

# Spiritualität und Gesundheit

Zeitschrift der Stiftung für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität

ISSN 2813-2955 Dezember 2024 | Jahrgang 03 | Heft 02



Schwerpunktthema

## Spiritual Care in der Hausarztpraxis

General Practitioner's Perceptions of Spirituality  
Spirituelle Anamnese in der hausärztlichen Versorgung  
Spiritual Care und der christliche Heilungsauftrag  
Grundlagen für Spiritual Care

A. Appleby  
C. Straßner  
S. Peng-Keller  
R. Hefti

# Impressum



Die Zeitschrift „Spiritualität und Gesundheit“ wird von der Stiftung GRS für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität herausgegeben. Sie publiziert qualifizierte Beiträge aus dem interdisziplinären Forschungs- und Praxisfeld von Spiritual Care. Gerne nimmt die Zeitschrift solche Beiträge entgegen. Diese werden durch die Redaktion und den wissenschaftlichen Beirat begutachtet. Ein Peer Review Verfahren mit externen Reviewern ist nicht vorgesehen.

## Herausgeber

Dr. René Hefti, Dr. Michael Ackert, Dr. Hans-Arved Willberg  
Stiftung für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (GRS)

Weissensteinstrasse 30 | CH-4900 Langenthal  
Fon +41 62 919 23 97 | E-Mail: [info@stiftung-grs.ch](mailto:info@stiftung-grs.ch)

## Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Stefan Büchi, Universität Zürich, Schweiz  
Prof. Dr. Jean-Marc Burgunder, Klinik Siloah, Schweiz  
Prof. Dr. Stefan Huber, Universität Bern, Schweiz  
Prof. Dr. Harold G. Koenig, Duke University, Durham/USA  
Prof. Dr. Samuel Pfeifer, Evang. Hochschule Marburg, Deutschland

## Erscheinungsmodus und Preise

Zwei Ausgaben jährlich. Abo-Preis 20 SFR / Euro. Gratis für Gönner der Stiftung GRS und Fördermitglieder des Netzwerks Christliche Lebensberatung (NCLB). Einzelpreis 12.50 SFR / Euro.

## Stiftung für Gesundheit, Religiosität, Spiritualität

Die Stiftung GRS fördert interdisziplinäre Forschung auf dem Gebiet von Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (Spiritual Care), sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Psychotherapie, Sozialer Arbeit und Seelsorge im Grenzgebiet zwischen Gesundheitswissenschaften, Psychologie und Theologie. Um aktuelle Informationen und Forschungsergebnisse mit Gesundheitsfachpersonen und weiteren Interessierten zu teilen, hat die Stiftung dieses Publikationsorgan ins Leben gerufen.

## Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit

Das Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) ist das aktive Organ der Stiftung GRS. Es setzt die interdisziplinären Forschungsprojekte in Kooperation mit Universitäten und akademischen Institutionen um und bringt die Erkenntnisse in Aus-, Weiter- und Fortbildung ein. Der Leiter des Forschungsinstitutes, Dr. med. René Hefti, ist Research Fellow und Dozent an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Klinik SGM in Langenthal. Das Forschungsinstitut FISG organisiert im Auftrag der Stiftung nationale und internationale Konferenzen. Diese dienen dem wissenschaftlichen Austausch und dem Aufbau eines internationalen Netzwerks.

## Bildnachweise

Fotos privat sowie lizenziert aus Pixabay.com und Pexels.com.  
S.13: Adobe Stockfoto 601617857, Bildungseinrichtungslizenz. Nachweis Gemälde Hodler S.16 auf S.19.

## Unterstützen Sie uns!

Forschung auf dem Gebiet von Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (Spiritual Care) findet bei staatlichen und wissenschaftlichen Organisationen bisher kaum Unterstützung. Gleichermaßen gilt für Weiter- und Fortbildungsangebote für interessierte Gesundheitsfachpersonen. Deshalb sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Konkrete Projekte und dringliche Bedürfnisse der Stiftung GRS finden Sie am Ende der Zeitschrift. Gerne geben wir Ihnen dazu auch persönlich Auskunft (Tel. +41 62 919 23 97).

### Sie haben folgende Möglichkeiten

1. Werden Sie Gönner und unterstützen Sie die Arbeit der Stiftung mit einem jährlichen Gönnerbeitrag. Die Höhe des Beitrages bestimmen Sie selbst (minimal CHF 300). Alle Gönner erhalten die neue Zeitschrift, werden jährlich zu einem Gönneranlass eingeladen, bei dem sie Informationen zu aktuellen Themen und den laufenden Projekten erhalten.
2. Unterstützen Sie die Stiftung GRS mit einer allgemeinen oder projektbezogenen Spende. Aktuelle Projekte finden Sie am Ende dieser Zeitschrift oder auf unserer Webseite [www.stiftung-grs.ch](http://www.stiftung-grs.ch).
3. Berücksichtigen Sie uns mit einem Legat. Damit ermöglichen Sie nachfolgenden Generationen eine optimale und ganzheitliche Patientenbehandlung.

Die Stiftung GRS ist gemeinnützig und steuerbefreit, d.h. Gönnerbeiträge u. Spenden sind abzugsberechtigt.

Falls Sie weitere Fragen haben nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf. Wir sind gerne für Sie da:

### Sekretariat Stiftung GRS

Weissensteinstrasse 30 | CH-4900 Langenthal  
Fon +41 62 919 23 97 | E-Mail: [info@stiftung-grs.ch](mailto:info@stiftung-grs.ch)  
[www.stiftung-grs.ch](http://www.stiftung-grs.ch)

### Unsere Kontoangaben

IBAN: CH03 0079 0016 2641 5343 6

Wir forschen für die Gesundheit  
Körperliches, psychisches  
und spirituelles Wohlergehen  
WHO-Definition von Gesundheit

# Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die letzte Ausgabe der **Zeitschrift Spiritualität und Gesundheit** für das Jahr 2024 steht ganz im Zeichen der Spiritual Care in der Hausarztmedizin. Dieses Thema ist nicht nur aktuell angesichts der zunehmenden Integration des bio-psycho-sozialen Modells in die medizinische Ausbildung, sondern auch von zentraler Bedeutung für die Gestaltung einer ganzheitlichen medizinischen Praxis. Hausärztinnen und Hausärzte sind oft die ersten Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten – und nicht selten geht es dabei um weit mehr als körperliche Beschwerden.

In dieser Ausgabe zeigen vier Beiträge, wie die Integration von Spiritual Care gelingen kann. Drei dieser Beiträge (C. Straßner, S. Peng-Keller und R. Hefti) entstammen der AGEAS-Tagung, die anfangs November 2024 in Interlaken stattfand. Hier eine kurze Übersicht dessen, was Sie im Heft erwarten:

Alistair Appleby liefert spannende Erkenntnisse aus Großbritannien und untersucht, wie Spiritualität in der hausärztlichen Praxis wahrgenommen und angewandt wird. Seine Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von evidenzbasierten Ansätzen und der Sensibilisierung für spirituelle Bedürfnisse.

Cornelia Straßner stellt ihre HOPES3-Studie vor, die zeigt, dass Spiritual Care in der Hausarztmedizin insbesondere älteren Patientinnen und Patienten zugutekommt. Ihre Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Form der Begleitung die Selbstwirksamkeit stärkt und die Therapieaktivierung fördert – was bei vulnerablen Patientengruppen besonders wünschenswert ist.

Simon Peng-Keller beleuchtet in seinem Artikel die theologischen und historischen Wurzeln von Spiritual Care und stellt heraus, wie sie heute praktisch umgesetzt werden können.

René Hefti ergänzt die Diskussion mit einem Blick auf aktuelle Forschungsergebnisse, die die Wirksamkeit von Spiritual Care im Kontext der Gesundheitsversorgung unterstreichen.

Die Beiträge dieser Ausgabe zeigen, dass die Integration von Spiritual Care ein wachsendes Bedürfnis vieler Patientinnen und Patienten ist. Doch so vielversprechend diese Entwicklung auch ist, sie erfordert eine differenzierte Anwendung. Nicht jede Patientin und jeder Patient profitiert gleichermaßen von spiritueller Begleitung. Entscheidend ist eine sensible Haltung der Ärztinnen und Ärzte: Zuhören, Wahrnehmen und die Bereitschaft, spirituelle Anliegen anzusprechen, sind die Grundlagen einer erfolgreichen Integration.

## Inhalt

### Hauptbeiträge

Alistair Appley <b>General Practitioner's Perceptions of Spirituality - and Reported Practice</b>	04
Cornelia Straßner <b>Spirituelle Anamnese in der hausärztlichen Versorgung - Die HoPES3-Studie</b>	07
Simon Peng-Keller <b>Spiritual Care und der christliche Heilungsauftrag</b>	12
René Hefti <b>Grundlagen für Spiritual Care</b>	16

### News

Unter anderem: Vorstellung Stiftung GRS; Digitalte Seelsorge?; Creative Spiritual Care; Bd. 1 der GRS-Reihe erscheint; FISG-Jubiläum 2025; 2. Forschungswerkstatt Aef; Norinna Ullmanns „Glaube und Gesundheit“.

Gleichzeitig bleibt es ein großes Ziel, Spiritual Care stärker in die medizinische Ausbildung zu integrieren. Ärztinnen und Ärzte, die mit diesen Kompetenzen ausgestattet sind, können nicht nur gezielter helfen, sondern auch eine Kultur der Offenheit und des Vertrauens schaffen.

Zuletzt ein persönliches Anliegen. Das Jahr 2025 wird für das **Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG)**, welches von der Stiftung GRS in seiner Arbeit unterstützt wird, ein besonderes: Das FISG feiert ein 20-jähriges Jubiläum! Diesen Meilenstein wollen wir nutzen, um nicht nur auf unsere bisherigen Erfolge zurückzublicken, sondern auch den Blick nach vorn zu richten. Freuen Sie sich auf zahlreiche spannende Aktivitäten und Publikationen, die Sie durch das Jubiläumsjahr begleiten werden.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihr Interesse und Ihre Treue im Jahr 2024 und wünsche Ihnen einen guten Start ins neue Jahr!

Mit besten Grüßen,

Michael Ackert



Alistair Appleby

## General Practitioner's Perceptions of Spirituality - and Reported Practice

### Abstract

*In this article I briefly discuss the current justifications for discussing spiritual matters with patients, before highlighting some of the research we have done in Scotland over the last 10 years, and its implications for medical training. Finally, I reflect on a need to reform our view of medical science in general to enable a closer integration of spiritual aspects of health during healthcare.*

### Is Discussion of Spiritual Matters Justified During Medical Consultations?

The need to attend to patient's spirituality during healthcare can be justified in several ways. The first is ethical: the right to retain religious and cultural identity during a time of illness, and through the process of healthcare. This often presents in relatively simple ways, for example the avoidance of four times per day medication during Ramadan, or the restraining of blood transfusion in a Jehovah's Witness patient. But there is a more general principle here: that patients should be able to retain their identity during a time of difficulty or crisis. This arises quite legitimately through the increase in ethnic diversity which is prevalent in Europe over the past decades. European medical practice is arguably now based primarily in a secular cultural context and medicine is often sceptical or suspicious of beliefs and values which don't fit this paradigm. However, despite this we must be careful to respect patient's own beliefs and values during healthcare



A second justification for attending to spiritual aspects during care encounters is „patient centredness”. This is an important concept in medical care and special emphasis is made of this in primary care. In essence this puts the patient's concerns and priorities at the centre of healthcare. An elderly patient may therefore be more focussed on good palliative care, on family connections or personal legacy, or indeed on spiritual consolation, rather than prolonged and painful attempts at curative treatments. If medical care is to be patient centred this perspective must be respected. Best and Butow have, among others, shown that spiritual matters are important to pa-

ents, often more important than those of their medical care providers (Best, Butow, & Olver, 2015). A simple way of representing this is: „If spirituality is important to the patient, then – at least for the duration of the medical consultation, then it should be important to the medical professional.”

A third justification is the now considerable body of research which links health and spirituality (Koenig, King, & Carson, 2012). During a study we conducted in 2018 it was apparent that medical practitioners felt that if there were tangible and credible links between spirituality and health, that there was some onus on them to recognise this. Additionally that this implied a need to incorporate spiritualities' role in health into their practice, and share this information sensitively and appropriately (Appleby, Swinton, & Wilson, 2018).

### How Do General Practitioners Perceive Spirituality?

Studies we conducted in the last ten years among Scottish General Practitioners have investigated whether Primary care doctors consider spirituality to mean something, and if so what? We also investigated, through one to one interviews, and later wider scale questionnaire based studies, whether General Practitioners perceive there to be a relationship between patient's spirituality or religion and their health. (Appleby, Swinton, Bradbury et al., 2018). Many fascinating and remarkable stories arose from these interviews, and it is clear that many general practitioners believe there to be important positive and sometimes negative health related forces arising out of spiritual and religious beliefs, practices and communities. It would be interesting to turn the question around and enquire whether other belief structures: secularism, individualism or capitalism for example are seen by health practitioners to influence health or present in healthcare encounters in ways that contribute to wellbeing or illness and distress.

Our research outlines a diverse range of views regarding spirituality, although there is a clear „centre of gravity” among primary care physicians in the Scottish populations we investigated. A majority of clinicians in our studies believed spirituality to be a significant term, which relates to an essential aspect of being human and with importance for healthcare. They were however uncertain how to define spirituality and felt the term lacked clarity. There was also a spectrum of views regarding whether spirituality implied a divine connection. A very

small number of respondents felt the term spirituality was meaningless.

General Practitioners in the investigation were generally positive about the inclusion of spiritual aspects of health within the consultation. However, there were concerns expressed about role boundaries. Additionally, despite key guidance documents from the *General Medical Council* and the *Royal College of General Practitioners* being specific that spiritual aspects of health should be recognised (The RCGP Curriculum, n.d.). General Practitioners remain concerned about whether colleagues or regulatory bodies would disapprove of intentional explorations of spirituality. Additionally, some felt this could appear „unscientific“ or their own lack of spirituality or knowledge in this area could be exposed. A very few practitioners preferred not to explore patient's spiritual views or offer spiritual care.

## How Do General Practitioners Respond to Spiritual Aspects of Health in the Consultation?

In terms of reported practice: compared to the very positive and pragmatic attitudes to exploring spirituality in consultations, when it came to implementation fewer General Practitioners reported deliberate or intentional conversations with their patients on this topic. A significant minority of General Practitioners described invalidating responses, including changing the direction of the consultation if spirituality or religious belief came up. However, a small number of General Practitioners described intentional exploration of spirituality during consultations and the possibility of a shared dialogue or reflection with the patient concerning those issues. However, it appears there is an intention-practice gap: with General Practitioners displaying more positive attitudes to discussing spiritual matters than the patterns of practice they report.

Later work using qualitative methods suggests that General Practitioner's personal spiritual affiliations - the degree to which they saw themselves as spiritual or religious - was correlated with the likelihood of exploring spirituality during a consultation (Appleby, Swinton, Bradbury et al., 2018). Most strikingly it was very clear in this study that General Practitioners as a whole did not feel they had received adequate training in this area of practice; with less than 10 percent reporting receiving training that adequately prepares them to deal with spiritual aspects of health.

## Implications for Training?

Considering the implications of this information for current practice and future training will be important. It appears that General Practitioners rely, or perhaps have to rely due to a lack of training, on personal experience, anecdote and unstructured approaches to addressing spiritual need in the consultation. Standard approaches to medical education may be relatively limited when it comes to learning proficiencies for spiritual care and most medical schools fail to integrate compulsory training in spiritual aspects of health in their curricula. We have recommended the use of teaching and learning approaches

which seek to use personal reflection, dialogue with others including co-learners and patients, and other informal learning techniques. These transformational learning methods are likely to produce greater understanding and empathy for learners (Appleby, Swinton, & Wilson, 2019).

To conclude: In Europe as a whole a new environment and context for health carers has emerged over the last half century. This has involved increased secularisation (NW et al., 2012) and a greater emphasis of personal and non institutional forms of spiritual belief and practice which is often less anchored in religious traditions (Mercadante, 2014). Additionally increasing ethnic diversity and the growth of person centred care has created a mandate for further recognition of these aspects of identity during healthcare episodes. Finally, a substantial amount of evidence linking spiritual beliefs, practices and communities with aspects of physical and mental health has been published.



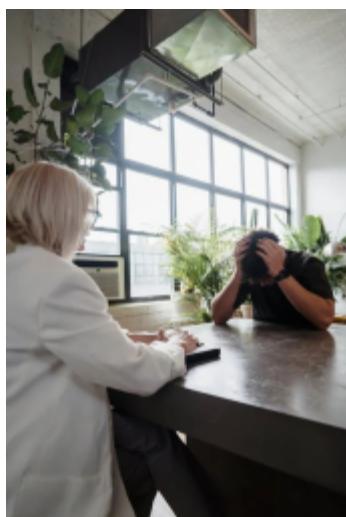
## Spirituality and Science

Formalisation of the concept of spirituality in healthcare is progressing and there is a maturing evidence base regarding the links between health and spirituality. This asks questions of the relationship between science and spirituality, religion and medicine. These questions include: how might we unify the physical and experiential aspects of patients? Patients often present to healthcare with a range of experiences and beliefs, a story of what the suffering they are experiencing feels like and how they interpret this. This has to be placed alongside the physical account: the examination findings, blood tests and scanning, and merged into a single account (Sweeney, 2006). This is not an easy task, and I suggest there are limitations in the way we understand medical science which obstructs this fusion (Appleby, Swinton, & Wilson, 2017). With others we recommend that neo-integrative frameworks of science, which validates and combines both aspects of reality - the physical and the perceptual, be considered the best destination for medical science (Appleby, 2024; Vogt, Ulvestad, Eriksen et al., 2014). Specifically we recommend Critical Realism (Bhaskar, 2008, 2014). Though requiring rethinking of philosophi-

cal assumptions in medicine and science this promises the possibility of a shared and sustainable framework from which to think about both physical and spiritual aspects of patients (Losch, 2010).

Complexity science is enriching our understanding of cause and effect in science and in medicine (Sweeney, 2006) and this in turn is demonstrating how a wide range of factors including social, political and spiritual ones have impacts on both communities and individuals that are multifaceted and powerful.

Medical practice is in an exciting place at the moment and must keep pace both conceptually and in terms of training to meet the insights which joint thinking between the humanities and science. In my view this will include re-conceptualising the basic sciences in a way which will make integration of spiritual and physical aspects of patient's health much more feasible, in fact perfectly natural.



*„Most strikingly it was very clear that General Practitioners as a whole did not feel they had received adequate training in this area of practice.“*

## References

- Appleby, A. (2024). Right idea, wrong science? Should Critical Realism be the new science of medical practice? *British Journal of General Practice*, 74(741), 168–169.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp24X736857>
- Appleby, A., Swinton, J., Bradbury, I., & Wilson, P. (2018). GPs and spiritual care: Signed up or souled out? A quantitative analysis of GP trainers' understanding and application of the concept of spirituality. *Education for Primary Care*, 0(0), 1–9.  
<https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1531271>
- Appleby, A., Swinton, J., & Wilson, P. (2017). GPs—At home with science and the humanities? *Br J Gen Pract*, 67(665), 571–572.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp17X693833>
- Appleby, A., Swinton, J., & Wilson, P. (2018). What GPs mean by “spirituality” and how they apply this concept with patients: A qualitative study. *BJGP Open*, 2(2), bjgopen18X101469.  
<https://doi.org/10.3399/bjgopen18X101469>
- Appleby, A., Swinton, J., & Wilson, P. (2019). Spiritual care training and the GP curriculum: Where to now? *Education for Primary Care*, 30(4), 194–197.  
<https://doi.org/10.1080/14739879.2019.1600383>
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2015). Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1320–1328.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017>

- Bhaskar, R. (2008). *A realist theory of science* (1st ed.). Routledge.
- Bhaskar, R. (2014). *The Possibility of Naturalism: A philosophical critique of the contemporary human sciences* (4 edition). Routledge.
- Elisabeth Assing Hvidt, Jens Søndergaard, Dorte Gilså Hansen, Pål Gulbrandsen, Jette Ammentorp, Connie Timmermann, Niels Christian Hvid. (2017). ‘We are the barriers’: Danish general practitioners’ interpretations of why the existential and spiritual dimensions are neglected in patient care. *Communication and Medicine*, 14(2).
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2 edition). OUP USA.
- Losch, A. (2010). Critical Realism—A Sustainable Bridge Between Science and Religion? *Theology and Science*, 8(4), 393–416.  
<https://doi.org/10.1080/14746700.2010.517638>
- Mercadante, L. (2014). *Belief without borders: Inside the minds of the spiritual but not religious* (1st ed.). Oxford University Press.
- NW, 1615 L. St, Washington, S. 800, & Inquiries, D. 20036  
U.-419-4300 | M.-419-4349 | F.-419-4372 | M. (2012, October 9). “Nones” on the Rise | Pew Research Center.  
<http://www.pewforum.org/2012/10/09/nones-on-the-rise/>
- Sweeney, K. (2006). *Complexity in Primary Care: Understanding its Value* (1 edition). CRC Press.
- The RCGP Curriculum: Being a General Practitioner. (n.d.).
- Vogt, H., Ulvestad, E., Eriksen, T. E., & Getz, L. (2014). Getting personal: Can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 942–952.  
<https://doi.org/10.1111/jep.12251>

## The Author

**Dr Alistair Appleby** is an academic GP and educator in Scotland and offers support to institutions and teams in developing more holistic approaches to medical education and practice. He has worked as a GP and GP-trainer for over 30 years. Appleby has a doctorate in the relationship between spirituality and health - and especially how healthcarers navigate conversations about this aspect of care. He has published a dozen or more papers and reviews in this subject.



Cornelia Straßner

# Spirituelle Anamnese in der hausärztlichen Versorgung

Die HoPES3-Studie

## Abstract

Als Referentin der Tagung „Spiritual Care: Dein Weg zu einer ganzheitlichen Medizin?“ stellt Straßner das Forschungsprojekt HoPES3 vor, an dem sie maßgeblich beteiligt war. Die Studie brachte Erkenntnisse über den Einsatz vorhandener Formen der Spirituellen Anamnese in Allgemeinmedizinischen Praxen hervor. Die anamnestischen Instrumente wurden nicht isoliert verwendet und untersucht, sondern unter dem umfassenden Gesichtspunkt der Lebensqualität. Als wesentliches Ergebnis hat sich herausgestellt, dass der Einsatz von spirituellen Anamnesen für manche Patientengruppen empfehlenswert sein könnte. - Überarbeiteter Vortrag AGEAS Interlaken November 2024. Redaktion: H.A. Willberg

Ich möchte im Folgenden die Ergebnisse unserer HoPES3-Studie vorstellen. HoPES3, das ist ein Akronym für einen etwas komplizierten Studententitel. Es steht für **Holistic Care Program for Elderly Patients to Integrate Spiritual Needs, Social Activity and Self-Care Into Disease-Management in Primary Care**. Die Studie wurde vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und von 2018 bis 2021 durchgeführt. Die Projektleitung war in meiner Abteilung und wir haben auch mit anderen Einrichtungen zusammengearbeitet, unter anderem mit dem Institut für Allgemeinmedizin in Tübingen sowie der Forschungsstelle Spiritual Care an der TU München unter Leitung von Professor Eckhard Frick.

## Das Wirkmodell

Zunächst stelle ich Ihnen das Wirkmodell vor (Abbildung 1), also sozusagen das theoretische Konzept unseres Projekts. Das primäre Ziel war, die Selbstwirksamkeit älterer und hochaltriger Menschen zu stärken. Unter Selbstwirksamkeit versteht man das Gefühl, selbstgesetzte Ziele aus eigener Kraft erreichen zu können, wobei es tatsächlich mehr auf das subjektive Empfinden ankommt, dass man das könnte, als auf die tatsächliche Zielerreichung.

Und warum wollten wir das? Weil es in der Literatur unter anderem aus großen Querschnittsbefragungen Belege gibt, dass gerade für ältere Menschen die Selbstwirksamkeit eigentlich der entscheidende Faktor für die empfundene Lebensqualität ist. Das kann man meiner Ansicht nach auch ganz gut nachvollziehen: Wenn immer mehr Krankheiten kommen, wenn mehr wegbreicht, und man dann trotzdem das Gefühl hat, das, was einem wichtig ist, auch noch erreichen zu können, dann trägt das zur Lebensqualität bei.

Wir entschieden, uns auf drei Bereiche zu konzentrieren, die eng mit Selbstwirksamkeit verbunden sind: das Bewusstsein für persönlichen Sinn und Kraftquellen, die soziale Aktivität, und die Selbstfürsorge, worunter wir das verstehen, was die Patient\*innen selbst tun können, außer dass sie ihre Medikamente nehmen, worauf wir ja so oft fokussiert sind, um ihre Altersbeschwerden zu lindern.

In unserem Projekt bestand die hausärztliche Aufgabe darin, einfach zu fragen, die individuellen Sinn- und Kraftquellen zu explorieren und wie es um den Wunsch nach mehr Sozialkontakten bestellt ist, wie auch nach mehr selbstfürsorgenden Aktivitäten. Die medizinischen Fachangestellten bekamen die Aufgabe, zu beraten und zu ermutigen, sowohl zu sozialer Aktivität als auch zur Selbstfürsorge. Von Seiten des Projektteams haben wir

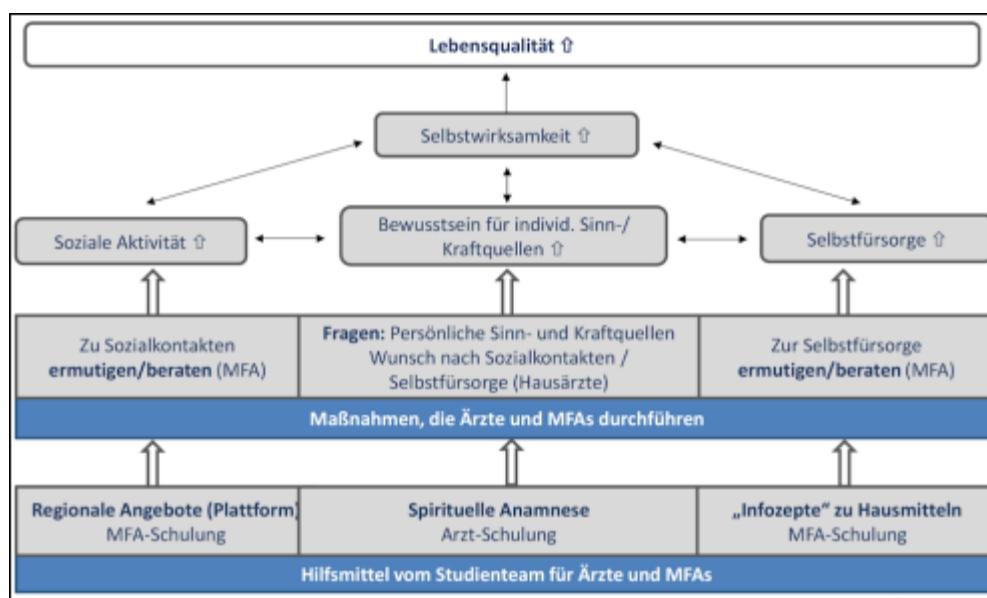


Abbildung 1: Das Wirkmodell der HoPES3-Intervention

Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, um diesen Prozess in der Hausarztpraxis zu erleichtern. Wir haben die Ärzt\*innen in der spirituellen Anamnese geschult und die medizinischen Fachangestellten in der Beratung, und wir haben ihnen zudem zur Förderung der sozialen Aktivität eine Plattform mit Angeboten für ältere Menschen in der unmittelbaren Umgebung der teilnehmenden Praxen zur Verfügung gestellt und auch Infozepte zur Anleitung für Hausmittel. Abbildung 2 zeigt ein solches Infozept.

## SPIR-Anamnese und Schulung

Die spirituelle Anamnese war Teil einer komplexen Intervention mit drei Bestandteilen. Für sie wurden die Hausärzte in der Anwendung des *SPIR-Modells* von Eckhard Frick geschult (Abbildung 3). Es lagen uns bereits Belege aus Vorstudien dafür vor, dass das Modell außerhalb des hausärztlichen Kontext durchaus praktikabel und auch effektiv sein kann, und wir wollten es jetzt auch im hausärztlichen Bereich testen.

Die Gesprächseröffnung erfolgt durch die Eingangsfrage nach der Spiritualität. Man kann weitere Unterfragen einsetzen, wie zum Beispiel die Frage nach dem, was der Person Kraft und Sinn gibt im Leben. „P“ steht für den Platz im Leben. Hier geht es darum, welche Bedeutung die als Antwort auf Frage 1 genannten Überzeugungen insgesamt und in der gegenwärtigen Situation für die Person haben. Unterfragen hierzu können thematisieren, wie sie konkret mit sich selbst und ihrer Gesundheit umgeht, und so den Brückenschlag zur Selbstfürsorge herstellen, die wir ja auch fördern wollen. Im Bereich „I“ = Integration erfragen wir zuerst die Zugehörigkeit zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft. Die Unterfragen dazu können die Fragestellung noch viel weiter fassen: Gibt es überhaupt eine Gruppe von Menschen, die der Person etwas bedeuten, und würde sie sich mehr Gesellschaft wünschen? Hier erfolgt der Brückenschlag zur sozialen Aktivität.

Dieses Gesprächsmodell eignet sich also auch sehr gut, um diese beiden anderen sehr wichtigen Themengebiete in der medizinischen Versorgung anzusprechen und danach zu sehen, welche Rolle der Hausarzt dabei spielen kann. Darum kann man auch direkt fragen, ob die Person sich wünscht, dass diese Themen weiterhin in den Blick genommen werden sollen.

Hierfür haben wir Praxisteam geschult, das heißt: Hausärztinnen und Hausärzte sind jeweils mit mindestens einer ihrer Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu einem halbtägigen Workshop gekommen. Der begann mit einer Einführung, woraufhin die Gruppen geteilt wurden und die Hausärzt\*innen vor allem im SPIR-Gesprächsmodell geschult wurden. Geübt wurde mit Videodokumentationen von spirituellen Anamneses Gesprächen, die Professor Frick geführt hat, und mit der Selbsterfahrung in Rollenspielen, wozu die Durchführung je einer eigenen spirituellen Anamnese als Patient und als Arzt gehörte. Schwerpunkt der Schulung für die MFA war die motivierende Gesprächsführung mit Ausrichtung auf soziale Aktivität und Selbstfürsorge.

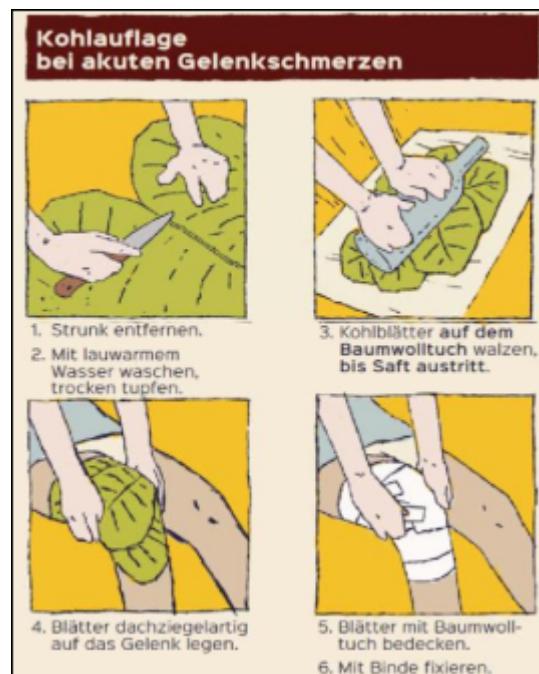


Abbildung 2: Ein verwendetes Infozept

## Die Forschungsstudie

Wir haben dann eine explorative clusterrandomisierte kontrollierte Studie durchgeführt. In diese konnten wir 25 Praxen und 297 Patient\*innen einschließen; Kriterium für die Auswahl waren ein Alter von mindestens 70, mindestens drei chronische Erkrankungen, mindestens drei dauerhaft eingenommene Medikamente, und die Teilnahme an mindestens einem *Disease Management Programm* (DMP). Letzteres wird in Deutschland mittlerweile von sehr vielen Hausarztpraxen angeboten, für Diabetes, Herzinsuffizienz, Asthma, für Chronisch Opstruktive Lungenerkrankung, geplant sind auch Angebote für Adipositas, Depression und Rückenschmerz. Die Idee dabei ist, dass die Teilnehmenden regelmäßig alle drei Monate in die Praxis kommen. Es wird eine standardisierte Checkliste abgearbeitet, die allerdings sehr stark auf somatische Aspekte konzentriert ist. Wir hatten vor, das versuchsweise um die Aspekte der Kraftquellen, der Spiritualität, der sozialen Aktivität und der Selbstfürsorge zu erweitern.

Die Praxen haben wir nach dem Zufallsprinzip eingeteilt in eine Interventionsgruppe, welche das DMP plus HoPES3 bekommen hat, und eine Kontrollgruppe, die nur das DMP erhielt wie bisher. Es ergaben sich 13 Praxen mit 164 Patient\*innen in der Interventionsgruppe und 12 Praxen mit 133 Patient\*innen in der Kontrollgruppe.

Unsere Evaluation beinhaltete eine Effektivitätsanalyse, das heißt: Wir haben vor und nach der Intervention mit den gleichen validierten Fragebogeninstrumenten bestimmte Endpunkte gemessen und konnten sodann auswerten, ob sich etwas verbessert oder verschlechtert hat. Wir haben aber auch eine Prozessevaluation durchgeführt. Wir haben alle Hausärzt\*innen und Patient\*innen der Interventionsgruppe gebeten, direkt im Anschluss an die spirituelle Anamnese einen Bewertungsbogen auszufüllen, und nach Abschluss der Studie haben wir zudem Interviews mit allen Zielgruppen geführt.

<b>S - Spiritualität:</b>	Betrachten Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (=spirituellen/religiösen) Menschen?
<b>P - Platz im Leben:</b>	Welchen Platz hat Spiritualität in ihrem Leben? Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben/ im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung?
<b>I - Integration:</b>	Gehören Sie einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe) an?
<b>R - Rolle :</b>	Wie soll ich als Ihr Arzt mit spirituellen Fragen umgehen ?

Abbildung 3: Die SPIR-Kurzamnese, Darstellung von R. Hefti.

## Die Elemente der Evaluation

### Die Endpunktanalyse

Die Teilnehmer der Studie waren im Schnitt 78 Jahre alt, mit einer Spannbreite zwischen 70 und 91 Jahren; etwas mehr als die Hälfte davon waren Frauen. Durchschnittlich haben die Probanden 7,6 Medikamente dauerhaft eingenommen, das spricht für einen hohen Grad an Multimorbidität. Nur 9 Prozent hatten einen Universitätsabschluss, 87 Prozent bezeichneten sich als christlich, 31 Prozent lebten allein, nur 11 Prozent konnten aber mithilfe des Instruments, das wir zur Ermittlung dieses Aspekts einsetzen, als einsam eingeordnet werden; 36 Prozent gaben an, schon vor der Studie gern Hausmittel genutzt zu haben. 34 Prozent teilten mit, dass Spiritualität viel oder sehr viel Bedeutung in ihrem Leben habe. Zum primären Endpunkt haben wir die gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit erklärt. Es ging in dieser explorativen Studie darum, erst einmal zu schauen, ob es überhaupt Effekte gibt und auf welche Weise die Intervention wirkt. Darum haben wir außerdem auch eine Reihe von sekundären Endpunkten gemessen; hier gehe ich nur auf die psychische Lebensqualität ein. Folgende Fragestellungen wurden überprüft:

- ▶ Lebensqualität psychisch und körperlich
- ▶ Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung
- ▶ Patientenaktivierung
- ▶ Einsamkeit
- ▶ Größe des sozialen Netzwerks
- ▶ Therapietreue
- ▶ Einstellung zur Medikation
- ▶ Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung

Wir haben einerseits die Daten für alle Patient\*innen ausgewertet, andererseits aber auch noch verschiedene Subgruppenanalysen durchgeführt: Für Patient\*innen, die Spiritualität wichtig fanden versus die, welche sie nicht wichtig fanden, für solche, die Hausmittel gern nutzten versus solche, die es nicht taten, für Teilnehmende mit einem großen und einem kleinen sozialen Netzwerk beziehungsweise für nicht einsame und einsame.

In der Subgruppenanalyse der psychischen Lebensqualität zeigten sich starke Effekte bei Personen, denen die Spiritualität wichtig war, und bei solchen, die gern Hausmittel nutzten, also mehr oder weniger komplementärmedizinisch interessiert sind. Bei Letzteren zeigte sich der höchste Effekt. Die Intervention war bei sozial isolierten beziehungsweise einsamen Probanden nicht effektiv. Stark von Einsamkeit betroffene Personen brauchen besonders intensive Maßnahmen, wie zum Beispiel aufsuchende Angebote und Einzelfallbegleitung.

Abbildung 4 stellt das Hauptergebnis der Endpunktanalyse zusammengefasst dar.

### Die Prozessanalyse

Hierbei hatten 14 Hausärzt\*innen teilgenommen, die Bögen von 133 Gesprächen ausfüllten. Von den Patient\*in-

<b>Das psychische Wohlbefinden</b> konnte durch die HoPES3-Intervention signifikant verbessert werden
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderate Effekte in der Gesamtstudienpopulation (4,13 Punkte Unterschied)</li> <li>- Starke Effekte bei Hausmittelnutzer*innen (7,63 Punkte Unterschied)</li> <li>- Moderate bis starke Effekte bei spirituellen Patient*innen (6,23 Punkte Unterschied)</li> </ul>
<b>In bestimmten Subgruppen verbesserten sich daneben auch die Selbstwirksamkeit und die Patientenaktivierung.</b>

Abbildung 4: Hauptergebnis der Endpunktanalyse. Das psychische Wohlbefinden wurde mit dem SF-12-Fragebogen auf einer Skala von 0-100 gemessen.

nen bekamen wir 141 Bögen, das heißt: von jeder teilnehmenden Person einen.

Zunächst wollten wir wissen, wie lang die Gespräche dauerten. 83 Prozent der Ärzt\*innen gaben an, dass sie weniger als 20 Minuten dafür gebraucht hatten. Das ist insofern interessant, als Skeptiker immer wieder einwenden, gar nicht die Zeit für Derartiges zu haben; ein hoher Zeitaufwand muss es aber offensichtlich nicht sein. Interessant ist auch, dass die Patient\*innen das Gespräch tendenziell länger empfunden haben.

Etwas mehr als ein Viertel der Hausärzt\*innen glaubte, das Gespräch sei ziemlich oder sogar sehr hilfreich für die Patient\*innen gewesen. Jedoch empfanden deutlich mehr der Patient\*innen - etwa 60 Prozent - das Gespräch als hilfreich. Belastend fanden es weder die Ärzt\*innen noch die Patient\*innen.

Ebenfalls interessant bei ist, dass trotzdem 42 Prozent der Hausärzte der Ansicht waren, dieses Gespräch sei ziemlich oder sehr hilfreich für die weitere Versorgung der jeweiligen Personen gewesen sei.

Aus den geführten Interviews ging hervor: Das Gespräch im Rahmen der spirituellen Anamnese drehte sich sehr oft um die Biografie, um Schicksalsschläge und andere einschneidende Lebensereignisse, wie zum Beispiel Tod oder auch Beziehungsabbrüche mit geliebten Personen. Insbesondere die Biografiearbeit finden ältere Menschen für sich sehr wichtig. Dabei geht es um Kraftquellen wie Familie, Freunde, Nachbarschaft, Hobbys und Natur; teilweise wurde auch die Religion genannt, aber auch als Quelle von Leid: Zum Beispiel thematisierten sie die Folgen problematischer katholischer Erziehung in ihrem Leben und andere Kritik an der Kirche. Das muss man im

<b>Umsetzbarkeit SPIR-Leitfaden</b>
Einfacher als gedacht, Routine, Probleme Intention zu vermitteln, Einstiegsfrage
<b>Reaktionen</b>
Überraschung, Dankbarkeit, Ablehnung, Humor, Überforderung
<b>Kontext/ proaktives Angebot</b>
Artifiziell, bevorzugt anlassbezogen
<b>Sample</b>
v.a. gut gebildete, aktive Pat.
<b>Nutzen für den Patient</b>
Entlastung, Ressourcen-Bewusstsein, Prävention von Somatisierung, als ganzer Mensch wahrgenommen werden, Möglichkeit über nicht-medizinisches zu sprechen
<b>Nutzen für den Arzt</b>
Besseres Arzt-Patienten-Verhältnis, besseres Verständnis

Abbildung 5: Codierung der Ärzte-Interviews

Blick haben, wenn man die spirituelle Anamnese anbietet und eigentlich damit verbindet, dass die Religion eine Kraftquelle sein kann: Bei manchen Patient\*innen triggert diese Thematik vielleicht auch sehr leidvolle Erfahrungen.

Abbildung 5 stellt zusammen, welche hauptsächlichen Antworten wir in unseren Interviews mit 11 von den 14 teilnehmenden Hausärzt\*innen als Ergebnis codieren konnten. Was die Frage der Umsetzbarkeit des SPIR-Leitfadens angeht, gab es auf ärztlicher Seite die Feststellung, dass es einfacher ging, als man dachte. Es gab aber auch Patient\*innen, bei denen die Hausärzt\*innen den Eindruck hatten, sie würden trotz der einführenden Erklärung nicht wissen, was man eigentlich von ihnen wollte. Viele dachten, man wolle nur ihre Religionszugehörigkeit abfragen. Die Reaktionen der Patient\*innen waren den Ärzt\*innen zufolge sehr heterogen.

Immer wieder wurde in den Gesprächen mit den Hausärzt\*innen diskutiert, dass es sich um ein sehr proaktives Angebot handelte, mit dem die Patient\*innen ohne Rücksicht darauf konfrontiert wurden, ob jetzt irgend etwas Besonders in ihrem Leben vorgefallen ist oder nicht, und das wurde vielfach als etwas Künstliches empfunden. Daraus folgerten die Ärzt\*innen, so etwas lieber in besonderen Fällen existenzieller Betroffenheit einzusetzen. Sie fanden es unangemessen, das Thema „Spiritualität“ routinemäßig anzusprechen, es sollte auf Situationen bezogen sein, die das tatsächlich nahelegen.

Infragegestellt wurde ferner das Sampling der Probanden. Etliche Ärzt\*innen bezweifelten, dass weniger aktive und weniger intelligente Personen mit dem Programm zuretkommen würden.

Ein wichtiger Aspekt bei den Antworten auf die Frage nach dem Nutzen für die Patient\*innen war, dass ihnen dadurch gezeigt wurde, dass diese Themen im Rahmen der Behandlung angesprochen werden dürfen: dass sie bedeutungsvoll sind, dass die auch für uns als Mediziner wichtig sind, und dass das nichts ist, was sie im Kämmerlein austragen müssen, sondern was man teilen kann, auch im medizinischen Bereich.

Als Nutzen für den Arzt und die Ärztin wurde die Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses hervorgehoben. „Die Leute, die bei mir die spirituelle Anamnese gemacht haben, die habe ich doch schon sehr viel näher kennengelernt, und es hat mir auch geholfen zu verstehen, warum sie manchmal so reagieren, wie sie reagieren“ (Zitat Hausarzt).

Bedenkenswert als ein Ergebnis unserer eigenen Patienteninterviews ist, dass die spirituelle Anamnese von vielen Patient\*innen nach eigener Aussage abgelehnt wurde oder aus anderen Gründen nicht stattgefunden hat. Das muss einschränkend zu unseren quantitativen Daten beachtet werden. Unklar bleiben aber die Motive der Ablehnung; zum Beispiel mögen manche einfach keine Lust gehabt haben, das im Praxisinterview Mitgeteilte nun auch noch einmal für diesen Interviewer aus der Uni zu wiederholen; andererseits haben Teilnehmende aber auch den Nutzen für sich darin gesehen, auch einmal nicht-medizinische Dinge besprechen zu können, wie auch in der Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Fazit: Eine spirituelle Anamnese kann bei bestimmten Patientengruppen (spirituell oder komplementärmedizinische Interessierte, Intellektuellere und Intelligentere?) möglicherweise eine sinnvolle Ergänzung im Disease-Management sein. Ich glaube, dass sie einen wichtigen Beitrag zur besseren Qualität der Versorgung leisten kann. Es ist einerseits wünschenswert, dass die hausärztliche Versorgung zu einem gewissen Grad standardisiert und schematisiert wird, zum Beispiel durch Disease Management Programme. Auf der anderen Seite sollten derartige Programme aber auch Raum für eine individuelle und ganzheitliche Behandlung geben.

Wir führen derzeit in meiner Abteilung ein Forschungsprojekt durch, das auch durch die HoPES3-Studie inspiriert ist. Viele Erkenntnisse daraus fließen ein. Auch dieses neue Projekt wird wieder vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Sein Ziel ist die Entwicklung eines hausärztlichen Versorgungsprogramms für Patient\*innen mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen. Dazu gehört die Idee, den Schmerz ganzheitlicher zu betrachten, sozusagen in seiner bio-psycho-sozio-spirituellen Genese. Wir nehmen auch schematisierende Elemente auf, wie zum Beispiel die softwaregestützte strukturierte Schmerzanamnese. Aber es geht auch darum, das offene Gespräch zu fördern und den Patient\*innen Raum zu geben, ihre Schmerzanamnese, ihre Schmerzgeschichte erzählen zu dürfen. Und wenn wir das dann auch nicht als Spiritual Care labeln, weil es einfach problematisch wäre und zu viel Erklärung fordern würde, denke ich doch, dass viel davon enthalten ist.

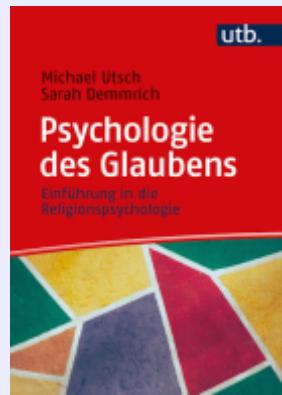
## Die Referentin dieses Vortrags



**PD Dr. med. Cornelia Straßner** ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und seit 2011 issenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg. Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich einer evidenzbasierten, leitliniengerechten und patientenzentrierten hausärztlichen Versorgung. Seit Juli 2022 leitet sie die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Nachwuchsgruppe RELIEF (Resource-oriented case-management for patients with chronic pain and frequent use of analgesics in general practices, FKZ 01GY2106). Zudem ist sie als Fachärztin für Allgemeinmedizin angestellt in einer Hausarztpraxis tätig.

Michael Utsch,  
Sarah Demmrich  
**Psychologie des Glaubens**  
Einführung in die  
Religionspsychologie  
Vandenhoeck & Ruprecht:  
Göttingen, 2023  
kartoniert, 344 S., 28.00 €

Prof. Dr. Michael Utsch hat mit Privatdozentin Dr. Sarah Demmrich zusammen den Stand der Forschung in der Religionspsychologie und ihre geschichtliche Entwicklung zusammengefasst, um sie in einer attraktiven Darstellung, übersichtlich und mit vielen Bildern, einem potenziell breiten Leserkreis zu vermitteln. Dies ist ein Werk zum Nachschlagen, wirklich eine Fundgrube, das aber auch einlädt zum interessierten Schmöken; wenn man darüber die Zeit vergisst und feststellt, dass man sich schon richtig eingelesen hat, sollte man es sich nicht nehmen zu lesen, es bald auch fertig zu lesen. Es ist wohl anzunehmen, dass die revidierte Neuauflage nicht lang auf sich warten lassen wird, in diesem Fall aus erfreulichem Grund: Weil implizit und explizit immer weder der aktuelle Bezug zu den derzeitigen Formen der Religiosität hergestellt wird und weil die vermittelten Daten aktuell sind, was ange-sichts verwirrender und erschreckender Vorgänge in der religiösen Welt unserer Tage auch dringend erforderlich ist; so kann man wenigstens manches davon ein bisschen besser verstehen. Anders gesagt: Das Buch gibt den Leserinnen und Lesern einiges an Hilfen zur sachge-rechten Unterscheidung zwischen gesunden und unge-sunden Glaubensformen in die Hand. Wie zu erwarten spielen dabei die Befunde aus der boomenden Neuropsychologie der Spiritualität und Religiosität eine wichtige Rolle.



Erfreulich ist gerade auch dort, wo Vorurteile korrigiert werden und Ungesundes angesprochen wird, die durchgehende Sachlichkeit, da schwingt weder heimlicher Konfessionalismus noch Ideologie mit, und wollte man den Band doch als eine Apologie des Christentums verstehen oder verwenden, dann nur in der Weise, dass manches von den positiven Seiten der „Psychologie des Glaubens“ - Gott sei Dank - eine Ent sprechung im Chris-tentum hat. Aber die Intention ist einfach nur umfassende Basisinformation, wie es auch der Untertitel formuliert: Das Buch ist als Einführung gedacht. Man kann viel anfangen mit der Einführung, vor allem hat man damit einen Ausgangspunkt zu dem weiten Fächer von Teildisziplinen und Forschungsfeldern, die mit der Religionspsychologie zu tun haben. Der gehobene Anspruch des Werks legitimiert aber auch ohne Weiteres dazu, in wissenschaftlichen Veröffentlichung daraus zu zitieren; besonders Religionswissenschaften und Theologie werden davon profitieren. Dass bei der Fülle des zusammengefügten Textmaterials da und dort die Homogenität der vielen zusammengefügten Bausteine fehlt, wodurch die eine und andere Frage entsteht, was denn nun genau gemeint ist, muss dabei weder auffallen noch ernsthaft stören.

H.A. Willberg



## Das HoPES3-Projekt

- ▶ HoPES3 = Holistic Care Program for Elderly Patients to Integrate Spiritual Needs, Social Activity and Self-Care Into Disease-Management in Primary Care
- ▶ Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung
- ▶ Projektlaufzeit: 10/2018 – 06/2021
- ▶ Projektleitung: Universitätsklinikum Heidelberg, Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Projektpartner:

Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizini-sche Biometrie; Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung (Prof. Stefanie Joos); TU München, Forschungsstelle Spi-ritual Care (Prof. Eckhard Frick); Gesundheitstreffpunkt Mannheim e.V.

**Alle Publikationen zur HoPES3-Studie:**  
[www.hopes3.de](http://www.hopes3.de)

# Simon Peng-Keller

## Spiritual Care und der Christliche Heilungsauftrag

### Abstract

Dieser Beitrag, der ein Transkript des am 9.11.2024 von Prof. Dr. Simon Peng-Keller gehaltenen Vortrags darstellt, begründet ärztliche und seelsorgliche Spiritual Care im christlichen Heilungsauftrag. Im ersten Abschnitt werden die biblischen Grundlagen des christlichen Heilungsauftrags beleuchtet, der, wie danach gezeigt wird, in vielfältiger Weise aufgenommen und in der Gegenwart verwirklicht wird. Im dritten Abschnitt werden drei Modelle skizziert, den christlichen Heilungsauftrag im Kontext moderner Medizin zu verstehen, wobei für ein transformatives Verständnis plädiert wird. Vortrag AGEAS Interlaken November 2024. Redaktion: Hans-Arved Willberg

### 1. Der christliche Heilungsauftrag: Biblische Perspektiven

Wie wurde dieser Heilungsauftrag verwirklicht und inwiefern kann das eine Grundlage für das sein, was Sie als Ärzt:innen tun oder tun möchten?

Aus bibelwissenschaftlicher Sicht lässt sich feststellen: Der Heilungsauftrag spielt in den Evangelien eine wichtige Rolle. Er kommt in den drei ersten Evangelien vor: Markus, Matthäus und Lukas, und an zentraler Stelle im Text von der Aussendung der Jünger bei Lukas sogar zweimal; dort werden zuerst die 12 ausgesandt und dann die 72 und sie bekommen alle einen Doppelauftrag: Sie sollen das Evangelium verkünden und heilen. In Lukas 9,1-2 steht: „Er rief aber die Zwölf zusammen und gab ihnen Gewalt und Macht über alle Dämonen und dass sie Krankheiten heilen könnten und sandte sie aus, zu predigen das Reich Gottes und zu heilen die Kranken.“ Für „heilen“ steht hier im griechischen Text *therapeuein*. Also ist das Wort „therapeutisch“ durchaus ein biblisches Wort.

Die heutige Bibelwissenschaft ist der Überzeugung, dass dieser Heilungsauftrag nicht nur für die ersten Apostel Gültigkeit hatte, sondern dass hier ein Programm vorliegt. Nicht nur der Verkündigungsauftag wird hier auch für die späteren Zeiten festgelegt, sondern auch der Heilungsauftrag.

Der Heilungsauftrag ist ein integrales Moment christlicher Sendung und Verkündigung, und wenn man das Profil des Heilungsauftrags anschaut, geht es darum, sich heilsam Menschen zuzuwenden. Das bibelgriechische *therapeuein* ist weiter gefasst als unser heutiges Wort „therapeutisch“, da ist also auch die Care mit enthalten, all das, was der Barmherzige Samariter tut.

Die Sorge um die Kranken schließt auch therapeutische Formen der heilsamen Zuwendung ein. Diese Zuwendung ist nicht verweckt. Jesus betreibt keine Gemeinde-pastoral. Meist sind es Menschen „von außerhalb“, die er heilt. Die meisten Geheilten werden auch gar nicht in seine Nachfolge berufen. Er könnte das ja jedes Mal standardmäßig tun, aber nein, das macht er nicht. Es geht um die Heilung an und für sich, unabhängig davon, wie die Menschen sich dann entscheiden und weitergehen.

So weit zu dem kurz gefassten Heilungsauftrag. Der wird aber noch durch viele Heilungserzählungen ergänzt. Das alles hat viel Gewicht in den Evangelien und diese Heilungserzählungen sind mehr als nur Wundergeschichten. Es geht darin aber nicht nur darum, zu zeigen, was Jesus alles kann und aus welcher Vollmacht er wirkt und

lebt, sondern es sind auch Modellgeschichten. Hier wird sozusagen auf narrative Weise entfaltet, wie das geht oder was das ist. Es hat paradigmatischen Charakter, es ist narrative Theologie.



Im Zentrum des Geschehens ist die heilsame Präsenz; das zeigt sich, wenn man betrachtet, wie Jesus mit diesen Menschen umgeht. Er ist sehr sparsam in der Verwendung von irgendwelchen Hilfsmitteln. Ab und zu braucht es sozusagen pharmakologische Elemente wie Öl, aber vor allem geht es um eine unmittelbare Begegnung. Jesus bringt, so kann man es formulieren, Heilungsbedürftige und oft marginalisierte Menschen in diesen Heilungserzählungen in Kontakt mit der göttlichen Gegenwart, dem „Reich Gottes“, und geht auf differenzierte Weise auf sie

ein. Ganz wichtig dabei ist immer die soziale Komponente. Es gibt zwar schon ein wiedererkennbares Muster, aber jede Heilungsgeschichte ist auch wieder anders; diese Erzählungen sind wunderbar nachvollziehbar, wenn man versucht, sie zu verstehen. Dann zeigen sie sich nicht als spektakuläre Wundergeschichten, die irgendwie weit hergeholt sind.

Ich nenne nur ein Beispiel: Es fällt auf, dass Jesus mit Vorliebe am Sabbat zu heilen scheint, aber warum? Man wirft es ihm vor, es bringt ihm Probleme. An der Sabbatheilung entzünden sich Konflikte, weil unklar ist, ob man das überhaupt darf. Die Ärzte hatten am am Sabbat frei, positiv gesagt, also ärztliche Praxen sollten am Sabbat selbstverständlich geschlossen sein, wie bei uns am Sonntag. Natürlich können Notfälle eine Ausnahme sein. Aber häufig waren diese Heilungen gar keine Notfallsituatien. Warum also heilt Jesus am Sabbat, obwohl es ihn in Schwierigkeiten bringt? Er heilt die Menschen dann, weil sie dann am berührbarsten sind, in den Momenten, wenn sie zur Ruhe kommen, wo sie offen und empfänglich sind. Es ist kein Zufall, dass es am Sabbat geschieht.



Es ist ein holistisches Empowerment, mag man sagen. Das tönt jetzt sehr modern, aber das Wort *holos* kommt auch vor im Neuen Testament. Im Johannesevangelium ist die Rede vom *holon anthropon* (Johannes 7,23), vom ganzen Menschen. Darum geht es nicht nur um das Seelenheil, sondern es geht um vielfältige und komplexe Leiden: somatische, seelische, soziale, spirituelle, nach unseren heutigen Unterscheidungen. Besonders im Markusevangelium ist es schön zu sehen, dass die Heilungserzählungen dort nicht zufällig aufgelistet sind, sondern dass der Evangelist das ganze Spektrum benennt, um zu vermitteln: Jesus heilt vielfältig vieldimensional. Es sind die kurative, die rehabilitative und palliative Dimension einbezogen, kann man sagen. Es ist vieldimensional, aber es ist auch stets nur ein Anfang. Natürlich sind die Menschen weiterhin vulnerabel und werden sterben und Jesus hat kein Gesundheitssystem aufgebaut.

Das ist die biblische Grundlage, auf der wir heute immer noch stehen, denn nach allgemeiner Überzeugung ging es nicht nur die Anfangszeit des Christentums an. Dieser Heilungsauftrag gilt bis heute. Aber es setzte schon sehr früh eine theologische und auch kirchliche Marginalisierung des Heilungsauftrags ein, man hat ihn eigentlich vergessen; man betont nur die Verkündigung des Evangeliums und vergisst, dass zum Verkündigen auch das Heilen gehört. Es führt bis heute eine Schattendasein. Die

großen Kirchen haben diese Dimension nicht so recht auf dem Schirm, obwohl das Christentum außerordentlich innovativ, kreativ und engagiert im Bereich des Heilens sein konnte und kann.

Vieles im Gesundheitswesen hat christliche Wurzeln. Die moderne Hospizbewegung ist so ein Beispiel, das Engagement ist bei Cicely Saunders und ihren Vorgängerinnen aus einer stark christlichen Inspiration entstanden, und Spiritual Care letztlich auch. Ich wundere mich manchmal, dass ich von manchen Kirchenvertretern in der Schweiz als jemand angesehen werde, der eigentlich ein Säkularisierungsprogramm vertritt. Wenn sie Spiritual Care mit säkularisierter Seelsorge verknüpfen, ist das ein Fehlschluss. Die Spiritual Care kommt aus einer stark christlichen Inspiration.

## 2. Das Christentum: eine Religion der Heilung?

Adolf von Harnack, ein wichtiger Theologe Anfang des 20. Jahrhunderts, hat gesagt, das Christentum sei eine Religion der Heilung. Für das frühe Christentum hat er es nachgewiesen. In gewisser Weise gilt es auch heute noch, global betrachtet: Das Christentum wächst häufig an Orten, wo das Heilungsmoment sehr im Vordergrund steht.

Das Christentum war im Lauf seiner Geschichte sehr flexibel und hat sich an wandelnde Formen des Gesundheitswesens angepasst. Aber nicht nur das, sondern es hat sie auch innovativ weitergeführt. Für die Schweiz des 19. und 20. Jahrhunderts etwa könnte man sehr schön zeigen, wie sehr christliche Akteure das Gesundheitswesen vorangetrieben haben.

In den Kirchen gibt es immer wieder einmal Richtungsentscheidungen, die nachwirken, auch wenn man sie längst vergessen hat. Ein solcher Entscheid fand 1215 auf dem Vierten Laterankonzil statt. Bis zu diesem Zeitpunkt waren Ärzte häufig auch in Personalunion Geistliche, und dieses Konzil hat wahrscheinlich wegen vielen negativen Erfahrungen beschlossen: Nein, es ist besser, diese beiden Berufsgruppen zu trennen. Und man hat sich dabei von einer einfachen Logik leiten lassen: Der Arzt ist für den Leib zuständig, der Seelsorger für die Seele, für das Geistige, für die geistliche Dimension, und dementsprechend hat man auch die Ausbildung neu strukturiert. Es war die Zeit, als die Universitäten entstanden und neben der Theologischen Fakultät nun auch eine medizinische Fakultät.

Mit dem Verbot der Ausübung von Medizin durch Geistliche entstanden auch schon Ansätze einer ärztlichen Spiritual Care. Die Ärzte sollten nämlich die Kranken ermahnen, vor einer Behandlung zunächst den Priester zu konsultieren und ihre Sünden zu bekennen, und auch die Aufgabe des Tröstens wurde den Ärzten zugemutet. Aber dieser Lösung folgten viele ungelöste Probleme, die uns bis heute zu schaffen machen. Das eine Problem ist der unsägliche Leib-Seele-Dualismus, der bis heute in der Medizin total plausibel erscheint. Er trägt auch bei zum Erfolg von Spiritual Care, weil viele Ärzt\*innen zwar prinzipiell dualistisch denken, aber auch fühlen und merken, dass es auch noch diese andere Dimension gibt.

Theologisch ist der Dualismus heikel. Es ist problematisch, wenn man die Berufsgruppen so ausbildet und auseinander dividiert, wie es noch geschieht: Wie steht es

dann um die Zusammenarbeit und wie sieht sie konkret aus? Das ist heute gerade auch im Bereich von Spiritual Care eine Herausforderung.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Debatte, wie sich die Kirchen im Gesundheitswesen engagieren können und sollen, im Bereich der Organisationen sehr intensiv geführt. Im globalen Süden hat man sich gefragt, ob die Kirchen sich in der nachkolonialistischen Zeit zurückziehen sollen. Die ärztliche Mission, die von einer Art Union oder Ehe zwischen moderner Medizin und christlicher Mission gelebt hat, wurde hinterfragt. Sollte man sagen: „Mission accomplished“ - wir haben unsere Aufgabe getan? Hatte man überhaupt noch die Ressourcen dazu? Vor allem der Weltkirchenrat hat dazu sehr klar Stellung genommen und gesagt: Nein, unsere Mission ist nicht accomplished, die Kirche kann ihre Verantwortung im Bereich des Heilens nicht anderen Akteuren überlassen. „Unsere Berufung zu Gesundheit und Heilung ist so stark wie seit eh und je“, sagt 2018 Olav F. Tveit, Generalsekretär des Ökumenischen Rats der Kirchen (ÖRK) (World Council of Churches, 2018). In der Schweiz spürt man davon nicht so viel, mindestens was die Landeskirchen angeht.

Die Einsicht, die sich aus diesen Konsultationen ergeben hat, ist folgende: Es braucht dieses Engagement, es ist eine Aufgabe aller Mitglieder der Kirche und auch und in besonderer Weise der Spezialist\*innen, die in einem Gesundheitsberuf oder einem Seelsorgeberuf ausgebildet sind und werden. Und es braucht eine Koordination zwischen diesen unterschiedlichen Ebenen. Die Kirchen tun sehr viel, aber sie tun es häufig auch sehr unkoordiniert, man weiß gar nicht voneinander. Das erlebe ich auch in meiner Tätigkeit, wenn ich etwa Vorträge halte: Da sind die Mediziner:innen unter sich und die Seelsorger:innen sind unter sich und man kommt oft gar nicht zusammen.

### **3. Der biblische Heilungsauftrag als Grundlage für ärztliche Spiritual Care?**

Es gibt drei Modelle, den christlichen Heilungsauftrag heute zu verstehen. Sie werden in der Tabelle vorgestellt.

Das Kontrastmodell hält die Gesundheitsversorgung für eine säkulare Aufgabe, das eigentlich Christliche geschehe außerhalb des staatlich regulierten Gesundheitswesens durch spezifische Rituale, Exorzismus, Gebete und was auch immer. Pfingstkirchen haben diesen Ansatz und man sieht dort häufig auch die Medizin entsprechend kritisch.

Theologisch gesehen muss man dazu sagen, dass Gottes Kraft auch durch die Mittel moderner Gesundheitsversorgung wirkt. Schon das Alte Testament spricht davon.

Im Buch Jesus Sirach wird der Arzt gepriesen und gesagt, dass Gott auch die Kräuter gemacht hat und durch sie heilend wirkt: „Der Herr hat die Arznei aus der Erde geschaffen, und ein Vernünftiger verachtet sie nicht“ (Jesus Sirach 38,4).

Paul Tillich schreibt: „Die heilende Kraft des göttlichen Geistes kann nicht die Methoden des Heilens ersetzen, die für die verschiedenen Dimensionen spezifisch sind, und umgekehrt können diese Methoden des Heilens nicht die heilende Wirkung des göttlichen Geistes ersetzen“ (Tillich, 1987, S.321). Beides ist wichtig und das sieht man auch in der ganzen Geschichte des Christentums. Man nutzte die vorhandenen Mittel, um Menschen heilsam zu begegnen.

Das Immersionsmodell sagt, dass sich der Heilungsauftrag durch den christlich motivierten Einsatz für eine humane Gesundheitsversorgung verwirklicht. Die Mittel sind säkular und evidenz-basiert. Christliche Ärzte nutzen keine anderen Medikamente und haben keine andere Prozeduren als nicht-christliche Ärzte, aber sie sind christlich motiviert, und sie gestalten ihr Handeln dann auch entsprechend anders.

Das Transformationsmodell geht einen Schritt darüber hinaus und sagt, dass sich der Heilungsauftrag durch das verwirklicht, was das Immersionsmodell sagt, aber es geht außerdem auch um die Umgestaltung von innen heraus aus christlicher Inspiration. Wir können uns also nicht begnügen mit dem Gesundheitswesen, so wie es ist, sondern die christliche Inspiration drängt nach vorne, der Heilungsauftrag verlangt auch nach Transformation.

Wir sehen, dass es immer auch um die Frage geht, was wir uns eigentlich darunter vorstellen, wenn wir vom christlichen Heilungsauftrag und überhaupt von Heilung sprechen. Heilt die Medizin? Aus theologischer Sicht muss man diese Frage verneinen. Nein, die Medizin heilt nicht, sondern Medizin ist ein Beitrag, ein Instrument der Heilung. Die heilenden Kräfte selbst, auch die natürlichen, stehen nicht in der Verfügung der Medizin.

Wenn wir vom Heilungsauftrag sprechen, geht es auch um die Grundhaltung der heilsamen Selbstbegrenzung. Interprofessionalität ist auch ein Stück weit Ausdruck heilsamer Selbstbegrenzung. „Kein einzelner kann alle Arten des Heilens mit beruflicher Autorität ausüben, obgleich einzelne mehr als nur eine Methode beherrschen können“, schreibt Tillich. „Das Heilen ist in allen seinen Formen fragmentarisch“ (Tillich 1987, S.323). Darum braucht es diese Demut oder diese Selbstbegrenzung, das Wissen, dass wir bestenfalls Instrumente der Heilung sind. Ich kann etwas dazu beitragen, dass Menschen heiler werden. Die Abbildung zeigt, dass die interagierenden Berufsgruppen ihre Schwerpunkte je in einer Care-Dimen-

<b>Modelle der Verwirklichung des christlichen Heilungsauftrags heute</b>	
<b>Modelloptionen</b>	<b>Verwirklichung des christlichen Heilungsauftrags</b>
<b>Kontrast</b>	Außerhalb des staatlich regulierten Gesundheitswesens durch spezifische Rituale (z.B. Exorzismus), Gebete etc.
<b>Immersion</b>	Durch christlich motivierten Einsatz für eine humane Gesundheitsversorgung
<b>Transformation</b>	Durch eine christliche Mitgestaltung des Gesundheitswesens (Option 2) und dessen Umgestaltung von innen heraus aus christlicher Inspiration

Tabelle: Die gegenwärtigen Modelle zur Verwirklichung des christlichen Heilungsauftrags

sion haben, dass sie aber immer auch mit den anderen Dimensionen befasst sind. Darum ist auch Spiritual Care in der DNA interprofessionell. Es ist ungut für Patient\*innen, wenn die Berufsgruppen nicht zusammenarbeiten.

Wir benötigen für Spiritual Care einerseits Kompetenzen und Skills, wie zum Beispiel die spirituelle Anamnese, so etwas kann man lernen und üben. Andererseits lebt Spiritual Care auch von einer spirituellen Grundhaltung. Dass sie ein wesentliches Element der Therapiewirksamkeit ist, konnte auch empirisch gezeigt werden. Die Schwierigkeit, die wir mit dieser persönlichen Haltung haben, ist ihre Transprofessionalität, das heißt: Sie geht eigentlich über das Professionelle hinaus, also über das, was man von einem guten Arzt erwarten kann und muss, und damit geht sie auch irgendwie über das hinaus, was man an einer medizinischen Fakultät vermitteln und prüfen kann. Diese persönliche Haltung kann man sich wünschen, aber es ist schwierig, sie im Bereich von Spiritual Care zu fassen.

Ich möchte abschließend noch mit dem Modell der „Healing Presence“ betonen, was Spiritual Care aus der Perspektive des Kommunizierens ist. Wir können das

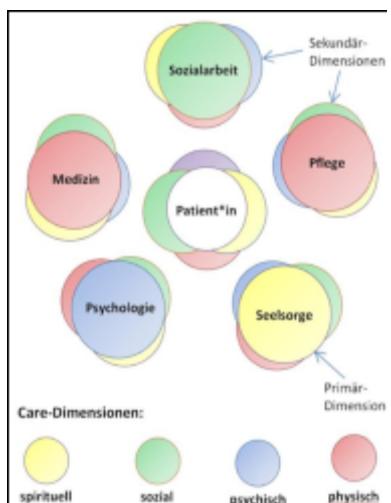


Abbildung: Spiritual Care als interprofessionelle Aufgabe. Quelle: Peng-Keller 2021, a.o.

auch „Tiefenkommunikation“ nennen. Darunter verstehen wir eine bestimmte Art und Weise der Zuwendung. Das ist keine zusätzliche Aktivität. Bei vielen Ärzt\*innen löst der Gedanke an Spiritual Care Angst aus, *noch mehr tun zu sollen*. Im Zentrum der Spiritual Care steht aber nicht die Vermehrung des Tuns, sondern das Mehr an Präsenz. Nicht verstärkte Aktivität, sondern verstärkte Rezeptivität. In diese Präsenz zu finden und sie aufrechtzuerhalten oder wieder zu wecken, ist eine geistliche Haltung und letztlich eine geistliche Übung, und das in einem stressigen Berufsalltag zu verwirklichen, ist die Kunst von Spiritual Care.

Wirkliche Healing Presence, indem jemand in dieser Offenheit zuhört und irgendwie eine Resonanz entsteht, das würde ich als das „Kerngeschäft“ oder die Kernaufgabe von Spiritual Care bezeichnen.

## Quellenangaben

Peng-Keller, S. (2021). *Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care: Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Tillich, P. (1987). *Systematische Theologie*. Bd. 3, unveränd. Nachdruck der 4. Aufl. v. 1984. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

World Council of Churches, Witnessing to Christ today, 14; Global Ecumenical Health Strategy 2018.

## Der Autor

**Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller** ist seit 2015 Lehrstuhlinhaber für Spiritual Care an der Universität Zürich. Als solcher ist er einer der führenden Experten auf dem Gebiet der Spiritual Care und in diversen Forschungsprojekten involviert. Er ist aber auch Seelsorger und Begleiter für kontemplative Exerzitien



Simon Peng-Keller  
**Klinikseelsorge  
als spezialisierte  
Spiritual Care**

Der christliche Heilungsauftrag  
im Horizont globaler Gesundheit

Vandenhoeck & Ruprecht 2021,  
231 S., 28 €

Das Gesundheitswesen befindet sich im Wandel. Neben Globalisierung und Digitalisierung verändert auch das Aufkommen einer interprofessionellen Spiritual Care den Klinikalltag. Welche Rolle kann hier die christliche Klinikseelsorge einnehmen?

Sollen Patient\*innen umfassend und empathisch betreut werden, dürfen nicht nur Symptome und Diagnosen im Vordergrund stehen. Genauso wichtig ist, was eine Erkrankung für den Menschen im Krankenhausbett bedeutet und wie der neuen Situation begegnet werden kann. Das Buch ist ein Plädoyer dafür, die christliche Krankenhausseelsorge als spezialisierte Spiritual Care zu profilieren und im Horizont des christlichen Heilungsauftrags neu zu verstehen. Nur in enger Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen kann sie weiterhin ihren Auftrag wahrnehmen und eine gerechte und humane Gesundheitsversorgung fördern.

René Hefti

# Grundlagen für Spiritual Care

## Abstract

*Der Beitrag vermittelt ein Basiswissen zu Spiritual Care mit hilfreichen Definition und Modellen. Er spricht die Bedeutung des Caring als Haltung und Kompetenz an, die genuin in der christlichen Care-Tradition verankert ist. Er erläutert Entwicklungen und Rahmenbedingungen der modernen Medizin und die Bedeutung der Evidenzbasierung. Schliesslich fokussiert der Beitrag auf die spirituelle Anamnese als zentrales Handwerkzeug für Spiritual Care.*

Überarbeiteter Vortrag der AGEAS in Interlaken November 2024.

Was kann Spiritual Care in existenziellen Krisen bedeuten, wenn wir zum Beispiel einem Patienten mit Verdacht auf ein Prostatakarzinom mitteilen müssen, dass die Biopsie die Diagnose bestätigt? Darauf sind Patienten unterschiedlich vorbereitet, manche gut, manche überhaupt nicht. Soll ich versuchen, den Patienten zu beruhigen und ihm erklären, dass die Prognose grundsätzlich gut ist? Soll ich Verständnis signalisieren für die aktuelle Überwältigung? Soll ich den Patienten ermutigen, sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen und ihn nach dem Glauben, nach spirituellen Ressourcen fragen?



## Spiritual Care als Brücke

Für mich ist Spiritual Care zu zuerst einmal eine Brücke zwischen zwei Welten: der Welt der Medizin und der Welt der Spiritualität, zwei Welten, die in der modernen, evidenzbasierten Medizin nicht zusammengesehen werden. Spiritual Care als Brücke schafft einerseits die Legitimation, Glaube und Spiritualität im medizinischen Kontext zu thematisieren, ohne dass das gleich als Esoterik, Hokuspokus oder missionarisches Bestreben eingestuft wird. Andererseits vermittelt Spiritual Care wesentliche Grundlagen dafür, wie Spiritualität in angemessener, patientengerechter und professioneller Weise in die medizinische Behandlung einbezogen werden kann. Dazu braucht es Schulung, da der Einbezug der Spiritualität bisher kein Bestandteil unseres Medizinstudiums oder unserer medizinischen Weiterbildungen ist, auch wenn der Einbezug existentieller Themen (Sterben und Tod) durch die Palliative Care wieder in die Medizin Einzug gehalten hat.

## Definitionen und Modelle

Spiritual Care meint grundsätzlich den Einbezug von Spiritualität in den medizinischen oder gesundheitsfachlichen Kontext. Damit bedeutet Spiritual Care die gemeinsame Sorge für den kranken Menschen in allen seinen Dimensionen, der physischen, der psychosozialen, wie auch der spirituellen. Diese Definition stützt sich auf das biopsychosoziale Modell von Engel (1977). Der biopsychosoziale Bezugsrahmen ist für die gesundheitsfachliche Spiritual Care von entscheidender Bedeutung. Die Spiritualität steht immer in einer Interaktion mit dem biologischen, psychologischen und sozialen Gegebenheiten. Spirituelles Erleben kann Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung oder eines Hirntumors sein. Damit ist auch Interdisziplinarität und Interprofessionalität zwingende Voraussetzungen für eine qualifizierte Spiritual Care.

Ein weiterer zentraler Aspekt von Spiritual Care ist das „Caring“, dieses sich Sorgen, dieses „urchristliche“ Anliegen, das im Mandat der Nächstenliebe nach dem Beispiel des Barmherzigen Samariters seine Entsprechung findet. Man spricht heute auch von „Compassionate Care“, was auf den Begriff der „Compassio“ zurückgreift. Caring fordert von uns Ärztinnen und Ärzten ein Engagement, eine Leidenschaft für unsere Patientinnen und Patienten.

Aus christlicher Sicht kommt hier auch die Gegenwart Gottes ins Spiel, die uns stärkt und heilsam auf den Kranken einwirkt. Dieses ganzheitliche und bedingungslose Caring kommt im Bild des Schweizer Malers Ferdinand Hodler (1853-1918) sehr schön zum Ausdruck.



## Zwei Grundformen von Spiritual Care

Nach Simon Peng-Keller gibt es zwei Grundformen von Spiritual Care: Die *gesundheits- und sozialberufliche Spiritual Care* sowie die *seelsorgerliche Spiritual Care* (Peng-Keller, 2020). Für uns als Ärztinnen und Ärzte ist die erste Form relevant. Dabei geht es nach Simon Peng-Keller „nicht um eine zusätzliche Aufgabe, die mit den schon bestehenden in Konkurrenz tritt, sondern um eine zusätzliche Kompetenz, die ermöglicht, den primären Handlungsauftrag besser und patientenorientiert zu erfüllen“ (ebd., S.130). Dies trifft die Essenz von Spiritual Care sehr gut, erfordert aber ein Einüben dieser Kompetenz in unserem Medizinaltag. Diesbezüglich schreibt Peng-Keller: „Die eigentliche Herausforderung dürfte die Revision eines verfestigten professionellen Selbstbildes sein“ (ebd.).

Wer seelsorgerliche Spiritual Care ausübt, nimmt eine Doppelrolle ein: Er bringt seine fachlich-seelsorgerliche Expertise sowie seine Repräsentation einer Glaubensgemeinschaft und damit einer religiösen Tradition mit ein (ebd., S.129). Das unterscheidet die Seelsorgenden von uns Ärztinnen und Ärzten. Wir arbeiten nicht im Auftrag einer Kirche oder einer religiösen Gemeinschaft.

## Rahmenbedingungen für Spiritual Care

Das lesewerte Buch „Hostility to Hospitality“ von Tracy und Michael Balboni (Balboni, Balboni, 2018) ist ein wertvoller Beitrag zum Diskurs zu Medizin und Spiritualität. Michael Balboni ist Theologe, Tracy Balboni Radioonkologin. Beide sind an der Harvard University in Boston tätig. In der letzten Ausgabe von SuG finden Sie einen Artikel von Michael Balboni, der wesentliche Aussagen des Buchs zusammenfasst (Balboni, 2024).

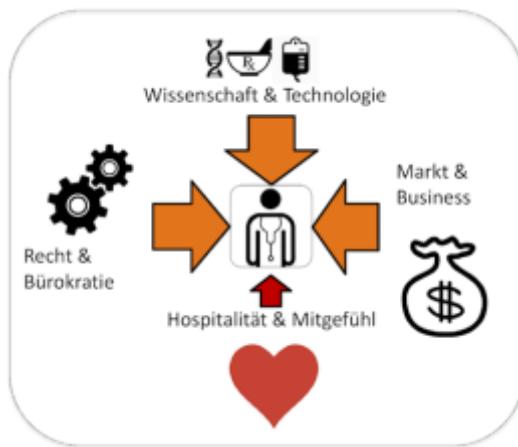


Abbildung 1: Die vier sozialen Energien im Gesundheitswesen nach M. Balboni.

Die Grafik stellt eine treffende Analyse der aktuellen Wirkkräfte und damit der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen dar. Das ursprüngliche Motiv der Gesundheitsberufe, das „Caring“, ist mit einem roten Herz symbolisiert. Dieser personalen Wirkkraft, die auch für Spiritual Care bestimmend ist, stehen drei apersonale Wirkkräfte („social forces“) gegenüber: Wissenschaft und Technik, Bürokratie und Ökonomie. Diese grenzen den Gestaltungsräum für eine personenzentrierte Medizin ein.

## Eine Evidenzbasierung von Spiritual Care

Trotz des kritischen Blicks auf die Wissenschaft ist die Evidenzbasierung ein wichtiger Pfeiler für die Anerkennung von Spiritual Care. In einer evidenzbasierten Medizin muss belegt werden können, dass der Einbezug der Spiritualität wirksam ist und nicht schadet.

Abbildung 2 zeigt anhand der jährlichen Veröffentlichungen ein wachsendes Forschungsfeld in den USA und mittlerweile auch in Europa, das sich mit Religiosität und Spiritualität in den Gesundheitswissenschaften beschäftigt. Eine wertvolle Übersicht dieser empirischen Arbeiten bietet das 2023 in der 3. Aufl. erschienene „Handbook of Religion and Health“ von Harold Koenig et al. (Koenig et al., 2023), welches die Studien systematisiert und auch in ihrer Qualität bewertet.

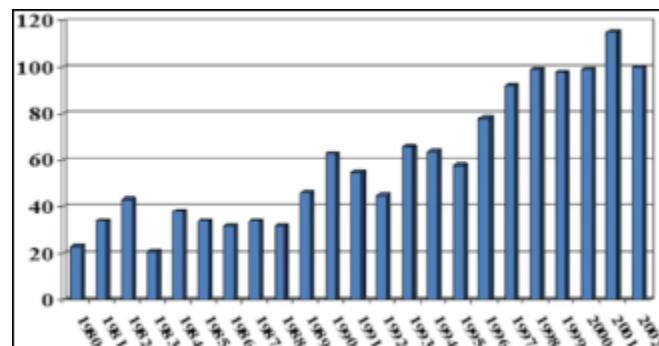


Abbildung 2: Anzahl der in der US-amerikanischen National Library of Medicine (NLM) gelisteten Arbeiten mit religiösen Bezügen zwischen 1980 und 2002.

Als *Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit* ([www.fisg.ch](http://www.fisg.ch)) ist es uns wichtig, zu diesem neuen Forschungsgebiet durch Masterarbeiten, Promotionen und Kooperationsprojekte einen Beitrag zu leisten. Um Spiritualität zu beforschen, benötigt man eine Definition und Operationalisierung des Begriffs. Spiritualität ist aber heute zu einem Containerbegriff geworden, der „Glaube“ und „Religion“ einschließt und oft im Plural verwendet wird. Diese Spiritualitäten beinhalten auch östliche und humanistische Konzepte von Spiritualität.

Ein offenes und hilfreiches Spiritualitätsmodell wurde von dem Theologen Anton Bucher entwickelt (Bucher, 2014), der an der Universität Salzburg lehrt. Der zentrale Aspekt ist die Verbundenheit mit der Transzendenz, der

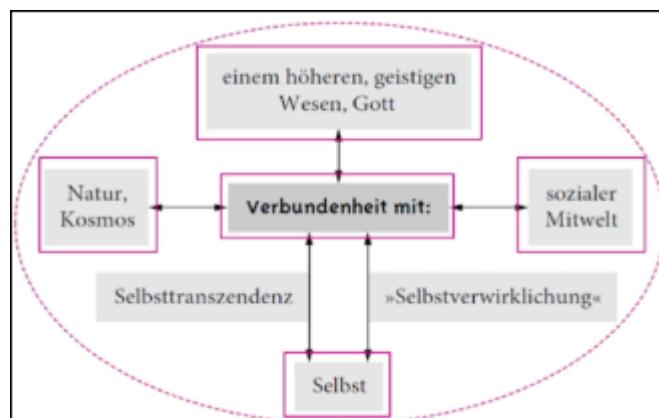


Abbildung 3: Das Spiritualitätsmodell nach Anton Bucher (Bucher, 2014, S.40). Verbundenheit als zentrales Element.

Natur, der sozialen Mitwelt und sich selbst. Wir können im Rahmen einer spirituellen Anamnese bei unseren Patienten danach fragen, wo und wie sie mit diesen Dimensionen verbunden sind. Eine tragende Spiritualität erfordert eine Verbundeneheit in mehreren Dimensionen, wie dies auch in der biblischen Anthropologie (im „Doppelgebot der Liebe“) formuliert wird (Abbildung 4). Einzig die Beziehung zur Natur, zur Schöpfung, wird hier nicht explizit erwähnt.

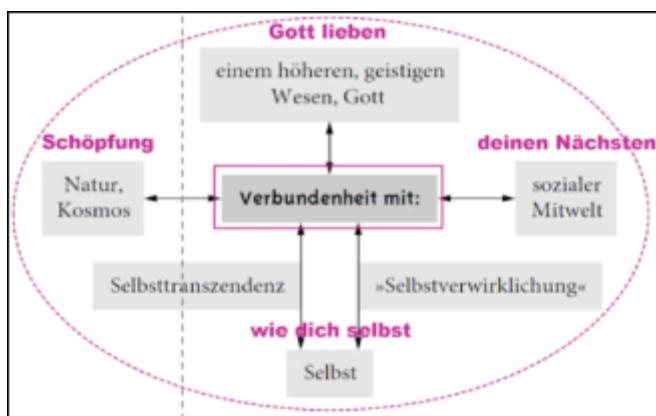


Abbildung 4: Das Spiritualitätsmodell nach Anton Bucher und das Doppelgebot der Liebe als Modell der biblischen Anthropologie.

## Die spirituelle Anamnese

Die spirituelle Anamnese ist das zentrale Handwerkzeug in der Umsetzung von Spiritual Care. Die Bedeutung der Anamnese ist uns Ärztinnen und Ärzten vertraut. Sie gibt uns die relevanten Informationen für die Behandlung. Eine der ersten wissenschaftlichen Publikationen zur spirituellen Anamnese stammt von Christina Puchalsky (Puchalsky, Romer, 2020). Ihren Titel „Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully“ finde ich sehr zutreffend, denn das entspricht meiner Erfahrung. Sie vertieft die Arzt-Patienten-Beziehung und ermöglicht, dass existenzielle Themen zur Sprache kommen können.

Entscheidend für die spirituelle Anamnese ist eine offene und patientenzentrierte Haltung. Traugott Roser, Theologe und Seelsorgeexperte an der Universität Münster, plädiert für einen radikal subjektiven Ansatz: „Spiritualität ist, was immer der Patient dafür hält“ (Roser, 2009, S.47). Diese Haltung fordert uns heraus, trifft aber den Kern. Es geht darum, zu verstehen, ob Spiritualität für die Patientin und den Patienten eine Relevanz hat und in welcher Form. Ob sie für den Patienten eine Ressource darstellt, ihm Halt und Wert gibt, oder ob sie eher ein

Belastungsfaktor ist, Angst induziert, moralische Konflikte auslöst oder ihn gar „entwertet“. Man spricht dann auch von „Spiritual Struggles“. Diese sind für die Behandlung genauso relevant, da sie Heilungsprozesse hindern und Krankheitszustände zementieren können.

Wenn wir eine spirituelle Anamnese machen, müssen wir auch klären, was wir genau anstreben. Aus der praktischen Erfahrung habe ich ein 3-Stufen-Schema entwickelt (Abbildung 5). In *Stufe 1* geht es um eine grobe Orientierung: Ist der Glaube, die Spiritualität für die Patientin, für den Patienten in irgend einer Form relevant? Hat diese Dimension für ihn im Krankenhauskontext Bedeutung? Gehört er einer religiösen oder spirituellen Gemeinschaft an? Möchte er, dass Spiritualität im Gespräch mit den Fachkräften thematisiert wird? Das zur Verfügung stehende Instrument hierfür ist das SPIR-Interview (siehe auch Beitrag von Cornelia Straßner, S.7-9). Der SPIR leitet sich amerikanische FICA-Modell ab (F = Faith (Beliefs); I = Importance (Influence); C = Community; A = Address). In *Stufe 2* wird nach den spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen gefragt, aber auch nach spirituellen Belastungen und Konflikten. „Spiritual Struggles“ sind typischerweise die Domäne der Seelsorge. In *Stufe 3* geht es um die spirituelle Biografie. In welchen Kontext ist jemand aufgewachsen: religiös/spirituell oder säkular? Welche spirituellen Wandlungen oder Wendepunkte hat er erlebt oder vollzogen, und was bedeuten diese für ihn heute? Die Erhebung einer spirituellen Biografie kann im psychotherapeutischen Kontext Sinn machen, gehört aber typischerweise auch in den Kontext der Seelsorge.

Eine wichtige und oft kritische Frage ist: Wie leite ich eine spirituelle Anamnese ein, ohne die Patientin, den Patienten zu brüskieren? Hilfreich sind offene Einstiegsfra-

Stufen	Instrumente	Inhalte	Wer	Aufwand
Stufe 1	FICA / SPIR	R/S relevant allgemein und im Krankheitskontext R/S Einbindung Einbezug erwünscht?	Alle Fachkräfte Fallführung	3-5 Minuten
Stufe 2	Verschiedene Assessments	R/S Bedürfnisse R/S Ressourcen R/S Belastungen R/S Konflikte	Fachkräfte mit Schulung	15-20 Minuten
Stufe 3	Chronologisches Interview	R/S Biografie	Psychotherapeuten Seelsorgende	30-45 Minuten

Abbildung 5: Abstufungen der Spirituellen Anamnese. (R/S = Religion/Spiritualität).



Abbildung 6: Kompetenzstufen für Spiritual Care.

gen wie „Was trägt Sie in dieser Krankheit?“, „Was gibt Ihnen Kraft in ihrer Krankheitssituation?“. Diese Fragen lassen das Antwortspektrum offen und zielen nicht direkt auf Spiritualität. Die Art des Einstiegs richtet sich auch wesentlich nach dem medizinischen Kontext. Eine kurze spirituelle Anamnese (SPIR) kann Teil einer Eintrittsanamnese bei einer stationären Behandlung sein, wie wir es in der Klinik SGM machen. Wir wollen wissen, ob die Spiritualität für die Patientin, den Patienten relevant ist und ob sie diese in die Behandlung einbeziehen möchte.

Die spirituelle Anamnese ist ein „Skill“ und muss geübt werden. Ich will mit diesem Beitrag ermutigen, eigene Erfahrungen zu sammeln. Parallel dazu entwickeln wir im Forschungsinstitut einen Online-Lehrgang und werden weiter Schulungskurse anbieten. Zudem arbeite ich mit einem Medizinverlag an einem praktischen Leitfaden, der 2026 herauskommen soll.

Insgesamt kann man Spiritual Care nach Shane Sinclair (2012) in drei Grundformen aufteilen (Abbildung 6): 1. in eine *Primary Spiritual Care*, bei der es um die Wahrnehmung und das Thematisieren spiritueller Aspekte geht; 2. in eine *supportive Spiritual Care*, wobei spirituelle Ressourcen aktiv unterstützt werden; und 3. eine *spezialised Spiritual Care*, was der fachlichen Seelsorge entspricht.

## Quellenangaben

- Balboni, M. (2024). Sachlichkeit statt Gastlichkeit? Den Geist der Zuwendung wieder entdecken. *Spiritualität und Gesundheit* 3/1, 9-14.
- Balboni, M.J., Balboni, T.A. (2018). *Hostility to Hospitality: Spirituality and Professional Socialization within Medicine*. Oxford University Press.
- Bucher, A. (2014). *Psychologie der Spiritualität: Handbuch*, 2. vollst. überarb. Aufl., Mit E-Book inside, Weinheim, Basel: Beltz.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196, 129-136. doi: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
- Koenig, H.G., VanderWeele, T.J., Peteet, J.R. (2023). *Handbook of Religion and Health*. 3. Aufl. New York: Oxford University Press.
- Peng-Keller, S. (2020). Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmödelle und Entwicklungsperspektiven. *Spiritual Care* 9/2, 127-135. doi: <https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0078>.
- Puchalsky, C., Romer, A.L. (2020). Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine* 3, 129-37. doi: [10.1089/jpm.2000.3.129](https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129).
- Roser, Traugott (2009). Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick, E., Roser, T. (Hg.). *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Stuttgart, 45-55.

Bildquelle Gemälde: Research Portal by SIK-ISEA, Ferdinand Hodler (1875), Der barmherzige Samariter, Foto: Kunstmuseum Zürich, <https://recherche.sik-isea.ch/sik:work-6006947/in/catalogues.hodler/>

Ausführliche Vorstellung des Handbuchs von Koenig et al. s. SuG (2022) 1/2, S.24. Freier Download: <https://figs.ch/de/publikationen/zeitschrift-spiritualitaet-und-gesundheit>

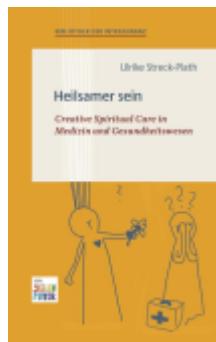
## Der Autor



**Dr. med. René Hefti** leitet das *Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit* in Langenthal. Zudem ist er Dozent für psychosoziale Medizin und Spiritual Care an den Universitäten Basel und Bern sowie ärztlicher Consultant in der Klinik SGM Langenthal. Er studierte Medizin in Zürich und machte eine Fachausbildung in Innerer Medizin und Kardiologie. 2004 absolvierte er einen Aufenthalt am Center for Spirituality, Theology and Health an der Duke University bei Prof. Harold Koenig, was 2025 zur Gründung des Forschungsinstitutes für Spiritualität und Gesundheit führte.

## Creative Spiritual Care

“Heilsamer sein” von Ulrike Streck-Plath



„Heilsamer sein“ will die Akzeptanz von Spiritualität und Spiritual Care im Gesundheitswesen fördern. Darüber hinaus leitet es Beschäftigte im Gesundheitswesen an, das unkomplizierte Instrumentarium der *Creative Spiritual Care* für sich selbst anzuwenden. Die Autorin ist davon überzeugt, dass es ein Geburtsrecht ist, heil und ganz zu sein. Durch belastende Erlebnisse verlieren Menschen jedoch Teile ihres Selbst. Die aus der Creative Spiritual Care, vorgestellt auch auf einem Poster im Rahmen der ECRSH-Tagung 2024 in Salzburg, kann helfen, diese Teile zurückzuholen. Die Praxis zeigt: Menschen können so ihre existuellen Ressourcen und die ihres Gegenübers stärken. Die Erfahrung legt nahe, dass sich so auch Therapiedauern und Krankenhausaufenthalte reduzieren können.

Weitere Informationen zum Buch mit Leseprobe:  
<https://usplive.de/heilsamer-sein/>

# News

## AGEAS Herbsttagung über Spiritual Care



Schweiz (AGEAS) 9.-10.11. in Interlaken übten knapp 100 Ärztinnen und Ärzte den professionellen Umgang mit Spiritualität. Erfreulich hoch war der Anteil junger Menschen. Das Thema lautete: „Spiritual Care: Dein Weg zu einer ganzheitlichen Medizin?“

Neben den Hauptvorträgen von Dr. med. René Hefti, PD Dr. med. Cornelia Straßner und Prof. Dr. Simon Peng-Keller, die sie in diesem Heft vorfinden, wurde das Thema in Gesprächsgruppen, einem Roundtable und einem praxisorientierten Workshop zur Spirituellen Anamnese vertieft.

Eine spannende Studie zur Spirituellen Anamnese, geleitet und vorgestellt von PD Dr. Cornelia Straßner, Universität Heidelberg, zeigte Möglichkeiten und Grenzen der Implementierung der Spirituellen Anamnese in den hausärztlichen Kontext. Ermutigend war die positive Resonanz von mindestens 1/3 der Patientinnen und Patienten, die das vertiefte Gespächsangebot sehr schätzten.



Prof. Simon Peng-Keller beleuchtete den Zusammenhang von Spiritual Care und christlichem Heilungsauftrag aus theologischer und historischer Sicht und machte Mut, Spiritual Care in den persönlichen Arbeitskontext einzubringen.

## Mediathek der Stiftung GRS

Bitte nutzen Sie die Media Library auf der Website unserer Stiftung. Fortlaufend stellen wir dort die Videoaufnahmen der Vorträge aus Veranstaltungen hinein, die von uns selbst oder mit unserer maßgeblichen Beteiligung durchgeführt wurden. Vor allem die zahlreichen Beiträge der mittlerweile 9 European Conferences on Religion, Spir-

European Conference 2022  
Keynote Lecture  
Gratitude in Mental Health – What Positive Psychology contributes to the Prevention of Mental Disorders?  
Prof. Dr. Robert Emmons  
Hosted at Virgin University Amsterdam Part 1/2  
What Positive Psychology contributes to the Prevention of Mental Disorders? - Robert...

tuality and Health (ECRSH) mit weltweit führenden Expert:innen zu diesem Themenbereich sind eine wahre Fundgrube. Der Zugang ist derzeit noch gratis.

<https://www.medialibrary-grs.ch/>

## Spiritual Care studieren



Seit 2015 bietet die Universität Basel im Rahmen der Advanced Studies einen Masterstudiengang in Spiritual Care an. Der Studiengang ist eine Kooperation der Medizinischen mit der Theologischen Fakultät.

Der Lehrplan ist interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtet. Zielgruppe sind Ärztinnen und Ärzte al-

ler Fachrichtungen, Pflegende und Sozialdienstmitarbeitende, Fachpersonen aus der Physio- und Ergotherapie, der Ernährungsberatung, der Spitalsseelsorge wie auch der Palliativ Care, Psychotherapeut:innen, Kriseninterventionsteams und Leitungsverantwortliche in Gesundheitsinstitutionen.

Der Studiengang mit einer Dauer von zwei Jahren und im Umfang von 60 ECTS besteht aus 24 Lerneinheiten, einer schriftlichen Abschlussarbeit und einer mündlichen Abschlussprüfung. Ein Leistungsnachweis erfolgt nach jeder Lerneinheit entweder in Form einer mündlichen oder schriftlichen Prüfung, einer Hausarbeit oder eines Vortrags. Weitere Eigenleistungen der Studierenden erfolgen in Form von Literaturstudium sowie durch Fallstudien und Interviews. Es finden verschiedene Unterrichtsformen wie Vorlesungen, Seminare, Gruppenarbeiten, Fallbearbeitungen, Lehrgespräche und Exkursionen Anwendung. Die Lehrveranstaltungen erfolgen in der Regel einmal im Monat von Freitag bis Sonntag.

Zugelassen werden Fachpersonen mit einem von der Universität anerkannten Hochschulabschluss und mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung.

Nähtere Informationen:  
<https://spiritual-care.weiterbildung.unibas.ch/de/>



Der aktuelle Stiftungsrat.

Von links nach rechts: Dr. med. René Hefti, Marianne Streiff-Feller, Richard Hebeisen, Maria Drechsler, Gabriel Jordi, Nathan Keiser. Dr. med. Hans-Ruedi Pfeifer fehlt auf dem Bild.

Die Stiftung GRS, ursprünglich Stiftung SRP, wurde 1991 gegründet, um das Zusammenwirken von Religion, Psychologie und Medizin wissenschaftlich zu untersuchen. Die Arbeitsgruppe „Medizin und Glaube“ entstand. Diese korrespondierte mit Lehrstuhlinhabern der Psychiatrie wie Prof. Hole, Prof. Pöldinger und Prof. Fisch. Zentrales Thema war die Religionssyndrompathologie, also die Frage, ob der Glaube psychisch krank macht, eine damals weit verbreitete Überzeugung in der universitären Psychiatrie.

Nach einem Forschungsaufenthalt in den USA bei Prof. Harold Koenig (Duke University) gründete Dr. med. René Hefti 2005 mit einem kleinen Team das Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG). Das Forschungsinstitut wurde in die Stiftung integriert. Es wurden in der Folge regelmäßig Forschungsprojekte, Forschungsworkshops und Tagungen durchgeführt.

2008 wurde in Bern erstmals ein Europäischer Kongress zum Thema "Religion, Spirituality and Health" durchgeführt. Der internationale Erfolg des Kongresses und das Bedürfnis nach einer solchen Plattform führte zur Fortsetzung der Kongresse alle 2 Jahre. Es entstand ein „European Board“ mit Vertretern aus Deutschland, Holland, Belgien, England, Dänemark, Schweden, Portugal und Malta. Die Kongresse wanderten in der Folge quer durch Europa. Das Forschungsinstitut blieb über die Jahre immer der Hauptveranstalter.

Um die Wahrnehmung der Stiftung in der breiteren Öffentlichkeit zu fördern, wurde der Stiftung im Hinblick auf das 30-Jahre-Jubiläum 2021 ein neuer Name und ein neuer Auftritt gegeben. Die Stiftung für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (GRS) fördert interdisziplinäre Forschung auf dem Gebiet von Gesundheit, Religiosität und Spiritualität sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen im Gesundheitswesen. Die Stiftung konnte damit ihre Rolle in der Spiritual Care Landschaft der Schweiz etablieren.

## Digitale Seelsorge?

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens verändert auch das Arbeitsfeld klinischer Seelsorge. Wie nehmen Seelsorgende die Herausforderungen und Chancen dieser Entwicklung wahr? Inwiefern prägen digitale Instrumente bereits heute ihren Berufsalltag? Prof. Simon Peng-Keller, Lehrstuhlinhaber für Spiritual Care an der Universität Zürich, hat jetzt die Ergebnisse einer Umfrage unter Mitgliedern des Schweizer Berufsverbands für Seelsorge im Gesundheitswesen vorgestellt. Das Bild, das sich aus dieser Studie ergibt, ist spannungsreich: Zum einen zeichnet sich ab, dass die Digitalisierung der klinikseelsorglichen Arbeit rasch voranschreitet, insbesondere im Bereich digitaler Dokumentation. Zum anderen steht die Mehrheit der befragten Seelsorgenden dem vermehrten Einsatz von digitaler Technologie skeptisch bis ablehnend gegenüber. Die Studie wirft die Frage auf, wie diese befragte Berufsgruppe dazu motiviert und befähigt werden könnte, den digitalen Wandel aktiv mitzugehen.

Peng-Keller, S., Winiger, F. (2024). Digitale Spiritual Care: Ergebnisse einer Umfrage unter klinischen Seelsorgenden in der Schweiz. *Praktische Theologie* 59/1, 31-37.  
<https://doi.org/10.14315/prth-2024-590106>



## „Ich kümmere mich um dich“

Heilen, Trösten, Begleiten in Gesundheitswesen und Gemeinde. 9. Christlicher Gesundheitskongress.

Wie können wir eine nachhaltige Care-Ethik etablieren, selbst wenn Fachkräfte knapp sind? Wie können wir Caring Communities in einer Gesellschaft fördern, die immer älter wird? Und wie können wir Spiritual Care inneren kultureller und religiöser Vielfalt praktizieren und diskutieren?

In diesem Spannungsfeld öffnet die Dynamik des christlichen Glaubens Türen zu neuen Horizonten: Wie kann eine Vision von Christian Care aussehen?

Der Kongress bietet interaktive Begegnungen, zahlreiche Gesprächsmöglichkeiten und persönlichen Erfahrungsaustausch im Konferenzformat.

Zu den Hauptrednern gehört auch Dr. med René Hefti.

## Vernetzen Sie sich noch besser mit uns!

Unser Forschungsinstitut ist jetzt auf LinkedIn

Bleiben Sie über die neuesten Entwicklungen, Forschungsergebnisse und Veranstaltungen auf dem Laufenden und vernetzen Sie sich mit dem FISG. Folgen Sie dem Forschungsinstitut unter:

[linkedin.com/company/fisg-rish/](https://www.linkedin.com/company/fisg-rish/)

#FISG #Spiritualität #Gesundheit  
#Forschung #Vernetzung

## Informationsanlass der Stiftung GRS

Bei dem diesjährigen Informations- und Gönneranlass der Stiftung GRS war die Bindungsbeziehung zu Gott Thema. Dr. Michael Ackert vom Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit präsentierte die neusten Erkenntnisse dazu und stellte die Brücke zur therapeutischen Arbeit der Klinik SGM Langenthal her. Anschliessend gab Dr. René Hefti einen Überblick des Geschäftsjahrs 2024 mit einem grossen Dank an alle Gönnerinnen und Gönner sowie alle Spenderinnen und Spender.

## Erfolgreicher Workshop des AeF

Tagung des Arbeitskreises für Empirische Forschung zu Glaube, Psychotherapie und Seelsorge

Die 2. Forschungswerkstatt des Arbeitskreises für empirische Forschung zu Glaube, Psychotherapie und Seelsorge brachte Wissenschaftler:innen an der Internationalen Hochschule Bad Liebenzell zusammen, um aktuelle Themen wie interreligiösen Dialog, digitale Gesundheitsanwendungen und die psychologischen Auswirkungen von Religiosität zu diskutieren. In Vorträgen und intensiven Diskussionen wurden sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsansätze präsentiert, darunter Arbeiten zu Mikroaggressionen, „Spiritual Bypass“ und internalisiertem Stigma bei religiösen queeren Personen. Besonders hervorgehoben wurde die offene und persönliche Atmosphäre, die den Austausch über Forschungsfragen und berufliche Herausforderungen förderte. Die Veranstaltung fand großen Anklang und wird künftig im zweijährigen Rhythmus fortgeführt.



## Reihe „Religion, Spiritualität und Gesundheit“

Die Stiftung GRS präsentiert Band 1 ihrer neuen wissenschaftlichen Buchreihe

Endlich ist es so weit. Der erste Band der wissenschaftlichen Buchreihe des Stiftung GRS kommt heraus. Die Reihe wird von der Wissenschaftlichen Buchgesellschaft (wbg) produziert, die Ende 2023 Teil des Herder-Verlags wurde. Durch die Umstellung mussten wir eine Weile auf die Fertigstellung warten.

Diese Buchreihe greift den interdisziplinären Themenbereich „Religion, Spiritualität und Gesundheit“ auf, indem sie anthropologisch-hermeneutische wie auch empirisch-wissenschaftliche Beiträge veröffentlicht, idealerweise bereits in einem fachübergreifenden Dialog. So ge-

sehen sollen der empirische „body of knowledge“ anthropologisch beleuchtet und die geisteswissenschaftlichen Konzepte mit den empirischen Befunden abgeglichen werden. Die Reihe wird im Namen der Stiftung GRS von Dr. med. René Hefti und Dr. phil. H.A. Willberg herausgegeben

Hans-Arved Willberg

Trinitarische Anthropologie und Resonanztheorie  
Epistemologische Argumente für ein spirituell gesundes Menschenbild

Hardcover, 2025, 248 S.,  
48 €, auch als E-Book;  
Herder-Verlag.  
ISBN 978-3-534-64147-5



Die Frage, was spirituelle Gesundheit und gesunde Spiritualität ist, hängt vom Menschenbild ab. Eine wissenschaftlich tragfähige Definition der Begriffe „Gesundheit“ und „Spiritualität“ in ihrem Bezug zueinander benötigt darum ein wissenschaftlich tragfähiges Menschenbild. Am meisten Tragfähigkeit verspricht die Übereinstimmung von rationaler Erkenntnis und Empirie. Schon großen Denkern des Mittelalters war bewusst, dass sich das christliche Basisdogma der Trinität ohne konfessionelle Vorgaben in der philosophischen Wesensbestimmung des Menschen als untrennbare und unvermischbare Einheit von Subjekt und Objekt spiegelt. Dem jüdisch-christlichen Glauben nach ist der Mensch nach dem Bild Gottes geschaffen. Theologisch bietet es sich darum an, die triadische Struktur des menschlichen Daseins mit dem Dreieinigkeitsdogma zusammenzudenken. Von dorther Spiritualität und Gesundheit anthropologisch zu bestimmen erhält heute neuen Auftrieb durch die natur- und sozialwissenschaftlichen Resonanztheorien.

## 2025 feiert das FISG 20-jähriges Jubiläum

Lassen Sie sich überraschen: Wir wollen nicht nur dankbar auf die zurückliegenden Erfolge der Arbeit zurückblicken, sondern uns auch auf die Zukunft ausrichten und mit beiden Perspektiven in diesem Jahr Veranstaltungen durchführen und Veröffentlichungen produzieren.

Am besten geben Sie uns formlos Bescheid, dass Sie unseren Newsletter bekommen wollen, dann sind immer über das informiert, was gerade ansteht.

## 10. ECRSH-Konferenz 2026

Die nächste European Conference on Religion, Spirituality and Health findet Mai 2026 in Basel statt!





Norinna Ullmann  
**Glaube und Gesundheit**  
 Impulse der empirischen Religionspsychologie für eine integrative Seelsorge  
 Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs, Hg. C.Bauer et al., Bd. 31

De Gruyter: Berlin, Boston, 2024;  
 548 S., Hardcover, 99,95 €  
 ISBN: 978-3-11-143846-7

Für die Erforschung des Zusammenhangs von Spiritualität und Gesundheit ist diese Dissertation ein theologischer Meilenstein. Norinna Ullmann erhielt für ihr Werk, das von Prof. Annette Haußmann als Erstgutachterin und von Prof. Michael Herbst als Zweitgutachter beurteilt wurde, die Höchstnote. Das lässt sich nachvollziehen, weil das Ergebnis angenehm durch gute Übersichtlichkeit mit akkuraten Zusammenfassungen, guten Schreibstil, Verzicht auf Langatmigkeiten und dabei doch auch durch inhaltliche Tiefe und Kompaktheit auffällt. Beim Lesen erschließt sich zudem eine erfreuliche sachliche Ausgewogenheit mit reifen Urteilen, denen man anmerkt, dass sie durch gründliche Reflexion entstanden sind. Das Buch zeigt vorbehaltlos die vielen heilsamen Zusammenhänge von Glaube und Gesundheit auf, lässt dabei aber auch keineswegs die Undeutlichkeiten der Befunde sowie die Erkenntnisse über Glaubensformen mit psychisch schädigender Wirkung zu kurz kommen. Dementsprechend sind auch die Konklusionen sachlich differenziert und terminologisch offen, weit entfernt etwa von einer latenten Apologie des Christentums oder gar der eigenen protestantischen Glaubensrichtung.

Ausgangspunkt der Dissertation ist die Feststellung der Autorin, dass es in der Seelsorgewissenschaft (Poimenik) „bisher keinen ausgereiften Ansatz einer integrativen Seelsorge“ gibt (S.82). Dem hat sie nun mindestens ein Stück weit abgeholfen.

Für die interdisziplinäre Verwendung dieser Arbeit ist hervorzuheben, dass sie ein holistisches „Drei-Ebenen-Modell des Glaubens“ vertritt, das auch die „tieferen“ Ebene des geglaubten Wirkens Gottes im Herzen und somit die Subjektivität des Glaubens beinhaltet. Das entspricht der Unterscheidung des Glaubens, welcher äußerlich erkennbar geglaubt wird („fides quae“) vom Glauben, durch den geglaubt wird („fides qua“), durch den also der äußerlich zum Vorschein kommende Glaube im Inneren der Person („Herz“) geglaubt wird. Diese „tieferen“ Ebene ist unverfügbar, auch für die glaubende Person selbst, sofern es sich, theologisch gedeutet, um wahrhaftigen Glauben handelt.

Begreiflicherweise kommt die Autorin besonders auf die empirischen Befunde zu sprechen, weil es davon am meisten Material mit präzisen Ergebnissen gibt und weil die Befunde zum Teil neu und innovativ sind. Sehr ergiebig sind in dieser Hinsicht die gut ausgewählten Metauntersuchungen, deren Darstellung sinnvoll ergänzt und

vertieft wird durch die Beschreibung und Diskussion ethlicher Einzeluntersuchungen daraus. Besonders zu begrüßen ist im Unterschied zum Gros der Veröffentlichungen zur Seelsorge, dass Ullmann explizit ihr besonderes Augenmerk nicht nur auf die Erkenntnisse der Religionspsychologie richtet, sondern auch auf „psychotherapeutische Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie und der sog. „Dritten Welle der Verhaltenstherapie“ (S.4), weil der Seelsorgeforschung eigentlich schon seit einer Weile bekannt sein dürfte, dass dort die Integration von Spiritualität besonders gut gelingen kann und bei den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien der „Dritten Welle“, also den Achtsamkeitstherapien, auch schon programmatisch angelegt ist. Hierzu gehören wesentlich auch die Synergien mit den Befunden aus dem positiv psychologischen Forschungsfeld der Salutogenese. Für die Seelsorge heißt das eine ausgewogene Balance und Interaktion von Problemorientierung und Ressourcenorientierung im Sinne von „Lebenskunst“ (S.71).

Abschließend definiert Ullmann vor dem Hintergrund der Resultate ihrer Untersuchung die „Lebensdienlichkeit des Glaubens“ als „Unterscheidungskunst“ (S.466ff). Das erkennt sie als roten Faden der verarbeiteten Befunde. Sie meint damit die Achtsamkeit für die Polarität der Glaubenserfahrung: Was den Glauben weckt, herausfordert, prägt und stärkt, sind nicht nur seine schönen Seiten, auch nicht nur seine schweren, sondern beide. Darin liegt auch ein grundsätzliches Handicap der empirischen Überprüfbarkeit von Glaubensqualität, denn gerade in Krisenerfahrungen, die den Symptomen nach viel eher dem Kranksein und Gekränktheit zuzuordnen sind als dem Aufblühen der seelischen Gesundheit, kann die Kraft des Glaubens wachsen, wie er auch unter glücklichen Umständen des Wohlbefindens durchaus verkümmern mag oder kränker ist, als man meint - nicht selten trügt der Schein. Die Qualität des Glaubens also nicht von der Empirie abhängig zu machen, sondern sie der Subjektivität des Individuums als das zu überlassen, was er eigentlich ist, nämlich Geheimnis, das macht den Unterschied. Intersubjektiv lässt sich das sehr wohl mitteilen, von Herz zu Herz, und gerade darin liegt das Proprium der Seelsorge, aber objektiv wiedergeben lässt es sich nur bedingt. Man muss es selbst erleben.

Ja, es gibt auch etwas zu bemängeln, wenn auch nicht am Text, es geht eher den Verlag und die Reihenherausgeber als die Autorin selbst an: Vielleicht hätte man den Untertitel anders benennen sollen. „Impulse“ liest sich wie „die eine oder andere Anregung“. Das wird dieser Arbeit aber nicht gerecht, denn es zeichnet sie aus, dass sie umfassend angelegt ist. Grundsätzlich sollte sich eine Dissertation nicht auf „Impulse“ beschränken. Ein weiteres Handicap ist natürlich auch der Preis, aber das ist eben so bei solchen Fachbüchern.

H.A. Willberg

**Spiritualität und Gesundheit** Dezember 2024 | Jahrgang 03 | Heft 02

*Körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlergehen (WHO)*