, was Seelsorge in Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen ist, macht und bewirkt als *Transformation von Orten in Räume* beschreiben. Damit kommt, ergänzend zur systemtheoretischen Beschreibung, das prozessuale und das sich zeitlich und örtlich vollziehende Geschehen in den Blick, das sich in den Seelsorgebeziehungen in ihrer Vielfalt beobachten lässt: wo und was Seelsorge im Krankenhaus ist (im Sinne des viel beschriebenen Da-Seins), worauf sie sich bezieht, wie sie agiert und wie sie wirkt.

»Seelsorgliches Handeln ist geschichtlich gewordenes, diachrones Handeln. Es hinterlässt Spuren im Raum durch professionsspezifische Praktiken und

31 Emlein, 2017, S. 301. Emlein verweist auf Schleiermachers Diktion vom »unruhigen Gemütszustand« (ebd.).

32 Emlein, 2017, S. 86.

33 Emlein, 2017, S. 315.

34 Emlein, 2017, S. 316.

35 Vgl. die Überlegungen in Roser, 2017a.

Codierungen an einem funktional bestimmten Ort. Erst als solcher bewirkt er Veränderungsprozesse bei den Beteiligten.«<sup>36</sup>

Transformationsprozesse ermöglichen, dass an einem Ort unterschiedliche Räume – Atmosphären, Wahrnehmungen, Deutungen, Begrifflichkeiten, Sprachen etc. – synthetisiert werden können ohne in diesem Prozess vereindeutigt werden zu müssen, sondern offen bleiben können. Soziolog\*innen sprechen dabei von *struktureller Kopplung zwischen unterschiedlichen Logiken*.<sup>37</sup> Seelsorge erlaubt durch den ihr eigenen Kommunikationsstil sowohl Patient\*innen als auch Mitarbeitenden (auf der Mikrobene der interpersonalen Kommunikation) wie in Teams und Gruppen (Mesoebene) distanzierte Beobachtung. Sie schafft damit »Anlässe [...], in denen [die] Unbestimmtheit der Person eines Gegenübers sichtbar werden kann«<sup>38</sup>. Dies erfolgt im Gespräch (einschließlich des aktiven Schweigens) ebenso wie in rituellen oder liturgischen Handlungen. Seelsorger\*innen geben sich in diesen Situationen als Spezialist\*innen für das Unspezifische zu erkennen, oder, wie Michael Brems in seinem Beitrag schreibt: »An den Abgründen des Lebens sind die Bereitschaft zum Nichtwissen und zum Schweigen, das Wagnis eines Dennoch-Glaubens und das Aushalten von Widersprüchen hilfreiche religiöse Haltungen.«<sup>39</sup>

Die Transformation erfolgt aber nicht nur auf den personalen und interpersonalen Ebenen der seelsorglichen Begegnung am Ort. Zuwenig wurde lange Zeit beachtet, dass seelsorgliche Präsenz und Kommunikation auch die Organisationsebene betrifft und es zu »Resonanzen und Transformationsprozessen aller beteiligten Systeme«<sup>40</sup> kommt. Martina Löw zufolge sind Veränderungsprozesse in der Lage, soziale Ungleichheit entweder zu reproduzieren oder aufzuheben: »(An)Ordnungen haben Inklusions- und Exklusionseffekte«<sup>41</sup>. Indem Seelsorge im Krankenhaus das Personsein von Menschen, letztlich die Kraft zum Menschsein stärkt<sup>42</sup>, engagiert sie sich bei Fragen von Inklusion und

36 Roser, 2017b, S. 445 f.

37 Vgl. den Beitrag von Nassehi, Saake und Mayr in diesem Band.

38 Beitrag von Nassehi, Saake und Mayr, S. 90.

39 Beitrag von Michael Brems, S. 77.

40 Roser, 2017a, S. 496.

41 Löw, 2015, S. 217.

42 Thomas Beelitz verweist in seinem Beitrag auf Karl Barths Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit und die von ihm formulierte »Grundfrage nach der Kraft zum Menschsein« (Beitrag von Thomas Beelitz, S. 496). Corinna Schmohl formuliert aufgrund ihrer Erfahrungen in der Onkologie: »Wenn eine Begleitung gelingt, kann sie Betroffene in der Wahrnehmung unterstützen, den »Raum des Menschlichen und Lebendigen in seiner wahren Tiefe vielleicht jetzt erst überhaupt zu betreten.« (Beitrag von Corinna Schmohl, S. 187)

Würde<sup>43</sup> sowie einem auch theologisch validen Verständnis von Krankheit und Gesundheit<sup>44</sup>. Nicht zuletzt unter Inklusionsaspekten ist Seelsorge unmittelbar betroffen oder aktiv und beratend beteiligt an Veränderungsprozessen in einer zunehmend religionspluralen Gesellschaft<sup>45</sup>, die ihren Niederschlag findet in der Entwicklung von Seelsorge durch andere als christliche Religionsgemeinschaften<sup>46</sup>. Ein Aspekt dieser Transformation auf der Ebene des Gesundheitswesens ist die Entwicklung von Spiritual Care und die Rolle, die Seelsorge – sowohl in ihren konfessionellen wie überkonfessionellen und plurireligiösen Ausprägungen – an der Entwicklung hat. »Spiritual Care kann als ein Prozess sich konstituierenden Raums an Orten des Gesundheitswesens verstanden werden, in dem und an dem Seelsorge involviert ist.«<sup>47</sup> Dieser Transformationsprozess kann einerseits zu veränderten Handlungsrouninen führen, die in die systemimmanenten funktionalen Regelabläufe und Qualitätsprüfungen integriert werden und letztlich kritisch-anwaltliche seelsorgliche Interventionen unnötig machen oder seelsorgliches Handeln als *standard operating procedure* integrieren. Beispiele dafür finden sich im vorliegenden Handbuch in den Beiträgen zur Organisations- und Unternehmenskultur<sup>48</sup>, zur Entwicklung von Klinischer Ethik<sup>49</sup>, zur Etablierung von Anamnese-Instrumenten<sup>50</sup>, zur Regelung zum Beizug von Seelsorge<sup>51</sup> und Erweiterung von Dokumentationsformen<sup>52</sup> und zur Ausbildung und Supervision von Mitarbeitenden der Gesundheitsberufe<sup>53</sup>. Beispiele finden sich aber auch in den konkreten Kontexten und medizinischen Arbeitsfeldern, etwa in der Integration spiritueller Begleitung in der Neonatologie und Kinder- und Jugendmedizin<sup>54</sup>, in Palliative Care und Sterbebegleitung<sup>55</sup> oder bei Patient\*innen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit<sup>56</sup>. Gerade die aus

43 Vgl. die Beiträge von Johannes Albrecht zur Seelsorge in der Geriatrie sowie von Gundula Goldbach im Blick auf Verletzlichkeit und Scham in der Frauenklinik.

44 Vgl. den Beitrag von Simon Peng-Keller.

45 Vgl. den Beitrag von Andreas Stähli.

46 Vgl. dazu den Beitrag zu islamischer Krankenhausseelsorge von Abdullah Takim. Leider ist dieser Beitrag der einzige Beitrag aus einer anderen als der christlichen Religionsgemeinschaft. Im Blick auf jüdische Seelsorge sei zumindest verwiesen auf die Arbeiten von Petery, 2017 sowie Probst, 2019.

47 Roser, 2017a, S. 507.

48 Vgl. Beiträge von Michael Fischer, Francesco De Meo, Margit Gratz und Johannes Reber.

49 Vgl. den Beitrag von Thorsten Moos.

50 Vgl. den Beitrag von Eckhard Frick SJ.

51 Vgl. den Beitrag von Traugott Roser, Renata Aebi und Pascal Moesli.

52 Vgl. den Beitrag von Thomas Beelitz.

53 Vgl. die Beiträge von Friederike Rüter, Astrid Giebel und Kerstin Lammer.

54 Vgl. die Beiträge von Claudia Zierer, Heike Kassebaum und Christa Schindler.

55 Vgl. die Beiträge von Karoline Labitzke und Norbert Kuhn-Flammensfeld.

56 Vgl. den Beitrag von Nicole Frommann.



der unmittelbaren Praxis stammenden Beiträge lassen erkennen, wie sehr sich die Seelsorgenden auf den Kontext einlassen, wie intensiv sie sich in Krankheitsbilder, Diagnostik und Behandlungsansätze und -methoden einarbeiten und dadurch Kontextkompetenz erwerben.<sup>57</sup> Nicht nur Psychotherapie oder Sozialarbeit sind neben dem Religionssystem prägende *Kontexturen* (Emlein) der Krankenhauseelsorge, sondern die ganze Bandbreite der Gesundheitsberufe und ihrer Bezugsdisziplinen. Erst die Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem und seinen diversen Subsystemen ist die Bedingung der Möglichkeit von Transformationsprozessen.

Andererseits birgt ein Verständnis seelsorglicher Präsenz und seelsorglichen Handelns und Verhaltens als einem auf Transformation angelegten Prozess die Chance, den Fokus auf die kritische Infragestellung des *Ortes* und seiner Regeln zu richten. Die Fremdheit, die mit der prophetischen Rolle der Seelsorge verbunden ist, gehört zum Wesen von Seelsorge als religiöser Kommunikation. »Seelsorge fordert durch ihre unterschiedlichen Formen von Präsenz auch soziale Ordnung heraus, stellt Hierarchien und Geltungsansprüche in Frage und übernimmt nicht selten eine Anwaltsfunktion für die Stimmlosen und Schwachen.«<sup>58</sup> Beispiele und grundlegende Darstellungen dieser Fremdheit und ihrer Begründungen finden sich in diesem Band v. a. in den Beiträgen von Sebastian Borck (Seelsorge als Heterotopie in der Heterotopie), Andrea Bieler (»Im Zwischenraum von realitäts- und Möglichkeitssinn werden [Seelsorgende] zu Anwält\*innen des Pathischen«<sup>59</sup>) und Michael Klessmann (Widerständigkeit von Krankenhauseelsorge als »Gratwanderung zwischen individueller Zuwendung und sozialkritischer Aufmerksamkeit«<sup>60</sup>). Volkmar Schmuck beschreibt den Seelsorger als Katalysator, der als Fremder durch Empathie und kompetente Gesprächsführung lebendige Prozesse in Gang setzt, ohne dabei die Richtung vorzugeben. Besonders deutlich wird der Bedarf an Transformation, wenn für Krankenhauseelsorge die aus der Sozial- und Wirtschaftsethik kommende vorrangige Option Gottes für die Armen in Anspruch genommen wird und damit auf wirtschafts- und unternehmensethischen Veränderungsbedarf hingewiesen wird.<sup>61</sup> In nicht weniger sozialetischer Intention spricht Thomas Hagen aus kirchenleitender Perspektive von einer »eindeutigen Option für die Kranken«<sup>62</sup>. Das mit der Fremdheit verbundene Potenzial kommt in konkreten Kontexten

57 Ein Beispiel dafür ist der Beitrag von Angela Rinn zur Seelsorge in der Kardiologie.

58 Roser, 2017b, S. 447.

59 Andrea Bieler, S. 384.

60 Michael Klessmann, S. 401.

61 Vgl. dazu insbesondere den Beitrag von Dorothee Haart.

62 Thomas Hagen, S. 522.

und Situationen zur Geltung wie in der Intensivmedizin<sup>63</sup> oder bei der kreativen Gestaltung ritueller und gottesdienstlicher Handlungen<sup>64</sup>. Gerade hier werden Orte zu Räumen transformiert, denn Seelsorgende verfügen neben Techniken der Gesprächsführung vor allem über symbolische Zeichen (Kleidung, Artefakte, Texte, Rituale), die sie an vorfindlichen Orten gezielt einsetzen, um Atmosphäre zu erzeugen und mit anderen präsenten Menschen einen anderen Raum zu konstituieren. Dass sich, wie Ralph Kunz zeigt, mitten im Krankenhaus »Gemeinde auf Zeit« konstituiert, zeigt, dass die Begegnung am Ort auch eine Zeitdimension hat und einen eigenen, anderen Raum generiert.

»[W]enn die Krankenhausseelsorge als wandernde Profession keinen Ort hat, schafft sie doch einen Zeitraum für Begegnungen, indem sie Handlungs-routinen unterbricht. In beiden Dimensionen setzt die Seelsorge ein Signal für ein anderes Paradigma.«<sup>65</sup>

Die Transformationsprozesse erfolgen jedoch nicht nur beim Gegenüber und in den Orten und Strukturen des Gesundheitswesens, sondern in eindrücklicher Weise bei den Seelsorgenden selbst und nicht zuletzt den für Seelsorge Verantwortlichen in Kirche und Theologie. Die *Sinnränder* und existenziellen Situationen, an und in denen Seelsorgende Menschen begegnen, verändern sie selbst. »Im Krankenhaus geht die Kirche noch einmal in eine Grundschule des Glaubens, in eine Grundschule der Theologie«<sup>66</sup>. Was Trost ist, buchstabiert sich von hier aus gänzlich neu. Thomas Beelitz spricht von »Trostspuren«, die sich in dokumentierten Äußerungen von Patienten und Patientinnen finden lassen und in denen sich auch für Seelsorgeprofis »Gesichtszüge Gottes erkennen«<sup>67</sup> lassen. Kirchliche Krankenhausseelsorge ist nicht einfach Repräsentanz von Kirche am andern Ort, weil sie nicht etwas Bestimmtes (etwa ein bestimmtes Bekenntnis) einbringt, sondern für das Unverfügbare und Unbestimmte steht, ohne das kirchliche und christliche Profil zu nivellieren. Neben den konkreten existenziellen Situationen in der Begegnung mit Kranken, ihren Zugehörigen und Mitarbeitenden fordern auch die sich verändernden Strukturen und Bedingungen im Gesundheitswesen kirchliche Seelsorge zu Veränderungen heraus, etwa zu Netzwerkarbeit zwischen Krankenhaus und Kirchengemeinde

63 Vgl. den Beitrag von Thomas Kammerer.

64 Vgl. den Beitrag von Heidi Käab.

65 Ralph Kunz, S. 551.

66 Michael Brems, S. 68.

67 Thomas Beelitz, S. 498.