

FACHARTIKEL

Offen und doch profiliert. Anmerkungen zu Spiritual Care in einer religionspluralen Gesellschaft und in einem säkularen Gesundheitswesen

Traugott Roser

1. Warnung vor Stereotypen

Weder in einer religionspluralen Gesellschaft im Allgemeinen noch in einer Pflegeeinrichtung oder einem Krankenhaus im Speziellen gibt es ‚den Muslim‘ oder ‚die Katholikin‘, ebenso wenig wie es ‚den Juden‘ oder ‚die Atheistin‘ gibt. Stereotypen sind wenig hilfreich, auch wenn sie gerade in Übersichtstexten zum Umgang mit Patient:innen und Klient:innen immer wieder auftauchen, die einer nicht der Mehrheitsgesellschaft entsprechenden Religionsgemeinschaft angehören oder eine bestimmte Weltanschauung vertreten.

1.1 Jüdische Spiritual Care

Der jüdische Psychotherapeut Michael Petery hat in seiner Analyse zur palliativen Betreuung Schwerstkranker Mitglieder jüdischer Gemeinden zahlreiche Ratgeber, Handbücher und Einführungen zum Umgang mit jüdischen Patient:innen untersucht. Sein Fazit ist deutlich: Viele Texte sind aus der Außenperspektive von Nichtjuden verfasst. Petery berichtet, einer seiner Interviewpartner habe kritisiert, dass in vielen Darstellungen das Bild des Judentums in Deutschland nach wie vor vielfach von Stereotypen geprägt sei. Aber selbst einige Texte und Darstellungen, die von Rabbinern verfasst wurden, haben nicht diejenigen Patient:innen im Blick, die gegenwärtig zur zahlenmäßig größten Gruppe in jüdischen Gemeinden gehören, die Einwanderer aus den ehemaligen GUS-Staaten und ihre Nachkommen. Peterys Fazit: „[E]s handelt sich meines Erachtens mehr um idealtypische Darstellungen als um Handreichungen mit Bezug zur konkreten Gemeindegewirklichkeit.“ (Petery 2017, S. 34) Sachkenntnis ohne Bezug zur empirischen Basis sei wenig weiterführend.

Der Palliativmediziner Stephan M. Probst macht in einem Beitrag der *Zeitschrift für Palliativmedizin* auf die diverse Zusammensetzung jüdischer Gemeinden in Deutschland und auf kontroverse Diskurse innerhalb jüdischer Medizinethik aufmerksam. Dort heißt es: „Außer den Juden, die sich den jüdischen Einheitsgemeinden angeschlossen haben, leben in Deutschland weitere ungefähr 90 000 Menschen, von denen viele nach jüdischem Religionsgesetz als Juden gelten, sich aber aus verschiedensten Gründen gegen die Mitgliedschaft in einer Einheitsgemeinde entschieden haben. Unter diesen 90 000 Menschen finden sich auch die etwa 5000 Mitglieder der Union Progressiver Juden Deutschlands (liberale Juden) und all jene, die sich zwar selbst als Juden betrachten, in der traditionellen Lesart des jüdischen Religionsgesetzes jedoch nicht als Juden anerkannt werden und deshalb keine Mitglieder jüdischer Gemeinden sein können.“ (Probst 2019) Probst empfiehlt als Merksatz: „Wichtig und unverzichtbar ist immer die gemeinsame Entscheidungsfindung im Einzelfall. [...] Deshalb sollen wir früh auf den Kranken hören, statt auf ihn einzuwirken oder ihm falsche Hoffnung zu machen.“ (ebd.)

1.2 Muslimische Spiritual Care

Die Zuwendung zum einzelnen Patienten, der einzelnen Patientin – wie auch der individuellen An- und Zugehörigen – ist oberstes Gebot. Der von Petery im Blick auf das Judentum beklagte Sachverhalt ist auch im Blick auf muslimische Patient:innen zutreffend. In dem 2009 im Springer Verlag erschienenen Sammelband „Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett“ hat der evangelische Theologe und Religionswissenschaftler Wolfram Reiss das Kapitel „Der muslimische Patient“ verfasst, das mit folgendem Satz beginnt: „Musliminnen und Muslime sind in der Regel aufgeschlossen gegenüber der westlichen Medizin und gegenüber allen therapeutischen Maßnahmen.“ (Reiss 2009, S. 176) Der Beitrag stellt historische Entwicklungen zu Medizin, Gesundheits- und Krankheitsverständnis sowie zu ‚Seelsorge‘ im Islam dar, um anschließend Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und muslimischen Patienten und praktische Probleme bei der Einhaltung ritueller Gebote zu schildern. Der Beitrag schließt mit dem warnenden Hinweis: „Wichtig ist, dass muslimische Patienten [...] nicht in die eine oder andere Richtung gedrängt werden, sondern dass sie nach sachgerechter Information über die religiösen und medizinischen Folgen ihre persönlichen Gewissensentscheidungen treffen können.“ (ebd., S. 186)

„Musliminnen und Muslime sind in der Regel aufgeschlossen gegenüber der westlichen Medizin und gegenüber allen therapeutischen Maßnahmen.“

Dilek Uçak-Ekinci hat jüngst einen exemplarischen Überblick über die heterogenen Ansätze in muslimischer Spiritual Care in vier exemplarischen Ländern - der Türkei, dem Iran, den Niederlanden und Großbritannien - erarbeitet. In ihrer Schlussbemerkung weist sie auf soziodemographische Veränderungen und Transformationsprozesse im jeweiligen Gesundheitswesen hin. In der Türkei und im Iran finden sich ausgeprägt forschungsbasierte Ansätze und eine rasante Entwicklung mit länderspezifischen Unterschieden. In der Türkei „übernehmen muslimische Theologinnen und Theologen die Rolle von ‚spirituellen Unterstützern und Beraterinnen‘“ mit entsprechenden Berufsstandards. Im Iran „kommt der Anstoss, Spiritual Care zu institutionalisieren, deutlich stärker aus den Gesundheitsberufen.“ (Uçak-Ekinci 2019, S. 217) In Großbritannien war insbesondere die *Patient’s Charter* von 1991 mit dem dort formulierten Anspruch aller Patienten auf Berücksichtigung ihrer religiösen und spirituellen Bedürfnisse, unabhängig von ihren religiösen Traditionen, Ausgangspunkt für die Etablierung einer spezifischen ‚Muslim Chaplaincy‘ mit entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen. Auch in den Niederlanden trägt der wachsende Anteil von Muslimen in der Bevölkerung zwar zur Ausbildung spezifisch muslimischer ‚Geestlijke Verzorging‘ bei. Allerdings ist durch die gesetzliche Verankerung von Spiritual Care im Gesundheitswesen seit 1996 ein Modell entstanden, in dem sowohl religiöse als auch humanistische ‚Geestlijke Verzoger‘ für jeden Patienten und jede Patientin, unabhängig von der Religionszugehörigkeit, in ihrem Bereich (z.B. einer Station) betreuen. Für muslimische Begleiter:innen ist zu erwarten, so Uçak-Ekinci, „dass auch muslimische ‚Geestlijke Verzoger‘ im Laufe der weiteren Entwicklung sich diesen interreligiösen Ansatz aneignen werden, da dies als Ziel seelsorglicher Professionalisierung in den Niederlanden gesehen wird.“ (ebd., S. 222)

Wie auf der Seite der Spiritual Care-Provider oder Seelsorgenden in diesen unterschiedlichen Kontexten deutliche Unterschiede bestehen, so ist auch auf der Seite der Betreuten und Begleiteten von unterschiedlichen religiösen und spirituellen Bedürfnissen und Ausprägungen auszugehen.

Die Ethnologin und Kulturwissenschaftlerin Piret Paal hat entsprechend vor einer verallgemeinernden Zuordnung von Individuen zu kulturell und religiös definierten Patientenkollektiven

gewarnt: „Ich rate zur Vorsicht, wenn Listen kulturbedingter Bedürfnisse erstellt oder Studien durchgeführt werden, die Menschen mit Migrationshintergrund mit ‚uns‘ vergleichen. Multikulturalismus, trans- oder interkulturelle medizinische Versorgung, kulturelle Unterschiede als analytische Kategorien können in einigen Kontexten nützlich sein – ihr Nutzen in der Praxis des Gesundheitswesens ist jedoch zweifelhaft. [Stattdessen] bedarf es einer offenen Herangehensweise, bei der die Menschen nicht auf der Grundlage einiger kultureller Begegnungen vorab kategorisiert werden.“ (Paal 2012, S. 27)

Weil es sich im Einzelfall immer um Individuen handelt, seien die folgenden Ausführungen durch kleine formalisierte Biogramme konkreter Menschen unterbrochen. Die Biogramme entstammen entweder meiner eigenen Erfahrung in der Begleitung von Patient:innen und ihren Familien oder der Literatur. Formal sind sie so gestaltet, wie in einer multiprofessionellen Teambesprechung ein Patient oder eine Patientin einleitend vorgestellt werden würde.

Fallvignette 1: Mouhanad

Es handelt sich um einen 23 Jahre alten Patienten, der unter einem weit fortgeschrittenen metastasierten CUP (*cancer of unknown primary origin*, d.h. Krebserkrankung unbekanntes Ursprungs) leidet. Der Patient stammt aus dem Irak und ist ohne Familienangehörige zur medizinischen Behandlung nach Deutschland gereist. Er ist praktizierender Moslem, hat aber in Deutschland keine Anbindung an eine Moschee. Er ist besonders belastet dadurch, dass er seiner Familie beim wöchentlichen Telefonat nicht sagen kann, dass seine Erkrankung nicht heilbar ist und er daran sterben wird. Eine Rückreise in den (zu dieser Zeit vom Krieg geprägten) Irak ist ihm nicht mehr möglich.

2. Spiritual Care als Teil einer ganzheitlichen Versorgungskultur

2.1 Genese

Das Konzept von Spiritual Care entstammt in Deutschland dem in der Palliative Care gepflegten Ansatz holistisch orientierter medizinischer Behandlung und Betreuung. Maßgeblich ist dabei bis heute, was die Gründungsmutter der modernen Hospiz- und Palliativbewegung Dame Cicely Saunders 1996 formuliert hat: „Jetzt, da Palliative Care weltweit Anwendung findet, ist es wichtig, immer wieder in Erinnerung zu rufen, was die WHO-Definition betont: Dass es bei Palliative Care auch immer um die spirituellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien geht. Dies beruht auf einem Verständnis von Personsein, welches davon ausgeht, dass der Mensch eine unteilbare Einheit ist: Er ist sowohl ein körperliches als auch ein geistiges Wesen: Die einzig angemessene Haltung gegenüber einer Person ist der Respekt; das heisst [sic!] auch, jede einzelne Person im Kontext ihrer Kultur und ihrer Beziehungen wahrzunehmen und so jeder Person ihren individuellen Wert zuzubilligen. [...] Diejenigen, die in Palliative Care tätig sind, sollten begreifen, dass auch sie selbst aufgefordert sind, all diese Dimensionen des Lebens und Fragens wahrzunehmen.“

Die 2002 überarbeitete WHO-Definition von Palliative Care stellt den Begriff Lebensqualität in das Zentrum der palliativen Versorgung: Subjektive Lebensqualität setzt Wohlbefinden voraus, das physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte umfasst. „Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung ein-

hergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Im Zusammenhang mit Wohlbefinden und Lebensqualität als Zielbestimmungen von Begleitungsansätzen und Behandlungsstrategien kommt dem Bereich der Spiritualität die Wahrung der Individualität und Personalität des Patienten oder der Patientin zu, „der Wahrung der Freiheit des Individuums [...] sowohl vor dem Zugriff durch bestimmte Religion und Religionsgemeinschaften als auch vor den objektivierenden und manchmal enthumanisierenden Tendenzen des medizinisch-klinischen Apparats. Spiritualität verbürgt die Unverfügbarkeit des Patienten ganz im Sinne des Grundrechts auf Religionsfreiheit, in einer multikulturell diversifizierten Gesellschaft auch gegenüber den Religionsgemeinschaften selbst.“ Spiritualität kann deshalb, wie die Seelsorgerin Karoline Labitzke schreibt, „als eine Dimension des Menschseins unabhängig von Religion und Weltanschauung [als] eine der vier Säulen des palliativen Ansatzes [...] sowohl die Grenze der Konfessionen und Religionen [überschreiten] als auch die Grenze der Medizin bzw. ihrer wissenschaftlichen Erklärungssysteme. Die individuelle Spiritualität ergibt sich aus der persönlichen Sinnsuche bzw. Sinn- und Transzendenzerfahrung im Umgang mit existenziellen Fragen und Bedrohungen, ihre inhaltliche Bestimmung ereignet sich in der Begegnung auf der Palliativstation.“

„Die individuelle Spiritualität ergibt sich aus der persönlichen Sinnsuche bzw. Sinn- und Transzendenzerfahrung im Umgang mit existenziellen Fragen und Bedrohungen.“

Wichtig für den Ansatz von Spiritual Care, zumindest in klinischen Kontexten des Gesundheitswesens, ist die Zielvorstellung eines Wohlbefindens. Mit dem englischen Begriff *well-being*, wie er vor allem in der WHO-Definition von Gesundheit gebraucht wird, ist in keiner Weise ein Wohlfühlen gemeint. Theologisch ist es vielmehr angemessen, auf die Zugehörigkeit des Begriffs *well-being* im Sinne von Wohlergehen zum Wortfeld des hebräischen Schalom hinzuweisen, einem Begriff, dessen semantische Breite sich nicht in einem einzelnen Begriff (auch nicht als Ganzheit) abbilden lässt. Rüdiger Liwak (2011, S. 2) sieht „als semantische Basis [für das Wortfeld von Schalom] ein ‚Wohlbefinden‘ [...] bzw. ein kollektives Wohlergehen [...]“.

Es bleibt aber nicht bei einer Beschränkung auf Palliative Care-Ansätze. Spiritual Care ist ein Ansatz, der alle Bereiche des Gesundheitswesens betrifft. In vielen Untersuchungen ist mittlerweile nachgewiesen, dass zwischen Gesundheit (im Verständnis der WHO-Definition) und Spiritualität / Religiosität ein Zusammenhang besteht. Spirituelle und religiöse Aspekte, Einstellungen und Praktiken können gesundheitsrelevante Wirkungen haben. Nachgewiesen sind etwa: Niedrigerer Blutdruck, ein geringeres Aufkommen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und niedrigeres Schmerzempfinden bei onkologischen Patient:innen u.a.m. Bei aller Korrelation ist aber zu beachten, dass diese Wirkungen auch verbunden sein können mit einem bestimmten, durch Glaubenseinstellungen und -praxis geprägten Lebensstil (z.B. gesunde Ernährung, regelmäßige Achtsamkeitsübungen) und durch eine soziale Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft. Der Zusammenhang von Gesundheit und Spiritualität entzieht sich dabei funktionaler und kausaler Zuschreibungen und erweist sich zwar als komplex, aber behandlungsrelevant. Es gibt deshalb eine Reihe von Indizien für die „wachsende Bereitschaft [...], spirituelle Aspekte in der Patientenbehandlung wahrzunehmen und sich diesen gegenüber zu öffnen“, wie der Schweizer Psychosomatiker René Hefti (2012) im Vorwort der deutschen Ausgabe des Standardwerks von Harold G. Koenig schreibt und einige davon aufzählt. Harold G. Koenig (2012) gibt sechs Themenbereiche an, die in diesem Sinne gute und durch Studien belegbare

Gründe liefern: „1. Viele Patienten möchten, dass sich Gesundheitsfachleute ihres religiösen oder spirituellen Hintergrundes bewusst sind. 2. Unter den Patienten sind religiöse Überzeugungen häufig und diese helfen ihnen, ihre Krankheitssituation zu bewältigen. 3. Hospitalisierte Patienten sind oft von ihren religiösen Gemeinschaften isoliert. Alternative Möglichkeiten, die spirituellen Bedürfnisse zu erfüllen, sollten zur Verfügung gestellt werden. 4. Religiöse Überzeugungen können medizinische Entscheidungen beeinflussen, manchmal die medizinische Betreuung stören und das Verhältnis zwischen Gesundheitsfachperson und Patient (Compliance) beeinflussen. 5. Religiöse Überzeugungen und die religiöse Praxis wirken sich oft auf die eine oder andere Weise auf psychische und körperliche Gesundheitsergebnisse aus. 6. Der Einbezug der Religion kann die Art der Unterstützung und Pflege beeinflussen, die Patienten in der Wohngemeinde erhalten. Diese sechs Gründe unterstreichen den Bedarf an Ausbildung für Gesundheitsfachleute in diesem Bereich.“

In einem ganzheitlich denkenden Gesundheitswesen umfasst die Sorge für den schwerkranken und sterbenden Menschen, für An- und Zugehörige und für Mitarbeitende die Sorge um spirituelle Bedürfnisse. Spiritual Care ist damit in einigen Gesundheitsbereichen und Ländern ein selbstverständlicher Bestandteil, der in Medizin, Pflegewissenschaften und Psychologie intens

„In einem ganzheitlich denkenden Gesundheitswesen umfasst die Sorge für den schwerkranken und sterbenden Menschen, für An- und Zugehörige und für Mitarbeitende die Sorge um spirituelle Bedürfnisse.“

siv beforscht und an Ausbildungsstätten gelehrt wird. Zugleich ist es auch „nötig, die Rede von einer Reintegration der spirituellen Dimension zu differenzieren. So passend diese Beschreibung für den klinischen Bereich sein mag, so unzutreffend ist sie [...] für die globale Gesundheitsversorgung im weiten Sinne. Entsprechend vielfältig ist denn auch, was mit ‚spirituell‘ als gesundheitsrelevant ausgezeichnet wird.“ (Peng-Keller 2019, S. 62)

Fallvignette 2: Mima

Mima, 50 Jahre alt, Witwe, ist römisch-katholisch aufgewachsen. Nach mehreren Todesfällen in der Familie ist sie zornig gegen Gott, gegen das Schicksal und gegen die Kirche.

2.2 Konkretion in Leitlinien

Konzepte und Ansätze bedürfen der Anwendung in der Praxis. In Deutschland hat dies in beeindruckender Weise im Prozess zur Entwicklung einer S3-Leitlinie Palliativmedizin, Bestandteil des Leitlinienprogramms Onkologie, stattgefunden. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe fassen in einer S3-Leitlinie systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen zusammen. Die drei Kriterien sind: Evidenzbasierung (empirische Belege der Wirksamkeit), Adaption (Konkrete Handlungsempfehlungen) und Konsensbasierung (Übereinstimmung von Expert:innen). Leitlinien stellen damit verlässliche Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Versorgung dar und sind ein Kriterienkatalog für eine fachgerechte Betreuung Krebskranker.

Spirituelle Begleitung in diesem streng medizinisch orientierten Konzept findet sich in diesem Ansatz an zahlreichen Stellen und in fast allen Symptomkomplexen (genauer bei Abschied und

Trauer, Kommunikation und Thematisieren von Sterben und Tod, Tumorschmerz, schlafbezogene Erkrankungen/nächtliche Unruhe, Angst, Obstipation, Todeswünsche, Sterbephase) wieder. Zu den Grundsätzen der Palliativversorgung gehört das Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten in allen vier Dimensionen – physisch, psychisch, sozial und spirituell und die „Wahrnehmung der Patienten in ihrer kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Identität“ (Empfehlung 4.4). (Leitlinienprogramm Onkologie 2020, S. 40) Es gehört zu den Qualitätsindikatoren, dass individuelle Bedürfnisse regelmäßig und wiederholt erfragt und erfasst werden, wie die Empfehlung 5.5 formuliert: „Bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung sollen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation erfasst werden.“ (ebd., S. 476)

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin arbeitet mit einem offenen Begriff von Spiritualität, wie er in einem internationalen Konsensus-Prozess bestimmt wurde (dazu unter 3.). Überraschend ist, dass spirituelle Bedürfnisse Kranker proaktiv angesprochen werden sollen, auch wenn der Patient sie nicht selbst von sich aus thematisiert. Dahinter liegen die Erkenntnis und der Konsens,

Spirituelle Bedürfnisse sollen proaktiv angesprochen werden, auch wenn Patient:innen sie nicht von sich aus thematisieren.

dass bei zahlreichen Symptomen einer schweren Erkrankung spirituelle und religiöse Faktoren Bedeutung haben, aber oftmals nicht im Fokus der Behandler sind, wie das Beispiel Obstipation zeigt; dort heißt es zum Hintergrund nicht-medikamentöser Verfahren der Behandlung (13.5., Konsensbasierte Empfehlung 13.11): „Eine Obstipation kann von weitreichenden subjektiven Vorstellungen wie innerer Vergiftung und Unreinheit begleitet sein. Dem kann in einfühlsamen Gesprächen begegnet werden. Da-

bei sind Patienten häufig dankbar für einen Gesprächsbeginn, den sie selber möglicherweise nicht wagen. [...] Die Hilfe soll individuell auf den Patienten abgestimmt sein, auf die Wahrung von Schamgefühlen soll geachtet werden.“ (ebd., S. 284)

Im Kapitel „Sterbephase“ sind die Handlungs- und Begleitungsmöglichkeiten durch kirchliche Seelsorgeangebote fest verankert, etwa das Angebot von Gesprächen und Ritualen (z.B. Aussegnung). So lautet die „Konsensbasierte Empfehlung“ 19.40: „Nach dem Tod soll den Angehörigen ein Abschied vom Verstorbenen entsprechend ihren Bedürfnissen und Ressourcen, den kulturellen Gepflogenheiten und religiösen Pflichten ermöglicht werden.“ (ebd., S. 467)

Deutlich wird an den Konkretionen im Leitlinienprogramm, dass Patient:innen nicht einfach zu einer kulturell oder religiös definierten Gruppe zugerechnet werden können und die Begleitung dann dem Betreuungspersonal oder den Gepflogenheiten dieser Gruppe übertragen wird, sondern regelmäßig und wiederholt bei Patient:innen und Angehörigen Bedürfnisse erfragt und erfasst werden und Betreuung diesen entsprechend organisiert wird – als Bestandteil des ganzheitlichen Ansatzes.

Fallvignette 3: Renate

Renate ist eine 64 Jahre alte Patientin auf der Palliativstation mit Diagnose Amyotrophe Lateralsklerose. Sie ist nicht religiös und hat keine kirchliche Zugehörigkeit. Sie lebt in einer Lebenspartnerschaft mit einem Mann und hat sich bei Amnesty International engagiert. Nach Verlust der Schluck- und Sprechfähigkeit möchte sie freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten. Sie hat einen ausgeprägten und mehrfach geäußerten Todeswunsch.

3. Was ist Spiritual Care?

In der Hospiz- und Palliative-Arbeit ist Spiritual Care die interprofessionelle Aufgabe, die spirituelle Dimension in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Es handelt sich um die gemeinsame Sorge aller. Sie erfolgt überall dort, wo erkrankte Menschen durch Hospiz- und Palliativversorgung begleitet werden – zu Hause, auf einer Palliativstation, auf anderen Stationen eines Krankenhauses, im Alten- und Pflegeheim, im stationären Hospiz und in anderen Einrichtungen. Spirituelle Begleitung in Hospiz- und Palliativversorgung gilt allen erkrankten Menschen, ihren An- und Zugehörigen sowie den Mitarbeitenden – unabhängig von Weltanschauung, Religion oder Konfession. Als gemeinsame Sorge aller ist sie bemüht, die individuellen spirituellen Ressourcen von Patient:innen und An- und Zugehörigen zu erschließen und gegebenenfalls zu aktivieren.

Fallvignette 4: Julie

Die 24 Jahre alte Studentin ist römisch-katholisch aufgewachsen. Sie wendet sich nach einer – wie sie es nennt – ‚atheistischen Periode‘ buddhistischer Meditation und Esoterik zu. Nach dem Tod ihres Vaters erfolgt eine Hinwendung zu christlicher Orthodoxie.

4. Spiritualität als pragmatisches Konzept

Spiritual Care setzt Spiritualität als anthropologische Grundkonstante voraus. Spiritualität gehört zum Menschsein, unabhängig von Religion oder Weltanschauung. Es geht um Sinnsuche, Sinn- und Transzendenzerfahrung, die Menschen in ihrer je eigenen Weise ausdrücken. Die lebenslange Suche und Erfahrung ist dabei immer wieder Veränderungen unterworfen. Sie umfasst die Bereiche existenzieller Fragen, persönlicher Wertvorstellungen und spiritueller und religiöser Vorstellungen und Praktiken. Das 2017 von der Sektion Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin verabschiedete Konzept zu Spiritual Care und Seelsorge schließt sich explizit den internationalen Übereinkünften an, die seit der US-Konsensusdefinition von 2009 in unterschiedlichen Zusammenkünften formuliert wurden. Im deutschen Sprachraum hat sich insbesondere die Arbeitsdefinition der *European Association of Palliative Care* von 2011 bewährt: „Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant, and/or the sacred.“ Auch hier wird ganz gezielt von einem multidimensionalen Konstrukt ausgegangen, das nicht nur religiöse Aspekte, sondern ebenso existenzielle Fragen (z.B. Sinn, Schuld, Scham, Hoffnung, Freude), wertorientierte Einstellungen und Haltungen (z.B. zu Familie, Arbeit, Kunst, Ethik, Moral, Leben) und eben auch religiöse Überzeugungen (z.B. Glaube, Praktiken, Beziehung zu Gott) umfasst.

4.1 Unbestimmtheit als Chance

Die Offenheit für unterschiedliche Aspekte – hinsichtlich der Sinnebene ebenso wie hinsichtlich der Transzendenzerfahrungen, der religiösen Traditionen, der Beziehungen und der Bezo-genheit auf andere und anderes – führen diese Arbeitsdefinitionen zu einem Moment der Unbestimmtheit, der oftmals Gegenstand von Kritik ist. Man kann in dieser „pragmatischen Unbestimmtheit des Spiritualitätsbegriffs“ aber auch eine Chance erkennen. Soziolog:innen sehen

das Besondere in der religiösen Kommunikation, zu der die Kommunikation in Spiritual Care und Seelsorge gehören kann, darin, „mit Bestimmtheit auf Unbestimmtheit zu verweisen“. (Nassehi et al. 2019, S. 81) Die Religiosität des Patienten oder religiöse und spirituelle Themen können dabei sogar eine geringe Rolle spielen. Oft dreht sich das Gespräch um vermeintlich Alltägliches. „Zum Thema kann nun alles werden, was der Patient selbst zum Thema macht.“ (ebd., S. 87)

Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält.

Genau in der ausgänglichen Unbestimmtheit besteht die Chance der patientenzentrierten Kommunikation in Spiritual Care und Seelsorge, die das Gegenüber nicht von vornherein in Kategorien und Gruppenidentitäten einordnet, sondern bewusst und offen mit einer individuellen Ausprägung von Spiritualität auf den Gesprächspartner zugeht. „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält.“ (Roser 2011, S. 47)

4.2 Von der Unbestimmbarkeit zur Bestimmung individueller Spiritualität

In der konkreten zwischenmenschlichen Begleitung geht es gerade darum, die Unbestimmtheit in eine Bestimmbarkeit zu überführen – und zwar im Kommunikationsprozess mit dem Gegenüber. Dieses wird dabei unterstützt, durch das Angebot spiritueller Begleitung in eigenen Worten, Zeichen und Handlungen die eigenen spirituellen Ressourcen zu erschließen, die eigenen Werte und Haltungen zu benennen und in ihrer aktuellen Bedeutsamkeit zu gewichten. Nicht zuletzt geht es auch darum, in existenziellen Gefühlen wie Schuld, Scham, Hoffnung und Freude spirituelle Aspekte auszumachen, präsent zu machen und auszuhalten. Die Begleitung kann als achtsame Präsenz dabei helfen, dass sich ein Patient, eine Patientin oder eine Familie im Prozess dieser Dimension bewusst wird und sie aus dem vermeintlich Unbestimmbaren eine ganz bestimmte Ausprägung erhält.

Fallvignette 5: Frau Özcan

Die 58 Jahre alte, verheiratete Patientin lebt seit etwa 35 Jahren in Deutschland. Die beiden Kinder sind in Deutschland beruflich etabliert und integriert. Das Ehepaar Özcan stammt ursprünglich aus der Türkei. Alle haben mittlerweile die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen. Im Urlaub in der alten Heimat erkrankt Frau Özcan plötzlich und wird nach Deutschland gebracht. Nach sechs Wochen Krankenhausaufenthalt wird die Patientin aufgrund der rasch fortschreitenden neurologischen Erkrankung mit Hirndruck und Krampfanfällen in ein Hospiz verlegt. Wiederholt fanden im Krankenhaus und im Hospiz aufklärende Gespräche zum Krankheitsverlauf statt. Bei der Pflege achtet der Ehemann sehr darauf, dass die Wünsche seiner Frau beachtet werden. Er ist dankbar, dass ausschließlich die weiblichen Pflegekräfte sie versorgen. Familie ist verzweifelt und möchte, dass „alles unternommen wird“, damit Frau Özcan gesund wird. Die Tochter sagt unter Tränen zu einer Mitarbeiterin: „Auch wenn es zu 100 Prozent keine medizinische Möglichkeit der Heilung gibt, so kann es doch sein, dass ein Wunder geschieht.“ Der in der Tradition verwurzelte Glaube an die Macht Allahs vermittelt ihr in ihrer Verzweiflung Halt, sagt sie. In der Begleitung einer Patientin und ihrer Familie durch ein aufgeschlossenes, den kulturellen Gegebenheiten und Zugehörigkeiten gegenüber respektvolles Team kann es gelingen, dass die einzelnen beteiligten Menschen auch Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten aussprechen und dabei die Konventionen soweit berücksichtigen, wie es ihnen angebracht, sinnvoll und stabilisierend scheint, sich aber bei Entscheidungen auch gegen Konventionen entscheiden können und einen eigenen Weg einschlagen.

4.3 Die Klinik als kulturelles Grenzgebiet

Spiritual Care, gerade wenn sie zur Gruppe der Seelsorger:innen gehört, kann diesen Prozess im Sinne einer achtsamen und hoffnungsvollen Präsenz begleiten, die man als ‚Da-Sein und Dabei-Bleiben‘ beschreiben könnte. Sie sind aber nicht einfach als neutrale Zuhörer:innen anwesend, sondern durch ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten und dem Gegenüber erkennbaren Tradition und Religionsgemeinschaft profiliert. Gerade im

Spiritual Care ist ein Prozess achtsamer und hoffnungsvoller Präsenz, die man als ‚Da-Sein und Dabei-Bleiben‘ beschreiben kann.

säkularen Gesundheitswesen in einer religionspluralen Gesellschaft ist die Transparenz der religiösen Affiliation der spirituell Begleitenden unverzichtbar. Die eigene Position wird dabei aber der anderen Person nicht – im Sinne einer missionarischen Intention – nahegelegt, sondern dient als Positionsbestimmung in einer dialogisch strukturierten Beziehung. In diesem Sinn konkretisiert sich durch Spiritual Care potentiell in

jeder Begleitung ein interreligiöser und interkultureller Diskurs. Piret Paal hat dies für alle Begegnungen in Palliative Care und Sterbebegleitung beschrieben, nicht nur die Seelsorge- und Spiritual Care-Begleitungen: „Im Alltag der Patientenversorgung und der Sterbebegleitung kommt es unentwegt zu ‚kulturellen Begegnungen‘, wenn ein professionell oder ehrenamtlich Tätiger im Gesundheitswesen die Begleitung eines kranken Menschen und / oder seines Angehörigen übernimmt.“ (Paal 2012, S. 25) Sie beschreibt im Anschluss an Cheryl Mattingly „die urbane Klinik als ein kulturelles Grenzgebiet“. (ebd., S. 27) In Grenzgebieten kommt es bekanntlich häufig zu Missverständnissen und Konflikten. Es können sich aber auch spannende Begegnungen ergeben, die beide Seiten bereichern und Verbindendes entdecken lassen. Das setzt aber voraus, dass man sich eigene Stereotypen bewusst macht und beginnt, sie hinter sich zu lassen.

Fazit

Nach diesen zwei spannenden Vorträgen und sich daran anschließenden Diskussionen ging ein intensiver Praxis-Workshop zu Ende. Insgesamt zeigte der Workshop eine immense Vielfalt an Deutungsmöglichkeiten und Umgangsformen mit Sterben und Tod auf, die sich aus unterschiedlichen religiösen Perspektiven ableiten lassen. Zugleich wurde immer wieder deutlich, wie sehr sich doch viele religiöse Perspektiven ähneln, wenn es darum geht, einen Menschen würdevoll am Lebensende zu begleiten und ihm einen guten Weg für seine weitere Reise – wo auch immer hin – zu bereiten. Eine Auseinandersetzung mit religiösen Fragestellungen ist also nicht nur ein Thema für Wissenschaftler und religiöse Experten, sondern kann – und dies zeigte die intensive Diskussion im Laufe der zweitägigen Veranstaltung deutlich – auch für Praktikerrinnen und Praktiker im Gesundheitswesen anschlussfähig und fruchtbar sein.

Literatur

- Hefti, René: Geleitwort. In: Koenig, Harold G.: Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfadentext. Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 5-10.
- Koenig, Harold G.: Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfadentext. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Liwak, Rüdiger: Friede / Schalom. In: Das wissenschaftliche Bibellexikon im Internet (WiBiLex). Deutsche Bibelgesellschaft. URL: <https://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/26245/>
- Nassehi, Armin; Saake, Irmhild; Mayr, Katharina: Mit Sterbenden sprechen. Die Rolle des Seelsorgers und die Potenz religiöser Rede auf der multidisziplinären Palliativstation. In: Roser, Traugott

- (Hrsg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2019, S. 78-91
- Paal, Piret: Ist „Kultur“ in Palliative Care von Belang? Überlegungen aus anthropologischer Sicht. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Jg. 13 / 2012, Heft 1, S. 24-27.
- Peng-Keller, Simon: Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Vorgeschichte und Hintergründe der WHO-Diskussion um die ‚spirituelle Dimension‘. In: Peng-Keller, Simon; Neuhold, David (Hrsg.): Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. Darmstadt: wbg Academic 2019, S. 13-71.
- Petery, Michael: Die Betreuung Schwerkranker und Sterbender in bayerischen jüdischen Gemeinden heute. Berlin: Walter de Gruyter 2017.
- Probst, Stephan: Die palliativmedizinische Begleitung jüdischer Patienten und Palliative Care aus jüdischer Sicht. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Jg. 20 / 2019, Heft 1, S. 31-38.
- Reiss, Wolfram: Der muslimische Patient. In: Körtner, Ulrich H.J.; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Hrsg.): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Wien [u.a.]: Springer 2009, S. 176-186.
- Roser, Traugott: Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer 2011, S. 45-55.
- Uçak-Ekinci, Dilek: Spiritual Care in muslimischen Kontexten. Ein Überblick über aktuelle Entwicklungen. In: Peng-Keller, Simon; Neuhold, David (Hrsg.): Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 2019, S. 207-230.

Autorenkontakt

Prof. Dr. Traugott Roser
Professur für Praktische Theologie
Universitätsstraße 13-17
48143 Münster
Tel: +49 (0) 251 / 83 - 22552
Fax: +49 (0) 251 / 83 - 22441
E-Mail: traugott.roser@uni-muenster.de

Zitationsvorschlag

Roser, Traugott: Offen und doch profiliert. Anmerkungen zu Spiritual Care in einer religionspluralen Gesellschaft und in einem säkularen Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019. S. 16-26.