
Krankenhausseelsorge und Spiritual Care – mehr als eine Begriffswahl

Thomas Wild

Zusammenfassung: Der Beitrag zeigt die bleibende Aktualität der Diskussion rund um (Krankenhaus-) Seelsorge und Spiritual Care auf. Die Verhältnisbestimmung ist nicht allein von theoretischer Relevanz, sondern beeinflusst die Reputation von Seelsorge in Kirche und Institutionen signifikant. Anhand des schweizerischen Ausbildungsmodells wird auf die Notwendigkeit professionell verantworteter Seelsorge hingewiesen.

Abstract: The article shows the continuing relevance of the discussion about (hospital) pastoral care and spiritual care. The definition of the relationship is not only of theoretical relevance, but also has a significant influence on the reputation of pastoral care in churches and institutions. The Swiss training model is used to point out the necessity of professionally responsible pastoral care.

1 Die Diskussion bleibt aktuell

Die Frage nach der Verhältnisbestimmung von Seelsorge und Spiritual Care hat in den letzten zwei Jahrzehnten eine Flut von Fachartikeln, Tagungsbänden und Monographien hervorgebracht. Die Diskussion war und bleibt nötig, nachdem verschiedentlich versucht wurde, Spiritual Care zum „head of concept“ zu erklären. Die Diskussion ist nicht abgeschlossen, sondern mutiert zu einer von unterschiedlichen Interessen geleiteten Grundsatzdebatte um die Zukunft seelsorglicher Versorgung in einer (post-)säkularen Gesellschaft.

Die Aktualität und Notwendigkeit der Auseinandersetzung zeigte sich in jüngster Vergangenheit rund um den umstrittenen Versuch, eine sogenannte Charta für Seelsorge/Spezialisierte Spiritual Care im Gesundheitswesen der Schweiz zu lancieren¹. Die Charta fokussierte das Ziel, in einer zunehmend säkularen und religionspluralen Gesellschaft eine schweizweite Anerkennung der Seelsorge im Gesundheitswesen als spezialisierte Spiritual Care sicherzustellen. Auch die Gründung des schweizerischen *Berufsverbands Seelsorge im Gesundheitswesen BSG*² setzte anfänglich Seelsorge mit spezialisierter Spiritual Care gleich, hat die Parallelisierung an der Gründungsversammlung am 23. März 2022 jedoch korrigiert.

1 Die Charta wurde durch die Arbeitsgruppe *Seelsorge im Gesundheitswesen* (SeeliG) der Pastoralkommission der Schweizer Bischofskonferenz entworfen. Die Veröffentlichung wurde auf vielfältigen Druck, u. a. der beiden Reformierten Kirchen der Kantone Bern und Zürich, hin gestoppt, da sie weder breit abgestützt war noch die massgeblichen Instanzen miteinbezogen hatte.

2 Der ökumenisch aufgestellte schweizerische *Berufsverband Seelsorge im Gesundheitswesen BSG* ersetzt seit 2022 die bisherigen evangelischen und katholischen Vereinigungen der Spitalseelsorgenden.

Die Diskussionen rund um die genannte Charta und den neuen Berufsverband sind mehr als Sophistik und Wortklauberei. Es handelt sich um unterschiedliche Paradigmen, die in ihren geschichtlichen, soziologischen und theologischen Dimensionen verstanden werden wollen. Zudem zeigt der Diskurs: Das Feld der Sinngebungen professionellen Handelns, seiner weltanschaulichen und ethischen Implikationen und Legitimationen kann nicht einfach den jeweiligen fachpolitischen Interessen überlassen werden. Sollen Seelsorge und Spiritual Care Ausdruck von Korrektiven zu einer einseitig naturwissenschaftlich-technokratischen Medizin und ihres biologistischen Menschenbilds sein, müssen die den jeweiligen Konzepten innewohnenden anthropologischen, ethischen und berufspolitischen Aspekte diskutiert werden.³ Die unterschiedlichen Vorstellungen von Positionierungen und Kooperationsmodellen professioneller Seelsorge fordert diese, sich deutlicher als bisher zu positionieren, ihre Kompetenzen zu markieren und ihre kirchlich-theologische Identität zu klären.

2 Anmerkungen zum Phänomen der Spiritualität

Die Begleitung kranker und sterbender Menschen rückte in den letzten Jahrzehnten vermehrt ins Blickfeld verschiedener Berufsdisziplinen und Forschungsrichtungen, nachdem die existenziellen Bedürfnisse von der modernen High-Tech-Medizin vernachlässigt wurden.⁴ Es benötigte die hart erkämpfte Spezialisierung und Etablierung von Psychiatrie und Psychologie im späten 19. Jahrhundert, um die nicht-physischen Aspekte menschlicher Verfasstheit in die Gesundheitsversorgung einzuzeichnen.⁵ Und es brauchte nochmals ein halbes Jahrhundert, um die spirituellen Dimensionen von Krankheits- und Sterbeprozessen in eine umfassendere Perspektive zu integrieren. Seit rund fünfzig Jahren, seit den Anfängen der Sterbehospizarbeit und von Palliative Care, erhalten spirituelle Fragen und Bedürfnisse der Betroffenen wieder vermehrt die Aufmerksamkeit von Behandlungspersonen.

Die Ursprünge der Spiritual Care reichen allerdings weiter zurück. Bereits anfangs des 20. Jahrhunderts haben sich einzelne Exponenten dafür eingesetzt, moderne Gesundheitsversorgung und Religiosität/Spiritualität in ein Verhält-

3 Vgl. den Kommentar von *Dorothee Vögeli*, „Weshalb gerade ich?“ – in den Spitälern braucht es zeitgemässe Seelsorge (NZZ, 11.10.2021, 17) und die Gastkommentare von *Thomas Wild*, Spitalseelsorge: Zeitgemäss, aber nicht angepasst (NZZ, online 13.10.2021: www.nzz.ch/meinung/spitalseelsorge-zeitgemaess-aber-nicht-angepasst-ld.1649989?reduced=true&mktcval=E-mail&mktcid=smsb; abgerufen am 13.7.22) und von *Esther Straub / Christina Huppenbauer*, Die Spitalseelsorge nicht aus ihrer konfessionellen Verantwortung lösen (NZZ, 29.12.2021, 19).

4 Vgl. *David B. Morris*, Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis, München 2000, 12 ff.

5 Zu den Herausforderungen religionspsychologischer Entwicklung und Forschung vgl. *Isabelle Noth / Christoph Morgenthaler / Kathleen J. Greider* (Hg.), Pastoralpsychologie und Religionspsychologie im Dialog / Pastoral Psychology an Psychology of Religion in Dialogue, Stuttgart 2011.

nis zu setzen.⁶ Begriffsgeschichtlich noch wesentlich früher anzusiedeln ist das seit dem 2. Jahrhundert bezeugte Adjektiv „spiritualis“⁷. Das Substantiv „spiritualitas“ (Spiritualität) taucht allerdings erst im späten 19. Jahrhundert auf und bezeichnet zunächst geistliches Leben, Frömmigkeit und Mystik, die der französische Katholizismus wiederentdeckt hatte.⁸ Seit den 1980er-Jahren wird „Spiritualität“ zunehmend als Sammelbegriff für verschiedenste Haltungen verwendet. Im Mittelpunkt steht dabei die von Institutionen unabhängige, persönliche Erfahrung des nach Sinn suchenden Individuums, das durch die mystische Praxis die Verbundenheit mit etwas Umfassenderem anstrebt und so sich selbst und das eigene Bewusstsein dynamisch weiterentwickelt.⁹ Im Kontext von Palliative Care, dem ein weitgehend naturwissenschaftlich orientiertes Paradigma zugrunde liegt, werden spirituelle Themen zunehmend instrumentell erfasst (spirituelle Anamnese, spiritual screening, spiritual assessment, spiritual skills) und in den USA mittlerweile auf die ganze Health Care in Kliniken ausgeweitet.¹⁰

Nimmt man den Containerbegriff „Spiritualität“ als Ausdruck einer populären Mischform von Sakralem und Säkularem, kann die Suche nach Spiritualität als eine neue *Sozialform* verstanden werden. Traditionelle Religionen verschwinden nicht, sondern vermischen sich mit nichtreligiösen Deutungsmustern. Der *spiritual turn* ist Teil eines *subjective turn* (Linda Woodhead): Gegenüber kulturell und institutionell vermittelten Gewissheiten stehen nun die individuellen Suchstrategien im Mittelpunkt: Überzeugungen, individuel-

6 Vgl. Simon Peng-Keller, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen 2021, 21–36, der die christlich inspirierte Spiritual Care des 20. Jhs. quellenreich nachzeichnet und damit die gemeinhin bekannte Wegbereitung durch Cicely Saunders modifiziert.

7 Vgl. Hubert Knoblauch, Soziologie der Spiritualität, in: Karl Baier (Hg.), Handbuch Spiritualität: Zugänge, Traditionen, interreligiöse Prozesse, Berlin 2006, 91–111.

8 Vgl. Hubert Kössler / Thomas Wild, Spirituelle und religiöse Aspekte in der End-of-Life Care, in: Manuel Trachsel (Hg.), End-of-Life Care. Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte der letzten Lebensphase, Bern 2018, 55–84.

9 Zu den unscharf und inflationär verwendeten Begrifflichkeiten von „Spiritualität“ und „Identität“ vgl. Christoph Morgenthaler / Isabelle Noth, Eine kulturell sensible Religionspsychologie und klinische Beratungspsychologie – Wunsch oder Wirklichkeit?, in: Noth u. a., Pastoralpsychologie, 136–154. Zur Religiosität in der postmodernen Kultur vgl. Richard Riess, Die Wandlung des Schmerzes. Zur Seelsorge in der modernen Welt, Göttingen 2009, 95–115.

10 2015 haben das amerikanische Beryl Institut und das HealthCare Chaplaincy Network in einem Grundlagenpapier dazu aufgerufen, die evidenzbasierte Forschung zu Spiritual Care zu verstärken. 2016 folgte das HealthCare Chaplaincy Network mit einem ersten Modell zur Standardisierung und Etablierung von Qualitätsindikatoren für die „Spezialisierte Spiritual Care“. Die Organisation unterscheidet in ihrer Publikation „Time to Move Forward“ zwischen Struktur-, Prozess- und Wirksamkeitsindikatoren. (HealthCare Chaplaincy Network, Time to Move Forward. Creating a new Model of Spiritual Care to enhance the Delivery of Outcomes and Value in Health Care Settings. New York 2016, 12 ff.) Zu den Begrifflichkeiten siehe Claudia Graf / Pascal Mösl / Thomas Wild / Isabelle Noth, Braucht die Spitalseelsorge eine gemeinsame Sprache? Zur Bedeutung einer Taxonomie für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Verständigung, in: WzM 73/5 (2021), 445–456.

le Erfahrungen und Deutungen werden zu einer „bricolage“ (Claude Lévi-Strauss) zusammengefügt. Die Verknüpfung lässt deren Herkunft oft nicht mehr erkennen.¹¹ So wie ich selber wähle, wann ich mich klassischer Musik, Jazz oder Pop bediene, entscheide ich auch aus der Vielfalt traditioneller und populärer Angebote, was mir spirituell entspricht. Und auch innerhalb des Genres entscheide ich, welchen Identifikationsgrad ich zulasse oder anstrebe: Ob mich Musik also emotional berühren, stimulieren oder bis ins körperliche Empfinden hinein in Ekstase versetzen, ob sie mich einfach seelisch ausbalancieren oder kognitiv weiterbringen soll. Der Nutzen spiritueller Gesinnung wird vornehmlich durch das eigene Gutdünken validiert. Die Unterteilung von Transzendenz und Immanenz wirkt durch die Codierung unzähliger Angebote und Phänomene durch Spiritualität überholt: Für die meisten Menschen „gibt es keine starre Dichotomie des ‚Entweder-Oder‘ zwischen Glauben und Säkularem, sondern vielmehr eine fließende Konstruktion des ‚Sowohl-als-Auch‘“¹². Die Zunahme „hybrider Phänomene“ (Jörg Stolz / Judith Köne-mann) macht deutlich, dass in einem Kollektiv nicht mehr eindeutig ist, was als spirituell gilt. Was der einen Person spirituell bedeutsam ist, ist für eine andere banal und profan.

Gegenüber dogmatischer Wortgläubigkeit und institutionell vermittelten Gewissheiten stehen nun die individuellen Suchstrategien im Mittelpunkt. Gesucht wird nach Werten, Überzeugungen, aber auch nach Praktiken, die das eigene Empfinden abbilden und die intrinsische Motivation fördern. Das Subjekt wird aufgewertet: Glaubensinhalte werden nur noch angenommen, wenn sie plausibel sind oder wenn sie mit dem gefühlten Erleben übereinstimmen. Die Verknüpfung von Glaubensinhalten aus verschiedenen Traditionen lässt deren Herkunft zwar oft nicht mehr erkennen, aber sie bringt auch zum Vorschein, dass wir oft erst im Fremden das Eigene entdecken und erkennen, womit wir uns (nicht) identifizieren können. Die religiös-spirituelle Gesinnung muss nicht zwingend dem Individualismus und Subjektivismus verhaftet bleiben. Sie kann sich auch in die bestehenden Institutionen und in die traditionellen Gefässe zu integrieren versuchen, auf die Gestaltung von einzelnen Gefässen Einfluss nehmen und damit Transformationsprozesse innerhalb traditioneller Religiosität unterstützen. Die individuell gewonnene oder entdeckte Spiritualität kann sich in Gruppen von Gleichgesinnten bestätigen und zu meditativen, kognitiven oder karitativen Engagements herausfordern lassen.

11 Hans-Joachim Höhn spricht in Anlehnung an die Konsistenz der Dispersionsfarbe metaphorisch von einer „dispergierenden“ Religiosität, die sich wie die Farbpigmente im Wasser zerstreuen und sich mit diesem irreversibel verbinden, vgl. *ders.*, Zerstreuungen. Religiöse Dispersionen innerhalb und ausserhalb der Kirche, in: Magnus Striet (Hg.), „Nicht ausserhalb der Welt“. Theologie und Soziologie, Freiburg i. Br. 2014, 155–179, hier: 164.

12 Peter L. Berger, Altäre der Moderne. Religion in pluralistischen Gesellschaften, Frankfurt a. M./New York 2015, 9.

3 Zum Verhältnis Seelsorge – Spiritual Care: Ausgewählte Exponent*innen

Die Verhältnisbestimmung zwischen Seelsorge und Spiritual Care ist umstritten. Je nach kulturellem Kontext, fachlichem Hintergrund und fachpolitischen Interessen werden die Begrifflichkeiten synonym, additiv oder kontrastiv verwendet.¹³ Zudem werden Spiritualität und Spiritual Care auch innerhalb der Disziplinen (Theologie, Medizin, Pflegewissenschaften etc.) unterschiedlich beansprucht und gedeutet. Hier interessieren v. a. ausgewählte Positionen von Theologinnen und Theologen, die sich dezidiert mit Krankenhausseelsorge und Spiritual Care auseinandersetzen.

Doris Nauers Standardwerk zu Seelsorge und Spiritual Care zeigt schon im rhetorisch anmutenden Titel „Spiritual Care statt Seelsorge?“ (2015) eine Perspektive zweier kontrastierender Domänen an. Ihre Positionierung gilt als eine der profiliertesten Auseinandersetzungen mit Spiritual Care. Die Ärztin und Theologin versteht unter Spiritual Care ein theoretisches Modell, das im Kontext von Palliative Care entwickelt wurde, von unterschiedlichen Care Givers alltagspraktisch umgesetzt wird und auf das medizinlastige Gesundheitssystem einen innovativen Einfluss ausübt. Spiritual Care kann aber nach *Nauer* weder mit Seelsorge gleichgesetzt werden, geschweige denn diese ersetzen. Denn Seelsorge ist mehr als Care¹⁴. *Nauer* definiert Seelsorge als multidimensionale Sorge um die Seele und grenzt sich dabei nicht nur gegen eindimensionale Begleitungen mit standardisierten Fragekatalogen ab, sondern unterscheidet zwischen mystagogisch-spirituellen, pastoralpsychologisch-ethischen und diakonisch-prophetischen Dimensionen des seelsorglichen Auftrages. Insbesondere letztere Dimension sieht *Nauer* im Konzept von Spiritual Care nicht präsentiert: Die Seelsorge unterstützt die Betroffenen (Patient*innen, Angehörige, Mitarbeitende) auch dadurch, dass sie systemkritische Funktionen übernimmt und dem sich selbstverständlich drehenden Rad des institutionellen Alltags bei Bedarf in die Speichen fallen darf. Auch gegenüber dem Spiritualitätsverständnis innerhalb des Spiritual Care-Konzepts bleibt *Nauer* kritisch: Sie vermutet ein gleichzeitig zu weites wie auch zu enges Verständnis, das weder die Dimension der Transzendenz noch die Traditionsgebundenheit von Religiosität und Spiritualität angemessen berücksichtigt.

Isolde Karle hat sich in zwei kleineren Beiträgen fundiert und differenziert mit der Verhältnisbestimmung von Krankenhausseelsorge und Spiritual Care

13 Die Weisheiten kommen in der Regel aus dem Osten, nicht aus dem Westen: Alle grossen religiösen Traditionen stammen aus dem Alten Orient (vgl. *Hubert Knoblauch*, *Populäre Religion. Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*, Frankfurt a. M./New York 2009, 183). Die etablierten Spiritualitätskonzepte mögen im Kontext der US-amerikanischen „white evangelicals“ und deren fundamentalistisch-sektiererischen Strategien eine emanzipatorische Funktion haben. In Europa indes haben Landeskirchen, jüdische Gemeinden und inzwischen auch der (Reform-)Islam eine sozialintegrative Funktion.

14 Vgl. *Doris Nauer*, *Seelsorge. Sorge um die Seele*, 3., überarbeitete und erweiterte Aufl., Stuttgart 2014, 375.

auseinandergesetzt.¹⁵ In dem 2018 erschienenen Beitrag macht *Karle* über die unterschiedlichen Perspektiven hinaus auf die unterschiedlichen *Systemlogiken* von Seelsorge und Spiritual Care aufmerksam. Während Spiritual Care den vorrangigen Interessen des Gesundheitswesens entspringt und mit einem wenig differenzierten (oft individualistischen) Spiritualitätsverständnis einhergeht, ist Seelsorge aus dem Religionssystem bzw. aus den Kirchen heraus zu verstehen und zeichnet sich durch interkulturelle und interreligiöse Weite aus. Seelsorgende sind Personen mit klar erkennbarem Hintergrund, die Resonanzräume eröffnen und sowohl hermeneutische als auch pastoralpsychologische Kompetenzen mitbringen. In der seelsorglichen Sensibilität für das Fragmentarische und Sinnlose sieht *Karle* eine wichtige Alternative zur Sinnfixierung von manchen Spiritual Care-Konzepten. Spiritual Care wertet Seelsorge im Gesundheitswesen nicht nur auf, wie oft behauptet wird, sie kann sie ebenso abwerten und mit antikirchlichen Interessen verbunden sein. *Karle* plädiert deshalb dafür,

„Seelsorge nicht in Spiritual Care aufzulösen, aber zugleich auch nicht von Spiritual Care abzugrenzen, sondern diese verantwortlich mitzugestalten, dabei für das Potenzial der differierenden Lesarten zu sensibilisieren und konkret zu überlegen, inwieweit sich Seelsorge auf die Systemlogik des Krankenhauses einlassen kann und inwieweit nicht.“¹⁶

Traugott Roser, der zusammen mit Eckhard Frick die erste (Stiftungs-)Professur für Spiritual Care im deutschsprachigen Raum innehatte, hat seinen Ansatz mehrfach erweitert. In der überarbeiteten zweiten Auflage¹⁷ seiner 2007 erschienenen Habilitationsschrift versteht *Roser* Spiritual Care als ein Organisationsbegriff. Seelsorge hat nach *Roser* *innerhalb* der Organisation gemeinsamer Sorge und spiritueller Begleitung einen besonderen Beitrag zu leisten. *Rosers* Position ist zuweilen etwas schillernd: Zwar räumt *Roser* ein, dass sich die Integration von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in Palliative Care nicht ohne weiteres auf andere Bereiche übertragen lässt. *Roser* zeichnet ein Bild der Krankenhauseelsorge, die auch ohne Spiritual Care-Konzepte seit geraumer Zeit um ihre Einbindung und Kontextualität weiss und ihre theologische, pastoralpsychologische und ethische Verantwortung in unterschiedlichen Funktionssystemen wahrnimmt. *Rosers* Einordnung des Spiritualitätsbegriffs kann als durchaus kritisch-differenziert bezeichnet werden. Seine Einschätzung, dass sich mit Spiritual Care die Begründung der strukturellen Einbindung von Seelsorge im sozialen System Krankenhaus verändert, indem nicht mehr

15 Zu den kritischen Anfragen an eine Religion und Religiosität marginalisierende „Spiritual Care“ vgl. *Isolde Karle*, Perspektiven der Krankenhauseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des *Spiritual Care*, in: *WzM* 62/6 (2010), 537–555, sowie *dies.*, Chancen und Risiken differenter Systemlogiken im Krankenhaus: Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care, in: *Spiritual Care* 7/1 (2018), 57–67.

16 Ebd. 64.

17 *Traugott Roser*, *Spiritual Care*. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen, Stuttgart 2017.

vom Recht des Patienten (auf seelsorgliche Begleitung) her argumentiert wird, sondern konzeptionelle, institutionelle und organisationale Interessen leitend sind, wird nicht nur hingenommen, sondern gutgeheissen. Was den besonderen Beitrag einer theologisch und religiös verwurzelten Seelsorge innerhalb der Organisation durch ein Spiritual Care-Konzept verändert oder gar optimiert, bleibt jedoch unscharf, sieht man von den beiden eingeführten Begriffen der „Heterochronie“ und „Heterotopie“¹⁸ ab, die für die Andersartigkeit der Seelsorge stehen (und schon immer standen!). Es bleibt der Eindruck, dass *Rosers* Verhältnisbestimmung von Seelsorge und Spiritual Care v.a. theoretischen Charakter hat.

Simon Peng-Keller, der eine 50 %-Stiftungsprofessur für Spiritual Care in Zürich versieht, hat sich in diversen Publikationen für die Implementierung von (Krankenhaus- bzw. Klinik-)Seelsorge in die Spiritual Care eingesetzt. „Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care“ – so der Titel des gleichzeitig mit der Charta erschienenen Buches – hat sich nach *Peng-Keller* nicht nur innerhalb des Gesundheitswesens zu profilieren und zu etablieren, sondern auch angesichts des gesellschaftlichen Wandels (Postsäkularismus) zu plausibilisieren.¹⁹ Beides vermag sie nur durch eine ausgedehnte interprofessionelle und interdisziplinäre Rechenschaftspflicht sowie durch die Fähigkeit, zwischen Ansprüchen und Vorstellungswelten vermitteln zu können („reflektiertes Code-Switching“). Um den klinischen Standards zu genügen, sind Evidenzbasiertheit und Qualitätsüberprüfungen des (klinikseelsorglichen) Handelns in Ausbildung und Praxis notwendig.²⁰ *Peng-Keller* wendet sich damit gegen eine anachronistische Spitalseelsorge, die sich bis heute v. a. durch Unabhängigkeit auszeichne. Die schroffe Gegenüberstellung von Seelsorge und Spiritual Care ist für *Peng-Keller* weder begriffsgeschichtlich noch sachlich begründet. Die Kontrastierung werde vielmehr durch eine ungerechtfertigte Spannung zwischen klinischer Funktionalisierung und „dem Eigensinn religiöser und spiritueller Praktiken“ erzeugt. Demgegenüber moniert *Peng-Keller* ein überholtes Verständnis der Gesundheitsversorgung, welche längst nicht mehr in primär ärztlichen Händen liege. Spezialisierte Spiritual Care sieht *Peng-Keller* als Teil des (klinisch erweiterten) Heilungsauftrages Jesu bzw. der Kirche – und die Rolle von Klinikseelsorgenden in einem interprofessionellen Team ist jener von klinischen Ethiker*innen und Sozialarbeiter*innen vergleichbar, die ihrerseits ebenfalls zum (erweiterten) Behandlungsteam gehören. *Peng-Kellers* Vorschlag, Spiritual Care nicht als eigenen spezifischen Ansatz, sondern als Konzeption eines neuen interdiszi-

18 Ebd., 489 ff.

19 „Spitalseelsorge muss sich als Beruf profilieren und weiter professionalisieren, wenn sie die im Gesundheitssystem üblichen Qualitäts-Standards definieren und erfüllen und damit auch interprofessionell anschlussfähig bleiben will.“ (*Simon Peng-Keller*, „Spiritual Care“ im Werden. Zur Konzeption eines neuen interdisziplinären Forschungs- und Praxisgebiets, in: *Spiritual Care* 6/2 [2017], 175–183); vgl. auch *ders.*, *Klinikseelsorge*.

20 Dies jedoch erfordert eine naturwissenschaftlich-empirische und keine theologische Ausbildung.

plinären Forschungsgebiets und interprofessionellen Praxisfelds zu verstehen, klärt die theologische Verortung der (Spital-)Seelsorge nur ungenügend. Der Ansatz beschränkt sich darauf, der Seelsorge koordinierende, beratende und qualitätssichernde Aufgaben zuzuordnen.

Andreas und *Birgit Heller* haben die Entwicklungen von Health Care im Allgemeinen und die Implementierung von Spiritualität in Palliative Care im Besonderen mit kritischer Distanz beobachtet. Im Bewusstsein, dass die Hospizbewegung christlich-religiöse Wurzeln hat, weisen sie im Zusammenhang mit der Entwicklung des Palliative Care-Konzepts auf die Psychologisierung von Religiosität und auf deren Neu-Etikettierung durch Spiritualität hin.²¹ Durch die Verwendung des Spiritualitätsbegriffs wird der Schutz und die Freiheit des Individuums gegenüber den Ansprüchen von Religionsgemeinschaften und Einrichtungen des Gesundheitswesens gerade *nicht* verbürgt. Unbefriedigend ist nach *Heller* und *Heller* auch die durch Medizin und Psychologie operationalisierte Spiritualität, weil sie die aktuellen Veränderungen des religiös-plural besetzten Feldes verdeckt halten und humane Merkmale wie Sinnsuche, Beziehungsqualität und Persönlichkeitsentwicklung unter einem wenig aussagekräftigen Begriff subsumieren. Elemente der Care-Ethik, die im Zentrum des Wirkens von *Andreas Heller* stehen, sind Aufmerksamkeit, Verantwortlichkeit und Resonanzfähigkeit; sie richtet sich an kulturellen und situativen Besonderheiten aus und reflektiert auch die Betroffenheit der Betreuenden. Die medizinische Bemächtigung von Spiritualität verändert den Umgang mit dieser: Um eine grundlegende Implementierung von Spiritual Care in das medizinische Paradigma zu erreichen, muss ein möglichst weiter Spiritualitätsbegriff verwendet werden, durch den die relationalen und emotionalen Dimensionen des Menschseins nicht vertieft wahrgenommen werden.

4 Das Schweizerische Programm der Aus- und Weiterbildung in Seelsorge, Spiritual Care und Pastoralpsychologie

Das Schweizerische Weiterbildungsprogramm der *Aus- und Weiterbildung in Seelsorge, Spiritual Care und Pastoralpsychologie* (AWS)²², das im Rahmen einer Kooperation zwischen der Universität Bern, der Theologischen Hochschule Chur, den Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn (die die Deutschschweizerische Kirchenkonferenz KIKO vertreten) und der Deutschschweizerischen Ordinarienkonferenz angeboten wird, befähigt zu professioneller seelsorglicher Tätigkeit in einem Pfarramt, einem analogen seelsorglichen Dienst oder in einem Spezialamt der Seelsorge (Klinik- und Heimseelsorge, Gefäng-

21 *Birgit Heller / Andreas Heller*, *Spiritualität und Spiritual Care*, Bern 2014, 23 ff. Vgl. auch *Isabelle Noth / Thomas Wild*, „Spiritual Care“: Echte Alternative oder nur mehr Desselben?, in: *Reimer Gronemeyer / Patrick Schluchter / Klaus Wegleitner* (Hg.), *Care – Vom Rande betrachtet*. In welcher Gesellschaft wollen wir leben und sterben?, Bielefeld 2021, 159–164.

22 www.aws-seelsorge.unibe.ch.

nisseelsorge u. a.). Es werden sechs CAS-Studiengänge mit unterschiedlichen berufsfeldspezifischen, methodischen oder kontextuellen Schwerpunkten angeboten.²³ Sie sind berufsbegleitend konzipiert. In allen Studiengängen sind CAS-Abschlüsse und aufbauend darauf Diplom- und Master-Abschlüsse in Spezialseelsorge möglich (abgekürzt DAS und MAS SPES). Um das Profil der Krankenhausseelsorge im aktuellen und sich stets wieder verändernden Gesundheitssystem zu schärfen und weiter zu entfalten, wurde ein dezidiert wissenschaftlich ausgerichteter Studiengang in Spital- und Klinikseelsorge (CAS SPKS) entwickelt, der auch die aktuellen Spiritual-Care-Diskurse integriert und kritisch reflektiert. Spiritual Care ist damit in der AWS fest verankert und zählt zu den Grundlagen der Spezialseelsorgeausbildungen.

Zudem wird seit 2014 – von der Theologischen Fakultät der Universität Bern initiiert und gemeinsam mit der Medizinischen und der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät verantwortet und durchgeführt – ein CAS in Spiritual Care angeboten, in dem alle Disziplinen auf Augenhöhe miteinander vertreten sind, wie es dem ursprünglichen Palliative Care-Gedanken entspricht. Dessen Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung forschungsbasierter Erkenntnisse zu Spiritualität, Religiosität und Gesundheit. Das CAS vermittelt den Teilnehmenden, zu denen insbesondere Pflegefachpersonen, Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen zählen, neuste wissenschaftliche Erkenntnisse zur Spiritualitätsforschung und praxisrelevante Ansätze und begleitet die Teilnehmenden darin, diese für ihre konkrete professionelle Tätigkeit zu reflektieren.

Die Basis des heutigen AWS-Modells, das sich durch die *diversifizierende* und zugleich *integrierende* Grundstruktur europaweit auszeichnet, liegt in den intensiven interdisziplinären Auseinandersetzungen, die in den letzten zehn Jahren im Team unter der Leitung der Berner Professorin für Praktische Theologie, *Isabelle Noth*, geführt wurden.²⁴ Nebst der Suche nach angemessenen Verhältnisbestimmungen zwischen Palliative und Spiritual Care²⁵ sowie

23 Davon haben drei Studiengänge einen methodischen Schwerpunkt (Clinical Pastoral Training CPT, Lösungsorientierte Seelsorge LOS, Systemische Seelsorgeausbildung SYSA) und drei einen kontextuellen Schwerpunkt (Altersseelsorge in Heimen und Gemeinden ASHG, Spital- und Klinikseelsorge SPKS, Seelsorge im Straf- und Massnahmenvollzug SSMV).

24 Die erste von universitärer Seite initiierte Tagung über „Palliative und Spiritual Care. Medizinische und theologische Perspektiven“ fand 2013 an der Universität Bern statt, wo 2015 auch die 1. International Conference on Intercultural Spiritual Care and Counseling: Pastoral and Spiritual Care Across Religions and Cultures im Haus der Religionen – Dialog der Kulturen 2015 abgehalten wurde und in deren Rahmen die International Association for Spiritual Care (IASC) gegründet wurde. Die Inauguralkonferenz der IASC fand wiederum in Zusammenarbeit zwischen der Universität Bern und dem Haus der Religionen 2016 in Bern statt und war dem Thema Migration gewidmet. Ebenfalls 2016 fand die erste Schweizerische Tagung für Spiritual Care am Universitätsspital in Bern statt (ausführlicher: *Isabelle Noth*, *Spiritual Care in der Schweiz*, in: *Diakonia. Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche* 52/2 [2021], 105–109).

25 Vgl. *Isabelle Noth*, *Seelsorge und Spiritual Care*, in: *dies. / Claudia Kohli Reichenbach* (Hg.), *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*, Zürich 2014, 103–115.

zwischen Seelsorge und Spiritual Care²⁶ werden Fragestellungen der Pastoral- und Religionspsychologie in den Diskurs aufgenommen. Aspekte der Anthropologie und der Neurowissenschaften, der Entwicklungspsychologie und der Gerontologie,²⁷ aber auch Gender-Fragen und die kritische Hinterfragung christlich-hegemonialer Modelle im interreligiösen Dialog finden Eingang in die Diskussionen rund um Spiritual Care. Insbesondere die Reflexion des Phänomens multipler Religionsidentitäten – der gleichzeitigen Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Religionen, religiösen Traditionen oder spirituellen Gemeinschaften²⁸ – hat international Beachtung gefunden und den Spiritual Care-Diskurs um höchst aktuelle Aspekte (Migration, Grenzverletzungen, transkulturelle Phänomene) erweitert.

Was bedeutet das für die Seelsorge und deren Ausbildungen? Seelsorge weiss um die Problematik einer „Vereinheitlichung eines extrem komplexen Feldes religiöser Orientierungen“ und der „Ausblendung der Bezüge auf konkrete Formen gelebter Religiosität“²⁹. *Morgenthaler* und *Noth* folgern aufgrund des spezifisch seelsorglichen Professionswissens, dass der Dialog über Religion, Religiosität und Spiritualität zu den seelsorglichen Kernkompetenzen gehören muss.³⁰ Da Seelsorge tatsächlich „ein unverzichtbarer Bestandteil [ist], der nicht im Gesundheitswesen aufgeht und damit über Spiritual Care hinausweist“³¹, werden reduktionistische Engführungen, die Seelsorge z. B. mit spezialisierter Spiritual Care gleichsetzen, der Seelsorge selbst nicht gerecht.³² *Noth* fordert nicht nur die Bündelung der Ressourcen zugunsten der hohen Anforderungen und Qualitätsstandards von spezialisierten Seelsorgeausbildungen, sondern auch „Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass jene Studiengänge, die auf den Einsatz in öffentlichen Einrichtungen vorbereiten, wegen ihrer Qualität und ihres Rückhalts bei den anerkannten Kirchen auch von den Trägern dieser Einrichtungen als Voraussetzung für die Ausübung der Seelsorge anerkannt werden“³³. Im Hinblick auf die Entwicklungen von Spiritual Care (in der Schweiz) schlägt *Noth*

„einen wechselseitigen fruchtbaren Austausch [vor], um die kirchlich-theologischen Fundamente von Spiritual Care zu sichern und die Erkenntnisse aus der Debatte

26 Vgl. *Isabelle Noth / Georg Wenz / Emmanuel Schweizer* (Hg.), *Pastoral and Spiritual Care Across Religions and Cultures I: Seelsorge und Spiritual Care in interkultureller Perspektive*, Göttingen 2017.

27 Vgl. auch die sensiblen Begriffsklärungen und Verhältnisbestimmungen von Seelsorge, Spiritual Care, medizinischen, psychologisch-systemischen und theologischen Aspekten in *Lukas Stuck*, *Seelsorge für Menschen mit Demenz. Praktisch-theologische Perspektiven im Kontext von spiritueller Begleitung*, Stuttgart 2020, 18–26; 34–65.

28 Vgl. *Noth*, *Pastoralpsychologie*, 136–154.

29 Ebd., 141.

30 Ebd., 151.

31 *Traugott Roser*, *Spiritual Care und Krankenhausseelsorge. Spiritual Care ist eine Frage der Organisationskultur*, in: *Diakonia. Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche* 46/4 (2015), 232–240, hier: 239.

32 Vgl. *Noth*, *Spiritual Care*, 107.

33 Ebd.

um Spiritual Care in Theologie und Kirche wirksam werden zu lassen [...] Konkret heißt dies, kritisch zu reflektieren, was es braucht, um ein stärker an Werten der ganzmenschlichen Sorge ausgerichtetes System zu etablieren, damit die Bedürfnisse insbesondere von moribunden Patient*innen ins Zentrum gelangen.³⁴

5 Voraussetzungen und Notwendigkeit professioneller Krankenhausseelsorge

Seelsorge ist in erster Linie den Leidenden, Suchenden und Sorgenden verpflichtet. Die Bedingungen der Möglichkeit, dass sich in seelsorglichen Begegnungen heilsame Prozesse ereignen, sind nicht nur an Charismen und an erlernte Kompetenzen – wie beispielsweise Differenziertheit, Empathie- und Distanzierungsfähigkeit – geknüpft. Wie in anderen Berufsgattungen sind Qualifikationen, Zulassungen und Akkreditierungen unverzichtbare Merkmale von Professionalität. Geschärftete Kompetenzprofile sind für seelsorgliche Aus- und Weiterbildungen ebenso notwendig wie für die anstellungspflichtigen Kirchen, Kliniken und weiteren Institutionen.³⁵ Kompetenzprofile machen Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten sichtbar, die man sich formell oder informell angeeignet hat. Nebst Fach-, Methoden- und Kommunikationskompetenzen sind für die seelsorgliche Profession persönliche Kompetenzen zentral. Denn seelsorgliche Kompetenzen entwickeln sich in Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und mit der intrinsischen Motivation, sich auf Menschen und fremde Kulturen einzulassen.³⁶

Die vielfältigen Qualitäten der Seelsorge auch und gerade in Gesundheitsinstitutionen sind unbestritten und können auf eine lange Tradition zurückgreifen. Die Qualitäten zeichneten sich in den vergangenen Jahrzehnten durch Unabhängigkeit, Außenperspektiven und Perspektivenerweiterung aus. Spiritual Care schließt diese Qualitäten zwar nicht grundsätzlich aus, bindet sie aber in ein Konzept ein, das zumindest aus der Perspektive des Care-Bedürftigen einer Plafonierung gleicht. Patientinnen schätzen die Dienstleistung der Seelsorge auch und gerade darin, dass die Seelsorge *nicht* explizit zum Behandlungsteam

34 Ebd. Auf die Gefahr, in professionellen Kranken- bzw. Sterbebegleitungen unter den Konzepten von *Palliative* und *Spiritual Care* von den *Disziplinen* her zu denken (und zu handeln) – und nicht vom kranken oder sterbenden Menschen her –, hat *Isabelle Noth* schon 2014 hingewiesen (vgl. *Noth*, Seelsorge, 111). Aus einer systemischen Grundhaltung heraus müssten selbstverständlich weitere Akteure und Akteurinnen – und damit auch weitere Perspektiven – ins Blickfeld geraten (vgl. *Isabelle Noth*, Seelsorge auf der psychiatrischen Akutstation, in: *dies.* / *Ralph Kunz*, Nachdenkliche Seelsorge – seelsorgliches Nachdenken, Göttingen 2012, 139–151, hier: 148f.).

35 Die institutionelle Einbindung der Seelsorge ist in der Schweiz unterschiedlich geregelt. Vgl. *Claudia Graf*, Dokumentation und Professionalität in der Spitalseelsorge, in: *Simon Peng-Keller* / *David Neuhold* / *Ralph Kunz* / *Hanspeter Schmitt* (Hg.), Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe. Elektronische Patientendossiers im Kontext von Spiritual Care, Zürich 2020, 291–306, hier: 292f.

36 Vgl. *Hermann Steinkamp*, Seelsorge als Anstiftung zur Selbstsorge, Münster 2005, der in Anlehnung an *Michel Foucault* die Tendenz christlicher Seelsorge, Menschen zu objektivieren oder gar zu instrumentalisieren, kritisch hinterfragt.

gehört. Die Erfahrung zeigt, dass die Systemfremdheit einer niederschweligen und zweckfreien Seelsorge häufig dazu genutzt wird, in Kliniken tabuisierte Themen anzusprechen. Und vice versa haben Seelsorgerinnen alle Freiheiten, mit den ihnen vertrauten und bewährten Traditionselementen eine andere Dimension in die Konversation einfließen zu lassen, die in einem Spiritual Care-Konzept nicht abgebildet oder ohne weitere Differenzierung als religiöse Dienstleistung qualifiziert wird.³⁷

Damit Seelsorge in ihren vielfältigen Bezügen handlungsfähig bleibt, muss sie sich situativ auf die Seite der Benachteiligten schlagen können. Sie wird dies, wie professionelle Seelsorge das in den vergangenen Jahrzehnten praktiziert hat, dialogisch tun, in interdisziplinärer Offenheit und in kommunikativer Resonanzfähigkeit. Die im Zusammenhang von Spiritual Care vielfach beschworene Einbindung ins Behandlungsteam wird weiterhin und – je nach Entwicklungsstand der institutionellen Gepflogenheiten – vermehrt nötig sein. Der seelsorgliche Einbezug darf indes situativ und kontextuell bleiben, wie dies auch für andere supportive Dienste (z. B. Ethik- und Sozialberatung) gilt.³⁸ Seelsorge bleibt damit in kritischer Distanz zur Okkupation existentieller Fragen durch Spezialist*innen. Sie kann und darf sich vielmehr auf die jüdisch-christliche Tradition des „allgemeinen Priestertums“ (1Petr 2, 9f.; Offb 5, 10) berufen: Im Sinn und Geist dieser Tradition wird sie zur Anwältin eines „Priestertums aller Betroffenen“, die insbesondere den Stimmen der Hauptbetroffenen, den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, Freunden und Freundinnen (*peer groups*) Gehör verschafft. Auch diese übernehmen seelsorgliche Rollen und Aufgaben, die in einem professionalisierten System oft verkannt werden. Die Errungenschaften des *systemic turn*, der aus der Kranken- eine „Krankenhausseelsorge“ hat werden lassen, dürfen nicht leichtfertig preisgegeben werden. Die seelsorglichen Querschnittsfunktionen haben sich bewährt, und basieren auf einer gesunden Unabhängigkeit, die sich in Nähe und Distanz zu allen anderen Dienstleistungen und Versorgungsstrukturen zeigt.

Eine theologisch verantwortete und pastoralpsychologisch reflektierte Krankenhausseelsorge weiss wie kaum eine andere Profession im Gesundheitswesen, dass Menschen sich erst dann öffnen, wenn sie ein gewisses Mass an Vertrauen gewonnen haben.³⁹ Die Vertrauensbildung gilt heute als Kerngedanke des seel-

37 Ausführlicher: *Thomas Wild*, Seelsorge in Krisen. Zur Eigentümlichkeit pastoralpsychologischer Praxis, Göttingen 2021.

38 So auch *Michael Klessmann*, Zukunftsfähige Seelsorge im Krankenhaus?!, in: *Diakonia. Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche* 46/4 (2015), 257–263. Zudem übernimmt die Seelsorge – auch die Krankenhausseelsorge – durch ihre kirchliche Ein- oder Anbindung häufig Vermittlungsfunktionen, sei es als Teil eines grösseren Netzwerkes wie Gemeinden und Pfarreien, sei es als Brücke zu spezialisierten Beratungsstellen (vgl. *ders.*, Seelsorge auf dem Psychomarkt. Wie positionieren wir uns?, in: *ders.*, Pastoralpsychologische Perspektiven in der Seelsorge. Grenzgänge zwischen Theologie und Psychologie, Göttingen 2017, 43–58).

39 Vgl. *Isabelle Noth*, die bei spirituellen Anamnesemodellen die freie Selbstbestimmung, über Spiritualität gerade nicht reden zu wollen, in Gefahr sieht: „Hoffentlich getraut sich die Person angesichts der Asymmetrie von Arzt und PatientIn, die Auskunft auch zu verweigern [...]“.

sorglichen Berufsgeheimnisses. Ehemals als Vertrauensvorschuss gegenüber der Schweigepflicht von Geistlichen – um offenkundige oder vermeintliche Sünden zu bekennen –, rückt in Zeiten und Zonen selbstbestimmter Patient*innen das Kommunikationssystem, das sich durch und rund um die Krankheit bildet, in den Fokus. Patient*innen (ebenso auch Angehörige und Mitarbeitende) sollen darin unterstützt werden, ihre Fragen, Widerstände, Zweifel und Verletzlichkeiten artikulieren zu können. Was sich dem medizinischen Zugriff entzieht, soll und darf innerhalb des vertraulichen Seelsorgegesprächs Aufmerksamkeit erhalten.⁴⁰ Unter dieser Optik rücken Lebens- und Krankheitsgeschichten, biographische und kulturelle Prägungen, ebenso religiöse und spirituelle Haltungen ins Blickfeld. Das wiederum erfordert eine Haltung, die sich durch behutsames Fragen und Beobachten von Resonanzen auszeichnet. Seelsorgerinnen wägen situativ zwischen Reden und Schweigen ab. Die Differenzierungsfähigkeit ist eine wesentliche seelsorgliche Kompetenz. Sie zeigt sich konkret in der Fähigkeit, die Botschaften, die in einer Begegnung über die unterschiedlichen Kommunikationskanäle gesendet und empfangen werden, zu erfassen – und zu erfragen oder intuitiv zu entscheiden, was angesprochen werden soll.

Patient*innen können im Dialog mit Seelsorgenden ihr Verhältnis zu einer Religion auch dann artikulieren, wenn sie dies in Abgrenzung zu einer bestimmten Tradition tun.⁴¹ Religionssoziologische, religionspädagogische und religionspsychologische Hintergründe bieten eine solide Basis für den professionellen Umgang mit den spirituellen Patchwork-Identitäten, aber auch mit den Verletzungen, Vorurteilen und Missverständnissen, die sich im Zusammenhang mit Kirchen oder Religionen ergeben.

„Neben dieser wissenschaftlichen Fähigkeit, zu der auch die ethischen Grundkenntnisse gehören, ist eine pastorale Grundqualifikation notwendig, die besonders den rituellen und kommunikativen Bereich umfasst.“⁴²

Dadurch, dass Seelsorge neben den psychosozialen Aufgaben spezifisch religiöse Dienstleistungen und Interpretationsrahmen anbietet, wird sie Teil eines inter- bzw. transkulturellen Kontextes. Sie weiss sich den religiösen Traditionen, die sie selbst verkörpert, verpflichtet – und öffnet ihre Dienstleistung zugunsten anderer Episteme, insbesondere jenen gegenüber, die sich keiner religiösen Tradition zugehörig wissen. Aufgrund der Einsicht, dass im seelsorglichen Setting jeder Mensch a priori ein fremder Mensch ist und in seiner Individualität

Das sind Dinge, die man nicht abfragt, sondern erfährt, und zwar, wenn man das Vertrauen einer Person gewonnen hat“ (Noth, Seelsorge, 113 f).

- 40 „Das Seelsorge-Geheimnis schützt die Interaktion zwischen Seelsorgerin und Gesprächspartnerinnen auch vor dem interprofessionellen Diskurs“ (Graf, Dokumentation, 300).
- 41 Vgl. Hille Haker, Religiöser Pluralismus in der Bioethik, in: *dies.* / Gwendolin Wanderer / Katrin Bentele (Hg.), Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge, Münster/Berlin 2014, 21–48, hier: 43.
- 42 Thomas Hagen, Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen, in: *ders.* / Norbert Groß / Wolfgang Jacobs / Christoph Seidl (Hg.), Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag – Vernetzung – Perspektiven, Freiburg i.Br. 2017, 11–17, hier: 16.

wahrgenommen werden will, liegen die kulturellen und religiösen Identitäten nie einfach vor. Sie müssen im kultur- und religionssensiblen Gespräch ertastet werden. Der seelsorgliche Begegnungsraum ist ein eigener Kulturraum, in dem die Rollen von Gast und Gastgeber zugunsten offener Prozesse wechselseitig eingenommen werden.

Dr. theol. Thomas Wild, Geschäftsführer der Aus- und Weiterbildung in Seelsorge, Spiritual Care und Pastoralpsychologie (AWS) an der Theologischen Fakultät der Universität Bern, Länggassstrasse 51, CH-3012 Bern;
E-Mail: thomas.wild@unibe.ch