

Annette Haußmann und Thorsten Moos

Verantwortete Seelsorge: Plädoyer für eine ethische Professionalisierung der Klinikseelsorge

In den vergangenen Jahrzehnten ist die Klinikseelsorge vermehrt mit klinischer Ethik konfrontiert worden und hat entsprechende feldspezifische Kompetenzen ausgebildet. Dabei besteht die Herausforderung dieser Konfrontation der Seelsorge mit Ethik in der Klinik nicht allein darin, mit den komplexen medizinischen, rechtlichen und ethischen Fragen einer klinischen Ethik, die sich auf schwierige Behandlungsverläufe kapriziert, umzugehen. Vielmehr gilt es, Ethik in der Klinik als professionsethische Herausforderung für die Seelsorge zu verstehen und auf verschiedenen Ebenen zu reflektieren. Dazu wird ein heuristisches Strukturierungsmodell vorgeschlagen und entfaltet, das sich auf den Begriff der verantworteten Seelsorge bringen lässt.

1 Ethische Praxis der Klinikseelsorge: Ein Fallbeispiel

Eine Patientin wird mit Krebs im weit fortgeschrittenen Stadium in einer Klinik behandelt. Als sie nicht mehr genügend Nahrung zu sich nimmt, fordern Angehörige die Aufnahme künstlicher Ernährung. Die behandelnde Ärztin lehnt das ab. Die Seelsorgerin wird einbezogen und sucht die Patientin auf, um sich selbst ein Bild zu machen. Im Nachhinein reflektiert sie im Interview:

Wenn ich jetzt nochmal kritisch raufgucke, würde ich sagen, ich war da, was ich sonst in der Seelsorge nicht bin, schon ein bisschen zielorientiert. Stimmt, das wird mir gerade so bewusst. Man muss wissen, diese Patientin hat (...) von sich aus nichts erzählt. Ja, insofern musste ich irgendwo ansetzen und habe angesetzt, wie es ihr geht. Da stand das Frühstück noch, und es ging ja nun um die Essensfrage, ich habe also mit den sichtbaren Dingen angefangen zu sprechen, wie es denn mit dem Essen stand heute früh. Und dann hat sie erzählt, dass sie einmal [vom Brötchen] abbeißt, und dann reicht es schon, und dann ist alles satt in ihr. Und ich habe schon da den Faden verfolgt, wie satt sie eigentlich das Leben letztlich hat. An welchem Punkt sie selbst ist, also nicht so plump von dem Satz mit dem Brötchen aus, aber das war ein Pfad. Und wenn ich jetzt ehrlich bin, dann hatte ich auch schon auf dem Weg, als ich

zu ihr ging, im Hinterkopf, dass ich selbst einen Eindruck davon haben möchte, wo die Patientin eigentlich hinwill. Also ihren mutmaßlichen Willen (...).¹

In der nachträglichen Reflexion wird der Seelsorgerin bewusst, dass sie hier de facto einen *zweiten Auftrag* verfolgt und versucht hat, den medizinethisch wie medizinrechtlich zentralen Willen der Patientin zu ermitteln. Dabei hat sie klassische Techniken seelsorglicher Gesprächsführung, etwa die Arbeit mit symbolischer Rede („dann ist alles satt in ihr“), eingesetzt, diese aber gleichsam in den Dienst der Ethik gestellt. Auf diese Weise hat das Seelsorgegespräch eine externe Abzweckung erhalten, die der Seelsorgerin selbst erst im Nachhinein klar wurde. Diese Intransparenz der Situation ist medizin- wie professionsethisch von Belang, insofern auch für die Patientin nicht klar gewesen sein dürfte, dass hier kein offenes Seelsorgegespräch stattfindet, sondern die Kontaktaufnahme im Kontext eines ethischen Konflikts um ihre Weiterbehandlung steht. Auch wenn die Patientin, wie hier vorausgesetzt, nicht mehr zur Bildung eines expliziten Willens hinsichtlich ihrer Behandlung in der Lage ist, bleibt sie doch Gesprächspartnerin, deren Würde potenziell dadurch verletzt wird, dass sie über wesentliche Voraussetzungen des Gesprächs im Unklaren gelassen wird. Die Klärung des Auftrags, das heißt die Einigung über die gesprächslegitimierenden Erwartungen beider Seiten, ist daher von seelsorglicher wie ethischer Bedeutung: ein professionsethisches Kernproblem.²

Dieses Problem steht im Kontext der Frage, wie sich Seelsorge und Ethik in der Klinikseelsorge zueinander verhalten. Stark institutionalisierte Formen klinischer Ethikberatung ermöglichen es Seelsorgenden zunächst, zwischen einem „Seelsorgemodus“ in der Individualseelsorge, die sich von ethischen Fragestellungen traditionell eher fernhält, und einem „Ethikmodus“ in der Teilnahme an formalisierter Ethikkommunikation zu trennen. Eine solche Trennung konkretisiert sich etwa in der Verfahrensregel, dass Seelsorgende eine ethische Fallbesprechung in der Regel nur dann moderieren, wenn sie die betreffende Patientin nicht selbst individuell begleitet haben. Zugleich ist diese Trennung nur bedingt durchführbar, wie das Beispiel des *zweiten Auftrags* zeigt. Die professionsethische Reflexion auf

1 Thorsten Moos, Simone Ehm, Fabian Kliesch und Julia Thiesbonenkamp-Maag, *Ethik in der Klinikseelsorge: Empirie, Theologie, Ausbildung* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2016), 167.

2 Empirisch zeigt sich, dass Seelsorgende in vielfacher Weise an Willensermittlungen beteiligt sind und ihre kommunikativen Kompetenzen hierfür einsetzen (Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 166–72). Dies geschieht allerdings nicht immer im Dienste einer auf medizinethische Verwertbarkeit – das heißt insbesondere: auf Eindeutigkeit – ausgerichteten Willensermittlung. Das spezifische Sensorium für Ambiguitäten erlaubt es Seelsorgenden auch, situativ das Scheitern von Willensabforderungen einzugestehen (Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 171).

das Verhältnis von Seelsorge und Ethik bedarf also anspruchsvollerer Verhältnisbestimmungen, die eine Adaption an individuelle Konstellationen erlauben.³

Die im Interview geschilderte Situation zeigt mehrere Ebenen ethischer Herausforderungen in der professionellen Klinikseelsorge. Zunächst ist da die Ebene einer unklaren ethischen Situation, hier: einer aufgrund eines problematischen Behandlungsverlaufs anstehenden Entscheidung. In den sich andeutenden Konflikt zwischen Angehörigen und Ärztin wird die Seelsorgerin hineingezogen. Ob und wie sie agiert, muss sie für sich entscheiden. Auf einer anderen Ebene liegt die ethische Problematik der anstehenden Behandlungsentscheidung. Hier muss die Seelsorgerin ihre eigene Haltung (zum Beispiel ihre biografische Prägung zu Tod und Lebensende, ihre Meinung zu lebensverlängernden Maßnahmen, zur Bedeutung von Normen und Werten wie Autonomie, Menschenwürde, Vulnerabilität) klären, um nicht etwa impliziten moralischen Druck auszuüben. Die dritte Ebene bildet die angesprochene Ethik der seelsorglichen Interaktion, in der hier mit der Transparenz der Gesprächsvoraussetzungen für alle Teilnehmenden Grundlegendes auf dem Spiel steht. Auf einer vierten Ebene steht die Situation im Kontext der klinischen Organisation insgesamt. Zu reflektieren sind hier insbesondere die Fragen, wie sich die Seelsorgerin im Anschluss an das Gespräch mit der Patientin verhalten wird, wo und wie sie ihre Wahrnehmungen und Ansichten kommuniziert, wie sie mit dem Seelsorgegeheimnis umgeht und damit nicht zuletzt, welche Folgen ihre Beobachtung und die Verbalisierung „Lebenssatt“ für das Wohl und die Behandlung der Patientin haben. Auf fünfter Ebene wären die gesellschaftlichen Kontexte zu bedenken, insofern die Seelsorgerin nicht nur Teil des medizinischen, sondern auch des Religionssystems ist und sich wiederum zu Positionen und Haltungen von Kirche und Klinik ins Verhältnis setzen muss.

Im vorliegenden Beitrag plädieren wir dafür, dieses ethische ‚Mehrebenenproblem‘ als Gegenstand einer seelsorglichen Professionsethik zu verstehen. Für deren Weiterentwicklung schlagen wir ein Strukturierungsmodell vor, das sich auf den Begriff der verantworteten Seelsorge bringen lässt (3). Um dieses Modell zu plausibilisieren, rekonstruieren wir zunächst die Professionalisierung der Seelsorge auf dem Feld der klinischen Ethik (2) und fragen anschließend nach den poimenischen Konsequenzen (4) sowie nach den Grenzen von Professionsethik und nach weiterem Forschungsbedarf auf diesem Gebiet (5).

3 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 264–67.

2 Von der klinischen Ethik zur Professionsethik: Theoriegeschichtliche Kontextualisierung

2.1 Ethik als Dimension der Seelsorge

Reflexionen zum Zusammenhang von Ethik und Seelsorge haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Das liegt nicht zuletzt an einer lange währenden Vernachlässigung der Ethik innerhalb der Poimenik, sowohl innerhalb der kerygmatischen wie auch der therapeutischen Tradition.⁴ Eine Verhältnisbestimmung von Seelsorge und Ethik hängt maßgeblich am Verständnis der beiden Relate. So rücken beide in greifbare Nähe zueinander, bestimmt man sie im Horizont von praxisbezogener Hilfe zum Leben, die Menschen zur Reflexion in ihrer gegenwärtigen Situation anregen wollen. Betrachtet man beide hingegen in den Polaritäten von Gesetz und Evangelium, Normativität und Freiheit, Rigorismus und Empathie, Bewertung und Begleitung, so liegen Widersprüche und letztlich deren Unvereinbarkeit auf der Hand.⁵ Heute ist die Seelsorgelehre von einer Pluralität an Zugangsweisen geprägt⁶, die weitgehend sensibel für den Zusammenhang von Ethik und Seelsorge geworden sind. Verschiedene Modelle einer Zuordnung beider Disziplinen lassen sich erkennen, die von einer Unterordnung der Poimenik unter die Ethik⁷ über eine als seelsorglich verstandene Ethik bis zu ethisch beratender Seelsorge⁸ oder der Ethik als Dimension seelsorglichen Handelns⁹ reichen.

Aktuelle Ansätze der Pastoralpsychologie halten entsprechend die ethische Dimension als einen eigenständigen Aspekt jeglicher Seelsorgebegegnung fest, die parallel zu anderen Dimensionen wie etwa der psychologischen, der leiblichen, der sozialen oder der spirituellen zu stehen kommt und so auch zu Spannungen und

4 Traugott Roser, *Spiritual Care: Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*, Münchner Reihe Palliative Care (Stuttgart: Kohlhammer, 2007), 471–81; Michael Klessmann, *Seelsorge: Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch* (Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Theologie, 2015), 113, 301.

5 Wilfried Sturm, „Was soll man da in Gottes Namen sagen?“, *Der seelsorgerliche Umgang mit ethischen Konfliktsituationen im Bereich der Neonatologie und seine Bedeutung für das Verhältnis von Seelsorge und Ethik* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2015).

6 Uta Pohl-Patalong und Antonia Lüdtke, Hg., *Seelsorge im Plural: Ansätze und Perspektiven für die Praxis* (Berlin: EB-Verlag, 2019).

7 Eilert Herms, „Die ethische Struktur der Seelsorge,“ *Pastoraltheologie* 80 (1991): 40–62.

8 Jürgen Ziemer, *Seelsorgelehre: Eine Einführung für Studium und Praxis* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2015).

9 Klessmann, *Seelsorge*.

Konflikten führen kann.¹⁰ Der Seelsorge selbst wird die Aufgabe zugeschrieben, Orientierungsarbeit und Lebensdeutung¹¹ oder auch Gewissensarbeit¹² anzubieten, die in der Pluralität der Lebensentwürfe und Entscheidungsoptionen einen Ankerpunkt bilden. Es geht dann darum, „nach welchen Maßstäben jemand leben und arbeiten will und kann“¹³ und sich darin die eigenen Freiheitsräume aneignet. Dies dient dem Ziel, die ethische Kompetenz des Einzelnen zu stärken, betrifft darüber hinaus aber auch gesellschaftlich relevante Entscheidungsprozesse.¹⁴ Dies rückt Seelsorge aus einem rein individuell bestimmten Kontext, der als pastoralpsychologisch typisch gelten darf, heraus und versteht sie als wichtige Akteurin in gesellschaftlich relevanten Handlungsfeldern und Institutionen.¹⁵ Der ethischen Reflexion auf Seiten der Seelsorgenden wird hierbei eine besondere Bedeutung zuerkannt. Es geht darum, im eigenen seelsorglichen Handeln und Interagieren die normative Dimension zu erkennen, ggfs. offenzulegen und zu reflektieren.¹⁶ Einen eigenen ethischen Fokus entwickelte die interkulturelle Seelsorge und Spiritual Care mit einer Aufmerksamkeit für Differenzen bei Meinungen, Prägungen und Werthaltungen und der Frage nach dem Verhältnis von Fremdheit und Anerkennung.¹⁷ Auch blinde Flecken der Seelsorge werden jüngst durch den Einbezug von Ethik aufgedeckt, darunter etwa der Umgang mit (Deutungs-)Macht und asymmetrischen Begegnungsstrukturen im Sinne einer „Machtvergessenheit“¹⁸, die praktisch-theologisch bearbeitet wird und werden muss. Wer trägt mit welcher Autorität Lebensdeutung vor, welche Konflikte um Deutungsmacht sind hier sichtbar

10 Klessmann, *Seelsorge*; Ziemer, *Seelsorgelehre*; Jürgen Ziemer, „Ethische Beratung in der Seelsorge,“ in *Seelsorge im Plural: Ansätze und Perspektiven für die Praxis*, ed. Uta Pohl-Patalong und Antonia Lütke (Hamburg: EB-Verlag, 2019), 33–47.

11 Klessmann, *Seelsorge*, 114–15, 307.

12 Ziemer, *Seelsorgelehre*, 145.

13 Klessmann, *Seelsorge*, 115.

14 Ziemer, *Seelsorgelehre*, 145–49.

15 Uta Pohl-Patalong, „Gesellschaftliche Kontexte der Seelsorge,“ in *Handbuch der Seelsorge: Grundlagen und Profile*, ed. Wilfried Engemann (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2016), 86–108; Annette Haußmann, „Aktuelle Entwicklungen in der Poimenik und Perspektiven für die Aus- und Fortbildungspraxis der Seelsorge. Ein Ausblick,“ in *Seelsorge lernen, stärken und reflektieren: Das Zentrum für Seelsorge als Schnittstelle von Aus- und Fortbildung, Praxis und Wissenschaft*, ed. Annette Haußmann und Sabine Kast-Streib (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2021), 315–38.

16 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 30.

17 Isabelle Noth, Georg Wenz und Emmanuel Schweizer, Hg., *Pastoral and spiritual care across religions and cultures* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2017); Isabelle Noth und Claudia Kohli Reichenbach, Hg., *Pastoral and spiritual care across religions and cultures II: Spiritual care and migration* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2019).

18 Thomas Klie, Martina Kumlehn, Ralph Kunz und Thomas Schlag, Hg., *Machtvergessenheit: Deutungsmachtkonflikte in praktisch-theologischer Perspektive* (Berlin, Boston: De Gruyter, 2021).

oder latent, welche alternativen Deutungen können zur Sprache kommen? Die Verteilung von Deutungsmacht ist wiederum nur ein Aspekt der asymmetrischen Beziehung, die professionelle Seelsorge darstellt. Auf die Versuchungen eines Defizitmodells des Helfens¹⁹ und einen entsprechenden Reflexionsbedarf hinsichtlich der Seelsorgebeziehung hat bereits Henning Luther hingewiesen.²⁰ Quer dazu liegt der Aspekt der religiös-spirituellen Sensibilität in der Seelsorge. Insofern es hier um Lebensdeutung im religiösen Kontext, also insbesondere um starke Bindungen, Wertungen und Nominierungen geht, erfahren die mit den Themen Lebensorientierung, Deutungsmacht und Asymmetrie der Hilfe verbundenen ethischen Relevanzen noch einmal Zuspitzungen, die es wiederum ethisch zu reflektieren gilt. Wo werden Gründe oder Plausibilitäten für ethische Positionierungen mit Rekurs auf letzte, unvorgreifliche Bedeutsamkeiten vorgenommen und welche Schwierigkeiten entstehen daraus?²¹ Welche Professionen widmen sich den spirituell-religiösen Themen und Bedürfnissen bzw. fühlen sich dafür zuständig und wie findet darüber ein Austausch statt?

2.2 Klinische Ethik als Feld der Seelsorge

Andererseits liegt dem aktuellen Aufschwung der Ethik in der Seelsorge auch die Wahrnehmung gesellschaftlicher Ausdifferenzierungsprozesse zugrunde, im Zuge derer die Situationen und Kontexte seelsorglichen Handelns ebenso wie die ethischen Aspekte der Seelsorge vielfältiger, spezifischer und komplexer wurden. Das gilt speziell für das Feld der Klinikseelsorge. In den letzten Jahrzehnten hat „Ethik“ im Krankenhaus eine zunehmende Institutionalisierung erfahren. Diese Entwicklung reagiert auf einen steigenden Kommunikations- und Entscheidungsbedarf hinsichtlich individueller Behandlungsverläufe wie auch hinsichtlich allgemeiner Verfahrensfragen: Medizinischer Fortschritt, moralische Pluralisierung, gestiegene Partizipationserwartungen und die zunehmende Bedeutung ökonomischer Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen führen zu einer Zunahme ethisch relevanter Entscheidungssituationen und potentieller Konflikte. Besonders in exis-

¹⁹ Wolfgang Schmidbauer, *Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1977).

²⁰ Henning Luther, „Diakonische Seelsorge,“ *Wege zum Menschen* 40 (1988): 475–84.

²¹ Auch das gottesdienstliche Handeln von Seelsorgenden im Kontext der Klinik zeigt sich in dieser Perspektive als ethisch relevant. So ist etwa die Bestattung von Föten auf dem Klinikgelände längst nicht nur, aber auch ein Beitrag zur ethischen Kultur der Klinik, insofern hier zugleich der unbedingte Wert und die Entzogenheit des Lebens inszeniert, aber auch Schuldfragen adressiert oder ausgeblendet werden (Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 280–81).

tenziellen Situationen, etwa am Lebensanfang und am Lebensende, geht das mit einem Verlust von Eindeutigkeit einher, was zum seelsorglichen Thema wird.²² Besondere Relevanz entsteht am Lebensende, etwa wenn es um Therapiezielwechsel oder um assistierten Suizid geht und nach der Autonomie von Patientinnen und Patienten wie auch nach den systemischen Bedingungen der individuellen Situation zu fragen ist.²³ Im Zuge dessen hat sich auch die medizinische Ethik stark ausdifferenziert. Klinische Ethikberatung bietet unterschiedliche Formen von partizipativen Deliberationsprozessen, die die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder, im Falle allgemeiner Klinikabläufe, die Klinikleitung in ihren Entscheidungen beraten. Institutionalisiert ist sie zumeist in Klinischen Ethikkomitees, die ethische Fallbesprechungen durchführen, ethische Leitlinien für Klinikabläufe entwickeln und an der Fort- und Weiterbildung in klinischer Ethik beteiligt sind.²⁴

Auf diesem ausdifferenzierten Feld muss sich Seelsorge verorten. Krankenhausseelsorgende sind in der Regel in die klinische Ethik in vielfacher Weise eingebunden. Sie sind Mitglieder oder auch Vorsitzende von Ethikkomitees und nehmen als eine der klinischen Berufsgruppen mit intensivem Kontakt zu Patientinnen und Patienten an ethischen Fallbesprechungen teil.²⁵ Darüber hinaus sind sie oftmals an Fort- und Weiterbildungen etwa für Pflegekräfte oder auch an Informationsveranstaltungen für Patient*innen und Angehörige beteiligt.²⁶ Neben diesen Formen starker Institutionalisierung finden sich auch schwächere Institutionalisierungsformen ethischer Deliberation, wenn etwa die Cheförztn die Seel-

22 Florian-Sebastian Ehlert, „Ethische Räume: Pastoralpsychologische Erkundungen im Grenzgebiet von Ethik und Seelsorge,“ *Wege zum Menschen* 67 (2015): 433–50.

23 Michael Coors und Sebastian Farr, Hg., *Seelsorge bei assistiertem Suizid: Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis* (Zürich: Theologischer Verlag Zürich, 2022).

24 Friedrich Ley, „Ethik und Organisation: Soziologische und theologische Perspektiven auf die Praxis Klinischer Ethik-Komitees,“ in *Ethik als Kommunikation: Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive*, ed. Reiner Anselm und Stephan Schleissing (Göttingen: Universitätsverlag, 2008), 17–44; Gerald Neitzke, „Formen und Strukturen Klinischer Ethikberatung,“ in *Klinische Ethik: Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Kultur der Medizin*, ed. Jochen Vollmann, Jan Schildmann und Alfred Simon (Frankfurt am Main: Campus, 2009), 37–56; Andrea Dörries, Gerald Neitzke, Alfred Simon und Jochen Vollmann, Hg., *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege* (Stuttgart: Kohlhammer, 2010).

25 Sebastian Farr, Traugott Roser und Michael Coors, „Ethical Conflicts in Healthcare Chaplaincy: Results of an Exploratory Survey Among Protestant Chaplains in Switzerland, Germany and Austria,“ *Journal of Religion and Health* 62 (2023): 130–46.

26 Katrin Bentele, „Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung,“ *Zeitschrift für medizinische Ethik* 1 (2010): 33–43; Michael Klessmann, *Handbuch der Krankenhausseelsorge* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008), 13–27; Reinhard Feuersträter und Hildegard Hamdorf-Ruddies, „Zwischen System und Auftrag: Das moderne Krankenhaus als Herausforderung an die Krankenhausseelsorge,“ *Wege zum Menschen* 61 (2009): 536–42.

sorgenden regelmäßig zum informellen Gespräch einlädt²⁷ oder Seelsorgende, wie im Kontext der Covid-19-Pandemie berichtet wird, an ärztlichen Visiten teilnehmen.²⁸ Ethisch relevante Themen werden auch im Einzelgespräch mit Patient*innen oder Angehörigen verhandelt, die Seelsorgenden von Entscheidungssituationen berichten oder konkreten Beratungsbedarf äußern. Eine empirische Studie zur Klinikseelsorge von Farr et al. weist darauf hin, dass sogar die meisten ethischen Fragen in seelsorglichen Gesprächen mit Patient*innen außerhalb dezidiert ethischer Beratungsgespräche geäußert werden und dabei sowohl die Entscheidungsfindung als auch die Reflexion bereits getroffener Entscheidungen eine Rolle spielen.²⁹ Auch Fragen von Macht und Ohnmacht sind ethisch relevant und werden in der Krankenhausseelsorge aktuell.³⁰ Insgesamt hat sich also die Teilnahme an institutionalisierten Strukturen klinischer Ethik in den letzten Jahrzehnten zu einem relevanten Aufgabenfeld der Klinikseelsorge entwickelt. Zu den treibenden Faktoren dieser Entwicklung dürfte der Umstand gehören, dass Seelsorgenden aufgrund ihrer Ausbildung, ihrer kirchlichen Einbindung und ihrer nichtfunktionalen Sonderrolle unter den klinischen Berufsgruppen in spezifischer Weise ethische Kompetenz zugeschrieben wird. Auch hatten die konfessionellen Krankenhäuser in Deutschland seit den 1990er Jahren eine Vorreiterrolle in der Etablierung klinischer Ethikberatung inne.³¹ Diese Einbindung der Seelsorge in klinische Ethikprozesse kann gegenwärtig trotz religiöser Pluralisierungsprozesse und der darauf reagierenden Programmatik einer nicht religiös gebundenen Spiritual Care im Krankenhaus³² als stabil gelten. Möglicherweise wird sie sich in Zukunft noch erweitern; denkbar, aber umstritten ist die seelsorgliche Beteiligung an der Beratung bei assistiertem Suizid.³³

27 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 99–102. Vgl. auch Annette Haußmann, *Transformations of hospital chaplaincy: Present developments and future challenges* (2023, in press).

28 Wir danken Sebastian Farr für diesen (mündlichen) Hinweis aus dem Kontext seiner empirischen Forschung. Ebenso zeigen quantitative Umfragen unter Seelsorgenden, dass die (enge) Einbindung im klinischen Kontext bei überwiegend vollem Stellenumfang während der Pandemie über den Zugang zu Patient*innen und die Weiterführung von Seelsorge entschieden hat, vgl. Annette Haußmann und Birthe Fritz, „Was stärkt Seelsorge in Krisenzeiten?“, *Pastoraltheologie* 110 (2021): 397–415. <https://doi.org/10.13109/path.2021.110.10.397>.

29 Vgl. Farr et al., „Ethical Conflicts in Healthcare Chaplaincy“.

30 Sarah Jäger, „Ohnmacht und Macht als Aspekte religiöser Erfahrung“, *Wege zum Menschen* 72 (2020): 444–55.

31 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 35.

32 Roser, *Spiritual Care*.

33 Coors und Farr, *Seelsorge bei assistiertem Suizid*.

Um im ausdifferenzierten Feld klinischer Ethik kompetent mitsprechen zu können, bedarf es entsprechender Kompetenzen seitens der Klinikseelsorge.³⁴ In den letzten Jahrzehnten sind entsprechende Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung etabliert worden. Zur Vorbereitung und zur begleitenden Praxisreflexion nehmen Seelsorgende etwa an Fort- und Weiterbildungen zur Moderation ethischer Fallbesprechungen teil, wie sie beispielsweise am Zentrum für Gesundheitsethik in Hannover oder auch in Pastorkollegs angeboten werden. Für die Seelsorgeausbildung, die in der landeskirchlichen Vorbereitung auf den Pfarrdienst durchlaufen wird, und für die klassische Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) sowie andere Seelsorgekurse wurden entsprechende Ausbildungseinheiten entwickelt.³⁵ Darüber hinaus wird Ethik in der Klinikseelsorge auf Konferenzen, Tagungen³⁶ wie auch in spezialisierter Literatur thematisiert.³⁷ Auf fachgesellschaftlicher Ebene besteht seit 2020 eine Arbeitsgruppe „Ethik in Seelsorge und Spiritual Care“ der Akademie für Ethik in der Medizin.

In der Covid-19-Pandemie ist die Relevanz von Ethik in der Klinikseelsorge noch einmal verstärkt deutlich geworden. Einerseits wurde die Stellung der Klinikseelsorge prekär, insofern Krankenhausseelsorgende, die nicht von Kliniken als „systemrelevant“ erachtet wurden, aus Sicherheits- und Infektionsschutzgründen ihren üblichen Arbeitsaufgaben nicht mehr nachkommen konnten.³⁸ Andererseits waren Seelsorgende, die Zugang erhielten, in stärkerem Maß als vorher in die ethischen Entscheidungsprozesse der Einrichtungen eingebunden, was von Personal und Patient*innen sehr geschätzt wurde.³⁹ Deutlich wurde seelsorgliche Relevanz nicht nur in Einrichtungen wie den Ethikkomitees, sondern auch ihre Mitwirkung in ethischen Entscheidungen wie der Isolation von Patient*innen bis hin zu ethischen Dilemmata wie drohenden Triagen durch Verknappung medizinischer Mittel und Möglichkeiten.⁴⁰

34 Ziemer, *Seelsorgelehre*, 149.

35 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 313–33.

36 Gwendolin Wanderer, Sebastian Farr und Florian-Sebastian Ehlert, „Was willst du, dass ich dir tun soll?: Ethik in Seelsorge und Spiritual Care,“ *Ethik in der Medizin* 34 (2021): 119–24.

37 Etwa die Buchreihe Hille Haker und Katrin Bentele, Hg., *Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge*, *Medical ethics in health care chaplaincy* 2 (Berlin, Münster: LIT, 2009); Lea Chilian, *Ethik und Spiritualität im Gesundheitswesen: Spiritual Care in theologisch-ethischer Diskussion* (Stuttgart: Kohlhammer, 2022).

38 Haußmann und Fritz, „Was stärkt Seelsorge“.

39 Haußmann und Fritz, „Was stärkt Seelsorge“; Simon Peng-Keller, *Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care: Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2021).

40 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*.

2.3 Die Notwendigkeit des Überschritts von der Feldethik zur Professionsethik

Für Seelsorgende resultiert aus ihrer Einbindung in die institutionalisierte klinische Ethik nicht nur die Anforderung, feldspezifisches Wissen um das Krankenhaus und um die rechtlichen und medizinethischen Grundlagen der Krankenversorgung zu erwerben und beständig zu aktualisieren. Vielmehr bildet sie auch eine professionsethische Herausforderung in mehrerlei Hinsicht.

Zum einen impliziert die Inklusion in Institutionen klinischer Ethik für Seelsorgende eine direkte organisatorische Einbindung in das Krankenhaus, die der Klinikseelsorge vorher tendenziell fremd war. Die von Michael Klessmann formulierte Verortung von Seelsorge in einem „Zwischenraum“ zwischen Krankenhaus und Kirche⁴¹ bzw. die „Heterotopie“ der Seelsorge⁴² verändern sich damit in Richtung einer „Seelsorge als Teil des Systems Krankenhaus“, die auch von weiteren Faktoren befördert wird.⁴³ Das gilt auch auf symbolischer Ebene, wo Seelsorge im System der Klinik zuweilen geradezu als Identifikationspunkt für das Ganze der ethischen Orientierung in der Klinik erscheint. Damit sind machtvollen Erwartungen und Zuschreibungsprozesse verbunden, die die Rolle der Klinikseelsorge im System stärken, mit denen aber auch potentielle Rollenkonflikte einhergehen. Dies führt auf die professionsethische Frage, ob das Selbstverständnis von Seelsorgenden, dem „System Krankenhaus“ immer auch in kritischer Distanz gegenüberzu stehen, angesichts dessen nicht weithin kontrafaktisch geworden ist.

Zum zweiten bedarf es einer beständigen Neujustierung des Verhältnisses der Seelsorge zu den anderen Professionen im Krankenhaus auf dem Feld der Ethik. Auch die Ärzteschaft und die Pflegenden, aber auch die psychologischen und Sozialdienste rechnen Ethik explizit dem Tätigkeits- und Kompetenzprofil ihrer Professionen zu.⁴⁴ Zudem entwickeln sich weitere, auf Ethik spezialisierte Berufsfelder wie etwa das der professionellen Ethikberatenden. Ethik ist in diesem Sinne ein umstrittenes Geschäft. Jeweils muss sich die Seelsorge zu den ethischen

41 Michael Klessmann, „Seelsorge im Krankenhaus: Überflüssig – wichtig – ärgerlich!“, *Wege zum Menschen* 42 (1990): 421–33.

42 Traugott Roser, *Spiritual Care: Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen* (Stuttgart: Kohlhammer, 2017).

43 Dorothee Haart, *Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus* (Würzburg: Echter, 2007), 254–57; vgl. dazu das paradigmatische Problem von Seelsorgegeheimnis und klinischer Dokumentation (Peng-Keller, *Klinikseelsorge*).

44 Deutscher Ethikrat (DER), „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“, Stellungnahme vom 5. April 2016, 84, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> [abgerufen am 14.12.2022].

Rollen und Inhalten dieser Berufsgruppen verhalten und ihre eigene Rolle in der Klinik entsprechend justieren. Hierzu gehört insbesondere die Frage, ob und inwieweit es interprofessionelle Aspekte klinisch-ethischer Kompetenz gibt und wo Spezifika der einzelnen Professionen zu suchen sind.⁴⁵ Ulrich Körtner hat darauf hingewiesen, dass es gelte, eine gemeinsame ethische Kompetenz der verschiedenen klinischen Professionen zu entwickeln.⁴⁶

Eine dritte Herausforderung, die die ersten beiden verbindet, besteht in der Frage, welche Rolle die Entwicklung der Seelsorge als einer klinischen Profession insgesamt für den Bereich der klinischen Ethik spielt. Diese Entwicklung ist jüngst vor allem unter dem Stichwort „Spiritual Care“ geführt worden. Ist Seelsorge bereits jetzt oder in Zukunft als ein Spezialfall einer allgemeinen „spirituellen“ Profession in der Klinik zu verstehen? Simon Peng-Keller hebt in seinem Verständnis der seelsorglichen Spiritual Care hervor, dass zugleich die Rollendifferenzierung der Seelsorge wie auch die Integration ins System aktuelle professionelle Notwendigkeiten sind.⁴⁷ Dem entspricht eine weitreichende Ausdifferenzierung der klinikseelsorglichen Aufgaben, die so vielfältig und weitreichend sind, dass man von ähnlichen Generalisierungstendenzen sprechen kann wie in der Gemeinde-seelsorge.⁴⁸ In ihrer Tätigkeit ist die Krankenhausseelsorge sowohl den Patient*innen, den anderen Gesundheitsberufen, als auch der Institution selbst sowie der Kirche, in deren Trägerschaft sie arbeitet, verpflichtet. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines klaren Rollenprofils, das Seelsorge von anderen Professionen unterscheidet und dennoch multiprofessionelle Zusammenarbeit – nicht nur, aber auch – in ethischer Hinsicht ermöglicht.⁴⁹

Viertens kommen im Kontext einer outcome-orientierten Medizin zunehmend auch die Zwecke und Folgen seelsorglichen Handelns in den Blick. Dabei geht es nicht nur um die Verständigung über Grundprinzipien wie etwa Schadensvermeidung und Patientenwohl⁵⁰, sondern auch um eine Rechenschaft über die Folgen seelsorglichen Tuns auf systemischer Ebene. Fragen nach der Evidenzbasiertheit klinikseelsorglichen Handelns kommen auf⁵¹; eine empirische Wirkungsforschung

45 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*.

46 Ulrich H. J. Körtner, *Ethik im Krankenhaus: Diakonie – Seelsorge – Medizin* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007), 113, 116–17.

47 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*.

48 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*, 165.

49 Simon Peng-Keller, „Seelsorgliche Spiritual Care: Spezialisierung und Integration,“ *Wege zum Menschen* 74 (2022): 240–50.

50 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*, 188.

51 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*, 189.

zur Seelsorge wird gefordert⁵², die für die Klinikseelsorge bereits erste Ergebnisse vorgelegt hat.⁵³ Eine solche hat erhebliche Konsequenzen für die Ausbildung und die Qualitätssicherung von Klinikseelsorge. Auch hier bedarf es der normativen Reflexion darüber, welche Ziele mit Klinikseelsorge verfolgt werden und inwiefern diese empirisch operationalisiert werden können.⁵⁴

2.4 Seelsorge als klinische Profession

Aus den vorangegangenen Überlegungen wird deutlich, dass Ethik in der Klinikseelsorge sich nicht auf die speziellen Aspekte klinischer Ethik beschränkt, so wichtig diese sein mögen. Ebenso wenig genügt es, allein die ethischen Aspekte von Seelsorgebeziehungen im Allgemeinen zu reflektieren. Vielmehr kommen aufgrund der organisatorischen Einbindung, der Interprofessionalität, der Frage des Verhältnisses von Seelsorge zu Spiritual Care sowie der Tendenzen zur Evidenzbasierung genuin *professionsethische* Fragen in den Blick. Bei dieser Rahmung ist vorausgesetzt, dass es sich bei Klinikseelsorge um eine *Profession* handelt – oder, schwächer formuliert, dass ein professionstheoretischer Rahmen hilfreich ist, um ethische Aspekte seelsorglicher *Professionalisierung* in den Blick nehmen zu können.

Die Professionstheorie ist in der Soziologie und dann in ausdifferenzierter Form vor allem im Kontext der Sozialen Arbeit wie auch der Pädagogik intensiv reflektiert worden.⁵⁵ Bei Professionen handelt es sich nach Talcott Parsons um *institutionalisierten Altruismus*: um Berufe, deren Angehörige einem sie potentiell bis in die Lebensführung hinein verpflichtenden Gemeinwohlaufrag unterliegen. Sie haben es mit Klient*innen in spezifischen Ungewissheitslagen zu tun und bedürfen daher des Vertrauens. Klassische Professionen haben eine Leitfunktion für ein Funktionssystem und regulieren sich selbst, indem sie den Zugang zum eigenen Berufsstand, die dafür notwendigen wissenschaftlichen Ausbildungsstandards, Arbeitsbedingungen, aber auch berufsständische Normen festlegen. Dabei fungieren Berufsverbände als Institutionen der Selbstverwaltung von Wissen und Praktiken. Professionen zeichnen sich mithin durch eine spezifische epistemolo-

52 Kerstin Lammer, *Wie Seelsorge wirkt*, Praktische Theologie heute 165 (Stuttgart: Kohlhammer, 2020).

53 Nika Höfler, *Wirksamkeit von Krankenhausseelsorge: Eine qualitative Studie* (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2022).

54 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*.

55 Vgl. die Beiträge in Michaela Pfadenhauer, Hg., *Professionelles Handeln* (Wiesbaden: Springer VS, 2005).

gische, institutionelle wie eben auch normative Reflexivität aus.⁵⁶ Zu einer Profession gehört daher insbesondere eine Professionsethik. Hierbei ist weniger interessant, inwieweit ein Berufsstand alle genannten, vor allem der Ärzteschaft abgelauschten Eigenschaften aufweist, als die Frage, welche Charakteristika einer Profession auf einen Beruf zutreffen und welche Prozesse einer Professionalisierung und Deprofessionalisierung im Zeitverlauf zu beobachten sind.

Den Pfarrerberuf hat insbesondere Isolde Karle in einem professionstheoretischen Rahmen untersucht.⁵⁷ Sie benennt für die Seelsorge normative Grundhaltungen wie „Takt, Güte und soziale Geschicklichkeit“, „Ehrebietung und Benehmen“⁵⁸ als Grundlage professioneller Kommunikation. Für die Seelsorge kritisiert Klessmann, dass diese Grundhaltungen „bei weitem nicht“ ausreichen.⁵⁹ Gerade für medizinische Konflikte und existenzielle Problemlagen bedürfe es weitergehender theologischer, ethischer, seelsorglicher und psychologischer Kompetenzen.⁶⁰ Hiervon ausgehend ist zu fragen, inwieweit nicht auch der Beruf der Klinikseelsorgenden, wie er in Deutschland derzeit besteht, bereits für sich starke Merkmale einer Profession aufweist: die spezifische Vulnerabilität der Klientinnen und Klienten im Krankenhaus, eigene Ausbildungsgänge, insbesondere die (allerdings nicht nur für die Klinikseelsorge relevante) Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) sowie eigene Plattformen professioneller Selbstverständigung (Klinikseelsorgekonvente).

Entsprechend gibt es verschiedene Ansätze einer Professionsethik der Klinikseelsorge. Diese rekurriert zum einen auf explizit formulierte Leitlinien für die Seelsorge allgemein.⁶¹ Auf katholischer Seite ist bereits ein „Ethikkodex profes-

56 Bernd Dewe und Dietmar Gensicke, „Theoretische und methodologische Aspekte des Konzeptes ‚Reflexive Professionalität‘“, in *Handbuch Professionssoziologie*, ed. Christiane Schnell und Michaela Pfadenhauer, Springer Reference Sozialwissenschaften (Wiesbaden: Springer VS, 2018).

57 Isolde Karle, *Der Pfarrerberuf als Profession: Eine Berufstheorie im Kontext der modernen Gesellschaft* (Stuttgart: Kreuz Verlag, 2008).

58 Isolde Karle, „Was ist Seelsorge? Eine professionstheoretische Betrachtung“, in *Seelsorge im Plural: Perspektiven für ein neues Jahrhundert*, ed. Uta Pohl-Patalong und Frank Muchlinsky (Hamburg: EB-Verlag, 1999), 48.

59 Klessmann, *Seelsorge*, 313.

60 Klessmann, *Seelsorge*, 313.

61 Etwa die Handreichung zur Qualitätsentwicklung der Seelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland (EKiR), *Seelsorge als Muttersprache der Kirche entwickeln und stärken: Zur Qualitätsentwicklung in der Seelsorge* (Düsseldorf: EKiR, 2011), bes. 23–24; oder auch die Ethik-Standards der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie vgl. Satzung der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP) – Fachverband für Seelsorge, Supervision und Beratung, Ethische Richtlinien, § 9 (www.pastoralpsychologie.de). Andere Berufsverbände haben solche Leitlinien explizit als Code of Ethics ausformuliert und veröffentlicht.

sioneller Seelsorger“ formuliert worden.⁶² Solche Leitlinien statuieren allgemeine ethische Maßstäbe seelsorglichen Verhaltens wie das Seelsorgegeheimnis, das Beichtgeheimnis sowie die Amtsverschwiegenheit, die alle Angelegenheiten des Pfarramts betreffen.⁶³ Speziell für die Klinikseelsorge wurden spezifischere Leitlinien formuliert. Die Leitlinien der Krankenhausseelsorge der EKD benennen als inhaltliche Aspekte ethischer Orientierung „die Ehrfurcht vor dem Leben und die Achtung vor der Würde und Unverfügbarkeit menschlichen Lebens“ und „Entscheidungsfreiheit der Patientinnen und Patienten“.⁶⁴ Das Spiritual-Care-Papier der Ständigen Konferenz für Seelsorge weist darauf hin, dass Krankenhausseelsorgende allgemeine metaethische Kompetenzen im Sinne pastoralpsychologischer Ausbildung brauchen, aber auch eine Auseinandersetzung mit ethischen Grenzfragen erfolgen muss.⁶⁵ Theologisch wird an der Vulnerabilität als Kernkriterium für ethische Entscheidungen in existenziellen Lebenslagen festgehalten.⁶⁶ Ähnliche Ausarbeitungen sind im internationalen Bereich⁶⁷ und hier vor allem im Kontext von Spiritual Care vorgenommen worden.⁶⁸

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass aufgrund der professionellen Charakteristika der Klinikseelsorge – Vulnerabilität der Klient*innen, Vertrauensbedarf, mangelnde externe Steuerbarkeit – auch die Ausbildung einer seelsorglichen Professionsethik angezeigt erscheint. Ansätze dazu sind vorhanden, erweisen sich aber angesichts der genannten professionellen Herausforderungen der Zielbestimmung und Qualitätssicherung, der Gestaltung von Interprofessionalität sowie der Justierung der professionellen Einbindung in die Organisation als inhaltlich

62 Michael Rosenberger, Werner Wolbert, Sigrid Müller und Walter Schaupp, „Ethikkodex professioneller Seelsorger“, *Stimmen der Zeit* 227 (2009): 447–58, <https://www.herder.de/stz/wiedergelesen/ethikkodex-professioneller-seelsorger/> [abgerufen am 14.12.2022].

63 Hans Martin Müller, „Das Ethos im seelsorglichen Handeln“, *Pastoraltheologie* 80 (1991): 3–16; Doris Nauer, *Seelsorge: Sorge um die Seele* (Stuttgart: Kohlhammer, 2010), 262–63.

64 Konferenz für Krankenhausseelsorge, *Die Kraft zum Menschsein stärken: Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe* (Hannover: EKD, 2004), 24.

65 Ständige Konferenz für Seelsorge der EKD (SKS), *Seelsorgliche Spiritual Care als kirchlicher Beitrag im Gesundheitswesen* (Hannover: EKD, 2020).

66 SKS, *Seelsorgliche Spiritual Care*, 6–7.

67 Z.B. Association of Professional Chaplains, „Code of Ethics“, 24.09.2000, <https://www.apchaplain.org/wp-content/uploads/2022/06/APC-Code-of-Ethics.pdf> [abgerufen am 15.12.2022].

68 Roser, *Spiritual Care*; Peng-Keller, *Klinikseelsorge*; Karen Lebacqz und Joseph Driskill, *Ethics and Spiritual Care: A Guide for Pastors, Chaplains, and Spiritual Directors* (Nashville: Abingdon Press, 2000); Gerald R. Winslow und Betty J. Wehtje-Winslow, „Ethical boundaries of spiritual care“, *Medical Journal of Australia* 186 (2007): 63–66; Daniel Sulmasy, „Ethical principles for spiritual care“, in *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, ed. Mark Cobb, Christina M. Puchalski und Bruce Rumbold (Oxford: Oxford University Press, 2012), 465–70.

wenig spezifisch.⁶⁹ Darüber hinaus ist zu fragen, wie die professionelle normative Selbstverständigung in der Klinikseelsorge *faktisch* beschaffen ist. Inwieweit gewährleisten die bestehenden institutionellen Plattformen normativer Verständigung wie etwa Klinikseelsorgekonvente eine hinreichend dichte und kontinuierliche professionsethische Auseinandersetzung? Eine inhaltliche wie institutionelle Pflege und Weiterentwicklung klinikseelsorglicher Professionsethik erscheint jedenfalls nötig. Ein Beitrag aus der akademischen Theologie wie der vorliegende kann dieses Desiderat nicht füllen (da es ja um seelsorgliche Selbstverständigung und Selbstorganisation geht), aber zumindest in systematischer Form analysieren. Dem ist der folgende Abschnitt gewidmet.

3 Professionsethik als Verantwortungsethik: Ethischer Vorschlag und Reflexionsbedarf

Um das Desiderat einer institutionellen Weiterentwicklung klinikseelsorglicher Professionsethik systematisch zu analysieren, werden im Folgenden zunächst die unseres Erachtens relevanten Ebenen ethischer Reflexion aufgezeigt, anschließend systematisch unter den Begriff einer verantworteten Seelsorge zusammengeführt und auf theologische Implikationen befragt.

3.1 Ebenen ethischer Reflexion

Normenbestände: In dem Maße, in dem moralische Auseinandersetzungen und ihre ethische Reflexion in die seelsorgliche Praxis Einzug halten, bedarf es einer Verhältnisbestimmung zwischen den verschiedenen moralischen Beständen, die im Krankenhaus relevant sind. Näherhin geht es um das Verhältnis zwischen der eigenen moralischen Subjektivität und ihrem Überzeugungshaushalt zu den moralischen Überzeugungen der anderen involvierten Personen, zum Ethos der Seelsorgeprofession, zum Ethos der anderen klinischen Professionen, zu expliziten und impliziten moralischen Positionen der Einrichtung bzw. des Trägers und der Kirche sowie zur Rechtslage und ihren moralischen Voraussetzungen. Diese Bestände können untereinander Spannungen aufweisen, die anhand konkreter Entscheidungssituationen manifest werden. Ethisch ist es ebensowenig angemessen, diese Spannungen generell durch Verweis auf eine objektive Normenhierarchie aufzulösen, wie sie gänzlich der vereinzelt Moralität („Gewissen“) zu überant-

⁶⁹ Roser, *Spiritual Care*, 477.

worten. Professionen stellen intermediäre Instanzen normativer Reflexion dar, in denen gerade diese Verhältnisbestimmung kontinuierlich thematisiert wird bzw. werden sollte.⁷⁰

Ethische Situationen: Die aufgewiesenen professionsethischen Herausforderungen verschieben bzw. intensivieren sich, wenn nicht nur institutionalisierte Formen von Ethik in den Blick genommen werden. So wurde empirisch gezeigt, dass Seelsorgende einen weiten Bereich von Fragestellungen, Kommunikationsformen sowie zeitlichen, örtlichen und akteursbezogenen Konstellationen unter Ethik subsumieren.⁷¹ Die formalisierte Institution der ethischen Fallbesprechung – also: die explizite Deliberation über Behandlungsoptionen mit Blick auf eine zu treffende punktuelle Entscheidung in einem Konsil aus Vertreter*innen verschiedener klinischer Berufsgruppen und möglicherweise Angehörigen – ist in der Sicht von Seelsorgenden nur ein Spezialfall eines breiten Spektrums ethischer Situationen. Hier treten ethische Fragen der Lebensführung und der Organisationskultur neben die der Behandlungsentscheidungen. Auch implizite und indirekte Formen der Kommunikation, längere Prozesse sowie ‚andere‘ Personenkonstellationen und Orte, insbesondere die seelsorgetypischen Tür-und-Angel-Gespräche, werden als ethisch relevant wahrgenommen.⁷² Dieses weitere Spektrum ethischer Situationen steht wiederum in Verbindung mit spezifischen Charakteristika der Seelsorgeprofession wie ihrer funktionalen Unterbestimmtheit, ihren Zeitressourcen und ihrer Legitimationsfunktion für Kommunikation, die über unmittelbare fachliche und organisatorische Belange hinausgeht. Dies gilt es wiederum professionsethisch in den Blick zu nehmen.

Seelsorgerrolle: Eine weitere Ebene der ethischen Reflexion schließt an die poimenisch gut etablierte Frage nach der Rolle der Seelsorgerin bzw. des Seelsorgers an.⁷³ Die Stellung der Seelsorgerin bzw. des Seelsorgers zu den ethischen Relevanzen des Seelsorgealltages hat selbst rollenförmigen Charakter. Sie ist bedingt durch Erwartungen an die ethische Ansprechbarkeit der Seelsorge einerseits und die Haltung der einzelnen Seelsorgerin zu diesen Erwartungen andererseits.⁷⁴ In der beständigen Verhandlung zwischen situativen Erwartungen und individueller Erfüllungsbereitschaft entsteht so etwas wie eine ethische Rolle der Seelsorgerin

⁷⁰ Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 308–11.

⁷¹ Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 53.

⁷² Vgl. dazu auch Farr et al., „Ethical Conflicts in Healthcare Chaplaincy“.

⁷³ Klessmann, *Seelsorge*; Ziemer, *Ethische Beratung*.

⁷⁴ Zur Haltung als seelsorgliches Integral: Annette Haußmann, „Eine Frage der Haltung: Integrative Impulse für die Seelsorge aus neueren Ansätzen der Verhaltenstherapie,“ *Wege zum Menschen* 74 (2022): 201–14; zur Arbeit an inneren möglichen Haltungen, im Krankenhaus relevant etwa das „Aushalten“: Roser, *Spiritual Care*, 475.

oder des Seelsorgers. In dem Maße, wie der Seelsorgealltag nicht säuberlich in einen „Seelsorgemodus“ und einen „Ethikmodus“ getrennt werden kann, sondern eine Vielzahl von Seelsorgesituationen als ethisch relevant bewusst werden, wird diese ethische Rollenklärung zum Teil der seelsorglichen Rollenklärung überhaupt.⁷⁵ Die in der Konfrontation mit moralischen Fragen auftretenden Spannungen – Soll ich mich als Seelsorger des moralischen Urteils enthalten oder mich positionieren? Soll ich mich auf Vier-Augen-Gespräche beschränken oder gegebenenfalls eine weitere innerorganisatorische Öffentlichkeit suchen? Inwieweit zeige ich mich auf allgemeine moralische Fragen ansprechbar und inwieweit versuche ich, das Gespräch auf der Ebene von individuellen Wahrnehmungen, Beziehungskonstellationen, Gefühlen zu halten? – zeigen sich dann nicht als Spannungen zwischen „Ethik“ und „Seelsorge“, sondern als ebenso ethisch wie seelsorglich relevant. Somit erweitert sich die bereits angesprochene Notwendigkeit, sich zur durch „Ethik“ verstärkten Einbindung von Seelsorge in die klinische Organisation zu positionieren, hin zur Aufgabe, als Seelsorgerin oder Seelsorger eine ethische Rolle in der Klinik zu finden. Idealtypische Rollen wie Ratgeber, Prophetin, Patientenanwalt, Moderatorin, ethische Warninstanz in der Organisation, Bezeugungsinstanz etc. haben jeweils seelsorgliche und ethische Implikationen. Dabei bedürfen Rollenfindungen der Passung sowohl zur individuellen Seelsorgeperson⁷⁶ als auch zur Situation. Darüber hinaus wird in ihnen aber immer auch der Ort der Seelsorgeprofession in der Klinik insgesamt verhandelt. Die individuelle Rollenklärung bedarf also ebenso der professionsethischen Einbettung.

3.2 Verantwortete Seelsorge

Die angesprochenen Ebenen professionsethischer Reflexion in der Klinikseelsorge lassen sich, das ist der Kern unseres Vorschlages, mithilfe des Verantwortungsbegriffs systematisieren. Der Begriff der Verantwortung ist bekanntlich zu einem ethischen Kernbegriff der Moderne geworden, der insbesondere Situationen hoher Komplexität, Ungewissheit, moralischen Pluralismus sowie ausdifferenzierter Ge-

⁷⁵ Dies korrespondiert mit der Möglichkeit von Seelsorge überhaupt, die als Dimension in alltäglichen und existenziellen Begegnungen, die nicht explizit als Seelsorge titulierte sind, beständig mitschwingt und es einer seelsorglichen Wahrnehmung allererst bedarf, diese als solche zu erkennen und entsprechend zu adressieren, vgl. Wolfgang Drechsel, *Gemeindeseelsorge* (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2016) zur seelsorglichen Wahrnehmung als Haltung.

⁷⁶ Winkler empfiehlt deshalb die Entwicklung eines persönlichkeitspezifischen Credos: Klaus Winkler, *Seelsorge* (Berlin, New York: De Gruyter, 1997).

sellschaften und Organisationen zu erschließen erlaubt.⁷⁷ Als solcher hat er sich insbesondere für den theologischen Bereich als anschlussfähig erwiesen.⁷⁸ Unabhängig von seiner theoretischen Rahmung bezeichnet „Verantwortung“ jedenfalls eine Relation mit mindestens vier Relaten: Ein *Subjekt* ist für einen *Gegenstand* vor einer *Inстанz* nach einem spezifischen *Maß* verantwortlich.⁷⁹ Auf diese Verantwortungsrelation lassen sich die Ebenen professionsethischer Reflexion abbilden. Hinsichtlich des *Maßes* sind die genannten Normenbestände relevant. Dabei ist zu beachten, dass es sich nicht um ein homogenes Maß der Verantwortung handelt, sondern dass individuelle, professionelle, organisationsbezogene und gesellschaftliche Normenbestände nebeneinander und potentiell in Konkurrenz zueinander stehen. *Gegenstand* seelsorglicher Verantwortung sind in klinisch-ethischer Hinsicht die dargestellten ethischen Situationen, darüber hinaus jedoch das Seelsorgehandeln insgesamt. Dabei stehen fest organisierte ethische Situationen wie die ethische Fallbesprechung neben anderen, in denen ein professioneller oder auch stark individueller Kontext im Vordergrund steht. Die Frage nach dem *Subjekt* der Verantwortung führt auf das Problem der ethischen Rolle der Seelsorgerin oder des Seelsorgers, die wiederum individuelle, professionelle, organisationale wie gesellschaftliche Kontexte hat. Implizit ist in der ethischen Rolle der Seelsorge auch die Frage der *Inстанz* der Verantwortung mitverhandelt. Vor wem weiß sich Seelsorge in ethischer Hinsicht verantwortlich? Infrage kommen das individuelle Gewissen, die professionelle *community*, die Stakeholder der Organisation oder auch eine gesellschaftliche Allgemeinheit. Die Frage nach Gott als Instanz der Verantwortung liegt wiederum quer dazu. Insgesamt kann seelsorgliche Verantwortung also nach Relaten einerseits und nach Kontexten andererseits differenziert werden:

77 Max Weber, „Politik als Beruf,“ in *Wissenschaft als Beruf. Politik als Beruf*, ed. Max Weber, Studienausgabe der Max-Weber-Gesamtausgabe I/17 (Tübingen: Mohr Siebeck, 1994), 35–88; Georg Picht, „Der Begriff Verantwortung,“ in *Wahrheit, Vernunft, Verantwortung: Philosophische Studien*, ed. Georg Picht (Stuttgart: Klett-Cotta, 1969), 318–42; Hans Jonas, *Das Prinzip Verantwortung* (Frankfurt am Main: Insel-Verlag, 1979); Micha H. Werner, „Verantwortung,“ in *Handbuch Ethik*, ed. Marcus Düwell, Christoph Hübenthal und Micha H. Werner (Stuttgart: J.B. Metzler, 2011), 541–48.

78 Dietrich Bonhoeffer, „Die Struktur des verantwortlichen Lebens,“ in *Ethik*, ed. Eberhard Bethge, Dietrich Bonhoeffer Werke 6 (München: Kaiser, 1998), 256–89; Ulrich Barth, „Die religiöse Dimension des Ethischen: Grundzüge einer christlichen Verantwortungsethik,“ in *Religion in der Moderne*, ed. Ulrich Barth (Tübingen: Mohr Siebeck, 2003), 315–44; Ulrich Körtner, *Evangelische Sozialethik* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2019); Philipp Stoellger, *Verantwortung wahrnehmen als Verantwortung aus Leidenschaft* (Berlin, Heidelberg: Springer, 2022).

79 Werner, „Verantwortung“.

Tabelle 1: Dimensionen der Verantwortung in der Klinikseelsorge.

<i>Kontexte</i> <i>Relate</i>	individuell	professionell	organisatorisch	gesellschaftlich
Subjekt	individuelle Rollenerfüllung und Balance-Identität ⁸⁰	Rolle als Seelsorgerin	Rolle in der Klinik und in der Kirche	Rolle im Gesundheitswesen und Stellung zu „Religion“
Gegenstand	Situatives Handeln der einzelnen Seelsorgeperson	Seelsorgehandeln insgesamt	Ethik in der Klinik (ethische Fallbesprechungen etc.)	gesellschaftlicher Umgang mit Krankheit und Vulnerabilität
Maß	Individuelle normative Überzeugungen und Wertvorstellungen	Normative Übereinkünfte der Seelsorgeprofession (insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit divergierenden Normen)	Leitlinien und Leitbilder der Klinik; normative Überzeugungen von Mitarbeitenden und Patient*innen	Recht; politische und ethische Debatten; Pluralität normativer Überzeugungen in der Gesellschaft
Instanz	individuelles Gewissen	professionelle <i>community</i>	Mitarbeitende, Patient*innen und andere Stakeholder der Organisation	gesellschaftliche Allgemeinheit

Werden die Dimensionen seelsorglicher Verantwortung in dieser Weise systematisiert, so zeigen sich eine Vielzahl von Herausforderungen für eine Ethik der Seelsorgeprofession:

- Jedes *Relat der Verantwortung* weist durch seine Einbettung in die verschiedenen Kontexte eine innere Spannung auf. Die ethische Rolle der Seelsorgerin oder des Seelsorgers bedarf einerseits der kontextspezifischen Bestimmung, andererseits eines Austarierens zwischen den Kontexten, um ein Minimum an Rollenkohärenz zu erreichen. Ähnliches gilt wie gezeigt für das Maß der Verantwortung: Eine Gleichzeitigkeit verschiedener Normbestände muss nicht problematisch sein, kann aber im Einzelfall zu einem Konflikt führen.
- Am *Gegenstand der Verantwortung* wird deutlich, dass das individuelle Handeln, das Handeln als Seelsorgerin, als klinische Mitarbeiterin und als Mitglied der Gesellschaft nicht auf unterschiedliche Situationen aufzuteilen ist. Vielmehr handelt es sich um Aspekte seelsorglichen Handelns, die potentiell in

⁸⁰ Christopher Zarnow, *Identität und Religion* (Tübingen: Mohr Siebeck, 2010), 229–38.

jeder Situation relevant sind. Je nachdem, auf welchen Aspekt (oder auf die Spannung zwischen welchen Aspekten) fokussiert wird, ändert sich die Wahrnehmung des ethischen Problems.

- Im Vergleich der *Kontexte* fällt auf, dass diese in der ethischen Reflexion seelsorglicher Professionalität unterschiedlich gut repräsentiert sind. Das individuelle ethische wie auch das auf einen allgemeinen gesellschaftlichen Kontext gerichtete sozialetische Paradigma ist, gerade in der theologischen Ethik, gut etabliert. Ähnliches gilt inzwischen für die klinische Ethik im engeren Sinne. Weniger gut steht es um die Verständigung in der professionellen *community*, also um die seelsorgliche Professionsethik.
- Es ist die Funktion der Professionsethik, das komplexe Verhältnis von Profession, Individualität, organisationaler und gesellschaftlich-systemischer Einbindung des Seelsorgehandelns in seinen normativen Aspekten zu reflektieren. Dabei geht es insbesondere um Situationen, in denen die aufgezeigten Spannungen auftreten. Auf der Ebene des Maßes dient Professionsethik daher nicht in erster Linie der Formulierung *zusätzlicher* Normen in einer in der Regel schon normativ überdeterminierten Lage, sondern vor allem der normativen Reflexion der Frage, wie mit eben dieser Lage umzugehen ist.
- Dabei addieren sich die verschiedenen *Kontexte* der Verantwortung nicht einfach, sondern stehen auch in einem wechselseitigen Begrenzungsverhältnis zueinander. Gesellschaftliche, organisationale wie professionelle Übereinkünfte dienen der Entlastung des individuellen moralischen Urteils. Organisationale Regeln bedürfen ihrerseits der Adaption an gesellschaftliche Übereinkünfte und andererseits einer gewissen Offenheit für die eigene Normativität der in der Organisation vertretenen Professionen. Normativ gesprochen handelt es sich dabei wiederum um ein ambivalentes Phänomen: Die wechselseitige Begrenzung der Verantwortungskontexte kann ebenso zu heilsamer Entlastung wie zu Verantwortungsdiffusion führen.⁸¹
- Verschiebungen des Seelsorgeberufs lassen sich an dieser Stelle analysieren als Wandlungen im Gewicht der einzelnen Dimensionen seelsorglicher Verantwortung. Die anfänglich beschriebene zunehmende organisationale Einbindung der Klinikseelsorge in die Prozesse des Krankenhauses verstärkt die organisationalen Verantwortungsdimensionen. In dem Maße, wie die Seelsorge sich – etwa im Rahmen des Spiritual Care-Diskurses – als klinische Profession versteht, werden auch die professionellen Dimensionen stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit treten.

81 Körtner, *Evangelische Sozialethik*.

- Auch hierbei wäre – empirisch wie normativ – nicht einer zunehmenden Moralisierung der Seelsorge das Wort zu reden. Die Aufgabe einer ethischen Reflexion seelsorglicher Verantwortung liegt immer auch darin, Grenzen des Moralischen zu reflektieren und zu praktizieren, wie auch insgesamt darin, einen nichtmoralischen Kern der Seelsorgebeziehung wie des Seelsorgehandelns zu pflegen. Überall dort, wo es um Verantwortung geht, steht auch die Verantwortungsüberlastung als Möglichkeit im Raum.

3.3 Zur Rolle der Theologie

Für die Seelsorgeprofession als einem theologischen Berufsfeld lässt sich mit Hilfe des dargestellten Schemas auch nach den theologischen Ressourcen der Reflexion auf Verantwortung fragen. Das kann hier nur skizzenhaft geschehen; es auszuführen hieße, eine theologische Ethik der Verantwortung insgesamt zu formulieren.⁸² Generell fokussiert eine religiöse Deutung bzw. deren theologische Reflexion spezifisch auf einzelne, durch Unbedingtheits- bzw. Transzendierungsmomente ausgezeichnete und daher besonders problematische Aspekte von Verantwortung. Wird Gott als *Instanz* von Verantwortung aufgerufen, wird die Verantwortungsrelation solcherart interpretiert. Es kommt zu einer Intensivierung (unbedingte bzw. unbegrenzbare Verantwortung), aber auch potentiell zu einer Entlastung von Verantwortung. Das lässt sich insbesondere am *Maß* der Verantwortung namhaft machen: Vor der unbedingt gültigen Norm (theologisch: Gesetz) droht die Verantwortung das Subjekt der Verantwortung zu überlasten. Die Frage nach dem Umgang mit solcher potentiell überlastenden Verantwortung steht im Raum (theologisch: Evangelium). In religiöser Hinsicht kommt das Subjekt der Verantwortung aber nicht nur als überlastet und scheiternd (theologisch: Schuld/ Sünde), sondern auch als angesichts moderner Verantwortungsdiffusion zur Verantwortung gerufen in den Blick (theologisch: Heiligung/ Freisetzung zum Tun des Guten). Hinsichtlich der *Gegenstände* der Verantwortung treten in religiöser Perspektive etwa diejenigen Aspekte organisationaler Prozesse in den Vordergrund, die die Organisation überschreiten, weil sie nicht mehr in Organisationsprozessen gefasst und in Qualitätshandbüchern formuliert werden können (theologisch: Liebe; Würde etc.). Solche Transzendierungsmomente lassen sich auch hinsichtlich der anderen Kontexte aufzeigen. So wird in religiöser Perspektive nicht nur die Organisations-transzendenz der Organisation⁸³, sondern auch die Professionstranszendenz der Profession artikuliert.

82 Barth, „Die religiöse Dimension“; Körtner, *Evangelische Sozialethik*.

83 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*.

Insgesamt fügt die religiöse Perspektive der Verantwortung weniger material etwas hinzu als sie die grundlegenden Aporien und Grenzbereiche von Verantwortung zu adressieren erlaubt. In der Klinik sind diese ubiquitär: Erfahrungen von zu großer Verantwortung, von Ohnmacht und Scheitern, von Diffusion in der ausdifferenzierten Organisation etc. werden in den Handlungsfeldern aller klinischer Professionen gemacht. Seelsorge nimmt die Ressourcen theologischer Verantwortungsreflexion mithin einerseits für sich selbst als klinische Profession in den Dienst und stellt sie – als „Krankenhausseelsorge“ – andererseits potentiell auch den anderen klinischen Professionen zur Verfügung.

4 Professionsethik in der Seelsorge: Poimenische Konkretionen

Wenn die Aufgabe einer Professionsethik der Klinikseelsorge darin besteht, die verschiedenen Dimensionen verantworteter Seelsorge je für sich und in ihrem Verhältnis zueinander zu reflektieren, so hat das Konsequenzen für die Seelsorgepraxis und die poimenische Theoriebildung. Nur in der Verschränkung von praxisreflektierender Poimenik und theoriegesättigter Seelsorgepraxis kann die Frage einer seelsorglichen Professionsethik einer gewinnbringenden Antwort zugeführt werden, die zugleich offene Fragen und Entwicklungsbedarfe formuliert. Analog zur vorgestellten Differenzierung verschiedener Ebenen der seelsorglichen Verantwortung (vgl. 3) lassen sich für die Praxis verschiedene Desiderate benennen.

Die individuelle Ebene: Das Beispiel vom Anfang macht deutlich, dass eine grundlegende Herausforderung in der Wahrnehmung ethischer Implikationen seelsorglichen Handelns liegt. Das betrifft zunächst die Seelsorgerin bzw. den Seelsorger selbst, die in Bezug auf die konkrete Situation zur Reflexion von Denken, Handeln und dessen Folgen angehalten ist. Eine Achtsamkeit für die ethische Bedeutsamkeit der jeweiligen Situation im Krankenhaus speist sich aus einer guten Selbstkenntnis und Selbsterfahrung, die sich nicht lediglich schulen und vermitteln lässt, sondern in der beständigen Auseinandersetzung mit dem eigenen professionellen Handeln und den zugrundeliegenden individuellen Normen und Werten besteht.⁸⁴ Künftig wäre die moralische Dimension des eigenen Denkens und

⁸⁴ Zur Bedeutung und Aushandlung von Werten in der Seelsorge vgl. Mikkel Gabriel Christoffersen, Annette Daniela Haußmann und Anne Austad, „Caring for – Caring about: Negotiations of Values in Pastoral Care,“ *Religions* 15 (2024): Art. (<https://doi.org/10.3390/rel15050619>).

Handelns als Teil der Selbstreflexion explizit und von Grund auf ins Seelsorgelernen zu integrieren. Diese Verschränkung von Einübung in seelsorgliche Haltungen und Selbsterfahrung zeigt an, dass in der Seelsorge – wie in anderen helfenden und therapeutischen Berufen ähnlich – die existenzielle Betroffenheit unhintergebar ist.⁸⁵ Krankenhauseelsorgende sind dem individuell ausgesetzt, was sie täglich an Krankheit, Leiden, Tod und Sterben in der ganzen Bandbreite menschlichen Lebens erleben.⁸⁶ Professionell wird der Umgang damit nicht durch die Elimination des existenziellen Betroffenseins, sondern durch den reflektierten, sich selbst befragenden und lernbereiten Umgang damit. Eine verantwortungsbasierte Professionsethik muss ebenfalls die Grenzen von Verantwortung thematisieren und das Individuum vor Macht- und Machbarkeitsphantasien und zu hoher Verantwortungslast schützen. Chancen liegen hier nicht zuletzt in einer theologischen Grundlegung, die das *simul iustus et peccator* betont, auf die Vulnerabilität und Fragmentarität menschlichen Seins besteht und auf den transzendenten Grund seelsorglichen Handelns verweist.

Die professionelle Ebene: Professionelles Seelsorgehandeln setzt eine grundständige Ausbildung in Seelsorge voraus, welche die ethische Dimension mitbedenkt und nicht auf den Arbeitsbereich des Krankenhauses zu reduzieren ist.⁸⁷ Dies lässt sich auf drei Aspekte ethischer und seelsorglicher Kompetenzen hin konkretisieren, die aufeinander zu beziehen sind.⁸⁸ Erstens ist eine feldspezifische ethische Kompetenz zu erwerben, die mit einer Aneignung medizinethischer Kenntnisse einhergeht.⁸⁹ Hier finden insbesondere materialetische Fragestellungen ihren Platz. Zweitens gehört es zu den Aufgaben professioneller seelsorglicher Reflexion, die eigene Rolle im System zu klären. Diese Fähigkeit wird durch die grundständige Seelsorgeausbildung als seelsorgliche Kompetenz beständig geschult und es gehört dazu, neben der Vertiefung der Selbstreflexionsfähigkeit auch situative Reflexionskompetenzen, eine Verbreiterung des methodischen Repertoires als Handlungsoptionen in verschiedenen seelsorglichen Situationen sowie eine seelsorgliche Identität am jeweiligen Wirkungsort zu erwerben und zu vertiefen.⁹⁰

85 Wolfgang Drechsel, „Seelsorge lernen,“ in *Seelsorge lernen, stärken und reflektieren: Das Zentrum für Seelsorge als Schnittstelle von Aus- und Fortbildung, Praxis und Wissenschaft*, ed. Annette Haußmann und Sabine Kast-Streib (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2021), 17–45.

86 Michael Brems, „Wo ist nun dein Gott? Krankenhauseelsorge als Ort religiöser Erfahrungen,“ in *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, ed. Traugott Roser (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2019), 65–77.

87 Klessmann, *Seelsorge*.

88 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 293–313.

89 Haker und Bentele, *Perspektiven der Medizinethik*.

90 Haußmann, „Eine Frage der Haltung“.

Das kontinuierliche Seelsorgelernen ist dabei als ein Prozess zu beschreiben, an dem nicht nur die Professionalität, sondern auch die Person selbst wächst.⁹¹ In dieser Hinsicht ist Ethik immer schon ein Teil der seelsorglichen Berufsidentität und kein zusätzliches Addendum.⁹² Beispielhaft schult das Heidelberger Modul an exemplarischen ethischen Situationen das Bewusstsein für die Rolle von Seelsorgenden in solchen Konflikten, die vorwiegend materialetisch konkretisiert sind.⁹³ Methodisch verhilft zur seelsorglich-ethischen Reflexion die Fall- oder Protokollbesprechung, in der mit anderen Seelsorgenden eine spezifische ethische Situation beleuchtet und auf Handlungs-, Kommunikations- und Wahrnehmungsalternativen hin befragt wird. Gemeinsam suchen die Teilnehmenden ein tieferes Verstehen dessen, was in der Interaktion geschieht, ohne dies auf die moralische Frage „Was soll ich tun?“ im Sinne eines Entscheidungsdilemmas zu verkürzen. Nur so haben auch in ethischer Hinsicht Gefühle, Bedürfnislagen oder Ambivalenzen ihren Platz. Zugleich vermag die Professionalität auch das Individuum im Blick auf Verantwortungsübernahme zu entlasten, was konkret durch Supervisionsstrukturen und den Austausch in Dienstgruppen, landeskirchlichen und überregionalen Seelsorgekonventen geschieht. Drittens ist eine ethische Metakompetenz zu entwickeln, zu der ein theologisch reflektierter Umgang mit dem eigenen moralischen Involviertsein, die Klärung der ethischen Rolle sowie die Grundzüge eines seelsorglichen Berufsethos gehören. Hier gibt es neben den anderen beiden Ebenen noch Bedarf der Weiterentwicklung. Auf entsprechende Institutionalisierungsbedarfe in der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der seelsorglichen Selbstverständigung (Ad-hoc-Fortbildungen, thematische Einheiten auf Konventen u. a.) ist an anderer Stelle hingewiesen worden.⁹⁴

Die organisationale Ebene: Seelsorge agiert im Krankenhaus immer im Kontext anderer Professionen und arbeitet je nach Selbstverständnis und Klinikstrukturen auch nicht selten in multiprofessionellen Teams – zuweilen aber nimmt sie gleichzeitig für sich in Anspruch, im „Zwischenraum“⁹⁵ eine Heterotopie⁹⁶ zu vertreten, die zum System Krankenhaus auch im Widerspruch stehen kann. Immer wieder ist in seelsorglicher Hinsicht die Rolle und Stellung der Krankenhausseelsorge insgesamt zu diskutieren, weil sie unmittelbaren Einfluss auf das seelsorgliche und ethische Handeln hat. In der Frage nach der Rolle in ethischen Konflikten (Moderation, Position, Stellvertretung) wird dies deutlich, denn je nach Stellung im

⁹¹ Drechsel, „Seelsorge lernen“.

⁹² Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 203.

⁹³ Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*.

⁹⁴ Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*.

⁹⁵ Klessmann, „Seelsorge im Krankenhaus“.

⁹⁶ Roser, *Spiritual Care*.

System werden diese Rollen ermöglicht oder verhindert. In systemtheoretischer Hinsicht kann eine Verstrickung in die organisationalen Zusammenhänge und sozialen Konstellationen gar nicht verhindert werden. Vielmehr geht es im professionellen Umgang um eine Erkenntnis dieser Zusammenhänge und eine reflektierte Auswahl an Verhaltensalternativen. Auf organisationaler Ebene ist die Entwicklung von ethischen Leitlinien und Leitbildern zu nennen, die in der interprofessionellen Zusammenarbeit und für die Transparenz gegenüber Patient*innen bekannt sein müssen. Jedoch ist kritisch rückzufragen, ob solche Ethikkodizes zu einer ethischen Überdeterminierung führen könnten, dem die einzelnen Seelsorgenden keine individuelle Aneignung folgen lassen können. Eine Ähnlichkeit zu Normenkatalogen, die Ambivalenzen oder Abweichungen kaum mehr zulassen, scheint nur wenig attraktiv für die Seelsorge und lässt zudem wenig Raum für Diskussion und Pluralität sowie die situationsspezifische Flexibilität von Seelsorge. Die Standardisierung von Ethik könnte hier in eine Spannung zur Entwicklung des individuellen ethischen Bewusstseins treten. Daher wäre eine Professionsethik im Sinne ethischer Standards mit der Integration von Ethik in Seelsorgeausbildungen zu verbinden. Dort steht die Entwicklung eines eigenen Standpunkts bzw. eigener seelsorglicher, theologischer und ethischer Kompetenz als person- und situationsbezogenes Seelsorgelernen, die Entwicklung individueller Haltung(en), und die fallbezogene Ausbildung als Erfahrungslernen im Vordergrund. Das widerspricht sich u.U. mit der Entwicklung eines allgemeinen Ethikkodex in der Krankenhausseelsorge, der auch (bislang implizite) Normen und theologische Grundlagen evangelischer Ethik festhält. Diese Spannungen zwischen Wertesystemen, zwischen Individuum und Institution wie auch zwischen professionellen Verpflichtungen kommen allerdings auch in anderen Gesundheitsberufen vor⁹⁷, was nochmals auf die Relevanz der Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Ebenen der Verantwortung hinweist.

Im interdisziplinären Gespräch ist eine Professionsethik hilfreich und wünschenswert, denn sie regt den Diskurs darüber an, was als „gut und richtig“, als normativ entscheidungsorientierend und als wert-voll angesichts menschlichen Lebens (und Sterbens) erachtet wird. Zielführend ist daher weniger die Festlegung auf standardisierte christliche Wertkataloge, da diese sich sowohl dem individuellen Aneignungsprozess als auch dem interprofessionellen Diskurs versperren können. Wohl aber ist eine theologische Grundlegung in christlich-ethischer Perspektive sinnvoll, um die Basis ethischer Reflexion offen zu legen und auch, um darüber mit anderen sprechen zu können. Die Auseinandersetzung mit anderen Professionsethiken (u. a. Medizin, Pflege, Psychotherapie) dient darum der Schär-

97 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*, 187.

fung des eigenen seelsorglich-ethischen Profils wie auch dem interprofessionellen Diskurs über die Grundlagen der Ethik über konkrete ethische Fallbesprechungen oder Ethikberatungen hinaus. Eine Berücksichtigung verschiedener Bereichsethiken von Pflege-, Medizin-, Care-, Gesundheits-, Bioethik u.a. sowie einer metaethischen Reflexion ist dafür konstitutiv.⁹⁸ Daher muss eine Professionsethik aus sachlichen Gründen, wie der Reflexion des eigenen Rollenprofils, sowie aufgrund der interdisziplinären Zusammenarbeit, die mit den Professionsethiken anderer Berufe konfrontiert ist, feldethische, seelsorglich-ethische und metaethische Perspektiven integrieren.

Die gesellschaftliche Ebene: Seelsorge ist schließlich auch stets in Diskurse um Werte und Normen auf gesellschaftlicher Ebene eingebunden. Dazu gehört etwa die Debatte um die Ökonomie des Gesundheitswesens⁹⁹, aber auch Grundfragen nach dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit oder dem Wert des Lebens. Indem Seelsorge an diesen Debatten teilhat, wird sie zum „Ort der verdichteten Kommunikation über das Gute und Richtige“¹⁰⁰ und stellt die Frage nach dem gelingenden Leben.¹⁰¹ Insbesondere ist Seelsorge dabei Anwältin dessen, was sich nicht ethisch auflösen oder einfangen lässt: Die Aporie angesichts verschieden schlechter Wahlmöglichkeiten in einem Entscheidungsdilemma, die Klage angesichts eines sinnlosen Leidens, das Aufbegehren und die Ohnmacht angesichts menschlicher Fragmentarität¹⁰² und Vulnerabilität¹⁰³. Seelsorgende begegnen in diesen Konflikten einer Pluralität von Normen und Werten, die sie mit ihren eigenen Überzeugungen, theologischen Positionierungen, christlichen und kirchlichen Haltungen ins Gespräch bringen. Insofern spielt auf der gesellschaftlichen Ebene die Spiritualität und Religiosität eine besondere Rolle, denn sie vermittelt zwischen Seelsorge und Ethik bzw. stellt beide in einen größeren, transzendenten Kontext.¹⁰⁴

98 Konrad Hilpert, „Moral / Ethik,“ in *Spiritual Care von A bis Z*, ed. Eckhard Frick und Konrad Hilpert (Berlin, New York: De Gruyter, 2012), 225–27.

99 Verkürzung von Liegezeiten, Gewinnmaximierung, Funktionalisierung: Corinna Schmohl, „Zwischen Ethik und Ökonomisierung,“ *Wege zum Menschen* 73 (2021): 35–48.

100 Moos et al., *Ethik in der Klinikseelsorge*, 291.

101 Sturm, „Was soll man da in Gottes Namen sagen“; Gunda Schneider-Flume, *Leben ist kostbar: Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004).

102 Henning Luther, „Leben als Fragment: Der Mythos von der Ganzheit,“ *Wege zum Menschen* 43 (1991): 262–73.

103 Andrea Bieler, *Verletzliches Leben: Horizonte einer Theologie der Seelsorge* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2017).

104 Roser, *Spiritual Care*; Noth und Kohli Reichenbach, *Pastoral and spiritual care*.

5 Fazit

5.1 Die Leistung einer Professionsethik

Insgesamt läuft der vorliegende Vorschlag darauf hinaus, die Herausforderung der Klinikseelsorge durch Ethik als professionsethische Herausforderung zu verstehen. Denn die hohen formellen, rechtlichen wie beratungstechnischen Anforderungen klinischer Ethik im engeren Sinne verstellen den Blick darauf, dass klinische Ethik als Gegenstand seelsorglich-professioneller Tätigkeit in einen umfassenderen Kontext eingebettet ist. Dieser Kontext ist zum einen inhaltlicher Natur, insofern Fragen klinischer Ethik in einer teils kongruenten, teils spannungsvollen Verbindung stehen zu Grundfragen seelsorglicher Ethik; so etwa, wenn es um Grundhaltungen der Seelsorge wie die der kommunikativen Transparenz und Auftragsklärung geht, um Normen seelsorglichen Handelns wie die der Vertraulichkeit oder um Ziele der Seelsorge und deren mögliche Evidenzbasiertheit und Qualitätssicherung. Ebenfalls inhaltlich, aber auf einer anderen Ebene der Reflexion liegt die Verbindung klinisch-ethischer Fragen mit dem Problem seelsorglicher Rollenfindung im Krankenhaus bzw. im Medizinsystem insgesamt (die oben so genannte ethische Rolle der Klinikseelsorge). Diese steht wiederum in Verbindung mit dem Verhältnis der Seelsorgeprofession zu den anderen klinischen Professionen und zu einer sich entwickelnden, potentiell umgreifenden Profession „Spiritual Care“, wie auch mit der organisatorischen Einbindung der Seelsorge in das Krankenhaus. In diesem Sinne steht die seelsorgliche Befassung mit klinischer Ethik inhaltlich im Kontext einer seelsorglichen Professionsethik insgesamt.

Wenn dem so ist, können die ethischen Herausforderungen der Klinikseelsorge nicht am theologisch-ethischen oder poimenischen Reißbrett bewältigt werden. Im Plädoyer dafür, Klinikseelsorge als Profession zu verstehen, ist das Plädoyer dafür enthalten, die genannten Fragen als Themen professioneller Selbstverständigung und normativer Selbstregulation der Seelsorge zu begreifen. So richtig es ist, dass die Seelsorge wesentlich Beziehungsarbeit und insofern untrennbar mit der individuellen Persönlichkeit der Seelsorgerin oder des Seelsorgers verbunden ist, so richtig ist es doch auch, dass die genannten Herausforderungen wesentlich struktureller Natur sind. Beides zusammengekommen mag es klug sein, die seelsorglich-professionsethische Verständigung gerade in normativer Hinsicht nicht so spezifisch zu halten, dass für individuelle Prozesse der Rollenfindung in der konkreten Organisation kein Platz mehr ist. Zugleich aber gilt es, die Verständigung doch so spezifisch zu halten, dass die übergreifenden Herausforderungen und das Spektrum an Möglichkeiten, ihnen seelsorglich-professionell zu begegnen, sichtbar werden. Die genannten Probleme sind zu allgemein, um sie

ganz der vereinzelt individuellen Virtuosität der Seelsorgerin bzw. des Seelsorgers oder der Regulierung durch die Organisationsleitungen zu überlassen. Es bedarf mithin einer hinreichend dichten, zugleich aber flexiblen und zukunftsorientierten Institutionalisierung solcher Verständigungsprozesse. Ob und inwieweit hierfür die bestehenden Institutionen (insbesondere Seelsorgekonvente) ausreichend sind, ist eine Frage, die wiederum der professionellen Selbstregulation anheimgestellt werden muss.

Die inhaltlichen Aspekte einer solchen Professionsethik würden dazu beitragen, dass die Klinikseelsorge unter den anderen klinischen Professionen erkennbarer und transparenter wird. Professionsethik dient zum einen nach innen der normativen Selbstregulierung, zum anderen aber auch nach außen der interprofessionellen Kommunikation. Das impliziert zugleich, dass eine seelsorgliche Professionsethik in ihren Aussageformen und Begründungsfiguren nicht die Sprache Kanaans sprechen dürfte. Allgemeiner gesprochen: Das Verhältnis von theologischer und allgemeiner Ethik im Kontext einer seelsorglichen Professionsethik zu bestimmen wäre selbst eine diskursive, professionsethische Aufgabe.

5.2 Grenzen der Professionalisierung und Professionsethik

Simon Peng-Keller hat darauf hingewiesen, dass der Spiritual-Care-Diskurs zu einer weiteren Professionalisierung der Seelsorge führen könne, insofern Seelsorge hier als professionelle seelsorgliche Spiritual Care und Teil des Teams auftritt.¹⁰⁵ Ob dieser Professionalisierungsprozess auf der Ebene von Spiritual Care zugleich zu einer Deprofessionalisierung der Klinikseelsorge beiträgt, wird zu prüfen und zu diskutieren sein. Nachteil einer Einbindung in interprofessionell arbeitende Teams könnten geringere Handlungsspielräume der Seelsorge sein.¹⁰⁶ Gegenläufig dazu verhält sich aber die Feststellung eines Generalistentums in der Krankenhausseelsorge, die den Strukturen des Gemeindepfarramts ähnelt.¹⁰⁷ Insgesamt verschiebt sich die Frage nach der Klinikseelsorge als Profession also auf die Frage, welche Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungsprozesse stattfinden.

Hinsichtlich einer fortschreitenden Professionalisierung der Seelsorge sind auch inhaltlich Bedenken geäußert worden. So sieht Dietz Lange die Gefahr einer Kompetenzorientierung in der Ausbildung in einer „Expertenhierarchie“¹⁰⁸, die

¹⁰⁵ Peng-Keller, *Klinikseelsorge*.

¹⁰⁶ SKS, *Seelsorgliche Spiritual Care*.

¹⁰⁷ Peng-Keller, *Klinikseelsorge*.

¹⁰⁸ Dietz Lange, „Evangelische Seelsorge in ethischen Konfliktsituationen,“ *Pastoraltheologie* 80 (1991): 77.

einer Befähigung zur Seelsorge durch Glaubens- und Lebensorientierung zuwiderläuft. Gegen eine Spezialisierung und Professionalisierung von Seelsorgenden für den Krankenhauskontext sind schon früher Einwände formuliert worden, die auf die konstitutive Bindung von Seelsorge an die Gemeindegarbeit drängen.¹⁰⁹ Fraglich ist, ob sich dieses Modell angesichts von Kirchenreformprozessen und Ausdifferenzierungen im Gesundheitssystem halten lässt oder ob nicht neue Modelle und Alternativen gesucht werden müssten – was wiederum auch pastoral-theologische Fragen aufwirft.

Durch kirchliche Reformprozesse und finanzielle Einbußen kommt es auch in Funktionspfarrstellen wie der Klinikseelsorge zu massiven Einbußen.¹¹⁰ Stellenkürzungen oder Wegfall von professionellen Klinikseelsorgenden sind die Folge und können nicht mit ehrenamtlich Seelsorgenden oder Teilzeitstellen kompensiert werden. Künftig wird immer unsicherer, dass Klinikseelsorge vor Ort immer durch kirchlich finanzierte Stellen geleistet wird. Die Pandemie hat gezeigt, mit welchen gravierenden Folgen für die seelsorgliche Begleitung der Patient*innen und der Pflegeteams das verbunden sein kann: Krankenhausseelsorgende in Teilzeit und auch Ehrenamtliche konnten den Seelsorgebedarf nicht decken und waren in vielen Kliniken nicht mehr präsent. Fluide Stellenwechsel und Stellenabbau verursachen auch einen Abbau an spezifischem ethischem Wissen, dessen Nachhaltigkeit im Bereich der Klinikseelsorge über die kontinuierlich tätigen Personen gesichert ist. Die Ausdünnung der Funktionsstellen im Klinikbereich wird durch demografische Entwicklungen noch verstärkt werden, sowohl was den Ausbau des medizinischen Systems als auch den Abbau von Pfarrstellen betrifft. Zugleich wird Krankenhausseelsorge mehr als bisher auch Ehrenamtliche einbeziehen, die schon jetzt unentbehrlich sind und daher auch in professionsethischer Hinsicht berücksichtigt werden müssten. Schließlich liegt die Klinikseelsorge in Deutschland bislang in der Regel in der Trägerschaft durch die Kirchen. Das Modell einer Ausweitung von Professionsethik muss sich auch der Frage stellen, inwiefern die künftige Trägerschaft ausgeweitet oder sichergestellt werden kann. Ökonomische Fragestellungen verbinden sich also künftig unweigerlich mit ethischen und seelsorglichen Dimensionen.

¹⁰⁹ Dietrich Rössler, *Grundriß der Praktischen Theologie* (Berlin, New York: De Gruyter, ²1994), 202–06.

¹¹⁰ Ralph Charbonnier, „Zur Entwicklung ethischer Kompetenz,“ in *Seelsorge als Muttersprache der Kirche*, epd-Dokumentation 10 (Frankfurt am Main: Gemeinschaftswerk der Evangelischen Publizistik 2010), 25–27.

5.3 Ausblick und Diskussionsbedarfe

Spiritual Care hat in den letzten Jahren erhebliche Debatten in der Poimenik ausgelöst und ist als interdisziplinäre Sorge um die spirituelle Dimension des Menschseins professionsübergreifend in Wissenschaft und Praxis zunehmend etabliert. Für die Professionsethik mag man fragen, ob hier eine neue Profession des Spiritual Caregivers entsteht. Dafür spricht, dass Seelsorge in anderen Ländern bereits mit anderen Berufen gemeinsam als Spiritual Care subsummiert wird.¹¹¹ Andererseits lebt Spiritual Care konstitutiv vom Austausch verschiedener Disziplinen und Professionen. In professionsethischer Hinsicht kann die Vielfalt von ethischen Perspektiven und Zugängen auf organisationaler Ebene zwar problematisch sein, für das Wohl der Patientinnen und Patienten kann es zugleich einen Gewinn darstellen, insofern der Diskurs über das situativ Angemessene und moralisch Gebotene sich dadurch noch einmal intensiviert.

Zur Bildung eines poimenischen Ethos gehört die beständige Reflexion dessen, was in der Seelsorge getan wird. Je nachdem, wie Seelsorge im Horizont einer ethischen Fragestellung verstanden wird, ob als ethische Beratung¹¹² oder als Begegnung im Rahmen eines auszulotenden ambivalenten Konflikts¹¹³ oder als lösungsorientiertes Kurzgespräch¹¹⁴ stellt sich die Antwort auf die Verhältnisbestimmung von Ethik und Seelsorge anders dar. Im Rahmen von Professionsethik gilt es, auf die Pluralität der Konzepte aufmerksam zu machen und die Notwendigkeit der Reflexion der ethischen und der seelsorglichen Dimensionen anzuregen. Dazu gehört ein theologischer Diskurs über die Werte und Normen, die einer Ethik im Krankenhaus zugrunde liegen und beständig verhandelt werden müssen – besonders angesichts der Entwicklungen in Medizin und Pflege.

Christliche Ethik steht in Verbindung mit dem poimenischen Diskurs in einer eigentümlichen Spannung zwischen religiöser Positionalität und interreligiöser Offenheit. Seelsorge im Krankenhaus hat es mit einer großen Vielfalt verschiedener religiöser und nicht-religiöser Überzeugungen zu tun und kommt potentiell mit allen Menschen ins Gespräch. Verschiedene religiöse Positionen können sich gegenseitig bereichern, zum Wohl der Patient*innen beitragen und ethische Entscheidungsfindungen fördern.¹¹⁵ So müssen interreligiöse Offenheit, Positionalität

111 Doris Nauer, *Spiritual Care statt Seelsorge?* (Stuttgart: Kohlhammer, 2015).

112 Ziemer, *Ethische Beratung*.

113 Klessmann, *Seelsorge*.

114 Timm H. Lohse, *Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung: Eine methodische Anleitung* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013).

115 Hildegard Emmermann, „Ethik und Spiritualität – Lässt sich das miteinander vereinbaren? Eine Ethik-Fallberatung in der Kinderklinik,“ *Wege zum Menschen* 73 (2021): 500–05.

und Repräsentativitätsanspruch des christlichen Glaubens miteinander vermittelt werden, was in inter- und transreligiösen Situationen eine besondere Relevanz entfaltet, etwa wenn im Krankenhaus Rituale zu gestalten sind.¹¹⁶ Der Umgang mit (religiöser) Individualität im Spannungsverhältnis zu traditionellen Prägungen bzw. dogmatischen Glaubenssätzen entfaltet hier einen besonderen theologischen Reflexionsbedarf. Diskussionsrelevant hierfür könnten Erfahrungen aus dem Umgang mit Fremdheit in genereller seelsorglicher Perspektive¹¹⁷ und aus dem interkulturellen und interreligiösen Spiritual Care Kontext in spezifischer Weise¹¹⁸ sein. Auf institutioneller Ebene dürfte es hilfreich sein, entsprechende Plattformen des Erfahrungsaustausches und der professionsethischen Selbstverständigung zusammenzuführen.

Das organisationsüberschreitende Potenzial der Seelsorge kann auch als Chance begriffen werden. Als „Vertikalisten“ können Seelsorgende zwischen Patient*innen, Angehörigen, Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten und anderem Therapiepersonal vermitteln und den Kommunikationsfluss anregen.¹¹⁹ Ihre Rolle changiert dann zwischen einer Gesprächsbereitschaft für alle und einer Verantwortung für die Kommunikation und Entscheidungsfindung als ganze¹²⁰, was neben herausragender Kommunikationskompetenz eine gute Einbindung in Strukturen und Teams sowie viel Aufwand und Zeit erfordert. Diese holistische Einschätzung ihrer Rolle wird jedoch auch ethisch auf die Grenzen des eigenen professionellen Handelns und die Notwendigkeit der Einbindung anderer Professionen zu verweisen sein.¹²¹ Zudem ist auf die bleibende Spannung zwischen der oft übernommenen und von außen zugeschriebenen Moderationsrolle zwischen verschiedenen ethischen Positionen und dem Einbringen eigener Argumente im Kommunikationsprozess hinzuweisen.¹²²

116 Peng-Keller, *Klinikseelsorge*, 193.

117 Kristin Merle, „Fremdheit und Verstehen,“ in *Kulturwelten: Zum Problem des Fremdverstehens in der Seelsorge*, ed. Kristin Merle (Berlin: Lit-Verlag, 2013), 15–34.

118 Noth et al., *Pastoral and spiritual care I*; Noth und Kohli Reichenbach, *Pastoral and spiritual care II*.

119 Stefan Gärtner, „Seelsorgende als ‚Vertikalisten‘ im Krankenhaus,“ *Spiritual Care* 11 (2022): 284–87.

120 Ute Rokahr, „... wir sehen jetzt doch alle, dass es so nicht weiter gehen kann ...“: Ethische Aspekte der Seelsorge im interdisziplinären Zusammenspiel,“ *Wege zum Menschen* 67 (2015): 483–89.

121 EKdR, *Seelsorge als Muttersprache*, 15.

122 Vgl. Reiner Anselm, „Common Sense und anwendungsorientierte Ethik,“ in: *Ethik als Kommunikation: zur Praxis klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive*, ed. Reiner Anselm (Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 2008), 175–89.

Insgesamt werden sich in den kommenden Jahren die Randbedingungen der Krankenhausseelsorge in erheblicher Weise verändern. Auch das bedarf der kontinuierlichen professionsethischen Verständigung über verantwortete Seelsorge. Selbstverständlich wird auch eine solche nicht zu einer umfassenden Handlungssicherheit in den ethischen Zweifelsfällen des Seelsorgealltags führen. Es wird auch weiterhin auf individuelle Haltungen, situative Kreativität und Erfahrung ankommen. Mit großen, alten Worten: Es geht um Weisheit und Menschenliebe. Und doch dürfte die professionelle Selbstverständigung beiden zuträglich sein – etwa wenn es, wie im einleitenden Beispiel, um die Zuordnung eines seelsorglichen und eines ethischen Auftrages in der seelsorglichen Begegnung geht. Der Bedarf für eine solche Selbstverständigung dürfte, wie auch das jüngste Beispiel des assistierten Suizides und der Frage nach einer möglichen seelsorglichen Beteiligung daran zeigt, in Zukunft jedenfalls eher steigen denn sinken.

Literatur

- Anselm, Reiner. „Common Sense und anwendungsorientierte Ethik.“ In *Ethik als Kommunikation: zur Praxis klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive*, hg. v. Reiner Anselm, 175 – 89. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 2008. <https://doi.org/10.17875/gup2008-382>.
- Association of Professional Chaplains. „Code of Ethics.“ 24. 09. 2000. <https://www.apchaplains.org/wp-content/uploads/2022/06/APC-Code-of-Ethics.pdf> [abgerufen am 15. 12. 2022].
- Barth, Ulrich. „Die religiöse Dimension des Ethischen: Grundzüge einer christlichen Verantwortungsethik.“ In *Religion in der Moderne*, hg. v. Ulrich Barth, 315 – 44. Tübingen: Mohr Siebeck, 2003.
- Bentele, Katrin. „Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung.“ *Zeitschrift für medizinische Ethik* 1 (2010): 33 – 43.
- Bieler, Andrea. *Verletzliches Leben: Horizonte einer Theologie der Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2017.
- Bonhoeffer, Dietrich. „Die Struktur des verantwortlichen Lebens.“ In *Ethik*, hg. v. Eberhard Bethge, Dietrich Bonhoeffer Werke 6, 256 – 89. München: Kaiser, ²1998.
- Brems, Michael. „Wo ist nun dein Gott? Krankenhausseelsorge als Ort religiöser Erfahrungen.“ In *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, hg. v. Traugott Roser, 65 – 77. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, ⁵2019.
- Charbonnier, Ralph. „Zur Entwicklung ethischer Kompetenz.“ In *Seelsorge als Muttersprache der Kirche*, epd-Dokumentation 10, 25 – 27. Frankfurt am Main: Gemeinschaftswerk der Evangelischen Publizistik, 2010.
- Chilian, Lea. *Ethik und Spiritualität im Gesundheitswesen: Spiritual Care in theologisch-ethischer Diskussion*. Stuttgart: Kohlhammer, 2022.
- Christoffersen, Mikkel Gabriel, Annette Daniela Haußmann und Anne Austad. „Caring for – Caring about: Negotiations of Values in Pastoral Care.“ *Religions* 15 (2024), Art. 619. <https://doi.org/10.3390/rel15050619>.
- Coors, Michael und Sebastian Farr, Hg. *Seelsorge bei assistiertem Suizid: Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis*. Zürich: Theologischer Verlag Zürich, 2022.

- Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP). *Fachverband für Seelsorge, Supervision und Beratung, Ethische Richtlinien*, § 9. www.pastoralpsychologie.de.
- Deutscher Ethikrat (DER). „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus.“ Stellungnahme vom 5. April 2016. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> [abgerufen am 14.12.2022].
- Dewe, Bernd und Dietmar Gensicke. „Theoretische und methodologische Aspekte des Konzeptes ‚Reflexive Professionalität‘.“ In *Handbuch Professionssoziologie*, hg. v. Christiane Schnell und Michaela Pfadenhauer, Springer Reference Sozialwissenschaften, 1–20. Wiesbaden: Springer VS, 2018.
- Dörries, Andrea, Gerald Neitzke, Alfred Simon und Jochen Vollmann, Hg. *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer, ²2010.
- Drechsel, Wolfgang. *Gemeindeseelsorge*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, ²2016.
- Drechsel, Wolfgang. „Seelsorge lernen.“ In *Seelsorge lernen, stärken und reflektieren: Das Zentrum für Seelsorge als Schnittstelle von Aus- und Fortbildung, Praxis und Wissenschaft*, hg. v. Annette Haußmann und Sabine Kast-Streib, 17–45. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2021.
- Ehlert, Florian-Sebastian. „Ethische Räume: Pastoralpsychologische Erkundungen im Grenzgebiet von Ethik und Seelsorge.“ *Wege zum Menschen* 67 (2015): 433–50.
- Emmermann, Hildegard. „Ethik und Spiritualität – Lässt sich das miteinander vereinbaren? Eine Ethik-Fallberatung in der Kinderklinik.“ *Wege zum Menschen* 73 (2021): 500–05.
- Farr, Sebastian, Traugott Roser und Michael Coors. „Ethical Conflicts in Healthcare Chaplaincy: Results of an Exploratory Survey Among Protestant Chaplains in Switzerland, Germany and Austria.“ *Journal of Religion and Health* 62 (2023): 130–46.
- Feuersträter, Reinhard und Hildegard Hamdorf-Ruddies. „Zwischen System und Auftrag: Das moderne Krankenhaus als Herausforderung an die Krankenhauseelsorge.“ *Wege zum Menschen* 61 (2009): 536–42.
- Gärtner, Stefan. „Seelsorgende als ‚Vertikalist‘ im Krankenhaus.“ *Spiritual Care* 11 (2022): 284–87.
- Haart, Dorothee. *Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus*. Würzburg: Echter, 2007.
- Haker, Hille und Katrin Bentele, Hg. *Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge*. Medical ethics in health care chaplaincy 2. Berlin, Münster: LIT, 2009.
- Haußmann, Annette. „Aktuelle Entwicklungen in der Poimenik und Perspektiven für die Aus- und Fortbildungspraxis der Seelsorge: Ein Ausblick.“ In *Seelsorge lernen, stärken und reflektieren: Das Zentrum für Seelsorge als Schnittstelle von Aus- und Fortbildung, Praxis und Wissenschaft*, hg. v. Annette Haußmann und Sabine Kast-Streib, 315–38. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2021.
- Haußmann, Annette. *Transformations of hospital chaplaincy: Present developments and future challenges*. 2023, in press.
- Haußmann, Annette und Birthe Fritz. „Was stärkt Seelsorge in Krisenzeiten?“ *Pastoraltheologie* 110 (2021): 397–415. <https://doi.org/10.13109/path.2021.110.10.397>.
- Haußmann, Annette. „Eine Frage der Haltung: Integrative Impulse für die Seelsorge aus neueren Ansätzen der Verhaltenstherapie.“ *Wege zum Menschen* 74 (2022): 201–14.
- Hermes, Eilert. „Die ethische Struktur der Seelsorge.“ *Pastoraltheologie* 80 (1991): 40–62.
- Hilpert, Konrad. „Moral / Ethik.“ In *Spiritual Care von A bis Z*, hg. v. Eckhard Frick und Konrad Hilpert, 225–27. Berlin, New York: De Gruyter, 2012.
- Höfler, Nika. *Wirksamkeit von Krankenhauseelsorge: Eine qualitative Studie*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2022.

- Jäger, Sarah. „Ohnmacht und Macht als Aspekte religiöser Erfahrung.“ *Wege zum Menschen* 72 (2020): 444 – 55.
- Jonas, Hans. *Das Prinzip Verantwortung*. Frankfurt am Main: Insel-Verlag, 1979.
- Karle, Isolde. *Der Pfarrberuf als Profession: Eine Berufstheorie im Kontext der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Kreuz Verlag, 2008.
- Karle, Isolde. „Was ist Seelsorge? Eine professionstheoretische Betrachtung.“ In *Seelsorge im Plural: Perspektiven für ein neues Jahrhundert*, hg.v. Uta Pohl-Patalong und Frank Muchlinsky, 36 – 50. Hamburg: EB-Verlag, 1999.
- Klessmann, Michael. *Seelsorge: Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Theologie, 2015.
- Klessmann, Michael. *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, ³2008.
- Klessmann, Michael. „Seelsorge im Krankenhaus: Überflüssig – wichtig – ärgerlich.“ *Wege zum Menschen* 42 (1990): 421 – 33.
- Klie, Thomas, Martina Kümlehn, Ralph Kunz und Thomas Schlag, Hg. *Machtvergessenheit: Deutungsmachtkonflikte in praktisch-theologischer Perspektive*. Berlin, Boston: De Gruyter, 2021.
- Konferenz für Krankenhausseelsorge. *Die Kraft zum Menschsein stärken: Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe*. Hannover: EKD, 2004.
- Körtner, Ulrich H. J. *Ethik im Krankenhaus: Diakonie – Seelsorge – Medizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007.
- Körtner, Ulrich. *Evangelische Sozialethik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, ⁴2019.
- Lammer, Kerstin. *Wie Seelsorge wirkt*. Praktische Theologie heute 165. Stuttgart: Kohlhammer, 2020.
- Lange, Dietz. „Evangelische Seelsorge in ethischen Konfliktsituationen.“ *Pastoraltheologie* 80 (1991): 77.
- Lebacqz, Karen und Joseph Driskill. *Ethics and Spiritual Care: A Guide for Pastors, Chaplains, and Spiritual Directors*. Nashville: Abingdon Press, 2000.
- Ley, Friedrich. „Ethik und Organisation: Soziologische und theologische Perspektiven auf die Praxis Klinischer Ethik-Komitees.“ In *Ethik als Kommunikation: Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive*, hg.v. Reiner Anselm und Stephan Schleissing, 17 – 44. Göttingen: Universitätsverlag, 2008.
- Lohse, Timm H. *Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung: Eine methodische Anleitung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013.
- Luther, Henning. „Diakonische Seelsorge.“ *Wege zum Menschen* 40 (1988): 475 – 84.
- Luther, Henning. „Leben als Fragment: Der Mythos von der Ganzheit.“ *Wege zum Menschen* 43 (1991): 262 – 73.
- Merle, Kristin. „Fremdheit und Verstehen.“ In *Kulturwelten: Zum Problem des Fremdverstehens in der Seelsorge*, hg.v. Kristin Merle, 15 – 34. Berlin: Lit-Verlag, 2013.
- Moos, Thorsten, Simone Ehm, Fabian Kliesch und Julia Thiesbonenkamp-Maag. *Ethik in der Klinikseelsorge: Empirie, Theologie, Ausbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2016.
- Müller, Hans Martin. „Das Ethos im seelsorglichen Handeln.“ *Pastoraltheologie* 80 (1991): 3 – 16.
- Nauer, Doris. *Seelsorge: Sorge um die Seele*. Stuttgart: Kohlhammer, ²2010.
- Nauer, Doris. *Spiritual Care statt Seelsorge?* Stuttgart: Kohlhammer, 2015.
- Neitzke, Gerald. „Formen und Strukturen Klinischer Ethikberatung.“ In *Klinische Ethik: Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Kultur der Medizin*, hg.v. Jochen Vollmann, Jan Schildmann und Alfred Simon, 37 – 56. Frankfurt am Main: Campus, 2009.

- Noth, Isabelle, Georg Wenz und Emmanuel Schweizer, Hg. *Pastoral and spiritual care across religions and cultures*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2017.
- Noth, Isabelle und Claudia Kohli Reichenbach, Hg. *Pastoral and spiritual care across religions and cultures II: Spiritual care and migration*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2019.
- Peng-Keller, Simon. *Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care: Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2021.
- Peng-Keller, Simon. „Seelsorgliche Spiritual Care: Spezialisierung und Integration.“ *Wege zum Menschen* 74 (2022): 240 – 50.
- Pfadenhauer, Michaela, Hg. *Professionelles Handeln*. Wiesbaden: Springer VS, 2005.
- Picht, Georg. „Der Begriff Verantwortung.“ In *Wahrheit, Vernunft, Verantwortung: Philosophische Studien*, hg. v. Georg Picht, 318 – 42. Stuttgart: Klett-Cotta, 1969.
- Pohl-Patalong, Uta und Antonia Lüdtke, Hg. *Seelsorge im Plural: Ansätze und Perspektiven für die Praxis*. Berlin: EB-Verlag, 2019.
- Pohl-Patalong, Uta. „Gesellschaftliche Kontexte der Seelsorge.“ In *Handbuch der Seelsorge: Grundlagen und Profile*, hg. v. Wilfried Engemann, 86 – 108. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2016.
- Rokahr, Ute. „... wir sehen jetzt doch alle, dass es so nicht weiter gehen kann ...“: Ethische Aspekte der Seelsorge im interdisziplinären Zusammenspiel.“ *Wege zum Menschen* 67 (2015): 483 – 89.
- Rosenberger, Michael, Werner Wolbert, Sigrid Müller und Walter Schaupp. „Ethikkodex professioneller Seelsorger.“ *Stimmen der Zeit* 227 (2009): 447 – 58. <https://www.herder.de/stz/wiedergelesen/ethikkodex-professioneller-seelsorger/> [abgerufen am 14. 12. 2022].
- Roser, Traugott. *Spiritual Care: Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*. Münchner Reihe Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer, 2007.
- Roser, Traugott. *Spiritual Care: Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*. Stuttgart: Kohlhammer, 2017.
- Rössler, Dietrich. *Grundriß der Praktischen Theologie*. Berlin, New York: De Gruyter, 1994.
- Schmidbauer, Wolfgang. *Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1977.
- Schmohl, Corinna. „Zwischen Ethik und Ökonomisierung.“ *Wege zum Menschen* 73 (2021): 35 – 48.
- Schneider-Flume, Gunda. *Leben ist kostbar: Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004.
- Seelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland (EKiR). *Seelsorge als Muttersprache der Kirche entwickeln und stärken: Zur Qualitätsentwicklung in der Seelsorge*. Düsseldorf: EKiR, 2011.
- Ständige Konferenz für Seelsorge der EKD (SKS). *Seelsorgliche Spiritual Care als kirchlicher Beitrag im Gesundheitswesen*. Hannover: EKD, 2020.
- Stoellger, Philipp. *Verantwortung wahrnehmen als Verantwortung aus Leidenschaft*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2022.
- Sturm, Wilfried. „Was soll man da in Gottes Namen sagen?“: Der seelsorgerliche Umgang mit ethischen Konfliktsituationen im Bereich der Neonatologie und seine Bedeutung für das Verhältnis von Seelsorge und Ethik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2015.
- Sulmasy, Daniel. „Ethical principles for spiritual care.“ In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, hg. v. Mark Cobb, Christina M. Puchalski und Bruce Rumbold, 465 – 70. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Wanderer, Gwendolin, Sebastian Farr und Florian-Sebastian Ehlert. „Was willst du, dass ich dir tun soll?“: Ethik in Seelsorge und Spiritual Care.“ *Ethik in der Medizin* 34 (2021): 119 – 24.

- Weber, Max. „Politik als Beruf.“ In *Wissenschaft als Beruf. Politik als Beruf*, hg. v. Max Weber, Studienausgabe der Max-Weber-Gesamtausgabe I/17, 35 – 88. Tübingen: Mohr Siebeck, 1994.
- Werner, Micha H. „Verantwortung.“ In *Handbuch Ethik*, hg. v. Marcus Düwell, Christoph Hübenthal und Micha H. Werner, 541 – 48. Stuttgart: J.B. Metzler, ³2011.
- Winkler, Klaus. *Seelsorge*. Berlin, New York: De Gruyter, 1997.
- Winslow, Gerald R. und Betty J. Wehtje-Winslow. „Ethical boundaries of spiritual care.“ *Medical Journal of Australia* 186 (2007): 63 – 66.
- Zarnow, Christopher. *Identität und Religion*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2010.
- Ziemer, Jürgen. *Seelsorgelehre: Eine Einführung für Studium und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2015.
- Ziemer, Jürgen. „Ethische Beratung in der Seelsorge.“ In *Seelsorge im Plural: Ansätze und Perspektiven für die Praxis*, hg. v. Uta Pohl-Patalong und Antonia Lüdtke, 33 – 47. Hamburg: EB-Verlag, 2019.