

---

# Diakonische Spiritualität als ökumenische Spiritualität<sup>1</sup>

Ralf Dziewas

---

## 1. Einleitung: Spiritualitätsbegriff und diakonische Spiritualität

Der Spiritualitätsbegriff ist auch in der deutschsprachigen Wissenschaft mittlerweile zu einem Modewort geworden.<sup>2</sup> Das Thema ist en vogue, aber eine interdisziplinär gängige Definition von Spiritualität hat sich bisher noch nicht herausgebildet. Zur Unklarheit trägt ebenfalls bei, dass der Spiritualitätsbegriff auch international sehr unterschiedlich verwendet wird. Während im angelsächsischen Raum der Begriff „spirituality“ ähnlich verwendet wird wie im Deutschen der Begriff „Religiosität“, bezeichnet man sich in Deutschland dann doch im Normalfall eher als religiös denn als spirituell, wenn man damit ausdrücken will, dass man eine Form von Transzendenzbezug im eigenen Leben für wesentlich hält.<sup>3</sup> Demgegenüber gewinnt der Fachbegriff „Spiritualität“ in verschiedenen Wissenschaften zunehmend an Bedeutung.

Doch auch die Gegenüberstellung der Begriffe „Religiosität“ und „Spiritualität“ trägt nur bedingt zur Klärung bei,<sup>4</sup> denn es gibt auch hier eine Vielfalt der Verhältnisbestimmungen, wobei der Spiritualitätsbegriff bei der Mehrheit der Autoren der weiter gefasste Begriff ist.<sup>5</sup> Will man nicht

---

<sup>1</sup> Vortrag auf dem Jahressymposium der Gesellschaft für Theologie und Publizistik, am 4. November 2011 in Oldenburg.

<sup>2</sup> Vgl. Ulrich H. J. Körtnner, Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: Eine interdisziplinäre Perspektive, in: Eckhard Frick/Traugott Roser (Hgg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Stuttgart 2009 (Münchner Reihe Palliative Care 4), 26–34, hier: 28.

<sup>3</sup> Bernhard Grom, *Spiritualität – die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive*, in: Eckhard Frick/Traugott Roser (Hgg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Stuttgart 2009 [Münchner Reihe Palliative Care 4], 12–17, hier: 14.

<sup>4</sup> Vgl. Michael Utsch, *Spiritualität in Medizin und Pflege. Wissenschaftliche Befunde und praktische Impulse*, in: *Diakonisches Werk der EKD, Klaus-Dieter K. Kottnik/Astrid Giebel* (Hgg.): *Spiritualität in der Pflege*, Neukirchen-Vluyn 2010, 21–33, der auf aktuelle Befragungsergebnisse verweist: „88 % einer großen amerikanischen Klinikstichprobe bezeichneten sich sowohl als religiös als auch spirituell. In einer deutschen Klinikumfrage bezeichneten sich 35 % der Patienten ausschließlich als religiös oder 32 % sowohl als religiös als auch spirituell. Lediglich 9 % schätzten sich als spirituell, nicht jedoch als religiös ein.“ (Utsch, *Spiritualität in Medizin und Pflege*, 26).

<sup>5</sup> Grom, *Spiritualität – die Karriere eines Begriffs*, 15 hat mit Verweis auf die von Bucher 2007 veröffentlichte Zusammenstellung der aktuell diskutierten Verhältnisbestimmungen von Spiritualität und Religiosität (Anton A. Bucher, *Psychologie der Spiritualität. Handbuch*, Weilheim 2007) die Diskussion wie folgt zusammengefasst: „In der neueren Diskussion

undifferenziert Religiosität und Spiritualität als Synonyme für jede Form von Kommunikation mit Transzendenzbezug verwenden, braucht es also zunächst eine Verständigung darüber, was konkret gemeint ist, wenn im Folgenden von Spiritualität und darüber hinaus von diakonischer Spiritualität die Rede ist.

Der Spiritualitätsbegriff hat einen doppelten Ursprung. Im Französischen begegnet der Begriff „spiritualité“ in der katholischen Ordenstheologie und bezeichnet dort die konkrete religiöse Lebenspraxis der Gemeinschaft mit ihren Regeln, Gebetszeiten und spezifischen Kommunikationsformen, also „die geprägten Praxisformen und -übungen“<sup>6</sup> der klösterlichen Lebensgemeinschaft.<sup>7</sup> Spiritualität in diesem Sinn ist also ein kollektives Geschehen, eine Art und Weise des Miteinanders, in der der Transzendenzbezug des Lebens ganzheitlich zum Ausdruck kommt. Es geht bei Spiritualität in diesem Sinn nicht in erster Linie um die Spiritualität von einzelnen Personen, deren Frömmigkeit und Glaubensüberzeugungen, sondern um die Spiritualität einer Gemeinschaft, einer Gruppe, also den das Zusammenleben prägenden Geist (spiritus), also um das, was den besonderen geistlichen Charakter des Miteinanders auszeichnet. Im angelsächsischen Kontext hingegen ist der Begriff „spirituality“ eher protestantisch individualistisch gefüllt, denn er bezeichnet zunächst einmal die persönliche Frömmigkeit des Einzelnen, seine innere Einstellung und Hinwendung zu Gott also den individuellen Transzendenzbezug.<sup>8</sup>

Ich möchte im Folgenden bei der Frage nach der Bedeutung der diakonischen Spiritualität für das ökumenische Miteinander eher von der kommunitären Ebene einer Spiritualität von Kommunikationszusammenhängen ausgehen. Sieht man von individuellen Hilfsbemühungen im privaten Umfeld einmal ab, geschieht Diakonie zumeist in einem systemischen Kontext, der von einer bestimmten Haltung, einer gemeinsam geteilten oder zumindest gemeinsam kommunizierten Weltdeutung geprägt ist. Schon durch die kirchliche Trägerschaft diakonischer Werke wird in diesem Sinne konfessionell oder überkonfessionell eine diakonische Identität vorgegeben oder gestaltet, die das Kommunikationsgeschehen in einer Institution prägt. Selbst wenn im individuellen Bereich jeder Mitarbeiter und jede Mit-

---

gibt es Autoren, die Spiritualität als den umfassenderen, und andere, die Religiosität als den weiteren Begriff betrachten (Bucher 2007). Die meisten meinen jedoch, dass sich die Bezeichnungen Religiosität und Spiritualität überlappen, wobei Spiritualität der weitere Begriff ist und Religiosität einschließt, sofern es sich nicht um den in Europa eher seltenen Fall einer ‚religiösen‘ Einstellung handelt, die ausschließlich ‚extrinsisch‘ motiviert und bar jeder persönlichen Erfahrung, nur am sozialen Nutzen orientiert ist: ‚religiös, aber nicht spirituell‘ (Extrinsische und intrinsische Religiosität schließen sich allerdings gegenseitig nicht aus).“

<sup>6</sup> Traugott Roser, Resonanzen erzeugen: Der Beitrag von Krankenhausseelsorge zur Spiritualität in der Palliativversorgung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 56 (2010) 17–33, Zitat: 24.

<sup>7</sup> Körtner, Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff, 28.

<sup>8</sup> Roser, Resonanzen erzeugen, 24.

arbeiterin ebenso wie die Klienten, Patienten oder Bewohner diakonischer Einrichtungen, ihre je persönlich unterschiedlichen Weltanschauungen oder religiösen Deutungen der Wirklichkeit haben und sich selbst mehr oder weniger als religiös oder spirituell einschätzen, kann man doch christliche Einrichtungen als solche erkennen, spürt man den besonderen Geist, den Transzendenzbezug der Gesamteinrichtung, oder man sollte zumindest erleben können, dass es einen Unterschied zwischen diakonischen und nichtdiakonischen Einrichtungen gibt.<sup>9</sup>

Meine These für diesen Vortrag lautet: *Diakonische Einrichtungen haben eine kollektive Spiritualität, die mehr oder weniger stark religiös ausgeprägt daher kommt, also mehr oder weniger stark an eine bestimmte, christliche Religionsgemeinschaft gebunden erscheint. Und dies gilt ganz unabhängig von den individuellen Glaubensüberzeugungen derer, die in diesen Einrichtungen leben, arbeiten oder als extern hinzukommende Personen diakonische Hilfe in Anspruch nehmen. Die Spiritualität diakonischer Einrichtungen lässt sich aktiv gestalten und formen, aber sie wird immer eher als eine ökumenisch-christliche Spiritualität, denn als eine eindeutig konfessionell identifizierbare Spiritualität wahrgenommen werden. Damit liegen in der Gestaltung einer diakonischen Spiritualität besondere Chancen für das ökumenische Miteinander der Kirchen in ihrem helfenden Handeln.*<sup>10</sup>

Ich möchte im Folgenden immer dann von Spiritualität sprechen, wenn in systemischen Kommunikationszusammenhängen ein Transzendenzbezug hergestellt wird. Dies kann über Personen und ihre Rolle, über konkrete Handlungen, explizite Äußerungen oder über Symbole, gestaltete Zeiten oder Bilder geschehen. Ein Seelsorger in einer Klinik ist, sofern er in seiner

<sup>9</sup> Vgl. *Herbert Haslinger*, Die Frage nach dem Proprium kirchlicher Diakonie, in: *Volker Herrmann/Martin Horstmann* (Hgg.), Studienbuch Diakonie. Band 2: Diakonisches Handeln – diakonisches Profil – diakonische Kirche, Neukirchen-Vluyn 2006, 160–174, bes. 161: „Die Tatsache, dass nach dem Proprium der christlich-kirchlichen Diakonie gefragt wird, ist an sich plausibel. Alle sozialen Systeme, so auch Diakonieinstitutionen, Diakonie-Verbände, Gemeinden oder andere kirchliche Gruppierungen sind bestrebt, sich eben als System zu stabilisieren und einen kontinuierlichen Bestand zu erreichen. Die Pluralität von Teilsystemen und Lebensformen bringt mit sich, dass jedes kollektive Gebilde mit der Existenz unüberschaubar vieler anderer kollektiver Gebilde neben sich rechnen muss. Unter diesen Bedingungen fokussiert sich die Anstrengung des Systems, Stabilität zu erlangen, zunehmend in der Frage, welche spezifizierenden Kennzeichnungen es aufweisen kann, durch die eine Unterscheidung von anderen kollektiven Gebilden möglich und so die Existenz als separates System neben vielen anderen legitimiert wird.“

<sup>10</sup> Dass ich diesen Zugang zur Thematik wähle, hängt sicherlich mit meiner 12-jährigen beruflichen Erfahrung als Krankenhausseelsorger in einem Evangelisch-Freikirchlichen Krankenhaus und Herzzentrum in den neuen Bundesländern, aber auch mit meinen auch in anderen Kontexten durchgeführten wissenschaftlich-sozialtheologischen Arbeiten zusammen, in denen mir immer wieder die Bedeutung systemischer Kommunikationszusammenhänge deutlich geworden ist. Vgl. dazu grundlegend *Ralf Dziewas*, Die Sünde der Menschen und die Sündhaftigkeit sozialer Systeme. Überlegungen zu den Bedingungen und Möglichkeiten theologischer Rede von Sünde aus sozialtheologischer Perspektive, Münster/Hamburg 1995 (Entwürfe. Schriften des Instituts für Christliche Gesellschaftswissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster 2).

Funktion als Geistlicher erkennbar ist, ein personifizierter symbolischer Verweis auf die Gegenwart Gottes im Krankenhaus. Dass ein Seelsorger im Haus agiert, zeigt, dass Kommunikation im Kontext von Krankheit und Gesundheit einen Transzendenzbezug haben darf.<sup>11</sup> Die ständige Verfügbarkeit von Seelsorge ist also ein Aspekt der Spiritualität der Einrichtung, in der der Seelsorger tätig ist. Eine Krankensalbung mit Öl hingegen kommuniziert als leiblich erfahrbarer Segenszuspruch die Nähe Gottes ganz direkt in einer Handlung, während ein Gebet den Transzendenzbezug durch die direkte Anrede Gottes herstellt. Ein Kreuz an der Wand, die Gestaltung eines Andachtsraumes, die im Klinikflur aufgehängten Bilder, sie alle können die Spiritualität eines Krankenhauses ebenso zum Ausdruck bringen, wie das Verhalten des Personals gegenüber den Patienten, die Ernsthaftigkeit, mit der ethische Entscheidungen diskutiert werden, oder ein Raumschmuck, der mit dem Kirchenjahr variiert und ein Sonntag, der trotz Rund-um-die-Uhr-Betrieb als besonderer Tag der Woche erkennbar bleibt.

Diakonische Spiritualität ist also ein vielschichtiges Phänomen. Sie kann aber in dieser Vielschichtigkeit als Kommunikationszusammenhang gezielt gestaltet und profiliert werden. Der Transzendenzbezug kann deutlicher herausgestellt, die konfessionelle Identität einer Einrichtung klarer kommuniziert und der spezifische Geist eines Hauses im Miteinander aller handelnden Personen gepflegt und weiterentwickelt werden, wenn die Vielfalt des Phänomens Spiritualität bewusst wahrgenommen wird.

Aber inwieweit ist dies von Bedeutung für die Entwicklung einer ökumenischen Spiritualität? Inwiefern ist vielleicht eine diakonische Spiritualität immer bereits eine ökumenische, d. h. konfessionsübergreifende und Konfessionen verbindende Spiritualität? Schauen wir diesbezüglich auf die allgemeinen Rahmenbedingungen, unter denen Diakonie geschieht, und auf die verschiedenen Elemente, von denen die Spiritualität einer diakonischen Einrichtung geprägt sein kann.

---

<sup>11</sup> Vgl. zur symbolischen Präsenz des Seelsorgers *Reinhold Gestrich*, Am Krankenbett. Seelsorge in der Klinik, Stuttgart 1987, 18 f.: „Er tritt in die Krankenzimmer und kann dabei für die Patienten je Verschiedenes symbolisieren: Die Patienten sehen in ihm etwas Brüderlich-Diakonisches (Christus solidarisch mit den Leidenden); etwas Väterlich-Bewahrendes (Gott behütet vor aller Gefahr); etwas Tröstendes und Heilendes (Christus Heiland der Kranken); etwas Schicksalhaft-Bedrohendes (Gott als Finsternis des Geschicks; der Herr über Leben und Tod); etwas Begleitendes und Führendes (Christus der Hirte in dunklen Tälern und an letzten Grenzen); etwas Strafendes-Richtendes (Gott als die Macht, die Sünde vergilt); etwas Prophetisch-Mahnendes (Christus als zur Umkehr rufende Stimme); oder etwas Ganzmachendes-Neuschaffendes (Gott als Wiederbringer aller Dinge und Erneuerer des Lebens).“

## 2. Diakonische Spiritualität im Angesicht von Leiden und Not

Diakonie ist Kommunikation des Erbarmens.<sup>12</sup> Sie wendet sich helfend, unterstützend, befreiend und befähigend denen zu, die unter einer gegebenen Situation leiden bzw. einer Not ausgesetzt sind, deren Überwindung durch soziale Unterstützung möglich ist. Außerdem erhebt die Diakonie ihre Stimme im Namen der Armen und Schwachen und versucht die Exkludierten und Marginalisierten, deren Stellung in der Gesellschaft prekär geworden ist, wieder in das Miteinander der gesellschaftlichen Kommunikation und in ein gelingendes Leben zurückzuholen. Sie tut dies in der Perspektive des in Jesus Christus angebrochenen Reiches Gottes und stärkt mit ihren Guten Werken die Glaubwürdigkeit derer, die die in Jesus Christus offenbar gewordene Liebe Gottes in Worten und Taten verkündigen wollen.<sup>13</sup> Aufgabe allen diakonischen Handelns ist es, Zeichen des anbrechenden Reiches Gottes in einer Gegenwart aufzurichten, die solange dem guten Willen Gottes für die Menschheit widerspricht, wie es durch Menschen versuchte Ungerechtigkeit und Not oder von Menschen hingenommenes Leiden gibt, das überwindbar wäre oder gelindert werden könnte.

Diakonische Kommunikation als Erbarmen zeichnet sich dadurch aus, dass sie Not und Elend, Ausgrenzung und Leid wahrnimmt und aus der Perspektive der Leidenden und Schwachen heraus nach einer Möglichkeit zur Überwindung der Not fragt. Diakonische Kommunikation will mit den Betroffenen gemeinsam Schritte zur Verbesserung ihrer Lage entwickeln und die Betroffenen zu einem Leben in Freiheit ermächtigen.<sup>14</sup> Dies geschieht im Kontext der modernen Diakonie zum einen dort, wo Einzelne sich liebevoll um Bedürftige kümmern, Kranke besuchen und für die Armen und Schwachen eintreten. Es geschieht diese diakonische Zuwendung aber andererseits auch als professionelles Handeln in medizinischen, rechtlichen, wirtschaftlichen oder pädagogischen Kommunikationszusammenhängen, also im Kontext der modernen funktional differenzierten Gesell-

<sup>12</sup> Zu dieser Definition vgl. meine Ausführungen in: *Ralf Dziewas, Kommunikation des Erbarmens. Zum Proprium der Diakonie in der modernen Gesellschaft*, in: *ders.* (Hgg.), *Gerechtigkeit und Gute Werke – Die Bedeutung diakonischen Handelns für die Glaubwürdigkeit der Glaubenden, Neukirchen-Vluyn 2010*, 93–111.

<sup>13</sup> Vgl. *Ralf Dziewas, Gerechtigkeit und Gute Werke als interdisziplinäres Thema für die Glaubwürdigkeit der Glaubenden*, in: *ders.* (Hgg.), *Gerechtigkeit und Gute Werke – Die Bedeutung diakonischen Handelns für die Glaubwürdigkeit der Glaubenden, Neukirchen-Vluyn 2010*, 7–9.

<sup>14</sup> Vgl. die Definition der Diakonie bei *Günter Ruddat/Gerhard K. Schäfer*, Einführung, in: *dies.* (Hgg.), *Diakonisches Kompendium, Göttingen 2005*, 11–14, Zitat: 11: „Diakonie ist die im christlichen Glauben begründete, kraft der Liebe und im Horizont der Hoffnung auf das Reich Gottes sich vollziehende christlich-kirchliche Praxis des Beistands, die zu einem Leben in Freiheit ermächtigen will. Das diakonische Beistandshandeln verbindet sich mit der Inszenierung solidaritätsfördernder Arrangements und der Verpflichtung, zur Steigerung des gesellschaftlichen Niveaus von Gerechtigkeit beizutragen.“

schaft mit ihrer vielfältigen Arbeits- und Aufgabenverteilung.<sup>15</sup> Diakonie geschieht durch das ärztliche Handeln am Krankenbett der Klinik, durch die Pflege von bettlägerigen Bewohnern im Seniorenheim, durch rechtliche Beratung von alleinerziehenden Müttern, durch die politische Anwaltschaft für die Interessen von Migranten oder eine Spende an eine Tafel, bei der Bedürftige eine kostenlose Grundversorgung mit Nahrungsmitteln erhalten. All dieses erbarmende Handeln stärkt die Glaubwürdigkeit des Redens von der Liebe Gottes zu den Menschen, ganz unabhängig davon, aus welcher individuellen Motivation heraus es geschieht. Wo Erbarmen erfahren wird, wirkt die Botschaft von dem bereits in dieser Welt anbrechenden Reich Gottes ein wenig überzeugender. Durch diakonische Erbarmenskommunikation nimmt die religiöse Kommunikation das Leiden als „Fels des Atheismus“<sup>16</sup> in Angriff, wird der Kampf um die Gegenwart des Reiches Gottes in der Welt vorangetrieben.

Diakonie, die durch Erbarmen die Wirklichkeit verändert, muss nicht immer und an allen Stellen ihren Transzendenzbezug thematisieren, um Verkündigung der Liebe Gottes zu sein.<sup>17</sup> Wo Erbarmen geschieht, ereignet sich ein Stück Reich Gottes. Wo Erbarmen geschieht, wird die Basis dafür gelegt, dass die von Menschen erfahrene Zuwendung als liebevolle Zuwendung Gottes gedeutet werden kann. Diakonie ist also nicht notwendigerweise eine spirituelle oder religiöse Form der Kommunikation, sondern eine Form des Handelns, die für spirituelle Deutungen und re-

<sup>15</sup> Vgl. *Dziewas*, Kommunikation des Erbarmens, 101ff.; sowie *Ralf Dziewas*, Botschafter des Erbarmens – zur diakonischen und gesellschaftspolitischen Aufgabe freikirchlicher Gemeinden, in: *Yvonne Ortmann/Klaus Rösler/Thomas Seibert* (Hgg.), Glaube – Liebe – Hoffnung, Christen im 21. Jahrhundert, Kassel 2009, 174–180.

<sup>16</sup> So *Georg Büchner* in seinem Drama „Dantons Tod“ in dem er den amerikanischen Aufklärer Thomas Payne sagen lässt: „Schafft das Unvollkommne weg, dann allein könnt ihr Gott demonstrieren ... Merke dir es, Anaxagoras: warum leide ich? Das ist der Fels des Atheismus. Das leiseste Zucken des Schmerzes, und rege es sich nur in einem Atom, macht einen Riss in der Schöpfung von oben bis unten.“ (3. Akt, 1. Szene). Vgl. *Joachim Karl*, Weder Gotteswahn noch Atheismuswahn. Eine Kritik des „neuen Atheismus“ aus der Sicht eines Vertreters des „alten Atheismus“, der in Auseinandersetzung mit Richard Dawkins Buch „Der Gotteswahn“ das Recht einer weltlich-humanistische Spiritualität als Alternative zur Religion verteidigt (vgl. ebd., 14 f.). Vgl. auch: *Joachim Karl*, „Der Fels des Atheismus. Epikurs und Georg Büchners Kritik an der Theodizee“, in: *Georg Büchner Jahrbuch 2/1982*, Frankfurt a. M. 1983.

<sup>17</sup> Wie elementar die Tätigkeit von Pflegenden dem Wesen der Barmherzigkeit entspricht, macht *Katie Eriksson* deutlich, die betont, dass „das Pflegen Ausdruck der Nächstenliebe“ sei und dass die Liebe zu den Leidenden, der Kern jeder Pflege sei. „Wo sich Liebe und Leiden begegnen, entsteht Mitleiden, das wiederum die grundlegende ethische Motivation für alle Pflege ist: je mehr Mitleiden, desto mehr Pflege.“ (*Katie Eriksson*, *Caritas et passio – Liebe und Leiden – als Grundkategorie der Pflegewissenschaft*, in: *Theodor Stroh*m (Hg.), *Diakonie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Ökumenische Beiträge zur weltweiten und interdisziplinären Verständigung*, in Zusammenarbeit mit Annette Leis, Susanne Koschmider, Iris Reuter, Volker Herrmann und der Forschungseinheit der Diakonie-Stiftung Lahti/Finnland, Heidelberg 2000 (Veröffentlichungen des Diakoniewissenschaftlichen Instituts an der Universität Heidelberg 12), 460–471, Zitate: 461.

ligiöse Aussagen anschlussfähig ist und deren Glaubwürdigkeit untermauert.<sup>18</sup>

Diakonisches Handeln ist damit durchaus auch für spezielle konfessionelle Deutungen anschlussfähig. Die seelsorgerliche Begleitung kann durch einen katholischen, evangelischen oder freikirchlichen Geistlichen erfolgen, der in seiner Form der Seelsorge immer auch seine konfessionelle Identität mit in die Seelsorge eintragen wird. Das räumliche Umfeld helfenden Handelns kann durch konfessionelle Symbole, z. B. durch ein Kreuzifix, ein Marienbild, eine Ikone, ein Kreuz ohne Korpus oder durch konfessionsspezifische Accessoires im Wartebereich, wie z. B. unterschiedliche Bibelübersetzung, eine Lutherbibel, eine „Hoffnung für alle“-Bibel oder eine Einheitsübersetzung eine spezielle konfessionell-religiöse Zuordnung des helfenden Handelns nahelegen. Man kann aber auch, was im diakonischen Kontext die am häufigsten gewählte Form ist, die Konfessionszugehörigkeit des Trägers dadurch ausweisen, dass man eine Einrichtung eben St. Marienhospital, Paul-Gerhard-Stift, Albertinenhaus oder Evangelisch-Freikirchliches Sozialwerk nennt.

Derartige konfessionelle Profilierungen einer Einrichtung aber werden immer konterkariert von der leidvollen Situation derer, denen die Kommunikation des Erbarmens sich zuwendet. Angesichts der Not treten ökumenische Streitfragen in den Hintergrund<sup>19</sup>, spielt die Konfession der Bedürftigen keine Rolle und darf sie auch nicht zum Gegenstand von Überlegungen werden. Zwar kann sich ein Patient im Falle eines gewählten Krankenhausaufenthaltes sein Krankenhaus auch nach Konfessionsgesichtspunkten aussuchen, aber ein Notarztteam wird bei einem Verkehrsunfall die Verletzten nicht nach Konfessionszugehörigkeit sortieren, sondern nach Hilfsbedürftigkeit. Eine Schwangerschaftskonfliktberatung wird zwar vielleicht bei der Beratung den konfessionellen Hintergrund einer ungewollt Schwangeren berücksichtigen, aber die Empathie der Beraterin für die Frau vor ihr und die rechtliche Zuverlässigkeit der gegebenen Auskünfte werden sich nicht unterscheiden, egal ob eine evangelische oder katholische Frau, eine freikirchlich sozialisierte oder atheistisch denkende Person oder eine Muslima die Beratungsleistung benötigt.

Im Normalfall wendet sich jedes diakonische Handeln ohne religiös-konfessionelle Hintergedanken den Bedürftigen zu. Diakonie geschieht um der Menschen und ihrer Not willen, nicht um dadurch neue Mitglieder für die eigene Kirche zu gewinnen, oder Diakonie ist keine Diakonie mehr sondern eine besonders perfide Methode der Missionierung. Letztlich ist nur eine missionarisch absichtslose Diakonie wirklich eine Kommunika-

<sup>18</sup> Vgl. dazu *Monika Renz*, Eine Spiritualität der Not. An der Grenze, wo Gott erfahren wird, in: *Diakonisches Werk der EKD/Klaus-Dieter K. Kottnik/Astrid Giebel* (Hgg.), *Spiritualität in der Pflege*, Neukirchen-Vluyn 2010, 64–73.

<sup>19</sup> Vgl. *Hans Duesberg*, Ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus, in: *Michael Klessmann* (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen 2008, 254–265.

tion des Erbarmens. Jede konfessionalistische Instrumentalisierung der Diakonie beeinträchtigt die Glaubwürdigkeit des erbarmenden Handelns. Als glaubwürdiges Zeichen für das anbrechende Reich Gottes taugt alles diakonische Engagement nur, wenn es um der Menschen willen geschieht und angesichts der Not der Menschen konfessionelle Eitelkeiten und theologische Meinungsunterschiede hintenan gestellt werden.

Ob ein Krebspatient eine optimale Schmerzmedikation erhält, ist entscheidender als die Frage, ob ein Kreuz mit oder ohne Corpus die Wand des Behandlungszimmers schmückt. Wenn Eltern miterleben müssen, wie ihr Neugeborenes kurz nach der Geburt stirbt, dann ist nicht die Zeit für eine Diskussion darüber, ob es korrekt ist, einen sterbenden Säugling vor seinem Tod noch zu taufen oder nicht. Dann geht es darum, dass die Eltern in dieser Situation den Trost erhalten, den sie brauchen, um diese Situation durchzustehen. Und wenn in der Abendandacht im Krankenhaus sich Patienten voller Angst auf die Herzoperation am nächsten Morgen vorbereiten, dann tritt bei dem gereichten Abendmahl die Frage völlig in den Hintergrund, wer zu welcher Kirche gehört und inwieweit diese miteinander Abendmahlsgemeinschaft haben. Die Gemeinschaft derer, die die Vergewisserung der Nähe Gottes in der Nacht vor einem solchen Eingriff brauchen, relativiert alle konfessionellen Gegensätze. Hier einzelne vom Empfang des Abendmahls auszuschließen nur weil ihre Konfessionszugehörigkeit nicht die richtige ist, wäre unbarmherzig und das Gegenteil diakonischen Handelns, egal welcher Name über dem Eingangportal der Klinik steht.

Insofern ist diakonisches Eintreten gegen die Not und für die Schwachen und Bedürftigen in ihrem Leiden nur dann glaubwürdig, wenn die Bereitschaft besteht, konfessionelle Gegensätze zurückzustellen und so viel ökumenische – und auch interreligiöse – Offenheit wie möglich zu wagen, und zwar um der Menschen willen. Nur so wird im erbarmenden Handeln die Liebe Gottes, die allen Menschen in gleicher Weise gilt, überzeugend verkündigt.

Aber es ist nicht nur diese Einsicht in die ansonsten mangelnde Glaubwürdigkeit des eigenen Handelns, die die Diakonie dazu bringt, konfessionelle Gegensätze immer wieder auf sich beruhen zu lassen. Es gibt auch einen starken externen Faktor, der dazu beiträgt, ein engeres konfessionelles Miteinander in der Diakonie herbeizuführen: Den zunehmenden Wettbewerb im Sozial- und Gesundheitswesen, dem alle konfessionellen Träger in gleicher Weise und gemeinsam ausgesetzt sind.

### **3. Diakonische Spiritualität im weltanschaulichen Wettbewerb**

Am deutlichsten zeigt sich der zunehmend härter werdende Wettbewerb im Gesundheitswesen. Dies aber ist zugleich der Bereich, in dem die größten Werke und die meisten Beschäftigten der Diakonie tätig sind. Die aufgrund

der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts ständig steigenden Gesundheitskosten haben dazu geführt, dass die Politik seit vielen Jahren darum bemüht ist, durch mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen Effizienzreserven im Behandlungskontext zu heben und dadurch den Anstieg der Behandlungskosten in den Griff zu bekommen. So wurde die Finanzierung der Behandlungskosten schrittweise von einem Kostendeckungsprinzip auf ein Fallpauschalensystem bei gleichzeitiger Budgetdeckelung umgestellt. Eine Klinik erhält seitdem nicht mehr die bei der Behandlung entstehenden Kosten durch die Krankenkasse des Patienten erstattet, sondern einen festen Betrag je gestellter Diagnose, unabhängig davon welche Kosten schließlich bei der Behandlung wirklich entstehen.

Dieses neue System hat dazu geführt, dass eine Klinik dann in finanzieller Hinsicht besonders erfolgreich arbeiten kann, wenn sie sich auf lukrative Behandlungsmethoden und eine Patienten Klientel beschränkt, die in einem möglichst kurzen Zeitraum mit geringem finanziellem Aufwand behandelt werden kann. Die Versuchung ist groß, und gerade als Aktiengesellschaften organisierte private Klinikketten haben daraus ein Prinzip gemacht, nach Möglichkeit die Patienten zu behandeln, mit denen sich, weil sie jung und ohne Nebenerkrankungen in die Behandlung hineingehen, leichter Gewinne erwirtschaften lassen. Demgegenüber haben die kommunalen und die frei-gemeinnützigen Träger, zu denen auch die kirchlichen Einrichtungen gezählt werden, häufig das Problem, dass gerade ihnen die mehrfach erkrankten Patienten bleiben, die mit den vorgegebenen Geldern aus den Fallpauschalen nicht oder nur unzureichend behandelt werden können.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat dazu geführt, dass zunehmend kommunale und frei-gemeinnützige Kliniken durch private Investoren übernommen werden und ein harter Wettbewerb um die lukrativsten Behandlungssegmente im Gesundheitsmarkt entstanden ist. Dabei steht ein zersplitterter Markt aus einzelnen kommunalen und vielen kleinen kirchlichen Krankenhäusern einer Riege großer, finanzstarker privater Klinikketten gegenüber, die durch die Bündelung ihrer Kompetenzen und ihrer Marktmacht weitere Wettbewerbsvorteile zu gewinnen versuchen. Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich mittlerweile auch im Bereich der Altenversorgung ab, denn die großen privaten Gesundheitsanbieter haben auch dieses Geschäftsfeld mittlerweile für sich entdeckt.

Unter dem Druck des Wettbewerbes im Gesundheitsmarkt werden die kirchlichen Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen auf Dauer nur bestehen bleiben, wenn sie sich wie die privaten Klinikketten zu großen Verbänden zusammenschließen, um bei Einkauf, Verwaltung und Entwicklung ähnliche Synergieeffekte zu erzielen wie die Konkurrenz. Sollten sich die Konzentrationsprozesse im Gesundheitswesen ungebremst fortsetzen, ist schon jetzt abzusehen, dass auf Dauer selbst alle freikirchlichen Einrichtungen zusammen nicht groß genug sein werden, um im Konzert der großen Gesundheitsanbieter gleichberechtigt mitspielen zu können.

Schon jetzt verstärken angesichts der Konkurrenzsituation zu den privaten Anbietern der evangelische und der katholische Krankenhausverband ihre Zusammenarbeit, wird eine Stiftung christlicher Krankenhäuser eingerichtet und die wissenschaftliche Begleitung durch die diakonie- und caritaswissenschaftlichen Institute vorangetrieben, um sich auf diese Entwicklung vorzubereiten. Die Zeiten konfessioneller Konkurrenz zwischen den kirchlichen Anbietern geht dem Ende entgegen, oder sie sollte es zumindest schleunigst, wenn die derzeitige Marktsituation sich für die kirchlichen Kliniken nicht langfristig weiter verschärfen soll.

Gemeinsame Konzepte zur Mitarbeiterförderung und Personalgewinnung, Standards eines menschenwürdigen Umgangs mit Schwerkranken und Sterbenden, eine christliche Unternehmenskultur, die sich deutlich von den am finanziellen Erfolg orientierten Konzepten der privaten Träger unterscheidet, all das müssen die kirchlichen Einrichtungen zukünftig konfessionsübergreifend miteinander entwickeln. Nur so werden sie gute Argumente im Wettbewerb um die Patienten und um die knapper werdenden Fachkräfte haben. Die Auswahl von leitenden Ärzten nach ihrer Konfessionszugehörigkeit ist schon heute nur noch selten möglich, will man kompetente Spezialisten findet, die sowohl zur eigenen Unternehmenskultur passen als auch innovative Behandlungsmethoden beherrschen. Und auch bei den Pflegenden wird zukünftig der Fachkräftemangel so gravierend sein, dass katholische, evangelische und freikirchliche Kliniken froh sein werden, wenn sie überhaupt qualifiziertes Personal finden, das nicht nur um des Geldes wegen, sondern aus einer spirituellen Motivation heraus seinen Beruf ausübt. Solches Personal aber, das überhaupt aus einer persönlichen Spiritualität heraus einen Beitrag zur Spiritualität der Gesamteinrichtung leisten kann, ist knapp und wird immer knapper.<sup>20</sup>

Damit aber wird auch der kirchliche Teil des Gesundheitswesens durch seine pluralistisch geprägte Mitarbeiterschaft unweigerlich zu einem Schmelztiegel religiöser und weltanschaulicher Wirklichkeitsdeutungen. Unter diesen Bedingungen wird der Fokus der Bemühungen voraussichtlich darauf liegen, angesichts knapper finanzieller Ressourcen überhaupt eine erkennbar *christliche* Unternehmensidentität zu erhalten, konfessionelle Spezialinteressen hin oder her. Das Problem dürfte sein, wenigstens erlebbar machen zu können, dass man eine kirchliche Einrichtung ist, an der nicht nur ein konfessioneller Name steht, sondern in der auch spürbar eine christliche Spiritualität gelebt wird.

---

<sup>20</sup> Dies gilt auch und gerade angesichts einer dem finanziellen Druck geschuldeten Verdichtung der Arbeitsbelastung in allen klinischen Tätigkeitsbereichen, die allerdings im Besonderen die Pflegenden trifft. Je weniger im Stress des Alltags die eigene Spiritualität der Mitarbeitenden und die Spiritualität der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden kann, desto stärker sinkt die Motivation für die in helfenden Berufen Tätigen. Vgl. dazu *Arne Manzeschke*, Spiritualität und Ökonomie. Grenzen und Strukturen ihrer Gestaltung in der Pflege, in: *Diakonisches Werk der EKD/Klaus-Dieter K. Kottnik/Astrid Giebel* (Hgg.), Spiritualität in der Pflege, Neukirchen-Vluyn 2010, 142–156, bes. 152 ff.

#### 4. Diakonische Spiritualität als Element diakonischer Unternehmensidentität

Es war der baptistische Marketingprofessor und Geschäftsführer des Albertinen-Diakoniewerkes, der anlässlich der 75-Jahrfeier des Evangelischen Krankenhausverbandes die These vertreten hat, dass angesichts der Wettbewerbssituation auf dem Gesundheitsmarkt die Gestaltung einer erkennbaren Identität als kirchliche Einrichtung wichtiger sein wird, als die Ausgestaltung einer konfessionellen Identität. Während sich mit der Kirchlichkeit einer Einrichtung für die Patienten feste, seit dem 19. Jahrhundert gewachsene Erwartungen verbinden, mit denen man auch gezielt um Patienten werben könne, wäre die konfessionelle Identität in den meisten Fällen kein Grund eine Klinik auszuwählen.<sup>21</sup> Während Patienten erwarten, dass in einer kirchlichen Einrichtung mit mehr Rücksicht auf die Würde der Patienten behandelt und gepflegt werde als in einer an privaten Finanzinteressen ausgerichteten Klinikette, so ter Haseborg, bestünde zwischen evangelischen und katholischen Kliniken aus Patientenperspektive diesbezüglich kein nennenswerter Unterschied. Kirchlichen Einrichtungen vertraue man sich deshalb gerne an, weil man eine originäre, an der Nächstenliebe orientierte Motivation von Mitarbeiterschaft und Trägervertretern und deshalb eine ethische Behandlungsdurchführung erwarte, dies aber gelte für kirchliche Häuser unabhängig von deren konfessioneller Zuordnung. Daher könne die Kirchlichkeit einer Einrichtung durchaus ein Wettbewerbsvorteil gegenüber privaten, kommunalen oder anders freigemeinnützigen Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt sein. Durch eine konfessionelle Profilierung und Abgrenzung von anderskonfessionellen Mitbewerbern lasse sich hingegen kein zusätzlicher Wettbewerbsvorteil erzielen, allenfalls könne die Kirchlichkeit der Einrichtung dadurch deutlicher kommuniziert werden.<sup>22</sup>

Nimmt man diese These von ter Haseborg ernst, dann wird es in Zukunft darum gehen, die ökumenische Dachmarke „Kirchliches Krankenhaus“ gegenüber den privaten und kommunalen Anbietern im Wettbewerb

<sup>21</sup> Vgl. Fokko ter Haseborg, Es gibt viel zu tun, fangen wir an! – Wie können evangelische Krankenhäuser im Wettbewerb bestehen?, in: Profil zeigen. Herausforderungen meistern. 75 Jahre Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V., Berlin 10.–11. Mai 2001, Dokumentation, Berlin 2001, 29–39, bes. 35: „Der christliche Charakter der Häuser ist den meisten Patienten bewusst und beeinflusst in vielen Fällen die Krankenhauswahl positiv – so die Krankenhaus-Manager. Die Patienten verbinden damit die – manchmal übersteigerte – Erwartung eines besonders freundlichen, würdevollen Umgangs; in diesen Häusern würde man ihre Bedürfnisse in einem ganzheitlichen Sinne wahrnehmen und würde allgemein eine positive Atmosphäre – auch unter den Mitarbeitern – herrschen. ... Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession spielt dagegen nach Einschätzung der befragten Personen beim weit überwiegenden Teil der Patienten grundsätzlich keine Rolle. (Ausnahme: Der innere Zirkel sehr stark konfessionsbewusster Patienten, etwa im evangelisch-freikirchlichen oder im katholischen Bereich).“ [Hervorhebungen i. Orig.]

<sup>22</sup> Vgl. ter Haseborg, Es gibt viel zu tun, 35 f.

zu profilieren, anstatt sich auf dem Gesundheitsmarkt durch innerchristliche Konkurrenzkämpfe das Überleben zusätzlich zu erschweren. Aber eine solche ökumenische Dachmarke „Kirchliches Krankenhaus“ lässt sich nicht profilieren ohne die gezielte Entwicklung einer ökumenischen Spiritualität im Behandlungskontext. Ähnliches dürfte für andere diakonische Kontexte wie den Bereich der Senioreneinrichtungen, das Feld der ambulanten und stationäre Hospize oder der vielfältigen Formen der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in gleicher Weise gelten.

## 5. Ökumenische Elemente diakonischer Spiritualität

Die Elemente einer ausgestalteten Spiritualität einer Einrichtung sind konfessionsübergreifend ähnlich. Bei der gezielten Entwicklung und Ausgestaltung einer ökumenischen und diakonischen Spiritualität geht es darum, das erbarmende Handeln in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Einrichtung in einen Kontext zu stellen, der die spirituelle Dimension des helfenden Handelns deutlich werden lässt. In einer kirchlichen Einrichtung werden Patienten im Wesentlichen nach den gleichen Therapiegrundsätzen und Pflegestandards behandelt wie in nichtkirchlichen Einrichtungen, sie erhalten die gleichen Medikamente, werden genauso häufig mobilisiert und auch die Essensqualität ist nicht unbedingt ein Unterscheidungsmerkmal zwischen kirchlichen und nichtkirchlichen Einrichtungen. Aber im Idealfall kann ein Gespräch mit einer behandelnden Ärztin in einem kirchlichen Krankenhaus anders wahrgenommen werden, auch wenn in beiden Fällen in gleicher Weise die Auswahl der verschriebenen Medikamente erläutert wird.

Ist der Gesamtrahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation vertrauensvoll, wertschätzend und das Behandlungsklima im Haus auch offen für schwierige Fragen und Probleme, kann das ärztliche Beratungsgespräch zugleich als Akt der Fürsorge Gottes für diesen konkreten Patienten gedeutet werden. Die Ärztin muss die Medikamentengabe nicht mit einem Segensspruch verbinden, aber das Gespräch kann, wenn es eine ausgestaltete Spiritualität der Einrichtung gibt, so ablaufen, dass sich der Patient im Ganzen geborgen und gut begleitet fühlt. Auch wenn das Wort „Gott“ im gesamten Gespräch nicht vorkommt, kann das Gespräch den im Haus gelebten Geist einer transzendenzbezogenen Einrichtung transportieren, weil beiden Seiten bewusst ist, dass das Gespräch in einem kirchlichen Haus stattfindet. Dafür aber muss im gesamten Kommunikationszusammenhang einer Klinik spürbar werden, dass man sich der fürsorglichen, diakonischen Weise eines menschenfreundlichen Gottes verpflichtet weiß.

Gleiches gilt für die wortlos gehaltene Hand am Sterbebett, das Ausrichten der Blumen in der Vase am Bett einer Blinden, das Nebenhergehen der Physiotherapeuten neben denen, die nach einer Operation wieder tastend erste Schritte zurück ins Leben wagen. Diakonie ohne Worte, Kommunika-

tion des Erbarmens ohne expliziten Transzendenzbezug wird anders wahrgenommen im Kontext einer Einrichtung, deren Spiritualität alle Kommunikationszusammenhänge prägt. Wo durch bewusst eingesetzte Symbole und Rituale die Gesamtspiritualität der Einrichtung überall präsent ist, verwandeln sich Taten der Barmherzigkeit auch ohne Worte der Verkündigung zu überzeugenden Verweisen auf die Gnade Gottes. Das gleiche Verhalten ist eben etwas anderes, wenn es in einer Umgebung geschieht, die von einer gewachsenen Spiritualität durchdrungen ist.

Die diakonische Spiritualität einer Einrichtung lässt sich auf vielfältige Weise prägen. Die Gestaltung von Räumen und Zeiten, die Verwendung von Bildern und Ritualen, von Texten und Farben, der gezielte Einsatz von Gerüchen, Licht und Musik, all dies kann zur Gestaltung einer Einrichtungsidentität als kirchliche Einrichtung verwendet werden.<sup>23</sup> Gibt es Räume für religiöses Handeln, Meditation und Gebet? Bringt das Krankenhaus dadurch, dass es trotz Raumnot und Enge Räume für Gebet und Andacht frei hält, zum Ausdruck, dass Spiritualität wichtig ist? Schon der Verweis auf den Andachtsraum und ein entsprechendes Foto im Patientenfaltblatt ist ein kleiner Baustein gestalteter Spiritualität. Das religiöse Bedürfnis nach Rückzug und Besinnung erhält einen Raum und Bedeutung zugewiesen in einem Haus, in dem sonst alles den Imperativen der Machbarkeit und der Effizienz untersteht.<sup>24</sup> Und jeder Verweis darauf im Infokanal des Haussenders, durch Mitarbeitende oder ehrenamtliche „Grüne Damen“ kommuniziert und verstärkt diese spirituelle Botschaft.

Die Bilder an den Wänden der Flure, die Kalenderblätter in den Patientenzimmern, farbige Fenster im Eingangsbereich, sie alle schaffen eine Atmosphäre, die eine kühle Sachlichkeit, ein Bemühen um Gemütlichkeit, aber eben auch den Versuch signalisieren können, Anregungen zum Nachdenken, zum Einlassen auf neue, weitergehende Perspektiven zu geben. Dazu braucht es gar nicht immer Bibelverse und christliche Sinnsprüche auf jedem Kalenderblatt oder biblische Geschichten als Motive der Bilder, sondern ein abgestimmtes Konzept, das religiöse Assoziationen auslöst. Ungeständliche Bilder, in denen immer wieder Kreuzmotive erkennbar

<sup>23</sup> Vgl. *Beate Hofmann*, Feministische Spiritualität. Entdeckungen bei der Begegnung zweier Frauenkulturen, in: *Beate Hofmann/Michael Schibilsky*, Spiritualität in der Diakonie. Anstöße zur Erneuerung christlicher Kernkompetenz. Mit Beiträgen von Cornelia Coenen-Marx, Beate Hofmann, Christel Schibilsky, Michael Schibilsky, Fulbert Steffensky und Bernhard Wolf, Stuttgart 2001 (Diakoniewissenschaft 3), 27–45.

<sup>24</sup> So auch *Axel von Dressler*, Diakonie und Spiritualität. Impulse aus der Welt der Kommunen, Neukirchen-Vluyn 2006, 199, wenn er Anregungen von Manfred Josuttis zur Aussonderung heiliger Räume zusammenfassend formuliert: „1) Es ist zwar nicht Aufgabe des Raumes, als alternativer oder komplementärer Mittler neben Christus, dem allein diese Funktion zukommt, zu treten. Doch kann der Raum den Mittler vermitteln, ihn Leib und Seele nahe bringen, indem er wärmt, beheimatet und sammelt. 2) Inmitten der Betriebsamkeit diakonischer Herausforderung und Alltagsbewältigung ist er bezeichneter Anhalts-Punkt und heilsamer Unterbrechungs-Ort. [...] 7) Spiritualität schafft und sucht Beheimatung: So ist es gut, der gemeinschaftlichen und individuellen Praxis einen konkreten Ort zu heiligen.“

sind, können im Kontext mit anderen Elementen ebenso die Kirchlichkeit einer Einrichtung unterstreichen wie frohe, warme Farben oder Mosaikformen, die an Kirchenfenster erinnern. Ein beleuchtetes Blumengesteck auf dem Tresen ist für sich genommen nichts Spirituelles, kann in Kombination mit einer in den Farben des Kirchenjahres gestalteten Decke und dem danebengestellten Wochenspruch aber Ausdruck einer kommunizierten kirchlichen Einrichtungsspiritualität sein. Allerdings sind weder die Blumen noch die Wochensprüche konfessionell zu verorten, und höchstens der Eingeweihte wird an den gewählten Farben der Decke die feinen konfessionellen Unterschiede in der Gestaltung des Kirchenjahres wahrnehmen.

Doch auch die in einer Einrichtung gestalteten Rhythmen des Lebens sprechen eine eigene Sprache. Gerade im Gesundheitswesen, in den Pflegeeinrichtungen und Kliniken hat der wirtschaftliche Druck zu einem Rund-um-die-Uhr-Betrieb geführt, der wenig Rücksicht auf die natürlichen Lebensgewohnheiten des Alltags nimmt. Auch hier können kirchliche Einrichtungen z. B. durch eine bewusste Gestaltung des Sonntags und von Tages- und Wochenrhythmen die spirituelle Dimension ihres diakonischen Handelns deutlich werden lassen.<sup>25</sup> Dabei sind die Elemente relativ beliebig, sofern die Absicht deutlich wird. Die Einladung zum Sonntagsgottesdienst auf dem Frühstückstablett wäre eine direkte Form der Sonntagsgesprächskommunikation, aber auch die Wahl eines anderen Klangbildes auf den Fluren (sonntags Klassik statt Pop), die Änderung von Lichtverhältnissen oder die Verwendung von anders duftenden Ölen bei der Körperpflege könnte die besondere Bedeutung des Sonntags hervorheben und mit allen Sinnen erlebbar machen. Eine nur dem Sonntag vorbehaltene besondere Dekoration des Mittagessens, spezielle kulturelle Angebote an besonderen Sonntagen des Kirchenjahres, der bewusst erst zum ersten Advent herausgehängte Adventsschmuck, eine mit speziellen Elementen der Besinnung unterlegte Gestaltung der Passionszeit, all dies kann eine Einrichtung als kirchliches Haus erkennbar machen und damit eine Rahmenspiritualität für die alltäglichen Prozesse diakonischer Hilfe liefern.

Und warum sollte eine diakonische Einrichtung nicht zu den wichtigsten Festen Infoblätter für alle Patienten ausgeben, auf denen in einer kurzen Erklärung jeweils die Bedeutung von Gründonnerstag, Karfreitag, Ostern, Pfingsten, dem Erntedankfest, dem Reformationstag, Allerheiligen, dem Buß- und Betttag oder dem Ewigkeitssonntag erläutert wird?

---

<sup>25</sup> Vgl. zur Bedeutung von Rhythmen im Alltag für die diakonische Spiritualität vor allem *Beate Hofmann*, Sind wir anders als die anderen? Diakonische Kompetenz entdecken und fördern, in: *Diakonische Profile in der sozialen Arbeit*. Tagung des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., 3. bis 5. November 2000 in Berlin, *Diakonie Dokumentation 01/01*, 90–97 und *Beate Hofmann*, Leben gestalten. Alltagsritualisierung als diakonische Kernkompetenz, in: *Beate Hofmann/Michael Schibilsky*, *Spiritualität in der Diakonie*. Anstöße zur Erneuerung christlicher Kernkompetenz. Mit Beiträgen von Cornelia Coenen-Marx, Beate Hofmann, Christel Schibilsky, Michael Schibilsky, Fulbert Steffensky und Bernward Wolf, Stuttgart 2001 (*Diakoniewissenschaft* 3), 103–116

Und dann kann man sogar den passenden Bibeltext dazu abdrucken. Im Kontext einer ansonsten unaufdringlich gestalteten ökumenisch offenen Spiritualität der Einrichtung sind auch solche direkten Formen der Kommunikation der biblischen Botschaft angemessen und stimmig möglich. Was zu Weihnachten auch in nichtkirchlichen Kliniken zum Standard gehört, nämlich Weihnachtsschmuck und ein Chor, der zum Weihnachtsgesingen auf die Stationen des Krankenhauses kommt, das müsste einem kirchlichen Haus eigentlich doch auch an anderen kirchlichen Feiertagen auf eine Weise gelingen, die zur sonstigen Spiritualität der Klinik oder des Heimes passt.

Jedes dieser Elemente für sich genommen schafft noch keine besondere diakonische Spiritualität des Hauses. Erst die kombinierte Umsetzung vieler dieser Möglichkeiten führt dazu, dass die Kirchlichkeit einer Einrichtung von einer gestalteten Spiritualität getragen wird, die sich dann auch auf den Alltag und das Miteinander in der Einrichtung auswirkt. Dabei lassen sich dann in der Wahl der Schwerpunkte und Motive durchaus auch konfessionelle Akzente setzen, aber letztlich sind der Jahresfestkreis und die Assoziationsflächen von Bildern und Musik, von Blumen und Farben so universell christlich ausdeutbar, dass auch hier der ökumenische Akzent in den meisten Fällen die konfessionellen Spezifika überlagern dürfte. Und wenn das eine Haus den 31. Oktober als Reformationstag und das andere den 01. November als Allerheiligen besonders hervorhebt, hebt das die ökumenische Verbundenheit an den anderen 363 Tagen sicherlich nicht auf, zumal die religiösen Bezüge der gelebten Spiritualität von allen wahrgenommen werden können, die konfessionellen Akzente hingegen nur von stark kirchlich geprägten oder theologisch gebildeten Personen als solche erkannt werden.

Bei der Gestaltung einer erkennbaren Einrichtungsspiritualität kommt den im Haus tätigen Seelsorgerinnen und Seelsorgern eine besondere Bedeutung zu.<sup>26</sup> Sie repräsentieren ohnehin die Kirchlichkeit des Hauses in einer konfessionellen Klinik, ganz gleich ob sie von ihrer jeweiligen Kirche ins Haus entsandt oder von der Klinikleitung eingestellt wurden. Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger verfügen über die notwendigen theologischen Kenntnisse und Kompetenzen, um eine christliche Spiritualität des Unternehmens auch den Mitarbeitenden nahe zu bringen und bei der Deutung von unbekanntem Symbolen und Motiven zu helfen. Letztlich aber müssen alle Mitarbeitenden für das Konzept und die Bedeutung einer gestalteten Spiritualität des Hauses sensibilisiert werden. Auch Mitarbeitende, die selbst nicht Christen sind, sollten in der Lage sein zu er-

<sup>26</sup> Diese These vertritt sehr pointiert *Alfred Jäger*, Seelsorge als Funktion diakonischer Unternehmenspolitik, in: *Schneider-Harpprecht, Christoph* (Hg.), Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchen-Vluyn 2000, 136–138. Skeptischer äußert sich dazu *Dorothee Haart*, Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus, in: *Klessmann, Michael* (Hg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen 2008, 40–55.

klären, warum der Sonntag im Haus bewusst anders gestaltet wird als die anderen Tage der Woche. Auch sie sollten die Bedeutung der wichtigsten kirchlichen Feste kennen, damit sie diesbezüglich auskunftsfähig sind, auch wenn ihnen selbst die religiöse Dimension des Lebens nichts oder wenig bedeutet.

Solche Auskunftsfähigkeit der Mitarbeiterschaft aber setzt regelmäßige Fortbildungen z. B. zum Kirchenjahr und den wesentlichen Motiven und Inhalten des Christentums voraus, die auch nichtkirchliche Mitarbeitende dazu befähigt, die grundlegenden Elemente der Unternehmensidentität als solche wertschätzend zu vertreten, auch wenn die persönliche Distanzierung davon schon aus Gründen der religiösen Redlichkeit immer möglich sein muss. Bei solchen Fortbildungsveranstaltungen aber wird es am ehesten mit ökumenischen Materialien gelingen, Mitarbeiter aus verschiedenen Konfessionen zu einem gemeinsamen grundlegenden Verständnis der für die gestaltete Spiritualität des Hauses wichtigsten Elemente zu bringen.

Gleiches gilt für alle Veranstaltungen, die im Kontext einer Klinik oder einer anderen Einrichtung für die Patienten und Bewohner, die Mitarbeitenden und die Angehörigen angeboten werden. Andachten und Gottesdienste sollten auf eine Weise gestaltet werden, die Menschen nicht ausschließt, die die entsprechende Liturgie nicht kennen. Wer jemals in den atheistisch geprägten Neuen Ländern der Bundesrepublik tätig war, weiß, dass selbst das Vaterunser heute nicht mehr allgemein als bekannt vorausgesetzt werden kann, weshalb es ebenso wie alle anderen gemeinsam zu sprechenden Elemente eines Gottesdienstes auf einem Programmzettel abgedruckt werden muss, will man nicht von vorneherein ganze Gruppen vielleicht interessierter Gottesdienstteilnehmer von der gemeinsamen Kommunikation ausschließen.

Dass gerade Gottesdienste und Andachten in ökumenischer Offenheit gestaltet werden, ist für diakonische Einrichtungen mittlerweile selbstverständlich, zumal sich in größeren Häusern die Seelsorgenden verschiedener Konfessionen bei der Gestaltung ohnehin zumeist abwechseln und sie sich auch im Alltag der seelsorgerlichen Arbeit wechselseitig vertreten. Wo eine Einrichtung zudem spezielle Gottesdienste wie z. B. Gedenkgottesdienste für die Angehörigen von im Krankenhaus Verstorbenen anbietet oder Sommer-Open-Air-Gottesdienste auf dem Krankenhausgelände durchführt oder Gottesdienste zu den Hauptfesten des Kirchenjahres feiert, da wird deren Gestaltung erfahrungsgemäß immer Texte und Gebete enthalten, die von Christen aller Konfessionen gemeinsam gesprochen werden können, Lieder, die zum ökumenischen Repertoire gehören, und Bekenntnistexte, die nicht der konfessionellen Abgrenzung dienen, sondern alle Christen zum gemeinsamen Bekenntnis des Glaubens einladen. Wenn es dabei gelingt, auch Mitarbeitende, die selbst nicht kirchlich orientiert sind, mit einzubeziehen, ihre spirituellen Anliegen und Ausdrucksformen mit aufzunehmen, wirkt auch dieses förderlich für die aktive Gestaltung der Spiritualität des Hauses.

Die Liste der möglichen Elemente für eine gestaltete Spiritualität ließe sich noch erheblich verlängern. Der Umgang mit Verstorbenen, ein unaufdringlich kirchlich-religiös gestalteter Raum, der für Aussegnungen und Aufbahrungen genutzt wird, die Einbeziehung von Mitarbeitenden bei Abschiednahmen auf der Station können Zeichen einer bewusst gestalteten Einrichtungsspiritualität sein. Vorlagen und Standards für solche Situationen zu erarbeiten und Mitarbeitende für die kommunikativen Herausforderungen in diesen Momenten zu schulen, kann einen großen Gewinn für die Spiritualität des Hauses bedeuten. Gerade an den Grenzen des Lebens, gerade in der Begleitung existentieller Umbrüche erweist sich letztlich die Kraft einer Einrichtungsspiritualität, die über Jahre hinweg gewachsen ist. Eine Spiritualität, die bewusst gestaltet wurde, bei der die Mitarbeitenden mitgestalten und in die sie hineinwachsen durften, eine solche Spiritualität durchzieht und umfängt den gesamten Kommunikationszusammenhang eines Hauses. Was immer dann in der Einrichtung geschieht, geschieht im Kontext dieser Spiritualität, die den Transzendenzbezug herstellen, Trost spenden, Halt geben und Geborgenheit vermitteln kann, wenn die Situation als solche nur noch als schmerzhaft und leidvoll erlebt wird.

Diese die Kommunikationszusammenhänge verändernde Spiritualität aber wird eine gemeinsame christlich-ökumenische Spiritualität sein, egal in welcher konfessionellen Akzentuierung sie konkret erscheint. Es ist Gottes Gegenwart im erbarmenden Handeln, die spürbar ist, es ist Gottes Zuwendung, die tröstet und Gottes Geist, der Kraft gibt, mag der Segenszuspruch einer katholischen oder protestantischen Liturgie bzw. einer konfessionell identifizierbaren Bibelübersetzung entnommen sein. Der Transzendenzbezug als Element christlich-diakonischen Handelns trennt die Konfessionen nicht, sondern verbindet sie. Wo Diakonie als Kommunikation des Erbarmens gelingt, wird letztlich immer etwas von *Gottes Reich* erfahrbar, mag die Kommunikation auch noch so konfessionell gefärbt sein.

## 6. Diakonische Spiritualität und medizinische Ethik

Ein letztes Moment diakonischer Spiritualität möchte ich den bisherigen Überlegungen noch hinzufügen, weil von ihm auch eine starke ökumenische Verbundenheit im diakonischen Kontext ausgeht. Konfessionelle Einrichtungen sind ethisch sensible Einrichtungen<sup>27</sup>, aber die Diskussionslinien der modernen Medizinethik laufen inhaltlich nicht an den konfes-

<sup>27</sup> Auf den engen Zusammenhang von Ethik und diakonischer Identität hat bereits Reinhard Turre hingewiesen. Vgl. *Reinhard Turre*, Unternehmensphilosophie und Ethik in einem Werk der Diakonie, in: *ders.* Diakonische Einsichten. Theologische Impulse und ethische Reflexionen, Stuttgart/Berlin/Köln 2001 (Diakoniewissenschaft 7), 115–133. Ein Konzept zur Gestaltung der Ethik im klinischen Kontext findet sich bei *Norbert Steinkamp/Bert Gordijn*, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung – Ein Arbeitsbuch, 2. überarbeitete Auflage Neuwied/Köln/München 2005.

sionellen Grenzen entlang. Der medizinethische Diskurs dreht sich eher um die Bedeutung einer theologisch begründbaren Anthropologie (Stichwort: unverlierbare Würde des Menschen als Ebenbild Gottes) und dem Stellenwert utilitaristischer Nützlichkeitsabwägungen (Stichwort: kommunizierbare Plausibilität ethischer Entscheidungen).<sup>28</sup> Die Medizinethik der Gegenwart ist inhaltlich nicht konfessionell verfasst, sondern wird in interdisziplinären und multireligiösen Ethikkomitees immer wieder neu durchdacht und formuliert.<sup>29</sup> Dabei wird die ethische Kompetenz von Theologen, zumeist vertreten durch die in der Einrichtung tätigen Klinikseelsorger, durchaus geschätzt.<sup>30</sup> Aber auch Klinikseelsorger bringen ihre Deutung medizinethischer Konfliktfälle nur als ein Element einer gemeinsamen Entscheidungsfindung ein, sie haben auch in konfessionell getragenen Einrichtungen keine Definitionsmacht für die Beantwortung ethischer Fragen. Sie sitzen gemeinsam mit leitenden Ärzten und Pflegekräften, mit Sozialdienstmitarbeitenden oder Psychologen in einem Ethikkomitee, von denen die meisten in ihrer Ausbildung eher utilitaristische Begründungen ethischer Entscheidungen kennengelernt haben als theologische Begründungsmuster.

Angesichts der interdisziplinären und multireligiösen Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft hat sich auch in der deutschen Medizinethik die aus dem angelsächsischen Utilitarismus heraus entwickelte Prinzipienethik von Beauchamp and Childress durchgesetzt. Nach dieser Schule der Medizinethik sind die Kriterien für ethisches Handeln vor allem aus dem Prinzip der Patientenautonomie, dem Prinzip des Nichtschadenwollens, dem Prinzip des Wohltuns und dem Prinzip der Gerechtigkeit abzuleiten, und dabei ist bewusst auf eine religiöse Begründung dieser Prinzipien zu verzichten.<sup>31</sup> Nicht, dass diese Prinzipien nicht auch theologisch begründet werden könnten, aber ihre Tragfähigkeit für die konkrete Entscheidungsfindung in Konfliktfällen hängt an der interdisziplinären und multireligiösen Vermittelbarkeit. Es geht primär um die Möglichkeit, in Konfliktsitu-

<sup>28</sup> Eine Einführung in die Gesamthematik bieten: *Urban Wiesing* (Hg.), *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Herausgegeben von Urban Wiesing unter Mitarbeit von Johann S. Ach, Matthias Bormuth und Georg Marckmann, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart 2004 und *Stefan Schulz/Klaus Steigleder/Heiner Fangerau/Norbert W. Paul* (Hgg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Eine Einführung, Frankfurt a. M. 2006 (stw 1791).

<sup>29</sup> Zu den Aufgaben eines klinischen Ethikkomitees gehören nach den Standards der Akademie für Ethik in der Medizin sowohl die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterschaft in ethischen Fragestellungen, die Entwicklung ethischer Leitlinien, als auch die Durchführung von ethischen Fallberatungen im stationären Alltag. Vgl. *Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.*: Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: *Ethik in der Medizin* 22 (2010), 149–153, bes. 150.

<sup>30</sup> *Ralph Charbonnier*, Behandlungsentscheidungen als Kasus der Krankenhausseelsorge. Überlegungen zur ethischen Dimension seelsorgerlichen Handelns und zu Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung, in: *WzM* 59 (2007), 520–532.

<sup>31</sup> Vgl. *Tom L. Beauchamp/James F. Childress*, *Principles of Biomedical Ethics*, New York 2008.

ationen ethischen Konsens herzustellen, nicht darum, diesen in religiösen oder philosophischen Letztbegründungen zu verankern.

Das Anliegen theologischer Ethik, den Menschen als Ebenbild Gottes zu sehen, der in allen Lebenssituationen eine unverlierbare Würde besitzt, die es zu achten gilt, muss im ethischen Diskurs auf eine Weise zur Sprache gebracht werden, die konsensfähig ist.<sup>32</sup> Die Würde des Menschen kann durchaus beim Prinzip der Autonomie des Menschen, über den andere nicht verfügen dürfen, beim Prinzip des Nichtschadenwollens, oder beim Prinzip der Gerechtigkeit thematisiert werden. Wenn es darum geht, knappe Ressourcen zu verteilen oder Therapieziele festzulegen, ist es schon schwer genug, überhaupt christlich-religiöse Argumente so in die Debatte einzubringen, dass dadurch nicht die Konsensfindung belastet wird. Konfessionelle Unterschiede ethischer Argumentationen hingegen, etwa wenn von evangelischer Seite eher vom Personsein des Einzelnen und seinem Gewissen oder von katholischer Seite eher in Kategorien der mit der Geschöpflichkeit des Lebens gegebenen Ordnung her argumentiert wird, finden in einem konsensorientierten medizinethischen Diskurs letztlich kaum eine Anschlussfähigkeit. Allgemein-christliche Werthaltungen allerdings, die zur gelebten Identität einer Einrichtung gehören, können durchaus von theologischer Seite erfolgreich in die Diskussion eingebracht und von den anderen Beteiligten aufgenommen werden, weil man darin die gemeinsame Basis des gelebten Alltags in der Einrichtung wiederfindet, selbst wenn man deren Begründung nicht teilt. Dann kann der Konsens im ethischen Konfliktfall auf dieser Basis aufsetzen und die Ethik des Hauses ein Teil der Gesamtspiritualität der Einrichtung sein.

Die gelebte Einrichtungsspiritualität kann die ethische Entscheidungsfindung beeinflussen und umgekehrt können die Formen ethischer Konfliktlösung ein Teilaspekt diakonischer Spiritualität sein. Wie mit konflikthaften medizinethischen Themen umgegangen wird, wie darin der Wert, die Würde des Menschen in seiner Endlichkeit und Gebrechlichkeit thematisiert wird, ist ein Spiegel der Art und Weise, wie im Alltag einer Einrichtung mit Patienten oder Bewohnern, aber auch mit den Mitarbeitenden umgegangen wird. Die Würde eines Menschen erfolgreich als Argument im ethischen Diskurs zu verwenden, setzt voraus, dass seine Würde im Unternehmensalltag nicht permanent mit Füßen getreten wird. Rein ökonomisch-rationelle Nutzenerwägungen in der Medizinethik zurückzuweisen ist nur dann überzeugend, wenn von Trägerseite nicht immer nur der Primat der Ökonomie beschworen wird.

Ein Ethikkomitee, das im konkreten medizinethischen Einzelfall nach den konsensfähigen Prinzipien und Werten einer Einrichtung fragt, wird

<sup>32</sup> Vgl. zu den Aufgaben einer ethischen Fallberatung in Konfliktfällen *Andrea Dörries*, Ethikberatung im Krankenhaus. Aufgaben, Modelle und Implementierung, in: *WzM* 59 (2007), 511–519. Zur Problematik einer vor allem am Konsensprinzip orientierten Ethik vgl. *Kurt Bayertz* (Hg.), *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, Frankfurt a. M. 1996 (stw 1251)

auf der einen Seite eine gelebte diakonische Spiritualität bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen, es wird aber andererseits mit seinen Entscheidungen zugleich an der weiteren Profilierung der Unternehmensspiritualität mitarbeiten, weil es dazu beiträgt, die Erwartung zu festigen, dass wesentliche Entscheidungen unter Achtung der menschlichen Würde und auf eine dem christlichen Glauben gemäße Weise gemeinsam und verantwortlich getroffen werden.

## **7. Fazit: Diakonische Spiritualität als ökumenische Spiritualität**

Diakonische Einrichtungen mit gestalteter Spiritualität sind auch bei konfessioneller Identifizierbarkeit immer konfessionsverbindende Lebensgemeinschaften mit einer unverwechselbaren aber ökumenisch geprägten Spiritualität. Angesichts der Leiden derer, denen sich Diakonie in ihrer Notsituation als Kommunikation des Erbarmens zuwendet, verblassen die konfessionellen Unterschiede, während die allgemein-christliche Konnotation des Erbarmens einen Transzendenzbezug herstellt, der die Spiritualität diakonischer Einrichtungen prägt.

Da diese Spiritualität gezielt gestaltet werden kann, können konfessionelle Identitäten durchaus gepflegt werden, ihre Wahrnehmung wird aber normalerweise über die christliche Identität der Einrichtung erfolgen und nur für diejenigen unterscheidbar sein, die über entsprechende Vorkenntnisse hinsichtlich der Konfessionsunterschiede verfügen. Die Erwartungen der Bevölkerung richten sich auf eine menschenwürdige, ganzheitliche und ethisch verantwortete Behandlung und Begleitung in diakonischen Einrichtungen. Diesen Vorteil können diakonische Einrichtungen gezielt nutzen, indem sie diese Erwartungen zum Maßstab ihrer Alltagsgestaltung und ihrer Einrichtungsspiritualität machen.

Alle Versuche, konfessionelle Eigenheiten über die ökumenisch verbindenden Elemente einer diakonischen Unternehmensspiritualität zu stellen, konterkarieren die Entwicklung eben dieser diakonischen Spiritualität, da sowohl die Mitarbeiterschaft als auch die Bevölkerung, der der Dienst einer Einrichtung gilt, weltanschaulich pluralistisch zusammengesetzt sind. In einem wertorientiert gestalteten pluralistischen Miteinander aber liegen auch Chancen. So ist die Diakonie ein Feld, in dem Vertreter unterschiedlicher Konfessionen nach außen hin gemeinsam auf einem umkämpften Markt agieren, in dem sie vor den gleichen ökonomischen, politischen und ethischen Herausforderungen stehen und in dem sie mit Menschen arbeiten, die für konfessionelle Differenzierungen und Abgrenzungsbemühungen wenig Verständnis haben.

Das hat dazu geführt, dass im Kontext der Diakonie vieles möglich wurde, was anderenorts noch Probleme bereitet. Ökumenische Gastfreundschaft am Abendmahlstisch ist im Krankenhaus möglich, weil ein Ausschluss vom Abendmahl in diesem Kontext nicht vermittelbar wäre. Die

wechselseitige Vertretung in Seelsorge, Beratung, Sterbebegleitung und Aus- und Fortbildung ist längst Normalität und hat zu Neuentdeckungen auf allen Seiten geführt. Das wechselseitige Lernen führte zu einer neuen Bewertung von Krankensalbung und Segenshandlungen, vielfältigeren ökumenischen Andachts- und Gottesdienstformen, Abschieds- und Aussegnungsritualen sowie zur gemeinsamen Ausbildung und Vermittlung christlich-ethischer Kompetenzen in medizinethischen Fragestellungen. Angesichts der absehbaren Konzentrationsprozesse im Gesundheits- und Sozialmarkt der Gegenwart wird dieser Prozess der Entwicklung einer ökumenisch geprägten diakonischen Spiritualität in vielen diakonischen Kontexten sicherlich auch in Zukunft weitergehen und sicherlich auch darüber hinaus das ökumenische Miteinander befruchten.

## Bibliographie

- Bayertz, Kurt* (Hg.), *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, Frankfurt a. M. 1996 (stw 1251)
- Beauchamp, Tom L./James F. Childress*, *Principles of Biomedical Ethics*, New York 2008
- Bucher, Anton A.*, *Psychologie der Spiritualität*. Handbuch, Weilheim 2007
- Charbonnier, Ralph*, *Behandlungsentscheidungen als Kasus der Krankenhauseelsorge. Überlegungen zur ethischen Dimension seelsorgerlichen Handelns und zu Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung*, in: *WzM* 59 (2007), 520–532
- Dörries, Andrea*, *Ethikberatung im Krankenhaus. Aufgaben, Modelle und Implementierung*, in: *WzM* 59 (2007), 511–519
- von Dressler, Axel*, *Diakonie und Spiritualität. Impulse aus der Welt der Kommunen, Neukirchen-Vluyn* 2006
- Duesberg, Hans*, *Ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus*, in: *Michael Klessmann* (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen 2008, 254–265
- Dziewas, Ralf*, *Botschafter des Erbarmens – zur diakonischen und gesellschaftspolitischen Aufgabe freikirchlicher Gemeinden*, in: *Yvonne Ortmann/Klaus Rösler/Thomas Seibert* (Hgg.), *Glaube – Liebe – Hoffnung. Christen im 21. Jahrhundert*, Kassel 2009, 174–180
- , *Gerechtigkeit und Gute Werke als interdisziplinäres Thema für die Glaubwürdigkeit der Glaubenden*, in: *ders.* (Hg.), *Gerechtigkeit und Gute Werke – Die Bedeutung diakonischen Handelns für die Glaubwürdigkeit der Glaubenden*, Neukirchen-Vluyn 2010, 7–9
- , *Kommunikation des Erbarmens. Zum Proprium der Diakonie in der modernen Gesellschaft*, in: *ders.* (Hg.), *Gerechtigkeit und Gute Werke – Die Bedeutung diakonischen Handelns für die Glaubwürdigkeit der Glaubenden*, Neukirchen-Vluyn 2010, 93–111
- , *Die Sünde der Menschen und die Sündhaftigkeit sozialer Systeme. Überlegungen zu den Bedingungen und Möglichkeiten theologischer Rede von Sünde aus sozialtheologischer Perspektive*, Münster/Hamburg 1995 (Entwürfe. Schriften des Instituts für Christliche Gesellschaftswissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster 2)

- Katie Eriksson*, Caritas et passio – Liebe und Leiden – als Grundkategorie der Pflegewissenschaft, in: *Theodor Strohm* (Hg.), Diakonie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Ökumenische Beiträge zur weltweiten und interdisziplinären Verständigung, in Zusammenarbeit mit Annette Leis, Susanne Koschmider, Iris Reuter, Volker Herrmann und der Forschungseinheit der Diakonie-Stiftung Lahti/Finland, Heidelberg 2000 (Veröffentlichungen des Diakoniewissenschaftlichen Instituts an der Universität Heidelberg 12), 460–471
- Gestrich, Reinhold*, Am Krankenbett. Seelsorge in der Klinik, Stuttgart 1987
- Grom, Bernhard*, Spiritualität – die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive, in: *Eckhard Frick/Traugott Roser* (Hgg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 2009 [Münchener Reihe Palliative Care 4], 12–17
- Haart, Dorothee*, Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus, in: *Klessmann, Michael* (Hg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen 2008, 40–55
- Haslinger, Herbert*, Die Frage nach dem Proprium kirchlicher Diakonie, in: *Herrmann, Volker/Horstmann, Martin* (Hgg.), Studienbuch Diakonik. Band 2: Diakonisches Handeln – diakonisches Profil – diakonische Kirche, Neukirchen-Vluyn 2006, 160–174
- Hofmann, Beate*, Sind wir anders als die anderen? Diakonische Kompetenz entdecken und fördern, in: Diakonische Profile in der sozialen Arbeit. Tagung des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., 3. bis 5. November 2000 in Berlin, Diakonie Dokumentation 01/01, 90–97
- , Feministische Spiritualität. Entdeckungen bei der Begegnung zweier Frauenkulturen, in: *Beate Hofmann/Michael Schibilsky*, Spiritualität in der Diakonie. Anstöße zur Erneuerung christlicher Kernkompetenz. Mit Beiträgen von Cornelia Coenen-Marx, Beate Hofmann, Christel Schibilsky, Michael Schibilsky, Fulbert Steffensky und Bernward Wolf, Stuttgart 2001 (Diakoniewissenschaft 3), 27–45
- , Leben gestalten. Alltagsritualisierung als diakonische Kernkompetenz, in: *Beate Hofmann/Michael Schibilsky*, Spiritualität in der Diakonie. Anstöße zur Erneuerung christlicher Kernkompetenz. Mit Beiträgen von Cornelia Coenen-Marx, Beate Hofmann, Christel Schibilsky, Michael Schibilsky, Fulbert Steffensky und Bernward Wolf, Stuttgart 2001 (Diakoniewissenschaft 3), 103–116
- Jäger, Alfred*, Seelsorge als Funktion diakonischer Unternehmenspolitik, in: *Schneider-Harpprecht, Christoph* (Hg.), Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchen-Vluyn 2000, 136–138
- Karl, Joachim*: „Der Fels des Atheismus. Epikurs und Georg Büchners Kritik an der Theodizee“, in: Georg Büchner Jahrbuch 2/1982, Frankfurt a. M 1983, 99–125
- , Weder Gotteswahn noch Atheismuswahn. Eine Kritik des „neuen Atheismus“ aus der Sicht eines Vertreters des „alten Atheismus“, Vortrag im Mai 2008 bei der Thomas-Morus-Akademie in Bensberg
- Körtner, Ulrich H. J.*, Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: Eine interdisziplinäre Perspektive, in: *Eckhard Frick/Traugott Roser* (Hgg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 2009 (Münchener Reihe Palliative Care 4), 26–34
- Manzeschke, Arne*, Spiritualität und Ökonomie. Grenzen und Strukturen ihrer Gestaltung in der Pflege, in: *Diakonisches Werk der EKD/Klaus-Dieter K. Kottnik/Astrid Giebel* (Hgg.), Spiritualität in der Pflege, Neukirchen-Vluyn 2010, 142–156

- Renz, *Monika*, Eine Spiritualität der Not. An der Grenze, wo Gott erfahren wird, in: *Diakonisches Werk der EKD/Klaus-Dieter K. Kottnik/Astrid Giebel* (Hgg.), *Spiritualität in der Pflege*, Neukirchen-Vluyn 2010, 64–73
- Roser, *Traugott*, Resonanzen erzeugen: Der Beitrag von Krankenhausseelsorge zur Spiritualität in der Palliativversorgung, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 56 (2010) 17–33
- Ruddat, *Günter/Gerhard K. Schäfer*, Einführung, in: *dies.* (Hgg.), *Diakonisches Kompendium*, Göttingen 2005, 11–14
- Schibilsky, *Michael*, Spiritualität in der Diakonie. Annäherungen aus dem Alltag, in: *Beate Hofmann/Michael Schibilsky*, *Spiritualität in der Diakonie. Anstöße zur Erneuerung christlicher Kernkompetenz. Mit Beiträgen von Cornelia Coenen-Marx, Beate Hofmann, Christel Schibilsky, Michael Schibilsky, Fulbert Steffensky und Bernward Wolf*, Stuttgart 2001 (*Diakoniewissenschaft* 3), 7–26
- Schulz, *Stefan/Klaus Steigleder/Heiner Fangerau/Norbert W. Paul* (Hgg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt a. M. 2006 (*stw* 1791)
- Steinkamp, *Norbert/Bert Gordijn*, *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung – Ein Arbeitsbuch*, 2. überarbeitete Auflage, Neuwied/Köln/München 2005
- ter Haseborg, *Fokko*, Es gibt viel zu tun, fangen wir an! – Wie können evangelische Krankenhäuser im Wettbewerb bestehen?, in: *Profil zeigen. Herausforderungen meistern. 75 Jahre Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.*, Berlin 10.–11. Mai 2001, Dokumentation, Berlin 2001, 29–39
- Turre, *Reinhard*, Unternehmensphilosophie und Ethik in einem Werk der Diakonie, in: *ders.* *Diakonische Einsichten. Theologische Impulse und ethische Reflexionen*, Stuttgart/Berlin/Köln 2001 (*Diakoniewissenschaft* 7), 115–133
- Utsch, *Michael*, *Spiritualität in Medizin und Pflege. Wissenschaftliche Befunde und praktische Impulse*, in: *Diakonisches Werk der EKD/Klaus-Dieter K. Kottnik/Astrid Giebel* (Hgg.), *Spiritualität in der Pflege*, Neukirchen-Vluyn 2010, 21–33
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.*: *Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens*, in: *Ethik in der Medizin* 22 (2010), 149–153
- Wiesing, *Urban* (Hg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Herausgegeben von Urban Wiesing unter Mitarbeit von Johann S. Ach, Matthias Bormuth und Georg Marckmann, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2004