

# „Spiritualität in der Palliativversorgung“

Jahrestagung Sektion KSA der DGfP, Hannover, 5. November 2008

Dr. Traugott Roser

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich freue mich sehr, dass ich bei der Tagung der DGfP unter dem Titel „Mit Fried und Freud, ich fahr dahin“ einen Beitrag zu „Spiritualität in der Palliativversorgung“ leisten darf.

Ich gehe das Thema an aus der Perspektive der Praxis – als Seelsorger am Klinikum München-Großhadern mit einem Projekt Seelsorge in der Palliativmedizin, aus der Forschungsperspektive, zum Feld Spiritual Care. Und wie jeder von uns aus der Perspektive eines Betroffenen, im Mindesten eines potentiell Betroffenen, der sich fragt, wie möchte ich Spiritualität berücksichtigt wissen, sollte ich oder mein Partner, ein Familienmitglied in die Situation geraten, Palliativversorgung in Anspruch zu nehmen. Letztere Perspektive ist es, die die anderen beiden kritisch prüft. Wie Sie es im Tagungsthema formuliert haben – nicht nur als Zitat einer Bachkantate, sondern als einen Satz, in dem ein Mensch in 1. Person Singular sagt: Mit Fried und Freud: *Ich* fahr dahin. Wenn ich also über anderen, Patienten, Angehörige und Zugehörige, Teammitglieder spreche, müsste ich immer auch „Ich“ sagen können.

Das Referat ist in fünf Schritten aufgebaut. Ausgangspunkt sind Beobachtungen zum Thema Spiritualität in der Palliative Care, vorwiegend in der Literatur (1). Danach frage ich, welche Veränderungen das Thema Spiritualität für Palliative Care bewirkt (2). In einem dritten Schritt versuche ich, den theologischen Umgang mit dem Spiritualitätsbegriff in den Blick zu nehmen (3), um danach aus dem Blick von Seelsorge zu fragen, welche Bedeutung der Spiritualität zunächst in der Patienten- und Aneghörigenbetreuung zugemessen wird (4), dann auf Ebene von Teams, in Einrichtungen und schließlich im gesundheitspolitischen Diskurs (5). Da ich keine Supervisorenfunktion habe, möchte ich die Frage, wie sich diese Ebenen aus der Sicht von Supervision darstellen, als Ihren aktiven Hörerbeitrag verstehen und hoffe auf eine lebendige Diskussion.

## **1. Spiritualität als Thema von Palliative Care - Beobachtungen**

Sie haben mir in der Themenstellung schon den Begriff „Palliativversorgung“ nahegelegt. Er bringt zum Ausdruck, dass das Konzept von Palliative Care verschiedene Aspekte professionellen Handelns integriert. Es handelt sich weder um Palliativmedizin noch um Palliativpflege noch um Palliativseelsorge. Dem Selbstverständnis und der Definition der WHO von Palliative Care entsprechend, werden alle Bereiche des Menschseins in ihrer Betroffenheit von einer zum Tode führenden Erkrankung ernst genommen. Die Definition lautet folgendermaßen:

„Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger

Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“<sup>1</sup> (WHO 2002) Vorbeugen, Erkennen, Beurteilen und Behandeln – dies sind die Stichworte, die das Handeln in der Palliativversorgung beschreiben. Sie gelten Symptomen und Phänomenen, die mit eigener Erkrankung oder der eines Angehörigen verbunden sind. Sie lassen sich mindestens einem der vier Bereiche Physis, Psyche, Sozialität und Spiritualität zuordnen. Spiritualität ist damit eine der vier tragenden Säulen des gesamten Ansatzes.

Die Bedeutung von Spiritualität in der Palliativversorgung ist ausgesprochen groß und noch wachsend. Gleichzeitig ist sie ausgesprochen gering. Groß, wenn es um den Respekt und den Stellenwert des Themas geht. Gering, wenn es um die Umsetzung in Mittel für Stellen und Ausstattung geht. Aber dies gehört bereits zum letzten Punkt. Zunächst zum hohen Stellenwert.

Ein Forschungsteam der Universitäten Calgary und Lausanne wies im Jahr 2006 die enorme Zunahme von Veröffentlichungen zum Themenkomplex Spiritualität, Religion und Glauben in medizinischen und pflegewissenschaftlichen Zeitschriften nach. Die zentralen Literatur-Datenbanken der Pflegewissenschaften, der Medizin und der Theologie wurden auf diese Begriffe hin durchsucht. Die Zahl der Artikel haben in den 90er Jahren gegenüber den 80er Jahren um ein Dreifaches zugenommen, und diese Tendenz hält an. Die Zunahme ist vor allem in der Pflegewissenschaft zu beobachten, kaum weniger in der Medizin.

Die Forschungsgruppe hat speziell palliativmedizinische Publikationen untersucht und die Beiträge sechs Themenkomplexen zugeordnet:

- Allgemeine Erörterungen, die sich um eine genauere Begriffsbestimmung von Spiritualität und spiritual care bemühen.
- Studien zu spirituellen Bedürfnissen von Patienten.
- Bedeutung von Hoffnung.
- Möglichkeiten einer Operationalisierung für Diagnostik und Therapie.
- Effekte religiöser Vorstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen für das Befinden der Patientinnen und Angehörigen.
- Spiritualität der professionell in der Palliativbetreuung Tätigen.

Der Zugang zum Thema Spiritualität im Gesundheitswesen ist pragmatischer Natur: Wie können spirituelle Bedürfnisse von Patienten wahrgenommen, im Gesamtkonzept integriert und in Therapie umgesetzt werden? Weil die im Gesundheitswesen maßgeblich Handelnden, Pflege und Medizin eine jeweils unterschiedliche Praxis von Wahrnehmung/Diagnostik und Behandlung/Therapie haben, stellt sich je nach Fach der Umgang mit Spiritualität als Thema von Forschung und Ausbildung unterschiedlich dar. Medizin ist nach wie vor Evidenz basiert. Die

---

<sup>1</sup> “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.” WHO, 2002 (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Zugriff: 12.10.2004).

Verlässlichkeit von Diagnoseverfahren und die Wirksamkeit von Therapien müssen durch Studien nachgewiesen sein. Für Spiritualität heißt das, dass nach der psychometrischen Messbarkeit von Spiritualität gefragt wird, und diese Messbarkeit sich an der Wirkung auf Krankheitsverlauf und/oder Bewältigung unheilbarer Krankheiten ausrichtet. Also – im Zusammenhang mit kurativer Medizin und häufig von medizinischer Psychologie ausgehend: Haben gläubige Patienten höhere Überlebensraten, wirkt sich Gebet nachweisbar aus? Oder: Sind spirituelle Patienten weniger depressiv? Haben in Spiritualität geschulte professionelle Betreuer eine geringere Burn-Out-Quote? All diese Studien gibt es und sie verdanken sich einem dezidiert naturwissenschaftlich orientierten Forschungsverständnis.

Die Pflegewissenschaften haben hier einen anderen Zugang und ein anderes Wissenschaftsverständnis; allerdings sind sie in Deutschland nach wie vor noch wenig etabliert. Hier wird vor allem qualitativ gearbeitet. Spiritualität ist die Spiritualität des Patienten, der Pflegekraft, oder es ist eine Dimension der Pflegebeziehung. Entsprechend finden auch andere Fragestellungen Berücksichtigung, etwa die Frage nach der Bedeutung von Ritualen in der Pflege oder von Körperkontakt als nonverbaler Kommunikation in der Betreuung.<sup>2</sup>

Fast alle Untersuchungen arbeiten mit einem individualistischen Begriff von Spiritualität. Die Spiritualität von Einrichtungen oder Einrichtungs-Trägern wird wenig in den Blick genommen. Um es anders zu beschreiben: Das Spiritualitätsthema wird der Mikro-Ebene der unmittelbaren Begegnung von Mensch zu Mensch zugewiesen, der Ebene des Individuums, sei es Patientin, Zugehörige oder ein Mitglied des Betreuungsteams. Die Meso-Ebene eines Teams oder gar einer Einrichtung und die Makro-Ebene der Bedeutung von Spiritualität im gesellschaftlichen Kontext im Blick auf die gesellschaftliche Verortung von Kirche ist bislang wenig beachtet. M.E. lässt es sich aber nur auf der dritten Ebene beschreiben, warum Spiritualität so interessant ist, und warum dies mit dem Begriff Spiritualität verbunden ist, im Unterschied zu anderen Begriffen wie Religion oder Glauben? Für Supervision halte ich es für aufschlussreich, dass Spiritualität wenig im Blick auf Teamebene, sondern ausschließlich auf individueller Ebene diskutiert wird. Das Thema wird individualisiert, ohne die Strukturen im Blick zu haben.

Zunächst ist also festzuhalten, dass jede der Berufsgruppen innerhalb von Palliative Care dem Thema Spiritualität Bedeutung einräumt und sich auf eigene Weise des Themas zu bemächtigen versucht. Aus unserer, geisteswissenschaftlich geprägten Perspektive stellen sich viele Fragen, die nach Verständnis und Begriff von Spiritualität und die nach der Verzweckung und Funktionalisierung von Spiritualität und Religion, Glauben und Frömmigkeit.

Systemtheoretisch betrachtet ist dies ausgesprochen spannend, weil jedes der beteiligten Systeme mit dem gleichen Thema arbeitet, aber darunter unterschiedliches versteht. Sind die Systeme überhaupt resonanzfähig? Im zweiten Schritt will ich

---

<sup>2</sup> Diese Zuschreibung ist natürlich vereinfachend. Innerhalb der Medizin ist es gerade die Palliativmedizin, die dem Primat der evidenzbasierten Forschung einen Trend zu Methodenvielfalt entgegensetzt, wie Prof. Raymond Voltz mir vor drei Wochen in Montreal versicherte.

fragen, worin die Chancen der Integration von Spiritualität bestehen. Was bringt es aus Sicht der Seelsorge, wenn Spiritualität eine der tragenden Säulen im Gesundheitswesen ist?

## **2. Patientenzentrierung und Selbstüberforderung: Wie verändert Spiritualität die Palliativversorgung?**

Die Palliativmedizin ist im Begriff, das vorherrschende Medizin-Modell zu verändern, weg von einem biomedizinischen Konzept hin zu einem – ich zitiere – „biopsychosozial-spirituellen Ansatz“ von Medizin, also zu einem ganzheitlichen Modell. Krankheit, Gesundheit und Wohl-Befinden haben mit allen Bereichen des Menschseins zu tun. Im Mittelpunkt steht darum der/die Patienten/in als Person, nicht die Krankheit. Das Ziel ist darum auch nicht ausschließlich Heilung, sondern die Ermöglichung eines als sinnvoll erfahrenen Lebens, ob mit oder ohne Krankheit. Meines Erachtens entspricht dies Hoffnungen, wenn nicht Forderungen, die sich innerhalb der Pastoralpsychologie und der Praktischen Theologie mit einer radikalen Orientierung am Subjekt und der Wahrnehmung gelebter Religion verbinden. Im Mittelpunkt steht die Patientin als Mensch, nicht als Trägerin einer Krankheit. Ziel ist subjektive Lebensqualität, nicht Heilung.

Das Konzept verändert das Leitbild medizinischen Handelns. Arzt-Patienten-Kommunikation gewinnt an Bedeutung, wie im Ansatz ‚narrativer Medizin‘, die den Patienten ermutigt, von seiner Krankheitserfahrung zu erzählen und seine Deutung zum Ausgangspunkt der Betreuung macht. Ich will das an einer Fallgeschichte aus der Palliativstation erläutern.

*Auf unserer Station befand sich Patientin Olga Furtwängler, 42 Jahre, mit einer dilatativen Kardiomyopathie. Frau Furtwängler war von der Liste für eine Herztransplantation gestrichen, da ihr Verhalten als non-compliant keinen Erfolg für eine Transplantation erwarten ließ. Sie kam auf die Palliativstation zur Symptombehandlung und in der Absicht, dort bald ihr Leben beenden zu können. Nachdem sich schon nach wenigen Tagen ihr Zustand deutlich gebessert hatte, wurde noch einmal ein Konsil des Transplantationsmediziners bestellt, bei dem ich als Seelsorger anwesend war. Dr. Messner kam mit einem Kollegen ins Zimmer, stellte sich an den Bettrand und diskutierte die schlechten Leberwerte, die auch weiterhin von einer Transplantation absehen ließen. Allenfalls eine Übergangslösung mit einem Kunstherz wäre noch denkbar, bis ein geeignetes Spenderorgan vorhanden sei. „Sehen Sie, Frau Furtwängler, das haben wir immer befürchtet. Jetzt reicht es wohl kaum mehr.“ Nur einmal hatte Dr. Messner mit Frau Furtwängler direkten Augenkontakt, - zur Überprüfung ihrer Leberwerte. Frau Furtwängler ließ sich nicht auf die Behandlung durch den Transplantationschirurgen ein.*

Der Mediziner hat in diesem Fall wie in vielen anderen Fällen Frau Furtwängler keine Möglichkeit gegeben, von ihrer Befindlichkeit und ihrer Deutung der aktuellen Situation zu berichten. Hier fand keinerlei narrative Medizin statt. Dennoch steht die

konkrete Begebenheit im Kontext einer gemeinsamen Geschichte, auf die der Mediziner sogar verwies: die Geschichte einer Behandlungsbeziehung. Diese Geschichte ist es auch, die dazu führt, dass weder der Mediziner noch die Patientin einen Kontrakt schließen wollen.

Narrative Medizin war es aber, die für die Weiterversorgung von Frau Furtwängler notwendig wurde. Sollte sie auf der Palliativstation verbleiben und durch Verzicht auf jegliche lebensverlängernde Behandlung (z.B. Medikamente) ihr Leben in Bälde beenden? Oder sollte sie sich für die Fortsetzung der konservativen Behandlung entscheiden, die eine Verlegung nötig machen würde? Aus ihrer Schilderung der langen Krankheitsgeschichte, zu großen Teilen die Geschichte dauernder stationärer Krankenhausaufenthalte wurde deutlich, dass sie diese Art von Leben nicht als Lebensqualität betrachtete. Ihr Aufenthalt auf der Palliativstation hatte ihr Raum eröffnet für Privatheit und Intimität; ihr Mann konnte in ihrem Zimmer übernachten Freunde kamen zum Kochen und Essen vorbei. Diese Art von Leben – Partnerschaft und Freunde, schien ihr lebenswert, so lange es möglich war.

*Sie entschied sich nach intensiven Gesprächen mit Ärzten, Pflege, Psychotherapie und Seelsorge für eine Fortsetzung der konservativen Behandlungsstrategie, also auch gegen die palliativmedizinisch mögliche Therapiebegrenzung. Sie wurde nach Hause verlegt und hausärztlich und hospizlich bis zu ihrem Tode betreut.*

Jeder Patient ist eine unverwechselbare Person. Wie sie als solche in den Blick zu bekommen ist, und wie sich dies in einer individuellen Betreuung auswirkt, ist die zentrale Frage von Palliative Care. Es geht nicht um eine weitere Spezialdisziplin innerhalb des Fächerkanons der Medizin. Es geht um eine Änderung der Haltung, die die ärztliche Seite des Arztberufs verstärkt, als ein Gegengewicht zur naturwissenschaftlichen, medizinischen Seite. Entsprechend ist die Funktion des Spiritualitätsbegriffs im Gesundheitswesen vergleichbar dem Begriff der subjektiven Lebensqualität und der Formel vom Patienten als Person.

Spiritualität in der Palliativmedizin: das bringt in jedem Fall eine stärkere Patientenzentrierung und eine Orientierung an einer ganzheitlichen Medizin.

Im Blick auf die Pflegeberufe ist deutlich, dass durch die Einbeziehung von Spiritualität in Palliativpflege die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient oder Patientensystem (vor allem in der ambulanten Versorgung) anders reflektiert wird. Meine Wahrnehmung von Beiträgen, Aufsätzen und Studien aus dem Bereich der Pflegewissenschaften ist, dass gerade am Thema der Spiritualität das Selbstbewusstsein einer ganzheitlichen Pflege und Betreuung gestärkt wird. Pflegerinnen und Pfleger beschreiben, dass sie die Berufsgruppe sind, die am meisten Zeit mit Patienten verbringt, gerade auch in Zeiten, in denen andere Berufsgruppen nicht da sind, in denen aber häufig Entscheidendes passiert: Nachts und an Wochenenden. Zudem schafft die körperliche Nähe in der Pflege Vertrautheit und schult das ‚Gespür‘ für seelische Befindlichkeiten der Gepflegten. Entsprechend sehen sich Pflegekräfte Fragen ausgesetzt, die über ihre eigentliche Ausbildungskompetenz hinausgehen und die sie nicht zuletzt in ihrer eigenen

Spiritualität und Religiosität fordern: Die Frage nach dem Warum und Wozu von Leid, die Suche nach Sinn. Und nicht selten auch die Frage, ob sie mit Patienten beten sollen. Ob sie es können. Ob sie es wollen. Und ob sie es dürfen.

Beate Augustyn, Fachfrau für Palliativpflege in München, schreibt über Spiritualität: „Dies fordert von den Betreuenden, sich selbst auf einen andauernden Prozess der Reflexion einzulassen, in dem sich die eigene Haltung im Laufe der Zeit wandeln, wachsen und reifen kann. Spirituelle Haltung kann bedeuten, den eigenen inneren Raum zu weiten, in dem Patienten ihren eigenen Zugang wieder erspüren, wieder finden können. „Es gibt für Dich einen einzigartigen Weg, den ich begleiten darf, nicht aber leite.““ (in: Frick/Roser 2009). Man könnte dies 1:1 für den Text einer Seelsorgerin halten.

Ohne dies nachweisen zu können, meine ich, dass die Entwicklungen sowohl in der Medizin als auch in der Pflege durch die Pastoralpsychologie und die starke Einbindung von Health Care Chaplaincy in klinische Einrichtungen zumindest vorbereitet wurden. Die jahrelange Arbeit, wenn Seelsorgende bei Diskussionsforen, in Pflegeschulen und vor Medizinstudierenden Seelsorge transparent machen mussten, ist – neben der unmittelbaren Erfahrung pastoralen Handelns am Krankenbett – nicht folgenlos geblieben. Mir fällt jedoch auf, dass diese Pionierfunktion wenig bewusst ist, weder bei Pflege und Medizin, ich glaube auch nicht bei Seelsorge selbst. Statt die Leistungen in der Patientenbegleitung und auf Teamebene zu würdigen und nach Möglichkeiten der Verbesserung der Rahmenbedingungen zu fragen, wird die Dienstleistung *spiritual care* nun den vermeintlichen Kernprofessionen Pflege und Medizin zugewiesen.

Auf einer Tagung vor kurzem in Wien zu Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett beschrieben Ärztinnen, Pflegewissenschaftlerinnen und Gesundheitssoziologen, wohin die künftige Entwicklung gehen müsste. Auffällig war eine tendenzielle Überfrachtung sowohl des Arztberufs als auch der Pflege. Spirituelle und kulturelle Kompetenz sollen in die Berufsausbildung stärker integriert werden, ebenso wie die Schulung von Kommunikation am Krankenbett. Sosehr dies zu begrüßen ist, so kritisch bewerte ich es auch. Die Gesundheitsberufe stehen in der Gefahr einer permanenten Selbstüberforderung, bei der Selbsterwartung und Fremderwartung fröhlich Hand in Hand gehen. Ein Blick in die Curricula der Palliative Care Aus- und Fortbildung zeigt, dass Spiritualität viel Raum eingeräumt bekommt; ein wichtiger Ansatzpunkt, um vor Überforderung zu schützen.

Das Problem liegt darin begründet, dass das Thema Spiritualität und Kommunikation ausschließlich auf der Mikroebene des unmittelbaren Arzt-Patienten- oder Pflege-Patienten-Kontakts angesetzt wird. Ein Blick in die Mesoebene würde zeigen, dass die erwünschte Kommunikation einschließlich der Kommunikation über spirituelle Fragen häufig längst gewährleistet ist, nämlich durch die anderen Berufsgruppen, zu denen auch die Seelsorge gehört. Und zwar in einer Professionalität, die meines Erachtens uneinholbar und unvertretbar ist.

Spiritualität hat an Bedeutung gewonnen. Aber sie wird als Thema der Medizin und der Pflege, vielleicht auch der Psychologie betrachtet. Die positive Bewertung ist nicht automatisch auch eine positive Bewertung von Seelsorge. Im Gespräch mit der

Seelsorge geht es um kritische Würdigung in beide Richtungen: von der Seelsorge im Gegenüber zu den genannten Gesundheitsberufen bedarf es der kritischen Anfragen theologischer Art nach dem Umgang mit Spiritualität, gerade in der Gefahr der Verzweckung und Instrumentalisierung, und pastoralpsychologischer Art nach der Schulung und Fähigkeit von Selbstreflexion, Distanzfähigkeit angesichts intensiver Nähe zum Patienten.

Von den Gesundheitsberufen gegenüber der Seelsorge gibt es kritische Anfragen nach der Offenheit der Seelsorge gegenüber nichtkonfessionellen und freien Formen von Spiritualität, nach der Bereitschaft und Fähigkeit zu multiprofessioneller Zusammenarbeit und Integration und nach der Transparenz seelsorglicher Handlungsformen.

### **3. Theologische Kritik am Spiritualitätsbegriff: Konstruktive Ansätze**

Theologische Kritik gegenüber dem Spiritualitätsbegriff ist angebracht. Denn was ist in den medizinischen Studien mit Spiritualität gemeint? Die meisten Studien entstammen überwiegend dem religionssoziologisch speziellen Kontext Nordamerikas, insbesondere der USA. Ihre Begrifflichkeit und ihre Fragestellungen sind so nicht nach Deutschland übertragbar. Einige Institute hierzulande – wie etwa in Trier – bemühen sich um angemessene Begrifflichkeiten. Aber finden sie Gesprächspartner in der Seelsorgetheorie?

In der deutschsprachigen Seelsorgetheorie tut man sich mit dem Spiritualitätsbegriff entsprechend schwer. In seinem 2008 erschienenen Lehrbuch *Seelsorge* beschreibt Michael Klessmann in einem dreiseitigen Exkurs zu Seelsorge und Spiritualität (Matthias Kroeger und Ariane Martin referierend) die „unbegrenzte Vielfalt spiritueller Phänomene, Anschauungen und Praktiken. Gemeinsam ist ihnen die Suche nach Einheit, nach Verbundenheit mit dem Leben als Ganzen, mit anderen Menschen, mit der Natur, mit einem den Menschen übersteigenden, umgreifenden Letztgültigen, Geistigen, Heiligen ...“<sup>3</sup>. Spiritualität, so schreibt Klessmann, sei für viele Zeitgenossen attraktiv, weil sie non-theistisch oder trans-theistisch orientiert seien, ein hoch individualisiertes und damit zugleich synkretistisches Phänomen darstelle, mit einer hohen Erfahrungsaffinität und ganzheitlicher Dimension, die zugleich die pathische Dimension des Lebens betone, also die Fähigkeit etwas zu empfangen. Schließlich sei hier auch die Bedeutung von Ritualen wiederentdeckt worden. Gefährlich sei der Missbrauch von Spiritualität für ökonomische Interessen.

In dieser Darstellung sind zahlreiche Reizworte für Theologinnen und Theologen enthalten, die der Skepsis gegenüber diesen Phänomenen entsprechen, selbst wenn einige der Bereiche, für die sich Praktische Theologie und insbesondere die Pastoralpsychologie stark gemacht hat, deutlich wieder zu erkennen sind. Spiritualität wird, so würde ich das pointiert und sicher verkürzend beschreiben, als die ‚andere, nicht-kirchliche Religiosität‘ wahrgenommen und kritisiert. Im Mindesten wird ein Spannungsverhältnis behauptet. Noch einmal Klessmann: „Selbst kirchlich orientierte Menschen machen sich spirituelle Gedanken und Handlungen zu eigen, obwohl beide

---

<sup>3</sup> Michael Klessmann, *Seelsorge*. Ein Lehrbuch, Neukirchen-Vluyn: Neukirchener 2008, 192. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf 192-194.

Sinnsysteme in Spannung zueinander stehen.“<sup>4</sup> Und dann schildert er zwei konkrete Beispiele: Es handelt sich um Pendeln und Tarot-Karten-Legen.<sup>5</sup>

Richard Riess hat in „Sehnsucht nach Leben“<sup>6</sup> einen anderen Weg gewiesen. Er sieht die „Seelsorge der Kirche“ in einem ‚geschwisterlichen‘ Verhältnis zur „Spiritualität des Glaubens“. Seelsorge schöpft „aus dem Brunnen der Spiritualität“<sup>7</sup>, in dem „*Religion als verborgene Dimension* präsent ist“<sup>8</sup>. Spiritualität muss nicht kirchlich sein, sie ist in der Lebensgeschichte von Menschen vielmehr ein „Raum der Freiheit“<sup>9</sup>, in dem Fragen aufbrechen können und schöpferische Umorientierung möglich wird. Das vermeintliche Spannungsverhältnis wird hier zu einem Raum kreativer Entdeckungsprozesse.

Ich wage zu behaupten, dass die vorherrschende kritisch-wertende Rezeption des Spiritualitäts-Begriffs den Buchmarkt und das Angebot esoterischer Wochenendkurse trifft, aber an dem vorbei geht, was in den Gesundheitswissenschaften unter Spiritualität verstanden wird. Vielleicht reden wir sogar aneinander vorbei.

Um dem zu entkommen, möchte ich auf die doppelte Herkunft des heutigen Spiritualitätsbegriffs verweisen. Es gibt eine romanische und eine angelsächsische Traditionslinie, und beide entstammen dem Vokabular theologischer Autoren und religiöser Praxis:

- Das französische ‚spiritualité‘ verbindet sich mit dem Bedeutungshorizont der katholischen Ordens­theologie in Frankreich um 1900 als „Lehre vom religiös-geistlichen Leben“<sup>10</sup>, zurückgreifend auf die schon seit dem 17. Jahrhundert als spiritualité bezeichnete ‚persönliche Beziehung des Menschen zu Gott‘. Diese Linie nimmt Motive von ‚Frömmigkeit‘ und ‚Leben aus dem Geist Gottes‘ in sich auf. Diese Spiritualität vollzieht sich in geprägten Praxisformen und –übungen, in enger Anlehnung an die Tradition kirchlicher Lehre und kirchlicher Gemeinschaftspraxis.
- Die angelsächsische Traditionslinie versteht unter „spirituality“ in einem weiteren Sinn „Religiosität, die auf direkter, unmittelbarer, persönlicher Erfahrung von Transzendenz beruht [...]“<sup>11</sup> *Spirituality* steht seither für die subjektive und individuelle Verinnerlichung von Religion, in selbst bestimmter Verhältnisbestimmung zur Religionsgemeinschaft, meist als Unabhängigkeit und Distanznahme.

In der Palliativmedizin und dabei vor allem auf der Mikroebene maßgeblich ist das angelsächsische Verständnis: Das Interesse an der subjektiven Befindlichkeit des

---

<sup>4</sup> Ebd., 194.

<sup>5</sup> Freilich wird – meist unter dem Kapitel Spiritualität der Seelsorger – auch eine positive Form von Spiritualität beschrieben, die dann meist konfessionell geprägten Praxisformen von Frömmigkeit entspricht, der monastischen Tradition und den Exerzitien, oder der protestantischen Andachtsfrömmigkeit, der regelmäßigen Bibellese oder den Tageslosungen, also die praxis pietatis der professionellen Seelsorgerinnen und Seelsorger.

<sup>6</sup> Riess, R., Sehnsucht nach Leben. Spannungsfelder, Sinnbilder und Spiritualität der Seelsorge, Göttingen 1991<sup>2</sup>.

<sup>7</sup> Riess, 1991, 6.

<sup>8</sup> Riess (1991), 20.

<sup>9</sup> Riess (1991), 250.

<sup>10</sup> C. Benke, Spiritualität 2004, 31.

<sup>11</sup> C. Benke, Spiritualität 2004, 32 (Hervorhebung im Original).

Patienten. Es geht um das, was der Patient, die Patientin, die Zugehörige oder die Mitarbeiterin für Spiritualität hält, und zwar ganz klar in Bezug auf die lebensweltliche Konfrontation mit einer zum Tode führenden Erkrankung, einer existenziellen Krisensituation. Entsprechend formuliert der Arbeitskreis Seelsorge in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: „Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen versucht.“ (DGP, 05.12.06)

Die romanische Traditionslinie ist nicht zu vergessen. Sie beschreibt eine Kombination von Haltung und Handlungsformen, die diese Haltung zum Ausdruck bringen. Soziologische Untersuchungen haben gezeigt, dass sich im Hospiz- und Palliativkontext auf der Ebene von Organisationen und Einrichtungen genau diese Linie fortsetzt, nur nennt man es dann nicht mehr die Spiritualität einer Palliativstation, sondern den ‚Geist‘, der hier zu spüren sei. Aus der Diakonie ist dies bestens bekannt. Es hat seine Fortsetzung in den Leitbildprozessen des letzten Jahrzehnts gefunden.

Für die Seelsorge ist diese Unterscheidung wichtig festzuhalten. Auf der Mesoebene ist es vor allem die französische Linie, die Arbeit an der Haltung, der Umgang mit Patienten, untereinander, mit dem Aushalten von Leid, Sterben und Trauer als einer Haltung des Teams. Hier ist Teamsupervision gefragt, weil sie das Spiritualitätsthema nicht individualisiert, sondern die Beziehungen und Strukturen im Blick hat. Auf der Mikroebene ist es vor allem die angelsächsische Linie, mit der wir uns auseinander zu setzen haben: die individuelle Ausprägung von Spiritualität und ihr Beitrag zur Befindlichkeit der Patientin, ihrer Zugehörigen und der einzelnen Betreuenden. Seelsorge ist in ihrer pastoralpsychologischen Ausrichtung auf das Gespräch und in ihrer liturgischen Kompetenz als rituelle Praxis gefragt. Gerade auf dieser Ebene bedarf es einer kritisch-konstruktiven Haltung der Seelsorge gegenüber dem, was mit Instrumentalisierung und Verzweckung von Spiritualität in der Palliativmedizin gemeint sein könnte.

#### ***4. Spirituality: Spiritualität in der Patientenbetreuung***

Wenn von spiritueller Begleitung erwartet wird, dass sie sich beim Patienten unmittelbar in einer Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit äußert, dass sie etwa zu einer Akzeptanz des Sterbens, einer Gelassenheit oder dem Frieden im Familienverbund dient, dann muss gerade die Seelsorge vor solchen Erwartungen warnen. Denn es kann auch geschehen, dass der seelische Schmerz eher destabilisierend wirkt. Wenn es zwischen Patientin oder Angehöriger und Seelsorge zu einem tief gehenden Gesprächskontakt kommt, kann es passieren, dass zu den krankheitsbedingten Symptomen noch eine tief sitzende, lebensgeschichtlich bedingte spirituelle Krise zu Tage kommt, die nicht unmittelbar zu einer Beruhigung und Verbesserung der Situation führt, sondern einem mühsamen Kampf gleicht, den es unter Umständen auszuhalten gilt. Die Theologie hat hier gemeinsam mit der Religionspsychologie die Aufgabe, vor einer Verzeichnung von Religion zu warnen,

die leider in vielen Köpfen herumgeistert nach dem Motto „Wer einen Glauben hat, stirbt leichter.“ Die Religionspsychologen G. & A. Glicksman<sup>12</sup> haben nachweisen können, dass viele standardisierte Messinstrumente von Spiritualität im Gesundheitswesen eine protestantisch geprägte Spiritualität favorisieren. Positive Effekte für Gesundheit und psychisches Wohlbefinden stünden in Zusammenhang mit Vorstellungen von göttlicher Liebe und Mitleiden, Fürsorge und Gnade. Diese Vorstellungen vermittelten Trost, Geborgenheit und Akzeptanz von Leid. Dies entspreche aber keineswegs anderen Formen von Spiritualität, etwa jüdischer Spiritualität, in der weder der Gottesglaube primäres Merkmal sei, noch die Akzeptanz von Leiden und Sterben das Ziel: das Rechten mit Gott – „*sacred rage*“ – sei in dieser Spiritualität ein sozial anerkanntes, mitunter gar ritualisiertes Verhalten, um Ärger und Zorn auszudrücken. Die gängigen Untersuchungen zu Spiritualität würden diese Verhaltensweisen weder abfragen noch positiv bewerten und damit religionswissenschaftlich scheitern. Die Studie weist pointiert darauf hin, dass trotz aller Behauptungen, einen offenen und unbestimmten Begriff von Spiritualität zu verwenden, kulturell überkommene inhaltliche Prägungen durch die Hintertür wieder hereinkommen. Wir kennen aus unserer Praxis bisweilen das Phänomen, dass die Seelsorge gerufen wird, weil Angehörige eines verstorbenen Patienten aus dem Mittelmeerraum oder aus der Türkei allein schon zahlenmäßig eine Station überfordern. Seelsorge soll dann beruhigend und deeskalierend wirken, damit wieder Ruhe einkehrt. Wir müssen dann in der Akutsituation zwischen zwei Spiritualitätsmustern vermitteln.

Um ihre theologische, religionswissenschaftliche Kompetenz im Gespräch mit den betreuenden Pflegekräften und Ärztinnen einzubringen, muss Seelsorge ihrerseits mit einem verständlichen Begriff von Spiritualität agieren können, der Raum lässt für unterschiedliche Formen, und auch für unterschiedliche Wirkungen von Spiritualität auf Gesundheit und Krankheitsbewältigung. Deshalb will ich nochmals die Arbeitsdefinition der DGP zitieren: „Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen versucht.“ Es geht um den Versuch des Einzelnen, der existenziellen Bedrohung mit eigenem Tod oder dem eines Nahestehenden zu begegnen. Es ist damit nichts anderes als die Konkretion der radikalen Subjektorientierung, oder, um mit Henning Luther zu sprechen, der Versuch, individuelle Spiritualität vor den Lügen der Tröster zu schützen.

Ein Versuch, diese kritische Haltung und diesen offenen Spiritualitätsbegriff konstruktiv einbringen zu können, sind folgende vier Fragen, die in Gesprächen über einen konkreten Patienten und die Behandlungsstrategie verwendet werden können. Sie versuchen, dem zu entkommen, dass mit der Frage nach dem Religions- und Konfessionsstatus des Patienten schon alles über seine Spiritualität gesagt ist. Sie

---

<sup>12</sup> Glicksman, G.G. & A (2006): Apples and Oranges. A Critique of Current Trends in the Study of Religion, Spirituality, and Health. Guinn, D.E. (ed.): Handbook of Bioethics and Religion, Oxford: Oxford University Press 2006, 332-346.

versuchen, die Wahrnehmung der unterschiedlichen Berufsgruppen, insbesondere der Pflege, einbringen zu können. Und sie bilden damit auch einen wichtigen Hintergrund für seelsorgliche Interventionen.

- Welche **Lebens-Bereiche** sind für eine/n Patient/e/in besonders wichtig? Was gibt dem Leben Grund, Freude und Antrieb? Was leitet Denken und Handeln des Menschen?
- Wie **deutet** der/die Patient/in die aktuelle Situation?
- Inwiefern **beeinträchtigt** die Erkrankung / der Krankheitsprogress diese Bereiche?
- Welche **Ressourcen** sind in diesen Bereichen vorhanden? Wie können sie genutzt werden?

Bei Frau Furtwängler lässt sich der Wert dieser Fragen für das gesamte Team gut zeigen. Frau Furtwängler stellte auf einer Station, die zu über 80% mit onkologischen Patienten zu tun hat, eine Herausforderung war. Ihr Schwanken zwischen maximaler, konservativer und palliativer Behandlung war den Betreuenden fremd. Die vier Fragen ermöglichten einen Innenzugang aus Perspektive der Patientin. Die Bereiche ihres Lebens, die ihr wichtig waren, konnte sie wegen der guten Symptomkontrolle, der Sozialarbeit, psychologischen und seelsorglichen Begleitung wieder wahrnehmen: Gemeinsame Zeit mit ihrem Mann, Essen mit Freunden, und die Freiheit von Angst und Schmerz.

Anfangs äußerte sie ihren Zorn gegen Gott, der ihr in so jungen Jahren das Leben nahm; später äußerte sie, dass sie ihrem baldiges Endes entgegen sehen konnte. Anfangs schien ihr der Zeitpunkt von Leben und Sterben menschlicher Verfügung überlassen, entweder durch einen massiven Eingriff oder durch Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen. Nun ließ sie jeden Tag neu gelten, ohne das Ende beschleunigt herbeiführen zu wollen. In unserer Wahrnehmung lag dies vor allem daran, dass Frau Furtwängler eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität feststellte. Ihr begrenztes Leben schien ihr doch so lebenswert zu sein, dass sie es bis zum Ende genießen wollte – und das baldige Ende dennoch als eine Erlösung für beide, für sich und ihren Mann, begriff.

Für das Team stellten diese Informationen eine wichtige Orientierung dar.

Die pastorale Kompetenz bestand vor allem darin, der Patientin Zeit und Raum zu geben, sich ihrer selbst und ihres eigenen Lebens im Verhältnis zu ihrem Mann und ihren Freunden und gegenüber ihrem Glauben bewusst zu werden. Sie konnte sich selbst als autonome Person rekonstruieren.

Um an diesem Punkt abzuschließen: Auf der Mikroebene spielt spirituality als individuelle Spiritualität der Patientin die zentrale Rolle. Sie kann religiös sein, sie muss es aber nicht. Je nachdem, ob Spiritualität in der individuellen Lebenswelt der Patientin bedeutsam ist oder nicht, kommt der Berücksichtigung ihrer spirituellen Bedürfnisse eine wichtige Funktion im gesamten Betreuungskonzept zu. Spiritualität ist also vom Grundsatz her individualistisch verstanden: Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält. Die Seelsorgerin ist dabei nicht

unbedingt die Person, mit der eine Patientin oder ein Angehöriger über Spiritualität reden will, das kann jemand ganz anderes im Team sein. Die Aufgabe von Seelsorge als spiritual care ist es aber, die Beachtung dieser Ebene zu gewährleisten, sie einzufordern. Das geschieht durch verbindliche und geregelte Kooperation im multiprofessionellen Team – und damit bin ich auf der Ebene der Strukturen und der Organisation. Seelsorge, die als spiritual care im Konzept der Palliativversorgung integriert ist, muss sich an die Verfahrensweisen des multiprofessionellen Teams halten. Und das heißt: dokumentieren, sich und andere informieren, und Absprachen treffen. Sie tritt auch für die Patienten und Angehörigen erkennbar als zum Gesamtkonzept gehörend auf, nicht als fremde Größe. Die Fragen nach Vertraulichkeit und Seelsorgegeheimnis sind davon insofern nicht berührt, als sie mit den Gesprächspartnern der Seelsorge direkt zu klären sind und auch für andere Berufsgruppen zutreffen. Diese Dimension ist im Übrigen nicht von der Palliative Care ausgegangen, sondern ist vor allem auf der Ebene klinischer Bioethik schon lange Praxis, wenn Seelsorgerinnen und Seelsorger bei medizinethischen Konfliktfällen sich mit einbringen, etwa in Form von Ethikkonsilen oder Klinischen Ethikkomitees. Aber gerade auch dort lehrt die Erfahrung, dass es ganz klarer Absprachen und Verfahrensregeln bedarf, um den Beitrag der Seelsorge zu gewährleisten. Vielleicht haben wir dazu in der Diskussion noch Gelegenheit zum Austausch von Erfahrungen in solchen Foren.

### ***5. Spiritualité: Spiritualität im Team, in der Organisation, im Diskurs***

Die strukturelle Ebene nimmt an Bedeutung zu, wenn wir die Rolle von Seelsorge auf der Meso- und der Makro-Ebene betrachten.

Hospizbewegung und Palliative Care haben immer wieder mit dem Vorwurf zu kämpfen, Luxus zu sein, eine Insel der Privilegierten, während der Krankenhausalltag ganz anders aussehe. Palliativstationen eignen sich entsprechend als Aushängeschild in Hochglanzbroschüren, weil die Palliativstationen ästhetisch eingerichtet sind. Das setzt sich auf Seiten der Seelsorge fort: die intensive Begleitung auf den schönen Palliativstationen erfordert einen Personalschlüssel der Seelsorge, der sonst völlig undenkbar ist. Entweder dies wird durch Sondermittel finanziert oder als Projekt der Kirchen deklariert, mit dem wiederum geworben werden kann. Eben ein Luxus, den man sich sonst nicht leisten kann.

Es ist gefährlich, wenn ein Krankenhausträger einzelne Betten als Palliativbetten ausweist oder eine eigene Palliativstation einrichtet, ohne dem Selbstverständnis von Palliativmedizin zu entsprechen und Stellen und Räume für nichtärztliche und nichtpflegerische Berufsgruppen einzuplanen. Nicht selten kommen die Träger dann auf die vorhandene Klinkseelsorge mit der Erwartung zu, man werde sich doch sicher dort engagieren. Oder, wenn von der Seelsorge der Hinweis auf fehlende Kapazitäten kommt, man wendet sich an die Kirchen, das wichtige Unterfangen doch mit einer zusätzlichen Kraft zu unterstützen. Dass auch hier die Mittel und manchmal auch der Wille fehlt, muss nicht weiter beschrieben werden.

Diese Konzepte verfehlen meines Erachtens den Grundgedanken der Palliativversorgung, weil sie Palliativstationen ausschließlich als Sterbestationen

begreifen und spirituelle Begleitung als externe Dienstleistung in Anspruch nehmen. Genau an diesem Punkt bietet die Arbeit am Thema Spiritualität die Chance zur Korrektur. Und genau hier sehe ich auch den Bedarf einem verstärkten Engagement der Seelsorge, für dieses Thema und damit für eine menschenwürdige Medizin einzutreten, gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen der Palliativversorgung.

- Palliativversorgung findet nicht nur auf Palliativstationen statt. Sie arbeitet als Konsiliardienst schon viel früher auf anderen Stationen, in Onkologie und Neurologie, Geriatrie, auf kardiologischen und – nicht zu vernachlässigen – pädiatrischen Stationen und in Gynäkologie etc. Wo eine Krankheit nicht heilbar sondern chronisch ist, müssen Menschen, Patienten und Angehörige lernen mit der Krankheit zu leben. Palliativmedizin versucht hier, das Leben mit der Krankheit als ein Leben mit subjektiver Lebensqualität zu ermöglichen. Deshalb werden Symptome behandelt, Sozialarbeit eingeschaltet um die Versorgung zuhause zu gewährleisten etc. Leben mit der Krankheit und Leben bis zuletzt: Palliativversorgung ergänzt die Hochleistungsmedizin, aber sie tut es in radikaler Subjektzentrierung. Klinische Seelsorge hat meines Erachtens genau dies über lange Zeit hinweg selbstverständlich getan, durch biografisch orientierte Gesprächsführung und therapeutische Orientierung. Vielerorts ist es deshalb zu Bündnissen zwischen den Palliativmedizinern und –pflegern im Konsiliardienst und der Seelsorge gekommen, weil uns eine Haltung miteinander verbindet, und sich diese Haltung am Thema Spiritualität festmacht.
- Palliativversorgung findet nicht nur in stationären Einrichtungen statt, sondern als integrierte Versorgung zuhause, als ambulantes Versorgungskonzept, bei dem es auf ein Miteinander vorhandener Dienste wie Hausärztin, Diakonieschwester, Hospizhelfer und palliativer Fachkraft kommt. Diese Dienste müssen so koordiniert werden, dass sie einander ergänzen und damit den Bedürfnissen von Patient und Angehörigen entsprechen. Ziel ist Leben zuhause, bis zuletzt. Seelsorge kann in dieser integrierten Versorgung kaum Krankenhausesseelsorge sein, sondern ist auf die vorhandenen Strukturen der gemeindlichen Seelsorge angewiesen, hauptamtlicher wie ehrenamtlicher Seelsorge. Seelsorge findet in der Gemeinde statt. Aber genau hier bedarf es einer gegenseitigen und würdigenden Wiederentdeckung von allgemeiner und spezieller Seelsorge. Die Integration von Spiritualität im Konzept einer ambulanten palliativen Betreuung würde es notwendig machen, dass auch die Seelsorge koordiniert wird, also Strukturen vorhanden sind, Übergaben, Überweisungen, Information und Absprachen, bis zur Möglichkeit, spirituelle Begleitung auch für Angehörige keiner oder anderer Glaubensgemeinschaften möglich zu machen. Viele der Kolleginnen und Kollegen sind aber nicht nur zeitlich überfordert, sondern fühlen sich oftmals der Herausforderung nicht gewachsen. Die Chancen einer Integration in eine palliative Versorgungsstruktur könnte nicht zuletzt darin bestehen, supervisorisch begleitet zu werden und nach einer abgeschlossenen Begleitung ein *debriefing* mitzumachen, nach dem Modell der Notfallseelsorge.

Spiritualité – die Spiritualität eines Gesamtkonzepts ist darin zu erkennen, wie stark Spiritualität als eine der Säulen von Palliativversorgung Umsetzung findet in Strukturen, deren Ziel die bestmögliche Begleitung von Menschen ist.

- Dazu gehören, ohne dass ich extra darauf eingehen kann, spirituelle Angebote für das Team selbst wie die Einrichtung, etwa in Form von Gedenkfeiern. Spiritualité auf der Mesoebene umfasst zentral aber auch die Frage, inwieweit die Haltung der Mitarbeitenden reflektiert und geschult wird. Viele Seelsorgerinnen und Seelsorger sind tätig im Bereich von Ausbildung in Pflegeschulen, sowie bei Fort- und Weiterbildungen, häufig im Bereich von Fragen der Sterbebegleitung, von Ritualen oder Umgang mit religiösen Fragen. Dies ist ein wichtiges Feld gerade in einer Situation, in der Mitarbeitende unterschiedlichen oder gar keiner Konfession oder Religion angehören. Gerade wo dies der Fall ist, spiritual care aber dennoch zum Behandlungskonzept gehört, bedarf es eines Konzepts, wie in einer pluralistischen und multikulturellen Gesellschaft respektvoll und kundig mit spirituellen Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen umgegangen wird, auch wenn sie einer anderen Tradition entstammen als man selbst. Dies gilt für alle Bereiche der Palliativversorgung, vermehrt aber für Häuser in kirchlicher, zumal diakonischer Trägerschaft, die sich bisweilen schwer tun mit der Einstellung von Mitarbeitenden, die zwar fachlich sehr qualifiziert sind, aber aus dem falschen Gesangbuch singen, wenn sie überhaupt religiös musikalisch sind. Manche Häuser machen gute Erfahrungen mit Fortbildungen in religiöser Heimatkunde, frei von missionarischer Gesinnung, aber schulend im Umgang mit religiösen Lehren oder beispielsweise mit Traditionen im Jahreskreis. Seelsorge erweist sich hier an vielen Orten als erfahren, kompetent und glaubwürdig. Sie stärkt damit das Anliegen einer ganzheitlichen Betreuung von Menschen in Krisensituationen.
- Ein weiterer Beitrag zur Spiritualität der Einrichtung, mindestens im Rahmen von Palliativversorgung ist, dass die Seelsorge mit dem Träger im Gespräch ist in Belangen, die zur Seelsorge gehören und die den Geist des Hauses prägen oder von ihm zeugen: Gibt es Abschiedsräume? Können die Räume für Stille und Gebet genutzt werden auch von Menschen anderer Religionszugehörigkeit?

Schließlich auf der Makroebene geht es um Spiritualität in den Diskursen, die über die unmittelbare Patientenbetreuung und die konkrete Einrichtung hinausgehen. Nachdem Palliative Care das Feld der Spiritualität mit umfasst, stellt sich dies auch als ein Thema dar, über das geforscht wird, das als spiritual care nach Qualitätskriterien bewertet und über dessen Finanzierung gesprochen werden muss. Gerade auf diesem Feld hat Seelsorge einiges vor sich, gerade angesichts der vielen Studien, die aus dem Bereich der Medizin und der Psychologie zu Spiritualität entstanden sind und weiter gemacht werden.

Diese Diskurse werden interdisziplinär geführt. Seelsorge muss sich meines Erachtens hier verstärkt einbringen, sofern sie sich an diesen Diskursen beteiligen

will. Eine der Herausforderungen, denen ich mich in meinem Umfeld stellen muss, sind die Methoden von Forschung im Feld der Palliative Care, die dezidiert andere sind als diejenigen, die mir aus der Theologie vertraut waren. Wenn man aber wahrgenommen und verstanden werden will in dem, was man als eigenen Bereich ansieht, muss man sich um eine Sprache und Methodik bemühen, die über die eigene Profession hinaus verstanden wird.

- Wenn das System Zahlen braucht, um beschreiben zu können, wie viel Personal notwendig ist für seelsorgliche Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen, müssen wir uns überlegen, wie wir Zahlen bringen können. Auch das bisherige System der Stellenfinanzierung durch die Kirchen geht mit Zahlen um, ob sie unserer Arbeitsweise entsprechen oder nicht.
- Einen wichtigen Bereich sehe ich auch darin, das konkrete seelsorgliche Handeln in der Spiritual Care konkret zu beschreiben. In der Palliativversorgung wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens erleben wir eine erhöhte Aufmerksamkeit für Formen der rituellen Begleitung. Welches sind diese Formen? Welche Riten werden tatsächlich vollzogen, wie stimmen sie überein mit den Vorgaben, die wir in Form von Agenden und Pastorene haben? Hier bedarf es m.E. einer quantitativen Darstellung und gleichzeitig einer explizit theologischen Diskussion. Ich habe dies anzuregen versucht im Bereich der Taufe bei totgeborenen Kindern, ausgehend von der Beobachtung der Praxis und die herkömmliche Lehre in Frage stellend.
- Einen deutlichen Anknüpfungspunkt sehe ich im Bereich der qualitativen Studien und Forschung. Die Pastoralpsychologie hat mit der Methodik der Verbatims eines der spannendsten Instrumente von Einzelfallstudien entwickelt und mit Teilnehmenden an KSA-Kursen eingeübt. Ich fände es ausgesprochen wichtig, wenn wir diese Methodik ins Gespräch bringen mit dem, was Pflegewissenschaften und Psychologie in qualitativen Studien entwickeln. Verbatims sind geeignet nicht nur zu Lehr- und Bildungszwecken, sondern auch für Forschung. Es ist sinnvoll, dass aus dem Gespräch mit den anderen Berufsgruppen gemeinsame Fragestellungen entwickelt werden, und damit unser Verständnis von Spiritualität erweitert werden kann. Dann kann sich auch zeigen, in welcher Weise sich die unterschiedlichen Berufsgruppen im Bereich von spiritual care auch einbringen können, und worin der unvertretbare Beitrag von Seelsorge besteht. Was Spiritualität in der Palliativversorgung tatsächlich ist, wird sich im Prozess erst zeigen. Ich hoffe, dass Seelsorge dabei eine gewichtige Rolle spielen wird.
- Und damit sind wir zum Schluss auch bei der Frage, wie spiritual care in der Palliativversorgung in Zukunft finanziert werden kann. Der gesellschaftliche Diskurs in Nachbarländern Europas hat zu Regelungen geführt, die auch hierzulande zu diskutieren wären.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, mein Ausgangspunkt war die dreifache Perspektive des praktizierenden Seelsorgers, des Wissenschaftlers und des – potentiell – Betroffenen. Letztere will ich nicht vergessen. Als Betroffener hatte und habe ich eine sehr eigene Form von Spiritualität. Mir genügt es nicht, wenn

Betreuende meinen, über meine Spiritualität Bescheid zu wissen, nur weil ich Pfarrer bin. Ich will als Individuum wahrgenommen sein. Ich habe auch erlebt, dass meine Ansprechpartner nicht in allen spirituellen Belangen die Seelsorgekollegen waren. Aber ihr Angebot, insbesondere ihre rituellen Angebote sind mir wichtig, lebenswichtig. Für manches ist mir Psychotherapie näher liegend. Aber sie können sich wunderbar ergänzen. Auf der Mikroebene stimmt alles. Was aber, wenn einer von uns SeelsorgerInnen aus der Teamrolle in die Rolle von Bedürftigkeit gerät: wie thematisieren wir dies als Team? Supervision ist angesichts des Wachstums der Palliativ- und Hospizversorgung zunehmend damit konfrontiert, dass auch Professionelle Betroffene sind. Und schließlich: die Makroebene – ich sehe meine Aufgabe nicht zuletzt dafür, in einem aufgeheizten Klima mit regredierenden und konservativen Tendenzen, auch in unseren Kirchen, für ein offenes Verständnis von Spiritualität einzutreten, zum Schutz der unverwechselbaren Person und ihrer Würde, gerade gegenüber den Ansprüchen von außen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit. Und ich bin gespannt, wo und wie Sie sich dem Thema aus Ihrer Erfahrung und Ihrer Tätigkeit stellen.