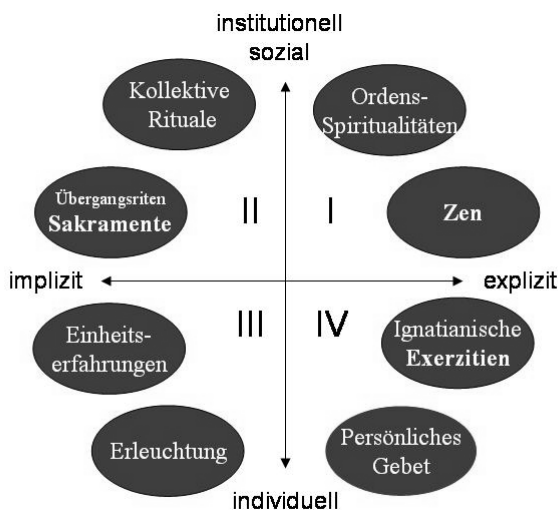


## Seelsorge und Medizin Spiritual Care: Ein neues Fachgebiet der Medizin?

Das Thema „Seelsorge und Medizin“ besteht aus drei Wörtern, die jedes für sich und in ihrem Zueinander eine Klärung verdienen. Am problematischsten ist zweifellos das „und“. Nach Jahrzehnten des Nebeneinanders, bisweilen auch des misstrauischen Gegeneinanders, verstehen wir das „und“ heute nicht mehr additiv, sondern integrativ. Früher wurde durch Spaltung unterschieden: das Seelen-Heil und die körperliche Heilung wurden auseinandergerissen, obwohl es um denselben Menschen ging. Heute geht es um Unterscheidung durch Differenzierung: Es wäre kein Fortschritt, würden wir das „und“ im Sinn einer Gleichsetzung und Einebnung der Unterschiede verstehen, die im Hinblick auf die jeweiligen beruflichen Qualifikationen bestehen, die aber auch von den Optionen herrühren, die autonome Subjekte im religiös-spirituellen Feld beanspruchen. Mit autonomen Subjekten meine ich sowohl unsere Patienten als auch uns selbst mit unserer religiösen, kulturellen und professionellen Sozialisation.

Ich werde meine Gedanken thesenartig vortragen und in einem ersten Schritt behaupten, dass wir in der semantischen und sachlichen Vieldeutigkeit des religiös-spirituellen Feldes so etwas wie einen Kompass benötigen, eine Orientierung.

### 1. Orientierung im religiös-spirituellen Feld



Kirchen und Religionsgemeinschaften nehmen erstaunt zur Kenntnis, dass die neuere Diskussion über Spiritual Care in den Gesundheitswissenschaften entstanden ist, nicht in den Theologien. Die vielfach beklagte *begriffliche Unschärfe* des Spiritualitätskonzepts kann einerseits durch historische, systematische und auch empirisch-sozialwissenschaftliche Forschung begrenzt werden. Andererseits gehört die *definitorische Offenheit* konstitutiv zur spirituellen Suche heutiger Menschen, die sich durch Individualisierung, neue Vernetzung und eine gewisse Allergie gegen den Normierungsdruck der Institutionen auszeichnet.

Spirituell (geistlich, gr. *pneumatikós*) nennt Paulus den Menschen, der sich dem Geist Gottes öffnet. Dies erinnert an den zweiten Schöpfungsbericht der hebräischen Bibel, den älteren (Gen 2,7): Adam, der von der Adama stammende „Lehmige“ wird zu einem lebendigen Wesen (*nēfēsh hajjāh*) dadurch, dass Gott ihm den Lebensatem (*n<sup>e</sup>shāmāh hajjim*) in die Nase bläst. *Nēfēsh*, meist mit dem gr. *psychē* wiedergegeben, ist ein Grundbegriff der biblischen Anthropologie und kann Kehlkopf, Seele, materielles, sterbliches Wesen heißen. Paulus greift diesen Bericht von der Erschaffung des Menschen im Zusammenhang der Auferstehung wieder auf, die Erschaffung durch den Gott an der Töpferscheibe, der sein Werkstück beseelt und die Auferstehung durch den „zweiten Adam“:

44 Es wird gesät ein natürlicher Leib (*sôma psychikón*) und wird auferstehen ein geistlicher Leib (*sôma pneumatikón*). Gibt es ein *sôma psychikón*, so gibt es auch ein [*sôma*] *pneumatikón*.

45 Wie geschrieben steht: Der erste Mensch, Adam, »wurde zu einem lebendigen Wesen« (*psychê zôsa*), und der letzte Adam zum Geist, der lebendig macht (*pneûma zôpoiûn*).

46 Aber das [*sôma*] *pneumatikón* ist nicht das erste, sondern das *psychikón*; danach das *pneumatikón* (1 Kor 15).

Spirituelle Inhalte, Handlungsentwürfe, Individuen und Organisationen der Gegenwart lassen sich in einem Koordinatensystem mit den orthogonalen Achsen institutionalisierte Organisiertheit und Ausdrücklichkeit abbilden (modifiziert nach Leutwyler 2005).

Durch das System dieser beiden Achsen ergeben sich entsprechende Abstufungen zwischen den Polen und vier Quadranten: I explizit / institutionalisiert; II implizit / institutionalisiert; III implizit / individualisiert; IV explizit / individualisiert. Ich habe einige Beispiele eingetragen, die natürlich beliebig vermehrt oder durch andere ersetzt werden könnten. Beginnen wir mit dem IV. Quadranten: Das persönliche Gebet des freien Menschen ist wohl der dichteste Ausdruck des spirituellen Subjekts. Es ist explizit (ausdrücklich) in sofern, als die Gottheit individuell angesprochen wird. Individuell heißt, dass Gender-, Schicht-, Alters-, Gesundheits- und Kultur Aspekte ins Spiel kommen: Ich bete als Frau oder Mann, alter oder junger, gesunder oder kranker Mensch usw. Die auf Ignatius von Loyola zurückgehenden spirituellen Exerzitien sind ein klassisches Beispiel individualisierten, aber auch begleiteten und insofern im Vergleich zum spontanen freien Beten stärker „sozialisierten“ Betens. Der Weg des Zen stammt aus dem Buddhismus und zeichnet sich gegenüber den Exerzitien durch einen vergleichsweise höheren Organisiertheitsgrad aus. Noch ausgeprägter ist dies bei den verschiedenen Ordens-Spiritualitäten (der Franziskaner, Barmherzigen Schwestern und Brüder, Jesuiten usw.). In diesem Feld katholischer Ordensgemeinschaften ist der französische Begriff „spiritualité“ ursprünglich zuhause. Er leitet sich freilich von dem neutestamentlichen Begriff des Pneuma ab.

Rituale und Sakramente der Kirche habe ich in den II. Quadranten gestellt, weil sie einen hohen Institutionalierungsgrad aufweisen und – extrem gesprochen in Anspruch genommen oder gar konsumiert werden können – ohne, dass sie von den beteiligten Subjekten mitgestaltet werden. Dies ist auch eine Machtfrage der „professionell“ spirituellen, die im Namen ihrer Religionsgemeinschaften die „Laien“ dominieren und majorisieren, aber nicht nur eine Machtfrage. Es kann für die „Laien“ auch entlastend sein, sich auf ein rituelles Angebot einzulassen, das sie nicht „erfinden“ müssen, in dessen spielerischen Ablauf sie sich verwickeln lassen können. Vergessen wir nicht, dass wir in einem fundamentalen Sinn alle spirituelle „Laien“ sind. Was allgemein für das Spiel gilt (Gadamer 1960), trifft in besonderer Weise auf die Liturgie zu: Als Eingeladene sind nicht wir die Subjekte des Spiels: Was immer wir vorbereiten, reflektieren, gestalten: Wir werden in eine Dynamik hineingezogen, die vor uns bestand und nach uns bestehen wird.

Der III. Quadrant ist zweifellos jener, der am meisten im Trend liegt: Es ist der Bereich der spirituellen Wanderer (Engelbrecht 2009), die vielleicht *auch* im II. Quadranten suchen, besonders aber hier, in der „unsichtbaren Religion“ ohne institutionelle Bindung, mit hohem Patchwork-Charakter.

Im Kontext des interreligiösen Dialogs wird häufig die These einer transreligiösen Spiritualität vertreten. Gern beruft man sich dabei auf den gemeinsamen mystischen Kern aller Religionen. Individualisierung (Gräb 2008; Knoblauch 2008). Experientielle Validität (Schnell 2008) und „Surfen in fremden Spiritualitäten“ (Erdheim 2005) prägen die spirituelle Suche des westlichen Menschen. Diese schließt die Auseinandersetzung mit dem eigenen kulturellen und religiösen Hintergrund ein. Der Typus des „spirituellen Wanderers“ ist keineswegs mit dem oberflächlichen Konsumenten esoterischer Angebote gleichzusetzen. Es

geht vielmehr um die mündige „Selbstermächtigung des religiösen Subjekts“ (Engelbrecht 2009), innerhalb und außerhalb verfasster Religionen.

Charakteristisch für das aktuelle religiös-spirituelle Feld ist die Karriere des Begriffs Spiritualität (Grom 2009). Er knüpft an den griechischen Sammelbegriff *pneuma* (lat. *spiritus*: Atem, Wind, Geist) an, den das Urchristentum für die religiöse Erfahrung insgesamt und für die Heilungs-Erfahrung im Besonderen prägte. Gerade dieser Begriff wird heute bevorzugt für die außerkirchliche Transzendenz-Erfahrung verwendet und wirkt auf den kirchlichen Sprachgebrauch zurück, aus dem er ursprünglich stammt: „Während ‚Kirche‘ auf dem semantischen Markt der Kultur ein Verlierer ist, ist ‚Spiritualität‘ ein Gewinner“ (Theißen 2007).

Die Karriere des Begriffs „Spiritualität“ geht mit der Gefahr einer mystizistischen Engführung der Religion einher. In den Religionen geht es jedoch nicht nur um Mystik, sondern auch um diskursive Rationalität Ethik, Weltdeutung und –prägung, soziales Engagement (Rutishauser 2005). Die christliche Hospitalidee ist aus diesem religiösen Weltbezug entstanden, aus der spannungsvollen Einheit von Aktion und Kontemplation.

Obwohl der Begriff der Spiritualität aus der jüdisch-christlichen Bereich stammt und einen Siegeszug ohnegleichen realisiert, sind die Kirchen hier die großen Verlierer (Theißen 2007), in semantischer Hinsicht, aber auch, was die Kompetenz angeht, die ihnen in spirituellen Dingen zugebilligt wird.

## **2. Palliative Care steht exemplarisch, aber nicht exklusiv für Spiritual Care als interprofessionelle Aufgabe aller klinischen Professionen**

„Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind [...] durch Vorbeugung und Linderung von Leiden [u.a. durch] Behandlung von Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur“ (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, Zugriff am 8.9.09). Die heutige Verwendung des Begriffs *Spiritual Care* ist innerhalb von Palliativmedizin und Hospizarbeit entstanden und geschieht, was noch wichtiger ist, in Analogie zu *Palliative Care*. Erstmals in der Medizingeschichte wird die spirituelle Thematik mit der physischen und der psychosozialen auf eine Ebene gestellt. Durch die neuen Gesetze zur Patientenverfügung und zur Einführung der Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach müssen sich die Medizin und ihre Fakultäten verstärkt mit diesem Gebiet auseinander setzen. Ebensowenig wie Palliative Care kann jedoch Spiritual Care auf die (Palliativ-)Medizin eingeschränkt werden. Vielmehr ist Spiritual Care von vornherein multiprofessionell und multiperspektivisch (Roser und Borasio 2008).

## **3. Das palliativmedizinische Paradigma vom Therapiezielwechsel ist wichtig für die gesamte Heilkunde**

Medicus curat – Deus sanat (Der Arzt pflegt, verbindet, behandelt, operiert – Gott heilt): Das wusste die Medizin schon immer. In der Neuzeit machte sie sich das Diktum des Staatsphilosophen Hugo Grotius zu eigen (der seinerseits auf Gregor v. Rimini u.a. zurückgreift): *Etsi Deus non daretur* (auch wenn es Gott nicht gäbe). So behandelt die moderne Wissenschaft die Gültigkeit des Völkerrechts und auch andere Gegenstände. Der Mensch wird als Körper objektiviert, seine Seele wird vermessen. Die Medizin verwendet nun lieber die ebenfalls uralte Formulierung: *Medicus curat – Natura sanat*. Heilung bewegt sich in der Medizin zwischen den Polen „to cure“ und „to heal“. Unter dem kurativen Therapieansatz verstehen Ärzte und Patienten die *restitutio ad integrum* – ein Ideal das am ehesten bei einfachen chirurgischen Eingriffen und in der Infektionsmedizin erreicht wird. Auch wenn das kurative Therapieziel durch das palliative ersetzt werden muss, sucht der leidende und sterbende Mensch nach Heilung, Versöhnung, Abschied, Ganzheit (to heal, verwandt mit dem dt. „heil“ sein).

Die ganzheitliche („holistische“) Ausrichtung der Medizin ist uralte: Platon beruft sich im *Phaidros* (270 c) ausdrücklich auf ein Diktum des Hippokrates wenn er sagt, dass man ein Kenntnis des Ganzen (*hólon*) haben muss, will man die Natur einer Sache verstehen. Im Gespräch mit dem rhetorikbegeisterten Phaidros vergleicht Platon die Heil- mit der Redekunst: Beide heißen *téchnē*, und in beiden kommt es auf die Wiederherstellung einer Balance an, nicht um die Wiederherstellung eines äußeren Werkstückes. Wenn vom Körper gilt, dass man ihn erst kennt, wenn man das Ganze kennt, dann gilt das erst recht für die Seele und den Rhetoriker.

#### **4. Spiritual Care ist eine Teamaufgabe: Basis- und Spezialkompetenzen**

Alle Teamangehörigen müssen über eine *Basiskompetenz* in Spiritual Care verfügen, ergänzt um berufs- oder auch persönlichkeitspezifische *Spezialkompetenzen*. Ein Teil der Definitionsmacht bezüglich dieser interdisziplinären Aufgabe liegt bei den Patientinnen und Patienten, insbesondere was die spirituelle Begleitung im Anschluss an eine Basisanamnese angeht. Wahl und Rollenzuweisung nehmen die Patienten nicht in erster Linie nach der Berufszugehörigkeit vor, sondern auf relationaler Basis: „Diejenigen Menschen, zu denen eine Patientin, ein Patient das größte Vertrauen spürt, werden auch mit diesen Fragen konfrontiert“ (Borasio 2009).

#### **5. „Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gestellt!“**

Das Schema Diagnose – Indikationsstellung – Intervention – Outcome – Evaluation ist aus unserer evidenzbasierten Medizin nicht mehr wegzudenken. Für Spiritual Care gilt es in diagnostischer Hinsicht. Die spirituelle Anamnese ist bereits eine Intervention. Auch der sich aus ihr ergebende therapeutische Dialog und die „Überweisung“ an einzelne „Leistungserbringer“ sind noch (EBM-)systemkonform und auch im Sinne eines ökonomischen Outreachs zu operationalisieren. Hingegen sind Gebet, Rituale, liturgische Feiern und kirchliche Verkündigung höchstens indirekt „messbar“. Wie die Kunst gehören sie zur Ontologie des Spiels, das sich unserer Objektivierung und Manipulation entzieht.

#### **6. Authentizität**

Spiritual Care setzt nicht auf religiöse/konfessionelle/kirchliche/rituelle Formen, sondern auf die Authentizität der Sprecher (Nassehi 2009). Diese Perspektive ist für alle neu: Für die Seelsorger, weil sie sich nicht auf ihre kirchliche Sendung „verlassen“ können. Für das säkularisierte Krankenhaus und seine Bediensteten, weil sie plötzlich denken und handeln müssen *etsi Deus daretur*, und doch ihre professionelle Neutralität zu wahren haben. Es entstehen neue spirituelle Leitbilder mit starker Leuchtkraft auch in Pflege, Medizin und Psychotherapie – allen voran *Achtsamkeit* (mindfulness).

#### **7. „ayudar las ánimas“ (Ignatius von Loyola: „den Seelen helfen“)**

Das Innere des Menschen, bereits in der vorchristlichen Antike „erfunden“, gilt heute oft als *quantité négligeable* bzw. *non-mesurable*. Traditionell delegierte die Medizin das Innere des Menschen an die eigenen Psycho-Disziplinen oder auch an die kirchliche Seelsorge. Aber auch dort, bei überforderten oder ausgebrannten Therapeuten und evidenzbasiert objektivierten Krankheitsfällen, macht der Seelen-Verlust Sorge. Die erwähnte Delegation ging vielfach mit Spaltungs- und Projektionsvorgängen einher: Sie war schon durch das bio-psycho-soziale Paradigma der 60er und 70er Jahre des XX. Jahrhunderts überholt. Im XXI. Jahrhundert ist die Suche nach dem Selbst, nach Sinn und Transzendenz mitten in der Faktizität des Krankseins angekommen.

- Borasio GD (2009) Spiritualität in Palliativmedizin / Palliative Care. In: Frick E, Roser T (eds) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart, pp 109-116
- Engelbrecht M (2009) Die Spiritualität der Wanderer. In: Bochsinger C, Engelbrecht M, Gebhardt W (eds) *Die unsichtbare Religion in der sichtbaren Religion : Formen spiritueller Orientierung in der religiösen Gegenwartskultur*. Kohlhammer, Stuttgart, pp 35-81
- Erdheim M (2005) Spiritualität und Zeitgeist. In: Bäurle P, Hell D, Studer K, Riedel I, Radebold H, Förstl H (eds) *Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen*. Huber, Bern, pp 103-113
- Gadamer H-G (1960) *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Mohr, Tübingen
- Gräb W (2008) Spiritualität - die Religion der Individuen. In: Gräb W, Charbonnier L (eds) *Individualisierung - Spiritualität - Religion: Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive*. Lit, Berlin, pp 31-44
- Grom B (2009) Spiritualität - die Karriere eines Begriffs. Eine religionspsychologische Perspektive. In: Frick E, Roser T (eds) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart, pp 12-17
- Knoblauch H (2008) Spiritualität und die Subjektivierung der Religion. In: Gräb W, Charbonnier L (eds) *Individualisierung - Spiritualität - Religion: Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive*. Lit, Berlin, pp 31-44
- Leutwyler S (2005) Spiritualität und Wissenschaft. Zwei Wege, die Welt wahrzunehmen. In: Leutwyler S, Nägeli M (eds) *Spiritualität und Wissenschaft. Forum für Universität und Gesellschaft*, Bern, pp 13-26
- Nassehi A (2009) Spiritualität. Ein soziologischer Versuch. In: Frick E, Roser T (eds) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart, pp 35-44
- Roser T, Borasio GD (2008) Der Tod als Rahmenbedingung. *Spiritual Care in der Palliativmedizin*. *Praktische Theologie* 43:43-51
- Rutishauser CM (2005) Spiritualität im Kontext. Eine zeitgeschichtliche und religionswissenschaftliche Verortung. In: Leutwyler S, Nägeli M (eds) *Spiritualität und Wissenschaft. Forum für Universität und Gesellschaft*, Bern, pp 185-198
- Schnell T (2008) Implizite Religiosität. Vielfalt von Lebensbedeutungen in religiösen Ausdrucksformen. In: Gräb W, Charbonnier L (eds) *Individualisierung - Spiritualität - Religion: Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive*. Lit, Berlin, pp 111-136
- Theißen G (2007) *Erleben und Verhalten der ersten Christen. Eine Psychologie des Urchristentums*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh