

Frick E (2012) Spiritual Care zwischen Kirche, Theologie und Medizin. Epistula (Herzogliches Georgianum), 61, 20-26.

Eckhard Frick sj

Spiritual Care zwischen Kirche, Theologie und Medizin

Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs

Spiritual Care ist die Sorge der Gesundheitsberufe um die spirituellen Nöte, Krisen und Wünsche kranker Menschen. Hinter dem Terminus „Spiritual Care“ verbirgt sich also ein Genetivus obiectivus: Ähnlich wie die Medizin sich um die Behandlung von Symptomen und gleichzeitig um die Förderung der eigenen Krankheitsbewältigung des Patienten kümmert – etwa in der Psycho-Onkologie – so liegt auch hier eine im weitesten Sinn therapeutische Aufgabe vor: ‚behandeln‘, was an der Spiritualität des Patienten problematisch und fördern, was für die Krankheitsbewältigung hilfreich ist. Indes: Auch ein Genetivus subiectivus ist gemeint; das Adjektiv „spiritual“ charakterisiert auch Haltung, Motivation, Wertprofil derjenigen, die für kranke Menschen und ihre Seele Sorge tragen. Was mit „Spiritualität“ in diesem therapeutischen Zusammenhang heißt, soll nun thesenartig entfaltet werden.

1. *Der „Experte seiner selbst“ entsteht im „Spiritual Turn“:* Von religionssoziologischer Seite wird auf einen neuen Typus des religiösen Subjekts hingewiesen, der das Expertentum kirchlicher Institutionen, der Priester und der Theologen in Frage stellt und auf Deutungshoheit über seine Spiritualität pocht. Das Entstehen dieses neuen, gewissermaßen nicht-professionellen Experten-tums ist um so bemerkenswerter, als in den meisten Lebensbereichen die Professionalisierung eher zunimmt, etwa in Form der zunehmenden Ökonomisierung / ‚Verbetriebswirtschaftlichung des Lebens‘. Demgegenüber kann der Bereich des Religiösen als letzter Hort der Freiheit gelten (Gebhardt 2010). Während die ältere Religionssoziologie unter dem „Spiritual Turn“ eine Hin-wendung zum New Age und zu anderen nicht-kirchlichen Parallel-Religiositäten verstand (Houtman und Aupers 2007), ist neuerdings vom Spiritual Turn auch innerhalb der Kirchen und anderer religiöser Gemeinschaften die Rede (Turina 2011). Individualistische

Erfahrungsorientierung und postmoderne Epistemologie halten auch in den Kirchen Einzug (Schreiber 2012).

2. *Zwischen engem und weitem Spiritualitätsbegriff* : Innerkirchlich plädierte Hans Urs von Balthasar bereits in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts für einen weiten Spiritualitäts-begriff (Balthasar 1965). Innerhalb der pluralen Symphonie kann die persönliche Spiritualität des Patienten oder der therapeutischen Person mehr oder weniger spezifisch sein, z.B. von lutherischer, ignatianischer, karmelitischer, sufitischer oder Zen-Spiritualität geprägt. Der engere, inner-katholische Begriff der Spiritualität, z.B. eines Ordens oder eines Movimento, besteht gleichzeitig weiter, was gelegentlich zu Missverständnissen führt. Aber gerade ein hervorragender Kenner der christlichen Spiritualitätstraditionen sieht im Heraufkommen einer breiten, weltanschaulich und religiös offenen spirituellen Suche ein Zeichen der Zeit, ja: ein Kapitel moderner Pneumatologie (Sudbrack 1998). Paulinisch gesprochen: Das göttliche Pneuma selbst bezeugt (zusammen mit) unserem Geist, dass wir Kinder Gottes sind (Röm 8,16). Die spirituelle Suche heutiger Menschen ist eine Gestalt dieser „Symmartyreia“, ohne dass durch die göttliche Initiative in menschliche Bedürfnisstruktur eingeebnet würde. Die theologische Kritik zeitgenössischer Spiritualitätsentwürfe kann von der gesundheitswissenschaftlichen Forschung durchaus lernen. Wenn Spiritualität als Suche nach dem Heiligen verstanden wird (Pargament 2013), ist dies sowohl für den kirchlich-theologischen als auch für den medizinischen Diskurs anschlussfähig.

3. *Das säkulare Zeitalter der Authentizität (Taylor 2007)*: Aus dem breiten Konzept von Spiritualität folgt, dass Spiritual Care verschiedene religiöse Zugehörigkeiten ebenso umfasst wie existenzielle, weltanschauliche oder sogar atheistische Sinnentwürfe. Trotz des Bemühens um eine klare Definition ist die begriffliche Unschärfe des Spiritualitäts-Konzepts in der Praxis nicht nur ein Problem, sondern auch ein Vorteil. Wichtigstes Validitätskriterium für Spiritual Care ist die Authentizität im Dialog mit dem Patienten (Nassehi 2011) als dem „Experten“ seiner spirituellen Suche. Dies widerspricht nicht dem spezifischen Angebot, das die Krankenhausseelsorge machen kann, auch in sakramentaler Hinsicht. Spiritual Care kann dieses spezifische Angebot vorbereiten bzw. sich an solche Patientinnen und Patienten wenden, die von der kirchlichen Seelsorge nicht erreicht werden (Büssing et al. 2012).

4. *Konflikt*: Spiritual Care arbeitet eher im Diskurs, in der Unterscheidung, in der Auseinandersetzung als in der Harmonie. Scheinbare Harmonie entsteht durch verdeckte Normativität, etwa wenn eine religiöse Richtung ihre Auffassung allen Patienten aufdrängen will, z.B. die klag-lose Akzeptanz des göttlichen Willens. Aus biblischer Sicht ist dem entgegen zu halten, dass Figuren wie Jakob, Rachel, Hiob und Jesus durchaus mit Gott und ihrer Situation ringen oder dar-über klagen (Karle 2010). Das religionskritische Potenzial des theologischen Spiritualitätsdiskurses bewahrt vor den Einseitigkeiten einer idealisierten und therapeutisch instrumentalisierten Spiritualität:

„Spiritualität meint theologisch betrachtet das geistliche Leben eines individuellen oder kollektiven Akteurs, was dem Ensemble der Praktiken entspricht, die geübt werden, um eine bestimmte Religion zu pflegen. Spirituell ist die Einstellung, die der Übung vorausgeht, spirituell ist auch die Haltung, die mit den Übungen eingeübt werden soll. In psychologische Kategorien übersetzt, zielt das spirituelle Üben auf eine Balance zwischen Realitätssinn und Hoffnung, auf Reife, Lebensfreude und Gelassenheit. Als Zuspruch und Anspruch thematisch, bedeutet Spiritualität für den Christen zugleich die Verheißung wie das Geheiß, sich vom Geist bestimmen zu lassen. Dogmatisch gesprochen, ist Spiritualität eine Wirkung des Heiligen Geistes. Darum hält die theologische Spiritualitätsrede menschliche Ressource und göttliche Quelle der *vita spiritualis* zu-nächst auseinander. Das dekonstruierende Potenzial der theologischen Spiritualitätsrede ist in ihrer Möglichkeit zu sehen, religionskritische Rückfragen zu stellen. Wenn Spiritualität beispielsweise nur als Tugend im Sinne der Selbstsorge verstanden wird, geht eine entscheidende Pointe der theologischen Rede von Spiritualität – deren fundamentaler Gabencharakter – verloren. Der Erkenntnisgewinn einer theologisch unterscheidenden Rede wäre demnach vertan und verpasst, wenn in der Spiritualität nur ein idealtypisches Konstrukt der gelingenden Religiosität erblickt würde. Es würde erstens zum Abbruch der innertheologischen Religionskritik führen, wie sie sich in der Unterscheidung von Gesetz und Religion bzw. Werk und Glaube manifestiert“ (Kunz 2012: 220).

5. *Zweckfreiheit*: Spiritual care arbeitet unabhängig von der Forschung über Religion und Gesundheit (religion-health research). Zwar nimmt das empirisch gesicherte Wissen über Zusammenhänge zwischen Religion / Spiritualität und gesundheitsbezogenen Outcomes zu, z.B. hinsichtlich Lebensquantität und – Qualität, Krankheitsverarbeitung, seelischer Gesundheit. Derartige

Zusammenhänge müssen innerhalb geeigneter kausaler Netzwerke interpretiert werden, wobei kulturspezifische Faktoren zu beachten sind, etwa zwischen den USA und Europa.

“Even if religious involvement were completely unrelated to physical health and medical outcomes, however, integrating spirituality into patient care should still be a priority. Because so many medical patients have spiritual needs, spiritual conflicts, or derive comfort from religious beliefs and traditions, this makes a strong argument for training health professionals to assess, respect, and make accommodations for patients' spiritual beliefs and practices. It also emphasizes the importance of having strong Pastoral Care Departments in hospitals to ensure that someone meets the spiritual needs of patients in a way that is sensitive and culturally appropriate” (Koenig 2008: 172-173).

6. Über klinische Ziele hinaus: Spiritual Care arbeitet über klinische Ziele hinaus. Selbstverständlich wollen Patienten ebenso wie Gesundheitsberufe bestimmte kurative oder palliative Ziele erreichen, z.B. ein gegebenes religiöses Coping „verbessern“, die Beziehung zu Gott oder einer anderen religiösen Figur klären. Spiritual Care will jedoch nicht die Spiritualität instrumentalisieren, um bestimmte gesundheitsbezogene Ziele zu erreichen, so erstrebenswert diese auch sein mögen. So zeigt eine Fülle von Studien, dass der Kirchgang mit einer Verbesserung zahlreicher Gesundheits-Outcomes einhergeht. Wenn nun der Arzt den Kirchgang oder andere religiöse Aktivitäten „verordnet“ (Sloan et al. 2000) oder Patienten den Kirchgang wie ein Antihypertensivum “nutzen”, um mehr Selbstkontrolle zu erreichen, dann werden sie möglicherweise den Kirchgang völlig aufgeben, wenn sie merken, dass er bei ihnen weniger gut wirkt oder funktioniert als bei anderen Kirchgängern. “If people use religion for the primary purpose of achieving certain health goals, then this is a misuse of religion for non-religious goals and could ultimately lead to disillusionment and the abandonment of religion” (Koenig 2012). Ebenso “funktioniert” Spiritual Care in missbräuchlicher und pervertierter Weise, wenn die Realität des Leidens und menschlicher Zerbrechlichkeit durch esoterische Theorien und Interventionen geleugnet wird (karmisches Schicksal, gewisse Formen des Gesundbetens oder der magischen Fernheilung).

7. Kontextgebundenheit: Spiritual Care arbeitet im jeweiligen institutionellen und rechtlichen Kontext. Ein Kriterium für diesen Kontext ist die gegebene oder fehlende Präsenz von Seelsorgenden und die Modalität ihrer Integration in therapeutische Teams. Es gibt verschiedene Modelle des Zusammenwirkens

zwischen Seelsorge und therapeutischen Teams, für die es im internationalen Vergleich auch schon konkrete Realisierungs-Beispiele gibt:

- Der "board-certified chaplain" hat eine Sendung durch seine Kirche / Religionsgemeinschaft und ist Teil des therapeutischen Teams. Er / Sie repräsentiert die spirituelle Dimension von Pflege, Medizin usw. und die spirituelle Kompetenz aller Gesundheitsberufe, z.B. in der Geriatrie (Mo-nod et al. 2010). In diesem Modell repräsentieren die Seelsorgenden Spiritual Care exemplarisch, nicht exklusiv. Dennoch beinhaltet das Modell die Gefahr der "internen Delegation."

- Ein anderes Modell ist die institutionelle Sendung der Seelsorgenden, die als Verantwortliche für Spiritual Care gelten, ohne in therapeutische Team eingebettet zu sein. Dieses Modell schützt die Privatheit / Intimität des seelsorglichen Kontakts und die Unabhängigkeit der Seelsorgenden vom medizinischen System. Es beinhaltet jedoch die Gefahr der "externen Delegation" von Spiritual Care.

- Im dritten Modell akzeptieren Krankenhäuser und öffentliche Institutionen keine Beauftragung durch Kirchen und Religionsgemeinschaften mehr. Vielmehr wählen sie selbst geeignete Bewerber aus, die aus dem Krankenhaus- oder Forschungsetat bezahlt werden. Dieses Modell existiert bereits im kanadischen Québec und in den Niederlanden. Auch kirchlich-theologischer Sicht birgt dieses Modell die Gefahr in sich, dass die kirchliche Seelsorge sich aus dem Gesundheitswesen zurückzieht und damit ein wichtiges Engagement vernachlässigt (Nauer 2012).

8. Kompetenzen-Netzwerk: Spiritual care arbeitet in einem Netzwerk von Kompetenzen. Zuständigkeit und Verantwortung für Spiritual Care entsteht aus der jeweiligen beruflichen Rolle, in Aus-, Weiter- und Fortbildung und auch durch die Präferenzen der Patientinnen und Patienten sowie durch die Aufgabenverteilung im Team. Spiritual Care ist patientenzentriert.

9. Kultursensibilität: Spiritual Care arbeitet (auch) in Europa. Der alte Kontinent hat bei der Integration des Spirituellen in das Gesundheitswesen eigene Schwierigkeiten. In philosophischer Hinsicht führt die Tradition der Aufklärung zu einer schöpferischen Spannung zwischen Religionen, Atheismen, Naturalismen und anderen spirituellen Orientierungen. Die Implementierung

von Spiritual Care muss kultursensibel sein und sprachliche, religiöse, politische und soziale Besonderheiten der Länder, Regionen und Institutionen berücksichtigen.

10. *Evidence Based Spiritual Care*: Spiritual Care arbeitet im Rahmen der evidenzbasierten Medizin, z.B. in dem gesundheitsbezogene Outcomes und Kosten im Verhältnis zu gutem / schlechten Spiritual Care evaluiert werden. Nach K. Pargament kann Spiritualität Teil des Problems oder Teil der Lösung sein. Von großem Interesse sind deshalb Daten über die Verarbeitung von Krankheit und Sterben, über Lebensqualität und Patienten-Zufriedenheit. So wahr es jedoch ist, dass Spiritual Care im Rahmen der evidenzbasierten Medizin arbeitet, so fremd bleibt Spiritual Care andererseits der evidenzbasierten Medizin. Es gibt kein a priori-Wissen der Gesundheitsberufe dar-über, was „gute“ und was „schlechte“ Spiritualität ist. Hier stoßen die Gesundheitsberufe an ihre professionellen Grenzen. Spätestens hier fängt der Respekt vor dem Sinnentwurf des Patienten an.

11. *Unterscheidung der Geister*: Die christliche Tradition meint mit “Unterscheidung der Geister” den Prozess der Begleitung einer Person in ihrer Wertorientierung, ihren Haltungen und Handlungen. Zu einem gegebenen Zeitpunkt wissen wir nicht, zu welchem Ergebnis die spirituellen Optionen und Suchbewegung unserer Patienten führen werden. Eine lebendige religiöse Einstellung (wieder) zu finden, ist der Weg, den wir heute als spi-rituelle Entwicklung bezeichnen.

„Unter all meinen Patienten jenseits der Lebensmitte, das heißt jenseits 35, ist nicht ein Einziger, dessen endgültiges Problem nicht das der religiösen Einstellung wäre. Ja, jeder krankt in letzter Linie daran, daß er das verloren hat, was lebendige Religionen ihren Gläubigen zu allen Zeiten gegeben haben, und keiner ist wirklich geheilt, der seine religiöse Einstellung nicht wieder er-reicht, was mit Konfession oder Zugehörigkeit zu einer Kirche natürlich nichts zu tun hat“ (C.G. Jung, GW 11, § 509).

- Balthasar HUv (1965) Das Evangelium als Norm und Kritik aller Spiritualität in der Kirche. *Concilium* 1:715–722
- Büssing A, Janko A, Kopf A, Lux EA, Frick E (2012) Zusammenhänge zwischen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Bewertung von Krankheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. *Spiritual Care* 1:57-73
- Gebhardt W (2010) Experte seiner selbst - Über die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts. In: Schützeichel R (Hg.) *Sinnstiftung als Beruf*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp 33-41
- Houtman D, Aupers S (2007) The spiritual turn and the decline of tradition: The spread of post-Christian spirituality in 14 Western countries, 1981-2000. *Journal for the Scientific Study of Religion* 46:305-321
- Karle I (2010) Perspektiven der Krankenhauseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care. *Wege zum Menschen* 62:537-555
- Koenig HG (2008) *Medicine, religion, and health. Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press, West Conshohocken
- Koenig HG (2012) Commentary: Why Do Research on Spirituality and Health, and What Do the Results Mean? In: *Journal of Religion and Health*. Springer Netherlands, pp 1-8
- Kunz R (2012) Spiritualität im Diskurs. Ein diskurskritischer Versuch. In: Kunz R, Kohli-Reichenbach C (Hg.) *Spiritualität im Diskurs - Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive*. TVZ, Zürich, pp 211-226
- Monod SM, Rochat E, Büla CJ, Spencer B (2010) The Spiritual Needs Model: Spirituality assessment in the geriatric hospital setting. *Journal of Religion, Spirituality and Aging* 22:271-282
- Nassehi A (2011) Spiritualität. Ein soziologischer Versuch. In: Roser T (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart, pp 35-44
- Nauer D (2012) Verbandliche Caritas als Kirche vor Ort. Ein pastoral- und diakonietheologischer Blick. *neue caritas* 113:18-20
- Pargament KI (2013) Ziele, die dem Menschen heilig sind. Zur Bedeutung der Zukunft für die Gesundheit. *Spiritual Care* 2:8-16
- Schreiber DA (2012) On the epistemology of postmodern spirituality. *Verbum et Ecclesia* 33:1-8
- Sloan R, Bagiella E, VandeCreek L, Hover M, Casalone C, Jinpu H (2000) Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med* 342:1913 - 1916
- Sudbrack J (1998) Spiritualität - Modewort oder Zeichen der Zeit? *Geist und Leben* 71:198-211
- Taylor C (2007) *A secular age*. Belknap Harvard University Press, Cambridge London
- Turina I (2011) From institution to spirituality and back: Or, why we should be cautious about the "spiritual turn" in the sociology of religion. In: Swatos Jr. WHH (Hg.) *Religion, spirituality and everyday practice*. Springer Netherlands, Dordrecht Heidelberg London New York, pp 181-189