



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2022

Seelsorgliche Spiritual Care : Spezialisierung und Integration

Peng-Keller, Simon

Abstract: Der Beitrag arbeitet heraus, dass im klinikseelsorglichen Tätigkeitsfeld Spezialisierung und das Bemühen um Integration zwei sich bedingende Bewegungen darstellen. Mit Blick auf aktuelle Professionalisierungstendenzen werden drei Integrationsaufgaben benannt: Die Integration der Teilaspekte professioneller Identität, die interprofessionelle Integration und die Integration von klinischer und religiöser Beauftragung. This article demonstrates that in the field of healthcare chaplaincy, specialisation and efforts towards integration are two interdependent movements. With regard to current professionalisation tendencies, three tasks are named: the integration of partial aspects of professional identity, interprofessional integration and the integration of clinical and religious commissioning.

DOI: <https://doi.org/10.13109/weme.2022.74.3.240>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-225360>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Peng-Keller, Simon (2022). Seelsorgliche Spiritual Care : Spezialisierung und Integration. *Wege zum Menschen*, 74(3):240-250.

DOI: <https://doi.org/10.13109/weme.2022.74.3.240>

Seelsorgliche Spiritual Care.

Spezialisierung und Integration

Simon Peng-Keller

Zusammenfassung

Der Beitrag arbeitet heraus, dass im klinikseelsorglichen Tätigkeitsfeld Spezialisierung und das Bemühen um Integration zwei sich bedingende Bewegungen darstellen. Mit Blick auf aktuelle Professionalisierungstendenzen werden drei Integrationsaufgaben benannt: Die Integration der Teilaspekte professioneller Identität, die interprofessionelle Integration und die Integration von klinischer und religiöser Beauftragung.

Abstract

This article demonstrates that in the field of healthcare chaplaincy, specialisation and efforts towards integration are two interdependent movements. With regard to current professionalisation tendencies, three tasks are named: the integration of partial aspects of professional identity, interprofessional integration and the integration of clinical and religious commissioning.

Spiritual Care, Interprofessionalität, Integration

1. Einleitung

Die Aufgabe, etwas zu integrieren, begegnet der Seelsorge in unterschiedlichen Gestalten: als Intention, in der Begleitung von leidenden Menschen heilsam zu wirken; als professioneller Anspruch, psychologisches Wissen und psychotherapeutische Methoden seelsorgetheoretisch und -praktisch zu berücksichtigen und fruchtbar zu machen; als Kompetenz, in komplexen Begleitprozessen divergierende Perspektiven systemisch zu verstehen und in ein fruchtbares Gespräch zu bringen; als Bemühen, sich verbindlich in interprofessionelle Teams einzubringen. Um welche Gestalt der Integration es sich auch handelt: Sie ist nicht möglich, ohne zu differenzieren. Ohne Unterscheidungen, keine Klärungen. Doch ebenso gilt: ohne Selbstbegrenzung und Spezialisierung, kein professionelles Handeln. Integration ist, wenn überhaupt, immer nur begrenzt möglich und stets nur ein Teilaspekt seelsorglichen Handelns. Was Henning Luther mit Blick auf den Identitätsbegriff nachdrücklich herausgearbeitet hat, ist auch in der aktuellen Diskussion um eine integrative Seelsorge zu bedenken: die Würde des

Fragmentarischen.¹ Theologisch gesprochen: Der *status integritatis* ist ein erstes und letztes Gut, das in einer vorletzten Wirklichkeit nur ansatzweise zugänglich ist.

Für eine im Gesundheitswesen tätige Seelsorge, die sich im Kontext interprofessioneller Zusammenarbeit als spezialisierte Spiritual Care versteht, trifft das alles in besonderer Weise zu. Im Folgenden soll herausgearbeitet werden, wie in diesem seelsorglichen Tätigkeitsfeld Spezialisierung und das Bemühen um Integration zwei sich bedingende und zugleich spannungsvolle Bewegungen darstellen. In einem ersten Schritt soll daran erinnert werden, dass die Herausbildung klinischer Seelsorge in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und die derzeit zu beobachtenden Professionalisierungstendenzen Teil einer Entwicklung darstellen, die das moderne Gesundheitswesen insgesamt prägt. Danach wende ich mich den seelsorglichen Integrationsaufgaben zu, die sich in diesem Zusammenhang stellen, und unterscheide dabei drei: die Integration der Teilaspekte professioneller Identität, die interprofessionelle Integration der Seelsorge und die Integration von klinischer und religiöser Beauftragung. In einem dritten Schritt erörtere ich die letztgenannte Aufgabe in theologischer Hinsicht und entwickle den Leitgedanken, dass der christliche Heilungsauftrag eine integrative Klammer bildet, welche die klinikseelsorgliche Arbeit im Zentrum kirchlicher Sendung verankert. Dass ein solcher Ansatz auch in inter- und transreligiösen Konstellationen anschlussfähig ist, soll im letzten Abschnitt gezeigt werden.

2. *Ausdifferenzierung und Reintegration: Seelsorge im Gesundheitswesen*

Spätmoderne Gesellschaften zeichnen sich durch einen hohen Grad an Differenzierung und Komplexität aus, die eine professionelle Spezialisierung unabdingbar macht. Sie bestehen aus immer zahlreicheren Subsystemen, für die es spezialisierte Handlungskompetenzen und Technologien braucht. Im Zuge dieser Ausdifferenzierung haben sich nicht allein die klassischen Professionen des Arztes, des Juristen und eben auch des Pfarrers in eine bunte Vielfalt von spezialisierten Berufen transformiert, sondern es sind auch zahlreiche neue entstanden. Das Gesundheitswesen ist dafür ein Paradebeispiel. Wie kaum ein anderer gesellschaftlicher Sektor ist es geprägt durch eine hohe organisatorische Komplexität und professionelle Spezialisierung. Diese Entwicklung setzt auch die klinische Seelsorge unter einen Veränderungsdruck. Um in einem sich rasch verändernden und zunehmend komplexer werdenden professionellen Umfeld als Fachpersonen anerkannt zu werden oder anerkannt zu bleiben, müssen Krankenhausseelsorgende ihre Expertenrolle spezifizieren und in einem interprofessionellen Kontext verorten.

Dieser Professionalisierungsdruck tritt zwar aktuell mit einer wachsenden Dringlichkeit auf,² ist jedoch historisch betrachtet alles andere als neu. Die *Clinical Pastoral Education* (CPE) entstand genau aus dieser Anforderungskonstellation, wie sie sich bereits in den Anfängen der modernen

¹ Henning Luther, Identität und Fragment. Praktisch-theologische Überlegungen zur Unabschließbarkeit von Bildungsprozessen, in: *Ders.*, Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart 1992, 160–182.

² Vgl. etwa Kevin Massey, Surfing through a Sea Change: The Coming Transformation of Chaplaincy Training, in: *Practice: Formation and Supervision in Ministry* 35/2014, 144–152.

Medizin abzeichnete. Die Initiative, die im Jahre 1925 am Massachusetts General Hospital zur Begründung der CPE führte, antwortete auf die Entwicklung des modernen Krankenhauses, in dem Patientinnen und Patienten zunehmend multi- oder interprofessionell betreut werden. Nicht zufällig hatte der Hämatologe *Richard Cabot*, der zusammen mit *Anton Boisen* die CPE ins Leben rief, bereits zwei Jahrzehnte früher die klinische Sozialarbeit begründet. Cabots Vision einer neuen Form von Seelsorge, die er selbst als „klinisch“ benannte, wurzelte in seiner eigenen Erfahrung interprofessioneller Zusammenarbeit mit Seelsorgenden der sogenannten Emmanuel-Bewegung sowie der Einsicht, dass Ärzte und Ärztinnen in einer sich zunehmend spezialisierenden Medizin auf spezialisierte Fachpersonen aus anderen Disziplinen angewiesen sind.³

Mit einer spezialisierten Ausbildung war ein erster Schritt zur Professionalisierung klinischer Seelsorge getan. Aus soziologischer Perspektive konstatiert *Harald Schützeichel*, dass unter den Bedingungen moderner Wohlfahrtsregime die Seelsorge Züge eines eigenlogischen Handlungsbereichs annehme, „der sich auch aus kirchlichen, konfessionellen und glaubensdogmatischen Bindungen löst und sich dennoch in Gestalt von nomischen Problemlagen, also Problemen, die den ‚Sinn‘ der Lebensführung und der Lebensform betreffen, weiterhin den Herausforderungen ‚großer Transzendenzen‘ stellt.“⁴ In den ersten Jahrzehnten der CPE war die Ablösungstendenz von der kirchlichen Gemeindeseelsorge wenig spürbar, doch hat sich dies spätestens seit dem Jahrtausendwechsel deutlich verändert.

Fragen wir uns kurz, was es bräuchte, um die klinische Seelsorge als eigenständige Profession im Gesundheitswesen zu etablieren. Nach *Michaela Pfadenhauer* und *Tobias Sander* zeichnet sich eine Profession durch drei Kennzeichen aus:

„1) das berufsbezogene, mithin ‚professionelle‘ – teilweise als ‚theoretisches‘ spezifizierte – Wissen, 2) die eindeutige, meist formalrechtliche Definition des Tätigkeitsfeldes im Verbund mit einer Monopolisierung dieses Tätigkeitsfeldes auf Basis dieses Wissens, oftmals in seiner institutionalisierten Form (Bildungstitel), sowie 3) die Herausbildung von Berufsverbänden zur Selbstverwaltung der Profession, ihrer typischen Wissensbestände und Praktiken der Berufsausübung und/oder eine (teils altruistisch verstandene) Gemeinwohlorientierung.“⁵

In allen drei Hinsichten sind gegenwärtig vielfältige Bestrebungen erkennbar. Neben neuen Versuchen, die klinikseelsorgliche Arbeit durch empirische Studien zu fundieren,⁶ haben sich in den letzten Jahren in verschiedenen Ländern die rechtlichen Rahmenbedingungen klinischer Seelsorge verändert, neue Berufsverbände formiert und die Ausbildungsangebote gewandelt.⁷

³ Vgl. *Susan E. Myers-Shirk*, *Helping the Good Shepherd. Pastoral Counselors in a Psychotherapeutic Culture 1925–1975*, Baltimore 2009; *Robert C. Powell*, *Elwood Worcester and the Emmanuel Movement. Physician of the whole man, of the soul as well as of the body*, North Charleston 2018.

⁴ *Rainer Schützeichel*, Seelsorge im Wohlfahrtsstaat. Soziologische Beobachtungen, in: *Zeitschrift für Religion, Gesellschaft und Politik* 3/2019, 265–281, hier 267.

⁵ *Michaela Pfadenhauer/Tobias Sander*, Professionssoziologie, in: *Georg Kneer/Markus Schroer* (Hg.), *Handbuch Spezielle Soziologien*, Wiesbaden 2010, 361–378, hier 362.

⁶ Vgl. *Eric J. Hall/George H. Handzo/Kevin Massey*, *Time to move forward. A new model of spiritual care to enhance the delivery of outcomes and value in health care settings*, New York 2016.

⁷ Vgl. für England: *Christopher Swift*, *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century. The Crisis of Spiritual Care on the NHS*, Farnham/Burlington 2014; für Schottland und die Niederlande: *Jan Piet Vlasblom/Martin N.*

Nicht zuletzt antwortet die zunehmende Professionalisierung klinischer Seelsorge auch auf die Entwicklung einer interprofessionell ausgerichteten Spiritual Care, die jüngst auch die Deutsche Bischofskonferenz⁸ und die Evangelische Kirche Deutschlands⁹ zu Verhältnisbestimmungen bewegte.

Es lohnt sich auch an dieser Stelle nochmals einen Blick in die Geschichte zu werfen, um besser einordnen zu können, weshalb der Einbezug der spirituellen Dimension seit einigen Jahrzehnten zunehmend als interprofessionelle Aufgabe verstanden wird. War die frühe und inzwischen überholte Festlegung moderner Medizin auf einen strikt biomedizinischen Ansatz selbst Teil des erwähnten Differenzierungs- und Spezialisierungsprozesses, der zur Ausklammerung von psychosozialen und spirituellen Aspekten aus dem medizinischen Tätigkeitsfeld führte, so steht das Leitwort *Spiritual Care* für einen Prozess reflexiver Bewusstwerdung auf globaler und nationaler Ebene im Horizont spätmoderner Medizin: für die (Wieder-)Entdeckung und (Re-)Integration einer therapeutisch relevanten Dimension. Es ist weithin unbestritten, dass die moderne Hospizbewegung und die daraus entstehende Palliativ Care wesentlich zu dieser Entwicklung beigetragen hat. Doch gab und gibt es zahlreiche weitere Faktoren, wie ein Blick in die Diskussionen innerhalb der Weltgesundheitsorganisation zeigt.¹⁰ Ohne hier auf die vielschichtigen Entwicklungstendenzen eingehen zu können, lässt sich festhalten, dass Spiritual Care einen gestaltungsoffenen Transformationsprozess in einem zunehmend globalisierten Gesundheitswesen bezeichnet.

In neuen interprofessionellen Konstellationen erscheint Klinikseelsorge als eine besondere, spezialisierte Form von Spiritual Care, die sich von ärztlicher, pflegfachlicher oder psychologischer Spiritual Care abhebt. Gesundheitsfachpersonen tragen auf ihre Weise zu interprofessioneller Spiritual Care bei, wenn sie die spirituelle Dimension bewusst in ihr primäres Tätigkeitsfeld einbeziehen. Im Unterschied zu gesundheitsberuflicher Spiritual Care, die als Teilaspekt des gesundheitsberuflichen Grundauftrags zu verstehen ist, zeichnen sich im Gesundheitswesen tätige Seelsorgende dadurch aus, dass Spiritual Care ihre primäre Aufgabe darstellt und ihre Rolle dadurch bestimmt wird. Sie sind Spezialistinnen und Spezialisten für die

Walton/Jenny T. van der Steen/Jaap J. Doolaard/Henk Jochemsen, Developments in Healthcare Chaplaincy in the Netherlands and Scotland. A Content Analysis of Professional Journals, in: *Health and Social Care Chaplaincy* 2/2014, 235–254; für die Schweiz: Simon Peng-Keller, Spitalseelsorge und Spiritual Care im Schweizer Gesundheitswesen Analyse eines aktuellen Transformationsprozesses, in: René Pahud de Mortanges/Hansjörg Schmid/Irene Becci (Hg.), *Spitalseelsorge in einer vielfältigen Schweiz. Interreligiöse, rechtliche und praktische Herausforderungen*, Zürich 2018, 29–56.

⁸ Vgl. *Deutsche Bischofskonferenz*, „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021; vgl. dazu: Peng-Keller, *Spiritual Care und kirchliche Seelsorge in palliativen Kontexten*, in: feinschwarz.net, <https://www.feinschwarz.net/spiritual-care-und-kirchliche-seelsorge-in-palliativen-kontexten/> (letzter Zugriff 02.09.2021).

⁹ *Evangelische Kirche in Deutschland*, *Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD*, 2020; vgl. dazu: Peng-Keller, *Spiritual Care durch Seelsorge. Zu einer aktuellen Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD*, in: *Spiritual Care* 10/2021, 168–169.

¹⁰ Vgl. Peng-Keller, *Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Von der sozialen Medizin zur WHO-Diskussion um die ‚spirituelle Dimension‘*, in: Peng-Keller/David Neuhold (Hg.), *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen*, Darmstadt 2019, 13–71; Peng-Keller/Fabian Winiger/Raphael Rauch, *The spirit of Global Health. The World Health Organization and the ‚spiritual dimension‘ of health*, Oxford 2022.

Integration spiritueller Aspekte in Gesundheitskontexte, die nach wie vor stark biomedizinisch geprägt sind.

3. Klinikseelsorgliche Integrationsaufgaben

Die Ausdifferenzierung und die professionelle Spezialisierung im Gesundheitswesen ziehen vielfältige Integrationsaufgaben nach sich. Das betrifft Gesundheitsfachpersonen ebenso wie Krankenhauseelsorgende. Drei zentrale Bereiche seien im Folgenden näher beleuchtet: erstens die Integration der Teilaspekte professioneller Identität; zweitens die interprofessionelle Integration der Seelsorge und drittens die Integration von klinischer und religiöser Beauftragung.

3.1 Die Integration der seelsorglichen Teilaspekte in eine kohärente professionelle Identität

Aufgrund der Ausdifferenzierung und Spezialisierung klinischer Welten sind die in ihnen tätigen gesundheitsberuflichen und seelsorglichen Fachpersonen zur Spezialisierung ebenso genötigt wie zur Ausfächerung ihres professionellen Tuns. Neben der Begleitung von Patientinnen, Angehörigen und Mitarbeitenden sowie gottesdienstlichen Angeboten übernehmen Seelsorgende zunehmend auch koordinative, beratende und edukative Aufgaben. Diese Vielfalt der klinikseelsorglichen Tätigkeitsfelder birgt die Gefahr der Fragmentierung und der Verzettlung in sich. Damit das professionelle Profil nicht verschimmt, bedarf es einer Fokussierung auf die seelsorglichen Kernkompetenzen sowie einer Integration der *nicht* professionsspezifischen Aufgaben ins primäre Tätigkeitsfeld. Dazu gehört nicht zuletzt auch die Kompetenz, in reflektierter Weise zwischen unterschiedlichen Teilrollen hin und her wechseln zu können und die Spannungen, die zwischen diesen auftreten, kreativ zu gestalten.

3.2 Die interprofessionelle Integration der Seelsorge

Wie die erste Aufgabe teilen sich Klinikseelsorgende auch die zweite mit Gesundheitsfachpersonen: die Herausforderung, sich in ihrer Tätigkeit von einer monoprofessionellen Perspektive zu verabschieden und sich um eine bewusste Integration der eigenen Tätigkeit in ein interprofessionelles Arbeitsfeld zu bemühen. In einer von der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften herausgegebenen Charta wird der Kern von Interprofessionalität als eine hermeneutische Aufgabe bestimmt:

„Interprofessionalität im Gesundheitsbereich ist gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) dann gegeben, wenn mehrere Gesundheitsfachleute mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen so

zusammenarbeiten, dass sie zu einem gemeinsam geteilten Verständnis kommen, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können.“¹¹

Die Zusammenarbeit zwischen Seelsorgenden und Gesundheitsfachpersonen folgte bislang weitgehend einem *mono-* oder *multiprofessionellen* Modell, nach dem zwar eine gute Koordination der Tätigkeiten, nicht jedoch eine intensive Zusammenarbeit vorgesehen ist. Der multiprofessionelle Ansatz entspricht dem Autonomiewunsch (und wohl auch den Machtansprüchen) einzelner Professionen, nicht jedoch den zunehmend komplexen Situationen und dem damit verbundenen Kooperations- und Koordinationsbedarf. Dieser zeigt sich unter anderem bei schwerwiegenden Entscheidungssituationen, wie sie insbesondere in der Palliativversorgung häufig vorkommen:

„Bei komplexen klinischen Situationen ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung unumgänglich. Der integrierte Zugriff auf sämtliche Informationen, z. B. durch digitale Dokumentations- und Entscheidungshilfen, trägt dazu bei, ein gemeinsames Verständnis einer Patienten- und Angehörigensituation zu entwickeln. Erst dieses gemeinsame Verständnis erlaubt die Planung und Durchführung interprofessionell abgestimmter Handlungen.“¹²

Die zitierte Charta legt deshalb Berufs- und Fachverbänden nahe, eine Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit zu fördern und sich für eine Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung einzusetzen. Und nicht zuletzt wird betont, dass interprofessionelle Zusammenarbeit und „integrierte Behandlung und Betreuung“ zusammengehören. Für eine optimale Abstimmung unterschiedlicher Expertisen und Kompetenzen ist zu unterscheiden zwischen beruflichen Kernkompetenzen und gemeinsamen, überlappenden Kompetenzen. Jede Profession soll ihre Kernkompetenz einbringen können bei gleichzeitiger Abstimmung im Bereich der überlappenden Kompetenzen. Das betrifft beispielsweise die Zusammenarbeit zwischen Seelsorge und Psychoonkologie, die im psychosozialen Feld überlappende Kompetenzen haben.

3.3 Die Integration von klinischer und kirchlicher Beauftragung

Die dritte Aufgabe ergibt sich aus der zweiten: die Integration klinischer und religiöser Beauftragung. Seelsorgende sind sowohl Spezialistinnen und Spezialisten für eine bestimmte Aufgabe im Gesundheitswesen als auch Repräsentantinnen und Repräsentanten von Glaubensgemeinschaften und -traditionen. Um nicht ins Niemandsland zwischen Glaubensgemeinschaften und Gesundheitsinstitutionen zu geraten, sind beide Beauftragungen

¹¹ *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, Bern 2020, 4. Dabei wird die Seelsorge ausdrücklich erwähnt und von Fachleuten gesprochen, die „für die soziale, spirituelle oder systemische Unterstützung im Versorgungsverlauf mitwirken“ und die es für „eine qualitativ hochstehende und sichere Gesundheitsversorgung braucht“.

¹² Ebd., 6.

gleichermaßen zu gewichten, und zwar auch dann, wenn die Finanzierung ausschließlich von der einen oder anderen Seite kommt.

Aus der Perspektive systemischer Seelsorge beschreibt *Christoph Morgenthaler* die Tätigkeit der Krankenhauseselsorge als Arbeit „an den Schnittstellen von drei grossen Typen von Systemen: dem Krankenhaus als System mit seinen Subsystemen, dem Angehörigen-System mit seinen Subsystemen und der Kirche als System, die das Subsystem Krankenhauseselsorge ausgebildet hat.“¹³ Daraus ergibt sich die prägnante Umschreibung: „Seelsorgebegegnungen sind professionell verantwortete und gestaltete Begegnungen im genannten Überschneidungsbereich der Systeme.“¹⁴ Auf dem Hintergrund dieser Beschreibung plädiert *Morgenthaler* für eine ambivalenzverträgliche Seelsorge: „offen zu sein für die Gleichzeitigkeit emotional entgegengesetzter Tendenzen bei Einzelnen, in den Angehörigen-Systemen und im System Krankenhaus, ja, Anwalt von Ambivalenzen zu sein [...], ohne Reduktion von Komplexität, sondern auf Gott als ‚complexio oppositorum‘ bezogen“¹⁵. Integrative Seelsorge heißt deshalb, die Spannungen, die sich aus dieser doppelten Beauftragung ergeben, nicht einseitig aufzulösen, sondern sie kreativ zu gestalten. Beides ist für eine profilierte Klinikseelsorge unumgänglich: die Rückbindung an Glaubensgemeinschaften und konkrete spirituelle Traditionen einerseits und die klinische Spezialisierung und eine transkonfessionelle Begleitkompetenz andererseits.

Alle drei Integrationsaufgaben werfen weitreichende praktisch-theologische Fragen auf: Wieweit gehört eine Seelsorge, die sich als spezialisierte Profession im Gesundheitswesen versteht, überhaupt noch ins kirchliche Handlungsfeld? Lässt sich Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care christlich-theologisch begründen? Im nächsten Abschnitt soll eine Antwort auf diese Fragen skizziert werden.

4. *Der christliche Heilungsauftrag als integratives Moment*

Der christliche Heilungsauftrag, dessen Konturen im Folgenden umrissen werden, bildet eine integrative Klammer, welche die sich verselbstständigende klinikseelsorgliche Arbeit geradewegs im Zentrum kirchlicher Sendung verankert. Da diese Klammer im gegenwärtigen kirchlichen Bewusstsein nur wenig präsent ist, bedarf es einer kurzen biblischen Erinnerung. In Übereinstimmung mit Markus und Matthäus berichtet der Evangelist Lukas, dass die Jünger, die Jesus um sich sammelte, nicht nur beauftragt wurden, zu verkündigen, sondern auch zu heilen: „Dann rief er die Zwölf zu sich und gab ihnen die Kraft und die Vollmacht, alle Dämonen auszutreiben und die Kranken gesund zu machen. Und er sandte sie aus mit dem Auftrag, das Reich Gottes zu verkünden und zu heilen.“ (Lk 9,1–2)

¹³ *Christoph Morgenthaler*, Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, Stuttgart 2019, 287.

¹⁴ Ebd., 289.

¹⁵ Ebd., 293.

Gemäß der jüngeren Forschungsliteratur¹⁶ gehört dieser Heilungsauftrag zu den frühesten Überlieferungen der neutestamentlichen Literatur und ist auf Jesus selbst zurückzuführen.¹⁷ Anknüpfend an das heilende Wirken Jesu bedeutet er, bibeltheologisch gesehen, ein integrales Moment der Aussendung der Jünger und damit der Sendung der Kirche. Zum Heilen gesandt sind auch nicht nur die Apostel als Vorausbilder späterer Amtsträger: Auch der symbolisch auf alle Völker erweiterte Kreis wird beauftragt zu heilen (Lk 10,9). Anders als die Weisung in Jak 5,14f. ist der Heilungsauftrag nicht auf die Gemeinde beschränkt, sondern ein Dienst an (Noch-)Nicht- oder Andersgläubigen. Ebenso wenig beschränkt er sich auf die diakonische Zuwendung zu kranken Menschen, auch wenn eine solche ein wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Wirkens darstellt.

Liest man die neutestamentlichen Heilungsgeschichten als narrative Matrix des Heilungsauftrags, so sind in dieser differenzierbare Formen „therapeutischen“ Wirkens zu finden – modern gesprochen: kurative, rehabilitative und palliative –, die auf unterschiedliche Leiden bezogen sind. Das neutestamentliche *therapeuein* ist keinesfalls auf spektakuläre Heilungswunder einzugrenzen, sondern umfasst das gesamte Spektrum kurativer Medizin (*cure*), seelisch-spirituelle Heilung (*healing*) und Krankenfürsorge (*care*).

In seiner charismatischen Ausformung sperrte sich der Heilungsauftrag Jesu gegen eine Institutionalisierung innerhalb der sich langsam ausbildenden Gemeindepraxis. Schon in frühchristlicher Zeit zeichnet sich seine Marginalisierung ab. Im Matthäusevangelium macht sich die Tendenz bemerkbar, diesen spezifischen Auftrag im weiteren Horizont christlicher Caritas aufgehen zu lassen oder ihn zu spiritualisieren. Der vorösterliche Heilungsauftrag geht in die nachösterliche Krankenfürsorge über, die als eines von mehreren Werken der Barmherzigkeit bestimmt wird (Mt 25,36). Im Sendungsauftrag, den dieses Evangelium beschließt (Mt 28,19-20), ist vom Heilungsauftrag keine Rede mehr. Im Johannesevangelium fehlt er gänzlich. Damit sind die Weichen für die weitere Entwicklung gestellt.

Worin besteht nun der christliche Heilungsauftrag unter den Bedingungen des heutigen Gesundheitswesens? Inwiefern (wenn überhaupt) lässt sich die Krankenhausseelsorge als eine aktuelle Verwirklichungsgestalt des christlichen Heilungsauftrags verstehen? Und welche Vorteile hat ein solches Verständnis? Ein weitgehender Konsens dürfte darüber bestehen, dass der christliche Heilungsauftrag auf sehr unterschiedliche, sich ergänzende und korrigierende Weise wahrgenommen werden kann, in professionellen, politischen, ehrenamtlichen und transprofessionellen Formen. Der christliche Heilungsauftrag ist nicht exklusiv auf eine bestimmte Gruppe einzugrenzen, sondern als kirchlicher Grundauftrag anzusehen. Die erste Tübinger Konsultation zur Zukunft des christlichen Engagements im globalen Gesundheitswesen, die der Weltkirchenrat zusammen mit dem Lutherischen Weltbund 1965 organisierte, formulierte es so: „Der christliche Heilungsauftrag ist in erster Linie Aufgabe der ganzen kirchlichen

¹⁶ Enno Edzard Popkes, *Der Krankenheilungsauftrag Jesu. Studien zu seiner ursprünglichen Gestalt und seiner frühchristlichen Interpretation*, Neukirchen-Vluyn 2014.

¹⁷ Für eine ausführlichere Darstellung und Begründung des Folgenden vgl. Simon Peng-Keller, *Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit*, Göttingen 2021.

Gemeinschaft, und nur in diesem Kontext auch jener, die speziell dazu ausgebildet sind.”¹⁸ Die christliche Krankenhauseelsorge ist innerhalb dieses gemeinsamen Auftrags verortet und spezifiziert ihn.

Die Krankenhauseelsorge innerhalb des christlichen Heilungsauftrags zu verorten, bedeutet auch, sie als therapeutisch zu qualifizieren. Spätestens an dieser Stelle wird es kontrovers. Die Seelsorge, so heißt es oft, gehöre nicht zu den therapeutischen Berufen. Sie handle, doch behandle sie nicht und könne sich deshalb auch nicht am interprofessionellen Gespräch über Therapieziele beteiligen. Seelsorgende seien zwar im selben Handlungsfeld wie Gesundheitsfachpersonen tätig, jedoch mit einer anderen Zielsetzung und einem Auftrag, der sich grundlegend vom therapeutischen Behandlungsauftrag unterscheide. Der Vorteil eines solchen Verständnisses klinischer Seelsorge ist es, dass es das Alleinstellungsmerkmal der Seelsorge und die Bedeutung der kirchlichen Beauftragung deutlich hervortreten lässt. Seine Schwachstelle ist ebenso deutlich: Es gibt (bibel-)theologisch gesehen keinen guten Grund, den Therapiebegriff auf gesundheitsberufliches Handeln einzugrenzen. Dass die Seelsorge keine Therapien anbietet, bedeutet nicht, dass sie nicht dennoch therapeutisch wirksam sein kann. Dass Seelsorge hilfsbedürftigen Menschen nützt und nicht schadet, gehört nicht allein zum Berufsethos der Seelsorge, sondern ist eine der Grundbedingungen dafür, um in Gesundheitsinstitutionen überhaupt tätig sein zu können. In ihrer Arbeit sind Seelsorgende vom Wunsch geleitet, dass ihr Handeln für Patientinnen und Patienten ebenso wie für ihre Angehörigen hilfreich und heilsam sein möge.

Gewiss ist seelsorgliches Tun, gerade auch um einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit willen, von ärztlichem, pflegfachlichem und psychotherapeutischem Handeln und Behandeln zu unterscheiden. Krankenhauseelsorge soll nicht die Arbeit gesundheitsberuflicher Therapeutik verdoppeln; doch kann und möchte sie durch ihr professionelles Handeln auf ihre Weise heilsam wirken. Seelsorge ist heilsam, wenn Menschen in ihrer Zuversicht und Hoffnung, in ihrem Grundvertrauen und ihrer Lebensbejahung gestärkt werden und zu größerer Klarheit finden; wenn sie ihre Situation in einem anderen Licht zu sehen beginnen; wenn sie eine sorgfältig erwogene therapeutische Entscheidung treffen können; wenn sie mitten in ihrer Not auf Gott zu vertrauen vermögen usw. Seelsorgliche Präsenz ist heilsam, wenn sie vulnerable Menschen in der „Kraft zum Menschsein“¹⁹ stärkt und auf diese Weise zu palliativen, rehabilitativen, präventiven oder kurativen Aufgaben heutiger Gesundheitsversorgung beiträgt, ohne zugleich in diesem Beitrag aufzugehen.

5. *Inter- und transreligiöse Perspektiven*

¹⁸ WCC/World Council of Churches, The Healing Church. The Tübingen Consultation, in: World Council Studies 3/1965, 34–43, https://difaem.de/fileadmin/Dokumente/Publikationen/Dokumente_AErztliche_Mission/tuebingenI_englisch.pdf (letzter Zugriff 24.07.2020), 35 (eigene Übersetzung).

¹⁹ *Evangelische Kirche in Deutschland*, Konferenz für Krankenhauseelsorge (Hg.), Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhauseelsorge. Eine Orientierungshilfe, Hannover 2004, https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/leitlinien_krankenhauseelsorge_ekd_2004.pdf (letzter Zugriff 23.06.2020).

Die Rückbesinnung auf den christlichen Heilungsauftrag vermag die Spannung zwischen der klinischen und der kirchlichen Beauftragung seelsorglichen Handelns zu verringern. Doch geschieht dies um den Preis eines exklusiv christlichen Verständnisses, das wenig anschlussfähig ist für inter- und transreligiöse Lernprozesse? Mag das eben skizzierte Verständnis für die christliche Seelsorge noch so integrativ sein – taugt es auch als integrative Klammer, wenn seelsorgliche und gesundheitsberufliche Fachpersonen mit unterschiedlichen konfessionellen Hintergründen zusammenarbeiten? Den naheliegenden Einwänden lässt sich mit zwei Überlegungen begegnen: Erstens sei nochmals daran erinnert, dass der Heilungsauftrag Jesu in den Evangelien nicht der Gemeindeseelsorge zugeordnet ist, sondern ein Dienst an Nicht- oder Andersgläubigen darstellt. Die Heilungen, die Jesus wirkt, sind nicht auf die Gemeindebildung angelegt und missionsstrategisch verzweckt, sondern haben ihren Sinn in sich. Im Horizont des christlichen Heilungsauftrags ist ein christliches Seelsorgeangebot damit von vornherein inter- und transreligiös geöffnet.

Daraus ergibt sich die zweite Überlegung: Das im Hinblick auf inter- und transreligiöse Konstellationen integrative Moment liegt in der therapeutischen Fokussierung einer im Gesundheitswesen verankerten Seelsorge. Auch wenn die theologischen Begründungen für diese therapeutische Ausrichtung unterschiedlich sein mögen, teilen christliche Seelsorgende mit ihren nichtchristlichen Berufskolleginnen und Berufskollegen den Anspruch, leidende Menschen in professioneller Weise zu unterstützen und sie heilsam zu begleiten. Daraus erwächst die gemeinsame Verpflichtung, seelsorgliches Handeln einer kritischen Qualitätsüberprüfung zu unterziehen und es auf Grundlage empirischer Forschung weiterzuentwickeln, etwas, was problemlos inter- und transreligiös geschehen kann. Die Herausforderung, sich als Seelsorgende im Gesundheitswesen weiter zu professionalisieren und ihre (im weitesten Sinne) therapeutische Wirksamkeit zu überprüfen und zu spezifizieren, verbindet Seelsorgende mit unterschiedlichen konfessionellen Hintergründen.

6. Fazit

Klinische Seelsorge kann sich gesellschaftlichen und professionellen Differenzierungs- und Spezialisierungsprozessen nicht entziehen und tut deshalb gut daran, diese selbst mitzugestalten. Als spezialisierte Spiritual Care, die sich in vielfältiger Weise an der interprofessionellen Zusammenarbeit beteiligt, kann Krankenhausseelsorge auf ihre Weise dazu beitragen, die spirituelle Dimension in einem säkularen Gesundheitswesen präsent zu halten. Auf diese Weise nimmt sie einen unersetzlichen integrativen Dienst wahr. Denn: „Ohne Spiritualität wäre die Gesundheits- und Sozialversorgung ein sehr einsamer, leerer und dünner Ort für Kranke und Sterbende.“²⁰ Um sich in komplexen Systemen an der interprofessionellen Zusammenarbeit zu beteiligen und das eigene professionelle Profil zu schärfen, bedarf es nicht allein eines hohen Maßes an Professionalität, sondern ebenso eine lebendige Rückbindung an

²⁰ John Swinton/Ewan Kelly, Contextual Issues: Health and Healing, in: Christopher Swift/Mark Cobb/Andrew Todd (Hg.), A Handbook of Chaplaincy Studies. Understanding Spiritual Care in Public Places, Oxon/New York 2016, 175–185, hier 177 (eigene Übersetzung).

Glaubensgemeinschaften und eine eigene spirituelle Verwurzelung. Wenn für alle Heilberufe gilt, dass die professionelle Wirksamkeit sich in einem nicht unbedeutenden Ausmaß der persönlichen Grundeinstellung verdankt, dann trifft dies für die Seelsorge in besonderer Weise zu. Ist doch die spirituelle Dimension, die sie repräsentieren, in zentraler Weise mit einer solchen Grundeinstellung verknüpft.

Prof. Dr. Simon Peng-Keller, Spiritual Care, Theologische Fakultät der Universität Zürich, Kirchgasse 9, CH-8001 Zürich, simon.peng-keller@theol.uzh.ch.