

Seelsorge und gesundheitsberufliche Spiritual Care. Eine Verhältnisbestimmung

Simon Peng-Keller

Im ersten Teil meines Vortrags werfe ich einen kurzen Blick auf die Vorgeschichte unserer heutigen Diskussion: die weit ins 20. Jahrhundert zurückreichenden Versuche, die spirituelle Dimension in die moderne Gesundheitsversorgung zu integrieren. Im 2. Teil diskutiere ich drei Modelle, kirchlich beauftragte Seelsorge und gesundheitsberufliche Spiritual Care in ein Verhältnis zu setzen. Im 3. Teil frage ich nach den theologischen Grundlagen für das kirchliche Engagement im heutigen Gesundheitswesen. Ich beziehe mich dabei auf Überlegungen, die ich in meinem Buch «Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care» ausführlicher entfaltet habe.

Spiritual Care ist aus Begriff aus der christlichen Tradition. In den letzten Jahrzehnten ist er zum Leitwort geworden für die Reintegration der spirituellen Dimension in eine umfassende Gesundheitsversorgung und die Erweiterung des biopsychosozialen Gesundheitsmodells. Spiritual Care bedeutet nicht, wie es manchmal heisst, eine Medikalisierung von Spiritualität, sondern ganz im Gegenteil: eine Öffnung eines auf biomedizinische Aspekte verengte Gesundheitsversorgung. Den Wandlungsprozessen, für die dieses Leitwort steht, wohnt ein nicht zu unterschätzendes kreatives Potenzial inne, die dem kirchlichen Engagement im Gesundheitswesen entgegenkommt und von diesem selbst inspiriert ist.

In einem weiteren Sinne steht «Spiritual Care» für sehr unterschiedliche Formen und Modelle, spirituelle Aspekte in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. In einem engeren Sinn, auf den ich mich im Folgenden konzentriere, geht es um eine interprofessionelle Aufgabe, zu der Gesundheitsfachpersonen und Seelsorgende auf je eigene Weise beitragen können.

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass Spiritual Care die Grundanliegen der christlichen Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts aufnimmt. Die beiden Gründer der CPE klinischen Seelsorgeausbildung, der Hämatologe Richard Cabot und der reformierte Pfarrer Anton Boisen, waren auf je eigene Weise inspiriert vom christlichen Heilungsauftrag. Cabot war Teil der Emmanuel-Bewegung, einer christlichen Heilungsbewegung, die eine zugleich diakonische und therapeutische Ausrichtung hatte und in einem ambulanten Kontext Seelsorge, medizinische Versorgung und Psychotherapie interprofessionell miteinander verband. Auch in der Schweiz gab es Pioniere heutiger Spiritual Care, z.B. den Genfer Arzt Paul Tournier und der Zürcher Pfarrer Oskar Pfister.

Die Fragen, die heute in diesem Zusammenhang diskutiert werden, wurden bereits in den 1970er Jahren diskutiert, als diese Bewegung in Deutschland und der Schweiz ankam und in Gestalt der klinischen Seelsorgeausbildung etablierte.

Vgl. D. Stollberg (1972!): „Der therapeutische Charakter der Seelsorge ergibt sich aus der Ganzheit des Menschen, der sich als untrennbare Einheit gemeinschaftsbezogen, körperbezogen und geistbezogen erfährt. [...] Seelsorge als Kommunikation erfasst alle ‚Bereiche‘ menschlicher Existenz und wirkt daher ebenso ‚leiborglich‘, wie die (z.B. ärztliche) Leibsorge auch seelsorgliche Effekte zeitigt; schließlich beeinflusst die psychosomatische Gesamtverfassung eines Menschen die Gemeinschaft, in der er lebt, und deren Dynamik wiederum bleibt nicht ohne Auswirkung auf den Zustand ihrer einzelnen Glieder. [...] Seelsorge als ein Eingriff in dieses psychosoziale und psychosomatische Gesamtgefüge eines Menschen ist daher auf jeden Fall therapeutisch oder antitherapeutisch wirksam. Und es entspricht mitmenschlicher Verantwortung, seelsorglich gezielte Kommunikation in all ihren soziologischen, psychologischen und somatologischen Wirkungen empirisch zu überprüfen.“

Dieses Zitat mag belegen, dass die Fragen, die wir an dieser Tagung diskutieren, alles andere als neu sind.

Es gibt in der gegenwärtigen Diskussion mindestens drei Optionen, Seelsorge und gesundheitsberufliche Spiritual Care in Beziehung zu setzen. Das erste Modell kontrastiert kirchlich beauftragte Seelsorge und Spiritual Care. Es betont die Autonomie der Seelsorge, folgt einem scharfen Dual: Seelsorge ist Aufgabe der Kirche, Spiritual Care Aufgabe des Gesundheitswesens – und beide Aufgaben sollten möglichst auseinandergehalten werden. Die Probleme dieses Modells sind offensichtlich:

1. Es bedeutet erstens einen Rückschritt gegenüber dem, was sich die Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts an Integration ins Gesundheitswesen erkämpft hat.
2. Zweitens entspricht dieses Modell nicht der Realität der klinischen Seelsorge in der Schweiz, die schon viel stärker integriert ist, als dieses Modell es möchte.
3. Drittens wird in diesem Modell nicht berücksichtigt, dass auch Spiritual Care ein Auftrag der Kirche ist oder sein könnte.
4. Und schliesslich ist es zweifelhaft, ob dieses Modell der Seelsorge hilft, ihre Aufgaben in komplexen Gesundheitsinstitutionen wahrzunehmen.

Das zweite Modell versteht Spiritual Care als interprofessionelle Aufgabe, die ich neben der Medizin, der Pflege und der Sozialarbeit auch die Seelsorge einschliesst. Dieses Modell betont: alle patientennahen Professionen können und sollen zur Spiritual Care beitragen. Unklar bleibt in diesem Modell, wer in diesem gemeinsamen Aufgabenfeld welche Rolle einnimmt. Interprofessionalität bedeutet ja nicht: alle machen alles. Das dritte Modell geht an dieser Stelle einen Schritt weiter, indem es unterscheidet zwischen seelsorglicher und gesundheitsberuflicher SC. Diese Unterscheidung bedeutet eine wichtige Klärung. Sie entspricht der im

Gesundheitswesen vertrauten und deshalb intuitiv nachvollziehbaren Unterscheidung zwischen Generalist:innen und Spezialist:innen. Für Gesundheitsfachpersonen ist Spiritual Care ein Nebenaspekt ihres professionellen Auftrags. Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Angehörige anderer patientennaher Berufe tragen zu einer spirituellen Grundversorgung bei, wenn sie spirituelle Ressourcen und Belastungen bewusst in ihre Arbeit einbeziehen (und dazu eine ihrem Arbeitsfeld entsprechende Zusatzexpertise entwickeln, die sich von jenen von Seelsorgenden unterscheidet).

Im Unterschied dazu zeichnen sich Seelsorgende dadurch aus, dass die Unterstützung von krankheitsbetroffenen Menschen in spiritueller Hinsicht ihre primäre Aufgabe darstellt und ihre Rolle dadurch bestimmt wird. Deshalb lässt sich Seelsorge als spezialisierte Form von Spiritual Care bezeichnen.

Die Unterscheidung zwischen *seelsorglicher* und *gesundheitsberuflicher Spiritual Care* trägt dazu bei, die sich ergänzenden professionellen Zugänge in ihren Besonderheiten im Blick zu halten und gleichzeitig aufeinander zu beziehen. Gesundheitsberufliche SC kann Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care nicht ersetzen, sondern unterstützt und stärkt sie. Sofern die Implementation einer interprofessionellen Spiritual Care gelingt, führt sie zur institutionellen Aufwertung der Seelsorge. Angesichts der erheblichen kommunikativen und organisationalen Herausforderungen, vor die sich die interprofessionelle Zusammenarbeit in klinischen Kontexten gestellt sieht, dürften der Seelsorge als spezialisierter Spiritual Care künftig weitere koordinative, beratende und qualitätssichernde Aufgaben zuwachsen.

Aus theologischer Sicht liegt der Unterschied zwischen gesundheitsberuflicher und seelsorglicher Spiritual Care nicht allein in unterschiedlichen Spezialisierungsgraden, sondern auch in einer anderen Beauftragung, einer spezifischen Repräsentationsaufgabe und einem spirituellen Selbstverständnis. Durch Glaubensgemeinschaften mandatierte Seelsorgende zeichnen sich dadurch aus, dass ihre eigene Verortung im religiösen/spirituellen Feld mit ihrer beruflichen Rolle verknüpft und damit auch auskunftspflichtig ist. Sie repräsentieren einerseits eine bestimmte spirituelle Tradition und sind gleichzeitig auch Ansprechpersonen für religiöse/spirituelle Fragen und Anliegen im Allgemeinen. Die kirchliche Beauftragung kann und sollte ökumenisch und inter- und transreligiös ausgerichtet sein. So wie die kirchliche Caritas sich an alle Menschen wendet, so hat das kirchliche Engagement im Gesundheitswesen einen universalistischen Zug. Es ist nicht exklusiv, bezieht sich auf alle, die unter Krankheit jeglicher Art leiden und deswegen vielleicht auch marginalisiert werden.

Aus theologischer Sicht spricht m.E. viel dafür, den christlich geprägten Begriff «Spiritual Care» in dieser Form für die kirchlich beauftragte Seelsorge in Anspruch zu nehmen. Ihrem professionellen

Auftrag, kranke und sterbende Menschen in heilsamer Weise zu begleiten und zu unterstützen, kann die Seelsorge unter aktuellen Bedingungen nur durch interprofessionelle Zusammenarbeit entsprechen.

Die theologische Grundlage für das kirchliche Engagement im Gesundheitswesen bildet der christliche Heilungsauftrag (Lk 9,1-2). Er steht biblisch auf gleicher Ebene wie der Verkündigungsauftrag und ist ein integrales Moment kirchlicher Sendung. In ihrem Engagement für krankheitsbetroffene Menschen und ein humanes Gesundheitswesen ist klinische Seelsorge weder eine Funktion von «Gemeindepastoral» noch eine Missionsstrategie, sondern erfüllt einen kirchlichen Auftrag *sui generis*.

Dasselbe gilt auch für gesundheitsberufliche Spiritual Care. Nicht nur kirchlich beauftragte Seelsorge, sondern auch gesundheitsberufliche Spiritual Care und ehrenamtliches Engagement kann christlich inspiriert und dem Heilungsauftrag Jesu verpflichtet sein. Und nicht nur Gesundheitsinstitutionen, sondern auch die Kirchen haben die Aufgabe, die interprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich Spiritual Care zu stärken und fördern.

Mit Blick auf diesen Heilungsauftrag gibt m.E. keinen guten theologischen Grund, den Therapiebegriff auf gesundheitsberufliches Handeln einzugrenzen und nicht auch für die Seelsorge in Anspruch zu nehmen – und zwar in dem neutestamentlichen Sinne, wo *therapeuein* nicht auf kuratives Handeln beschränkt ist, sondern jegliche Form der Sorge für Kranke bezeichnet.

Dazu kann an die Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts anknüpft werden, die die therapeutische Dimension der Seelsorge betonte. Dass die Seelsorge nicht behandelt und keine Therapien anbietet, bedeutet nicht, dass sie nicht therapeutisch wirksam sein und in interprofessioneller Zusammenarbeit *auf ihrer Weise* zu palliativen, kurativen, rehabilitativen und präventiven Zielsetzungen beitragen kann. Die Absicht, dass seelsorgliches Handeln für Patient:innen und ihre Angehörigen hilfreich und heilsam sein möge, ist für seelsorgliche Arbeit konstitutiv.

Seelsorge ist als eine – in einem weiten Sinne – therapeutisch orientierte Profession im Gesundheitswesen tätig und sollte sich darum bemühen, als solche anerkannt zu werden.

Literatur

Simon Peng-Keller, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen 2021.