

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in *Pastoraltheologie* 106 (2017). It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Peng-Keller, Simon

Professionelle Klinikseelsorge im Horizont interprofessioneller Spiritual Care

in: *Pastoraltheologie* 106 (2017), pp. 411–421

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2017

URL: <https://doi.org/10.13109/path.2017.106.10.411>

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Vandenhoeck & Ruprecht: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in *Pastoraltheologie* 106 (2017) erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch nicht das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Peng-Keller, Simon

Professionelle Klinikseelsorge im Horizont interprofessioneller Spiritual Care

in: *Pastoraltheologie* 106 (2017), S. 411–421

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2017

URL: <https://doi.org/10.13109/path.2017.106.10.411>

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags Vandenhoeck & Ruprecht publiziert: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Ihr IxTheo-Team

Professionelle Klinikseelsorge im Horizont interprofessioneller Spiritual Care

Simon Peng-Keller

„Spiritual Care“ wird manchmal säkulares Angebot verstanden, das die herkömmliche Klinikseelsorge beerbt. Dieses Verständnis ist, so möchte der vorliegende Beitrag zeigen, engführend. Das zentrale Anliegen von Spiritual Care, die spirituellen Nöte und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit divergenten weltanschaulichen und religiösen Hintergründen in klinischen Kontexten wahrzunehmen, wird längst schon weltweit von vielen Klinikseelsorgenden wahrgenommen, die gleichzeitig eine bestimmte religiöse Tradition verkörpern. Dass Spiritual Care nicht mit säkularer Spiritualität und religiös distanzierter Spiritual Caregiver identifiziert werden sollte, zeigt sich schon daran, dass die Anliegen interprofessioneller Spiritual Care inzwischen auch in Ländern wie dem Iran und Indien¹ aufgenommen wurden – in uneingeschränkt religionsfreundlichen Varianten. Die globalen Entwicklungen im Feld von Spiritual Care sind pluraler und offener als oft wahrgenommen wird. Blickt man vor dem Hintergrund der internationalen Spiritual Care-Forschung auf die aktuelle deutschsprachige Diskussion um die Zukunft der Klinikseelsorge,² wird deutlich, dass es in dieser Auseinandersetzung um drei zwar miteinander verbundene, aber um der Klarheit willen deutlich voneinander zu unterscheidende Fragen geht, die sich aus drei unterschiedlichen Transformationsprozessen ergeben:

1. *Kirchlicher Transformationsprozess:* Angesichts rückläufiger personeller und finanzieller Ressourcen stehen die Kirchen gegenwärtig vor der Frage, in welcher Weise und Intensität sie künftig seelsorglich im Gesundheitswesen präsent sein können.
2. *Gesellschaftlicher Wandel:* Angesichts der religiösen und weltanschaulichen Pluralisierung stellt sich die Frage nach geeigneten Seelsorgeangeboten für andersgläubigen oder areligiösen Menschen in öffentlichen Institutionen wie Gefängnissen und Krankenhäusern.
3. *Gesundheitspolitischer Wandel:* Angesichts des zunehmenden Einbezugs spiritueller Aspekte in die Gesundheitsversorgung allgemein und in die Palliative Care im Besonderen, fragt sich schließlich, in welcher Weise die kirchliche Seelsorge diesen Wandel fruchtbar mitgestalten kann und welche Rolle ihr im Rahmen interprofessioneller Spiritual Care zukommt.

Sollen klare Antworten auf diese unterschiedlichen Fragen gefunden werden, müssen sie gesondert analysiert und diskutiert werden. In diesem Beitrag konzentriere ich mich ganz auf die letztgenannte. Um dem gegenwärtigen Diskussionshorizont historische Tiefe zu geben, gehe ich zunächst den Ursprüngen interprofessioneller Spiritual Care nach. Daran anschließend sollen in einem zweiten Schritt drei unterschiedliche Spiritual Care-Modelle skizziert werden, die dann im dritten Abschnitt auf die Aufgangsfrage bezogen werden.

1. Zur Herkunft interprofessioneller Spiritual Care

„Spiritual Care“ trägt, geschichtlich gesehen, eine christliche Signatur. Im England des 19. Jahrhunderts bezeichnete „spiritual care“ die christliche Pastoral in einem weiten Sinne. So verabschiedete das britische Unterhaus am 9. August 1844 einen „Act for making better Provision for the Spiritual Care of populous Parishes“³. Die im 20. Jahrhundert sich vollziehende Neuprägung des Begriffs entspricht

¹ Vgl. z.B.: *Batool Tigari, Sedigheh Iranmanesh, Mohammad Ali Cheraghi, Ali Arefi*, Meaning of Spiritual Care. Iranian Nurses' Experiences. *Holistic Nursing Practice* 27:4 (2013), 199–206; *Joris Gielen, Sushma Bhatnagar, Santosh K. Chaturvedi*, Prevalence and Nature of Spiritual Distress Among Palliative Care Patients. *Journal of Religion and Health*. 2016 May 6. [Epub ahead of print]

² Um nur drei Titel zu nennen: *Doris Nauer*, *Spiritual Care statt Seelsorge?* Stuttgart 2015; *Stefan Gärtner*, *Seelsorge wird Spiritual Care vs. Spiritual Care und Seelsorge. Ein Ländervergleich der institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen*, in: *Spiritual Care* 4 (2015), 202–212, 209. Vgl. die Antwort von *Ralph Kunz*, *Steilpass! Replik auf den Artikel von Stefan Gärtner*, in: *Spiritual Care* 5 (2016), 245–246.

³ *The Statutes of the United Kingdom of Great Britain and Ireland (Vol. 17)*. Notes and references by N. Simons, London 1845, 295f.

jener des ganzen semantischen Feldes um ‚spirituality‘.⁴ Doch beschränkt sich die christliche Signatur von Spiritual Care nicht auf begriffsgeschichtliche Herkunft. Fragt man nach der Genese jenes interprofessionellen Aufgabenfelds, das sich in den letzten Jahrzehnten unter dem Namen ‚Spiritual Care‘ etablierte, so stösst man auf unterschiedliche Quellen, Akteure und Schlüsselereignisse. Unbestritten dürfte sein, dass die 1984 getroffene Entscheidung des WHO-Exekutivrats, die spirituelle Dimension in die globale Gesundheitspolitik einzubeziehen, ein entscheidender Wendepunkt für die weitere Entwicklung darstellte. Unter der Leitung ihres damaligen Generaldirektors Halfdan Mahlers machte sich die WHO damit im Kontext des „Gesundheit-für-alle“-Programms ein Anliegen zu eigen, das bereits in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung wirksam war. Zu den Meilensteinen auf dem Weg zur heutigen Spiritual Care gehört zweifellos auch die Gründung des St. Christophers Hospice im Jahre 1967, mit der Cicely Saunders der modernen Hospizbewegung eine viel beachtete Leitgestalt gab. Als engagierte christliche Ärztin, ehemalige Sozialarbeiterin und einstige Krankenschwester war Saunders selbst die Verkörperung jener Interprofessionalität, die für das Selbstverständnis von Spiritual Care kennzeichnend ist. Doch ist die Hospizbewegung und die Institutionalisierung von Palliative Care nicht die einzige Quelle heutiger Spiritual Care. Seit ihrer Entstehung im 19. Jahrhundert war die moderne Medizin von Bewegungen begleitet, die naturwissenschaftliche Fokussierung auf biomedizinische Aspekte durch den Einbezug von spirituellen Aspekten zu ergänzen.⁵ Zu den Vorläufern heutiger Spiritual Care gehört z.B. der Schweizer Arzt Paul Tournier (1898-1986), der in seiner „*médecine de la personne*“ Medizin, Psychotherapie und Seelsorge zu integrieren suchte. Aus einem ähnlichen Geist entstand auch die *Clinical Pastoral Education*. Diese Pionierbewegung, die eine Erneuerung christlicher Seelsorge im Rahmen der modernen Medizin ins Auge fasste, entsprang der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen einem berühmten Arzt und einem damals noch gänzlich unbekanntem Theologen. Das ungleiche Duo bestand aus dem in Harvard lehrenden Hämatologen Richard Cabot und dem reformierten Klinikseelsorger Anton T. Boisen.⁶ Cabot veröffentlichte 1925 einen programmatischen Aufsatz mit dem Titel: *Plea for a Clinical Year for Theological Students*. Diese visionäre Idee wurde noch im selben Jahr durch Boisen umgesetzt. Dabei waren neben Medizin und Seelsorge noch weitere Professionen im Blick: Boisen arbeitete eng mit der Pflege zusammen, während Cabot auch im Bereich der klinischen Sozialarbeit Pionierarbeit leistete. Nicht zuletzt waren beide stark von der Religionspsychologie von William James beeinflusst, bei dem Cabot in Harvard studiert hatte.

Zu den Bewegungen und Impulsen, die maßgeblich zur Etablierung einer interprofessioneller Spiritual Care beigetragen haben, gehören nicht zuletzt solche aus dem pflegfachlichen Bereich. Zur Bezeichnung ihrer Aufgabe, kranke und sterbende Menschen auch in ihren spirituellen Bedürfnissen zu unterstützen, wurde im englischsprachigen Raum zunehmend der Begriff ‚Spiritual Care‘ verwendet. Möglicherweise bildet diese zunächst noch christlich geprägte Begriffsverwendung in pflegfachlichen Publikationen das Verbindungsstück zwischen dem einstigen pastoral-kirchlichen Gebrauchs des Terminus und der religionsunspezifischer Verwendung, die sich in den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts durchgesetzt hat. Eine Schlüsselrolle in dieser Entwicklung spielte der *Nurses Christian Fellowship*, eine Organisation, die Mitte der 1930er-Jahre in den USA gegründet wurde und die 1948 zu einer nationalen Organisation mutierte.⁷ In den 1960er-Jahren führt der NCE nicht nur in verschiedenen US-amerikanischen Bundesstaaten Workshops zu „Spiritual Needs of Patients“ durch, sondern initiierte auch erste Forschungsprojekte in diesem Bereich. Die reife Frucht dieser

⁴ Die diesbezüglichen semantischen Innovationen wurden dadurch begünstigt, dass die Rede vom ‚Geist‘ bzw. vom ‚spirit(us)‘ in der abendländischen Geistesgeschichte seit der Antike mehrdeutig war, vgl. *Simon Peng-Keller*, Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs. Begriffs- und spiritualitätsgeschichtliche Erkundungen im Hinblick auf das Selbstverständnis von Spiritual Care, in: *Spiritual Care* 3 (2014), 36-47.

⁵ Vgl. *Pamela E. Klassen*, *Spirits of Protestantism. Medicine, Healing, and Liberal Christianity*, Berkeley/Los Angeles/London 2011.

⁶ Vgl. *Robert David Leas*, Anton Theophilus Boisen. His Life, Work, Impact, and Theological Legacy, *Journal of Pastoral Care Publications* 2009 (ohne Ortsangabe).

⁷ <http://ncf-jcn.org/about-ncf/history-ncf>

Bestrebungen findet sich in dem 1978 erstmals erschienenen und danach mehrfach aufgelegten Buch von Judith A. Shelly und Sharon Fish mit dem Titel *Spiritual Care: The nurse's role*.⁸

In der pflegewissenschaftlichen Diskussion, die an diese frühen Publikationen anschloss und sich teilweise auch kritisch von ihnen absetzte, treten die christlichen Bezüge zunehmend in den Hintergrund. Das entspricht einer von Ann Bradshaw beobachteten Entwicklung innerhalb der modernen Hospizbewegung. Zwar habe bereits Saunders die durch Ordensfrauen geleistete Pflege in gewisser Weise säkularisiert, doch sei sie selbst noch von einer „theology of hope and trust in a God who overcomes suffering and death“ geleitet gewesen.⁹ Mit Blick auf die jüngere Entwicklung kritisiert Bradshaw nicht allein eine Tendenz zu einem therapeutischen Aktivismus und zur Bürokratisierung, sondern ebenso den Fehlschluss, ein säkularer Kontext verlange notwendigerweise nach einer säkularen Spiritualität. Bradshaws bereits 1996 geäußerten Kritik trifft sich mit der Kritik, die jüngst in der deutschsprachigen Pastoraltheologie gegenüber ‚der‘ Spiritual Care geäußert wurden.¹⁰ Doch ist Bradshaws Kritik selbst Teil eines kritischen Diskurses innerhalb des sich zunehmend pluralisierenden Forschungs- und Praxisfeld Spiritual Care.¹¹ Die Diskussion um das Verhältnis zwischen Klinikseelsorge und Spiritual Care bekommt einen völlig anderen Drive, wenn man versucht, die Bezugspunkte genauer zu bestimmen. Dabei stehen nicht nur unterschiedliche Seelsorgeansätze zur Diskussion sondern auch divergierende Spiritual Care-Modelle.

2. Divergente Spiritual Care-Modelle

Nach dem australischen Soziologen und Pastoraltheologen Bruce Rumbold lassen sich typologisch drei Grundmodelle unterscheiden, die aufgrund unterschiedlicher Vorannahmen die Aufgaben der Spiritual Care in teilweise gegenläufiger Weise bestimmen.¹² Alle drei Modelle umfassen eine Pluralität von Ansätzen, die sich in bestimmten Grundannahmen treffen. Je nach Modell kommen andere Akteure ins Spiel und wird die Verantwortung für Spiritual Care anders verteilt. Das erste Modell erweitert das biopsychosoziale Gesundheitsmodell und geht von einer klinischen Aufgabenstellung aus; das zweite Modell konzipiert Spiritualität und Spiritual Care als ethische und gemeinschaftliche Praxis; im dritten Modell ist die Unterscheidung zwischen körperlicher und spiritueller Heilung und die Priorisierung der letzteren leitend.

Wie alle Versuche, soziale Wirklichkeiten modellhaft zu erfassen, abstrahiert Rumbolds Typologie von der faktischen Komplexität institutionell und individuell bestimmter Spiritual Care-Praxis. Wenn ich mich im Folgenden dennoch, mit eigenen Akzentsetzungen und Weiterführungen, an dieser Typologie orientiere, dann in der Überzeugung, dass sie ein nützliches heuristisches Instrument darstellt. Es kann dazu beitragen, unreflektierte Hintergrundüberzeugungen zu explizieren und zu diskutieren und so die Vielschichtigkeit der aktuellen Diskussionslage besser zu durchschauen. Zwischen divergenten Spiritual Care-Modellen und -Ansätzen zu unterscheiden, dürfte für die aktuelle Diskussion nicht nur deshalb wichtig sein, weil sie auf alternative Modelle und Ansätze aufmerksam macht. Nicht weniger bedeutsam ist es, dass durch die Sichtbarmachung der internen Pluralität sich das Forschungsfeld selbst als solches hervortritt und sich von den in ihm vertretenen Ansätzen abhebt. ‚Spiritual Care‘ ist durch die im letzten Abschnitt resümierte Entwicklung zu einem sortalen Begriff für ein plurales Forschungs- und Praxisfeld geworden und kann deshalb nicht mehr mit einem bestimmten Ansatz identifiziert werden.

⁸ Judith A. Shelly, Sharon Fish, *Spiritual Care. The Nurse's Role*, Downers Grove 1978. Die Hinweise auf die Aktivitäten des Nurses Christian fellowship verdanke ich dem Vorwort von Grace Wallace in: ebd. 9-11.

⁹ Ann Bradshaw, *The spiritual Dimension of Hospice. The Secularization of an Ideal*, in: *Social Science & Medicine* 43 (1996), 409-419, hier: 412.

¹⁰ Am pointiertesten durch Doris Nauer, s. Anm. 2.

¹¹ Dass die Theologie sich bislang nur spärlich interdisziplinär in diesem Forschungsfeld eingebracht hat, ist zumindest am Rand selbstkritisch zu bemerken, vgl. Simon Peng-Keller, *Spiritual Care als theologische Herausforderung. Eine Ortsbestimmung*, in: *ThLZ* 140 (2015), 454-467.

¹² Bruce Rumbold, *Models of spiritual care*, in: M. Cobb/Ch. M. Puchalski/B. Rumbold (Eds.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford 2012, 177-183.

1. Klinisch-therapeutisches Modell

Wenn Rumbold das klinisch-therapeutische Spiritual Care-Modell an den Anfang stellt, so offenkundig deshalb, weil es sich dabei um das die aktuelle Diskussion beherrschende Paradigma handelt. Nach diesem Modell, das in prominenter Weise von Christina Puchalski und Betty Ferrell¹³ vertreten wird, steht ‚Spiritual Care‘ für eine ebenso organische wie konsequente Erweiterung des biopsychosozialen Gesundheitsmodells um eine vierte Dimension. Dem Verdacht, es handle sich dabei um einen notdürftigen Anbau an das in sich stehende Haus der Medizin, kann durch den Hinweis begegnet werden, bei dieser zusätzlichen Dimension handle es sich nicht einfach um einen zusätzlichen Aspekt, sondern um die basale – und gerade deshalb leicht übersehbare – Dimension menschlicher Gesundheit. Diese Vorstellung lässt sich durch eine gleichflächige Pyramide veranschaulichen, deren drei sichtbare Flächen für die physische, psychische und soziale Dimension der Gesundheit(sversorgung) stehen, während die Basis die spirituelle Dimension symbolisiert.¹⁴

Im klinisch-therapeutischen Spiritual Care-Modell stehen die spirituellen Bedürfnisse und Nöte einzelner Patientinnen und Patienten im Fokus der Aufmerksamkeit. Spiritualität und Religiosität wird als Ressource für Heilungs- und Copingprozesse betrachtet, die soweit wie möglich in die therapeutische und palliative Planung einbezogen werden soll. Insofern die Seelsorge dazu beitragen kann, erhält sie einen neuen Stellenwert für die Gesundheitsversorgung. Pointiert formuliert: Als Spezialdisziplin für religiöse und spirituelle Belange kann sie sich verstärkt in die interdisziplinäre Zusammenarbeit einbringen. In der jüngeren Seelsorgediskussion werden die sich damit eröffnenden Möglichkeiten bekanntlich nicht nur begrüßt, sondern auch mit Sorge wahrgenommen. Im Zentrum stehen drei Kritikpunkte: die Spannung zwischen klinischer Funktionalität und dem Eigensinn religiöser und spiritueller Praktiken, die Begrenzung der interprofessionellen Kommunikation durch das Seelsorgegeheimnis und der kirchliche Auftrag der Seelsorge. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die stärkere Integration klinischer Seelsorger(innen) indirekt zur Exklusion der Gemeindeseelsorge aus dem klinischen Kontext beiträgt.

Die genannten Einwände sind ernst zu nehmen und im Detail zu diskutieren. Ich beschränke mich auf einen kurzen Kommentar zum ersten Einwand: dass die therapeutische Nutzung von Spiritualität deren Eigensinn widerspreche. Dem könnte mit dem Hinweis begegnet werden, dass es in den großen religiösen Traditionen des Abendlandes (und anderer Kulturen) immer schon eine enge Verknüpfung zwischen spiritueller und therapeutischer Praxis gab. Das dritte Modell, das im Folgenden vorgestellt werden soll, wird diesen Aspekt in den Vordergrund rücken. Das klinisch-therapeutische Spiritual Care-Modell verdankt seine Plausibilität zudem wohl nicht allein dem Umstand, dass es sich mit therapeutischen Anliegen der heutigen Medizin und Pflege verbinden lässt, sondern ebenso einem gesellschaftlichen Wandel. In der Fokussierung die Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen Einzelner entspricht es jenen Suchbewegungen, die eine individualisierte und sich situativ wandelnde Spiritualität des/der Einzelnen betonen.¹⁵ An dieser Stelle setzt die Kritik jener an, die ein gemeinschaftsorientiertes Modell von Spiritual Care vertreten.

2. Gemeinschaftsorientiertes Modell

Von soziologischer Seite wurde früh schon auf die Engführungen des klinisch-therapeutischen Palliative- und Spiritual Care-Modells aufmerksam gemacht. So wurde auf die Tendenz hingewiesen, Spiritualität unter den Bedingungen heutiger Medizin zu funktionalisieren und die gemeinschaftlichen

¹³ Christina M. Puchalski/Betty Ferrell, *Making Health Care Whole. Integration Spirituality into Patient Care*, West Conshohocken 2010.

¹⁴ Diese Veranschaulichung findet sich in den 2008 veröffentlichten *Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität* der Bigorio-Arbeitsgruppe von palliative.ch, vgl. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_1_bigorio_2008_Spiritualitaet_de.pdf (abgerufen: 10.09.2016).

¹⁵ Paul Heelas, *Spiritualities of Life. New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*, Malden MA/Oxford 2008.

und gesellschaftlichen Kontexte von Spiritual Care auszublenden.¹⁶ Gemeinschaftsorientierte Spiritual Care-Ansätze, wie sie beispielsweise von Allan Kellehear vertreten wird,¹⁷ rücken vulnerable Menschen *in ihrer gemeinschaftlicher (Nicht-)Einbettung* ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Nicht weniger als das erste Modell kann sich auch das zweite auf Cicely Saunders berufen. Der Gedanke der Gastlichkeit, der die moderne Hospizbewegung inspirierte, war von einem Ethos der Solidarität, der umfassenden Gemeinschaft durchtränkt. Sterbende Menschen sollen sich als Teil einer „Gemeinschaft der Ungleichen“ erleben dürfen, zu der die professionellen Helfer ebenso gehören wie ehrenamtliche Mitarbeiter. In eine ähnliche Richtung verweist auch die Gesundheitspolitik des ÖRK¹⁸ und religiös geprägte Initiativen wie jene von Mutter Teresa.

Nach Kellehear besitzen spirituelle Bedürfnisse „eine große gemeinschaftsbasierte (community-based) Komponente, die Freunde und Verwandte genauso als ihre Verantwortung wie die des sterbenden Mitglieds wahrnehmen.“¹⁹ Gegen den Trend, Spiritual Care als neue (*inter-*)*professionelle* Aufgabe zu konzipieren und sie klinischen Fachleuten anzuvertrauen, betont Kellehear, die gesellschaftliche Verantwortung für eine solche Praxis. Während die klinisch-therapeutischen Modelle für eine Professionalisierung von Spiritual Care plädieren, wird im Horizont von gemeinschaftsorientierten Modellen auf die Bedeutung der ehrenamtlichen Mitarbeiter(innen) hingewiesen.

Sucht man in der abendländischen Tradition nach Vorläufern für eine gemeinschaftsorientierte Spiritual Care, kann man sowohl auf die Sophokles' Philoktetes als auch auf jene neutestamentlichen Heilungsgeschichten verweisen, in denen es auch um Heilung einer zerbrochenen Gemeinschaft geht (z.B. Mk 5,1-20). Auch die bereits in der Antike verbreitete Praxis der Handauflegung kann als symbolischer Vollzug verstanden werden, durch den kranke Menschen in erlebbarer Weise die palliative Kraft der Gemeinschaft vermittelt wird.²⁰ Die weit verbreitete Praxis der Handauflegung ist heute jedoch stärker mit jenen Spiritual Care-Modellen verknüpft, die Rumbold in einer dritte, als ‚holistisch‘ zu beschreibenden Gruppe zusammenfasst.

3. Holistisches Modell

Die dritte Gruppe ist die heterogenste. ‚Holistisch‘ sind die in ihr versammelten Ansätze insofern, als sie mit der Verheißung eines ‚umfassendes Heilwerden‘ verknüpft sind. Darunter fallen einerseits Ansätze zu einer trans- und postreligiösen Spiritualität (mit ihrer Affinität für alternativ- oder komplementärmedizinischen Verfahren), andererseits ausdrücklich religiöse Heilungsansätze, wie sie u.a. in pfingstlich-charismatischen Gemeinschaften zu finden sind. Auch manche von C.G. Jung inspirierte Seelsorgeansätze können dem holistischen Spiritual Care-Modell zugerechnet werden.²¹

Holistische Ansätze beanspruchen, die biomedizinische Fokussierung auf evidenzbasierte Heilverfahren in doppelter Weise zu ergänzen: zum einen durch spirituelle Heilungspraktiken, zum anderen durch eine besondere Aufmerksamkeit für Krankheiten, die nicht den Körper, sondern den (in einem weiten Sinne verstandenen) ‚Geist‘ betreffen. Die Rolle der für eine solche Spiritual Care zuständigen Personen beschränkt sich oft nicht auf jene eines Begleiters, sondern tendiert zu jener eines Heilers oder eines Mediums, das sich in den Dienst einer geistig-geistlichen Wirklichkeit stellt

¹⁶ Toni Walter, The ideology and organization of spiritual care. Three approaches, in: Palliative Medicine 11 (1997), 21-30.

¹⁷ Allan Kellehear, Compassionate Cities. Public health and end-of-life care, Oxfordshire/New York 2005.

¹⁸ Vgl. Klassen, Spirits of Protestantism, 199-202; Socrates Litsios, The Christian Medical Commission and the Development for the World Health Organization's Primary Health Care Approach, in: American Journal of Public Health 94 (2004), 1884-1893.

¹⁹ Allan Kellehear, Spiritual Care in Palliative Care: Wessen Job ist das?, Geleitwort zu: Birgit Heller/Andreas Heller, Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse, Bern 2014, 11-14, hier: 13.

²⁰ Der Gemeinschaftsbezug einer solchen Praxis wird historisch in besonderer Weise dort greifbar, wo sie zum Aufgabenfeld des Königs gehörte – eine Praxis, die bis weit in die Neuzeit hinein verbreitet war. So berührte beispielsweise Ludwig XIV. am 22. Mai 1701, dem Dreifaltigkeitssonntag dieses Jahres, 2 400 Kranke. Vgl. Marc Bloch, Wundertätige Könige, München 1998, 388.

²¹ Um nur ein Beispiel zu nennen: Terrence P. McGillicuddy, Sacred dreams & life limiting illness. A deph psychospiritual approach, Blommington 2013.

und diese repräsentiert. Im holistischen Modell vollzieht sich Spiritual Care weniger durch das Leitmedium des Gesprächs als in Gestalt von energetischen Praktiken.

Mit Blick auf die deutschsprachige Seelsorgetheorie kann in diesem Zusammenhang exemplarisch auf Manfred Josuttis verwiesen werden. Josuttis situiert sein Plädoyer für eine Wiederbelebung christlich-charismatischer Heilpraxis bzw. eine „energetische Seelsorge“ im Kontext aktueller alternativ- oder komplementärmedizinischen Bewegungen und beruft sich auf die „Krafttaten“ Jesu.²²

Die in der aktuellen Diskussion eher verdeckte als thematisierte christliche Inspiration heutiger Spiritual Care lässt sich mit Blick auf die drei skizzierten Modelle theologisch konkretisieren: Während das erste Modell in Kontinuität zu einer liberal-theologischen Tradition steht,²³ und das zweite über Jahrzehnte das Leitmodell des ÖRK darstellte, kann sich das dritte auf charismatische Ansätze innerhalb der christlichen Tradition berufen. Versteht man den Geistbezug in ‚Spiritual Care‘ pneumatologisch, stehen die drei Modelle für unterschiedliche theologische Leitvorstellungen: Wirkt nach dem ersten Modell der Geist in erster Linie motivational und sinnstiftend, erscheint er nach dem zweiten als Kraft, die die Wunde der Ausgrenzung heilt und neue Gemeinschaft stiftet. Das dritte Modell wiederum rückt das charismatisch-energetische Moment in den Vordergrund und macht in ihm den christlichen Heilungsauftrag fest.

3. Klinikseelsorge in der Ausgestaltung interprofessioneller Spiritual Care

Für die Diskussion über die Zukunft der Klinikseelsorge und ihren Beitrag zu einer interprofessionellen Spiritual Care bietet die von Rumbold herausgearbeitete Pluralität an Modellen wichtige Klärungen. Sie liegen, so kann resümiert werden, auf zwei unterschiedlichen Ebenen: Die Herausarbeitung und kritische Diskussion unterschiedlicher Spiritual Care-Modelle trägt *zum einen* zur reflexiven Selbstklärung des interdisziplinären Forschungsfelds ‚Spiritual Care‘ bei. Die eingangs eingeführte Unterscheidung zwischen ‚Spiritual Care‘ als sortalem Begriff einerseits und konkreten Spiritual Care-Ansätzen andererseits macht differenzierte Stellungnahmen und Analysen möglich. *Zum andern* bergen die skizzierten und sich gegenwärtig verbreiternden Spiritual Care-Diskurse für die seelsorgetheoretische und -praktische Reflexion vielfältige Impulse und Herausforderungen. Die drei skizzierten Modelle (die sich ggf. auch kombinieren lassen) eröffnen unterschiedliche Entwicklungsperspektiven, die auf ihre Chancen und Grenzen zu bedenken sind und in ihrer Gegenläufigkeit auch als Korrektive betrachtet werden können. Während die Klinikseelsorge im Rahmen des ersten Modells gefordert ist, sich in verbindliche Kooperationen mit profilstarken Professionen zu begeben und sich darin zu bewähren, macht das zweite Modell auf die Bedeutung von ‚caring communities‘ und die Grenzen der Professionalisierung aufmerksam. Das dritte Modell schließlich erinnert die christliche Seelsorge an ihren charismatischen Auftrag, aus der heilsamen Präsenz des Heiligen Geistes zu wirken und sie zu vergegenwärtigen.

Die Herausbildung des interdisziplinären Forschungs- bzw. interprofessionellen Praxisgebiets Spiritual Care dürfte zu jenen Entwicklungen gehören, die nach Charles Taylor mit einem ‚Sperrklinkeneffekt‘ zu vergleichen sind. Die Metapher steht für historische Entwicklungen, die nicht mehr rückgängig zu machen sind.²⁴ Als sich zunehmend institutionalisierendes Praxis- und Forschungsfeld gehört Spiritual Care zu den innovativen Entwicklungen innerhalb des globalisierten Gesundheitswesens. Es ist absehbar, dass sich das Bemühen um eine angemessene Spiritual Care für unterschiedliche Kontexte und Patientengruppen in den kommenden Jahren weiter intensivieren wird. Durch den Einbezug der spirituellen Dimension in die Gesundheitspolitik der WHO, die Etablierung international vernetzter Forschungsaktivitäten zu Spiritual Care und internationalen Trends im Bereich der Komplementärmedizin ist in den letzten Jahrzehnten ein neuer Rahmen entstanden, der sich zunehmend auch auf nationaler und lokaler Ebene auswirken wird. Kirchliche Seelsorge steht heute nicht vor der Frage, *ob* sie sich in diesen Rahmen stellen soll oder nicht, sondern *wie* sie das tun bzw.

²² Manfred Josuttis, Religion als Handwerk. Zur Handlungslogik spiritueller Methoden, Gütersloh 2002, 181.

²³ Vgl. Klassen, Spirits of Protestantism.

²⁴ Charles Taylor, Ein säkulares Zeitalter, Frankfurt/M. 2009, 465.

Pastoraltheologie - Themenheft "Spiritual Care"

wie sie diesen Rahmen, zu dessen Herausbildung christlich inspirierte Bewegungen maßgeblich beigetragen haben, kreativ mitgestalten kann.