

# ZPTh

Zeitschrift  
für Pastoraltheologie

---

Suche nach Seelsorge

## Seelsorge – Der fremde Blick

Als angehender Arzt, im letzten Jahr meines Medizinstudiums, nahm ich im Marienkrankenhaus Euskirchen an einem Kurs zur Gesprächsführung nach Rogers teil. Ich hatte bis dahin im ganzen Studium noch nichts über Kommunikationsführung gelernt, und fand es spannend und hilfreich, wie man mit den richtigen Worten, und noch viel mehr mit Zuhören, von dem Patienten mir gegenüber erfahren kann. Durchgeführt wurde der Kurs vom Klinikseelsorger.

Dieser ersten Begegnung mit der Krankenhauseelsorge folgten weitere positive Erfahrungen in den nächsten Jahren meiner ärztlichen Laufbahn, in Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft wie an mehreren Universitätskliniken. Aus der ärztlichen Perspektive kommen die Krankenhauseelsorger\*innen immer, wenn sie gerufen werden, sie bringen Zeit und Empathie mit, sie liefern Rituale, die für Patient\*innen und Angehörige entlastend wirken und entlasten damit Ärzt\*innen und Pflegepersonal in schwierigen und emotional belastenden Situationen. In der Zusammenarbeit im klinischen Ethikkomitee bringen sie neue Perspektiven ein, sodass die Entscheidungen nicht nur auf der medizinischen Ebene, sondern gleichermaßen mit Blick auf eine körperliche und seelische Dimension getroffen werden können.

Noch intensiver wurde die Zusammenarbeit in der Palliativversorgung. Mit dem ganzheitlichen und patientenzentrierten Ansatz legt schon die Definition der Palliativversorgung vor, dass neben der Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen auch psychologische und spirituelle Belastungen und soziale Bedürfnisse erkannt und behandelt werden sollen.<sup>1</sup> Seelsorge ist damit ein fester Bestandteil der Palliativversorgung.

In der Umsetzung in der Praxis ist allerdings durchaus auszuhandeln, wie die Einbindung von Seelsorge in die Palliativversorgung geschehen kann. Als ärztlicher Leiter der neu gegründeten Palliativstation am Universitätsklinikum Aachen habe ich auch die Krankenhauseelsorger\*innen zu einer engen Kooperation mit dem Palliativteam eingeladen. Ähnlich wie bei der Physiotherapie wünschte sich das Team eine Teilnahme der Seelsorger\*innen an den mittäglichen Übergaben, in denen die Patient\*innen und ihre Behandlung ausführlich besprochen wurden. Für mich überraschend wurde dieser Vorschlag von dem katholischen Krankenhauseelsorger abgelehnt. Er begründete dies damit, dass er sich nicht als Teil des Behandlungsteams sehen würde, sondern in einem besonderen Vertrauensverhältnis mit den Patient\*innen stehen würde. In den Teamsitzungen könne er ohnehin keine Informationen über die Patient\*innen weiter-

---

<sup>1</sup> Lukas Radbruch u.a., Redefining Palliative Care. A New Consensus-Based Definition, in: J Pain Symptom Manage 60 (2020) 4, 754–764.

geben, weil diese meist unter das Beichtgeheimnis fallen würden. In der Folge blieb es dann bei einer lockeren Kooperation, die allerdings im Verlauf der Zeit intensiver wurde und von beiden Seiten als hilf- und erfolgreich empfunden wurde.

Die Balance zwischen der Notwendigkeit zur Kooperation und dem Wunsch einer vorsichtigen Abgrenzung, beziehungsweise einem Widerstand gegen eine vollständige Integration ins Palliativteam, habe ich auch später öfter noch erlebt. In diesem Balanceakt scheinen sich die zwei Seelen der Krankenhauseelsorge widerzuspiegeln, wenn sie sich einerseits als Dienstleister (und damit auch gerne als vollwertiges Mitglied im Behandlungsteam) und andererseits als Kontroll- und Störfaktor von außen versteht (was mit einer vollständigen Integration kaum noch möglich ist).

Auf der organisatorischen Ebene zeigte sich diese Balance bei der Diskussion, ob der Einsatz der Krankenhauseelsorger\*innen für die Kodierung der komplexen Palliativbehandlung im Krankenhaus angerechnet werden kann. Die entsprechenden Operationsprozedurenschlüssel (OPS) 8-98e, 8-98h und 8-982 geben als ein Mindestmerkmal vor, dass mindestens zwei Therapiebereiche aus Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerischen Therapie, Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen in die Palliativversorgung eingebunden sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband stritten in 2020, ob die durch eine\*n Seelsorger\*in im Rahmen dieser OPS erbrachten Leistungen in die Honorierung eingehen sollten. Der Schlichtungsausschuss sprach sich letztendlich gegen die Berücksichtigung der seelsorgerischen Leistungen aus, und begründete dies mit der Heterogenität des Begriffs der Seelsorge, eines potenziellen Verdrängungseffektes zu Lasten anderer Berufsgruppen sowie einer konsistenten Anwendung des Begriffs des palliativmedizinischen Behandlungsteams. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin betonte daraufhin nochmals den Stellenwert und die Wertschätzung der Seelsorge in der Palliativversorgung.

Die Begründung des Schlichtungsausschusses verweist darauf, dass in der Gesundheitsversorgung die Begrifflichkeiten sowohl von Spiritualität wie auch von Seelsorge nicht eindeutig festgelegt sind. In unserer Forschungsgruppe wurde gerade anlässlich eines Antrags für ein medizinisches Forschungsprojekt diskutiert, ob wir den englischen Begriff *Spiritual Care* mit Seelsorge übersetzen dürfen, oder besser mit spirituelle Versorgung oder Begleitung, oder ob wir den englischen Begriff als unübersetzbar beibehalten müssten. Was ist Seelsorge? Und wer macht das?

In der Palliativversorgung ist der Begriff der Spiritualität in den letzten Jahren zunehmend hervorgetreten. Allerdings ist das Verständnis von Spiritualität in der Palliativversorgung sehr breit angelegt und geht weit über eine religiöse Rahmung hinaus. So definiert die European Association for Palliative Care Spiritualität als die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken

und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit der Gegenwart, sich selbst und anderen, der Natur, dem Bedeutsamen und/oder dem Heiligen (Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred).<sup>2</sup> Die Erfassung von Spiritualität wird dementsprechend entweder besonders breit angelegt, zum Beispiel mit der Frage „Sind Sie im Frieden mit sich selbst?“<sup>3</sup> oder im Gegensatz dazu oft auch durch standardisierte Fragebögen<sup>4</sup>, die mit ihren vorgegebenen Items ein enges, theologisch nicht validiertes Raster liefern, eingeschränkt. Die unscharfe und breite Konzeptionalisierung von Spiritualität ist nicht zuletzt durch ein breites Spektrum kultureller und sozialer Rahmenbedingungen begründet, welche mit unterschiedlichsten Bedürfnissen und Vorstellungen einhergehen.<sup>5</sup> Dies wird besonders deutlich im Vergleich mit dem außereuropäischen Ausland. So wurde in einer Erhebung von psychosozialen und spirituellen Problemen indischer Patientinnen die hohe Bedeutung von Glauben und Religiosität deutlich. Gebete vermittelten Hoffnung, Entspannung und Ablenkung, während finanzielle Sorgen übermächtig und bedrohlich wirkten.<sup>6</sup>

Spiritualität kann jedenfalls in der Gesundheitsversorgung, und insbesondere der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowohl von den Patient\*innen selbst wie auch ihren Angehörigen als wichtige Ressource wahrgenommen werden.<sup>7</sup>

---

<sup>2</sup> Megan Best u. a., An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care, in: *BMC Palliat Care* 19 (2020) 1, 9.

<sup>3</sup> Lucy Selman u. a., 'Peace' and 'life worthwhile' as measures of spiritual well-being in African palliative care: a mixed-methods study, in: *Health Qual Life Outcomes* 11 (2013), 94; Karen E. Steinhauser u. a., "Are you at peace?": one item to probe spiritual concerns at the end of life, in: *Arch Intern Med* 166 (2006) 1, 101–105.

<sup>4</sup> Arndt Büssing – Thomas Ostermann – Peter F. Matthiessen, Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire, in: *Health Qual Life Outcomes* 3 (2005), 10; Amy H. Peterman u. a., Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy – Spiritual well-being scale (FACIT-Sp), in: *Ann Behav Med* 24 (2002) 1, 49–58.

<sup>5</sup> Panagiotis Pentaris – Louise L. Thomsen, Cultural and Religious Diversity in Hospice and Palliative Care: A Qualitative Cross-Country Comparative Analysis of the Challenges of Health-Care Professionals, in: *Omega (Westport)* 81 (2020) 4, 648–669.

<sup>6</sup> Frank Elsner u. a., Psychosocial and spiritual problems of terminally ill patients in Kerala, India, in: *Future Oncol* 8 (2012) 9, 1183–1191.

<sup>7</sup> Andrea Carolina Benites u. a., 'The experience of spirituality in family caregivers of adult and elderly cancer patients receiving palliative care: A meta-synthesis', in: *Eur J Cancer Care (Engl)* 30 (2021) 4, e13424; Christina M. Puchalski – Rabbi Elliot Dorff – Imam Yahya Hendi, Spirituality, religion, and healing in palliative care, in: *Clin Geriatr Med* 20 (2004) 4, 689–714, vi–vii.

Religion wird hingegen in der Medizin zwiespältig wahrgenommen. In der Psychiatrie wird Religiosität sogar eher als Symptom<sup>8</sup> oder als Indikator bei Psychosen wahrgenommen,<sup>9</sup> aber andererseits auch als Schutzfaktor zum Beispiel zur Verhinderung von Suiziden<sup>10</sup>.

In der Palliativversorgung werde ich häufig gefragt, ob denn religiöse Menschen leichter oder ruhiger sterben. Nach meinen eigenen Erfahrungen gilt dies sicher für einen Teil der Patient\*innen, die in der Sicherheit ihrer religiösen Überzeugungen Trost und Hoffnung finden. Es gibt aber auch Situationen, in denen Patient\*innen in ihrer existenziellen Krise mit ihrem Glauben hadern und dann eher mehr leiden. In einer amerikanischen Studie waren religiöse Erfahrungen und Praktiken mit einer geringeren psychologischen Belastung verbunden, wenn die Patient\*innen sich in einer Partnerschaft mit Gott oder einer höheren Macht empfanden, wenn sie Gott um Vergebung bitten konnten oder anderen vergeben konnten, wenn sie Kraft und Trost in ihren religiösen Überzeugungen fanden und wenn sie von ihrer spirituellen Gemeinde unterstützt wurden. Patient\*innen litten mehr unter Depression und berichteten eine schlechtere Lebensqualität, wenn sie die Krise als Strafe Gottes ansahen, starke Schuld empfanden oder einen absoluten Glauben an Gebet und Heilung und nicht in der Lage waren, ihren Ärger aufzulösen, wenn die Heilung nicht eintrat.<sup>11</sup>

In systematischen Übersichtsarbeiten wurde der Effekt von Gebeten auf den Gesundheitszustand untersucht, und einerseits positive Effekte beschrieben, zum Beispiel mit einer besseren körperlichen Funktionsfähigkeit,<sup>12</sup> während andererseits in einer Metaanalyse kein positiver Effekt von Fürbitten von anderen Personen für die Patient\*innen nachgewiesen werden konnte.<sup>13</sup>

Vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Spiritualität und einer eher ambivalenten Bewertung von Religiosität wird die Frage nach der personellen Besetzung der Seelsorge in der Gesundheitsversorgung in zwei Richtungen diskutiert. Zum einen stellt sich die Frage, wieweit Seelsorge an Seelsorger\*innen als Spezialist\*innen delegiert werden soll, oder ob Spiritualität nicht als Aufgabe aller Mitarbei-

---

<sup>8</sup> Heike Anderson-Schmidt u.a., The influence of religious activity and polygenic schizophrenia risk on religious delusions in schizophrenia, in: *Schizophr Res* 210 (2019), 255–261.

<sup>9</sup> Noha Abdel Gawad u.a., Religious Activity, Psychotic Features, and Suicidality in 688 Acute Psychiatric Inpatients, in: *J Psychiatr Pract* 24 (2018) 4, 253–260.

<sup>10</sup> Martin Ploderl – Sabine Kunrath – Clemens Fartacek, God Bless You? The Association of Religion and Spirituality with Reduction of Suicide Ideation and Length of Hospital Stay among Psychiatric Patients at Risk for Suicide, in: *Suicide Life Threat Behav* 50 (2020) 1, 95–110.

<sup>11</sup> Kenneth I. Pargament u.a., God help me: (I): religious coping effects as predictors of the outcomes to significant negative life events, in: *American Journal of Community Psychology* (1990) 18, 793–824.

<sup>12</sup> Talita Prado Simao – Silvia Caldeira – Emilia Campos de Carvalho, The Effect of Prayer on Patients' Health: Systematic Literature Review, in: *Religions* 7 (2016) 1, 11ff.

<sup>13</sup> Kevin S. Masters – Glen I. Spielmanns, Prayer and health: review, meta-analysis, and research agenda, in: *J Behav Med* 30 (2007) 4, 329–338.

tenden im Gesundheitswesen verstanden werden muss. Wenn sich Ärzt\*innen häufig auch gerne auf die körperlichen Aspekte der Erkrankung beschränken, wird doch in vielen Bereichen der Medizin zunehmend wieder ein ganzheitliches Verständnis von Krankheiten entwickelt, bei dem die körperlichen Aspekte nicht von der psychischen und spirituellen Dimension getrennt werden können. In der Kursweiterbildung Palliativmedizin sind die teilnehmenden Ärzt\*innen durchaus bereit, sich auf das Thema Spiritualität einzulassen und berichten mit einer Fülle eigener Erfahrungen, wie sie dieses Thema im täglichen Arbeitsalltag beeinflusst. Eng mit der Spiritualität verwobene Konzepte wie Kohärenzgefühl oder Lebenssinn haben eine zentrale Bedeutung in der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen.<sup>14</sup> Spiritualität ist eben auch eine ärztliche Aufgabe.<sup>15</sup> Viktor E. Frankl beschreibt die gemeinsame Sinnfindung auch in Lebenskrisen mit dem Patienten als ärztliche Seelsorge.<sup>16</sup> In der Krankenpflege wurde das Erkennen von spirituellem Leid und die spirituelle Begleitung sogar als Kernkompetenz der Pflege beschrieben.<sup>17</sup> Wenn die medizinische und pflegerische Versorgung über das Körperliche hinausgeht und auch für spirituelle Themen und Sinnfragen offen ist, eröffnen sich neue Ebenen und damit ein tieferes Vertrauen zwischen Patient\*in und Behandler\*in. So kann zum Beispiel für die Behandler\*innen verständlich werden, warum der Patient bestimmte Behandlungsmaßnahmen ablehnt oder einfordern möchte.<sup>18</sup> Diese spirituelle Begleitung durch Ärzt\*innen, Pflegekräfte und andere Mitarbeitende im Gesundheitswesen kann aber die Krankenseelsorger nicht ersetzen, die immer noch als Spezialist\*innen benötigt werden, um religiöse Rituale zu vollziehen oder bei komplexen Problemen mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung die Begleitung zu übernehmen.<sup>19</sup>

Zum anderen lässt sich fragen, ob die Seelsorge an die Theologie angebunden bleibt oder konfessionsübergreifend oder sogar konfessionslos besetzt werden soll. Der Anteil der Angehörigen einer christlichen Religion an den Patient\*innen wie in der Bevölkerung sinkt stetig ab, während der Anteil von Moslems oder Angehörigen von anderen Religionen ebenso wie der Anteil von Atheist\*innen steigt. In den

---

<sup>14</sup> Katja Maus u.a., Resilienz, Kohärenz, Lebenssinn sowie andere Konzepte und Begriffe in der Palliativversorgung – eine Standortbestimmung, in: *Spiritual Care* 10 (2021) 2, 145–155.

<sup>15</sup> Lukas Radbruch, Ist Spiritualität überhaupt eine ärztliche Aufgabe?, in: *Leidfaden* 5 (2016) 1, 58–62.

<sup>16</sup> Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. München 11<sup>2005</sup>.

<sup>17</sup> Elizabeth Batstone – Cara Bailey – Nutmeg Hallett, *Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review*, in: *J Clin Nurs* 29 (2020) 19–20, 3609–3624; DorAnne Donesky – Emily Sprague – Denah Joseph, *A New Perspective on Spiritual Care: Collaborative Chaplaincy and Nursing Practice*, in: *ANS Adv Nurs Sci* 43 (2020) 2, 147–158.

<sup>18</sup> Frank Peusquens – Katja Maus – Lukas Radbruch, *Die Pfeile des wütenden Geschicks ertragen – Umgang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen*, in: Cornelia Richter (Hg.), *An den Grenzen des Messbaren. Die Kraft von Religion und Spiritualität in Lebenskrisen*, Stuttgart 2021.

<sup>19</sup> Donesky u.a. (s. Anm. 17).

Krankenhäusern wird entsprechend öfter nach spiritueller Begleitung durch die Spezialist\*innen anderer Konfessionen gefragt oder nach konfessionsübergreifenden Angeboten in der spirituellen Begleitung.<sup>20</sup> Auch konfessionslose Angebote, zum Beispiel als humanistische spirituelle Begleitung, sind zunehmend verbreitet. In der Palliativversorgung entstanden in den USA die Sterbe-Hebammen (Death Doulas), deren Aufgaben auch die emotionale und spirituelle Begleitung der Sterbenden beinhaltet. Damit ist aber auch die Gefahr verbunden, dass eine Berufsgruppe von konfessionslosen Seelsorger\*innen entsteht, die weniger qualifiziert ist und keine religiösen Rituale anbieten kann.

Die Zusammenarbeit mit der Seelsorge ist auf jeden Fall gewinnbringend für die Mitarbeitenden in der Gesundheitsversorgung, denn auch die eigenen spirituellen Einstellungen spielen eine Rolle im Umgang mit den Patient\*innen. In der Zusammenarbeit mit Theolog\*innen und Seelsorger\*innen habe ich über viele Jahre wertvolle Impulse für die eigene Arbeit gefunden. In einer Vorlesung mit Ulrich Lüke (Systematische Theologie) in Aachen haben wir gemeinsam überlegt, wie die Kardinaltugenden in der Medizin ihre Entsprechungen finden: Mut, Weisheit, Besonnenheit und Gerechtigkeit deckt sich fast genau mit den vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik<sup>21</sup> Autonomie, Nutzen, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit, und auch für Glaube, Liebe und Hoffnung lassen sich mit Vertrauen, Empathie und Hoffnung enge Bezüge herstellen.

In der DFG-geförderten Forschungsgruppe zu Resilienz in Religion und Spiritualität war es die Frage nach der kulturellen Kodierung von Krisenerfahrungen, zu der wir Schnittmengen zwischen dem alttestamentarischen und dem palliativmedizinischen Teilprojekt suchten: Wie werden Schmerz und Leid semantisch ausgedrückt? Als Einführung zu einer Tagung gab mir Judith Gärtner, Professorin für Altes Testament in Rostock, eine Auswahl von Psalmen, und ich fühlte mich tief berührt von dieser Stelle aus Ps 38,9: „Ich bin betäubt und vollkommen zerschlagen, ich brülle wegen des Gestöhns meines Herzens.“ Zunächst fiel mir der große Widerspruch auf zwischen dem Betäubtsein und dem Brüllen – geht denn überhaupt beides zusammen? Aber genau das erlebe ich ja auch bei den Patient\*innen in der Palliativversorgung. Der große Schock, die betäubte Stille in den Gesprächen, in denen eine schlechte Nachricht vermittelt werden musste, wenn Patient\*innen und ihre Angehörigen es erst mal gar nicht fassen können, was sie gerade gehört haben. Eine Stille, für die ich als Arzt im Gespräch auch Zeit lassen muss. Ich erkläre im Unterricht für Ärzt\*innen und Medizinstudierende zum Beispiel, dass sie mal zu Hause auf dem Sekundenzeiger der Uhr eine halbe Minute abwarten sollen, weil man so lange im Gespräch auch mal das Schweigen aushalten muss. Dreißig Sekunden, das klingt nicht lang – und ist doch in so einem Gespräch für mich als Arzt eine halbe Ewigkeit.

---

<sup>20</sup> Anke I. Liefbroer u. a., *Interfaith Spiritual Care: A Systematic Review*, in: *J Relig Health* 56 (2017) 5, 1776–1793.

<sup>21</sup> Tom L. Beauchamps – James F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, New York <sup>8</sup>2019.

Und gleichzeitig das Brüllen? Wenn ich Medizinstudierende oder Ärzt\*innen frage, wovor sie am meisten Angst haben in ihrem Arbeitsalltag, dann kommt fast immer die Antwort: vor aggressiven Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen. Aber es ist doch eigentlich völlig normal, dass ich mit einer solchen Erkrankung und in einer solchen Not wütend werde und versuche, das Leid zu übertönen. Elisabeth Kübler-Ross hat deshalb ja auch bei ihren fünf Phasen die Aggressionsphase als eine wichtige Umgangsweise mit Leid und Verlust beschrieben. Als Arzt muss ich nur verstehen, dass das Brüllen nicht mir gilt, sondern eben „dem Gestöhn des Herzens“. Das Klagen muss manchmal eben laut sein!

Die Psalmen und die moderne Palliativversorgung liegen fast 3.000 Jahre auseinander und unterscheiden sich grundlegend in ihren kulturellen Rahmenbedingungen. Dennoch gibt es Verbindungen, und die Sprache der Psalmen kann mir das Leid der Patient\*innen verdeutlichen. Vielleicht zeigt sich ja gerade darin der Wert von Seelsorge in der Versorgung von kranken Menschen.

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch  
Klinik für Palliativmedizin  
Universitätsklinikum Bonn  
Venusberg Campus 1  
53127 Bonn  
+49 228 287-13495  
lukas.radbruch(at)ukbonn(dot)de  
www.palliativbonn.de