

Johann Platzer

# *Spiritual Care* als Chance und Herausforderung für die Seelsorge

Zur Rolle der christlichen Krankenhausseelsorge für eine gelingende gesundheitsberufliche *Spiritual Care*

ABSTRACT 

Die Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte verweisen auf einen Transformationsprozess im Gesundheitswesen, bei dem die spirituelle Dimension in ihren unterschiedlichsten Facetten eine deutliche Aufwertung erfahren hat. In diesem Kontext ist der Begriff *Spiritual Care* sowohl für diverse Gesundheitsberufe als auch für die konfessionelle Krankenhausseelsorge immer mehr zum Trend und Thema geworden.

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welche Aufgaben, Chancen und Herausforderungen sich dadurch für die Krankenhausseelsorge ergeben und was diese für eine gelingende *gesundheitsberufliche Spiritual Care* leisten kann. Wenn christliche Seelsorge in diesem Prozess nicht an Relevanz verlieren will, dann sollte sich diese vor allem um eine interprofessionelle und transreligiöse Integration der spirituellen Dimension im Gesundheitswesen bemühen. Das setzt wiederum die Stärkung ihres eigenen Profils voraus. Dabei wird es vor allem im klinischen Kontext vermehrt notwendig sein, das eigene Selbstverständnis fernab missionarischer Absichten in eine möglichst für alle verständliche Sprache zu übersetzen.

*Spiritual Care – opportunities and challenges for pastoral care. Christian health-care chaplaincy and its impact on delivering spiritual care in the health sector*  
Developments over the last decade point towards transformations in the health care sector that positively and increasingly integrate elements of spirituality in various forms. This emerging trend of *Spiritual Care* has gained significance for various health professions as well as denominational healthcare chaplaincy.

*This article explores the aims, opportunities and challenges of Spiritual Care for healthcare chaplaincy on the one hand, and how healthcare chaplaincy can in turn support the beneficial delivery of Spiritual Care in the health sector. For Christian pastoral care to remain relevant and contribute to this process, it should promote an inter-professional and cross-religious approach for the integration of spiritual dimensions in healthcare. First, however, it must (re)affirm its role separate from missionary perspectives and communicate its intentions in a way that connects with the general public, and in particular, in clinical settings.*

| BIOGRAPHY

**Johann Platzer** ist Senior Lecturer am Institut für Moralthologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz und lehrt Medizinethik an der Medizinischen Universität Graz.

ORCID  0000-0003-3131-9738

E-Mail: j.platzer(at)uni-graz.at

| KEY WORDS

*Spiritual Care; Seelsorge; Krankenhausseelsorge; Pflegeheimseelsorge; Medizin; Pflege; Gesundheitsberufe; Gesundheit; Heil; Heilung*

*Spiritual Care; pastoral care; healthcare chaplaincy; care home chaplaincy; healthcare; care; healthcare professions; health sector; health; healing; cure*

## Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat in einer 1984 verabschiedeten Resolution erstmals offiziell die gesundheitspolitische Bedeutung der „spirituellen Dimension“ hervorgehoben. In den darauffolgenden Jahren hat sich der Begriff *Spiritual Care* im Gesundheitswesen immer mehr etabliert und stellt nicht nur die Gesundheits- und Sozialberufe, sondern auch eine im Gesundheitswesen tätige konfessionelle Seelsorge vor neue Herausforderungen und Aufgaben.

Im vorliegenden Beitrag soll zunächst ein kurzer Überblick über die Entwicklung von *Spiritual Care* gegeben werden. Danach werden unterschiedliche Facetten der Diskussion über das Verhältnis von *Spiritual Care* und Krankenhauseelsorge sowie einige Modelle von *Spiritual Care* aufgezeigt. Dabei zeigt sich, dass die „spirituelle Dimension“ im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren eine faktische Aufwertung erfahren hat, die im Kontext einer immer noch hauptsächlich naturwissenschaftlich geprägten Medizin als begrüßenswert erscheint. Vor diesem Hintergrund soll aus theologischer Perspektive der Frage nachgegangen werden, was *Spiritual Care* für die konfessionelle Seelsorge konkret bedeuten kann, welches professionelle Profil und Selbstverständnis damit für sie verbunden ist und welchen Beitrag die Seelsorge<sup>1</sup> für eine gelingende *gesundheitsberufliche Spiritual Care* leisten kann.

### 1 Zur Entwicklung von *Spiritual Care*

In Hinblick auf die Debatte über die heutige Bedeutung von *Spiritual Care* im Gesundheitswesen muss vor allem auf die als Pionierin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung geltende Cicely Saunders (1918–2005) verwiesen werden, die 1967 das St. Christopher’s Hospice in London gründete und damit den Beginn der neuen Hospizbewegung markierte (vgl. Holder-Franz 2012, 21). Ihr Verständnis von Hospiz und *Spiritual Care* ist zwar stark durch ihre eigenen christlichen Erfahrungen und Wurzeln geprägt, jedoch betrachtete sie ihr Hospiz vor allem als einen Ort von transreligiöser Offenheit jenseits missionarischer Absichten (vgl. Saunders 2009, 19). Obwohl es gegenwärtig umstritten ist, ob Saunders den Begriff *Spiritual Care* als Bezeichnung spiritueller Begleitung Sterbender selbst verwendet hat, hat ihr ganzheitlicher *Care*-Ansatz vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen mit Schmerztherapien in hohem Maße zur Popularität von *Spiritual*

<sup>1</sup> Der Begriff *Seelsorge* bezieht sich im vorliegenden Beitrag vor allem auf eine im Gesundheitswesen tätige konfessionelle Krankenhaus- oder Pflegeheimseelsorge.

*Care* beigetragen und auch die WHO wesentlich beeinflusst (vgl. Nauer 2015, 22–26). Das von ihr entwickelte Schmerz-Konzept von *Total Pain* umfasst sowohl eine *körperliche* und *psychische* als auch eine *soziale* und *spirituelle* Dimension und dem sollte daher ganzheitlich durch eine Form von *Total Care* auf allen Ebenen begegnet werden.

## Eine ethische Profilierung der spirituellen Dimension

Diese vier Dimensionen hat in der Folge die Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahr 2002 in ihrer Definition von *Palliative Care* ausdrücklich festgehalten, wobei sie den vieldeutigen Begriff *Spiritualität* von Beginn an weltanschaulich offen definiert und somit weitgehend konsensfähig gemacht hat (vgl. WHO 2002). Sie betrachtet dabei die spirituelle Dimension und spirituelle Bedürfnisse nicht bloß deskriptiv, sondern evaluativ als normative Konzepte, mit denen auch weitreichende gesundheitspolitische Forderungen für eine *Gesundheit für alle* verbunden werden. Demnach dürfe im Streben nach einer weltweiten Verbesserung der medizinischen Versorgung die spirituelle Dimension nicht vernachlässigt werden, da diese für Menschen in unterschiedlichsten Kulturen in allen Bereichen des Lebens von großer Bedeutung sei (vgl. Peng-Keller 2014, 44–45; 2017, 178). Neben dieser „ethischen Profilierung“ der spirituellen Dimension bezeichnete die WHO das Spirituelle schon zu Beginn der 1980er-Jahre als einen Faktor, der sich dem biomedizinischen Blick entzieht, indem explizit auf die Unterscheidung zwischen Materie und Geist hingewiesen wird (vgl. Peng-Keller 2017, 178).<sup>2</sup>

Vor diesem Hintergrund lässt sich mit Doris Nauer die Entstehungs- und Expansionsgeschichte von *Spiritual Care* im Gesundheitswesen vor allem auf drei Faktoren zurückführen (vgl. Nauer 2015, 22–43): Zum einen liegt der Wurzelgrund, wie erwähnt, in der sich in den 1960er-Jahren entwickelten Hospizbewegung und dem *Total Pain*-Ansatz von Ciceley Saunders. Zum anderen verweist Nauer auf die „Wachstumsbeschleuniger“ *Palliative Care* und *Palliativmedizin*, die wesentlich zu einer von der WHO angestoßenen gesundheitspolitischen Verankerung von *Spiritual Care* geführt haben. Ein weiterer Grund des Spiritualitäts-Booms liegt in der Zunahme empirischer Forschung. Vor allem in den USA, aber auch in vielen anderen Ländern weltweit wird seit Jahrzehnten viel an Forschungsarbeit über den Zusammenhang zwischen Spiritualität und Glaube einerseits sowie Gesundheit und Lebensqualität andererseits geleistet. Deshalb interessierten sich mit der Zeit auch die Palliativmedizin und andere Gesundheitsberufe

<sup>2</sup> In diesem Kontext verweist Simon Peng-Keller zu Recht auf die Frage, ob eine derartig cartesianisch geprägte Sicht von *Spiritual Care* nicht zu sehr einem dualistischen Menschenbild in der Medizin verhaftet bleibt. Des Weiteren bleibt in diesen Stellungnahmen auch das Verhältnis zwischen der spirituellen und psychischen Dimension ungeklärt. Zur aktuellen Diskussion darüber siehe z. B. Egger 2013.

zunehmend für Spiritualität als so genannten *faith factor*. Zudem ist man mancherorts auch vermehrt zur Ansicht gelangt, *Spiritual Care* könne auch helfen, „Zeit, Geld und personelle Ressourcen [zu] sparen“ (Frick 2014a, 64).

## Spiritualität als transdisziplinäre Querschnittsaufgabe für alle Gesundheitsberufe

Aus diesen und anderen Gründen ist *Spiritual Care* schon seit längerem ein immer wichtigerer Faktor für die gesamte Medizin geworden, also auch über den Palliativbereich hinaus. Eckhard Frick SJ, der 2010 in Deutschland auf den ersten Lehrstuhl für *Spiritual Care* berufen wurde, spricht in diesem Zusammenhang von einer *transdisziplinären Querschnittsaufgabe* für alle Gesundheitsberufe. Er vertritt dabei die Auffassung, dass *Spiritual Care* als „Teil des evidenzbasierten Paradigmas“ angesehen werden sollte und deshalb „in den Fächerkanon der Gesundheitsberufe [gehört], und zwar nicht erst am Lebensende“ (Frick 2014a, 59). Kritische Stimmen warnen wiederum vor einer Funktionalisierung von Spiritualität und stehen einer solchen Entwicklung im Sinne einer ökonomischen Verzweckung kritisch gegenüber (vgl. Roser 2017, 488–499; Karle 2018, 65). Vor dem Hintergrund dieser knapp skizzierten Entwicklungen wird deutlich, dass *Spiritual Care* schon seit längerem sowohl für diverse Gesundheitsberufe als auch für die konfessionelle Seelsorge immer mehr zum Trend und Thema wird.

## 2 Spiritualitäten, Krankenhausseelsorge und *Spiritual Care*

### 2.1 Spiritualitäten

Überlegungen zur Frage nach einer anthropologischen Fundierung der spirituellen Dimension und einem damit zugrundeliegenden Spiritualitätsverständnis füllen mittlerweile Bände. Dasselbe gilt für unterschiedliche Verhältnisbestimmungen zwischen Spiritualität(en) und Religion / Religiosität.<sup>3</sup> Hinsichtlich eines für die Diskussion über *Spiritual Care* notwendigen Spiritualitätsverständnisses wird in der Literatur häufig zwischen einem *weiten, immanenten* Spiritualitätsverständnis („Alltagsspiritualität“) ohne notwendige religiöse Bindung sowie einem *engen, transzendenten* Spiritualitätsverständnis („Glaubensspiritualität“) mit einem expliziten Bezug zu einem transzendenten Sein bzw. zu einer Gottheit unterschieden (vgl. Frick

<sup>3</sup> Einen ausführlichen Überblick über die Vielzahl qualitativer und quantitativer Studien zu diesem Thema bietet beispielsweise Bucher 2014.

2013; Knoll 2017, 61; Platzer 2019, 128–130), wobei in der *Spiritual Care*-Debatte meist von einem weiten Spiritualitätsverständnis ausgegangen wird:

„*Spiritual Care* arbeitet nicht mit bestimmten Inhalten, sondern mit dem breiten Konzept von Spiritualitäten, das verschiedene religiöse Zugehörigkeiten ebenso umfasst wie existenzielle, weltanschauliche und atheistische Sinnentwürfe.“ (Frick 2012, 68)

Und für Traugott Roser ist Spiritualität in diesem Kontext ein Garant für Individualität: „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält.“ (Roser 2011, 47) In dieser Debatte wurden diesbezüglich aber auch immer wieder kritische Stimmen laut. So machten beispielsweise Birgit Heller und Andreas Heller schon früh darauf aufmerksam, dass durch ein zu weites Verständnis der Begriff Spiritualität „zu einer leeren Hülse zu verkommen“ drohe und damit „als eine Art Stopfgang“ (Heller/Heller 2009, 9) für alles Mögliche benutzt würde.

## Ein interdisziplinäres Forschungsgebiet und transprofessionelles Praxisfeld

Mittlerweile ist die Diskussion über die inhaltliche Bestimmung von *Spiritual Care* wieder etwas in den Hintergrund geraten. Gerade wegen dieser wohl bleibenden Begriffsunschärfe steht *Spiritual Care* derzeit vor allem für ein interdisziplinäres Forschungsgebiet und transprofessionelles Praxisfeld, das unterschiedliche Ansätze, Konzepte und Praktiken umfasst und bewusst auf Offenheit hin ausgerichtet ist (vgl. Peng-Keller 2017, 179–180). Von einem solchen Verständnis wird auch im vorliegenden Beitrag ausgegangen. Erhard Weiher weist in diesem Zusammenhang auf eine wichtige und notwendige Unterscheidung zwischen der Ebene der *Forschung* und jener der persönlichen *Begegnung* hin. Demnach gälte es auf Seiten der Forschung, sich weiterhin mit den menschlichen Erfahrungen von Spiritualität auseinanderzusetzen. Dabei solle man sich beispielsweise fragen, „ob Spiritualität nicht doch ein Phänomen ist, das mit psychologischen Beschreibungen zureichend erfassbar ist oder ob es [dafür] ein spezifisches Merkmal gibt“, oder auch, „wie weit Religion und Spiritualität sich überschneiden und unterscheiden [und] ob Spiritualität Religion ein- oder ausschließt“ (Weiher 2014, 153). Dagegen sollte Spiritualität im Kontext der Begegnung möglichst weit gefasst werden, weshalb sich auch die Seelsorge – so seine These – heute immer auch als *Spiritual Care* ver-

stehen muss. Diese Differenzierung zwischen Forschung und Begegnung gilt es unbedingt zu beachten, denn

*„[a]m Kranken- und Sterbebett [...] geht es nicht um wissenschaftliche oder theologische Kriterien. Das Qualitätskriterium ist die persönliche existenzielle Erfahrung, die Menschen in der Auseinandersetzung mit Schicksal und Weltsein zur Verfügung steht.“* (Weiher 2014, 154)

Deshalb sollten auch alle Gesundheitsberufe offen sein für „jede Form der Erfahrung von Selbsttranszendenz“. Zwar könne man diesbezüglich nicht jede menschliche Erfahrung als „spirituell“ bezeichnen, allerdings müsse man einem jeden Menschen „einen innersten Geist und eine ganz persönliche Sinnausrichtung zugestehen, aus denen heraus er sein Leben empfindet und gestaltet“ (Weiher 2014, 155). Die Unterscheidung zwischen Forschung und Praxis verweist daher auch auf die Notwendigkeit praxisorientierter Forschungstätigkeiten von Seelsorgenden. In diesem Kontext hat das Europäische Netzwerk für Klinikseelsorge in seiner Stellungnahme 2014 eindringlich darauf hingewiesen, dass die Forschung als integraler Bestandteil der klinischen Seelsorgetätigkeit zu betrachten sei, damit das Verständnis für die Rolle und der Stellenwert der Klinikseelsorge in den sich ständig wandelnden Gesundheitseinrichtungen gefördert werde (vgl. ENHCC 2014). Darüber hinaus würde dies auch einer qualitativ hochwertigen Seelsorgepraxis dienlich sein.

## 2.2 *Krankenhausseelsorge und / oder Spiritual Care?*

Nach dieser grundlegenden Differenzierung zwischen Forschung und Praxis soll nun kurz auf die Diskussion über das Verhältnis von Krankenhausseelsorge und *Spiritual Care* eingegangen werden. Schon 2014 haben Andreas Heller und Birgit Heller festgestellt:

*„Wie sich das Zueinander und Gegeneinander von Krankenhausseelsorge und Spiritual Care entwickelt, ist offen. Wer spirituelle Prozesse initiieren und aufnehmen kann, ist eine bleibende Frage.“* (Heller/Heller 2014, 91)

Doris Nauer beschäftigte sich daraufhin in ihrem Buch *Spiritual Care statt Seelsorge?* unter anderem mit verschiedenen Verhältnisbestimmungen zwischen *Spiritual Care* und Seelsorge. Dabei unterscheidet sie vier unterschiedliche Modelle (vgl. Nauer 2015, 163–164):

- *Spiritual Care und Seelsorge*: In diesem, von der Autorin favorisierten Modell wären beide Bereiche (hausinterne spirituelle Begleiter:innen und hausedexterne Krankenhausseelsorger:innen) inhaltlich klar unterschieden und auch alltagspraktisch getrennt. Dabei würden bzw. sollten sie nicht in Konkurrenz zueinander stehen, sondern könnten vielmehr alltagspraktisch in Einzelfällen auch zusammenarbeiten.
- *Seelsorge und Spiritual Care*: Demnach würden Seelsorger:innen zusätzlich zu ihren seelsorglichen Aufgaben auch Begleitungen im Rahmen von *Spiritual Care* übernehmen. Hier fragt Nauer jedoch kritisch zurück, ob eine solche „Doppel-Rolle“ christlichen Seelsorger:innen und Patient:innen auch wirklich zuzumuten sei bzw. ob sie anderen Berufsgruppen plausibel erscheinen wird.
- *Seelsorge als Spiritual Care*: Hier würden sich christliche Seelsorger:innen ausschließlich auf die individuellen spirituellen Bedürfnisse von Patient:innen konzentrieren, wodurch jedoch sowohl die prophetisch-kritische Funktion der Seelsorge als auch eine Rückbindung an ihre Kirchen zunehmend verloren gehen könnte. Seelsorgende könnten dabei unter Umständen auch von den Einrichtungen ohne direkte kirchliche Entsendung angestellt und bezahlt werden.
- *Spiritual Care statt Seelsorge*: In diesem Modell würde die christliche Seelsorge über kurz oder lang verschwinden. *Spiritual Care* würde dann als (vermeintlich) inhaltlich neutrale Dienstleistung und offenbar zeitgemäße Alternative zu einer kirchlich rückgebundenen Seelsorge von den Einrichtungen finanziert und hauptsächlich von Nicht-Seelsorger:innen geleistet werden.

Die beiden letzten von Nauer skizzierten Szenarien verweisen auf eine Entwicklung, die sich schon seit längerer Zeit in den USA und Kanada, aber auch in den Niederlanden beobachten lässt (vgl. dazu beispielsweise Gärtner 2015). Im nordamerikanischen Raum wird die konfessionell-religiöse Seelsorge (*Pastoral Care*) immer mehr durch eine scheinbar weltanschaulich neutrale, für alle Glaubensrichtungen anschlussfähige *Spiritual Care* ersetzt (vgl. Balboni/Balboni 2018).

Auch in den Niederlanden hat die radikale Abnahme der Kirchlichkeit schon seit längerer Zeit dazu geführt, dass *Spiritual Care* die traditionelle Seelsorge der christlichen Kirchen in Gesundheitseinrichtungen mehr oder weniger abgelöst hat. Die für *Spiritual Care* hauptverantwortlichen *geistlichen*

*Versorger* werden dort durch das Gesundheitssystem finanziert. Weil in den Niederlanden das Recht auf *Spiritual Care* ein Recht des Individuums darstellt, ist es verschiedenen weltanschaulich orientierten Gruppen rechtlich erlaubt, eigene *geistliche Versorger* zu beauftragen. Obwohl natürlich auch Christinnen und Christen dieses Recht beanspruchen können, zeigt die Praxis, dass das christlich-konfessionelle Profil der niederländischen *Spiritual Care* immer mehr abnimmt.

### Der Mainstream einer konfessions- und religions-entkoppelten individualisierten Spiritualität

Stefan Gärtner weist in seinem Ländervergleich zwischen Deutschland und den Niederlanden darauf hin, dass die privilegierte Stellung der konfessionellen Krankenhausseelsorge in Deutschland, die sich auch auf Österreich übertragen lässt, einen „Januskopf“ hätte: Zum einen könnten sich daraus in der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen von *Spiritual Care* eine Reihe von Chancen für sie ergeben. Zum anderen könnten die bestehenden Privilegien der Krankenhausseelsorge und ihre institutionelle Position aber auch für diverse Gesundheitseinrichtungen innovations- und kooperationshemmend wirken. Das könnte dann zu einer Abwertung der Seelsorge führen, da diese demnach ja dem Mainstream einer konfessions- und religionsentkoppelten individualisierten Spiritualität entgegenstünde (vgl. Gärtner 2015, 212).

Obwohl sich die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen zwischen dem deutschsprachigen Raum und den Niederlanden nicht vergleichen lassen, kann wohl nicht ausgeschlossen werden, dass in absehbarer Zeit ähnliche Herausforderungen auch auf die konfessionelle Seelsorge in Deutschland und Österreich zukommen könnten, zumal ja die religiöse Bindung sowie das Vertrauen der Menschen in die Institution Kirche weiter massiv abnehmen.

### 3 Modelle und Ansätze von *Spiritual Care*

Die von Doris Nauer skizzierten Verhältnisbestimmungen zwischen Seelsorge und *Spiritual Care* haben exemplarisch gezeigt, dass vor allem in der deutschsprachigen Diskussion *Spiritual Care* lange Zeit mit einem gewissen Ansatz identifiziert wurde (und teilweise immer noch wird), der sich entweder mit dem Begriff der Seelsorge deckt oder dazu in einem Kontrastver-

hältnis steht. Diese Diskussion über das Verhältnis von Seelsorge und *Spiritual Care* ist mittlerweile etwas abgeflaut und auch nicht mehr von großer Relevanz, da sich zum einen auch jede konfessionelle Seelsorge immer auch als eine Form von *Spiritual Care* begreifen lässt. Zum anderen widerspricht eine meist mit einem vermeintlichen Neutralitätsanspruch verbundene inhaltliche Fixierung von *Spiritual Care* einer faktisch vorhandenen Vielfalt von *Spiritual Care*-Modellen mit jeweils unterschiedlichen Ansätzen, die teilweise auch über das Gesundheitssystem hinausreichen.

### 3.1 Drei *Spiritual Care*-Modelle

Der australische Soziologe und Theologe Bruce Rumbold unterscheidet in diesem Kontext drei Modelle, nämlich ein *klinisch-therapeutisches* (1), ein *soziales* (2) sowie ein *holistisches* (3) mit jeweils unterschiedlichen anthropologischen Grundverständnissen und Akteur:innen (vgl. Rumbold 2012; Peng-Keller 2017, 178–179).

## Unterschiedliche anthropologische Grundverständnisse und Akteur:innen

- Das erste Modell, das auch in der soeben skizzierten deutschsprachigen Diskussion vorherrschend erscheint, sieht *Spiritual Care* vor allem als Erweiterung des biopsychosozialen Gesundheitsmodells. Demnach wird *Spiritual Care* als eine primär konfessionsunabhängige und religionsübergreifende interdisziplinäre Begleitung von professionellen Fachleuten des Gesundheitsbereichs gesehen.
- Das zweite Modell umfasst demgegenüber verschiedene gemeinschaftsorientierte Ansätze und ist – ähnlich der WHO-Resolution aus dem Jahre 1984 – teilweise bewusst in Abgrenzung zum ersten, stark biomedizinisch geprägten Modell als „ethische und gemeinschaftliche Praxis“ (Peng-Keller 2017, 178) konzipiert. Hier wird *Spiritual Care* als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet. Nicht fortschreitende Professionalisierung, sondern das Eintreten für eine solidarische Gemeinschaft und neue Formen des Zusammenlebens und der Sorge stehen dabei im Mittelpunkt. Die moderne Hospizbewegung sowie verschiedene *Caring Community*-Ansätze, die zum Großteil von Ehrenamtlichen getragen werden, entsprechen unter anderem diesem Verständnis.

- Das äußerst heterogene dritte Modell umfasst wiederum sowohl alternativ- und komplementärmedizinische Behandlungsmethoden als auch religiöse Handlungs- und Heilungspraktiken, die in der gegenwärtigen westlichen Diskussion zwar eine untergeordnete Rolle spielen, sich aber international (vor allem in manchen afrikanischen und südamerikanischen Ländern) im Gesundheitssystem teilweise etabliert haben.

Auch wenn sich die derzeitigen Diskussionen über *Spiritual Care* primär im klinischen Kontext bewegen, macht diese Übersicht deutlich, dass auch kulturelle Kontexte und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen wesentlich auf das Verständnis von *Spiritual Care* Einfluss nehmen können, was wiederum auch für mögliche Entwicklungen und das Selbstverständnis der Krankenhausseelsorge von Relevanz sein könnte.

### 3.2 Gesundheitsberufliche und seelsorgliche *Spiritual Care*

Neben dieser Differenzierung in drei *Spiritual Care*-Modelle hat sich international auch die Unterscheidung zwischen einer so genannten *generalisierten* und einer *spezialisierten Spiritual Care* durchgesetzt. Dabei bezieht sich erstere auf die Gesundheits- und Sozialberufe und letztere auf die Seelsorge (vgl. Peng-Keller 2020, 128–129). Das amerikanische Ehepaar Michael und Tracy Balboni unterscheiden in ihrem Buch *Hostility to Hospitality* diesbezüglich zwischen so genannten *spiritual generalists* und *religious particularists*. Während letztere immer von religiösen Gemeinschaften und Traditionen geprägt und beauftragt sind, betrachten erstere Spiritualität als anthropologische Konstante, die sowohl in religiösen als auch areligiösen Formen aufkommen kann (vgl. Balboni/Balboni 2019, 245–248).

## Ein neutrales *Spiritual Care*-Angebot jenseits konkreter Traditionen und Gemeinschaften?

Eine solche Unterscheidung erscheint im ersten Moment aus gesundheitsberuflicher Sicht zwar attraktiv, da sie unterschiedliche Verantwortungsbereiche plausibel darzustellen vermag, aus seelsorglich-theologischer Perspektive ist dies jedoch nicht unproblematisch. Simon Peng-Keller verweist in diesem Kontext auf einen wichtigen Punkt, nämlich „auf die attraktive Vorstellung, es könne so etwas wie ein neutrales *Spiritual Care*-Angebot geben, das jenseits konkreter, partikularer Traditionen und Ge-

meinschaften verortet ist“ (Peng-Keller 2020, 128). Deshalb wird auch immer wieder zu Recht hinterfragt, ob es so etwas wie eine weltanschaulich neutrale *Spiritual Care* überhaupt geben kann. Isolde Karle verneint diese Frage zu Recht mit dem Hinweis, dass „jeder *Spiritual Care Giver* mit einer impliziten oder expliziten Anthropologie, mit gewissen Grundannahmen und Plausibilitäten im Hinblick auf eine religiös oder nicht-religiös getönte Spiritualität“ (Karle 2018, 60) lebt.

Diese „Neutralitäts-Fragen“ gilt es vor allem auf Seiten der Seelsorge immer wieder zu thematisieren, denn wie die oben genannten Beispiele aus den Niederlanden und Nordamerika zeigen, könnte die konfessionelle Seelsorge durch eine Differenzierung zwischen spirituellen Generalisten und religiösen Partikularisten in zweifacher Weise an Bedeutung verlieren. Wenn nämlich Seelsorge zum einen nur mit religiös-inspirierten spirituellen Erfahrungen in Zusammenhang gebracht wird, könnte sie bald unter Verdacht geraten, „weniger zu bieten, nämlich eine nur auf Religion begrenzte“ (Hausschildt 2013, 85) Begleitung. Wenn sich aber Seelsorger:innen im Rahmen von *Spiritual Care* zum anderen nur mehr als neutrale „Spiritualitätsbeauftragte“ mit christlichen Wurzeln sehen, dann könnte ein solches Selbstverständnis ebenfalls dazu beitragen, dass die konfessionelle Krankenhausseelsorge und damit gleichzeitig ein zentrales kirchliches Handlungsfeld an Relevanz verliert und somit ein wichtiger „Andersort“ im Gesundheitssystem, welcher auch mit einem gewissen systemkritischen Auftrag verbunden ist, verloren ginge. In beiden Szenarien könnte es also durchaus passieren, dass Krankenhausseelsorge mittel- bis langfristig an Bedeutung verliert und möglicherweise sogar wegrationalisiert werden könnte.

Vor diesem Hintergrund gilt es Simon Peng-Keller zuzustimmen, nicht zwischen einer generalisierten und einer spezialisierten, sondern zwischen einer *gesundheitsberuflichen* und *seelsorglichen* (bzw. *spezialisierten*) *Spiritual Care* zu unterscheiden:

„Die Unterscheidung zwischen gesundheitsberuflicher und seelsorglicher *Spiritual Care* hat ihre Stärke darin, dass sie die gemeinsame Aufgabe ebenso betont wie die unterschiedlichen Spezialisierungsgrade. Darüber hinaus ermöglicht sie eine Differenzierung in zwei Richtungen: Während die gesundheitsberufliche *Spiritual Care* sich weiter ausdifferenzieren lässt in pflegefachliche, ärztliche, psychotherapeutische... *Spiritual Care*, so die seelsorgliche in christliche, muslimische, jüdische und weitere Varianten.“ (Peng-Keller 2021a, 161)

Bei den verschiedenen Gesundheitsberufen könne *Spiritual Care* allerdings nur dann zu einem integrativen Bestandteil eines gesundheitsberuflichen Selbstverständnisses werden, so Peng-Keller, „wenn sie nicht additiv [als] zusätzliche Aufgabe“ verstanden werde, sondern vielmehr als „eine zusätzliche Kompetenz, die es ermöglicht, den primären Handlungsauftrag besser und patientenorientierter zu erfüllen“ (Peng-Keller 2020, 130). Dies ist meines Erachtens ein wichtiger Aspekt, um einem möglichen Gefühl der Überforderung entgegenzuwirken.

### Keine zusätzliche Aufgabe, sondern eine zusätzliche Kompetenz, um den primären Handlungsauftrag besser zu erfüllen

Seelsorgende stehen hingegen innerhalb einer interprofessionellen *Spiritual Care* vor allem auch für ihre Glaubensgemeinschaft ein, von der sie beauftragt sind, der sie angehören und die sie repräsentieren. Gleichzeitig sind sie dabei (idealerweise) auch Ansprech- und Vertrauenspersonen für *alle* Menschen mit spirituellen Fragen und Bedürfnissen. Um diese unterschiedlichen Teilrollen erfüllen zu können, bedarf es laut Peng-Keller nicht nur einer breiten fachlichen Expertise, sondern auch „einer eingetübten Fähigkeit zum Code-Switching“ (Peng-Keller 2020, 129–30), also der Fähigkeit je nach Aufgabe und Gegenüber zwischen unterschiedlichen Rollen und Sprachspielen zu wechseln.

Ein solches Berufsethos ist jedoch mit hohen Ansprüchen verbunden. Es ist dafür zunächst vor allem ein Rückbezug auf die eigenen christlich-theologischen Grundlagen und Aufgaben von Seelsorge vonnöten, um plausibel darstellen zu können, warum seelsorgliche *Spiritual Care* auch über die eigene Religionsgemeinschaft wirkmächtig sein kann.

#### 4 *Spiritual Care* und das Selbstverständnis klinischer Seelsorge

Diese begrüßenswerte Differenzierung zwischen einer *gesundheitsberuflichen* und *seelsorglichen* (bzw. *spezialisierten*) *Spiritual Care* kann nicht nur wesentlich zur Klärung des jeweiligen professionellen Selbstbildes beitragen, sondern hat auch das Potenzial, etwaige Spannungen zwischen den Konzepten *Spiritual Care* und Seelsorge zu verringern. Mittlerweile scheint sich diese Unterscheidung auch auf breiterer Basis immer mehr durchzusetzen. Vor diesem Hintergrund haben sich sowohl die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) als auch die Deutsche Bischofskonferenz (DBK)

in jüngeren Stellungnahmen zum Verhältnis zwischen Krankenhausseelsorge und *Spiritual Care* geäußert (vgl. EKD 2020; Pastoralkommission der deutschen Bischöfe 2021).

#### 4.1 *Spiritual Care durch Seelsorge*

Sowohl die EKD als auch die DBK begrüßen in ihren Dokumenten grundsätzlich die interprofessionelle Ausrichtung von *Spiritual Care* und verweisen dabei gleichzeitig auf den notwendigen Prozess einer ständigen Profilierung und Professionalisierung klinischer Seelsorge. Auch wenn sich die beiden Dokumente in vielen Punkten übereinstimmend positiv zur Rolle von *Spiritual Care* im Gesundheitswesen äußern, so lassen sich auch einige Unterschiede ausmachen: Während die DBK *Spiritual Care* meist als Gegenüber zur kirchlichen Seelsorge versteht und jene eher auf das gesundheitsberufliche Tätigkeitsfeld begrenzt (vgl. DBK 2021, 37), verweist schon der Titel des EKD-Dokuments *Spiritual Care durch Seelsorge* darauf, dass *Spiritual Care* als die Kernkompetenz einer jeden konfessionellen Seelsorge zu betrachten ist. Deshalb wird in der Folge auch konsequent zwischen einer gesundheitsberuflichen und seelsorglichen *Spiritual Care* mit deren jeweiligen unterschiedlichen Aufgaben und Spezialisierungsgraden unterschieden (vgl. EKD 2020, 9). Des Weiteren fällt auf, dass das Dokument der DBK *Spiritual Care* eher eine Tendenz zur weltanschaulichen Neutralität zuschreibt und gleichzeitig vor einer ökonomischen Verzweckung von Spiritualität innerhalb des Medizinbetriebs warnt (vgl. DBK 2021, 37–38). Die Handreichung der EKD betont demgegenüber, dass auch weltanschaulich neutrale *Spiritual Care Giver* immer durch bestimmte anthropologische Grundannahmen und Weltbilder geprägt seien und deshalb eine solche Neutralität nur eine vermeintliche sei (vgl. EKD 2020, 11). Erwähnenswert erscheint zudem noch, dass die EKD in ihrem Fazit betont, dass *Spiritual Care* zunehmend auch jenseits des Krankenhauses (z. B. durch gemeindliche Seelsorge in *care communities*) eine bedeutsame Rolle zukäme.

### Die Brücke zu einer interprofessionellen und transkonfessionellen Stärkung der spirituellen Dimension in Gesundheitseinrichtungen

Vor allem die Handreichung der EKD macht deutlich, dass *Spiritual Care* längst nicht mehr als Kontrastbegriff zur Krankenhausseelsorge gesehen werden kann, sondern dass jene nicht nur die Kernkompetenz einer jeden konfessionellen Seelsorge darstellt, sondern (idealerweise) auch die Brü-

cke zu einer interprofessionellen und transkonfessionellen Stärkung der spirituellen Dimension in Gesundheitseinrichtungen zu schlagen vermag. Allerdings setzt dies, so ein wesentlicher Punkt des Dokuments – eben auch diese klärende Unterscheidung zwischen einer *seelsorglichen* und einer *gesundheitsberuflichen Spiritual Care* voraus. Eine solche Differenzierung findet man im DBK-Papier nicht explizit, sondern eher nur implizit in Ansätzen. Auch wenn sich die DBK für die Entwicklung einer interprofessionellen *Spiritual Care* stark macht, scheint mitunter noch die Sorge durchzudringen, dass eine konfessionelle Krankenhausseelsorge sich mittel- bis langfristig in eine scheinbar weltanschaulich neutrale *Spiritual Care* auflösen könnte. Ob das auch so eintreten wird, dürfte wahrscheinlich auch wesentlich von der Entwicklung und Inanspruchnahme hochqualifizierter Bildungsmaßnahmen für Seelsorger:innen im Hinblick auf *Spiritual Care* abhängen. Deshalb betonen sowohl das DBK-Dokument als auch die EKD-Handreichung die Notwendigkeit einer angemessenen Ausbildung und Qualifizierung. Eine solche erfordert nicht nur fachlich-methodische und soziale Kompetenzen, sondern vor allem auch theologisches Fachwissen. Deshalb soll nun ansatzweise und exemplarisch erläutert werden, wie sich eine spezialisierte seelsorgliche *Spiritual Care* christlich-theologisch begründen lässt.

#### 4.2 *Der christliche Heilungsauftrag der Krankenhausseelsorge*

Das Bemühen um eine ganzheitliche zeitgemäße Seelsorge, die sich aus christlichen Gottes- und Menschenbildern ableiten lässt, umfasst die Berücksichtigung einer Reihe von Dimensionen mit damit einhergehenden umfassenden Kompetenzen. Vor dem Hintergrund einer großen Vielfalt und Pluralität von derzeitigen Seelsorgekonzeptionen verweist Doris Nauer auf drei einander ergänzende und ineinander übergehende allgemeine Dimensionen einer zeitgemäßen und glaubwürdigen Seelsorge, nämlich auf eine *spirituell-mystagogische*, eine *diakonisch-prophetisch-kritische* sowie eine *pastoralpsychologisch-heilsame* Dimension (vgl. Nauer 2015, 172–184).<sup>4</sup> An dieser Stelle soll nun kurz auf die heilsame Dimension eingegangen werden.

Simon Peng-Keller sieht im christliche Heilungsauftrag, den er bibeltheologisch fundiert, ein zentrales integratives Moment für die Seelsorge im Kontext von *Spiritual Care*. Er vertritt die These, dass christliche Seelsorge sich vor allem auf den durch Jesus begründeten christlichen Heilungsauf-

<sup>4</sup> Nauer stellt in diesem Kontext auch fest, dass kein Seelsorger/keine Seelsorgerin alle Kompetenzen allein abdecken könne und dass deshalb christliche Seelsorge stets Teamarbeit von Seelsorgenden mit unterschiedlichen Kompetenzprofilen voraussetzt.

trag berufen kann und sollte.<sup>5</sup> Dabei streicht er folgende, für das Selbstverständnis der klinischen Seelsorge wesentliche Punkte hervor (vgl. Peng-Keller 2022, 246–250): In den neutestamentlichen synoptischen Evangelien hat Jesus die Jünger nicht nur beauftragt zu verkünden, sondern auch zu heilen (Lk 9,12). Dieser Heilungsauftrag ist dabei nicht nur auf die Gemeinde beschränkt, sondern stellt einen „Dienst an (Noch) Nicht- oder Andersgläubigen“ (Peng-Keller 2022, 247) dar. Im Matthäusevangelium geht dann der vorösterliche Heilungsauftrag in die nachösterliche Krankenfürsorge über (Mt 25,36: „Ich war krank und ihr habt mich besucht“) und wird als eines von mehreren Werken der Barmherzigkeit bestimmt. Im abschließenden Sendungs- bzw. Missionsauftrag (Mt 28,19–20) wird jedoch nicht mehr explizit von einem Auftrag zum Heilen gesprochen.

## Ein Seelsorgeangebot im Horizont des christlichen Heilungsauftrages

In diesem Kontext sieht Peng-Keller eine bedeutsame Weichenstellung für den seelsorglichen Dienst: „Die Heilungen, die Jesus wirkt, sind nicht auf Gemeindebildung angelegt. Sie haben ihre Bedeutung in sich, sind nicht missionsstrategisch verzweckt.“ Deshalb sei ein christliches Seelsorgeangebot im Horizont des christlichen Heilungsauftrages „von vornherein inter- und transreligiös geöffnet“ (Peng-Keller 2021b, 270). Dieses Selbstverständnis ist von besonderer Bedeutung, da seelsorgliches Handeln in seiner Außenwirkung (sowohl innerhalb verschiedener Gesundheitsberufe als auch bei manchen Patient:innen) mitunter immer noch mit der „Gefahr der Manipulation und Missionierung im Krankenhaus / Pflegeheim“ (Zieris 2021, 113) in Verbindung gebracht wird.

Neben diesem inter- und transreligiösen Aspekt scheint auch ein weiterer Punkt bedeutsam zu sein: Das neutestamentliche *therapeuein* (heilen, pflegen, kümmern, dienen) umfasst aus exegetischer Sicht nicht nur Wunderheilungen, sondern auch das ganze Spektrum therapeutischer Handlungsformen, wie kurative Medizin (*cure*), seelisch-spirituelle Heilung (*healing*) sowie Krankenfürsorge (*care*). Seelsorge hat demnach somit auch immer therapeutische Relevanz. Auch wenn Seelsorge keine speziellen Gesundheitstherapien wie andere Gesundheitsberufe anbieten kann (und soll), bedeutet dies noch lange nicht, dass Seelsorge nicht heilsam ist bzw. heilsam sein kann:

<sup>5</sup> Für eine ausführlichere Darstellung siehe dazu vor allem Peng-Keller 2021a, 69–150.

„Seelsorgliche Präsenz ist heilsam, wenn sie vulnerable Menschen in der ‚Kraft zum Menschsein‘ stärkt und auf diese Weise zu palliativen, reha-

*bilitativen, präventiven oder kurativen Aufgaben heutiger Gesundheitsversorgung beiträgt, ohne in diesem Beitrag aufzugehen.“ (Peng-Keller 2022, 249)*

Dieser kurze theologisch fundierte Rekurs ist nicht nur für das eigene Selbstverständnis der Seelsorgenden bedeutsam, sondern sollte darüber hinaus – und das erachte ich vor allem hinsichtlich der transreligiösen Offenheit als besonders notwendig und wichtig – auch zur eigenen Profilierung entsprechend nach innen und außen kommuniziert und erfahrbar gemacht werden.

## 5 Rückblick und Ausblick

Was vermag nun eine im Gesundheitswesen tätige klinische Seelsorge für eine gelingende gesundheitsberufliche *Spiritual Care* zu leisten und welche Aufgaben sind damit für jene verbunden? Allein die Fragestellung setzt wie erwähnt schon voraus, dass es sich zunächst zumindest aus einer seelsorglichen-theologischen Perspektive empfiehlt, zwischen einer *gesundheitsberuflichen* und *seelsorglichen Spiritual Care* zu unterscheiden und auch darauf hinzuweisen. Des Weiteren hat der kurze Diskussionsüberblick gezeigt, dass *Spiritual Care* als ein „Gattungsbegriff“ (Peng-Keller 2017, 175) verstanden werden sollte, der für ein gestaltungsoffenes inter- und transdisziplinäres Forschungs- und Praxisgebiet mit unterschiedlichen Ansätzen und Modellen steht. Beide begrifflichen Vorbestimmungen ermöglichen nicht nur die Weiterentwicklung unterschiedlichster Ansätze und Verhältnisbestimmungen, sondern könnten auch als Basis dafür dienen, die spirituelle Dimension im Gesundheitswesen interprofessionell und transreligiös weiter zum Wohle von Patient:innen und Klient:innen zu verankern. Dies setzt freilich voraus, dass sich die Verantwortlichen von Gesundheitseinrichtungen bzw. des Gesundheitssystems auf ein solches Verständnis von *Spiritual Care* auch einlassen und bereit sind, es zu fördern.

## Notwendige Förderung und Implementierung von *Spiritual Care*

Unter der Voraussetzung einer solchen gewollten Förderung und Implementierung von *Spiritual Care* sollen nun abschließend mögliche Konsequenzen und Aufgaben für die konfessionelle Krankenhauseselsorge the-

senhaft zur Diskussion gestellt werden. Dabei sollen nicht nur inhaltliche, sondern auch organisationsethische Aspekte in Betracht gezogen werden.

- Eine Hauptaufgabe der klinischen Seelsorge besteht zunächst darin, auf die Bedeutung der spirituellen Dimension in einem säkularen Gesundheitswesen hinzuweisen. Dabei sollte aus der Sicht einer christlichen Seelsorge diese zunächst einmal in der Lage sein,

„dem Gesundheitssystem plausibel machen [zu] können, dass und warum in der Konkretion des Religionsbezuges ein großer Gewinn und keineswegs nur eine Beschränkung liegt“ (Karle 2018, 65).

Darüber hinaus sollte sie auch auf unterschiedliche *Spiritual Care*-Modelle und Ansätze jenseits religiöser Bezüge, aber auch jenseits einer klinisch-therapeutischen Verengung von *Spiritual Care* aufmerksam machen und versuchen zu zeigen, dass eine ganzheitlich ausgerichtete spirituelle Sorge im Sinne einer solidarischen Gesellschaft letztlich auch immer eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt.

- In diesem Kontext kommen der klinischen Seelsorge eine Reihe von Integrationsaufgaben zu: Zum einen gilt es, ihre eigene berufsspezifische Tätigkeit in ein interprofessionelles, aber auch transreligiöses Tätigkeitsfeld zu integrieren. Zum anderen bedarf es auch der Integration von klinischer und religiöser Beauftragung (vgl. Peng-Keller 2022, 244–246). Damit kann es durch *Spiritual Care* zu einer interprofessionellen Kooperation im Gesundheitssystem kommen, bei der Seelsorger:innen sich als ausgewiesene Spezialist:innen bei spirituellen Fragen erweisen können.
- Aus diesen und mehreren anderen Gründen kann, wie bereits erwähnt, die oben diskutierte Frage über unterschiedliche Verhältnisbestimmungen zwischen Seelsorge und *Spiritual Care* in den Hintergrund gerückt werden. Seelsorge kann demnach immer als eine Form von *Spiritual Care* verstanden werden. *Spiritual Care* durch Seelsorge setzt allerdings auch eine für alle transparente Rückbindung an die eigene christlich-spirituelle Tradition voraus. Da eine jede Form spiritueller Sorge explizit oder implizit von bestimmten anthropologischen Grundannahmen geleitet ist, besteht eine weitere wichtige Aufgabe einer konfessionellen Seelsorge darin, nicht

nur die eigenen weltanschaulichen Grundannahmen transparent zu machen, sondern das auch gegebenenfalls von anderen *Spiritual Care Givers* einzufordern.

- Eine interprofessionelle Kooperation zwischen Seelsorge und Gesundheitsberufen bedarf deshalb auch einer Klärung der Rollen einer gesundheitsberuflichen und seelsorglichen *Spiritual Care*. Aus organisationsethischer Sicht braucht es in diesem Kontext Rahmenbedingungen und Räume, die es erlauben, solche Selbstklärungs- und Selbstvergewisserungsprozesse in Gang zu setzen und zur Sprache zu bringen. Gefragt ist in diesem Kontext also nicht nur eine Ethik *der* Organisation, sondern vor allem auch Ethik *in* der Organisation.<sup>6</sup>
- In diesem Kontext scheint es vor allem notwendig zu sein, sich der unterschiedlichen Systemrationalitäten bewusst zu werden und diese wiederum zur Sprache zu bringen. Hierin liegt eine weitere, nicht weniger anspruchsvolle und wichtige Aufgabe einer konfessionellen Seelsorge. Dabei gilt es vor allem die unterschiedlichen Systemlogiken des Gesundheitssystems sowie einer konfessionell rückgebundenen Seelsorge (System Religion) zu beachten und vor allem die „Differenz der Perspektiven“ (Karle 2018, 60) anzuerkennen und zu nutzen. Die Seelsorge sollte sich dabei keinesfalls von einer medizinischen Logik vereinnahmen lassen, da sonst tatsächlich die Gefahr einer Funktionalisierung von Spiritualität besteht. Die Krankenhausseelsorge als „Andersort“ im System Krankenhaus kann und soll demnach auch systemkritisch wirken – vor allem auch im Sinne einer Anwaltschaft für Benachteiligte und Schwache.
- Was das inhaltliche Selbstverständnis einer seelsorglichen *Spiritual Care* betrifft, empfiehlt sich eine Rückbesinnung auf den christlichen Heilungsauftrag und die heilsame Dimension seelsorglichen Handelns. Wie in Umrissen gezeigt werden konnte, sollte christlich-seelsorgliches Handeln niemals missionarischen Charakter haben und daher auch von vornherein inter- und transreligiös geöffnet sein. Für eine mittlerweile mit interkulturellen und interreligiösen Kompetenzen ausgestattete Klinikseelsorge ist dies längst selbstverständlich. Allerdings scheint sich in diesem Kontext meines Erachtens immer noch eine ziemlich große Kluft zwischen Innen- und Außenwahrnehmung von konfessioneller Krankenhausseelsorge aufzutun.

<sup>6</sup> Zum Verhältnis von *Ethik* und *Spiritual Care* in Sorgeorganisationen siehe ausführlicher Baumann-Hölzle/Gasser 2016.

- Deshalb zählt es immer noch zu den wichtigsten Aufgaben einer zeitgemäßen und glaubwürdigen Seelsorge, ihre eigene Selbstverortung sowie ihr tägliches Tun in einer möglichst für alle verständlichen Sprache darzustellen, und das sowohl interprofessionell als auch transkulturell sowie über das System Krankenhaus hinaus. Diese Aufgabe stellt sich nicht nur für die Verantwortlichen der Klinikseelsorge, sondern auch für alle haupt- und ehrenamtlich Tätigen. Die Kompetenz des *Code Switching* ist also nicht nur im Rahmen des inter- und transreligiösen seelsorglichen Handelns von Bedeutung, sondern auch darüber hinaus. Eine bleibende Herausforderung besteht beim *Code Switching* allerdings darin, ob ein solches auf der Seite der Patient:innen sowie im interprofessionellen und transreligiösen Umfeld immer als authentisch und nachvollziehbar wahrgenommen werden kann. Hier bedarf es vor allem hochqualifizierter Aus- und Fortbildungskonzeptionen und einer ständigen Auseinandersetzung mit dem eigenen Berufsethos und Selbstbild.

Die skizzierten Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte verweisen auf einen Prozess im Gesundheitswesen, bei dem die „spirituelle Dimension“ an Bedeutung gewonnen hat. Ob und in welcher Weise sich der zu beobachtende „Spiritual turn“ (vgl. Frick 2014b) weiterhin fortsetzen wird und welche Formen von Spiritualitäten und *Spiritual Care Givers* im Gesundheitsbereich bei diesem Prozess an Bedeutung gewinnen werden, wird sich zeigen. Das gilt auch für den zukünftigen Stellenwert der konfessionellen Krankenhauseselsorge. Auf jeden Fall sollte sich diese bemühen, diesen Aufschwung der „spirituellen Dimension“ so aktiv wie möglich mitzugestalten. Zu den wichtigsten Aufgaben zählt dabei vor allem das Zur-Sprache-Bringen unterschiedlichster Facetten und Phänomene von Spiritualität und *Spiritual Care* sowie ein interprofessionell und transreligiös ausgerichtetes Bemühen um Integration von Spiritualität zum Wohle der Menschen unter gleichzeitiger Beibehaltung des eigenen Profils, das im christlichen Heilungsauftrag verwurzelt ist.

## Literatur

- Balboni, Michael J. / Balboni Tracy A. (2019), *Hostility to Hospitality. Spirituality and Professional Socialization within Medicine*, Oxford: Oxford University Press.
- Baumann-Hölzle, Ruth / Gasser, Regula (2016), Ethik und Spiritual Care in Sorgeorganisationen. Integrative Sinnfindung und Teamentwicklung, *die hospiz zeitschrift* 18, 2, 22–27.
- Bucher, Anton (2014), *Psychologie der Spiritualität*, Basel: Beltz, 2. Aufl.
- Egger, Josef (2013), Zur spirituellen Dimension des biopsychosozialen Modells, *Psychologische Medizin* 24, 2, 39–46.
- Europäisches Netzwerk für Klinikseelsorge (ENHCC) (2014), *Stellungnahme – Klinikseelsorge inmitten des Wandels*, [http://www.enhcc.eu/2014\\_salzburg\\_statement\\_deutsch.pdf](http://www.enhcc.eu/2014_salzburg_statement_deutsch.pdf) [06.02.2024].
- Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (2020), *Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD*, <https://www.ekd.de/handreichung-spiritual-care-durch-seelsorge-60948.htm> [06.02.2024].
- Frick, Eckhard (2012), *Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs*, *Spiritual Care* 1, 3, 68–73.
- Frick, Eckhard (2013), *Zwischen engem und weitem Spiritualitätsbegriff. Eine bindungstheoretische Orientierung*, in: Möde, Erwin (Hg.), *Christliche Spiritualität und Psychotherapie. Bleibende und neue Wege der Konvergenz*, Regensburg: Pustet, 36–47.
- Frick, Eckhard (2014a), *Spiritual Care: Eine neue Querschnittsaufgabe entsteht*, in: Schaupp, Walter / Platzer, Johann / Kröll, Wolfgang (Hg.), *Gesundheits- und Spiritualität im Krankenhaus*, Innsbruck: Tyrolia, 55–67.
- Frick, Eckhard (2014b), *Wohin dreht der „Spiritual Turn“?*, in: Frick, Eckhard / Hamburger, Andreas (Hg.), *Freuds Religionskritik und der „Spiritual Turn“*. Ein Dialog zwischen Philosophie und Psychoanalyse, Stuttgart: Kohlhammer, 19–33.
- Gärtner, Stefan (2015), *Seelsorge wird Spiritual Care vs. Spiritual Care und Seelsorge. Ein Ländervergleich der institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen*, *Spiritual Care* 4, 3, 202–214.
- Hausschildt, Eberhard (2013), *„Spiritual Care“ – eine Herausforderung für die Seelsorge?*, *Materialdienst der EZW* 76, 3, 83–90.
- Heller, Birgit / Heller Andreas (2009), *Spiritualität und Spiritual Care*, *Das Jahreshaft Praxis Palliative Care 1: Spiritualität und Spiritual Care*, 9–11.
- Heller, Birgit / Heller Andreas (2014), *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse*, Bern: Huber/Hogrefe.
- Holder-Franz, Martina (2012), *„... dass du bis zuletzt leben kannst.“ Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders*, Zürich: TVZ.
- Karle, Isolde (2018), *Chancen und Risiken differenter Systemlogiken im Krankenhaus: Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care*, *Spiritual Care* 7, 1, 57–67.

Knoll, Franziskus (2017), Paradigmen der Krankenhausseelsorge – was brauchen wir für die Zukunft? Seelsorge in der Spannung zwischen eigener Sendung, *Spiritual Care* und Personalreduktion, in: Hagen, Thomas et al. (Hg.), *Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag – Vernetzung – Perspektiven*, Freiburg i. B.: Herder, 54–72.

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

Pastoralkommission der deutschen Bischöfe (DBK) (2021), „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, [https://www.dbk-shop.de/de/publikationen/die-deutschen-bischoefe/kommissionen/bleibt-wacht-mir-mt-26-38-palliative-seelsorgliche-begleitung-sterbenden.html?dl\\_media=34491](https://www.dbk-shop.de/de/publikationen/die-deutschen-bischoefe/kommissionen/bleibt-wacht-mir-mt-26-38-palliative-seelsorgliche-begleitung-sterbenden.html?dl_media=34491) [06.02.2024].

Peng-Keller, Simon (2014), Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs. Begriffs- und spiritualitätsgeschichtliche Erkundungen mit Blick auf das Selbstverständnis von *Spiritual Care*, *Spiritual Care* 3, 1, 36–46.

Peng-Keller, Simon (2017), „*Spiritual Care*“ im Werden. Zur Konzeption eines neuen interdisziplinären Forschungs- und Praxisgebiets, *Spiritual Care* 6, 2, 175–181.

Peng-Keller, Simon (2020), *Spiritual Care*: Grundgestalten, Leitmodelle und Entwicklungsperspektiven, *Spiritual Care* 9, 2, 127–135.

Peng-Keller, Simon (2021a), *Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care*. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen: V&R.

Peng-Keller, Simon (2021b), *Spezialisierte Care im Horizont des christlichen Heilungsauftrags*. Response auf Arndt Bialobrzeski und Eberhard Hauschildt, *Pastoraltheologie* 110, 266–274.

Peng-Keller, Simon (2022), *Seelsorgliche Spiritual Care*. Spezialisierung und Integration, in: *Wege zum Menschen* 74, 240–250.

Platzer, Johann (2019), *Sinnfindung, Spiritualität und Menschenbilder am Lebensende*. Empirische Studie über Erfahrungen aus der ehrenamtlichen Hospizbegleitung, in: Schaupp, Walter / Zahner, Paul (Hg.), *Medizin und Menschenbild*, Innsbruck: Tyrolia, 109–142.

Roser, Traugott (2011), *Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive*, in: Frick, Eckhard / Roser, Traugott (Hg.), *Spiritualität und Medizin*. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen, Stuttgart: Kohlhammer, 2. Aufl., 45–55.

Roser, Traugott (2017), *Spiritual Care*. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen, Stuttgart: Kohlhammer, 2. Aufl. (Münchner Reihe Palliative Care 3).

Rumbold, Bruce (2012), *Models of spiritual care*, in: Cobb, Mark et al. (Hg.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford: Oxford University Press, 177–183.

Saunders, Cicely (2009), *Sterben und Leben*. *Spiritualität in der Palliative Care*. Aus dem Englischen von Martina Holder-Franz, Zürich: TVZ.

Weiber, Erhard (2014), *Das Geheimnis des Lebens berühren*. *Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod*. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart: Kohlhammer, 4. Aufl.

World Health Organisation (WHO) (2002), *Definition of Palliative Care*, [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf) [06.02.2024].

Ziereis, Helmut (2021), *Spiritual Care in Österreich*. Eine Polemik, *Diakonia* 52, 2, 110–113.