



## FACHARTIKEL

## Spiritual Care und Seelsorge: zwei Namen – eine Aufgabe?

Stefan Gärtner

### Zusammenfassung

Der Artikel analysiert das Verhältnis zwischen Spiritual Care und konfessioneller Klinikseelsorge und hebt deren jeweiligen Mehrwert hervor. Während Spiritual Care als eine interprofessionelle, pluralistische Aufgabe verstanden wird, die alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen einschließt und die spirituellen sowie existenziellen Bedürfnisse aller Patient:innen adressiert, stellt die konfessionelle Seelsorge eine spezialisierte, religiös fundierte Form der Spiritual Care dar. Der Artikel betont die Bedeutung einer multiprofessionellen Zusammenarbeit, bei der beide Ansätze ihre jeweiligen Stärken einbringen, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Dabei wird deutlich, dass Spiritual Care eine breitere, inklusive Perspektive bietet, während die Seelsorge ihre besondere Kompetenz in der religiösen Begleitung behält. Die Diskussion unterstreicht die Notwendigkeit, beide Formen differenziert zu betrachten und ihre jeweiligen Rollen im Gesundheitswesen zu stärken, um den vielfältigen spirituellen Bedürfnissen der Patient:innen gerecht zu werden.

**Schlüsselwörter:** Spiritual Care, Seelsorge, Spiritualität, ganzheitliche Versorgung, Multiprofessionalität

### Abstract

This article analyzes the relationship between spiritual care and denominational chaplaincy in hospitals and highlights their respective added value. While spiritual care is an interprofessional, pluralistic task that encompasses all healthcare professionals and addresses the spiritual and existential needs of all patients, denominational chaplaincy represents a specialized, religiously based form of spiritual care that focuses on the specific beliefs and rituals of a particular faith community. The article emphasizes the importance of multiprofessional collaboration, in which both approaches contribute their respective strengths to ensure holistic care. It becomes clear that spiritual care offers a broader, inclusive perspective, while chaplaincy retains its particular expertise in religious counseling. The discussion underscores the need to consider both forms and to strengthen their roles in healthcare in order to meet the diverse spiritual needs of patients.

**Key Words:** Spiritual care, chaplaincy, spirituality, holistic care, multiprofessionalism

## Einleitung

Welchen Mehrwert hat Spiritual Care gegenüber konfessioneller Klinikseelsorge? Das ist eine der Fragen, die die Veranstalter:innen für diese Tagung formuliert haben.<sup>1</sup> Beerbt die Spiritual Care, so könnte man provokativ weiterfragen, demnach die kirchliche Seelsorge? Dem Titel meines Beitrags können Sie bereits entnehmen, dass ich insgesamt eine vermittelnde Position vertrete. Die Seelsorge soll dabei als eine spezialistische Form der Spiritual Care angesehen werden.

In der Tat ist es an der Zeit, sich dem Verhältnis von Seelsorge und Spiritual Care zu widmen. So haben sich die beiden großen Kirchen in Deutschland 2020 bzw. 2021 bereits hierzu positioniert.<sup>2</sup> Und unter anderem hat die katholische Pastoraltheologin Doris Nauer schon davor praktisch-theologische Beiträge geliefert, auf die ich im Weiteren gerne zurückgreifen werde.

Ich schlage vor, dass wir uns dem Thema zunächst über einen praktischen Angang nähern: Ich möchte dafür eine exemplarische Fallgeschichte besprechen. Danach gehe ich in der gebotenen Kürze auf das Verständnis und das Verhältnis von Seelsorge und Spiritual Care ein, bevor ich das angedeutete Konzept der Klinikseelsorge als eine spezialisierte Form von Spiritual Care vorstelle. Dieses Konzept ist nicht unumstritten. Darum werde ich mich auch mit der Kritik daran beschäftigen. Schließlich bin ich von den Veranstalter:innen eingeladen worden, unser Thema auch von den Erfahrungen in den Niederlanden aus zu beleuchten.

## 1. Spiritual Care und Seelsorge: Ein empirischer Angang

Ich schlage also vor, dass wir uns der Frage, was Spiritual Care ist bzw. sein kann und wie ihr Verhältnis zur Krankenhausseelsorge ist, zunächst von der Praxis her annähern. Ich gebrauche dazu die Erfahrungen einer Patientin und ihrer Angehörigen in der terminalen Phase.<sup>3</sup> Es betrifft eine Frau mit Metastasen in der Lunge. Die Monate nach der Diagnose bedeuteten für die Familie eine Odyssee mit Krankenhausaufenthalten und Arztgesprächen, der Suche nach ambulanter Pflege, der Auseinandersetzung mit Pflege- und Krankenkassen etc. Nach einer gewissen Zeit musste die Behandlung palliativ-onkologisch umgestellt werden. Kurzfristige Notaufnahmen in verschiedene Kliniken und weitere Bestrahlungen folgten.

---

<sup>1</sup> Es geht um die Fachtagung ‚Spiritual Care – Eintagsfliege oder Zukunftsformat?‘ am 15. Mai 2024 in der Katholischen Akademie in Mülheim/Ruhr. Der Vortragsstil wurde für die Veröffentlichung beibehalten. Vgl. für das Weitere auch: Stefan Gärtner, Seelsorge als spezialisierte Care im Gesundheitswesen. Eine kurze Einführung, in: WzM, im Druck.

<sup>2</sup> Vgl. Die deutschen Bischöfe (Pastoralkommission), Bleibt hier und wacht mit mir! (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021; Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD, Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen, Hannover 2020.

<sup>3</sup> Vgl. (teilweise auch als Zitat) Bruno Schrage/Astrid Giebel, Spirituelle und existenzielle Kommunikation. Eine Frage der Professionalität in Berufen des Gesundheitswesens, in: WzM 75 (2023-4), 318-331, hier: 318 f.

Dann wird die Frau in ein christliches Hospiz überwiesen. Hier fühlt sie sich sofort wohl. Das ganze Haus strahlt Ruhe und Geborgenheit aus. Auch die Angehörigen sind dort trotz Corona willkommen. Sie können eine intensive Zeit mit der Patientin verbringen. Schließlich muss die Schmerzmedikation so angepasst werden, dass die Dame kaum noch reagieren kann. Lediglich bei Berührungen regen sich ihre Gesichtszüge etwas.

Spiritual Care als ganzheitliche, erlebbare Versorgung.

In dieser Zeit kommt eine Pflegekraft mit einer kleinen Kiste in das Zimmer: „Wir haben hier im Hospiz Stoffherzen, die von einer Behindertenwerkstatt angefertigt worden sind. Vielleicht möchten Sie überlegen, was Ihnen jetzt besonders am Herzen liegt. Wir im Team denken, dass es jetzt an der Zeit ist, sich über solche Fragen Gedanken zu machen. Hier ist noch ein Text von Naomi Feil, den wir sehr passend finden. Suchen Sie sich doch einfach jeder ein Herz aus.“ Sie gibt jedem Angehörigen ein Herz und die Kopie des Textes von Naomi Feil. Danach geht die Pflegekraft und lässt die Familie etwas ratlos zurück. Ihr wird bewusst, dass es nun wirklich auf das Ende zugeht.

Einer der Angehörigen begibt sich an diesem Abend in die Kapelle des Hospizes. Dort hängen die Kontaktdaten der Seelsorge aus, und es findet sich ein Fürbittenbuch mit einem Stift. Der letzte Eintrag ist Monate her.

Die Frau verstirbt in dieser Nacht. Die Tochter gibt ihr ein Stoffherz mit ins Grab. Später sagt sie über diese Tage: „Nach all dem, was wir vorher erlebt hatten, war ich einfach nur froh, dass Mama in Frieden und ohne Schmerzen in unserem Beisein sterben konnte. Aber jetzt, wo ich gefragt werde: Ja, es hat mir gefehlt, dass ich mal gefragt worden wäre, was mir Trost und Hoffnung gibt. Wie ich das aushalten kann. Und es stimmt auch: Mama hat in dieser ganzen Zeit keiner gefragt, woran sie glaubt und was sie in dieser Hinsicht braucht. Es ging immer nur um das Körperliche.“

Diese Fallgeschichte enthält mehrere Aspekte, die für unser Thema instruktiv sind. Sie macht deutlich, was Spiritual Care beinhalten kann:

1. Zunächst wird der Bedarf danach in einer typischen Situation deutlich. In der Pastoral spricht man vom Seelsorgeanlass. Die terminale Phase enthält existentielle Herausforderungen, sowohl für den schwerkranken Menschen als auch für dessen Angehörige. Man kann diesen Herausforderungen nicht leicht ausweichen. Es ist darum kein Zufall, dass die Weltgesundheitsorganisation WHO die Bedeutung der Spiritual Care bzw. der spirituellen Aspekte der Gesundheit 2002 ausdrücklich in ihre Definition der Palliative Care aufgenommen hat.<sup>4</sup> Daneben ist die Entstehung der Spiritual Care neben anderen Wurzeln mit der modernen Hospizbewegung verbunden und der Gründung des St. Christophers Hospice 1967 durch Cicely Saunders als Ort einer total care bzw. rounded care.

<sup>4</sup> Vgl. Simon Peng-Keller/Fabian Winiger/Raphael Rauch, The Spirit of Global Health. The World Health Organization and the 'Spiritual Dimension' of Health, 1946-2021, Oxford 2022.

Auch in der Kasuistik wird deutlich, dass bei einer *guten Begleitung* in der *palliativen Phase* Raum für spirituelle Fragen und Probleme ist. Aufmerksamkeit für das Körperliche allein, wie dies unter der Dominanz des biomedizinischen und naturwissenschaftlichen Paradigmas der Fall ist, reicht nicht aus.<sup>5</sup>

2. Das Bedürfnis, sich den Tiefendimensionen eines Lebens und des Sterbens ausdrücklich zu stellen, wird in der Fallgeschichte vom Hospiz bzw. einer Pflegekraft wahr- und ernstgenommen. Dafür scheint es im übrigen Gesundheitssystem weniger Zeit gegeben zu haben. Im Hospiz besteht dagegen ein symbolisches und textliches Angebot, um den Betroffenen in dieser schwierigen Phase zu helfen; die Patientin kommt in der Fallgeschichte nicht ausdrücklich in den Blick. Trotzdem entfaltet das Angebot der Spiritual Care eine gewisse Wirkung, wie sich an der Grabgabe der Tochter zeigt.
3. Allerdings zeigt sich auch, dass die Implementierung dieses Angebots unzureichend war und es offenbar relativ spät kam. Die Angehörigen fühlten sich damit alleingelassen. Sie vermissen eine Einbettung des Symbols, wie dies in einem

Seelsorge als kompetenter Begleiter in symbolischer, existenzieller, ritueller, gläubiger und religiöser Kommunikation.

längeren Gespräch und/oder einem gemeinsamen Ritual möglich gewesen wäre. Daneben vermisst die Tochter, dass die Spiritual Care die konkreten Überzeugungen und den Glauben der Betroffenen ausdrücklich thematisiert.

4. Traditionell wird die Seelsorge als eine Instanz angesehen, die sich auf solche Desiderate richtet. Sie kann Menschen bei der symbolischen, existentiellen, rituellen,

gläubigen und religiösen Kommunikation kompetent begleiten und inspirieren. Denn „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.“<sup>6</sup> Hierzu beziehen sie sich ausdrücklich auf die vorhandene Weltanschauung bzw. die Weltanschauungen der beteiligten Personen. Die Seelsorge ist in dieser Fallgeschichte über den Ort der Kapelle allerdings nur indirekt und nicht personal vertreten. Die Arbeit der Hauptamtlichen war offenbar nicht mit dem standardisierten Angebot der Einrichtung mit den Stoffherzen verbunden.

## 2. Zum Verständnis und Verhältnis von Klinikseelsorge und Spiritual Care

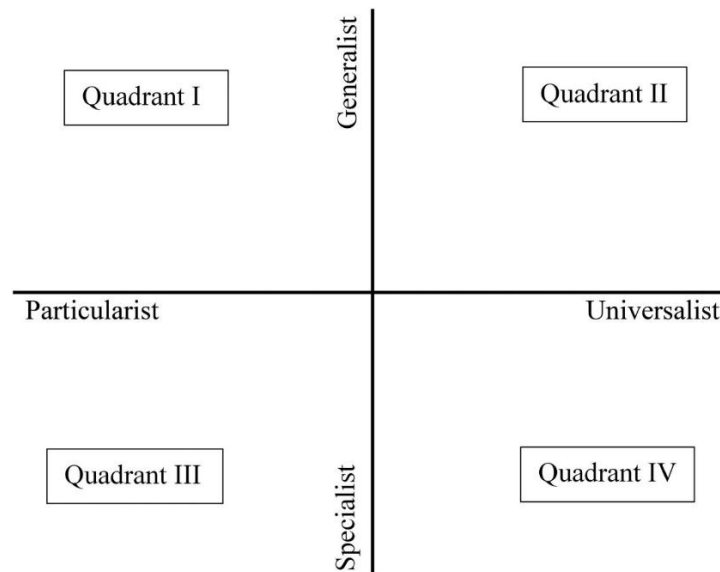
Mit der Analyse unserer Fallgeschichte sind wir mitten in der Debatte über das rechte Verständnis von Spiritual Care und Seelsorge und ihr Verhältnis zueinander gelandet. Es

<sup>5</sup> Vgl. Michael J. Balboni/Tracy A. Balboni, *Hostility to Hospitality. Spirituality and Professional Socialization Within Medicine*, Oxford 2018.

<sup>6</sup> Simon Peng-Keller, *Seelsorgliche Spiritual Care. Spezialisierung und Integration*, in: *WzM* 74 (2022-3), 240-250, hier: 243.

Spiritual Care und Seelsorge – zwischen Spezialistentum und Generalistentum.

kann nicht überraschen, dass es dafür mehr als eine Position gibt. Aus der Perspektive der Seelsorge unterscheidet Doris Nauer drei Modelle.<sup>7</sup> Zum einen gibt es die Nichtintegration der Krankenhauseelsorge in das Gesundheitswesen. Dadurch steht diese strukturell am Rand der Organisation und die Seelsorgenden sind Zaungäste mit Blick auf den primären Prozess: eine für alle Seiten und nicht zuletzt auch für die Patient:innen wenig wünschenswerte Situation. Manches deutet darauf hin, dass dies in der obigen Kasuistik der Fall war. Zum Zweiten besteht das Modell der Teilintegration. Eine Seelsorgeperson bewegt sich dann im institutionellen Dazwischen.<sup>8</sup> Sie ist als kirchlich beauftragte und bestellte Amtsträgerin zwar ein Fremdkörper im Gesundheitswesen, aber sie arbeitet im Team zusammen mit den anderen Berufsgruppen, unterstützt deren Einsatz in der spirituellen Begleitung von Patient:innen und liefert dazu einen eigenen, spezialistischen Beitrag. Drittens besteht die systemische Vollintegration derjenigen, die hauptverantwortlich für Seelsorge bzw. Spiritual Care sind. Sie werden durch das Gesundheitssystem selbst finanziert und sind Teil der Organisation mit ihren Hierarchien, Entscheidungsprozessen und Arbeitsabläufen. Wir werden im Weiteren sehen, dass dies in den Niederlanden der Fall ist.



(Abb. 1: Anke Liefbroer/Ruard Ganzevoort/Erik Olsman, Addressing the Spiritual Domain in a Plural Society. What is the Best Mode of Integrating Spiritual Care into Healthcare?, in: *Mental Health, Religion & Culture* 22 (2019-3), 244-260, hier: 249.)

<sup>7</sup> Vgl. Doris Nauer, *Spiritual Care statt Seelsorge?* Stuttgart 2015, 88-91.

<sup>8</sup> Vgl. Michael Klessmann, *Seelsorge im Zwischenraum / im Möglichkeitsraum*, in: *WzM* 55 (2003-7), 411-426.

Eine andere Möglichkeit ist es, das Verhältnis zwischen Spiritual Care und Seelsorge entlang der Achsen einer Matrix (Abb. 1) zu beschreiben, nämlich zum einen zwischen Spezialistentum und Generalistentum und zum anderen zwischen partikularem Glauben und einem universalistischen Ansatz.<sup>9</sup> So lassen sich die verschiedenen Positionen in der Debatte und auch die Wirklichkeit im Gesundheitswesen gut ordnen. Die erste Achse mit den Polen spezialistisch und generalistisch gibt an, ob Spiritual Care vor allem von Expert:innen wie einer hauptamtlichen Seelsorgeperson wahrgenommen wird oder ob sie ein integraler Auftrag für alle im Gesundheitswesen Tätigen ist. Spiritual Care wäre demnach für das medizinische, pflegerische und therapeutische Personal Bestandteil ihres umfassend verstandenen, also generalistischen Berufshandelns. Entsprechend kann man zwischen spezieller und generalisierter bzw. zwischen seelsorglicher und gesundheitsberuflicher Spiritual Care unterscheiden.<sup>10</sup> Die zweite Achse mit den Polen partikular und universell gibt an, ob Spiritual Care aus einer bestimmten Weltanschauung oder einem bestimmten Glauben heraus angeboten wird, wie dies unter anderem in einer kirchlichen Beauftragung zum Ausdruck kommt, oder ob man sich den Menschen inter- oder transreligiös bzw. weltanschaulich neutral oder weltanschaulich offen zuwendet.

Kirchliche Seelsorge im traditionellen Verständnis wäre in dieser Matrix eine Tätigkeit für professionelle Spezialist:innen, die den eigenen Glauben zum Ausgangspunkt nehmen. Dagegen wird Spiritual Care in der Regel als eine Aufgabe aller Berufe in einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung, einer Psychiatrie oder einem Hospiz gewertet. Zur Zielgruppe gehört prinzipiell jeder und jede, unabhängig von der Weltanschauung. Dieses Modell wurde offensichtlich auch in unserem einleitenden Case Study praktiziert. Die Pflegekraft machte ihre Intervention mit den Stoffherzen im Rahmen der Palliative Care in einem allgemeinen Sinn. Auch in anderen Bereichen nehmen die medizinischen Professionen mit einem breiten Gesundheitsbegriff und einem essentiell-anthropologischen Spiritualitätsverständnis die Wünsche und Nöte der ihnen anvertrauten Menschen ernst und versuchen diese bei ihrer Arbeit zu berücksichtigen.

Man kann die beiden Positionen (neben der der Skeptiker:innen, die für eine grundsätzliche Trennung von medizinischem und religiösem Denken eintreten) idealtypisch als religiösen Partikularismus (= konfessionelle Seelsorge) versus spirituellen Generalismus (= allgemeine Spiritual Care) gegenüberstellen.<sup>11</sup> In der genannten Matrix sind allerdings auch Misch- und Zwischenformen möglich; das zeigt insbesondere die tägliche Praxis. Außerdem gibt es die Kooperation verschiedener Berufe, um gemeinsam eine umfassende Hilfe und Begleitung passend zu den Fragen,

<sup>9</sup> Vgl. Anke Liefbroer/Ruard Ganzevoort/Erik Olsman, Addressing the Spiritual Domain in a Plural Society. What is the Best Mode of Integrating Spiritual Care into Healthcare?, in: *Mental Health, Religion & Culture* 22 (2019-3), 244-260.

<sup>10</sup> Vgl. Simon Peng-Keller, Spiritual Care. Grundgestalten, Leitmotive und Entwicklungsperspektiven, in: *Spiritual Care Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen* 9 (2020-2), 127-135, hier: 128-130.

<sup>11</sup> Vgl. Balboni/Balboni, Hostility to Hospitality.

Bedürfnissen und Wünschen der jeweiligen Zielgruppe anzubieten. Trotzdem rufen unsere Überlegungen die Frage hervor, welche Rolle einer hauptamtlichen Seelsorgeperson in einem streng generalistischen und universalistischen Konzept zukommt.<sup>12</sup> Wird die Klinikseelsorge dann nicht tendenziell von der Spiritual Care beerbt?

### 3. Seelsorge als spezialistische Spiritual Care und die Kritik an diesem Konzept

Zumindest die wissenschaftliche Debatte (nicht nur in den Niederlanden<sup>13</sup>) bewegt sich in den letzten Jahren jenseits der genannten Extrempositionen. Immer stärker zeichnet sich als Konsens ab, die Krankenhausseelsorge als eine spezialisierte Form von Spiritual Care aufzufassen. Sie arbeitet strukturell mit den anderen Berufen zusammen und liefert in dieser Kooperation einen originären und unverzichtbaren Beitrag: „Seelsorgliches Tun ist, gerade im Kontext interprofessioneller Zusammenarbeit, von ärztlichem, pflegefachlichem und psychotherapeutischem Handeln zu unterscheiden. Seelsorge

Alle Menschen – ob religiös oder nicht – sind mit spirituellen Fragen konfrontiert und brauchen zuweilen Beistand und Begleitung.

verdoppelt nicht die Arbeit gesundheitsberuflicher Therapeutik, kann jedoch auf ihre Weise heilsam wirken.“<sup>14</sup> Es geht also um ein Teilmengenmodell, in dem die Seelsorge in eine breit angelegte, interdisziplinäre Spiritual Care integriert ist. Spiritual Care wird demnach als Querschnittsdimension guter Cure und Care durch verschiedene Professionen (darunter der

Klinikseelsorge) mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Rollen, Interventionen und Kompetenzen sowie mit je eigenen inhaltlichen Schwerpunkten und weltanschaulichen Profilen ausgeübt.<sup>15</sup> Dabei ergänzen sich die Berufe zum Wohle der Menschen. Reine Besitzstandswahrung auf der einen Seite und professioneller Kannibalismus auf der anderen Seite werden so vermieden.

Ein Hintergrund dieser Entwicklung sind die angedeuteten Begrenzungen einer kurativen und nur auf das Körperliche ausgerichteten Hightechmedizin. Daneben drückt sich in der

<sup>12</sup> Vgl. August Laumer, Spiritual Care. Chance oder evolutionärer Ersatz für die christliche Krankenhausseelsorge?, in: WzM 70 (2018-2), 153-164.

<sup>13</sup> Vgl. Carlo Leget, Spiritual Care als Zukunft der Seelsorge! Ein Plädoyer aus niederländischer Perspektive, in: Diak. 46 (2015-4), 225-231.

<sup>14</sup> Simon Peng-Keller, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen 2021, 120 f.

<sup>15</sup> Vgl. Eckhard Frick, Unterwegs zum Facharzt für Spirituelle Medizin? Entwurf eines medizinisch-therapeutischen

Spiritual Care-Modells zwischen Professionalisierung und Deprofessionalisierung, in: Spiritual Care Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen 9 (2020-2), 137-147, hier: 142-145.

skizzierten Entwicklung die vielgestaltige religiöse Landschaft der spätmodernen Gesellschaft aus, die durch die Deinstitutionalisierung, Migrationsprozesse, (Post-) Säkularität, Entkonfessionalisierung, die Individualisierung der religiösen Haltungen und Praktiken etc. entstanden ist. Auch im Gesundheitswesen äußern sich spirituelle Bedürfnisse schon lange nicht mehr nur konventionell kirchlich. Selbst unter den Mitgliedern einer Konfessionsgemeinschaft zeigt sich eine Pluralisierung der religiösen Ausdrucksformen, Wünsche, Identitäten und Glaubensüberzeugungen. Zusätzlich fällt es den Kirchen immer schwerer, das Angebot der sogenannten kategorialen Seelsorge bzw. des Sonderpfarramts im Gesundheitswesen personell und finanziell überhaupt aufrechtzuerhalten.<sup>16</sup> Umgekehrt ist offensichtlich, dass auch Patient:innen, die von sich sagen, nicht an einen Gott zu glauben oder kein religiöser Mensch zu sein, mit spirituellen Fragen in einem breiten Sinn konfrontiert sein können.<sup>17</sup> Solche Fragen drängen sich in einer nichtalltäglichen Lebenssituation wie ein Klinikaufenthalt, eine plötzliche Pflegebedürftigkeit, der Kontakt mit dem Tod oder eine Schmerzbehandlung in den Vordergrund.

Es gibt aber auch Kritiker:innen dieses Konsenses, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care zu verstehen. Sie fordern, dass „Seelsorge sowohl aus theologischen als auch aus berufsstrategischen Gründen nicht mit Spiritual Care gleichgesetzt werden darf. Seelsorge ist viel mehr als Spiritual Care!“<sup>18</sup> Man erinnert in diesem Zusammenhang an die konstitutive Gemeinschaftsbindung jeder Religion, ist kritisch gegenüber dem Machbarkeitsdenken in Sachen Sinnstiftung, wehrt sich gegen eine Instrumentalisierung der Spiritualität durch die Gesundheit und fordert Raum für die grundlegende Gebrochenheit der menschlichen Existenz. Die Kritiker:innen positionieren sich damit ausdrücklich als Repräsentant:innen der christlichen Traditionen. Diese Traditionen sollten das prophetisch-kritische Profil der kategorialen Pastoral im säkularen Kontext des Gesundheitswesens prägen. Eine so konzipierte Seelsorge ist zwar grundsätzlich anschlussfähig an die gesundheitsberufliche Spiritual Care, doch es bleiben inhaltliche und institutionelle Widerhaken. Diese setzen der interprofessionellen Kooperation Grenzen.<sup>19</sup> Ansonsten besteht in letzter Konsequenz die bereits angesprochene Gefahr, dass Seelsorge sich selbst überflüssig macht.

---

<sup>16</sup> Vgl. Simon Peng-Keller, Professionelle Klinikseelsorge im Horizont interprofessioneller Spiritual Care, in: PTh 106 (2017-10), 411-421, hier: 412.

<sup>17</sup> Vgl. Erhard Weiher, Auf der Spur der Spiritualität. Zur Frage nach dem „Wie“ der Seelsorge, in: Zeitschrift für Pastoraltheologie 41 (2021-2), 67-80, hier: 71-76.

<sup>18</sup> Nauer, Spiritual Care statt Seelsorge, 208 [Im Original teilweise kursiv].

<sup>19</sup> Vgl. Isolde Karle, Chancen und Risiken differenter Systemlogiken im Krankenhaus. Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care, in: Spiritual Care Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen 7 (2018-1), 57-67, hier: 59-64.

Diese Position geht davon aus, dass das Gesundheitssystem mit seiner zentralen Leitdifferenz zwischen gesund und krank letztendlich unvereinbar mit Pastoral ist. Zwar ist diese in Deutschland fest ins Krankenhaus integriert, aber dabei drohe ihre Verzweckung durch die dominante medizinische Logik und durch die ökonomischen Zwänge. Seelsorge operiert nämlich nicht mit der Leitunterscheidung gesund/krank, sondern immanent/transzendent. Und sie tut dies immer schon im Rahmen einer bestimmten religiösen Tradition und Glaubensgemeinschaft.<sup>20</sup> Spiritual Care verbleibe dagegen im Allgemeinen, wodurch faktisch einer Entsubstantialisierung von Spiritualität Vorschub geleistet werde. Spiritual Care beziehe sich außerdem auf einen rein immanenten Spiritualitätsbegriff, der von jeder konfessionellen Färbung absieht.<sup>21</sup> In diesem Denken werde die Krankhausseelsorge für die Medizin instrumentalisiert bzw. es kommt umgekehrt zu einer Medikalisierung der Spiritualität. Darum ist es besser, gesundheitsberufliche Tätigkeiten von den seelsorglichen zu trennen und erst auf Basis dieser Trennung die Zusammenarbeit zu suchen.

Die Seelsorge ist nach dieser Auffassung dann erfolgreich, wenn sie als kirchlicher Auftrag mit dem „Alleinvertretungsmerkmal“<sup>22</sup> der religiösen Kommunikation auf ihre Sonderrolle im Gesundheitssystem pocht. Sie erfüllt ihren Auftrag bereits an und für sich, auch wenn sie als Nebeneffekt zur Gesundung beitragen kann. Aber das ist nicht primär: Klinikseelsorge hat keinen Behandlungsauftrag und besteht zur Not auch ohne Anerkennung durch die Gesundheitsberufe. Sie will anders als diese keine Therapieziele erreichen, sondern zeichnet sich insbesondere beim Umgang mit den Kontingenzen einer Lebensgeschichte aus, die sich als nicht mehr veränderbar erweist. Das Christentum kann gerade da eine Sinnperspektive eröffnen, wo die medizinischen Bemühungen an ihre Grenzen stoßen, ohne dass damit einer oberflächlichen Vertröstung das Wort geredet werden soll.

Die Gefahr der Abstraktion als Konsequenz eines breiten Spiritualitätsverständnisses sollte jeder Form von Seelsorge oder Spiritual Care bewusst sein, unabhängig vom jeweiligen Konzept. Gleichzeitig droht bei einer Gleichsetzung von Spiritualität und konfessionellem Christentum eine Abwertung anderer Ausdrucksformen, auch wenn dies nicht der Intention der Seelsorgenden entspricht. Sie sollten nicht alles über den christlichen Leisten schlagen.<sup>23</sup> Trotzdem entsteht die

Gefahr der Verzweckung von seelsorglicher Begleitung durch medizinische Logik und ökonomische Zwänge.

<sup>20</sup> Vgl. Eberhard Hauschildt, „Spiritual Care“ – Eine Herausforderung für die Seelsorge?, in: ZRW 76 (2013-3), 83-90.

<sup>21</sup> Vgl. Nauer, Spiritual Care statt Seelsorge, 94-101.

<sup>22</sup> Isolde Karle, Perspektiven der Krankhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care, in: WzM 62 (2010-6), 537-555, hier: 550.

<sup>23</sup> Vgl. Michael Klessmann, Im Strom der Zeit... Von der evangelischen über die ökumenische zur interkulturellen Seelsorge und spiritual care, in: WzM 66 (2014-1), 5-18, hier: 15 f.

Neigung, die Bedeutung der gesundheitsberuflichen Spiritual Care abzuwerten, wenn die Krankenhauseelsorge einen Monopolanspruch für spirituelle Fragen erhebt. Das passt zwar zur funktionalen Differenzierung des Gesundheitswesens nach berufsspezifischen Aufgaben, aber diese Differenzierung ist selbst problematisch, insofern die Wirklichkeit und die Nöte der Patient:innen quer zu den Berufsprofilen verlaufen. Menschen suchen einen ganzheitlichen Ansatz, wie dies im Rahmen der Spiritual Care möglich ist.<sup>24</sup>

Die individuelle Spiritualität sowohl des *caregivers* als auch der *care receiver* setzen sich immer aus konventionellen und partikularen Traditionen, Werten, Gewohnheiten, Überzeugungen, Ritualen, Haltungen und Texten zusammen.

Die praktisch-theologische Kritik am Konzept der Spiritual Care ist somit wichtig, aber nicht alternativlos. Außerdem darf diese Kritik nicht zu einer defensiven oder arroganten Haltung gegenüber den Gesundheitsberufen und ihrer Spiritual Care führen. Stattdessen sollte Seelsorge ein positiver Beitrag aus christlicher Verantwortung zum Bemühen aller in einem Krankenhaus, einer Wohngruppe, einem Altenheim oder einem Hospiz um eine gute und umfassende Sorge für Menschen sein. Denn Seelsorgende üben zwar keine medizinische Profession aus, wohl haben sie einen Leib und Seele bzw. Pathogenese und Salutogenese sowie Individualität und Sozialität verbindenden Heilberuf. So verwirklichen sie den umfassenden christlichen Heilungsauftrag bzw. sie tragen ihren unverzichtbaren Teil dazu bei.<sup>25</sup>

Hierbei können sie neben inhaltlichen Impulsen aus dem eigenen Glauben darauf vertrauen, dass ihre institutionelle Zwischenposition auch von den anderen Disziplinen wertgeschätzt wird. Klinikseelsorgende können zum Beispiel ihre Energie weitgehend der Spiritual Care in einem umfassenden Sinn widmen, während die anderen Berufe dafür weniger Zeit haben. Ein anderer positiver Effekt der pastoralen Zwischenposition ist es, dass die Seelsorge extramural tätig werden kann, indem sie Betroffene nach deren Entlassung weiter betreut oder diese an das gemeindliche oder diakonische Netzwerk der Kirchen verweist.<sup>26</sup> Daneben zeichnet sich professionelle Krankenhauseelsorge durch spezialistische Kompetenzen und durch Fachwissen aus, über welche die anderen Berufe nicht verfügen. Beispiele für Ersteres sind pastorale Gesprächsführung, nicht-direktive

<sup>24</sup> Vgl. Ralph Charbonnier, Seelsorge in der Palliativversorgung. Konzeptionelle, kommunikative und organisatorische Aspekte einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit, in: Christiane Burbach (Hg.), ... bis an die Grenze. Hospizarbeit und Palliative Care, Göttingen 2010, 165-189.

<sup>25</sup> Vgl. Peng-Keller, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care, 69-150. Vgl. kritisch dazu: Arndt Bialobrzski/Eberhard Hauschildt, Spiritual Care durch Seelsorge – zwischen religiösem Heilungsauftrag und Beitrag zur psychosozialen Gesundheit. Zur neuen Monographie von Simon Peng-Keller für Klinikseelsorger:innen im interprofessionellen Team, in: PTh 110 (2021-7), 249-265.

<sup>26</sup> Vgl. Stefan Gärtner, Seelsorgende als ‚Vertikalisten‘ im Krankenhaus, in: Spiritual Care Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen 11 (2022-3), 284-287.

Präsenz oder rituelle, narrative, liturgische, zeichenhafte und symbolische Interventionen; Beispiele für Letzteres sind Kenntnisse über (andere) Religionen und Kulturen, über (medizin-) ethische Positionen oder religionspathogene Krankheitsbilder.<sup>27</sup> Damit macht man sich in einem säkularen und pluralen Gesundheitswesen unverzichtbar. Ein anderer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist das Berufs- und Beichtgeheimnis.

Schließlich ist die Kritik an einem verkürzten und abstrakten Spiritualitätsverständnis der Spiritual Care ebenfalls zu relativieren. Ein weltanschaulich neutrales Handlungskonzept ist nicht die einzige Möglichkeit, im spätmodernen Krankenhaus religiöse Vielfalt, Interkulturalität und (Post-) Säkularität abzubilden. Vielmehr bestehen Chancen, gerade die für viele fremd gewordene christliche Perspektive auf Gesundheit einzuspeisen.<sup>28</sup> Denn die individuelle Spiritualität, der Glaube oder die persönliche Lebenshaltung sowohl des *caregivers* als auch der *care receiver* setzen sich immer aus konventionellen und partikularen Traditionen, Werten, Gewohnheiten, Überzeugungen, Ritualen, Haltungen und Texten zusammen. Auch eine individualisierte Sinnsuche beginnt nicht am Nullpunkt und sie ist nicht selbstschöpferisch. Ein weltanschaulich neutraler Ansatzpunkt für Spiritual Care ist somit eigentlich kontrafaktisch.<sup>29</sup> Umgekehrt verbindet auch die konfessionelle Seelsorge in der Regel das Bewusstsein für die eigene Position mit Neugier für das weltanschauliche Profil des Gegenübers und mit inter- und transreligiöser Offenheit und Toleranz.

#### 4. Die niederländische Situation: Von Seelsorge zu Spiritual Care

„Es ist kennzeichnend für den aktuellen Spiritual-Care-Diskurs, dass er sich fast ausschließlich auf klinische Spiritual-Care-Ansätze konzentriert. So legitim eine solche Eingrenzung ist, so problematisch wäre es, Spiritual Care auf den klinisch-professionellen Bereich einzuhegen.“<sup>30</sup> Für die Niederlande ist diese Aussage ohnehin zu relativieren. Spiritual Care ist hier zum Synonym für alles geworden, was früher kategoriale Seelsorge hieß. Es hat eine Umwandlung traditioneller Pastoral in Spiritual Care stattgefunden – ein Prozess der allerdings noch anhält.<sup>31</sup> In Deutschland haben sich Seelsorge und gesundheitsberufliche Spiritual Care dagegen weitgehend unabhängig voneinander entwickelt und sie bestehen in der Praxis vielfach nebeneinander. Dort hat also „nicht die Seelsorgediskussion innerhalb der christlichen praktischen Theologie Spiritual Care stark

<sup>27</sup> Vgl. ders., Krankenhauseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care. Die praktisch-theologische Debatte und ihre professionstheoretischen Konsequenzen, in: PrTh 51 (2016-1), 50-58, hier: 56-58.

<sup>28</sup> Vgl. Traugott Roser, Transformation in Raum und Zeit – Seelsorge als verändernde Kraft im Gesundheitswesen, in: PTh 106 (2017-10), 434-448.

<sup>29</sup> Vgl. Karle, Chancen und Risiken, 60-63.

<sup>30</sup> Peng-Keller, Spiritual Care, 131.

<sup>31</sup> Vgl. Kees de Groot, The Liquidation of the Church, London/New York 2018, 115-128.

gemacht; vielmehr wurde Spiritual Care ‚durch ein spezielles Setting im medizinischen Care-Bereich begründet, entwickelt und eingefordert‘.<sup>32</sup>

Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass es in den Niederlanden aus Sicht der Seelsorge um das dritte Modell nach Doris Nauer geht: ihre systemische Vollintegration in das Gesundheitswesen.<sup>33</sup> Es finanziert die Seelsorgenden komplett, und diese sind fest in die medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Einrichtungen sowie in die dortigen Hierarchien und Arbeitsabläufe eingebunden. Ihre Tätigkeit wird als *geestelijke verzorging* angedeutet, was mit Spiritual Care übertragen werden kann. Darin drückt sich unter anderem die weltanschauliche Pluralisierung und die Säkularisierung als Ausgangspunkte von Seelsorge bzw. Spiritual Care aus, die hier stärker ausgeprägt sind als in Deutschland.<sup>34</sup>

Allerdings ist diese ‚holländische Lösung‘ keineswegs einzigartig, sondern sie hat Parallelen insbesondere im anglo-amerikanischen und skandinavischen Raum.<sup>35</sup> Ohnehin sollten wir trotz mancher Differenzen mit der Situation in Deutschland keine künstlichen

Gegensätze zwischen den unterschiedlichen Kontexten bzw. zwischen Seelsorge und Spiritual Care konstruieren, insbesondere mit Blick auf die konkrete Berufspraxis von Seelsorgenden und den anderen (spiritual) *caregivers*. Oftmals gibt es eine regelmäßige und völlig unproblematische Zusammenarbeit der verschiedenen Berufe im Krankenhaus. Das gilt für Deutschland genauso wie für die Niederlande.

Seelsorge ist in den Niederlanden systemisch voll in das Gesundheitswesen integriert – anders als etwa in Deutschland.

Trotzdem sind die Niederlande zum abschreckenden Beispiel für die Kritiker:innen des Konzepts einer Seelsorge als spezielle Spiritual Care geworden.<sup>36</sup> Mit Blick auf den westlichen Nachbarn sind manche deutschen Vertreter:innen zurückhaltend darin, die Spiritual Care der nicht-seelsorglichen Berufsgruppen voll anzuerkennen. Denn es gibt „Befürchtungen, der institutionelle, sich in Finanzen und Stellenplänen ausdrückende Einfluss der Kirchen als Arbeitgeberinnen könnte abnehmen. So könnten ‚holländische Verhältnisse‘ Träger von Gesundheitseinrichtungen dazu verleiten, Nichttheologen mit Seelsorge zu betrauen.“<sup>37</sup> Das ist in den

<sup>32</sup> Claudia Kohli Reichenbach, Spiritualität im Care-Bereich. Begriffsklärungen zu Palliative Care, Spiritual Care und Spiritualität, in: Isabelle Noth/Claudia Kohli Reichenbach (Hg.), Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie, Zürich 2014, 11-23, hier: 15.

<sup>33</sup> Vgl. Nauer, Spiritual Care statt Seelsorge, 88-91.

<sup>34</sup> Vgl. Laumer, Spiritual Care, 156 f.

<sup>35</sup> Vgl. Christopher Swift, Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century. The Crisis of Spiritual Care on the NHS, Farnham/Burlington 2009; Peng-Keller, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care, 56-64.

<sup>36</sup> Das gilt übrigens auch für andere Themen, wie aktuell die Debatte über Synodalität in der katholischen Kirche. Vgl. Stefan Gärtner, Führen alle synodalen Wege nach Rom? Angst vor der „Hollanditis“, in: HerKorr 75 (2021-12), 48-50.

<sup>37</sup> Frick, Unterwegs zum Facharzt für Spirituelle Medizin, 141.

Niederlanden in der Tat der Fall: nicht mehr nur das klassische theologische Vollstudium, sondern auch kulturwissenschaftliche oder (religions-) psychologische Abschlüsse führen hier zu einer Anstellung im Gesundheitswesen. Außerdem ist eine kirchliche Beauftragung oder Sendung anders als in der Gefängnis- und Militärseelsorge arbeitsrechtlich nicht mehr verpflichtend. Dementsprechend haben sich Spiritual Care und (Amts-) Kirche weitgehend voneinander entfernt.

Das gilt auch für viele Hauptamtliche persönlich. Statt auf die für die meisten Patient:innen nicht mehr plausible Rolle als kirchliche Amtsträger:in setzen sie auf die Ausfaltung berufsspezifischer Kompetenzen als Profession neben den anderen *caregivers* im säkularen Gesundheitswesen. Auch bei der Kommunikation mit Angehörigen der eigenen Glaubensrichtung oder bei der Gestaltung von Ritualen wird die religiöse Bindung als weniger wichtig erachtet; sie hat wohl Bedeutung für die persönliche Berufsspiritualität bei gleichzeitiger Distanz zu den religiösen Institutionen.<sup>38</sup> Die Arbeitsweise ist in der Regel ohnehin territorial, das heißt man richtet sich an alle Patient:innen auf einer Abteilung oder Station, unabhängig von deren konfessionellem Hintergrund. Das gilt somit in den Niederlanden strukturell und nicht inzidentell wie in Deutschland.

Die Verantwortung der Religionsgemeinschaften für Seelsorge bzw. Spiritual Care hat in den Niederlanden teilweise der Berufsverband übernommen, etwa als Ansprechpartner für die Träger im Gesundheitswesen oder für den Staat. So entwickelte die Vereniging van Geestelijk VerZorgers ein Kompetenzprofil für die Arbeit in der Seelsorge bzw. Spiritual Care und sichert deren Qualitätsstandards über eine unabhängige Stiftung.<sup>39</sup> Der Berufsverband zertifiziert außerdem die Aus- und Weiterbildung und er hat einen berufsethischen Verhaltenskodex aufgestellt.<sup>40</sup> Daneben gibt es ein Gremium, das in Analogie zu den Kirchen diejenigen sendet und beauftragt, die sich ausdrücklich nicht mit einer weltanschaulichen oder religiösen Gemeinschaft verbunden wissen wollen (Raad voor institutioneel-niet-gezonden Geestelijk VerZorgers RING-GV). Für diese Gruppe gibt es außerdem eine eigene Sektion im Berufsverband neben der katholischen, jüdischen oder humanistischen.

Während sich somit ein Abstand der Spiritual Care zur institutionellen Kirche entwickelt hat, entstehen im säkularen Kontext neue Herausforderungen. Man ist verstärkt darauf angewiesen, dass das seelsorgliche Angebot von der Zielgruppe tatsächlich wahr- und angenommen wird. In der Gefängnis- und Militärseelsorge wird in den Niederlanden zum Beispiel alle zehn Jahre eine Befragung unter der Klientel durchgeführt, ob sie sich ein

<sup>38</sup> Vgl. Wim Smeets/Tessa Morice-Calkhoven, From Ministry Towards Spiritual Competence. Changing Perspectives in Spiritual Care in the Netherlands, in: JET 27 (2014-1), 103-129, hier: 105-115.

<sup>39</sup> Vgl. Vereniging van Geestelijk VerZorgers, Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015, Amsterdam 2016.

<sup>40</sup> Vgl. Simon Evers, Portrait des Verbandes der Seelsorge im Gesundheitswesen, in: WzM 65 (2013-6), 479-490.

pastorales Angebot wünscht und welchen weltanschaulichen Hintergrund dieses haben soll. Dort gilt in der Folge, dass „individual preferences for spiritual care play a large role in the distribution of the chaplaincy staff“.<sup>41</sup> Wie oft also bei der Enquete zum Beispiel das Feld ‚römisch-katholisch‘ angekreuzt wird, hat direkt Konsequenzen für den Stellenschlüssel und den Anstellungsumfang.

Auch die Organisationen, in denen die Seelsorge bzw. Spiritual Care stattfindet, müssen von deren Mehrwert für das Erreichen der eigenen Ziele überzeugt sein. Trägt man als Mitarbeitender wenig oder nichts zu den Aufgaben der säkularen Institution bei, wird man in deren Augen überflüssig. Die niederländische Spiritual Care ist somit durch ihre vollständige Integration in das Gesundheitssystem viel stärker als in Deutschland deren Anforderungen ausgesetzt. Das gilt zum Beispiel für Effektivität, Kontrolle, Digitalisierung, Messbarkeit oder Zielführung, die nun auch bei spirituellen und seelsorglichen Interventionen erwartet werden.<sup>42</sup> Die oben angedeutete Dominanz des medizinisch-technischen und ökonomischen Denkens im Gesundheitssystem sorgen auch bei der Spiritual Care für Zeitdruck, Kosten-Nutzen-Denken, Funktionalisierung und Wettbewerbsorientierung.<sup>43</sup>

Die unterschiedliche Entwicklung in Deutschland und den Niederlanden hat schließlich auch mit der juristischen und institutionellen Einbettung von Seelsorge und Spiritual Care zu tun. Ein markanter Unterschied ist, dass in Deutschland kategoriale Seelsorge in öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens als ein im Anhang des Grundgesetzes (gemäß § 141 der Weimarer Verfassung) verankertes Recht der Religionsgemeinschaften angesehen wird. Damit garantiert der Staat die Freiheit der Religionsausübung. Dadurch können die faktischen Entklichungstendenzen in der deutschen Gegenwartsgesellschaft durch die im Staatskirchenrecht verankerten Privilegien der Religionsgemeinschaften als Körperschaften öffentlichen Rechts kaschiert werden – Privilegien, die zum Beispiel im Angebot einer konfessionellen Seelsorge in öffentlichen Institutionen zum Ausdruck kommen. Weil der Staat die großen Konfessionsgemeinschaften innerhalb eines wechselseitigen Nutzenverhältnisses anerkennt, gibt es eine bleibende Bedeutung kirchlicher Seelsorge. Das verhindert bisher auch ihre ‚Aufhebung‘ in Spiritual Care.

Dagegen ist das Recht auf Seelsorge bzw. Spiritual Care in den Niederlanden vom Individuum aus konzipiert. Es ist vom im Grundgesetz Artikel 6 garantierten Recht des Einzelnen auf freie Religionsausübung abgeleitet. Wer mehr als 24 Stunden in einem Krankenhaus, einer Psychiatrie oder einer Pflegeeinrichtung, aber auch in einem

<sup>41</sup> Sipco Vellenga/Kees de Groot, Securitization, Islamic Chaplaincy, and the Issue of (De)radicalization of Muslim Detainees in Dutch Prisons, in: SocComp 66 (2019-2), 224-237, hier: 229.

<sup>42</sup> Vgl. Johan Bouwer/Bert de Haar (Hg.), Kwaliteit van zorg. Optimaal zonder levensbeschouwing?, Assen 2010.

<sup>43</sup> Vgl. Sjaak Körver, Verdriet, verlies en vergankelijkheid. Een ander perspectief op zorg, in: Arnold Smeets (Hg.), Helende zorg. Een geïnspireerd perspectief op gezondheid en zorg, Berne 2019, 117-128.

Gefängnis oder einer Einheit der Streitkräfte verbleibt, der hat das Anrecht auf spirituelle Unterstützung und Begleitung durch einen Geistlichen der eigenen Konfession bzw. passend zur eigenen Weltanschauung.<sup>44</sup>

Interessant ist, dass in Deutschland eine vergleichbare Entwicklung zur Legitimierung der kategorialen Seelsorge begonnen ist. Ich denke an das Urteil S 9 KR 1621/17 vom 28. Februar 2019 des Sozialgerichts Karlsruhe über eine Klage der St. Vincentius-Kliniken gegen eine Krankenversicherung. Es besagt unter anderem mit Verweis auf die Definition der WHO zu Palliative Care, dass die Seelsorge im interprofessionellen Verbund die spirituellen Aspekte dieser Care beherzige und insofern auch von der Krankenkasse vergütet werden müsse. Das gelte, obwohl Seelsorgende eine eigenständige Position im

Krankenhaus haben. Damit wird deren Tätigkeit nicht mit dem gesetzlich garantierten Zugang der Konfessionsgemeinschaften zu öffentlichen Institutionen und mit dem Grundrecht der Religionsfreiheit begründet, sondern aufgrund der Zugehörigkeit der Seelsorge zum primären Prozess im Gesundheitswesen.<sup>45</sup> Sie nimmt dort die spirituellen Aufgaben wahr. Gleichzeitig wird die Seelsorge so (wie schon in den Niederlanden) an die Bedürfnisse der jeweiligen Person gekoppelt, unabhängig von deren Mitgliedschaft in einer Konfessionsgemeinschaft. Eine weitere Konsequenz des Urteils könnte in Zukunft sein, auch

Tätigkeiten von Seelsorgenden in anderen Handlungsfeldern als der Palliative Care so zu legitimieren.

Wo das Recht auf Seelsorge ein Recht des Individuums ist, kann diese ihren, wenn auch manchmal umkämpften Platz innerhalb nichtkirchlicher Organisationen wie ein Krankenhaus behaupten, obwohl die gesellschaftliche Bedeutung der religiösen Institutionen weiter abnimmt bzw. abgenommen hat.<sup>46</sup> Das scheint mir im Hinblick auf das Urteil des Karlsruher Gerichts und die Sorgen der Kritiker:innen vor einer Integration der Seelsorge in eine umfassende Spiritual Care eine wichtige Beobachtung zu sein. Offensichtlich ist eine spätmoderne Gesellschaft wie die niederländische durchaus bereit, auch ohne die Privilegien für die großen Konfessionsgemeinschaften Spiritual Care zu akzeptieren und sie sogar zu finanzieren.

Die unterschiedliche Entwicklung in Deutschland und den Niederlanden hat mit der juristischen und institutionellen Einbettung von Seelsorge und Spiritual Care zu tun.

<sup>44</sup> Vgl. Evers, Portrait des Verbandes, 484.

<sup>45</sup> Vgl. Traugott Roser, Ein Durchbruch für das Recht auf spirituelle Begleitung. Anmerkungen zum Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.2.2019, in: *Spiritual Care Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen* 9 (2020-1), 53-55.

<sup>46</sup> Vgl. Hetty Zock, The Split Professional Identity of the Chaplain as a Spiritual Caregiver in Contemporary Dutch Health Care: Are there implications for the United States?, in: *JPCC* 62 (2008-1-2), 137-140.

## 5. Fazit

Spiritual Care und Seelsorge: zwei Namen – eine Aufgabe? Nach dem Gesagten können wir das Fragezeichen am Ende meines Vortragstitels streichen. Ich habe insgesamt für einen multiprofessionellen Ansatz plädiert, bei dem die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen zum Wohle der Menschen zusammenarbeiten und ihre jeweiligen Stärken einbringen. Dabei überschneiden sich die Bereiche Spiritual Care und Klinikseelsorge, sie sind aber andererseits auch voneinander zu unterscheiden. Die Seelsorge kann mit ihren besonderen Kompetenzen, Kenntnissen und Haltungen und mit ihrem christlichen Profil einen wesentlichen Beitrag zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung im Krankenhaus leisten. Sie ist eine spezifische Art und Weise der Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag, der *cure*, *healing* und *care* verbindet, liefert dabei die theologische Begründung dieser Integration der Klinikseelsorge in eine ganzheitliche Sorge für Menschen.<sup>47</sup>

## Autorenkontakt

Dr. habil. Stefan Gärtner

Tilburg University

Tilburg School of Catholic Theology / Religion and Practice

PO Box 90153

NL – 5000 LE Tilburg

E-Mail: S.Gartner@tilburguniversity.edu

## Zitationsvorschlag

Gärtner, Stefan: Spiritual Care und Seelsorge: zwei Namen – eine Aufgabe? In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 6 / 2025.

---

<sup>47</sup> Vgl. Peng-Keller, Seelsorgliche Spiritual Care, 246-449.