

Einblicke in die spirituelle Begleitung am Lebensende – Empirische Erhebung im Hospiz und Palliativbereich

Empirical Insights into Spiritual Care for the Dying

Autoren

T. Roser^{1,2}, T. Hagen^{1,3}, C. Forster¹, G. D. Borasio¹

Institute

¹ Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, LMU München

² Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern

³ Erzdiözese München und Freising

Schlüsselwörter

- spirituelle Begleitung
- Seelsorge
- Rituale
- palliative care

Keywords

- spiritual care
- pastoral care
- rituals
- palliative care

Zusammenfassung

Spiritual Care als Bestandteil palliativer und hospizlicher Versorgung wird aktuell weitgehend von Seelsorgern übernommen. Bisher gibt es kaum empirische Daten über die konkret geleistete Seelsorge. In der Studie dokumentierten Seelsorger an 8 Hospiz- und Palliativeinrichtungen insgesamt 250 konsekutive Kontakte über einen Zeitraum von einem Kalendermonat. Die Ergebnisse zeigen, dass etwa 60% der Kontakte ausschließlich mit dem Patienten stattfinden, 32% mit Patient und Angehörigen, 8% allein mit Angehörigen. Religiöse Zugehörigkeit war kein Kriterium für den Kontakt. Seelsorgliche Handlungsformen sind Gespräche (in 100% aller Kontakte) und rituelle Handlungen (55%), letztere abhängig von der Religionszugehörigkeit. Die Studie gibt Einblick in die Häufigkeit und Dauer seelsorglicher Begleitung in den verschiedenen Einrichtungen, Formen spiritueller Intervention und Indikation zu spiritueller Begleitung.

Abstract

Spiritual Care as part of Hospice and Palliative Care is usually assigned to pastoral care services. There is, however, a lack of empirical data describing what pastoral care actually does. The study gives quantitative data on the actual performance of spiritual care services in German hospice and palliative care services. Chaplains in 8 German palliative care and hospice settings documented 250 consecutive contacts over the period of one month along a predefined report. Results show that some 60% of all contacts were with patient alone, 32% with patient and family member, 8% with family member alone. In all cases, religious affiliation was not a criteria for contact. Pastoral care acts included conversation (100%) and rituals (55%). Ritual acts depended heavily on religious affiliation. The study gives insights into the number and length of spiritual care contacts in different settings, spiritual care interventions, and indications for spiritual care.

Hintergrund

Der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge ist spirituelle Begleitung fester Bestandteil des ganzheitlichen Ansatzes von Palliativmedizin. Während viel Anstrengung bislang in die begriffliche Bestimmung von Spiritualität, spiritueller Begleitung sowie in Methoden spiritueller Anamnese und Diagnostik geflossen ist, gibt es bislang ein Defizit in der Beschreibung der tatsächlich geleisteten spirituellen Begleitung von Patienten auf Palliativstationen und in stationären Hospizen sowie ihrer Angehörigen. Dabei bedarf es grundsätzlich einer Klärung, wie sich der Beitrag der für spirituelle Begleitung vorrangig zuständigen Berufsgruppe der Seelsorger und Seelsorgerinnen gestaltet. Eine realistische Beschreibung anhand empirisch erhobener Daten bietet den

Ausgangspunkt für die Diskussion, welche personelle Ausstattung dem selbst erhobenen ganzheitlichen Anspruch von Palliativmedizin angemessen ist. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es deshalb, Datenmaterial für eine erste aussagekräftige Erfassung tatsächlich geleisteter spiritueller Begleitung *durch Seelsorgepersonal* an unterschiedlichen Hospizen und Palliativstationen zu leisten. Die Daten sollten es ermöglichen, realistische Werte für die seelsorgliche Betreuungszeit pro Patienten/Bewohner zu erhalten sowie einen Überblick über die Arbeitsformen von Seelsorge im palliativmedizinischen Umfeld zu verschaffen.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223539>
 Z Palliativmed 2010; 11: 130–132
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 1615-2921

Korrespondenzadresse

PD Dr. Traugott Roser
 Evangelisch-Theologische
 Fakultät
 Geschwister-Scholl-Platz 1
 80539 München
 traugott.rosert@med.uni-
 muenchen.de

Methodik

Erhebung an unterschiedlichen Standorten

Im Zeitraum eines Kalendermonats (vom 15.1.–15.2.2007) dokumentierten die Seelsorgerinnen und Seelsorger an 7 hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen in Bayern (Bad Aibling, Fürstenfeldbruck, München, Mühldorf und Freising) und einer Palliativstation in Norddeutschland (Oldenburg) anhand eines standardisierten und vorgegebenen Fragebogens jeden Seelsorgekontakt. 250 Fragebögen wurden von den beteiligten Seelsorgern zur Auswertung eingereicht. Voraussetzung für die Teilnahme der Einrichtung an der Studie war (neben der freiwilligen Bereitschaft der Seelsorger) das Bestehen eines regelmäßigen Angebots von Seelsorge. Es wurden auch solche Kontakte dokumentiert, die angeboten, aber vom Patienten nicht angenommen wurden.

Der quantitative Fragebogen sollte durch die Seelsorgeperson jeweils nach Ende des Kontakts ausgefüllt werden. Zur Erläuterung der Kategorien erhielten die Seelsorgerinnen und Seelsorger eine separate Aufklärung.

Der einseitige Dokumentationsbogen enthielt Angaben zu Ort und Seelsorgeperson, Dauer des Kontaktes (<15, 15–30, 30–45, 45–60, >60 Minuten) sowie zum Gesprächspartner (Patient, Angehöriger, Patient und Angehöriger, Anzahl der Personen). Die genaueren Daten des Einsatzes wurden nach Anforderung (Eigeninitiative, Behandlungsteam, Patient/Angehöriger, Ortschaft, andere Seelsorge, Kriseninterventionsteam/Rettungsdienst, sonstiges) und Indikation laut Anforderung (Begleitung im unmittelbaren Umfeld des Todes; allgemeiner Gesprächsbedarf; Wunsch nach einem Ritual mit Ausnahme von Sterberitualen; Krisenintervention; Beratung bei Konflikten, ethische Beratung oder Therapiezieländerungskonsil; Glaubensgespräch) erhoben. Die Daten bez. des Patienten bezogen sich auf demografische Angaben zu Geschlecht, Alter, Religions- bzw. Konfessionszugehörigkeit, Familienstand und aktuellem klinischen Zustand (verstorben, sterbend, akut lebensbedrohlich, lebensbedrohlich oder nicht lebensbedrohlich). Der erbrachte Seelsorgedienst wurde entsprechend Standards der Seelsorgetheorie [1] und einem vorliegenden Dokumentationsformular [2] in 2 Kategorien unterschieden: Begleitung/Beratung sowie Liturgie/Ritus. Mehrfachnennungen waren möglich. Zur Begleitung/Beratung gehörten Gespräche zu aktueller Situation, Biografie und Glaubensfragen, Krisenintervention bei Angstzustand oder psychotraumatischer Veranlassung, Übung oder Amplifikation, ethische Beratung, Therapiezieländerungskonsil, interdisziplinäre Fallbesprechung, organisatorische oder systemische Beratung und sonstiges. Bei der Kategorie Liturgie/Ritus sah der Erhebungsbogen folgende Kategorien vor: Gebet; Segenshandlung; Krankensalbung; Sterbeliturgie vor Todeseintritt; Aussegnungshandlung nach Todeseintritt; Taufe; Beichte; Kommunion/Abendmahl; Trauung, Wiederaufnahme in die Kirche; ein säkulares Ritual; Segnung einer Partnerschaft und sonstiges.

Nach Ende des Erfassungszeitraums wurden die Dokumentationsbögen zentral am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin München gesammelt, elektronisch verarbeitet und schließlich mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

Die beteiligten Seelsorger reichten 250 Dokumentationsbögen (n=250) zur Auswertung ein. Die Anzahl der dokumentierten Seelsorgekontakte pro Einrichtung im Erhebungszeitraum 15. Januar bis 15. Februar 2007 reichte von 9–75 mit einem Mittelwert von 31,25. Die Kontakte dauerten im Mittel 36 Minuten, knapp 1/3 aller Gespräche (32,8%) dauerten zwischen 15 und 30 Minuten, 25,2% weniger als 15, 18,8% zwischen 30 und 45 Minuten, 23,2% bis zu 60 Minuten und darüber. Die durchschnittliche Gesprächsdauer variierte zwischen den einzelnen Einrichtungen und damit den einzelnen Seelsorgepersonen zwischen 25 und 52 Minuten.

Die Seelsorgekontakte galten in 59,6% aller Fälle den Patienten allein, in 32,4% dem Patienten und einem oder mehreren Angehörigen (maximale Anzahl 10 Personen). In 8% aller Kontakte waren ausschließlich Angehörige Gesprächspartner der Seelsorger.

Den regionalen Besonderheiten der untersuchten Einrichtungen entsprechend (im Großteil Südbayern) gehörten die Patienten überwiegend (64,4%) der römisch-katholischen Konfession an. 12,4% waren evangelisch, 8,4% aus einer christlichen Kirche ausgetreten. 0,8% waren orthodox. 13,6% der Seelsorgekontakte fanden mit Patienten statt, die anderen Religionsgemeinschaften angehörten oder konfessionslos waren. Der Familienstand der Patienten war in knapp der Hälfte (46,3%) verheiratet, 33,8% aller Patienten waren verwitwet, 6,7% ledig. Knapp 4% lebten in einer eheähnlichen Partnerschaft, 8,8% waren geschieden, knapp 1% lebten getrennt von ihren Ehepartnern.

Der klinische Zustand der Patienten war in 54% lebensbedrohlich, in 13,2% akut lebensbedrohlich. 14,8% der Patienten waren sterbend, 7,6% der Besuche fanden nach dem Tod des Patienten statt. Nur in 8% der Besuche lag ein Zustand vor, den die Seelsorger nach Rücksprache mit dem medizinischen Personal als nicht lebensbedrohlich einschätzten (2,4% fehlende Angaben).

Bei der Initiative zum Seelsorgebesuch zeigten sich Unterschiede im Blick auf die dominierende Handlungsform. Kam es beim Kontakt hauptsächlich zum Gespräch ohne rituelle Handlung, ging die Initiative in über der Hälfte der Besuche (54,5%) vom Seelsorger selbst, in 31,4% vom Behandlungsteam aus. Nur 14,1% aller Gesprächskontakte fanden auf Initiative des Patienten oder von Angehörigen statt. Fand während des Kontakts eine sakramentale Handlung/kirchliches Ritual (n=65) statt, verteilte sich die Initiative deutlich gleichmäßiger: In 38,5% forderten Patient oder Angehörige den Seelsorgebesuch an, in 32,3% ging die Initiative vom Seelsorger aus, in 29,2% vom Behandlungsteam. In den wenigen Fällen einer Krisenintervention (n=21) verdankte sich der Seelsorgekontakt in der Mehrheit (62%) der Initiative des Behandlungsteams. Bei Kontakten zu Beratungszwecken (Konflikte, ethische Beratung, Therapiezieländerungskonsil) verteilte sich die Initiative gleichmäßig auf Patient/Angehöriger, Behandlungsteam und Seelsorgerin.

Die überwiegende Handlungsform aller Seelsorgekontakte war das Gespräch, dabei überwogen Gespräche zur Klärung der aktuellen Situation (n=158; 63,2%); Gespräche mit dem Schwerpunkt auf der Biografie des Gesprächspartners und Gespräche über Glaubensfragen (n=71; 28,4%) halten sich in etwa die Waage. Weniger häufig sind Kriseninterventionen (n=21; 8,4%) oder dezidierte Beratungsgespräche zu ethischen, organisatorischen oder systemischen Fragen (n=26, 1%).

Ein Vergleich der Indikation zum Seelsorgekontakt (bei Anforderung) und der tatsächlich erbrachten seelsorglichen Dienstleistung

tung zeigt, dass häufiger perimortale Begleitung (im unmittelbaren Umfeld des Todes) verlangt wird (n=60) als sich dies beim Seelsorgekontakt tatsächlich bestätigt. Handlungen, die zur perimortalen Begleitung gerechnet werden, werden lediglich in 31 Fällen berichtet. In 99 Fällen wird „allgemeiner Gesprächsbedarf“ als Indikation für den Seelsorgebesuch angegeben; Gespräch (in den genannten verschiedenen Variationen) ist entsprechend auch die beherrschende Handlungsform (kumuliert 301 Nennungen, Mehrfachnennungen waren möglich). Übereinstimmung bestand bei angeforderten und geleisteten rituellen Handlungen (beide Male n=27. Sowohl Konfliktberatung (n=26) als auch Krisenintervention (n=21) wurde in mehr Fällen geleistet als ursprünglich angefordert (n=16 bzw. n=11). Deutlicher noch ist der Unterschied beim Feld Glaubensgespräch. Hier stehen 19 Anforderungen 71 erteilten Dienstleistungen gegenüber.

In 55,2% aller Seelsorgekontakte im palliativmedizinischen Kontext kam es zu rituellen Handlungen. Diese waren abhängig von der Zusammensetzung der Kontaktpartner: Wenn ausschließlich Angehörige Gesprächspartner der Seelsorgeperson waren, fanden im Erhebungszeitraum keinerlei Rituale (einschließlich Gebet oder Segen) statt. 54,6% aller Seelsorgekontakte allein mit einem Patienten umfassten rituelle Handlungen. Wenn sowohl Patient als auch Angehörige anwesend waren, kam es in 72,4% zu rituellen Handlungsweisen. Dabei dominieren Gebet und Segen, sowie Krankensalbungen. Beichte kam nur im ausschließlichen Patientenkontakt vor.

Deutliche Unterschiede ergeben sich bei der Konfessionszugehörigkeit des Patienten und der erbrachten seelsorglichen Dienstleistung. Beratungsgespräche wurden ausschließlich von Patienten mit christlichem Hintergrund (auch bei Kirchenaustritt) wahrgenommen, nicht von Angehörigen anderer oder keiner Religion. Die gesamte Bandbreite ritueller Handlungen wurde ausschließlich von katholischen Patienten angenommen, auf evangelischer Seite beschränkte sich dies auf Segen, Gebet und Beichte. Bezogen auf den klinischen Zustand der Patienten zeigte sich, dass die Krankensalbung und Segenshandlungen überwiegend bei lebensbedrohlichem und akut lebensbedrohlichem Zustand vorgenommen werden.

Diskussion

Die Daten geben einen realistischen Einblick in die tatsächlich geleistete Tätigkeit von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Rahmen der Patienten- und Angehörigenbetreuung in palliativmedizinischen und hospizlichen Einrichtungen. Deutlich wird der Zeitaufwand pro Patientenkontakt, der mit einem Mittelwert von 36 Minuten/Kontakt verhältnismäßig hoch liegt. Die dominierende Handlungsform Gespräch mit Bezug auf die aktuelle Situation des Patienten sowie biografische Aspekte und Glaubensfragen überrascht wenig. Das Angebot kirchlicher Seelsorge wird zudem auch von Angehörigen anderer oder keiner Religionsgemeinschaft angenommen, solange es sich nicht auf Fragen der Beratung in ethischen oder organisatorischen Konflikten bezieht. Eher selten berichten die teilnehmenden Seelsorgepersonen von einer Beteiligung bei ethischen Beratungen oder Therapiezieländerungskonsilen. Rituelle Handlungen kommen in über der Hälfte

te aller Seelsorgekontakte vor und ergänzen deutlich den Gesprächsanteil. Bei den Ritualen und sakramentalen Handlungen lassen sich deutliche Unterschiede entlang der Konfessionsgrenzen erkennen; es kommt aber auch zu rituellen Handlungen bei Angehörigen anderer Konfession und Religion oder keiner Religionszugehörigkeit.

Die vorliegende Studie fand in einem Gebiet statt, das konfessionell stark durch eine vorherrschende christliche Konfession geprägt ist. Dies betrifft sowohl die überwiegende Zugehörigkeit der Seelsorger als auch der Patienten zur römisch-katholischen Konfession. Um ein ausgeglichenes Bild auch aus anders geprägten Gegenden zu erhalten, bedürfte es einer Ergänzung durch eine vergleichbare Erhebung in anderen Regionen.

Zudem wäre es sinnvoll, die Daten zu vergleichen mit denen anderer Berufsgruppen, die zum Kernteam auf Palliativstationen, in palliativmedizinischen und hospizlichen Einrichtungen gehören. Dabei ist besonders an die Mitarbeiter der psychotherapeutischen Beratung und der Sozialarbeit zu denken.

Die Untersuchung bezog sich in der vorliegenden Form nur auf konkret geleistete Seelsorgekontakte. Sie beschreibt nicht, wie viele der Patienten und Angehörigen auf Palliativstationen, in Hospizen oder in ambulanter Betreuung spirituelle Begleitung durch Seelsorge erhielten [3]. Dies ist jeweils vor Ort von den bereitstehenden Personalmitteln abhängig.

Dennoch ist die Untersuchung in der Lage, Aussagen zu Zeitaufwand und Arbeitsform von spiritueller Begleitung im palliativmedizinischen Rahmen zu machen. In den untersuchten Einrichtungen geht die Initiative zum Seelsorgekontakt je nach erwünschter Dienstleistung durch Patienten/Angehörige oder das Behandlungsteam aus, bei unspezifischer Indikation eher aufgrund der Eigeninitiative des Seelsorgers. Damit kommt der Seelsorge sowohl großer Handlungsfreiraum für Eigeninitiative zu als auch gezielte Einbindung in das Behandlungsteam, das insbesondere im Rahmen perimortalen Begleitung und Krisenintervention auf die Kompetenz von Seelsorge zurückgreift.

Die Kompetenz von Seelsorge bezieht sich zum einen auf kommunikative Fähigkeiten zur Führung vielgestaltiger Gespräche bei großer Varianzbreite sowohl der Kommunikationsfähigkeit wie auch der Anzahl und Zusammensetzung der Gesprächspartner. Zum andern bedarf es explizit ritueller Kompetenz. Insbesondere letztere ist durch keine andere Berufsgruppe vertretbar. Insgesamt hat sich Seelsorge als Partnerin der Palliativmedizin etabliert, die ihr Angebot zu spiritueller Begleitung jedem Patienten oder Angehörigen offeriert, unabhängig von dessen Zugehörigkeit zu einer konfessionellen oder religiösen Gemeinschaft, im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten und der Vereinbarungen zwischen Kirche und Einrichtungsträger.

Literatur

- 1 Allwinn S, Schneider-Harpprecht C, Hrsg. Seelsorge und Psychosoziale Dienste im Krankenhaus. Göttingen: 2005
- 2 Hagen T, Roser T, Kammerer T. Dokumentation von Krankenhausseelsorge. Erfahrungen und Herausforderungen für eine Neukonzeption einer standardisierten Dokumentationsmaske, Poster beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. 2006
- 3 Baumgartner I, Pfrang C, Haslbeck B. Ambulante Palliativversorgung und Seelsorge. Forschungsbericht zu einer empirischen Befragung im Auftrag der Deutschen Bischofskonferenz. Passau: 2009