



Simon Peng-Keller

Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care

Der christliche Heilungsauftrag
im Horizont globaler Gesundheit

V&R



Simon Peng-Keller

Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care

Der christliche Heilungsauftrag
im Horizont globaler Gesundheit

Mit 11 Abbildungen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2021, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: © Natali Glado/Shutterstock

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-62451-8

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	11
I Wandlungsprozesse und neue Rahmenbedingungen	15
1 Spiritual Care im Horizont globaler Gesundheit	19
Christlich inspirierte Spiritual Care im 20. Jahrhundert	21
Formen und Modelle heutiger Spiritual Care	36
Zusammenfassung und Überleitung	42
2 Fluide Spiritualitäten und gesellschaftlicher Wandel	44
Die Pluralisierung des religiös-spirituellen Feldes	44
Seelsorge unter postsäkularen Rahmenbedingungen	56
Zusammenfassung und Überleitung	67
II Theologische Grundlagen: Der christliche Heilungsauftrag	69
1 Heilungen und Heilungsauftrag Jesu	73
Marginalisierung und Spiritualisierung des christlichen Heilungsauftrags	74
Die Heilungen Jesu als Matrix des christlichen Heilungsauftrags	76
Das Profil des christlichen Heilungsauftrags	79
Zusammenfassung und Überleitung	84
2 Der christliche Heilungsauftrag im heutigen Gesundheitswesen	85
Drei Grundoptionen	87
Medizinische Ziele und die »christliche Differenz«	89
Heilung als »cure« und »healing«	92
Ansatzpunkte für eine Theologie der Heilung	95
Vielfalt und Einheit des christlichen Engagements im Gesundheitswesen	111

3	Klinikseelsorgliches Mitwirken am christlichen Heilungsauftrag	115
	Heilsame Seelsorge	118
	Klinikseelsorgliche Zielsetzungen	125
	Ergebnisorientierung als neues Seelsorgeparadigma?	127
	Sinn und Präsenz: Dimensionen heilsamer Seelsorge	131
	Sinnereignisse an den Bruchstellen des Lebens	133
	Heilsame Präsenz	140
	Rückblick und Überleitung	149

III Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care

1	Seelsorgliche und gesundheitsberufliche Spiritual Care	153
	»Spiritual Care« in deutschsprachigen Seelsorgediskussionen	154
	Begriffs- und berufspolitische Weichenstellungen	158
2	Klinikseelsorge als Profession im Gesundheitswesen	163
	Rollendifferenzierung und Integrationsaufgabe	164
	Klinikseelsorge: ein Gesundheitsberuf?	169
	Im Schnittpunkt dreier Beauftragungen	171
	Interprofessionelle Zusammenarbeit	175
	Seelsorge im Feld klinischer Ethik	183
	Klinikseelsorgliches Berufsethos: Selbstverpflichtung zu therapeutischer Professionalität	187
	Ethikberatung und Seelsorgeauftrag	190
	Seelsorge in inter- und transreligiösen Konstellationen	192
3	Klinikseelsorge als spirituelle Profession	199
	Spirituelle Grundhaltung als professionsspezifisches Kennzeichen	200
	Rückbindung an eine Glaubensgemeinschaft	201
	Symbolgehalt der seelsorglichen Berufsrolle	205
	Kompetenz zu reflektierter spiritueller Kommunikation und Ritualisierung in klinischen Kontexten	206
	Rückblick und Ausblick	209
	Wegmarken zur Klinikseelsorge als spezialisierter Spiritual Care	213
	Literatur	216
	Offizielle Texte und Arbeitspapiere	216
	Sekundärliteratur	218

Vorwort

*»Gott wendet sich gerade dahin,
wo die Menschen sich abwenden.
Dieser Bewegung hat das Christentum
als Religion der Heilung zu folgen.«¹*

Ist die Klinikseelsorge² ein Heilberuf? Dieses Buch bejaht diese Frage, indem es eine Unterscheidung einführt: ein Heilberuf ja, doch kein Gesundheitsberuf im herkömmlichen Sinne. Sie ist ein Heilberuf, weil sie teilhat am christlichen Heilungsauftrag, der wesentlich zur kirchlichen Sendung gehört. Nur wenn die Kirche innerhalb des Gesundheitswesens präsent bleibt und darin Verantwortung übernimmt, kann sie es auch mitgestalten. Wenn gilt, dass die Kirche ihren Auftrag im Bereich des Heilens nicht anderen Akteuren überlassen kann³ und in einer von vielfältigen Nöten geprägten Welt ein Feldlazarett darstellt,⁴ dann ist die Klinikseelsorge in diesem Gesamtauftrag verortet. Was auch immer es bedeutet, den christlichen Heilungsauftrag in einem komplexen und hochspezialisierten Gesundheitswesen wahrzunehmen, kaum zu bestreiten ist, dass der Klinikseelsorge dabei eine Schlüsselstellung zukommt.

Sie soll im vorliegenden Buch mit Blick auf Innovationsprozesse im Bereich interprofessioneller Spiritual Care näher konturiert und ausgezeichnet werden. So sehr es dabei um Anstöße für die weitere Entwicklung im deutschsprachigen Raum gehen soll, so unumgänglich ist es, den Horizont weiter zu fassen. Nicht nur, weil die Seel-sorgediskussion und -forschung sich längst internationalisiert hat, sondern weil sich in den letzten Jahrzehnten das gesundheitspolitische Feld erheblich geweitet hat: Aufgrund hoher globaler Interdependenz und den immer stärker spürbar werdenden ökologischen Veränderungen erscheint Gesundheit immer mehr als ein gemein-

1 Weissenrieder/Etzelmüller, Christentum und Medizin, 32.

2 Ich gebrauche »Klinikseelsorge« und gelegentlich auch »Krankenhausseelsorge« als Kurzform für »Seelsorge im Gesundheitswesen«.

3 World Council of Churches, Witnessing to Christ today, 14.

4 Papst Franziskus, Der Name Gottes ist Barmherzigkeit, 74; Guile, McManus, Healing wounds in the field hospital of The Church.

schaftliches Gut. Selbst wenn der Fokus der Klinikseelsorge auf der je einzigartigen Not von kranken, sterbenden und trauernden Menschen liegt, so steht doch auch ihre Aufgabe im Horizont globaler Gesundheit. Folgt man dem Impuls systemischer Seelsorge, den Blick zu weiten auf die Beziehungsnetze, in die Menschen eingebunden sind und die ihr Leben und Handeln prägen,⁵ so stößt man heute zunehmend auf globale Verflechtungen und Interdependenzen. Die systemische Einsicht, dass alles mit allem zusammenhängt, gilt, wenn es um Gesundheit und Krankheit geht, in besonderer Weise. Nach Peter J. Brown ist das Praxis- und Studienfeld *Globale Gesundheit* die größte soziale Bewegung des frühen 21. Jahrhunderts.⁶ Die globale Interdependenz in Sachen Gesundheit, auf die das Stichwort »Weltgesundheit« aufmerksam macht, wirft nicht allein Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und der Solidarität auf, sondern sie führt gegenwärtig auch dazu, dass die Rolle von religiös-spirituellen Akteuren und Angeboten im Feld der Gesundheitsversorgung neu ausgelotet wird. Parallel zur wachsenden Globalisierung der Gesundheitsversorgung führen nicht zuletzt auch die anhaltenden Migrationsbewegungen dazu, dass die säkular geprägten Welten hiesiger Kliniken sich in religiös-spiritueller Hinsicht weiter ausfächern werden.

Wie bedeutsam es ist, das Nachdenken über die Zukunft klinischer Seelsorge in den Horizont globaler Gesundheit zu stellen, wurde während des Schreibens an diesem Buch in nicht vorauszusehender Weise deutlich. Ich hatte mir das Frühjahressemester 2020 für den Schreibprozess freigehalten. Kurz nach Semesterbeginn erreichte Anfang März die Corona-Pandemie Europa. Während sich die Seiten dieses Buchs füllten, bevölkerten sich in Mailand und Bergamo die Intensivstationen mit an COVID-19 erkrankten und sterbenden Menschen. Der Zugang zu ihnen wurde selbst Angehörigen verwehrt. Hunderte von Menschen starben in großer Isolation, ohne seelsorgliche Begleitung, ohne Segen. Die Leichen wurden in großer Eile in Plastiksäcke verpackt und mit Militärlastwagen in ferne Krematorien überführt. Auch in der Schweiz, Deutschland und Österreich kam

5 Morgenthaler, Systemische Seelsorge, 11 spricht von einer »ökosystemisch ausgeweiteten Seelsorge«.

6 Brown, Religion and Global Health.

es in Spitälern und Pflegeeinrichtungen vielerorts zu einem bislang nicht vorstellbaren systematischen Ausschluss von Angehörigen und teilweise auch der Seelsorge. Doch gingen in derselben Zeit auch ganz andere Bilder um die Welt: von betenden Pflegefachpersonen und Seelsorgenden in Schutzanzügen. Neue Seelsorgenetzwerke entstanden, Webinars zu Tele-Chaplaincy wurden angeboten und unzählige seelsorgliche Handreichungen veröffentlicht.

Es ist zu früh, um die Auswirkungen all dieser Entwicklungen zu bilanzieren. Doch ist absehbar, dass die Corona-Pandemie den Transformationsprozess, in dem sich die Klinikseelsorge seit der Jahrtausendwende befindet, beschleunigt und möglicherweise auch in neue Richtungen lenkt. Was Jan Assmann einmal zu einem Beitrag zur Erinnerungskultur geschrieben hat, gilt auch für die folgenden Seiten: »[D]ie Dinge sind im Fluß, und dieses Buch hat auf seine Weise an diesem Fluß Anteil.«⁷

Das vorliegende Buch ist nicht in einsamer Arbeit entstanden. Es ist die Frucht vieler Gespräche und mehrerer Forschungsprojekte. Ich bin allen großen Dank schuldig, mit denen ich an der Professur für Spiritual Care der Universität Zürich in den vergangenen Jahren das Feld klinischer Seelsorge und interprofessioneller Spiritual Care beforschen und diskutieren durfte. Besonders danken möchte ich lic. phil. Silvia Köster und PD Dr. David Neuhold, die das ganze Manuskript gelesen, kommentiert und in vielfacher Weise zu seiner Lesbarkeit beigetragen haben. Der Katholischen Kirche im Kanton Zürich und der Reformierten Kirche Zürich danke ich dafür, dass sie durch ihre großzügige Unterstützung die Professur für Spiritual Care an der Universität Zürich und damit dieses Buch ermöglicht haben. Ein Dank gebührt schließlich auch allen Seelsorger*innen, deren Erfahrungen den vorliegenden Band bereichern. Er wäre nicht entstanden ohne die vielfältige Unterstützung und Ermutigung durch meine Frau Dr. phil. Ingeborg Peng-Keller, die seine Entstehung lesend und fragend begleitete – ein herzliches Dankeschön für das geduldige Mitgehen!

Zürich, 12.01.2021

7 Assmann, Das kulturelle Gedächtnis, 11.

Einleitung

»Der christliche Heilungsauftrag ist in erster Linie Aufgabe der ganzen kirchlichen Gemeinschaft, und nur in diesem Kontext auch jener, die speziell dazu ausgebildet sind.«⁸

Im Horizont des christlichen Heilungsauftrags und globaler Gesundheit entwirft das vorliegende Buch christliche Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Nur in Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen, die eine interprofessionelle Spiritual Care mitverantworten, kann die Seelsorge ihren Auftrag in einem zunehmend komplexer werdenden Gesundheitswesen wahrnehmen. Krankenhausseelsorgende erfahren die Veränderungen im Gesundheitswesen nicht nur am eigenen Leibe, sondern können diese auch am direktesten mitgestalten – *insofern* sie sich in überzeugender Weise interprofessionell einbringen und institutionelle Veränderungsprozesse mitgestalten. Die Klinikseelsorge innerhalb des christlichen Heilungsauftrags zu verorten, trägt in zweifacher Hinsicht zu dieser Aufgabe bei:

Zum einen lässt sich die Klinikseelsorge dadurch als Heilberuf verstehen, der auf seine Weise zu therapeutischen Prozessen beiträgt und Formen der Heilung unterstützt, die nicht auf das Wirkungsfeld der Medizin beschränkt sind. Leiden zu mindern und Heilungsprozesse zu unterstützen, war und ist nie eine ausschließlich medizinische Aufgabe. Es ist jedenfalls keine Aufgabe, die die Medizin alleine wahrnehmen konnte und kann. Sie war und ist dafür auf andere Professionen angewiesen – auch auf jene der Seelsorge. Versteht sich die Seelsorge im Horizont des christlichen Heilungsauftrags als Heilberuf, vermag sie deutlicher artikulieren, was sie zur Gesundheitsversorgung beitragen kann, ohne sich dabei von medizinischen Zielsetzungen abhängig zu machen.

Zum andern wird die Seelsorge im Gesundheitswesen durch eine solche Verortung heilsam relativiert und gemeinschaftlich eingebettet. Klinikseelsorgliches Handeln bewegt sich innerhalb eines umfassenderen kirchlichen Auftrags, den sie nicht alleine zu bewältigen hat. Es ist Teil eines breiten christlichen Engagements für

eine humane, professionelle und gerechte Gesundheitsversorgung weltweit. Was die Klinikseelsorge von den anderen Weisen, den christlichen Heilungsauftrag wahrzunehmen, unterscheidet, ist ihr spezifisches professionelles Profil. Als spezialisierte Berufsgruppe im Gesundheitswesen bewegt sie sich in klinischen Zusammenhängen, die von einem hohen Maß an Professionalität und einer starken Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz geprägt sind.

Dieser Gedanke soll in drei Hauptschritten entfaltet und begründet werden. Der erste Teil des Buches bietet eine Analyse der aktuellen Entwicklungen, die das Arbeitsfeld klinischer Seelsorge gegenwärtig tiefgreifend verändern. Rekonstruiert werden insbesondere die Entstehungsgeschichte spätmoderner Spiritual Care und die Transformation der klinikseelsorglichen Rahmenbedingungen in den letzten drei Jahrzehnten. Der zweite Teil wendet sich dem christlichen Heilungsauftrag zu und erkundet die theologischen Grundlagen für eine »heilsame Seelsorge«. Der dritte Teil schließlich entwirft Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care und diskutiert die damit verbundenen berufspolitischen und konzeptionellen Fragen. Während der letzte Teil für Personen geschrieben wurde, die für die Seelsorge im Gesundheitswesen direkt oder indirekt verantwortlich sind, richten sich die ersten beiden Teile an einen größeren Kreis: an alle, die zum christlichen Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit beitragen möchten.

Um die Architektur dieses Buchs im Prozess des Lesens erfahrbar zu machen, wird jeder seiner drei Teile mit einem Blick auf die transluziden Achatfenster eröffnet, die der deutsche Künstler und Glasmaler Sigmar Polke 2009, kurz vor seinem Tod, im Zürcher Grossmünster fertigtellte (siehe Buchcover). Damit wird zugleich eine Brücke geschlagen zum Ort, an dem dieser Text entstanden ist.

Wie jedes Buch, das um grundlegende Lebensfragen kreist, ist auch das vorliegende geprägt von persönlichen Hintergründen. Sie an dieser Stelle zumindest skizzenhaft anzudeuten, dürfte manches verständlicher machen. Vieles, was in dieses Buch eingeflossen ist, wurde inspiriert durch die Aufgabe, an der Universität Zürich eine neue Professur für Spiritual Care aufzubauen. Ebenso wichtig waren die eigene seelsorgliche Tätigkeit am Kompetenzzentrum für Palliative Care am Universitätsspital Zürich und die Mitarbeit in ver-

schiedenen Arbeitsgruppen. Hinter diesen unmittelbaren professionellen Kontexten, deren Spuren sich auf den folgenden Seiten unschwer finden lassen, stehen persönliche Erfahrungen, die mich dazu bewegten, mich intensiver mit der therapeutischen Dimension christlicher Spiritualität zu beschäftigen. Zum einen ist es die Erfahrung heilsamer Stille und Präsenz im Rahmen kontemplativer Exerzitien; zum anderen ist es die Gegebenheit, dass es während der Suche nach meiner Berufung mehrere Momente gab, in denen ich früh schon auf die Zusammenhänge gestoßen bin, die in diesem Buch näher bedacht und analysiert werden.

Zu ihnen gehörte die Begegnung mit dem kolumbianischen Befreiungstheologen Carlos Alberto Calderón, dessen Segen mich noch heute trägt und dessen Abschiedsworte sich mir eingeschrieben haben. Morddrohungen hatten ihn 1988 gezwungen, seine Heimatstadt Medellín, wo heute eine Schule seinen Namen trägt, zu verlassen. Monate später begegnete ich ihm in einer kleinen Wohnung eines Zürcher Außenquartiers, in die sich die Kleinen Schwestern Jesu eingemietet hatten. Nach einer schlichten Eucharistiefeier erzählte Carlos Alberto von seiner Flucht und seinen Plänen. Eingepägt haben sich mir, dem damals 19-Jährigen, die Freude, die er trotz seiner belastenden Lebenssituation ausstrahlte, und der Abschied auf dem Gleis des Zürcher Hauptbahnhofs. Er umarmte mich und sprach mir zu: »Mach etwas Gutes aus Deinem Leben!«

Der Wunsch, den Armen und Rechtlosen zu dienen und mit ihnen zu leben, führten ihn weiter nach Kenia. Im Dezember 1995 beschrieb er in einem Rundbrief sein neues Wirkungsfeld:

»Von Nairobi, der Hauptstadt Kenias, sind wir 550 km entfernt. [...] [D]urch eine offene Straße in schlechtem Zustand [...]. Fünf- undachtzig Kilometer entfernt liegt Wamba, ein kleines Dorf in Samburu, wo eine italienische Solidaritätsgruppe in Zusammenarbeit mit der Diözese Marsabit vor mehr als 20 Jahren ein großes Krankenhaus gebaut hat [...]. Dieses Krankenhaus ist ein wahres Wunder der Solidarität, das, was einige lateinamerikanische Schriftsteller »Die Zärtlichkeit des Volkes« genannt haben. Ohne dieses Krankenhaus wären viele Menschen gestorben und die Samburu-Bevölkerung dezimiert worden, denn dies ist ein Gebiet

mit einem hohen Risiko für Krankheiten wie Malaria, Polio, Tuberkulose, zerebrale Malaria usw., und die Gesundheitsversorgung durch die Regierung ist miserabel [...]. Genau in dieses Krankenhaus in Wamba verlegen wir die Schwerkranken im Missionswagen, der fast das einzige Fahrzeug ist, das in dieser Gegend verkehrt. Alle Priester, Ordensleute und Laien, die in der Diözese Marsabit arbeiten, haben freien Zugang zu diesem Krankenhaus. Wir sagen Euch dies, um Euch zu beruhigen, denn im Falle eines Gesundheitsproblems können wir in dieses Krankenhaus kommen.«

Wenige Monate später erkrankte Carlos Alberto Calderón selbst an Malaria. Eine Autopanne verhinderte, dass er dieses Spital rechtzeitig erreichte. Am Karfreitag 1996 starb er im Alter von 46 Jahren. Kurz bevor er ins Koma fiel, fasste er in einem Abschiedsbrief zusammen, was sein Leben prägte und wofür er zu sterben bereit war. Wenn ich heute über den christlichen Heilungsauftrag in einem globalisierten Gesundheitswesen und die Zukunft christlicher Klinikseelsorge nachdenke, stehen mir diese Worte vor Augen:

Barsaloi/Kenia, 28.02.1996

Vollmondnacht in der Wüste Samburu!

Die ILAKIR DE ENKAI (die Sterne, die die Augen Gottes sind) haben sich versteckt. Willkommen Schwester Tod! Das Fieber steigt intensiv; es gibt keine Möglichkeit ins Spital von Wamba zu gehen ... Wie gewöhnlich ist unser Toyota kaputt. Ich fühle eine grosse, frohe Intensität angesichts des Todes. Leidenschaftlich lebte ich die Liebe für die Menschheit und für das Projekt Jesu ... Ich sterbe völlig glücklich ... Ich habe Fehler gemacht, ich machte Menschen leiden ... Ich hoffe auf ihre Vergebung! Wie gut ist es, wie die Ärmsten und Marginalisiertesten zu sterben ... Ohne die Möglichkeit ins Spital zu kommen ... Wie gut, wenn niemand mehr so sterben muss. Hoffentlich setzt ihr euch dafür ein!

Eine intensive Umarmung der Liebe für alle!

I Wandlungsprozesse und neue Rahmenbedingungen

Wie angekündigt, soll dieser erste Teil mit einem Blick auf Sigmar Polkes Achatfenster eröffnet werden. In ihnen kommen Prozesse ans Licht, in denen sich im Laufe vieler Jahrhunderte im Dunkeln der Erde, in Gesteinshohlräumen aller Art, buntfarbige und streifenförmige mikrokristalline Strukturen ausbildeten, die bei allen geometrischen Anklängen eher ins pflanzliche und biologische Formenspektrum zu gehören scheinen: Jahresringe, Eizellen, Urtierchen. Was Künstler und Kunsthandwerker in sorgsamer Feinarbeit zusammengeführt haben und nun als eine bewegte Ansammlung von aneinander geschmiegt Mikroorganismen erscheint, stammt aus vielen Ländern dieser Welt. Historisch und räumlich weit auseinanderliegende Wandlungsprozesse erscheinen so, im Auge der Schauenden, momenthaft synchronisiert. Bei längerem Betrachten werden Ordnungen sichtbar, formale und farbliche Entsprechungen, umfassende Gestalten.

Die auf den folgenden Seiten näher beleuchteten Entwicklungen gleichen in ihrer Vielfalt und Heterogenität diesen kristallinen Organismen, die sich erst mit der Zeit in ein Gesamtbild einfügen. Vergegenwärtigt und analysiert werden im Folgenden Transformationsprozesse, die nicht nur den Ort der Klinikseelsorge verschieben, sondern sie, so ist zu vermuten, selbst tiefgreifend wandeln werden. Um diesen Wandel als Wachstumschance zu nutzen, bedarf es einer genauen Analyse der zentralen Faktoren. Genauer zu verstehen sind insbesondere drei voneinander zu unterscheidende Prozesse:

Der erste, der sich um das Stichwort »Spiritual Care« kristallisiert, ist im Gesundheitswesen angesiedelt, und besteht, vereinfacht gesagt, in der Erweiterung des biopsychosozialen Gesundheitsmodells durch eine spirituelle Dimension. Die Seelsorge steht in diesem Zusammenhang vor der Herausforderung, ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu klären und sich stärker interprofessionell zu verorten.

Konzeptionelle Weichenstellung:

»Gesundheitswesen« statt »Medizin«

Gesundheitswesen wird in diesem Buch verstanden als die »Gesamtheit der Einrichtungen und Maßnahmen zur Gesundheits-

förderung bzw. zur Krankheitsverhütung, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsstörungen, Krankheit und Unfall sowie zur nachfolgenden Rehabilitation«. ⁹ Auf das Gesundheitswesen zu fokussieren, bedeutet eine bedeutsame Erweiterung des Bezugsrahmens seelsorglicher Tätigkeit. Die in der Seelsorgeliteratur und im Seelsorgeverständnis oft anzutreffende Begrenzung auf das Krankenhaus (oder einzelne Versorgungsbereiche) neigt dazu, dem umfassenden Kontext, in dem sich Gesundheitsinstitutionen entwickeln, zuwenig Aufmerksamkeit zu schenken. Zudem vermeidet eine Weitung des Blicks auf das Gesundheitswesen überscharfe und dualisierende Abgrenzungen. Das »Gesundheitswesen«, das aus vielen Subsystemen besteht, bildet einen Raum, in dem gesellschaftliche, politische und religiöse Sphären spannungsreich interferieren.

Der zweite Wandlungsprozess betrifft eine Entwicklung in westlichen Gesellschaften, die sich annäherungsweise durch das Stichwort »Postsäkularität« fassen lässt. Für die Klinikseelsorge stellt sich die Frage, wie sie der wachsenden religiösen und weltanschaulichen Pluralisierung entsprechen und sich in einen veränderten politischen Rahmen einfügen bzw. diesen selbst prägen kann.

Der dritte Transformationsprozess betrifft die Kirchen. Angesichts rückläufiger personeller und finanzieller Ressourcen stellt sich die Frage, in welcher Weise und Intensität sie künftig seelsorglich im Gesundheitswesen präsent sein können und wollen. Global betrachtet sind zugleich beachtliche kirchliche Aufbrüche zu beobachten, in denen spirituelle Heilungspraktiken eine entscheidende Rolle spielen.

Selbst wenn sich die drei genannten Transformationsprozesse gegenseitig beeinflussen und mitunter verstärken, müssen sie in der folgenden Analyse deutlich voneinander unterscheiden werden. So sind beispielsweise die aktuellen Entwicklungen im Bereich interprofessioneller Spiritual Care nicht notwendigerweise mit einem säkularen Kontext oder einer religiösen Pluralisierung verbunden. Denn

9 Gutzwiller/Paccaud, Das Schweizerische Gesundheitswesen, 235.

auch in nicht säkular geprägten Ländern wie dem Iran und Indien¹⁰ lässt sich eine zunehmende Implementierung einer sich interprofessionell verstehenden Spiritual Care beobachten.

Um den eingangs eingeführten Faden wieder aufzunehmen, wende ich mich zunächst den Entwicklungen innerhalb des globalisierten Gesundheitswesens zu, die in den letzten Jahrzehnten zu einer stärkeren Beachtung der spirituellen Dimension geführt haben. Im zweiten Kapitel soll dann der Blick auf die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen gerichtet werden, die sich seit der Jahrtausendwende markant verändert haben.

10 Zwei exemplarische Beispiele dafür sind: Tigari et al., Meaning of Spiritual Care; Gielen, Prevalence and Nature of Spiritual Distress.

1 Spiritual Care im Horizont globaler Gesundheit

Die Entwicklung moderner Medizin und Pflege stand im Zeichen einer ausgeprägten Orientierung an einem naturwissenschaftlichen Wissenschaftsparadigma und der Ausdifferenzierung in Subsysteme und Subdisziplinen mit eigenen Methoden und Technologien. Historisch betrachtet erfüllte sich im 20. Jahrhundert, was die hippokratischen Ärzte des vierten vorchristlichen Jahrhunderts auf den Weg gebracht hatten: eine nach rationalen Prinzipien entwickelte und empirisch fundierte medizinische Therapeutik. Während die hippokratische Medizin noch religiöse Praktiken integrierte, gehört es zum Selbstverständnis moderner Medizin, diese weitgehend auszuklammern.

Doch ist dies nur die eine Seite der Geschichte. Um die Genese spätmoderner Spiritual Care zu verstehen, ist nicht nur die eben genannte Ausdifferenzierung und Ausgliederung näher ins Auge zu fassen, sondern auch die vielgestaltigen holistischen Gegenbewegungen, die die moderne Medizin von Anfang an begleiteten. Ausdifferenzierung und Reintegration stehen in einem oft übersehenen Wechselverhältnis. Gerade weil die für die Moderne so charakteristischen Ausdifferenzierungs- und Säkularisierungsprozesse auch mit Ausgrenzung und Verdrängung verbunden sind, werfen sie die Frage auf, wie die getrennten und weitgehend autonom funktionierenden Sphären zusammenwirken. Wie ist darauf zu antworten, wenn sich ausgelagerte Dimensionen im säkularen Gesundheitswesen zurückmelden?

Versteht man Spiritual Care als Bemühen, die spirituelle Dimension unter gegenwärtigen Bedingungen in reflektierter Weise in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen, so ist damit eine Entwicklung bezeichnet, die nicht erst in jüngerer Zeit einsetzt. Sie ist nicht auf die Geschichte der modernen Hospizbewegung und der Palliative Care engzuführen, sondern hat mehrere Wurzeln und setzt

bereits im frühen 20. Jahrhundert ein. Die Entwicklung, so wird zu zeigen sein, wurde durch Initiativen aus sehr unterschiedlichen Bereichen vorangetrieben: ärztlichen, pflegerischen, religionspsychologischen, seelsorglichen u. a. m. Der Eindruck, Spiritual Care sei ein Produkt des späten 20. oder frühen 21. Jahrhunderts, dürfte damit zusammenhängen, dass sich in dieser Zeit ein disparates Feld sehr unterschiedlicher Bewegungen wissenschaftlich zu etablieren und im Gesundheitsbereich stärker zu strukturieren begann. Selbst wenn es angesichts der fortschreitenden Ökonomisierung¹¹ und Technisierung des Gesundheitswesens unangemessen ist, von einem »spiritual turn« zu sprechen, setzte sich in den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zunehmend die Erkenntnis durch, dass ein exklusiv kurativ-biomedizinischer Ansatz die Ziele heutiger Gesundheitsversorgung nicht zu erreichen vermag. Daniel Callahan, der im Auftrag des Hastings Center in New York eine internationale Kommission zu dieser Thematik präsidierte, bringt es auf den Punkt:

»Mitte der 90er-Jahre war die Medizin eine kostspielige, komplexe und schwierige Unternehmung geworden, die den Optimismus Lügen strafte, welcher die Zeitspanne zwischen dem Zweiten Weltkrieg und den 80er-Jahren beherrscht hatte.«¹²

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten sich sehr unterschiedliche Ansätze, die spirituelle Dimension unter den Bedingungen der modernen Medizin zur Geltung zu bringen. Die historische Vergegenwärtigung dieser unterschiedlichen Ansätze, auf die ich im Laufe dieses Buches wiederholt zurückkommen werde, dient dazu, auf den Variantenreichtum christlich inspirierter Spiritual Care aufmerksam zu machen. Der christliche Heilungsauftrag und das Verhältnis zwischen Seelsorge und Gesundheitsberufen kann, so wird sich zeigen, in sehr unterschiedliche Richtung entfaltet werden.

11 Vgl. Haart, Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus.

12 Callahan, Ziele der Medizin, 16.

Christlich inspirierte Spiritual Care im 20. Jahrhundert¹³

Die aktuellen Entwicklungen im hier untersuchten Bereich sind ohne Erinnerungsarbeit nur ungenügend zu verstehen und mitzugestalten.¹⁴ Wenn auf den folgenden Seiten die Entwicklungslinien nachgezeichnet werden, die hinter heutigen Suchprozessen liegen, so gleicht dies einer Baustellenbesichtigung. Auf welchen Fundamenten kann und soll weitergebaut werden? Freigelegt und vom Staub der Geschichte befreit werden sollen dabei die Grundlagen gegenwärtiger Versuche, Gesundheitsversorgung und Spiritualität in ein Verhältnis zu setzen. Einige der vorgestellten Modelle und Initiativen haben nichts an Aktualität verloren und enthalten Impulse, die längst noch nicht eingelöst worden sind. Schließlich geht es im Folgenden auch darum, wenig wahrgenommene Zusammenhänge freizulegen und dabei auch irreführende Vorstellungen zu korrigieren. So ist beispielsweise die Geschichte moderner Spiritual Care nicht auf jene der Palliative Care beschränkt und nicht mit einer Säkularisierung christlicher Spiritualität gleichzusetzen.¹⁵ Zur Geschichte heutiger Spiritual Care gehört auch die Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts, die selbst in einem breiteren Kontext zu verstehen ist. Diese wurde nicht allein durch den reformierten Theologen Antoin T. Boisen, sondern ebenso durch den Hämatologen und Medizinreformer Richard C. Cabot ins Leben gerufen. Und es waren nicht allein diese zwei ungleichen Männer, die die *Clinical Pastoral Education* institutionalisiert haben, sondern auch

-
- 13 Ich greife im Folgenden zurück auf die Ergebnisse eines SNF-Forschungsprojekts, das die Integration der spirituellen Dimension in die WHO untersuchte. Eine ausführlichere Darstellung mit Quellenangaben findet sich in: Peng-Keller/Neuhold, *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen*; Peng-Keller/Winiger/Rauch, *The ›spiritual dimension‹ of health and the World Health Organisation*.
- 14 So auch Swift, *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century*, 9: »An absent history may be a contributory factor in the crisis of contemporary chaplaincy, emphasizing the lack of a clear sense of identity and forward momentum.«
- 15 Zur komplizierten Geschichte des Terminus ›Spiritualität‹: Peng-Keller, *Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs*; Peng-Keller, *Genealogies of ›spirituality‹*.

eine äußerst profilierte Frau: Helen Flanders Dunbar. Auch war es nicht erst die Bangkok-Erklärung von 2005, die den Einbezug der spirituellen Dimension erstmals im Kontext internationaler Gesundheitspolitik legitimierte, sondern bereits sehr viel früher eine Resolution der Weltgesundheitsversammlung im Jahre 1984.

Das christlich inspirierte Engagement im Gesundheitswesen nahm im vergangenen Jahrhundert sehr unterschiedliche Gestalten an, die stärker miteinander verflochten sind, als es auf den ersten Blick erscheint. Christliche Akteure waren, wie im Folgenden exemplarisch gezeigt werden soll, in unterschiedlichen Kontexten zu finden: an der Seite derer, die sich für die weltweite Verbreitung moderner Medizin einsetzten, doch ebenso in medizinkritischen Reformbewegungen aller Art.

Clinical Pastoral Education: Professionalisierung klinischer Seelsorge

Dass sich holistisches Denken und moderne Medizin vielfach verbinden konnten, zeigt sich in besonders einflussreicher Weise in jenem innovativen Experiment, das der reformierte Theologe Elwood Worcester (1862–1940) in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts ins Leben rief und das als Schmelztiegel der *Clinical Pastoral Education* betrachtet werden kann: die Emmanuel-Bewegung. Ihren Namen verdankt diese Bewegung jener Kirchgemeinde in Boston, in der sie verortet war.¹⁶ Auf Anfrage eines befreundeten Arztes entwickelte Worcester 1905 ein gemeindliches Unterstützungsangebot für armutsbetroffene und an Tuberkulose erkrankte Menschen. Dazu richtete er ein ambulantes Versorgungszentrum ein, das sowohl seelsorgliche Beratung als auch medizinische Behandlungen und gruppentherapeutische Angebote umfasste. Bald schon wurde das Therapieprogramm auf Menschen mit psychischen Belastungen und Suchterkrankungen ausgerichtet und das Spektrum der verwendeten Therapieansätze erweitert. In wöchentlichen Zusammenkünften bot ein interprofessionelles Versorgungsteam Betroffenen

16 Zum Folgenden: Powell, Worcester; Stollberg, *Therapeutische Seelsorge*; Myers-Shirk, *Helping the Good Shepherd*.

psychologische und spirituelle Unterstützung an. Diese wöchentlichen Treffen, die bald schon Aufsehen erregten, begannen mit spirituellen, medizinischen und psychoedukativen Vorträgen, an die sich eine Einladung zu therapeutischer Behandlung, Beichte, Gebet und spirituellem Austausch anschloss.

Religion and Medicine (1908): Grundlagen interprofessioneller Spiritual Care

Seinen neuartigen Versuch, psychotherapeutische Unterstützung mit spirituellen Praktiken zu verknüpfen, legitimierte Worcester im wegweisenden Buch mit dem programmatischen Titel *Religion and Medicine*. Es wurde 1908 in Zusammenarbeit mit dem anglikanischen Theologen Samuel McComb und dem jüdischen Psychiater Isador Coriat veröffentlicht.¹⁷ Die Autoren sehen sich in einer neuen Epoche spiritueller Aufbrüche verortet: »Wenn das Neunzehnte Jahrhundert materialistisch und kritisch war, so verspricht die erste Hälfte des Zwanzigsten Jahrhunderts zu einem mystischen und spirituellen zu werden.« (8) In einer Zeit, in der die gesundheitsfördernde Wirkung von »religiösen und spirituellen Zuständen« erkannt worden sei, versuchen die Autoren, spirituelle Heilungspraxis und moderne Wissenschaft in reflektierter Weise aufeinander zu beziehen. Die Emmanuel-Bewegung, deren Praxis das Buch reflektiert und legitimiert, nimmt Einsichten und Verfahren der späteren kognitiven Verhaltenstherapie ebenso vorweg wie die seelsorgliche Dokumentation zu interprofessionellen Zwecken.

Die therapeutische Methodik, die das Buch mit Blick auf unterschiedliche Erkrankungen und auf die Unterversorgung von finanzschwachen Bevölkerungsgruppen entfaltet, setzt auf der mentalen Ebene an. Sorgenvolle Gedanken sollen – in Ausrichtung auf Gottes Gegenwart – durch solche ersetzt werden, die Hoffnung und Zuversicht vermitteln. Für psychische Störungen wie Neurasthenie und Hysterie sowie für Alkoholismus gebe es bislang keine wirksameren

17 Worcester/McComb/Coriat, *Religion and medicine*. Die Mitarbeit des jüdischen Psychiaters Coriat belegt die transreligiöse Offenheit der Emmanuel-Bewegung. Die Seitenzahlen im Text beziehen sich auf diese Publikation.

Therapien als jene, die die Macht der Gedanken positiv zu nutzen verstehen. Die vom *New Thought* inspirierten (auto-)suggestiven Verfahren werden von Worcester und seinen Mitautoren doppelt kontextualisiert: Sie werden zum einen in den Zusammenhang moderner psychologischer Wissenschaft gestellt, zum anderen in einen religiösen Deutungs- und Praxiszusammenhang. Theologisch berufen sich die Autoren auf den christlichen Heilungsauftrag. Er dürfe umso weniger vernachlässigt werden, als es eine wachsende Zahl an spirituellen Heilungsbewegungen gebe, die der Kirche ebenso kritisch gegenüberstehen wie der modernen Medizin. Demgegenüber vertritt das Buch einen therapeutischen Pluralismus, in dessen Horizont auch die moderne Medizin eine theologische Dignität erhält: »Gott heilt durch verschiedene Mittel« (3) – auch durch jene einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin.

Zu den Ärzten, die die Emmanuel-Bewegung unterstützten, gehörte der bereits genannte Hämatologe *Richard Cabot* (1868–1939), der am Massachusetts General Hospital für die ambulante Versorgung zuständig war. Cabot ist auch das Bindeglied zwischen der Emmanuel-Bewegung und der *Clinical Pastoral Education*, die er mitbegründete. Der Anstoß zur Professionalisierung klinischer Seelsorge antwortet auf die medizinische Kritik an der Emmanuel-Bewegung und auf die wachsende Ausdifferenzierung des klinischen Arbeitsfelds. So rief Cabot bereits im Jahre 1905 die klinische Sozialarbeit ins Leben und richtete am Massachusetts General Hospital aus eigenen Mitteln die erste solche Stelle ein. Cabots Vision einer neuen Form seelsorglicher Tätigkeit, die er selbst als »klinisch« benannte, gründete in der Erfahrung interprofessioneller Zusammenarbeit mit Seelsorgern und der Einsicht, dass Ärzte in einer sich zunehmend spezialisierenden Medizin auf spezialisierte Fachpersonen aus anderen Disziplinen angewiesen sind.

Als Vertreter der sozialen Medizin forderte Cabot, dass eine gute medizinische Versorgung auch den sozialen Kontext berücksichtigen müsse. In ähnlicher Weise sollte auch die spirituelle Dimension in die interprofessionelle Versorgung einbezogen werden: durch klinisch ausgebildete Seelsorger, die Teil des Behandlungsteams sind

und ihre Erfahrungen in Seelsorgeprotokollen dokumentieren. Dem Seelsorger kam nach Cabot in diesem Zusammenhang primär eine begleitende und beratende Aufgabe zu, deren Ziel es sein sollte, leidende Menschen dabei zu unterstützen, menschlich zu reifen und zu einem tieferen Glauben zu finden.¹⁸

Auch *Anton T. Boisen* (1876–1965), der 1925 zusammen mit Cabot die *Clinical Pastoral Education* auf den Weg brachte, ließ sich von der Emmanuel-Bewegung inspirieren, wenn auch in deutlich anderer Weise. In Worcester's christlich-therapeutischem Holismus fand Boisen ein Leitbild für sein eigenes Bemühen, dem christlichen Heilungsauftrag innerhalb der Großkirchen neues Leben einzuhauchen. Zeitlebens selbst an psychischen Belastungen leidend, vertrat Boisen einen eher medizinkritischen Heilungsansatz und deutete Krankheits- und Heilungserfahrungen im Horizont des christlichen Glaubens. Während Cabot die Bedeutung einer soliden schulmedizinischen Grundlage und die leitende Rolle des Arztes betonte, sympathisierte Boisen im Namen einer umfassenden Heilung mit eher unorthodoxen Sichtweisen und Ansätzen.

Nochmals eine andere, stärker psychoanalytisch geprägte Sicht vertrat *Helen Flanders Dunbar* (1902–1959), die als theologisch und philosophisch ausgebildete Ärztin den 1930 gegründeten *Council of the Clinical Training of Theological Students* (CCTTS) in seinen ersten Jahren leitete und damit die Geschicke der Seelsorgebewegung inhaltlich und politisch mitbestimmte. Dunbar, die als Begründerin der US-amerikanischen Psychosomatik gilt,¹⁹ studierte zunächst Philosophie und Theologie und promovierte 1929 an der Columbia University in New York mit einer vielbeachteten Arbeit über Dantes *Divina Commedia*. Gleichzeitig studierte sie Medizin und absolvierte, während eines Studienaufenthalts in Europa, Praktika am Wiener Universitätsspital beim Psychoanalytiker Felix Deutsch und am Zürcher Burghölzli bei Carl Gustav Jung. Dunbar betonte die spannende und heilende Kraft religiöser Erfahrungen und die Verwobenheit der körperlichen, psychischen und geistigen Dimensionen. In ihrer Überzeugung, dass »nur wenige Patienten noch eines

18 Cabot/Dicks, *The Art of Ministering to the Sick*.

19 Vgl. Peetz, Helen Flanders Dunbar – Die Mutter der Psychosomatik.