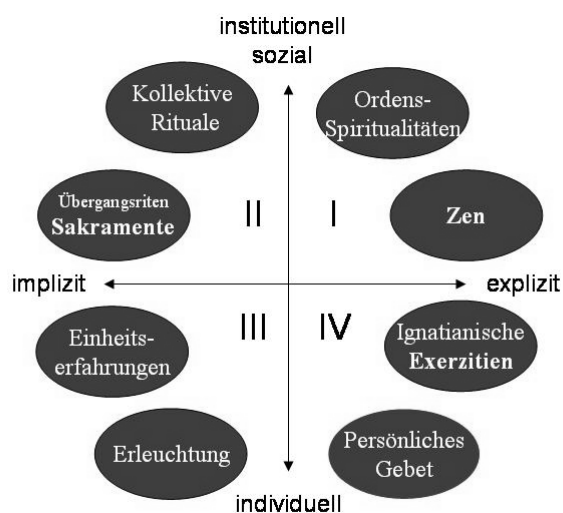


„Spiritual Care“ als interprofessionelle Aufgabe in Medizin, Pflege und Seelsorge

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. Inhalte, Handlungsentwürfe, Individuen und

Organisationen lassen sich in einem Koordinatensystem mit den orthogonalen Achsen institutionalisierte Organisiertheit und Ausdrücklichkeit abbilden.

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. Ebenso wenig wie Palliative Care kann jedoch Spiritual Care auf die (Palliativ-)Medizin eingeschränkt werden. Vielmehr ist Spiritual Care von vornherein multiprofessionell und multiperspektivisch.

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).

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.