Arndt Büssing
Astrid Giebel
Traugott Roser *Hrsg.*

Spiritual Care & Existential Care interprofessionell

Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung

OPEN ACCESS

Springer

Spiritual Care & Existential Care interprofessionell

Arndt Büssing • Astrid Giebel • Traugott Roser
Hrsg.

Spiritual Care & Existential Care interprofessionell

Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung

Springer

Hrsg.
Arndt Büssing
Integrative Medicine
Witten/Herdecke University
Herdecke, Deutschland

Astrid Giebel
Vorstandsbuero
Diakonie Deutschland
Berlin, Deutschland

Traugott Roser
Westfälische Wilhelms Universität
Münster, Deutschland

Evangelische Kliniken Essen-Mitte

ISBN 978-3-662-67741-4 ISBN 978-3-662-67742-1 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2024. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.
Open Access Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.
Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede kommerzielle Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Autors und ggf. des Herausgebers. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag hat eine nicht-exklusive Lizenz zur kommerziellen Nutzung des Werkes erworben.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Lenhart
Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Vorwort der Herausgebenden

Ausgangspunkt für den vorliegenden Band *Spiritual & Existential Care interprofessionell – Handbuch spiritueller und existenzieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung* ist das Projekt „SpECi“ – *Spirituelle Begleitung am Lebensende: Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojektes mit Pilotcharakter* [siehe Kap. 13], bei dem viele Fragen mitschwingen: Wie gelingt es, existenzielles und spirituelles Wohlbefinden und die Unterstützung der entsprechenden Bedürfnisse alter und kranker Menschen auch in der letzten Lebensphase zu verbessern und dabei auch ihre Zu- und Angehörigen mit im Blick zu haben? Wie gelingt es, die spirituellen Kompetenzen der Angehörigen der Gesundheitsberufe so zu verbessern, dass sie mit ganzem Herzen in der Zuwendung sind und ihren ursprünglichen Idealen folgen können? Was hilft gegen emotionale Erschöpfung und Distanzierung? Und wie gelingt es, das interprofessionelle Thema Spiritual Care in den Einrichtungen des Gesundheitssystems so zu verankern, dass es eine Selbstverständlichkeit ist und keine unverbindliche Option.

Viele Engagierte setzen Spiritual Care bereits nach bestem Wissen und Gewissen um. Es fehlt allein eine konsentierte und anerkannte Aus-, Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe.

Uns geht es in diesem Buch um multiperspektivische Blickwinkel auf das komplexe und nur interprofessionell umzusetzende Themenfeld Spiritual/Existential Care, das ursprünglich aus einem dezidierten Anliegen von Angehörigen der Gesundheitsberufe entstanden ist – und die spezifische Seelsorge mitdenkt. Dazu haben wir viele Expert:innen gewinnen können, die ihre Erfahrungen und Perspektiven in den Diskurs einbringen. Manche Positionen werden nicht von allen geteilt, aber genau darum geht es auch: Das Thema ist vielschichtig und die unterschiedlichen Professionen haben unterschiedliche Kompetenzen, Anliegen und Intentionen, die alle – für sich genommen – ihre Berechtigung haben. Das Anliegen besteht ausdrücklich, SpECi interprofessionell zu konzipieren, weltanschaulich offen und interreligiös anzulegen und zu denken, um Unterschiede ernst zu nehmen und das Gemeinsame identifizieren zu können. Denn es gibt nicht „die eine richtige Spiritualität“, auf die man sich einigen müsste – sie sollte immer im Plural gedacht und verstanden werden: in großer Offenheit und großem Respekt – ohne Absolutheitsanspruch.

Die Antragstellung des eingangs genannten, später so abgekürzten Projekts „*Spiritual/ Existential Care Interprofessionell (SpECi)*“ wurde durch vier beigefügte **Letter of Intent** unterstützt, verfasst von Präsident Ulrich Lilie für die Diakonie Deutschland, von Geschäftsführer Heiner Melching für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), von Winfried Hardinghaus, dem Vorsitzenden, und von Benno Bolze, dem Geschäftsführer für den Deutschen Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) sowie von Direktor Frank-Johannes Hensel für den Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln. Den Reigen der **Geleitworte der Projektförderer, Projektträger und Projektunterstützter** eröffnet Friede Springer für die Friede Springer Stiftung. Es schließen sich die Geleitworte von Christian Heine-Göttelmann für die Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe an, von Frank-Johannes Hensel für den Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, von Hans-Dieter Weigardt für die Evangelischen Kliniken Essen-Mitte (KEM), von Jan Ehlers für die Universität Witten-Herdecke und von Herta Däubler-Gmelin, Schirmherrin der beiden Fachtage im Projekt SpECi am 25.05.2023 in Berlin und am 15.09.2023 in Essen. Das Spektrum über die Hospizbewegung und Palliativmedizin hinaus erweitern **die Geleitworteworte aus zwei weiteren medizinischen Fachgesellschaften** von Präsident Rainer Wirth für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und von Hermann Einsele, dem geschäftsführenden Vorsitzenden, Andreas Hochhaus, Vorsitzenden, Maike de Wit und Carsten-Oliver Schulz, beide Mitglieder im Vorstand für die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie.

Zur Vorgeschichte des Projekts SpECi gehört ein etwa zehn Jahre zuvor von der Diakonie Deutschland mit Kooperationspartnern durchgeführtes Projekt DiakonieCare. Davon berichtet Astrid Giebel zu Beginn. Im nächsten Beitrag schildern Arndt Büssing, Astrid Giebel, Martina Kern und Marianne Kloke die Grundzüge des von ihnen verfassten und von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW bewilligten Projektantrages *Spirituelle Begleitung am Lebensende. Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojektes mit Pilotcharakter*. Der grundlegenden Frage, inwiefern Spiritualität ein anthropologisches Existential darstellt und welchen Bezug sie zur (Medizin-)Ethik hat, geht im Folgebeitrag Anna Storms nach, einer Aktualisierung des wegweisenden Beitrags von ihr und Christiane Woopen in der Zeitschrift für medizinische Ethik aus dem Jahr 2019. Den untrennbaren Zusammenhang von Spiritual Care und angewandter Medizinethik und diesbezüglichen ethischen Prinzipien erläutert Stephan Probst. Die folgenden Beiträge von Ulrich Lilie, Karin Scheer und Winfried Hardinghaus befassen sich mit Spiritual Care bei Schwerkranken und Sterbenden sowie der Frage, ob aus der Hospizbewegung mit ihrer hospizlichen Haltung und der spirituell/religiösen Betrachtung von Sterben, Tod und Trauer neue Impulse für eine multikulturelle Gesellschaft zu erwarten sind. Elisabeth Jentschke hebt hervor, dass die Kenntnis vom doppelten Bewusstsein (Double Awareness) bei schwer kranken Menschen Behandlern helfen kann, innerpsychische Verarbeitungsprozesse (von Augenblicken der Hoffnungslosigkeit bis zu Momenten unbedingten Lebenswillens) besser verstehen zu können. Den interprofessionellen Ansatz von SpECi greifen Piret Paal und Reinhard Grabenweger auf und betonen: Interprofessionalität ist für Menschen mit verschiedensten Erkrankungen sehr vorteilhaft, al-

lerdings gibt es Hürden in der Umsetzung. Wie verhalten sich die – je nach Profession und kulturellem Kontext unterschiedlich verwendeten – Begrifflichkeiten Spiritual Care und Existential Care zueinander? Dieser Frage geht Arndt Büssing nach. Aus Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie führt Christoph Kolbe aus, dass existenzielle Kommunikation aus professioneller Perspektive den Menschen im Umgang mit unverhofften Schicksalsschlägen und individueller Leiderfahrung begleitet. Michael Utsch identifiziert eine bemerkenswerte Vernachlässigung der spirituellen Dimension in Medizin und Psychologie, obgleich es evidenzbasierte Gründe gibt, existenzielle Fragen und spirituelle Bedürfnisse von Menschen ernst zu nehmen. Klaus Baumann rundet das Kapitel mit einer Untersuchung zum Unterschied von psychischer und spiritueller Gesundheit ab und resümiert, dass die Nichtbeachtung spiritueller Bedürfnisse im Gesundheits- und Sozialwesen die Ausblendung einer wichtigen Realität menschlichen Erlebens und Verhaltens bedeuten würde.

Diversität, Migration, Transnationalität und Mobilität wirken biografisch, familiensystemisch und sozio-ökonomisch auf Spiritualität und religiöse Zugehörigkeiten ein. Mit einer Untersuchung hierzu mit Fokus auf geriatrische und schwer erkrankte Menschen eröffnen Marianne Kloke und Wolfram Giesler das folgende Kapitel. Anna Storms zeigt auf, dass die Art und Weise, wie Alter(n) thematisiert und Spiritualität einbezogen wird, ethisch nicht neutral, sondern mitunter normativ stark aufgeladen sein kann. Berührend schildert Geertje Bolle, dass es in der spirituellen Begleitung von Menschen mit Demenz ganz grundlegend um eine Ich-Du-Begegnung im Sinne Martin Bubers, um (Frei-)Raum und Resonanz geht. Urs Münch führt aus, dass dem Ziel, im hospizlich-palliativen Kontext das spirituelle Wohlbefinden der Schwerkranken und Angehörigen zu fördern, bedeutsame Verlusterfahrungen und (anhaltende) Trauer entgegenstehen können. Spiritual Care ist anschlussfähig an die Arbeit der Behindertenhilfe, hebt Uwe Mletzko in seinem Beitrag hervor; sie ist die Organisation gemeinsamer Sorge um die individuelle Teilnahme und -habe als einem als sinnvoll erfahrenem Leben. Aus wertebezogenen Konflikten, wenn sie mit belastenden moralischen Gefühlen einhergehen, können moralische Verletzungen entstehen: Peter Zimmermann entfaltet im militärischen Kontext anhand eines Fallbeispiels das Konzept spiritueller Begleitung in der Traumatherapie. Wünsche nach beschleunigtem Sterben und assistiertem Suizid – so Traugott Roser in seinem Beitrag – stellen vor große Herausforderungen, sowohl in ethischer Hinsicht als auch im Blick auf spirituelle Nöte und Ressourcen. Spiritual Care achtet sowohl in der unmittelbaren Begleitung (von Person zu Person) als auch im Blick auf das nähere Umfeld (Familie und Freunde) und das Betreuungsteam (Gesundheitsberufe) darauf.

Im nächsten Kapitel geht es um das Herzstück des Projekts Spiritual/Existential Care interprofessionell, die Erprobung und wissenschaftlichen Begleitung des Curriculums SpECi. Im ersten Beitrag ordnet Dana Ludwig seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Wege der Anerkennung des Curriculums SpECi systematisch und lerntheoretisch ein. Konkrete Ergebnisse der Schulungsevaluation an sieben Projektstandorten fasst Mareike Gerundt zusammen; ergänzt von zwei Folgebeiträgen von Arndt Büssing und Wolfgang Niesert und ihr, zum einen zu Forschungsergebnissen zu Spiritual Care Kompe-

tenzen und Belastungsempfinden der *Schulungsteilnehmenden aus Alten- und Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen* und zum anderen zu Forschungsergebnissen zu den spirituellen Bedürfnissen und dem spirituellen Wohlbefinden *bei Bewohnern/Patienten aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen und ihren Angehörigen*. Ein weiterer Beitrag von Mareike Gerundt verweist noch einmal zeitgeschichtlich auf die erschwerten Bedingungen der Spiritual/Existential-Care-Schulungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie und bietet Einblicke in die (angesichts von Isolation und Einsamkeit auch ambivalenten) Einsichten von Schulungsteilnehmenden bei der Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitstudie. Zentrale Inhalte von SpECi haben Christine Bode und Uwe Matysik in den Unterricht an Essener Krankenpflegeschulen transferiert und geben hiervon in ihrem Beitrag ausgesprochen positive Erfahrungen weiter. Spiritual Care lehren und lernen – Erhard Weiher, Lehrender an zwei Standorten im Projekt SpECi, fasst in einem ersten Beitrag Kompetenzen und Praxismodelle zusammen und beschreibt in einem weiteren Beitrag, warum Spiritual Care eine Ressource für Gesundheitsfachkräfte darstellt. Als Verantwortliche und Lehrende an einem der sieben Projektstandorte stellen Stephanie Hennings und Dirk Rademacher anhand von vier Merkmalen der Resonanztheorie Hartmut Rosas in den Vordergrund und dass bzw. wie Spiritual Care durch eine sorgende Haltung gekennzeichnet ist. Sollte diese lehrbar sein und die Aneignung einer sorgenden Haltung ermöglichen, muss sie elementarisiert und didaktisch aufbereitet wurden. Markus Müller, der nicht nur in Präsenz an einem Projektstandort, sondern – Pandemie-bedingt – auch als Lehrender an einem zusätzlich bundesweit eingerichteten digitalen Standort mitgewirkt hat, bündelt in seinem Beitrag Ideen und Anregungen zur methodischen Umsetzung des SpECi-Kurses. In die intensiven Prozesse der Entwicklung des Curriculums SpECi vor Projektbeginn und der Finalisierung nach Erprobung trug Andreas Stähli, Mitwirkender in der Curriculumsgruppe, die Idee eines Querschnittsmoduls ein (d. h., die 40 h des Kurses SpECi können unter ein Schwerpunktthema gestellt werden). Als Beispiel schrieb er den Beitrag zum „Spirituellen Tiefenstrom der Passio“.

Das dann folgende Kapitel greift weitere Ziele des Projekts SpECi auf, nämlich die Sicherung der Nachhaltigkeit und Entwicklung von Implementierungsstrategien zur Verankerung von Spiritual Care im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik. Aus juristischer Perspektive sondiert Daniel Burchardt Wege der Integration von Spiritual Care im Sozialgesetzbuch (SGB). Das Ergebnis eines auf breite Beteiligung angelegten, konzentriert durchgeführten Delphiprozesses stellen die von Marianne Kloke und weiteren Autor:innen verfassten Handlungsempfehlungen zur spirituellen Begleitung alter und/oder schwerstkranker Menschen dar. In fünfzehn Leitsätzen werden personelle, strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen für Spiritual Care unabhängig vom Betreuungsort der betroffenen Person unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen dargestellt. Gabriele Beckert erkundet, wie Spiritualität in den Pflegealltag implementiert werden kann und lotet die Möglichkeit der Umsetzung analog den Expertenstandards – unter Berücksichtigung der Struktur, Prozess und Ergebnisqualität von Expertenstandards des *Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege* (DNQP) – aus. Pflegefachkräfte hätten bei einer Implementierung von Spiritual Care auf diesem Wege einen

Wiedererkennungseffekt, da sie an die Umsetzung von Expertenstandards gewöhnt sind. Weitere Wege zur Implementierung von Spiritual/Existential Care erschließen Marianne Kloke und Maria Degner: Die Passgenauigkeit einer Implementierung in Bezug auf die Spezifika der jeweiligen Institution – z. B. Trägerschaft, Integration von Seelsorgern, etablierte Palliative Care Versorgung, multikultureller, multiethnischer und multireligiöser Mitarbeiterstamm, Anteil an demenziell erkrankten (Palliativ-)Patient:innen – stellen sie in einem modularen Konzept vor. Arndt Büssing zeigt die Möglichkeiten des für die Wahrnehmung, Erhebung und verlässliche Dokumentation spiritueller Bedürfnisse für den multiprofessionellen Austausch und die Unterstützungsplanung essenziellen und für solch eine strukturierte Erfassung und Dokumentation relevanten deutschsprachigen Spiritual Needs Fragebogen (SpNQ) auf, der seit 2010 zur Verfügung steht und vier (bzw. fünf) Hauptdimensionen spiritueller Bedürfnisse erfasst. Johannes Albrecht setzt sich mit „Anvertrautem“ auseinander, das haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen im Kontext von Spiritual Care und Seelsorge mitgeteilt wird: Wie ist mit Verschwiegenheit, Beichtgeheimnis, Datenschutz, Dokumentationspflichten – auch in Bezug auf Schnittstellen und Überleitungen zwischen verschiedenen Behandlungssystemen – umzugehen? Werner Weinholt betrachtet – auf dem Hintergrund der Erfahrungen am Projektstandort Johannesstift Diakonie mit der Implementierung eines Basiskurses *Spiritual Care*/SpECi – zu berücksichtigende Aspekte im Rahmen der Organisationsentwicklung. Er nimmt dabei die Ebenen der Organisationsführung, der Mitarbeitenden und der Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste in den Blick. Exemplarisch schildert abschließend Christian Möring den Organisationsentwicklungsprozess an einem weiteren Projektstandort unter der Überschrift *Spirit in the house*, durch den Mitarbeitende des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorfs ermutigt werden, eigene Spiritualität im Kontakt mit der christlichen Tradition des Trägers zu gestalten.

Das dann folgende Kapitel geht auf das Themenfeld *Spiritual Dryness* ein: Das Empfinden Geistlicher Trockenheit hat vielfältige Auslöser und Verstärker; leichtfertige Vertröstungen sollten vermieden und das schmerzhafte, ggf. auch schambesetzte Erleben ernst genommen werden, hebt Arndt Büssing hervor. Gehört Gebet als tröstlicher Zuspruch in die Zuständigkeit von Gesundheitsfachpersonen, wenn Patient:innen es selbst nicht vermögen und darum bitten, und muss notwendigerweise ein religiöser Glaube vorausgesetzt werden? Diesen Fragen geht Simon Peng-Keller in seinem Beitrag nach. Jürgen Kehnscherper setzt sich mit dem (leeren) Himmel auseinander, der in der akademischen Theologie heute kaum mehr ein Thema ist, wenngleich in der Bevölkerung der Glaube an Engel als himmlische Boten keineswegs abgenommen hat. Wer geistige Mächte, lebensdienlich oder destruktiv – auch als Image, in Institutionen oder Ideologien –, nicht wahrnehmen will oder kann, so seine These, ist ihnen mitunter hilflos ausgeliefert. Mystik als Erfahrungsseite des Glaubens, so Peter Zimmerling, wird universell gedacht oder als besondere Form der jeweiligen Religion verstanden, in der sie beheimatet ist. Christliche Spiritual Care könnte, so sein Vorschlag, mit Patient:innen danach fragen, welche Trostpotenziale ein Leben unter dem offenen Himmel Gottes freisetzt, die einen menschenwürdigen Umgang mit Krankheit und Sterben ermöglichen.

Der nächste Beitrag handelt von der weltanschaulichen, religiösen und konfessionellen Offenheit von Spiritual/Existential Care. Traugott Roser weist in seinem Eröffnungsbeitrag darauf hin, dass es ein multiprofessionelles Konzept mit sich bringt, dass die spirituelle Betreuung und Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen nicht exklusiv von Vertreter:innen bestimmter Konfessionen oder Religionen erfolgen kann. Auch ohne Gott sterben: Der französische Philosoph André Comte-Sponville entfaltet in seinem Ansatz atheistischer Spiritualität die Begleitung Schwerkranker und Sterbender – unter Einbeziehung der Vorstellungen vom eigenen Sterben – mit Wohlwollen, Mitgefühl und Anteilnahme in Respekt vor der Freiheit einer/eines jeden. Die muslimische Perspektive auf Spiritual Care behandelt Daniel Roters und stellt in seinem Beitrag insbesondere das Verhältnis von Religion und Spiritualität in den Vordergrund. Kirsten DeLeo beschreibt das buddhistische Grundverständnis von Spiritual Care und die entsprechende Praxis mit kontemplativen Methoden, wie Achtsamkeit, Meditation und Mitgefühlstraining.

Doris Nauer fragt, wie *christliche* Seelsorgende und religiös-weltanschaulich *neutral* aufgestellte Spiritual Care Giver miteinander umgehen werden: Ohne-, Gegen-, Neben- oder Miteinander? – und ob das „innovative“ Angebot „Spiritual Care“ gar zu einem Aus(sterben) der christlichen Seelsorge führen wird. Bruno Schrage sieht ebenfalls, dass die Akzeptanz von Spiritual Care im Sozial- und Gesundheitswesen auf die Neujustierung konfessioneller Seelsorge der katholischen Kirche trifft. Mitten in der Transformation von Kirche und ihrer Pastoral wird von ihr Spiritualität als anthropologisches Grundaxiom und Ausdruck der Autonomie jedes Menschen wiederentdeckt. Auf dieser Basis wird ein neues Verhältnis von Seelsorge, Spiritualität, Medizin und Pflege im Raum von Spiritual Care möglich. Von evangelischer Seite stellen Anne Heimendahl und Andreas Jensen das Grundanliegen der 2020 im Auftrag des Rates der EKD von der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD verfasste Schrift *Spiritual Care durch Seelsorge* heraus, produktiv mit dem Spiritual-Care-Begriff umzugehen, der ein kaum zu überschätzendes Potenzial bietet – als Haltung aller Professionen und als Organisationsbegriff, mit der Güte/Qualität einer ganzheitlichen Behandlung. Den Reigen aller Beiträge in diesem Band schließt Traugott Roser ab mit einer Untersuchung zur existenziellen Kommunikation und Leiblichkeit unter Bedingungen von Distanz – bedingt durch die Corona-Pandemie, als Spiritual Care häufig nur über digitale Medien stattfinden konnte –, unter Befragung von neutestamentlichen Texten auf ihren Umgang mit existenzieller Kommunikation.

Unser herzlicher Dank gilt allen Autor:innen, die in ihren Beiträgen multiperspektivisch Blickwinkel des weltanschauungs- und religionsübergreifenden Themenfelds Spiritual und Existential Care beleuchten und dabei grundlegende und weiterführende Erkenntnisse, Erfahrungen und Praxiseinblicke vermitteln. Auf diese Weise ist es gelungen, so hoffen wir, ein Lesebuch und zugleich ein Materialbuch zu erhalten, das alle, die an Spiritual und Existential Care interessiert sind und sich selbst und andere weiterbilden möchten, gern und mit Gewinn zur Hand nehmen können. Mary Klückmann danken wir für die Übersetzung der Abstracts in ihre Muttersprache. Kathrin Lenhart und Claudia Bauer danken wir seitens des Springer-Verlags für die hervorragende Zusammenarbeit in der Erstellung dieses Handbuchs. Der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, der Friede Springer Stif-

tung und der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe gilt unser außerordentlicher Dank für die großzügige Förderung des Projekts *Spiritual/Existential Care interprofessionell*, durch die weit gesteckte Ziele erreicht werden konnten. Der Diakonie Deutschland, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband und dem Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln danken wir für das Vertrauen, das diese der Projektsteuerungsgruppe SpECi und den Beteiligten der Curriculumsgruppe SpECi ausgesprochen haben, und für ihre aktive Unterstützung in allen Projektphasen dieses dreijährigen Projekts, bis zur Mitwirkung bei vier digitalen „Kamingesprächen" und zwei Fachtagen mit Life-Streaming und dauerhafter Online-Abrufbarkeit der Vorträge und Fachdiskussionen. Bei Daniel Faßbender, dem Entwickler der Homepage *https://speci-deutschland.de/*, den Teams der Lehrenden des Curriculums SpECi, den Verantwortlichen an den sieben Projektstandorten, den Teilnehmenden an den Schulungen des Curriculums SpECi – auch für ihr großes Engagement in der Mitwirkung an der wissenschaftlichen Begleitstudie, den Expert:innen aus der Praxis der gesundheitlichen Versorgung sowie aus Forschung und Wissenschaft, die das Projekt SpECi mit ihrem fachlichen Rat von unschätzbarem Wert begleitet haben, möchten wir uns sehr bedanken. Allen Beteiligten der Steuerungsgruppe SpECi, den hoch engagierten Arbeitsgruppen – hier hervorgehoben die Curriculumsgruppe SpECi, Mareike Gerundt als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Ira Weber als Projektleitung – gilt unser ganz besonderer Dank; sturmerprobt in intensiven Arbeitsphasen hat die Zusammenarbeit viel Freude bereitet!

Der Band *Spiritual & Existential Care interprofessionell – Handbuch spiritueller und existenzieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung* richtet sich nun an Mitarbeitende im Gesundheitswesen im Haupt- und Ehrenamt, an Verantwortliche und Mitarbeitende in Bildung und Coaching, an Träger von Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, Kostenträger und Gesundheitspolitik. Sie als Leser:in möchten wir einladen, sich dem Anliegen aller Beteiligten in diesem Projekt Spiritual/Existential Care interprofessionell anzuschließen: Patient:innen, Bewohner:innen, Schwerkranke und sterbende Menschen mit ihren An- und Zugehörigen nicht alleine und unbegleitet zu lassen in ihren existenziellen Fragen und spirituellem Schmerz.

„Ich bin viel krank. Ich lieg viel wach.
Ich hab' viel Furcht.
Ich denk' viel nach: Tu nur viel klug!
Bringt nicht viel ein.
Warst einst viel groß. Bist jetzt viel klein.
Warst einst viel Glück. Ist jetzt viel Not.
Bin jetzt viel schwach.
Wirst bald viel tot."
Robert Gernhard, „Von viel zu viel"

März 2023

Arndt Büssing
Astrid Giebel
Traugott Roser

Letter of Intent der Diakonie Deutschland zum Projekt Spiritual/Existential Care interprofessionell (SpECi)

An die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Die Diakonie Deutschland als Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege unterstützt in Anerkennung der Notwendigkeit, Spiritual Care als vierte Säule der individuellen Gesundheit für Menschen in der letzten Phase ihres Lebens verfügbar zu machen, das Projekt „Spiritual/Existential Care interprofessionell" (SpECi). So hat der Dachverband per Vorstandsbeschluss sich aktiv in die Entwicklung des Curriculums und in die Konzeption der Evaluation seiner edukativen Wirkung für die Bewohner von stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens eingebracht. Für den Fall eines positiven Förderbescheides wird er das Projekt aktiv im Rahmen seiner Möglichkeiten unterstützen.

Berlin, Deutschland
14.01.2020

Ulrich Lilie
Präsident
Diakonie Deutschland

Letter of Intent der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Projekt Spiritual/Existential Care interprofessionell (SpECi)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) als wissenschaftliche Fachgesellschaft engagiert sich für eine interprofessionelle Palliativ- und Hospizversorgung mit dem Ziel, Menschen in der letzten Lebensphase ganzheitlich und umfassend nach ihren Bedürfnissen zu versorgen. Durch eine ganzheitliche Herangehensweise soll Leiden gelindert werden, um Patient:innen und ihren An/-Zugehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und deren Lebensqualität zu verbessern. Spiritualität ist dabei eine wesentliche Dimension des Menschen und der ganzheitlichen Versorgung.

Vor diesem Hintergrund betont die DGP die Notwendigkeit der Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums, um Spiritual Care als Bestandteil der Palliativversorgung zu verankern und weiterzuentwickeln.

Die DGP unterstützt das Vorhaben und bei einer Förderung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege wird die DGP das Projekt mit Expertise, Erfahrungen und Kontakten unterstützen.

Berlin, Deutschland
06.01.2020

Heiner Melching
Geschäftsführer der DGP

Letter of Intend des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes zum Projekt Spiritual/ Existential Care interprofessionell (SpECi)

An die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) unterstützt das Projekt „Spiritual/ Existenziell Care interprofessionell" (SpECi) sehr gern und ausdrücklich. Wir sehen Spiritualität bzw. Spiritual Care als zunehmend akzeptierten, weil unverzichtbar gewordenen Bestandteil einer würdigen Begleitung der Betroffenen am Ende des Lebens sowie ihrer Angehörigen. Das Curriculum ist sehr gut geeignet, die in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Mitarbeitenden in den Themen Spiritualität bzw. Spiritual Care weiterzubilden, sodass die Begleitung der Betroffenen auch in Bezug auf die spirituelle Dimension des Lebens auf einer sehr guten Basis erfolgen kann.

Sofern eine Förderung erfolgt, wird der DHPV das Projekt sehr gern im Rahmen seiner Möglichkeiten unterstützen.

Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorsitzender DHPV

Berlin, Deutschland
21. Januar 2020.

Benno Bolze
Geschäftsführer DHPV

Der DHPV ist seit 1992 die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung in Deutschland. Als Dachverband der Landesverbände in den 16 Bundesländern sowie weiterer überregionaler Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung und zugleich selbstverständlicher Partner im Gesundheitswesen und in der Politik steht der DHPV für über 1200 Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen, in denen sich mehr als 120.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich engagieren.

Letter of Intend des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln zum Projekt Spiritual Care/ Existential Care interprofessionell (SpECi)

An die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Sehr geehrter Herr Juchems,

hiermit bestätige ich Ihnen gerne, dass wir an dem o. g. Forschungsprojekt mitwirken möchten. Das Ziel des Projektes, Spiritual Care als grundlegende Dimension der individuellen Gesundheit für Menschen in der letzten Lebensphase verfügbar zu machen, unterstützen wir gerne.

Wir sind dabei bereit, die ideelle Zusammenarbeit, den gemeinschaftlichen Austausch von Informationen sowie die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Diensten im Rahmen der Möglichkeiten anzuregen. Wir versprechen uns langfristig von dem Projekt eine weitere Verbesserung der Versorgungsprozesse für unheilbar erkrankte Menschen.

Mit freundlichen Grüßen

Köln, Deutschland
17.01.2020

Dr. Frank-Johannes Hensel
Diözesan-Caritasdirektor

Geleitwort der Friede Springer Stiftung

„Spiritual Care ist unverzichtbar in der Betreuung hochaltriger und schwer kranker Menschen.“ Diese These galt es wissenschaftlich im Rahmen des dreijährigen Projektes SpECi in den Jahren 2020 bis 2023 zu erhärten. Das vorliegende *Handbuch Spiritual/Existential Care interprofessionell* zeigt Wege zur Integration von Spiritual Care in das Gesundheitswesen auf und führt zugleich den Beweis, dass diese nicht nur für die Menschen in der letzten Lebensphase und ihre Angehörigen, sondern auch für die einzelnen palliativ Versorgenden selbst bedeutungsvoll ist.

Die gemeinnützige Friede Springer Stiftung hat eine philanthropische Ausrichtung; ihr Ziel ist es, die Allgemeinheit auf materiellem, geistigem und kulturellem Gebiet zu fördern. Hierzu kann die nachhaltige Implementierung von Spiritual Care sowohl auf personeller als auch struktureller und organisatorischer Ebene im Gesundheitswesen erheblich beitragen. Es freut mich sehr, dass wir mithilfe von Fördermitteln meiner Stiftung zum Erfolg dieses weit im Gesundheitswesen vernetzten, verbandsübergreifenden und interprofessionell durchgeführten Projektes SpECi beitragen konnten.

Dr. h.c. mult. Friede Springer

„Keiner lebt für sich, keiner stirbt für sich“ – Geleitwort der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Diese Zeilen aus dem Römerbrief von Paulus sind Beschreibung und Vision. Leben geschieht in gesellschaftlichen Bezügen. Sterben ist ein Teil davon, der nur wegen schwindender Kräfte und Beziehungsgeflechte oder wegen der gesellschaftlichen Vermeidung des Tabus allzu oft isolierter geschieht. Das fordert die Gemeinschaft heraus, Leben und Sterben in sozialen Gefügen zu denken und zu gestalten und in ein Miteinander einzubinden. Leben und Sterben sind nie nur ganz individuelle Angelegenheiten – in letzter Konsequenz sind sie Beziehungsgestaltung auch zu unserem Schöpfer. Wie Paulus es ausdrückt: „Wenn wir leben, leben wir für Gott, und auch wenn wir sterben, gehören wir Gott.“

Dieses in Beziehung leben und sterben weist über die eigene Person hinaus auf Ressourcen, die nicht die eigenen sind. Im Leben mag das oft vergessen und verdrängt werden. Im Sterben wird das vielen schmerzhaft offenbar. Wir sind angewiesen auf Unterstützung, weil die eigenen Kräfte und Ressourcen nicht mehr reichen und noch mehr sogar jegliche menschliche Kunst an ihr Ende kommt. Die Erfahrung der Machtlosigkeit vor dem Tod macht vielen Angst, weckt aber gleichzeitig Sehnsucht nach Hilfe, die Menschen nicht geben können. Dann spielen bei vielen Sterbeprozessen der eigene Glaube, die eigenen spirituellen Erfahrungen eine wichtige Rolle. Aber nicht physische und intellektuelle, auch die spirituellen Kräfte, das Urvertrauen und der Glaube können nachlassen angesichts der Grausamkeit des Todes, in der Angst vor dem Sterben.

Somit ist es folgerichtet, wenn die Hospizbewegung erkannt hat, dass es bei der Sterbebegleitung nicht nur um die palliativmedizinisch optimale Einstellung des Körpers oder die intellektuelle Begleitung der Sterbenden geht. Auch die spirituelle Dimension muss Raum in der Sterbebegleitung haben und darf im durchgetakteten Alltag von Pflegeheimen und Krankenhäusern kein beliebiger Zusatz sein, der nur von ein paar Profi-Geistlichen oder frommen Ehrenamtlichen erschaffen wird. Alle Beteiligten in der Sterbebegleitung mit ihren unterschiedlichen Professionen und Expertisen sollten offen sein für die spirituellen Bedürfnisse von Sterbenden und fähig sein, notwendige Unterstützung zu bieten.

Darum haben wir das Projekt SpeCi als Diakonie-Landesverband gerne begleitet und unterstützt – zumal es maßgeblich von unserem Mitglied den Kliniken Essen-Mitte getragen wurde. Wir wollen die Ergebnisse und Erfahrungen weit über die beteiligten Einrichtungen hinaus verbreiten.

Hier zeigt sich diakonisches Profil in der Wahrnehmung eben auch der spirituellen Dimension des Menschen und als Bestandteil seiner Resilienz auch z. T. fern ab jeglicher formalisierten Religionsprägung.

Christian Heine-Göttelmann
Theologischer Vorstand des Diakonischen Werks
Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. – Diakonie RWL

Spiritual Care gehört einfach dazu

Zu Recht darf mit Caritas oder Diakonie eine bestimmte Erwartung an Beratung, Pflege, medizinische Versorgung und Betreuung verknüpft werden. Daher gilt in diesen christlichen Diensten und Einrichtungen der Anspruch, der und dem Nächsten auch in herausfordernden Lebenssituationen mit hoher Fachlichkeit und als Mitmensch beizustehen. Es gilt in schwerer Krankheit, schicksalhaften Ereignissen, in Einsamkeit, Trauer, Angst und Hoffnungslosigkeit an der Seite der Geschwächten und Beladenen zu stehen und zu bleiben.

Sinnsuche und Verzweiflung bei Lebenswende und -ende stellen einen spirituellen – und je nach Sozialisation religiösen – Bedarf dar, auf den gekonnt und geübt eingegangen werden muss. Erst so können Behandlung, Linderung und Heilung um die wichtigen Dimensionen von Lebensmut und Hoffnung vervollständigt werden. Es gehört zur christlich geprägten Professionalität, den ganzen Menschen wahrzunehmen und in medizinischer, pflegender, beratender wie begleitender Weise auf seine Bedürfnisse einzugehen.

Spiritual Care gründet auf dieser anthropologischen Grundannahme, dass der Mensch in der Verbundenheit zu einer transzendenten Wirkmacht besser klarkommt. Im christlichen Glauben findet sich dies in der Ebenbildlichkeit zu Gott und in der Botschaft Jesu Christi selbst, dessen Mitmenschlichkeit gerade auch im Ringen und Leiden erfahrbar wurde. Wenn der Raum der Religion betreten wird, der begleiteten Zwiesprache mit dem Göttlichen, sind die spirituelle Begleitung und die Seelsorge verwoben. Jeder Mensch wird für sich entscheiden, welche Form der Begleitung von Spiritual Care er wählt und ihm dann hoffentlich auch professionell angeboten wird.

In einer arbeitsteiligen Welt entstanden gerade im Sozial- und Gesundheitsbereich sehr professionelle Dienste für die Krankenhaus-, Hospiz-, Alten-, Behinderten-, Notfall-, Polizei- oder Feuerwehrseelsorge. Diese werden bis heute in weiten Teilen aus Kirchensteuermitteln finanziert. Demgegenüber ist eine breite Qualifikation der spirituellen bzw. religiösen Versorgung in den vielfältigen Berufen des Sozial- und Gesundheitswesens noch nicht so profiliert. Schon lange beobachten kirchliche Träger, dass es die klassische religiöse Sozialisation aus volkskirchlichen Zeiten nicht mehr gibt. Mitarbeitende fragen daher nach Austausch und Qualifizierungen, um den spirituellen wie religiösen Fragen, den dahinterliegenden Sorgen, Ängsten und Sinnfragen der ihnen anvertrauten Menschen,

adäquat begegnen zu können. Ausgerechnet für diese wichtigen fachlichen Anforderungen herrscht viel Leere in der Lehre.

Die Fortbildung „Spirituelle und existenzielle Kommunikation – interprofessionell“ reagiert auf diesen Bedarf. Es bestärkt darin, auf die spirituellen Nöte und Fragen einzugehen, sich hier als dialogfähig zu erweisen und zur rechten Zeit die Brücke zu einer ausgewiesenen Fachseelsorge zu bauen.

Die Erfahrungen mit dieser Fortbildung zeigen: Mitarbeitende fühlen sich in ihrem beruflichen Ethos gestärkt und zeigen eine deutlich höhere Berufszufriedenheit. Sie können mehr und bieten mehr, damit Patienten, Klienten, Verwandte und Freunde existenzielle Herausforderungen besser bewältigen.

Die Caritas steht für eine fachkundige Begleitung und setzt sich daher für die Stärkung von Spiritual Care als fortlaufender Qualifizierung in den Sozial- und Gesundheitsberufen ein. Dies stärkt die notwendige Professionalität und eben das Ethos in diesen herausfordernden Berufen der Mitmenschlichkeit. Weil dies zur beruflichen Kunst dazugehört, ist die Refinanzierung der ganzheitlich professionellen Begleitung von Menschen in existenziellen Lebenslagen angezeigt.

Kirchliche Träger werden ihrem christlichen Anspruch gerecht, die göttliche Seite des Lebens gerade in Momenten der Lebenskrisen spürbar werden zu lassen. Glaube, Liebe und Hoffnung (1. Kor. 13) werden so erlebbar. Annahme und Einordnung von existenziellen Lebenslagen gelingt dann, wenn an eine Zukunft geglaubt wird. Die spirituelle und existenzielle Kommunikation ist ein Segen für alle Beteiligten.

Diözesan-Caritasdirektor für das Erzbistum Köln, Sprecher der Caritas NRW

Köln, Deutschland Frank Johannes Hensel

Geleitwort der Evangelischen Kirchen Essen Mitte (Projektträger)

Die KEM – Evang. Kliniken Essen-Mitte unterstützen voller Überzeugung das Projekt „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ (SpECi) und wir freuen uns, dieses auch in diesem Handbuch und den bevorstehenden Fachtagungen thematisieren zu können. Als einer von sieben Projektstandorten und als Projektträger sind wir überzeugt von Relevanz und Bedeutung dieser besonderen Initiative und fühlen uns ihr zudem partnerschaftlich verbunden.

Der erkrankte Mensch steht im Fokus unserer täglichen Arbeit im Krankenhaus. Er ist, auch im Sinne unseres christlichen Selbstverständnisses, Antrieb unseres Handelns. Wir wollen helfen und heilen. Wir entwickeln innovative Diagnose- und Therapieverfahren und wenden sie zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten an, um die interdisziplinäre und integrative Versorgung, nicht nur bei unserem onkologischen Schwerpunkt, ständig zu verbessern. Das ist unser Anspruch.

Dazu gehört im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung auch der Umgang mit den spirituellen und existenziellen Fragen unserer Patientinnen und Patienten und ihrer betroffenen Angehörigen – und damit die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen. Weil zum Leben auch das würdevolle Sterben gehört und dieser Bereich längst nicht mehr am zu wenig beachteten Rand der Versorgung steht. Deshalb haben wir seit langen Jahren eine Klinik für Palliativmedizin, eine spezialisierte Palliativ-Versorgung sowie das dichte wie belastbare Netzwerk Palliativmedizin für die Metropolregion Ruhr.

Die anerkannte und vielfältige Kompetenz unserer Mitarbeitenden der KEM – Evang. Kliniken Essen-Mitte bringen wir gerne in die partnerschaftliche Projektträgerschaft SpECi ein. Mit ihrer und damit unserer Erfahrung sowohl in der Praxis als auch in der wissenschaftlichen Begleitforschung. Die Menschenwürde verstehen wir als Grundlage unserer medizinischen Ethik und unseres verantwortungsvollen und respektvollen Handelns. Jeden Tag. Immer im Sinne der uns anvertrauten Menschen.

Hans-Dieter Weigardt
Geschäftsführer KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH

Grußwort der Universität Witten-Herdecke „Spiritualität – die unterschätze Ressource“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich sehr und fühle mich geehrt, dass ich ein Grußwort für das SpECI-Projekt schreiben darf. Lassen Sie mich ehrlich sein: Das Gefühl der Freude und Ehre hat sich erst etwas verzögert eingestellt. Meine ersten Reaktionen auf den Titel der Fachtagung und des Fachbuches waren Sorgen über den möglichen Gehalt an Esoterik. Beim weiteren Nachdenken über die Begrifflichkeit der Spiritualität wurde ich auf meinen eigenen Glauben und die Kraft, die ich daraus schöpfe, zurückgeworfen. Warum verstört mich der Begriff der Spiritualität dann im ersten Moment? Wahrscheinlich, weil mein Glaube etwas Intimes und Privates ist, was ich von meinem Berufsleben trenne.

Das Projekt und der Ansatz der „Spiritual Care“ geht aber einen Schritt weiter und hebt diese Trennung auf. Es wird anerkannt, dass Menschen spirituelle Bedürfnisse haben, die bei der Betreuung und Begleitung berücksichtigt werden müssen. Diese Ressource der Kraft, des Durchhaltens und auch der Geborgenheit ist für die meisten Menschen essentiell, um mit Herausforderungen umgehen zu können. Dabei ist es vielleicht nicht wichtig, woraus sich die individuelle Spiritualität in all ihrer Vielschichtigkeit speist, sondern dass sie anerkannt und berücksichtigt wird.

Es ist bewundernswert, dass sich eine interdisziplinäre und diverse Gruppe gefunden hat, um ein Curriculum zu entwickeln, das die unterschiedlichen Professionen des Gesundheitswesens im Bereich „Spiritual Care“ fortbildet. Ich wünsche Ihnen, dass Sie über alle Professionen und Disziplinen hinweg einen Weg finden, sich dieser wichtigen Ressource zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu nähern.

Univ.-Prof. Prof. Dr. Jan Ehlers
Vizepräsident der Universität Witten/Herdecke

Geleitwort

Es ist eine Ehre, zugleich aber auch eine Herausforderung, zu dem jetzt vorliegendem Handbuch über Spiritual Care ein kurzes Geleitwort zu schreiben.

Es gibt so viel zu sagen – am wichtigsten ist es mir jedoch, allen zu danken, die sich in diesem bedeutenden Projekt eingebracht haben.

Das sind natürlich an erster Stelle die vielen engagierten Autor:innen, die so einsichtig und spannend darstellen, dass die ganzheitliche Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase Unterschiedliches verlangt: Zeit und Zuwendung, Linderung von Schmerzen und Lasten, aber auch Trösten und die Fähigkeit und die Bereitschaft, auf Ängste und Fragen der Sterbenden einzugehen. Spirituelle Sterbebegleitung ist wichtig – sie bildet mit der Palliativmedizin und hospizlichen Versorgung ein zusammengehöriges Ganzes. Genau das verstehen wir unter Sorge für ein Leben in Würde bis zuletzt.

Mein Dank gilt zugleich allen, die sich an der Organisation der Fachtagungen beteiligen – auf denen Fragen besprochen und Zusammenhänge zusätzlich geklärt werden können. Das ist wichtig.

Und: Als Schirmherrin der Hospizbewegung (DHPV) und eine der Gründerinnen des interfraktionellen Gesprächskreises Hospiz im Deutschen Bundestag, der die Einbeziehung der Hospizversorgung in die Regelungen des Gesundheitswesens, auch in Schaffung einer sicheren finanziellen Grundlage aktiv vorantreiben konnte, danke ich zum Dritten Ihnen allen, verehrte Leser:innen, die Sie sich mit den vielen Frauen und Männern zusammenfinden, um sich ehrenamtlich oder beruflich um Leidende und Sterbende zu kümmern.

Ich danke Ihnen für Ihr Engagement, für Ihre Zeit und Ihre Zuwendung zu den Menschen in der letzten Lebensphase. Das hilft diesen Menschen. Das macht auch unsere Gesellschaft insgesamt menschlicher.

Das vorliegende Handbuch wird Sie in Ihrer wichtigen Arbeit unterstützen – und es kann zusätzlich neues Engagement sowie neue Bereitschaft zum Mitmachen wecken.

Ihre

Schirmherrin der beiden Fachtage im Projekt SpECi
25.05.2023 in Berlin und 15.09.2023 in Essen

RA Prof. Dr. Herta Däubler-Gmelin
Bundesministerin der Justiz a. D

Geleitwort der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Spiritualität ist die Welt der existenziellen Fragen und des Verbundenheitsgefühls mit dem Leben und der Welt. Das Wieso, Warum und Wozu sind existenzielle Fragen, deren Unbeantwortetsein nur schwer auszuhalten ist und die daher oft verdrängt werden. Spätestens bei bedrohlichen Erkrankungen und anderen Krisensituationen gelangen sie wieder an die Oberfläche und prägen unser Krisen- und Krankheitserleben, ob wir es wollen oder nicht. Da wir auf diese Fragen keine Antworten im herkömmlichen Sinne haben, wissen wir nicht, damit umzugehen. Wir müssen lernen, diese Fragen zuzulassen und ihnen als Frage Raum zu geben, ohne vorschnelle Antworten zu liefern. Die Antworten tradierter Weltbilder helfen hier nur manchen, die sich fest mit einem solchen Weltbild verbunden fühlen. Die Zahl derer wird weiter abnehmen, die Frage nach dem Sinn jedoch nicht. Wie können wir diese Dimension des Lebens, die in Medizin und Pflege leider häufig vernachlässigt wird, lebendig halten und fördern? Spiritual Care ist der Ansatz, der diesen existenziellen Fragen einen Raum gibt. Gerade in Zeiten, in denen wir in der Medizin auf die letzten Moleküle des Stoffwechsels und der Gene blicken und unsere technischen Möglichkeiten fast Unmögliches vollbringen, ist die Gefahr groß, dass das Geistige in dieser Medizin keinen Platz mehr hat.

Dem Impuls des Projektes „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ und diesem Buch wünsche ich daher eine weite Verbreitung und Aufnahme in allen Berufsgruppen der Fürsorge, Pflege und Medizin.

Berlin, Deutschland

Prof. Dr. med. Rainer Wirth
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Geriatrie (DGG)

Geleitwort der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V.)

Die Fortschritte in der Behandlung – auch von metastasierten – Krebserkrankungen sind beeindruckend, innovative Behandlungsverfahren ermöglichen oft über viele Jahre eine gute Lebensqualität. Dennoch stellt die Diagnose „Unheilbarer Krebs“ für Erkrankte und ihre Zugehörigen eine Zäsur im Leben dar, führt zu einer inneren Auseinandersetzung mit dem Leben als Ganzem, einem in Ansätzen vorgenommenen Lebensrückblick, dem Wunsch nach Sinnerfahrung und Stimmigkeitserleben im Austausch mit anderen Menschen. Auf der Basis eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses wenden sich Betroffene mit diesen Bedürfnissen häufig an die sie betreuenden Ärzt:innen, Pflegende sowie Therapeut:innen. Es ist das Verdienst des SpeCi-Projektes, dass es die Zuständigkeit eines jeden Mitgliedes im therapeutischen Team für Wahrnehmung und Eingehen auf spirituelle Anliegen herausgearbeitet hat.

Entwicklung und Erprobung des 40-stündigen Curriculums des SpeCi-Projekts zeigen Wege des Kompetenzerwerbs in Spiritual Care auf. Der Nachweis, dass seine Implementierung via Verbesserung des Teamgeistes der emotionalen Distanzierung als Reaktion auf Arbeitsüberlastung und -entfremdung vorbeugt, konnte innerhalb des Projektes geführt werden. Die DGHO unterstützt dieses Anliegen nachhaltig und dankt allen Beteiligten für ihr Engagement.

Prof. Dr. med. Hermann Einsele
Geschäftsführender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus
Vorsitzender

Prof. Dr. med. Maike de Wit
Mitglied im Vorstand

Dr. med. Carsten-Oliver Schulz
Mitglied im Vorstand

Inhaltsverzeichnis

Teil I Spiritual/Existential Care interprofessionell – Grundlagen

1 DiakonieCare – Vorläuferin von SpECi 3
Astrid Giebel
1.1 Das Recht auf religions- und kultursensible Pflege und Behandlung 3
1.2 DiakonieCare – ein Projekt der Diakonie Deutschland (2010–2012), gefördert durch den Europäischen Sozialfonds im Programm rückenwind (3.0) 4
1.3 Initialzündung des Projekts SpECi (2020–2023). 4
1.4 DiakonieCare (2010–2012) ist monoprofessionell, SpECi (2020–2023) interprofessionell angelegt – ein Blick zurück 6
1.4.1 Zusammenfassung (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009) 6
1.4.2 Ausgangssituation (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009) 7
1.4.3 Handlungsbedarf (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009) 7
1.4.4 Projektziel (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009) 8
1.4.5 Handlungskonzept (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009) 8
1.4.6 Mehrwert (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009) 9
1.4.7 Bisherige Aktivitäten (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009) 9
1.4.8 Konzept zum Gender Mainstreaming (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009). 10
1.4.9 Beitrag des Projekts zum demografischen Wandel (aus: ESF-Antrag *rückenwind* 2009) 11
1.5 Ausblick 11
Literatur. 12

2 Grundzüge des SpECi-Projektantrages 15
Arndt Büssing, Astrid Giebel, Martina Kern und Marianne Kloke
2.1 Einleitung 15
2.2 Hintergrund 16
2.3 Hemmnisse in der Umsetzung von Spiritual Care 17
2.4 Entwicklung des Curriculum SpECI im Projekt 18
2.5 Ziele des Projekts 19
2.6 Fragestellungen 20
2.7 Kooperierende Verbände, Träger und Fakultäten 21
2.8 Ablauf des Projektes 22
2.9 Evaluation und Begleitforschung 22
2.10 Sicherung der Nachhaltigkeit und Ausblick 23
Literatur 23

3 Warum es uns alle angeht. Anthropologische Grundlegung von Spiritualität 25
Anna Storms
3.1 Einleitung 25
3.2 Anthropologische Dimensionen von Spiritualität 26
3.2.1 Dimension affektiven eigenleiblichen Erlebens 27
3.2.2 Dimension reflexiver Deutung des In-der-Welt-Seins 28
3.2.3 Dimension moralischer Performanz 29
3.3 Spiritualität und Gesundheitsversorgung 30
3.4 Begriffsbestimmungen von Spiritualität in Gesundheitskontexten 31
3.4.1 Funktionalistisches Spiritualitätsverständnis 32
3.4.2 Substanzielles Spiritualitätsverständnis 33
3.4.3 Spiritualitätsverständnis in Spiritual Care 34
3.5 Relevanz von Spiritualitätsverständnissen in Gesundheitskontexten 35
3.6 Weil es uns alle angeht 37
Literatur 38

4 Der Beitrag von Spiritual Care zur angewandten Medizinethik und ethische Prinzipien für Spiritual Care 41
Stephan M. Probst
4.1 Medizinethik und ihr Stellenwert in der Patientenversorgung 41
4.2 Prinzipienethik 42
4.3 Autonomie 43
4.4 Fürsorgeethik und relationale Autonomie 43
4.5 Ethische Prinzipien für und die Grenzen von Spiritual Care 44
Literatur 46

5 „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ – Spiritual Care bei Schwerkranken und Sterbenden 49
Ulrich Lilie
5.1 Einführung 49
5.2 Veränderungen der Lebenssituation Schwerkranker und Sterbender 50
5.3 Die Kunst des Zuhörens 51
5.4 Absichtslosigkeit 54
5.5 Zusammenfassung 55
Literatur 55

6 Hospizbewegung – „Nun sag’, wie hast du’s mit der Religion?“ 57
Karin Scheer und Winfried Hardinghaus
6.1 Eigener Anspruch 57
6.2 Ambulante Hospizarbeit – Umsetzung des eigenen hospizlichen Anspruchs 57
6.3 Stationäre Hospizarbeit – eigenständiger Versorgungsauftrag 58
6.4 Hospizbewegung und Palliativversorgung – SAPV-Netzwerkkoordination 59
6.5 Welche Rolle spielt Spiritualität/Religiosität in der Befähigung Ehrenamtlicher? 59
6.6 Welche Rolle spielt Spiritualität in der Palliative-Care-Weiterbildung Hauptamtlicher ? 60
6.7 Hospizlicher Anspruch und spirituelle Bedürfnisse 60
6.8 Baustein Spiritualität im Konzept der Hospizarbeit – Aufgabe für Einrichtungen, Träger und Leitungen 60
6.9 Spirituelle Ansätze in der stationären Hospizarbeit – Qualität sorgsam gestalten. Bundesrahmenhandbuch stationäre Hospize 61
6.10 Baustein Spiritualität – gemeinsame Aufgabe im multiprofessionellen Team des Versorgungsnetzwerks 61
6.11 Zusammenfassung 62
6.12 Fazit 63
Literatur 63

7 Doppeltes Bewusstsein im Rahmen der Krankheitsverarbeitung bei fortgeschrittener Erkrankung in palliativer Situation – hilft dies im Umgang mit den Erkrankten? 65
Elisabeth Jentschke
7.1 Palliativversorgung als multiprofessionelle Arbeit 65
7.2 Doppeltes Bewusstsein als Krankheitsverarbeitung 66
7.3 Hoffnung als zentraler Aspekt des doppelten Bewusstseins 66
7.3.1 Hoffnung 66
7.3.2 Hoffnungslosigkeit 67

7.4 Umgang mit Hoffnungslosigkeit 67
7.5 Implikationen für den klinischen Alltag 68
7.6 Trauerprozess verändert 69
7.7 Zusammenfassung 70
Literatur 70

8 Spiritual Care als interprofessioneller Ansatz in der Gesundheitsversorgung 73
Piret Paal und Reinhard Grabenweger
8.1 Hintergrund 73
8.2 Spiritual Care als wichtige gemeinsame Aufgabe 74
8.3 Spiritual Care als interprofessionelle Aufgabe 76
8.4 Spiritual Care – wer, für wen, wann und wie? 76
8.5 Ausblick 77
Literatur 78

9 Spiritual Care und Existential Care: Zwei unterschiedliche Konzepte oder doch alles ähnlich? 81
Arndt Büssing
9.1 Einleitung 81
9.1.1 Professionelle Unterschiede: Existential Care versus Spiritual Care 82
9.1.2 Kategoriale Unterschiede: das Existenzielle, das Religiöse und das nicht religiös Spirituelle 82
9.2 Unterschiede in den Auswirkungen: Inhalte des Existenziellen und des Spirituellen 85
9.2.1 Einstellungen und Verhaltensweisen religiös oder existenziell engagierter Menschen 86
9.2.2 Unterschiedliche Dimensionen spiritueller Bedürfnisse 86
9.3 Schlussfolgerungen 88
Literatur 89

10 Existenzielle Kommunikation im Horizont der Zumutungen des Daseins – Zugänge aus Existenzanalyse und Logotherapie 93
Christoph Kolbe
10.1 Zwei Perspektiven in der Betrachtung des Menschen 93
10.2 Sachbezogene und existenzielle Kommunikation 94
10.3 Der Horizont existenzieller Themen 95
10.4 Der Horizont der unmittelbaren persönlichen Bedeutung 96
10.4.1 Das Existenzielle als ein qualitatives Bewegtsein 96
10.4.2 Das persönliche Erleben, der phänomenale Gehalt, die persönliche Haltung 97

10.5 Die drei Leitfragen für den Dialog im Horizont persönlichen Betroffenseins . . . 97
10.6 Die Zuspitzung: Menschsein im Horizont der Krise . . . 99
10.7 Die existenzielle Zumutung: die Bedrohung des Sein-Könnens . . . 100
10.8 Vier Schritte für den personalen Umgang mit der Krise . . . 101
Literatur . . . 102

11 Umgang mit psychologischen Widerständen gegen existenzielle und spirituelle Themen . . . 105
Michael Utsch
11.1 Einleitung . . . 105
11.2 Vernachlässigung der spirituellen Dimension in Medizin und Psychologie . . . 106
11.3 Argumente für die Einbeziehung der spirituellen Dimension . . . 106
11.4 Umgang mit psychologischen Widerständen gegen existenzielle und spirituelle Themen . . . 108
11.4.1 Widerstände mit Fakten entkräften . . . 108
11.4.2 Widerständen mit Rückfragen an das eigene Weltbild begegnen . . . 109
Literatur . . . 110

12 Mental Health ist nicht Spiritual Health. Zum Verhältnis von psychischer Gesundheit und „spiritueller Gesundheit“ . . . 113
Klaus Baumann
12.1 Einleitung . . . 113
12.2 Die Verborgenheit der Gesundheit . . . 114
12.3 Mental Health – Psychische Gesundheit . . . 115
12.4 Spiritualität und Gesundheit . . . 120
12.4.1 Zum Spiritualitätsbegriff . . . 120
12.4.2 Die Frage nach der Wahrheit und die Frage nach der Gesundheit von Spiritualität . . . 121
12.4.3 Empirische Forschung zu Gesundheitseffekten von Spiritualität . . . 122
12.4.4 Erklärungsversuche der Wirkungen von Spiritualität auf Gesundheit und Krankheit . . . 122
12.5 Spirituelle und existenzielle Bedürfnisse sind unterdeterminiert . . . 123
12.6 Psychosoziale Seiten von Religionen/Spiritualität und ihre Funktionen . . . 125
12.7 Wenn Spiritualität selbst mehr oder weniger gesund oder krank ist . . . 127
12.8 Schlussbemerkung . . . 128
Literatur . . . 129

Teil II Spiritual/Existential Care interprofessionell in den Handlungsfeldern der gesundheitlichen Versorgung

13 Spiritual Care – Diversitätskompetenter Umgang bei geriatrischen und schwerst erkrankten Menschen 135
Marianne Kloke und Wolfram Giesler
13.1 Einleitung 135
13.2 Spiritualität und Spiritual Care im Kontext von Migration und Diversität 136
13.2.1 Ausgangssituation 136
13.2.2 Bedingungen für eine diversitätssensible SpC 137
13.2.3 Konzepte zur Berücksichtigung von Diversität 138
13.2.4 Krisensituationen im Erkrankungs-/Sterbeprozess mit besonderer Relevanz von Spiritualität – ein Fallbeispiel 140
13.3 Schlussfolgerungen und Ausblick 142
Literatur 142

14 Spiritualität und Existenzialität im Alter bedenken – (k)ein Thema der deutschsprachigen Gerontologie? 145
Anna Storms
14.1 Hochaltrigkeit und Spiritualität – (k)eine Themen der Alternsforschung? 146
14.2 Hochaltrigkeit – ein Thema der Ethik? 147
14.3 Spiritualität in der Hochaltrigkeit bedenken – eine Frage der Moral? 148
14.4 Spiritualität im hohen Alter – mehr als eine ars moriendi? 149
14.5 Spiritualität in der Hochaltrigkeit – eine Frage der Praxis? 150
14.6 Spiritualität im hohen Alter – eine Frage der ars vivendi? 151
Literatur 152

15 Wo Himmel und Erde sich berühren. Spiritualität und Demenz 155
Geertje Bolle
15.1 Einführung 155
15.2 Spirituelle Begleitung: Resonanzraum – Miteinander ins Schwingen kommen 156
15.3 Recht auf Spiritualität 157
15.4 Teilhabe am spirituellen Leben der Gemeinde 157
15.5 Leibgedächtnis 158
15.6 … und es bleibt unverfügbar 158
Literatur 159

16 Spiritual Care bei Trauer und Verlust – psychologische Perspektiven 161
Urs Münch
16.1 Trauer und Verlust beginnen schon vor dem Versterben eines Menschen ... 161
16.2 Definition von Trauer im palliativen Kontext ... 162
16.3 Duales Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen ... 163
16.4 Trauer und Verlust können mit Gesundheitsproblemen einhergehen ... 165
16.5 Problematische oder klinisch relevante Trauerverläufe ... 166
16.6 Risikofaktoren für klinisch relevante Trauerverläufe ... 167
16.7 Der Individualität der:des einzelnen Trauernden und der Systeme gerecht werden: Konzepte „Würde“ und „Respekt“ ... 168
Literatur ... 169

17 Geistesgegenwärtig begleiten – Spiritual/Existential Care in der Behindertenhilfe ... 173
Uwe Mletzko
17.1 Einleitung ... 173
17.2 Woher wir kommen ... 174
17.3 Personenzentrierung ohne Defizit denken – die Diakonische Qualität ... 174
17.4 Existenzielle Sorge im Kontext des Lebens ... 175
17.5 Partizipative Seelsorge ... 177
17.6 Vertraut den neuen Wegen ... 178
Literatur ... 178

18 Spirituelle Begleitung in der Traumatherapie – interdisziplinäre Ansätze bei moralischen Verletzungen im militärischen Kontext ... 181
Peter Zimmermann und Andrea Richter
18.1 Grundlagen militärischer Belastung und Traumatisierung ... 181
18.2 Umgang mit moralischen Konflikten – ein Thema für die spirituelle Begleitung? ... 184
18.3 Methoden spiritueller Begleitung ... 185
18.4 Anwendungsbeispiel für spirituelle Begleitung: Moraltherapie in der Bundeswehr ... 187
18.5 Zusammenfassung ... 189
Literatur ... 189

19 Spiritual Care angesichts von Wünschen nach beschleunigtem Sterben und assistiertem Suizid 193
Traugott Roser
19.1 Fallbeispiel 193
19.2 Die spirituelle Dimension des Umgangs mit Sterbewünschen 194
19.3 Phasen der (spirituellen) Begleitung bei Suizidbeihilfe 195
19.4 Möglichkeiten eines differenzierten Umgangs mit spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen der Beteiligten und Betroffenen 197
19.4.1 Eine Matrix spiritueller Bedürfnisse 197
19.4.2 Spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen und unterscheiden können 199
19.5 Schlussfolgerungen 199
Literatur 199

Teil III Spiritual/Existential Care interprofessionell schulen

20 Wege der Anerkennung des Curriculums SpECi durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) – systematische, lerntheoretische Einordnung 203
Dana Ludwig
20.1 Mehrstufige Bildungsgrafik der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 203
20.2 Die kompetenzorientierte Lernkultur – Lernen in Beziehungen 204
20.3 Lernziele: kognitiv, affektiv und psychomotorisch 205
20.4 Erfahrungs- und Lebenswelt als Anknüpfungspunkt 205
Literatur 206

21 Erprobung des Curriculums „SpECi“ an sieben Projektstandorten – Ergebnisse der Schulungsevaluation 207
Mareike Gerundt
21.1 Hintergrund 207
21.2 Methoden 209
21.2.1 Ergebnisse 209
21.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 215

22 Spiritual-Care-Kompetenzen und Belastungsempfinden der Schulungsteilnehmenden aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen 219
Arndt Büssing, Mareike Gerundt und Wolfgang Niesert
22.1 Einleitung 219
22.2 Die Schulungsteilnehmenden 220
22.2.1 Teamzufriedenheit 221
22.2.2 Cool-Down-Empfinden 221

22.2.3 Spiritual-Care-Kompetenzen 222
22.2.4 Spiritual-Care-Kompetenzen und Indikatoren der Spiritualität . . . 225
22.2.5 Spiritual-Care-Kompetenzen und Indikatoren der Lebensqualität 225
22.2.6 Spiritual-Care-Kompetenzen und Fortbildungssupport am Standort 226
22.3 Schlussfolgerungen 226
Literatur. 227

23 Spirituelle Bedürfnisse und spirituelles Wohlbefinden bei Bewohner:innen/Patient:innen aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen und ihren Angehörigen 231
Arndt Büssing, Mareike Gerundt und Wolfgang Niesert
23.1 Einleitung. 231
23.2 Perspektiven der begleiteten Bewohner:innen und Patient:innen 232
23.2.1 Lebensqualitätsindikatoren 232
23.2.2 Spirituelles Wohlbefinden 234
23.2.3 Spirituelle Bedürfnisse. 235
23.3 Zusammenhänge zwischen Lebensqualitätsindikatoren, spirituellem Wohlbefinden und spirituellen Bedürfnissen 236
23.4 Empfindungen von Angehörigen 237
23.5 Schlussfolgerungen 238
Literatur. 240

24 Spiritual Care in Zeiten von Corona – Einsichten von Schulungsteilnehmenden bei der Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitstudie 243
Mareike Gerundt
24.1 Einleitung. 243
24.2 Erfahrungswerte der Teilnehmenden bei der Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitstudie 244
24.3 Fazit 247
Literatur. 248

25 Spiritual Care in Essener Krankenpflegeschulen – Horizont- und Kompetenzerweiterung 251
Christine Bode und Uwe Matysik
25.1 Skizze der Unterrichtsinhalte zu Spiritualität und Spiritual Care 251
25.2 Spiritualität. 252
25.3 Symbole und Rituale 254
25.4 O-Töne von teilnehmenden Schüler:innen: 255

25.5 Aspekte und Themen, die mit Spiritual Care verbunden sind 255
25.5.1 Spiritual Care in Verbindung und als Teil des Unterrichts in Palliative Care 255
25.5.2 Der Zusammenhang von Spiritual Care und Ethik 256
25.5.3 Der Bezug von Spiritual Care zu lebensethischen Fragen in Einrichtungen. 256
25.5.4 Spiritual Care im Kontext von Leitbildern. 257
Literatur. 257

26 Spiritual Care – Lehren und Lernen für die berufliche Praxis: Kompetenzen und Praxismodelle 259
Erhard Weiher
26.1 Einleitung. 259
26.2 Klärungen. 259
26.2.1 Worum geht es bei Spiritual Care? 259
26.2.2 Welcher Begriff von „Spiritualität“ wird hier zugrunde gelegt? 260
26.3 Welche Kompetenzen braucht es für Spiritual Care und wie sind diese zu schulen? 261
26.3.1 Kompetenz: Zuständigkeit und Fähigkeit 262
26.3.2 Kompetenz im Sinn von „Zuständigkeit“: Was muss bedacht werden?. 262
26.3.3 Welche Kompetenzen im Sinn von „Fähigkeiten“ braucht es für Spiritual Care? 265
26.4 Fähigkeiten, die zu schulen sind: Praxismodelle 265
26.4.1 Spiritualität in expliziter Form. 265
26.4.2 Spiritualität in narrativer, impliziter Form 267
26.5 Fazit 270
Literatur. 270

27 Warum Spiritual Care eine Ressource für Gesundheitsfachkräfte ist. 273
Erhard Weiher
27.1 Einleitung. 273
27.2 Persönliche und berufliche Spiritualität. 273
27.3 Spiritual Care als Ressource für die Helfenden 274
27.4 Zusammenfassung 276
Literatur. 276

28 Auf die Haltung kommt es an – SpECi achtsam schulen – Hinweise zum Begriff der „Haltung“ 279
Stephanie Hennings und Dirk Rademacher
28.1 Erwartungen der Kursteilnehmer:innen. 279
28.2 Haltung als Resonanz. 281

28.3 Vier Merkmale von Resonanz 282
28.4 Haltung als Resonanz im Zusammenhang von Spiritual Care. 284
Literatur. 285

29 Spiritual/Existential Care interprofessionell schulen – Methodik an einem Beispiel der Schulung von Mitarbeitenden des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf im Kloster Nütschau 287
Markus Müller
29.1 Ausgangssituation des Weiterbildungssettings 287
29.2 Beispiel eines methodischen Ansatzes. 288
29.3 Beschreibung des Einstiegs in den Unterricht 288
29.4 Fragestellung zur Begegnungsspiritualität. 289
29.5 Begegnungsspiritualität 289
29.6 Fragestellung – Identifizierung von Spiritualität 290
29.7 Fragestellung – zur eigenen Spiritualität 290
29.8 Einsatz der Psychodrama-Methode 291
29.9 Resümee der Methodik 291
29.10 Zusammenfassung 293
Literatur. 293

30 Ein Nukleus der Spiritualität: der spirituelle Tiefenstrom der Passio. 295
Andreas Stähli
30.1 Einleitung. 295
30.2 „Das Wahre ist das Ganze“ (Georg Wilhelm Friedrich Hegel) 297
30.2.1 Die Polarität von actio und passio 297
30.2.2 Ein Streiflicht auf die großen Religionen und Weisheitslehren 298
30.3 Das Querschnittsmodul passio in SpECi 299
30.3.1 Methoden der Vermittlung 299
30.4 Beispiel: Lesen und Besprechen eines Textes von Franco Rest 300
30.5 Abschluss 301
Literatur. 301

Teil IV Spiritual/Existential Care interprofessionell implementieren

31 Zu Schwierigkeiten der Integration der *Spiritual Care* in das SGB. 305
Daniel Burchardt
31.1 Einleitung. 305
31.2 Regelungsebenen 306
31.3 Internationale Entwicklungen 307
31.4 Verankerung der *Spiritual Care* im SGB (V). 307
31.5 Grenzen der Belastbarkeit der *Spiritual Care* 309

31.6 Abgrenzung der *Spiritual Care* zur Seelsorge 310
31.6.1 Eigenständiger Auftrag der Kirche 310
31.6.2 *Spiritual Care* durch Seelsorgende? Das Beispiel der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung 310
31.7 Das Kriterium der Abgrenzung 311
31.8 Ausblick 312
Literatur 312

32 Handlungsempfehlungen zur spirituellen Begleitung alter und/oder schwerstkranker Menschen – Langfassung 315
Marianne Kloke, Bernd Alt-Epping, Arndt Büssing, Astrid Giebel, Katrin Eilts-Köchling, Stephan M. Probst und Bruno Schrage
32.1 Prolog 316
32.2 Übergeordnete Zielsetzung 320
32.3 Zielsetzung im Einzelnen 321
32.4 Methode 321
32.5 Adressaten 322
32.6 Empfehlungen 322
32.6.1 Personelle Ebene 322
32.6.2 Strukturelle Ebene 325
32.6.3 Organisatorische Ebene 330
32.7 Fazit und Ausblick 333
Literatur 333

33 Umsetzung Spiritual Care analog den Expertenstandards? 339
Gabriele Beckert
33.1 Einleitung 339
33.2 Einführung in die Expertenstandards in der Pflege 340
33.3 Zielgruppe/Voraussetzung für die Anwendung des Expertenstandards 341
33.4 Vorgehen 341
33.5 Strukturqualität analog der Expertenstandards 342
33.6 Prozessqualität analog der Expertenstandards 343
33.7 Ergebnisqualität analog der Expertenstandards 343
33.8 Aus-, Fort- und Weiterbildung 344
33.9 Zusammenfassung 344
Literatur 344

34 Wege zur Implementierung von Spiritual Care in der Betreuung schwer kranker und alter Menschen 347
Marianne Kloke und Maria Degner
34.1 Einleitung 347
34.1.1 Begriffs- und Standpunktklärungen 347
34.1.2 Aktuelle Situation 349

34.2 Das modulare Konzept und seine Umsetzung 349
34.2.1 Vorphase 350
34.2.2 Umsetzung des Konzeptes 352
34.2.3 Schlussphase 355
34.3 Schlussfolgerungen und Fazit 356
Literatur 356

35 Spiritual Care – standardisierte Erfassung von existenziellen und spirituellen Bedürfnissen und ihre Implementierung in Versorgungseinrichtungen 359
Arndt Büssing
35.1 Einleitung 359
35.2 Erfassung spiritueller Bedürfnisse 361
35.2.1 Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) 361
35.2.2 Spiritual Needs Screener (SpNQ Screener) 363
35.3 Implementierung 364
35.3.1 Unterstützungsplanung 364
35.3.2 Spirituelle Tool-Box als Anregung 365
35.4 Schlussfolgerungen 367
Literatur 368

36 Spiritualität: Achtsamkeit mit Anvertrauten – Schnittflächen und Kontexte 371
Johannes Albrecht
36.1 Drei Lebenskräfte von existenzieller Bedeutung 371
36.2 Vertrauen im medizinischen Kontext 372
36.3 Umgang mit Anvertrautem 373
36.4 Weitergabe von Anvertrautem 375
Literatur 376

37 Spirit in the House – SpECi als praktische, kontextbezogene Theologie im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf 379
Christian Möring
37.1 Grundlagen 379
37.2 Ausgangssituation im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf 381
37.2.1 Wahrnehmung 381
37.2.2 Reflexion 382
37.2.3 Gestaltung 383
37.3 Impuls: SpECi als Schulung und Befragung 384

37.4 Die neue Ausgangssituation . . . 385
37.4.1 Wahrnehmung . . . 385
37.4.2 Reflexion . . . 386
37.4.3 Gestaltung . . . 386
37.5 Ausblick . . . 387
Literatur . . . 387

38 Spiritual Care im Rahmen der Kultur und Organisationsentwicklung – Erfahrungen in der Johannesstift Diakonie . . . 389
Werner Weinholt
38.1 Einleitung . . . 389
38.2 Der Auftrag der Organisation . . . 391
38.3 Spiritual Care als offener Raum für Mitarbeiter:innen . . . 393
38.4 Spiritual Care als Möglichkeit der zugewandten und sensiblen Begegnungsräume . . . 394
38.5 Perspektiven der durch Spiritual Care bereicherten Organisationsentwicklung . . . 395
Literatur . . . 396

Teil V Spiritual Dryness – mit geistlicher Trockenheit umgehen

39 Empfindungen Geistlicher Trockenheit als Ausdruck einer spirituellen Krise . . . 399
Arndt Büssing
39.1 Einleitung . . . 399
39.2 Das Erleben von Phasen Geistlicher Trockenheit . . . 400
39.3 Spiritual Distress . . . 401
39.4 Aufgabe der Seelsorge . . . 402
39.5 Schlussfolgerungen . . . 403
Literatur . . . 404

40 Gebet als Gestalt gesundheitsberuflicher Spiritual Care? . . . 407
Simon Peng-Keller
40.1 Einleitung . . . 407
40.2 Beten als Aufgabe gesundheitsberuflicher Spiritual Care? . . . 407
40.3 Interreligiöses Gebet im klinischen Kontext . . . 410
40.4 Säkulares Gebet? . . . 412
Literatur . . . 412

41 Vom verlorenen Himmel 415
Jürgen Kehnscherper
41.1 Der verlorene Himmel der Theologie 415
41.2 Der *Himmel* ist eine gegenwärtige und ganz irdische Angelegenheit 416
41.3 Engel und Dämonen 417
41.4 Wohnt Gott im Himmel? 419
41.5 Wie können wir heute verständlich über himmlische Mächte reden? 419
41.6 William Stringfellow: Image, Institution und Ideologie als geistige Mächte 420
41.7 Herrschaftsauftrag und Sündenfall 423
41.8 Was ist der Mehrwert der himmlischen Perspektive? 423
Literatur 424

42 Spiritual Care und Mystik 425
Peter Zimmerling
42.1 Einleitung 425
42.2 Spiritualität und Mystik – begriffsgeschichtliche Anmerkungen 426
42.3 Chancen: Alltagsverträglichkeit und Demokratisierung 427
42.4 Mystik und Krankenhaus – ein Problemfeld 428
42.5 Die Bejahung von Leiden und Krankheit in mystischer Spiritualität 428
42.6 Leben und Sterben unter dem offenen Himmel 430
42.7 Zusammenfassung 432
Literatur 432

Teil VI Weltanschauliche, religiöse und konfessionelle Offenheit von Spiritual/Existential Care

43 Spiritual Care zwischen religions- und weltanschaulicher Offenheit und religiös-konfessionellem Profil 437
Traugott Roser
43.1 Problemskizze 437
43.2 Profildruck – Religiöse Perspektive in Differenz 438
43.3 Offenheit gegenüber Weltanschauungen und Religionen 441
43.4 Offenheit gegenüber Patient:innen: Wie Unbestimmtheit in Bestimmtheit übergeht 443
43.5 Offenheit als Vulnerabilität des Spiritual Care Giver 445
Literatur 446

44 Mourir sans Dieu – Auch ohne Gott sterben 449
André Comte-Sponville
Literatur. 459

45 Eine muslimische Perspektive auf Spiritual Care – Herausforderungen und Chancen 461
Daniel Roters
45.1 Schwierigkeit der Bezeichnungen 461
45.2 Sorge und Fürsorge in der islamischen Tradition 463
45.3 Der Mantel der Barmherzigkeit – ein Bild der Vermittlung?. 465
45.4 Muslimische Seelsorge und Spiritual Care 467
Literatur. 469

46 Spiritual Care aus buddhistischer Sicht 471
Kirsten DeLeo
46.1 Einführung 471
46.2 Grundverständnis 472
46.2.1 Wie wird spirituelle Sterbebegleitung im Buddhismus verstanden? 472
46.2.2 Wie werden Krankheit, Sterben und Tod im Buddhismus verstanden? 474
46.2.3 Warum sind Sterben und Tod für Buddhist:innen so bedeutsam? 474
46.3 Praxis 475
46.3.1 Wie sieht buddhistische Sterbebegleitung in der Praxis aus?. 475
46.3.2 Was ist in der spirituellen Begleitung von Buddhist:innen wichtig? 475
46.3.3 Training von Herz und Geist 476
46.4 Zusammenfassung 478
Literatur. 478

47 Spiritual Care – Christliche Seelsorge: Ohne-, Gegen-, Neben-, Miteinander? 481
Doris Nauer
47.1 Einleitung. 481
47.2 Ohne-Einander 482
47.3 Gegen-Einander 484
47.4 Neben-Einander 485
47.5 Mit-Einander 486
Literatur. 490

48 Spiritual Care dient nicht der Profilbildung der Seelsorge, sondern ihrer Professionalisierung 493
Bruno Schrage
48.1 Neujustierung konfessioneller Seelsorge 493
48.2 Kirche und Seelsorge – mitten in der Transformation 494
48.3 Spiritualität – Grundlage kirchlicher Seelsorge 496
48.4 Das neue Verhältnis von Seelsorge, Spiritualität und Medizin 496
48.4.1 Spiritualität als anthropologische Dimension der Bibel 497
48.4.2 Der Mensch ist Träger der Spiritualität 498
48.5 Spiritualität in der Seelsorge – ein individueller Entwicklungsprozess 498
48.6 Seelsorge – als religiös geprägtes Angebot 499
48.7 Spiritualität und Seelsorge – ein dialogisches Geschehen 500
48.8 Seelsorge und Spiritual Care – ergänzende Systeme der Begleitung 501
48.9 Fazit: Spiritual Care und Seelsorge brauchen Spirituell-Existenzielle Kommunikation – interprofessionell (SpECi) 502
Literatur 503

49 Spiritual Care durch Seelsorge 505
Anne Heimendahl und Andreas Jensen
49.1 Den Beitrag der Evangelischen Kirche im Gesundheitswesen weiterdenken 505
49.2 Seelsorge ist eine kirchliche Praxis 506
49.3 Der funktionale Sinn von „Spiritual Care“ ist qualifizierte Nähe 507
49.4 Die Systemlogiken von Spiritual Care und Seelsorge – wie und worin treffen sie sich? 508
49.5 Die religionshermeneutische und ethische Kompetenz von Seelsorge 510
49.6 Es geht um die bestmögliche Begleitung und Versorgung von Patient:innen 511
49.7 Schlussfolgerungen 511
Literatur 512

50 Existenzielle Kommunikation und Leiblichkeit unter Bedingungen von Distanz – neutestamentliche Befunde 513
Traugott Roser
50.1 „Jesus happened bodily“ (G. Mikoski) – Ist existenzielle Begegnung auch online möglich? 513
50.2 Theologische Grundfragen 514

50.3 Neutestamentliche Impulse 515
50.3.1 Mehr als bloße Gestaltwerdung: der Johannesprolog 515
50.3.2 Existenzielle Kommunikation als gemeinsame Konstruktion von Raum – die Heilung der zehn Aussätzigen (Lk 17,11–19) 516
50.3.3 Relativierung körperlicher Unmittelbarkeit: die Ostererzählung 517
50.3.4 Das fluktuierende Moment physischer Begegnung mit realer Konsequenz – die erste Taufe! (Apg 8,26 ff.) 519
50.3.5 Medial vermittelte Kommunikation: Existential und Spiritual Care in der Briefpragmatik des Apostels Paulus 520
50.3.6 Vier Konsequenzen für existenzielle Kommunikation, auch im virtuellen Raum 522
Literatur. 522

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Autorinnen und Autoren

Johannes Albrecht Pfarrer, ist Seelsorger am Evangelischen Zentrum für Altersmedizin in Potsdam und Sprecher der Sektion Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

Klaus Baumann Prof. Dr. theol, Lic. Psych. (BDP), Psychologischer Psychotherapeut (DFT) in privater Praxis, seit 2004 Direktor des Arbeitsbereichs Caritaswissenschaft und christliche Sozialarbeit in der Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Seit 1989 Priester der Erzdiözese Freiburg und kontinuierlich in der Seelsorge tätig. www.caritaswissenschaft.uni-freiburg.de, orcid.org/0000-0002-7998-0763. U. a. mit A. Büssing zusammen Editor-in-Chief des Journals *Religions*.

Gabriele Beckert Dr. phil, Dipl. Pflegepädagogin, ist Studienleitung an der Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Christine Bode ist Familienberaterin und Kursleiterin u. a. im Rahmen des Netzwerkes Palliativmedizin Essen/Evangelische Klinken Essen – Mitte (KEM).

Geertje Bolle Pfarrerin und Existenzanalytikerin, ist tätig im Geistlichen Zentrum Demenz in Berlin und in der Ev. Elisabeth Klinik, daneben im Leitungsteam des Berliner Instituts der Akademie für Existenzanalyse und Logotherapie.

Benno Bolze ist nach Engagement in verschiedenen Bereichen der Hospiz- und Palliativarbeit – u. a. Aufbau und Leitung des Hospizdienstes im Sankt Gertrauden-Krankenhaus Berlin und ehrenamtliche Vorstandstätigkeiten in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz – seit 2006 hauptamtlicher Geschäftsführer des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV).

Arndt Büssing Prof. Dr. med., ist Professor an der medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke mit dem Arbeitsschwerpunkt „Lebensqualität, Spiritualität und Coping“, External Fellowship am Kompetenzzentrum für Christliche Spiritualität (IUNCTUS). Er ist im Editorial Board der Fachzeitschriften *Spiritual Care*, *Journal of Religion & Health* und *Journal for the Study of Spirituality,* sowie Editor-in-Chief des Journals *Religions*. ORCID ID: 0000-0002-5025-7950.

Daniel Burchardt Dr. iur., ist Referent für Sozial- und Verfassungsrecht bei der Diakonie Deutschland im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

André Comte-Sponville Dr. phil., war von 1984 bis 1998 außerordentlicher Professor an der Universität Paris 1 (Panthéon-Sorbonne), bevor er sich ganz dem Schreiben und Halten von Vorlesungen außerhalb der Universität widmete. Von 2008 bis 2016 war er Mitglied des *Nationalen Ethikrat* (Comité consultatif national d‘éthique). Heute ist er Redakteur für das Magazin Challenges und Generaldirektor des Institut Diderot.

Herta Däubler-Gmelin RA, Prof. Dr. jur., Bundesministerin der Justiz a. D., ist Mitgründerin und langjährige Vorsitzende des interfraktionellen Gesprächskreises Hospiz im Deutschen Bundestag, der sich sehr aktiv für die Einbeziehung der Hospizarbeit in die Gesundheitsgesetzgebung eingesetzt hat. Zudem ist sie langjährige Schirmherrin der Hospizbewegung – DHPV.

Maria Degner Trauerzentrierte Fachberatung, Evangelische Seelsorge im Ehrenamt, ist Fachkrankenschwester Palliative Care, Moderatorin Palliative Praxis, vormals Implementierungsbegleiterin Netzwerk Palliativmedizin Essen.

Kirsten DeLeo ist Meditationslehrerin und Mitbegründerin von Authentic Presence, einem der ersten Fortbildungsprogramme in der kontemplativen Sterbebegleitung in den USA. Über viele Jahre unterstützte sie die Arbeit des Sukhavati Spiritual Care Zentrums in Brandenburg. Sie ist Teil des Entwicklungsprojekts der Europäischen Buddhistischen Union für buddhistische Seelsorge. Sie lebt in Irland und begleitet Menschen in Krisen im Spiritual Care Centre/Dzogchen Beara in West Cork. Seit vielen Jahren ist der tibetische Buddhismus ihre spirituelle Heimat. Ende 2020 ist von ihr erschienen: *Ganz da sein, wenn ein Leben endet. Achtsame Sterbebegleitung. Ein Handbuch*.

Jan Ehlers Prof. Dr. med. vet., Studium der Veterinärmedizin an der LMU München und anschließende Tätigkeit in der Gynäkologischen und Chirurgischen Tierklinik der LMU München. Seit 2014 hat er den Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke inne und ist seit 2017 Vizepräsident der Universität. Seine Forschungsschwerpunkte sind Technology Enhanced Learning, Digitale Transformation des Gesundheitswesens, Curriculare Entwicklung des Medizinstudiums sowie Lehr- und Lernforschung. Neben seinem Beruf engagiert er sich in den Bereichen Tierethik und Planetary Health.

Hermann Einsele Prof. Dr. med., Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, ist seit 2004 Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik II des Universitätsklinikums Würzburg und Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin II der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Seit Oktober 2015 ist er einer von fünf Vizepräsidenten der Universität Würzburg. Seine Forschungsarbeiten werden unter anderem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen José Carreras Leukämie-Stiftung, den National Institutes of Health und der Wilhelm-Sander-Stiftung gefördert. Unter anderem ist er Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer. Seit Januar 2022 ist er Geschäftsführender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO).

Mareike Gerundt ist Diplom-Theologin, M.A. (Organisationsmanagement und Spiritualität) und arbeitet als Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping an der Universität Witten/Herdecke. Sie wirkt mit in den Projekten Geistliche Trockenheit und Spirituelle Begleitung am Lebensende (SpECi).

Astrid Giebel Dr. theol., Dipl. Diakoniewissenschaftlerin, Pastorin, ist Theologin im Vorstandsbüro der Diakonie Deutschland im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung (EWDE) e. V. und beauftragt mit der theologischen Grundsatzarbeit für die sozialpolitischen Handlungsfelder. Seit 2023 ist sie stellvertretende Vorsitzende der Mitarbeitendenvertretung und Mitglied im Aufsichtsrat des EWDE.

Wolfram Gießler ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Pädagogischen Hochschule Freiburg und verfügt über eine 20-jährige Erfahrung in der Durchführung von Drittmittelprojekten zur Transkulturalität und Integration in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Er ist Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe, studierte Arbeitswissenschaft (Uni Hannover), Betriebswirtschaft (Steinbeis-Hochschule) und ist Lehrbeauftragter an der Hamburger Fernhochschule.

Reinhard Grabenweger BScN, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger am Kepler Universitätsklinikum Linz, widmet sich seit dem Bachelorstudium der Pflegewissenschaft an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg seinem Forschungsschwerpunkt Spiritual Care. Derzeit forscht er im Rahmen seiner Masterthesis zu Spiritual Care bei Menschen mit malignen, primären Gehirntumoren im stationären neurochirurgischen Setting. ORCID ID: 0000-0003-1394-9824.

Winfried Hardinghaus Prof. Dr. med., ist Facharzt für Innere Medizin und Palliativmedizin. Er baute u. a. in Osnabrück ein Zentrum für Palliativmedizin auf, gründete das Palliativ- und Hospizprojekt SPES VIVA, war mehrere Jahre Leitender Ärztlicher Direktor des Krankenhausverbundes St. Georgsstift e. V., Präsident der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre klinische Medizin e. V., Vizepräsident der MEDICA – Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Medizin e. V., leitete die „ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ und die Zeitschrift „Klinikarzt“, baut in Berlin eine Klinik für Palliativmedizin am Franziskus-Krankenhaus auf und ist Vorstandsvorsitzender des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV).

Anne Heimendahl Krankenhausseelsorgerin mit Schwerpunkt Sterbe- und Trauerbegleitung im Kontext von Hospizarbeit und Palliative Care, ist seit 2017 Landespfarrerin für Krankenhaus- und Altenpflegeheimseelsorge in der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (EKBO).

Christian Heine-Göttelmann Pfarrer, ist seit 2014 theologischer Vorstand des Diakonischen Werkes Rheinland-Westfalen-Lippe e. V. – Diakonie RWL und Mitglied im Aufsichtsrat des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e. V. (EWDE). Zuvor war er Superintendent des Kirchenkreises Gütersloh. Neben seiner Ausbildung in evangelischer Theologie in Mainz, Göttingen, Atlanta und Heidelberg absolvierte er berufliche Fortbildungen in den Bereichen Klinische Seelsorge, Sterbebegleitung, systemische Therapie, Organisationsberatung und Coaching sowie im Bereich Führen und Leiten in Kirchenkreisen.

Stephanie Hennings Pfarrerin, ist seit 2019 Krankenhausseelsorgerin im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau.

Frank Johannes Hensel Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, Gesundheitswissenschaftler, ist seit April 2005 Direktor des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln.

Andreas Hochhaus Prof. Dr. med., ist Direktor der Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie der KIM II und Sprecher des UniversitätsTumorCentrums Jena. Seit Januar 2022 ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO).

Andreas Jensen Pfarrer, Organisationsberater und Coach, ist als Oberkirchenrat in Verantwortung für das Referat Seelsorge, Gemeindeformen, Gottesdienst im Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD).

Elisabeth Jentschke Dr. phil., ist Psychologin, Erziehungs- und Sozialwissenschaftlerin mit Magisterabschluss (M.A.), Diplom Psychogerontologin, Systemische Therapeutin und Familientherapeutin (DGSF), Psychoonkologin (WPO), zertifizierte Entspannungs- und Yogatherapeutin sowie MBSR-Lehrerin (Mindfulness-Based Stress Reduction), Leiterin der Abteilungen für Psychoonkologie, Gerontologie und Neuropsychologie im Comprehensive Cancer Center mit Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin sowie in der Neurologischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Würzburg (UKW). Sie ist Vorsitzende des Klinischen Ethikkomitees (UKW). Lehrbeauftragte an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

Jürgen Kehnscherper Dr. theol., ist Pastor der Evangelisch-Lutherische Kirche in Norddeutschland, Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt (KDA), Pfarrstelle für den KDA in Mecklenburg-Vorpommern.

Martina Kern Gesundheits- und Krankenpflegerin, Leiterin der Landesberatungsstelle ALPHA Rheinland, Leiterin des Zentrums für Palliativmedizin Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Leitung Zertifizierungskommission der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitherausgeberin der Zeitschrift für Palliativmedizin, Mitherausgeberin unterschiedlicher Curricula in Palliative Care.

Marianne Kloke Dr. med., ist Fachärztin für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Spez. Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klinische Ethikberaterin, Direktorin i. R. der Klinik für Palliativmedizin und des Instituts für Palliative Care und Leiterin i. R. des Netzwerks Palliativmedizin Essen. Hauptarbeitsschwerpunkt der letzten Jahre war die Umsetzung der Charta zur Betreuung Schwerkranker und Sterbender Menschen in Deutschland in der Region Ruhr.

Christoph Kolbe Dr. paed., Erziehungswissenschaftler, ist Psychologischer Psychotherapeut (Tiefenpsychologie) und Existenzanalytiker in freier Praxis in Hannover, sowie Lehrausbildner und Trainer für Führungskräfte. Er leitet das Norddeutsche Institut der Akademie für Existenzanalyse und Logotherapie (Hannover) und ist derzeit Präsident der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (Wien).

Ulrich Lilie Pfarrer, ist seit 2014 Präsident der Diakonie Deutschland, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e. V. und seit 2023 Vize-Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).

Dana Ludwig ist seit September 2020 in der DGP-Geschäftsstelle als Bildungsbeauftragte für die Unterstützung und inhaltliche Begleitung der Arbeit der AG Bildung bei der Erstellung von Curricula, Lenkung von Zertifizierungsprozessen der Weiterbildungsangebote sowie deren Evaluation tätig.

Uwe Matysik Pfarrer, ist Evangelischer Klinikseelsorger an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte (KEM).

Heiner Melching Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Trauerbegleiter (ITA), war von 1999 bis 2008 Geschäftsführer und Leiter der Beratungsstelle des Vereins Verwaiste Eltern und Geschwister Bremen e. V. Von 2001 an war er als Referent im Bereich der Fort- und Weiterbildung mit Schwerpunkt Palliativmedizin für Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger, Hospizdienste und Studierende tätig. Von 2008 bis 2009 hat er am Krankenhaus Links der Weser in Bremen einen ambulanten Palliativdienst aufgebaut und koordiniert (im Sinne von SAPV), sowie im Sozialdienst der Palliativstation gearbeitet. Seit 2009 ist er Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

Uwe Mletzko ist evangelischer Theologe, Diakonie- und Kommunikationswissenschaftler sowie Pastor. Seit 2022 ist er Vorstandsvorsitzender und Direktor der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg. Zuvor war er Vorstand und Konzerngeschäftsführer von DIAKOVERE, Hannover, von 2008–2016 Vorstandssprecher des Vereins für Innere Mission in Bremen, davor Geschäftsführer der Fliedner Werkstätten in Mülheim/Ruhr. Von 1996–2005 war er im Bundesverband der Diakonie tätig, u. a. als persönlicher Referent des Präsidenten der Diakonie Deutschland.

Christian Möring evangelischer Theologe und Pastor, ist seit 2009 als Seelsorger im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf und Pastor an der Kirche St. Nicolaus der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Zuvor war er von 1995 bis 2003 Pfarrer in der Evangelischen Stiftung Hephata in Mönchengladbach und von 2003 bis 2008 Pfarrer für integrative Gemeindearbeit des Evangelischen Kirchenkreises Gladbach-Neuss.

Markus Müller Dipl. Pflegewirt, Coach, Supervisor und Dozent, Palliative Care Pflegefachkraft, Algesiologische Fachassistenz/Schmerzexperte zertifiziert durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Multiplikator für das Demenz-balance-Modell©, Ersthelfer für Psychische Gesundheit (MHFA), Live-Online-Trainer, Freiberuflicher Dozent für Palliative Care & Spiritual Care, zertifizierter Kursleiter nach dem Basiscurriculum Palliative Care der DGP, Gesundheits- und Krankenpfleger, Kursleiter SpECI, Supervisor (DGSv), ist Dozent und Koordinator an der Diakonischen Fort- und Weiterbildungsakademie gGmbH (DFA) in Hamburg mit den Schwerpunkten Palliative-Care-Seminare, Pain Nurse, Spiritual Care.

Urs Münch Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoonkologe (DKG) und Fachpsychologe Palliative Care BDP-DGP, arbeitet seit über 13 Jahren für die Deutsche Rote Kreuz Kliniken Berlin | Westend und ist seit 2021 auch Ethikbeauftragter der DRK Kliniken Berlin. Er engagiert sich in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

Doris Nauer Prof. Dr. theol., war von 2003 bis 2007 Professorin für Praktische Theologie an der Universität Tilburg und von 2007 bis 2022 Professorin für Praktische Theologie und Diakonische Pastoral an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Seitdem ist sie Professorin für Praktische Theologie mit Schwerpunkt Diakonische Theologie am Campus für Theologie und Spiritualität Berlin gemeinnützige GmbH (CTS).

Wolfgang Niesert Dr. med., Facharzt für Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnungen Spezielle Intensivmedizin, Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin, B-Diplom Akupunktur, ist Direktor der Klinik für Palliativmedizin der Kliniken Essen-Mitte (KEM), Ärztlicher Leiter des Netzwerks Palliativmedizin Essen (NPE), Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees der KEM, Kursleiter mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin der Ärztlichen Akademie Nordrhein und Lehrbeauftragter der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf.

Piret Paal Prof., Dr., M.A., B.A., Kulturwissenschaftlerin (FT Uni Helsinki, Finnland 2011), war von 2017 bis 2022 stellvertretende Direktorin des WHO Kollaborationszentrums am Institut für Pflegewissenschaft und Praxis. Seit Oktober 2022 ist sie Professorin und Institutsleitung für Palliative Care an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg, Österreich. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Spiritual Care, Palliative Care und globale Gesundheit. ORCID ID: 0000-0002-1341-3248.

Simon Peng-Keller Prof. Dr. theol., ist seit 2015 Professor für Spiritual Care an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich. Von 2016 bis 2020 war er Seelsorger am Kompetenzzentrum Palliative Care des Universitätsspitals Zürich. Er ist Begleiter kontemplativer Exerzitien in St. Peter im Schwarzwald und dem Lassalle-Haus bei Zug. https://www.theologie.uzh.ch/de/faecher/spiritual-care.html.

Stephan M. Probst Dr. med., ist leitender Oberarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin und Stammzelltherapie am Klinikum Bielefeld. Er leitet dort die Palliativstation und ist Vorsitzender des klinischen Ethikkomitees am Klinikum Bielefeld. Seit 2019 ist er Mitglied der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Dirk Rademacher Pastor, ist seit 2021 Leitung der Diakonie Akademie für Gesundheit und Soziales in der Lutherstadt Wittenberg und Berlin.

Andrea Richter Pfarrerin, ist Meditationsleiterin, Beauftragte für Spiritualität der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (EKBO) und Studienleiterin im Amt für Kirchliche Dienste (AKD).

Traugott Roser Prof. Dr. theol., ist evangelischer Pfarrer und seit 2013 Professor für Praktische Theologie an der Westfälischen Universität Münster. Vorher war er Krankenhausseelsorger mit Schwerpunkt Palliative Care und teilte sich von 2010 bis 2013 mit Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ die Professur für Spiritual Care an der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Er war für die Implementierung von Palliative Care bei den Seniorenresidenzen der Augustinum Gruppe verantwortlich. Die Schwerpunkte in Forschung und Lehre gelten den Bereichen Spiritual Care und Seelsorge, Trauer und Trauerbegleitung sowie Queere-Ansätze in der Pastoraltheologie. ORCID ID: 0000-0002-2591-4429.

Daniel Roters studierte in Münster und Kairo Arabistik und Islamwissenschaft, Germanistik, Neuere und Neueste Geschichte sowie Öffentliches Recht. Seit 2013 ist er Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Islamische Theologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Seine Promotion beschäftigt sich mit der Frage des Leids aus islamischer Perspektive. Er engagiert sich für den Dialog der Religionen und Kulturen sowie für eine kultur- und religionssensible Aus- und Weiterbildung (u. a. im Bereich der Seelsorge und der Hospizbewegung). In Baden-Württemberg ist er an der Ausbildung von muslimischen Seelsorger:innen beteiligt.

Karin Scheer Pastorin, ist Leitung der Hospizarbeit am Universitätsklinikum Essen und Mitglied im Vorstand des Deutschen Hospiz und PalliativVereins (DHPV).

Bruno Schrage Dipl. Theologe, Dipl. Caritaswissenschaftler, ist seit 2007 Referent für Caritaspastoral und Grundsatzfragen im Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., seit 2015 Mitglied der Kommission für Caritasprofil des Deutschen Caritasverbandes und seit 2016 Aufsichtsrat der Bethanien Kinderdörfer gGmbH.

Carsten Oliver Schulz Dr. med., ist seit 2018 Arzt in der Praxis am Volkspark in Berlin. Zuvor war er von 2014 bis 2018 Stellvertretender Ärztlicher Leiter am Campus Mitte der II. Medizinischen Klinik der Charité, Spezialgebiet Onkologie und Hämatologie, Personaloberarzt. Seit Januar 2022 ist er Mitglied im Vorstand der deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO).

Friede Springer Dr. h.c. mult., ist Vorstandsvorsitzende der Friede Springer Stiftung.

Andreas Stähli Dr. phil., M.A., Absolvent der European Palliative Care Academy 2015–17, Palliative Care Fachkraft und Trainer in Palliative Care, leitet seit 2009 die Akademie am Johannes-Hospiz in Münster.

Anna Storms geb. Janhsen, Dr., M.A., B.A. ist seit 2022 Dozentin für Ethik und Unternehmenskultur im Sozial- und Gesundheitswesen an DER WOLFSBURG in Mühlheim und war zuvor u. a. Referentin für ethische und religiöse Bildung in der Pflege beim Diözesan Caritasverband für das Erzbistum Köln und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Cologne Center für Ethics, Rights, Economics and Sciences of Health der Universität zu Köln mit einem Forschungsschwerpunkt, insbesondere im Bereich der Lebensqualitätsforschung im höheren Lebensalter.

Michael Utsch Studium der ev. Theologie (M.A.) und Psychologie (Dipl.-Psych., Promotion); Weiterbildungen in Existenzanalyse, Individualpsychologie und christlicher Meditation, approbierter Psychotherapeut, in Teilzeit tätig in einer Praxisgemeinschaft, ist wissenschaftlicher Referent der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW) und Honorarprofessor für Religionspsychologie, sowie Leitung des Referats der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) „Religiosität und Spiritualität“.

Hans-Dieter Weigardt Dipl.-Ökonom, ist Geschäftsführer der KEM I Evangelische Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Essen (KEM).

Erhard Weiher Dipl. phys. und Dr. theol., war über 30 Jahre Pfarrer in der Universitätsmedizin Mainz (jetzt i. R.) und ist Dozent für therapeutische und pastorale Berufe.

Werner Weinholt Dr. theol., Pfarrer, ist Leitender Theologe der Johannesstift Diakonie, Direktor der Diakonie Akademie für Gesundheit und Soziales und Vorstand der Paul-Gerhardt-Stiftung Lutherstadt Wittenberg. U. a. ist er Vorstand des Netzwerkes für Existentielle Kommunikation und Spiritualität e. V. (NEKS), Mitglied im Beirat für die Seelsorgeausbildung der EKBO im AKD und Mitglied im Beirat des Deutschen Medikamenten-Hilfswerkes action medeor e. V.

Rainer Wirth Prof. Dr. med., ist Internist und Geriater. Seit 2016 ist er Lehrstuhlinhaber für Geriatrie an der Ruhr-Universität Bochum und Direktor der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation am Marien Hospital Herne. Aktuell ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).

de Wit Maike Prof. Dr., ist Chefärztin: Fachärztin für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie, Palliativmedizin, Psychotherapie, Bluttransfusionswesen, Klinik für Innere Medizin – Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin am Vivantes Klinikum Neukölln. Und Chefärztin: Klinik für Innere Medizin – Onkologie am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum in Berlin. Seit Januar 2022 ist sie Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO).

Peter Zimmerling Prof. Dr. theol., ist seit 2005 Professor für Praktische Theologie mit Schwerpunkt Seelsorge an der Theologischen Fakultät der Universität Leipzig und war 2012–2020 Erster Universitätsprediger, Domherr zu Meißen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Seelsorge, Spiritualität, charismatische Bewegungen, Dietrich Bonhoeffer, theologische Frauenforschung, Nikolaus Ludwig Graf von Zinzendorf. Zuletzt veröffentlicht: *Evangelische Mystik*, Göttingen [2]2020 (auf Tschechisch: Evangelická Mystika, Trigon 2018); *Handbuch Evangelische Spiritualität, Bd. 1–3*, Göttingen 2017–2020; mit Wolfgang Ratzmann, *Predigen mit Liedern. Beispiele und Reflexionen*, Göttingen 2021; *Hirte, Meister, Freund. Überrascht von der Seelsorge Jesu*, Gießen 2022.

Peter Zimmermann Prof. Dr. med, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter des Psychotraumazentrums der Bundeswehr am Bundeswehrkrankenhaus Berlin. Er lehrt an der Charité, Campus Mitte, in Berlin.

Autorenverzeichnis

Johannes Albrecht Ev. Zentrum für Altersmedizin, Potsdam, Deutschland

Bernd Alt-Epping Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Klaus Baumann Albert-Ludwig-Universität Freiburg, T Theologische Fakultät, AB Caritaswissenschaft und Christliche Sozialarbeit, Platz der Universität, Freiburg i. Br., Deutschland

Gabriele Beckert Akademien für Kirche und Diakonie gGmbH, Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Berlin, Deutschland

Christine Bode KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Klinik für Palliativmedizin, Essen, Deutschland

Geertje Bolle Geistliches Zentrum für Menschen mit Demenz, Berlin, Deutschland

Daniel Burchardt Diakonie Deutschland, Zentrum Recht und Wirtschaft, Berlin, Deutschland

Arndt Büssing Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland

André Comte-Sponville Diderot Institut, Paris, Frankreich

Maria Degner Essen, Deutschland

Kirsten DeLeo Dzogchen Beara Buddhist Meditation Centre, County Cork, Irland

Katrin Eilts-Köchling Lübeck, Deutschland

Mareike Gerundt Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland

Astrid Giebel Vorstandsbüro, Diakonie Deutschland, Berlin, Deutschland

Wolfram Giesler Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Akademischer Mitarbeiter, Freiburg, Deutschland

Reinhard Grabenweger Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

Winfried Hardinghaus Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Vorstandsvorsitzender, Berlin, Deutschland

Anne Heimendahl Evangelische Krankenhausseelsorge, Berlin-Brandenburg – Schlesische Oberlausitz, Berlin, Deutschland

Stephanie Hennings Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, Berlin, Deutschland

Andreas Jensen Evangelische Kirchen in Deutschland, Referat Seelsorge, Gemeindeformen, Gottesdienst, Kirchenamt der EKD, Hannover, Deutschland

Elisabeth Jentschke Leitung: Psychoonkologischer, Neuropsychologischer und Gerontologischer Dienst, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

Jürgen Kehnscherper Evangelisch-Lutherische Kirche in Norddeutschland, Rostock, Deutschland

Martina Kern Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Leitung Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland

Marianne Kloke Essen, Deutschland

Christoph Kolbe Hannover (Kirchrode), Deutschland

Ulrich Lilie Diakonie Deutschland, Präsident der Diakonie Deutschland, Berlin, Deutschland

Dana Ludwig Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Deutschland

Uwe Matysik Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Essen, Deutschland

Uwe Mletzko Evangelische Stiftung Alsterdorf, Hamburg, Deutschland

Christian Möring Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg, Deutschland

Markus Müller Diakonische Fort- und Weiterbildungsakademie, Hamburg, Deutschland

Urs Münch DRK Kliniken Berlin, Psychologischer Psychotherapeut, Berlin, Deutschland

Doris Nauer CTS Berlin/Campus für Theologie und Spiritualität, Berlin, Deutschland

Wolfgang Niesert Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Essen, Deutschland

Piret Paal Institut für Palliative Care, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

Institut für Ethnologie, Tartu Universität, Tartu, Estland

Simon Peng-Keller Universität Zürich, Theologische und Religionswissenschaftliche Fakultät, Zürich, Schweiz

Stephan M. Probst Klinikum Bielefeld Mitte, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin und Stammzelltherapie, Bielefeld, Deutschland

Dirk Rademacher Diakonie Akademie Gesundheit und Soziales, Bugenhagenhaus, Lutherstadt Wittenberg, Deutschland

Andrea Richter Evangelische Kirche, Berlin-Brandenburg – Schlesische Oberlausitz, Berlin, Deutschland

Traugott Roser Universität Münster, Münster, Deutschland

Daniel Roters Zentrum für Islamische Theologie, Universität Münster, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Münster, Deutschland

Karin Scheer Universitätsmedizin Essen, Universitätsklinikum, Hospizarbeit am Universitätsklinikum, Essen, Deutschland

Bruno Schrage Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., Köln, Deutschland

Andreas Stähli Münster, Deutschland

Anna Storms Katholische Akademie Die Wolfsburg, Mülheim an der Ruhr, Deutschland

Michael Utsch Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen, Berlin, Deutschland

Erhard Weiher Mainz, Deutschland

Werner Weinholt Paul-Gerhardt-Stiftung, Stiftungsvorstand, Bugenhagenhaus, Lutherstadt Wittenberg, Deutschland

Peter Zimmerling Universität Leipzig, Institut für Praktische Theologie, Leipzig, Deutschland

Peter Zimmermann Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Psychotraumazentrum, Berlin, Deutschland

Teil I

Spiritual/Existential Care interprofessionell – Grundlagen

1 DiakonieCare – Vorläuferin von SpECi

Astrid Giebel

1.1 Das Recht auf religions- und kultursensible Pflege und Behandlung

Die *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (kurz Pflege-Charta) wurde 2005 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen initiierten Arbeitsgruppe *Runder Tisch Pflege* verabschiedet, an der viele Vertreter:innen aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft teilnahmen. Im Art. 7 der Pflege-Charta zu *Religion, Kultur und Weltanschauung* heißt es: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben" (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] 2005). Diesem Recht von hilfe- und pflegebedürftigen Personen kann nicht Rechnung getragen werden, wenn Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen nicht dafür sensibilisiert und dazu in die Lage versetzt werden bzw. darin befähigt sind, kulturelle, spirituelle und religiöse Gewohnheiten sowie Bedürfnisse von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf zu beachten und in ihr professionelles Handeln einzubeziehen.

A. Giebel (✉)
Vorstandsbuero, Diakonie Deutschland, Berlin, Deutschland
e-mail: astrid.giebel@diakonie.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_1

1.2 DiakonieCare – ein Projekt der Diakonie Deutschland (2010–2012), gefördert durch den Europäischen Sozialfonds im Programm rückenwind (3.0)

An Art. 7 der Pflege-Charta von 2005 anknüpfend führte die Diakonie Deutschland gemeinsam mit der Bundesakademie für Kirche und Diakonie (BAKD), dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV), dem Sozialwissenschaftlichen Institut der EKD (SI), der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) und weiteren Kooperationspartnern in den Jahren 2010 bis 2012 im Programm *rückenwind* (3.0) des Europäischen Sozialfonds (ESF) und mit Co-Finanzierung der Friede Springer Stiftung das Projekt *Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen in der Pflege – zur Erhöhung der Verbleibdauer und Verbesserung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf* durch.[1]

Der Europäische Sozialfonds ist das wichtigste beschäftigungspolitische Finanzierungsinstrument und ein Kernstück der EU-Strategie für Wachstum und Beschäftigung. Der ESF unterstützt Maßnahmen, deren Ziel es ist, den Zugang zu einer Beschäftigung zu verbessern, Qualifikationen und Fähigkeiten der Menschen zu fördern und Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt zu bekämpfen. Eine Reihe von Publikationen (Giebel et al. 2013), darunter Aufsatzbände (Diakonisches Werk der EKD et al. 2012; Ehm et al. 2016; Giebel et al. 2015), die Ergebnisse der flankierenden Forschung[2] und einige Folgeprojekte (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe [BeB] et al. 2014), belegten nachweislich in der Personalentwicklung den inhaltlichen Bedarf an Religions- und Kultursensibilität im Gesundheits- und Sozialwesen (Albrecht et al. 2018) und die hohe Wirksamkeit dieses ESF-Projekts der Diakonie Deutschland, das später zusammenfassend *DiakonieCare* genannt wurde.

1.3 Initialzündung des Projekts SpECi (2020–2023)

Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen, so lautet der Kernsatz der *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* (Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen 2010). Diese Charta wurde 2010 verabschiedet und hat seit 2013 den Status einer nationalen Strategie.

[1] Im Verlauf der Entwicklung von DiakonieCare zeigte sich, dass unabdingbar zur Existenziellen Kommunikation und Spiritual Care auch die Selbstsorge gehört: Existential Care – Spiritual Care – Self Care als Trias. Die Verfasserinnen des Curriculums DiakonieCare waren Gabriele Beckert, Andrea Bogdan, Astrid Giebel, Gabriele Kuhnt, Heike Lubatsch, Gabriele Nelius, Annette Meussling-Sentpali, Miriam Stamm, Stefanie Stamelos und Kathrin Städler. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe dieses ESF-Projekts im Programm *rückenwind* 3.0 (2010–2012) waren: Gabriele Beckert, Astrid Giebel, Tim Hagemann, Stefanie Stamelos, Heike Lubatsch, Arne Manzeschke, Annette Meussling-Sentpali, Michael Utsch, Kathrin Städler und Ilona Holtschmidt.

[2] Siehe hierzu die Forschungsergebnisse des Arbeitspsychologen Tim Hagemann in *Geistesgegenwärtig pflegen* Band 2, S. 74–104.

Sie wird getragen vom Deutschen Hospiz- und PalliativVerband (DHPV), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Bundesärztekammer (BÄK). Seit ihrer Veröffentlichung haben sich über 2800 Organisationen und Institutionen sowie knapp 31.000 Einzelpersonen – darunter auch zahlreiche Politiker:innen, einzelne Bundesländer und Kommunen, Wohlfahrtsträger, Kirchen und Bildungseinrichtungen und weitere Organisationen/Institutionen – mit ihrer Unterschrift für die Charta und ihre weitere Umsetzung eingesetzt (Stand 03/2021). Die Verfasser der Charta schrieben den Anspruch jedes Menschen auf spirituelle Begleitung als Leitsatz fest. Sie folgten hier der WHO-Definition von Palliative Care (WHO 2002).

Kaum eine Stadt in Deutschland verfügt über eine so breit aufgestellte und leistungsstarke Hospiz- und Palliativversorgung, wie es sie in der Stadt Essen gibt. Eine der Wegbereiterinnen ist Marianne Kloke, die 2022 für ihr Engagement in der Palliativmedizin den Brost-Ruhr-Preis erhielt. Auf der Tagung *Spiritual Care – ein neues Angebot im Krankenhaus?* am 5. November 2016 im Deichmann-Auditorium in Essen stellte die Verfasserin dieses Beitrags auf Einladung von Marianne Kloke das Projekt DiakonieCare vor. Im Anschluss an die Veranstaltung sprachen Marianne Kloke, damals Direktorin der Klinik für Palliativmedizin an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte (KEM), Heiner Melching, der Geschäftsführer der DGP, und die Verfasserin dieses Beitrags über das Erfordernis, Spiritual Care nicht nur stärker in der Fachlichkeit von Hospiz und Palliative Care, sondern generell in allen Gesundheitsberufen und -feldern interprofessionell zu verankern. Hierfür, so der damalige Ausgangspunkt, sollten die Inhalte von Spiritual/Existential Care um einer breiten Anwendbarkeit willen auf 40 Unterrichtsstunden konzentriert, Schnittflächen und Abgrenzungen zu Palliative Care identifiziert und in einem ersten Schritt – von End-of-life Care ausgehend – die gesundheitliche Versorgung um Spiritual/Existential Care in der Begleitung von älteren und schwerkranken Menschen erweitert werden.

Gemeinsam mit Martina Kern, Leiterin der **A**nsprechpartner im **L**and NRW zur **P**alliativversorgung, **H**ospizversorgung und **A**ngehörigenbegleitung (**Alpha** NRW), Arndt Büssing, Professor für Lebensqualität, Spiritualität und Coping an der Universität Witten/Herdecke (UWH), arbeiteten Marianne Kloke und die Verfasserin dieses Beitrags den Förderantrag zum Projekt *Spirituelle Begleitung am Lebensende – Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojektes mit Pilotcharakter* aus, der 2019 von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW für den Zeitraum 2020 bis 2023 bewilligt und von der Friede Springer Stiftung sowie der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe kofinanziert wurde. Getragen wurde dieses Projekt durch die Evangelischen Kliniken Essen-Mitte (KEM) in gleichberechtigter Partnerschaft mit der Universität Witten/Herdecke (UWH). Mit Letters of Intent haben sich die Diakonie Deutschland, DGP, DHPV sowie der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln hinter das fortan sog. Projekt SpECi gestellt (siehe Kap. 2 in diesem Band).

1.4 DiakonieCare (2010–2012) ist monoprofessionell, SpECi (2020–2023) interprofessionell angelegt – ein Blick zurück

Zehn Jahre zuvor bezog sich das Projekt DiakonieCare im ESF-Programm rückenwind (3.0.) auf den Förderbereich Entwicklung von Konzepten zur Einführung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Sozialwirtschaft, insbesondere mit dem Ziel, die Verbleibdauer im Bereich für Kräfte im Pflegebereich zu erhöhen. Die folgenden Auszüge – Abschn. 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3, 1.4.4, 1.4.5, 1.4.6, 1.4.7, 1.4.8, und 1.4.9 aus dem von der Verfasserin dieses Beitrags im Herbst 2009 im Programm rückenwind (3.0) eingereichten ESF-Antrag der Diakonie Deutschland – bilden den damaligen Sachstand ab. Sie sind – als Einblick in den Projektantrag aus dem Jahr 2009 und als Vorgeschichte zum Projekt SpECi – zeitbezogen zu lesen:

1.4.1 Zusammenfassung (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

In bewährter Praxis werden in medizinisch-therapeutischen Prozessen bei Patient:innen und Bewohner:innen bereits positive Korrelationen von Spiritualität und Gesundheit einbezogen, denn Menschen verarbeiten Gebrechen, Krankheit, Leid oder Krisen besser, wenn sie in spirituellen Bezügen leben. Darüber hinaus wird seit den 1990er-Jahren angesichts einer steigenden Anzahl von Pflegekräften, die an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Belastung kommen, auch über spirituelle Dimensionen und religiöses Coping im Pflegeberuf geforscht (Lubatsch 2008 und passim). Spiritualität wird dabei als subjektiv erlebter Sinnhorizont verstanden, der sowohl innerhalb als auch außerhalb tradierter Religiosität verortet sein kann. In dem hier vorgestelltem Pilotprojekt (*DiakonieCare*) wird in der Diakonie die Umsetzung von Spiritualität in Pflegeberufen in der Praxis (training on the job) mit dem Ziel erprobt, gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Verweildauer – insbesondere von älteren Mitarbeiterinnen – in der Pflege zu erhöhen, da künftig die Generation 50+ das Rückrat der Pflege bilden wird.[3] In sieben kleineren und mittleren Unternehmen (Krankenhäusern, ambulante Pflege, geriatrische Einrichtungen und Dienste) – in Kooperation mit vier weiteren großen Trägern[4] – wird Spiritualität im Pflegealltag mit Pflegekräften erprobt, die Ergebnisse ausgewertet und veröffentlicht.

[3] 15 Jahre später – 2024 – ist diese Feststellung überholt, Anm. der Verfasserin.

[4] Vier große Träger kamen unterstützend dazu: Albertinen Diakoniewerk/Hamburg, Evangelisches Klinikum Bethel/Bielefeld, Kaiserswerther Diakonie/Düsseldorf und die Immanuel Diakonie/Berlin.

1.4.2 Ausgangssituation (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

Aktuelle Studien weisen auf einen künftigen Pflegekräftemangel bei gleichzeitigem Anstieg der Zahl von Pflegebedürftigen hin. Die zunehmende Arbeitsverdichtung im Pflegealltag in normierten Zeittakten führt zu hohen physischen und psychischen Belastungen von Pflegekräften (Robert Bosch Stiftung: Pflege neu denken [Robert Bosch Stiftung 2000]). Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege warnt vor Fluktuationen und abnehmender Verweildauer im Beruf. Krankheitsbedingte Fehlzeiten im Pflegeberuf liegen fast 20 % höher als im Bevölkerungsmittel. Fast die Hälfte von befragten Pflegekräften denkt manchmal daran, den Beruf aufzugeben, bei jeder fünften ist dieser Wunsch stark ausgeprägt (NEXT-Studie (Research Gate 2005)). Der Pflegeberuf ist in Gefahr, zu einer beruflichen Sackgasse mit „Burn-out-Garantie“ zu werden (ADS-Studie: Brennpunkt Pflege/Pflegethermometer 2007 [Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2007]). Neben körperlichen Belastungen gehören zu den psychischen insbesondere der tägliche Umgang mit Patient:innen- und Bewohner:innenleid. Durch Überlastung droht riskante oder gefährliche Pflege. Gegenwärtige Forschung belegt positive Effekte von Spiritualität zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsvorsorge (Utsch 2005; Bucher 2007). Während sich Religiosität auf verfasste Religionen bezieht, wird Spiritualität als persönliche sinnstiftende Grundeinstellung beschrieben, die neben anderen auch religiös sein kann. Positive Effekte von Spiritualität (in der Alternativ-, Palliativmedizin, Gerontologie, Psychotherapie … genutzt) beziehen sich auf Einordnung von existenziellen Fragen in Sinnzusammenhänge, stiften Identität, vermitteln Halt, fragen nach Werten, stärken Hoffnung/Vertrauen u. a. m. (Peteet 2007). Achtsamkeit, Akzeptanz und Mitgefühl (aus buddhistischen Traditionen), Annahme, Vertrauen, Vergebung, Wertschätzung, Loslassen (aus christlichen Traditionen) u. a. m. werden in prophylaktische und (gesprächs-) therapeutische Prozesse einbezogen. Entspannungstechniken, Bewältigungsverhalten, Stärkung positiver Emotionen … als „Tiefendimensionen der Heilkunde“ (Verres 2005) werden in existenziellen Krisen, bei Traumata, Stress, Überlastung etc. als spirituelle Ressourcen eingesetzt.

1.4.3 Handlungsbedarf (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

Mitarbeitende in Pflegeberufen werden befähigt, existenzielle Kurzgespräche am Krankenbett zu führen und spirituelle Ressourcen im Pflegealltag angesichts von Grenzerfahrungen zu erschließen. Sie werden gefördert, erkennbare beziehungsweise geäußerte existenzielle Nöte von Pflegebedürftigen wahrzunehmen. Zudem werden sie in ihrer Sprachfähigkeit, Selbstwahrnehmung und Authentizität gestärkt sowie in ihren spirituellen, systemischen und kommunikativen Kompetenzen.

1.4.4 Projektziel (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

Über einen Zeitraum von drei Jahren wird im Diakonischen Werk der EKD[5] ein Pilot-Praxis-Projekt zu *Existenzieller Kommunikation und Spirituellen Ressourcen in der Pflege* durchgeführt, um die Verweildauer von Mitarbeitenden in der Pflege zu erhöhen und einen Beitrag zu gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen zu leisten. Angesichts berufsbedingter Überlastungen durch den täglichen Umgang mit Patienten- und Bewohnerleid, Stresserfahrungen, einer abnehmenden Verweildauer und hohen Fluktuationen im Pflegeberuf, sind Kinder-, Gesundheits- und Krankenpflegende sowie Altenpflegende nach Training on the Job durch interdisziplinär zusammengesetzte Schulungsteams für existenzielle Fragestellungen am Krankenbett zu berührenden Kurzgespräche fähig und darin geübt, gesundheitsfördernde Ansätze von Spiritualität in der Pflege als heilende und heilsame Sorge für sich selbst zu identifizieren (Selbstpflege, Burn-out-Prophylaxe), wie auch diese in der Begleitung von Patient:innen, Bewohner:innen und deren Angehörigen einzusetzen.

1.4.5 Handlungskonzept (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

Planungsvorhaben: Eine Steuerungsgruppe, zusammengesetzt aus Vertreter:innen des Diakonie-Bundesverbandes, einzelnen Landes- und Fachverbänden und externen Sozial- und Pflegewissenschaftlichen Fakultäten recherchiert – soweit vorhanden – Fort- und Weiterbildungsmodule zu existenzieller Kommunikation und spirituellen Ressourcen in der Pflege, entwickelt sie konzeptionell weiter, entwirft ein Curriculum, begleitet die Praxiserprobung in der Durchführung, wertet die Ergebnisse aus, veröffentlicht sie und sichert die Nachhaltigkeit des Praxisprojekts. An sieben Standorten in kleineren und mittleren Unternehmen (Krankenhäusern, ambulante Pflegediensten, geriatrische Einrichtungen und Dienste), die keine eigenen Fort- und Weiterbildungsinstitute vorhalten und über geringere ökonomische Ressourcen verfügen, werden im Training on the Job Kurzschulungen zu existenzieller Kommunikation und spirituellen Ressourcen in der Pflege durchgeführt. Ein interdisziplinär zusammengesetztes Schulungsteam (Gesprächstherapeut:innen, Expert:innen in Spiritualität, Geistliche Begleiter:innen, Psycholog:innen …) führt gemeinsam mit 20 bis 40 Pflegenden (je nach Standortgröße, im Mittel 30) im Abstand von ca. 4 Monaten sechsmal jeweils an zwei Tagen á 8 h (= 96 h plus Zusatzaufgaben: 120 h) Schulungsmaßnahmen zu existenzieller Kommunikation und spirituellen Ressourcen in der Pflege durch. Flankierend untersuchen die das Praxisprojekt begleitenden befreundeten Sozial- und Pflegewisseschaftlichen Institute, ob in arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischer Hinsicht die Förderung von existenzieller Kommunikation und spirituellen Ressourcen zu einer Erhöhung der Verweildauer und zur Gesundheitsförderung im Pflegeberuf beiträgt.

[5] Heute Diakonie Deutschland im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung (EWDE e.V.).

1.4.6 Mehrwert (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

Durch das Praxisprojekt *Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen in der Pflege* können bisherige Forschungen zur positiven Korrelation von Kommunikationskompetenz und Begleitung, Spiritualität und Gesundheitsförderung auf den Pflegeberuf angewandt werden. Pflegende werden befähigt, spirituelle Dimensionen und existenzielle Kommunikation in ihren Pflegealltag einzubeziehen (Vauhan 1991: Eine gesunde Spiritualität hilft den Alltag meistern). Pflegende werden – über bereits vorhandene Ausbildungsmodule in existenzieller Gesprächsführung hinaus (u. a. Krohwinkel, 1993 AEDL [1984]) – in ihren systemisch-seelsorgerlichen, religiösen und interreligiösen Kompetenzen gestärkt und – angesichts erkennbarer Nöte oder geäußerter Sinnfragen von pflegebedürftigen Menschen/Angehörigen – in existenzieller Kommunikation und spiritueller Begleitung gefördert. Durch Einbezug spiritueller Dimensionen in den Pflegealltag erleben Pflegende ihre berufliche Tätigkeit zufriedenstellender (Benefit). Dieser wesentliche Bestandteil einer Burn-out-Prophylaxe trägt zu einer längeren Verweildauer im Beruf bei und erweist sich als Bestandteil gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen.

1.4.7 Bisherige Aktivitäten (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

In der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) wurde bislang kein Projekt zur Praxiserprobung von Existenzieller Kommunikation und Spiritualität in der Pflege durchgeführt. Am Thema Existenzielle Kommunikation und Spiritualität in der Pflege wird z. Zt. intensiv geforscht (in den USA schon länger; die Ergebnisse können aber aufgrund kultureller Unterschiede nur begrenzt auf den deutschsprachigen Raum übertragen werden). Eine Bündelung gegenwärtiger Forschung wurde vom Diakonischen Werk der EKD (heute Diakonie Deutschland) auf dem *Symposion Spiritualität in der Pflege* von 16.–17. Juni 2009 im Rahmen des DiakonieKongresses Zukunft:pflegen vorgestellt (siehe Tagungsdokumentation [Diakonisches Werk der EKD et al. 2010]). An der Fachhochschule der Diakonie/Bielefeld (FHdD) läuft zurzeit (2008–2010) das Forschungsprojekt *Arbeit, Gesundheit und Religiosität* mit dem Ziel, nationale und internationale Publikationen zum Thema Glaubenseinstellungen, religiöse Angebote und Gesundheit zu recherchieren und analysieren (Giebel et al. 2015). Seitens des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD liegt das Ergebnis einer Literaturrecherche zu *Spiritualität von Pflegepersonen* (Lubatsch 2008) und zu *Zeiten der Pflege* (Robert Bosch Stiftung 2000) vor. In Kooperation mit der Universität Bremen wurde im Zusammenhang des Projektverbundes *Ethos fürsorglicher Praxis* (Kumbruck und Senghaas-Knobloch 2006) eine Studie zu *Spiritualität in der Pflege – quo vadis?* (Kumbruck 2006) erstellt. In der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen wird über präventive Wirkungen positiver Spiritualität und Kommunikation im Gesundheitswesen (Utsch 2008) geforscht. Vom Deutschen Institut für ärztliche Mission (Difäm) wurde mit dem Diakonischen Werk der EKD gemeinsam ein Grundsatzpapier zu Gesundheit, Heilung und Spiritualität (Jakob

und Laepple 2014) erarbeitet. Im Quiero-Projekt, Qualifikation durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisation der Pflege, Laufzeit von 2006–2010 und gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung,[6] wurden mittels Selbstreflexivität die Steuerung von Gefühlen im Pflegealltag untersucht (Netzwerk 2022).

1.4.8 Konzept zum Gender Mainstreaming (aus: ESF-Antrag *rückenwind*, 2009)

Von Chancengleichheit und Gleichbehandlung im Beruf sind (ältere) Arbeitnehmerinnen in der Pflege, die zurzeit und auch künftig schwerpunktmäßig in der Pflege tätig sein werden (Generation 50+ als Rückgrat der Pflege[7]), immer noch weit entfernt. Bis heute tragen geschlechtsbezogene Ausbildungsstrukturen, ungleiche Karrierechancen und eine Überlagerung von Geschlechterhierarchien zur Reproduktion eines männlich dominierten Geschlechterverhältnisses bei (Friedrich Ebert Stiftung 2008). Nach wie vor ist eine untergeordnete Stellung der Pflege gegenüber anderen Professionen zu verzeichnen (Medizin, Ökonomie …). Ältere Frauen im Pflegeberuf verdienen weniger als jüngere, haben niedrigere Ausbildungsabschlüsse, schlechtere Positionen inne und geringere Aufstiegschancen. Gesundheitsbedingte Frühberentungen durch körperliche Verschleißerscheinungen und psychische Erkrankungen mit einhergehenden nachteiligen Auswirkungen auf Rentenniveau und -ansprüche sind in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich angestiegen.

a. Mit berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungsangeboten (hier zur existenziellen Kommunikation und spirituellen Ressourcen in der Pflege), die Maßnahmen zum Erhalt, Training und Ausbau berufsspezifischer Kompetenzen vorhalten, kann vorhandenes Erfahrungswissen älterer Pflegekräfte ergänzt werden. Investitionen in kontinuierliche Weiterbildung von älteren Mitarbeiterinnen in der Pflege verbessern ihren Chancen auf dem Arbeitsmarkt (auch bei Arbeitgeberwechsel) und haben als nachhaltigen Motivationseffekt die Steigerung des persönlichen Selbstwertgefühls der Mitarbeiterinnen.
b. Studien belegen eine höhere Affinität und häufigere Erfahrungen von Frauen zum Themenkreis Spiritualität (Bridges und Moore 2002 und passim). Zu vermuten ist, dass hinsichtlich angebotener Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu existenzieller Kommunikation und spirituellen Ressourcen in der Pflege sich eher Frauen aufgeschlossen zeigen, diese zu nutzen. Das Praxisprojekt *Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen in der Pflege* strebt an, zur Angleichung der Geschlechter insbesondere auch bei Männern Interesse an Spiritualität in der Pflege zu wecken (Hochholzer und Kugler 2007) und Trainer:innenteams paritätisch zusammensetzen.

[6] Die Seite www.quiero-online.de ist nicht mehr online. Vgl. jetzt Lubatsch 2008.

[7] 15 Jahre später ist die damalige Generation 50+ zumeist schon im Ruhestand.

1.4.9 Beitrag des Projekts zum demografischen Wandel (aus: ESF-Antrag *rückenwind* 2009)

Bis 2020 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland um rund 1 Mio. auf 2,94 Mio., bis 2050 um 1,8 Mio. auf 4,7 Mio. mit Pflegebedarf (Destatis, Statistisches Bundesamt). Die Zahl jüngerer Bewerber:innen für den Pflegeberuf ist rückläufig. Die durch den demografischen Wandel entstehenden Lücken und absehbare Personalnot in Pflegeberufen lassen sich auch durch ausländische Pflegekräfte nicht kompensieren. Zudem erfordert die Umsetzung von Pflege- und Versorgungskonzepten insbesondere bei einer in den kommenden Jahren deutlich ansteigenden Zahl Demenzerkrankter eine hohe Kultur- und Kommunikationskompetenz. Das Praxisprojekt *Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen in der Pflege* ermöglicht intergenerativen Austausch, die Förderung wechselseitigen Verständnisses und Voneinander-Lernens, da spirituelle Haltungen, Entwicklungen, Effekte … sich in der Lebensbewältigung von älteren und jüngeren Menschen unterscheiden (Bucher 2007). Im Fokus auf Patienten:innen und Bewohner:innen (und hier in der Begegnung mit Sinnfragen, Krisensituationen, unerträglichen Lebenslagen, lebensweltlichen Problemanzeigen, Umgang mit Leid …) vermögen es durch die altersgegebene Nähe ältere Pflegende besser als jüngere, (auch in spirituellen Belangen) eine möglicher Kommunikationskluft zu (hoch-) betagten Pflegebedürftigen zu überbrücken. Aber auch für jüngere Pflegekräfte eröffnen sich neue Chancen im Beruf durch Einübung anderer Kommunikationsstile und Erschließung spiritueller Erfahrungshorizonte. Da der Fokus des Praxisprojekts *Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen in der Pflege* vorrangig auf die Erhöhung der Verweildauer von älteren Mitarbeiter:innen im Pflegeberuf liegt, werden in den geplanten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen insbesondere spezifische Lernvoraussetzungen und Lernverhalten Älterer berücksichtigt und adäquate Lerngelegenheiten gestaltet (Hörwick 2003).

1.5 Ausblick

Im Projekt DiakonieCare ist es gelungen, ein Curriculum zu entwickeln, das von den Teilnehmenden für sich persönlich wie für ihren Arbeitsalltag als förderlich und belastungsreduzierend bewertet wurde (Diakonisches Werk der EKD et al. 2012, dort Band 2; S. 102). Obwohl das Curriculum DiakonieCare (120 Unterrichtsstunden) dreifach so umfangreich wie das Curriculum SpECi (40 Unterrichtsstunden) ist, wurde es von den beteiligten Bildungsträgern und neu hinzukommenden Diakonischen Einrichtungen in den Folgejahren weiterhin umgesetzt, jedoch mit abnehmender Tendenz. Gründe dafür lagen vor allem in einer mangelnden zeitlichen Freistellung durch einen steigenden ökonomischen Druck, zunehmenden Fachkräftemangel in der Pflege, einhergehend mit unterbesetzten Stationen, überlastungsbedingten Stundenreduzierungen von Pflegekräften und (später pandemiebedingt noch einmal verstärkt) einem erhöhten Krankenstand. Zudem wurden Inhalte von DiakonieCare in Pflegeausbildungen (in Caritas wie Diakonie) im

Rahmen der Reform der Pflegeausbildung integriert und Inhalte in Fachhochschulstudiengänge der Sozialen Arbeit implementiert. Eine Mitarbeiterin aus der Diakonie in Niedersachsen berichtete 2022 rückblickend, dass bei zwei Trägern, die DiakonieCare in ihrem Unternehmen organisationell verankert hatten, eine spürbar positive Veränderung der Unternehmenskultur stattgefunden habe.

Konnte also tatsächlich das im ESF-Antrag *rückenwind* (3.0) gesteckte Ziel langfristig erreicht werden, durch DiakonieCare die Gesundheitsförderung von Fachkräften im Pflegebereich zu erhöhen? Und trug in arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischer Hinsicht die Förderung von existenzieller Kommunikation und spirituellen Ressourcen zu einer Erhöhung der Verweildauer bei? Die projektbegleitende Studie von Tim Hagemann zeigte, dass die Teilnehmenden gesundheitsfördernd in ihrer persönlichen Resilienz gestärkt worden sind (Diakonisches Werk der EKD et al. 2012). Es erwies sich zudem, dass ältere Pflegefachpersonen (über 40 Jahre) – mit der Gesamtsituation von Pflege besser arangiert – sich deutlich stressresistenter erwiesen als jüngere (unter 40 Jahren, hier kürzere Verweildauer im Beruf). Und es stellte sich heraus, dass die Effekte der Personalentwicklung ohne flankierende Organisationsentwicklung ins Leere laufen. Aus diesem Grund gründeten beteiligte Projektträger und Einzelpersonen das Netzwerk Existenzielle Kommunikation und Spiritualität e.V. (NEKS), um spirituelle Ressourcen und existenzielle Kommunikation in der Personal- und Organisationsentwicklung systematisch zu berücksichtigen und zu fördern (Lubatsch 2008).

Offen und unerledigt blieb auftragsbedingt im Projekt DiakonieCare der Transfer von Spiritual/Existential Care in die Fachlichkeit und Zusammenarbeit von interprofessionellen Teams, eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen von Spiritual/Existential Care auf Schwerkranke und Sterbende sowie deren An- und Zugehörigen, die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und Implementierungsstrategien. Hier setzt das Projekt SpECi (2020–2023) mit folgender Ausrichtung an: interprofessionell statt monoprofessionell, Begrenzung des Curriculums auf 40 Unterrichtsstunden, Weiterführung des Selfcare-Ansatzes, Verknüpfung mit aktuellen Wissens- und Forschungsinhalten, Handlungsempfehlungen für Gesundheitsberufe, Handreichung zur Organisationsentwicklung und Erarbeitung einer Strategie zur Implementierung von Spiritual Care ins Gesundheitswesen.

Literatur

AEDL Pflegekonzept (1984 nach Monika Krohwinkel). https://www.aedl.de/. Zugegriffen am 03.01.2023

Albrecht H, Dargel M, Freitag M, Giebel A, Knorr W, Lilie U, Loheide M (2018) #religionsundkultursensibel. Perspektiven für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in evangelischen Kontexten. EVA Leipzig

Bridges LJ, Moore KA (2002) Religion and spirituality. In: Childhood and adolescence. https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2002/01/Child_Trends-2002_01_01_FR_ReligionSpiritAdol.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Bucher A (2007) Psychologie der Spiritualität. Beltz, Weinheim

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005) Die Pflege Charta. https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta/artikel-7. Zugegriffen am 02.01.2023

Bundesregierung (2009–2013) Europäischer Sozialfonds für Deutschland. Das Programm *rückenwind*. https://www.esf.de/portal/DE/Ueber-den-ESF/Geschichte-des-ESF/Foerderperiode-2007-2013/ESF-Programme/programme/bmas_rueckenwind.html. Zugegriffen am 03.01.2023

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Armbruster J, Giebel A, Frommann N (2014) Geistesgegenwärtig begleiten. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Psychiatrie und Behindertenhilfe. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (2010). https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html. Zugegriffen am 03.01.2023

Deutsches Institut für angewandte *Pflegeforschung* e.V. (2007) Pflegethermometer. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Diakonisches Werk der EKD, Kottnik KD, Giebel A (2010) Spiritualität in der Pflege. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn

Diakonisches Werk der EKD, Stockmeier J, Giebel A, Lubatsch H (2012 und 2013) Geistesgegenwärtig pflegen. Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf. Band 1: Grundlegungen und Werkstattberichte, Band 2: Studien und Projektergebnisse. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener

Ehm S, Giebel A, Lilie U, Prönneke R (2016) Geistesgegenwärtig behandeln. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn

Friedrich Ebert Stiftung (2008) Jahresbericht 2008 – Perspektiven 2009. https://www.fes.de/stiftung/jahresberichte-zahlen-fakten/jahresbericht-2008-/-perspektiven-2009. Zugegriffen am 03.01.2023

Giebel A, Lubatsch H, Meussling-Sentpali A (2013) DiakonieCare. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Pflege. Curriculum und Arbeitshilfe zur Organisationsentwicklung. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn

Giebel A, Lilie U, Utsch M, Wentzek D, Wessel T (2015) Geistesgegenwärtig beraten. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Beratung, Seelsorge und Suchthilfe. Neukirchener, Neukirchen Vluyn

Hagemann T (2013) Arbeit, Gesundheit, Religiosität & Spiritualität. Forschungsbericht. Bericht ist nicht mehr online

Hochholzer M, Kugler T (2007) Werkbuch Männerspiritualität. Herder, Freiburg

Hörwick E (2003) Lernen Ältere anders? BfZ Bildungsforschung. Potsdam. https://ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/equal_lernen_aeltere_anders_2003.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Jakob B, Laepple U (Broschüre, als Buch 2014) Gesundheit, Heilung und Spiritualität. Heilende Dienste in Kirche, Diakonie und weltweiter Ökumene. (Unter Mitarbeit von: Bartmann P, Werner D.) Neukirchen-Vluyn, Neukirchener

Kumbruck C (2006) Spiritualität in der diakonischen Pflege – quo vadis? Forschungsbericht, Texte aus dem SI EKD. https://www.siekd.de/wp-content/uploads/2018/09/Kumbruck-Diakonie-und-Spiritualitaet-Bericht-6-10-2008.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Kumbruck C, Senghaas-Knobloch E (2006) Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel: Befunde einer empirischen Studie. https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/21971. Zugegriffen am 03.01.2023

Lubatsch H (2008) Spiritualität von Pflegepersonen, Studie des SI EKD. http://www.heike-lubatsch.de/uploads/pdf/Literaturstudie.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Netzwerk Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge e.V. https://www.neks-online.de/. Zugegriffen am 03.01.2023

Netzwerk IQ (2022) Integration durch Qualifizierung. Berufsanerkennung Pflegefachfrau/Pflegefachmann – der Weg zum neuen Job. https://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/Redaktion/Downloads/IQ_Publikationen/Allgemeine_Publikationen/IQ_Themendossier_Pflege_DE.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Peteet J (2007) Spirituality and mental health. South Med J 100:620–621. https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3180600dbf

Research Gate (2005) Auswertung der ersten Befragung der Next-Studie in Deutschland. https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Robert Bosch Stiftung (2000) Pflege neu denken: Zur Zukunft der Pflegeausbildung.Schattauer, New York. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Sonderdruck_Pflege_neu_denken.pdf. Zugegriffen am 03.01.2023

Rinderspacher JP, Herrmann-Stojanov I, Pfahl S, Reuyß S (2009) Zeiten der Pflege. Lit, New York

Utsch M (2005) Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität. Kohlhammer, Stuttgart

Utsch M (2008) Präventive Wirkungen positiver Spiritualität. Prävention. Z Gesundheitsforschung 3/2008:83–85

Vauhan F (1991) Intuitiver leben – wie entwickle ich mein inneres Potential. Sachbuch Fischer, Frankfurt am Main

Verres R (2005) Was uns gesund macht – ganzheitliche Heilkunde statt seelenloser Medizin. Herder, Freiburg

WHO (2002) Palliative care. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. Zugegriffen am 02.01.2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Grundzüge des SpECi-Projektantrages

2

Arndt Büssing, Astrid Giebel, Martina Kern und Marianne Kloke

2.1 Einleitung

Im Folgenden soll der von der Stiftung Wohlfahrtspflege bewilligte Projektantrag „Spirituelle Begleitung am Lebensende. Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojektes mit Pilotcharakter“ in Grundzügen dargestellt werden. Antragssteller und Projektträger sind die Evangelischen Kliniken Essen-Mitte gGmbH (KEM), gleichberechtigter Kooperationspartner ist die Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping der Universität Witten/Herdecke (UWH), die für die Begleitforschung zuständig ist. Das Projekt umfasst drei Phasen: A) präinterventionelle Befragung von Patient:innen bzw. Bewohner:innen in der letzten Lebensphase und die sie Betreuenden; B) Teilnahme von Multiplikatoren an dem 40 h Curriculum SpeCi; C) zu zwei Zeitpunkten postinterventionelle Befragung der Gruppen von Curriculums-Teilnehmer:innen und durch sie betreute Personen. Es wird an sieben Standorten durchgeführt.

A. Büssing (✉)
Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: arndt.buessing@uni-wh.de

A. Giebel
Vorstandsbüro, Diakonie Deutschland, Berlin, Deutschland
e-mail: astrid.giebel@diakonie.de

M. Kern
Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Leitung Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland
e-mail: martina.kern@helios-gesundheit.de

M. Kloke
Essen, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_2

2.2 Hintergrund

Spiritual Care hat sich im deutschen Sprachraum als Bezeichnung für die gemeinsame Sorge aller Gesundheitsberufe um existenzielle, religiöse und spirituelle Ressourcen, Bedürfnisse und Probleme kranker Menschen und ihrer Angehörigen eingebürgert. Neben der bio-psycho-sozialen Dimension ist in den vergangenen Jahren auch die spirituelle Dimension seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Gesundheits- und Krankheitsverständnis definitorisch verankert worden. Das hat fachlich bislang in den Gesundheitsberufen sowie in der Ausgestaltung der Sozialgesetzgebung erst marginal Berücksichtigung gefunden.

Es besteht hierzulande ein hoher Nachholbedarf, berufsgruppenübergreifend Mitarbeitende im Gesundheitswesen angesichts spiritueller Bedürfnisse und existenzieller Fragen von älteren und sterbenden Menschen zu sensibilisieren und in Spiritual/Existential Care zu befähigen. Ein sehr erwünschter Nebeneffekt dabei ist, dass Spiritual/Existential Care eine Ressource darstellt. Dies gilt für die Einrichtungskultur insgesamt wie für die einzelnen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen aus Pflege, Medizin und anderen Berufsgruppen, die sich den institutionellen und individuellen Belastungen und Anpassungserfordernissen stellen müssen (u. a. durch zunehmende Ökonomisierung, Fachkräftemangel, steigende Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, kurze Verweil-/Aufenthaltsdauern).

In der Begleitung und Unterstützung chronisch bzw. schwer erkrankter Menschen und insbesondere von älteren schwerkranken und sterbenden Menschen, denen das bevorstehende Sterben, mithin die Trennung vom Leben vor Augen steht, werden Mitarbeitende im Gesundheitswesen nicht selten mit existenziellen Fragen konfrontiert, in denen die spirituelle Dimension von Gesundheit und Krankheit in den Vordergrund drängt. Geäußert werden Deutungsratlosigkeit, Untergangserfahrungen, Verlust- oder Zerstörungsängste, die das Leben aus subjektiver Perspektive fast unerträglich machen können. Älterwerdende und sterbende Personen versuchen Phasen der Nähe und Distanz zu den wichtigsten Bezugspersonen zu gestalten und schließlich zu artikulieren, von wem sie welche Hilfe erwarten. Sie bitten hier häufig (und ggf. in Nebensätzen) medizinisch/therapeutisch/pflegerisch Begleitende um Unterstützung – vielleicht auch, um mit den eigenen Gefühlen und Gedanken umgehen zu können. Das existenzielle Merkmal, das hier angesprochen wird, betrifft vor allem die innere Auseinandersetzung mit dem Leben als Ganzem, einen in Ansätzen vorgenommenen Lebensrückblick und schließlich der Sinnerfahrung und dem Stimmigkeitserleben im Austausch mit anderen Menschen. Unabhängig von Zeitressourcen und Personalausstattung finden Patient:innen bzw. Bewohner:innen in ambulanter Versorgung, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und stationären Hospizen wenig Resonanz auf ihre spirituellen Anliegen, weil es bislang an in Spiritual/Existential Care geschulten Personen in den Gesundheitsberufen und förderlichen Rahmenbedingungen mangelt.

2.3 Hemmnisse in der Umsetzung von Spiritual Care

In empirischen Untersuchungen konnten unerfüllte spirituelle/existenzielle Bedürfnisse bei chronisch kranken und alten Menschen sowohl international als auch speziell für das eher säkulare Deutschland identifiziert werden (Büssing 2021). So wurde in Deutschland die Ausprägung der vorhandenen spirituellen Bedürfnisse bei Patient:innen mit chronischen Schmerz- und Krebserkrankungen, aber auch bei alten Menschen in Pflegeeinrichtungen sowie bei Müttern krank oder zu früh geborener oder beeinträchtigter Kinder erfasst.

Diese spirituellen Bedürfnisse, Fragen und Hoffnungen, Wünsche und Fragestellungen werden aus unterschiedlichen Gründen (z. B. professionelle Neutralität, Mangel an Zeit, Wissensdefizite, allgemeines Unbehagen, fehlende Zuständigkeit) (Lee und Baumann 2013) von den im Gesundheitssystem Tätigen nur wenig beachtet. Die Hemmnisse zur adäquaten Beachtung der spirituellen Dimension von Gesundheit lassen sich grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen verifizieren: 1) Intrapersonelle und allgemeingesellschaftliche Hemmnisse, 2) Ausbildungsdefizite, 3) Strukturelle Defizite und 4) Organisatorische Rahmenbedingungen:

Die defizitäre Ist-Situation steht im deutlichen Widerspruch zu den Standards, die u. a. auch von der WHO entwickelt und beschrieben wurden. So wird die Bedeutung von spiritueller Gesundheit als unverzichtbarer Dimension im Total Health Concept in der WHO-Definition von Palliative Care von 2002 festgeschrieben. Zu den zehn interdisziplinären Kernkompetenzen für Mitarbeitende in der Palliativversorgung zählt laut der European Association for Palliative Care, „ … den spirituellen Bedürfnissen des Patienten gerecht [zu] werden“ (Gamondi et al. 2013). Eine ähnliche Stellung beziehen auch die Verfasser der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (Nationale Strategie).[1] Die S3-Leitlinie Palliativmedizin im Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF legt fest, dass die Berücksichtigung der spirituellen Dimension zum wissenschaftlich abgesicherten Therapiestandard bei Tumorpatienten gehört.[2] Eine Verankerung von qualifizierter Spiritual Care ist in den Büchern zur Sozialen Gesetzgebung einschließlich des Hospiz- und Palliativgesetzes jedoch – noch – nicht erfolgt. Die jüngste Festschreibung von Spiritual Care als eine Aufgabe der Langzeitpflege muss kritisch bewertet werden, da hier keinerlei – noch nicht einmal eine fachpflegerische – Fachkompetenz vorausgesetzt wird. Selbst der § 132g SGB V (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase) sieht zwar die Thematisierung der spirituellen Be-

[1] Charta zur Betreuung schwerkranker und Sterbender Menschen in Deutschland 2015: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de.

[2] Leitlinie Onkologie Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung Langversion 2.0 2019 AWMF-Registernummer: 128/001-OL.

lange im Weitesten vor, aber die Verantwortung für die „seelsorgerische Begleitung“ wird eher durch die Einbeziehung anderer regionaler Betreuungs- und Versorgungsangebote realisiert.[3]

Zusammenfassend können mit Blick auf die spirituellen Aspekte der Versorgung und Begleitung Defizite und Erfordernisse auf Seiten der Betroffenen (und ihrer Angehörigen), der professionell Begleitenden (Gesundheitsberufe) und der Institutionen konstatiert werden. Die als „vierte Säule“ der Palliativversorgung bezeichnete spirituelle Dimension findet im Behandlungs- und Versorgungsalltag nur geringen Ausdruck, nicht zuletzt im Vergleich mit somatisch orientierten Aspekten wie etwa der Behandlung körperlicher Symptome (Schmerz, Luftnot etc.).

2.4 Entwicklung des Curriculum SpECI im Projekt

Um den oben beschriebenen Defiziten zu begegnen, wurde ein 40-stündiges Curriculum „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ (SpECi) entwickelt, das im gesamten Gesundheitswesen in der Begleitung und Unterstützung geriatrisch und palliativ zu betreuender Menschen Anwendung finden kann (Schrage und Giebel 2021; Gerundt et al. 2023).

In einem ersten Schritt wurde die Notwendigkeit konsentiert, ein fächerübergreifendes Curriculum SpECi[4] für Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu entwickeln. Dieses ist inzwischen (2017–2019) von einer Expert:innengruppe (bestehend aus den Personen: Dr. Jutta Ataie, Dr. Gabriele Beckert, Prof. Dr. Arndt Büssing, Torsten Ernst, Dr. Astrid Giebel, Dr. Almut Göppert, Dr. Margit Gratz, Martina Kern, Dr. Marianne Kloke, Uwe Matysik, Dipl. Psych. Urs Münch, Dr. Stephan Probst, Prof. Dr. Traugott Roser, Karin Scheer, Dr. Andreas Stähli und Dr. Erhard Weiher) erarbeitet worden. Es vertieft die Kompetenz der Hospiz- und Palliativversorgung, kann aber auch unabhängig von vorhandener Palliativkompetenz eingesetzt werden. Damit werden sowohl Bewusstsein als auch Sprachfähigkeit für das Thema Spiritualität/seelischen Beistand gefördert.

Das neu entwickelte Curriculum soll in Einrichtungen der stationären Altenpflege, stationären Hospizen und Palliativstationen mit einer interprofessionell zusammengesetzten Teilnehmendenschaft („Multiplikator:innen“) aus Gesundheitsberufen an sieben Projektstandorten umgesetzt und erprobt werden. Dabei steht einerseits die „Wirksamkeit“ im Hinblick auf das Befinden der von den Multiplikator:innen im letzten

[3] SGB V Hospiz- und Palliativgesetz § 132g (2015): Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

[4] Erarbeitung eines Curriculums auf der Basis der aktuellen Literatur, des Diakonie-Care®-Projektes und der kompetenzbasierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin (KoMPaC®) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin durch eine multiprofessionelle Expertengruppe (Mitwirkende s. o.).

Lebensjahr betreuten Menschen (sowie deren Angehörigen) im Vordergrund, andererseits geht es um die Erörterung entsprechender Rahmenbedingungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in Bezug auf die Auswirkungen auf die Organisations-, Struktur- und Personalebene.

2.5 Ziele des Projekts

Primäres Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Lebens-/Sterbequalität sowie der Krankheitsbearbeitung von Patient:innen/Bewohner:innen in der letzten Lebensphase durch in Spiritual Care qualifizierte Mitarbeiter:innen in der Einrichtung. Dies erfolgt durch

- eine Steigerung der Wahrnehmungs- und Äußerungskompetenz der Behandlungs-, Betreuungs- und Begleitungspräferenzen von Patient:innen bzw. Bewohner:innen und ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase;
- die Förderung von Zuverlässigkeit in der Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse und existentieller Äußerungen in der Alltagskommunikation älterer schwerkranker und sterbender Menschen (gemäß WHO als vierte anthropologische Dimension) durch Weiterentwicklung der Sensibilität von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen (interprofessionell, sektorenübergreifend);
- die Erschließung von Ressourcen auch bei unlösbaren Fragen von älteren schwerkranken und sterbenden Menschen, bei existenziellen Herausforderungen und deren Unausweichlichkeit;
- die Erschließung von geeigneten Trostquellen und geeignetem Umgang mit Untröstlichem (Wert geteilter Ohnmacht);
- die Integration von existenziellen/spirituellen Fragestellungen von Patient:innen bzw. Bewohner:innen sowie ihrer Angehörigen im beruflichen Alltag der Mitarbeitenden und deren Einbezug in das fachliche Handeln;
- die Verbesserung von spiritueller/existenzieller Kommunikation mit älteren schwerkranken und sterbenden Menschen.

Sekundäre Ziele sind …

- die Unterstützung der Mitarbeitenden in der eigenen Auseinandersetzung mit Tod, Krankheit und Behinderung/Vulnerabilität von Patient:innen/Bewohner:innen;
- die Erzielung von positiven Effekten für Unternehmen des Gesundheitswesens durch Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit mit den Konsequenzen einer längeren Verweildauer im Beruf, geringeren Fehlzeiten und höherer Patienten-/Bewohnerzufriedenheit;
- ein Überschreiten des traditionellen Kontextes der Krankenhaus-/Einrichtungsseelsorge und somit auch Schaffung eines gesundheitlichen Angebotes im Sinne der WHO-Definition von Gesundheit für den wachsenden Bevölkerungsanteil von Patien-

ten oder Bewohnern mit nichtreligiösen oder unterschiedlichen religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen;

Weiterführende Ziele sind …

- die organisationale Verankerung von Spiritual/Existential Care in die Abläufe und Prozesse (z. B. Vertretungsregelungen, Rituale/Liturgien…) angesichts zum Ausdruck gebrachter spiritueller Bedürfnisse/existenzieller Fragen von älteren schwerkranken oder sterbenden Menschen;
- die Verbesserung der wechselseitigen Zuweisung von (Einrichtungs-)Seelsorge und nicht-seelsorgerischen Mitarbeiter:innen sowie Ermöglichung einer spirituellen Begleitung und Unterstützung von Patient:innen bzw. Bewohner:innen sowie deren Angehörigen, die keinen Kontakt zu einer Religionsgemeinschaft wünschen;
- eine Erhöhung des Kenntnisstands bzgl. spiritueller Bedürfnisse, spiritueller Lebensqualität bzw. Wohlbefinden, spirituellem Schmerz, spirituellen Bewältigungsstrategien und Unterstützung;
- die Schaffung von Klarheit über die ethischen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen von Spiritual Care (auch Amtsverschwiegenheit, Berufsgeheimnis, Zeugnisverweigerungsrecht für Geistliche, Beicht- und Seelsorgegeheimnis), Klärung der multiprofessionellen Bezüge und der Bezug zum Ehrenamt;
- Vorstellung der Ergebnisse des Projektes auf einem NRW-Fachtag und Initiierung eines Dialogs mit Verantwortungsträgern (für fachliche Fortbildung, Qualitäts- und Expertenstandards, gesetzliche Regelungen…) zur Verankerung von Spiritual Care im Gesundheitswesen.

2.6 Fragestellungen

Die sehr weitgefassten Ziele implizieren folgende konkrete Fragestellungen, aus denen heraus wiederum eine Arbeitshypothese und ein Projektdesign entwickelt wurden. Die Umsetzung/Erprobung des Curriculums SpECi stellt hier die Interventionsmaßnahme dar.

Primäre Fragen

- Lässt sich das psychologische und spirituelle Befinden von Patient:innen/Bewohner:innen durch die Teilnahme von Multiplikatoren am SpECi Curriculum verbessern? (Als mögliche Einflussgröße muss die Relation von geschulten und ungeschulten Mitarbeitern der Einrichtung gesehen werden.)
- Kommt dem Konzept der curricularen Multiplikator:innenschulung für Einrichtungen, die schwerstkranke und sterbende Menschen, Patient:innen/Bewohner:innen im letzten Lebensjahr betreuen, Modellcharakter zu?

Sekundäre Fragen

- Hat eine erweiterte spirituelle Kompetenz bei den Multiplikator:innen Einfluss auf Self Care (z. B. erhöhte Achtsamkeit im Team und mit sich selbst)?
- Eignet sich SpECi als sektorenübergreifender Bildungsinhalt?

Perspektivische Fragen

- Lassen sich Einflüsse einer strukturierten Weiterbildung von Multiplikator:innen auf der Struktur-, Organisations- und Personalebene nachweisen?
- Lässt sich ein allgemeingültiger und zugleich auf die Bedarfe der jeweiligen Einrichtung übertragbarer Rahmenplan zur Implementierung einer Maßnahme wie SpECi zur Stärkung der spirituellen Sorge (Spiritual Care) im Gesundheitswesen entwickeln?

2.7 Kooperierende Verbände, Träger und Fakultäten

Entsprechend der Fördergrundsätze der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW wird dieses Pilotprojekt im Bundesland NRW inhaltlich und organisatorisch verankert. Die Evangelischen Kliniken Essen-Mitte (KEM) sind Projektantragsteller, die für die Durchführung des Projektes verantwortlich sind, in Kooperation mit der Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping der Universität Witten/Herdecke, die für die Begleitforschung verantwortlich ist.

Die Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe befürwortet als ein zuständiger Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege das Pilotprojekt. Die Diakonie Deutschland, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverein (DHPV) sind Initiatoren und Kooperationspartner im Projekt und stellen die Qualitätssicherung der Bildungsmaßnahme durch das Regelwerk der Zertifizierungsstandards der DGP sicher. Der Deutsche Caritasverband signalisierte, bei Projektbewilligung ebenfalls Kooperationspartner dieses Projekts zu werden; die Zusage des Caritasverbandes für die Erzdiözese Köln e.V. lag bereits vor.

Das Curriculum wird an folgenden Projektstandorten unter gemeinsam vereinbarten Maßgaben umgesetzt:

- Evangelische Kliniken Essen Mitte (KEM)
- von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel in Kooperation mit dem Klinikum Bielefeld gem. GmbH
- Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e.V. in Kooperation mit dem St. Vinzenzhaus Köln
- Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
- Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH
- Johannesstift Diakonie Berlin; Evangelischen Kliniken Essen-Mitte
- Bundesweit durchgeführter Virtueller Standort Münster

2.8 Ablauf des Projektes

Der Projektverlauf umfasst drei Phasen, die einander bedingen und aufeinander aufbauen:

1. Maßnahmen vor Durchführung der Weiterbildungsmaßnahme (präinterventionell): Hierbei sollten mindestens 2–3 Personen pro Einrichtung entsandt werden, die idealerweise eine Palliative- oder Diakonie-Care-Grundqualifikation haben und patient:innen-/bewohner:innennah arbeiten. Von diesen werden jeweils zehn Bewohner:innen/Patient:innen angesprochen, mit denen die Kursteilnehmenden in einer begleitenden Beziehung stehen (jeweils durch die Kursteilnehmenden). Diese Mitarbeitenden sollten dann die Präinterventionsfragebögen ausfüllen.
2. Intervention: Qualifizierung von medizinisch/pflegerisch/therapeutisch interprofessionell zusammengesetzten Teilnehmendengruppen: Das Curriculum wird an den Projektstandorten in zwei Abschnitten an jeweils 2 ½ Tagen durchgeführt. Teilnahmeberechtigt sind Teilnehmende (minimal 12, maximal 16 Teilnehmende pro Kurs und Standort) mit mindestens einer Grundqualifikation in Palliative Care.
3. Maßnahmen nach Durchführung der Weiterbildungsmaßnahme (postinterventionell): Nach drei sowie sechs Monaten werden von den Kursteilnehmenden erneut jeweils zehn Bewohner:innen/Patient:innen angesprochen, die dann die Präinterventionsfragebögen ausfüllen.

2.9 Evaluation und Begleitforschung

Neben der Erfassung der soziodemografischen Daten, der Grunderkrankung und Betreuungseinrichtung werden als validierte Instrumente für die Begleiteten sowie deren Angehörigen der Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ-20), subjektives Wohlbefinden (WHO5), spirituelles Wohlbefinden (FACIT-Sp), Unterstützungszufriedenheit (BMLSS-Support) und zwei Numerische Analogskalen für das Beeinträchtigungsempfinden und den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand eingesetzt.

Als validierte Instrumente für die Begleitenden werden der Spiritual Care Competency Questionnaire (SCCQ), der Cool Down Index (CDI), intentionales Mitgefühl (SCBCS), subjektives Wohlbefinden (WHO5), Unterstützungszufriedenheit (BMLSS-Support), eine numerische Analogskale zur Arbeitsbelastung sowie Häufigkeit unterschiedlicher Formen spiritueller Praxis und Empfindens (SpREUK-P 17 und GrAw-7) eingesetzt.

Leider ereignete sich während des Projekts die COVID-19-Pandemie mit ihren Lockdowns und sozialen Einschränkungen. Die Schulungen mussten partiell anders als geplant durchgeführt werden und viele Projektstandorte hatten Schwierigkeiten, die Teilnehmenden zu halten. Diese fielen selber oft krankheits- oder überlastungsbedingt aus oder gaben ihren Arbeitsplatz auf. In manchen Arbeitsbereichen hat sich die angespannte Personalsituation so verschärft, dass die Zeit für die Befragungen kaum mehr erübrigt

werden kann. Der Rücklauf für die Postinterventionsbefragungen erreichte daher nicht den angestrebten Umfang.

2.10 Sicherung der Nachhaltigkeit und Ausblick

Die Realisierung des Projektes und der Nachweis einer positiven Wirkung sowohl auf Betreute und ihre Angehörigen als auch auf Betreuende und ihre Institutionen können in unterschiedlicher Weise nachhaltig für das gesamte Gesundheitssystem wirken:

- Es ergeht eine Aufforderung an alle Beteiligten, andere/weitere Maßnahmen zu einer Verbesserung der spirituellen Sorge um ältere und sterbende Menschen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens im Sinne einer Ermächtigung aller mit der Betreuung von geriatrisch oder palliativ zu versorgenden Menschen zu entwickeln.
- Der Nachweis positiver Effekte auf Betreuende und Betreute begründet die Implementierung von Spiritual Care in die allgemeine Aus- und Weiterbildung sowie in Studiengänge im Gesundheitswesen.
- Mit SpeCi steht ein Curriculum mit multiprofessionellem Ansatz zur Verfügung, das u. a. von der DGP anerkannt ist. In diesem Curriculum werden Lernziele, Inhalte und Qualitätskriterien beschrieben. Kurse nach diesem Curriculum können durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zertifiziert werden.
- Auf Basis der Ergebnisse der Begleitforschung und den Erfahrungen in den Schulungen lassen sich allgemeingültige Handlungsempfehlungen zu Spiriual Care entwickeln.
- Das Projekt wird durch seinen breit angelegten Öffentlichkeitsbezug (Fachtage, Website, Pressemitteilungen) positive Effekte für das gesamte Gesundheitswesen haben, weil das Thema „Spiritualität“ stärker in der Öffentlichkeit diskutiert und sekundär im sektorenbezogenen, wie im allgemeinen öffentlichen Bewusstsein verankert werden kann. Die Einsicht in die Notwendigkeit von Spiritual Care für Patient:innen/Bewohner:innen und ihre Angehörigen soll dazu führen, dass Spiritual Care und Existentielle Kommunikation in den Katalog der Kostenträger (Kranken- und Pflegeversicherung) als deren Leistung verankert und konsekutiv in den Prüfkatalog der Medizinischen Dienste aufgenommen werden.

Literatur

Büssing A (2021) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave McMillan, Cham

Gamondi C, Larkin P, Payne S (2013) Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – Part 1. Eur J Palliat Care 20:86–91

Gerundt G, Büssing A, Giebel A (2023) SpECi – Spiritual und Existential Care interprofessionell. Kurzvorstellung eines Modellprojekts zur Spirituellen Begleitung am Lebensende, seiner Ziele und erwarteten Effekte. Z Palliativmed (im Druck). https://doi.org/10.1055/a-2013-5762

Lee E, Baumann K (2013) German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. Evid Based Complement Alternat Med:Article ID 280168. https://doi.org/10.1155/2013/280168

Schrage B, Giebel A (2021) Spirituelle und existenzielle Kommunikation – interprofessionell. Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende. Diakonia 52:114–119

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

3 Warum es uns alle angeht. Anthropologische Grundlegung von Spiritualität

Anna Storms

3.1 Einleitung

In einer Zeit und Welt der zunehmenden Pluralisierung und Fragmentierung mit einer fortschreitenden Globalisierung und schwer zu verarbeitenden Informationsvielfalt ist es kein Zufall, dass die Suche nach Sinn, die untrennbar mit Spiritualität verbunden ist, neu akzentuiert wird. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit zu einem größeren Ganzen, danach, hinter der Entwicklung der Welt so etwas wie einen „schöpferischen Plan" zu vermuten, der auch all dem Irrationalen und Unverstehbaren einen Sinn abgewinnt, stellt einen Beweggrund dar, sich mit Fragen der Spiritualität zu beschäftigen. Gleiches gilt auch für den Einsatz, sein Leben in den Dienst von anderen Werten als der bloßen Anhäufung von materiellem Reichtum zu stellen, der eine Motivation sein kann, sich mit der eigenen spirituellen Ausrichtung zu beschäftigen.

So ist es vielleicht nicht verwunderlich, dass es in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Anstieg an Studien gegeben hat, die sich mit Spiritualität beschäftigen und i. d. R. einen positiven Einfluss von Spiritualität auch in der Bewältigung von Krankheiten und zur Wiederherstellung von physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden all-

Dieser Beitrag ist eine Aktualisierung des bereits veröffentlichten Artikels von Anna Janhsen (jetzt Storms) und Christiane Woopen (2019) *Spiritualität in der Medizin – Mehr als ein Add-On? Anthropologische Grundlegung eines ethisch relevanten Existential* in der Zeitschrift für medizinische Ethik 2019; 65(2):183.

A. Storms (✉)
Katholische Akademie Die Wolfsburg, Mülheim an der Ruhr, Deutschland
e-mail: anna.storms@bistum-essen.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_3

gemein nachweisen (Koenig 2012). Spiritualität hat so u. a. Einzug erhalten in die allgemeine Copingforschung, die Psychologie, die Pflegewissenschaft oder einzelne medizinische Felder, wie die Kardiologie.

Eine der drängendsten und zugleich folgenreichsten Herausforderungen in der Beschäftigung mit Spiritualität ist jedoch die fehlende bzw. sehr unterschiedlich ausgestaltete Definition von Spiritualität. In diesem Beitrag wird daher auf der Basis einer (religions-) philosophischen Begriffsanalyse des Spiritualitätsverständnisses im gesundheitsbezogenen Kontext und mit Rückgriff auf anthropologische Ansätze versucht, eine Klärung zu leisten. Vorweggenommen wird Spiritualität dabei auf der Basis eines nondualistischen Menschenbildes universalistisch verstanden im Leib-Körper bzw. Verkörperungsdiskurs verortet und zugleich in seiner konkreten Ausgestaltung als partikular und subjektiv begriffen, da sie sich aus den Elementen der Erfahrung, der Deutung und der Praxis zusammensetzt. Auf dieser Grundlage werden dann Bezugspunkte zur gesundheitsbezogenen Versorgung abgeleitet und dabei der Frage nachgegangen, inwiefern Spiritualität auch in Medizin, Pflege und Therapie alle angehen sollte und eben nicht Aufgabe bzw. Zuständigkeit von Einzelnen ist. Der Beitrag verfolgt somit die Zielsetzung, sowohl konzeptionell Hilfe zur Klärung von Spiritualität und ihren Konstituenten zu leisten als auch für die sich daraus ergebenden Konsequenzen zur Rolle und Relevanz von Spiritualität in medizinischer Versorgung zu sensibilisieren.

3.2 Anthropologische Dimensionen von Spiritualität

Um der Frage nachzugehen, inwiefern Spiritualität auch in der gesundheitsbezogenen Versorgung Aufgabe und Anliegen aller ist, gilt es zuerst, die Frage zu klären, ob jeder Mensch denn auch spirituell ist. Damit befindet man sich mittendrin in Fragen der Anthropologie. Anthropologische Deutungen und die Bestimmung von Merkmalen, die den Menschen ausmachen und kennzeichnen, sind dabei natürlich vielfältig und haben bekanntermaßen eine lange Tradition in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Auch die Frage nach dem Stellenwert von Religion bzw. Spiritualität in diesem Zusammenhang ist nicht neu: Insbesondere in den letzten Jahrzehnten haben religionsphilosophische Theorien an Einfluss gewonnen, die die Unmittelbarkeit und Subjektivität religiöser bzw. spiritueller Erfahrungen als anthropologische Dimension und den Ursprung von Religion bzw. Spiritualität betonen. So beschreibt etwa einer der wohl einflussreichsten Theoretiker, der Psychologe und Philosoph William James, religiöse Erfahrungen als ein konkretes, intuitives und spontan auftretendes Gefühl, das mit der Gewissheit von der Existenz einer Transzendenz, von einem „Mehr“ als das, was der Mensch ist, einhergeht (James 1997). Auf der Theorie von James aufbauend beschreibt auch der Politikwissenschaftler und Philosoph Charles Taylor die Vorstellung einer „persönlichen Religion“, die sowohl Haltung, Gefühl als auch auf diesem Gefühl aufbauende Entscheidung ist (Taylor 2002) – Ansätze, die auch für das Verständnis von Spiritualität von Bedeutung sind.

Mit dem Rekurs auf die Definition des Theologen und Philosophen Friedrich Schleiermacher von Religion als „Gefühl der schlechthinnigen Abhängigkeit“ lassen sich dabei Religiosität bzw. Spiritualität und Subjektivität eng verknüpft und die konstitutive Relevanz von Erfahrungen des Einzelnen betonen. Hier sind es nicht mehr Konvention, Tradition oder soziokulturelle Prägung, die über die Zugehörigkeit zu einer religiösen Institution entscheiden, sondern die auf der je eigenen Erfahrung basierende Zustimmung oder Ablehnung für oder gegen eine Religion, dich sich in der individuellen Spiritualität ausdrückt.

Bei allen konzeptionellen Schwierigkeiten, die diese religionsphilosophischen Theorien zum Ursprung von Religion in religiösen Erfahrungen und einem entsprechend aufkommenden Gefühl mit sich bringen, scheinen sie hinsichtlich der anthropologischen Verortung von Spiritualität jedoch einen wichtigen Beitrag zu leisten. So sind religiöse Erfahrungen wie jede andere Art der Erfahrung nicht unmittelbar und allen diskursiven Praktiken vorausgehend, sondern immer als Erfahrung von „etwas“ intentional und in Deutungsmuster und Konstruktionen verstrickt (Wendel 2006). In diesem Sinne sind auch religiöse Erfahrungen in einem bestimmten Deutungskontext und in soziokulturelle Traditionen und Prägungen eingebunden, die eine Erfahrung als eine des Religiösen bestimmen. Während Religiosität sich demnach durch eine affektive aber zugleich auch inhaltliche, materiale Dimension bestimmt, was sich auch im Diskurs um die Unterscheidung von *faith* und *belief* als Konstituenten religiöser Überzeugungen wiederfindet (Wendel 2017), verweist der Bezug auf die Erfahrungsdimension religiöser Überzeugungen darüber hinaus auf einen der anthropologischen Bezugspunkte von Spiritualität als den „Ort“ des eigenleiblichen Erlebens.

3.2.1 Dimension affektiven eigenleiblichen Erlebens

Spiritualität ist weder vergeistigte Weltflucht noch verklärte Selbstaufgabe, sondern hat ihren „Sitz im Leben“ in der leiblichen Verfasstheit des Menschen selbst und kommt im Selbstbewusstsein auf. Dieses wird im Anschluss an die Bewusstseinstheorien des deutschen Philosophen Dieter Henrich nicht als reflexiver Akt, sondern als eine präreflexive Vertrautheit mit sich verstanden, die jeder Reflexion des Ich auf sich selbst vorausgeht (vgl. Henrich 2007). In einem solchen präreflexiven, nicht-intentionalen Sich-Selbst-Spüren wird der Mensch sich seiner selbst gewahr als ein Jemand und nicht als ein Etwas, dessen Grund im Letzten jedoch unverfügbar bleibt (Wendel 2002). Selbstbewusstsein vollzieht sich als ein spürendes Erleben seiner selbst im Modus der eigenen Leiblichkeit in Form eines affektiven Betroffenseins. In Gestalt dieses affektiven Betroffenseins ist es somit das eigene Selbst, das einen ergreift, da man diese „Ergriffenheit nicht an sich ablaufen lassen und sich heraushalten [kann], sondern [man] […] sich selbst in sie verstrickt und hineingezogen“ (Schmitz 1999, S. 140) erlebt.

In diesem Sinne stellen Leibesphänomenologie und Subjektivitätsdiskurs zwei sich untrennbar aufeinander beziehende Diskurse dar. Das, was Subjektivität ausmacht, der

„Wirklichkeitsgehalt der [leiblichen; A.S.] Betroffenheit“ (Rappe 2012, S. 53), vermittelt dem Subjekt eine Seinsgewissheit und das Gefühl der Tatsächlichkeit. Diese Form der Subjektivität ist die ureigenste Seins-Art, die nicht künstlich hergestellt oder erworben werden kann und in der ein Moment der „vermittelten Unmittelbarkeit“ (Herzog 1997, S. 69) leibhaftigen Daseins erfahrbar wird. Aufgrund dieser unhintergehbaren Dimension der leiblichen Verfasstheit des Menschen nimmt auch jede epistemische Welterkenntnis des Subjekts in der eigenen Leiblichkeit ihren Ausgang und die „leibliche Existenz des Menschen [ist] Ausgangspunkt alles Fragens, Reflektierens und dann auch Transzendierens“ (Orth 2009, S. 13). Husserl redet mit Blick auf den Leib daher auch vom „Nullpunkt“ der Orientierung, Plessner vom „absoluten Ort“ und „Hierpunkt“, von dem aus die Welt wahrgenommen und strukturiert wird, und Merleau-Ponty vom Leib als „Angelpunkt der Welt“.

Der Leib ist jedoch nicht nur Möglichkeitsbedingung der Selbsterfahrung, sondern eingelassen in die Welt als Teil der Welt und lässt mittels körperlicher Erfahrungen das In-der-Welt-Sein bewusst werden. Als Teil der Welt ist der Körper mehr als ein bloßes Rezeptionsorgan, sondern aktiv an der Auseinandersetzung mit der Welt beteiligt, und stellt im Verhältnis des Menschen zur Welt durch eben gerade seine leiblich-körperliche Verfasstheit die materiale Schnittstelle dar.

3.2.2 Dimension reflexiver Deutung des In-der-Welt-Seins

Damit ist jedoch auch bereits der zweite wichtig erscheinende anthropologische Bezugspunkt für Spiritualität benannt: die menschliche Deutungs- und Selbstgestaltungsmöglichkeit. So lässt sich der Mensch nicht nur auf die faktische Grundlage des Daseins und dessen Erleben reduzieren, sondern besitzt die Möglichkeit, das Leben bewusst und aktiv mitzugestalten. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit, zu sich selbst in Distanz treten zu können, sprich die eigene Fähigkeit der (Selbst-)Objektivierung und (Selbst-)Transzendierung. Anthropologisch zeichnet den Menschen durch seine exzentrische Positionalität somit ein Moment der Selbstreflexivität aus, der es ihm ermöglicht, sich sowohl zu sich und allem, was ihm begegnet, zu verhalten als auch im Sinne der Grenzüberschreitung existenzielle, spirituelle Fragen der Selbst- und Weltbestimmung nach dem *Woher*, *Wozu*, *Wohin* oder *Warum* zu stellen, ohne dabei dualistisch oder reduktionistisch zwischen leiblicher Existenz und Reflexivität zu differenzieren (Frick 2014a). Durch das Verhältnis, in dem Leib und Umwelt zueinander stehen, ist der Mensch „[w]eder […] nur das Resultat von Faktoren, die über ihn verfügen, noch ist der Mensch abstrakte Freiheit. Sondern der Möglichkeitsraum des Menschen, sich frei zu sich verhalten zu können, sich eine identifizierbare Identität in der bestimmten Wahl alternativer Möglichkeiten zu geben und in dieser Wahl von Möglichkeiten sich selbst als denjenigen oder diejenige zu wählen, der oder die so und nicht anders sein will, der oder die dieses Selbst und kein anderes sein will, ist eröffnet durch den Faktorraum, in dem der Mensch *sich* vorfindet“ (Striet 2009, S. 134 f). Als Interpretation und (Selbst-)Konstruktion dieses Sinns von Sein ist es somit

das Moment der Selbstreflexivität, der das je eigene Selbst- und Weltverständnis konstituiert. Existentialistisch formuliert ist es die Existenz als Dasein, die der Essenz des So-Seins vorausgeht. Der Mensch ist somit ein Wesen, das erfahrbar im Modus der präreflexiven Vertrautheit mit sich existiert, bevor es durch irgendwelche Begriffe und (Selbst-)Zuschreibungen definiert wird.

Den Menschen zeichnet sowohl ein Selbstbewusstsein als präreflexives, affektives Existieren als auch das Wissen aus, dass man als Ich ist und vielmehr nicht. So erfährt der Mensch in sich „zwei Elemente, ein […] Sichselbstsetzen und ein Sichselbstnichtsogesetzthaben, oder ein Sein, und ein Irgendwiegewordensein“ (zitiert nach Wendel 2006, S. 33). Die mit dem Menschsein einhergehende Deutungsoffenheit des eigenen Lebens und die Notwendigkeit der (Selbst-)Konstruktion von Sinn, zeichnen den Menschen somit ebenso aus, wie die sich daraus ableitende subjektive Konzeptualisierung von Selbst- und Weltverständnis und des je eigenen Relationsverhältnisses der beiden zueinander. In der Frage nach einer anthropologischen Grundlegung von Spiritualität als Haltung, Tun und Lebensvollzug wird somit die prinzipielle Frage nach der menschlichen Natur virulent, wobei sich zeigt, dass der Mensch nicht ausschließlich durch seine biologische Konstitution bestimmt ist, sondern „in einer eigentümlichen Differenz zu sich selbst existiert, wodurch ihm die Möglichkeit, aber eben auch die Notwendigkeit entsteht, seine Existenz zu gestalten“ (Striet 2009, S. 134). Durch die Fähigkeit der Selbstdistanzierung erfährt der Mensch sich weder als gänzlich unverfügbar noch als grenzenlos verfügbar, sodass die Wechselwirkung der *vita activa* und *vita passiva* zum Vorschein tritt. Dabei existieren die konstitutionellen Bedingungen realen Freiseins und die Möglichkeiten zur freien Selbstbestimmung der je eigenen Essenz nie abstrakt, sondern immer bezogen auf die je eigene konkrete Existenz, die sich im Laufe eines Lebens prozesshaft entwickelt. Die je eigene Identität und somit auch Spiritualität ist also „nicht *a priori* vorgegeben […], sondern [konstruiert] sich erst im und durch den Verlauf der Geschichte – bei der man sowohl als aktiver als auch als passiver Akteur involviert ist“ (Bozzaro 2014, S. 36).

3.2.3 Dimension moralischer Performanz

Derartig anthropologisch grundgelegt ist Spiritualität der Ausdruck und Prozess des je eigenen Selbsterlebens, -deutens und -gestaltens. Sie ist damit jedoch nicht (nur) ein ontologisches oder epistemisches Thema, sondern ein zutiefst moralisches. So kommt es einhergehend mit der Beantwortung der existenziellen Fragen nach dem *Woher* und *Wohin*, also nach dem Sinn von Leben und Sein, auch zu Fragen nach dem Sinn im Leben, also der Frage danach, was für ein Mensch man ist bzw. wie man als Mensch ist. Basierend auf der je eigenen Selbst- und Weltdeutung leitet sich die praktische Frage nach dem *Wie* des Lebens einhergehend mit der je eigenen Idee des Guten ab (Honnefelder 2007). Somit sind auch Subjektivität und Moralität anthropologisch aufeinander verwiesen. Geht es „in der Moral […] um das Individuum in seiner Einzigartigkeit“ (Arendt 2009, S. 81), geht es letztlich um die Bereitschaft, sich auf sich, inklusive eines Moments der Unverfügbarkeit,

einzulassen. In diesem Sinne definierte etwa der Theologe Hans Urs von Balthasar Spiritualität als „je praktische oder existentielle Grundhaltung eines Menschen, die Folge und Ausdruck seines […] ethisch-engagierten Daseinsverständnisses ist: eine akthafte und zuständliche (habituelle) Durchstimmtheit seines Lebens von seinen objektiven Letzteinsichten und Letztentscheidungen her“ (Balthasar 1967, S. 247).

Spiritualität lässt sich demnach anthropologisch fundiert allgemein definieren als die subjektive Konzeptualisierung des je eigenen, sich über den Lebensverlauf entwickelnden, existenziellen Relationsverhältnisses von Selbst und Welt. Dieses basiert auf einer affektiven, einer reflexiven und einer performativen Dimension und verbindet die Deutung von Sinn des Lebens und Sinn im Leben mit einem Moment des Transzendierens. In diesem Sinne ist Spiritualität formal gesprochen ein anthropologisches Existential, das jedem Menschen qua seines Menschseins im Modus von Leiblichkeit, Subjektivität und Moralität zukommt und in dem die je eigenen existenziellen Sichtweisen, Wertevorstellungen und Handlungen verkörpert werden. Inwiefern ist Spiritualität als Ausdruck des individuellen In-der-Welt- und Zur-Welt-Seins auch im Rahmen von medizinischer Versorgung von konstitutiver Relevanz?

3.3 Spiritualität und Gesundheitsversorgung

Auf internationaler Ebene sind Organisationen wie die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten darum bemüht, dem Thema Spiritualität in gesundheitsbezogenen Kontexten mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. 1995 hat die WHO „Spiritual/Religious/Personal Beliefs“ als eigene Subdimension in ihren Fragebogen zur Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität (WHOQOL-100) aufgenommen. Damit soll anerkannt werden, dass auf der einen Seite Spiritualität und persönliche (Glaubens-)Überzeugungen (wie gerade abgeleitet) einen wichtigen Bestandteil menschlichen Selbstverständnisses darstellen und auf der anderen Seite Religionen und persönliche Überzeugungen selbst Deutungen und Interpretationen von Krankheiten und dem Umgang damit bereithalten, die für die Behandlung von Patient:innen nicht irrelevant sind.

Auch die *White House Conference on Aging* setzte bereits 1971 sog. „spirituelles Wohlbefinden“ (*Spiritual Well-Being*) als Zielvorgabe für gerontologische Versorgung und Forschung fest (Moberg 1971). Auch gegenwärtig gibt es Bestrebungen, besser von einem erweiterten bio-psycho-sozial-spirituellen Modell von Gesundheit zu sprechen (Koenig und Hefti, 2012).

Insbesondere im Zusammenhang mit der (psychotherapeutischen) Behandlung von Patient:innen wurde ebenfalls bereits 2015 auch innerhalb der *World Psychiatric Association* (WPA) die explizite Berücksichtigung von Spiritualität und Religiosität gefordert, um unter dem Stichwort der „ganzheitlichen Behandlung“ auch dieser Dimension personalen Selbstverständnisses mit ihrem Einfluss auf Prävalenz, Diagnose und Behandlung Tribut zu zollen (Moreira-Almeida et al. 2016). Auch innerhalb des deutschen Pendants, der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), erschien Ende 2016 eine Stellungnahme, die die Berücksichtigung von Spiritualität und Religiosität u. a. aufgrund der gestiegenen Nachfrage in therapeutischen Settings und ihren Aus- und Weiterbildungsverordnungen gestärkt sehen möchte (vgl. Utsch et al. 2017). Pathologisiert ist sie als „Religiöses oder Spirituelles Problem" inzwischen im *V. Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen* zu finden (vgl. Hofmann und Heise 2017).

Betrachtet man den Zusammenhang von Spiritualität und Gesundheitsversorgung, ist dieser allerdings sicherlich (noch) am stärksten im palliativmedizinischen Bereich ausgeprägt, wo Spiritualität schon seit Längerem eine hohe Aufmerksamkeit entgegengebracht wird und sie einen eigenen Pfeiler von Palliative Care darstellt. Spiritual Care, als Fachrichtung, die sich bereits dem Namen nach Spiritualität im medizinischen Kontext verschrieben hat, wurde „durch ein spezielles Setting im medizinischen Care-Bereich begründet, entwickelt und eingefordert" (Holder-Franz 2012, S. 27), hat sich bis heute nämlich noch nicht flächendeckend durchgesetzt, sondern wird gerne auf die Versorgung am Lebensende reduziert oder in das Aufgabenfeld Einzelner (z. B. der Seelsorge) delegiert.

Trotz dieses internationalen und fachrichtungsübergreifenden Anstiegs des Interesses an Spiritualität, lässt sich gerade im deutschsprachigen gesundheitsbezogenen Kontext jedoch noch nicht von einem Massenphänomen sprechen, denn „[d]as Feld der Spiritualität in der Medizin, so zeigt sich schnell, […] hierzulande noch wenig erschlossen" (Frick und Roser 2011, S. 9). So lässt sich der Eindruck nicht verwehren, dass gerade auch in Deutschland Spiritualität in der Medizin noch nicht in der Versorgungspraxis angekommen ist, auch wenn Soziologen schon seit Längerem von einer „Rückkehr des Religiösen" (Pollack 2009) bzw. einem „Spiritual Turn" (Houtman und Aupers 2007) in der Gesellschaft sprechen. Im hiesigen Gesundheitssystem scheint sich eine nicht zuletzt aus der Aufklärung resultierende und an den Naturwissenschaften orientierte Skepsis gegenüber Religiosität und Spiritualität hartnäckig zu halten. Wenn Spiritualität zum Thema wird, dann meist aufgrund ihres Status' als soziokulturelles Vermächtnis. Dieses Vermächtnis sollte zwar im Sinne von interkultureller Kompetenz zumindest nicht gänzlich übergangen werden, stellt jedoch eher ein Add-On dar, dem sich interessierte Einzelne und – im Sinne der Arbeitsteilung – eben primär die Seelsorge widmen könne. Dass dies so ist, hat dabei sicherlich auch etwas mit dem Spiritualitätsverständnis zu tun, das im Gesundheitswesen vorherrscht, weswegen dieses im Folgenden noch etwas genauer beleuchtet werden soll.

3.4 Begriffsbestimmungen von Spiritualität in Gesundheitskontexten

Gerät Spiritualität in gesundheitsbezogenen Kontexten in den Blick, so fällt auf, dass sich grundlegend zwei Diskurse unterscheiden lassen, bei denen eine je unterschiedliche Motivation der Thematisierung zugrunde liegt: Auf der einen Seite wird Spiritualität im medizinischen Diskurs hinsichtlich ihrer Funktion zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung

von Gesundheit verwendet und auf der anderen Seite mit Blick auf ihren Inhalt. Es lässt sich demnach in Anlehnung an die Definition des Religionsbegriffs ein funktionaler und ein substanzieller Begriff unterscheiden.

3.4.1 Funktionalistisches Spiritualitätsverständnis

Ein funktionalistisches Spiritualitätsverständnis findet sich primär im Zusammenhang mit quantitativer Forschung und einem entsprechenden Bestreben, Spiritualität als wissenschaftlich ernst zu nehmendes Konstrukt zu implementieren. Hier wird Spiritualität nicht über ihren Inhalt oder ihr Wesen bestimmt, sondern über das Bemühen, ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheitsbewältigung nachzuweisen.

Geht es in diesen Diskursen um die Funktion von Spiritualität im Kontext der Krankheitsbewältigung oder der Aufrechterhaltung von Lebensqualität, wird Spiritualität dabei häufig zu einer eigenständigen Coping-Strategie (*spiritual coping*) stilisiert. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Spiritualität im Zusammengang mit chronischen oder terminalen Krankheiten sowie existenziellen Lebenskrisen thematisiert wird. Dazu gibt es inzwischen eine ganze Reihe an klinischen, u. a. auch randomisierten Studien mit z. T. sehr großen Samples, um insbesondere im Zusammenhang mit mentaler Gesundheit belastbare Daten bereitzustellen (Koenig 2012).

Betrachtet man jedoch genauer, was in diesen funktionalistischen Diskursen unter Spiritualität verstanden wird, zeigt sich eine große Heterogenität bzw. Unsicherheit. Es gibt keine einheitliche Definition und keine klare Differenzierung gegenüber anderen Konzepten, wie etwa Religiosität, Frömmigkeit oder Glaube. Vielmehr kursiert eine Vielzahl unterschiedlicher Konzeptualisierungen (Moberg 2011). So gibt es unter dem Überbegriff der Spiritualität Instrumente, die religiöse Vorstellungen, mystische Erlebnisse oder paranormale Erfahrungen erfassen, aber auch solche, die Einstellungen, Werte und Überzeugungen erheben. Hierbei ist der kulturell und zeitlich je unterschiedliche Spiritualitätsdiskurs mit seinen differenten Deutungsströmungen einflussreich, wie auch das Verständnis des Forschenden selbst, das sich normativ in die Operationalisierung einschreibt. Besonders prominent ist dabei gegenwärtig (noch) der dominierende angloamerikanische Diskurs (Zwingmann 2005; Jager Meezenbroek et al. 2012; oder auch Monod et al. 2011; Eine Übersicht über deutschsprachige Fragebögen bietet u. a. auch Zwingmann und Klein 2012).

Dass eine solche Heterogenität der Erfassungsbereiche eine Vergleichbarkeit der Studienergebnisse fragwürdig macht, wird insbesondere im gesundheitsbezogenen Kontext zumeist wenig bis gar nicht thematisiert. Im Gegenteil wird in diesen Diskursen gerne auf der Basis diverser positiver Befunde solcher Studien die salutogene Wirkung von Spiritualität betont. Hierbei erhält man jedoch zuweilen den Eindruck, dass Spiritualität ein „Allheilmittel“ im Sinne eines besonders effektiven Resilienzfaktors darzustellen scheint.

Insbesondere mit Blick auf die Funktion von Spiritualität am Lebensende lässt sich der Eindruck nicht leugnen, dass Spiritualität ganz im Sinne von Feuerbachs Religionskritik Jenseitsvertröstung im neuen Gewand darstellt, denn „[w]enn man zu schnell und

vehement auf eine Art vorgezogene *ars moriendi* fokussiert, nährt es eben den Verdacht, dass das Spirituelle allenfalls beim Sterben, aber nicht beim Leben hilft“ (Kunz 2012, S. 59). Eine allzu euphemistische, auf ihre Coping-Funktion reduzierte Betrachtung negiert somit das in den letzten Jahren ebenfalls in der empirischen Forschung vereinzelt untersuchte Auftreten spiritueller Krisen (*spiritual distress*): Spiritualität kann demnach auch mit einer eigenen Form von belastenden Erfahrungen, Verlusten und Infragestellungen von individuellen Grundsätzen (gerade auch in Krisensituationen) einhergehen (Janhsen et al. 2019).

In medizinischen und psychologischen Kontexten changiert das Spiritualitätsverständnis somit zumeist zwischen der Funktion als Resilienzfaktor und Indikator für eine höhere Lebensqualität auf der einen und der Funktion als Krisenherd und Prädiktor für einen schlechten psychischen Zustand sowie eine geringere Lebenszufriedenheit auf der anderen Seite. Spiritualität gibt es jedoch nicht auf Rezept und durch einen solchen Zugang wird auch nicht ersichtlich, was eigentlich genau unter Spiritualität zu verstehen ist. Vielmehr bedarf es eines reflektierten und präzisierten Spiritualitätsverständnisses, um das gesundheitsrelevante Potenzial von Spiritualität auch für die medizinische Versorgungspraxis durch entsprechende Interventionen bzw. Therapien zu erörtern.

3.4.2 Substanzielles Spiritualitätsverständnis

Um zu verstehen, inwiefern Spiritualität überhaupt für Patient:innen von Relevanz ist bzw. sein kann, bedarf es jedoch einer Betrachtung, die sich nicht in erster Linie an ihren Funktionen orientiert, sondern an ihren Inhalten. Mit Blick auf gesundheitsbezogene Kontexte findet sich eine solche Diskussion um ein substanzielles Spiritualitätsverständnis im Diskurs um Spiritual Care und ihrer Verortung im Gesundheitssystem. Dieser Diskurs spielt sich allerdings primär an den Rändern des medizinischen Systems ab und wird im klinischen Kontext zumeist nicht wahrgenommen. Er basiert auf der wirkmächtigen, oft jedoch wenig hinterfragten Distinktion zwischen einer auf Therapie und Heilung im Sinne von *cure* ausgerichteten kurativen Hochleistungsmedizin und einer auf Begleitung und Beistand im Sinne von *care* ausgerichteten palliativen Fürsorge. Der Diskurs um Spiritual Care wird letzterem zugeordnet und zu einem entsprechend nachgeordneten, randständigen Thema degradiert. Ist, so könnte gefragt werden, der Diskurs um Spiritual Care letztlich dann aber nichts anderes als die schon alte Frage nach dem Stellenwert von Seelsorge im Gesundheitssystem nur in neuem Gewand? Ist es dabei nur „In“, von Spiritualität und nicht mehr von Religiosität zu sprechen, wie die inzwischen vorhandene Fülle von Lebensratgebern in Buchhandlungen oder Wellness-Angeboten mit Rekurs auf Spiritualität nahelegen? Geht es darum, „für die Kirche Fische zu fangen, die ihr anderwärts durch die Netze gehen“ oder „um ein Stück Antwort auf die Frage, ob die Theologie zu den elementaren Bereichen des alltäglichen menschlichen Lebens etwas zu sagen hat“? (Söll 1972, S. 102). Und hat diese doch noch recht junge Fachrichtung vielleicht sogar ein eigenes Versorgungs- und Fürsorge-Konzept, das möglicherweise anders gelagert ist als konfessionelle oder interkonfessionelle Seelsorge (Nauer 2015)?

Die Antwort auf diese Fragen, die auch in diesem Handbuch bearbeitet werden, hängen konstitutiv von dem jeweils zugrundeliegenden Spiritualitätsverständnis ab, bei dem vielerorts zwei unterschiedliche Traditionsstränge unterschieden werden: ein romanischer und ein angelsächsischer (Kohli Reichenbach 2014, S. 20). Ersterer rekurriert auf das französische *spiritualité*. In paulinischer Tradition und mit Bezug zum lateinischen Ursprung des Wortes *spiritus* (dt. Geist, Hauch, Atem) drückt der Begriff Spiritualität ein Leben aus dem Geist Gottes aus. Der Mensch begegnet in einer persönlichen Beziehung Gott, was durch gewisse Praxisformen wie Beten, Meditation oder anderen liturgische Handlungen unterstützt wird. Aufgrund einer engen Verbindung zur Lehre der Kirche und kirchlicher Gemeinschaftspraxis, haben in dieser Tradition Religiosität und Spiritualität große Überschneidungsbereiche, wenn sie nicht sogar synonym verwendet werden.

Anders ist dies vermeintlich in dem aus dem angelsächsischen stammenden *spirituality*, das eine stärker transreligiöse Färbung hat. Es stellt das subjektive und individuelle Erleben in den Mittelpunkt sowie die selbstgewählte Verhältnisbestimmung zu Religionsgemeinschaften, meist einhergehend mit einer betonten Unabhängigkeit und Distanzierung. Dieses Verständnis wurde u. a. auch durch die New-Age-Bewegung verbreitet, die Spiritualität als explizite Abgrenzung zur Religiosität verstanden hat und sich auch heute noch vielfach im Esoterik-Kontext wiederfinden lässt (diese gängige begriffsgeschichtliche Unterscheidung ist jedoch eine künstliche Differenzierung, gibt es im Zuge der Entwicklung doch immer wieder wechselseitige Beeinflussungen und Bezugnahmen. Vgl. Frick 2014b, S. 276 ff.).

3.4.3 Spiritualitätsverständnis in Spiritual Care

Diese unterschiedlichen Traditionsstränge haben auch das hiesige Spiritualitätsverständnis im Kontext von Spiritual Care geprägt, wobei hier zumeist eher von einem engen und einem weiten Spiritualitätsbegriff gesprochen wird. Ersterer meint eben jenes Verständnis in romanischer Tradition, das an religiöse Deutungen und Praktiken geknüpft ist, während letzteres in Anlehnung an die angelsächsische Tradition sich über religiöse Sichtweisen hinweg erstreckt und ggf. auch Ausdruck in einer atheistischen Spiritualität findet. Während in der deutschsprachigen Theologie, in der der Begriff nach einer Blütezeit im Mittelalter erst wieder in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts u. a. im Rahmen des II. Vatikanischen Konzils (1962–65) und der 5. Vollversammlung des Ökumenischen Rates der Kirchen (1975) eine Renaissance erlebte (Sheldrake 2013), zumeist ersterer dominiert, prägt letzterer den medizinischen Diskurs um Spiritualität bzw. Spiritual Care (Mathwig 2014). Demnach war es eben auch nicht der religiöse Seelsorgediskurs, sondern der Palliative-Care-Bereich, der den ursprünglichen „Sitz im Leben“ von Spiritual Care darstellt (Kohli Reichenbach 2014, S. 15). Entsprechend heißt es explizit mit Rekurs auf Spiritualität in der WHO-Definition von 2002: „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies ge-

schieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (World Health Organisation 2002)

Ob es sich im Rekurs auf Spiritualität nun jedoch besser um ein enges oder weites Verständnis handeln soll, darüber herrscht auch innerhalb des Spiritual-Care-Diskurses Uneinigkeit. So hält etwa Traugott Roser im Gesundheitswesen einen weiten Spiritualitätsbegriff für angebracht, da mit ihm eine doppelte Schutzfunktion einhergeht: Gerade durch seine konzeptionelle Weite fungiert er als Wächter „der Freiheit des Individuums gegenüber Ansprüchen von Religionsgemeinschaften einerseits und Einrichtungen des Gesundheitswesens andererseits“, was ihn zum „Garant der Unverfügbarkeit des Individuums“ mache (Roser 2011, S. 48). Anders sieht die Theologin Isolde Karle in der Unspezifität eines weiten Spiritualitätsbegriffs die Gefahr der Entkonkretisierung und Entleerung von religiöser Kommunikation, wodurch Religion „entkörperlicht und entsinnlicht, formalisiert und schematisiert“ (Karle 2010, S. 552) werde.

3.5 Relevanz von Spiritualitätsverständnissen in Gesundheitskontexten

Relevanter noch als die Diskussion darüber, ob Spiritualität nun besser eng oder weit zu verstehen ist und worin genau die Unterschiede liegen, erscheint mit Blick auf ihre Relevanz für medizinische Zusammenhänge jedoch das beiden Traditionen Gemeinsame: die Betonung individueller Erfahrungen und existenzieller Deutungen. So kann im Sinne eines substanziellen Verständnisses in beide Richtungen ganz formal gesprochen „[u]nter Spiritualität […] die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existentiellen Bedrohungen zu begegnen versucht“ (Peng-Keller 2012, S. 88). Spiritualität ist demnach Ausdruck der je individuellen Suche nach Sinn von Leben und Sinn im Leben mit der Thematisierung von existenziellen Fragen des *Woher* und *Wohin*, die in einer bestimmten Haltung, einem Tun und einem Lebensvollzug verkörpert ist und aus einer bestimmten Sicht auf Selbst und Welt und damit einhergehenden Orientierung an einem wie auch immer näher bestimmten „Letzten“ resultiert (Dahlgrün 2009). Ob sich dieses „Letzte“ auf horizontaler Ebene aus einem bestimmten Selbstverständnis in Relation zu anderen Menschen oder der Natur und/oder auf vertikaler Ebene in Verbindung zu einer Transzendenz versteht und erstreckt, darf dabei hinsichtlich der Substanz von Spiritualität an dieser Stelle ebenso unentschieden bleiben, wie die Frage, ob diese Selbst- und Weltdeutung notwendigerweise mit Bezug auf religiöse Deutungssysteme erfolgt oder nicht.

Mit Rückgriff auf die anthropologische Grundlegung sind im Verständnis von Spiritualität auch in gesundheitsbezogenen Kontexten entscheidender die Konstituenten der Erfahrung, Deutung und daraus sich ableitender Praxis, die als Abgrenzungskriterien von Spiritualität von z. B. Wellness fungieren können. So ist es für Spiritualität konstitutiv,

dass es sich hierbei nicht um ein Wohlfühlangebot neben vielen anderen handelt, auch wenn man aufgrund der inflationären Bezugspunkte gegenwärtig zuweilen das Gefühl bekommt, dass Spiritualität zu einer Ware degradiert wird (Knoblauch 2000). Vielmehr handelt es sich um ein dynamisches, wandelbares und prozesshaftes Konzept individuellen Selbstverständnisses, um eben jenen „Weg, auf dem der Mensch nach letzten […] sinnvollen Strukturen sucht, innerhalb derer er sich selbst erfüllen und verwirklichen kann" (Dahlgrün 2009, S. 120) und dies auch in Konfrontation und Auseinandersetzung mit Krankheit, Schmerz und Tod.

Eine über ihre anthropologischen Merkmale verstandene Spiritualität ist wie gesehen somit aber auch existenzieller und fundamentaler für das Menschsein, als es in einseitig funktionalistischen Betrachtungsweisen im medizinischen Diskurs um die Nutzbarmachung von Spiritualität für die Versorgung sowie eine reduktionistische Sichtweise auf Spiritualität als etwas ausschließlich Individualistisches suggeriert wird. Spiritualität erscheint zwar, was ihre materiellen Gehalte angeht, von der je subjektiven Erlebens-, Sicht- und Deutungsweise auf Selbst und Welt abhängig, ist jedoch in ihren Konstituenten universell. Damit ist die Kommunikation über Spiritualität nicht notwendigerweise rein formalistisch oder gar inhaltsleer. Sie eröffnet vielmehr den Erfahrungs- und Deutungsraum für die je eigene Spiritualität.

Zwar ist dabei das eigene Selbstbewusstsein ein präreflexives und prädiskursives Gewahrwerden der *Jemeinigkeit*, dieses wird allerdings erst in Auseinandersetzung mit der Welt ein reflektiertes, sodass das, „was intuitiv gewusst wird, […] im Anerkennungsakt explizit und damit auch der Reflexion zugänglich" (Wendel 2002, S. 309) wird. Religiöse Sinnsysteme stellen dabei eine Deutungsoption und mögliche Orientierungshilfe im Umgang mit Krankheiten, Lebenskrisen oder Verlusten dar. Inwiefern jedoch eine Person sich religiösen Deutungssystemen bedient, hängt sowohl von dem jeweiligen sozio-kulturellen Kontext als auch den jeweiligen individuellen Erfahrungen ab. Bezüge zu einem monotheistischen Gott stellen somit ggf. nur eine neben vielen Antwortmöglichkeiten auf die Fragen nach dem *Woher* oder *Wohin* dar. Spiritualität rein auf religiöse Sinndeutungen zu beschränken, scheint der anthropologisch verankerten Existentialität, die mit ihr einhergeht, nicht gerecht zu werden und bereitet möglicherweise den Boden für instrumentelle Machtspiele bzw. Degradierungen von subjektiven Selbst- und Weltdeutungen.

Mit Blick auf die Bestimmung von Spiritualität auch in gesundheitsbezogenen Kontexten erscheint es demnach ratsam, den Begriff entsprechend konturiert und differenziert wahrzunehmen. Es erscheint zielführender im Kontext von medizinischer Versorgung nicht zwischen einem engen und einem weiten Verständnis zu unterscheiden, da dies im Sinne einer „Mehr-ist-besser"-Logik evaluative und hierarchisierende Züge annehmen kann und eine Integration und ggf. sogar Auflösung des Einen in das Andere suggeriert bzw. eine religiöse und eine nicht-religiöse Deutung gegeneinander ausspielt. Geht das eine Verständnis jedoch nicht in dem anderen auf, sondern drücken sich in religiös und nicht-religiös verstandener Spiritualität unterschiedlich gedeutete Sicht- und Erlebensweisen auf Selbst und Welt aus, sollte eher von einem immanenten und transzendenten Spiritualitätsverständnis gesprochen werden.

3.6 Weil es uns alle angeht

Für eine entsprechend anthropologisch grundgelegte Wahrnehmung von Spiritualität eröffnet sich im medizinischen Kontext die Herausforderung, Patient:innen als eben jene souveränen Subjekte ihrer Selbst- und Weltdeutung ernst zu nehmen und sich im Sinne einer Hermeneutik gelebter Spiritualität auf sie einzulassen. So „gibt es kein A-priori-Wissen der Gesundheitsberufe darüber, was ‚gute' und was ‚schlechte' Spiritualität ist. Hier stoßen die Gesundheitsberufe an ihre professionellen Grenzen [und] [s]pätestens hier fängt der Respekt vor dem Sinnentwurf des Patienten an" (Frick 2013, S. 172). Dies bedeutet für konfessionelle und interkonfessionelle seelsorgerische Begleitung, nicht von einem „Heilstatsachenglauben" auszugehen, sondern „vom heutigen Glauben und dem, was die Menschen als ihren Glauben zuzumessen bereit sind […]. Das ist ein Glaube, der aus dem bewussten Leben, dem Selbstverhältnis und Selbstverständnis der Menschen kommt, ein Glaube, der auf die im Leben aufbrechenden Sinnfragen antwortet. […] Dieser Glaube verlangt deshalb immer wieder auch ins Gespräch gezogen zu werden, teilzuhaben an kommunikativen Vollzügen […]" (Gräb 2015, S. 12 ff.), für die es aufgrund seiner existenziellen Relevanz für Personen gerade auch im Zusammenhang mit Krankheitserleben, -deutung und ihren Folgen jenseits des Lebensendes Raum zu schaffen gilt.

Diesen Raum zu füllen kann dabei jedoch nicht an eine Profession delegiert werden, sondern ist ganz im Sinne des Spiritual-Care-Ansatzes nur interdisziplinär möglich. Voraussetzung ist hierbei ein entsprechendes Selbstverständnis der medizinischen Versorgung und all ihrer Akteure. Somit zeigt sich, dass es sich bei der Frage nach dem Zusammenhang von Spiritualität und Medizin nicht nur um ein randständiges Thema handelt, das erst dann von Relevanz ist, wenn alle anderen medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind oder Patient:innen es explizit einfordern, sondern ganz grundlegend die Frage von Autonomie und der Anerkennung von Subjektivität als auch (zwischen-)menschlichem Selbstverständnis aufs Tableau bringt. Es ist schließlich nicht nur die Spiritualität von Patient:innen, die in medizinischen Behandlungskontexten zum Tragen kommt, sondern auch die existenzielle Selbst- und Weltdeutung von Behandelnden und Pflegenden.

Im medizinischen Hochleistungssektor erscheint das Sich-Einlassen auf die eigene Leiblichkeit einhergehend mit der Abgabe von Kontrolle eine besondere Herausforderung darzustellen. Die leibliche Verortetheit von Spiritualität mit ihrem Moment des Unverfügbaren und Deutungsoffenen, Unbeherrschbaren und Unergründlichen konfrontiert somit ein Menschenverständnis, das auf den Körper als eben jenes verfügbare Objekt, als berechenbar und vereinheitlichbar rekurriert. Das Leibsein selbst wird darüber hinaus jedoch auch für ein Spiritualitätsverständnis „zur Aufgabe" (Böhme 2003), das in dualistischer Manier Geist und Reflexion vom Körper und leiblichem In-der-Welt-Sein trennt. So ist „[e]in materialistischer Reduktionismus, der die Sinnfrage und die Dimension der Transzendenz ausblendet, […] ebenso problematisch wie manche Konzeptionen der Ganzheitlichkeit, die alle Krankheiten auf psychische oder spirituelle Ursachen zurückführen wollen. Eine Spiritualität, die positives Denken als Wunderwaffe gegen alle somatischen Erkrankungen propagiert, verkennt den Unterschied zwischen Heil und Heilung und ist […] ebenso reduktionistisch wie der neuzeitliche Materialismus" (Körtner 2011, S. 31).

Die Berücksichtigung von Spiritualität in der Medizin ist somit Anerkennung von Autonomie und Subjektivität. Damit wird sie nicht zuletzt auch zu einem kritischen Moment von Macht- und Machbarkeitsansprüchen jenseits eines euphemistischen Positivismus und ist deutlich mehr als ein Add-On. Angesichts der gegenwärtigen Randständigkeit des Themas bringt eine Geltendmachung dieser Erkenntnisse zwar individuelle und strukturelle Herausforderungen mit sich, ihre Thematisierung in fundierter, differenzierter und kritisch-reflektierender Weise erscheint jedoch gerade angesichts der gegenwärtigen Vielfalt an medizintechnischen Möglichkeiten für eine personenzentrierte medizinische Versorgung unerlässlich und bindet die Diskussion um Spiritualität an eben jene medizin- und pflegeethischen Diskurse der Patient:innenautonomie, der Arzt-Patient:innen-Beziehung oder der Subjektivität und Selbstbestimmung.

Literatur

Arendt H (2009) Über das Böse. Eine Vorlesung zu Fragen der Ethik, 11. Aufl. Piper, S 81

Balthasar HU v (1967) Evangelium als Norm und Kritik aller Spiritualität in der Kirche. In: Balthasar HU v. (Hrsg) Spiritus Creator. Skizzen zur Theologie, Bd. 3. Johannes Verlag, Einsiedeln, S 247–263

Böhme G (2003) Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Die graue Reihe, Bd 38. Die Graue Edition, Kusterdingen

Bozzaro C (2014) Das Leiden an der verrinnenden Zeit. Eine ethisch-philosophische Untersuchung zum Zusammenhang von Alter, Leid und Zeit am Beispiel der Anti-Aging-Medizin. Medizin und Philosophie, Bd 12. Frommann-Holzboog, Stuttgart, S 36

Dahlgrün C (2009) Christliche Spiritualität. Formen und Traditionen der Suche nach Gott. De Gruyter, Berlin

Frick E (2013) Evidence based Spiritual Care: Gibt es das? In: Borasio GD, Niebling WB, Scriba PC (Hrsg) Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin. Medizinische, psychosoziale und spirituelle Aspekte (Report Versorgungsforschung, Bd 7. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S 169–174

Frick E (2014a) Pausen und Noten. Spiritual Care kann bei Pflegern und Ärztinnen für Entlastung sorgen. zeitzeichen 5/2014:16–18

Frick E (2014b) Spiritual Care – ein Zeichen der Zeit? Geist Leben 87(3):275–288

Frick E, Roser T (Hrsg) (2011) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Münchner Reihe Palliative Care, Bd 4, 2. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S 9

Gräb W (2015) Glaube aus freier Einsicht. Eine Theologie der Lebensdeutung. Schriften zur Glaubensreform, Bd 3. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S 12ff

Henrich D (2007) Denken und Selbstsein. Vorlesungen zur Subjektivität. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Herzog C (1997) Der Mensch zwischen Distanz und Ausdruck. Zur Bedeutung der Leiblichkeit in der philosophischen Anthropologie Helmuth Plessners. In: List E, Fiala E (Hrsg) Leib Maschine Bild. Körperdiskurs der Moderne und Postmoderne. Passagen Verlag, Wien, S 61–73

Hofmann L, Heise P (Hrsg) (2017) Spiritualität und spirituelle Krisen. Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis. Schattauer, Stuttgart

Holder-Franz M (2012) „… dass du bis zuletzt leben kannst.“ Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunder. Beiträge zur Theologie, Ethik und Kirche, Bd 7. TVZ Theol.Verlag, Zürich, S 27

Honnefelder L (2007) Was soll ich tun, wer will ich sein? Vernunft und Verantwortung, Gewissen und Schuld. Berlin Univ. Press, Berlin

Houtman D, Aupers S (2007) The spiritual turn and the decline of tradition. The spread of post-Christian spirituality in 14 western countries, 1981–2000. J Sci Study Relig 46(3):305–320

Jager Meezenbroek E, Grassen B, Berg M v d, Dierendonck D v, Visser A, Schaufeli WB (2012) Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. J Relig Health 51:336–354

James W (1997) Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur. Insel-Verlag, Frankfurt am Main

Janhsen A, Golla H, Mantell P, Woopen C (2019) Transforming spirituality through aging: coping and distress in the search for meaning in very old age. J Relig Spiritual Aging 33(1):38–53

Karle I (2010) Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care. Wege zum Menschen 62(6):537–555

Knoblauch H (2000) „Jeder sich selbst sein Gott in der Welt". Subjektivierung, Spiritualität und der Markt der Religion. In: Hettlage R, Vogt L (Hrsg) Identitäten in der modernen Welt. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 201–216

Koenig HG (2012) Religion, spirituality and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry 12:16. https://doi.org/10.5402/2012/278730. Zugegriffen am 13.04.2023

Koenig HG, Hefti R (2012) Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden. Kohlhammer, Stuttgart

Kohli Reichenbach C (2014) Spiritualität im Care-Bereich. Begriffsklärung zu Palliative Care, Spiritual Care und Spiritualität. In: Noth I, Kohli Reichenbach C (Hrsg) Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie. TVZ Theol. Verlag, Zürich, S 11–22

Körtner UHJ (2011) Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff. Eine interdisziplinäre Perspektive. In: Frick E, Roser T (Hrsg) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen (Münchner Reihe Palliative Care, Bd 4, 2. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S 26–34

Kunz R (2012) Spiritualität und Altersdiskurs. In: Kubik A, Kumlehn M (Hrsg) Konstrukte gelingenden Alterns. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S 52–76

Mathwig F (2014) Worum sorgt sich Spiritual Care? Bemerkungen und Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht. In: Noth I, Kohli Reichenbach C (Hrsg) Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie. TVZ Theol, Zürich, S 23–41

Moberg DO (1971) Spiritual well-being. White House Conference on Ageing, Washington, DC

Moberg DO (2011) Expanding horizons for spirituality research. http://hirr.hartsem.edu/sociology/Expanding%20Horizons%20for%20Spirituality%20Research%202011.pdf. Zugegriffen am 13.04.2023

Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla C (2011) Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. J Gen Intern Med 26:1345

Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Janse B, Verhagen PJ, Cook CH (2016) WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. World Psychiatry 15(1):87–88

Nauer D (2015) Spiritual Care statt Seelsorge? Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Orth S (2009) Zur Einführung. In: ders (Hrsg) Eros – Körper – Christentum. Provokation für den Glauben? Herder, Freiburg im Breisgau, S 9–17

Peng-Keller S (2012) Spiritualität im Kontext moderner Medizin. In: Belok M, Länzlinger U, Schmitt H (Hrsg) Seelsorge in Palliative Care. TVZ Theol, Zürich, S 87–97

Pollack D (2009) Rückkehr des Religiösen? Studien zum religiösen Wandel in Deutschland und Europa, Bd 2. Mohr Siebeck, Tübingen

Rappe G (2012) Leib und Subjekt. Phänomenologische Beiträge zu einem erweiterten Menschenbild. Kultur & Philosophie, Bd 4. Projekt-Verlag, Bochum, S 53

Roser T (2011) Innovation Spiritual Care. Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick E, Roser T (Hrsg) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Münchner Reihe Palliative Care, Bd 4, 2. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S 45–55

Schmitz H (1999) Anthropologie ohne Schichten. In: Barkhaus A, Mayer M, Roughley N, Thürnau D (Hrsg) Identität, Leiblichkeit, Normativität. Neue Horizonte anthropologischen Denkens, 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 127–145

Sheldrake P (2013) Spirituality. A brief history, 2. Aufl. Blackwell Publishing Ltd, Chichester

Söll G (1972) Theologie des Sports? Münchener Theol Z 23(2):97–130

Striet M (2009) Moderne Körperlust. Ein theologischer Versuch zu bizarren Phänomenen. In: Orth S (Hrsg) Eros – Körper – Christentum. Provokation für den Glauben? Herder, Freiburg im Breisgau, S 128–141

Taylor C (2002) Die Formen des Religiösen in der Gegenwart. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Utsch M, Anderssen-Reuster U, Frick E, Gross W, Murken S, Schouler-Ocak M, Stotz-Ingenlath G (2017) Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Spiritual Care 6(1):141–146

Wendel S (2002) Affektiv und inkarniert. Ansätze deutscher Mystik als subjekttheoretische Herausforderung. Ratio Fidei, Bd 15. Verlag Friedrich Pustet, S 283–292

Wendel S (2006) Die Wurzel der Religionen. Freibg Z Philos Theol 53(1/2):21–38

Wendel S (2017) Offenbarung. Deutungskategorie statt Glaubensgrund. In: Dürnberger M, Langenfeld A, Lerch M, Wurst M (Hrsg) Stile der Theologie. Einheit und Vielfalt katholischer Systematik in der Gegenwart. Ratio Fidei, Bd 60. Verlag Friedrich Pustet, Regensburg, S 245–259. *Faith* bezieht sich auf die mit Glaubensvorstellungen einhergehende affektive Dimension als nicht rational begründete Haltung des Vertrauens und *belief* eine reflektierte Auseinandersetzung mit und begründete Übernahme von Glaubensinhalten

World Health Organisation (2002) Definition of palliative care. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf. Zugegriffen am 13.04.2023

Zwingmann C (2005) Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Med Psychol 55:241–246

Zwingmann C, Klein C (2012) Deutschsprachige Fragebögen zur Messung von Religiosität/Spiritualität. Stellenwert, Klassifikation und Auswahlkriterien. Spiritual Care 3(1):7–21

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

4 Der Beitrag von Spiritual Care zur angewandten Medizinethik und ethische Prinzipien für Spiritual Care

Stephan M. Probst

4.1 Medizinethik und ihr Stellenwert in der Patientenversorgung

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich in der klinischen und zunehmend auch in der ambulanten Patientenversorgung verschiedene Formen ethischer Entscheidungsunterstützung etabliert. Fortbildungsangebote, klar formulierte Leitlinien und vor allem moderierte Fallberatungen durch multiprofessionell aufgestellte klinische Ethikkomitees stärken die ethische Kompetenz von Gesundheitspersonal und helfen Behandlungsteams, in unübersichtlichen und ethisch herausfordernden Situationen ausbalancierte Entscheidungen zu treffen. Die vor Jahren noch unvorstellbaren, heute aber ganz selbstverständlich verfügbaren medizinischen Möglichkeiten begründen, warum die ethische Kompetenz derer, die diese Medizin (vor allem an den Grenzen des Lebens) anwenden, so wichtig geworden ist. Schließlich ist in der Medizin nicht alles allein deshalb richtig und gut, nur weil es machbar ist. Jedes Handeln am Menschen setzt moralische Urteile und eine ethische Reflexion voraus. Wenn die alltägliche moralische Intuition in bestimmten Situationen nicht mehr weiterhilft und die Frage offen bleibt, was zu tun sei oder eben nicht, versucht die Medizinethik mit moralphilosophischen Methoden die zugrunde liegenden Wertekonflikte zu analysieren und bestenfalls aufzulösen. Je nachdem, auf welche Aspekte ärztlichen oder pflegerischen Handelns die Reflexion dabei ihren Fokus legt und aus welchem Blickwinkel die Betrachtung geschieht, unterscheidet man verschiedene Ansätze ethischen Argumentierens. So machen *konsequenzialistische* Ansätze vorrangig das *Ergebnis* und die *Folgen* des Handelns zum Maßstab der ethischen Bewertung, während

S. M. Probst (✉)
Klinikum Bielefeld Mitte, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin und Stammzelltherapie, Bielefeld, Deutschland
e-mail: stephan.probst@klinikumbielefeld.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_4

deontologische Modelle das Handeln danach bewerten, inwieweit es vorgegebenen *moralischen Pflichten* folgt. Die *Tugendethik* hingegen betrachtet die Tugendhaftigkeit der Handelnden, also ihre *charakterlichen Eigenschaften und Grundhaltungen* und wie diese moralisch zu bewerten sind.

All diese moralphilosophischen Ansätze ethischen Bewertens und Argumentierens haben jeweils ihre Stärken und Schwächen. Deshalb konnte sich in der angewandten Medizinethik keine ethische Theorie durchsetzen, die allein auf nur einem dieser moralphilosophischen Ansätze beruht. Zum Pluralismus moralphilosophischer Ansätze kommt noch der Pluralismus von Weltanschauungen und moralischen Wertebegründungstheorien der postmodernen Gesellschaft hinzu, was eine zunehmende Herausforderung für die medizinethische Bewertung konkreter Konflikte am Krankenbett darstellt. Dies machte neue, alternative und vor allem praxistaugliche Ansätze notwendig.

4.2 Prinzipienethik

Die amerikanischen Medizinethiker Tom L. Beauchamp und James F. Childress haben mit der sog. prinzipienorientierten Medizinethik einen solchen praxisnahen Ansatz entwickelt, um im Einzelfall normative Bewertungsmaßstäbe anzuwenden. Diese finden ganz allgemeine und kulturübergreifende Zustimmung und sind zugleich für alle Bereiche der Medizin anwendbar. Als *medizinethische Prinzipien* formulierten sie vier grundlegende und weltweit akzeptierte moralische Verpflichtungen, die für medizinisches Handeln gelten:

- die Pflicht zur *Benefizienz*, also den Kranken *wohlzutun*;
- die Pflicht zur *Non-Malefizienz*, also den Kranken *nicht zu schaden*;
- die Pflicht, die *Autonomie* der Kranken zu respektieren;
- die Verpflichtung zur *Gerechtigkeit*, also gleiche Fälle stets gleich und *ohne Bevorzugung oder Benachteiligung Einzelner* zu behandeln.

Diese vier Prinzipien gelten zunächst gleichberechtigt und verbindlich nebeneinander. Sie müssen aber im Einzelfall auf die vorliegende Situationslage übertragen und dort in ihrer Bedeutung gegeneinander und untereinander interpretiert werden. Ethische Konflikte lassen sich zuallermeist aus der Kollision zweier oder mehrerer der genannten vier moralischen Pflichten bzw. Prinzipien erklären. Die fallbezogene Analyse mit der Abwägung und Gewichtung der Prinzipien untereinander führt im Idealfall zur konsensfähigen Lösung eines ethischen Problems. Die Prinzipienethik ist damit recht flexibel und mit ihrer Hilfe lassen sich relativ einfach individuell zugeschnittene und tragfähige Lösungen erarbeiten. Daher fand dieser Ansatz in der moderierten Fallberatung im Gesundheitswesen weite Verbreitung (Beauchamp und Childress 2001; Marckmann 2015).

4.3 Autonomie

In den Fällen, in denen die Verpflichtung zum Respekt vor der Autonomie mit anderen moralischen Pflichten in Konflikt gerät, wird in westlich-liberalen Gesellschaften gewöhnlich und zu Recht die Autonomie als höheres und vorrangiges Gut betont. Es gibt in individualistischen Gesellschaften keinen allgemeingültigen Konsens darüber, was letzten Endes gutes Leben oder gutes Sterben ausmacht. Es gibt keine generelle Pflicht, gesund zu leben, sich im Krankheitsfall behandeln zu lassen oder überhaupt leben zu müssen. Alle medizinischen Maßnahmen, auch lebenserhaltende und lebensrettende, bedürfen immer der Zustimmung des kranken Menschen. Schließlich gilt er selber als der beste Experte für sein eigenes Leben. Die Zusicherung, dass Kranke also in existenziellen Situationen stets selbst vorgeben können, was für sie und innerhalb ihres subjektiven Lebensentwurfs gut ist und was nicht, macht das Prinzip Autonomie zu einem (scheinbaren) „Garanten einer für alle akzeptablen Ethik“ (Maio 2012, S. 120–123).

Im medizinischen Kontext wird Autonomie grundsätzlich als Ausdruck der individuellen Handlungsfreiheit der Kranken, meistens aber bloß als Abwehrrecht verstanden: Weil jeder Mensch frei ist, darf er jede äußere Einmischung in sein Leben (und Sterben) ablehnen und für seine Entscheidungen, subjektiven Krankheitstheorien, Hoffnungen und Wünsche nicht verurteilt werden.

Zusammen mit den Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin sind tatsächlich aber auch die Verunsicherungen und das Ausgeliefertsein der Kranken gewachsen. Dies führt dazu, dass sich im medizinischen Alltag viele mit ihrer Autonomie alleingelassen und mit ihrem Selbstbestimmungsrecht überfordert fühlen. Zu einer *authentisch autonomen* Handlungsfreiheit müssen Kranke i. d. R. erst befähigt werden. Dies kann nur im Schutz einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems und den Kranken gelingen und setzt eine treuhänderisch-advokatorische Fürsorge durch das Gesundheitspersonal voraus, die alle vier Dimensionen des Menschseins berücksichtigt: die physische, psychische, soziale und ausdrücklich auch die spirituelle Dimension (vgl. Ach und Schöne-Seifert 2013; Feinendegen und Schaeffer 2014).

4.4 Fürsorgeethik und relationale Autonomie

Neuere moralphilosophische Strömungen stellen als *Ethics of Care* die Orientierung am ganzen Menschen, also am Menschsein in seinen vier Dimensionen stärker in den Fokus, und sie bewerten die entgegengebrachte Fürsorge in Bezug auf Anteilnahme, Emotionalität und Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung. Damit werden die Grenzen der Autonomie Kranker anerkannt. Auch ihr In-Beziehung-Stehen als Kennzeichen menschlicher Existenz wird betont, einschließlich der Realität zwangsläufig heteronomer Verhältnisse bis hin zum Angewiesen-Sein in ganz und gar asymmetrischen Beziehungen. Wert-

schätzende Fürsorge, Achtsamkeit für die Bedürfnisse und Belange des Gegenübers sowie eine authentische Beziehung sind Aspekte einer zwischenmenschlichen Lebenseinstellung oder Grundhaltung, die im Verständnis des US-amerikanischen Medizinethikers Edmund D. Pellegrino zur Voraussetzung für Moral überhaupt wird (Pellegrino 1985). Zu dieser Grundhaltung gehört neben Achtsamkeit und Mitgefühl besonders auch die Empfänglichkeit für die existenzielle und spirituelle Dimension, um eine für eine ganzheitliche Fürsorge tragfähige zwischenmenschliche Basis zu schaffen. Dabei müssen Menschen, die sich um andere Menschen kümmern, stets ein Gleichgewicht zwischen dem eigenen persönlichen Anteil ihrer Fürsorge und dem absolut uneingeschränkten Eintreten im Interesse der Kranken finden. Damit verfolgt Fürsorgeethik das Ziel, authentische Autonomie zu realisieren und die Würde der Kranken zu bewahren. Ein wichtiges Instrument ist dabei – neben dem Sich-Verlassen auf die eigene Intuition und die selbst erfahrene Sozialisation (Held 2006) – sicherlich und unbedingt professionelle Spiritual Care. Das Erkennen der existenziellen oder spirituellen Dimension geschieht in der zwischenmenschlichen Begegnung. Spiritual Care darf dabei nicht so missverstanden werden, dass die existenzielle und spirituelle Dimension der Persönlichkeit und des Leidens eines Menschen zwangsläufig Gegenstand medizinischer Therapie werden soll oder gar könnte. Die Orientierung am ganzen Menschen muss aber der Maßstab für jede Begegnung sein (Bozzaro 2015), denn insbesondere die Orientierung an der Spiritualität setzt den Bezug zum inneren Wert, d. h. der Würde und der personalen Identität eines Menschen (Schaeffer 2011).

Spiritual Care und angewandte Medizinethik gehören deshalb untrennbar zusammen. Spirituelle und ethische Kompetenzen befähigen das Gesundheitspersonal dazu, kranke und auf Fürsorge angewiesene Menschen richtig zu verstehen und gemeinsam mit ihnen die Frage zu beantworten, was für sie in ihrer individuellen Situation *gute* und *richtige* Fürsorge oder Behandlung bedeuten. Die Antworten aus Perspektive der Medizinethik werden eher handlungsorientiert und rational sein. Dort, wo leidvolle Situationen und Konflikte aber nicht gelöst, sondern nur noch ausgehalten und begleitet werden können, mag spirituelle Kompetenz und Haltung der Begleiter noch heilsames Potenzial haben und den Kranken dabei helfen, „trotz allem“ Sinn und Integrität zu finden.

4.5 Ethische Prinzipien für und die Grenzen von Spiritual Care

So wie das Gesundheitspersonal einer spirituellen Kompetenz bedarf, um Kranke zu wirklich authentischer Autonomie befähigen zu können, ist eine hohe ethische Kompetenz die Voraussetzung für einen professionellen Umgang mit spirituell-existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen. Spirituelle Kompetenz schließt immer das Wissen um die eigene Spiritualität ein. Das Erkennen und Reflektieren der eigenen Spiritualität sind die unbedingten Voraussetzungen dafür, Kranke vor negativer Transzendenz, Vereinnahmung und sonstigen nicht gewollten Einmischungen in ihr Leben und Sterben zu schützen.

Die Wesensmerkmale der für Spiritual Care notwendigen ethischen Kompetenz und Grundhaltung konkretisiert Daniel P. Sulmasy, indem er fünf ethische Verpflichtungen bzw. Prinzipien für Spiritual Care formuliert (Sulmasy 2014). Diese ergänzen die etablierten Prinzipien der biomedizinischen Prinzipienethik:

- Radikale Patientenzentrierung
- Verpflichtung zur Ganzheitlichkeit
- Verpflichtung zur achtsamen Vertraulichkeit
- Verpflichtung zur fürsorgenden Begleitung
- Verpflichtung zur absoluten Toleranz

Die ***radikale Patientenzentrierung***, also die Verpflichtung zur Orientierung an den subjektiven Deutungen, dem individuellen Lebensentwurf und der ganz persönlichen Spiritualität des konkret betroffenen Menschen, ist dabei das erste und maßgebliche Prinzip. Je existenzieller die Situation Kranker ist, desto mehr gilt für sie das als gut und richtig, was für sie aus spiritueller oder transzendenter Sicht gut ist, aber nicht unbedingt das, was medizinisch als richtig gelten mag (Pellegrino und Thomasma 1988). Radikale Patientenzentrierung bedeutet, dass die Kranken die Führung übernehmen und selbstverständlich auch entscheiden, ob und wie weit sie sich beispielsweise auf Spiritual Care einlassen wollen. Damit sie das können, muss ihnen im geschützten Raum einer zwischenmenschlichen Beziehung Wertschätzung und Zeit geschenkt werden.

Achtsame ***Vertraulichkeit*** im Rahmen von Spiritual Care geht über die gebotene professionelle Diskretion und die Einhaltung von Schweigepflicht bzw. Beichtgeheimnis hinaus und verlangt auch eine besondere Achtsamkeit für die Grenzen von Spiritual Care. Es soll keinesfalls mehr Spiritual Care angeboten werden, als es Kranke brauchen oder wünschen. Diejenigen, die Spiritual Care anbieten, müssen erspüren, wo ihr Auftrag endet oder sie an die Grenzen ihrer Kompetenz kommen. Gesundheitspersonal muss erkennen, wann es etwa Geistliche oder religiöse Experten aus der Denomination der Kranken hinzuziehen muss. Seelsorger müssen umgekehrt erkennen, wann psychiatrische, sozialmedizinische, pflegerische, ärztliche oder andere professionelle Kompetenz und Verantwortung gefordert sind. Dies unterstreicht den Stellenwert von Achtsamkeit und Vertraulichkeit für das Behandlungsteam und für die Teamarbeit.

Die Beachtung der ***Ganzheitlichkeit*** folgt dem bio-psycho-sozial-spirituellen Modell von Fürsorge, das die verschiedenen Dimensionen des Menschseins berücksichtigt. Unbedingt sind aber die gegenseitigen Wechselbeziehungen und Bedingtheiten zwischen Aspekten dieser Dimensionen zu erkennen und stets zu bedenken, dass nur ein Team mit den unterschiedlichen Expertisen seiner Mitglieder diesem Anspruch gerecht werden kann (Sulmasy 2002). Das Prinzip *Ganzheitlichkeit* bezieht sich also auch auf das Team.

Die Verpflichtung zur ***fürsorgenden Begleitung*** unterstreicht nochmals die Bedeutung der Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und Kranken. Sie bewahrt die Kranken vor Entfremdung und dem Gefühl, aufgegeben worden zu sein. Das Unabänderliche mit den

Kranken gemeinsam auszuhalten, sie nicht allein zu lassen und ihnen aktiv zuzuhören, sind die Wege, über die Spiritual Care die zwischenmenschliche Beziehung aufbaut, in der fürsorgende Begleitung geschieht.

Der Pluralismus von Religionen, Weltanschauungen und Wertebegründungstheorien führt zu einem Pluralismus individueller Vorstellungen von Transzendenz und Spiritualität. Diesem Pluralismus offen, d. h. mit empathischer Neugier und epistemologischer Demut zu begegnen, macht die absolute ***Toleranz*** aus, zu der Spiritual Care stets verpflichtet ist. Kranke müssen ihren Glauben, ihre Deutungen, Emotionen und Gefühle anlässlich ihrer Not auf die jeweils ihnen eigene Art und Weise ausdrücken dürfen und ihre Hoffnungen, worauf auch immer sie sich richten und was sie auch immer für andere bedeuten mögen, bewahren dürfen. Ihnen muss zugesichert werden, dafür niemals verurteilt zu werden und dass niemand je versuchen wird, ihnen seine Überzeugungen oder Weltsicht aufzunötigen (vgl. Barbus 1975; Pellegrino 1982).

Literatur

Ach JS, Schöne-Seifert B (2013) „Relationale Autonomie“ Eine kritische Analyse. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg) . Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen. Praktische Anwendungen, Mentis, Münster, S 42–60

Barbus AJ (1975) The dying persons bill of rights. Am J Nurs 75(1):99

Beauchamp TL, Childress JF (2001) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York/Oxford

Bozzaro C (2015) Sich im Leiden des Anderen wiedererkennen. Die Gabe der Fürsorge als Grundlage einer authentischen Arzt-Patient-Beziehung. In: Maio G (Hrsg) Ethik der Gabe. Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen. Herder, Freiburg/Basel/Wien, S 214–231

Feinendegen N, Schaeffer A (2014) Spiritualität – Grundzüge eines anthropologischen Verständnisses. In: Feinendegen N, Höver G, Schaeffer A, Westerhorstmann K (Hrsg) Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Königshausen & Neumann, Würzburg, S 163–189

Held V (2006) The ethics of care: personal, political, global. Oxford University Press, Oxford/New York

Maio G (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart

Marckmann G (2015) Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann G (Hrsg) Praxisbuch Ethik in der Medizin. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Berlin, S 15–22

Pellegrino ED (1982) The ethics of collective judgments in medicine and healthcare. J Med Philos 7:3–10

Pellegrino ED (1985) The caring ethic: the relation of physician to patient. In: Bishop AH, Scudder JR (Hrsg) Caring, curing, coping. Nurse physician relationships. University of Alabama Press, Alabama

Pellegrino ED, Thomasma D (1988) For the patient’s good: the restoration of beneficence in healthcare. Oxford University Press, Oxford/New York, S 73–91

Schaeffer A (2011) Vertrauen und Treue an der Grenze des Lebens. Zur Bedeutung spiritueller Begleitung im hospizlich-palliativen Arbeitsfeld. In: Höver G, Branzke H, Schaffer A (Hrsg) Sterbebegleitung – Vertrauenssache. Königshausen & Neumann, Würzburg, S 209–226

Sulmasy DP (2002) A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. Gerontologist 42(Suppl. 3):24–33

Sulmasy DP (2014) Ethical principles for spiritual care. In: Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B (Hrsg) Oxford textbook of spirituality in healthcare. Oxford University Press, Oxford/New York, S 465–470

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

„Was willst du, dass ich dir tun soll?“ – Spiritual Care bei Schwerkranken und Sterbenden

5

Ulrich Lilie

5.1 Einführung

Ein Mensch, der schwer erkrankt ist und möglicherweise bald sterben wird, befindet sich in einer Lebenssituation, die sehr persönliche und bisher nicht erlebte Herausforderungen für ihn und sein persönliches Umfeld beinhaltet. Oft habe ich an den Betten schwer kranker Menschen gesessen und war immer wieder beeindruckt, wie persönlich und unterschiedlich diese Lebenssituation am Lebensende wahrgenommen und gelebt wird. Ich habe berührende Gespräche, ausdrückliche Wünsche nach geistlicher Begleitung in Erinnerung – aber ebenso Menschen, die auch an ihrem Lebensende noch am Fernsehprogramm interessiert waren.

„Was willst du, dass ich für dich tun soll?“[1] (Mk 10,51). Diese Frage von Jesus an den blinden Bartimäus vor Jericho nimmt die Einzigartigkeit jedes Menschen ernst, sie ist vielleicht die schönste und zugleich anspruchsvollste aller Fragen. Sie bringt eine Grundhaltung der Diakonie, aber auch eine Spiritual-Care-prägende Grundeinstellung zum Ausdruck: Der einzigartige Mensch mit seiner Persönlichkeit, seinen individuellen Begabungen, Bedürfnissen und Überzeugungen steht im Zentrum dieser Arbeit (Lilie 2022, S. 307). Deshalb wird im ersten Abschnitt dieses Artikels die grundlegend veränderte Lebenssituation schwer erkrankter und sterbender Menschen skizziert. Um einen schwerkranken oder einen sterbenden Menschen angemessen wahrzunehmen, bedarf es

[1] Übersetzung nach der Lutherbibel, 2017.

U. Lilie (✉)
Diakonie Deutschland, Präsident der Diakonie Deutschland, Berlin, Deutschland
e-mail: ulrich.lilie@diakonie.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_5

wechselseitiger und reflektierter Kommunikation, die ganz im Sinne Cicely Saunders keinesfalls auf einen von außen dazu tretenden Sinn oder gar eine vorschnelle Deutung eines Sterbeprozesses seitens der Begleitenden abzielen darf. Eine Voraussetzung für eine solche reflektierte Kommunikation ist das absichtslose, sich reflektiert in den Dienst des Gegenübers stellende Zuhören und Verstehen. Wenn eine solche Kommunikation zwischen Begleitenden von Schwerkranken und Sterbenden und den Betroffenen gelingt, können diese ihre Sterbewünsche, Konflikte und Probleme im offenen Dialog mit den Begleitenden frei äußern, im günstigsten Fall sogar klären – ohne Bewertungen oder vorschnelle Deutungen befürchten zu müssen. Wie absichtsloses Zuhören umgesetzt werden und wirken kann, beschreibt die biblische Geschichte von der Heilung des blinden Bartimäus in beeindruckender Weise.

5.2 Veränderungen der Lebenssituation Schwerkranker und Sterbender[2]

Schwerkranke und sterbende Menschen sind i. d. R. mit besonderen Herausforderungen und körperlichen Veränderungen konfrontiert, mit denen sie umgehen lernen müssen. Angesichts einer Erkrankung oder des nahenden Lebensendes stellen sich auch Fragen nach der Einordnung dieses einschneidenden Erlebens, ebenso wie Fragen nach dem Sinn. Ich erinnere mich an eine 50-jährige Patientin, die nie geraucht hatte und gleichwohl an einem unheilbaren Lungenkarzinom litt. Sie stellte sich die nicht zu beantwortende Frage nach dem „Warum“ immer wieder: „Warum gerade ich, wo ich doch nie geraucht habe?“ „Warum bin ich erkrankt, die ich doch jede Woche beim Sport war?“ (Kreisel-Liebermann 2001, S. 24–28). Das sie unmittelbar und nicht ableitbar treffende Unheil musste doch einen Grund haben; es wollte eingeordnet und verstanden werden. Nicht ableitbares Unglück und plötzliche Erkrankung werden oft als besonders belastend erfahren.

Viele Menschen schauen noch einmal auf ihr Leben, wenn sie wissen oder ahnen, dass sie sich in einem Sterbeprozess befinden. Solche „Lebensbilanzen“ können auch sehr belastend für den erkrankten oder sterbenden Menschen sein, wenn etwa nicht mehr zu korrigierende, unerledigte Aufgaben, Traumata sowie nicht korrigierbare Versäumnisse, Schuld oder ein Gefühl, das einmalige Leben nicht gelebt zu haben, schmerzhaft bewusst werden (Kreisel-Liebermann 2001, S. 19–33).

Hinzu kommen die Auswirkungen des drohenden Verlustes einer geliebten Person auf die An- und Zugehörigen. Auch die Außenwahrnehmung sterbender Menschen ändert sich, denn „sterbend sein hat soziale Konsequenzen“ (Emsbach 2007, S. 27). Norbert Elias hat in Hinblick auf die Verdrängung von Tod und Sterben in den modernen Gesellschaften und die damit oft verbundene Sprach- und Hilflosigkeit in „Über die Einsamkeit der Ster-

[2] Eine ausführliche Beschreibung möglicher Veränderungen angesichts einer Erkrankung oder eines Sterbeprozesses kann hier leider nicht ausgiebig behandelt werden. Zumal die Veränderungen höchst unterschiedlich sein können.

benden“ bis heute Gültiges geschrieben (Elias 1982). Viele Gespräche mit den Angehörigen werden – ganz anders als bisher – von der Thematik des Sterbens und der sich damit ankündigenden grundlegenden Veränderung für alle Beteiligte überlagert; manche sterbende Menschen bleiben mit Nicht-Ansprechbarem, aber auch mit ganz alltäglichen Wünschen und Bedürfnissen allein. Sterbende Menschen bekommen indessen von den Angehörigen Sinnfragen gestellt oder es wird eine Klärung offener und ungeklärter Fragen etwa in der gemeinsamen Lebensgeschichte von ihnen regelrecht eingefordert. Andere nahestehende Personen wissen in ihrer großen Verunsicherung einfach nicht, worüber sie mit der betroffenen Person sprechen und wie sie sich angemessen verhalten sollen. Es entsteht eine ungewohnte Sprach- und Hilflosigkeit, die die unmittelbar Betroffenen ebenfalls als belastend empfinden können.

Alle diese Beobachtungen verbindet eine Gemeinsamkeit: Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf eine schwere Erkrankung und den nahenden Tod. Jede und jeder lebt in seinem oder ihrem besonderen kulturellen und sozialen Umfeld. Vor diesem Hintergrund ist eine offene, um Verstehen bemühte und zugewandte Kommunikation eine entscheidende Voraussetzung dafür, wirklich herausfinden zu können, was konkret diese schwer erkrankte Person individuell als Unterstützung und Entlastung benötigt oder als hilfreich erleben könnte. Es geht zunächst immer um die Bedürfnisse dieses sterbenden Menschen, sehr viel weniger um die Überzeugungen und Intentionen der Begleitenden. Diese sollten im Team und im kollegialen Umfeld für entsprechende Beratung und Unterstützung für ihre anspruchsvolle Aufgabe der offenen Zugewandtheit und Aufmerksamkeit aktiv Sorge tragen.

5.3 Die Kunst des Zuhörens

Eine Gelingensvoraussetzung für die Begleitung von schwer kranken oder sterbenden Menschen ist die Kunst des Zuhörens. Die entscheidende Zuwendung und Achtsamkeit, die Jesus im Markusevangelium vor den offensichtlich mit ganz anderen Dingen beschäftigten Jünger:innen und der ebenfalls über den Bettler hinwegsehenden Menschenmenge dem blinden Bartimäus zuteilwerden lässt, kann hier als ein im Wortsinn wunderbares Modell für gelingende Kommunikation mit Menschen in außergewöhnlichen Belastungssituationen gelten (vgl. Mk 10,46-52):

Jesus ist mit seiner Jüngerschaft und weiteren Personen aus dem Volk unterwegs. Es ist eine große Gruppe, die ihn auf seinem Weg aus Jericho heraus begleitet. Der blinde Bartimäus sitzt am Wegesrand und hört diese Gruppe auf sich zukommen. Als er auf sich aufmerksam machen möchte, wird er vom Volk und den Jünger:innen jäh unterbrochen. Sie wollen diese einseitige, appellative Kommunikation abbrechen und dem störenden, blinden Bartimäus die Teilhabe an Jesus Christus verwehren. Jesus hört den leidenschaftlichen Hilferuf des Bartimäus, der trotz der massiven Abwehrversuche seiner Umgebung

lauter wird. Er möchte unbedingt mit Jesus sprechen und mit ihm in Kontakt treten. Jesus bleibt stehen, schickt seine Jünger:innen den Weg zurück und lässt sie Bartimäus zu sich bringen. Mit dieser Intervention Jesu verändert sich auch das Umfeld in seiner Haltung gegenüber Bartimäus. Anstatt ihn weiterhin zum Verstummen bringen zu wollen, machen sie Bartimäus Mut, sich zu zeigen, und rufen ihn zu Jesus. Dann entwickelt sich ein für die damalige Zeit wohl unglaubliches Geschehen. Jesus schaut auf den blinden Bettler Bartimäus weder herab noch kritisiert er ihn. Er tut auch nicht einfach irgendetwas. Vielmehr stellt er Bartimäus eine offene Frage: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ (Mk 10,51). Jesus hört diesem weitestgehend rechtlosen und unerhörten Menschen aufmerksam zu und unterstreicht so eindrucksvoll, dass er diesen allen lästig fallenden blinden Menschen und seine Not zuallererst verstehen möchte. Er schenkt ihm seine ganze Aufmerksamkeit, er nimmt sich die Zeit, genau hinzuhören und bemüht sich, wirklich zu verstehen, welche Bedürfnisse, Wünsche und Wahrnehmungen dieser Mann hat. Die Reaktion seiner Jüngerschaft verändert sich nach der Zuwendung Jesu zu Bartimäus. Dieser Haltung ihres „Meisters“ entsprechend – mit dem hilflosen und wenig zugewandten Versuch, den störenden Blinden zu beruhigen und seinen Kontakt mit Jesus möglichst zu unterbinden – folgt eine Ermunterung an Bartimäus, dem Ruf Jesu zu folgen und zu ihm zu gehen. Mit dieser heilsamen Unterbrechung der eingeübten Reaktionsmuster der Umwelt auf Leid und Beeinträchtigung ermöglicht Jesus seinen Begleitenden eine Lernreise, eine Learning Journey, die ihnen eine Veränderung ihres Vermeidungsverhaltens ermöglicht. Auch in dieser Hinsicht steht die jesuanische Frage an den blinden Bartimäus paradigmatisch für die grundlegende Voraussetzung gelingender Diakonie und Seelsorge: der reflektierten Bereitschaft und Fähigkeit von Teams, einem Gegenüber offen zu begegnen, ihn/sie besser verstehen zu wollen und ihr/ihm darum zunächst sorgfältig zuzuhören, um diesen besser wahrnehmen und entsprechend adäquater handeln zu können.

Solches zugewandte Zuhören ist eine – zu erlernende – Kunst, die leider bis heute nicht den Alltag ärztlicher, pflegender oder seelsorgerischer Begleitung prägt. Eine Studie der BMJ Open belegt, dass Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen bei einem/r Allgemeinmediziner:in um die 5 min betragen (Irving et al. 2017). Die mangelnde Zeit für Aufmerksamkeit und Gespräche ist leider auch auf fast jeder Intensiv- und Palliativstation spürbare Realität. Der immense Zeitdruck und die Arbeitsverdichtung prägen nicht nur den Alltag von Ärzt:innen; diese Umstände verhindern auch, dass Pflegende – ob im Krankenhaus oder Pflegeheim – ihren eigenen Ansprüchen genügen können. Unzufriedenheit mit der eigenen professionellen Praxis und das „dem eigenen Anspruch nicht gerecht werden können“ führen zur Verschärfung der ohnehin hohen professionellen Belastung und nicht selten zu Burnout- oder Coolout-Phänomenen in beiden Berufsgruppen.

Zwar sind in Hospizen und auf Palliativstationen glücklicherweise andere zeitliche Ressourcen gegeben, aber nur die wenigsten Menschen sterben dort. Zu oft bleibt im Alltag von Medizin und Pflege viel zu wenig Zeit für zugewandtes Zuhören und die entsprechende Wahrnehmung von spirituellen Bedürfnissen von Patient:innen (Büssing 2021,

S. 82–89). Eine systembedingt strenge Zeitökonomie verbietet weitestgehend eine differenzierte Wahrnehmung der Individualität und der ausgesprochenen oder unausgesprochenen Wünsche von Patienten oder Bewohnerinnen. Sie führt nicht selten dazu, dass sterbende Menschen oder deren Angehörige sich gar nicht mehr wagen, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Der schreiende blinde Bartimäus mit seiner erstaunlichen Heilsgewissheit und Resilienz ermutigt bis heute, eingefahrene Verhaltensweisen zu stören, zu hinterfragen und dadurch zu humanisieren. Wenn es gut geht, stehen am Ende offene Dialoge und eine Personenzentrierte Medizin sowie Personenfokussierte Pflege mit der eröffnende Frage: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“

Das familiäre Umfeld sowie die Freunde sind in belastenden Situationen häufig auch überfordert, ihren nahen Angehörigen und Zugehörigen wirklich Gehör und ihre ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken. Oft sind diese Menschen in vielfältiger Weise mit der Biografie und der Lebenssituation des/der Schwerkranken stark verwoben und erleben das Geschehen manchmal noch belastender und herausfordernder als die betroffene Person selbst. Zukunftsängste, unausgesprochene Ambivalenzen in der Beziehung oder vorweggenommene Trauer und Verlustschmerz können es ihnen sehr erschweren, dem erkrankten bzw. sterbenden Menschen mit seinen Bedürfnissen, Ängsten oder Fragen gerecht zu werden.

Cicely Saunders, die Begründerin der Hospizbewegung, erkannte bereits in den 1960er-Jahren, dass das Ernstnehmen von Gefühlen, die Qualität der Pflege und die spirituelle Begleitung von Menschen am Lebensende von essenzieller Bedeutung für deren Lebensqualität sind. Sie erkannte auch früh, dass das Schmerzempfinden dieser Menschen in einer unmittelbaren Verbindung mit der Umgebung und der Qualität der Begleitung steht (Emsbach 2007, S. 12n–17).

Sie sieht entsprechend zwei wesentliche Versorgungsaspekte von entscheidender Bedeutung: einen eher medizinisch-pflegerischen und einen religiös-spirituellen. Dabei wird sie nicht müde, die Bedeutung der Wahrnehmung der Individualität der erkrankten Person hervorzuheben. Der betroffene Mensch soll sich mit seiner Lebensgeschichte auseinandersetzen können und dürfen. Dafür braucht es die zugewandte menschliche Begleitung, die für den epochemachenden medizinisch-pflegerischen Neuansatz von Cicely Saunders von zentraler Bedeutung ist (Emsbach 2007, S. 28–25).

Heute werden schwer erkrankte Menschen in Hospizen, in spezieller palliativer ambulanter Begleitung oder auf Palliativstationen fast regelhaft durch ein multiprofessionelles Team behandelt und begleitet: von Ärzt:innen über Pfleger:innen, Krankenhausseelsorger:innen, Sozialarbeiter:innen bis hin zu ehrenamtlichen Hospizbegleiter:innen. Dies sind auf die wegweisenden Impulse von Saunders zurückgehende, wichtige Entwicklungen. Untersuchungen der Wirksamkeit solcher Teams belegen inzwischen, dass die Qualität einer Begleitung von Schwerst- und Sterbenskranken in einem erheblichen Maß von der Qualität der Kommunikation und Abstimmung abhängt, wobei der spirituellen Dimension eine wichtige Bedeutung zukommt.

5.4 Absichtslosigkeit

Zuhören und Zugewandtheit setzen Zeit und Ressourcen voraus. Darüber hinaus sollte die Haltung der Begleitung empathisch und in einem wohlverstandenen Sinn absichtslos sein. Jesus stellt sich mit einer solcher Absichtslosigkeit in den Dienst der Wünsche und Bedarfe des blinden Bartimäus: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ (Mk 10,51) Er kommuniziert hier weder themengeleitet noch anlassbezogen. Eine absichtslose Kommunikation meint in diesem Sinn ein aktives Zuhören, das ohne eigene versteckte oder offen kommunizierte Agenda der Begleitenden sich ganz an der Agenda des schwer kranken Menschen zu orientieren sucht. Dazu gehört u. a., dass die Begleitenden von ihren eigenen Erfahrungen mit Tod und Verlust, von ihren eigenen Wertvorstellungen und Glaubensgewissheiten weitestgehend absehen können und der schwer kranke bzw. sterbende Mensch die Themen bestimmen und seine Wahrnehmungen ohne Wertungen oder Kommentare der Begleitenden vorbringen darf. Absichtsloses Zuhören in diesem Sinn bedarf viel Aufmerksamkeit und Reflexion aufseiten der begleitenden Personen und deren aufrichtige Bereitschaft, das Denken und Fühlen des Gegenübers wirklich verstehen zu wollen – ohne auf der anderen Seite mit den geäußerten Gedanken und Gefühlen dieses Gegenübers zu verschmelzen. Spirituelle Begleitung folgt dem Gegenüber und bleibt dabei doch mit sich selbst – gerne auch den eigenen Glaubensüberzeugungen und tragenden Gewissheiten – in Kontakt, ohne sich und diese Gewissheiten aufzudrängen.

Ein multiprofessionelles Team, welches den erkrankten Menschen in dieser Situation begleitet, sollte auch eine solche Haltung der Absichtslosigkeit einüben. Denn zum Wohlbefinden des Menschen trägt eben nicht nur die beste medizinische und pflegerische Unterstützung bei, sondern in gleichem Maße das Gefühl, über den eigenen Weg der Gestaltung dieser letzten Lebensphase bestimmen zu können, ohne sich verstellen zu müssen. Gerade bei ohnehin belasteten, schwer erkrankten Menschen trägt eine so geprägte Umgebung wesentlich zur bestmöglichen Unterstützung bei. Wenigstens am Lebensende leben und sein zu können, was das eigene Leben und Sein ausmacht, und dabei Wertschätzung und Unterstützung zu erfahren, das bleibt in einem durch und durch ökonomisierten und auf Effizienz hin ausgerichteten Gesundheits- und Pflegesystem für zu viele Menschen ein unerfüllter Wunsch.

Ich schließe meinen Beitrag erneut mit einer persönlichen Erinnerung. Ich war ein noch junger Krankenhausseelsorger, als mich eine Krankenschwester bat, zu einem kranken und relativ jungen Patienten mit einer weit fortgeschrittenen chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zu gehen. Diese Krankheit schränkt die Atemkapazität so stark ein, dass die erkrankten Menschen oft das Gefühl haben, ersticken zu müssen. Panikattacken und das hektische Ringen nach Luft belasten die betroffenen Patient:innen. Ich betrat das Zimmer und der Mann setzte sich auf. Bereits das brachte ihn völlig außer Atem und er rang nach Luft. Nach knappen Worten des Vorstellens forderte er in kurzen Worten, dass er spazieren gehen möchte. So gingen wir auf den Flur. Wir gingen zwei Schritte, um dann für eine längere Zeit stehenzubleiben, da er sichtlich nach Luft rang. Er bestimmte

den Weg und führte mich in den Ruheraum, in dem ein Sofa stand. Wir waren allein. Er erzählte in teilweise sehr harschen Worten, immer wieder blieb ihm die Luft weg, aber auch freundlich von seiner derzeitigen Situation, beschrieb die Lage bei seinem Lieblingssportverein oder schwieg einfach. Er war froh, dass der Ruheraum ein Ort war, in dem er sich hinsetzen oder hinlegen konnte, alleine mit mir. So verbrachten wir oft die folgende Zeit, kommunizierten mit Blicken und ohne Worte, über Alltagsthemen und persönliche Themen, aber er legte großen Wert darauf, dass er – so eingeschränkt er auch war – den Weg, das Tempo und das Gespräch bestimmte. Ich folgte ihm einfach – auch aus Hilflosigkeit und Betroffenheit über das Leiden dieses fast gleichaltrigen Mannes. Als er wenige Wochen später verstarb, meldete sich einige Zeit später seine Tochter bei mir, sie wollte mich kennenlernen. Sie berichtete von ihrem Vater, der wohl immer wieder dankbar und sichtbar fröhlich aus unseren Gesprächen gekommen war. Sie erzählte mir, dass ihr Vater sterbend zu ihr sagte: „Meine Seele durfte auch am Ende sein.“ Dieser gleichaltrige Mann hat mich die Kraft der Absichtslosigkeit gelehrt.

Absichtslose Kommunikation erleichtert und verbessert die Situation von schwer erkrankten Menschen und ihrem Umfeld. Sie gibt Raum für das, was ist, auch für die Gegenwart des Heiligen Geistes. Sie ist in diesem besten Sinn Spiritual Care.

5.5 Zusammenfassung

Aus den bisherigen Überlegungen folgen für mich verschiedene dringend nötige Verbesserungen des Pflege- und Gesundheitssektors:

1. Es müssen mehr Räume geschaffen werden, die eine vertrauliche Kommunikation ermöglichen. So sollte beispielsweise in Krankenhäusern überall und gut erreichbar die Möglichkeit geschaffen werden, dass Patient:innen aus Mehrbettzimmern in einen Ruheraum gehen können.
2. Diesen räumlichen Gegebenheiten entsprechen Qualifikationen, Supervisionen und zeitliche Ressourcen, die den begleitenden einzelnen Menschen wie den Teams zur Verfügung stehen müssen.
3. Nicht zuletzt muss Spiritual Care gerade in einer immer vielfältiger werdenden Gesellschaft mit immer diverser werdenden Vorstellungen von einem guten Leben und einem eben auch guten Lebensende in das Curriculum in medizinischen und pflegerischen Berufen integriert sowie zu einer abrechenbaren Leistung (wie die Körperpflege) werden.

Literatur

Büssing A (2021) Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse. Diakonia 2021(52):82–89
Elias N (1982) Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Suhrkamp-Verlag, Berlin

Emsbach M (2007) Die Betreuung von Menschen im Lebensabschnitt vor dem Tod durch ehrenamtliche Hospizhelfer. Shaker-Verlag, Herzogenrath

Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, Holden J (2017) International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open 7:e017902. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902

Kreisel-Liebermann H (2001) Dem Leben so nah. Schwerstkranke und Sterbende begleiten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Lilie U (2022) Begründet zwischen den Stühlen. In: Coors M, Farr S (Hrsg) Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis. Theologischer Verlag Zürich, Zürich, S 307–316

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Hospizbewegung – „Nun sag', wie hast du's mit der Religion?"

6

Karin Scheer und Winfried Hardinghaus

6.1 Eigener Anspruch

Hintergrund eines hospizlichen Selbstverständnisses ist die Haltung, dass Sterben als Teil des Lebens zur bewusst wahrgenommen Lebenszeit gehört. Tod und Trauer sind menschliche Herausforderungen, die jeden treffen. „Wir begreifen das Sterben als einen Teil des Lebens und setzen uns dafür ein, jedem Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Unser Auftrag ist es, gute politische und gesellschaftliche Bedingungen für eine umfassende professionelle palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung sowie verlässliche psychosoziale wie *spirituelle Begleitung* zu schaffen und somit für alle Menschen am Lebensende größtmögliche Autonomie bis zuletzt sicherzustellen" (DHPV).

6.2 Ambulante Hospizarbeit – Umsetzung des eigenen hospizlichen Anspruchs

Der Hospizdienst leistet auf Wunsch der Betroffenen koordinierte, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung, und muss „allen Versicherten in der Region diskriminierungsfrei offenstehen" (RV- Am § 1 Abs. 4. neu aufgenommen ab 2023). Damit ist gemeint, dass „die Beratung und Begleitung eines Versicherten nicht aufgrund z. B. von Herkunft oder

K. Scheer (✉)
Universitätsmedizin Essen, Universitätsklinikum, Hospizarbeit am Universitätsklinikum, Essen, Deutschland
e-mail: karin.scheer@uk-essen.de

W. Hardinghaus
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Vorstandsvorsitzender, Berlin, Deutschland
e-mail: Winfried-Hardinghaus@franziskus-berlin.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_6

Religionszugehörigkeit abgelehnt werden kann“ (HR-DHPV). Die Ambulante Hospizarbeit soll in Inhalt und Aufgabe ihrem Ziel entsprechen, die Lebensqualität sterbender Menschen zu verbessern. Dem Ehrenamt kommt die Aufgabe zu, „Hilfe beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten, Hilfe bei der im Zusammenhang mit dem Sterben erforderlichen Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen“ zu leisten. Der Fachkraft als Koordination der ehrenamtlichen Tätigkeit obliegt es, die Schulung/Qualifizierung der Ehrenamtlichen zu gewährleisten, die Ehrenamtlichen in ihrer Tätigkeit zu begleiten, die Qualität in der Begleitung von sterbenden Menschen sicherzustellen, innerhalb der multiprofessionellen Versorgungsstruktur. Die Sterbebegleitung endet mit dem Tod. Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Menschen gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des Hospizdienstes und ist in der Erwachsenen- wie Kinder- und Jugendhospizarbeit spendenfinanziert (RV-Am § 2; RV-Am-KJ § 2).

6.3 Stationäre Hospizarbeit – eigenständiger Versorgungsauftrag

„Stationäre Hospize erbringen eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie eine psychosoziale Begleitung mit dem Ziel, die Lebensqualität des sterbenden Menschen zu verbessern.“ „Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag. […] Stationäre Hospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem“. Der Versorgungsumfang betont die „Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien […] unter Berücksichtigung religiöser Wünsche und Bedürfnisse – die Begleitung der oder des Sterbenden und ihrer oder seiner Zugehörigen (einschließlich Trauerarbeit bis zum Tod), zu der auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten gehört.“ In der Kinder- und Jugendhospizarbeit ist darauf zu achten, dass kindgemäße, entwicklungsrelevante und altersentsprechende Begleitungen geleistet werden. „Die Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Menschen gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des Hospizes. Die diesbezüglichen Aufwendungen gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein“ „Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher“. Für ein solitäres stationäres Hospiz wird ein Stellenanteil von 0,4 VZÄ – im Kinderhospiz 0,5 VZÄ – für das Qualitätsmanagement/Koordination Ehrenamt aufgeführt. Ein Raum der Stille im Kinderbereich als Abschiedsraum gehört zur räumlichen Ausstattung. (RV-St (2017), RV-St-KJ (2017))

6.4 Hospizbewegung und Palliativversorgung – SAPV-Netzwerkkoordination

Die SAPV dient wie die ambulante und stationäre Hospizarbeit dem „Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker und sterbender Menschen […] zu erhalten, zu fördern und zu verbessern" und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod […] zu ermöglichen". Im Vordergrund steht die „ganzheitliche Behandlung von Versicherten" […] unter Einbezug weiterer Angebote physisch, psychisch und sozial zu stabilisieren. Die „palliative Zielsetzung (ist), Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.". Das Versorgungskonzept formuliert die zentralen Maßnahmen der Palliativversorgung. „Dazu gehören nach allgemeinem Verständnis neben den medizinischen und pflegerischen Leistungsinhalten auch psychosoziale und spirituelle Aspekte" „Das SAPV-Team ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem" und „arbeitet mit allen in seinem Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdiensten", die nach § 39a Abs. 2 SGB V anerkannt sind, integrativ zusammen, „insbesondere zur Einbindung von deren Ehrenamtlichen". „Die frühzeitige Inanspruchnahme ehrenamtlicher Unterstützungsmaßnahmen (z. B. ambulanter Hospizdienst, Nachbarschaftshilfe) wird aktiv gefördert. Die Behandlungsplanung berücksichtigt […] medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Aspekte". Die SAPV kann erbracht werden als Koordinationsleistung. Ein „individueller Behandlungsplan auf der Grundlage des Assessments und der multiprofessionellen Erstabstimmung" wird erstellt. „Das Assessment umfasst die Erhebung körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Aspekte sowie die Einschätzung und Dokumentation der Versorgungssituation der Versicherten durch das SAPV-Team". „Die notwendige Zusammenarbeit der involvierten Leistungserbringer wird dokumentiert." (SAPV 2022; SAPV –KJ 2022).

6.5 Welche Rolle spielt Spiritualität/Religiosität in der Befähigung Ehrenamtlicher?

Mit der Feststellung, dass Spiritualität und spirituelle Begleitung in der Arbeit der ehrenamtlichen Hospizbegleiter:innen eine große Rolle spielen, ist noch keine Festlegung darüber getroffen, was spirituelle Begleitung durch Hospizbegleitende konkret kennzeichnet und wo sie an Grenzen kommt. Eine konkrete Aufgabenbeschreibung wäre aber für Ehrenamtliche zu reflektieren und auf ihre konkrete Rolle hin abzuleiten. Die Begleitungsaufgaben sind dabei herausfordernd und vielfältig. Auf die Frage, welche Rolle „Spiritualität in der Begleitung durch ehrenamtliche Hospizhelfer" spielt, äußerten Hospizhelfer:innen „Probleme im Umgang mit spirituellen Fragen und zeigten Rollenunsicherheit, da sie weitgehend intuitiv begleiten" (Hesse et al. 2014). In „Spiritual Care und ehrenamtliche Hospizbegleitung: Entwicklung und Evaluierung eines Schulungskonzepts" schreibt Gratz „diesbezügliche Schulungsinhalte sind nicht verbindlich geregelt, es gibt nur Empfehlungen und diese sind im Bereich Spirituelle Begleitung sehr vage" und „weitere

Forschungen in Spiritual Care müssen deshalb Voraussetzungen und Fragen nach Qualifikation bezüglich der Spiritual-Care-Referierenden bedenken“ … „über konkrete Auftragsbeschreibungen an Referenten bzw. zu Unterrichtszielbestimmungen“ ebenso (Gratz 2017 S. 99 f; DHPV-Q).

6.6 Welche Rolle spielt Spiritualität in der Palliative-Care-Weiterbildung Hauptamtlicher ?

Die Palliativ-Care-Weiterbildung ist für alle Hauptamtlichen verbindlich geregelt (DGP). Die Fachkraft im ambulanten Hospizdienst kann aus psychosozialen Berufen und Theologie ebenso wie aus medizinisch-pflegerischen Berufen kommen. Die verantwortliche Pflegefachkraft im stationären Hospiz „verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme“ (§ 5 [3] S. 9). Folgende Themen umfassen etwas mehr als 12 UE. Dazu zählen psychosoziale Aspekte, u. a. Wahrheit am Krankenbett und Umgang mit existenziellen Fragestellungen, Trauer. Ebenso gehören spirituelle und kulturelle Aspekte (Lebensbilanz/Lebensidentität, Krankheit, Leid und Tod in spiritueller Sicht, Bedeutung von Ritualen) dazu, die ebenfalls Inhalt der Weiterbildung für Mitarbeitende in der SAPV für Erwachsene sind. Die Palliative-Care-Fort-/Weiterbildung für Ärzt:innen und Pflegefachpersonen für die SAPV-Kinder ergänzt die spirituelle Begleitung der Familie.

6.7 Hospizlicher Anspruch und spirituelle Bedürfnisse

Spiritualität steht als eine der vier Säulen gleichberechtigt neben den anderen (physisch, psychisch und psycho-sozial) und alle miteinander beschreiben nach der WHO-Definition Lebensqualität. In der konkreten Praxis wird Spiritualität aber faktisch weniger gewichtet als medizinische, pflegerische und psychosoziale Aspekte. Wie die unterschiedliche „Spiritualität“ (der Mitarbeiter:innen, der Gäste, Bewohner, Patient:innen sowie der An- und Zugehörigen) eine gemeinsame Handlungsbasis finden und wie nach spirituellen, religiösen Einstellungen gefragt werden kann, z. B. als spirituelle „Anamnese“, ist zu regeln. Spirituelle/religiöse Bedürfnisse sind jeweils zu erheben.

6.8 Baustein Spiritualität im Konzept der Hospizarbeit – Aufgabe für Einrichtungen, Träger und Leitungen

Die Leitung ist in ihren Entscheidungen auf unterschiedliche Weise an Rahmenvereinbarungen gebunden und u. a. von den Ressourcen der einzelnen Mitarbeiter:innen selbst abhängig. Ferner bedarf es der Möglichkeiten zur Sensibilisierung für spirituelle Bedürf-

nisse und einer Auseinandersetzung mit Spiritualität aller Hospizmitarbeiter:innen. Es bestehen Unterschiede in Bezug auf ein Bewusstsein zur Spiritualität. Nicht immer wird Spiritualität als ein Bestandteil der eigenen Tätigkeit interpretiert und ist person- und berufsgruppenabhängig. Was hilft? Neben allen institutionalisierten Bestrebungen bleibt zu bedenken: „gerade angesichts eines weltanschaulichen Pluralismus in der modernen Gesellschaft (erweist sich) der ‚kommunikationstechnische' Effekt religiöser Kommunikation als das Medium, in dem sich die unorganisierbare Organisationspraxis noch am ehesten in Organisationen darstellen lässt." (Nassehi 2006, S. 99).

Die Forschung beschäftigt sich vorrangig damit, dass Spiritualität alle Berufsgruppen betrifft und Schulung zu einer Verbesserung der Spiritual-Care-Kompetenz führt. Grundlagen dessen sind inzwischen Fragebögen und Assessments zu spirituellen Bedürfnissen, um die Kommunikationsgrundlagen der Kompetenzerweiterung zu fördern.

6.9 Spirituelle Ansätze in der stationären Hospizarbeit – Qualität sorgsam gestalten. Bundesrahmenhandbuch stationäre Hospize

Das Qualitätsrahmenhandbuch für stationäre Hospize „Qualität sorgsam gestalten" haben die Diakonie Deutschland, der Deutsche Caritasverband und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband in einem dreijährigen Prozess gemeinsam erarbeitet. „Als eine der großen sozialen Bewegungen in Deutschland hat sich die Hospizbewegung gegen anfängliche Widerstände durchgesetzt, ist gewachsen und wird auch zukünftig dafür einstehen, dass schwerstkranke und sterbende Menschen in ihrer physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension wahr- und angenommen werden" (QS S. 8). Individuelle Bedürfnisse und Bedarfe der Hospizgäste stehen im Mittelpunkt. Der Leitfaden ist erstmals komplett in Frageform entwickelt und regt zur Reflexion an. Mitarbeitende werden darin bestärkt, eigene Antworten auf ethische Fragestellungen zu finden oder wie ihre Auseinandersetzung mit existenziellen und spirituellen Fragen begleitet wird. „Alle Mitarbeiter:innen erkennen die vier Dimensionen der Hospizarbeit (physisch, psychisch, sozial, spirituell) als handlungsleitend an und wirken als Multiplikator:innen der Hospizidee." (QS S. 10).

6.10 Baustein Spiritualität – gemeinsame Aufgabe im multiprofessionellen Team des Versorgungsnetzwerks

Wie kann eine „spirituelle Kompetenz" der unterschiedlichen Berufsgruppen geschult werden? Spiritualität zeigt sich nicht als ein selbstverständlicher Bestandteil in der Hospizarbeit, sondern in seiner Potenzialität und Prozesshaftigkeit als eine zu aktivierende und zu pflegende Ressource. Spirituelle Netzwerk-Koordination mit spirituellem Assessment,

das auf Ehrenamt und Hauptamt zugeschnitten ist und den lokalen Erfordernissen entspricht, kann ein neuer Baustein sein, die spirituelle/religiöse Begleitung in Versorgungsnetzwerk zu implementieren. Die Koordinationsleistung im ambulanten, wie die Koordinationsleistung im palliativen Bereich wird dahin gehend erweitert und knüpft an schon bestehenden Strukturen und Assessmentvorgaben an. Schulungen, wie Spiritual/Existential Care interprofessionell (SpECi), können einen Beitrag leisten, für spirituelle Bedürfnisse aller zu sensibilisieren.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Seelsorge und Spiritualität brauchen eine Klärung über die Rolle der Seelsorge im Kontext der spirituellen Sorge als gemeinsame Aufgabe des Teams.

6.11 Zusammenfassung

Hospice Care kommt im Versorgungsnetz auch die Aufgabe zu, spirituelle Bedürfnisse aufzugreifen. Qualifizierte Ehrenamtliche und hauptamtliche Koordination leisten den ihnen eigenen Beitrag im Netzwerk. Hospize als eigenständige Einrichtungen können (spendenfinanziert) spirituelle Angebote machen.

Palliative Care ist eher vorrangig an Palliativmedizin und Palliativpflege orientiert. Der Einbezug anderer Leistungserbringer im Versorgungsnetzwerk kann durch die Koordinationsleistung erfolgen. Dass in der SAPV ein Assessment durchgeführt wird, führt nicht folgerichtig zu einer Erfassung/Anamnese spiritueller Bedürfnisse. Der zeitliche Aufwand, die berufliche Rolle und die eigene Kompetenz bei spirituellen Fragen leiten möglicherweise die (Nicht-)Erfassung. Auch der örtliche Rahmen, Rollenbeschreibung im Team und die berufliche Aufgabenbeschreibung legen nahe, dass die Anamnese im Graubereich recht vage oder gar nicht erfolgt.

Spiritual-Care-Spiritualität betrifft alle Berufsgruppen. Schulungen führen zu einer Verbesserung der Spiritual-Care-Kompetenz aller. Die Umsetzung von Spiritual Care im Arbeitsprozess erhöht sich, wenn Spiritual Care nicht an praxisfernen Themen, sondern direkt an alltagsrelevanten Situationen ansetzt. Die nötigen interprofessionellen Reflexionsräume sind zu schaffen, um in komplexen Kontexten der Organisationen über existenzielle/spirituelle/religiöse Werte und Erwartungen zu diskutieren. Dazu braucht es ein Klima gegenseitigen Respekts und Vertrauens.

Die Rolle der *Seelsorge* – christlich organisiert – wird nicht näher in den Rahmenvereinbarungen beschrieben. Als Kooperationspartnerin kann sie bei konfessionellen Trägern als integraler Bestandteil der Begleitung eingebracht werden. Muslimische und jüdische Seelsorge wird als Kooperationspartnerin mancherorts schon in Netzwerken in den Fokus gerückt.

6.12 Fazit

Allgemeine spirituelle Bedürfnisse zu erheben und spezifische Sinn- und Glaubensfragen zu identifizieren, kommunizieren, dokumentieren, Interventionen zu delegieren und im Team zu besprechen sind Prozesse, die einer spirituellen Kultur aller Berufsgruppen und qualifizierter Ehrenamtlicher bedürfen. Das sollte mit Spiritual-Care-Fortbildungen für alle in Angriff genommen und in kooperierenden Netzwerken gestaltet werden.

Literatur

Deutscher Caritasverband e.V. (Hrsg.), Diakonisches Werk der. Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Deutscher Hospiz und PalliativVerband (2020) Qualität sorgsam gestalten. Bundesrahmenhandbuch Stationäre Hospize (QS) Berlin.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV-Q) (Hrsg.) (2021) Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung. Rahmenempfehlung für Kursleitungen, 1. Aufl.

Die Hospizidee DHPV. https://www.dhpv.de/start.html. Zugegriffen am 01.01.2023

Gratz M, Paal P, Roser T (2014) Spiritualität und Spiritual Care in der Schulung der ehrenamtlichen Hospizbegleiter in Deutschland. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 - V90

Gratz M (2017) Spiritual Care und ehrenamtliche Hospizbegleitung: Entwicklung und Evaluierung eines Schulungskonzepts. Dissertation, Medizinische Fakultät, LMU München

Handreichung zur Rahmenvereinbarung (HR) nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit für Erwachsene vom 03.09.2002, i. d. F. vom 22.11.2022 sowie Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 und 9 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene vom 22.11.2022

Hesse M et al (2014) Welche Rolle spielt Spiritualität in der Begleitung durch ehrenamtliche Hospizhelfer? Z Palliativmed 15(03). Zeitschrift für Palliativmedizin 15 - V91

https://dgp-weiterbildung.de/. DGP. Zugegriffen am 01.01.2023

https://speci-deutschland.de/. Zugegriffen am 01.01.2023. (SpECi)

Nassehi A (2006) Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses In: Tagungsdokumentationen Wie wir sterben/Selbstbestimmung am Lebensende. Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster Hrsg. Nationalen Ethikrat Nationaler Ethikrat Berlin

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung (RV-St) vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit für Erwachsene (RV- Am) vom 03.09.2002, i. d. F. vom 21.11.2022.

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 und 9 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (RV-Am-KJ) vom 21.11.2022 zum 1.01.2023 in Kraft.

Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung und Qualität der stationären Kinderhospizversorgung (RV-St-KJ) vom 31.03.2017.

Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) vom 26.10.2022.

Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) vom 26.10.2022.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

7 Doppeltes Bewusstsein im Rahmen der Krankheitsverarbeitung bei fortgeschrittener Erkrankung in palliativer Situation – hilft dies im Umgang mit den Erkrankten?

Elisabeth Jentschke

7.1 Palliativversorgung als multiprofessionelle Arbeit

Das grundlegende Paradigma der Palliativversorgung ist der bio-psycho-sozio-spirituelle Ansatz (in Anlehnung an die WHO 2002). Dies bedeutet einerseits, dass sich jede einzelne der an der Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen ganzheitlich in dem Sinne ausrichtet, dass sie immer alle vier der folgenden Dimensionen im Blick behält: die körperliche Ebene ebenso wie die psychische, die soziale ebenso wie die spirituelle. Zu letzterer können „die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung" gezählt werden (Arbeitskreis Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2007, S. 1). Andererseits heißt das auch, dass alle entsprechenden Berufsgruppen in die Palliativversorgung eingebunden werden sollten, die notwendig sind, um eine Behandlung und Begleitung in allen vier Dimensionen gleichermaßen zu gewährleisten. Sinnvollerweise sind das die Professionen, die als Expert:innen für das jeweilige Gebiet gelten können. Der bio-psycho-sozio-spirituelle Ansatz impliziert somit eine Multiprofessionalität (Gramm et al. 2016).

Ziel aller Beteiligten ist es, die Lebensqualität eines/einer jeden schwer erkrankten Patient:in durch eine Reduktion der Symptomlast sowie durch ein ressourcenorientiertes Vorgehen zu erhalten bzw. zu verbessern. Zudem sind die Angehörigen in allen Phasen des Krankheitsverlaufs einzubeziehen. Auftretende Belastungen sind folglich sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Angehörigen zu erkennen und im Behandlungsalltag zu reduzieren. Die Lebensqualität zu verbessern, hat auch mit einer Kultur von Hoffnung zu

E. Jentschke (✉)
Leitung: Psychoonkologischer, Neuropsychologischer und Gerontologischer Dienst, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland
e-mail: Jentschke_E@ukw.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_7

tun. Je unsicherer eine Lebenssituation sich gestaltet, desto wichtiger ist ein Ort, der Sicherheit und Hoffnung vermittelt. Das Bedürfnis nach einer „haltenden Umwelt“ (Staudacher et al. 2021) ist gerade in einer palliativen Situation ausgeprägt. Um diese zu ermöglichen, kann das Konzept des „Doppelten Bewusstseins“ hilfreich sein.

7.2 Doppeltes Bewusstsein als Krankheitsverarbeitung

Lebensbedrohlich Erkrankte erleben im Rahmen der Krankheitsverarbeitung ein doppeltes Bewusstsein (engl. Double-Awareness) (Colosimo et al. 2017). Einerseits müssen sie sich auf die gegenwärtige Welt mit den Herausforderungen des aktuellen Lebensalltags einlassen, andererseits auch mit der eigenen Sterblichkeit, mit Verlusten und Abschied befassen. Das Modell des doppelten Bewusstseins postuliert, dass Betroffene flexibel zwischen den „Angelegenheiten des Lebens“ und den „Angelegenheiten des Sterbens“ wechseln können. So können im Behandlungsalltag Momente von Hoffnungslosigkeit wahrgenommen werden, möglicherweise ausgelöst durch eine Symptomlast oder innerpsychische Prozesse, aber auch die Hoffnung, dass vielleicht doch noch ein „Wunder“ geschieht oder sich Wünsche erfüllen lassen. Auch kann es sein, dass von den Erkrankten manchmal Themen mitgeteilt werden, bei denen die Krankheit nicht im Mittelpunkt steht (z. B. Pläne schmieden, Zukunftsträume).

7.3 Hoffnung als zentraler Aspekt des doppelten Bewusstseins

Das doppelte Bewusstsein ist eng mit Hoffnung verknüpft. So bedeutet Hoffnung u. a. die Fähigkeit zu haben, im Hier und Jetzt zu sein und sich aktiv mit den „Angelegenheiten des Lebens“ und den „Angelegenheiten des Sterbens“ zu beschäftigen. Hoffnung und Hoffnungslosigkeit können die Lebensqualität von schwer erkrankten Patient:innen in allen Phasen der Erkrankung erheblich beeinflussen (Farran et al. 1998). Daher soll im Folgenden genauer auf beide Zustände eingegangen und mögliche Interventionen zur Bewältigung von Hoffnungslosigkeit aufgezeigt werden.

7.3.1 Hoffnung

Bei Hoffnung handelt es sich um keinen statischen Zustand; sie ist jederzeit veränderbar. Hoffnung kann durch Faktoren wie die Prognose (dazu zählt auch, wie diese vermittelt wurde), die entsprechenden Behandlungsempfehlungen, die Betreuungs-, bzw. Versorgungsqualität, Bezugspersonen und die vom Behandler:innen-Team zu beeinflussende Atmosphäre sowie die Qualität der Kommunikation beeinflusst werden (Renz 2014; Bermeister 2017). Zudem wird Hoffnung durch die Biografie, Werte und Haltungen sowie die Spiritualität der uns anvertrauten Patienten und Patientinnen bedingt. So kann „Hoffnung

auf Gegenseitigkeit in den zwischenmenschlichen Beziehungen, auf Vertrauen in die eigene Kompetenz, auf die Fähigkeit, Situationen bewältigen zu können, auf psychischer Stabilität, dem Glauben an eine Sinnhaftigkeit des Lebens sowie auf einem Gespür für das noch Mögliche“ beruhen (Miller 2000, S. 523–524). Dies erklärt, warum Hoffnung auch dann weiter bestehen kann, wenn etwa der ersehnte Behandlungserfolg ausbleibt, z. B. eine Symptomkontrolle sich nicht sofort einstellen lässt (Steudter 2021, S. 12).

7.3.2 Hoffnungslosigkeit

Hoffnungslosigkeit ist ein Zustand, in dem ein Individuum begrenzte oder keine Wahlmöglichkeiten sieht und unfähig ist, Energie für sich selbst zu mobilisieren. Diesem Zustand geht ein Gefühl des Kontrollverlusts oder der Machtlosigkeit voraus, mit der Folge einer Verschlechterung des psychischen und physischen Zustandes (Doenges et al. 2019, S. 525; Fitzgerald-Miller 2003, In: Georg 2021). Merkmale auf physiologischer Ebene können sich in einer Appetitlosigkeit, mangelnder Energie und in Schlafstörungen ausdrücken. Auf der emotionalen Ebene werden ein nicht vorhandenes Sinnempfinden und eine innere Leere beschrieben. Als weiterhin belastend werden ein gedrückter Affekt sowie die Unfähigkeit, Hoffnungsquellen zu finden, beschrieben (ebd.).

7.4 Umgang mit Hoffnungslosigkeit

Um der Hoffnungslosigkeit in ihrer Vielschichtigkeit zu begegnen, könnten erste Ziele sein, dass Wünsche und Sinnelemente eruiert werden. Vorausschauendes Planen kann auch helfen, damit sich Sicherheit einstellt. So kann „Hoffen und Vorbereiten“ sinnvoll miteinander verbunden werden. Durch ein Wissen bzgl. des Phänomens des doppelten Bewusstseins, das im Kontakt mit Betroffenen umgesetzt wird, indem ein Raum für dieses „Pendeln“ zwischen den „Angelegenheiten des Lebens“ und den „Angelegenheiten des Sterbens“ entsteht, kann sich Hoffnungslosigkeit in Hoffnung verwandeln (Abb. 7.1).

Kenntnisse aus der systemischen Theorie können bei der Umsetzung hilfreich sein. Denn nicht der Einzelne steht mit seiner Erkrankung im Mittelpunkt, sondern ein „ganzes System“ ist daran beteiligt. Werden Erkenntnisse dieserart eruiert und „Räume für inneres Wachstum“ geschaffen, können Potenziale – auch oder gerade am Ende des Lebens – entdeckt werden.

Des Weiteren kann die Würdigung des Lebens einen hoffnungsvollen Prozess darstellen. Aus der Würdeforschung sind Prädiktoren wie krankheits- und sozialbezogene Faktoren für einen empfundenen Würdeverlust bekannt, der im Behandlungsalltag auftreten und durch die Beachtung „würdebewahrender Ressourcen“ kompensiert werden kann (Chochinov et al. 2002). Im Rahmen der sog. Würdetherapie (Hartl et al. 2021) wird dem schwer erkrankten Menschen die Gelegenheit gegeben, einerseits sein zurückliegendes Leben zu würdigen und andererseits für die Bezugspersonen/für die nahen An-

Abb. 7.1 Pendeln zwischen Hoffnungslosigkeit und Hoffnung. (Fotografik: Kontakt@annversum.com)

gehörigen Wünsche auszusprechen. Dies geschieht durch eine empathische Haltung der Interviewer:in, die die Persönlichkeit des Betroffenen unbedingt berücksichtigt. Das Anfertigen einer Hinterlassenschaft kann nicht nur das Würdeempfinden des Interviewten steigern, sondern auch die Personen, für die das Dokument vorgesehen ist, berichten von positiven Auswirkungen (Mai et al. 2018). Damit dies gelingt, sind Erfahrung des Interviewenden in der Gesprächsführung während des Interviews notwendig, aber auch Regeln des Transkribierens und Editierens müssen gelernt werden.

7.5 Implikationen für den klinischen Alltag

Unter Berücksichtigung des psychologischen Konzepts des doppelten Bewusstseins ist es schwierig und auch fragwürdig, von gelungener oder nicht gelungener Krankheitsverarbeitung zu sprechen. Es geht vielmehr darum wahrzunehmen, wo der/die Patient:in sich innerpsychisch gerade befindet – wo sozusagen das „Pendel“ zum aktuellen Zeitpunkt steht und ihm beide Seiten des geteilten Bewusstseins zu erlauben. Hierbei kann Achtsamkeit hilfreich sein.

Achtsamkeit als Voraussetzung für die Wahrnehmung von doppeltem Bewusstsein

Achtsamkeit im Patientenkontakt bedeutet, aufmerksam im „Hier und Jetzt“ zu sein und vorurteilsfrei wahrzunehmen, was der/die zu behandelnde Patient:in gerade wahrnimmt (Kabat-Zinn 2013). Die Kunst der Begleitung bzw. der Kommunikation besteht darin, mit der/dem Patient:in dort zu verweilen, wo sie/er gerade ist. Dies kann sich beispielsweise in der Nachfrage widerspiegeln, was mit der Aussage gemeint sein könnte, dass „es nicht mehr lange geht“ oder „die Freude groß ist, wenn er oder sie an die Schiffsreise“ denkt. Hierzu gehört auch, die Hoffnung der/des Patient:in wahrzunehmen und empathisch darauf zu reagieren (Staudacher et al. 2021). Die Befürchtung, durch dieses Ver-

halten der/dem Patient:in unrealistische Hoffnungen in Bezug auf seine Erkrankung zu vermitteln, bestätigt sich in der Praxis nicht. Im Klinikalltag können vorgefertigte Kommunikationsstandards oder durch im Vorfeld bereits vorbereitete Handlungen die Arbeit zwar erleichtern, jedoch auch die uneingeschränkte, achtsame Wahrnehmung der Patient:innen erschweren. Um den/die Patient:in wirklich zu verstehen, ist es daher unabdingbar, diese zunächst „hintan"zustellen und nichts Anderes zu wollen, als zu verstehen. Die Offenheit und das der/dem Patient:in dadurch geschenkte Vertrauen ermöglichen es ihr/ihm wiederum, sich „hoffend fremden Händen anzuvertrauen" (Staudacher 2021).

Auch kann die Praxis der Achtsamkeit den schwer erkrankten Menschen selbst helfen, mehr im Augenblick zu verweilen und im „Moment zu leben". Da es sich bei Achtsamkeit um eine allgemeine menschliche Fähigkeit handelt, kann diese z. B. durch Meditation und durch achtsamkeitsbasiertes Yoga geschult werden – indem der/die Patient:in angeleitet wird, bestimmte Körperregionen wahrzunehmen, dort zu verweilen, ohne zu urteilen.: „Der Körper hat seine eigene Art des Wissens, ein Wissen, das wenig mit Logik zu tun hat und viel mit Wahrheit, wenig mit Kontrolle und viel mit Akzeptanz" (Sewell 2010, In: Lehrhaupt, S. 90).

Ferner kann die Anleitung und das Üben einer achtsamen Atmung (kann auch bei starker Atemnot in Form einer Visualisierungsübung eingebaut werden, z. B. das Vorstellen eines Bildes, welches Weite empfinden lässt) den Patient:innen als Anker im Hier und Jetzt dienen – ist das Bedürfnis nach Halt doch, wie eingangs beschrieben, für schwer kranke Menschen essenziell. Zudem kann der Zugang zu „Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Interventionen" (MBSR) (Kabat-Zinn 2013) den Betroffenen helfen, den Augenblick, den Atemfluss oder den Körper achtsam wahrzunehmen und sich so eine Auszeit von belastenden Gedanken zu nehmen.

7.6 Trauerprozess verändert

Auch für Angehörige kann die Kenntnis des Konzepts des doppelten Bewusstseins hilfreich sein. So hilft es ihnen dabei, Äußerungen der Patient:innen in Hinblick auf z. B. Zukunftspläne besser einzuordnen – insofern, als dies vor dem Hintergrund des doppelten Bewusstseins nicht als Zeichen mangelnder Krankheitsbewältigung aufgefasst wird und es somit nicht erforderlich ist, auf den/die Patient:innen einzuwirken. Dies kann eine große Entlastung sein. Zudem lassen aktuelle Forschungsergebnisse vermuten (Jentschke et al. 2024), dass die Kommunikation der Behandler:innen mit den Angehörigen deren Trauerprozess positiv beeinflussen kann. Diesbezüglich wünschen sich Angehörige, dass Ärzt:innen, Therapeut:innen und das Pflegepersonal ihnen keine unrealistische Hoffnung machen, ihnen diese jedoch auch nicht nehmen sollen. Auch hierbei kann ein achtsames Wahrnehmen, auf welcher Seite das Pendel des Angehörigen sich gerade befindet, unterstützen. Nicht zuletzt wird das Phänomen des doppelten Bewusstseins auch von Angehörigen berichtet: „Ich habe gemerkt, dass der Sterbeprozess eingesetzt hat und gleich-

zeitig gehofft, dass mein Partner sich einfach nur ausruhen muss“. Das beispielhafte Zitat zeigt, dass das doppelte Bewusstsein auch Angehörigen eine Auszeit von den „Angelegenheiten des Sterbens“ und auftretenden belastenden Gefühlen ermöglichen kann.

7.7 Zusammenfassung

- Das doppelte Bewusstsein bei schwer kranken Menschen bedeutet, sich im einen Moment auf die gegenwärtige Welt („Angelegenheiten des Lebens“) einzulassen und im anderen Moment mit der eigenen Endlichkeit zu befassen („Angelegenheiten des Sterbens“).
- Hoffnung ist wichtig für die Lebensqualität der Erkrankten und eng mit dem doppelten Bewusstsein verknüpft.
- Hoffnung kann über die Hoffnung auf Heilung hinausgehen und daher auch dann existieren, wenn der erwünschte Behandlungserfolg ausbleibt.
- Achtsamkeit kann Betroffene darin unterstützen, ihre Hoffnung auf das Hier und Jetzt zu richten und Halt zu finden.
- Eine achtsame Haltung kann Behandlern helfen zu erkennen, auf welcher Seite sich die Erkrankten gerade befinden, um daran anzuknüpfen.
- Das doppelte Bewusstsein kann den Trauerprozess von Angehörigen positiv beeinflussen.

Literatur

Arbeitskreis für Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2007) Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/070709%20Spirituelle%20Begl%20in%20Pm%20070510.pdf. Zugegriffen am 17.02.2023

Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M (2002) Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Soc Sci Med 54(3):433–443

Colosimo K, Nissim R, Pos AE, Hales S, Zimmermann C, Rodin G (2017) “Double awareness” in psychotherapy for patients living with advanced cancer. J Psychother Integr 28(2):125–140

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC (2019) Pflegediagnosen und Maßnahmen, 6. Aufl. Hogrefe, Bern

Farran C, Herth KA, Popovich JM (1998) Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Ullstein Medical, Wiesbaden. (In: Georg J (2021) Hoffnungslosigkeit – Wie palliativ Pflegende dieser Herausforderung begegnen können, Pflegen:palliativ 49:17–19)

Fitzgerald-Miller J (2003) Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden., Huber, Bern (In: Georg J (2021) Hoffnungslosigkeit – Wie palliativ Pflegende dieser Herausforderung begegnen können. Pflegen:palliativ 49:17–19)

Gramm J, Jentschke E, Mai S, Münch U (2016) Palliativpsychologie – Berufsbild für Psychologinnen und Psychologen in der Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Berufsbild_PalliativpsychologIn_DGP_2016.pdf. Zugegriffen am 17.02.2023

Hartl V, Rabe A, Jentschke E (2021) Psychoonkologische Methoden bei fortgeschrittenen Tumoren – Dignity Therapy. Onkologe 27:922–928. https://doi.org/10.1007/s00761-021-00968-x

Jentschke et al (2024) Schwere Trauer, leichte Trauer? Begünstigende und hemmende Einflüsse auf die Verlustbewältigung. PPmP

Kabat-Zinn J (2013) Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. Knaur, München

Mai SS, Goebel S, Jentschke E, van Oorschot B, Renner KH, Weber M (2018) Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback. BMC Palliat Care 17(1):73. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0326-0

Miller JF (2000) Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. F.A. Davis, Philadelphia

Sewell M (2010) Im Körper beheimatet sein. In: Lehrhaupt L, Meibert P (Hrsg) Stress bewältigen mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR. Kösel, Krugzell, S 90–96

Staudacher D (2021) Das „Haus“ der Hoffnung – Elemente eines Hoffnungskonzepts für die Palliative Care (2021). Pflegen: palliativ 49:21–24

Steudter E (2021) Hoffnung – die Sicht der Health Professionals. Forschungsergebnisse für die Praxis nutzbar machen. Pflegen: palliativ 49:33–34

WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. Aufl. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf [Stand: 12.09.2016]

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Spiritual Care als interprofessioneller Ansatz in der Gesundheitsversorgung

8

Piret Paal und Reinhard Grabenweger

8.1 Hintergrund

Interprofessionelle Zusammenarbeit wurde als vielversprechende Lösung präsentiert, um das Gesundheits- und Sozialwesen zu verbessern. Audrey Leathard (1997) identifizierte hier die Interaktivität als den Schlüsselfaktor, um die interprofessionelle Zusammenarbeit von einer multiprofessionellen Ausbildung und Praxis zu unterscheiden. Es wurde auch anerkannt, dass die Rolle der pflegenden Angehörigen oft unzureichend und zu isoliert betrachtet wird, während Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialwesen auf verschiedene Weisen versuchen, vermehrt zusammenzuarbeiten. Pflegende Angehörige schließen häufig die Lücken in der Kommunikation und Koordination zwischen den Berufsgruppen, was jedoch gleichzeitig von den im Gesundheitswesen Tätigen immer noch als selbstverständlich angesehen und wenig wertgeschätzt wird.

Im 2010 veröffentlichten Weltgesundheitsorganisations-Rahmenwerk (WHO 2010) wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit als eine Erfahrung definiert, die eintritt, wenn Studierende oder Angehörige aus zwei oder mehreren Berufsgruppen über, von und miteinander lernen oder agieren. Die interprofessionelle Ausbildung wurde als wichtigste Komponente einer effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit dargelegt. Die Weltgesundheitsorganisation unterstrich initial die Bedeutung der interprofessionellen Aus-

P. Paal (✉)
Institut für Palliative Care, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

Institut für Ethnologie, Tartu Universität, Tartu, Estland
e-mail: piret.paal@pmu.ac.at

R. Grabenweger
Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich
e-mail: reinhard.grabenweger@gmx.at

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_8

bildung und der kollaborativen Praxis als Strategien, die das Gesundheitssystem verändern, stärken und verbessern sollen (WHO 2010). Die interprofessionelle Ausbildung wurde als Mittel zur Verbesserung der interprofessionellen klinischen Praxis und damit zur positiven Beeinflussung von Gesundheitssystemen und Patientenergebnissen stark befürwortet. In verschiedenen Dokumenten wurde darauf hingewiesen, dass genügend Belege für die Wirksamkeit der interprofessionellen Ausbildung vorliegen, wobei nicht ganz klar ist, auf welche Art von Beweisen hier eingegangen wurde (Bowman et al. 2023). Gleichzeitig hat die Anzahl der Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Ansätze in der klinischen Praxis stark zugenommen. Allerdings wurde die Aussagekraft der Studien diesbezüglich als gering bis sehr gering eingestuft. Es liegen derzeit nicht genügend Erkenntnisse vor, um eindeutige Schlussfolgerungen über die Auswirkungen von interprofessionellen Ansätzen in der klinischen Praxis zu ziehen (Reeves et al. 2017). Wie im WHO-Rahmenwerk gefordert, wird der Interaktivität wie auch dem Lernen von und mit Patient:innen und deren pflegenden Angehörigen in Ausbildung, Forschung und klinischer Praxis nur selten nachgegangen. Es ist noch immer notwendig, die Gesundheitspolitik bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit auf globaler Ebene zu stärken. Das Fehlen von Leitlinien diesbezüglich behindert den Fortschritt besonders stark (Herath et al. 2017).

8.2 Spiritual Care als wichtige gemeinsame Aufgabe

> „Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen (Nolan et al. 2011; Übersetzung: Roser).“

Ausgehend von dieser Definition, die Spiritualität als eine wichtige Dimension eines jeden Menschen hervorhebt, kann die Wichtigkeit von Spiritual Care betont werden. Dies belegen auch zahlreiche Studien. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass Spiritualität individuell sehr unterschiedlich erlebt bzw. zum Ausdruck gebracht werden kann und folglich auch unterschiedliche Spiritual-Care-Angebote gemacht werden müssen (Greasley et al. 2001).

Dennoch kann die Verbindung als ein zentrales Element gesehen werden: Einerseits im Sinne von transzendenten Erfahrungen, andererseits auch als Menschen verbindende Dimension. In Bezug auf das Gesundheitswesen wies schon im Jahr 1998 Mary Dombeck darauf hin, dass alle Gesundheitsberufe die spirituelle Dimension in das Assessment und die Behandlung von Patient:innen einbeziehen müssten. Dombeck betonte, dass Fachleute verschiedener Disziplinen je nach Berufsverständnis und verwendeter, professioneller Sprache unterschiedliche Beiträge zur Beurteilung religiöser und spiritueller Fragen von Patient:innen leisten können. Der interprofessionelle Dialog und Zusammenarbeit sind wichtig, um die unterschiedlichen Sichtweisen der anderen hinsichtlich der spirituellen Dimensionen innerhalb der Versorgung zu verstehen, obwohl Unterschiede zwischen seel-

sorgerischen, medizinischen und pflegerischen Ansätzen in der spirituellen Versorgung anzuerkennen sind (Dombeck 1998, S. 361). Aktuell verwendete Modelle, die zwischen generalisiert und spezialisiert ausgebildeten Spiritual-Care-Leister:innen unterscheiden, sind an dieser Stelle zu erwähnen (van Meurs et al. 2023).

Lundberg und Kerdonfag (2010) vertreten die Auffassung, dass eine adäquate, bedürfnisorientierte Versorgung von Patient:innen und betreuenden Angehörigen nur möglich ist, wenn Spiritualität ein Teil der Versorgung ist. Tan und Kolleg:innen (2020) betonten, dass Spiritual Care ein integraler Bestandteil der ganzheitlichen Versorgung ist, und mehr Ressourcen und eine interne Ausbildung für Gesundheitsberufe erforderlich sind, um die Bereitstellung von Spiritual Care zu verbessern. Es wird auch 30 Jahre nach Dombecks Ermutigungen, interprofessionell zu agieren, betont, dass Spiritual Care eine relevante Versorgungsform ist, die Tätige in Gesundheits- und Sozialberufen anwenden können (Aebi und Mösli 2020). Gerade Spiritual Care scheint großes Potenzial für Synergien unter im Gesundheitswesen tätigen Personen und pflegenden Angehörigen im Sinne einer personenzentrierten und ganzheitlichen Versorgung von Patient:innen zu haben.

Gleichzeitig sind auch zahlreiche Hindernisse für die Bereitstellung von Spiritual Care bekannt. Die am häufigsten genannten Barrieren sind:

- die mangelnde Ausbildung,
- die Schwierigkeit, Spiritualität zu definieren,
- die Angst vor einer Verschlimmerung der Symptome,
- das Fehlen klarer Richtlinien für die Rollen der jeweiligen Gesundheitsberufe bzgl. Spiritual Care,
- der Zeitmangel,
- der Personalmangel,
- politische Barrieren,
- persönliche Barrieren,
- organisatorische Barrieren,
- Barrieren im Zusammenhang mit den Spiritual-Care-Empfänger:innen (Rushton 2014; Abu-El-Noor und Abu-El-Noor 2016; Neathery et al. 2020; Pouragha et al. 2022).

Studienergebnisse zeigen, dass eine Ausbildung in Spiritual Care dazu beitragen kann, das spirituelle Vakuum in Gesundheitseinrichtungen zu überwinden (Paal et al. 2022). Laut Literatur wird eine nachhaltige Implementierung von Spiritual Care in die Praxis unterstützt durch: (1) Zusammenarbeit mit Seelsorger:innen; (2) Lernmethoden, insbesondere die praktische Anwendung von Gelerntem; (3) Vorbilder/Mentor:innen; (4) Zeit, Beziehung und Arbeitsumfeld; (5) Spiritual-Care-Schulungsmodelle und -protokolle (Brandstötter et al. 2022). Diese Punkte deuten an, dass neben der Ausbildung besonders die Entwicklung entsprechender Organisationskulturen notwendig ist, um eine dauerhafte Veränderung in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen zu erreichen. Angepasste rechtliche Rahmenbedingungen und klare Finanzierungsmodelle würden die interprofessionelle spirituelle Versorgung und Zusammenarbeit verbessern.

8.3 Spiritual Care als interprofessionelle Aufgabe

Ob in Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation, Palliation oder Versorgung am Lebensende, Spiritual Care wird stets als interprofessionelle Aufgabe dargestellt (Aebi und Mösli 2020). Es wird davon ausgegangen, dass die bio-psycho-sozio-spirituelle Versorgung einen interprofessionellen Ansatz benötigt (Puchalski et al. 2019; Siler et al. 2019; Puchalski et al. 2022) und „jeden etwas angeht" (Jones et al. 2022). Außerhalb des klinischen Kontexts, wie in ambulanten Settings, finden interprofessionelle Spiritual-Care-Ansätze nur wenig Berücksichtigung (Boettcher 2018). Laut Moghimian und Kolleg:innen erfordert Spiritual Care zudem angemessene Kenntnisse und Fachwissen, eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit, effektive Teamarbeit und ein effizientes Überweisungssystem für Patient:innen (Moghimian et al. 2019).

Kritische Beobachter:innen sehen vergleichbare Tendenzen zwischen dem von der WHO verbreiteten Wirkvermögennarrativ von interprofessioneller Zusammenarbeit sowie Ausbildung und dem Ausbleiben neuer, innovativer interprofessioneller Versorgungs- und Ausbildungsformen. Daher ist die Frage nach Spiritual Care als interprofessioneller Ansatz in der gesundheitlichen Versorgung besonders brisant. Während das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Ideologie oder das Narrativ der WHO durch folgenden Satz hervorhebt: „Die Gesundheitsversorgung kann somit nur in interprofessioneller Zusammenarbeit gelingen" (BMG 2023), hat die Arbeitsgruppe Interprofessionelles Arbeiten in der Versorgung der AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze e. V. (2021) auf die Frage der Wirksamkeit bzw. Sinnhaftigkeit der Interprofessionalität geantwortet, dass diese Frage nicht allumfassend beantwortet werden kann. Aussagen diesbezüglich könnten nur je nach Perspektive der Frage differenziert beantwortet werden. Somit wird klar, dass interprofessionelle Spiritual Care nur dann funktionieren kann, wenn einzelne berufseigene Perspektiven aufgelöst und durch kollaborative Praktiken ersetzt werden.

8.4 Spiritual Care – wer, für wen, wann und wie?

Elicit wurde eingesetzt, um Fragen zu formulieren und Antworten zur interprofessionellen Spiritual Care und deren Sinnhaftigkeit zu finden. Elicit ist ein KI-Forschungsassistent der Sprachmodelle wie GPT-3 verwendet, für Systematische Literaturrecherche um Teile der Arbeitsabläufe im Forschungsprozess zu automatisieren. Wenn eine Frage gestellt wird, zeigt Elicit relevante Arbeiten und Zusammenfassungen der wichtigsten Informationen dieser Arbeiten an. Elicit kann verwendet werden, um Literatur zu durchsuchen und zusammenzufassen sowie um Literaturübersichten zu erstellen (Elicit.org. 2023). Die Suche wurde in englischer Sprache im Dezember 2022 durchgeführt. Es wurden insgesamt fünf Fragen gestellt. Die Fragen und die von Elicit generierten Antworten wurden in die deutsche Sprache übersetzt und werden in Tab. 8.1. dargestellt.

Tab. 8.1 Ein KI-Forschungsassistent antwortet: Sinnhaftigkeit der Interprofessionalität in Spiritual Care?

Was sind die häufigsten Gründe, warum Menschen Spiritual Care in Anspruch nehmen?	Menschen nehmen Spiritual Care in Anspruch, wenn sie spirituelle Anliegen haben, die von den Fachkräften des Gesundheitswesens nicht erfüllt werden, und sie das Gefühl haben, dass Spiritualität ein wichtiger Teil ihrer Versorgung ist. Ferner wird angenommen, dass Menschen viele verschiedene Gründe haben, Spiritual Care in Anspruch zu nehmen.
Was sind die häufigsten spirituellen Bedürfnisse von Patient:innen?	Die häufigsten Bedürfnisse von Patient:innen sind die Achtung der Privatsphäre und Würde, das Zeigen von Anteilnahme und die Unterstützung bei der Suche nach einem Gefühl der Hoffnung im Leben. Weitere häufige spirituelle Bedürfnisse von Patient:innen sind der Umgang mit Schmerzen oder anderen körperlichen Symptomen, mit den Gefühlen von Angst oder Unruhe und der Frage nach dem Sinn des Leidens.
Was sind die häufigsten spirituellen Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen?	Angehörige berichten von dem Bedürfnis, eine Beziehung zu einem ultimativen Anderen herzustellen, dem Bedürfnis nach Positivität, Hoffnung und Dankbarkeit, dem Bedürfnis, Liebe zu geben und zu empfangen, dem Bedürfnis, Glaubenssätze zu überprüfen, und dem Bedürfnis, einen Sinn zu haben. Darüber hinaus haben die pflegenden Angehörigen häufig spezifische spirituelle Bedürfnisse, die nicht befriedigt werden. Diese unerfüllten Bedürfnisse beziehen sich id. R. auf Lebensperspektiven.
Wer profitiert am ehesten von Spiritual Care?	Patient:innen und deren Familien profitieren besonders, wenn Spiritual Care ihnen hilft, ihre Krankheiten zu verstehen und zu bewältigen. Außerdem profitieren sie, wenn Spiritual Care von im Gesundheitswesen Tätigen angeboten wird, wenn sie von älteren Erwachsenen, die an eine höhere Macht glauben, als wichtig eingestuft wird, oder wenn sie ganzheitlich ist und die spirituellen Aspekte des Lebens einschließt.
Inwiefern überschneidet sich Spiritual Care mit anderen Formen der Versorgung, z. B. der psycho-sozialen oder der medizinischen Versorgung?	Spiritual Care ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung und sollte von Gesundheits- und Sozialberufen in einer Weise erbracht werden, die auf die Bedürfnisse der einzelnen Patient:innen zugeschnitten ist. Spiritual Care ist besonders wichtig im Kontext der Palliativmedizin und in Kontexten, in denen andere Ressourcen begrenzt sind.

8.5 Ausblick

Die spirituellen Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen, wie behinderter Kinder und Menschen mit Alzheimer-Krankheit, sind unterschiedlich. Ebenso divers sind die Bedürfnisse ihrer pflegenden Angehörigen und der im Gesundheitswesen tätigen Personen. Was sie jedoch vereint, ist die Feststellung, dass jeder Mensch auf seine Weise spirituell ist. Die Patient:innen und besonders deren betreuende Angehörige erwarten, dass sie von Angehörigen von Gesundheitsberufen nach ihren spirituellen Bedürfnissen befragt werden.

Das Personal selbst hat aber Angst, nach spirituellen Themen zu fragen (Dalcali und Akay 2022). Viele Arbeiten deuten darauf hin, dass das Personal Spiritual Care zwar für wichtig hält, aber nur eine Minderheit glaubt, sie immer leisten zu können (Austin et al. 2017; van Meurs et al. 2023). Ob Fortschritte in Regionen möglich sind, in denen Pflege und Medizin streng getrennt unterrichtet werden und hierarchische Machtverhältnisse eine Kollaboration auf Augenhöhe nicht zulassen, soll kritisch hinterfragt werden (Paal et al. 2022). Zusätzlich soll der Erfolg rein konfessioneller, spiritueller Versorgungsmodelle im säkularen, klinischen Umfeld und in einer pluralistischen Gesellschaft Fragen aufwerfen (Brandstötter et al. 2022).

Die Forschung im Bereich von Spiritual Care liefert weltweit bedeutende Erkenntnisse für die Ausbildung und setzt sich für die Inklusion der Spiritualität aller Menschen in der gesundheitlichen Versorgung ein. Bisherige Forschungsarbeiten gehen nicht ausdrücklich auf die Frage „Wie wird Spiritual Care geleistet?“ oder insbesondere die Frage „Wie wird interprofessionelle Spiritual Care geleistet?“ ein. Unklar bleibt, wie spirituelle Betreuung mit anderen Betreuungsformen zusammenhängt. Dennoch legen Forschungsberichte nahe, dass die spirituelle Betreuung ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist. Es sollten weitere Studien durchgeführt werden, um die Auswirkungen von interprofessioneller Spiritual Care auf verschiedene Institutionen, verschiedene Arten von Programmen und verschiedene klinische Praktiken bewerten zu können. Die Frage nach Spiritual Care als interprofessioneller Ansatz in der Gesundheitsversorgung kann nicht allumfassend beantwortet werden, sondern nur differenziert je nach Perspektive der Frage als „Best-Practice-Modell“ dargestellt werden. Somit lässt sich zusammenfassen, dass derzeit die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wie auch innerhalb der Spiritual Care eher als ein theoretisch wirksames Konstrukt bzw. eine Idealvorstellung gesehen werden kann, als eine Praxis, in der Kollaboration gefördert wird.

Literatur

Abu-El-Noor MK, Abu-El-Noor NI (2016) Mapping the road for a new spiritual care policy: identifying barriers and enhancing factors for providing spiritual care to cardiac patients. J Relig Spiritual Aging 28(3):184–199

Aebi R, Mösli P (2020) Interprofessionelle Spiritual Care: Das Buch des Lebens lesen. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, S 160, Bern

Agentur deutscher Arztnetze e.V. (2021) Microsoft Word – 2021-02-10_InterprofessionalitaÌt in der ärztlichen Versorgung._hh_CJ_CFB_CL_AL-FINAL.docx (arztnetze.info)

Austin P, Macleod R, Siddall P, McSherry W, Egan R (2017) Spiritual care training is needed for clinical and non-clinical staff to manage patients' spiritual needs. J Study Spiritual 7(1):50–63. https://doi.org/10.1080/20440243.2017.1290031

Boettcher B (2018) Spiritual Care und die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Seelsorgern und Psychotherapeuten im ambulanten Kontext: Spiritual Care and multiprofessional collaboration of professionals in pastoral care and psychotherapy in outpatient care. Spiritual Care 7(4):377–385. https://doi.org/10.1515/spircare-2017-0040

Bowman C, Paal P, Brandstötter C, Cordina, M (2023) Evidence of successful interprofessional education programs—models, barriers, facilitators and success: a systematic review of European studies. Journal of Health Organization and Management 37(8):526–541. https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2022-0115

Brandstötter C, Grabenweger R, Frick E, Paal P (2022) Die Kluft zwischen Training und Patientenversorgung: Maßnahmen und Möglichkeiten für eine nachhaltige Veränderung – ein Regenschirm Review. Spiritual Care 11(3):212–225. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0036

Bundesministerium für Gesundheit (2023) Interprofessionelles Arbeiten im Gesundheitsbereich (bundesgesundheitsministerium.de)

Dalcali K, Akay B (2022) The relationship between the attitudes of nursing students towards providing care for a dying patient and their empathic tendencies. OMEGA. https://doi.org/10.1177/00302228221100900

Dombeck MT (1998) The spiritual and pastoral dimensions of care in interprofessional contexts. J Interprof Care 12(4):361–372. https://doi.org/10.3109/13561829809024943

Elicit 2023. FAQ | Elicit (25.01.2023)

Greasley P, Chiu LF, Gartland RM (2001) The concept of spiritual care in mental health nursing. J Adv Nurs 33:629–637

Herath C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z (2017) A comparative study of inter professional education in global health care: a systematic review., Medicine (Baltimore) 96(38), e7336. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007336

Jones KF, Pryor J, Care-Unger C, Simpson G (2022) "Spirituality is everybody's business": an exploration of the impact of spiritual care training upon the perceptions and practice of rehabilitation professionals. Disabil Rehabil 44(8):1409–1418. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1820586

Lundberg PC, Kerdonfag P (2010) Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. J Clin Nurs 19(7–8):1121–1128. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03072.x

Meurs J, Breedveld R, Geer J, Leget C, Smeets W, Koorneef R, Vissers K, Engels Y, Wichmann A (2023) Role-perceptions of Dutch spiritual caregivers in implementing multidisciplinary spiritual care: a national survey. Int J Environ Res Public Health 20(3):2154. https://doi.org/10.3390/ijerph20032154

Moghimian M, Irajpour A, Arzani H (2019) The inter-professional dimensions of spiritual care for chronically ill patients: a qualitative study. Nurs Midwifery Stud 8:34–39

Neathery M, He Z, Taylor EJ et al (2020) Spiritual perspectives, spiritual care, and knowledge of recovery among psychiatric mental health nurses. J Am Psychiatr Nurses Assoc 26:364–372

Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC task force. Eur J Palliat Care 18:86–89

Paal P, Helo Y, Frick E (2022) Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. J Pastoral Care Counsel 69:19–30

Paal P, Brandstötter C, Lorenzl S, Larkin P, Elsner F (2022) Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: results from an EAPC survey. Palliat Support Care 17(5):495–506. https://doi.org/10.1017/S1478951518000986

Paal P, Brandstötter C, Elsner F, Lorenzl S, Osterbrink J, Stähli A (2022) European interprofessional postgraduate curriculum in palliative care: A narrative synthesis of field interviews in the region of Middle, Eastern, and Southeastern Europe and Central and West Asia. Palliative and Supportive Care. Published online 1–10. https://doi.org/10.1017/S1478951522001651

Pouragha B, Sheikhbardsiri H, Asgharnezhad M et al (2022) Does workplace spirituality enhance motivation of hospitals social workers? The scrutiny in Iran. Int J Soc Psychiatry 68:1135–1140

Puchalski C, Ferrell BR, Borneman T, DiFrances Remein C, Haythorn T, Jacobs C (2022) Implementing quality improvement efforts in spiritual care: outcomes from the interprofessional spiritual care education curriculum. J Health Care Chaplain 28(3):431–442. https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1917168. Epub 2021 Aug 15

Puchalski CM, Sbrana A, Ferrell B, Jafari N, King S, Balboni T, Miccinesi G, Vandenhoeck A, Silbermann M, Balducci L, Yong J, Antonuzzo A, Falcone A, Ripamonti CI (2019) Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. ESMO Open 4(1):e000465. https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000465. PMID: 30962955; PMCID: PMC6435249

Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M (2017) Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2017(6):CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3. Zugegriffen am 03.01.2023

Rushton L (2014) What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? Br J Nurs 23(7):370–374

Siler S, Mamier I, Winslow BW, Ferrell BR (2019) Interprofessional perspectives on providing spiritual care for patients with lung cancer in outpatient settings. Oncol Nurs Forum 46(1):49–58. https://doi.org/10.1188/19.ONF.49-58. PMID: 30547964; PMCID: PMC7008957

Tan H, Rumbold B, Gardner F, Glenister D, Forrest A, Bowen L (2020) How is spiritual care/pastoral care understood and provided in general hospitals in Victoria, Australia? – staff perspectives. J Study Spiritual 10(2):114–126. https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1812886

World Health Organization (2010) Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office, WHO, Geneva

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

9 Spiritual Care und Existential Care: Zwei unterschiedliche Konzepte oder doch alles ähnlich?

Arndt Büssing

9.1 Einleitung

Eine der Grundfragen ist einerseits, ob Spiritualität ein umfassenderer Oberbegriff ist, der die existenziellen Komponenten einbezieht, oder ob das Spirituelle das grundlegend Existenzielle färbt und damit eine Unterkategorie des Existenziellen wäre. Andererseits steht die Frage der Zuständigkeit und professionellen Ausrichtung entsprechender Begleitung und Versorgung im Raum, also ob damit die konfessionell begründete Seelsorge gemeint ist, die ggf. durch psychotherapeutische Elemente angereichert wird, oder ein umfassendes Versorgungsbestreben seitens der Gesundheitsberufe.

Zur Erörterung dieser Fragen müssen zunächst kategoriale und professionelle Unterschiede berücksichtigt werden: Wer sich selbst als nicht religiös ansieht und die Spiritualität im Bereich des Kuriosen ansiedelt, wird eher von Existential Care sprechen, wenn er von einer umfassenderen Versorgung und Begleitung der Patient:innen spricht. Diese umfasst auch die Fragen nach Sinn und Bedeutung, Zuwendung und Verbundenheit etc., blendet aber die Ebene des Religiösen oder des Glaubens aus. Wer sich selbst und sein Tun eher als religiös oder spirituell geprägt empfindet, wird vermutlich von Spiritual Care sprechen, wenn er von einer umfassenderen Versorgung und Begleitung der Patient:innen spricht. Diese umfasst auch die Fragen nach Sinn und Bedeutung, Zuwendung und Verbundenheit etc. und bezieht die Ebene des Religiösen oder des Glaubens ausdrücklich mit ein. Das Weltbild, die Intention und das eigene Empfinden prägen die Verwendung der Begrifflichkeit mit.

A. Büssing (✉)
Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: arndt.buessing@uni-wh.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_9

Meinen Existential Care und Spiritual Care also vielleicht ähnliches und unterscheiden sich vornehmlich darin, 1) ob die Dimension des jeweils individuell gefassten „Heiligen“ einbezogen wird und 2) wer hier seine „Zuständigkeit“ sieht und damit den konzeptionellen Kontext bestimmt?

9.1.1 Professionelle Unterschiede: Existential Care versus Spiritual Care

Seelsorgende nutzen in Deutschland für ihr Tun oft den Begriff Spiritual Care (Roser 2017, 2019). Es ist eine naheliegende Übersetzung der Sorge um die Seele. Auch wenn Seelsorge in einem engeren Sinne eher Pastoral Care wäre, so hat sich insbesondere in säkularen Gesellschaften die Perspektive erweitert und ist differenzierter und vielfältiger in Bezug auf die Adressaten und systemischer in Bezug auf die Theorieansätze geworden (Pohl-Patalong und Lüdtke 2019). Man könnte die Seelsorge als „spezialisierten“ Aspekt des Spiritual Care sehen (Peng-Keller 2017, 2021).

Psychotherapeutisch Tätige, die sich um das Seelische ihrer Klienten sorgen, nutzen oft den Begriff Existential Care, auch um Verwechslungen zu vermeiden und um sich von religiösen Bereichen abzugrenzen. Hier stehen Fragen nach dem Sinn des Lebens und von Leid, der Zugehörigkeit und der Verbundenheit mit anderen, nach Schuld und Versagen, Wut und Trauer etc. im Vordergrund. Spezifische Fragen nach Gott und der religiösen Interpretation des Erlebten und des Erlittenen sowie nach religiösen Ritualen und Sakramenten werden als Domäne der professionellen Seelsorgenden der Religionsgemeinschaften gesehen.

Ausgehend von der Hospizbewegung und einem umfassenderen Palliative-Care-Ansatz (Holder-Franz 2017), hat sich bei Pflegenden und ärztlich Tätigen (insbesondere in der Palliativmedizin) der inklusive Begriff Spiritual Care etabliert (Frick und Roser 2011). Ihnen geht es auch darum, die Seele ihrer Patienten mit im Blick zu haben. Aber viele werfen zu Recht die Frage auf, was denn genau das „Spirituelle“ ist, was in ihrem Tun zum Tragen kommen würde.

Diese Fragen der Zuständigkeit und damit der beschreibenden Begrifflichkeit des Tuns sind bedeutsam, insbesondere in säkularen Gesellschaften, wo das Religiöse nicht mehr selbstverständlich und auch nicht mehr grundsätzlich positiv konnotiert ist, sondern im Erleben vieler irrelevant geworden oder sogar missbräuchlich ist.

9.1.2 Kategoriale Unterschiede: das Existenzielle, das Religiöse und das nicht religiös Spirituelle

Von la Cour und Hvidt (2010) wurde im Rahmen eines Literatur-Reviews darauf hingewiesen, dass die *existenzielle Suche* nach Sinn und Bedeutung in säkularer Gesellschaft drei Domänen umfasst: säkular, spirituell und religiös. Sie gingen der Frage nach, was in

einer weitgehend nicht religiösen Gesellschaft das Existenzielle überhaupt sei. In einem dänischen Kollektiv differenzierten sie drei Hauptdimensionen: 1) Wesentliche Bedeutungen des Lebens, 2) Spiritualität/Religiosität und 3) Existenzielles Denken (Hvidt et al. 2022). Für sie war das Existenzielle damit ein Oberbegriff, der in einem europäischen Kontext das Säkulare, das Religiöse und das nicht religiös Spirituelle einschließt.

Hier sind jedoch auch kulturelle Unterschiede zu bedenken: Die Existenzielle Psychologie, Philosophie und Theologie seien insbesondere im europäischen Kontext verankert (z. B. Kierkegaard, Jaspers, Sartre, Frankl) und umfassen vorwiegend säkulare existenzielle Aspekte (wie Sinn und Wert des Lebens, persönliche Werte, Freiheitsgedanken, Verantwortungsübernahme, aber auch Einsamkeitsempfinden) (la Cour und Hvidt 2010). In den USA hingegen empfinden sich viele als gläubig/religiös, sodass die genannten Aspekte der Sinnsuche oft in einem religiösen Kontext gedeutet werden und daher „spirituell“ seien.

Yalom differenzierte schon 1980 als vier Hauptkategorien der Existenziellen Psychotherapie 1) die Freiheit der Entscheidung (inkl. Verantwortung und resultierender Angst, Schuld sowie Versöhnung), 2) Sinn und Sinnlosigkeit (auch in Bezug zu Beziehungen, Spiritualität und Religion), 3) Existenzielle Isolation (auch in Bezug zum Sterben und zu Gott) und 4) Tod (inkl. dem Wunsch nach authentischem Leben vor dem Tod). Das Spirituelle oder Religiöse sind hier ein Teil des Existenziellen.

In einer Konzeptanalyse einer iranischen Arbeitsgruppe, die auf der Basis einer internationalen Literatursichtung beruht, was Spiritual Care insbesondere für Pflegende bedeutet, wurden u. a. folgende sechs Aspekte genannt: *Heilende Präsenz* (zugewandte Präsenz und Altruismus), *Zuwendung* (aktives Zuhören, therapeutische Beziehung, nicht wertendes Verhalten und Akzeptanz), *intuitives Gespür* (Einfühlungsvermögen und Gelegenheiten sehen, wo spirituelle Gespräche möglich sind), *Erörterung der spirituellen Perspektive* (im Sinne des Assessments spiritueller Bedürfnisse, Ressourcen und Hoffnung), *Patientenzentriertheit* (Wahrnehmung der Patientenwirklichkeit, Anerkennung der individuellen Besonderheit), *sinnzentrierte therapeutische Intervention* (Schaffung tiefer Beziehungen, hoffnungsunterstützende religiöse Interventionen, komplementäre Therapien) und *Schaffung eines unterstützenden Umfelds für das Spirituelle* (Respekt vor Glaubensüberzeugungen, kulturellen und religiöse Werte, Sicherstellung der ethischen Aspekte der Versorgung) (Ramezani et al. 2014). Hier steht das spezifisch Spirituelle gleichberechtigt neben dem Existenziellen und dem Psychosozialen.

Drillaud et al. (2022) wiesen darauf hin, dass die Dimension der Spiritualität, wie sie auch in der WHO-Definition zu Palliative Care angesprochen ist, gerade in säkularen Gesellschaften mit dem Religiösen vermischt werden würde. Sie unterscheiden hier klar und unterstreichen zudem, dass das Erleben von spirituellem Leiden vornehmlich ein existenzielles Leiden sei. Drillaud et al. (2022) favorisieren daher den übergeordneten und neutraleren Begriff einer „Existenziellen Dimension“, anstatt den vieldeutigen und missverständlichen Begriff „spirituell“ zu verwenden.

In vielen Fachartikeln wurde jedoch die Begrifflichkeit des Spirituellen als „inklusiver“ Terminus übernommen, oft auch in konzeptioneller Abgrenzung vom Religiösen im Sinne

einer kirchlichen Verfasstheit. In vielen Definitionen der Spiritualität wird die existenzielle Suche nach Sinn und Bedeutung als essenzielle Dimension einbezogen (Büssing 2017, 2019). Verschiedene Aspekte der Spiritualität, die das Existenzielle einbeziehen, wurden auch empirisch untersucht. Martsolf und Mickley (1998) unterschieden fünf Domänen: 1) *Bedeutung* (Bedeutung des Lebens; Sinn für Situationen generieren; Sinn ableiten), 2) *Werte* (Überzeugungen, Normen und Ethik), 3) *Transzendenz* (Erleben, Bewusstsein und Würdigung einer „transzendenten Dimension"), 4) *Verbundenheit* (Bewusstsein einer Verbindung mit sich selbst, anderen, dem Göttlichen und der Natur), 5) *Werden* (Entfaltung des Lebens, die der Reflexion und Erfahrung bedarf, sowie eines Gefühls dafür, wer man ist und sein will). In einem säkularen Umfeld ließen sich bei Erwachsenen sieben verschiedene Aspekte (Büssing et al. 2007) und bei Jugendlichen vier Hauptaspekte der Spiritualität differenzieren (Büssing et al. 2010), die sich denen von Martsolf und Mickley (1998) zuordnen lassen: 1) *Gebet und Vertrauen in Gott* (als religiöse Orientierung), 2) *Suche nach Einsicht und Weisheit* (als philosophisch/existenzielle Sichtweise); 3) *Bewusster Umgang* (als humanistisch und achtsamkeitsorientierte Perspektive) und 4) *Transzendenz-Überzeugung* (als vornehmlich esoterisch geprägte Sichtweise). Welche Aspekte des multidimensionalen Konstruktes „Spiritualität" von lebenswirklicher Bedeutsamkeit sind, hängt auch vom Alter und damit der religiösen Sozialisation ab.

Von der European Society for Palliative Care (Nolan et al. 2011) wurde Spiritualität definiert als „die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen. […]" (Nolan et al. 2011). Ähnliches findet man auch in einer früheren Definition von Underwood und Teresi (2002), die Spiritualität als einen „individuellen und offenen Ansatz in der Suche nach Sinn und Bedeutung im Leben […], Suche nach transzendenter Wahrheit, zu der ein Empfinden der Verbundenheit mit anderen, der Natur und/oder dem Göttlichen gehört") definieren. Hier steht das Existenzielle gleichwertig neben dem Heiligen im religiösen Sinne.

Eine zusammenfassende, inklusive Definition des multidimensionalen Konstruktes Spiritualität (Abb. 9.1), die bewusst offen bleibt, um der Vielfalt Raum zu geben, und die das dynamische Element in den Vordergrund stellt, könnte also folgende sein (Abb. 9.1):

- Spiritualität ist ein multidimensionales Konstrukt, welches das Erleben und Verhalten von Menschen beschreibt, die nach Sinn und Bedeutung in ihren Leben suchen, nach Verbundenheit mit der Schöpfung und mit dem für sie Heiligen und Bedeutsamen, nach Formen der Praxis und entsprechender Rituale, um sich diesem Heiligen im Leben zu nähern – sowohl innerhalb als auch außerhalb der Strukturen verfasster Religiosität.

Abb. 9.1 Unterschiedliche Aspekte der Spiritualität, die in ihrer Bedeutung individuell variieren können

9.2 Unterschiede in den Auswirkungen: Inhalte des Existenziellen und des Spirituellen

Mehr als das Label sind die Inhalte der jeweiligen Kategorien bedeutsam: *Existenzielle Herausforderungen* werden von der EAPC für den palliativmedizinischen Kontext klar umschrieben: Es sind „Fragen nach der Identität, Sinn, Leiden und Tod, Schuld und Scham, Versöhnung und Vergebung, Freiheit und Verantwortung, Hoffnung und Verzweiflung, Liebe und Freude". Hiervon grenzen sie *Werte-bezogene Aspekte der Spiritualität* ab: „Bedeutsamkeit von Beziehungen, Arbeit, Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral und [das] Leben selber". Das *Religiöse* ist eine eigenständige Dimension im multidimensionalen Konstrukt und meint den „Glauben, Überzeugungen und Formen der Praxis, die Beziehung zu Gott oder dem Ultimativen" (EAPC) (Nolan et al., 2011).

Diese verschiedenen Aspekte machen deutlich, dass diese in der Begleitung von Patient:innen sinnvollerweise multiprofessionell berücksichtigt werden und ein differenzierter Unterstützungsbedarf auch spezifisch erfragt werden muss (Büssing 2021). Viele dieser Dimensionen sind zudem polyvalent und haben, je nach Kontext, auch unterschiedliche Bedeutung und Konsequenzen. Zwar kann man theoretisch zwischen existenziellem und spirituellem Schmerz unterscheiden (Strang et al. 2004), aber beide Konzeptionen haben sowohl Schnittmengen als auch definitorische Unschärfen. Nicht jedes existenzielle Leiden hat eine spirituelle Komponente und nicht jedes spirituelle Leiden hat eine existenzielle Komponente. Der Wunsch nach eigener Vergebung kann aus psychologischer Sicht z. B. im Sinne der Verantwortungsübernahme bei schuldhaftem Fehlverhalten oder Fehlentscheidungen gedeutet werden, bei der es um Klärungsprozesse geht, während aus religiöser Sicht mit den gleichen Intentionen vielleicht ein Beichtgespräch mit anschließender Vergebung (im Namen Gottes) infrage kommen würde. Hier ist auch die professionelle Rolle mitzudenken.

9.2.1 Einstellungen und Verhaltensweisen religiös oder existenziell engagierter Menschen

Fragt man Menschen, wie sie sich selbst einschätzten würden (als religiös oder als spirituell), ohne hier Definitionsvorgaben zu machen, dann sind die daraus folgenden vier Kategorien der Selbsteinschätzung konsistent mit ihren Einstellungen, Verhaltensweisen und Formen der (spirituellen) Praxis. Bei Patient:innen im eher säkularen Deutschland empfinden sich ca. ein Drittel nicht (mehr) als religiös, aber dennoch als spirituell (R-S+), und eine große Gruppe empfindet sich als weder religiös noch spirituell (R-S-); eine kleinere Gruppe würde demnach als religiös und spirituell oder als religiös, aber nicht spirituell kategorisiert werden (Büssing et al. 2005, 2009, 2012a). Diese Kategorien sind nicht normativ gedacht, sondern geben Hinweise auf zu erwartenden Einstellungs-, Verhaltens- und Bedürfnismuster. Diese haben Konsequenzen für das säkulare Existential Care bzw. die umfassenderen Spiritual-Care-Ansätze.

Religiös engagierte Patient:innen haben Vertrauen in eine helfende Instanz ihrer Religionstradition und suchen nach einem Zugang zu einer solchen Ressource, während für Patient:innen mit existenziellem Interesse die Frage nach Sinn und Bedeutung ihrer Erkrankung und nach Veränderungsperspektiven im Sinne einer Krankheitsneuinterpretation viel bedeutsamer ist (Büssing et al. 2012a).

9.2.2 Unterschiedliche Dimensionen spiritueller Bedürfnisse

Wenn es um religiöse oder existenzielle Bedürfnisse und solche nach innerem Frieden und Generativität geht, dann kann man diese faktorenanalytisch voneinander separieren (Büssing und Koenig 2010; Büssing 2021) und sie sind in verschiedenen Personengruppen und Kulturen auch mithilfe von Strukturgleichungsmodellen überprüft worden (Büssing et al. 2012a, 2018a). Was sich aber kategorial unterscheiden lässt, zeigt dennoch deutliche Überschneidungen: Religiöse Bedürfnisse und existenzielle Bedürfnisse sind zwar stark miteinander assoziiert, aber religiöse Bedürfnisse sind z. B. nur moderat mit Bedürfnissen nach innerem Frieden assoziiert, existenzielle Bedürfnisse jedoch stark (Büssing et al. 2012a, 2018a). Existenzielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden überschneiden sich also stärker als religiöse Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden, da z. B. Klärungs- und Vergebungsbedürfnisse den Wunsch nach Versöhnungen und damit innerem Frieden implizieren. Religiöse und existenzielle Bedürfnisse hängen ähnlich (moderat) mit einer positiven Krankheitsinterpretation im Sinne von etwas „Wertvollem“ (an dem man wachsen kann) zusammen und kaum mit negativen Interpretationen, wie Bedrohung oder Bestrafung. Beide haben wenig mit multidimensionaler Lebenszufriedenheit zu tun (Büssing et al. 2012, 2018).

In säkularen Gesellschaften zeigt sich zudem, dass religiöse und existenzielle Bedürfnisse eine geringere Bedeutung haben als solche nach innerem Frieden oder nach Generativität (Büssing et al. 2012b, 2013, 2018a). Existenzielle Bedürfnisse sind bei Patient:innen, die sich selbst als nicht spirituell einschätzen (R+S- oder R−S), geringer ausgeprägt als bei denen, die sich als spirituell einschätzen (R+S+ und R−S+) (Offenbaecher et al. 2013). Religiöse Bedürfnisse hingegen haben eine Bedeutung, insbesondere für „R+S+"-Patient:innen und etwas schwächer auch für „R+S-"-Patient:innen.

Folgt man der Vermutung, dass der Cluster existenzieller Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden bei palliativmedizinisch begleiteten Patient:innen mehr mit einem Wunsch nach psychologischer/psychotherapeutischer Begleitung (also im Sinne von Existential Care) anstatt seelsorglicher Begleitung (im Sinne von spezialisiertem Spiritual Care) assoziiert sein könnte, während religiöse Bedürfnisse eher einem Wunsch nach seelsorglicher Begleitung (im Sinne von konfessions-getragenem Spiritual Care) entsprechen würden, dann kann man dies durchaus auch so finden (Tab. 9.1).

Schaut man auf die korrelativen Zusammenhänge zwischen den spirituellen Bedürfnissen (gemessen mit dem SpNQ-Screener) und den Bedürfnissen nach psychologischer/psychotherapeutischer Begleitung oder einer religiös ungebundenen bzw. einer religiös gebundenen seelsorglichen Begleitung, dann finden sich deutliche Unterschiede (Tab. 9.1). Der Wunsch nach psychologischer/psychotherapeutischer Begleitung ist stark mit Bedürfnissen nach innerem Frieden assoziiert und moderat mit existenziellen Bedürfnissen, jedoch nur schwach mit religiösen Bedürfnissen. Bedürfnisse nach religiös gebundener seelsorglicher Begleitung sind stark mit religiösen Bedürfnissen assoziiert und moderat auch mit existenziellen und Bedürfnissen nach innerem Frieden. Der Wunsch nach religiös ungebundener seelsorglicher Begleitung ist vornehmlich und moderat mit existenziellen Bedürfnissen, aber auch mit religiösen Bedürfnissen assoziiert, jedoch nur schwach mit Bedürfnissen nach innerem Frieden.

Tab. 9.1 Korrelative Zusammenhänge zwischen spirituellen Bedürfnissen (erfasst mit dem Spiritual Needs Screener) und dem Wunsch nach spezifischer Begleitung bei palliativmedizinisch begleiteten Patient:innen (n = 134). (Büssing 2022)

Bedürfnisse nach …	Religiöse Bedürfnisse	Existenzielle Bedürfnisse	Innerer Frieden Bedürfnisse
psychologischer / psychotherapeutischer Begleitung	,280**	,327**	**,508****
religiös ungebundener seelsorglicher Begleitung	,322**	,459**	,280**
religiös gebundener seelsorglicher Begleitung	**,633****	,485**	,452**

** p < 0,001 (Spearman rho); starke Zusammenhänge sind orange hervorgehoben, moderate Zusammenhänge gelb

Es zeigen sich also seitens der Patientenbedürfnisse klare Zusammenhänge mit den Begleitungspräferenzen, die einerseits die Bedeutung der differenzierten Kategorien des Existential Care (in Sinne der psychologischen/psychotherapeutischen Professionen) und des Spiritual Care (im Sinne der Seelsorge) bestätigen, die aber eben auch die „Durchlässigkeit" der Themenbereiche unterstreichen. Die Bedeutung des Wunsches nach seelsorglicher Begleitung ist hier scheinbar umfassender gemeint als der nach psychologischer/psychotherapeutischer Begleitung, für die hinsichtlich der explizit religiösen Bedürfnisse kaum eine Bedeutung zukommen würde.

9.3 Schlussfolgerungen

Die Begriffe des Existential Care bzw. des Spiritual Care können gerade in säkularen Gesellschaften inhaltlich begründet differenziert angewendet werden, aber es gibt auch deutliche thematische Überschneidungen. Je nach Sichtweise kann das Existenzielle einerseits die Dimensionen des nicht religiös Spirituellen und des spezifisch Religiösen mit Jenseitsperspektive beinhalten, während andererseits das Spirituelle als inklusives Konzept das säkular Existenzielle des Daseins und das Religiöse im Sinne des deutenden und hoffenden Glaubens ebenfalls umfassen kann. Das spezifisch „Spirituelle" würde sich ergeben, wenn es um die Suche nach dem jeweils „Heiligen" im Leben geht (sowohl in einem religiösen als auch in einem nicht religiösen Sinne) und in welchem Bezugsrahmen die existenziellen Fragen gestellt werden. Das spezifisch Religiöse im Kontext des Spiritual Care ergibt sich durch die Themen der konfessionell gebundenen Seelsorge, für die die anderen Professionen weder die fachliche (theologische) Expertise noch eine Beauftragung haben (Abb. 9.2).

Abb. 9.2 Beispielhafte (nicht vollständige) Themenfelder und Unterschiede zwischen Existential und Spiritual Care

Gemeinsames Anliegen dieser theoretisch differenzierbaren Ansätze ist die zugewandte, mitfühlende Versorgung und Begleitung, bei dem neben der beruflichen Fachkompetenz auch der Respekt vor der Würde und den Anliegen des Gegenübers sowie empathisches Mitgefühl und der daraus resultierende Wunsch nach Unterstützung und Linderung des Leidens im Vordergrund stehen. Hier hat das intentionale Mitgefühl (Sinclair et al. 2016) eine altruistische Zuwendung und den Wunsch nach Veränderung (im Sinne von Leid-Minderung) zur Folge (Büssing et al. 2022), wobei das Existenzielle und das Spirituelle aus eben diesen Gründen mit beachtet werden.

Problematisch ist der Begriff des Spirituellen im klinischen Kontext jedoch, wenn sich das eigene Empfinden nicht mit den theoretischen Konzeptionen deckt oder wenn das spezifisch Religiöse seitens der Patient:innen negativ konnotiert ist und sie eine Spiritual-Care-Begleitung daher für sich ablehnen würden, obwohl sie sehr wohl existenzielle Bedürfnisse haben könnten. Wenn der Begriff „Spirituell“ daher die individuelle Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Fragen und Bedürfnissen behindert, dann ist er in der konkreten Begleitungssituation kontraproduktiv und sollte im individuellen Gespräch vermieden werden.

Literatur

Büssing A (2017) Messung spezifischer Aspekte der Spiritualität, Religiosität. In: Möllenbeck T, Schulte L (Hrsg) Spiritualität. Auf der Suche nach ihrem Ort in der Theologie. Aschendorf-Verlag, Münster, S 138–164

Büssing A (2019) Measuring spirituality and religiosity in health research. In: Lucchetti G, Peres P, Fernando M, Furlan R (Hrsg) Spirituality, religiousness and health. From research to clinical practice. Cham: Springer, S 11–31. Chapter 2, Cham

Büssing A (2021) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham

Büssing A (2022) Implementierung des Spiritual Needs Screeners in die Routineversorgung. Vortrag bei der Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität (IGGS) in Salzburg am 5. November 2022.

Büssing A, Koenig HG (2010) Spiritual needs of patients with chronic diseases. Religions 1:18–27. https://doi.org/10.3390/rel1010018

Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF (2005) Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. Health Qual Life Outcomes 3:10. http://www.hqlo.com/content/3/1/10

Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF (2007) Distinct expressions of vital spirituality. The ASP questionnaire as an explorative research tool. J Relig Health 46:267–286

Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EAM, Matthiessen PF (2009) Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? Pain Med 10:327–339. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x

Büssing A, Föller-Mancini A, Gidley J, Heusser P (2010) Aspects of spirituality in adolescents'. Int J Child Spiritual 15:25–44. https://doi.org/10.1080/13644360903565524

Büssing A, Janko J, Kopf A, Lux EA, Frick E (2012a) Zusammenhänge zwischen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Bewertung von Krankheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. Spiritual Care 1(1):57–73. https://doi.org/10.1515/spircare-2012-0008

Büssing A, Reiser F, Michalsen A, Zahn A, Baumann K (2012b) Engagement of patients with chronic diseases in spiritual and secular forms of practice: results with the shortened SpREUK-P SF17 questionnaire. Integr Med Clin J 11(1):28–38

Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt NC, Kopf A (2013) Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. Pain Med 14:1362–1373. https://doi.org/10.1111/pme.12198

Büssing A, Recchia DR, Dienberg T (2018a) Attitudes and behaviors related to Franciscan-inspired spirituality and their associations with compassion and altruism in Franciscan brothers and sisters. Religions 9:324. https://doi.org/10.3390/rel9100324

Büssing A, Recchia DR, Koenig H, Baumann K, Frick E (2018b) Factor structure of the spiritual needs questionnaire (SpNQ) in persons with chronic diseases, elderly and healthy individuals. Religions 9:13. https://doi.org/10.3390/rel9010013

Büssing A, Lindeberg A, Stock-Schröer B, Martin D, Scheffer C, Bachmann HS (2022) Motivations and experiences of volunteering medical students in the COVID-19 pandemic – results of a survey in Germany. Front Psych 12:768341. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.768341

la Cour P, Hvidt NC (2010) Research on meaning-making and health in secular society: secular, spiritual and…. Soc Sci Med 71(7):1292–1299. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.024

Drillaud F, Saussac C, Keusch F, Lafaye D, Bely H, Averous V, Frasca M, Baudry P, Burucoa B (2022) The existential dimension of palliative care: the mirror effect of death on life. OMEGA 85(4):915–935. https://doi.org/10.1177/0030222820952187

Frick E, Roser T (2011) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen. Kohlhammer., Stuttgart

Holder-Franz M (2017) Cicely Saunders – Entdeckungen bei einer Palliative Care Pionierin. Pastoraltheologie 106:422–433

Hvidt NC, Assing Hvidt E, la Cour P (2022) Meanings of "the existential" in a secular country: a survey study. J Relig Health 61(4):3276–3301. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01253-2

Martsolf DS, Mickley JR (1998) The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. J Adv Nurs 27:294–303. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00519.x

Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. Eur J Palliat Care 18(2):86–89

Offenbaecher M, Kohls N, Toussaint LL, Sigl C, Winkelmann A, Hieblinger R, Walther A, Büssing A (2013) Spiritual needs in patients suffering from fibromyalgia. Evid Based Complement Alternat Med 2013:178547. https://doi.org/10.1155/2013/178547

Peng-Keller S (2017) Spiritual Care und klinische Seelsorge im Horizont globaler Gesundheitspolitik. Chancen und Herausforderungen. In: Hagen T, Groß N, Jacobs W (Hrsg) Seelsorge im Krankenhaus und Gesundheitswesen. Auftrag – Vernetzung – Perspektiven. Herder, Freiburg, S 47–55, 53

Peng-Keller S (2021) Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Pohl-Patalong U, Lüdtke A (2019) Seelsorge im Plural. Ansätze und Perspektiven für die Praxis. EBV, Berlin

Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A (2014) Spiritual care in nursing: a concept analysis. Int Nurs Rev 61:211–219. https://doi.org/10.1111/inr.12099

Roser T (2017) Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen, 2., erweiterte und aktualisierte. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Roser T (2019) Seelsorge als Spiritual care. In: Pohl-Patalong U, Lüdtke A (Hrsg) Seelsorge im Plural. Ansätze und Perspektiven für die Praxis. EBV, Berlin, S 241–254

Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, Chochinov HM, Hack TF, Hagen NA, McClement S, Bouchal SR (2016) Compassion: a scoping review of the healthcare literature. BMC Palliat Care 15:6. https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0

Strang P, Strang S, Hultborn R, Arnér S (2004) Existential pain. An entity, a provocation, or a challenge? J Pain Symptom Manag 27(3):241–250. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.07.003

Underwood LG, Teresi JA (2002) The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. Ann Behav Med 24:22–33. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_04

Yalom I (1980) Existential psychotherapy. Basic Books, Inc, New York

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

10 Existenzielle Kommunikation im Horizont der Zumutungen des Daseins – Zugänge aus Existenzanalyse und Logotherapie

Christoph Kolbe

10.1 Zwei Perspektiven in der Betrachtung des Menschen

Wenn wir auf den Menschen schauen, um ihn zu verstehen, ihm gerecht zu werden, ihm zu begegnen und ihm zu helfen, dann geschieht dies – je nach Standort des Betrachtenden – aus mancherlei Perspektiven, wie etwa einer naturwissenschaftlichen, biologischen, medizinischen, kulturellen, sozialen, systemischen, psychodynamischen, historischen, geistigen, spirituellen oder existenziellen Perspektive. In der Geistesgeschichte wird der Mensch darum als Naturwesen und zugleich als Kulturwesen gesehen (Kriz 2023, S. 40 f.). Das spiegelt sich in einer eher naturalen und einer eher existenziellen Betrachtungsweise, unter der der Mensch und sein Menschsein gefasst werden können. Konkret wird dieses Spannungsverhältnis häufig unter der Frage nach der Willensfreiheit des Menschen diskutiert (Nida-Rümelin und Weidenfeld 2018, S. 45 ff.). Verhält er sich in seinem Tun oder handelt er? Beide Dimensionen sind dem Menschsein eigen. Deshalb dürfen sie auch nicht in einen polaren Gegensatz gestellt werden, sondern sind komplementär, also ergänzend zu verstehen. Sie lassen sich nicht jeweils ersetzen. Ein Beispiel: Ein erkrankter Mensch kann in medizinischer Hinsicht physisch betrachtet werden; dann wäre sein – aufgrund eines Unfalls – zertrümmertes Knie mit den einhergehenden Schmerzen zu untersuchen und hinsichtlich seiner herzustellenden Funktionalität zu behandeln. Er kann aber auch in existenzieller Hinsicht angesprochen werden; dann wären seine Befürchtungen, sein Kummer oder seine Enttäuschungen angesichts der Verletzung in den Blick zu nehmen. Beide Dimensionen zu sehen, führt zu einem ganzheitlichen Blick des Menschen. Denn immer ringt der Mensch vor dem Hintergrund seiner Gegebenheiten um das Gelingen seiner Existenz.

C. Kolbe (✉)
Hannover (Kirchrode), Deutschland
e-mail: c.kolbe@existenzanalyse.com

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_10

Sein Hauptwerk hat Viktor Frankl, der Begründer der Logotherapie und Existenzanalyse, deshalb 1946 „Ärztliche Seelsorge“ genannt und verbindet damit den programmatischen Auftrag, in der ärztlichen und psychologischen Begleitung dem Menschen auch in geistig-existenzieller Hinsicht in seinem Ringen um eine sinnstiftende Lebensgestaltung zu begegnen. Vor dem Hintergrund der „tragischen Trias“ von Schuld, Leid und Tod ist dies eine besondere Herausforderung, wie Frankl zeigt (Frankl 1985, S. 236, S. 113 ff.).

In der Kommunikation nun führen die beiden Blickrichtungen auf den Menschen zu verschiedenen Stilen und einem unterschiedlichen Fokus ihrer Ausrichtung. Es lässt sich zwischen Fakten- und Bedeutungsklärung in der Kommunikation unterscheiden.

10.2 Sachbezogene und existenzielle Kommunikation

Eine Betrachtung, die den Fokus auf der naturalen Dimension (mit dem Prinzip der Stetigkeit [Bollnow 1984, S. 21–23]) des Menschseins hat, gibt Informationen, Erklärungen, Einschätzungen zu Gegebenheiten und möglichen Entwicklungen. Der Mensch in seiner Situation und mit seinen spezifischen Erkrankungen wird zu einem objektiven Betrachtungsgegenstand, über den – je nach wissenschaftlicher Erkenntnis und ihrem Blickwinkel – Aussagen gemacht werden, um etwas erfassen und einschätzen zu können. Der Austausch unter den Beteiligten hierzu hat maßgeblich den Charakter einer sachbezogenen oder auch funktionalen Kommunikation. Dieser Typus der Kommunikation ist vorherrschend in den kurativen Institutionen – in Arztpraxen, Krankenhäusern, Altenzentren, ambulanten Diensten etc.

Den Menschen als geistiges Wesen zu sehen, verschiebt den Fokus auf die existenzielle Dimension (mit dem Prinzip der Unstetigkeit [1984, S. 21–23]). Hier steht die subjektiv zugeschriebene Bedeutung im Zentrum, die ein Faktum, ein Geschehen für den Menschen hat und die dieser ihm wiederum gibt. Diese Bedeutung zu finden und sich in und mit ihr zu verstehen, gelingt nur, wenn dem Menschen als Subjekt begegnet wird – im Dialog, in der Begegnung auf Augenhöhe. Es gibt keinen Wissenden und Unwissenden mehr. Es geht in dieser Kommunikation also nicht (oder zumindest weniger) um Aufklärung, sondern vielmehr um ein Betroffensein, das es zu verstehen und in seiner existenziellen Bedeutung zu klären gilt. Es gilt, individuelle Antworten zu finden, die subjektiv tragfähig erlebt werden und auch der ontologischen Struktur des Menschseins angemessen sind. Der Austausch zwischen den Beteiligten hat dann den Charakter einer existenziellen Kommunikation; ihr Fokus ist die Anfrage, die dem Gegenüber ermöglicht, eigene Antworten für ein Umgehen mit der Situation zu finden (Kolbe und Dorra 2015, S. 30 f.).

Sachbezogene und existenzielle Kommunikation stehen also in einem komplementären Verhältnis, weil der Mensch Natur- und Kulturwesen ist. So geben naturwissenschaftliche Erkenntnisse vielen Menschen Halt und Orientierung, weil ihre Aussagen auf einer überprüften Lage der Fakten beruhen. Diese Eindeutigkeit fehlt jedoch den existenziellen Themen und Betroffenheiten. Zudem haben Institutionen (wie die Kirche), Politik oder kultu-

relle Traditionen ihre mehr oder weniger verbindliche Deutungskraft für diese Themen verloren (Frankl 1986, S. 19). Deshalb ist der Mensch herausgefordert, seine persönlichen Antworten auf diese Lebensthemen zu finden: Woher gewinnen wir Zuversicht? Was lässt uns hoffen? Wie bestehen wir leidvolle Situationen? Was gibt uns Sinn? Woran können wir noch glauben? Antworten auf diese und andere Fragen sind das Fundament der Existenz. Existenzielle Kommunikation begleitet hier.

Für den modernen Menschen ist die Suche nach diesen Antworten sowohl in faktischer als auch in existenzieller Hinsicht nicht einfach, weil er auf eine „Zuständigkeitsfragmentierung" (Ross und McSherry 2021, S. 425) trifft. Für jedes Thema sind andere Profis zuständig, sodass der Betroffene leicht auf der Strecke oder verwirrt und ratlos bleibt.

Der Horizont existenzieller Themen und die existenzielle Kommunikation sollen nun in ihrer Bedeutung näher ausgeführt werden.

Zunächst: Existenzielle Kommunikation lässt sich in zweifacher Weise verstehen – zum einen als Gespräch im Horizont existenzieller Themen und zum anderen als Klärung einer persönlich erlebten Bedeutung und Haltung im Horizont dieser Themen.

10.3 Der Horizont existenzieller Themen

Den Auftakt bildet der Horizont existenzieller Themen. Zu ihnen gehören die Freiheit des Menschen, sein Leben angesichts von Tod und Endlichkeit, der Umgang mit Schuld, die Bewältigung schicksalhafter Erfahrungen angesichts von Leid, Krankheit, Zerstörung, Krieg oder Verlust, das Ertragen von Einsamkeit und Isolation, die Begegnung mit Angst oder das Ringen um Sinn, Wahrhaftigkeit, Authentizität und Verantwortung. Weitere Themen könnten genannt werden. Gemeinsam ist ihnen allen, dass der Mensch diesen Themen nie entkommen kann und ihnen deshalb zu begegnen hat. Denn sie konstituieren die Wirklichkeit des Daseins, ohne dass die Antwort, die der einzelne Mensch auf diese Themen findet und gibt, vorgegeben ist. Es ist das Verdienst der Existenzphilosophie, diese Fragen zentral in ein Verständnis von der Struktur, der Aufgabe und dem Gelingen des Menschseins gestellt zu haben. Aber natürlich sind sie schon immer auch Gegenstand religiöser und mythologischer Überlieferungen. Sie kulminieren in den Fragen: Was bedeutet es überhaupt, zu existieren? Und wie gelingt erfüllte Existenz, ohne den Zumutungen des menschlichen Daseins auszuweichen? In besonderer Weise stellen diese existenziellen Themen den Menschen vor eine Sinnfrage. Sie konfrontieren ihn zudem mit der eigenen Angst. In einem kurativen Umfeld, das Behandlung und/oder Begleitung von Menschen im Fokus hat, also Krankenhäuser, ambulante oder stationäre Pflege, Alteneinrichtungen, palliative Begleitung etc., begegnet man deshalb zwangsläufig diesen Themen. Existenzielle Kommunikation heißt dann, Menschen und sich selbst im Horizont dieser Fragen mit ihrer Zumutung, ihrer Kontingenz, ihrer Bedrohung und dem Ringen um Antwort zu begegnen (Kolbe und Giebel 2022, S. 151 ff.). Es geht um Strukturen des Da-

seins und persönliche Antworten auf diese Gegebenheiten, die von Verzweiflung und Selbstaufgabe bis zu Hoffnung und Trost reichen. Aus diesem Umfeld lassen sich Behandlung und Begleitung nie lösen. Ein professioneller Umgang hat sie deshalb zu beachten und ihnen gerecht zu werden. Die Antworten auf diese Fragen jedoch können nur von jedem einzelnen Menschen selbst und individuell gefunden werden. Sie dürfen deshalb nicht mit persönlichen Überzeugungen der Begleitenden vorgegeben werden. Vielmehr ist der Mensch im Ringen und Finden seiner Antwort zu begleiten. Diese Kunst sollten Menschen, die in dem beschriebenen Feld der besonderen „Zumutung" existenzieller Themen arbeiten, in ihren Grundzügen beherrschen, um den anvertrauten Menschen umfassender, also auch in geistiger Hinsicht, gerecht zu werden.

10.4 Der Horizont der unmittelbaren persönlichen Bedeutung

So gelangt man zu einem weiteren Verständnis existenzieller Kommunikation. Sie hilft Menschen, sich mit Gegebenheiten und Notwendigkeiten auseinanderzusetzen, um zu einer für sie wesentlichen Erkenntnis und Haltung angesichts dieser situativen Bedingungen kommen zu können. Sie tut dies, indem sie *die Themen in ihrer unmittelbaren persönlichen Bedeutung für den Beteiligten* anspricht. Damit ist ein zentrales Merkmal des Existenziellen beschrieben: die persönlich erlebte Bedeutung dessen, was ist. Dies gilt zunächst einmal ganz grundlegend, also für jeden situativen Kontext. Wie geht etwas mich an? Diese Bedeutung lässt sich in zweifacher Hinsicht fassen, nämlich subjektiv und objektiv, man könnte auch sagen qualitativ und inhaltlich.

10.4.1 Das Existenzielle als ein qualitatives Bewegtsein

In subjektiver Hinsicht wird das Existenzielle erlebt mit dem, was auf einen zukommt, *als ein qualitatives Bewegtsein*. Man ist dabei und irgendwie bewegt. Etwas kann spannend, interessant oder voller Freude sein, wenn es sich um etwas Schönes handelt, es kann langweilig, gleichgültig oder nichtssagend sein, wenn es keine Bedeutung hat. Es kann aber auch sehr traurig, betroffen, ängstlich, verzweifelt oder nachdenklich machen, wenn es Schweres ist, dem man nicht ausweichen kann. Man ist bewegt – so oder so. Besonders wird dies deutlich, wenn man den schweren und dunklen Seiten des menschlichen Daseins begegnet, von denen weiter oben bereits gesprochen wurde. Das Existenzielle definiert sich also von der persönlichen Relevanz, die eine jeweilige Situation für den Menschen hat. Zu diesem subjektiven Bewegt- und Angesprochensein gehört noch ein weiteres qualitatives Moment: *Wir erfahren es als uns unmittelbar angehend*. Das, was gerade ist und bewegt, ist bedeutsam und wichtig für uns und unser Leben. Man ist plötzlich aus der Gleichgültigkeit gerissen. In seiner Wirkung können wir das Existenzielle somit auch erkennen: Es erschüttert uns, weil wir ihm nicht ausweichen können. Oder es erfüllt und verlebendigt uns, wenn wir es wählen und leben. Vielleicht wird es sogar zur Grundlage unse-

rer Haltung dem Leben und der Welt gegenüber, weil wir uns mit unserer Entscheidung dazu stellen (zumindest für diesen einen Moment, möglicherweise auch weit darüber hinaus).

10.4.2 Das persönliche Erleben, der phänomenale Gehalt, die persönliche Haltung

Dann gibt es noch *den objektiven, den inhaltlichen Aspekt*, der für das existenzielle Erleben von Bedeutung ist. Es handelt sich hier um den *phänomenalen Gehalt*, der allem Erleben zugrunde liegt. Denn allem, was uns bewegt, geht ein Grund voraus. Er ist der Inhalt unseres Bewegtseins, also dessen, was uns bedeutungsvoll wird. Diesen Grund gilt es zu sehen, übrigens auch, ihm gerecht zu werden. Deshalb wird auch von Beweggründen gesprochen. Es ist eben dieser Verlust, der uns traurig sein lässt, diese Verletzung, die uns Kummer bereitet, diese Erkrankung, die uns ängstigt oder diese Realität, die wir akzeptieren müssen.

Mit diesen Merkmalsbeschreibungen sind (etwas anders gereiht) drei wesentliche Elemente des Existenziellen beschrieben (s. hierzu das Prozessmodell der Personalen Existenzanalyse [PEA] nach Längle 2000a, S. 23–28, 2000b, S. 82 f.; insbesondere mit den Schritten PEA1 und PEA2):

1. das persönlich bedeutsame *Erleben* zum Thema und zur Situation,
2. der im Erleben wesentliche und spezifische phänomenale *Gehalt* und
3. die persönliche *Haltung* aufgrund personaler Entscheidung.

10.5 Die drei Leitfragen für den Dialog im Horizont persönlichen Betroffenseins

Für die existenzielle Kommunikation ergeben sich aus dieser Charakterisierung Leitfragen, die das Gespräch mit dem Gegenüber fokussieren:

1. *„Wie erleben Sie das?“* erarbeitet das persönlich bedeutsame Erleben dieser Situation. Befindlichkeiten, Gefühle und Stimmungen können ausgesprochen werden. Das entlastet einerseits und hilft andererseits, den Gefühlen, die jetzt wesentlich sind, auf die Spur zu kommen.

   Das, was ist und von dem gesprochen wird, ist zunächst in seinem Erleben für den jeweils Beteiligten zu erfassen. Dies macht es dem Menschen möglich, sich in der Qualität seines Bewegtseins zu erkennen. Liegt dem, worüber gesprochen wird, überhaupt ein Erleben zugrunde? Im Einzelfall kann die kommunikative Aufgabe dann darin bestehen, dieses Erleben überhaupt erst zu erschließen oder es zu vertiefen und zu halten, um es anschließend in seiner Bedeutung betrachten und verstehen zu kön-

nen. Die wesentlichen Fragen sind hier: *Wie geht es Ihnen mit dieser Situation oder diesem Thema? Wie ist Ihr Erleben dazu genau?* Es ist darauf zu achten, von eher oberflächlichen und nichtssagenden Aussagen („Heute geht es mir schlecht.“) hin zu differenzierenden Beschreibungen des Erlebens zu gelangen.

2. *„Was daran ist das Sie Bewegende?“* hebt den phänomenalen Gehalt. Mit dieser Frage geht es in die Tiefe. Das, worum es dem Menschen in seinem Erleben im Grunde geht, wird ans Licht geholt. Es bleibt nicht im Befinden, sondern wird verstehbar von seinem Grund her, von dem, was bewegt.

   Diese zweite Betrachtungsebene innerhalb existenzieller Kommunikation fokussiert das Motiv für das Erleben. Es gibt kein emotionales Erleben ohne Grund. Was also ist es, das dieses Erleben in dieser Situation oder zu diesem Thema in einem Menschen auslöst? Man spricht hier vom phänomenalen Gehalt, der dem Erleben zugrunde liegt. Es geht um das Bewegende an dem, was ist oder von dem gesprochen wird. Dies ist dem Menschen nicht immer sofort bewusst, sodass es dann herauszuarbeiten ist. Die Beteiligten sind dahin zu führen, sich dem eigenen Erleben oder dem Thema gegenüber zu öffnen, sodass sie herausfinden können, was sie an diesem Thema im Grunde berührt. Ein häufig vorkommender Fehler der Gesprächsführung ist, dass diese Tiefenarbeit nicht zu Ende gebracht wird, sondern das bislang Geäußerte bewertet wird, Meinungen diskutiert und Lösungsideen angeboten werden, statt das Bewegende im Horizont des zu Ertragenden konsequent herauszuarbeiten. Die wesentlichen Fragen sind hier: *Von welchem Aspekt sind Sie besonders berührt? Was lässt Sie sich schlecht fühlen? Worüber sind Sie empört? Worum geht es Ihnen dabei genau?*
3. *„Was gilt für Sie jetzt?“* thematisiert den Möglichkeitsraum, die Haltung und die Entschiedenheit, der und die dem Gegebenen gegenüber gefunden werden kann. Wenn etwas ist, was es ist und wie es ist, dann ist ihm zu begegnen, mit ihm umzugehen. Äußere Möglichkeiten und Spielräume, die immer noch bestehen, können reflektiert werden und innere Haltungen, wie das Gegebene getragen werden kann, sodass Zukunft entsteht, können in den Blick kommen.

Für eine existenzielle Kommunikation ist es wesentlich, sich mit dem persönlichen Bedeutungsgehalt dessen, was ist oder von dem gesprochen wird, auseinanderzusetzen. Der Mensch ist zu einer Bewertung dessen herausgefordert, was sich in seinem Erleben als wesentlich zeigt, um schlussendlich zu einer authentischen Position zu finden. Unter Umständen hat er hierbei verschiedene Motive gegeneinander abzuwägen. Erst dann kann er wissen, was er wichtig nehmen sollte und wofür er sich entscheiden will. Das kann niemand anders für ihn tun. Mit dieser Entscheidung für eine Position gibt er seinem Leben die entscheidende existenzielle Richtung. Existenzielle Kommunikation fördert deshalb diese sehr persönliche Auseinandersetzung, um individuelle Einsichten und Positionen finden zu können. Die wesentlichen Fragen sind hier: *Was ist an dem Thema wichtig für Sie? Welchen Stellenwert soll es für Sie und Ihr Leben haben? Welchen Stellenwert soll es angesichts anderer wichtiger persönlicher Werte haben? Was folgt daraus für Sie?*

Ein Beispiel: Sie erkranken kurz vor einer seit Langem von Ihnen geplanten Reise so schwer, dass es fraglich ist, ob Sie diese Reise antreten können. (1) „Wie geht es Ihnen mit dieser Situation?“ Sie sind vielleicht enttäuscht, frustriert, verärgert und wütend, vielleicht sogar auch ein wenig erleichtert oder gleichgültig oder resigniert. (2) „Was ist es, das in Ihnen diese Gefühle hervorruft?“ Sie hatten sich sehr auf darauf gefreut, diese Orte einmal kennenzulernen, die Sie bereisen wollten, oder die Menschen zu treffen, die Ihnen am Herzen liegen. Gleichzeitig sind Sie entlastet, die Anstrengungen der Reise jetzt nicht auf sich nehmen zu müssen. Oder es überkommt Sie ein altes, immer mal wieder auftauchendes Gefühl, dass es sowieso nicht klappt, wenn Ihnen mal etwas wichtig ist. (3) „Was gilt für Sie jetzt?“ Und nun müssen Sie sich zu dieser unverhofften Tatsache mit ihren objektiven und subjektiven Implikationen einstellen. Sie müssen eine Haltung finden, indem Sie die Wirklichkeit akzeptieren, auch wenn Sie traurig sind. Oder Sie können sich mit der inneren Überzeugung auseinandersetzen, ob es das Leben mit Ihnen tatsächlich nicht gut meint.

Existenzielle Kommunikation nimmt den Menschen als geistiges Wesen in den Blick, der mit sich und seiner Situation ringt und dem angesichts der Schwere und Schicksalshaftigkeit weitgehende Antworten abverlangt werden. Mit den hier ausgeführten Fragen entstehen Ernsthaftigkeit, Lebendigkeit, Tiefe und Ausblick für das Bestehen und Bewältigen der jeweiligen Lebenssituation. Sie sind deshalb der Fokus existenzieller Gesprächsführung. Auf diese Weise werden Gespräche persönlich. Dies erklärt auch, warum Gespräche an der Oberfläche bleiben, enttäuschen oder anstrengend erlebt werden, gar auslaugen – nämlich immer dann, wenn es „um nichts“ geht, wenn Schilderungen, Hypothesen, Sichtweisen oder Meinungen ohne personalen Bezug geäußert werden und damit das persönlich Bedeutsame nicht angesprochen oder einbezogen wird. Dies ist umso enttäuschender, verletzender oder gar empörender, wenn es um die Begegnung und Bewältigung mit dem Tragischen im Leben geht. Mittels existenzieller Kommunikation werden jedoch Wege möglich, wie Gespräche gelingen können, wie sie das Erleben von Relevanz sowie ein Verstehen stiften und Begegnung erfahrbar werden lassen; Gespräche, die lebendig sind und bei denen es um etwas geht; Gespräche, in denen sich alle Beteiligten herausgefordert fühlen, ihre ureigenen Antworten zu finden und zu geben.

10.6 Die Zuspitzung: Menschsein im Horizont der Krise

Diese Antworten zu finden, ist die radikale Herausforderung für den Menschen angesichts der Unausweichlichkeit all den Themen gegenüber, die im Hier und Jetzt zu bewältigen sind, weil wir ihnen nicht ausweichen können. Einige dieser Themen sind bereits genannt worden. Diese Herausforderung spitzt sich nochmals im Horizont der Krise zu, die ein häufiges Merkmal für die Situation der Menschen im Umfeld von Medizin, Pflege und Therapie ist. Um den Menschen in der Meisterung dieser Herausforderung begleiten zu können, ist es wesentlich, zunächst zu sehen und zu verstehen, womit er ringt, wenn er in eine Krise kommt.

Was ist das Wesen der Krise? Beginnen wir mit den zentralen existenziellen *Charakteristika* (Bollnow 1984, S. 26 ff.). Krisen stören den normalen Lebensablauf, die fließende, kontinuierliche Entwicklung, die Stetigkeit. Zumeist treten sie plötzlich und mit einer ungewöhnlichen Intensität auf. Etwas ganz Andersartiges bricht in das bisherige Leben ein und hat dort keinen Platz. Mit ihm aber muss umgegangen werden. Ein neuer Gleichgewichtszustand stellt sich erst ein, wenn die Krise durchlaufen wird. Dazu gehört, dass es unmöglich ist, in der bisherigen Weise das Leben fortzusetzen. Es bedarf einer Neuausrichtung, einer Entscheidung. Diese Entscheidung beinhaltet immer einen Bruch mit der bisherigen Lebensentwicklung. Sie kann „nur ganz oder gar nicht vollzogen werden" (S. 33). „Von einer unhaltbar gewordenen alten Ordnung geht es durch den Höllensturz der Verzweiflung über die lösende Entscheidung zu einer neuen Ordnung" (S. 34). Zu dieser Entscheidung wird der Mensch gegen seinen Willen gezwungen. Die aktuelle Lebenssituation – ein Ereignis, ein Verlust oder eine Erkrankung – kann nicht mit den bekannten und üblichen Problembewältigungsstrategien gelöst werden. Der Mensch erlebt sich hilflos, er ist ohnmächtig und fühlt sich dieser äußeren oder inneren Situation gegenüber ausgeliefert. Er ist verzweifelt und hat Angst, möglicherweise sogar Todesangst. Alles entgleitet ihm und da ist nichts mehr, an das er sich halten kann – bis dahin, dass ihm der Zugang zu seinen personalen Fähigkeiten fehlt, mit dem Ereignis, das die Krise auslöst, zurechtzukommen. Stattdessen nimmt er häufig aufgrund seiner psychischen Labilisierung Zuflucht zu psychodynamischen Reaktionsmustern, sog. Copingreaktionen, die die Situation psychisch entlasten, aber nicht bewältigen (Längle 2003, S. 125ff.; Kolbe 2020b, S. 139 ff.). Verzweiflung und Angst sind also wesentliche Momente der Krise. Der Mensch hat nichts mehr, an das er sich halten kann.

10.7 Die existenzielle Zumutung: die Bedrohung des Sein-Könnens

Aus existenzanalytischer Perspektive (Längle 2016, S. 100–104) kommt es zu dieser Angst, wenn der Mensch in den drohenden Verlust seines persönlichen Könnens gerät, eines der zentralen existenziellen Daseinsthemen des Menschen. Was ist Können? Im Können verwandelt der Mensch „Bedingungen zu Möglichkeiten", es ist „ein Umgehen mit dem Verfügbaren" (Längle 2001, S. 47). Hier entwickelt und zeigt der Mensch seine Mächtigkeit. Auf diese Weise hat er Teil am Sein. Er ist Gestalter seines Lebens. Nicht-Können ist deshalb Seinsverlust (S. 48), zumindest Verlust an der Teilhabe am Sein. Solange sich hinter Alltagserfahrungen des Nicht-Könnens immer neue Möglichkeiten erschließen, zeigt sich immer wieder neues Können. Deshalb wird diese Situationen nicht in dem Ausmaß bedrohlich erlebt, wenngleich sie auch immer mit Angst und Verunsicherung gekoppelt ist. Dieser Möglichkeitsraum geht in der Krise zunächst verloren. Deshalb bedarf das Nicht-Können der Hilfe, wie sie im kurativen Feld durch Betreuung, Behandlung oder Beratung gegeben wird. In existenzieller Hinsicht fokussiert diese Hilfe die drohende Angst des Menschen, die Realität mit diesem eingeschränkten Können nicht ertragen zu

können, mit dem Leben, wie es ist, nicht zurande zu kommen, dem Dasein nicht gewachsen zu sein. Dies geht immer auch mit einer Erschütterung des Grundvertrauens einher. Sie löst sich erst, wenn der Mensch sein Schicksal annimmt. Wenn er lassen kann, was ist – gegen alle Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche. Ein anderes Wort dafür ist Gelassenheit. Es ist im Grunde „eine Haltung der Stärke, weil sie das Gewicht der Welt erträgt, weil sie aus einem Halt entspringt, dessen Fundament auf dem Seinsgrund aufruht. Was immer der Seinsgrund letztlich sein mag – Gott oder die Lebensordnung oder das Nichts – psychologisch gesprochen wird dem Menschen der Seinsgrund dann erschlossen, wenn wir die Bereitschaft haben, mit diesem Leben leben zu wollen und uns dieser Welt aussetzen zu wollen. Im Seinsgrund wurzeln wir, wenn wir das Leben annehmen können, mit seinem Risiko der Vernichtung und Zerstörung, der Einschränkung und Belastung, des Einsatzes und des Verlustiggehens.“ (S. 63). Dieser Halt ruht nicht auf dem, was wir haben, sondern wurzelt in dem, was ist (zur Vertrauenswürdigkeit des Daseins vgl. Küng 1978, S. 502 sowie Kolbe 1995, S. 11).

Erst wenn in dieser Haltung mit der ihr inhärenten Entscheidung eine neue Gewissheit und Perspektive gefunden werden können, wird die Krise überwunden und gewinnt das Leben eine neue sinnstiftende Ausrichtung. Manche beschreiben dies als eine gewonnene Einsicht dem Leben gegenüber, die sie der Krise verdanken. Ähnliche Gedanken finden sich im Kohärenzkonzept von Antonovski, der den Sense of Coherence ins Zentrum seines Konzeptes der Salutogenese gestellt hat (Antonovsky 1979).

10.8 Vier Schritte für den personalen Umgang mit der Krise

Um einen personalen Umgang mit der Krise zu finden, sind vier Schritte zu gehen (vgl. hierzu auch die personalen Aktivitäten der 1. Grundmotivation nach Längle 2021, S. 63 f., S. 114), die unter Umständen der Begleitung bedürfen.

Der *erste* Schritt liegt im *Wahrnehmen* dessen, was ist, ohne den Blick auf die Wirklichkeit durch eigene Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen zu verzerren. Dann wird sichtbar, was dem Menschen tatsächlich gegenübersteht (vs. Leugnung oder Festhalten an Wünschen und Vorhaben).

Der *zweite* Schritt liegt im *Geltenlassen* dessen, was ist. So ist es jetzt. Hier gilt es auch, sich einer möglichen Erschütterung zu stellen. Das schließt dann u. U. auch die Erfahrung der eigenen Ohnmacht ein, mit der Befürchtung, der Wirklichkeit nicht gewachsen zu sein, oder dem Gefühl, überfordert zu sein. Es geht also um ein Hinnehmen und dann um ein Aushalten.

Der *dritte* Schritt liegt im *Annehmen* dieser Wirklichkeit. Erst auf der Basis der Akzeptanz dieser Bedingungen wird der Mensch frei, in einen neuen und eigenen Umgang mit ihnen zu finden, ohne die Bedingungen zu manipulieren. Annehmen beinhaltet also zunächst ein Loslassen von Wünschen, Vorstellungen und Erwartungen und sodann eine Bejahung, mein „Ja“, dass es jetzt so ist. Um dieses Ja sprechen zu können, bedarf es innerer

Halterfahrung. Es braucht Gewissheiten, auf die der Mensch zurückgreift, weil er sie als tragend erlebt. Es braucht Zuversicht, worin auch immer sie sich begründet.

Der *vierte* Schritt besteht dann im *Gestalten* dieser vorfindlichen Wirklichkeit. Welche sinnstiftenden Möglichkeiten enthält sie? Was ist immer noch möglich? Was kann erfreuen? Welche Chancen enthält diese Situation?

Hierbei begegnet man immer einem Wechselspiel von Bedingungen und Voraussetzungen. Spezifische Themen der Zeit, äußere oder innere Krisen sind deshalb nicht für alle Menschen ein gleiches Thema und ein gleiches Problem. Das ist die Schwierigkeit mit verallgemeinernden Aussagen, was eine Krise für *den* Menschen bedeuten mag. In der täglichen Praxis sieht man, wie die einen im Umgang mit bestimmten Gegebenheiten gut zurechtkommen, andere nicht. Diese Beobachtung macht deutlich, dass der Mensch nicht von seinen Bedingungen festgelegt ist, sonst müsste es nämlich allen Menschen zu bestimmten Zeiten zumindest ziemlich ähnlich gehen. So ist es aber nicht. Im persönlichen Ringen um authentische Lebensgestaltung steht man dem Horizont der Bedingungen mit unterschiedlich ausgestatteten persönlichen Voraussetzungen gegenüber. Diese unterschiedliche psychische Ausstattung und die Festigkeit ihrer Struktur sind dafür verantwortlich, dass man mit spezifischen Bedingungen besser oder weniger gut zurechtkommt. Man reagiert dann ängstlicher, depressiver, histrionischer oder narzisstischer. Diese Reaktionen liegen anthropologisch auf einer anderen Ebene als die existenziellen Fragen: Was ist jetzt richtig? Was kann und soll ich jetzt tun? Welche Perspektive kann ich finden? Welche Aufgabe erwächst mir aus dieser Situation? All dies gilt es, diagnostisch zu berücksichtigen und zu unterscheiden (Kolbe 2020a; S. 35 ff.). Dies soll hier nur angedeutet sein.

Frankl meinte, grundsätzlich bestehe die Herausforderung für den Menschen darin, sein Leben so zu gestalten, dass es als sinnvoll und erfüllend erlebt wird, indem er schöpferische Werte und Erlebniswerte verwirklicht. Zu jedem Leben gehört aber auch die Begegnung mit der Grenze, dem unabänderlichen Schicksal, der tragischen Trias von Leid, Schuld und Tod. Hier habe sich der Mensch zu bewähren, indem er sich der Unausweichlichkeit dieser Zumutungen stellt, die diese Themen in sich tragen. Damit verändert sich die Idee der Gestaltung. Es geht jetzt nämlich (nur noch) darum, eine Haltung zu finden, wie ein Mensch dieses unabänderliche Schicksal auf sich nimmt, wie er es trägt (Frankl 1981, S. 80 ff., 1985, S. 114). Das zu vermögen, ist seine höchste Leistung.

Literatur

Antonovsky A (1979) Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco

Bollnow OF (1984) Existenzphilosophie und Pädagogik. Kohlhammer, Stuttgart

Frankl VE (1981) Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. Herder, Freiburg/Basel/Wien

Frankl VE (1985) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Fischer, Frankfurt am Main

Frankl VE (1986) Psychotherapie für den Laien. Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Herder, Freiburg

Kolbe C (1995) Psychotherapie und Religion. Z Existenzanalyse 3:7–12
Kolbe C (2020a) Person und Struktur. Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. In: Kolbe C, Dorra H (Hrsg) Selbstsein und Mitsein. Existenzanalytische Grundlagen für Psychotherapie und Beratung. Psychosozial, Gießen, S 35–54
Kolbe C (2020b) Psychodynamik. Und ihre Bedeutung in der existenzanalytischen Psychotherapie. In: Kolbe C, Dorra H (Hrsg) Selbstsein und Mitsein. Existenzanalytische Grundlagen für Psychotherapie und Beratung. Psychosozial, Gießen, S 139–153
Kolbe C, Dorra H (2015) Wissen, dass man nicht weiß. Existenzanalytische Perspektiven zum hermeneutischen Vorrang der Frage. Projekt Psychother (04):30f
Kolbe C, Giebel A (2022) Einsam in existenzieller Angst – ein Gespräch. In: Giebel A, Hörsch D, Hofmeister G, Lilie U (Hrsg) Einsam. Gesellschaftliche, kirchliche und diakonische Perspektiven. Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, S 151–169
Kriz J (2023) Humanistische Psychotherapie. Grundlagen-Richtungen-Evidenz. Kohlhammer, Stuttgart
Küng H (1978) Existiert Gott? Antwort auf die Gottesfrage der Neuzeit. Pieper, München
Längle A (2000a) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Rühl K, Längle A (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. GLE-Verlag, Wien, S 9–37
Längle A (2000b) Schematische Darstellung der einzelnen Schritte der PEA. In: Rühl K, Längle A (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. GLE-Verlag, Wien, S 77–84
Längle A (2001) Leben als Schicksal – Bedingungen und Grenzen menschlicher Existenz. In: Rühl K, Längle A (Hrsg) Ich kann nicht… Behinderung als menschliches Phänomen. Facultas, Wien, S 41–66
Längle A (2003) Psychodynamik - die schützende Kraft der Seele. Verständnsi und Therapie aus existenzanalytischer Sicht. In: Längle A (Hrsg.) Emotion und Existenz. Wien: GLE-Verlag, S. 111–134
Längle A (2009) Warum wir leiden. Verständnis, Umgang und Behandlung von Leiden aus existenzanalytischer Sicht. Z Existenzanalyse 26:20–29
Längle A (2016) Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Facultas, Wien
Längle A (2021) Existenzanalyse und Logotherapie. Kohlhammer, Stuttgart
Nida-Rümelin J, Weidenfeld N (2018) Digitaler Humanismus. Eine Ethik für das Zeitalter der Künstlichen Intelligenz. Piper, München
Ross L, McSherry W (2021) Relevance of addressing spiritual needs for clinical support: nursing perspective. In: Büssing A (Hrsg) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave MacMillan, Cham

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Umgang mit psychologischen Widerständen gegen existenzielle und spirituelle Themen

11

Michael Utsch

11.1 Einleitung

Es gibt einige Argumente dafür, nicht zu tief in existenzielle oder spirituelle Themen einzusteigen. Weil es keine belastbaren Fakten und eindeutige Antworten auf die existenziellen Menschheitsfragen Gerechtigkeit, Wahrheit, Leiden, Schuld und Tod gibt, ist man auf Vermutungen und persönliche Glaubensüberzeugungen angewiesen. Gerade in Deutschland ist Religion strikte Privatsache, über die man nicht viel redet. Andererseits wissen alle Menschen, dass ihr Leben tödlich endet. Diese Tatsache erleben viele als eine Demütigung und verdrängen sie deshalb. Studien zufolge fürchten die meisten Menschen mit dem Sterben verbundene Unsicherheiten und Schmerzen (Stavemann und Hülsner 2019). Aus psychohygienischer Sicht ist es jedoch ratsam, sich mit existenziellen Themen und dem unausweichlichen Tod zu beschäftigen. Unsicherheit und Ungewissheit erzeugen Hilflosigkeit und Angst und sind damit massive Stressoren, die die Lebensqualität negativ beeinflussen können (Chmielewski et al. 2020). Deshalb dient es dem Wohlbefinden, auch heikle Themen (wie existenzielle und religiös-spirituelle Fragen) zu überdenken und eine persönliche Stellung dazu zu beziehen (Utsch 2020a).

M. Utsch (✉)
Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen, Berlin, Deutschland
e-mail: utsch@ezw-berlin.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_11

11.2 Vernachlässigung der spirituellen Dimension in Medizin und Psychologie

Während andere kulturelle Phänomene, wie Arbeit, Sport, Musik oder Werbung, psychologisch recht gut erforscht sind, fristet die Religionspsychologie im Unterschied zu anderen Kontinenten im stärker säkularisierten Europa immer noch ein Schattendasein (Utsch 1998, 2020). So ist etwa erstaunlich, dass im Handbuch *Psychologie der Werte* (Frey 2016) kein eigenes Stichwort „Religion" vorkommt. Religiosität wird nur vereinzelt am Rande erwähnt, obwohl die dort verhandelten Stichwörter wie Nächstenliebe, Dankbarkeit, Achtsamkeit, Gerechtigkeit, Vergeben, Vertrauen oder Weisheit in den Religionen verwurzelt sind. Warum fehlen auch in der 6. Auflage im bewährten Handbuch *Praxis der Psychotherapie* (Senf und Broda 2020), das auf 900 Seiten umfassende Orientierungshilfe sein will, jegliche Bezüge zu Religion und Glauben? Im sozialpsychologischen Klassiker „Irren ist menschlich" (Dörner et al. 2017) fehlen auch in der 24. Auflage Bezüge zu Glauben, Religion und Spiritualität; sie werden weder in ihren positiven noch in ihren negativen Effekten erwähnt. Ein psychotherapeutisches Praxisbuch zum therapeutischen Umgang mit der eigenen Endlichkeit und Todesangst (Stavemann und Hülsner 2019) übergeht also auch die zahlreichen und bewährten Möglichkeiten religiöser Angstbewältigung vor Tod und Sterben.

In Europa hat erst die Palliativmedizin Themen wie „religiöse Bedürfnisse" und „spirituelles Erleben" akademisch „salonfähig" gemacht und dazu beigetragen, dass religionspsychologische Fragen auch in der Psychologie ernsthaft behandelt werden. Vor allem in der Palliativmedizin wird die spirituelle Dimension des Menschseins seit einigen Jahren genauer untersucht und in die Behandlung mit einbezogen. Aktuelle Erhebungen in Deutschland belegen, dass spirituelle Bedürfnisse unabhängig von einer konfessionellen Zugehörigkeit bestehen und ihre Beachtung das seelische Wohlbefinden fördert (Frick et al. 2020).

Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1998) ist jede Person spirituell, weil sie sich spätestens angesichts des Todes existenziellen Fragen stellt. Spiritualität wird hier als die Reflexion der Erfahrungen verstanden, die im Umgang mit existenziellen Fragen – Warum ich? Gibt es einen höheren Sinn? Was kommt nach dem Tod? – gemacht werden. Spiritualität dient als anthropologische Kategorie, um die existenzielle Lebenshaltung, insbesondere in menschlichen Grenzsituationen, zu beschreiben.

11.3 Argumente für die Einbeziehung der spirituellen Dimension

In den letzten Jahren ist eine Rückkehr des Religiösen ins öffentliche Bewusstsein festzustellen. Religiöse und spirituelle Werte bilden eine zentrale Säule der Kultur und sind damit identitätsstiftend. Der Deutsche Kulturrat hat im Jahr 2017 Thesen zur kulturellen Integration einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft verabschiedet. Sie beschreiben, wie Religionen wichtige Beiträge zur kulturellen Integration leisten, indem sie etwa durch ihre Wertvorstellungen den Gemeinsinn stärken (Zimmermann 2017).

Religiöse und spirituelle Weltanschauungen können vor allem zwei elementare menschliche Bedürfnisse befriedigen, auf die die hoch technisierte, säkulare Gesellschaft keine Antworten weiß (De Botton 2013): Wie kann man trotz der tief verwurzelten egoistischen und gewalttätigen Impulse harmonisch in Gemeinschaften zusammenleben? Und wie kann man die eigene Endlichkeit, das ungerechte Leiden und den Schmerz aushalten, ohne zu verzweifeln? Religion und Spiritualität bieten Sinndeutungen, um bohrende existenzielle Fragen zu beantworten und Traumatisierungen, Krankheiten und Begrenzungen besser zu bewältigen.

Zur Geschichte ganzheitlicher Gesundheit

Glaube und Heilung, Spiritualität und Psychotherapie waren bis ins 17. Jahrhundert untrennbar miteinander verknüpft. Im Altertum waren die Heiler Angehörige der Priesterklasse; im Mittelalter wurden psychotherapeutische Behandlungen von der Geistlichkeit ausgeübt (Reuter 2014). Mönche gründeten die ersten Hospitäler, Diakonissen prägten über Jahrhunderte das Leitbild für Diakonie und Pflege. Diesbezügliche Methoden und Haltungen werden heute im Rahmen einer traditionellen europäischen Medizin (TEM) neu entdeckt (Steinmetz und Webersberger 2019). Früher wurden religiöse Übungen und Rituale (wie Opfer, Anbetung oder Beichte) gezielt zu physischen und psychischen Heilzwecken eingesetzt (Brentrup und Kupitz 2015; Spitzer 2022). Mit der Aufklärung, der umgreifenden Technisierung des Alltags und den professionellen Spezialisierungen brachen das religiöse Heil und die säkulare Heilung auseinander. Therapie und Theologie wurden zu Rivalinnen. Besonders die Psychoanalyse grenzte sich scharf gegen alles Spirituelle ab, weil sie mit ähnlichen, meditativen Methoden das Innere erkundet. Moderne psychoanalytische Schulen haben sich hingegen gegenüber der spirituellen Dimension wieder geöffnet (Utsch et al. 2018). Verfolgt man den Begriff „Therapie“ auf seine älteste bezeugte Bedeutung zurück, tritt sein religiöser Kern deutlich hervor: Das Griechische „therapeuein“ bedeutet zunächst die Götter verehren, der Gottheit dienen, und dann auch: besorgen, warten, pflegen, ärztlich behandeln und eben auch heilen, (wieder-) herstellen.

Nachdem das Erbe religiöser Heilkunde lange Zeit vergessen schien, wird es gegenwärtig wiederentdeckt (Rosmarin und Koenig 2020). Psychologen erkunden die befreiende Wirkung des Verzeihens (Handrock und Baumann 2017), die stabilisierenden Funktionen der Dankbarkeit (Freund und Lehr 2020) oder die neuropsychologischen Grundlagen der Widerstandskraft von Hoffnung und spirituellem Vertrauen (Cyrulnik 2018). Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat mit einem Volumen von 2,5 Mio. € interdisziplinäre Studien über „Resilienz in Religion und Spiritualität“ unter Projektleitung einer Theologin durchführen lassen (Richter 2021).

11.4 Umgang mit psychologischen Widerständen gegen existenzielle und spirituelle Themen

Obwohl empirische Forschungen die Bedeutsamkeit positiver Spiritualität für das Wohlbefinden belegen, sind bis heute bei manchen Psychiatern und Psychotherapeuten antireligiöse und spiritualitätskritische Affekte festzustellen. Bonelli (2018) erklärt diese Haltung damit, dass sie eine „größere Wirklichkeit“ als persönliche Kränkung empfinden würden. Nachdem religiöse und spirituelle Themen in der Psychotherapie viele Jahre tabuisiert wurden (Kaiser 2007), markieren jedoch zahlreiche Veröffentlichungen der letzten Jahre einen bemerkenswerten Richtungswechsel (Hofmann und Heise 2017; Utsch et al. 2018; Frick et al. 2018; Juckel et al. 2018; Britten 2019; Mönter et al. 2020; Ohls und Kaiser 2021; Walach 2021; Mönter 2022). Mögliche Widerstände kann man mit Fakten (Abschn. 11.4.1.) oder kritischen Rückfragen an das eigene Weltbild (Abschn. 11.4.2) entkräften.

11.4.1 Widerstände mit Fakten entkräften

Während in früheren Jahren krank machende Aspekte der Religion im Mittelpunkt standen, werden heute stärker die salutogenetischen Faktoren gesundmachenden Glaubens untersucht. Zwingmann und Hodapp (2018) publizierten erstmals eine Metaanalyse über die vorliegenden 67 Primärstudien des deutschsprachigen Raums. Die Ergebnisse stützen statistisch signifikant den bedeutungsvollen Zusammenhang zwischen ausgeprägter Religiosität und psychischer Gesundheit – wenn auch weniger deutlich im Vergleich zu Befunden aus den USA. Stärker als in den US-amerikanischen Studien sticht der Faktor des „negativen“ Umgangs mit Gott ins Auge. Dieser geht mit einer schlechteren Gesundheit einher, geprägt durch eine eher unsichere Beziehung zu Gott, der als richtend und strafend wahrgenommen wird. Hingegen bedeutet positive Religiosität eine eher sichere Beziehung zu Gott sowie Gefühle von Verbundenheit und das Finden von Sinn im Leben.

In einem systematischen internationalen Review haben Forscher kürzlich die Effekte religiöser und spiritueller Interventionen auf die körperliche Gesundheit und Lebensqualität untersucht. Über 7000 wissenschaftliche Studien wurden dazu ausgewertet und nach strengsten Kriterien aussortiert, übrig blieben 30 Untersuchungen. Empirisch konnten Vorteile religiös-spiritueller Interventionen im Vergleich zu anderen komplementären Heilbehandlungen festgestellt werden (Goncalves et al. 2017).

Psychiatrische Patienten, die beispielsweise in das McLean-Hospital in Massachusetts kommen, haben die Möglichkeit, an dem Gruppenprogramm SPIRIT (Spirituelle Psychotherapie für stationäre und ambulante Behandlungen) teilzunehmen. In diesem Gruppenangebot werden Religion und Spiritualität in die therapeutische Behandlung mit einbezogen.

In einem Fachartikel beschreiben die Kliniker die Effekte dieses Programms anhand einer Stichprobe von fast 1500 Patienten (Rosmarin et al. 2019). Ein Hauptergebnis besagt, dass die deutliche Mehrheit der Patienten sich mit Spiritualität in ihrer therapeutischen Behandlungen befassen möchte, aber nur wenige Behandler sich in diesem Bereich fachlich ausgebildet fühlen. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, haben Rosmarin und seine Kollegen SPIRIT entwickelt. Im Mittelpunkt des Programms stehen Gruppensitzungen, in denen Patienten herausfinden können, wie ihre Spiritualität oder Religion in ihren Behandlungsplan einbezogen werden kann. Mehr als 80 % der McLean-Patienten gaben an, Religion zur Bewältigung von Stress zu verwenden, und 58 % sagten, dass sie Spiritualität als Teil ihrer Behandlung wünschten. Für den Großteil der Patienten ergab eine Einbeziehung der spirituellen Dimension ein verbessertes Wohlbefinden und eine schnellere Genesung.

Was aus deutscher Sicht mit ihrer stärker säkularen Brille verwundern mag: Systematische Metastudien verweisen mit empirischer Evidenz auf die Wirksamkeit religionsangepasster Therapiemethoden. Religiös-spirituelle Interventionen können offensichtlich bei bestimmten Störungen nachweisbare Effekte erzielen. Eine methodisch strenge Auswertung von elf Studien kam zu dem Schluss, dass Psychotherapie mit integrierter Religiosität bei der Behandlung von Depressionen und Angststörungen mindestens so wirksam ist wie säkulare Formen der gleichen Psychotherapie (Anderson et al. 2015). Eine aktuelle Metastudie, in der 97 Einzelstudien ausgewertet wurden, weist auf eine bessere Wirksamkeit von Behandlungen hin, wenn bei gläubigen Patienten ihre Religion oder Spiritualität mit einbezogen wird (Captari et al. 2018).

11.4.2 Widerständen mit Rückfragen an das eigene Weltbild begegnen

Religion und Spiritualität rühren an das Geheimnisvolle und Rätselhafte des Menschseins. Zu einer evidenzbasierten Medizin und qualitätskontrollierten Psychotherapie bestehen kaum Berührungspunkte. Werden an Psychotherapie häufig (unrealistische) technischen Machbarkeitserwartungen geknüpft, führt die Beschäftigung mit spirituellen Wegen zunächst einmal in die Stille und Einsamkeit. Nicht Nützlichkeit und Funktionalität sind gefragt, sondern Schweigen, Loslassen und Vertrauen. Gerade dadurch, so mutmaßen Forscher, werden aber eine neue Wahrnehmung, Haltung und ein neuer Umgang mit sich und mit belastenden Konflikten möglich.

Auf dem Gebiet der Religion und Spiritualität herrschen jedoch offensichtlich andere Gesetzmäßigkeiten als in den strengen Naturwissenschaften. Hier geht es nicht um Kontrolle, sondern Loslassen, nicht um aktives Steuern, sondern vertrauendes Zulassen. Eine spirituelle Haltung scheint von Akzeptanz, Achtsamkeit und Vertrauen geprägt zu sein. Für einen professionellen Umgang mit den letzten Fragen und spirituellen Krisen ist seitens therapeutisch Tätiger die Entwicklung einer authentischen Haltung auch gegenüber existenziellen und spirituellen Fragen nötig (Machleidt 2020). Eine günstige Voraus-

setzung für interkulturelle Erkundungen sieht der Hannoveraner Sozialpsychiater darin, wenn Therapeuten „Neugier und Interesse daran entwickeln, welche ‚Götter und Geister' sie selbst und die Seelenlandschaften ihrer interkulturellen Patienten bevölkern" (Machleidt 2020, S. 235). Der erfahrene Supervisor empfiehlt Therapeuten, sich eine Reihe von Fragen zu stellen, um „religionsaffine Fremdheitsgefühle zu bewältigen" (vgl. Übersicht):

Religionsaffine Fremdheitsgefühle bewältigen (Machleidt 2020, S. 233)

- Geht es mir darum, Abstand zu religiösen Menschen zu halten, ihre Religion auszublenden, zu ignorieren, die Thematisierung zu vermeiden, ggf. die Flucht vor solchen Themen zu ergreifen?
- Oder erlebe ich auch Neugier auf das Religionsverständnis der Anderen, habe ich Interesse und verbinde hilfreiche Einsichten für die Behandlung damit? Idealisiere ich einen Anderen, weil er einer bestimmten Religion angehört, z. B. dem Buddhismus? Verbinde ich Heilserwartungen mit einer bestimmten Religion, suche eine Guru oder versuche ich Abstand zu halten?
- Verstehe ich mein Fremdheitsgefühl zum Anderen als ein Kennzeichen meiner Beziehung zu ihm? Mache ich Versuche, Gemeinsamkeiten zu finden und Konsense herzustellen, und führt das zu einem für mich erwünschten Beziehungswandel im Sinne größerer Vertrautheit?
- Oder versuche ich Fremdheit zum Verschwinden zu bringen? Habe ich die (narzisstische) Fantasie, alle Menschen können oder sollten eigentlich so sein oder so werden wie wir (Therapeuten), wie ein „Ab(zieh)bild" unserer selbst?

Literatur

Baatz U (2017) Spiritualität, Religion, Weltanschauung. Landkarten für systemisches Arbeiten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Boessmann U, Remmers A (2016) Praktischer Leitfaden der tiefenpsychologisch fundierten Richtlinientherapie. Deutscher Psychologen Verlag, Berlin

Bonelli R (2018) Das psychotherapeutische Unbehagen mit der Religion. In: Utsch M, Bonelli R, Pfeifer S (Hrsg) Psychotherapie und Spiritualität, 2. Aufl. Springer, Berlin, S 51–58

Brentrup M, Kupitz G (2015) Rituale und Spiritualität in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Britten U (Hrsg) (2019) Religiöse und spirituelle Sinnsuche in der Psychotherapie. Georg Milzner und Michael Utsch im Gespräch mit Uwe Britten. Reihe Psychotherapeutische Dialoge. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Bucher A (2014) Psychologie der Spiritualität. Handbuch. Beltz, Weinheim

Captari LE, Hook JN, Hoyt W, Davis DE, McElroy-Heltzel SE, Worthington EL Jr (2018) Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: a comprehensive meta-analysis. J Clin Psychol 74(11):1938–1951. https://doi.org/10.1002/jclp.22681

Chmielewski F (2018) Antworten auf die Fragen der Existenz – ein Vorschlag zur Integration existenzieller Themen in die Schematherapie. Verhaltensther Verhaltensmed 39:421–441

Chmielewski F, Hanning S, Swidder J, Ueberberg B, Juckel G, Mavrogiorgou P (2020) Heldentum gegen Todesangst und Psychopathologie – „Selbstwert“ als protektiver Faktor in der ambulanten Psychotherapie. Verhaltenstherapie 30(4):271–280

Cyrulnik B (2018) Glauben: Psychologie und Hirnforschung entschlüsseln, wie Spiritualität uns stärkt. Beltz, Weinheim

De Botton A (2013) Religion für Atheisten. Vom Nutzen der Religion für das Leben. Suhrkamp, Frankfurt

Dörner K, Plog U, Bock T et al (Hrsg) (2017) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 24. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Köln

Freund H, Lehr D (2020) Dankbarkeit in der Psychotherapie. Ressource und Herausforderung. Hogrefe, Göttingen

Frey D (Hrsg) (2016) Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage. Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Springer, Berlin

Frick E, Stotz-Ingenlath G, Ohls I, Utsch M (Hrsg) (2018) Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Frick E, Ziemer P, Heres S et al (2020) Spirituelle Kompetenz in Psychiatrie und Psychotherapie – Hindernisse und Erfolgsfaktoren. Nervenarzt. https://doi.org/10.1007/s00115-020-00975-0

Goncalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H (2017) Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: a systematic review of randomized controlled clinical trials. PLoS ONE. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186539

Handrock A, Baumann M (2017) Vergeben und Loslassen in Psychotherapie und Coaching. Beltz, Weinheim

Hofmann L, Heise P (Hrsg) (2017) Spiritualität und spirituelle Krisen. Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis. Schattauer, Stuttgart

Juckel G, Hoffmann K, Walach H (Hrsg) (2018) Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Papst, Lengerich

Kaiser P (2007) Religion in der Psychiatrie. Eine (un-)bewusste Verdrängung? Vandehoeck & Ruprecht, Göttingen

Machleidt W (2020) Zur sich wandelnden Identität des Psychiaters/Psychotherapeuten im Kontext kultur- und religionssensibler Behandlungen. In: Mönter N, Heinz A, Utsch M (Hrsg) Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxis-Erfahrungen. Kohlhammer, Stuttgart, S 230–236

Mönter N (2022) Religiöser Glaube und Spiritualität. Wandel und Vielfalt aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht. Kohlhammer, Stuttgart

Mönter N, Heinz A, Utsch M (2020) Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxis-Erfahrungen. Kohlhammer, Stuttgart

Ohls I, Kaiser P (Hrsg) (2021) Existenzieller Umgang mit Trauer und Verlusten. Welche Hilfen bieten die Religionen im psychosozialen Kontext? Psychiatrie-Verlag, Köln

Richter C (Hrsg) (2021) An der Grenze des Messbaren. Die Kraft von Religion und Spiritualität in Lebenskrisen. Kohlhammer, Stuttgart

Rosmarin DH, Koenig H (Hrsg) (2020) Handbook of spirituality, religion and mental health, 2. Aufl. Elsevier, London

Rosmarin DH et al (2019) Spiritual psychotherapy for inpatient, residential, and intensive treatment. Am J Psychother 72:75–84

Schlegel M, Gianinazzi N (Hrsg.) (2019) Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapie (Themenheft). Psychotherapie-Wissenschaft 9/1

Senf W, Broda M (Hrsg) (2020) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch, 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart

Spitzer M (2022) Naturwissenschaft und Glaube. Zur Evolution von Religion. Nervenheilkunde 41:183–192

Stavemann H, Hülsner Y (2019) Integrative KVT bei existenziellen Problemen. Umgang mit der eigenen Endlichkeit und Todesangst. Beltz, Weinheim

Steinmetz KH, Webersberger R (2019) Traditionelle Europäische Medizin. Altes Heilwissen zeitgemäß anwenden. Kneipp, Wien

Utsch M (1998) Grundmerkmale wissenschaftlicher Religionspsychologie. Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick. Kohlhammer, Stuttgart

Utsch M (2020) Dialog oder Integration? Herausforderungen im Gespräch zwischen Psychotherapie und Seelsorge. In: Utsch M (Hrsg) Religiöse Psychotherapie? Seelsorge und Psychotherapie im Gespräch. EZW, Berlin, S 51–69

Utsch M, Anderssen-Reuster U, Frick E et al (2017) Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Positionspapier der DGPPN. Spiritual Care 6(1):141–146. https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0220

Utsch M, Bonelli R, Pfeifer S (2018) Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen, 2. Aufl. Springer, Berlin

Zimmermann O (Hrsg.) (2017) Initiative kulturelle Integration. https://www.kulturrat.de/publikationen/initiative-kulturelle-integration-zusammenhalt-in-vielfalt-15-thesen-zu-kultureller-integration. Zugegriffen am 10.12.2022

Zwingmann C, Hodapp B (2018) Religiosität, Spiritualität und psychische Gesundheit: Zentrale Ergebnisse einer Metaanalyse über Studien aus dem deutschsprachigen Raum. Spiritual Care 7(1):69–80

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

12 Mental Health ist nicht Spiritual Health. Zum Verhältnis von psychischer Gesundheit und „spiritueller Gesundheit“

Klaus Baumann

12.1 Einleitung

Der 10. Oktober ist der „World Mental Health Day“ mit dem Ziel, aus „Mental health and wellbeing for all a global priority“ zu machen. Es ist somit ein Teilziel des dritten der UN-Ziele für nachhaltige Entwicklung (UN Sustainable Development Goals) „Good health & Well-being“. Gegenüber einem medizinischen Gesundheitsmodell muss weiterhin noch dafür gekämpft werden, auch die soziale Seite im Sinne sozialer Gerechtigkeit (und Menschenrechte) im bio-psycho-sozialen Konzept von Gesundheit allgemein und von psychischer Gesundheit speziell ernst zu nehmen – erst recht mit den Erfahrungen der 2020 ausgebrochenen Corona-Pandemie (Lomax et al. 2022). Nicht weniger mühsam ist das Ringen darum, das spirituelle und religiöse Erleben und Verhalten in Psychologie und Gesundheitswissenschaften angemessen einzubeziehen. Doch was heißt angemessen, wo die Vorverständnisse häufig sehr disparat sind?

Die WHO erkannte Ende des 20. Jahrhunderts die Relevanz von Spiritualität und Religiosität im Kontext von Lebensqualität („WHOQOL“) und von „spirituellen Bedürfnissen“ im Kontext von Palliative Care ausdrücklich an. Aus der Einladung der 37. Weltgesundheitsversammlung (WHA) der WHO 1984, die „spirituelle Dimension“ in der Gesundheitsversorgung einzuschließen, folgte in der 51. WHA jedoch keine Bereitschaft, die „spirituelle Dimension“ in die WHO-Gesundheitsdefinition aufzunehmen, da dies mehr Probleme schaffen als lösen würde (Peng-Keller und Neuhold 2019, S. 57). In Versuchen zu einer Ausweitung des Konzepts auf ein bio-psycho-sozio-spirituelles Modell von Gesundheit, wie auch in Diskursen über Arten von Spiritualität, wird mitunter von

K. Baumann (✉)
Albert-Ludwig-Universität Freiburg, T Theologische Fakultät, AB Caritaswissenschaft und Christliche Sozialarbeit, Platz der Universität, Freiburg i. Br., Deutschland
e-mail: klaus.baumann@theol.uni-freiburg.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_12

„Spiritual Health“ gesprochen, ohne klare Definition – oft eher schillernd, intuitiv, suggestiv und wertend.

Darum kann dieser kurze Beitrag nur einen Versuch und Vorschlag darstellen, Phänomene und Konzepte von „Mental Health“ und „Spiritual Health“ sowie Gedanken über ihr Verhältnis zueinander zu ordnen und reflektieren, beginnend mit einem Nachdenken über Gesundheit selbst.

12.2 Die Verborgenheit der Gesundheit

Während die frühe WHO-Definition der 1940er-Jahre Gesundheit als Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen subjektiven Wohlbefindens definierte, sprach der Philosoph Hans Georg Gadamer (1993) von der Gesundheit als einem „verborgenen Gut“. Es sei ein „selbstvergessenes Weggegebensein“ an den Anderen oder an das Andere der privaten, beruflichen, gesellschaftlichen Lebensvollzüge: „unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen“, „selbst Strapazen und Anstrengungen nicht spüren“ (S. 144). Gadamer betont nicht ein (gefühltes) subjektives Wohlbefinden, sondern unterstreicht sogar: „Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein.“ (S. 144). Unschwer lässt sich hierbei an das erstmals so von Mihaly Czsikszentmihalyi benannte „Flow-Erleben“ denken, in dem ein Mensch selbstvergessen ganz in seinem Tun aufgeht (Csikszentmihalyi 1999, 2008), und an das Erleben dessen, was Aaron Antonovsky als zentrales salutogenetisches, d. h. zur Gesundheit beitragendes Konzept fasste, das Konzept des Kohärenzsinns (als Gefühl der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens und seiner Herausforderungen (Antonovsky 1997). In den Gefühlen der Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens klingen ungezwungen Aspekte möglicher religiöser, spiritueller und existenzieller Fragen an.

Gadamer fährt fort: „Sie [die Gesundheit] ist die Rhythmik des Lebens, ein ständiger Vorgang, in dem sich immer wieder Gleichgewicht stabilisiert.“ (S. 145). Dieser Vorgang – kein statischer Zustand! – geschehe jedoch eben als gesunder Vorgang weitgehend im Verborgenen; diese „Verborgenheit der Gesundheit“ ist „das Geheimnis unserer Lebendigkeit“ (S. 146) und mit Verweis auf Heraklit unterstreicht der Heidelberger Philosoph: „Die verborgene Harmonie ist immer stärker als die offenkundige“ (S. 147). Letztere wird als Resultat der bewussten Anstrengungen und mühsamen Versuche erreicht, eine solche Harmonie wiederherzustellen. Was hingegen verborgen geschieht, ist nicht einfach wahrzunehmen und geeignet in Worte zu fassen.

Weitaus besser sind die offenbar werdenden Störungen bzw. Erkrankungen als Phänomene erkenn-, fass- und beschreibbar, in denen das selbstvergessene Weggegebensein und das rhythmisch-dynamische Gleichgewicht aufgestört, erschwert, gekippt, unterbrochen werden. Darum formulierte Niklas Luhmann für die funktionale Ausdifferenzierung der Medizin: „In diesem Sinne ist Medizin ein System des Umgangs mit Krankheit und nicht ein System der Herstellung von Gesundheit“ (Luhmann 1990, S. 182). Die systembildende

binäre „Codierung“ lautet „krank“ und „gesund“. Systemtheoretisch ist dabei für die Medizin Krankheit der positive Wert, Gesundheit der negative, mit weitreichenden Folgen: „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit“ (S. 179). Dies hat nach Luhmann die Einsicht zur Konsequenz, „dass im Code der Medizin die Krankheit, die man nicht will, als der positive Wert fungiert und alle Detaillierung des Wissens und der Operationen über diesen Wert läuft, während die Gesundheit zwar geschätzt wird, aber im System keine Anschlussfähigkeit hat“ (S. 184). Ungeachtet dieser „perversen Vertauschung der Werte“ (S. 180) von Krankheit und Gesundheit im Medizinsystem bleibt Gesundheit das Ziel – wenn auch unklar sei, worin sie bestehe. Denn die Medizin, so Luhmann, habe keine auf ihre Funktion bezogene Reflexionstheorie entwickelt: „Hier zielt das Handeln auf den Reflexionswert Gesundheit – und deshalb ist nichts weiter zu reflektieren.“ (S. 180).

Mit Gadamer und Luhmann kann für den Kontext dieses Beitrages jedoch festgehalten werden: Die Erkrankungen lassen wie eine Negativ-Folie mehr davon erkennen, was es mit dem verborgenen Gut namens „Gesundheit“ auf sich hat, sei dies bezogen auf die (eher) somatischen wie auf die (eher) psychischen Aspekte im Zusammenspiel mit sozialen Einflüssen zu ihrer „verborgenen Harmonie“ und deren Störungen.[1]

12.3 Mental Health – Psychische Gesundheit

Was ist unter psychischer Gesundheit als Teil der verborgenen Harmonie und des selbstvergessenen Weggegebenseins zu verstehen? Die WHO definierte 2004 in ihrem Bericht zur Förderung psychischer Gesundheit diese als einen Zustand des Wohlergehens, in dem das Individuum seine Fähigkeiten verwirklicht, mit den normalen Stressbelastungen des Lebens umgehen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und fähig ist, einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft zu erbringen.[2] Subjektives Erleben, Entfaltung persönlicher Fähigkeiten, Stressbewältigung, Arbeitsfähigkeit und Beitrag zur Gemeinschaft sind demnach Teilindikatoren psychischer Gesundheit oder von deren Einschränkung bzw. Störung.

Im Modell einer „Psychologie der seelischen Gesundheit“ definieren Peter Becker und Beate Minsel (1986) psychische Gesundheit als „Überwiegen der protektiven, kompensatorischen Anteile und der Umweltstabilisierungen im individuellen System einer Persön-

[1] Sowohl aus anthropologischer wie psychologischer Überzeugung heraus bedarf eine Betrachtung von Gesundheit und Krankheit stets der Beachtung der leib-seelischen Einheit der menschlichen Person und damit auch ihrer psychosomatischen Ganzheit und ihres sozialen Kontextes. Vgl. zu den medizinischen Bemühungen dazu im 20. Jh.: Alexa Geisthövel & Bettina Hitzer (2019); Eijk et al. (2021), darin Hughes (2021).

[2] Meine Übersetzung von: „a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community“.

lichkeit gegenüber den konstitutionellen Vulnerabilitäten und den Umweltbelastungen“ (vgl. Häcker und Stapf 2004, S. 366). Das erinnert an das rhythmische Gleichgewicht bei Gadamer. Sie konkretisieren, dass die psychischen Stabilisierungen in der Wechselwirkung von Persönlichkeits- und Umweltfaktoren in „der ständigen Auseinandersetzung mit den Grundwerten und Normen von Gesellschaften und deren Veränderungen“ (Häcker und Stapf 2004, S. 366) stattfinden.

Die Psychiaterin und Forensikerin Hildburg Kindt unterstrich die damit implizierte sozio-kulturelle Seite psychischer Erkrankungen und psychischer Gesundheit in einem einschlägigen Lehrbuch Anfang der 1980er-Jahre ausdrücklich: „Das, was für psychisch krank gehalten und auch so genannt wurde, ist von jeher abhängig von zeit- und kulturspezifischen Gesichtspunkten gewesen. Aber nicht nur medizinisch-biologische Befunde, sondern vorwiegend Faktoren der sozialen Integration und der Sozialmoral haben hier zu Norm- und Wertbegriffen geführt, an denen oftmals Maßstab und Benennung psychischer Störungen orientiert wurden. K. Jaspers war der Ansicht, dass dem ‚psychischen Krankheitsbegriff‘ ein ‚allgemeiner Unwertsbegriff‘ zugrunde liegt, der versuche, die ‚heterogensten Realitäten‘ zusammenzufassen. Er folgert daraus, dass krank im Hinblick auf seelisches Geschehen zunächst nichts aussagen könne, sondern weitere Erklärungen notwendig seien.“ (Kindt 1982, S. 255). Ausnahmen davon seien „akute symptomatische Psychosen mit Vigilanzstörungen, schwere chronische symptomatische Psychosen sowie Demenzen und Oligophrenien ausgeprägten Grades, bei denen Art und Schwere der Störung regelhaft ist.“ (S. 255). Wenn Kindt 1982 feststellt, „Einteilungsschemata psychischer Störungen […] sind […] immer nur vorläufige Ordnungssysteme“ (S. 257), weist sie hellsichtig in die Zukunft weiterer Bemühungen bis heute, psychische Gesundheit und Krankheit konzeptionell zu fassen, deren philosophischen, anthropologischen, sozialen und ethischen Prämissen wie Konsequenzen auch künftig kritisch reflektiert und diskutiert werden müssen (vgl. Heinz 2021).

2013 definierte das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen, DSM-5TM, der American Psychiatric Association psychische Erkrankungen als Syndrome, die durch klinisch bedeutsame Störungen gekennzeichnet sind, und zwar im Denken, in der Emotionsregulation oder im Verhalten eines Menschen. Die Störungen sind jeweils Ausdruck von zugrundeliegenden psychischen, biologischen oder Entwicklungsvorgängen. Psychische Erkrankungen sind üblicherweise verbunden mit erheblichem Stress oder relevanten Einschränkungen in den sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Aktivitäten. Eine erwartbare oder kulturell akzeptierte Reaktion auf eine Stresssituation oder einen Verlust (wie dem Tod einer wichtigen Person) ist demnach jedoch keine psychische Erkrankung. Sozial abweichendes Verhalten (z. B. politisch, religiös oder sexuell) und Konflikte des Individuums mit der Gesellschaft sind ebenfalls keine psychischen Erkrankungen, es sei denn die Abweichung oder der Konflikt rührt von einer Dysfunktion des Individuums her, wie sie anfangs beschrieben wurde.

Im Sinne Kindts öffnen heute die psychiatrischen Klassifikationen DSM-5TM und ICD 11 (WHO 2019, in Kraft 2022) ihren bisherigen kategorialen Zugang der Beschreibung psychiatrischer Störungen für ein dimensionales Verständnis, so wie es die psycho-

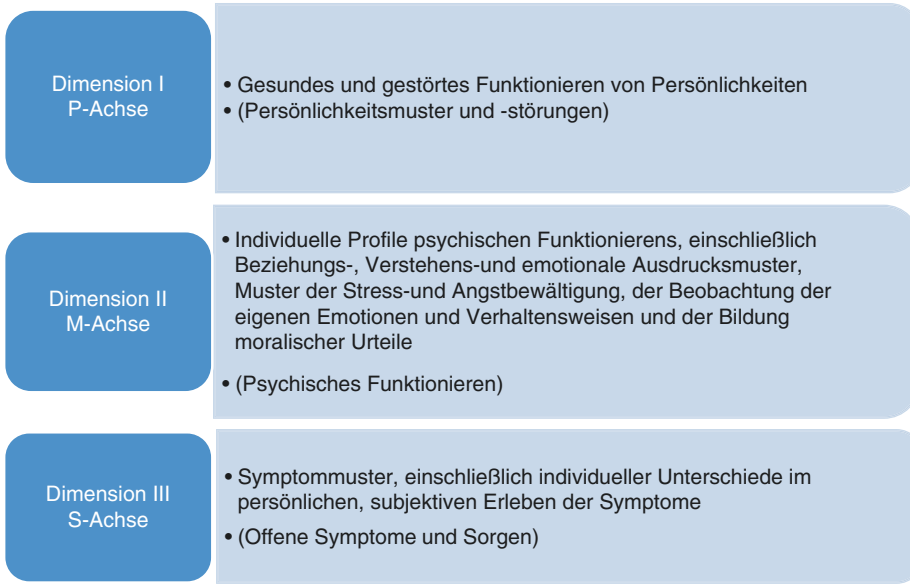

Abb. 12.1 Mehrdimensionales Modell zur Erfassung von Profilen psychischen Funktionierens. (Vgl. PDM Task Force 2006, S. 1–9; KB)

dynamisch orientierten Klassifikationen OPD-2[3] (Arbeitskreis 2014) sowie PDM (PDM Task Force 2006) schon länger gefordert und ihrerseits etabliert haben. Das PDM setzt sich zum Ziel, um der vollen Breite und Tiefe menschlichen kognitiven, emotionalen und verhaltensmäßigen Funktionierens gerechter zu werden (S. 14), einen diagnostischen Rahmen zu bieten, der drei Dimensionen systematisch beschreibt (Abb. 12.1):

ICD-11 unterscheidet nun Funktionsniveaus der Persönlichkeit(-sstruktur), ähnlich wie die P-Achse von PDM und künftig OPD-3[4]; mit anderen Worten wird eine Person mit ihrer Persönlichkeitsstruktur nunmehr daraufhin diagnostiziert, auf welchen Funktionsniveaus eines Kontinuums sie sich in verschiedenen Aspekten psychischer Funktionen regelmäßig verhält. Die PDM Task Force definiert drei vorherrschende Niveaus: gesundes Niveau, neurotisches Niveau, Borderline-Niveau.[5] Das Funktionsniveau wird jeweils eingeschätzt in Bezug auf die folgenden Fähigkeiten (Abb. 12.2):

[3] Künftig noch stärker OPD-3: Vgl. Schneider et al. 2018.

[4] Vgl. Schneider et al. 2018: Die Weiterentwicklung von OPD-2 zur OPD-3 wird in der Weiterentwicklung der fünf Achsen für die (psychodynamisch orientierte) Diagnostik bestehen: (Achse I) „Subjektives Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“, (Achse II) „Beziehung“, (Achse III) „Konflikt“, (Achse IV) „Struktur“, (Achse V) (kategoriale) Diagnostikschlüssel künftig nach ICD-11).

[5] Ein psychotisches Niveau wird nicht angenommen, um keine terminologische Verwirrung mit Erkrankungen wie Schizophrenie zu stiften. Vgl. PDM Task Force 2006, S. 26.

Abb. 12.2 Fähigkeitsbereiche zur Einschätzung von Funktionsniveaus der Persönlichkeit (P-Achse; nach PDM Task Force 2006, S. 22, KB; die ringförmige Darstellung soll verdeutlichen, dass sie unterscheidbar sind, aber auch miteinander zusammenhängen und interagieren)

1. Identität: sich und andere in komplexer, stabiler und zutreffender Weise sehen;
2. Objektbeziehungen: intime (innige), stabile und befriedigende Beziehungen aufrechterhalten;
3. Affekttoleranz: die volle Bandbreite altersgemäßer Affekte in sich erleben und in anderen wahrnehmen;
4. Affektregulierung: Impulse und Affekte in einer Weise regulieren, die die Anpassung und Zufriedenheit fördern, mit Flexibilität im Gebrauch von Abwehrmechanismen und Bewältigungsstrategien;
5. Überich-Integration (bzw. ideales Selbstbild; Ich-Ideal): einer konsistenten und reifen moralischen Sensibilität entsprechend funktionieren;

6. Realitätsprüfung: Ein- und Wertschätzen von, wenn auch nicht notwendig übereinstimmen mit, konventionellen Vorstellungen davon, was realistisch ist;
7. Ich-Stärke und Resilienz: auf Stress mit Ressourcen antworten und sich von schmerzlichen Ereignissen erholen. ohne allzu große Schwierigkeiten (PDM Task Force 2006, S. 22).

Auf dem gesunden Niveau der Persönlichkeitsorganisation hat ein Mensch all diese Fähigkeiten in stabil-flexiblem Ausmaß, während auf neurotischem Niveau die meisten in beträchtlichem Maß vorhanden sind, obwohl sich ein oder zwei Bereiche problematisch zeigen. Auf dem Borderline-Niveau (von mild über moderat bis schwer) hingegen sind meist die ersten vier Bereiche ernsthaft eingeschränkt, die Realitätsprüfung jedoch nur in besonders schweren Fällen. Überich-Integration, der fünfte zuvor genannte Bereich, ist besonders defizitär bei narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Zugleich wird betont, dass trotz der diagnostischen Tendenz, eine Person hauptsächlich an einem Punkt des Kontinuums zwischen schwer borderline und gesund zu sehen, viele Menschen unterschiedliche Fähigkeiten oder Elemente aufweisen, die jeweils als gesund oder neurotisch oder borderline betrachtet werden könnten (PDM Task Force 2006, S. 22 f.).[6]

Im Bewusstsein kultureller Unterschiede bei gleichzeitig pragmatischem Zugang gemeinsamen Verständnisses grundlegender Aspekte schlagen Galderisi et al. (2015, S. 231 f.; vgl. Palumbo und Galderisi 2020) eine Definition vor, in welcher das dynamische Gleichgewicht „verborgener Harmonie“ (Gadamer) anklingt und auch die Beziehung zwischen Körper und Geist (body and mind) einbezogen wird:

> „Mental health is a dynamic state of internal equilibrium which enables individuals to use their abilities in harmony with universal values of society. Basic cognitive and social skills; ability to recognize, express and modulate one’s own emotions, as well as empathize with others; flexibility and ability to cope with adverse life events and function in social roles; and harmonious relationship between body and mind represent important components of mental health which contribute, to varying degrees, to the state of internal equilibrium.“

Erläuternd fügen sie an, dass sie unter „Universal Values“ nicht solche mancher politischen oder sozialen Diskurse verstehen, sondern Respekt und Sorge für sich selbst und andere Lebewesen; die Anerkennung der Verbundenheit unter Menschen, Respekt für die Umwelt und für die eigene Freiheit und die Freiheit anderer. Alle Komponenten dieses Definitionsvorschlages seien wichtige, aber nicht zwingende Aspekte psychischer Gesundheit, die in unterschiedlichem Ausmaß zum Gleichgewicht beitragen, sodass einzelne voll

[6] OPD-3 wird sieben (Integrations-) Niveaus für die jeweils in Bezug auf sich selbst und andere definierten und aufgeteilten Strukturfacetten vorsehen: Selbstwahrnehmung – Objektwahrnehmung; Selbstregulation – Beziehungsregulation; Kommunikation nach innen – Kommunikation nach außen; Bindung an innere Objekte – Bindung an äußere Objekte; Abwehr. Vgl. Sell und Benecke 2022, S. 504 f, mit Abb. 1.

entwickelte Funktionen auch zu Einschränkungen anderer Aspekte führen können. Zum Beispiel könne eine sehr empathische Person, die sehr an gegenseitiger Teilhabe interessiert ist, eine moderate kognitive Einschränkung kompensieren und immer noch ein befriedigendes Gleichgewicht finden, um ihre Lebensziele zu verfolgen (Galderisi et al. 2015, S. 232). Psychische Gesundheit ist somit nicht einfach als ein ideales oder optimales Funktionieren aller Fähigkeitsbereiche, „Achsen" bzw. Dimensionen einschließlich ihrer Wechselwirkungen zu verstehen, sondern im flexiblen Sinne der entwicklungspsychologischen Formulierung Donald W. Winnicotts (2020) als „good enough".

Intuitiv ist es ohne Weiteres möglich, zu diesen Beschreibungen auch Aspekte von Spiritualität zu assoziieren. Die folgenden Ausführungen sind ein Versuch eines eher systematischen Zugangs.

12.4 Spiritualität und Gesundheit

12.4.1 Zum Spiritualitätsbegriff

Für das weitere Nachdenken über spirituelle Gesundheit und gesunde Spiritualität ist es angebracht, die Verwendung des Begriffs „Spiritualität" zumindest für diesen Beitrag zu klären.[7] Denn er schillert in vielfacher Weise und wirkt wie ein Container-Begriff, unter dem „alles Mögliche" verstanden werden kann: etwa Verbunden- und Einssein, Beziehung zu Gott oder einem höheren Wesen, Verbundensein mit der Natur, Beziehung zu anderen, Selbsttranszendenz, Beziehung zum Selbst, Praxis von Gebet und Meditation, paranormale Erfahrungen und Fähigkeiten oder veränderte Bewusstseinszustände (vgl. Bucher 2007). Da Spiritualität sowohl ohne Bezug auf eine konkrete Religion verwendet werden als auch synonym mit Religiosität als persönliche religionsbezogene Lebensorientierung, Frömmigkeit bzw. Glaubenspraxis verstanden werden kann, wird Spiritualität im Folgenden für beides verwendet, jedoch – wo nicht anders verdeutlicht – stets mit Bezug auf die subjektive Seite[8] der Person und auf ihre Art dessen, wie sie sich – persönlichkeitsspezifisch einschließlich ihrer lebensgeschichtlichen Leibes- und Beziehungserfahrungen – als spirituell (religiös) erlebt und verhält.[9]

[7] Das geschieht mit einem Kunstgriff, der die differenzierten, aber auch disparaten akademischen Diskussionen in ihrer Komplexität für diesen Beitrag nur pragmatisch reduziert. Vgl. u. a. die Beiträge in Allolio-Näcke und Bubmann 2022.

[8] Die objektive Seite wäre die wie auch immer definierte „offizielle" Lehre oder Schule bestimmter spiritueller Richtungen und Religionen.

[9] Für viele religionskritisch eingestellte Menschen ist der Spiritualitätsbegriff zu einem positiven Sympathiebegriff bzw. zur „Edelvokabel" (Bernhard Grom) geworden, während die Schattenseiten von „Religion" und „Religiosität" herausgestellt und diese a priori eher negativ attribuiert werden.

12.4.2 Die Frage nach der Wahrheit und die Frage nach der Gesundheit von Spiritualität

Religionen, ebenso wie persönliche Religiosität und auch nicht religionsbezogene Formen persönlicher Spiritualität, verstehen sich primär (theologisch, religionswissenschaftlich, soziologisch [systemisch] und anthropologisch) unter Leitdifferenzen mit Codierungen wie immanent und transzendent, heilig und profan, wahr und falsch, gut und böse und nicht unter der Leitdifferenz mit dem Code gesund – krank (oder ungesund). Wird sie für eine Zweitcodierung von Spiritualität eingeführt, ist dann die Rede von „gesunder Spiritualität", „spiritueller Gesundheit", „spirituellem Wohlbefinden" (Spiritual Well-Being; Bredle et al. 2011), „religiösem Coping" (inkl. Negative Religious Coping und Spiritual Struggles, Stauner et al. 2016), „pathologischer Religiosität" (Utsch 2012), „Gottesvergiftung" (Moser 1976) u. v. m. Damit erweist sich eine Codierung mit „gesund-krank" im Hinblick auf Spiritualität intuitiv, aber auch für eine soziologisch-weltanschauliche, phänomenologische wie individuelle Betrachtung als nützlich und im produktiven Sinne als „religionskritisch".

Eine Zweitcodierung von Religiositäten und Spiritualitäten mit den Codes „gesund – krank" eröffnet jedoch nicht nur neue „Abstraktions- und Vergleichsmöglichkeiten".[10] Diese Zweitcodierung ist dem Ureigenen von Religionen und Spiritualität selbst grundsätzlich nicht fremd und äußerlich. Denn alle großen Religionen haben ihrerseits wesentliche Bezüge, Antworten und Verhaltensvorschläge zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit als wesentlichen Dimensionen des Lebens und der Erfahrungen von kontingenter Immanenz und über sie hinausweisender Transzendenz. Nicht nur vordergründig religiös entkernte spirituelle Übungen, wie Achtsamkeitsübungen und Yoga, wollen dem Leben, dem Wohlbefinden, der Gesundheit und Genesung, der Bewältigung von Krisen und Kontingenz dienen. Auch religiöser Glaube, persönliche Gottesbeziehung bzw. Gottesverehrung, zwischenmenschliche Gemeinschaft im Glauben und Beistand füreinander will in diesem gesundheitsförderlichen Sinn positive Effekte erzielen.

Die Frage nach der Wahrheit bezüglich Spiritualität wird allerdings nicht durch die Zweitcodierung „gesund-krank" und die Frage nach ihren positiven Effekten, nach der Gesundheit oder dem Wohlergehen abgegolten, noch geschieht dies umgekehrt. Die Codierungen heben sich nicht gegenseitig auf; sie hängen offenbar spannungsvoll zusammen und können auch im Widerspruch zueinander erlebt werden, etwa im belastend erlebten „Spiritual Distress" spirituellen Ringens („Spiritual Struggles") und „Wachsens". Mit dieser Voraussetzung ist auch die Forschung zu Gesundheitseffekten von Spiritualität zu verstehen, einzuordnen und als bedeutsamer Beitrag nicht nur zu Wohlergehen und Lebens-

[10] Vgl. Luhmann 1990; S. 186: „Der Begriff der Zweitcodierung eröffnet nur Abstraktions- und Vergleichsmöglichkeiten. Er lässt, wenn er hier zutreffend angewandt werden kann, erwarten, dass das Gesamtsystem – Codierung ist nicht irgendeine Struktur, sondern die Leitdifferenz des Systems, der alle Operationen folgen – dadurch transformiert werden wird." (186) Auch eröffnen sich gerade in diesem Feld wichtige neue Forschungslinien und -fragen (s. u.).

qualität, sondern auch zum Eigentlichen von Spiritualität selbst wertzuschätzen. Allerdings kann die Gesundheitsorientierung diese Differenzierung ebenso aus dem Blick verlieren und Spiritualität zum Mittel zum Zweck reduzieren wie die ökonomische Leitidee im Gesundheitswesen die Patientenorientierung. Bereits William James sprach in seinen Gifford-Lectures 1902 (James 1997; Kap. 4 und 5) von „Gesundheitsreligion" und hatte damit kritisch die Verbindung des sog. „positiven Denkens" als Selbstheilung mit (erhofften, vermeintlichen) Gesundheitseffekten im Blick („Mind Cure").

12.4.3 Empirische Forschung zu Gesundheitseffekten von Spiritualität

Die empirische Forschung zu physischen und psychischen Gesundheitseffekten oder zumindest Korrelationen mit verschiedenen Gesundheitsparametern ist in den letzten drei Jahrzehnten unübersehbar geworden. Unbeschadet vieler Detailfragen und -analysen wird i. d. R. ein Befund signifikanter, schwacher gesundheitspositiver Korrelationen berichtet. Angesichts des multifaktoriellen bio-psycho-sozialen Krankheitsgeschehens sind diese i. d. R. schwachen Korrelationen zwar sehr beachtlich, ihre Wirkpfade jedoch unklar. Darüber hinaus wird angesichts entsprechender Befunde meist ein Hinweis auf mögliche gesundheitsnegative Korrelationen angstbesetzter religiöser Vorstellungen gegeben (vgl. Frick 2022).

12.4.4 Erklärungsversuche der Wirkungen von Spiritualität auf Gesundheit und Krankheit

Die Ansätze zum Verstehen und Erklären der Wirkpfade für die gesundheitspositiven Befunde sind vielfältig (vgl. Klessmann 2020, S. 28 f.):

1. Die Verhaltenshypothese unterstreicht die gesundheitsförderliche Wirkung ethischer Verhaltensregeln, die Menschen mit der Spiritualität befolgen.
2. Die Kohäsionshypothese hebt die Bedeutung vertrauensvoller sozialer Beziehungen und Unterstützungen in der Gemeinschaft spirituell Gleichgesinnter für die Gesundheit hervor.
3. Die Kohärenzhypothese nimmt (im Sinn des Kohärenzsinns der Salutogenese-Theorie Antonovskys, s. o.) an, dass spirituelle Deutungen kritischer Lebensereignisse einen Gesundheitsvorteil bringen.
4. Die Bewältigungshypothese schreibt gelebter Spiritualität (Religiosität) eine gesteigerte Fähigkeit zu, Schwierigkeiten und Krisen zu bewältigen („Religious Coping").
5. Die Selbstwerthypothese erkennt im Glauben, von Gott angenommen, gerechtfertigt und geliebt zu sein, eine Stärkung des Selbstwertgefühls, welches im Unterschied zu Selbstzweifeln und Unsicherheit die Gesundheit verbessere.

6. Die Hypothese der Stressreduzierung basiert auf dem soliden empirischen Befund, dass Meditation (inkl. Gebet) entspannungsförderlich wirkt und negatives Grübeln und Fühlen reduzieren kann.
7. Die Placebohypothese deutet schließlich religiöses oder spirituelles Vertrauen und Erwarten übernatürlicher Hilfe als Placebo, das schon als solches zu mehr innerem Frieden und Gleichgewicht führt und zur Genesung oder Bewältigung beiträgt.

Umgekehrt können angstbesetzte Vorstellungen und Praxen diese Effekte konterkarieren und kontaminieren, wie es besonders Tilmann Moser als „Gottesvergiftung" beschrieb (Moser 1976). Jahrzehnte später arbeitete er therapiebasiert das Potenzial der spirituellen „Fähigkeit zur Andacht" (Moser 2003, S. 23) heraus: Dieser bereits in Kleinkindern vorhandene Fähigkeit komme „eine wichtige Bedeutung für den Aufbau ihrer seelischen Welt" (Moser 2003, S. 24) zu: „Es ist dann entscheidend, wie diese Fähigkeit zur Andacht aufgenommen wird und welche Inhalte die Erwachsenen in dieses kostbare Gefäß hineingießen. Wird der strenge Richtergott hineingegeben, dann kann das Gift der Lebensverneinung tief im Zentrum der Persönlichkeit sitzen" (S. 24). Sie kann – und das ist das Primäre – aber auch „eine gewaltige Quelle von Kraft und seelischem Reichtum" (S. 27) sein, bleiben – oder, z. B. mithilfe geeigneter therapeutischer Interventionen, neu und mehr werden. Moser selbst bezeichnet es als „eine lohnende, ja [ihn selbst, kb] andächtig machende Aufgabe, ein neurotisches Gottesbild von einer Gewissheit im Patienten zu trennen, dass eine höhere Macht ihn als Subjekt oder Individuum oder Seele in der Welt für wertvoll, willkommen und lebensfähig hält" (S. 18).

12.5 Spirituelle und existenzielle Bedürfnisse sind unterdeterminiert

Viktor Frankl erkannte das Leiden an Sinnlosigkeit als eine Quelle psychischer Belastungen und Störungen und umgekehrt die heilsame Wirkung des Entdeckens von Lebenssinn, das er mit der sog. „Logotherapie" in Ergänzung (nicht Konkurrenz oder Opposition) zu bewährten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen zu erleichtern suchte (Frankl 1977). Analog entwickelte der amerikanische Psychotherapeut Irvin Yalom (2010) die sog. „Existentielle Psychotherapie" aus der Überzeugung heraus, dass viele psychische Störungen tiefere Fragen und Ängste abwehren, nämlich den „Konflikt, der aus der Konfrontation des Individuums mit den Gegebenheiten der Existenz hervorgeht" (Yalom 2004, S. 239). Diese Gegebenheiten seien die „vier letzten Dinge(n): Tod, Freiheit, Isolation und Sinnlosigkeit" (240). Sie stellen in Yaloms existenzialistischer Sicht den Menschen vor das Dilemma, als sinnsuchendes Wesen in ein Universum hineingeworfen zu sein, „das keinen Sinn hat" (S. 242). Trotz ihrer Unausweichlichkeit werden sie, noch mehr als im täglichen Leben einer säkularen Welt (Taylor 2009), in der üblichen Theorie und Praxis der Psychotherapie, so Yalom, nicht beachtet, ja z. T. aktiv ignoriert.

Ohne dem von Nietzsche übernommenen Nihilismus Yaloms folgen zu müssen, sind Yaloms Fragen auf- und ernst zu nehmen, die jeden Menschen „unbedingt angehen“ (Paul Tillich 1978) können.

Die mit diesen Fragen verbundenen Bedürfnisse sind als „existenzielle Bedürfnisse“ eine Teilgruppe der spirituellen Bedürfnisse als hypothetischem Konstrukt, das Arndt Büssing als Spiritual Needs Questionnaire operationalisierte und empirisch validierte (vgl. Büssing, in diesem Band). Es enthält fünf unterscheidbare Gruppen spiritueller Bedürfnisse: Im engeren (expliziten) Sinne religiöse Bedürfnisse, existenzielle Bedürfnisse der Sinnsuche, Bedürfnisse nach innerem Frieden, Generativitätsbedürfnisse („Weiter-Geben-Können“) und soziale Bedürfnisse, besonders bezogen auf bedeutsame Andere. Dieses Konstrukt hat sich kulturen- und religionenübergreifend wie auch in nicht religiösen und säkularen Kontexten empirisch bewährt (Büssing 2021). Es erfasst, was Menschen subjektiv als Bedürfnis empfinden und mitzuteilen bereit sind. Es erfasst nicht, wie sie mit ihren Bedürfnissen umgehen und sie gewissermaßen „stillen“. Gerade darin liegt aber auch ein Grund für die weltweite Bewährung des Konstrukts spiritueller Bedürfnisse: Es nimmt ernst und operationalisiert als eine universale anthropologische Gegebenheit oder Anlage, dass spirituelle und existenzielle Bedürfnisse religiös und phänomenologisch so un(ter)determiniert sind (Baumann und Frick 2021), dass sie religiös, historisch, kulturell, subjektiv und intersubjektiv (sozial) mit vielfältigsten spirituellen Inhalten (Narrativen), Vorstellungen, Idealen und Praxen verbunden und geprägt sein können.[11]

Sie können individuell wie sozio-kulturell beachtet, gestillt, entstellt, verzerrt, frustriert oder auch narkotisiert (und verdrängt) werden. Mensch und Menschheit mögen zwar als „naturaliter“ spirituell, religiös ansprechbar oder transzendenzoffen verstanden werden, doch selbst innerhalb fester Traditionen[12] von Spiritualität ist die Ausprägung spiritueller Bedürfnisse und der Umgang mit ihnen individuell höchst variabel und keineswegs festgelegt. Erst recht gilt das in einer zunehmend säkularen, pluralistischen und individualistischen Welt. Diese prinzipielle Unterdeterminierung spiritueller Bedürfnisse ist aus christlicher Sicht zugleich Ausdruck der gottgewollten Freiheit der Menschen; sie sind weder religiös (inhaltlich) determiniert dahin gehend, dass eine bestimmte Antwort für jeden Menschen zwingend wäre, noch darin, welche Funktionen sie für die Menschen erfüllen bzw. wozu die Menschen sie gebrauchen.

Diese Funktionen spielen eine zentrale Rolle für die weiteren Überlegungen zu „Spiritual Health“.

[11] Sie ähneln darin dem Konzept *psychosozialer* Bedürfnisse nach Henry A. Murray (1949), Explorations in Personality, New York: Oxford University Press.

[12] Aus christlich-theologischer Sicht stellt diese Unterdeterminierung ein notwendiges Korrelat der gottgewollten Freiheit des Menschen dar. Vgl. Baumann und Frick 2021.

12.6 Psychosoziale Seiten von Religionen/Spiritualität und ihre Funktionen

Erleben und Verhalten konstituieren den Gegenstand der Psychologie als Wissenschaft. Soweit dieses Erleben und Verhalten als erkrankt oder gestört wahrgenommen werden, vom Subjekt selbst oder von (Teilen) seiner Umwelt, sind sie auch Gegenstand der Psychopathologie, der Psychiatrie und Psychotherapie. Auch „spirituelles" Erleben und Verhalten gehört in diesem Sinne in den Gegenstandsbereich von Psychologie und Psychopathologie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie. Sie nicht zu beachten, gleicht dem Ausblenden von Teilen des Gegenstands „Erleben und Verhalten" selbst; dies kann methodisch je nach Fragestellung berechtigt sein, nicht jedoch prinzipiell. Aus der Sicht der Psychologie kann darum festgehalten werden: Jedes subjektive spirituelle (religiöse) Erleben und Verhalten hat eine kognitive, eine emotionale, eine verhaltensmäßige und eine soziale Seite. Jede dieser Seiten kann den Funktionen dienen, die Religionen und (mutatis mutandis, mehr oder weniger) auch Religionen-ungebundener Spiritualität zu eigen sind. Als Glaubenssysteme oder Weltanschauungen ordnen sie das Leben, helfen sie Krisen oder Kontingenz zu bewältigen. Sie provozieren auch Krisen – kognitiv, emotional, im Verhalten und in der sozialen Um- und Mitwelt (vgl. Theissen 2000, S. 30–32).

Die folgende recht einfache Matrix (Tab. 12.1) kann bereits ersichtlich machen, wie differenziert die psychologischen und sozialen Aspekte und Wirkungen im Erleben und Verhalten eines Menschen mit Blick auf die persönliche Religiosität und Spiritualität sein können. Sie können ganz verschieden im individuellen Erleben und Verhalten ansetzen und sich als zentral, bedeutsam, nützlich oder belastend zeigen – in vielfältigen Kombinationen mal mehr kognitiv, mal stärker emotional, mal besonders mit Betonung des Verhaltens oder des Sozialen, Gesellschaftlichen, Zwischenmenschlichen.

- Sie können helfen, das Leben zu **ordnen**: kognitiv im Denken über die Welt und ihre Zusammenhänge, emotional im Vertrauen auf einen guten Schöpfer oder eine positive höhere Macht, im Ausrichten des Verhaltens an einem religiösen oder spirituellen Ethos und sozial in der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft ähnlich gesinnter Menschen.
- Ähnlich variabel kann dies aussehen im **Bewältigen** (Coping) herausfordernder, kritischer Lebensereignisse.

Tab. 12.1 Psychosoziale Seiten von Religion/Spiritualität und ihre Funktionen als Matrix

Religiöses/Spirituelles Erleben und Verhalten…	Kognitive Seite	Emotionale (affektive) Seite	Verhaltens-bezogene Seite	Soziale Seite
ordnet das Leben.				
hilft, Krisen und Kontingenz zu bewältigen.				
provoziert Krisen.				

- Im Denken, Fühlen, Verhalten und Sozialen können jedoch auch existenzielle, religiöse oder spirituelle **Krisen provoziert** werden, die bisherige Ordnungen oder Bewältigungsweisen erschüttern und infrage stellen.

Die Spiritualität oder Religiosität eines Menschen als „gesund" zu bezeichnen, drückt meist die Ansicht aus, diese wirke (ordnend, bewältigend) förderlich für die bio-psychosoziale Gesundheit, für das Wohlbefinden (Well-being) und die Lebensqualität dieses Menschen. Weniger im Blick ist, dass es für die Spiritualität selbst angemessen ist, d. h. dass es zur Spiritualität „gehört" und in diesem Sinn „gesund" ist, dass sie durch Phasen von Unsicherheit, Erschütterungen, Krisen und Trockenheit (Büssing 2022) geht und dadurch „reift".

Psychosoziale Seiten und Funktionen von Spiritualität können in Wechselwirkung mit allen Achsen psychischer Gesundheit stehen (s.o. 12.3).

Mit den genannten psychosozialen Seiten und Funktionen (Tab. 12.1) stellt die persönliche Spiritualität oder Religiosität einer Person prinzipiell einen Teil ihres psychosomatischen und psychosozialen Lebens überhaupt dar. Persönliche Spiritualität oder Religiosität steht somit potenziell und real in unterschiedlichem Maße mit allen sieben Fähigkeitsbereichen einer Persönlichkeit (nach PDM, P-Achse) in Beziehung und Wechselwirkung: mit Identität, Objektbeziehungen, Affekttoleranz, Affektregulierung, Überich-Integration, Realitätsprüfung, Ich-Stärke und Resilienz. Dasselbe gilt für die M-Achse (nach PDM): für das individuelle Profil psychischen Funktionierens, einschließlich Beziehungs-, Verstehens- und emotionale Ausdrucksmuster, Muster der Stress- und Angstbewältigung, der Beobachtung der eigenen Emotionen und Verhaltensweisen und der Bildung moralischer Urteile. Schließlich stehen sie auch in Wechselwirkung mit den Symptommustern und gehen in die individuellen Ausprägungen des subjektiven Erlebens von Symptomen ein (S-Achse nach PDM).

Hier liegt weiterhin ein offenes und weites Forschungsfeld mit vielen Fragen vor; exemplarisch seien einige zur P-Achse formuliert: Welche Rolle spielt für einen Menschen seine Spiritualität (mit ihren Dimensionen und Funktionen) mit Bezug auf seine Identitätsbildung oder Identitätsdiffusion – und wie wird sie selbst davon betroffen? Wie spielt sie in die Qualität seiner Objektbeziehungen hinein und umgekehrt? Welche Wechselwirkung besteht mit der Affekttoleranz und mit den bevorzugten Abwehrmechanismen? Wie trägt sie zur Überich-Integration bei und wie wirkt letztere auf die persönliche Spiritualität? Welche Rolle spielen die Realitätsprüfung, die Ich-Stärke bzw. -Schwäche und Widerstandskräfte (Resilienz) im Feld spiritueller Erfahrungen, etwa als veränderte Bewusstseinszustände? U. v. a. m. Mit der Perspektive der je nach Fähigkeitsbereich verschieden erreichten Funktionsniveaus (s. o.) kann auch die Spiritualität einer Person in den Fähigkeitsbereichen unterschiedlich wirken oder betroffen sein und aus einer Entwicklungsperspektive für Spiritualität selbst vorrangig einem solchen Funktionsniveau entsprechen. Dies wird sich konkretisieren in der M-Achse für das individuelle Profil psychosozialen Funktionierens und kann im Sinne von Symptomen und Störungsphänomenen ggf. mit der S-Achse erfasst und beschrieben werden.

12.7 Wenn Spiritualität selbst mehr oder weniger gesund oder krank ist

In psychotischen Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises kann empirischen Belegen zufolge Spiritualität eine wichtige unterstützende Rolle spielen, selbst wenn zugleich spirituelle Elemente psychotische Anteile haben können. Depressionen können einhergehen mit verschärften Schuldgefühlen[13] und dem Verlust jeglichen spirituellen Trostes; narzisstische Persönlichkeitsstörungen, die neben offenen oder verborgenen Größenfantasien und heftigen Aggressionen verbunden sind mit der weitgehenden Unfähigkeit zu Empathie und Schuldgefühlen, nutzen den Bereich von Spiritualität und Religiosität bevorzugt im Dienste ihrer Manipulationen anderer und ihrer sozialen Umwelt. Personen mit Angststörungen (Phobien, Zwänge, Histrionie) können spirituelle Skrupel, intolerante Formen spirituellen Perfektionismus' gegen sich und andere entwickeln oder extrovertierte „spirituelle" Praxen suchen. Sie können diese Phänomene jeweils bewusst für „spirituellen Tiefgang" halten, bis der Leidensdruck zu groß wird – und sich neu erweisen muss und kann (oder auch nicht), was an der bisherigen Spiritualität gesund und was krank oder auch was richtig und falsch war. Gesunde (nicht von einer psychischen Störung kontaminierte) Anteile von Spiritualität können in ein und derselben Person gleichzeitig bestehen mit Anteilen, die symptomatisch bzw. psychodynamisch von der psychischen Störung betroffen sind.

Dies gilt entsprechend bzw. in einem übertragenen Sinne für die nicht klinische Bevölkerung: Der amerikanische Psychologe Gordon Allport (1954) unterschied in den 1950er-Jahren bereits intrinsische von extrinsischer Religiosität in seinen sozialpsychologischen Studien: Erstere ist dadurch charakterisiert, dass die Person den Glauben wirklich zu leben versucht, letztere dadurch, dass sie ihn für andere Zwecke (etwa soziales Ansehen) benutzt. C. Daniel Batson (1976) ergänzte diese Unterscheidung um die Quest-Orientierung religiösen Suchens. Auch diese Aspekte können in ein und derselben Person gleichzeitig und miteinander vermischt bestehen. Wie für die sieben Fähigkeitsbereiche einer Persönlichkeit Funktionsniveaus unterschieden werden können (gesund, neurotisch, borderline), so ist es sinnvoll, auch für Spiritualität(en) Entwicklungsniveaus ihrer Funktionen anzunehmen und dabei die kognitive, emotionale, verhaltensmäßige und soziale Seite zu unterscheiden, die unterschiedlich stark oder schwach entwickelt sein können. Im Blick auf Spiritualität, die eher unreif ist und als Abwehr dient, wäre „gesunde Spiritualität" dann dadurch charakterisiert, „dass Menschen auch und gerade ihr alltägliches Leben meistern und vor dem unvermeidlichen Leiden und den Schattenseiten nicht die Augen verschließen." (Bucher 2007, S. 141)

Legt man über diesen Realismus hinaus eine normative Sicht (des Selbstverständnisses einer Religion oder Spiritualitätsrichtung) an, dann können auch mit dieser normativen Sicht Einseitigkeiten, Missverhältnisse oder Ungleichgewichte von persönlich

[13] Vgl. u. a. Pfeifer (2022).

gelebter Spiritualität als „krank“ codiert werden. Ob diese Zweitcodierung jedoch nicht mehr pathologisiert und stigmatisiert als den Menschen und der „Sache“ dienlich ist? Angemessener wirkt dafür die Aufgabe der sog. „Unterscheidung der Geister“, wo Menschen bewusst einen spirituellen Prozess oder Weg gehen wollen, um ihren Glauben echter zu leben.

Schließlich sind auch spirituelle Gemeinschaften und religiöse Institutionen meso- und makrosystemisch in den Blick zu nehmen – das kann hier nur noch angedeutet werden. Sie können (in unterschiedlicher Systemgröße und -ebene) dysfunktionale („totale“) Systeme darstellen, in denen Menschen unter Missbrauch von Religion und Spiritualität selbst psychisch krank und kränker werden, während sie sich lange möglicherweise zugleich besonders spirituell wähnen. Der Lackmustest für die spirituelle Gesundheit solcher Gemeinschaften dürfte darum die liebesfähige Freiheit, Offenheit und Toleranz für andere sein.

12.8 Schlussbemerkung

Psychische Gesundheit ist nicht dasselbe wie spirituelle Gesundheit. Menschen, die psychisch erkrankt oder belastet sind, können trotz des Einflusses der Erkrankung spirituell sehr gesund sein und mit ihrer Spiritualität ihrer psychischen Erkrankung gesundheitsförderlich begegnen.

Spirituelle Bedürfnisse zu empfinden, ist gerade kein pathologisches Symptom, das es etwa zu kurieren oder beheben gilt. Spirituellen Bedürfnissen im eigenen Leben Raum geben und ihnen nachgehen zu wollen – kognitiv, emotional, im Verhalten und sozial – hat, mit Tilmann Moser (2003, S. 27) gesprochen, das Potenzial, „eine gewaltige Quelle von Kraft und seelischem Reichtum“ zu werden, in Gesundheit *und* in Krankheit. Unter ihrer gesundheitsdienlichen Perspektive sollen und können auch sie in Prävention, Behandlung, Therapie und Rehabilitation integriert werden (vgl. Utsch 2022). Besonders wegen ihres positiven Effektes für das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Schmerzlinderung von *total pain* (Cicely Saunders; WHO: Palliative Care) ist Spiritual Care als geeignete Beachtung existenzieller und spiritueller Bedürfnisse von Patient:innen, aber auch Angehörigen und des Personals in Palliative Care am Lebensende gefordert. Grundsätzlich gilt dies sogar im ganzen Gesundheits- und Sozialwesen.

Existenzielle und spirituelle Bedürfnisse zu ignorieren, kann die Leidenssituationen verlängern und verstärken. Solches Ignorieren wird den Menschen als Menschen in ihrer Ganzheit in doppelter Weise nicht gerecht, zuerst, weil prinzipiell ein wichtiger Teil ihres Erlebens und Verhaltens ausgeblendet wird. Zudem, und das verschärft das „Unrecht“, weil sie ihnen in ihren Nöten hilfreich sein können (Peng-Keller 2021). Solches Ignorieren wäre also selbst weder systemisch noch psychisch noch spirituell „gesund“.

Literatur

Allolio-Näcke L, Bubmann P (2022) Spiritualität. Theologische und humanwissenschaftliche Perspektiven. Kohlhammer, Stuttgart

Allport GW (1954) The nature of prejudice. Addison-Wesley, Reading

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag.

Arbeitskreis OPD (2014) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 3., überarb. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern

Batson CD (1976) Religion as prosocial: agent or double agent? J Sci Study Relig 15(1):29–45

Baumann K, Frick E (2021) The religious under-determination of spiritual needs from a theological perspective and their implications for health and social care. In: Büssing A (Hrsg) Spiritual needs in research and practice. Palgrave Macmillan, Cham

Becker P, Minsel B (1986) Psychologie der seelischen Gesundheit Bd. 2, Göttingen: Hogrefe. Bei Dorsch 2004 handelt es sich um Häcker und Stapf 2004 (vgl. AQ4)

Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D (2011) Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy – spiritual well-being scale (FACIT-Sp). Religions 2:77–94. https://doi.org/10.3390/rel2010077

Bucher A (2007) Psychologie der Spiritualität. Beltz, Weinheim

Büssing A (2021) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham

Büssing A (2022) Das Erleben Geistlicher Trockenheit als Glaubens- und Lebenskrise und ihre Bedeutung für die psychotherapeutische Behandlung. Nervenheilkunde 41:835–845. https://doi.org/10.1055/a-1928-5074

Csikszentmihalyi M (1999) Flow: das Geheimnis des Glücks. Klett-Cotta, Stuttgart

Csikszentmihalyi M (2008) Finding flow: the psychology of engagement with everyday life. Basic Books, New York

DSM-5™ diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association 2013

Eijk P, Ganten D, Marek R (2021) Was ist Gesundheit? Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur. De Gruyter, Berlin. https://doi.org/10.1515/9783110713336

Frankl VE (1977) Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. Herder, Freiburg

Frick E (2022) Das Gottesbild psychisch kranker Menschen. Nervenheilkunde 41:856–862. https://doi.org/10.1055/a-1928-5093

Gadamer HG (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Vorträge und Aufsätze. Suhrkamp, Frankfurt

Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N (2015) Toward a new definition of mental health. World Psychiatry 15(2):231–233. https://doi.org/10.1002/wps.20231

Geisthövel A, Hitzer B (Hrsg) (2019) Auf der Suche nach einer anderen Medizin. Psychosomatik im 20. Jahrhundert. Suhrkamp, Berlin

Häcker H, Stapf KH (2004) Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 14. Aufl. Huber, Bern

Heinz A (2021) Auseinandersetzungen um den Begriff psychischer Gesundheit und Krankheit. In: Eijk P, Ganten D, Marek R (Hrsg) Was ist Gesundheit? Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur. De Gruyter, Berlin. https://doi.org/10.1515/9783110713336-031

Hughes JC (2021) Gesundheitsbegriffe in der Psychiatrie. In: Eijk P, Ganten D, Marek R (Hrsg) Was ist Gesundheit? Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur. De Gruyter, Berlin. https://doi.org/10.1515/9783110713336-022

ICD-11 International classification of disease. Eleventh Revision. World Health Organization 2019

James W (1997) The varieties of religious experience. A study in human nature. Touchstone, New York. (Original 1902)

Kindt H (1982) Problematik psychiatrischer Diagnostik und Diagnosestellung. In: Degkwitz R, Hoffmann SO, Kindt H (Hrsg) Psychisch krank. Einführung in die Psychiatrie für das klinische Studium. Urban & Schwarzenberg, München, S 254–257

Klessmann M (2020) Does faith heal? Reflections on the complex relationship of religion, illness, and health. In: Jakob B, Weyel B (Hrsg) Spirituality, mental health, and social support. A community approach. Studies in Spiritual Care, Bd 7. de Gruyter, Berlin/Boston, S 23–37. https://doi.org/10.1515/9783110674217-002

Lomax S, Cafaro CL, Hassen N, Whitlow C, Magid K, Jaffe G (2022) Centering mental health in society: a human rights approach to well-being for all. Am J Orthopsychiatry 92:364–370. https://doi.org/10.1037/ort0000618

Luhmann N (1990) Der medizinische Code. In: Luhmann N (Hrsg) Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven, 3. Aufl. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 176–188

Moser T (1976) Gottesvergiftung. Suhrkamp, Frankfurt

Moser T (2003) Von der Gottesvergiftung zu einem erträglichen Gott. Psychoanalytische Überlegungen zur Religion. Kreuz Verlag, Stuttgart

Murray HA (1949) Explorations in personality. Oxford University Press, New York

Palumbo D, Galderisi S (2020) Controversial issues in current definitions of mental health. Arch Psychiatry Psychother 22:7–11. https://doi.org/10.12740/APP/118064

PDM Task Force (2006) Psychodynamic diagnostic manual. Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring

Paul Tillich (1978) Gesammelte Werk Bd. 5: Die Frage nach dem Unbedingten. Schriften zur Religionsphilosophie. Stuttgart: Evangelisches Verlags-Werk

Peng-Keller S (2021) Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen

Peng-Keller S, Neuhold D (2019) Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. wbg Academic, Darmstadt

Pfeifer S (2022) Religion und Spiritualität als relevante Dimension bei psychiatrischen Patienten. Nervenheilkunde 41:826–832. https://doi.org/10.1055/a-1924-0976

Schneider W, Benecke C, de la Parra G, Freyberger HJ, Initialgruppe OPD (2018) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Entwicklungsgeschichte, Konzepte und Perspektiven. Psychotherapeut 63:373–380. https://doi.org/10.1007/s00278-018-0305-1

Sell C, Benecke C (2022) Funktionsniveaus der Persönlichkeit und ihre Beziehung zu psychodynamischen Behandlungskonzepten. Persönlichkeitsstörungen Theorie Therapie 26(4):494–515. https://doi.org/10.21706/ptt-26-4-494

Stauner N, Exline JJ, Grubbs JB, Pargament KI, Bradley DF, Uzdavines A (2016) Bifactor models of religious and spiritual struggles: distinct from religiousness and distress. Religions 7:68. https://doi.org/10.3390/rel7060068

Taylor C (2009) Ein säkulares Zeitalter. Suhrkamp, Frankfurt

Theissen G (2000) Die Religion der ersten Christen. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh

Utsch M (2012) Pathologische Religiosität. Genese – Beispiele – Handlungsansätze. Kohlhammer, Stuttgart

Utsch M (2022) Religiös-spirituelle Psychotherapieansätze und Grenzen der Integration. Nervenheilkunde 41:890–899. https://doi.org/10.1055/a-1944-8032

Winnicott DW (2020) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, 3. Aufl. Psychosozial Verlag, Gießen. (Brit. Original 1965)

World Health Organization (2004) Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary report). World Health Organization, Geneva

Yalom ID (2004) Liebe, Hoffnung, Psychotherapie. Das große Yalom-Lesebuch. btb, München

Yalom ID (2010) Existentielle Psychotherapie, 5. korr. Aufl. EHP Kohlhage, Bergisch-Gladbach. (Amerik. Original 1980)

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Teil II

Spiritual/Existential Care interprofessionell in den Handlungsfeldern der gesundheitlichen Versorgung

13 Spiritual Care – Diversitätskompetenter Umgang bei geriatrischen und schwerst erkrankten Menschen

Marianne Kloke und Wolfram Giesler

13.1 Einleitung

Spiritualität (Sp) und damit auch Spiritual Care (SpC) sind hochaktuelle – fast möchte man sagen Mode- – Themen geworden, und das obwohl bereits 2002 die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Definition von Palliative Care ihre Bedeutung als unverzichtbarer Dimension im Total-Health-Konzept festgeschrieben hat (World Health Organisation 2002). Wenn E. Weiher 2021 Spiritualität als den „inneren Geist", aus dem heraus ein Mensch sich versteht, aus dem er sein Leben gestaltet, er Sinn erfährt und mit dem er auch Krankheit, Sterben und Trauer zu bestehen sucht, beschreibt, so geschieht das auf der Basis der Grundannahme, dass Spiritualität ein Konstitutivum des Menschen schlechthin ist (Weiher 2014). Er differenziert zwischen der impliziten, jedem Menschen gegebenen Spiritualität und einer expliziten, die sich als spiritueller Bedarf äußert. Auch die 2010 von der European Association for Palliative care (EAPC) verabschiedete Definition basiert auf diesem Verständnis: „Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen." (Nolan et al. 2011). Diese lässt damit Raum für die unterschiedlichsten Weltanschauungen und Kulturen. Während die Sorge um die physischen, psychischen und sozialen Belange der Patienten und ihrer Angehörigen auch in

M. Kloke (✉)
Essen, Deutschland

W. Giesler
Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Akademischer Mitarbeiter, Freiburg, Deutschland
e-mail: wolfram.giessler@ph-freiburg.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_13

einem multiprofessionellen Team zumeist festen Berufsgruppen schwerpunktmäßig zugeordnet werden, stellt der spirituelle Bereich zumeist ein Querschnittsbereich dar (Schiessl et al. 2013). Menschen in der letzten Lebensphase fragen hier häufig (und ggf. in Nebensätzen) medizinisch/therapeutisch/pflegerisch Begleitende um Unterstützung an – um die eigenen Gefühle und Gedanken zu kontrollieren. Das existenzielle Merkmal, das hier angesprochen ist, betrifft vor allem die innere Auseinandersetzung mit dem Leben als Ganzem, einen in Ansätzen vorgenommenen Lebensrückblick, schließlich Sinnerfahrung und Stimmigkeitserleben im Austausch mit anderen Menschen. Diese gemeinsame Sorge aller Gesundheitsberufe um spirituelle Ressourcen, Bedürfnisse und Sorgen kranker Menschen und ihrer Angehörigen wird mit dem Fachbegriff Spiritual Care (SpC) bezeichnet. Sie ist nicht identisch mit der zumeist konfessions- oder religionsgebundenen Seelsorge, zu welcher der Zugang aber jederzeit bei Wunsch der Betroffenen ermöglicht werden muss.

Aus der nachweislich vorhandenen Unter- und Fehlversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Hospiz- und Palliativversorgung darf eine solche in SpC extrapoliert werden. Somit rechtfertigt nicht nur der Blick auf die in den kommenden 15 Jahren in Deutschland zu erwartende Zahl von mindestens 225.000 Menschen mit Migrationshintergrund, die eine spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung und damit SpC benötigen, sondern auch das Recht eines jeden Menschen auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen eine gesonderte Behandlung von Spiritualität und SpC unter den besonderen Aspekten der Trans- und Interkulturalität (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer 2010). Diese muss notwendigerweise in ihren Äußerungen den Bezug zum Sitz im Leben – den kulturellen, sozialen und historischen Bedingungen, für die sie Gültigkeit haben können, herstellen. Es ist auch zu beachten, dass ganz im Sinne von Palliative Care nicht nur der geriatrische und schwerstkranke Mensch, sondern auch seine Angehörigen in die Versorgung einzubeziehen sind.

13.2 Spiritualität und Spiritual Care im Kontext von Migration und Diversität

13.2.1 Ausgangssituation

SpC trifft auf eine „Gesellschaft der Singularitäten“ (Reckwitz 2019) und eine damit sich verstärkende Differenzierung von Lebenswelten, in denen Unterschiede auch hinsichtlich der Spiritualität weiter zunehmen. Migration und transnationale Mobilität sind ein weiterer Treiber für gesellschaftliche Diversität, die sich einer eindeutigen kulturellen Identität oder angenommenen nationalkulturellen Zugehörigkeit entziehen. Die in Deutschland offizielle Bezeichnung „Migrationshintergrund“ für mehr als ein Viertel der Bevölkerung blendet aus, dass unabhängig von der nationalen Zugehörigkeit und Staatsangehörigkeit, transnationale Mobilität für viele Menschen die wesentliche Erfahrung im Kontext von Einwanderung für ihre Arbeitsbiografie und familiäre Situation darstellt. Allein die Pendel-

migration – beispielsweise von älteren Menschen der ersten Einwanderungsgeneration – zeigt, „dass Mobilität innerhalb oder grenzüberschreitend heute vielmehr die Normalität ist“ (Cattacin 2021). Gleiches lässt sich auch für den für SpC wichtigen Bereich der pflegerischen Versorgung feststellen, wo allein hunderttausende Pflegepersonen aus Osteuropa in deutschen Haushalten tätig sind.

Diversität, Migration, Transnationalität und Mobilität wirken biografisch, familiär und sozio-ökonomisch auf Spiritualität und religiöse Zugehörigkeiten. Spiritualität ist somit nicht statisch, sondern kann sich verändern oder wird je nach Ort, Umfeld und Situation unterschiedlich erlebt und praktiziert.

Auch wenn die Folgen einer defizitären Aus- und Weiterbildung in SpC der im medizinisch-pflegerischen Bereich tätigen Fachpersonen sowie die selten vorhandenen strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen alle Menschen betreffen, stellt die „(Für-)Sorge für die Seele“ bei Menschen mit einem migrationsgeschichtlichen, transnational mobilen Hintergrund vor besondere Herausforderungen.

Deshalb ist für Fachpersonen im palliativen Versorgungssetting die Anforderung gestellt, einen verstehenden und vertrauensbildenden Zugang zu Menschen und ihren familiären und sozialen Bezugssystemen zu entwickeln. Nur so wird es möglich, die individuelle Einzigartigkeit der Spiritualität zu begreifen und besprechbar zu machen. Hierzu gehört auch, die eigene Prägung und persönlichen Fremdheitsgrenzen zu erkunden und zu reflektieren.

13.2.2 Bedingungen für eine diversitätssensible SpC

Nicht nur das Verstehen der eigenen Erkrankung und ihrer Bedeutung für die Lebensmöglichkeiten, sondern auch die Äußerungen von spirituellen Belangen werden aufgrund von Kommunikationsbarrieren erschwert oder z. T. sogar verhindert. Studien belegen in über 50 % der Fälle Übersetzungsfehler (Juckett und Unger 2014). Angehörige in einer übersetzenden und vermittelnden Rolle können Familienstrukturen ins Wanken bringen, stellen somit keinen Lösungsansatz dar, zumal diese Aufgaben von Kindern und Jugendlichen übernommen werden, die mit der Situation emotional und kognitiv völlig überfordert werden. Ursachen für den erschwerten Zugang zu Palliativ- und Hospizversorgung und damit auch zu SpC sind aber auch Nichtwissen um die Möglichkeiten einer solchen Betreuungsoption, schlechte (Vor-)Erfahrungen mit Institutionen und Misstrauen anderen Religionen gegenüber, oftmals vor dem Hintergrund ethnischer und religiöser Verfolgung in den Herkunftsländern (Kloke 2019).

Die Fachpersonen negieren nicht zuletzt aufgrund ihrer oftmals subjektiv als unzureichend empfundenen Kompetenz die Notwendigkeit der Implementierung einer „externen“ Versorgung mit Verweis auf die vermeintlich ausreichende Struktur der Großfamilie sowie deren Verankerung in der jeweils eigenen Religion oder Community. Umgekehrt nimmt der Anteil von Menschen mit Migrations- und transnationalem Mobilitätshintergrund bei den Fachpersonen stetig zu, was zur Erwartung aufseiten der

Patient:innen und Angehörigen führen kann, dass durch die gleiche Muttersprache oder Migrationserfahrung Verständnis und Kompetenz implizit vorhanden sind. Beides kann hilfreich sein, bedarf trotzdem einer reflexiven Haltung der jeweiligen Fachpersonen, um Stereotypbildungen zu vermeiden und sich auch von nicht erfüllbaren Erwartungen der zu Versorgenden professionell abgrenzen zu können. Das bedeutet, dass in einem multiprofessionellen Team alle Fachpersonen für eine diversitätssensible Haltung und Kommunikation verantwortlich sind. Diversitätssensibel bedeutet, die Diversitätsmerkmale wie Alter, Geschlecht, mögliche Behinderungen, soziokulturelle Herkunft, Sprache, Hautfarbe, Religion, sexuelle Orientierung wahrzunehmen und in ihren Wirkungen auf die Lebensgeschichte und aktuelle Situation zu verstehen. Im Gegensatz dazu stehen Kulturklischees und scheinbare Verhaltensmuster von Menschen einer angenommenen gleichen kulturellen Prägung oder Religionszugehörigkeit. Diese Kulturfalle ist z. T. Folge einer religionsbezogenen Weiterbildung in der Vergangenheit. Sie hat die zunehmende Diversität in den Religionen und die „Singularitäten" der Betroffenen aus unterschiedlichen sozialen Schichten und ihren individuellen Bildungsniveaus und Migrations- und Mobilitätserfahrungen unberücksichtigt gelassen. Ein Blick auf die Verschiedenheit der Glaubenspraxen und –überzeugungen innerhalb der organisierten römisch-katholischen Kirche, lässt den Einfluss dieser Faktoren auf die de facto sozio-kulturell-religiöse Identität des Individuums erahnen. Und dass, obwohl diese Religionsgemeinschaft die Trennung von Staat und Kirche bereits seit vielen Generationen vollzogen hat. Ein vermeintlich sicheres „Wissen" über Kulturen und Religionen birgt die Gefahr, dass Fachpersonen glauben zu verstehen, welche spirituellen Bedürfnisse z. B. im islamischen, jüdischen oder christlich-orthodoxen Glauben relevant sind. Hierdurch werden die tatsächlichen spirituellen Belange und Bedürfnisse der Menschen nicht wahrgenommen, ggf. sogar fehlinterpretiert. Somit sind die religionsspezifischen Weiterbildungen, insbesondere wenn sie im geschichtlichen Kontext erfolgen, zwar spannend und hilfreich für das Verständnis von Religionen und Kulturen als solche. Sie haben für die konkrete Begleitung des Individuums aber nur begrenzten Wert.

13.2.3 Konzepte zur Berücksichtigung von Diversität

Für das Verständnis der jeweiligen Lebenssituation und Biografie spielen die oben erwähnten Diversitätsmerkmale eine entscheidende Rolle. Die Reduktion auf die Zuschreibung „Migrationshintergrund" oder die Religionszugehörigkeit verhindert eine unvoreingenommene Wahrnehmung des Gegenübers. Daher sind immer alle Merkmale zu beachten, unabhängig davon, dass situativ ein Merkmal besondere Aufmerksamkeit benötigt. Dabei werden die Merkmale in der direkten Interaktion auf der institutionellen und der gesellschaftlichen Ebene wirksam (van Keuk et al. 2011). Das bedeutet, dass sich in der Art der Beziehung und Interaktion der Fachpersonen zu schwerstkranken Menschen und ihrem sozial-familiären Bezugsystem entscheidet, ob diese Ebenen in ihren Wirkungen bedacht werden. Fachpersonen sollten deshalb hinsichtlich der Diversitätsmerkmale

Wissen haben über gesellschaftliche Konstruktionen von Ungleichheit und diskriminierende Strukturen sowie Verhaltensweisen erkennen können. Hierzu gehört auch, sich mit den eigenen Normen und Werten auseinanderzusetzen (Hofstede und Hofstede 2011) (vgl. Bargehr 2009). Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für Vertrauen und Beziehungsaufbau, die entscheidend ist für eine gelingende Kommunikation. Zugleich ist jedoch z. B. eine palliative Versorgungssituation durch Machtasymmetrie geprägt, da die Fachpersonen über mehr Handlungsmöglichkeiten verfügen. Diese Machtungleichheit ist für die Beziehungsebene besonders relevant, wenn Menschen sich dauerhaft als Minderheit erleben und sie auf Fachpersonen treffen, die aus ihrer Erfahrung als Mehrheitsangehörige wahrgenommen werden. Diese Minderheitenerfahrung kann zu hohen Erwartungen an die Vertreter:innen der Mehrheitsangehörigen führen, beispielweise in der Vorstellung, Fachpersonen können doch alles tun, um den Zustand zu verbessern oder die beste medizinische Versorgung auch in der Sterbephase zu gewährleisten. Dies führt wiederum bei Fachpersonen zum Reflex, dass die Einsicht in die Situation fehlt, und der Zuschreibung, dass diese Erwartung der zu Versorgenden und ihrer Angehörigen kulturbedingt ist. Dadurch werden Kontakt und Herstellen einer Beziehungsebene verhindert. Hilfreich ist es, trotz der Machtasymmetrie eine Beziehung auf „Augenhöhe“ zu ermöglichen. Hierfür ist die Reflexion der Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezogen auf die Diversitätsmerkmale durch die Fachperson hilfreich: Welche Gemeinsamkeiten habe ich als Fachperson mit der zu versorgenden Person oder der Angehörigen, was unterscheidet uns? Die Gemeinsamkeiten können dann zum Schlüssel für Kontakt und Vertrauensaufbau werden.

Soziokulturelle Prägungen, wie die Vorstellungen über die Rolle des älteren Menschen oder über Geschlechterrollen, sind abhängig von der Organisation des sozialen Zusammenlebens in einer Gesellschaft. Als Orientierung hierfür können die Analysen von Hofstede aus den 1970er-Jahren zu Individualismus und Kollektivismus dienen. „Individualismus beschreibt Gesellschaften, in denen die Bindungen zwischen den Individuen locker sind: Man erwartet von jedem, dass er für sich selbst und seine unmittelbare Familie sorgt. Sein Gegenstück, der Kollektivismus, beschreibt Gesellschaften, in denen der Mensch von Geburt an in starke, geschlossene Wir-Gruppen integriert ist, die ihn ein Leben lang schützen und dafür bedingungslose Loyalität verlangen“ (Hofstede und Hofstede 2011). Demnach ist eine kollektivistisch ausgerichtete Familie von gemeinsamen Werten und Verpflichtungen geprägt, sodass das Wohl der Gemeinschaft über dem Wohl des Einzelnen steht. In individualistisch geprägten Familien haben Selbstbestimmung und individuelle Bedürfnisse der Mitglieder Vorrang und einen hohen Stellenwert. Diese Prägungen sind jedoch nicht dichotom voneinander abgegrenzt und einzelnen Kulturen oder Ländern zuordnungsbar. Vor dem Hintergrund, dass Migration häufig mit transnationaler Mobilität verbunden ist, können beide Prägungen in einer Familie und auch intraindividuell vorhanden sein. „Dies wird besonders deutlich bei mobilen Familien, die in der Regel auf der einen Seite durch die Migration vermehrt ihren individuellen Wünschen nachleben, andererseits aber mit ihrer eher soziozentriert orientierten, transnationalen Großfamilie weiterhin stark verbunden bleiben“ (Domenig 2021). Daraus erwächst eine transnationale Form der Zugehörigkeit oder des Seins, in Form emotionaler Verbundenheit, der ge-

meinsamen Geschichte oder geteilter Schicksale und damit verknüpften sozialen Verpflichtungen (ebd.). Diese Prägungen, die wiederum individuell sehr differenziert sein können, sind im Kontext von SpC hoch bedeutsam. Sie zu ergründen und besprechbar zu machen, erfordert von Fachpersonen viel Zeit und Geduld für den Vertrauens- und Beziehungsaufbau.

Deshalb benötigen Fachpersonen für SpC eine Diversitätskompetenz als spezifische soziale Kompetenz. Diese ist gekennzeichnet durch

- eine offene, interessierte Haltung,
- Kenntnis und Selbstreflexion zur eigenen kulturellen Eingebundenheit,
- Wahrnehmung von Machtasymmetrie und diskriminierenden Strukturen,
- vorurteilsbewusste Kommunikation,
- Wahrnehmung von Kulturfallen (der türkische Patient, die muslimische Frau),
- die Fähigkeit, sich in die Rolle des Gegenübers hineinzuversetzen,
- Ambiguitätstoleranz, d. h. Unsicherheiten und Irritationen wahrnehmen und aushalten können (Schiessl et al. 2013).

13.2.4 Krisensituationen im Erkrankungs-/Sterbeprozess mit besonderer Relevanz von Spiritualität – ein Fallbeispiel

Fallbeispiel

Von der Stationsärztin bekommen Sie folgende Hintergrundinformationen: Frau X lebe gemeinsam mit ihrer Tochter im Kosovo. Ihre drei Söhne seien seit 25 Jahren in Deutschland und hätten teilweise deutsche Frauen. In der Heimat habe man der Mutter gesagt, dass ihr Krebs nicht mehr behandelbar sei, und sie mit irgendwelchen Schmerztabletten weggeschickt. Die Familie habe das nicht geglaubt und die Mutter gestern nach Deutschland geholt; in der Nacht sei sie notfallmäßig aufgrund einer starken Blutung aufgenommen worden. Medizinisch wäre mit Blick auf die Ausbreitung der Erkrankung und den allgemeinen Gesundheitszustand allenfalls eine Bestrahlung sinnvoll, das aber nur unter stationären Bedingungen aufgrund der Blutungsgefahr. Sie habe das der Familie schon mitgeteilt, woraufhin die mitgereiste Tochter ihr Geld angeboten habe.

Im Zimmer treffen Sie auf eine alte, offenkundig sehr erschöpfte und auch schmerzgeplagte Frau. Am Bett neben ihr sitzt ihre sicher auch schon 60 Jahre alte Tochter. Eine Jugendliche, die aufgrund häufiger Urlaube bei der Uroma etwas Kosovarisch spricht, ist als Dolmetscherin anwesend. Bei der Symptomerfassung fällt die deutliche Diskrepanz zwischen Schmerzbeobachtung und -mitteilung auf. Die Frage nach dem Vorhandensein von Angst wird von der Tochter beantwortet mit „Wir haben den Krieg erlebt“. Das junge Mädchen beendet das Gespräch mit der Frage, wann denn der Onkologe komme und die Therapie beginne.

Konsiliarisch schlagen Sie eine Medikation gegen Schmerzen und gegen die belastende Geruchsentwicklung sowie die Anlage eines Blasenkatheters vor und bieten eine Übernahme auf die Palliativstation an. Als zu erwartende Schwierigkeiten benennen Sie: Akzeptanz einer ausschließlichen palliativmedizinischen Behandlung einschließlich Begrenzung von lebensverlängernden Maßnahmen, Aufklärung zu der Option der therapeutischen Sedierung bei terminaler Blutung, Etablierung einer (ambulanten) Palliativversorgung bei bereits bestehender Transportunfähigkeit, Deckung der auf die Familie zukommenden Kosten (besonders durch die Blutungsbestrahlung), Umgang mit den verschiedenen soziokulturellen Lebensbedingungen innerhalb der Familie (Patientin und Tochter sehr traditionell, muslimisch religiös; Söhne westlicher Lebensstil, gut integriert, areligiös), vor allem die Bedeutung lebensgeschichtlich relevanter Ereignisse (z. B. Erfahrung sexueller Gewalt). Zwei Stunden später bekommen Sie einen Anruf von der Station: Die Schmerzmedikation sei abgelehnt worden, weil sie Rauschmittel enthielte, und die Anlage eines Blasenkatheters sei aufgrund der Abwehr der Patientin gescheitert, gleiches gelte auch für die Wundversorgung. ◀

Zunächst wird in diesem Beispiel deutlich, wie wichtig die Beachtung der soziozentrierten Prägung dieser Familiensituation ist. Alle Familienmitglieder fühlen sich verantwortlich für das Wohlergehen der Patientin, auch die Söhne, die zwar weniger traditionell in Deutschland leben, trotzdem über die transnationale Verbundenheit eher soziozentriert reagieren, indem sie mit dafür sorgen, dass ihre Mutter nach Deutschland zur Behandlung kommt. Gleichzeitig wird aus der Minderheitenposition der Familie die Erwartung auf bestmögliche Behandlung gestellt. Zusätzlich ist die Traumatisierung aus Kriegserlebnissen und einer möglichen Vergewaltigung für die Patientin eine schwerwiegende Belastung. Für den weiteren Umgang mit der Situation wären Informationen hilfreich, die die Erwartungen der Tochter und Patientin versuchen zu erfüllen: So wirkt die Gabe von Opiaten auch stressreduzierend, es ist für sie möglich, wieder etwas zu essen; dies wirkt lebensverlängernd. Die Wundversorgung und das Legen des Blasenkatheters sollten unter Anwesenheit der Tochter von einer weiblichen Pflegekraft durchgeführt werden. Nach dieser Erstversorgung empfiehlt sich, zeitnah ein Gespräch mit den Söhnen zu führen. Hierbei sollte im Vordergrund stehen, dass sie ihre Ambivalenz hinsichtlich der Verpflichtung gegenüber der Mutter und der Einsicht, dass die palliative Versorgung das Beste für ihre Mutter ist, besprechen können. Bezogen auf die oben beschriebene Diversitätskompetenz heißt das für die Fachperson, sich in die Rolle der Söhne hineinzuversetzen und mit ihnen im Gespräch ein für sie mögliches Vorgehen zu vereinbaren, z. B., dass sie in ihrer Verantwortung für die Familie ihrer Schwester verdeutlichen, dass die Palliativversorgung die beste Behandlung für die Mutter ist. Hierfür wird ein Gespräch nicht ausreichen, sondern es ist wichtig, dass die jeweilige Fachperson zuverlässig kontinuierliche Ansprechpartnerin ist und die Söhne dabei unterstützt. Über diesen Weg ist es dann auch möglich, die Spiritualität und religiöse Orientierung der Patientin zum Thema zu machen und vielleicht über den Kontakt zur örtlichen Moscheegemeinde den Besuch eines Hodscha oder des Imams zu organisieren.

13.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

Thesen:

1. Es gibt keine spezifische SpC für Menschen mit Migrationshintergrund, weil SpC immer die sozialen, ethnischen, kulturellen und lebensgeschichtlichen So-Werdens und So-Seins Bedingungen eines jeden Menschen berücksichtigen muss. Der Respekt vor seinem inneren Geist und die Achtung seiner Würde bedingen einen religions- und kultursensiblen Umgang.
2. Von Empathie gekennzeichnete Um- und Eingehensformen auf die Spiritualität von Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende unter Einbeziehung ihrer Angehörigen können wesentlich zu Toleranz und Wertschätzung in unserer durch Einwanderung gekennzeichneten Gesellschaft beitragen.
3. Die Integration von SpC auch oder gerade für Menschen mit Migrationshintergrund in die Versorgungsplanung kann nur im Zusammenspiel von Schulung der Mitarbeitenden im Gesundheitssystem im diversitätssensiblen Umgang und Zugehen auf Multiplikatoren der verschiedenen Communitys unter Einbeziehung existierender religions- und konfessionsgebundener Strukturen und Institutionen geschehen. Sie sind die Basis für die von der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland geforderte Zugangsgerechtigkeit zur Palliativ- und Hospizversorgung, aber eben auch zu SpC.

Literatur

Bargehr G (2009) Diversitätskonzepte im Kontext politisierter Zugänge der Cultural Studies. In: Abdul-Hussain S, Baig S (Hrsg) Diversity in Supervision, Coaching und Beratung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Cattacin S (2021) Migration und Mobilität. In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz, 3. überarb. Aufl. S. 89 Hogrefe Verlag Bern

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer (2010) Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html. Zugegriffen im Februar 2023

Domenig D (2021) Die soziale Einbettung des Individuums. In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz, 3. überarb. Aufl. Hogrefe Verlag Bern

Hofstede G, Hofstede GJ (2011) Lokales Denken, globales Handeln: Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management, 5. durchges. Aufl. München, S 97

Juckett G, Unger K (2014) Appropriate use of medical interpreters. Am Fam Physician 90(7):476–480

van Keuk E, Joksimovic L, Ghaderi C (2011) Diversity im klinischen und sozialen Alltag: Kompetenter Umgang mit Vielfalt. In: van Keuk E, Ghaderi C, Joksimovic L, David D (Hrsg) Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer Verlag Stuttgart

Kloke M (2019) Bedeutung von kultureller/religiöser Diversität in der praktischen Palliativmedizin. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3/2019, S. 6–15

Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. Eur J Palliat Care 18(2):86–89

Reckwitz A (2019) Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S 51

Schiessl C, Ilse B, Hildebrandt J et al (2013) Implementierung des Querschnittsbereichs 13. Schmerz 27:275–288. https://doi.org/10.1007/s00482-013-1322-1

Weiher E (2014) das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende, 4. Durchgesehene. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

World Health Organisation (2002) Definition of palliative care. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf. Zugegriffen im Februar 2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

14 Spiritualität und Existenzialität im Alter bedenken – (k)ein Thema der deutschsprachigen Gerontologie?

Anna Storms

„Das einundzwanzigste Jahrhundert fängt zumindest an als das Zeitalter der Älteren“, beschreibt es der Gerontopsychiater Hermann Westerink (2009, S. 35), denn das menschliche Alter(n) ist in der Politik, der Wirtschaft, den Medien und auch in der Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten zunehmend in den Fokus des Interesses gerückt. Dabei gilt laut Kumlehn et al. (Klie et al. 2009, S. 1), dass „[k]aum ein anderes Forschungsfeld […] derzeit so verschiedene Wissenschaftsdiskurse zu integrieren [vermag] wie die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft“. Dass das Altern sowohl in den Lebenswissenschaften als auch den Geistes- und Sozialwissenschaften zu einem attraktiven Forschungsgegenstand mit einem breiten Themenspektrum avanciert ist, zeigen u. a. auch die Forschungstätigkeiten des Netzwerks Alternsforschung in Heidelberg (NAR, ehemals Deutsches Zentrum für Alternsforschung [DZFA]), des Deutschen Zentrums für Altersfragen in Berlin (DZA), die u. a. auch die Bundesregierung zu Themen des Alter(n)s beraten, des Forums für interdisziplinäre Alternsforschung in Frankfurt (FFIA) und zahlreiche andere Universitätsschwerpunkte zur Alternsforschung, wie etwa an der Universität zu Köln (CECAD, CERES).

Auch wenn das Nachdenken über das Alter selbst bereits in der griechischen Antike verwurzelt ist (vgl. Lehr 2003), haben sich mit der Gerontologie und der Geriatrie als Wissenschaften vom Alter(n) in den vergangenen Jahrzehnten eigene Fachrichtungen entwickelt, die sich gesellschaftlich-kulturellen und medizinisch-versorgerischen Fragen des Alter(n)s und Konsequenzen der demografischen Entwicklungen für Individuen und Gesellschaften zuwenden (vgl. Wahl und Heyl 2004). Dieser Beitrag will dabei die recht neue wissenschaftliche Disziplin der Gerontologie in Deutschland mit Blick auf die Relevanz von Spiritualität im und Existenzialität des Alter(n)s betrachten und in verschiedenen

A. Storms (✉)
Katholische Akademie Die Wolfsburg, Mülheim an der Ruhr, Deutschland
e-mail: anna.storms@bistum-essen.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_14

Fragekreisen (insbesondere aus ethischer Perspektive) ihrer Bedeutung für das höchste Lebensalter nachgehen.

14.1 Hochaltrigkeit und Spiritualität – (k)eine Themen der Alternsforschung?

Das wachsende Interesse am Thema Alter(n) ist nicht zuletzt durch die Prognosen der Demografie evoziert. So ist das Erreichen eines höheren Lebensalters in westlichen Gesellschaften – nicht zuletzt auch dank der Errungenschaften der modernen Medizin zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten, zum Ausbau von staatlichen Versorgungssystemen und zu einer mobilitätsfördernden Infrastruktur, der Durchsetzung hygienischer Standards und eines breiteren Ernährungsangebots sowie der überwiegend kriegsfreien Lebensumstände – für breite Bereiche der Gesellschaft zur erwartbaren Normalität geworden. Die gegenwärtige Lebenserwartung von Neugeborenen ist alleine in den letzten 15 Jahren um mehr als drei Jahre auf um die 80 Jahre (78,31 Jahre für männliche und 83,20 Jahre für weibliche Neugeborene im Jahr 2015) angewachsen – Tendenz steigend (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a). Die Bevölkerungsgruppe derjenigen mit 80 und mehr Jahren ist dabei gegenwärtig die am schnellsten wachsende Gruppe und es wird erwartet, dass bis zum Jahre 2030 diese Bevölkerungsgruppe einen deutlichen Anteil an der Gesamtbevölkerung ausmachen wird. Das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung steigt somit von derzeit ca. 43 Jahren auf 47 Jahre, in Teilen Ostdeutschlands sogar auf über 50 Jahre an, während die Zahl der Gesamtbevölkerung von 81,2 Mio. im Jahr 2010 bis zum Jahr 2030 auf 79,2 Mio. weiter sinken wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2015b).

Ungeachtet dieses gesteigerten Interesses am Alter(n) und des Zuwachses der ältesten Bevölkerungsgruppe fehlt es bis dato jedoch an einer nennenswerten Anzahl an Studien, die sich explizit diesem Bevölkerungssegment widmen. Nur wenige internationale Studien fokussieren die Hochaltrigkeit, wie die Georgia-Centenarian-Studie (vgl. Poon et al. 1992), die Swedish National Study on Aging and Care (vgl. Lennartsson et al. 2014) oder die Newcastle 85+-Studie (vgl. Collerton et al. 2016). Auch in Deutschland gibt es mit der NRW80+-Studie (Wagner et al. 2018) und dem Deutschen Hochaltrigensurvey (D80+-Studie) als Ergänzung des Deutschen Alterssurveys (DEAS) erste repräsentative Studien, die die Lebensqualität und Lebenslage explizit von Hochaltrigen umfassend betrachten. Darüber hinaus haben die beiden Heidelberger Hundertjährigen-Studien (vgl. Rott et al. 2001; Jopp et al. 2013) die extrem alte Personengruppe der Hundertjährigen im Blick oder die Generali Hochaltrigenstudie (vgl. Generali Zukunftsfonds 2014) die Hochaltrigen, die sich ehrenamtlich engagieren.

Auch wenn es theoretische und empirische Anzeichen gibt, dass es sich bei den Hochaltrigen um eine eigene Gruppe mit eigenen Lebensthemen handelt, wird dieser Personenkreis immer noch oft als negative Projektionsfläche des Alters adressiert. Dies trifft auch auf Forschungen im Zusammenhang von Spiritualität, Religiosität und höherem

Lebensalter zu, in denen großangelegte Studien wie der internationale Religionsmonitor (vgl. Pollack und Müller 2013) Personen ab einem Alter von 60 bzw. 65 Lebensjahren zu einer Gruppe zusammenfügen und nicht nochmals zwischen einem jüngeren und einem älteren Alter – eben den Hochaltrigen – unterscheiden. Auch der Bereich von Spiritualität und Gesundheit an sich stellt bei allem Euphemismus der Forschungsergebnisse und -aktivitäten einen Randbereich sozialwissenschaftlicher, gerontologischer und medizinischer Forschung dar – und das nicht nur in Deutschland, sondern etwa auch in den USA, wo der Konnex aus Spiritualität und Gesundheit an sich deutlich mehr erforscht ist (vgl. Zwingmann 2015).

14.2 Hochaltrigkeit – ein Thema der Ethik?

Trotz der bis dato marginalen Stellung hochalter Menschen in der Forschung rücken diese als am schnellsten wachsende Population jedoch zunehmend in das Interesse einer größeren Öffentlichkeit und konfrontieren sowohl unterschiedliche wissenschaftliche Felder als auch die Gesellschaft mit ethischen Fragen, die die zunehmende Alterung der Bevölkerung hervorrufen. So stellen sich aus einer ethischen Perspektive etwa Fragen der Gerechtigkeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik, der Bedarfs- und Anspruchsdeckung im Bereich der Pflege und Medizin oder auch nach den Bedingungen und Möglichkeiten der Förderung eines „guten Alter(n)s“ für jeden Einzelnen in einer Gesellschaft.

Neben den bereichsethischen Fragen, die das Alter aufwirft, rücken dabei zugleich auch Fragen nach einer Ethik des Alter(n)s selbst ins Licht, die i. d. R. entweder sollensethisch oder strebensethisch diskutiert werden (vgl. Baranzke et al. 2018). Erstere Perspektive diskutiert das Alter(n) in Relation zu „Altersnormen als Standards altersgemäßen Verhaltens“ (Schweda 2014, S. 207; vgl. auch Schweda et al. 2018), während letztere „Phasenideale als Maßstäbe eines guten Lebensverlaufs“ (Schweda 2014 S. 212–215) fokussiert und die Altersphase als Teil des menschlichen Lebens hinsichtlich des Anspruchs eines gelingenden Lebens betrachtet. Darüber hinaus wird eine eigene Ethik des Alter(n)s auch als „Mischform“ dieser beiden Traditionsstränge thematisiert, wonach sich das gute und gelingende Alter an individuellen Entwicklungsaufgaben bemisst, die einerseits Aspekte einer Strebensethik mit ihren narrativ eingebetteten existenziellen Sinnzusammenhängen sowie andererseits einen individuellen sollensethischen Anspruch beinhaltet (vgl. Schweda 2014, S. 217).

Fragen der Verteilungsgerechtigkeit oder der Altersdiskriminierung, wie sie etwa in medizin- und gesundheitsethischen oder auch sozialökonomischen und politischen Debatten adressiert werden, basieren zumeist auf sollensethischen Ansätzen und sind primär auf sozialethischer Ebene anzusiedeln. Gerontologische, theologische und philosophische Diskurse hingegen werden meist eher unter strebensethischen Gesichtspunkten auf individualethischer Ebene mit Blick auf ein gelingendes Alter(n) geführt. Paradigmatisch dafür ist etwa die in verschiedenen Diskursen vorzufindende Grundausrichtung an dem Konstrukt der Entwicklung bis in die letzte Lebensphase, die darum bemüht ist, eine bis-

her vorherrschende Defizitorientierung mit Blick auf das Alter hin zu Konzepten des gelingenden, erfolgreichen oder potenzialorientierten Alter(n)s zu überwinden (vgl. Kruse und Wahl 2010; Rott und Jopp 2012). So beschreibt etwa der Philosoph Thomas Rentsch Altern als „Radikalisierung der menschlichen Grundsituation, die ein Werden zu sich selbst ermöglicht“ (Rentsch 1995) oder der Theologe Hans-Martin Rieger das Altern als in seiner „Begrenztheit, Verletzlichkeit und Imperfektibilität“ (vgl. Rieger 2008) verantwortlich zu Gestaltendes.

Während bei sollensethischen Argumentationen kritische Anfragen an die Normativität von Verhaltens- und Wertmaßstäben, Altersgrenzen sowie der Normierung und Pathologisierung von Alter und altersassoziierten Veränderungen gestellt werden können, richten sich diese bei strebensethischen Ansätzen auf die Gefahr überzogener leistungsorientierter Selbsterlösungsideologien und Produktivitätskategorien. Die Theologin Gunda Schneider-Flume verweist in diesem Kontext daher zu Recht auf die „Brüchigkeit und Fragmentarität des Lebens“, dem unter den Bedingungen der Produktivität und Nützlichkeitsorientierung insbesondere im höheren Alter das Gefühl der Wertlosigkeit drohe (vgl. Schneider-Flume 2010). Sozialethisch gewandt stellen demnach gerade ältere Menschen in einer auf Leistungsfähigkeit und Selbstverwirklichung aufbauenden Gesellschaft als „Kriterium der Lebensqualität“ (vgl. Jüngel 2002) die Frage nach der Definitionshoheit von Menschlichkeit, Wertigkeit und den normativen Parametern zur Gestaltung einer Gesellschaft des langen Lebens.

14.3 Spiritualität in der Hochaltrigkeit bedenken – eine Frage der Moral?

Diese Anfragen lassen sich auch auf den Spiritualitätsdiskurs im Alter übertragen, der ebenfalls stark normativ aufgeladen ist. Eine (medizin-)ethische Perspektive zeigt dabei, dass der Ethik eine wichtige rekonstruktive Funktion zukommt, um die normativen Vorannahmen in der wissenschaftlichen Alter(n)sforschung in den Vordergrund zu rücken. Denn die Art und Weise, wie Spiritualität und Alter(n) in den unterschiedlichen Diskursen thematisiert werden, ist alles andere als ethisch neutral. So werden einerseits in sollensethischer Manier etwa in der Theorie der Gerotranszendenz (vgl. Tornstam 2011) Vorstellungen von DEM Alter mit Vorstellungen DER Spiritualität verknüpft und andererseits in religionspsychologischen Entwicklungsmodellen Hierarchisierungen in die spirituelle Entwicklung eingeführt, die ebenfalls wenig Raum für Ambivalenzen und Ambiguitäten bereithalten. Dass jedoch insbesondere solche für die Spiritualität in der Hochaltrigkeit ein wichtiges Thema darstellen, haben qualitative Arbeiten gezeigt, wonach Spiritualität sich eben auch im höheren Alter selbst entwickelt, ohne dabei eine lineare Entwicklungskurve zugrunde legen zu können (vgl. Janhsen et al. 2019b; Luscher und Haller 2016).

Vielmehr sind es demnach die Brüche, Zweifel und Anfragen, die auf der Grundlage von biografischen Erfahrungen und narrativen Deutungen Spiritualität im Alter verändern

und selbst zum Thema werden lassen. Sie fungiert sowohl als eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, Fragmenthaftigkeit und Vulnerabilität als auch als eine Grundlage zur Gestaltung, Sinnorientierung und moralischen Ausrichtung des eigenen Lebens. Aufgrund der Subjektivität von spirituellen Vorstellungen kann somit jedoch niemand anderes als die Person selbst Referenz- und Deutungsinstanz sein, was gelingende Lebensführung und die Verwirklichung von spirituellen und existenziellen Sinnentwürfen bedeutet.

Dies wird jedoch in der alterns- und gesundheitsbezogenen Forschung zumeist nicht berücksichtigt, insbesondere dann nicht, wenn Fragebögen eingesetzt werden, die normativ vorschreiben, was unter Spiritualität zu verstehen ist. Dass das Verständnis von Spiritualität durchaus heterogen und vielgestaltig ist und auch bei Hochaltrigen mit einer (noch) starken religiösen Sozialisation nicht mehr auf religiöse Vorstellungen von Spiritualität enggeführt werden kann, haben ebenfalls qualitative Forschungen gezeigt (vgl. Janhsen et al. 2019a). Es gilt daher vielmehr, Spiritualität – wie im Übrigen auch Religiosität (vgl. dazu etwa Charbonnier 2014) – multidimensional zu verstehen und unabhängig von anderen Konstrukten wahrzunehmen und zu erfassen.

14.4 Spiritualität im hohen Alter – mehr als eine ars moriendi?

Spiritualität kann somit als auf der einen Seite anthropologisch wie handlungstheoretisch eng mit Vorstellungen der Lebensqualität im Sinne einer gelingenden Lebensführung verknüpft verstanden werden und an die Möglichkeiten sinnhafter Interaktion und Verkörperung gebunden. Im Gegensatz zu normativen Fixierungen von Spiritualität ist sie auf der anderen Seite selbst prozesshaftes, dynamisches Geschehen, geprägt von Zweifeln, Krisen und Unsicherheiten, die ihrerseits zur Entwicklung von Spiritualität beitragen. In diesem Sinne stellt Spiritualität keine besondere Dimension des höheren Lebensalters dar, da sie wie in anderen Lebensphasen auch als Dimension der Sinnfindung und intra-, inter- und transpersonaler Resonanz eine wichtige Ressource in der Verarbeitung von biografischen sowie gesundheitsrelevanten Herausforderungen darstellt und somit mehr ist als etwas, das als ars moriendi lediglich beim Sterben hilft.

Allerdings hat Spiritualität eine besondere Ausprägung im höheren Lebensalter, denn mit altersassoziierten Erfahrungen kommen Fragen der Spiritualität, Existenzialität sowie Sinnerfahrung neu und anders auf das Tableau und es werden gewohnte Antworten und Deutungsmuster infrage gestellt. In einer im theologischen Alter(n)sdiskurs breit rezipierten Studie wird diese Dialektik mit den Begriffen der Lebensbilanz und Zukunftsperspektive umschrieben, wonach es auf der einen Seite um „die Bewertung von erinnerten Lebensereignissen vor dem Forum des Selbst, der Mitwelt und dem Forum Gottes“ (Bierlein 1994, S. 54) geht und auf der anderen Seite um die Vorstellung der je eigenen Zukunft, zu der ein bewusster Umgang mit den zunehmenden Einschränkungen und Begrenzungen des Lebens gehört (vgl. Bierlein 1994, S. 96).

In dieser Studie zeigt sich dabei, dass sozialisatorisch angeeigneter und lebensgeschichtlich geprägter religiöser Glaube durchaus eine wichtige Ressource von Hochaltrigen darstellen kann, jedoch ein bemerkenswerter Unterschied zwischen Theorie und Praxis in der Bedeutung christlicher Hoffnungsvorstellungen im Umgang mit Alter und Sterben aufscheint: Während eschatologisch-theologische Theorien die christliche Vorstellung der Auferstehung der Toten als wichtige Perspektive der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit propagieren, hat dies im Glaubensleben der Hochaltrigen keine besondere Relevanz. Weit mehr als ein „Heilstatsachenglaube" (Gräb 2015, S. 12) ist Spiritualität in der Hochaltrigkeit narrativer Entwurf der moralischen Identität und aus der Narrativität des Lebens gewonnene Einsicht und Deutung seiner existenziellen Intensität.

14.5 Spiritualität in der Hochaltrigkeit – eine Frage der Praxis?

Spiritualität in der Hochaltrigkeit ist somit jedoch eine zutiefst praktische und keine rein theoretische Angelegenheit, die über „wahr" und „falsch" entscheidet. Im Sinne narrativer Ethik ist es vielmehr eine Frage der individuellen Geschichte über elementare Erfahrungen, wie Verlust und Verletzlichkeit, Sehnsüchte und Empfindungen von tiefem Glück, die im vornormativen Bereich zu verorten und für die Person mit Blick auf die Bewertung ihrer Lebensqualität von großer Relevanz sind. Insbesondere in der Hochaltrigkeit, die mit einer Vielzahl von Verlusten und physischen, psychischen oder sozialen Veränderungen konfrontiert ist, geht es demnach nicht um eine allgemein-abstrakte Frage, sondern um eine konkrete nach dem Sinn des eigenen Lebens unter den realen Erfahrungen von Schwäche und Defiziten.

So ist die Frage nach dem Wofür, Wozu und Warum des Lebens, nach dem, was das Leben bejahenswert und wertvoll macht, zwar immer noch eine anthropologisch verankerte, wird jedoch gerade im Umgang mit Belastungen, Lebenskrisen oder Erfahrungen der Endlichkeit virulent (vgl. Rüegger 2016). Daher ist das Thema insbesondere auch für medizinische und gesundheitsbezogene Kontexte von besonderer Relevanz. Spiritualität – und damit einhergehend die Beantwortung existenzieller Sinnfragen – ist schließlich eng mit Fragen der Identität verknüpft.

Fragen nach dem Sinn sind dabei nicht zu verwechseln mit Fragen, ob ein Leben (noch) lebenswert oder lebensunwert sei, sondern beziehen sich auf die subjektive Wahrnehmung und Deutung des Lebens selbst, und zwar als Selbstzweck in seiner radikalen Materialität (vgl. Rüegger 2016). Im Rahmen einer geragogischen Studie zu Sinnproblemen und -möglichkeiten alter Menschen wurde etwa herausgestellt, dass gerade das höhere Alter eine Lebensphase sei, in der die Realisierung von Sinnmöglichkeiten in besonderer Weise aufgrund von Umbrüchen und Diskontinuitäten herausgefordert wird. So könne „der Erhalt oder die Neukonstruktion des Lebenssinns […] als eine der größten Herausforderungen im Leben älterer und alter Menschen betrachtet werden" (Ruhland 2006, S. 10).

Bezugnehmend auf die Theorie der Salutogenese (vgl. Antonovsky 1997) und der Selbsttranszendenz (vgl. Frankl 1966, 1997) geht es zur Aufrechterhaltung von Sinnerleben somit auf der einen Seite um ein Gefühl der Kohärenz bei aller Fragmentarität und Brüchigkeit des Lebens sowie auf der anderen Seite auch um ein Ausgreifen, sprich Transzendieren der eigenen Begrenztheit und Vulnerabilität, um das eigene Sinnreservoir produktiv erweitern und ausleben zu können. Diese performative, auf die Gestaltung von Praxis ausgerichtete Dimension von Spiritualität wurde in der theoretischen Betrachtung zum Zusammenhang von Spiritualität und Alter bis dato jedoch zumeist vernachlässigt.

14.6 Spiritualität im hohen Alter – eine Frage der ars vivendi?

Handelt es sich bei dem konkreten Prozess der Beantwortung existenzieller Fragen der Sinnsuche und Sinnfindung sehr wohl um eine individuelle Interpretation des eigenen Lebens in Relation zur Welt und somit um eine rationale Deutung von Wirklichkeit, geht damit jedoch immer auch ein Moment der Sinngestalt einher, indem man an dieser Deutung sein eigenes Sein und Tun orientiert und bewertet. Fragen nach dem spirituellen Selbstverständnis sind demnach keine rein theologischen oder gar soteriologischen, wonach Sinn und Heil in eine enge Relation gerückt werden, wie etwa bei dem Theologen Helmut Gollwitzer, für den die Sinnfrage DIE religiöse Frage überhaupt darstellt (vgl. Gollwitzer 1976). Vielmehr handelt es sich um die Frage nach Orientierung und Selbstverständnis des eigenen Lebens sowie um Ausrichtung der eigenen Lebensführung zur Verwirklichung eines nach den eigenen Maßstäben gelungenen Lebens als ars vivendi.

Somit ist die Auseinandersetzung mit Spiritualität jedoch aus sich selbst heraus eine zutiefst moralische, die im Sinne der Frage nach dem guten Leben zu adressieren ist. Folglich kann die Frage nach den normativen Maßstäben von gelingendem und gutem Leben nicht ohne die Einsicht und das Verständnis in das personale, subjektive Wertesystem, die je eigene Biografie und Lebenssituation erfolgen. Spiritualität als ars vivendi im Sinne einer Lebenskunst fokussiert eben jenes für die Gestaltung der eigenen Vorstellungen von gutem Leben relevante ontologische und moralische Fundament.

Zentrales Moment ist dabei die Aufforderung an den Einzelnen, von seiner Freiheit Gebrauch zu machen, zum individuellen Suchprozess zu ermutigen und den Respekt vor der individuellen Eigenart des Menschen und seinen Sichtweisen auf Selbst und Welt zu fördern. Aus sozialethischer Sicht sind hiermit jedoch auch Anfragen auf gesellschaftlicher Ebene tangiert. Unter dem Vorzeichen des sehr hohen Lebensalters und der unterschiedlichen Facetten von Spiritualität stellen sich somit Fragen nach den gesellschaftlichen und soziokulturellen Orientierungsangeboten für eine positive Altersidentität, die solche Erfahrungen von Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens eröffnen und Möglichkeiten der Realisierung bereithalten. Im Kontext der Lebensqualität Hochaltriger erscheint es demnach zentral, auch auf gesellschaftlicher Ebene Menschen im sehr hohen Alter auf der einen Seite Räume der Adressierung existenzieller Fragen zu eröffnen (wie etwa bei SpECi) und

auf der anderen Seite Deutungsangebote jenseits eines ökonomischen Belastungsdiskurses und Leistungs- bzw. Produktivitätsparadigmas bereitzuhalten sowie Spiritualität aufgrund ihrer Bedeutung für den Einzelnen in der gerontologischen Forschung der Zukunft nicht außen vorzulassen. Denn „[w]ird danach gefragt, welche Ressource und Bewältigungsstrategie von alten Personen eingesetzt werden können, um mit Verlusten und Grenzerfahrungen ohne substantiellen und dauerhaften Verlust an Wohlbefinden und Lebensqualität umzugehen, so sind auch ‚religiöse [bzw. spirituelle; Änderung A.S.] Ressourcen' in diese Überlegungen miteinzubeziehen" (Wieser 2015, S. 122).

Literatur

Antonovsky A (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd 36. Dgvt-Verlag, Tübingen

Baranzke H, Güther H, Luft L, Brandenburg H (2018) Ethik des Alterns. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Zank S, Wagner M (Hrsg) Handbuch Alternsforschung. Nomos, Baden-Baden, S 629–656

Bierlein KH (1994) Lebensbilanz: Krisen des Älterwerdens meistern; kreativ auf das Leben zurückblicken; Zukunftspotentiale ausschöpfen. Zugl.: Neuendettelsau, Augustana Hochsch., Diss., 1993. Claudius-Verl, München.

Charbonnier L (2014) Religion im Alter: Eine empirische Studie zur Erforschung religiöser Kommunikation. Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs, Bd 14. De Gruyter, Berlin

Collerton J, Jagger C, Yadegarfar ME, Davies K, Parker SG, Robinson L, Kirkwood TBL (2016) Deconstructing complex multimorbidity in the very old: findings from the newcastle 85+ study. Biomed Res Int. https://doi.org/10.1155/2016/8745670. Zugegriffen am 09.02.2023

Frankl VE (1966) Self-transcendence as a human phenomenon. J Humanist Psychol 6(2):97–106. https://doi.org/10.1177/002216786600600201. Zugegriffen am 09.02.2023

Frankl VE (1997) Man's search for ultimate meaning. Perseus Books, Reading

Generali Zukunftsfonds (2014) Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter: Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds. http://www.uniheidelberg.de/md/presse/news2014/generali_hochaltrigenstudie.pdf. Zugegriffen am 23.03.2023

Gollwitzer H (1976) Krummes Holz – aufrechter Gang: Zur Frage nach dem Sinn des Lebens, 7. Aufl. Kaiser, München. Kaiser extra

Gräb W (2015) Glaube aus freier Einsicht: Eine Theologie der Lebensdeutung. Schriften zur Glaubensreform, Bd 3. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh

Janhsen A, Golla H, Romotzky V, Woopen C (2019a) Spiritualität im höheren Lebensalter als dynamische Alter(n)saufgabe. Z Gerontol Geriatr. https://doi.org/10.1007/s00391-018-1391-y

Janhsen A, Golla H, Mantell P, Woopen C (2019b) Transforming spirituality through aging: coping and distress in the search for meaning in very old age. J Relig Spiritual Aging. https://doi.org/10.1080/15528030.2019.1676362. Zugegriffen am 09.02.2023

Jopp DS, Rott C, Boerner K, Kruse A, Schmidtke R (2013) Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren: Studie in der Reihe „Alter und Demographie". Alter und Demographie. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Jüngel E (2002) Der alte Mensch – als Kriterium der Lebensqualität: Bemerkungen zur Menschenwürde der leistungsfähigen Person. In: Jüngel E (Hrsg) Theologische Erörterungen: Eberhard Jüngel; 2. Entsprechungen: Gott, Wahrheit, Mensch, 3. Aufl. Mohr Siebeck, Tübingen, S 318–321

Klie T, Kumlehn M, Kunz R (Hrsg) (2009) Praktische Theologie des Alterns. Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs, Bd 4. De Gruyter, Berlin/New York

Kruse A, Wahl HW (2010) Zukunft Altern: Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg

Lehr UM (2003) Psychologie des Alterns, 10. Aufl. Quelle & Meyer, Wiebelsheim

Lennartsson C, Agahi N, Hols-Salén L, Kelfve S, Kåreholt I, Lundberg O et al (2014) Data resource profile: the Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD). Int J Epidemiol 43(3):731–738. https://doi.org/10.1093/ije/dyu057

Luscher K, Haller M (2016) Ambivalence – a key concept in gerontology? Elements of heuristics exemplified by identity formation in old age. Z Gerontol Geriatr 49(1):3–9. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0997-6. Zugegriffen am 09.02.2023

Pollack D, Müller O (2013) Religionsmonitor – verstehen was verbindet: Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland. Bertelsmann, Gütersloh

Poon L, Clayton GM, Martin P, Johnson MA, Courtenay BC, Sweaney AL et al (1992) The Georgia centenarian study. Int J Aging 34:1–17

Rentsch T (1995) Altern als Werden zu sich selbst: philosophische Ethik der späten Lebenszeit. In: Borscheid P (Hrsg) Alter und Gesellschaft. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, S 53–62

Rieger HM (2008) Altern anerkennen und gestalten: Ein Beitrag zu einer gerontologischen Ethik. Forum Theologische Literaturzeitung, Bd 22. Evangelische Verlags-Anstalt, Leipzig

Rott C, Jopp DS (2012) Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 55(4):474–480. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1452-0

Rott C, d'Heureuse V, Kliegel M, Schönemann P, Becker G (2001) Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. Z Gerontol Geriatr 34(5):356–364. https://doi.org/10.1007/s003910170037. Zugegriffen am 09.02.2023

Rüegger H (2016) Vom Sinn im hohen Alter: Eine theologische und ethische Auseinandersetzung. TVZ Theologischer Verlag Zürich, Zürich

Ruhland R (2006) Sinnsuche und Sinnfindung im Alter als geragogische Herausforderung. Zugl.: Duisburg-Essen, Univ., Diplomarbeit, 2005. Alternswissenschaft, Bd 2. LIT, Berlin

Schneider-Flume G (2010) Alter – Schicksal oder Gnade? Theologische Überlegungen Zum Demographischen Wandel Und Zum Alter(n), 2. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Schweda M (2014) „Ein Jegliches hat seine Zeit". Altern und die Ethik des Lebensverlaufs. Z Praktische Philos 1(1):185–232. https://doi.org/10.22613/zfpp/1.1.5. Zugegriffen am 09.02.2023

Schweda M, Coors M, Mitzkat A, Pfaller L, Rüegger H, Schmidhuber M et al (2018) Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven. Ethik Med 30(1):5–20. https://doi.org/10.1007/s00481-017-0456-6. Zugegriffen am 09.02.2023

Statistisches Bundesamt (2015a) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Allgemeine Sterbetafel Deutschland 2010/12. Zugegriffen am 30.03.2022.

Statistisches Bundesamt (2015b) Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Zugegriffen am 30.03.2022

Tornstam L (2011) Maturing into gerotranscendence. J Transpers Psychol 43(2):166–180

Wagner M, Rietz C, Kaspar R, Janhsen A, Geithner L, Neise M et al (2018) Quality of life of the very old: survey on quality of life and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). Z Gerontol Geriatr 51(2):193–199. https://doi.org/10.1007/s00391-017-1217-3. Zugegriffen am 09.02.2023

Wahl HW, Heyl V (2004) Gerontologie – Einführung und Geschichte. Kohlhammer Urban-Taschenbücher, Bd 750. Kohammer, Stuttgart

Westerink H (2009) Gerontopsychologie: Altern deuten. In: Klie T, Kumlehn M, Kunz R (Hrsg) Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs. Praktische Theologie des Alterns, Bd 4. De Gruyter, Berlin/New York, S 35–53

Wieser R (2015) Alte Frauen und ihre Religiosität: Intersektionalität zwischen „Alter(n)“, „Geschlecht“ und „Religion“. In: Brunnauer C, Hörl G, Schmutzhart I (Hrsg) Research. Geschlecht und Altern: Interdisziplinäre Betrachtungen. Springer VS, Wiesbaden, S 113–133

Zwingmann C (2015) Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie: Passt das zusammen? In: Büssing A, Surzykiewicz J, Zimowski HAZ (Hrsg) Dem Gutes tun, der leidet. Springer, Berlin/Heidelberg, S 13–26

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Wo Himmel und Erde sich berühren. Spiritualität und Demenz

15

Geertje Bolle

15.1 Einführung

Manchmal, wenn wir besonders glücklich sind, oder wenn wir ganz vertieft sind in etwas, das wir tun, uns da ganz reingeben, hingeben, oder wo wir von etwas zutiefst berührt sind, da erleben wir uns zeitlos – vom Gefühl her, vom Erleben her. Die Uhr – die Einteilung in Stunden, Minuten, Sekunden, die erfunden wurde – stimmt da nicht für solche Momente. Ich frage mich, ob das wohl Momente sind, wo der Himmel uns berührt, wo Gegenwart und Ewigkeit irgendwie eins sind, sich verbinden. Wo die Zeitschiene – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft – aufgelöst ist, einen Moment lang oder auch ein bisschen länger. Da bricht die verheißene Neue Welt schon ein – quer zu unserem linearen Zeitverständnis und zu unserem Zeitgefühl.

Mein Vater war mit Leib und Seele Fotograf – in den letzten Jahren seines Lebens war er an Demenz erkrankt. Ich kann mich gut erinnern, wie er im Herbst, wenn das Licht besonders schön war und die hohen Gräser am Kanal vor unserem Haus sich besonders an-

Der nachfolgend abgedruckte Artikel ist Bestandteil der ökumenischen Veröffentlichung „Menschen mit Demenz in der Kirche. Wie kirchliche Angebote gelingen“ (= Gemeinsame Texte Nr. 29 hrsg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn/Hannover 2023)
https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/GT_29_Demenz_2023.pdf
https://www.dbk-shop.de/media/files_public/c4621330b0909a337043f2772ec5e943/DBK_629.pdf

G. Bolle (✉)
Geistliches Zentrum für Menschen mit Demenz, Berlin, Deutschland
e-mail: geertje.bolle@jsd.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_15

mutig im Wasser spiegelten – wie er dann, davon gelockt, zum Fotoapparat griff und die 100 m dahineilte. Dass seine fortgeschrittene Lungenerkrankung schon nach wenigen Schritten bewirkte, dass er keine Luft mehr bekam, war gänzlich vergessen – und dann stand er da, der junge Fotograf auf der Suche nach einem guten Motiv und machte Fotos. Die Demenz verlieh ihm Flügel – den Luftnotanfall verhinderte sie nicht – und doch: Berührt von dem Licht, ins Leben gezogen, vergegenwärtigt die Zeit 60 Jahre früher. In solchen Momenten habe ich den Eindruck, dass ein Stück Ewigkeit sich in unserer Welt sehen lässt.

Auch wenn Menschen mit Demenz vieles vergessen mögen, ja, ihnen die Vergangenheit als Vergangenheit wegbricht, gibt es gleichzeitig ein vergegenwärtigtes Erinnern und Erleben, das geschieht. Das ist kein gesteuerter Vorgang, es geschieht einfach. Die Vergangenheit ist situativ gegenwärtig. Psycholog:innen mögen das Zeitgitterstörung nennen – ich nenne es Einbruch von Ewigkeit.

Wo Menschen aufgehen in dem, was ihnen „heilig“ ist, sich ganz hingeben, da erlebe ich eine Dimension von Transzendenz, die nicht in Religiosität oder in konkretem Glauben aufgeht, und die ich spirituell nenne. Von daher betrifft das auch Menschen, die sich nicht als religiös verstehen, die aber zu dieser Dimension einen Zugang finden. Im Miteinander mit Menschen mit Demenz ist mir diese Dimension sehr wertvoll, enthebt sie doch aus der Krankheit, lässt uns quer zu unserem gewohnten reduktionistischen Blick Lebenstiefe miteinander erfahren. Dazu gehören Erfahrungen von Danken und Staunen, von Trauern, Lieben, Beten, Singen, von „Einander-Begegnen“.

15.2 Spirituelle Begleitung: Resonanzraum – Miteinander ins Schwingen kommen

Was bedeutet das für eine spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz? Das beutet zunächst, darauf zu hoffen, dass sich spirituell etwas zwischen uns ereignen kann. Darauf vertrauen, dass GOTT sich zeigen wird, mitten unter uns. Es geht darum, uns für spirituelle Sehnsüchte unseres Gegenübers zu sensibilisieren und sie wahrzunehmen. Auf das Gestimmtsein meines Gegenübers zu lauschen, mich einzustimmen, mitzuschwingen. Das Wesentliche in einer Begegnung ist der Resonanzraum, der entsteht, entstehen kann. Da kommt etwas ins Schwingen zwischen uns. Menschen sehen einander, nehmen einander wahr in ihrem Person-Sein. Wir sind auf der Ebene des Spürens. Jenseits von alledem, was funktionalen Charakter hat, jenseits von Sachlichkeit und Normverhalten, jenseits von Rollen oder Masken.

Diesen Resonanzraum der Begegnung erlebe ich in besonderer Weise mit Menschen mit Demenz. Ich glaube, unsere verbale Kommunikation – so sehr ich sie liebe, wenn sie existenziell geschieht – kann uns oft auf die Ebene der Sachlichkeit, des Wertenden oder Sich-Darstellenden führen. Unsere menschliche Fähigkeit, Vergangenheit und Zukunft in den Blick zu nehmen, lässt uns manches Mal den Augenblick verpassen, das „Im-Hier-und-Jetzt-Sein“.

Gottesdienst im Demenzbereich einer Pflegeeinrichtung: Frau Kaiser sieht mich kommen. Ich gehe auf sie zu, spreche sie an. Ihre Augen strahlen – leuchten: „Wie schön, dass du da bist. Das ist so gut.“ Wir unterhalten uns eine Weile. Stimmt das Wort *unterhalten*? Der Sachgehalt unseres Gespräches ist vielleicht gering – von außen betrachtet. In meinem Erleben ist es Begegnung pur. Ihre Freude des Angesprochenseins, des Gemeintseins berührt mich. Weil eine andere Person zu uns *Du* sagt, können wir *Ich* sagen. Wenn Menschen einander begegnen, entsteht etwas zwischen ihnen, das mehr ist als die einzelnen. Wir sprechen – und manchmal mag von außen nicht so ganz erkennbar sein, ob die Worte nach allgemeinem Verständnis zusammenpassen. Sinn-erfüllte Kommunikation, die findet hier statt. Das ist atmosphärisch deutlich spürbar. Einander verstehen. Miteinander in einen neuen Raum einsteigen und unterwegs sein. Wir gehen alle als andere aus der Begegnung hervor.

15.3 Recht auf Spiritualität

Wenn Menschen mit Demenz nicht mehr selbst in der Lage sind zu trinken, dann wird ihnen ein Glas gereicht oder der Becher zum Mund geführt oder ein Tropf gelegt – je nachdem, was ihnen noch möglich ist. Wenn sie nicht mehr allein beten können, wenn sie nicht mehr selbst in die Kirche gehen können, wenn sie nicht mehr wissen, wann der Bibelkreis sich trifft – dann sind sie leider sehr oft auf sich zurückgeworfen. Wenn Menschen den fruchtbaren Boden, der das Erleben von Aufgehobensein in einem großen Ganzen möglich macht oder das Getragensein in einem Lied, wenn Menschen diesen Boden nicht mehr von sich aus betreten können, dann ist es unsere Aufgabe, ihnen das zu ermöglichen. Das meine ich mit „Recht auf Spiritualität“, dass ich mit Menschen bete – und dabei sehr achtsam bin, ob es ihnen entspricht oder nicht. Oder dass ich das alte Zeichen des Segens auf die Stirn setze – das Kreuz. Dass ich Menschen einen Spaziergang in der Natur ermögliche – vielleicht gerate ich da mit ihnen ins Staunen über die Knospen der Heckenrose oder über die Gänseblümchen auf dem Rasen – Gottes Schöpfung.

15.4 Teilhabe am spirituellen Leben der Gemeinde

Spiritualität wird heutzutage oft vor allem als individuelle Erfahrung verstanden. Biblische Spiritualität beschreibt demgegenüber das Durchbrechen des Individuellen und das Hineingenommenwerden in Gottes Vision von dieser Erde (Butting 2009). In der Bibel geht es um eine gemeinsame Praxis. Es geht darum, dass alle genug zu essen haben (z. B.: Matthäus 14 und 15, Speisung der 5000 und der 4000).

Bezogen auf Menschen mit Demenz würde ich das übersetzen: dass sie emotional – existenziell – spirituell satt werden und wir so miteinander ein Dach über dem Kopf haben – oder sagen wir, ein leichtes Zelt der Begegnung. Das bedeutet, dass sie mithilfe von anderen in Beziehung bleiben, dass das ihnen noch immer Eigene erkannt wird, dass

sie, dass wir Geborgenheit erfahren, und wir in dem allen sinnhaftes Sein in dieser Welt erleben. Das Besondere: Spiritualität wird erfahrbar in der Begegnung. Menschen mit und ohne Demenz begegnen sich spirituell auf Augenhöhe. „[…] auch wir kommen in dieser Gegenwart mit den Gedanken des Herzens in Berührung.“ (Kratzsch 2010).

15.5 Leibgedächntis

Basis für diese Transzendenzerfahrungen ist und bleibt unser Leib (Fuchs 2020). Er ist Speicherort unserer Geschichte, von all dem, was wir erfahren und erlebt haben. Für die spirituelle Begleitung ist es von daher lohnend, dass wir nach Zugängen über das Leibgedächtnis suchen. Denn es gibt in der Demenz eine Form des Gedächtnisses, die kaum verloren geht und die dafür sorgt, dass die Identität des Menschen wachgehalten wird: unser Leibgedächtnis.

Was ist den Menschen in Fleisch und Blut übergegangen? Was ist an Bewegungsabläufen leiblich abrufbar – sei es der Wiener Walzer oder das Klavierspielen? Was verbinden Menschen mit ihrer Religiosität – den Klang des Rufs des Muezzins oder die türkische Süßigkeit, den Klang der Glocken oder den Duft von Weihnachtskeksen? Gelingt es uns, durch Duft, Klänge, Worte, Bewegung u. a. durchzudringen – durch die verkrusteten Schichten der Krankheit hindurch zur Person, werden sich die Türen des Resonanzraumes aufschwingen. Da gehen uns manchmal Augen und Ohren über: z. B. wie eine, die im Alltag alle Worte längst vergessen zu haben scheint, „Großer Gott, wir loben Dich“ in mehreren Strophen sicher mitsingt. Und wir spüren in dieser Vergegenwärtigung Leben pur.

15.6 … und es bleibt unverfügbar …

In der spirituellen Begleitung von Menschen mit Demenz geht es darum, spirituelles Bewegtsein wahrzunehmen und Zugänge zur spirituellen Dimension zu finden – im Vertrauen und Hoffen, dass Gott sich zeigen wird. Es geht nicht um ein Programm, sondern um ein vorsichtiges Ausprobieren, ob es etwas zum Klingen bringt, ob es auf Resonanz stößt. Es geht darum, zu entdecken, was dem jeweiligen Menschen mit Demenz heilig ist. Wie erfährt diejenige Gehaltensein, In-Beziehung-Sein, Gemeint-Sein? Wie erfährt derjenige im Hier und Jetzt Sinn?

Manches Mal ist das eine lange Arbeit des Forschens und Ausprobierens. Und manches Mal sind uns diese Momente in der Begegnung geschenkt – in denen Himmel und Erde sich berühren – und Ewigkeit durchbricht zu uns.

Literatur

Butting K (2009) Spiritualität ein biblischer Weg. Junge Kirche 2:1–6
Fuchs T (2020) Randzonen der Erfahrung. Beiträge zur phänomenologischen Psychopathologie. Verlag Karl Alber, Freiburg/München
Kratzsch U (2010) Die goldene Stunde. Junge Kirche 3:22–23

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Spiritual Care bei Trauer und Verlust – psychologische Perspektiven

16

Urs Münch

16.1 Trauer und Verlust beginnen schon vor dem Versterben eines Menschen

Im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung fangen Trauer und Verlust nicht erst nach Versterben eines schwer erkrankten Menschen an. Das Leben verändert sich für die meisten betroffenen Menschen oft schon direkt in Folge einer Diagnosestellung deutlich. Auf einmal stehen Krankheit, Behandlung und das „Management" der Erkrankung mit Behörden und Institutionen im Mittelpunkt, es schwingt aber auch die potenzielle Bedrohung mit, an der Erkrankung zu sterben. Sowohl schwer kranke Menschen als auch ihre Angehörigen[1] sind als Individuen aber auch als soziales System davon betroffen und stehen vor der Herausforderung, mit neuen, sich immer wieder verändernden Situationen einen Umgang zu finden.

Die Anforderungen an den Alltag, den die Erkrankungssituation stellt, lassen vor allem bei den Angehörigen selten ausreichend Luft dazu, dass die mit den Veränderungen einhergehenden Verluste sowie der drohende Verlust des geliebten Menschen an sich Raum zur Verarbeitung und zur Trauer bekommen. Sie sind häufig und dann durchgehend im Funktionsmodus unter Stress, in einem Zustand anhaltender Dauerbelastung. Diese Dauerbelastung ist auch ein Risikofaktor für eine klinisch relevante Trauer nach Verlust. Ähnlich ist die Situation bei den Erkrankten, die mit einer Vielzahl an Verlusten einen Umgang finden müssen: Verlust von Hobbys, Freunden, ggf. der Arbeit, körperlicher Kraft,

[1] Mit dem Begriff Angehörige sind alle für einen erkrankten Menschen bedeutsame Personen gemeint, unabhängig vom möglichen Verwandtschaftsgrad.

U. Münch (✉)
DRK Kliniken Berlin, Psychologischer Psychotherapeut, Berlin, Deutschland
e-mail: urs.muench@palliativmedizin.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_16

Attraktivität, Sexualität, Intimität, Autonomie, Zukunftsplänen, geistigen und kognitiven Fähigkeiten und oft auch dem Erleben von Würde, um nur einige zu nennen (Münch 2020a, S. 56 f.). Selbst wenn betroffene Erkrankte oder Angehörige Trauer, Wut und Verzweiflung in einigen Momenten spüren, behalten sie diese meist für sich, da sie die andere(n), ihnen nahestehende(n) Person(en) nicht belasten wollen. Aus erlebten und drohenden Verlusten können für Betroffene neben Trauer und Distress auch Ängste, Demoralisierung bis hin zur Depressivität und Depression entstehen. Es kann für Betroffene inklusive des schwer erkrankten Menschen als hilfreich erlebt werden, wenn auch schon vor dem Versterben der erkrankten Person erlebte Verluste einfühlsam angesprochen werden.

16.2 Definition von Trauer im palliativen Kontext

„Trauer“ als Wort und als Begriff hat in der deutschen Sprache unterschiedliche Bedeutungsebenen, ist somit mehrdeutig. „Trauer“ kann einen emotionalen Ausdruck bezeichnen, aber auch eine soziale Rolle. Je nach kulturellem Kontext, in dem sich ein Mensch befindet, gibt es gesellschaftliche Erwartungen, wie sie oder er sich nach dem Verlust einer nahestehenden Person zu verhalten hat. Das beinhaltet eine zeitliche Phase von nach außen gezeigter Trauer, Zurückhaltung bei Vergnügungen oder Grabpflege, aber z. B. auch die Erwartung, dass es irgendwann „mal gut sei“ und die Trauer vorbei ein sollte. Wenn soziale Erwartungen an das Verhalten und Auftreten von Trauernden sehr ausgefeilt und rigide sind, ist „Trauer“ als Begriff synonym mit einem Verhaltenskodex. „Trauer“ bezeichnet aber auch den Verarbeitungsprozess nach Verlust, sei es bei einem Individuum, einem sozialen Umfeld eines Verstorbenen oder der eines Kollektivs. Im Deutschen gibt es dabei aber keine sprachliche Ausdifferenzierung über die Intensität oder Dauer, die Bezeichnung ist so oder so „Trauer“. Die Menschen, die unabhängig von ihrer Rolle in der Hospiz- und Palliativversorgung spirituell unterstützend wirksam sein möchten, sollten sich dieser unterschiedlichen Bedeutungsebenen bewusst sein, die das Wort „Trauer“ beinhalten kann, und bestenfalls klären, was genau mit „Trauer“ gemeint ist. Die Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale, spirituelle und trauerspezifische Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat folgende Definition zu Trauer in palliativem Kontext konsentiert und veröffentlicht (Müller et al. 2020, S. 149):

> „Abschiedsprozesse sind Teil der letzten Lebensphase. Aus diesem Grunde gehört das Thema Trauer auch zum palliativen Versorgungsauftrag. Es ist Aufgabe der multiprofessionellen Teams, die Risikofaktoren zu identifizieren, die zu belastenden und problematischen Entwicklungen führen können. Darüber hinaus gehört es zu ihren Aufgaben, Betroffenen bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen anzubieten. Wie zu jeder Zeit ihres Lebens sind die Menschen auch in der letzten Lebensphase in ein soziales Netz eingebunden. Dieses umfasst neben den Sterbenden deren An- und Zugehörige sowie alle Menschen, die mit der Versorgung befasst sind. All diese Personengruppen können in der letzten Lebensphase der/des Erkrankten zahlreiche unterschiedliche Verluste erleiden. Der erkrankte Mensch verliert zum Beispiel körperliche Fähigkeiten, die An- und Zugehörigen müssen Abschied nehmen von

einem Leben, wie es einmal war, und die Fachkräfte von vertrauten Gesichtern. Die natürliche Reaktion, die auf diese Verluste folgt, wird Trauer genannt. Sie ist im Menschen angelegt und dient der Verarbeitung der Verlusterfahrung beziehungsweise der Anpassung an die neue, veränderte Lebenssituation. Wie Betroffene auf einen Verlust reagieren, ist durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, z. B. soziales Umfeld, Kultur, Persönlichkeit, Art der Beziehung, Familie, Spiritualität, wirtschaftliche Situation, Umwelt. Die Reaktionen können individuell sehr verschieden ausfallen und sich emotional, körperlich, kognitiv, spirituell oder im Verhalten der Trauernden zeigen. Diese Reaktionen können sich wiederum auf das soziale Umfeld auswirken. Trauer ist in Verlauf, Ausprägung und Dauer bei jedem Menschen anders."

Diese Arbeitsdefinition beinhaltet wesentliche Kernelemente, sowohl in Bezug auf Trauernde als auch auf die individuelle Unterschiedlichkeit, wie intensiv oder stark Menschen trauern. Zwar gibt es gesellschaftliche Erwartungen an das Verhalten Trauernder, aber die Forschung hat gezeigt, dass es nicht „den Weg" und die „richtige Art" zu trauern gibt (Bonnano et al. 2008, S. 292 f.). Neben den individuellen Unterschieden im Trauererleben spielen aber auch andere Aspekte eine Rolle bei der Verlustverarbeitung. Dazu zählen kulturelle Einflüsse, die je nach Weltregion sehr unterschiedlich sein können, aber auch die Zuschreibung des Umfelds. Dies nimmt Einfluss darauf, ob einem trauernden Menschen die jeweilige Intensität der Trauer zugestanden wird oder nicht.

Frau D. wurde von ihrem früheren Ehemann selten gut, aber meistens schlecht behandelt, sie wurde betrogen, hintergangen und dann von ihm wegen einer anderen verlassen. Nachdem er kurz danach plötzlich gestorben war, reagierte ihr direktes Umfeld verständnislos und irritiert, als sie trotzdem um ihn trauerte.

Diese mögliche Reaktion, mit Unverständnis auf die Trauer eines Menschen bis hin zur Ablehnung oder gar Aberkennung des Rechts zu trauern zu reagieren, wird fachsprachlich als „Disenfranchised Grief" bezeichnet (Müller und Willmann 2016, S. 19 ff). Disenfranchised Grief ist ein weiterer möglicher Faktor für einen klinisch relevanten Trauerverlauf.

16.3 Duales Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen

Woran kann erkannt werden, ob ein Trauerverlauf klinisch relevant und/oder unterstützungsbedürftig ist? Phasenmodelle bieten dafür keine für alle hilfreiche Antwort, lassen sich wissenschaftlich nicht belegen und können sogar schädlich für diejenigen sein, die ihre Trauer und Verlustverarbeitung anders erleben (Stroebe et al. 2017, S. 468). Wissenschaftlich ist am besten das Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen erforscht (Stroebe und Schut 2016, S. 98 f.). Es ist kulturunabhängig und schließt in seinen Erweiterungen sowohl das Umfeld (Stroebe und Schut 2015, S. 874 ff.; Müller et al. 2022, S. 152 ff.) als auch die Möglichkeit eines „Overloads"

(Stroebe und Schut 2016, S. 100 ff.) ein. Trauernde haben mit Stressoren in Bezug auf den erlebten Verlust – verlustbezogene Stressoren, aber auch in Bezug auf die Herausforderungen des Alltags wiederherstellungsbezogene Stressoren – zu tun. Dafür setzen sie individuelle emotions- und lösungsorientierte Strategien zum Umgang mit diesen Stressoren ein. Emotionsorientiert meint Strategien zum Umgang mit den Gefühlen, die der Verlust und dessen Folgen hervorrufen, wenn keine andere Lösungsmöglichkeit verfügbar ist. Lösungsorientiert bezieht sich auf praktische Lösungsmöglichkeiten für den Umgang mit Stressoren. Eine Auszeit von Trauer im Sinne von Verdrängung ist dabei eine plausible Möglichkeit, um belastende Gefühle zu dosieren. Optimal ist es, wenn Betroffene zwischen den verlustorientierten Aspekten und den wiederherstellungsorientierten Aspekten je nach Situation, Erfordernis und Bedürfnis oszillieren können. Ein Hinweis auf Unterstützungsbedarf ist in dem Fall, wenn Oszillieren nicht möglich ist, d. h. ein Mensch auf der verlustorientierten Seite an einer Stelle festhängt oder Vermeidung zu viel Kraft kostet und eine Auseinandersetzung, also somit Verarbeitung mit den verlustorientierten Stressoren verhindert (Müller et al. 2022, S. 153/161; Münch 2020b, S. 55 f.). Wenn allerdings subjektiv zu viel Stress auf einmal für den hinterbliebenen Menschen auftritt und dieser sich durch zu viele Ereignisse, Erfahrungen, Anforderungen und andere Reize überflutet fühlt, wird das als Overload bezeichnet (Stroebe und Schut 2016, S. 100). Das kann z. B. durch zu viele Verluste in zu kurzer Zeit, einen hässlichen Streit ums Erbe oder überfordernde Anforderungen ausgelöst werden. Die Überflutung verhindert jeglichen Einsatz von Strategien zum Umgang mit dem Verlust und ist ebenfalls ein wesentlicher Faktor für Unterstützungsbedarf in der Verlustverarbeitung (Müller et al. 2022, S. 160).

Häufig ist nicht nur eine Person von einem Verlust betroffen. Den individuellen Umgang mit einem bedeutsamen Verlust losgelöst von dem direkten Umfeld zu betrachten, stellt immer eine Verkürzung dar. Die Verlustverarbeitung eines Familiensystems,[2] damit verbundene implizite und explizite Regeln beeinflussen auch die individuelle Verarbeitung, können wechselnd Stressor aber auch Ressource sein. Stroebe und Schut haben dieser Tatsache in der Erweiterung ihres Modells als DPM-R Rechnung getragen (Stroebe und Schut 2015, S. 874 ff.). Müller et al. (2022) schlagen eine zusätzliche Erweiterung des DPM-R vor, nämlich um Personen zweiter Reihe und auf gesellschaftlicher Ebene um Kultur im Sinne von Sitten, Werten, Normen und Gebräuchen. Personen zweiter Reihe können Bekannte und Nachbar:innen sein, aber auch Arbeitskolleg:innen, Vorgesetzte oder Trauerfachkräfte. All diese haben – siehe z. B. „Diesenfranchised Grief“ – auch Einfluss auf sowohl die individuelle Trauer als auch die des Familiensystems (ebd., S. 157 ff).

[2] Der Begriff Familie ist hier weit gefasst gemeint und nicht nur auf Vater-Mutter-Kind(er)-Modelle ausgelegt.

16.4 Trauer und Verlust können mit Gesundheitsproblemen einhergehen

Gesundheitliche Probleme wie Herz-Kreislauf-Probleme, Depression, Substanzmissbrauch bis -abhängigkeit können in Folge von bedeutsamen Verlusten erfolgen. Ursachen sind meistens:

- Overload,
- keine Oszillation zwischen Stressoren, dadurch keine Anpassung, vor allem bei Menschen mit abhängig-anklammernden, unsicher-vermeidenden oder desorganisierten Bindungsstilen,
- zu viel Stress durch zu wenige Pausen und Auszeiten von Trauer,
- Abwertung des Verlusts/der Trauerreaktion durch das Umfeld, Erhalt irreführender Informationen sowie Durchführen unsachgemäßer Unterstützungsinterventionen (Müller et al. 2022, S. 160 f.).

Das DPM stellt sich mit allen Erweiterungen wie folgt dar (Abb. 16.1).

Das Konzept der „Continuing Bonds“, der Möglichkeit einer „[…] vorhandene[n] andauernde[n] innere[n] Verbindung zwischen Verstorbenem und Hinterbliebenem“ (Müller

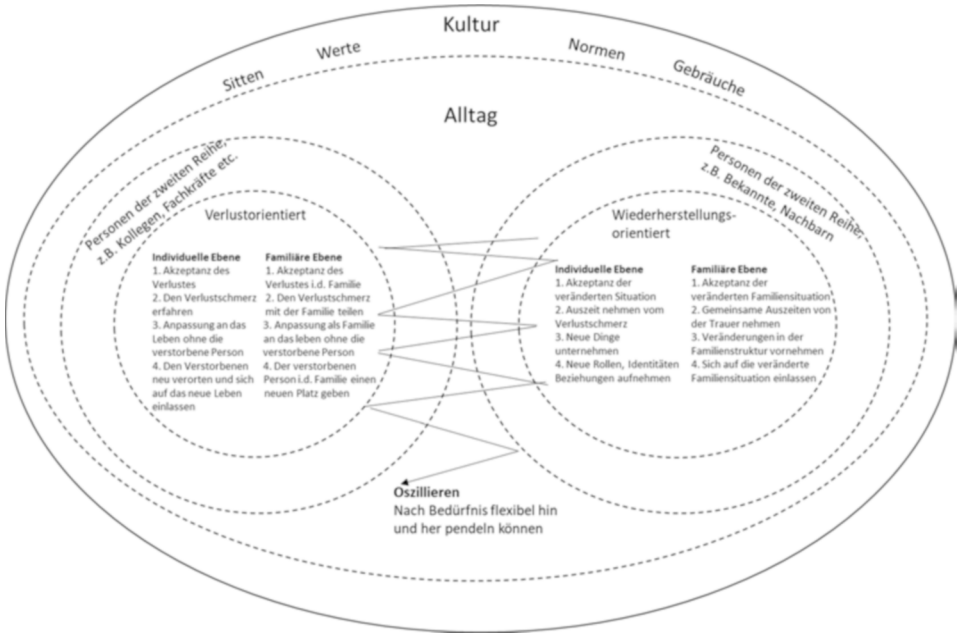

Abb. 16.1 Schema des DPM-R. (Adaptiert nach Stroebe und Schut 2015, S. 875, erweitert um die vorgeschlagenen Aspekte „Personen der zweiten Reihe“ und „Kultur“ von Müller et al. 2022; ebd. S. 160)

und Willmann 2016, S. 66) lässt sich in diesem Modell sehr gut einbetten: Ist für das Individuum trotzdem das Oszillieren möglich? Wie reagiert die Umwelt, die zweite Reihe darauf? Und wie die engsten Bezugspersonen? Geht es denen ähnlich oder lehnen sie dieses Erleben und damit verbundene Verhaltensweisen ab?

In der Hospiz- und Palliativversorgung kann es zudem sinnvoll sein, sich mit dem Modell der Krankheitsverarbeitung in palliativer Erkrankungssituation („Doulbe Awareness", übersetzt Doppelte Bewusstheit) zu beschäftigen, das ähnlich aufgebaut ist (Schuler und Hornemann 2020, S. 220; Münch 2020b, S. 51 ff.).[3] Auch dieses Modell hilft zu verstehen, dass Schwerstkranke sich in verschiedenen, teils widersprechenden Zuständen befinden können und eine Auszeit vom Erleben des Krankseins hilfreich sein kann.

16.5 Problematische oder klinisch relevante Trauerverläufe

Im obigen Abschnitt wurde schon erläutert, an welchen Stellen Probleme in der Verlustverarbeitung auftreten können. Ob diese Trauerverläufe nun jenseits von möglichen komorbiden Störungen wie Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörung als pathologisch eingestuft werden können, darüber gibt es im Bereich der Trauerforschung (aber auch bei denjenigen, die Trauernde unterstützen) kontroverse Diskussionen. Die eine Hauptgruppe sagt „ja". Diese Gruppe favorisiert den Störungsbegriff einer „Prolonged Grief Disorder", übersetzt „Anhaltende Trauerstörung". Die andere Hauptgruppe sagt, dass Trauer an sich nicht pathologisch sein kann, aber die Umstände um die Trauer herum im Sinne von Komplikationen zu einer Belastung mit psychischem Störungswert führen können. Sie gehen vom Konstrukt der „Complicated Grief", d. h. der „Komplizierten Trauer" aus. Im Appendix des DSM-V wurde seitens der zweiten Gruppe die „Persistent Complex Bereavement Disorder" als möglicher Kompromiss eingeführt, übersetzt als „Störung durch anhaltende komplexe Trauerreaktion" (Münch 2020b, S. 24 ff.). Hingegen hat sich im ICD-11 vom Namen her die „Anhaltende Trauerstörung" durchgesetzt, also die Gruppe eins. Inhaltlich stellen die verabschiedeten Kriterien der „Anhaltenden Trauerstörung" aber ebenfalls eine Annäherung zwischen den zwei Hauptstreitgruppen dar (Mauro et al. 2017, S. 613). Die Diskussion dazu sprengt den hier möglichen Rahmen, kann aber an anderen Orten nachgelesen werden (Maciejewski et al. 2016, S. 266 f.; Killikelly und Maercker 2018, S. 2; Mauro et al. 2017, S. 608 f.; Münch 2020b, S. 24–31). Grundsätzlich macht es aber aus Sicht des Autors Sinn zu definieren, ab wann psychotherapeutische Unterstützung bei Trauer sinnvoll ist und wann klassische Trauerberatung und – im deutschen Sprachraum verbreitet als Konzept – Trauerbegleitung alleine ausreichend hilfreich sein können. Als Mensch, der Betroffene spirituell unterstützen möchte,

[3] Siehe in diesem Band auch der Beitrag von Elisabeth Jentschke, Doppeltes Bewusstsein im Rahmen der Krankheitsverarbeitung bei fortgeschrittener Erkrankung in palliativer Situation – hilft dies im Umgang mit den Erkankten? S. XXX.

sollte auch eine Idee davon existieren, wann das Hinzuziehen psychotherapeutischer Expertise geboten ist und welche Risikofaktoren aufhorchen lassen sollten.

Die Kriterien einer „Anhaltenden Trauerstörung“ nach ICD-11 sind:

a. Es liegt ein Verlust eines bedeutsamen Menschen vor, z. B. Partner, Elternteil, Kind, andere enge Bezugsperson.
b. Andauernde und tiefgreifende Trauerreaktion, in Form starker Sehnsucht nach dem Verstorbenen oder anhaltender Beschäftigung mit dem Verstorbenen.
c. Begleitet von intensivem emotionalem Schmerz (z. B. Traurigkeit, Schuldgefühlen, Wut, Verleugnung, Schuldzuweisung, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, Gefühl einen Teil von sich selbst verloren zu haben, Unfähigkeit, positive Stimmung zu erleben, emotionale Taubheit, Schwierigkeiten, sich auf soziale oder andere Aktivitäten einzulassen).
d. Die Trauerreaktion hält nach dem Verlust eine atypisch lange Zeit an (mindestens sechs Monate) und geht eindeutig über die sozialen, kulturellen oder religiösen Normen der jeweiligen Kultur und Lebenszusammenhang des betroffenen Menschen hinaus. Trauerreaktionen, die für längere Zeiträume anhalten, die aber im kulturellen und religiösen Lebenszusammenhang des jeweiligen Menschen als normale Trauer erachtet werden, wird keine Diagnose zugewiesen.
e. Die Störung verursacht signifikante Beeinträchtigungen auf persönlicher, familiärer, sozialer, Bildungs-, beruflicher Ebene oder anderen wichtigen Lebensbereichen (Münch 2020b, S. 24 f.).

Welche Auswirkungen die Diagnosemöglichkeit in Deutschland auf die Arbeit mit Trauernden hat, kann erst in einigen Jahren festgestellt werden. Optimalerweise sollten sich diejenigen, die Trauernde auf den unterschiedlichen Ebenen unterstützen, gegenseitig ergänzen und Hand in Hand arbeiten.

16.6 Risikofaktoren für klinisch relevante Trauerverläufe

Auch mit Blick auf spirituelle Unterstützung und Versorgung ist ein Überblickswissen zu Risikofaktoren für klinisch relevante Trauerverläufe – wie die „Anhaltende Trauerstörung“ oder die „Komplizierte Trauer“ – hilfreich, gilt es doch auf die Betroffenen einen guten Blick zu haben und passende Unterstützungsangebote zu machen. Unter anderem ist bei klinisch relevanter Trauer das Suizidrisiko erhöht, vor allem im ersten Jahr nach dem Verlust (Guldin et al. 2017, S. 196). Im Folgenden werden wesentliche Risikofaktoren aufgelistet, die sich alle mit dem DPM erklären lassen:

- Eine vor Verlust vorbestehende Depression (Nielsen et al. 2017, S. 7), bzw. psychische Störung (Lobb et al. 2010, S. 688 f.).
- Verlust durch Suizid (Lobb et al. 2010, S. 686 f.).

- Erleben der Todesumstände als traumatisch (Lobb et al. 2010, S. 686 f.) bzw. nicht friedlich (Lövgren et al. 2018, S. 160).
- Pflegende Angehörige per se, Risiko wird noch höher bei hoher pflegerischer, aber auch insgesamt hoher Belastung sowie vor Verlust und/oder schon vor dem Verlusterleben stark ausgeprägter Trauer (Nielsen et al. 2017, S. 7; Lobb et al. 2010, S. 687 f.; Thomas et al. 2014, S. 538).
- Stark ausgeprägte Konflikte innerhalb der Familie der Hinterbliebenen (Müller et al. 2022, S. 161).
- Stark ausgeprägte Bindungsangst bzw. unsichere Bindung (Lobb et al. 2010, S. 676/684; Thomas et al. 2014, S. 538).
- Enge bis symbiotische Paarbeziehung (Lobb et al. 2010, S. 688; Müller und Willmann 2020, S. 83).
- Disenfranchised Grief (Müller und Willmann 2016, S. 30 f.).
- Finanzielle Belastungen der Hinterbliebenen (Galatzer-Levy und Bonnano 2012, S. 11).
- Verlust eines (auch erwachsenen) Kindes (Guldin et al. 2017, S. 196 f., Müller und Willmann 2020, S. 83).
- Auf Verlust nicht vorbereitet – auch bei vorheriger Krankheit oder Demenz (Lobb et al. 2010, S. 687).
- Keinen Sinn im Verlust finden (Lobb et al. 2010, S. 691).

16.7 Der Individualität der:des einzelnen Trauernden und der Systeme gerecht werden: Konzepte „Würde“ und „Respekt“

Um den trauernden einfühlsam Menschen begegnen zu können, gibt es für die hospizlich und palliativ Tätigen in Bezug auf die eigene Haltung und den konkreten Umgang mit Erkrankten, Angehörigen bzw. den späteren Hinterbliebenen zwei hilfreiche Ansätze. Aus der Palliativpsychologie von Chochinov und Kolleg:innen stammt das Konzept der Würde, bei dem die Förderung von Autonomie, Bewältigungsmöglichkeiten, Ressourcenorientierte Reflexion des eigenen Lebens und die Möglichkeit, ein Vermächtnis zu hinterlassen, nachweislich für eine Förderung spirituellen Wohlbefindens sorgen (Chochinov 2017, S. 224). Für die Begleitenden und Behandelnden werden mit Dignity Talk oder dem ABCD Würde bewahrender Kommunikation konkrete Möglichkeiten im Verhalten und der Kommunikation aufgezeigt, um Würde-fördernd und -bewahrend wirksam zu sein. Hierzu lohnt sich ein Blick auf die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Patientenwürde www.patientenwuerde.de. Herzstück dieses Ansatzes ist die Würde zentrierte Therapie. Die Förderung von Würde und Autonomie lässt sich sehr gut auf den Umgang mit betroffenen Angehörigen respektive Trauernden übertragen (Münch 2020b, S. 92 ff.). Das Konzept der Würde bei schwerstkranken und sterbenden Menschen und das Konzept des Respekts von Attig für den Umgang mit und die Unterstützung von Trauernden haben einen ähnlichen, wertschätzenden und Ressourcen-orientierten Ansatz. Attig geht davon aus, dass wenn „[…] wir die Individualität der Trauernden respektieren wollen, müssen

wir die Details ihres Lebens vor dem Trauerfall verstehen und wertschätzen. Wie blühten sie auf, während die jetzt Toten bei ihnen waren? Was hat das mit und für die Verstorbenen gemacht? Wie hat das Teilen des Lebens mit ihnen ihre Erfahrungen gefärbt und geformt? Wie haben sie ihr Leben mit dem, was jetzt endete, auf eine Weise verwoben, die sie für sinnvoll hielten?“ (Attig 1996, S. 69[4]). Beide Konzepte fokussieren darauf, dass die Trauer der Betroffenen Anerkennung findet und sie sich gesehen, gehalten und getragen fühlen können. Sowohl das Konzept der Würde als auch des Respekts bieten einen Einstieg in die spirituelle Ebene – die des Lebenssinns, der Hoffnung, des Loslassens, des eigenen Seins und der Lebensbilanz.

In Umgang mit Trauernden ist es für die eigene Haltung und Abgrenzung im Sinne von Selbstfürsorge auch wichtig, sich eigener Verlusterfahrungen und damit mögliche Wunden und Verletzungen bewusst zu sein, aber auch der Ressourcen, mit denen jede:r von ihnen es geschafft hat, einen Umgang mit diesen Verlusten zu finden. Dafür braucht es auch in diesem Curriculum mindestens eine Selbsterfahrungsübung mit diesem Fokus, um den Teilnehmenden diesen Zugang zu ermöglichen und erfahrbar zu machen. Nur wenn jeder gut für sich sorgen kann, ist er langfristig eine hilfreiche Unterstützung für Betroffene.

Literatur

Attig T (1996) How we grieve: relearning the world. Oxford University Press, New York

Bonnano GA, Boerner K, Wortmann CB (2008) Trajectories of grieving. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W (Hrsg) Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention. APAP, Washington, DC, S 287–307

Chochinov HM (2017) Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Vandenhoek und Ruprecht, Göttingen

Galatzer-Levy IR, Bonnano GA (2012) Beyond normality in the study of bereavement: heterogeneity in depression outcomes following loss in older adults. Soc Sci Med 74(12):1987–1994

Guldin MB, Kjaersgaard MIS, Fenger-Grøn M, Parner ET, Li J, Prior A, Vstergaard M (2017) Risk of suicide, deliberate self-harm and psychiatric illness after the loss of a close relative: a nationwide cohort study. World Psychiatry 16:193–199

Killikelly C, Maercker A (2018) Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. EJPT 8:1476441

Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halklett GKB, Davies A (2010) Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. Death Stud 34:673–698. https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686

Lövgren M, Sveen J, Nyberg T, Wallin AE, Prigerson HG, Steineck G, Kreicbergs U (2018) Care at end of life influences grief: a nationwide long-term follow-up among young adults who lost a brother or sister to childhood cancer. J Palliat Med 21(2):2018. https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0029

Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG (2016) “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. World Psychiatry 15:266–275

[4] Übersetzung des Autors.

Mauro C, Shear MK, Reynolds CF III et al (2017) Performance characteristics and clinical utility of diagnostic criteria proposals in bereaved treatment-seeking patients. Psychol Med 47:608–615

Müller H, Willmann H (2016) Trauer: Forschung und Praxis verbinden. Zusammenhänge verstehen und nutzen. Vandenhoeck und Ruprecht Edition Leidfaden, Göttingen

Müller H, Willmann H (2020) Trauerforschung – Basis für praktisches Handeln. Vandenhoeck und Ruprecht Edition Leidfaden, Göttingen

Müller H, Kiepke-Ziemes S, Albang M, Münch U (2020) Trauer im palliativen Kontext: eine Definition. ZfPalliativmedizin 21(04):148–150

Müller H, Kiepke-Ziemes S, Münch U (2022) Wie Menschen Verluste verarbeiten – Das Duale Prozessmodell systemisch gedacht. Systeme 2:148–165

Münch U (2020a) Psychosoziale Belastungsfaktoren. Krebspatienten auch bei ihren Sorgen und Ängsten zur Seite stehen. Fokus Onkol 23(1):56–58

Münch U (2020b) Anhaltende Trauer. Wenn Verluste auf Dauer zur Belastung werden. Vandenhoeck und Ruprecht Edition Leidfaden, Göttingen

Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin MB (2017) Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. J Pain Symptom Manag 53(3):540–550. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013

Schuler U, Hornemann B (2020) Hoffnung und „double awareness“ in der palliativen Onkologie. Forum 35(03):219–222

Stroebe M, Schut H (2015) Family matters in bereavement: toward an integrative intra-interpersonal coping model. Perspect Psychol Sci 10(6):873–879

Stroebe M, Schut H (2016) Overload. A missing link in the dual process model? OMEGA 74(1):96–109

Stroebe M, Shut H, Boerner K (2017) Cautioning health-care professionals: bereaved persons are misguided through the stages of grief. OMEGA 74(4):455–473

Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D (2014) Risk factors for developing prologued grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. J Pain Symptom Manage 47(3):531–41. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Geistesgegenwärtig begleiten – Spiritual/ Existential Care in der Behindertenhilfe

17

Uwe Mletzko

17.1 Einleitung

„Spiritual Care ist ein Organisationsbegriff. […] Spiritual Care ist die Organisation gemeinsamer Sorge um die individuelle Teilnahme und Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben im umfassenden Verständnis." (Roser 2017, S. 15). Mit dieser Definition von Traugott Roser ist eine hohe Anschlussfähigkeit für die Behindertenhilfe, erst recht für die Einrichtungen und den Dienst in konfessioneller Verantwortung, gegeben. Denn: Spiritual Care geht vom „Gegenüber" aus und ihr kommt im Kontext der Seelsorge die „spirituelle Begleitung im vielschichtigen und dynamischen Miteinander unterschiedlicher beteiligter Personen und Berufsgruppen eine tragende Rolle" (Roser 2017) zu. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge sind in der Behindertenhilfe seit Jahren verankert, sind aber erst in den letzten Jahren mit der Erkenntnis verknüpft worden, diese Ansätze noch konkreter im Alltag umzusetzen.[1] Insbesondere durch die UN-Behindertenrechtskonvention zeigt sich, welche Möglichkeiten mit diesen Ansätzen vorhanden sind, um die volle und gleichberechtigte Teilhabe aller am Leben in der Gesellschaft umzusetzen. Durch diesen „Schlüssel" Spiritual Care ergeben sich zudem Möglichkeiten, die Menschen mit Behinderungen eine aktive Rolle einnehmen lassen.

[1] Hierzu ausführlich Bundesverband evangelische Behindertenhilfe: Geistesgegenwärtig begleiten (2014).

U. Mletzko (✉)
Evangelische Stiftung Alsterdorf, Hamburg, Deutschland
e-mail: u.mletzko@alsterdorf.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_17

17.2 Woher wir kommen

Nicht erst die Gesetzgebung der letzten Jahre veränderte den Blick auf Menschen mit speziellen Bedarfen bzw. Beeinträchtigungen. Die neuen Schlagworte „Inklusion“, „Personenzentrierung“, „Persönliches Budget“, „Selbstbestimmung“, „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ lösen die Begriffe der 1980er- und 1990er-Jahre ab, die auch heute noch für sehr aktuell gehalten werden: „Soziale Integration“, „Normalität“, „Individualität“. Mit dem Wortwechsel allein ist jedoch noch kein wesentlicher Veränderungsprozess in den Köpfen und Herzen und über eine veränderte Sprache ist in den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe noch kein sichtbarer Wandel vollzogen. Gleichwohl prägen die Sprache und damit letztlich auch das Handeln vor Ort.

Vor allem durch die UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 durch die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde, konnte eine deutliche veränderte Wahrnehmung des Menschen mit einer Behinderung selbst erkennbar werden. War er in vielen Denkprozessen immer noch Objekt des Handels, wurden in Art. 3 der UN-Behindertenrechtskonvention die „volle und wirksame Partizipation und Inklusion“ in allen Lebensbereichen benannt und somit die Subjekt-Funktion gestärkt.

Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes wurden nicht nur im Namen, sondern vor allem auch im Gesetz selbst „Teilhabe“, „Selbstbestimmung“ und „Personenzentrierung“ hervorgehoben. Das bewirkt eine Stärkung des Menschen mit einer Behinderung selbst, es hat bereits in den letzten Jahrzehnten und muss gleichsam noch mehr die Sicht und Einstellung auf die Zukunft hin weiten. Der Mensch selbst steht mit seinen Wünschen und seinem Willen im Zentrum des Geschehens – und nicht vorrangig seine Behinderung. Die entsprechenden damit einhergehenden Forderungen sind: „Anerkennung von Menschen mit Behinderungen als gleichberechtigte und gleichwertige Bürgerinnen und Bürger der Gesellschaft, Verwirklichung der vollen und wirksamen gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen unabhängig von Art und Schweregrad ihrer Beeinträchtigung, Achtung der Würde und Autonomie von Menschen mit Behinderungen, Respekt vor der Unterschiedlichkeit und die gesellschaftliche Wertschätzung der Menschen mit Behinderungen.“ (Kirchenamt der EKD 2014, S. 19). Somit kann man Inklusion als ein Menschenrecht konstatieren.

17.3 Personenzentrierung ohne Defizit denken – die Diakonische Qualität

In seinem Beitrag „Das Kronenkreuz als Güte-Siegel diakonischer Arbeit. Zur Qualitätsdebatte in der Diakonie“ weist Jürgen Gohde (1996) auf theologische Implikationen hin. Er bezeichnet das in der Diakonie ausgestaltete Kronenkreuz als Ausweis und Siegel der Güte Gottes. Es geht für ihn um das Da-sein in existenzbedrohenden Situationen, die Befähigung zu erfülltem Leben und eine Hoffnung über die Wirklichkeit hinaus. Der Umgang mit Grenzerfahrungen menschlichen Lebens, gespiegelt an der Perspektive von

Kreuz und Auferstehung, zeigt, dass sich eine Deutung des Lebens durchsetzen kann, die nichts verdrängt. Es handelt sich um eine Deutung, die an der Würde des Menschen in seiner Fragmentarität festhält (Gohde 1996, S. 17ff.).

Die Bruchstückhaftigkeit als Teil und Kennzeichen menschlichen Lebens anzunehmen, ist das Besondere der christlichen Auferstehungshoffnung. Diakonie wird hiervon ausgehend von einem christlichen Menschenbild geprägt, das heißt: von der Zuwendung zum Menschen und der Hinwendung in seine Notsituation. Weil das Leben jedes einzelnen Menschen eine unverfügbare Gabe Gottes ist, darf kein Mensch darüber verfügen. Diese Unverfügbarkeit wird weder durch Krankheit, Behinderung noch durch einen anderen Zustand aufgehoben. Im Leitbild Diakonie aus dem Jahr 1997 heißt es in einer These: „Wir achten die Würde jedes Menschen."

Es gehört zur Würde des Menschen, nicht in seinen Defiziten allein wahrgenommen zu werden. Darum gelten die einzelnen Aspekte des diakonischen Dienstleistungsangebots immer dem ganzen Menschen. So geht es z. B. in der diakonischen Arbeit im Bereich der Behindertenhilfe nicht nur um Körper-, sondern auch um Beziehungspflege. Die Seelsorge gehört wie die Leibsorge zu den Merkmalen und Dienstleistungen im diakonischen Bereich. Ausgehend von einem christlichen Menschenbild wird dabei ein ganzheitlicher Aspekt deutlich. So wird die diakonische Behindertenhilfe, wenn sie neben den körperlichen auch auf die tief liegenden menschlichen und religiösen Bedürfnisse des Menschen sensibel eingeht, ein spezifisches Profil auf dem sozialen Markt gewinnen.

Die besondere Qualität diakonischer Arbeit vollzieht sich nicht additiv als „diakonische Extraleistung", sondern in der Gestaltung der Arbeit selbst. „Das Bezogen bleiben auf die Würde des einzelnen in seiner Schwäche, das Bemühen um eine dem Erbarmen verpflichtete Gesellschaft und die Perspektive der Hoffnung ist Gütesiegel diakonischer Arbeit, denn in einer solchen Haltung den Menschen und der Welt gegenüber offenbart sich Gottes Güte." (Gohde 1996, S. 22).

17.4 Existenzielle Sorge im Kontext des Lebens

Menschen mit Behinderungen leben heute in vielfältigen Bezügen. Sie wohnen im Kontext einer besonderen Wohnform, in Wohngruppen oder in ambulanten Wohnsettings. Die Möglichkeiten sind vielfältig und bilden das Spektrum an Wünschen ab, wie Menschen heute leben wollen. Dieses *wie* unterscheidet sich dabei kaum in der Frage, ob man mit oder ohne Behinderungen lebt. Die Veränderungen in der Behindertenhilfe in den vergangenen mehr als 30 Jahren mit Blick auf den Kontext des Wohnens unterlagen allerdings einem rasanten Wandel. Unabhängig von der Wohnform war es die Herausforderung, aus geschützten Kontexten ehemaliger „Anstaltsgelände" auszuziehen,[2] die vornehmlich nach dem Zweiten Weltkrieg enorm angewachsen waren und dabei im Wesentlichen zwei

[2] Hierzu ausführlich der Prozess der Anstaltsauflösung in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf: Stiefvater u. a., Von der Sonderwelt ins Quartier.

Kriterien folgten: Die Gelände lagen erstens räumlich außerhalb von Dörfern oder Städten und boten keine Integration in vorhandene dörfliche oder städtische Strukturen. Zweitens wurden die dort lebenden Menschen teilweise systematisch von der Außenwelt abgeschottet, sie waren somit in „Sonderwelten" gefangen.[3] Der Umgang erfolgte in geschlossenen Systemen. Auch die Welt der Sorge um die Menschen mit Behinderung, die sich vornehmlich in Kirchlichen Diensten sowie der teilweise verpflichtenden Teilnahme an Gottesdiensten vollzog, durchbrach bis in die 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts hinein nicht das Gegenüber von Seelsorger:in „zu beseelsorgender" Person im Sinne einer Einbahnstraßen-Sorge. Erst Spiritual Care ermöglichte einen anderen Blick, der zwingend nötig wurde, um Augenhöhe zwischen den Beteiligten herzustellen. Im Sinne des Spiritual-Care-Gedankens ist „Seelsorge […] zwischenmenschliche Kommunikation des Evangeliums, […]. Sie geschieht als Da-sein, Dabei bleiben, Mit-Gehen, im Gespräch, in Beratung, in Liturgie und Sakrament, als Helfen, als Feiern." (Roser, 2017; S. 510). Dieser Ansatz wird heute nachdrücklich in Einrichtungen der evangelischen Behindertenhilfe gelebt. Konzepte und Manifeste der letzten Jahre zeigen hier die Entwicklung im Sinne von Spiritual Care an.

Heute finden Menschen mit und ohne Behinderungen gemeinsam stets neue Antworten auf die Frage, wie Menschen außerhalb der „Anstalten" Sozialraum-orientierte Angebote erfahren und für sich erlebbar machen. Sie erforschen vor diesem Hintergrund den eigenen Willen (Demmel 2020).[4] Sie lernen zunehmend konkreter vor der Frage des „Was will ich eigentlich selbst?" die Herausforderungen der „Selbstbestimmung" für sich zu erkunden und hilfreiche Angebote wahrzunehmen, die ihnen behilflich sind, im Kontext des eigenen Lebens Entscheidungen zu treffen. In der „Sonderwelt" war diese Möglichkeit kaum gegeben.

Aber die Aneignung von selbstbestimmter Teilhabe passiert nicht von allein. Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) hat in den Jahren 2016–2021 dazu sehr ausführlich gearbeitet und partizipativ mit Menschen mit Behinderungen einen Index für Partizipation erarbeitet. „Hier bestimme ich mit" befähigt Menschen mit Behinderungen, ihren Weg eigenverantwortlich zu gehen und damit ihren Willen konkret zu äußern.[5]

Die UN-Behindertenrechtskonvention, der Ansatz, Inklusion konsequent zu denken, die Mammutaufgabe der rechtlichen Weiterentwicklung hin zu einem Bundesteilhabegesetz (BTHG) und die gesellschaftliche Entwicklung insgesamt mit einer stärkeren Forderung nach Teilhabe und Teilnahme durch die Menschen mit Behinderungen selbst schaffen Raum für Neues. Dieses nehmen auch vermehrt vielfältige gesellschaftliche Gruppen wahr und erweitern ihre Konzepte hin zur Barrierefreiheit. Heute erfahren Menschen mit Behinderung im Kontext sozialräumlicher Angebote (wie der Kirchengemeinde, dem

[3] Vgl. hierzu im Gesamtüberblick die Historie der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in: Schmuhl/Winkler, Ausgeschlossen – Eingeschlossen.

[4] Dazu ausführlich Bernhard Demmels Beitrag „Die Orientierung am Willen in der Praxis – einfach, aber nicht leicht" (2020).

[5] Zum Projekt und den konkreten Publikationen mehr unter www.beb-mitbestimmen.de.

Sportverein, der kulturellen Orte) verstärkt barrierefreie Partizipation. In diesem Rahmen ist spürbar, dass eine Begegnung auf Augenhöhe selbstverständlich wird. Ebenso durchdringen sich die Problemstellungen des Lebens im Kontext jeder Begegnung und schaffen Wahrnehmungen für die Lebenswirklichkeit des Anderen. In diesem Sinne wird das Modell des Spiritual Care im Kontext von alltäglichen Begegnungen im realen Leben gelebt.

17.5 Partizipative Seelsorge

Wenn Seelsorge mit Traugott Roser eine zwischenmenschliche Kommunikation ist, dann hat das für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung deutliche Konsequenzen. Vor diesem Hintergrund wurde seitens des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe 2013 „Seelsorge für Menschen als diakonische Aufgabe“ beschrieben und sie als „Unterstützung in Grundfragen menschlicher Existenz“ sowie als „Orientierung im Leben“ verstanden. „Seelsorge ereignet sich in der Begegnung miteinander. Sie fördert gemeinsame Erfahrungen zum Beispiel in Kirchengemeinden und anderen Akteuren im Quartier und Sozialraum.“ (Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe 2013, S. 3).

Konkret formuliert das Papier letztlich: „In der Seelsorge geht es darum, Menschen, gleich wie sie sind, an den jeweiligen Orten zu begleiten und entsprechend ihrer Bedürfnisse seelsorgliche Angebote zu unterbreiten. Seelsorge findet an unterschiedlichen Orten in unterschiedlicher Weise statt. Sie beginnt beim erbetenen seelsorglichen Gespräch und geht hin bis zur Mitwirkung bei der Erstellung von Konzeptionen und Grundsatzpapieren der Einrichtungen und der konkreten Mitwirkung in Ortsgemeinden. Deshalb ist Seelsorge ein grundlegender Aspekt diakonischer Kultur. ‚Seelsorge‘ wird demnach auch in der Architektur, im Corporate Design, der Personalpolitik, Kommunikation, Organisationsethik und Fachlichkeit, in Ritualen und Festkultur einer Einrichtung sichtbar. Seelsorge ist nicht ‚Zusatz‘ zur Pflege und Assistenz, sondern sie ist kennzeichnendes Merkmal diakonischer Arbeit in Ortsgemeinden und Einrichtungen.“ (Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe 2013, S. 8).

In der Weiterentwicklung dieses Ansatzes wurde jüngst ein Manifest für Partizipative Seelsorge entwickelt. Neben der Kritik, dass Menschen mit Behinderungen nicht an allen Seelsorgeangeboten teilhaben können, wurden im Manifest weitreichende Perspektiven entwickelt, die auch im Konzept des Spiritual Care weiterzudenken sind: Konkret: „Die Taufe macht uns zu einer Gemeinschaft der Seelsorgenden.“ (Manifest, a. a. O.; S. 8). Damit ist aufgenommen, dass ein Miteinander auf Augenhöhe die Voraussetzung für seelsorgendes Handeln ist und alle einander zu Seelsorgern werden können. Das wird nochmals konkretisiert und im Blick auf Augenhöhe der Beteiligten sehr gut zugespitzt: „In der inklusiven Kirche gilt der Satz: alle können Seelsorger:innen sein, aber nicht alle in allen Situationen – das gilt für alle!“ Ebenso: „Partizipation ist das zentrale Element einer Kirche der Zukunft. […] Wer Menschen mit Beeinträchtigung in einer über die aktuellen Grenzen hinausgehenden Seelsorgelandschaft mitdenkt, der begibt sich auf einen neuen Weg und bekommt neue Perspektiven.“ (Manifest, a. a. O., S. 8)

17.6 Vertraut den neuen Wegen

Indem beide Ansätze aus diakonischen Unternehmen der evangelischen Behindertenhilfe eingebracht wurden und dort bereits vielfältig gelebt werden, zeigt sich der Reichtum einer sich weiterentwickelnden Kirche und ihrer Diakonie. Es bleibt zu hoffen, dass diese Erkenntnisse sodann Früchte reifen lassen, die nicht allein in diakonischen Kontexten, sondern darüber hinaus auch im Kontext von Ortsgemeinden vor Ort Anwendung finden und rezipiert werden. Lebendige Beispiele, wie Kirchengemeinden und diakonische Einrichtungen gemeinsam Sozialraumorientierung und Kirche denken, bietet das Projekt „Q 8 Kirche“ in Hamburg. (Manifest, a. a. O., S. 9.) Ebenso wie eine zunehmende barrierefreie und einfache Sprache eine hilfreiche Verständigung aller untereinander fördert, so ist auch die Sicht aus dem Kontext der Diakonie und der bisherigen sog. *Sonder-Seelsorge* ein wichtiger Impuls für das ortsgemeindliche Handeln. Das gilt insbesondere dann, wenn die Sozialraumorientierung und das Quartiersdenken insoweit Früchte tragen, als dass ein Miteinander wirklich gelingt und Menschen mit und ohne Behinderungen miteinander Lernerfahrungen machen und voneinander lernen. So wird sich Kirche und Diakonie zu einem Ort der gleichberechtigten Teilhabe weiterentwickeln. Spiritual Care sollte dabei konsequent mitgedacht werden. Als Zieldimension kann eine Kultur des Voneinander-Lernens in den Mittelpunkt des Staunens gestellt werden.

Literatur

Böckel H (2020) Spiritualität und diakonischer Auftrag. Praktisch-theologische Grundlagen für christliche Organisationen. EB-Verlag, Berlin

Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (2009) Achtsamkeit in Haltung und Handeln. Ein Impulspapier des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe zum Umgang mit Begriffen und mit Menschen, Berlin

Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (2013) Seelsorge für Menschen als diakonische Aufgabe. Eckpunkte des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe, Berlin

Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (2014) Geistesgegenwärtig begleiten. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Psychiatrie und Behindertenhilfe. Neukirchener Verlage, Neukirchen-Vluyn

Demmel B (2020) Die Orientierung am Willen in der Praxis – einfach, aber nicht leicht. In: Fürst R, Hinte W (Hrsg) Sozialraumorientierung 4.0. Das Fachkonzept: Prinzipien, Prozesse & Perspektiven. facultas/utb, Wien, S 38–51

Evangelische Stiftung Alsterdorf (2018) Auf neuem Kurs. Quartiersentwicklung und Kirche, Hamburg

Gohde J (1996) Das Kronenkreuz als Güte-Siegel diakonischer Arbeit. Jahrbuch (97):17–23

Kirchenamt der EKD (2014) Es ist normal, verschieden zu sein. Inklusion leben in Kirche und Gesellschaft. Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Gütersloh

Manifest für Partizipative Seelsorge (2022) Orientierung. Fachzeitschrift für Teilhabe 1:8–9

Roser T (2017) Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen. 2., erw.akt. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Schmuhl HW, Winkler U (2023) Ausgeschlossen – Eingeschlossen. Die Evangelische Stiftung Alsterdorf von der Anstalt ins Quartier. Kohlhammer, Stuttgart

Stiefvater H, Haubenreisser K, Oertel A (2020) Von der Sonderwelt ins Quartier – Organisations- und Konzeptentwicklung (in) der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. In: Fürst R, Hinte W (Hrsg) Sozialraumorientierung 4.0. Das Fachkonzept: Prinzipien, Prozesse & Perspektiven. facultas/utb, Wien, S 101–122

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

18 Spirituelle Begleitung in der Traumatherapie – interdisziplinäre Ansätze bei moralischen Verletzungen im militärischen Kontext

Peter Zimmermann und Andrea Richter

18.1 Grundlagen militärischer Belastung und Traumatisierung

Der Eintritt in ein militärisches System wie der Bundeswehr ist für die zu diesem Zeitpunkt meist jungen Menschen ein wesentlicher Einschnitt. In der Zeit um das 20. Lebensjahr sind die psychischen Strukturen in der Regel noch nicht vollständig gefestigt. Sie sind geprägt von Verunsicherungen, Zweifeln und der Suche nach Identifikation, aber auch nach neuen Lebensmodellen. Blankenburg beschreibt in dieser Lebensphase erhebliche Konfliktpotenziale durch Über- und Untersozialisation, die dann naturgemäß dazu führen, sich mit der äußeren sozialen Umgebung kritisch auseinanderzusetzen (Blankenburg et al. 2008).

Mein besonderer Dank gilt Andrea Richter aus dem Amt für kirchliche Dienste der EKBO sowie Christian Fischer und Karsten Wächter aus dem Evangelischen Kirchenamt für die Bundeswehr für die intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit bei der Behandlung traumatisierter Bundeswehrangehöriger und ihre vielen wertvollen Anregungen, ohne die die nachfolgenden Gedanken nicht hätten entstehen können.

P. Zimmermann (✉)
Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Psychotraumazentrum, Berlin, Deutschland
e-mail: plz_berlin@web.de

A. Richter
Evangelische Kirche, Berlin-Brandenburg – Schlesische Oberlausitz, Berlin, Deutschland
e-mail: a.richter@akd-ekbo.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_18

Ist diese stark hierarchisch geprägt, wie im Militär, können beispielsweise Autoritätskonflikte auftreten. Vorgaben und Befehle werden dann als einengend erlebt und mit aktiven oder passiven Widerständen beantwortet. Dies kann krisenhafte psychische Entwicklungen nach sich ziehen, nicht selten mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf. Auf der anderen Seite bieten fest gefügte Systemstrukturen die Chance zur Identifikation und Reifung und können so die Persönlichkeitsentwicklung fördern (Blankenburg et al. 2008).

Was kennzeichnet nun diese Strukturen? Ein prägendes Element ist ein gemeinsamer Wertekanon. So ist etwa Kameradschaft ein zentraler Begriff im militärischen sozialen Miteinander, womit ein ausgeprägtes Interesse am Wohl nahestehender Personen im Arbeitsumfeld verbunden ist. In der Werteforschung wird diese Verhaltenstendenz mit „Benevolenz“ bezeichnet (Schwartz 1992).

Eine weitere Besonderheit des Arbeitgebers Bundeswehr stellt die Verpflichtung dar, an Auslandseinsätzen bzw. der Landes- und Bündnisverteidigung (LV/BV) teilzunehmen. Seit der ersten größeren Mission mit einem Feldlazarett in Kambodscha 1992 haben mehr als 350.000 Soldaten an Einsätzen in vielen verschiedenen Ländern teilgenommen. Quantitativ am bedeutsamsten waren die Mandate in Bosnien-Herzegowina ab 1996, im Kosovo ab 1999 und in Afghanistan ab 2002. In diesen Ländern waren zeitweise 3.000 bis 5.000 deutsche Soldaten stationiert.

Die Aufgabenspektren in Auslandseinsätzen waren und sind sehr unterschiedlich: Sie reichen von reinen Peacekeeping-Missionen mit Sicherungs- und Hilfsaufgaben für die lokale Bevölkerung bis hin zu Kampfeinsätzen. Letztere gehen mit der Notwendigkeit einher, potenziell oder auch tatsächlich von Schusswaffen Gebrauch zu machen und sich dadurch mit existenziellen Fragen (wie Tod oder schwerer Verwundung) auseinandersetzen zu müssen. Dies kann zu schweren psychischen Krisen führen.

Eine besondere Komplexität erlangen einsatzbezogene Krisensituationen dadurch, dass sie durch verschiedene spezifische Charakteristika geprägt sind. Von Bedeutung sind kampfbezogene Bedrohungen mit dem Risiko eigener Verwundung, aber auch der potenziellen Bürde, selbst anderen Menschen Leid zuzufügen. Dazu kommen Abstriche bei den hygienischen Bedingungen, den Freizeitmöglichkeiten oder den Kontaktmöglichkeiten zur Familie – diese kann oft über Monate nur telefonisch oder online erreicht werden. Auch der Aufenthalt in einem fremden sozio-kulturellen Umfeld stellt eine Herausforderung für psychische Anpassungsprozesse dar. All diese Faktoren haben das Potenzial, die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten von Krisen zu vermindern.

Fallbeispiel

Frau A., eine 35-jährige Berufssoldatin, befindet sich seit drei Monaten im Auslandseinsatz in Mali. Ihr Ehemann kümmert sich in Deutschland um die gemeinsame fünfjährige Tochter, die aber bei den täglichen Kontakten über Skype häufig weint und ihre Mutter vermisst. Sie ist mit drei weiteren Kameradinnen in einem Zelt untergebracht, das zwar ein Klimagerät enthält, jedoch i. d. R. deutlich überhitzt ist. Im Rahmen ihrer Tätigkeit muss sie u. a. auch Patrouillenfahrten durch das Land unternehmen, um die Sicherheitslage zu erkunden. Dabei kommt es immer wieder zu Anfeindungen der zivilen Bevölkerung, die die Gegenwart ausländischer Truppen ablehnt. Einmal ist sie auch mit Handfeuerwaffen beschossen worden - dabei hat sie Todesangst erlebt.

Derartige Ereignisse können psychische Reaktionen, Belastungen und auch Erkrankungen nach sich ziehen. Häufige Beispiele sind Angst, u. a. die Agoraphobie (griech.: die „Angst vor dem Marktplatz“, vor der unsicheren Außenwelt), Suchterkrankungen oder auch psychosomatische/somatoforme Störungen.

Ob diese zu einer dauerhaften Problematik werden, hängt wesentlich von der individuellen Zusammensetzung aktuell wirksamer Schutz- und Risikofaktoren ab, insbesondere von der Qualität der sozialen Unterstützung (Waltereit et al. 2013). In vielen Fällen können Einsatzbelastungen sogar persönliche Reifungsprozesse fördern (Posttraumatic Growth) (Tedeschi und Calhoun 2004). Diese können persönliche Lebensschwerpunkte, soziale Beziehungen, aber auch spirituelle Neuorientierungen betreffen.

So gelangen bei Rückkehrern von Auslandseinsätzen persönliche Wertorientierungen in einen besonderen Fokus (Zimmermann et al. 2014). Immer wieder wird über Wandlungsprozesse berichtet, die einerseits mit Stolz auf die erbrachte Leistung einhergehen, andererseits aber auch zu Konflikten mit dem familiären und gesellschaftlichen Umfeld in Deutschland führen können.

Fortsetzung des Fallbeispiels

Die bereits im ersten Beispiel genannte Frau Hauptfeldwebel hat in ihrem Auslandseinsatz in Mali die Armut der lokalen Bevölkerung hautnah erleben müssen, ohne helfen zu können. Es ist ihr bewusst geworden, wie wertvoll der materielle Wohlstand in Deutschland ist. Nach der Rückkehr versucht sie, ihre fünfjährige Tochter zu mehr Wertschätzung gegenüber einfachen Dingen zu erziehen, z. B. Essen nicht wegzuwerfen. Ihre Tochter kann dies nicht einsehen, es kommt zum Streit.

Kommt es zu ausgeprägten Dissonanzen zwischen den eigenen Wertorientierungen und den Ereignissen in einem Auslandseinsatz, kann eine moralische Verletzung entstehen. Auslöser können zum einen das Fehlverhalten anderer Personen sein, z. B. der lokalen Bevölkerung. Aber auch moralisch relevante Handlungen von Kamerad:innen oder Vorgesetzten können die Grundlage bilden. Eine zweite Variante stellen vermeintliche eigene moralische Abweichungen dar. Diese Konstellationen führen zu moralischen Bewertungen und dazugehörigen moralischen Gefühlen. Bei deren Ausgestaltung spielen, neben den Ereignissen selbst, auch vorbestehende Charakterzüge eine Rolle, z. B. Erwartungen an die eigene moralische Integrität. Moralische Verletzungen durch das Verhalten anderer gehen häufig mit Enttäuschung, Verbitterung oder Zorn einher. Eigenes moralisches Fehlverhalten ist dagegen insbesondere bei Einsatzkräften meist mit Schuldgefühlen verbunden (Zimmermann 2022).

Trifft ein Schuldgefühl, etwa in einer umschriebenen Situation einen Fehler gemacht zu haben, auf eine besondere Strenge mit sich selbst („rigides Über-Ich“), kann daraus im zeitlichen Verlauf Scham entstehen. Intrapersonelle Scham geht dabei mit Zweifeln an der eigenen Integrität und Selbstwertkrisen einher. Bei der interpersonellen Scham kann das Gefühl der mangelnden zwischenmenschlichen Attraktivität u. a. sozialen Rückzug oder einen Missbrauch von suchterzeugenden Substanzen hervorrufen – man versteckt sich buchstäblich vor anderen und vor sich selbst.

In letzter Konsequenz können diese Phänomene mit psychischen Erkrankungen assoziiert sein. Sozialer Rückzug etwa gehört auch zu den möglichen Folgen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Lammers und Ohls 2017).

18.2 Umgang mit moralischen Konflikten – ein Thema für die spirituelle Begleitung?

Das Erleben traumatischer Situationen berührt, wie ausgeführt wurde, eine Vielzahl menschlicher Grundthemen und Emotionen. Es ist daher von großer Bedeutung für den Heilungsprozess, dass diese sowohl in psychotherapeutischen Gesprächen mit dem Schwerpunkt der allgemeinen Symptombearbeitung und -kontrolle adäquat aufgearbeitet als auch zum Thema spiritueller Begleitung werden. Insbesondere moralische Konflikte mit Folgen wie Schuld, Scham oder Zorn erschließen sich dem klassischen psychotherapeutischen Behandlungssetting nur schwer, nicht zuletzt auch aufgrund von Hemmungen der Betroffenen.

Sie bedürfen des empathischen und verstehenden Gespräches, das diese in die Lage versetzt, ihrer Innenwelt Ausdruck zu geben und auch unangenehme und schamhafte Gefühle auszusprechen. Dieses Offenlegen dient der Klärung und wirkt sozialem Rückzug entgegen.

Dabei kann sich die Schwierigkeit ergeben, dass Patient:innen nicht von vornherein gewohnt sind, komplexe Konfliktfelder (wie die Veränderung von Wertorientierungen nach Traumaexposition und moralische Konflikte) wahrzunehmen und zu verbalisieren, diese Qualitäten somit zunächst „einüben“ müssen. Es kann sich in diesen Fällen anbieten, die

Bearbeitung zunächst mit klassischen psychotherapeutischen Themen zu beginnen, wie Erklärungen zur Entstehung von Symptomen (Psychoedukation), dem Erlernen eines Entspannungstrainings, der Erörterung und Stärkung von Selbstfürsorge und Achtsamkeit oder auch der Verbesserung persönlicher Ressourcen, insbesondere der sozialen Unterstützung.

In der Traumatherapie werden diese Elemente i. d. R. in der ersten Phase, der Stabilisierungsphase, angeboten (Eichenberg und Zimmermann 2017). Bei der Erarbeitung gezielter Techniken wird auch die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit für innere Prozesse geschult, die mit der Traumaverarbeitung verbunden sind.

Diese werden in der darauffolgenden Phase, der Traumakonfrontation, vertieft. Dabei werden die traumatischen Erlebnisse in einem sicheren und strukturierten therapeutischen Rahmen nacherlebt, zudem geordnet und umbewertet. In den verfügbaren wissenschaftlichen Leitlinien der Fachgesellschaften werden für diesen Prozess Methoden wie die traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie oder EMDR („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“) empfohlen (www.awmf.de).

So kann sich beispielsweise nach einem schweren Unfall durch die Konfrontationsbehandlung ein Gefühl der Unsicherheit und Angst in einer fremden Umgebung sowie ein dazugehöriges Vermeidungsverhalten abmildern und den Aktionsradius der Betroffenen wieder erweitern.

Je mehr im therapeutischen Prozess eine emotionale und gedankliche Entlastung einsetzt, umso mehr bekommen komplexere Reflexionen und Bewertungen ihren Raum (Integrationsphase). Dazu gehören z. B. die Auseinandersetzung mit dem Verhalten etwaiger Täter, Fragen der Einordnung der Erfahrungen und ihrer Folgen in frühere Erinnerungen und einen weiteren Lebenszusammenhang, damit verbunden die Veränderung persönlicher Schwerpunkte und Wertorientierungen oder auch die Auseinandersetzung mit Schuld und Scham.

An dieser Stelle können die klassischen traumatherapeutischen Techniken einen Übergang zur spirituellen Begleitung bilden.

Hinweis: In dem unten stehenden Beispiel wird verdeutlicht, wie eine derartige Vernetzung gestaltet werden kann.

18.3 Methoden spiritueller Begleitung

Für die spirituelle Begleitung sind in den vergangenen Jahrzehnten eine Reihe von Methoden entwickelt worden, die auch zur Ergänzung der Therapie traumatisierter Menschen hilfreich sein können, ggf. nach einer inhaltlichen Anpassung. So eignen sich etwa Seelsorge und geistliche Begleitung, um mit ihrer mäeutischen Grundhaltung innerlich tief erschütterten und verunsicherten Menschen Halt zu vermitteln. Denn traumatische Erlebnisse sind immer auch Grenzerfahrungen in der Gottesbeziehung. Ihre Anwendung im traumatherapeutischen Setting sollte allerdings nur bei einer grundsätzlichen Offenheit der Betroffenen und möglichst auf der Basis einer Grundkompetenz und Erfahrung der Begleitenden im psychotherapeutischen Arbeiten erfolgen.

Ferner sind, angelehnt an psychotherapeutische Schulen, verschiedene strukturierte Manuale verfügbar, die einen schrittweisen Einstieg in die Betrachtung spiritueller Aspekte nach Traumatisierung ermöglichen.

Die Acceptance-and-Commitment (ACT)-Therapie hat beispielsweise im Rahmen der Verhaltenstherapie eine weite Verbreitung gefunden, um persönliche Werte genauer zu reflektieren und für therapeutische Heilungsprozesse nutzbar zu machen. Grundidee ist es, den Blickwinkel von einer symptomzentrierten und somit „Defekt-orientierten" Perspektive psychischen Funktionierens umzulenken auf das Erleben und Stärken von Wertorientierungen als allgemeine und spirituelle psychische Kraftquelle (Hayes 2008).

Die direkte Auseinandersetzung mit Motiven und Werten von Täter:innen im Vergleich zu eigenen Einstellungen ist wesentlicher Bestandteil der Weisheitstherapie. Ziel ist u. a. die Reflexion von Täter:innenperspektiven – zum Aufbau von Verständnis und zur Erleichterung einer Neubewertung kognitiver Aspekte von Verbitterung (Linden und Maercker 2011).

Die intensive gedankliche Vorstellung („Imagination") einer Kommunikation mit heilsamen inneren Repräsentanzen, die symbolhaft als helfende „moralische Autoritätsfiguren" ausgestaltet werden, wird in der Adaptive-Disclosure-Therapie bei moralischen Verletzungen eingesetzt, um einen Vergebungsprozess anzustoßen und zu erleichtern (Litz 2012).

Diese Ansätze können durch online-basierte Angebote ergänzt werden, die im Wesentlichen auf einer Hilfe zur Selbsthilfe beruhen. Die amerikanischen Streitkräfte haben beispielsweise eine auf spirituelle Ressourcenstärkung ausgerichtete Internet-Website konzipiert (www.hqmc.marines.mil), die Teil des US Marine Corps „Law of War Program" ist. Für deutsche Soldat:innen weist www.ptbs-hilfe.de eine Reihe von Berührungspunkten zwischen klassischer Traumaverarbeitung und Spiritualität auf, u. a. sensibilisierende Podcasts.

Die Bundeswehr hat seit ca. 10 Jahren in enger Zusammenarbeit mit dem Evangelischen Kirchenamt für die Bundeswehr und dem Amt für kirchliche Dienste der EKBO eine manualisierte Vorgehensweise entwickelt, die psychisch belasteten oder traumatisierten Soldat:innen nach Auslandseinsätzen die Gelegenheit bietet, Wertekonflikte und moralische Verletzungen in Gruppen von sechs bis acht Betroffenen zu thematisieren und zu verarbeiten (Zimmermann 2022).

Dabei werden mehrere Elemente der vorgenannten therapeutischen Ansätze verwendet. Ein wichtiger Grundsatz dieser Arbeit ist die Integration verschiedener psychosozialer Professionen in das therapeutische Setting, v. a. Ärzt:innen, Seelsorger:innen und Psycholog:innen. Es wurden bereits wissenschaftliche Evaluationen durchgeführt, die auf der Messung von Scham mit standardisierten psychometrischen Messinstrumenten beruhten. Dabei zeigte sich im Therapieverlauf eine signifikante Verbesserung (Alliger-Horn et al. 2018).

Varianten dieses Konzeptes wurden auch für die Primär- und Sekundärprävention vor und nach Auslandseinsätzen konzipiert→und sind in der Bundeswehr im Gebrauch (ein entsprechendes Manual findet sich auf der Website www.bwkrankenhaus.de→Bundeswehrkrankenhaus-Berlin→Klinik für Psychiatrie).

Die Grundprinzipien dieser Arbeit sollen im Folgenden als Anwendungsbeispiel spiritueller Begleitung in der Traumatherapie genauer ausgeführt werden.

18.4 Anwendungsbeispiel für spirituelle Begleitung: Moraltherapie in der Bundeswehr

Die unter einer Traumafolgestörung leidenden Patient:innen werden von ihren Hausärzt:innen („Truppenärzt:innen“) zur Behandlung zugewiesen. Anlass ist i. d. R. eine Traumatisierung im Rahmen einer Teilnahme an Auslandseinsätzen. Sie werden zunächst für eine Woche im Bundeswehrkrankenhaus Berlin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie stationär aufgenommen und nehmen gemeinsam an den therapeutischen Angeboten teil. Im Vordergrund stehen täglich 90-minütige Gruppensitzungen, die auf die Stärkung von Selbstwahrnehmung und Ressourcen ausgerichtet sind, z. B. mit Themen wie Achtsamkeit, Selbstfürsorge, Problemlösung, Entspannung etc. Dazu kommen Bewegungstherapien, komplementäre Angebote wie Aromatherapie oder auch die gemeinsame Erarbeitung eines kreativen Projektes in der Ergotherapie. Dadurch wird die Entstehung von Gruppenkohäsion und gegenseitiger Unterstützung erleichtert.

In der zweiten Woche werden die moralischen Aspekte der Einsatztraumatisierung in angeleiteten Gruppengesprächen bearbeitet. Günstig ist es, diesen Therapieabschnitt räumlich außerhalb des Krankenhauses durchzuführen, idealerweise an einem Ort, der die spirituelle Entwicklung anregt und gleichzeitig von den Teilnehmenden als Wertschätzung empfunden werden kann. Gute Erfahrungen wurden in Berlin mit einem Seminarkloster im Umland gesammelt (Kloster Lehnin). Das Zisterzienserkloster aus dem 12. Jahrhundert bietet sowohl die Atmosphäre eines Ortes, der über viele Jahrhunderte ein Zentrum geistlicher Entwicklung war, als auch eine ansprechende natürliche Umgebung im Havelland.

Der spirituelle Rahmen der therapeutischen Aktivitäten wird von den teilnehmenden Geistlichen gestaltet: Zu Beginn und zum Ende jedes Tages wird eine Andacht durchgeführt, zum Teil in der spätromanischen Klosterkirche. Diese kann mit spirituellen Texten, Kerzenschein und Musik ausgestaltet werden. Für die Tagesabläufe ist es wichtig, ausreichend Zeit für die Reflexion zu lassen, z. B. durch eine lange Mittagspause oder eine halbtägige Wanderung zur Mitte der Woche.

Inhaltlich beginnt die therapeutische Arbeit mit persönlichen Wertorientierungen. Es wird thematisiert, welche Bedeutung Werte im täglichen Leben jedes Einzelnen haben, wie sie entstehen und sich wandeln können.

Bei Einsatzkräften, wie Soldat:innen, stehen dabei häufig die Werte Benevolenz und Universalismus im Vordergrund. Beide sind mit dem Bestreben verbunden, sich um das Wohlergehen anderer Menschen zu kümmern. Diese eigentlich identitätsstiftende Haltung kann im Rahmen traumatisierender Ereignisse jedoch zu einer zusätzlichen Belastung werden, wenn beispielsweise das Leid anderer Menschen beobachtet wird, ohne helfen zu können. Die traumatische Erfahrung kann dann besonders ausgeprägt mit Zweifeln an der eigenen Kompetenz, mit Hilflosigkeit, Frustration etc. einhergehen. Derartige Aspekte werden in der Gruppendiskussion mit dem Ziel abgewogen, zu einer ausgewogenen Beurteilung der persönlichen Werteentwicklung im Einsatzverlauf zu gelangen.

Nicht selten entwickelt sich aus Werte-bezogenen Konflikten, wenn sie mit belastenden moralischen Gefühlen einhergehen, eine moralische Verletzung (Moral Injury) (Zimmer-

mann 2022; Litz et al. 2015). Die Gruppe trägt unter fachlicher Anleitung zusammen, welche Varianten moralischer Verletzungen denkbar, wodurch sie charakterisiert sind und welche Folgen sie für den Alltag, v. a. für soziale Interaktionen, haben.

Von besonderer Bedeutung sind i. d. R. moralisch fragwürdige Verhaltensweisen, die durch andere Personen (z. B. die lokale Zivilbevölkerung oder auch Kameraden und Vorgesetzte) gezeigt werden, aber auch (vermeintliches) eigenes Fehlverhalten. Ersteres geht meist mit Enttäuschung, Zorn, Verbitterung o. Ä. einher, letzteres führt zu Schuldgefühlen und Scham.

Anschließend werden mögliche entlastende Gedanken und Bewertungen erarbeitet, z. B. Vergebung sich selbst und anderen gegenüber. Dabei ist es wichtig, Vergebung von Konstrukten wie „Versöhnung“, „Gutheißen“ oder „Ungeschehenmachen“ abzugrenzen und dadurch begrifflich zu schärfen.

Vergebung stärkt das Bewusstsein des eigenen ethischen Wertes, es werden buchstäblich „die Waffen aus der Hand gelegt“. Dadurch wird Raum geschaffen für vermehrte und bewusstere ethisch bedeutende, „wertvolle“ Verhaltensweisen, die einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl und die Lebensgestaltung haben können.

Zur Unterstützung und Vertiefung kommen Übungen wie der „Imaginative Dialog mit einer wohlwollenden moralischen Autorität“ (Litz et al. 2015) zum Einsatz.

Diese Themen werden täglich in 2–4 Gruppensitzungen zu jeweils 90 min besprochen, sodass in der zweiten Woche insgesamt zwölf Doppelstunden absolviert werden. Dieses Pensum geht für die Teilnehmer mit einer erheblichen psychischen Anstrengung einher, die aber durch eine gute Gruppenkohäsion, eine hohe stützende therapeutische Aktivität und ein ausreichend großes, interdisziplinär zusammengesetztes therapeutische Team kompensiert werden kann.

In der letzten Therapiewoche steht die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse im täglichen Leben im Vordergrund, dabei können z. B. auch Elemente eines sozialen Kompetenztrainings zur Anwendung kommen.

Fortsetzung des Fallbeispiels

Die in den vorhergehenden Teilen des Fallbeispiels beschriebene Soldatin begibt sich in Psychotherapie. Sie schafft dies erst mit einer Verzögerung von etwa zwei Jahren, da sie ausgeprägte Ängste vor Stigmatisierung hat, vor allem davor, von ihren Vorgesetzten und Kamerad:innen nicht mehr ausreichend ernst genommen zu werden. Sie nimmt dann zunächst niederschwellig über die Telefonhotline der Bundeswehr Kontakt auf und vereinbart einen ersten orientierenden ambulanten Termin im Bundeswehrkrankenhaus. Dort erhält sie eine Psychoedukation und psychologische Testung, zudem eine sozialrechtliche Beratung über Entschädigungsmöglichkeiten. Sie setzt sich daraufhin mit dem Sozialdienst der Bundeswehr in Verbindung (www.bundeswehr.de/Sozialdienst) und stellt einen Antrag auf Wehrdienstbeschädigung.

In der Folgezeit nimmt sie eine ambulante Psychotherapie bei einem zivilen niedergelassenen Psychotherapeuten auf und verabredet eine stationäre Aufnahme im Bundeswehrkrankenhaus. Während dieser Behandlung vertieft sie die Psychoedukation und stärkt ihre psychosozialen Ressourcen. Nach drei Wochen wird sie entlassen, nimmt ihre ambulante Psychotherapie wieder auf, ebenso ihre Diensttätigkeit, allerdings mit reduzierter Stundenzahl.

Drei Monate später kommt es erneut zu einer stationären Psychotherapie. Dabei arbeitet sie traumatherapeutisch an ersten Einsatzerlebnissen. In der Zwischenzeit hat sie auch ein Paarseminar gemeinsam mit ihrem Partner besucht, bei dem dieser gelernt hat, mit Trauma-bezogener Symptomatik umzugehen und sich auch mit anderen Angehörigen austauschen konnte.

Nach weiteren sechs Monaten ist sie für eine dreiwöchige Moraltherapie (s. o.) eingeplant. Sie kann dabei die bisherige Aufarbeitung der traumatischen Situationen mit moralischen Konflikten in Verbindung bringen. Im Anschluss setzt sie die ambulante Psychotherapie fort und wird noch ein weiteres Mal stationär im Bundeswehrkrankenhaus behandelt. Im Endergebnis führt die Therapie zu einer Symptomreduktion und einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebens- und Beziehungsqualität.

18.5 Zusammenfassung

Diese Ausführungen sollen zeigen, dass sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Seelsorge und Psychotherapie bei der Behandlung traumatisierter Menschen bewährt. Die beschriebene spirituelle Begleitung durch gemeinsame Erarbeitung, Bewusstmachung und Verbalisierung von Wertorientierungen, Schuld, Scham und Zorn im Gruppensetting führt zu einer verbesserten Einordnung der Erlebnisse im eigenen biografischen und spirituellen Erfahrungshorizont und kann neue Wege für heilsame Prozesse aufzeigen. Insbesondere für Einsatzkräfte, wie Bundeswehr, Polizei, Feuerwehr, Technisches Hilfswerk und weitere helfende Dienste, ist eine vermehrte Anwendung derartiger Ansätze in Prävention und Therapie für die Zukunft wünschenswert.

Literatur

Alliger-Horn C, Hessenbruch I, Fischer C, Thiel T, Varn A, Willmund G, Zimmermann P (2018) Moralische Verletzung – ein Therapiethema? Psychotherapeut 63:322–328

Blankenburg B, Kölch M, Mehler-Wex C (2008) A need for independent adolescence psychiatry and psychotherapy. Psychiatr Prax 35(5):216–218

Diekmann C, Kropp S, Issels L, Alliger-Horn C, Fischer C, Thiel T, Richter A, Willmund G, Zimmermann P (2023) Traumatized German soldiers with moral-injury: a value-based cognitive-behavioral group therapy to treat war-related guilt and shame. Front Psychiatry 18: 14–28

Eichenberg C, Zimmermann P (2017) Grundlagen Psychotraumatologie. UTB, Stuttgart

Hayes, SC (2008) Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. Clinical Psychology: Science and Practice, 15(4), 286–295. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x

Lammers M, Ohls I (2017) Mit Schuld, Scham und Methode. Balance, Köln

Linden M, Maercker A (2011) Embitterment. Societal, psychological, and clinical perspective. Springer, Wien

Litz B, Lebowitz L, Gray M, Nash W (2015) Adaptive disclosure. A new treatment for military trauma, loss, and moral injury. Guilford, New York

Schwartz SH (1992) Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: Zanna M (Hrsg) Advances in experimental social psychology. Academic Press, New York

Tedeschi R, Calhoun L (2004) Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq 15:1–18

Waltereit R, Kowalski J, Zimmermann P (2013) Kohäsion und soziale Unterstützung des Soldaten in relevanten gesellschaftlichen Gruppen. Einfluss auf einsatzbedingte psychische Traumastörungen. Trauma & Gewalt 7:58–64

Zimmermann P (2022) Trauma und moralische Konflikte. Einführung und Manual für die präventive und therapeutische Arbeit mit Einsatzkräften. Klett-Cotta, Stuttgart

Zimmermann P, Firnkes S, Kowalski J, Backus J, Siegel S, Willmund G, Maercker A (2014) Personal values in soldiers after military deployment: associations with mental health and resilience. Eur J Psychotraumatol 5. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.22939

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

19 Spiritual Care angesichts von Wünschen nach beschleunigtem Sterben und assistiertem Suizid

Traugott Roser

19.1 Fallbeispiel

Patientin M., 49 Jahre alt, spricht die Stationsärztin P. ganz direkt an: „Können Sie mir nicht ein Mittel geben? Ich will sterben." Sie leidet an einer unheilbaren Nervenerkrankung, die zu fortschreitenden Lähmungen führt. Mit Schluckbeschwerden hatte es angefangen, bald waren Arme, Beine und die Gesichtsmuskulatur betroffen. Sie ist völlig auf fremde Hilfe angewiesen, für jeden Handgriff braucht es Unterstützung. Ambulante Pflegedienste und ihr Lebenspartner F. wechselten sich ab, bis eine Komplikation einen Klinikaufenthalt notwendig machte.

Beide sind sehr eng mit der Kirche verbunden und hatten sich dort ehrenamtlich engagiert, bis die Erkrankung alle Kräfte und die Patientin M. an das Haus band. Sterbehilfe wäre für sie früher nicht infrage gekommen, aber selbst ihr Partner F. meinte zur Ärztin, dass er jetzt anders denke. Wenn er sich das anschaue – das sei doch kein Leben mehr! „Das kann Gott doch auch nicht wollen, oder?" F. sagt das und ist tief verzweifelt.

Warum eigentlich nicht?

Die Ärztin lehnt den Wunsch nach einem Medikament zum Sterben ab. Sie ist eine erfahrene Palliativärztin und arbeitet in einem konfessionellen Krankenhaus. Sie nimmt sich viel Zeit, denn ihre Patientin kommuniziert mit einer computergestützten Tastatur. Jedes Wort benötigt seine Zeit, bis die Ärztin es lesen kann. Dann nimmt sie sich Zeit für ihre Antworten. Sie erklärt nicht nur, warum sie kein Gift verschreibt, das ihr Sterben herbeiführen würde, sie fragt auch nach, warum M. der Lebenswille verlässt. So entsteht Vertrauen auf allen Seiten, das die Möglichkeit eröffnet, existenzielle Verzweiflung ebenso zu äußern wie eigene Wertvorstellungen, ohne dabei das Gespräch zu beenden.

T. Roser (✉)
Universität Münster, Münster, Deutschland
e-mail: Traugott.roser@uni-muenster.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_19

M. will nach Hause. Dort, in den eigenen vier Wänden, will sie leben und ihre verbleibende Zeit verbringen. Dazu braucht es neben einer guten Versorgung rund um die Uhr auch Unterstützung für ihren Partner, der auch seinem Beruf nachgehen muss. Ein SAPV-Team wird organisiert, das mit der Ärztin P. immer wieder Rücksprache hält. Diese telefoniert auch regelmäßig mit M.s Partner F. und erkundigt sich nach der Situation. Zunächst kann eine gute Linderung der körperlichen Beschwerden erreicht werden, sodass sich die Situation vor Ort entspannt. In den folgenden drei Monaten verbringen M. und F. viel Zeit miteinander und können vieles besprechen, u. a. auch die Trauerfeier, für die M. klare Vorstellungen hat. Auf Wunsch der beiden erfolgen die Kontakte mit dem SAPV-Team weniger eng. Drei Wochen nach dem letzten Kontakt ruft F. bei der Ärztin an. Seine Partnerin sei vor einigen Tagen ins Ausland gefahren, um Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Am Vortag sei sie verstorben. Nun bereite er den Trauergottesdienst so vor, wie seine Partnerin sich das gewünscht habe; sie hoffe, P. werde daran teilnehmen können. Vor dem Telefonanruf beim örtlichen Pastor graut es ihm allerdings. Wie wird er reagieren und wie wird der beschleunigte Tod öffentlich zum Thema gemacht werden? Nach Ende des Telefonats spürt Ärztin P., wie sehr sie das Telefonat aufwühlt. Sie nimmt ganz widerstreitende Gefühle wahr: Enttäuschung, dass sich die Patientin nicht noch einmal gemeldet, sondern sang- und klanglos die Beziehung beendet hat, Trauer über den Verlust einer Patientin, ein Gefühl, nicht genug getan zu haben, um diesen Weg zu vermeiden und doch auch Verständnis für die Entscheidung.

19.2 Die spirituelle Dimension des Umgangs mit Sterbewünschen

Wünsche nach einem beschleunigten Sterben und Beihilfe zum Suizid haben neben allen ethischen, rechtlichen und medizinischen Aspekten auch eine spirituelle Dimension. Diese bezieht sich zunächst auf die individuelle Spiritualität der Person, die Beihilfe zum Suizid ersucht, darüber hinaus aber auch auf die Spiritualität der Personen, die teils unmittelbar – wie Lebenspartner:in, Kinder oder Eltern, Freund:innen und andere Nahestehende –, teils mittelbar von diesem Ersuchen betroffen sind. Dazu zählen die Person, die die Beihilfe leisten soll, die Personen, die den Vollzug der Beihilfe mitverfolgen, diejenigen, die in den vorausgehenden Beratungsprozess involviert sind, Mitarbeitende und Leitende einer klinischen oder pflegenden Einrichtung, in der eine Patientin oder ein Bewohner bis zum Suizid behandelt oder versorgt werden, Mitarbeitende eines ambulanten Pflege- und Versorgungsteams, behandelnde Ärzt:innen und auch die Seelsorgeperson.

Die spirituelle Dimension betrifft nicht nur die individuelle Einstellung einer einzelnen Person, ihre Einstellung zum Leben, zum Glauben und zu Werten, sondern auch den Geist, wie er aus Leitbildern, Vereinbarungen und Haltungen ganzer Berufsgruppen spricht, wie er von Teams in Einrichtungen gepflegt wird. Vorstellungen, Erfahrungen und Einstellungen werden von Ehe- und Lebenspartner:innen und manchmal von Familien geteilt und gemeinsam gelebt. Es ist deshalb sinnvoll, zwischen drei Ebenen der Spiritualität zu unterscheiden: der Mikroebene (ein Individuum betreffend), der Mesoebene (eine soziale

Gruppe betreffend) und der Makroebene (eine Einrichtung, einen Verband oder die staatlich-gesetzliche Ebene betreffend).

Spiritual Care bemüht sich darum, ausgehend von der individuellen Situation zu erfassen, inwiefern der Wunsch nach Suizidbeihilfe oder beschleunigtem Sterben die Spiritualität der je einzelnen Menschen, aber auch die Spiritualität von Teams berührt, und wie dabei Begleitung stattfinden kann. Leitend dabei ist ein Verständnis von Spiritualität, wie es im Rahmen des SpECi-Projekts leitend ist und im Curriculum gelehrt wird (vgl. dort Modul 1).[1] Es umfasst Sinnfragen ebenso wie Aspekte der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und der Verbundenheit mit wichtigen Bezugspersonen, mit der eigenen Person und mit Gott oder dem, was einem Menschen heilig ist. Spiritualität umfasst dabei sowohl religiöse als auch existenzielle Aspekte. Entsprechend kommen auch Wertefragen und Glaubensvorstellungen zur Geltung, bei jeder der beteiligten Person in eigener Weise.

19.3 Phasen der (spirituellen) Begleitung bei Suizidbeihilfe

Hilfreich ist es, Spiritual Care im Kontext von Sterbewünschen und der Durchführung eines assistierten Suizids entlang einer Zeitschiene zu betrachten. Der Schweizer Theologe Christoph Morgenthaler hat dazu ein Modell entwickelt, das unterschiedliche Phasen beschreibt, in denen die Spiritualität in jeweils eigener Weise berührt wird und spirituelle Bedürfnisse erkennbar werden. Morgenthaler (2022) unterscheidet zwischen der Phase der Annäherung, die in der Fallgeschichte markiert wird durch die Äußerung von Patientin M. zu ihrer Ärztin, ihr eine Spritze zu geben. Die Entscheidung reift in den drei Monaten, in denen kein Kontakt zum Betreuungsteam besteht; die Realisierung des Sterbewunsches wird ohne Begleitung oder Betreuung durch das SAPV-Team oder erkennbare kirchliche Begleitung durchgeführt. Im Zuge der vierten Phase findet die Vorbereitung des Abschieds statt; in der Fallgeschichte werden hier die Beteiligten aus der ärztlich-pflegerischen Betreuung kontaktiert und eingeladen. Die Fragen, ob und wie der Ortspfarrer diesen Abschied durch eine kirchliche Bestattung gestalten wird, beschäftigen die Angehörigen. In der Phase der Verarbeitung gibt es auf Wunsch ehrenamtliche Trauerbegleiter:innen und Nachgespräche mit dem Ortspfarrer (Abb. 19.1).

In der Phase der Annäherung ist Spiritual Care hinsichtlich der ethischen Kompetenz gefragt, wobei es einer Klärung des Prinzips der Autonomie im Sinne einer relationalen Autonomie bedarf, um eine Fürsorgeethik zu entwickeln, die einerseits einer absoluten Toleranz und radikalen Patientenzentrierung, andererseits ganzheitlich und fürsorgender Begleitung verpflichtet ist (vgl. den Beitrag von Stephan Probst in diesem Band).[2] In den

[1] Vgl. Beitrag von Piret Paal in diesem Band. Das Verständnis basiert auf der Konsensusdefinition der European Association for Palliative Care (EAPC).

[2] In diesem Band: Probst, Stephan, Der Beitrag von Spiritual Care zur angewandten Medizinethik und ethische Prinzipien für Spiritual Care.

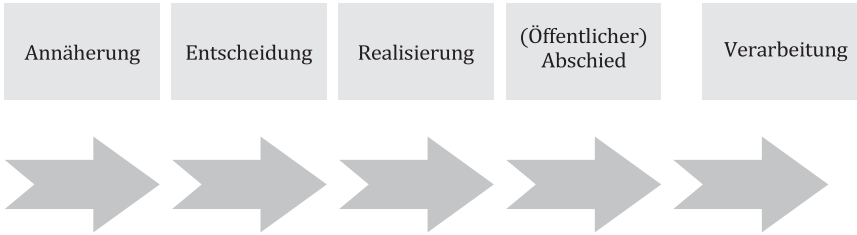

Abb. 19.1 Phasen der (spirituellen) Begleitung. (Aus Morgenthaler 2022)

Phasen der Annäherung und der Entscheidungsfindung ist spirituelle Begleitung im Sinne „kritischer Solidarität" (Karle 2022) zu verstehen, deren Ziel es ist, dem Gegenüber „Freiheit im Sinne Schleiermachers" zu ermöglichen, es „in die Lage zu versetzen, möglichst selbstverantwortlich und eigenständig das Leben zu gestalten" (ebd.). Dies erfolgt sowohl durch seelsorgliche Spiritual Care als auch durch gesundheitsberufliche Spiritual Care (zur Unterscheidung vgl. Peng-Keller 2021): Karin Jacobs hat aus der Perspektive der Pflegefachkraft eines ambulanten Palliativdienstes in einem Beitrag der Zeitschrift für Palliativmedizin die Herausforderung „unter spirituellen Perspektiven" eindringlich geschildert (Jacobs 2023). Gerade wenn angesichts eines bestehenden Vertrauensverhältnisses keine weitere beratende Person – etwa aus der Seelsorge – hinzugezogen werden soll, muss die Fachkraft dem Gegenüber einen „‚inneren Raum' [eröffnen], in dem man Gedanken, Emotionen und Impulse erleben kann, ohne sich mit ihnen zu identifizieren oder von ihnen weggefegt zu werden. [Auch] die Fachkraft muss ihren inneren Raum öffnen, wenn Begegnung stattfinden soll. Erst in diesem nun gemeinsamen Raum kann eine weitere Begleitung sich entwickeln." (Jacobs 2023, S. 26).

In der Phase der Entscheidung sind v. a. die Beziehungen der sterbewilligen Person in Anspruch genommen, z. T. auch belastet. Die nächststehenden An- und Zugehörigen werden in die Entscheidungsfindung und die Planung der Realisierung eingebunden, wenn sie dies zulassen. Fürsorge kann hier vieles bedeuten: beispielsweise der sterbewilligen Person zu versichern, sie nicht allein zu lassen, sondern auch dann zu begleiten, wenn man dem Vorhaben mit Vorbehalten gegenübersteht oder es ablehnt. Fürsorge kann aber auch bedeuten, sich für die Realisierung bereitzustellen. Achtsame Vertraulichkeit ist ein leitendes Gebot in dieser Phase bei allen Beteiligten.

Die Realisierung des Wunsches des autonomen Subjekts fordert alle Beteiligten: Hier sind die Beteiligten in höchster Weise vulnerabel, verletzlich an Leib und Seele und als Sorge-Gemeinschaft. Bereits Paul Ricoeur (2001) hat auf das „Paradoxon von Autonomie und Verletzlichkeit" aufmerksam gemacht, wie Nika Höfler zur Vulnerabilitätssensibilität als Kernaufgabe von Seelsorge schreibt: „Es besteht ein Zusammenhang zwischen Handeln und Leiden. Dieser führt dazu, dass jeder Interaktionsbeziehung stets insofern eine Verletzlichkeit innewohnt, da eine Asymmetrie in ihm [sic! - TR] besteht: der handelnde Mensch macht sein Gegenüber immer zum Erleidenden der Handlung." (Höfler 2023,

S. 384) Ein Prozedere, das den Bedürfnissen nicht nur der sterbenden Person, sondern auch der anderen Anwesenden entspricht, rechnet mit Verletzlichkeit, mit den Folgewirkungen für Trauerprozesse, der Möglichkeit von Schuldgefühlen und dem Bedürfnis religiöser Praktiken und Symbole. Für die folgende Phase, den öffentlichen Abschied und seine Vorbereitung, kommt es auf eine ritualkompetente Kooperation zwischen Bestattungsunternehmen und dem Pastor oder der Pastorin als Vertretung der Religionsgemeinschaft an, sofern der Abschied in einem Trauergottesdienst erfolgt.[3] Symbolisch-rituelle Handlungen und die Trauerrede als „öffentliche Rede" (Plüss 2022, S. 203) dienen einer religiösen Lebensdeutung sowie einer „Rechtfertigung von Lebensgeschichten" (Gräb 1998) und damit auch einer Botschaft annehmender Gnade zur Sterbegeschichte, die zu formulieren die Spiritualität des:r Geistlichen auf mitunter existenzielle Weise herausfordert und darum der Selbstsorge des:r Geistlichen bedarf. Hier ist eine hermeneutische Kompetenz durch Spiritual Care notwendig, aber auch die Sorge für die tragenden Beziehungen der beteiligten Sozialsysteme.

In der letzten Phase, der Verarbeitung, erfolgt Spiritual Care im Rahmen der Trauerbegleitung. Sie bedarf eigener Schulung im Sinne der Kenntnis von Trauermodellen, der Einordnung von Trauerreaktionen und der Bedeutung von Spiritual Distress und Risikofaktoren für erschwerte Trauer.[4]

Spiritual Care im Kontext von assistiertem Suizid erfordert in jeder Phase spezifische Akteur:innen, Kompetenzen und Handlungsformen. Komplex wird sie jedoch auch durch die unterschiedlichen Beteiligten auf den drei genannten Ebenen.

19.4 Möglichkeiten eines differenzierten Umgangs mit spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen der Beteiligten und Betroffenen

19.4.1 Eine Matrix spiritueller Bedürfnisse

In einem Beitrag zu einem Aufsatzband zur Seelsorge bei assistiertem Suizid (Coors und Farr 2022) hat der Autor eine Matrix vorgeschlagen, die dazu verhelfen kann, die verschiedenen Aspekte von Spiritualität der einzelnen Personen und Personengruppen differenziert und jeweils auf der Mikro-, der Meso- und der Makroeben wahrzunehmen und einordnen zu können. Leitend dabei waren im Anschluss an die Kategorien des genannten Spiritualitätsverständnisses der EAPC die Ebenen von „Sinn/Bedeutung/Transzendenz",

[3] Das von Torsten Ernst und Astrid Giebel konzipierte Modul 10 „Hilfreiche Rituale" des Curriculums verwendet zur Veranschaulichung Sequenzen aus dem japanischen Film „Nokan: Die Kunst des Ausklangs".

[4] Vgl. das von Johannes Albrecht und Urs Münch konzipierte Modul 7 des Curriculums: Verlust und Trauer begegnen.

„Verbindung/Verbundenheit“ und „Glaubenssystem/Regeln/Leitlinien“. Betrachtet man beispielsweise die Kategorie „Verbindung/Verbundenheit“ im Blick auf die Spiritualität der sterbewilligen Person, zeigt sich beispielsweise, dass nicht nur das fehlende Erleben von Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ausschlaggebend sein können, sondern auch der Wunsch, noch einen Rest an Selbstbestimmung auszuüben, während man durch die Krankheit einen Verlust an Kontrolle hinnehmen muss. In der Regel äußert eine Person einen Sterbewunsch aufgrund einer Situation, die ein Weiterleben unter den aktuellen oder sich in der Zukunft verschlechternden Bedingungen unerträglich oder unzumutbar macht oder zu machen droht (Abraham 2008). Die Verbindung zur eigenen Person und die Selbstwirksamkeit sind wichtige Bedürfnisse, werden aber auch als Ressourcen erfahren. Allerdings: Die Möglichkeit, durch Suizid diese Situation zu vermeiden, erlaubt der Person die Kontrolle über das eigene Leben in einer Situation, in der man sich einem schicksalhaft erfahrenen Leiden ausgesetzt fühlt und sich zunehmend abhängig von der Fürsorge anderer erlebt. Die Bitte um Hilfe anderer zur Selbsttötung, beispielsweise Ärzte, Ärztinnen oder Pflegende, kann „zum Ziel haben, Autonomieverlust zu kompensieren oder noch verbliebene Autonomie auch unter eingeschränkten Bedingungen zu erhalten.“ (Hilpert 2015, S. 101). Die Kategorie „Verbindung/Verbundenheit“ gibt allerdings auch Ambivalenzen zu erkennen: Isolde Karle weist darauf hin, dass seelsorgliche Begleitung einem suizidwilligen Menschen „das Beziehungsnetz, in dem er lebt, bewusst zu machen und ihm zu helfen, seine Beziehungsressourcen, die womöglich durch seine Leidenserfahrungen verdeckt wurden, neu zu erschliessen“ (Karle 2022, S. 164).

Im Blick auf Pflegende und Behandelnde kann die Matrix darauf aufmerksam machen, dass zur Klärung der eigenen ethischen Position eine „Auseinandersetzung mit Standesethos und kodifizierten Normen“ (Roser 2022, S. 232), wie sie Leitlinien, Codes of Ethics oder Berufsordnungen gegeben sind, dienen kann. Hier sind Wertvorstellungen kodifiziert, deren Basis nicht selten Weltanschauungen und religiös vermittelte Traditionen sind.

Nicht zuletzt stellen Sterbewünsche und die verfassungsrichterliche und politisch-gesetzliche Ermöglichung von Suizidbeihilfe Einrichtungen vor die Herausforderung, dies mit dem „Geist“ der eigenen Einrichtung, beispielsweise ihrer konfessionellen Bindung und dem bestehenden Leitbild, in Einklang zu bringen. In konkreten Situationen kommt es dann zu Krisen, wenn zwischen dem „Geist des Hauses“ (Makroebene) und der Haltung einzelner Mitarbeitender (Mikroebene) Konflikte entstehen und am Krankenbett ausgetragen werden. „Angestellte und Mitarbeitende müssen die Einstellungen und Wertvorstellungen des Trägers nicht teilen, werden aber im Rahmen von Einstellungsverfahren und in Beratungsprozessen mit Leitenden und Verantwortlichen das Verhalten im Falle von Dissens thematisieren.“ (Roser 2022, S. 237).

Eine Matrix zur Klärung der spirituellen Aspekte von Sterbewünschen und assistiertem Suizid trägt zu einer Klärung bei, ohne zu einer Auflösung von Ambivalenzen zu führen. Spiritual Care beginnt mit der Wahrnehmung von Ambivalenz, ohne sie einfach aufzulösen. Sie hilft aber, da zu sein, dabei zu bleiben und spirituelle Ressourcen zu erschließen.

19.4.2 Spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen und unterscheiden können

In der konkreten Begleitung von Kranken mit Sterbewunsch und auch der An- und Zugehörigen lohnt es sich, mit dem in diesem Band von Arndt Büssing vorgestellte Spiritual-Needs-Fragebogen zu arbeiten. Dort wird in fünf Hauptkategorien unterschieden zwischen „Existenziellen Bedürfnissen", „Generativen Bedürfnissen", Bedürfnissen nach „innerem Frieden" und „Religiösen Bedürfnissen" sowie zusätzlich nach „psychosozialen, familienbezogenen Bedürfnissen". Spiritual Care bezieht sich auf alle genannten Bereiche. Die sehr konkreten Fragen ersetzen keine Kommunikation, helfen aber dabei, die hinter Äußerungen und Forderungen verborgenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und vertiefende Gespräche darauf auszurichten. Entsprechend versteht Büssing den Fragebogen auch als ein „Instrument für die praktische Anwendung", das Gespräche anbahnen kann.[5] Unter Umständen lässt sich von hier aus Unterstützung planen und mit der unweigerlichen Situation von Ambivalenz konstruktiv umgehen.

19.5 Schlussfolgerungen

- Spirituelle Aspekte von Wünschen nach beschleunigtem Sterben bestehen nicht nur beim Sterbewilligen, sondern auch bei den anderen Beteiligten und Betroffenen.
- Sowohl auf der Mikroeben des Individuums, auf der Ebene in Care-Teams und im Familiensystem (Meso-Ebene) als auch auf der Makroebene (Einrichtungsträger) stellt der Wunsch nach Suizidassistenz eine Herausforderung in religiöser, existenzieller und ethischer Perspektive dar.
- Spiritual Care erfolgt in unterschiedlichen Phasen durch unterschiedliche Personen(-gruppen).
- Zum Verständnis der unterschiedlichen spirituellen Bedürfnisse hilft eine Matrix spiritueller Aspekte.
- Zur Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse der Begleiteten und zur Planung der Unterstützung hilft der Spiritual-Needs-Fragebogen.

Literatur

Abraham JL (2008) Patient and family requests for hastened death. Hematology Am Soc Hematol Educ Program 13:475–480

Coors M, Farr S (Hrsg) (2022) Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, TVZ Theologischer Verlag Zürich

EAPC Reference Group on Spiritual Care (ohne Datum) What is Spiritual Care? https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/. Zugegriffen am 11.02.2023

[5] Vgl. den Beitrag von Arndt Büssing in diesem Band.

Gräb W (1998) Lebensgeschichten - Lebensentwürfe - Sinndeutungen. Eine praktische Theologie gelebter Religion. Christian Kaiser/Gütersloher Verlagshaus, Göttingen
Hilpert K (2015) Schlüsselbegriffe und Argumentationsfiguren in der aktuellen Debatte um Sterbehilfe. In: Hilpert K, Sautermeister J (Hrsg) Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid. Herder, Freiburg, S 97–114
Höfler N (2023) Wirksamkeit von Krankenhausseelsorge. Eine qualitative Studie. EVA, Leipzig
Jacobs K (2023) Assistierter Suizid und freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit unter spirituellen Perspektiven. Beihilfe zum Tod oder Begleitung im Sterben? Z Palliativmed 24:25–29
Karle I (2022) Der assistierte Suizid – Herausforderungen für die Seelsorge. In: Coors M, Farr S (Hrsg) Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis. TVZ, Zürich, S 159–172
Morgenthaler C (2022) Seelsorge, Kirche und Suizidhilfe. Praktisch-theologische Perspektiven. In: Coors M, Farr S (Hrsg) Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis. TVZ, Zürich, S 173–188
Peng-Keller S (2021) Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen
Plüss D (2022) Wie predigen, nachdem jemand selbstbestimmt aus dem Leben ging? Zur Praxis von Traueransprachen im Zusammenhang von assistiertem Suizid. In: Coors M, Farr S (Hrsg) Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis. TVZ, Zürich, S 189–204
Ricoeur P (2001) Art.: Autonomie et vulnerabilité (1995). In: Ricoeur P. (Hrsg) Le Juste II. Esprit, Paris, S 85–105
Roser T (2022) Zur spirituellen Dimension des Wunsches nach assistiertem Suizid. In: Coors M, Farr S (Hrsg) Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis. TVZ, Zürich, S 223–239

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Teil III

Spiritual/Existential Care interprofessionell schulen

20 Wege der Anerkennung des Curriculums SpECi durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) – systematische, lerntheoretische Einordnung

Dana Ludwig

20.1 Mehrstufige Bildungsgrafik der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Im Folgenden – zur Verdeutlichung und Einordnung des hier vorgelegten Curriculums – wird die mehrstufige Bildungsgrafik der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (GPP) für unterschiedliche Berufsgruppen vorgestellt (Abb. 20.1).

Dabei findet die Lernausgangslage der Teilnehmenden in einer entsprechenden Konzeption des Kurses Ausdruck: Im *Sensibilisierungsmodul* werden alle Inhalte des Curriculums breit gefächert vermittelt, im Gegensatz dazu sind die Themen eines *Vertiefungsmoduls* von einer inhaltlichen Tiefe gekennzeichnet, da die Teilnehmenden bereits berufspraktische und theoretische Kenntnisse aus unterschiedlichen Weiterbildungskontexten besitzen. Dergestalt können Schwerpunkte didaktisch adressatengerecht aufbereitet und bearbeitet werden.

D. Ludwig (✉)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_20

Abb. 20.1 Schematische Darstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Palliativversorgung. (AG Bildung. DGP)

20.2 Die kompetenzorientierte Lernkultur – Lernen in Beziehungen

Das Curriculum SpECi steht im Dienst einer kompetenzorientierten Lernkultur, welche die Lernenden prozesshaft, sich selbst erweiternd und zu sich hin bildend arbeiten und lernen lassen. So werden eine allgemeine Handlungsfähigkeit, die Wahrnehmungs- und Reflexionstätigkeit gefördert. Grundlegend fokussiert das Curriculum einen Kompetenzerwerb, der die Fachkompetenz durch *Wissen* und *Fertigkeiten* sowie die personale Kompetenz als *Sozial-* und *Selbstkompetenz* über kognitive, affektive und psychomotorische Lernziele verfolgt. Die dezidierten Lernziele sind in allen Modulen mittels methodisch-didaktischer Hinweise beschrieben, die einem konstruktivistischen Lehrverständnis folgen: Lernen als Konstruktion (Erfinden), Lernen als Rekonstruktion (Entdecken) und Lernen als Dekonstruktion (Hinterfragen) (Neubert et al. 2001).

Dabei ist Lernen nicht nur ein isolierter kognitiver Vorgang, sondern stets eingebettet in emotionale und sozio-kulturelle Situationen – „Lernen in Beziehungen“ als notwendige Ergänzung der inhaltlichen Sicht. In der lernmethodischen Umsetzung erfordern affektive und psychomotorische Lernprozesse – aufbauend auf der inhaltlichen Basis – ein komplexes Zusammenspiel einzelner Elemente, wie z. B. Sprache oder andere Formen symbolischer Kommunikation, die Atmosphäre und das Lernklima, der Grad der Offenheit, Stimmungen, Gefühle, Unsicherheiten und abweichende Ansichten zuzulassen und auszuhalten. All diese Momente fördern eine konstruktivistische Lernkultur, in der Beziehungsarbeit an sich und zu anderen, Änderungen der Interessen, Einstellungen und Werthaltungen oder der Erwerb unterschiedlicher praktischer Fertigkeiten ermöglicht werden.

20.3 Lernziele: kognitiv, affektiv und psychomotorisch

Allerdings implizieren Lernziele dieser Bereiche methodische Notwendigkeiten performativer Praktiken, eine intensive Auseinandersetzung auf der persönlichen Ebene (emotional wie auch sensorisch), Sensibilisierung und Reflexion intuitiver Fähigkeiten, ganzheitliche Wahrnehmung und das Einüben kommunikativer Fähigkeiten oder die Reflexion in der Gruppe.

Kognitive, affektive und psychomotorische Lernziele müssen in einem geeigneten Verhältnis zueinander stehen, aber vor allem in einem sinnvollen methodisch-didaktischen Arrangement angeboten werden. Diese Prämisse findet in einem methodischen „Vierklang“ Ausdruck, der in allen Modulen Anwendung findet:

a) die Teilnehmenden mit emotionaler Berührung abholen (Anknüpfen an ihrer Erfahrungswelt),
b) Sachinformationen einbinden (theoretische Ebene),
c) Praxis (Übungen) im Wechsel innerhalb der Module (ggf. auch mehrfach),
d) Ergebnissicherung (kognitives Element/Vertiefung).

20.4 Erfahrungs- und Lebenswelt als Anknüpfungspunkt

Der Einstieg in eine ideale Lernsituation gelingt, wenn die Teilnehmenden eine inhaltliche Relevanz des Themas für sich und andere erkennen können. Dabei ist ein Anknüpfen an der Erfahrungs- und Lebenswelt, vor allem mit emotionalem Charakter, zielführend (a).

Kognitive Lernprozesse sind an inhaltlichen Aspekten orientiert und erfordern einen theoretischen Bezug zu aktuellen, fachwissenschaftlich konsentierten Theorien. Auf dieser Basis kann Wissen als Ergebnis von Lernen und Verstehen als Fertigkeit von den Teilnehmenden in die Anwendung gebracht werden, um Kenntnisse anzuwenden, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen (b). Aber auch diese gilt es zunächst im geschützten Lernsetting zu erproben. Performative Praktiken (Fertigkeiten; psychomotorische Lernziele) benötigen zur Anbahnung der Sozialkompetenz und Selbstständigkeit eine gesonderte didaktische Übersetzung. So stellt der Einsatz von Rollenspielen in der Lehre eine geeignete Möglichkeit dar, die spirituelle und existenzielle Kommunikation mit unterschiedlichen, herausfordernden Gesprächssituationen einzuüben, um für die berufliche Rolle zu befähigen. Dabei ist eine methodische Triade „Begleiter:in – Begleitete – Beobachter:in“ ebenso wertvoll wie Beispiele aus dem Praxisalltag (c). Bei der Ergebnissicherung gilt es – im konstruktivistischen Sinne – sowohl eine Reflexion der theoretischen als auch praktischen Inhalte durch die Teilnehmenden als auch die Überprüfung der Erreichung der daran verknüpften kognitiven, affektiven und psychomotorischen Lernziele durch die Lehrenden zu ermöglichen (d). Der Lernprozess ist während des gesamten Kursgeschehens einem evaluativen Prinzip zu unterwerfen und kann demnach auch eine situative Anpassung des methodisch-didaktischen Arrangements mit Wiederholungen oder Vertiefungen von theoretischen oder praktischen Inhalten erfordern.

Literatur

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011) Der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, Berlin. https://www.dqr.de/content/2453.php/. Zugegriffen am 05.12.2022

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V (2017) Kompetenzbasierte berufsgruppenunabhängige Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin (KoMPaC). Pallia Med Verlag, Bonn

Neubert S, Reich K, Voß R (2001) Lernen als konstruktiver Prozess (Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten). In: Hug T (Hrsg) Wie kommt Wissenschaft zu Wissen, Bd 1. Schneider, Baltmannsweiler, S 253–265

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

21 Erprobung des Curriculums „SpECi“ an sieben Projektstandorten – Ergebnisse der Schulungsevaluation

Mareike Gerundt

21.1 Hintergrund

Das Forschungsprojekt „Spirituelle Begleitung am Lebensende. Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojekts mit Pilotcharakter“ zielt auf die Verbesserung des spirituellen/existenziellen Wohlbefindens alter und schwerstkranker Menschen am Lebensende. Die Verbesserung der Spiritual-Care-Versorgung wird innerhalb des Projekts über die Qualifikation von Multiplikatoren angestrebt.

Hierfür wurde in den Jahren 2019–2021 das Curriculum „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ (SpECi) von einer multiprofessionellen Expertengruppe[1] entwickelt. Das Curriculum richtet sich grundsätzlich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen und wurde innerhalb der Projektphase vordergründig in Einrichtungen der stationären Altenpflege, stationären Hospizen und Palliativstationen erprobt.

[1] Die Gruppe der Autor:innen der Curriculumsgruppe setzt sich aus folgenden Personen zusammen: Johannes Albrecht, Dr. phil. Jutta Ataie, Dr. phil. Gabriele Beckert, Prof. Dr. med. Arndt Büssing, Torsten Ernst, Dr. theol. Astrid Giebel, Dr. rer. biol. hum. Margit Gratz, Martina Kern, Dr. med. Marianne Kloke, Uwe Matysik, Urs Münch, Dr. med. Stephan Probst, Karin Scheer, Dr. phil. Andreas Stähli, Prof. theol. Dr. Traugott Roser, Bruno Schrage, Dr. Anna Storms, Dr. theol. Erhard Weiher. Koordination: Mareike Gerundt.

M. Gerundt (✉)
Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: mareike.gerundt@uni-wh.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_21

Es baut auf vorhandenen Kompetenzen im Bereich der medizinischen, pflegenden und therapeutischen Versorgung auf und vertieft diese. Ziel ist es, neben dem Bewusstsein die Sprachfähigkeit und die Handlungskompetenz in Fragen der Spiritualität bei den Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen zu fördern. Derzeit befindet sich das Curriculum in der Phase der Anerkennung durch die DGP.

Die 40-stündige Weiterbildung zum Erwerb und zur Steigerung der Wissens-, Handlungs-, Sozial- und Selbstkompetenz im Bereich Spiritual Care umfasst zehn inhaltliche Module (Tab. 21.1):

Das Curriculum wurde 2019 einem Pre-Test unterzogen und dann von den verantwortlichen Autoren redaktionell angepasst, inhaltlich umstrukturiert und gekürzt.

Seit Ende August 2021 bis Mitte Mai 2022 wurde das Curriculum SpECi an den kooperierenden Projektstandorten 1. von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel in Kooperation mit dem Klinikum Bielefeld gem. GmbH, 2. Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e. V. in Kooperation mit dem St. Vinzenzhaus Köln, 3. Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, 4. Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, 5. Johannesstift Diakonie Berlin, 6. KEM|Evang. Kliniken Essen-Mitte, 7. Virtueller Standort Münster umgesetzt.

Die Schulungsdurchführung war nicht an allen Standorten identisch: Während ein Standort das SpECi-Curriculum innerhalb einer Kurswoche in Klausur geschult hat, wählten die übrigen Standorte die Aufteilung in zwei Kursblöcke (entweder Block 1:2 Tage und Block 2:3 Tage oder Block 1:3 Tage und Block 2:3 Tage).

Aufgrund der COVID-19-Pandemie konnten nicht alle Standorte ihre Schulungen in Präsenz durchführen und haben z. T. für den zweiten Kursblock in das Onlineformat gewechselt. Der Virtuelle Standort Münster wurde ausschließlich als Online-Standort konzipiert und aus bundesweit rekrutierten Teilnehmenden zusammengesetzt. Dies ermöglichte es den Verantwortlichen, Inhalte, Didaktik und Methodik auf ihre Praktikabilität im digitalen Bereich zu erproben und nötige Anpassungen zu identifizieren.

Tab. 21.1 Übersicht zu den Modulen im SpECi-Curriculum

Modul 1	Spiritualität – Zugänge und Klärungen Spiritualität bei Gesundheit und Krankheit	Modul 6	Ist die Seele im Lot? – Gelingende Kommunikation bei unlösbaren Fragen
Modul 2	Spirituelle Bedürfnisse und Spiritual Care – Kompetenzen	Modul 7	Verlust und Trauer begegnen
Modul 3	Existenzielle Belange wahrnehmen und erfassen	Modul 8	Spirituelle Ressourcen und Kraftquellen: Was tröstet?
Modul 4	Spirituelle und Existenzielle Kommunikation in der alltäglichen Berufspraxis	Modul 9	Spirituelle Ressourcen und Kraftquellen: Was lässt hoffen?
Modul 5	Achtsamer Umgang mit Anvertrautem – Schnittflächen und Kontexte	Modul 10	Hilfreiche Rituale

21.2 Methoden

Zur Überprüfung und Verbesserung des Curriculums wurden die Schulungen an den sieben Projektstandorten mittels eigens dafür entwickelte Evaluationsbögen durch Schulungsteilnehmende und Trainer(-teams) bewertet. Gegenstand dieser Ausführungen sind die Ergebnisse der Teilnehmenden-Evaluation.

Die Schulungsteilnehmenden wurden darum gebeten,

a) eine Bewertung jedes einzelnen Moduls (nach Schulnoten) vorzunehmen und die Felder für Freitextantworten zur Ergänzung ihrer Eindrücke und Bewertungen zu nutzen,
b) Angaben zum zusammenfassenden Gesamteindruck der Schulung zu machen und insbesondere Themenbereiche wie Kongruenz von Kursinhalten und eigenen Erwartungen, Umsetzungsmöglichkeiten im Berufsalltag, Interesse seitens des Arbeitsumfelds oder Seminargestaltung (Konzeption, Verständlichkeit, Methodik/Didaktik, Praxisnähe/Relevanz) und Rahmenbedingungen (Unterbringung, Verpflegung, Seminarräume und Ausstattung, Kursorganisation, Atmosphäre im Kurs) zu berücksichtigen und
c) (wenige) soziodemografische Daten zu Alter, Tätigkeitsbereich, Berufserfahrung und bereits vorhandenen Qualifikationen anzugeben.

21.2.1 Ergebnisse

Für die Schulungen sind 93 Multiplikatoren seitens der Standortverantwortlichen an den kooperierenden Standorten gemeldet worden. 78 Personen haben ihre Evaluationsbögen ausgefüllt zurückgeleitet, welches einer Rücklaufquote von 83,8 % entspricht.

Die größte Gruppe der Schulungsteilnehmenden befindet sich im Alterssegment von 40–60 Jahren (Abb. 21.1) und stammt hauptsächlich aus den Arbeitsbereichen der stationären Altenpflege (35 %), Krankenhaus (22 %) und stationären Hospizen (19 %) (Abb. 21.2).

Die Schulungsteilnehmenden sind durchschnittlich seit **13 Jahren** im Arbeitsbereich tätig (Range von sechs Monaten bis 35 Jahren; bei n = 58).

Von den 64 antwortenden Schulungsteilnehmenden führten 40 an, über 60 Personen innerhalb des letzten halben Jahres betreut zu haben. 20 Teilnehmende informierten, dass weniger als 10 Menschen, mit denen sie in begleitender, pflegender oder therapeutischer Beziehung standen, im letzten halben Jahr verstorben sind. Bei 15 Personen waren es zwischen 10–20 und bei 11 Personen zwischen 30–40 Verstorbene.

Nur wenige Teilnehmende (n = 29) machten Angaben zur beruflichen Weiterbildung im Bereich Palliative Care, Diakonie Care, Spiritual Care, o. Ä. in den vergangenen Jahren (Mehrfachnennungen möglich). Im Bereich Palliative Care bildeten sich 18 Personen in den vergangenen Jahren weiter, 5 im Bereich der Trauer- und Sterbebegleitung, 4 nannten

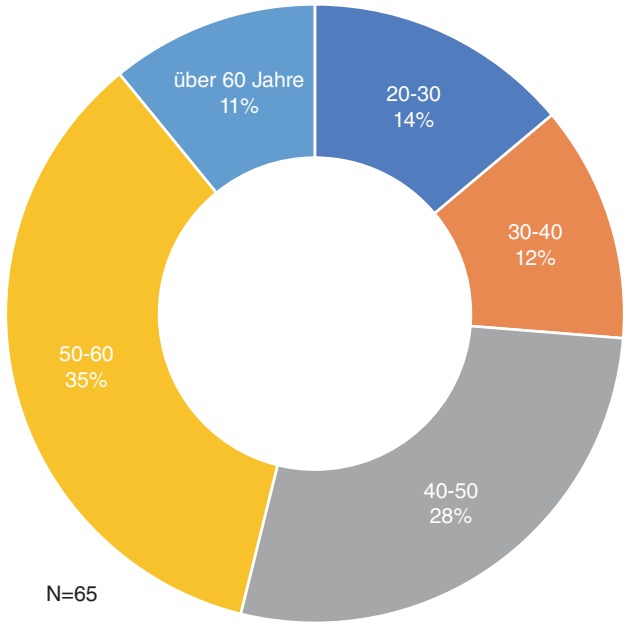

Abb. 21.1 Alter der Multiplikatoren

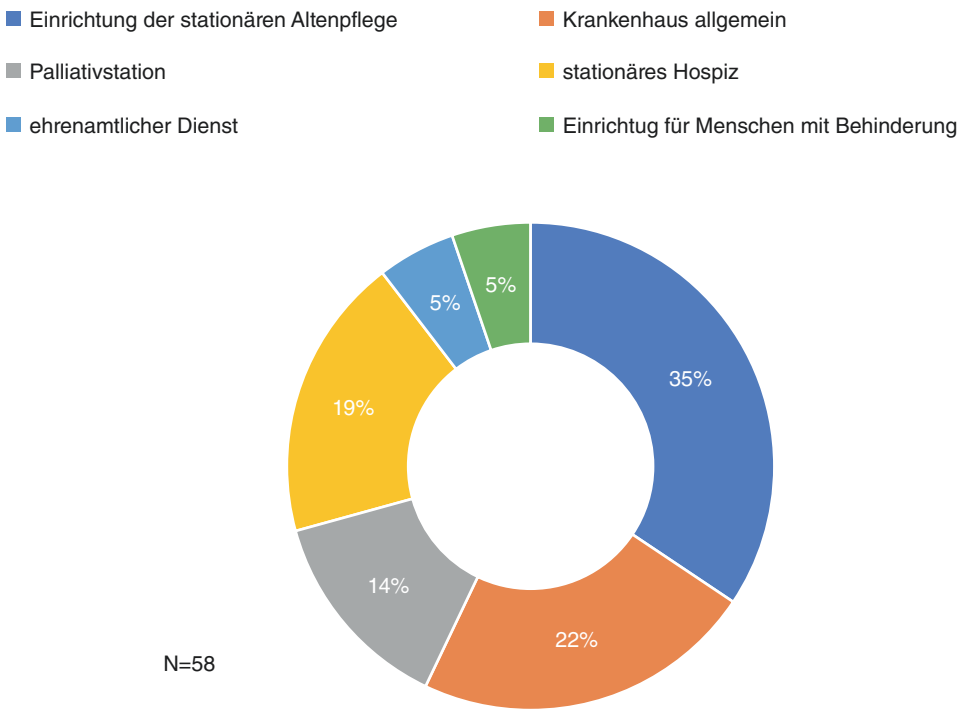

Abb. 21.2 Tätigkeitsbereich der Multiplikatoren

Weiterbildungen in Gesundheitlicher Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase; zwei Personen gaben explizit an, keine Weiterbildung absolviert zu haben. Darüber hinaus gab es Einzelnennungen im Bereich der Seelsorge, Physiotherapie in der palliativen Versorgung, onkologische Fachweiterbildung und Fachgesundheitskrankenpflege, Casemanagement für Palliativ- und Hospizversorgung Praxisbegleiterin; Care Management und Koordination für Hospizbereich.

Ad a) Einzelmodulbewertung

Im Hauptteil des Evaluationsbogens wurden die Schulungsteilnehmenden gebeten, die zehn Module – dem Schulnotensystem folgend – zu bewerten. Dabei lagen folgende Fragen zugrunde (Tab. 21.2):

Der Gesamtüberblick nach allen durchgeführten Schulungen an den sieben Projektstandorten zeigt eine Bewertung der Schulungsteilnehmenden in einer Range von 1,3–2,2 (Tab. 21.3).

In der Summe der Ergebnisse kann darauf geschlossen werden, dass die Schulungen bei den Teilnehmenden grundsätzlich guten Anklang gefunden haben. Aus schriftlichen Rückmeldungen in den Freitextfeldern geht hervor, dass die Veranstaltungen als inspirierend, bereichernd, spannend, bestätigend, lehrreich, unterstützend, interessant, motivierend und wertschätzend erlebt wurden.

Tab. 21.2 Haupthemen zur Bewertung der Module

	Kategorie	Frage
1	Inhalt	Die Inhalte wurden verständlich vermittelt.
2	Methodik/Didaktik	Die verwendeten Methoden waren angemessen.
3	Materialien	Die zur Verfügung stehenden Materialien waren inhaltlich fundiert.
4	Zeitstruktur	Der zeitliche Rahmen war für die vermittelten Inhalte stimmig.
5	Eigenes Erarbeiten	Es gab genügend Raum für eigenes Erarbeiten und Einüben.
6	Austausch	Es gab genügend Raum für den Austausch eigener Erfahrung.
7	Wahrnehmung/ Wertschätzung	Die eigenen eingebrachten Erfahrungen und Fertigkeiten wurden wahrgenommen.
8	Relevanz im Arbeitskontext	Das Modul war für meine berufliche Tätigkeit und/oder mein ehrenamtliches Engagement relevant.
9	Nachklang/ Nachwirkung	Die Inhalte haben mich zum weiteren Nachdenken angeregt.
10	Spirituelle Impulse	Die spirituellen Impulse waren für mich passend.

Tab. 21.3 Bewertung der einzelnen Module durch Schulungsteilnehmende (Durchschnittsnoten)

	EINZELMODULE									
KATEGORIEN	Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6	Modul 7	Modul 8	Modul 9	Modul 10
	n = 75	n = 76	n = 72	n = 68	n = 64	n = 69	n = 64	n = 68	n = 55	n = 65
Inhalt	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6
Methoden	1,8	1,9	1,7	1,7	1,7	1,8	2,0	1,9	1,8	1,8
Materialien	1,6	1,8	1,6	1,5	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8
Zeitrahmen	2,1	2,1	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	1,9	2,0
Eigenarbeit	2,1	2,1	1,8	1,9	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,1
Raum für Austausch eigener Erfahrungen	2,0	2,0	1,7	1,7	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	2,0
Wahrnehmung von Erfahrung + Kompetenz	1,6	1,5	1,5	1,4	1,7	1,9	1,7	1,7	1,7	1,7
Relevanz	1,7	1,7	1,4	1,3	1,8	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Nachklang	1,6	1,5	1,4	1,5	1,6	1,7	1,6	1,5	1,6	1,6
Spirituelle Impulse	1,9	1,8	1,6	1,6	1,8	1,7	1,7	1,5	1,6	1,7

Exemplarisch für diese Schlagworte sollen die nachfolgenden O-Töne stehen:

- „Diese Weiterbildung unbedingt regelmäßig anbieten! Der eigene Horizont wird erweitert/inspiriert!“
- „Die Fortbildung inspiriert zum Nachlesen. Sie wird noch lange nachwirken. Ich werde mir Zeit nehmen, um einzelne Themen nachzubereiten und für mich zu sortieren. Zeitweise wurden Themen wegen der Kürze der Zeit nur angerissen. Fünf Tage sind zu kurz.“
- „Der Kurs gibt ein gutes Feedback des bisherigen Handelns. Im Kurs [habe ich] neue Erkenntnisse erhalten; sehr gut vermittelt. Der Kurs bietet [eine] gute Möglichkeit, das praktische Umsetzen einzuüben; viele Impulse wurden mitgegeben.“

Drei Bereiche – 4. Zeitstruktur, 5. eigenes Erarbeiten sowie 6. Austausch – wiesen in der Bewertung der Schulungsteilnehmenden in nahezu allen Modulen einen minimal höheren Notendurchschnitt auf.

Es wurde rückgemeldet, dass die Zeiten für den Inhalt zu eng gesteckt oder Module als zu überladen und zu theoretisch wahrgenommen wurden. Nicht in allen Modulen sei eine Balance zwischen Theorie und Praxis gegeben, sodass der Wunsch nach weiteren Übungen und Eigenerfahrungsanteilen geäußert wurde.

Die Teilnehmenden nutzten zudem die Freitextfelder, um auf eine Anpassung hinzuweisen. Dazu dienen nachstehende Zitate beispielhaft:

- „Die Zeit war zu knapp bemessen.“
- „Ich würde mir wünschen, dass im Kurs mehr aktiv und praktisch gearbeitet wird.“
- „Sehr viel Input, den man sich nicht merken kann bei so vielen Informationen.“
- „Aus meiner Sicht wäre es gut, mehr Raum zur Verarbeitung zu geben – z. B. Tagesabschluss, – zu zweit spazieren gehen und Tag reflektieren, – stille Räume während des Seminartags etc.“

Ad b) Gesamteindruck der Schulungen/Kurstage

Der Evaluationsbogen umfasste neben der Einzelmodulbewertung Fragen zum Gesamteindruck nach Abschluss des Kurses. Es sollten Prozentangaben von 0–100 % (in 25 % Schritten) gemacht werden, inwieweit

a) die Kursinhalte den Vorstellungen entsprachen,
b) sich die Schulungsteilnehmenden sicherer im Umgang mit den von ihnen betreuten Personen empfanden,
c) sie einen Erkenntnisgewinn registrierten und
d) sich das Arbeitsumfeld für ihre Teilnahme am Kurs und die darin vermittelten Inhalte interessierte.

Nach Einschätzung der Schulungsteilnehmenden entsprachen die Kursinhalte zu einem hohen Anteil den eigenen Vorstellungen: 40 Teilnehmende (bei n = 65) gaben eine Übereinstimmung von 75 % an, 16 Teilnehmende (29 %) erlebten eine Übereinstimmung von 100 % und 9 Teilnehmende sahen ihre Erwartungen zu 50 % erfüllt.

Auf die Frage danach, ob sich die Schulungsteilnehmenden nach der Schulung als sicherer im Umgang mit den von ihnen zu betreuenden Personen erlebten (Abb. 21.3), gab 1 Person 25 %, 12 Personen 50 %, 21 Personen 75 % und 29 Personen 100 % an.

Aus der Kursarbeit insgesamt Erkenntnisse und praktische Umsetzungsmöglichkeiten für die Arbeit mitnehmen zu können, wurde von den Kursteilnehmenden (n = 65) mit 2 Nennungen bei 25 %, 12 Nennungen bei 50 %, 30 Nennungen bei 75 % und 21 Nennungen bei 100 % beantwortet.

Ein Interesse des **Arbeitsumfelds** an den im Kurs vermittelten Inhalten wurde unterschiedlich stark erlebt (Abb. 21.4):

Der letzte Fragenkomplex des Evaluationsbogens bezog sich auf die Gesamtkonzeption und Fragen hinsichtlich der Seminargestaltung und Rahmenbedingungen. Die Schulungsteilnehmenden wurden darum gebeten, ihre Bewertung – dem Schulnotensystem folgend – abzugeben zu Konzeption, Eingehen auf Teilnehmende, Verständlichkeit, Methodik/Didaktik, Praxisnähe/Relevanz sowie Kursorganisation und Atmosphäre im Kurs (Abb. 21.5)

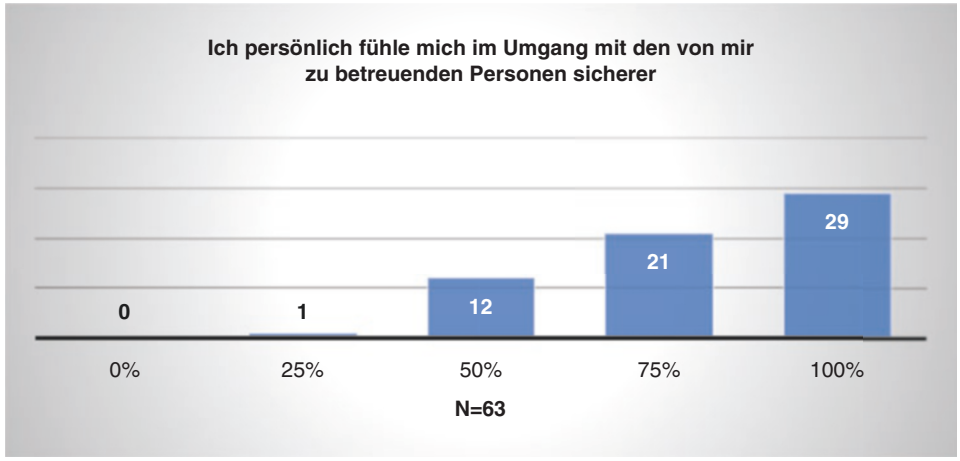

Abb. 21.3 Sicherheit im Umgang mit den zu betreuenden Personen

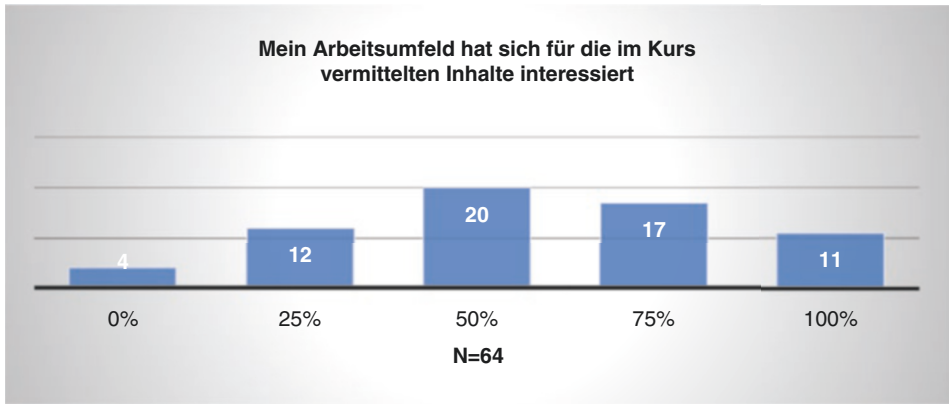

Abb. 21.4 Interesse des Arbeitsumfelds

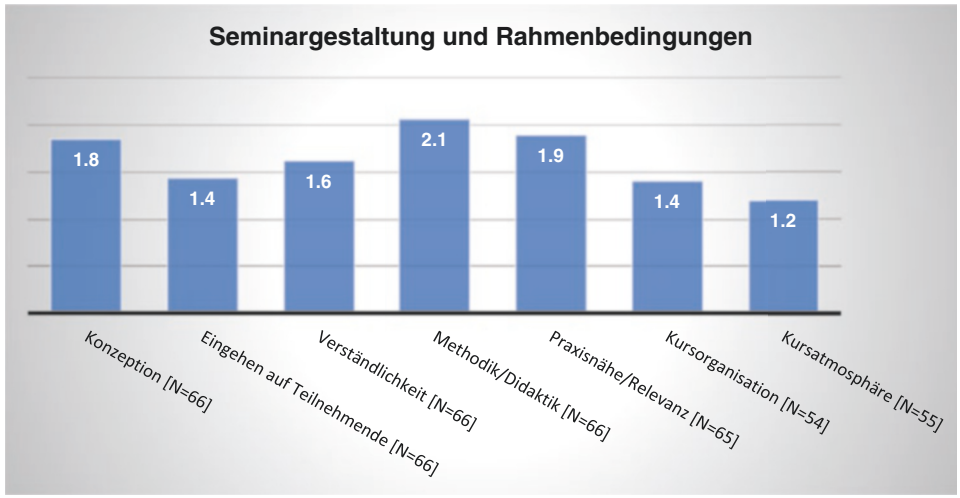

Abb. 21.5 Zusammenfassender Gesamteindruck zu Seminargestaltung und Rahmenbedingungen

21.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mithilfe der Evaluation sollte das Curriculum „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ (SpECi) auf seine Bedeutung für den Berufsalltag der teilnehmenden Zielgruppe hin überprüft und auf dieser Grundlage weiterentwickelt werden. Abb. 21.6 fasst den Verlauf von Entwicklung über Erprobung bis hin zur geplanten Publikation grafisch zusammen.

Die Ergebnisse aus der Evaluation zeigen, dass das Grundkonzept des Curriculums SpECi als inhaltlich und konzeptionell stimmig und die Erprobung an den sieben Projektstandorten als erfolgreich bewertet werden kann.

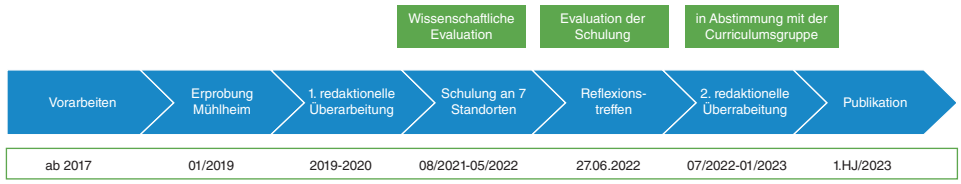

Abb. 21.6 Schritte in der Entwicklung, Erprobung und Publikation des Curriculums

Den Autoren ist bewusst, dass die Nennungen in den Evaluationsbögen ein subjektives Empfinden widerspiegeln und z. T. eine gegensätzliche Wahrnehmung innerhalb der Schulungsteilnehmenden aufzeigen, sodass persönliche Präferenzen sichtbar werden, wie Inhalte, Methodik, Didaktik erlebt oder auch verarbeitet werden. Auch standortbedingte Rahmendbedingungen, Unterschiedlichkeit der Referenten und jeweilige Zusammensetzung der Trainer:innenteams, die Veranstaltungsform (online/präsent) und atmosphärische Aspekte sind zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Evaluation bilden eine wesentliche Grundlage für die zweite redaktionelle Überarbeitung und Verschriftung des Curriculums. Die Rückmeldungen der Schulungsteilnehmenden wurden während des Reflexionstreffens im Juni 2022 unter Anwesenheit der Autoren des Curriculums, Standortverantwortlichen und Trainer:innen vorgestellt, in Verbindung zu den eigenen Erfahrungen der Anwesenden mit dem Curriculum gebracht und diskutiert. In der Zusammenschau wurde deutlich, dass das Curriculum in seiner grundsätzlichen Ausrichtung und Konzeption in der beruflichen Praxis anwendbar ist und sich dazu eignet, auch online geschult zu werden. Es hat sich gezeigt, dass es eine Abwägung von zu schulendem Wissen und Selbsterfahrungsanteilen geben muss. Die Schulungsinhalte werden noch einmal stärker auf ihren Praxisbezug für die Zielgruppe geprüft und der Fokus stärker auf eine Balance von Theorie und Praxis gelegt. Darüber hinaus werden Aspekte wie Methodenvielfalt/Methoden- und Medienwahl (auch auf ihre Anwendbarkeit im digitalen Schulungsformat) kritisch geprüft.

Eine sechsköpfige Arbeitsgruppe ist damit beauftragt worden, auf der Grundlage der Ergebnisse der Evaluation und der Vereinbarungen während des Reflexionstreffens, den Prozess der Verschriftung des Curriculums federführend voranzutreiben.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

22 Spiritual-Care-Kompetenzen und Belastungsempfinden der Schulungsteilnehmenden aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen

Arndt Büssing, Mareike Gerundt und Wolfgang Niesert

22.1 Einleitung

Wenn sich Mitarbeitende aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen für Spiritual Care interessieren, bedarf es zertifizierter Fort- und Weiterbildungsprogramme. Ihre Intentionen dafür sind vermutlich vielfältig und decken sich oft mit den ursprünglichen Intentionen für ihren Beruf, Menschen in schwierigen Zeiten zur Seite zu stehen und sie umfassender zu unterstützen. Hier stehen die Ideale im Vordergrund.

Jedoch machen Mitarbeitende in den Gesundheitsberufen auch die Erfahrung, dass aufgrund der Arbeitsverdichtung und geringer Zeitressourcen ihre Versorgungsideale sowie ethischen Ansprüche im Sinne des Moral Distress oft auf der Strecke bleiben (Hinzmann et al. 2023). Sie distanzieren sich, um weiterhin im Job „funktional" bleiben zu können, emotional von den zu versorgenden Menschen (Büssing et al. 2017). Infolgedessen kann es zu einem Compassion-Fatigue (Sinclair et al. 2017) kommen – was die Patient:innen dann als Desinteresse erleben. Sie empfinden sich in ihrer Individualität „übersehen" und nicht gewürdigt. Dies läuft dem Spiritual-Care-Ansatz offensichtlich zuwider.

A. Büssing (✉) · M. Gerundt
Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: Arndt.Buessing@uni-wh.de; mareike.gerundt@uni-wh.de

W. Niesert
Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Essen, Deutschland
e-mail: W.Niesert@kem-med.com

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_22

Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, was Spiritual Care genau ist (Ramezani et al. 2014) und wer dafür „zuständig“ ist (Ross 2006; Ziemer 2020). Trotzdem besteht Konsens, dass es um eine multiprofessionelle Versorgung geht (Frick und Roser 2011), bei der den Pflegenden eine zentrale Rolle zukommt (Willemse et al. 2018) – die von ihnen aber oft an die Seelsorgenden delegiert wird, die in der Tat dafür spezifisch ausgebildet sind (Balboni et al. 2013). Als positive Auswirkungen des Spiritual-Care-Ansatzes wird vonseiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe auf Intensivstationen gesehen, dass hierdurch das mentale Wohlbefinden der Betreuten und ihrer Angehörigen verbessert wird sowie eine Unterstützung beim Umgang mit auftretenden Emotionen und damit eine Zunahme der Patientenzufriedenheit erzielt werden können (Willemse et al. 2018).

Die Spiritual-Care-Intentionen stoßen im klinischen Alltag auf Hindernisse, sowohl zeitlich und personell, aber auch aufgrund der Selbsteinschätzung, hierfür keine Kompetenz zu haben (Balboni et al. 2013; Vieten und Scammell 2015; Pearce et al. 2019). Um diese weiterzuentwickeln, wurde das SpECI-Curriculum erstellt und zur Anwendung gebracht (Schrage und Giebel 2021; Gerundt et al. 2023). Das Akronym SpECi steht hier für die Begrifflichkeiten „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ – und meint, dass sich jede Berufsgruppe für diese Aspekte verantwortlich fühlen sollte.

Im Zuge des SpECi-Projektes sollten daher auch das Erleben, die Einstellungen und die Verhaltensweisen von Personen in ihrem beruflichen Kontext untersucht werden, die sich für ein 40-stündiges Curriculum „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ (SpECi) angemeldet hatten. Die zu schulenden Mitarbeiter:innen aus Einrichtungen der stationären Altenpflege, stationären Hospizen und Palliativstationen sollen durch diese Fortbildung unterstützt und befähigt werden, einen Spiritual-Care-Ansatz in den alltäglichen Arbeitskontext von Medizin, Pflege und Therapie zu integrieren.

Im Vordergrund der Untersuchung stehen ihre Spiritual-Care-Kompetenzen, ihr Belastungs- und Cool-Down-Empfinden (im Sinne emotionaler Erschöpfung und resultierender emotionaler Distanzierung), ihr psychologisches Wohlbefinden und ihre Berufszufriedenheit sowie Indikatoren der Spiritualität. Diese wurden vor und zu zwei Zeitpunkten nach der Fortbildung erhoben. Im Folgenden werden einige charakteristische Variablen erörtert, die vor der Schulung erhoben wurden.

22.2 Die Schulungsteilnehmenden

Von den 93 zur Schulung vorgesehenen Teilnehmenden[1] liegen 91 Prä-Schulungs-Datensätze zur Auswertung vor. Von diesen sind 93 % Frauen und 7 % Männer (Altersmittel 47 ± 11 [23–65] Jahre), die im Mittel seit 32 ± 9 [7–60] Jahren im Beruf sind. Die meisten sind aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (33 %), 14 % aus der Altenpflege, 20 % aus dem sozialen Dienst, 9 % aus der ehrenamtlichen Hospizarbeit

[1] Diese werden im Folgenden als Mitarbeiter:innen bezeichnet.

sowie 24 % aus anderen Berufen und Bereichen (darunter eine Ärztin, eine Psychologin/Psychotherapeutin, eine Physiotherapeutin und drei Seelsorgende). Von diesen sind 75 % mit ihrem Beruf zufrieden, 22 % nur bedingt („es geht“) und 3 % sind unzufrieden. Der Arbeitsbelastungs-Scores (0–100) liegt mit 50,2 ± 21,7 im „mäßigen“ Mittelfeld.

Die meisten haben einen christlichen Hintergrund (80 %) und 17 % keine Religionszugehörigkeit. Insgesamt empfinden sich 63 % als gläubig, 21 % eher nicht und 7 % gar nicht.

45 % empfinden, dass ihre Einrichtung für das Thema Spiritual Care bzw. für die Berücksichtigung von spirituellen Bedürfnissen sehr gut aufgestellt ist; 24 % verneinen dies und 31 % sind sich diesbezüglich unsicher. Fortbildungen zum Thema Spiritual Care bzw. zur Berücksichtigung von spirituellen Bedürfnissen habe es in den vergangenen fünf Jahren regelmäßig (6 %) oder zumindest hin und wieder gegeben (31 %), in 42 % jedoch nicht; und 21 % wissen es nicht.

22.2.1 Teamzufriedenheit

Die Unterstützung durch Arbeitskolleg:innen wird von den Mitarbeitenden als gut eingeschätzt: 54 % sind damit zufrieden, 24 % eher zufrieden, 22 % indifferent und nur 6 % unzufrieden. Die Anerkennung durch die Vorgesetzten wird nicht ganz so hoch eingeschätzt: 42 % sind damit zufrieden, 18 % eher zufrieden, 17 % sind indifferent und 23 % unzufrieden. Der Zusammenhalt im Team ist relativ gut: 57 % sind damit zufrieden, 15 % eher zufrieden, 13 % sind indifferent und 14 % unzufrieden. Nimmt man noch die Unterstützung durch Vorgesetzte und die Anerkennung durch die Arbeitskolleg:innen hinzu, lässt sich ein Teamzufriedenheits-Score (Spannweite 0–100) errechnen, der mit 71 ± 20 hoch ist. 17 % bleiben jedoch unter einem Score von 50 %.

54 % von ihnen sind auch mit der Zusammenarbeit mit der Seelsorge zufrieden, 17 % eher zufrieden, 14 % sind indifferent und 14 % nicht zufrieden. Mit der Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflegenden sind nur 30 % zufrieden, 29 % eher zufrieden, 29 % indifferent und 12 % unzufrieden.

22.2.2 Cool-Down-Empfinden

Das Cool-Down-Empfinden der Mitarbeitenden, gemessen mit der Cool-Down-Skala, die die Häufigkeit des Erlebens emotionaler Erschöpfung und resultierender emotionaler Distanzierung von den Patient:innen und Bewohner:innen erfasst (Büssing et al. 2017), ist mit einem Mittelwert von 17,2 ± 8,2 (bei einer theoretischen Spannweite von 6–54) gering ausgeprägt. Im Vergleich hierzu haben Pflegende und Ärzt:innen aus Krankenhäusern höhere Scores (21,2 ± 9,3) (Büssing et al. 2017).

Bei den hier Untersuchten gibt es geringfügige Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Eta^2 = 0,045, p = 0,045), jedoch keine signifikanten Unterschiede für die

kategorisierten Berufe (Eta^2 = 0,065, nicht signifikant).[2] Interessant ist jedoch, dass die Selbsteinschätzung, ein gläubiger oder nicht-gläubiger Mensch zu sein, mit einem signifikant anderen Cool-Down-Empfinden assoziiert ist (Eta^2 = 0,123, p = 0,005), wobei hier die kleine Gruppe der nicht-gläubigen Schulungsteilnehmenden die höchsten Scores hat (25,0 ± 12,6; jenseits der 75 % Perzentile).

Dieses Cool-Down-Empfinden hängt moderat mit der empfundenen Arbeitsbelastung zusammen (r = 0,46, p < 0,001), mit einem geringen psychologischen Wohlbefinden (WHO5: r=−0,32, p = 0,001) und geringer beruflicher Zufriedenheit (r = −0,31, p = 0,002), hat aber nichts mit der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit zu tun (r = −0,01; nicht signifikant).

22.2.3 Spiritual-Care-Kompetenzen

Hinsichtlich der „spontanen", bisher nicht geschulten Spiritual-Care-Kompetenzen der Mitarbeiter:innen, die mit dem SCCQ erfasst wurden (Frick et al. 2019), fällt auf, dass die Gesprächsführungs- und Wahrnehmungskompetenzen sowie auch die Empowerment-Kompetenzen als hoch eingeschätzt werden, etwas geringer das Wissen über andere Religionen und die Selbsterfahrung und Öffnung als Entwicklungskompetenz, während Dokumentationskompetenzen und der Teamspirit als eher gering eingeschätzt werden (Abb. 22.1).

Die Spiritual-Care-Kompetenzen der hier untersuchten Mitarbeiter:innen, die sich bewusst für die 40-stündige SpECi-Weiterbildung angemeldet haben, sind in ihrer Ausprägung höher als in der ebenfalls multiprofessionellen Gruppe aus der Validierungsstudie von Frick et al. (2021), lediglich die Gesprächsführungskompetenzen haben ein ähnlich hohes Level (Abb. 22.1). In der Validierungsstudie (n = 647) war jedoch ein höherer Anteil von Personen ohne Religionszugehörigkeit (33 %) enthalten, was die deutlichen Unterschiede, insbesondere für Selbsterfahrung und Öffnung, erklären könnte.

Von diesen Spiritual-Care-Kompetenzen sind die Wahrnehmungskompetenzen moderat mit Gesprächsführungs- und Empowerment-Kompetenz assoziiert (Tab. 22.1). Wer also spirituelle Bedürfnisse und Anliegen wahrnehmen kann, wird diese auch ansprechen können und die Patient:innen und Bewohner:innen darin unterstützen wollen (z. B., indem diesen die Teilnahme an religiösen Handlungen/Feiern ermöglicht wird, sie dabei unterstützt werden, ihre spirituellen Überzeugungen und Haltungen zu reflektieren und indem bei therapeutischen Entscheidungen auf religiöse/spirituelle Einstellungen, Haltungen und Überzeugungen der/s konkreten Patient:innen geachtet wird). Diese Wahrnehmungskompetenzen korrelieren zudem moderat mit dem Wunsch, mehr Zeit für die Begleiteten zu haben, um mit diesen über ihre spirituellen Bedürfnisse sprechen zu können (Tab. 22.1).

[2] Bei der Beurteilung der Effektstärken wird ein Eta^2-Wert < 0,06 als gering, zwischen 0,06 und 0,14 als moderat und > 0,14 als stark angesehen.

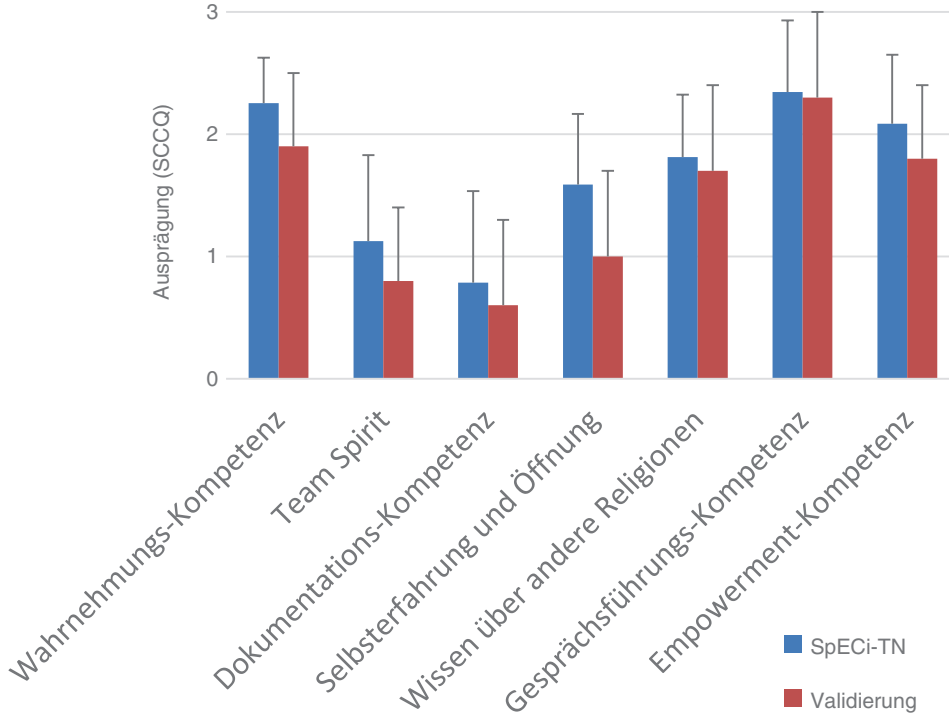

Abb. 22.1 Ausprägung der Spiritual-Care-Kompetenzen in der Untersuchungsgruppe (SpECi-TN) und im Vergleich zu der ebenfalls multiprofessionellen Gruppe aus der Validierungsstudie (Frick et al. 2019). Dargestellt sind die Mittelwert-Scores (mit Standardabweichung) der entsprechenden Faktoren

Teamspirit ist moderat mit Selbsterfahrung und Öffnung sowie auch mit der Dokumentationskompetenz assoziiert (Tab. 22.1). Das heißt, wenn in der entsprechenden Einrichtung eine Offenheit für das Themenfeld Spiritualität besteht, wenn es möglich ist, sich im Team über das Thema Spiritualität in der Patientenbegleitung auszutauschen und auch die eigene Spiritualität Bedeutung hat, dann wird die eigene Spiritualität auf den Umgang mit anderen/kranken Menschen prägend sein. Dann wird man einerseits eher auf die Patienten zugehen, um deren spirituelle Bedürfnisse anzusprechen und dabei „Räume eröffnen“, wobei diese spirituelle Anliegen einbringen können. Andererseits wird man eher Fortbildungsveranstaltungen zu spirituellen Themen besuchen und sich auch um die Vertiefung der eigenen Spiritualität kümmern. Außerdem wird es dann eher normal sein, die spirituellen Bedürfnisse der Patient:innen und ihrer Angehörigen wahrzunehmen, zu dokumentieren und ins Team einzubringen, um Möglichkeiten der Unterstützung zu erörtern. Dieser Teamspirit hängt aber nur schwach mit der Teamzufriedenheit zusammen, welche die Anerkennung und Unterstützung durch Arbeitskolleg:innen und Vorgesetzte sowie Zusammenhalt im Team erfasst (Tab. 22.1)

Tab. 22.1 Zusammenhänge zwischen Spiritual-Care-Kompetenzen, Indikatoren der Lebensqualität und der Spiritualität in der Untersuchungsgruppe

	Wahrnehmungskompetenz	Teamspirit	Dokumentationskompetenz	Selbsterfahrung/Öffnung	Wissen über andere Religionen	Gesprächsführungskompetenz	Empowerment-Kompetenz
Spiritual-Care-Kompetenzen[a]							
Wahrnehmungskompetenz (SCCQ)	1,000						
Teamspirit (SCCQ)	0,232*	1,000					
Dokumentationskompetenz (SCCQ)	0,282**	0,326**	1,000				
Selbsterfahrung und Öffnung (SCCQ)	0,270**	0,483**	0,341**	1,000			
Wissen über andere Religionen (SCCQ)	0,299**	0,211*	0,334**	0,254*	1,000		
Gesprächsführungskompetenz (SCCQ)	0,437**	0,173	0,158	0,234*	0,260*	1,000	
Empowerment-Kompetenz (SCCQ)	0,489**	0,258*	0,352**	0,493**	0,478**	0,333**	1,000
Lebensqualitätsindikatoren							
Psychologisches Wohlbefinden (WHO-5)[b]	0,090	0,231*	0,089	0,150	−0,092	0,069	0,157
Berufliche Zufriedenheit	0,128	0,352**	0,046	0,210	−0,083	0,136	0,046
Teamzufriedenheit (BMLSS-Team)	0,220*	0,227*	−0,007	0,037	0,044	0,011	0,098
Belastungsempfinden (durch Arbeit)	−0,208	−0,163	−0,055	−0,108	0,115	0,000	−0,076
Mehr Zeit für Gespräche über spirituelle Bedürfnisse	0,317**	−0,020	0,099	0,139	0,155	0,079	0,142
Cool Down (CDI)[c]	−0,381**	−0,153	−0,094	−0,174	0,061	−0,230*	−0,217*
Indikatoren der Spiritualität							
Religiöse Praxis (SpREUK-P)[d]	0,068	0,247*	0,248*	0,458**	0,090	0,183	0,097
Prosozial-humanistische Praxis (SpREUK-P)	0,197	0,248*	0,219*	0,150	0,210*	0,146	0,191
Existenzialistische Praxis (SpREUK-P)	0,310**	0,208*	0,148	0,349**	0,225*	0,237*	0,203
Spirituelle Mind-Body-Praxis (SpREUK-P)	0,047	0,142	0,263*	0,377**	0,115	0,170	0,207
Ehrfurcht/Dankbarkeit (GrAw-7)[e]	0,165	0,180	0,204	0,377**	0,222*	0,207	0,244*

**$p < 0{,}001$; *$p < 0{,}05$ (Spearman rho)

[a]Die Spiritual-Care-Kompetenzen wurden mit dem SCCQ-Fragebogen erfasst (Frick et al. 2019)

[b]Das psychologische Wohlbefinden wurde mit dem WHO-Fragebogen erhoben (Bech et al. 2013)

[c]Das Erleben emotionaler Erschöpfung und emotionaler Distanzierung von den Patienten wurde mit dem Cool-Down-Index erfasst (Büssing et al. 2017)

[d]Der SpREUK-P-Fragebogen erfasst die Häufigkeit unterschiedlicher Formen spiritueller Formen der Praxis (Büssing et al. 2012)

[e]Empfindungen staunender Ehrfurcht und resultierender Dankbarkeit als Ausdruck einer perzeptiven Form der Spiritualität wurden mit dem GrAw-7-Fragebogen erfasst (Büssing et al. 2018)

Dokumentationskompetenzen sind auch mit dem Wissen über die Belange von Patient:innen aus anderen Kulturkreisen und deren Religion und damit deren spezifische Bedürfnisse und Belange assoziiert (Tab. 22.1). Daher werden Menschen anderer Kulturen und/oder Religionen auch in diesen Bedürfnissen und Belangen im Sinne der Empowerment-Kompetenzen unterstützt. Diese Empowerment-Kompetenzen sind scheinbar eine Generalkompetenz, die mit fast allen Spiritual-Care-Kompetenzen zusammenhängt.

Jedoch sagen die meisten der Studienteilnehmenden, dass sie gerne mehr Zeit hätten, um mit ihren Patient:innen bzw. Bewohner:innen über deren spirituelle Bedürfnisse zu sprechen (56 % stimmen genau zu, 34 % stimmen etwas zu und 10 % stimmen nicht zu).

22.2.4 Spiritual-Care-Kompetenzen und Indikatoren der Spiritualität

Diese Spiritual-Care-Kompetenzen sind nicht notwendigerweise davon abhängig, ob jemand selbst religiös ist. Lediglich der Faktor Selbsterfahrung und Öffnung ist stark mit der Selbsteinschätzung, gläubig oder eben nicht zu sein, assoziiert ($r = 0{,}54$, $p < 0{,}001$), sowie moderat mit der Ausübungsfrequenz religiöser Praxis ($r = 0{,}46$; $p < 0{,}001$), aber auch moderat mit der Frequenz der existenzialistischen Praxis, der spirituellen Mind-Body-Praxis sowie Ehrfurcht/Dankbarkeit als Ausdruck einer perzeptiven Form der Spiritualität (Tab. 22.1). Die Wahrnehmungskompetenz ist moderat mit der existenzialistischen Praxis assoziiert, also z. B. mit Fragen nach dem Sinn des Lebens, der Suche nach Einsicht und Erkenntnis und der Arbeit an der eigenen Verwirklichung. Alle anderen Spiritual-Care-Kompetenzen sind entweder nur schwach oder gar nicht mit diesen Indikatoren der Spiritualität assoziiert, also keine exklusiven Kompetenzen religiöser Menschen (Tab. 22.1).

22.2.5 Spiritual-Care-Kompetenzen und Indikatoren der Lebensqualität

Bei den motivierten und an Spiritual Care interessierten Mitarbeiter:innen dieser Untersuchungsgruppe war deren Arbeitsbelastungsempfinden nicht signifikant mit ihren Spiritual-Care-Kompetenzen assoziiert (Tab. 22.1). Diese Kompetenzen werden dadurch also scheinbar nicht beeinträchtigt. Jedoch ist das Cool-Down-Empfinden moderat negativ mit der Wahrnehmungskompetenz korreliert. Das heißt, wer sich aus Gründen der Arbeitsüberlastung von den Patient:innen auch emotional distanziert, wird von diesen kaum mehr wahrnehmen (wollen), was diese an Bedürfnissen haben und auch nicht mehr darauf eingehen (können) – und emotional auch nicht mehr in der Lage sein, Schmerzen und Leid von Patient:innen und ihren Angehörigen auszuhalten. Dementsprechend sind bei ihnen auch die Empowerment-Kompetenzen negativ korreliert. Das Ideal der zuwendenden Hilfe geht verloren – und diesen Verlust empfinden auch die Mitarbeitenden, sie sind mit sich und ihrem scheinbaren Unvermögen unzufrieden und verlieren die Freude an ihrem Beruf.

Die berufliche Zufriedenheit ist am stärksten mit dem Teamspirit als Spiritual-Care-Kompetenz assoziiert und kaum mit den anderen Kompetenzen (Tab. 22.1). Das heißt auch, dass das Team emotionale belastende Situationen und Gespräche mittragen und die Kolleg:innen unterstützen wird, weil es ihr gemeinsames Anliegen ist, einerseits ihre Patienten möglichst gut und umfassend zu begleiten und andererseits auch auf die eigene

psychische und physische Gesundheit zu achten. Teamspirit unterstützt die berufliche Zufriedenheit und das psychologische Wohlbefinden – aber schützt nicht vor Arbeitsbelastung, die inhärent ist, oder vor einem Cool-Down-Empfinden.

22.2.6 Spiritual-Care-Kompetenzen und Fortbildungssupport am Standort

Wenn es in der entsprechenden Einrichtung bereits Fortbildungen zum Thema Spiritual Care bzw. zur Berücksichtigung von spirituellen Bedürfnissen gegeben hat, dann hat das günstige Auswirkungen auf die Ausprägung des Teamspirits ($Eta^2 = 0{,}14$, $p < 0{,}001$) und auf die Selbsterfahrung und Öffnung für das Thema ($Eta^2 = 0{,}15$, $p < 0{,}001$), jedoch nicht auf die anderen Kompetenzen (nicht dargestellt). Ähnliches gilt für die Einschätzung, dass die eigene Einrichtung für das Thema Spiritual Care bzw. die Berücksichtigung von spirituellen Bedürfnissen gut aufgestellt ist: Wer dies so empfindet, bei dem ist der Teamspirit besser ($Eta^2 = 0{,}30$, $p < 0{,}001$) und geringfügig auch Selbsterfahrung und Öffnung als Kompetenzen ($Eta^2 = 0{,}07$, $p = 0{,}035$).

22.3 Schlussfolgerungen

Die hier in den Vordergrund gestellten Spiritual Care Kompetenzen sind nicht alle davon abhängig, ob jemand religiös ist oder sein muss. Die Analysen zeigen, dass dies am ehesten für die Selbsterfahrung/Öffnung gilt. Für die anderen Kompetenzen ist das keine Voraussetzung. Böckel erörtert in seiner semiotischen Verhältnisbestimmung jedoch die religiösen Voraussetzungen für Spiritual Care und stellt die Deutungskompetenz in den Vordergrund. Hier geht es ihm darum, dass die Spiritual-Care-Engagierten „die religiösen Voraussetzungen von Deutungsprozessen des Gegenübers mit der eigenen religiösen Deutungs- und Erschließungskompetenz“ abgleichen können, und zwar insbesondere, wenn es sich um Hochreligiöse handelt (Böckel 2022). Dies mag in besonderen Situationen relevant sein und insbesondere für die spezialisierte Seelsorge gelten, ist für Angehörige der Gesundheitsberufe jedoch vermutlich eine Überforderung. Für sie sind scheinbar andere Kompetenzen relevant. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass von den hier untersuchten Mitarbeitenden, die sich für die 40-stündige SpECi-Weiterbildung interessieren, 17 % ohne Religionszugehörigkeit sind und sich 28 % als (eher) nicht gläubig empfinden. Bei ihnen ist auch ein Interesse für das Thema vorhanden, was die Vorannahme abschwächen würde, dass nur gläubige Menschen Spiritual Care zur Anwendung bringen würden oder können.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass 90 % gerne mehr Zeitressourcen hätten, um mit ihren Patient:innen bzw. Bewohner:innen über deren spirituelle Bedürfnisse zu sprechen. Dies korreliert moderat mit den Wahrnehmungskompetenzen, nicht jedoch mit den anderen Spiritual-Care-Kompetenzen. Bei den Curriculums-Interessierten handelt es sich

natürlich um hoch motivierte Personen, die ein klares Anliegen für Spiritual Care haben, denen aber eben bewusst ist, dass dies nicht im „Vorbeigehen“ möglich ist, sondern Zeit für die Wahrnehmung und damit Gespräche braucht. Diese Zeit sind sie bereit zu investieren, um damit Patient:innen und Angehörigen gerechter werden zu können, aber auch, um sich selbst zu reflektieren und eigene spirituelle Ressourcen besser wahrnehmen zu lernen.

Die hier vorgestellten Analysen unterstreichen die Bedeutung des zu entwickelnden Teamspirits, der zur beruflichen Zufriedenheit und zum Wohlbefinden der Mitarbeitenden beiträgt. In einem wertschätzenden Team kann man auch seine eigenen spirituellen Bedürfnisse und Bedarfe einbringen, kann man einander unterstützen, wenn die Arbeitssituation zur Herausforderung wird, und Aufgaben übernehmen, wenn Gespräche mit Patient:innen intensiver werden als gedacht. Dann wird es ein gemeinsames Anliegen des Teams, die von ihnen betreuten Menschen gut zu unterstützen und auch auf sich selbst zu achten. Dieser Teamspirit ist in der Selbstwahrnehmung der hier untersuchten Mitarbeitenden jedoch gering ausgeprägt und muss gemeinsam entwickelt werden. Bedeutsam sind außerdem die Unterschiede in der Zufriedenheit über die Zusammenarbeit mit Seelsorgenden und zwischen Pflegenden und Ärzt:innen, bei der insbesondere der Grad der Zufriedenheit divergiert: Hier sind die Mitarbeitenden deutlich zufriedener mit der Seelsorge als mit den ärztlichen Kolleg:innen, was verschiedene Gründe hat (z. B. Hierarchie, Verantwortlichkeiten, Anerkennung).

In Bezug zur Implementierung von Spiritual Care könnte dies in Langzeitpflegeeinrichtungen zu einem höheren professionellen Commitment und besseren Caring-Fähigkeiten bei Pflegekräften zu führen. Die Folgen wären bessere Stressbewältigung, psychische Gesundheit und Arbeitszufriedenheit. Wenn man die emotionale Distanzierung von den Patient:innen aufgrund von Arbeitsüberlastung und emotionaler Erschöpfung als Hemmnis des Spiritual-Care-Ideals sieht, dann wird deutlich, dass der „Selbst-Beachtung“ eine große Bedeutung zukommt. Wer so ausgebrannt ist, wird bei den Patient:innen nicht mehr wahrnehmen können oder wollen, was für diese wichtig ist, welche existenziellen und spirituellen Bedürfnisse sie haben – und dies auch eher als eigenes Versagen werten, obwohl die Auslöser für dieses Empfinden eher auf anderen Ebenen zu finden sind.

Literatur

Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, Balboni TA (2013) Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. J Clin Oncol 31(4):461–467. https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443

Bech P, Olsen LR, Kjoller M, Rasmussen NK (2013) Measuring wellbeing rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 mental health subscale and the WHO-Five well-being scale. Int J Methods Psychiatr Res 12:85–91. https://doi.org/10.1002/mpr.145

Böckel H (2022) Religiöse Voraussetzungen für Spiritual Care? Eine semiotische Verhältnisbestimmung. Spiritual Care 11(3):255–263. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0033

Büssing A, Reiser F, Michalsen A, Baumann K (2012) Engagement of patients with chronic diseases in spiritual and secular forms of practice: results with the shortened SpREUK-P SF17 questionnaire. Integr Med Clin J 11(1):28–38

Büssing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia DR, Lötzke D (2017) Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. Findings from a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 17:551. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2445-3

Büssing A, Rechia DR, Baumann K (2018) Validation of the gratitude/awe questionnaire and its association with disposition of gratefulness. Religions 9:117. https://doi.org/10.3390/rel9040117

Frick E, Roser T (2011) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen. Kohlhammer, Stuttgart

Frick E, Theiss M, Recchia DR, Büssing A (2019) Validierung einer deutschsprachigen Skala zur Messung von Spiritual Care Kompetenzen. Spiritual Care 8(2):193–207

Frick E, Ziemer P, Heres S, Ableidinger K, Pfitzer F, Büssing A (2021) Spirituelle Kompetenz in Psychiatrie und Psychotherapie – Hindernisse und Erfolgsfaktoren. Nervenarzt 92:479–486. https://doi.org/10.1007/s00115-020-00975-0

Gerundt M, Büssing A, Giebel A (2023) SpECi – Spiritual und Existential Care interprofessionell. Kurzvorstellung eines Modellprojekts zur Spirituellen Begleitung am Lebensende, seiner Ziele und erwarteten Effekte. Z Palliativmed 24:76–84. https://doi.org/10.1055/a-2013-5762

Hinzmann D, Schütte-Nütgen K, Büssing A, Boenisch O, Busch HJ, Dodt C, Friederich P, Kochanek M, Michels G, Frick E (2023) Critical care providers' moral distress: frequency, burden, and potential resources. Int J Environ Res Public Health 20. https://doi.org/10.3390/ijerph20010333

Pearce MJ, Pargament KI, Oxhandler HK, Vieten K, Wong S (2019) A novel training program for mental health providers in religious and spiritual competencies. Spiritual Clin Pract 6(2):73–82. https://doi.org/10.1037/scp0000195

Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A (2014) Spiritual care in nursing: a concept analysis. Int Nurs Rev 61:211–219. https://doi.org/10.1111/inr.12099

Ross L (2006) Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. J Clin Nurs 15(7):852–862

Schrage B, Giebel A (2021) Spirituelle und existenzielle Kommunikation – interprofessionell. Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende. Diakonia 52:114–119

Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L (2017) Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. Int J Nurs Stud 69:9–24. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003

Vieten C, Scammell S (2015) Spiritual and religious competencies in clinical practice: guidelines for psychotherapists and mental health professionals. New Harbinger Publications, Oakland

Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Janssen L, Foudraine N (2018) Spiritual care in the ICU: perspectives of Dutch intensivists, ICU nurses, and spiritual caregivers. J Relig Health 57(2):583–595

Ziemer J (2020) Spiritual Care. Spirituelle Begleitung im Kontext von Palliative Care. In: Peter Zimmerling (Hg.): Handbuch Evangelische Spiritualität. Band 3: Praxis; S. 616–635

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

23 Spirituelle Bedürfnisse und spirituelles Wohlbefinden bei Bewohner:innen/Patient:innen aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen und ihren Angehörigen

Arndt Büssing, Mareike Gerundt und Wolfgang Niesert

23.1 Einleitung

Im Rahmen des von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten Modellprojektes „Spirituelle Begleitung am Lebensende“ (Spiritual/Existential Care interprofessionell, SpECi) wurden Bewohner:innen bzw. Patient:innen (Bw/Pat) in Einrichtungen der Altenhilfe, Palliativstationen und Hospizen sowie deren Angehörigen in den Blick genommen, um ihre spirituellen Bedürfnisse und ihr spirituelles Wohlbefinden zu untersuchen und Zusammenhänge mit Indikatoren der Lebensqualität (wie Gesundheits- bzw. Beeinträchtigungsempfinden und psychologisches Wohlbefinden) sowie ihre Unterstützungszufriedenheit herstellen zu können.

Die Untersuchung erfolgte nach dem Prinzip des Prä-/Post-Ansatzes mit der Schulung von Multiplikatoren mit dem eigens entwickelten 40-Stunden-Curriculum „Spiritual/Existential Care interprofessionell“ (SpECi) als Intervention (Schrage und Giebel 2021; Gerundt et al. 2023).

Im Folgenden werden erste Ergebnisse vor der Schulungsintervention grob dargestellt, wobei die Gesamtdaten andernorts veröffentlicht werden sollen.

A. Büssing (✉) · M. Gerundt
Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: Arndt.Buessing@uni-wh.de; mareike.gerundt@uni-wh.de

W. Niesert
Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Essen, Deutschland
e-mail: W.Niesert@kem-med.com

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_23

Das Projekt wurde an sieben kooperierenden Standorten realisiert (siehe Kap. 21 und 22). Diese haben aus ihrem jeweiligen Arbeitskontext (58 % Alten-/Pflegeheime, 10 % Geriatrie, 16 % Palliativstation, 12 % Hospiz, 4 % Krankenhaus) 436 Bewohner:innen bzw. Patient:innen (Bw/Pat) mit einer vermuteten Lebenserwartung < 1 Jahr sowie deren Angehörige angesprochen. Von diesen wurde mithilfe standardisierter Fragebogenmodule das Gesundheits- bzw. Beeinträchtigungsempfinden durch ihre Lebenssituation bzw. Erkrankung (Numerische Rating-Skala), psychologisches und spirituelles Wohlbefinden (WHO-5 bzw. FACIT-Sp), deren spirituelle Bedürfnisse (SpNQ) sowie Unterstützungszufriedenheit (BMLSS-Support) erfasst.

23.2 Perspektiven der begleiteten Bewohner:innen und Patient:innen

Von den 93 zur Schulung vorgesehenen Teilnehmenden[1] liegen 91 Prä-Schulungs-Datensätze zur Auswertung vor. Von diesen sind 93 % Frauen und 7 % Männer (Altersmittel 47 ± 11 [23–65] Jahre), die im Mittel seit 32 ± 9 [7–60] Jahren im Beruf sind. Die meisten sind aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (33 %), 14 % aus der Altenpflege, 20 % aus dem sozialen Dienst, 9 % aus der ehrenamtlichen Hospizarbeit sowie 24 % aus anderen Berufen und Bereichen (darunter eine Ärztin, eine Psychologin/Psychotherapeutin, eine Physiotherapeutin und drei Seelsorgende). Von diesen sind 75 % mit ihrem Beruf zufrieden, 22 % nur bedingt („es geht“) und 3 % sind unzufrieden. Der Arbeitsbelastungs-Score (0–100) liegt mit 50,2 ± 21,7 im „mäßigen“ Mittelfeld.

Die meisten haben einen christlichen Hintergrund (80 %) und 17 % keine Religionszugehörigkeit. Insgesamt empfinden sich 63 % als gläubig, 21 % eher nicht und 7 % gar nicht.

Dass ihre Einrichtung für das Thema Spiritual Care bzw. der Berücksichtigung von spirituellen Bedürfnissen sehr gut aufgestellt ist, empfinden 45 %, 24 % verneinen dies und 31 % sind sich diesbezüglich unsicher. Fortbildungen zum Thema Spiritual Care bzw. zur Berücksichtigung von spirituellen Bedürfnissen habe es in den vergangenen 5 Jahren regelmäßig (6 %) oder zumindest hin und wieder gegeben (31 %), in 42 % jedoch nicht; und 21 % wissen es nicht.

23.2.1 Lebensqualitätsindikatoren

Die Bw/Pat hatten ein „mittelmäßiges“ Gesundheitsempfinden und ein als „mittel“ bis „schwer“ empfundenes Beeinträchtigungsempfinden; ihr psychologisches Wohlbefinden war im „moderaten“ Bereich (Abb. 23.1). Jedoch fühlten sie sich gut unterstützt.

[1] Diese werden im Folgenden als Mitarbeiter:innen bezeichnet.

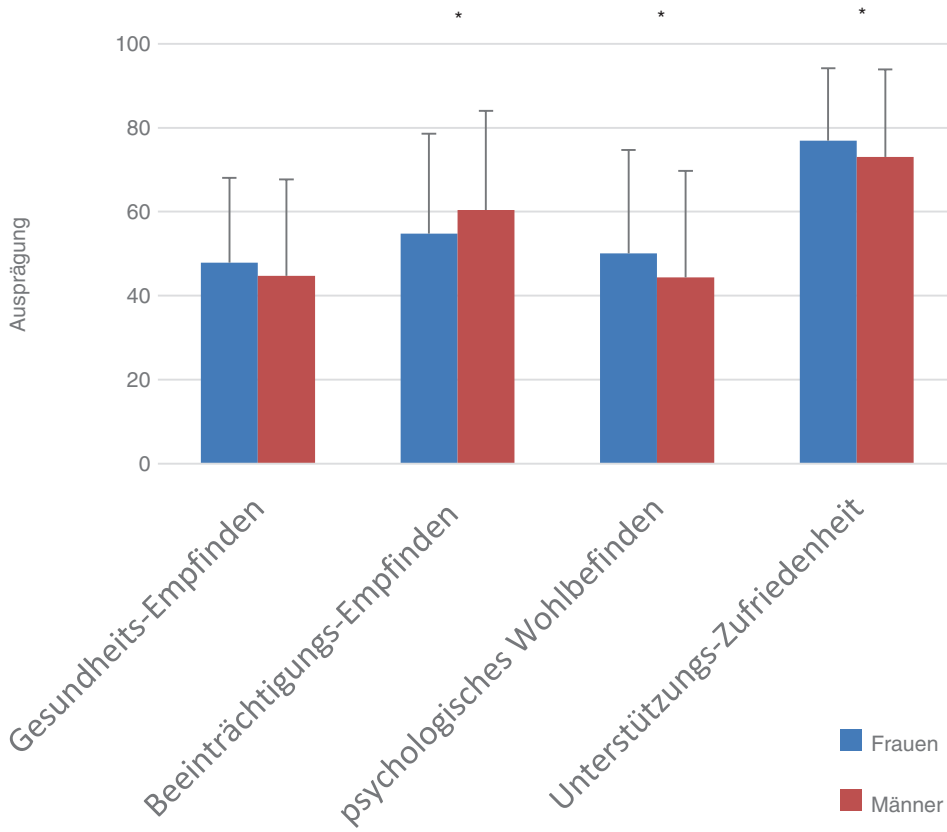

Abb. 23.1 Gesundheits- bzw. Beeinträchtigungsempfinden, psychologisches Wohlbefinden und Unterstützungszufriedenheit bei den Bw/Pat differenziert nach Geschlecht. (*p < 0,05, ANOVA)

Für das Beeinträchtigungsempfinden, das psychologische Wohlbefinden und die Unterstützungszufriedenheit zeigten sich signifikante, jedoch schwache Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht, jedoch keine signifikanten Unterschiede für das Gesundheitsempfinden (Abb. 23.1).

In Bezug auf die Betreuungseinrichtungen zeigten sich signifikante Unterschiede für alle vier Indikatoren, wobei die Effektstärken für das Gesundheitsempfinden ($Eta^2 = 0{,}125$; $p < 0{,}001$) und Beeinträchtigungsempfinden ($Eta^2 = 0{,}161$; $p < 0{,}001$) groß waren, moderat für das psychologische Wohlbefinden ($Eta^2 = 0{,}089$; $p < 0{,}001$) und schwach für die Unterstützungszufriedenheit ($Eta^2 = 0{,}031$; $p = 0{,}005$). Das Beeinträchtigungsempfinden war bei Patient:innen aus Palliativstationen und Hospizen sowie der Geriatrie im Vergleich zu Alten-/Pflegeheimen oder im Krankenhaus am geringsten.

23.2.2 Spirituelles Wohlbefinden

Das spirituelle Wohlbefinden (Peterman et al. 2002) differenziert sich in die Bereiche Sinn, Friede und Glauben (Bredle et al. 2011). Die Ausprägung des spirituellen Wohlbefindens war in der Dimension Sinn hoch, moderat für die Dimension Frieden und eher gering für die Dimension Glaube (Abb. 23.2).

Bei Männern war das spirituelle Wohlbefinden im Vergleich zu Frauen signifikant geringer in den Dimensionen Frieden und Glauben, unterschied sich jedoch nicht signifikant für die Dimension Sinn (Abb. 23.2). Diese Geschlechts-assoziierten Unterschiede waren jedoch nur schwach.

Für die Betreuungseinrichtungen zeigten sich in Bezug auf die Dimension Glauben ($Eta^2 = 0{,}050$; $p < 0{,}001$) signifikante Unterschiede, wobei diese bei Patient:innen aus Krankenhäusern am geringsten und bei Bewohner:innen aus Alten-/Pflegeheimen am höchsten waren.

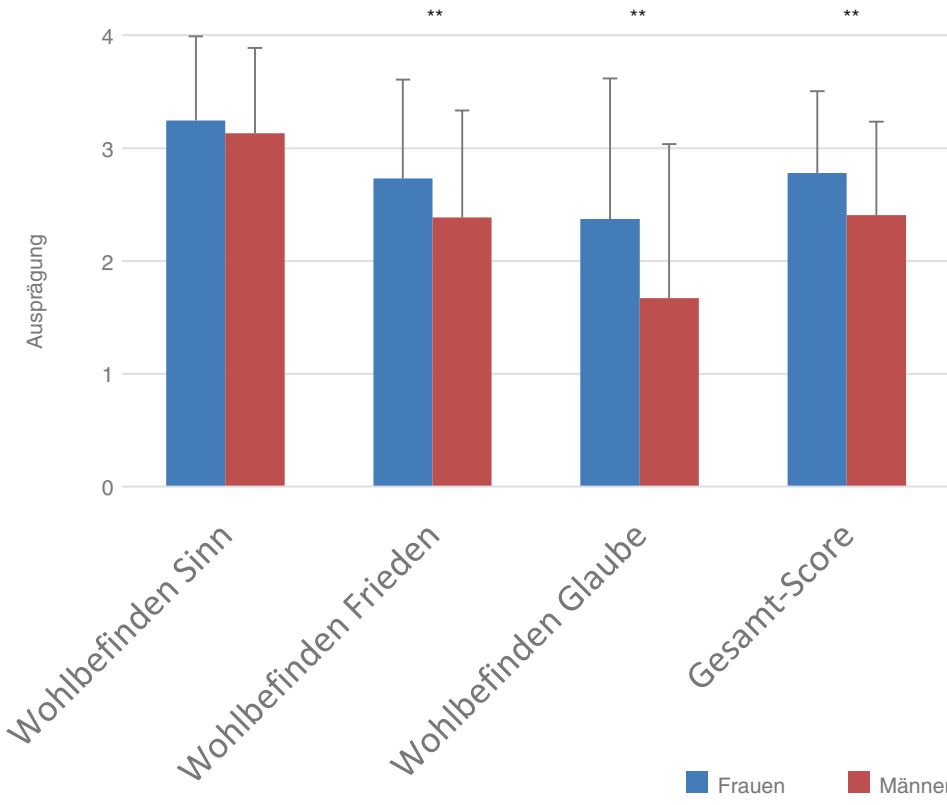

Abb. 23.2 Spirituelles Wohlbefinden bei den Bw/Pat differenziert nach Geschlecht. (**p < 0,001, ANOVA)

23.2.3 Spirituelle Bedürfnisse

Die spirituellen Bedürfnisse differenzieren sich als religiöse, existenzielle, innerer Frieden und Generativitätsbedürfnisse (Büssing und Koenig 2010; Büssing et al. 2018; Büssing 2021a); Bedürfnisse nach familiärer Rückbindung wurden hier nicht dargestellt. Bedürfnisse nach innerem Frieden und Generativität waren in der Gesamtgruppe deutlich stärker ausgeprägt als existenzielle und religiöse Bedürfnisse (Abb. 23.3).

Männer hatten im Vergleich zu Frauen signifikant geringe religiöse Bedürfnisse ($Eta^2 = 0{,}050$; $p < 0{,}001$) und Generativitätsbedürfnisse ($Eta^2 = 0{,}012$; $p = 0{,}024$), wobei diese Unterschiede jedoch nur schwach waren, während es für existenzielle und Bedürfnisse nach innerem Frieden keine signifikanten Geschlechts-assoziierten Unterschiede gab.

In Bezug auf die Betreuungseinrichtungen zeigten sich signifikante Unterschiede für religiöse Bedürfnisse ($Eta^2 = 0{,}081$; $p < 0{,}001$), existenzielle Bedürfnisse ($Eta^2 = 0{,}035$; $p = 0{,}004$) und Bedürfnisse nach innerem Frieden ($Eta^2 = 0{,}034$; $p = 0{,}006$), jedoch nicht

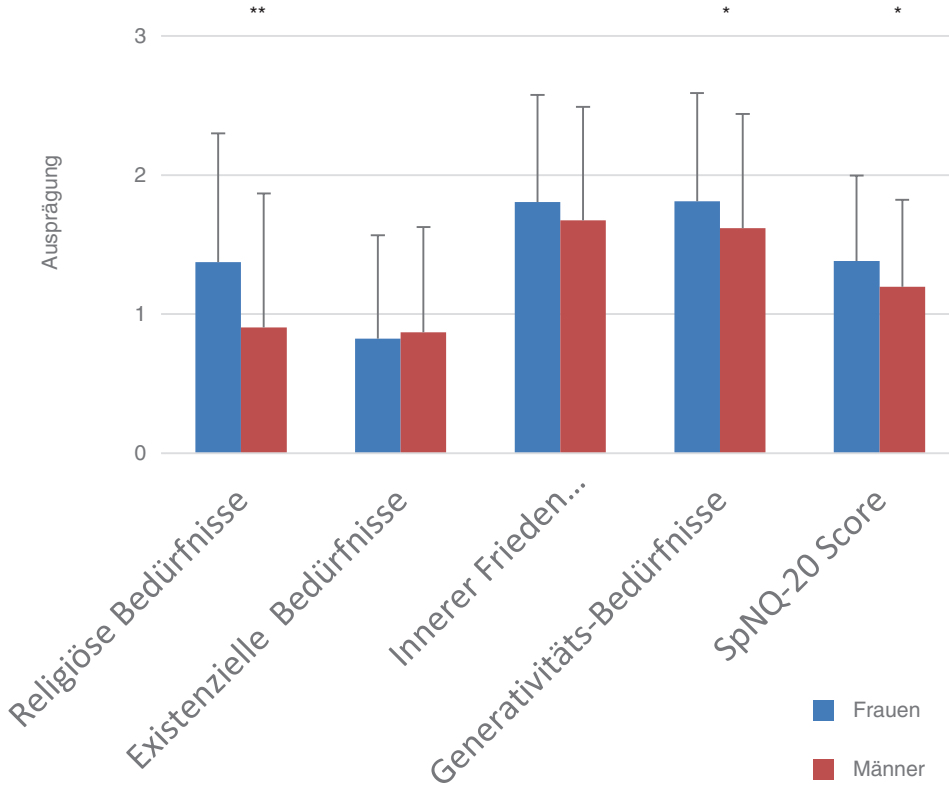

Abb. 23.3 Spirituelle Bedürfnisse bei den Bw/Pat differenziert nach Geschlecht. (**$p < 0{,}001$, *$p < 0{,}05$, ANOVA)

für die Generativitätsbedürfnisse (Eta^2 = 0,012; nicht signifikant). Für die religiösen Bedürfnisse war der Effekt moderat.

23.3 Zusammenhänge zwischen Lebensqualitätsindikatoren, spirituellem Wohlbefinden und spirituellen Bedürfnissen

Das Gesundheits- und Beeinträchtigungsempfinden der Bw/Pat hingen korrelativ stark miteinander zusammen und moderat auch mit dem psychologischen Wohlbefinden, während sie keinen Zusammenhang mit der Unterstützungszufriedenheit (durch Familie, Freunde/Bekannte therapeutisches Team und Seelsorge) hatten (Tab. 23.1). Das psychologische Wohlbefinden hing zumindest marginal mit der Unterstützungszufriedenheit zusammen.

Das Gesundheits- und Beeinträchtigungsempfinden war nur schwach mit dem spirituellen Wohlbefinden assoziiert, wobei jedoch insbesondere das psychologische Wohlbefinden moderat mit der Wohlbefindens-Dimension Frieden korrelierte (Tab. 23.1). Hinsichtlich der spirituellen Bedürfnisse bestanden kaum relevante Zusammenhänge mit den Lebensqualitätsindikatoren. Hier war die Unterstützungszufriedenheit zumindest marginal mit Bedürfnissen nach innerem Frieden assoziiert.

Das spirituelle Wohlbefinden hing in den Dimensionen Sinn und Frieden zwar invers mit den entsprechenden spirituellen Bedürfnissen zusammen, der Zusammenhang war aber entweder nicht signifikant oder nicht relevant (r < 0,2), während sie marginal und positiv mit religiösen Bedürfnissen assoziiert waren. Die Glaubensdimension des

Tab. 23.1 Korrelative Zusammenhänge zwischen Lebensqualitätsindikatoren, spirituellem Wohlbefinden und spirituellen Bedürfnissen von Bw/Pat

	Gesundheits Empfinden	Beeinträchtigungs Empfinden	Psychologisches Wohlbefinden	Unterstützungs Zufriedenheit
Lebensqualitätsindikatoren				
Gesundheits Empfinden	1,000			
Beeinträchtigungs Empfinden	–0,547**	1,000		
Psychologisches Wohlbefinden	0,438**	–0,398**	1,000	
Unterstützungszufriedenheit	–0,004	0,053	0,169**	1,000
Spirituelles Wohlbefinden				
Sinn	0,135**	–0,080	0,288**	0,212**
Frieden	0,254**	–0,218**	0,451**	0,159**
Glaube	0,190**	–0,135**	0,296**	0,199**
Gesamt-Score	0,230**	–0,170**	0,428**	0,253**
Spirituelle Bedürfnisse				
Religiöse	0,130**	–0,049	0,099	0,113
Existenzielle	–0,079	0,187**	–0,171**	0,018
Innerer Frieden	–0,088	0,190**	–0,209**	0,140**
Generativität	–0,001	0,073	0,010	0,139**
SpNQ-20 Gesamt-Score	0,006	0,119	–0,064	00,141**

** p < 0,001 (Spearman rho); schwache, moderate und starke Korrelationen sind hervorgehoben (hellgelb, gelb bzw. orange)

Tab. 23.2 Korrelative Zusammenhänge zwischen Unterstützungszufriedenheit und spirituellem Wohlbefinden und spirituellen Bedürfnissen von Bw/Pat

Bedürfnissen von Bw/Pat	Unterstützung durch meine Familie	Unterstützung durch Freunde und Bekannte	Unterstützung durc das therapeutische Personal	Unterstützung durch die Seelsorge
Spirituelles Wohlbefinden				
Sinn	0,230**	0,163**	0,146**	0,074
Frieden	0,069	0,105*	0,139**	0,145**
Glaube	0,090	0,165**	0,132**	0,242**
Gesamt-Score	0,161**	0,190**	0,177**	0,232**
Spirituelle Bedürfnisse				
Religiöse	0,063	0,109	0,037	0,195**
Existenzielle	–0,051	0,054	0,018	0,054
Innerer Frieden	0,097	0,115	0,114	0,155**
Generativität	0,105	0,179**	0,133**	0,057
SpNQ-20 Gesamt-Score	0,066	0,147**	0,098	0,161**

**p < 0,001 (Spearman rho); schwache Korrelationen sind hervorgehoben (hellgelb)

spirituellen Wohlbefindens war positiv mit den spirituellen Bedürfnissen assoziiert und stark mit den religiösen Bedürfnissen (nicht dargestellt).

Jedoch sagten die meisten der Studienteilnehmenden, dass sie gerne mehr Zeit hätten, um mit ihren Patient:innen bzw. Bewohner:innen über deren spirituelle Bedürfnisse zu sprechen (56 % stimmten genau zu, 34 % stimmten etwas zu und 10 % stimmten nicht zu).

Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie war insbesondere mit der Wohlbefindensdimension Sinn assoziiert, nicht mit Frieden oder Glauben (Tab. 23.2) – was auf ihre besondere Ressource hinweist. Sie hatte jedoch nichts mit den spirituellen Bedürfnissen zu tun (Tab. 23.2). Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde und Bekannte war mit Sinn und Glauben assoziiert sowie mit den Bedürfnissen nach Generativität, was auch dieser Ressource eine besondere Bedeutung zuweist. Das therapeutische Personal schien breiter, wenn auch nur marginal, das spirituelle Wohlbefinden zu unterstützen und auch hier die generativen Bedürfnisse. Die Zufriedenheit mit der seelsorglichen Unterstützung hatte einen schwachen Zusammenhang mit der Wohlbefindensdimension Glaube und marginal auch mit Frieden, nicht jedoch mit Sinn, sowie marginal mit den Bedürfnissen religiöser und innerer Frieden, nicht jedoch mit existenziellen oder generativen Bedürfnissen (Tab. 23.2).

23.4 Empfindungen von Angehörigen

Die Ausprägungs-Scores der Angehörigen, die zumeist Kinder der Bw/Pat und im Mittel 19 Jahre jünger sind, unterschieden sich nicht wesentlich von denen der Bw/Pat. Zwar war der Beeinträchtigungsscore [0–100] bei den Bw/Pat erwartungsgemäß größer als bei den

Angehörigen (Bw/Pat 56,1 ± 24,0 vs. Angehörige 49,9 ± 23,1), aber das psychologische Wohlbefinden [0–25] bei den Bw/Pat nur geringfügig schwächer ausgeprägt (Bw/Pat 12,1 ± 6,2 vs. Angehörige 12,7 ± 6,2). Auch für das spirituelle Wohlbefinden [0–6] (Bw/Pat 2,7 ± 0,8 vs. Angehörige 2,5 ± 0,7) und die spirituellen Bedürfnisse [0–3] (Bw/Pat 1,3 ± 0,6 vs. Angehörige 1,4 ± 0,6) waren die Unterschiede zwischen beiden Gruppen nur geringfügig. Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das therapeutische Team [0–6] war bei den Bw/Pat etwas größer als bei ihren Angehörigen (Bw/Pat 4,9 ± 1,2 vs. Angehörige 4,2 ± 1,5).

Detailanalysen zeigen, dass 59 % der Angehörigen zufrieden oder sehr zufrieden mit der Unterstützung durch ihre Familie waren, 50 % mit der Unterstützung durch Freunde und Bekannte, 53 % durch das therapeutische Personal (Pflegende, Ärzt:innen, Psycholog:innen etc.) und 28 % mit der Seelsorge. Im Vergleich dazu waren bei den Bw/Pat 75 % zufrieden oder sehr zufrieden mit der Unterstützung durch ihre Familie, 54 % durch Freunde und Bekannte, 74 % durch das therapeutische Personal und 44 % mit der Seelsorge.

In Bezug auf die korrelativen Zusammenhänge war das psychologische Wohlbefinden der Bw/Pat unabhängig von der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familien ($r = 0{,}09$, nicht signifikant) und zumindest marginal positiv mit der Unterstützungszufriedenheit durch Freunde und Bekannte ($r = 0{,}14$ $p = 0{,}005$), durch das therapeutische Team ($r = 0{,}13$, $p = 0{,}009$) und die Seelsorge ($r = 0{,}15$, $p = 0{,}007$) assoziiert. Bei den Angehörigen war das Muster der Zusammenhänge etwas anders, aber ebenfalls nur marginal: Ihr psychologisches Wohlbefinden hing eher mit der Unterstützungszufriedenheit durch die Familie ($r = 0{,}20$, $p = 0{,}004$) und durch die Seelsorge ($r = 0{,}18$, $p = 0{,}040$) und im Trend auch mit dem therapeutischen Team ($r = 0{,}14$, $p = 0{,}070$) zusammen, nicht jedoch mit der die Unterstützung durch Freunde und Bekannte ($r = 0{,}07$, nicht signifikant).

23.5 Schlussfolgerungen

Das Grundmuster der spirituellen Bedürfnisse sowie des spirituellen und psychologischen Wohlbefindens ist bei den hier untersuchten Personen aus unterschiedlichen Betreuungsbereichen ähnlich dem palliativmedizinisch behandelter Patient:innen aus Freiburg und Offenburg (Büssing et al. 2020). Bei Letzteren veränderten sich diese Zielvariablen im Laufe ihrer 2–3-wöchigen palliativmedizinischen Behandlung kaum – und auch bei ihnen war die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das therapeutische Team sehr hoch (Büssing et al. 2020). Man kann es auch anders sagen: Auch zum Ende ihres Aufenthaltes hatten sie nach wie vor spirituelle Bedürfnisse, aber sie sahen auch, dass sich das therapeutische Team um sie kümmerte und ihnen zur Seite stand.

In der aktuellen Untersuchung wurde nun spezifischer nach der Unterstützungszufriedenheit durch Familie, Freunde und Bekannte, das therapeutische Team und durch die Seelsorge gefragt. Bei den Bw/Pat fällt letztere im Vergleich zur Unterstützungszufriedenheit durch Pflegende, Ärzt:innen, Psycholog:innen etc. deutlich ab.

Die Grundbelastung durch ihre Lebens- bzw. Krankheitssituation ist bei den Bw/Pat offensichtlich, diese hängt aber nur marginal mit der Ausprägung der spirituellen Bedürfnisse oder der Unterstützungszufriedenheit zusammen und schwach zumindest mit dem spirituellen Wohlbefinden. Das heißt: Die Intensität der Ausprägung dieser Bedürfnisse hängt von anderen Gründen ab, nicht allein von der empfundenen Beeinträchtigung der Lebenssituation. Außerdem hängt das spirituelle Wohlbefinden – mit der Ausnahme der Dimension des Glaubens und den entsprechenden religiösen Bedürfnissen – kaum mit der Ausprägung spiritueller Bedürfnisse zusammen. Das Auftreten spiritueller Bedürfnisse ist also nicht einfach nur Ausdruck der Abwesenheit von spiritueller Zufriedenheit, sodass man die Aufmerksamkeit nur auf den Mangel an Zufriedenheit oder den Distress allein legen bräuchte.

Für den Glauben scheint anderes zu gelten: Hier ist die Ausprägung religiöser Bedürfnisse positiv mit der entsprechenden Zufriedenheit assoziiert und deutet daher auf die Ressource hin, die genutzt werden kann, während die negativen Korrelationen zwischen nicht-religiösen spirituellen Bedürfnissen und spirituellem Wohlbefinden in den Dimensionen Sinn und Frieden eher deren Mangel beschreiben würde. Diese Zusammenhänge sind jedoch so schwach, dass man hier von weitgehend unabhängigen Dimensionen (Wohlbefinden und Bedürfnisse) ausgehen sollte. Die spirituellen Bedürfnisse speisen sich in der Tat aus vielen Gründen und Ursachen, nicht nur aus einem Mangel (Büssing 2021b).

Auch wenn diese Bedürfnisse prävalent sind und sie ihre Bedeutung haben und vielleicht auch nicht aufgelöst werden können, da sich hier möglicherweise Grundsehnsüchte nach Heilsein, Sinn und Bedeutung und innerem Frieden ausdrücken, die gar nicht gestillt werden können, so sind die Bewohner:innen und Patient:innen doch überwiegend zufrieden mit der Unterstützung durch ihre Familie einerseits und durch das therapeutische Personal andererseits. Sie sind jedoch weniger zufrieden mit der Unterstützung durch Freunde und Bekannte (von denen viele selber älter, nicht mobil oder bereits verstorben sind) und noch weniger mit der Seelsorge. Diese ist eine wesentliche Berufsgruppe mit spezifischer Kompetenz im Spiritual-Care-Team, die in der Gesamtgruppe der hier untersuchten Personen aber scheinbar nicht in dem Maße zum Tragen kommt wie das therapeutische Team (was ihre Bedeutung natürlich nicht schmälert). Für sie stehen korrelativ die patientenseitig gewerteten Dimensionen Glaube und (innerer) Frieden im Vordergrund, weniger der Sinn im Leben bzw. existenzielle Bedürfnisse (die z. B. die Frage nach Vergebung einbeziehen würden) – obwohl sie auch hier ihre Kompetenzen haben. Vielleicht ist es aber auch eine Frage der Verfügbarkeit, die hinter dieser geringeren Zufriedenheit steht.

Da zum Spiritual-Care-Ansatz auch die Begleitung der Angehörigen gehört, wurden auch diese in den Blick genommen. Es zeigten sich große Ähnlichkeiten in der Ausprägung ihrer spirituellen Bedürfnisse und ihres spirituellen und psychologischen Wohlbefindens wie bei den von ihnen besuchten Bw/Pat. Jedoch war der Anteil derjenigen, die zufrieden mit der Unterstützung durch das therapeutische Personal waren, deutlich geringer – und viel geringer war der Anteil derjenigen, die zufrieden mit der Unterstützung durch die Seelsorge waren (Büssing et al. 2023). Vielleicht sind sie eine leicht zu übersehene Personengruppe, die zwar die gleichen Bedürfnisse hat, aber eben nicht im Zent-

rum des Versorgungsauftrags steht. Vielleicht sind sie selbst auch nicht proaktiv und fordern die Unterstützung auch nicht ein, die sie benötigen würden.

Vielfach wurde beschrieben und erörtert, dass insbesondere Pflegenden eine besondere Bedeutung bei der Wahrnehmung und Unterstützung der Spiritualität von Bewohner:innen in Alten- und Pflegeheimen allgemein und in der palliativen Situation im Besonderen zukommt (Baldacchino 2006; McSherry 2006; Wallace und O'Shea 2007; Edwards et al. 2010; Knoll 2015; Weegen 2017; Gijsberts et al. 2019; Storms und Woopen 2019). Das vieles aufgrund der Arbeitsbedingungen auch eine Herausforderung ist, ist ebenso bekannt (Edwards et al. 2010). Hierzu bedarf es des Ansatzes einer Veränderung von Strukturen, damit das Ideal nicht ausbrennt und es zu einem Compassion-Fatigue (Sinclair et al. 2017) oder Cool Down in der Zuwendung (Büssing et al. 2017) kommt.

Dank Herzlichen Dank allen Kooperationspartner:innen, Standortverantwortlichen und Kursteilnehmer:innen, Kursleitungen, Stiftungen, Organisationen und Fachgesellschaften, die dazu beigetragen haben, dass das Projekt realisiert und insbesondere unter erschwerten Bedingungen während der COVID-19-Pandemie durchgeführt werden konnte!

Literatur

Baldacchino DR (2006) Nursing competencies for spiritual care. J Clin Nurs 15(7):885–896. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x

Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D (2011) Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy – spiritual well-being scale (FACIT-Sp). Religions 2:77–94. https://doi.org/10.3390/rel2010077

Büssing A (2021a) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham

Büssing A (2021b) The spiritual needs questionnaire in research and clinical application: a summary of findings. J Relig Health 60:3732–3748. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01421-4

Büssing A, Koenig HG (2010) Spiritual needs of patients with chronic diseases. Religions 1:18–27. https://doi.org/10.3390/rel1010018

Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt NC, Kopf A (2013) Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. Pain Med 14:1362–1373. https://doi.org/10.1111/pme.12198

Büssing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia DR, Lötzke D (2017) Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. Findings from a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 17:551. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2445-3

Büssing A, Recchia DR, Koenig H, Baumann K, Frick E (2018) Factor structure of the spiritual needs questionnaire (SpNQ) in persons with chronic diseases, elderly and healthy individuals. Religions 9:13. https://doi.org/10.3390/rel9010013

Büssing A, Baumann K, Rentschler J, Becker G (2020) Spirituelle Bedürfnisse von Tumorpatienten verändern sich während der palliativmedizinischen Betreuung kaum. Deutsche Zeitschrift für Onkologie 52:111–116. https://doi.org/10.1055/a-1135-3566

Büssing A, Gerundt M, Giebel A, Niesert W: Belastungsempfinden und Unterstützungszufriedenheit von Angehörigen der Bewohner und Patienten aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen. Deutsche Zeitschrift für Onkologie 2023 (im Druck)

Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C (2010) Review: the understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. Palliat Med 24(8):753–770. https://doi.org/10.1177/0269216310375860

Gerundt G, Büssing A, Giebel A (2023) SpECi – Spiritual und Existential Care interprofessionell. Kurzvorstellung eines Modellprojekts zur Spirituellen Begleitung am Lebensende, seiner Ziele und erwarteten Effekte. Zeitschrift für Palliativmedizin 24:76–84

Gijsberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E (2019) Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. Med Sci 7(2):25. https://doi.org/10.3390/medsci7020025

Knoll F (2015) Mensch bleiben! Zum Stellenwert der Spiritualität in der Pflege. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart

McSherry W (2006) The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. J Clin Nurs 15(7):905–917. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x

Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D (2002) Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy – spiritual well-being scale (FACIT-Sp). Ann Behav Med 24(1):49–58. https://doi.org/10.1111/10.1207/S15324796ABM2401_06

Schrage B, Giebel A (2021) Spirituelle und existenzielle Kommunikation – interprofessionell. Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende. Diakonia 52:114–119

Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L (2017) Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. Int J Nurs Stud 69:9–24. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003

Storms A, Woopen C (2019) Spiritualität und Alter: Spiritualität im Alter. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S (Hrsg) Alternsforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Nomos, Baden-Baden, S 605–630

Wallace M, O'Shea E (2007) Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. Holist Nurs Pract 21(6):285–289. https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46

Weegen R (2017) Spiritualität im Altenheim. Um Menschen zu helfen, brauchen wir eine Haltung. Spiritual Care 6:417–422. https://doi.org/10.1515/spircare-2017-0032

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

24 Spiritual Care in Zeiten von Corona – Einsichten von Schulungsteilnehmenden bei der Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitstudie

Mareike Gerundt

24.1 Einleitung

Als das Modellprojekt *Spirituelle Begleitung am Lebensende. Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojektes mit Pilotcharakter* im Herbst 2019 mit der Zielsetzung startete, das spirituelle und existenzielle Befinden von Patient:innen/Bewohner:innen in der letzten Lebensphase durch in Spiritual Care qualifizierte Multiplikator:innen in Einrichtungen der Altenpflege, stationären Hospizen und Palliativstationen zu verbessern, waren die Herausforderungen in Verbindung mit der COVID-19-Pandemie keineswegs abzusehen und erst recht nicht im Projektantrag berücksichtigt.

Dieser sieht u. a. vor, das eigens entwickelte Curriculum *Spiritual/Existential Care interprofessionell* (SpECi) mit einer interprofessionell zusammengesetzten Teilnehmendenschaft aus Gesundheitsberufen an kooperierenden Projektstandorten zu erproben und auf die Wirksamkeit hinsichtlich des spirituellen Befindens der in der letzten Lebensphase betreuten Menschen (und ihrer Angehörigen) zu beforschen (Schrage und Giebel 2021; Gerundt et al. 2023).

Mit validierten Fragebogeninstrumentarien soll zum einen ermittelt werden, ob und inwieweit eine – durch die Teilnahme an der Weiterbildung – erweiterte spirituelle Kompetenz der im Gesundheitswesen Tätigen Auswirkungen auf das psychologische und spirituelle Befinden von Patient:innen/Bewohner:innen sowie Zu-/Angehörigen hat – also ob sie mit mehr Zuwendung agieren und sich die von ihnen begleiteten Personen dadurch auch hinsichtlich ihrer spirituellen Bedürfnisse und ihres allgemeinen Befindens besser unterstützt fühlen. Zum anderen soll erforscht werden, inwieweit die Erweiterung der spi-

M. Gerundt (✉)
Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: mareike.gerundt@uni-wh.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_24

rituellen Kompetenz einen (positiven) Einfluss auf den Bereich Self-Care der geschulten Personen und Sicherheit im Umgang mit geäußerten Bedürfnissen hat – wodurch es zu einer Minderung von Cool-Down-Reaktionen als dysfunktionale Strategie einer emotionalen Distanzierung und Zunahme intentionalen Mitgefühls und psychologischem Wohlbefinden – bei vermutlich ähnlicher Arbeitsbelastung – kommen könnte.

Die teilnehmenden (hauptamtlichen und ehrenamtlichen) Multiplikator:innen verpflichteten sich zur Mitwirkung, indem sie folgende Befragungen durchführten:

a) Sie nahmen selbst vor der Schulung sowie drei und sechs Monate nach der Schulung an einer schriftlichen Befragung teil. Thematisch ging es um die jeweilige (selbst eingeschätzte) spirituelle Kompetenz, Belastungsempfinden und Dimensionen der Lebenszufriedenheit der Kursteilnehmer:innen.
b) Sie befragten mithilfe eines standardisierten Fragebogens vier bis sechs Wochen vor der Schulung sowie drei und sechs Monate nach der Schulung je zehn Patient:innen/Bewohner:innen, die sie begleiteten. Thematisch ging es um empfundene Beeinträchtigungen, psychologisches und spirituelles Wohlbefinden, Unterstützungszufriedenheit sowie psychosoziale, existenzielle und spirituelle Bedürfnisse der Menschen in der letzten Lebensphase.
c) Sie befragten mithilfe eines standardisierten Fragebogens vier bis sechs Wochen vor der Schulung sowie drei und sechs Monate nach der Schulung je zehn An- und Zugehörige der von ihnen begleiteten Personen. Hier standen dieselben Zielvariablen wie bei den Patient:innen/Bewohner:innen im Vordergrund.

24.2 Erfahrungswerte der Teilnehmenden bei der Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitstudie

Besonders in den Anfangswochen im Frühjahr 2021, d. h. während der dritten Welle der COVID-19-Pandemie mit ihren diversen sozialen Einschränkungen, standen die Mitarbeiter:innen der Gesundheits- und Altenhilfe, die sich um schwerstkranke, sterbende und trauernde Menschen kümmerten, vor großen Herausforderungen, die zu Verunsicherung und hoher Belastung führten. Analog dazu spiegelten sich diese Aspekte auch aufseiten der Patient:innen und ihrer Zugehörigen wider, die in dieser Zeit eine besondere Last zu tragen hatten. Trotz besonderer Verwundbarkeit und Belastung wurden sie mit Einsamkeit und Isolation konfrontiert, da Krankenhausabteilungen, Hospize und Pflegeeinrichtungen aufgrund der pandemiebedingten Zugangsbeschränkungen beinahe zu Isolierstationen wurden und persönliche Kontakte sowie psychosoziale und spirituelle Versorgung kaum mehr oder nur sehr eingeschränkt möglich waren.

Zu diesem Zeitpunkt befand sich mit dem Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf ein Standort in der Vorbereitung auf die Durchführung der Präinterventionsbefragung (07–08/2021). Die Schulungsteilnehmenden versuchten unter erschwerten Bedingungen eine Kontaktaufnahme und Befragung von nahestehenden Zu- und Angehörigen zu er-

reichen. Zudem standen sie vor der Herausforderung, Patient:innen für die Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitstudie zu gewinnen.

Ein Umstand, der sich auch für die weiteren Standorte, deren Präinterventionsbefragungen im Herbst (ab September 2021) begann, kaum änderte bzw. in einigen Einrichtungen für erheblichen Aufwand sorgte. (In diesem Zeitraum fand am Projektstandort Alsterdorf die Schulungswoche in Präsenz statt).

Das nachstehende Schaubild (Abb. 24.1) bringt die Gleichzeitigkeit der Ereignisse in den Zusammenhang und schafft einen Überblick über die (vorgesehenen) Projektschritte in den Jahren 2021–2023.

Die COVID-19-Pandemie belastete nicht nur die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die von ihnen betreuten Patient:innen, sondern auch die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitstudie, zumal gerade mit dem Start der vierten Infektionswelle eingeplante Schulungsteilnehmer:innen krankheits- oder überlastungsbedingt ausfielen (Begerow und Gaidys 2020; Rheindorf et al. 2020; Schröder et al. 2021; Pförtner et al. 2021) und somit von ihnen auch keine Patient:innen rekrutiert oder befragt werden konnten. Es zeigte sich zugleich, dass viele der Patient:innen/Bewohner:innen angesichts ihrer Gesundheitssituation kaum dazu in der Lage waren, an der Befragung teilzunehmen. In manchen Einrichtungen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung zudem mehr schwerstdemenziell veränderte Personen als anfänglich erwartet, sodass hier der Anteil der Patient:innen/Bewohner:innen, die den im Ethikantrag festgelegten Ein-/Ausschlusskriterien entsprachen, geringer als erwartet ausfiel. Die Mitwirkung an der Begleitstudie wurde in einigen Fällen abgelehnt und damit begründet, die verbleibende knapp bemessene Versorgungszeit nicht mit Fragebögen verbringen zu wollen. Von den Schulungsteilnehmenden wurden als weitere Hinderungsgründe die z. T. sehr kurze Verweildauer und ein schnelles Versterben der betreuten Personen aufgeführt.

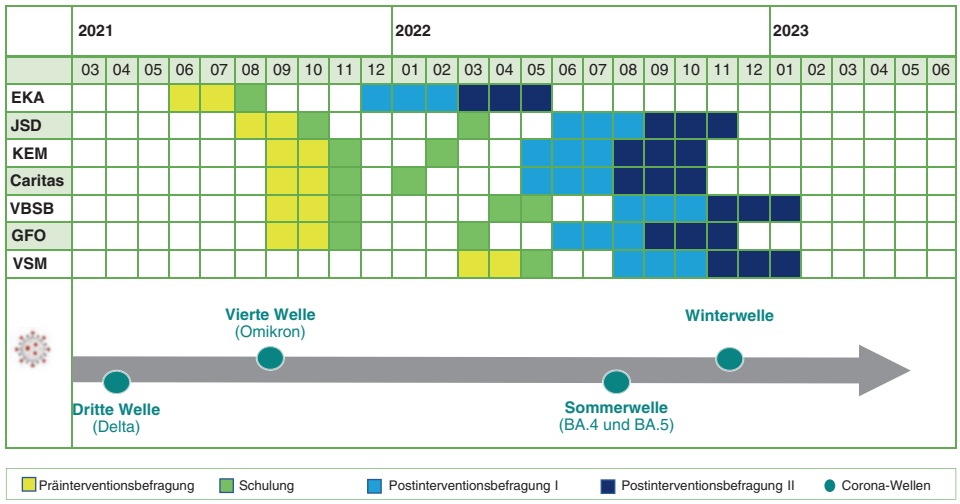

Abb. 24.1 Überblick über die Befragungs- und Schulungszeiträume an den einzelnen Standorten inmitten der spezifischen Infektionswellen der Pandemie

Als äußerst schwierig gestaltete sich die Rekrutierung von direkten Angehörigen der Patient:innen und Bewohner:innen. Einerseits konnten persönliche Besuche angesichts der Kontaktverbote in den Einrichtungen nicht stattfinden. Andererseits wurde deutlich, dass viele Patient:innen/Bewohner:innen keinen oder nur sehr flüchtigen Besuch bekamen (Ehepartner/Angehörige waren oft verstorben oder weit entfernt lebend), sodass diese nicht kontaktiert werden konnten.

Wiederholt wurde von den Schulungsteilnehmenden vom hohen Zeitaufwand berichtet, um den Rücklauf der Angehörigen-Fragebögen sicherstellen zu können (Anrufe zur Informationsweitergabe und Erläuterung der Zielsetzung, Zusendung der Unterlagen, wiederholtes Nachfragen oder aber persönliche Gespräche vor Ort).

In manchen Fällen gab es den expliziten Wunsch der Patient:innen/Bewohner:innen, ihre Angehörigen nicht befragen zu lassen (teilweise aus dem Motiv heraus, die eigenen Angehörigen nicht „noch mehr" belasten zu wollen). Bei anderen befragten Patient:innen/Bewohner:innen lehnten die Zu- und Angehörige selbst die Beteiligung an der Studie ab. Häufig kamen die (im Ethikantrag) formulierten Ausschlusskriterien zum Tragen, sodass aufgrund von Erkrankungen und demenziellen Veränderungen keine Befragung besuchender Angehörige ermöglicht werden konnten.

Bereits nach Beendigung der Prä-Interventionsbefragung meldeten die Standortverantwortlichen einen großen Gesprächsbedarf bezüglich der Themen des Fragebogens seitens der befragten Patient:innen/Bewohner:innen zurück und betonten, dass der zeitliche Umfang für die einzelnen Befragungen aufgrund des Redebedarfes der Patient:innen/Bewohner:innen höher ausfiel als erwartet und der ursprünglich kommunizierte Zeitrahmen somit nicht einzuhalten war. Das war einerseits erfreulich, da damit unterstrichen wurde, dass die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse für viele Patient:innen/Bewohner:innen bedeutsam war, aber es machte auch deutlich, dass man dies nicht einfach „nebenher" erledigen konnte. Eine Schwierigkeit bestand vornehmlich darin, dem Bedarf der Betroffenen gerecht werden zu wollen und den Redefluss angesichts der Sensibilität der Themen nicht nach ein paar Minuten abbrechen zu können. Den Teilnehmenden wurde deutlich, dass eine Gesprächssituation gut vorzubereiten ist und zeitlicher Freiräume bedarf – darin zeigte sich eine der größten Herausforderungen: Es wurde als schwierig empfunden, im Arbeitsalltag (erschwert durch die COVID-19-bedingten hohen Krankenständen der Kolleg:innen und den daraus resultierenden Personalausfällen, die ohne zusätzliches Personal kompensiert werden mussten) die zeitlichen Ressourcen für die Befragung bereitzustellen. Als problematisch wurde zudem der Rollenwechsel beschrieben, der durch die Befragung vollzogen wurde: von der „Pflegefachkraft" zur Interviewerin/Gesprächsleiterin zurück zur „Pflegefachkraft". Damit seien Erwartungen bei den zu betreuenden Personen geweckt worden, nun *immer* die Zeit für Gespräche zu ermöglichen, was in der aktuellen Arbeitssituation nicht ständig, sondern eher seltener der Fall war. Erfahrungswerte zeigen, dass es leichter erscheint, die Befragungen in die Abläufe des Sozialen Dienstes zu integrieren als in die Pflege. Aber genau das würde dem Ansatz von Spiritual Care zuwiderlaufen, dass es eben auch ein Thema der Pflegenden ist, die hier erste und sensibilisierte Ansprechpartner:innen sein könnten.

Während der Durchführung wurden die Verantwortlichen für die wissenschaftliche Begleitstudie zuweilen mit Schwierigkeiten im Umgang mit dem Befragungsmaterial kon-

frontiert. Einzelne Schulungsteilnehmende meldeten zurück, dass die Fragestellungen als zu kompliziert und die 2,5-seitigen Befragungsbögen als zu lang empfunden wurden, wodurch manche Befragten an die Grenzen der Konzentrationsfähigkeit stießen. Für andere stellte dies wiederum kein Problem dar. Einzelne Fragen des Befragungsmaterials waren von Hospizgästen teilweise als „zu“ aufwühlend oder „überfordernd“ aufgenommen worden oder hätten vermeintlich abgeschlossene Themen/Fragen wieder hochgeholt. Andererseits wurde mitgeteilt, dass mit dem Befragungsmaterial ein guter Einstieg in tiefere Gespräche ermöglicht werden konnte. Hier zeigt sich eine große Heterogenität des Erlebens und des Empfindens. Das Thema kann also nicht nebenher „abgearbeitet“ werden, sondern bedarf des sensiblen Umgangs, der jedes Individuum in seiner Besonderheit berücksichtigt.

Wie von den Autoren erhofft, zeigte sich aber auch ein gewisser „Lerneffekt“ im Umgang mit den Anfragen und Themen der betreuten Personen. Die Kernthemen des Curriculums besaßen eine hohe Bedeutung und Alltagsrelevanz. Von einzelnen Standorten wurde zudem rückgemeldet, dass sich nach der Schulung (in der Postinterventionsbefragung 1 und 2) eine leichtere Handhabung mit den Fragebögen eingestellt habe. Die Befragungen liefen nun deutlich schneller und zielführender, Lebensthemen und existenzielle Fragen konnten eher entdeckt, besprochen oder im Nachgang zur Betreuung bearbeitet werden. Das zeigte, dass eine solche Schulung die Kompetenzen und das Selbstvertrauen der Geschulten fördern kann, wodurch sich viele der anfänglichen Bedenken aus Unsicherheit ausräumen ließen.

Der gesamte Befragungszeitraum wurde beeinflusst und zuweilen erheblich beeinträchtigt durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Folgen. Dank des engen Kontakts zu den Standorten wurde den Autoren die Situation vor Ort nähergebracht. Die Herausforderungen, die sich zu Beginn der Pandemie zeigten, blieben bestehen und verschärften sich in einigen Einrichtungen deutlich. Immer wieder waren Corona-Ausbrüche in einzelnen oder allen Wohnbereichen einzelner Standorte zu verzeichnen. Aufgrund des Personal-/Fachkräftemangels, hoher Krankenstände und längerfristiger Ausfälle wurden Einsätze der geschulten Multiplikator:innen in andere Wohnbereiche und Tätigkeitsfelder nötig, wodurch die Befragungsmöglichkeiten stark eingeschränkt wurden und Voraussetzungen für die Durchführung der Studie nicht erfüllt werden konnten.

Mehrfach wurde durch die in den Einrichtungen installierten Standortverantwortlichen zwischen den Sorgen und Anliegen der Teilnehmenden und den Erfordernissen aus der wissenschaftlichen Begleitstudie vermittelt. Das Bedauern über die Auswirkungen auf diese Studie wurde eindrücklich kommuniziert, ebenso das ambivalente Erleben der Begleitforschung als (zusätzliche) Belastung einerseits und Bereicherung im Umgang mit den Bedürfnissen der betreuten Personen andererseits.

24.3 Fazit

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden hatten bereits während bzw. nach der ersten Befragungswelle den immens hohen Gesprächsbedarf bei den befragten Personen deutlich gemacht. Schulungsteilnehmende schilderten eine als beeindruckend erlebte große Offen-

heit der Befragten. Es entwickelten sich z. T. sehr bewegende Gespräche, in denen Themen zur Sprache kamen, die im Alltagsgeschehen sonst nicht thematisiert werden (konnten). Es ist zu klären, wie dem Gesprächsbedarf der Betroffenen in den jeweiligen Einrichtungen entsprochen werden und es gelingen kann, Spiritual Care als unverzichtbare Säule in der Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen konkret in den Einrichtungen zu realisieren.

An den Standorten und Einrichtungen, in denen es bislang gut gelungen ist, die Befragungen durchzuführen – so zeigen einzelne Rückmeldungen – gibt es sehr viel positive Resonanz und Erfahrungszuwachs für die beteiligten Multiplikator:innen. Einzelne Teilnehmer:innen gaben aber auch die Rückmeldung, nicht häufiger auf diese Bedürfnisse einzugehen – und dies waren zumeist diejenigen, die ein (zu) hohes Stress- und Belastungslevel hatten. Dem Spiritual-Care-Ideal steht also die Überforderung und das Cool Down (Büssing et al. 2017) entgegen, das noch nicht zum eigenen Burnout geworden ist. Zugleich ist durch die Begleitstudie einmal mehr eine Sensibilisierung dafür entstanden, wie sozial vereinsamt manche Menschen sind. Sie haben keinerlei Angehörige bzw. – und das scheint eine Entwicklung zu sein, die durch die Pandemie verstärkt worden ist – Angehörige sind selten vor Ort. Das Engagement der Multiplikator:innen war über den langen Befragungszeitraum hinweg hoch – diesem standen jedoch vielfach der hohe Personalnotstand, die große Belastung und die knappen Zeitressourcen entgegen.

Literatur

Begerow A, Gaidys U (2020) COVID-19 Pflege Studie – Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse. Pflegewissenschaft. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, 33–35, Verlag hpsmedia GmbH, Hungen

Büssing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia DR, Lötzke D (2017) Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. Findings from a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 17:551. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2445-3

Gerundt M, Büssing A, Giebel A (2023) SpECi – Spiritual und Existential Care interprofessionell. Kurzvorstellung eines Modellprojekts zur Spirituellen Begleitung am Lebensende, seiner Ziele und erwarteten Effekte. Z Palliativmed 2/2023, Zeitschrift für Palliativmedizin 2023; 24(2):76–84. https://doi.org/10.1055/a-2013-5762

Pförtner T-K, Hower K I, Pfaff H (2021) Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10486.93762

Rheindorf J, Blöcker J, Himmel, C, Trost A (2020) Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? Pflege Z. 73(8):50–53. https://doi.org/10.1007/s41906-020-0761-4

Schrage B, Giebel A (2021) Spirituelle und existenzielle Kommunikation – interprofessionell. Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende Diakonia 52:114–119

Schröder H, Karagiannidis C, Wicker S, Janssens U (2021) Pflegende deutlich häufiger krank. Deutsches Ärzteblatt 118(27–28):1352–1353

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

25 Spiritual Care in Essener Krankenpflegeschulen – Horizont- und Kompetenzerweiterung

Christine Bode und Uwe Matysik

25.1 Skizze der Unterrichtsinhalte zu Spiritualität und Spiritual Care

Folgende Inhalte sind Bestandteil des Unterrichts in den beiden Essener Krankenpflegeschulen der KEM Akademie/Pflegeschule der Evangelischen Kliniken Essen Mitte und dem Evangelischen Fachseminar für Pflegeberufe gGmbH des Essener Diakoniewerkes zum Thema Spiritualität und Spiritual Care (SpC):

- Im Unterrichtsmodul *Persönliche und berufliche (rollenbezogene) Relevanz von SpC* geht es um Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung und -reifung, den Bezug von SpC zur Gemeinschaft, zu Kultur und Beziehung, Immanenz und Transzendenz, SpC in Situationen von Verwundbarkeit, und darum, wie adäquat über Spiritualität gesprochen werden kann.
- Das Modul *Symbole und Rituale* greift die Bedeutung, Wirkung und Potenziale von (eigenen) Symbolen auf. Symbole, also von einer Person als wichtig empfundene „heilige“ Gegenstände, können helfen, Gefühle zuzulassen, dazu beitragen, Gemeinschaft zu stiften und auf „Unsichtbares“ hinweisen. Teilnehmende bringen Erfahrungen mit *Ritualen* aus ihrem Arbeitsalltag ein. Herausgearbeitet wird der Unterschied von Alltagsritualen und traditionellen („großen“) Ritualen zu Gewohnheiten und Bräuchen. Es wird ein Raum eröffnet, eigene/selbst erfundene Rituale zu entwickeln. Reflektiert

C. Bode (✉)
KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Klinik für Palliativmedizin, Essen, Deutschland
e-mail: C.Bode@kem-med.com

U. Matysik
Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Essen, Deutschland
e-mail: u.matysik@kem-med.com

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_25

werden die verschiedenen Dimensionen, auf die Rituale einwirken: *psychisch* – sie schaffen Verhaltenssicherheit, reduzieren Angst und ermöglichen einen kontrollierten Umgang mit Emotionen; *sozial* – sie solidarisieren und stabilisieren; *zeitlich* und *spirituell* – sie deuten an, dass das Leben in einen größeren Zusammenhang eingebettet ist.

25.2 Spiritualität

Der Unterricht beginnt mit einem Brainstorming zur *Spiritualität*. Die Schüler:innen nehmen wahr, dass Spiritualität nicht mit Religion identisch ist oder nur diesem Bereich zuzuordnen wäre. Vielmehr geht es um das weite Feld all dessen, was das Leben von Menschen bedeutsam und wertvoll macht, was dem Leben Sinn geben kann und für den Einzelnen womöglich „heilig" ist.

Eine Schreibübung mit dem Impuls „Benennen Sie etwas, das Ihnen ‚heilig' ist – einen Gegenstand, ein Symbol, einen Ort, der für Sie eine besondere Bedeutung hat." schließt sich an. In keiner Unterrichtsgruppe fiel es den Teilnehmenden schwer, diese Frage persönlich zu beantworten. Besonders häufig wurden genannt: „Kette, Armband, Teddybär, Garten, Musik, Familienfoto." Zu allen „Heiligtümern" konnte eine Geschichte erzählt werden. Diese hatte auf unterschiedliche Weise immer mit Zugehörigkeit und Verbundenheit des eigenen Lebensweges und der eigenen Lebensgeschichte mit anderen zu tun; teilweise sogar in der Form eines Vermächtnisses; etwa bei den mehrfach genannten Arm- und/oder Halsketten, die öfter Erbstücke waren und für die Träger zumeist alles versinnbildlichten, was das eigene Leben und das gemeinsame mit einem nahestehenden Menschen kostbar machte. Die Mehrzahl der genannten Gegenstände war nicht (ausdrücklich) religiös. Dennoch waren die meisten von ihnen einer religiösen Deutung gegenüber offen und anschlussfähig. So waren die Ketten teilweise mit einem Kreuz ausgestattet. Ihre Übergabe war teilweise unmittelbar mit einem Segenszuspruch verbunden. In einigen Beispielen wurden auch ausdrücklich die Bibel und der Koran als heilige Gegenstände genannt.

Vor diesem erfahrungsbezogenen Hintergrund ist die Einführung zum Thema „Spiritualität" für die Teilnehmenden umso nachvollziehbarer gewesen. Es wurde allen bewusst, dass das Thema sowohl selbstreflexiv als auch für die Begleitung der Patient:innen bzw. Heimbewohner:innen ertragreich ist bzw. sein kann. Es war plausibel, dass insbesondere im Blick auf die beruflich zu begleitenden Menschen vier Aspekte wesentlich sind.

Der erste Aspekt bezieht sich auf die Themen Persönlichkeitsentwicklung und Wachstum. Gerade hinsichtlich der Erfahrung, dass Menschen im Alter und in der Krankheit zunehmend mit Leid, Grenzerfahrungen und Abschieden konfrontiert sind, gewinnt die Frage nach dem, was Ressourcen und Lebensmut stärken kann, an Bedeutung.

Der zweite Aspekt der Spiritualität bezieht sich auf das „Leben in Relation zu Gemeinschaft, Kultur und Beziehung." Hier geht es darum, welche Beziehungen, kulturelle Zugehörigkeiten und Rituale sich als tragfähig erweisen können.

Beim dritten Aspekt geht es um Sinnfindung in Situationen der Verwundbarkeit. Hier spielen die eigene Lebensdeutung, der Umgang mit „Warum-Fragen“ und ggf. eigene Glaubensperspektiven eine besonders wichtige Rolle.

Der *vierte* Aspekt hat den Transzendenzbezug zum Inhalt. Gerade hier sind Fragen nach Religion und Gott verortet, aber ebenso alle (positiven wie negativen) Erfahrungen, in denen sich Menschen mit dem „Geheimnis des Lebens“ (Weiher 2014) als verbunden wahrnehmen.

Wie kommen Mitarbeitende mit Patient:innen oder Bewohner:innen über spirituelle Themen ins Gespräch? Manche Gesprächssituation ergibt sich ungeplant und aus dem Moment heraus. Zwar ist dann – gerade für die Mitarbeitenden im Bereich der Pflege – in der Regel kein ausführliches Gespräch möglich. Aber auch in solchen „Zwischen-Tür-und-Angel“-Gesprächen ist es möglich, dem Gegenüber auf dessen mitunter wie „dahin gesprochenen“ Bemerkungen qualifizierte Resonanz zu geben. Das kann umso wichtiger sein, da sich in manchen scheinbar beiläufigen Äußerungen einer/eines Patient:in deren eigene Selbstwahrnehmung verdichten kann bzw. die aktuell erlebten Nöte und Sorgen auf den Punkt gebracht oder doch angedeutet sein können. Solche Äußerungen können sein: „Am liebsten wäre ich gar nicht mehr da.“, „Ich bin doch nur noch eine Belastung für andere.“, „Jetzt werde ich mein erstes Enkelkind wohl nicht mehr kennenlernen.“, „Warum werde ich so gestraft!?“

Keine dieser Äußerungen und Klagen lässt sich – erst recht in einer kurzen Begegnung – wirklich beantworten. Aber es macht einen spürbaren Unterschied, ob diese Äußerungen wie in einen leeren Raum hineingesprochen sind oder ob der betroffene Mensch sich als wahrgenommen erlebt und dabei Empathie und Resonanz empfindet. Dabei geht es darum, Leid, Kummer und Ängste aussprechen zu dürfen und nicht verstummen zu müssen und sich womöglich selbst überlassen zu bleiben.

In Übungen wurde ausprobiert und trainiert, wie auch in einer kurzen Begegnung eine zugewandte Rückmeldung aussehen könnte. Für die Schüler:innen ist es eine inspirierende und ermutigende Erfahrung gewesen, sich in einem solchen Kontakt nicht als hilf- und sprachlos erleben zu müssen. Für die Patient:innen oder Bewohner:innen kann eine derartige Erfahrung dazu beitragen, auch in einer sehr belasteten Situation dennoch etwas vom eigenen inneren Wert und Würdeempfinden spüren zu können.

Zugleich gibt es viele Anlässe, in denen Mitarbeitende (nicht nur) aus dem Pflegebereich selbst initiativ werden können. Mögliche Anknüpfungspunkte sind etwa Gegenstände auf dem Nachttisch der Bewohner:innen bzw. Patient:innen: „Sie haben ein Kreuz, eine Engelfigur/dieses Bild bei sich stehen – das hat für Sie eine besondere Bedeutung!?“ Zumeist erzählen Menschen gern davon und somit von sich selbst und ihrem Leben und was daran für sie (auch) wesentlich, wertvoll oder „heilig“ ist. Einleuchtend und einladend erschien den Teilnehmenden insgesamt die ganzheitliche Sicht auf den Menschen: Es wird nicht zwischen der Krankheit bzw. dem z. B. erkrankten Organ einerseits und der Person andererseits unterschieden. Die spirituelle Begleitung hat (ebenso wie die Sorge für die „Seele“) immer den ganzen Menschen im Blick.

25.3 Symbole und Rituale

Als einladender Auftakt ins Thema, die Chancen von Symbolen und Ritualen für (spirituelle) Begegnungen zu nutzen, hat sich ein Ritual zum Ankommen erwiesen. Die Autoren haben das in Form einer überschaubaren und für die Teilnehmenden leicht wiederholbaren Achtsamkeitsübung praktiziert. Für die Teilnehmenden ist es eine überraschende und zugängliche Methode gewesen, im neuen Thema anzukommen und sich dafür zu öffnen.

Symbole: Hier konnte auf die „heiligen" Gegenstände verwiesen werden, die von den Teilnehmenden zum vorangehenden Thema Spiritualität genannt wurden. So ist die sinnbildhafte Bedeutung und dreifache (auch therapeutische) Wirkung von Symbolen gut nachvollziehbar gewesen: Symbole können helfen, Gefühle zuzulassen, Gemeinschaft zu stiften und auf Unsichtbares hinzuweisen.

Jede und jeder der Teilnehmenden konnte Beispiele von Gegenständen mit symbolischer Bedeutung aus der Begegnung mit betreuten Patient:innen und Bewohner:innen erzählen. Zumal vermittelt durch kleine Übungen, ist für alle sehr einleuchtend gewesen, wie deren gemeinsam wahrgenommener sinnbildlicher Gehalt spirituelle Dimensionen eröffnen kann. Das gilt nicht allein, aber ausdrücklich auch für Symbole mit religiöser Bedeutung.

Rituale: Wieder ist es hilfreich gewesen, mit den eigenen Erfahrungen zu beginnen. Die Teilnehmenden waren überrascht, wie sehr ihr Alltag immer wieder von Ritualen durchzogen ist, beginnend schon morgens mit den unterschiedlichen Ritualen, in den Tag zu starten.

Dabei wurde schnell deutlich, dass es sinnvoll ist, zwischen „großen" Ritualen (Feiern, Gottesdiensten), Alltagsritualen (Kaffee trinken, Meditieren, bestimmte Orte aufsuchen, Sport treiben), und Gewohnheiten (Zähne putzen, Aufräumen, Einkaufen) zu unterscheiden. Dabei können die Grenzen zwischen „großen" und kleineren Ritualen sowie Gewohnheiten durchaus fließend sein. Grundsätzlich ist für Rituale im Unterschied zu bloßen Gewohnheiten charakteristisch, dass sie mit hoher Aufmerksamkeit und innerer Beteiligung durchgeführt werden und auch mit Sinngehalt geladen sind.

Ritualen kommt eine vierfache Bedeutung zu. Sie haben eine *psychologische* Funktion: Sie reduzieren Ängste und schaffen Verhaltenssicherheit. Sie helfen, Gefühle auszudrücken und ihnen gleichzeitig eine Form anzubieten. Sie besitzen eine *soziale* Funktion, indem sie Menschen stabilisieren und solidarisieren können. Ritualen wohnt eine *zeitliche* Funktion inne. Sie dienen der Gliederung eines Prozesses und setzen Anfang und Ende. Schließlich besitzen Rituale eine *spirituelle* Funktion. Sie deuten an, dass das Leben in einen größeren Zusammenhang gehört. Sie agieren in „der Welt des Wesentlichen."

Bemerkenswert ist, dass Kinder für Rituale sehr aufgeschlossen, ja geradezu darauf angewiesen sind (z. B. Einschlafrituale!). Für Patient:innen/Bewohner:innen können Rituale eine hilfreiche Tagesstruktur ermöglichen. Dabei spielen mitunter die Mahlzeiten eine besondere Rolle. Für Patient:innen verstärkt sich oft das Gefühl der eigenen Unsicherheit und des Sich–wie–ausgeliefert–Fühlens dadurch, dass lang vertraute Gewohnheiten und Rituale gerade im Krankenhaus nicht mehr Teil des Alltags sind.

Insbesondere in Schwellen- und Krisensituationen erhalten Rituale Bedeutung. Sterberituale dienen dazu, Sterbende und Zurückbleibende an die unausweichliche Realität des

Todes heranzuführen. Sie unterstützen die anstehende oder bereits erfolgte endgültige Trennung. Sie sollen an der definitiven Grenze des Lebens und der eigenen Möglichkeiten Mut und Zuversicht in Erinnerung bringen.

Rituale sind ambivalent. Sie können erstarren und zu leeren Gewohnheiten werden. Um wirkungsvoll zu bleiben, müssen Rituale lebendig sein und manchmal „aufgefrischt" werden. Es kann auch lohnend sein, selbst neue oder erneuerte Rituale zu entwickeln.

Das kann etwa für Team–Rituale aktuell sein. Einige Teilnehmende berichteten von Gedenk- und auch Kraftritualen, die sich in ihren Teams bewährt hatten. Anregend war auch die Frage nach hilfreichen „Schleusen" im Alltag. Sie dienen dazu, den Übergang von den Herausforderungen der gerade beendeten Arbeitszeit in den privaten Alltag möglichst gut zu schaffen, d. h. einen gesunden und notwendigen Abstand zu gewinnen. Schleusen im Arbeitsalltag sind so gesehen Ausdruck der Selbstsorge.

25.4 O-Töne von teilnehmenden Schüler:innen:

„Cool, SpC hilft, sich selbst und andere Menschen besser zu verstehen und noch mal anders, nicht bloß oberflächlich, in Kontakt zu kommen."

„Für religiös halte ich mich nicht; aber spirituell bin ich schon auf die eine oder andere Weise – das ist mir neu aufgegangen!"

„Dass man schwierigen Fragen am Lebensende nicht ausweichen muss, ist eine starke Entdeckung für mich."

„Bei keinem anderen Unterrichtsthema bin ich so nah bei mir selbst – und bei dem Menschen, den ich pflege und begleite, glaube ich …"

„Ich bin total neugierig geworden. Aber spirituelle Begleitung von Patient:innen/ Bewohner:innen muss man wohl üben, immer wieder …"

25.5 Aspekte und Themen, die mit Spiritual Care verbunden sind

25.5.1 Spiritual Care in Verbindung und als Teil des Unterrichts in Palliative Care

Für die Teilnehmenden ist es wichtig gewesen, wahrzunehmen, dass es bei Spiritual Care nicht um ein vom übrigen Unterrichtsstoff isoliertes Sonderthema geht. Vielmehr ist Spiritual Care eingebunden in den Zusammenhang von Palliative Care. In den hier genannten Krankenpflegeschulen wird Spiritual Care auch als Teil von Palliative Care unterrichtet. Dazu gehört auch die Entdeckung, dass Spiritual Care nicht bloß ein Anliegen bestimmter Profis ist, sondern eine gemeinsame Aufgabe des Teams.

25.5.2 Der Zusammenhang von Spiritual Care und Ethik

Insgesamt lassen sich die Care-Praxis und Medizinische Ethik als ergänzende Korrektive und als Reaktion auf die Einseitigkeiten der Prinzipien- bzw. Pflichtethik bzw. das Prinzip der Gerechtigkeit verstehen. Ausgangspunkt ist ein erweitertes Menschenbild: Menschen sind grundsätzlich aufeinander angewiesen. Hilfsbedürftigkeit ist kein Ausdruck von Unvollkommenheit, sondern Normalität. Auch das Wissensverständnis wird in diesem Zusammenhang erweitert: Es geht weniger um ein (auswendig) zu lernendes Schulwissen, sondern vielmehr um ein Erfahrungswissen. Emotionales Wissen spielt ebenso wie Intuition für das, was in bestimmten Situation dem Gegenüber dienlich sein kann, eine maßgebende Rolle. Dieses einzuübende Wissen steht keineswegs im Gegensatz zum kognitiven Wissen. Bei dieser Weise der Begleitung gilt es für die Mitarbeitenden darauf zu achten, sich nicht zu überfordern, das heißt darauf zu achten, nicht zu stark emotional beteiligt zu sein. Zudem wollen Patient:innen mitunter keine wirkliche Beziehung eingehen, sondern eher eine „Dienstleistung" in Anspruch nehmen. In diesen Zusammenhang gehört auch der Begriff der „Selbstbestimmung ermöglichenden Fürsorge". Diese Zielvorstellung drückt ein Care-Verständnis aus, das statt paternalistischer Fürsorge mitmenschliche Zuwendung und Anteilnahme betont und zur jeweils noch möglichen Selbstbestimmung ermutigt. Der/die Patient:in wird hier als ein „hilfebedürftiger Mensch" *und* als eine „gestaltende Kraft" wahrgenommen.

25.5.3 Der Bezug von Spiritual Care zu lebensethischen Fragen in Einrichtungen

In Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe entstehen ethische Fragen, wenn Menschen schwer erkranken oder altersbedingt der Sterbeprozess beginnt. Dann stellen sich Fragen zur Ernährung oder zu diagnostischen/medizinischen Maßnahmen, wenn diese nicht im Vorfeld besprochen wurden. Diese Situation ist besonders für An- und Zugehörige, aber auch für Mitarbeiter schwierig und konflikthaft, wenn es z. B. um die Frage einer PEG-Anlage zum Zweck der künstlichen Ernährung oder einer erneuten Krankenhauseinweisung zur Diagnostik geht. Um diesen ethischen Konflikten vorzubeugen, wurde im Hospiz- und Palliativgesetz (BMG 2015) unter dem § 132 g Abs. 3 SGB V die *Gesundheitliche Versorgungsplanung für das Lebensende* dringend empfohlen und in vielen Einrichtungen inzwischen implementiert. Bei den Beratungsgesprächen werden mit einzelnen Bewohnern und deren Vertrauenspersonen Gespräche über ihre Bedürfnisse und Wünsche für die letzte Lebensphase besprochen und dokumentiert. Hier bekommt der spirituelle Aspekt viel Raum: Narrationen über das gelebte Leben, Sinnfragen, die Bedeutung von Beziehungen zu anderen Menschen und Selbsttranszendenz kommen zur Sprache und münden in dokumentierten *Kernaussagen im Sinne des mutmaßlichen Willens* oder, wenn dies möglich ist, in einer Patientenverfügung. Die Berater in den Einrichtungen machen die Erfahrung, dass die Bewohner:innen und An- und Zugehörigen in

den Gesprächen im Verlauf des Beratungsprozesses sehr viel Wertschätzung ihrer Person und ihres gelebten Lebens erfahren. Sie begrüßen die sich aus dem Prozess ergebende Klarheit und Handlungssicherheit.

25.5.4 Spiritual Care im Kontext von Leitbildern

Das Bewusstsein und die Bedeutung von Spiritual Care/Spiritualität lassen sich nur vereinzelt in Leitbildern der Einrichtungen finden. Je nach Ausrichtung und Prägung des Trägers (z. B. Evangelische Kliniken Essen-Mitte [KEM], Arbeiter Wohlfahrt [AWO], Privater Träger *Novavita*) werden ganz unterschiedliche Leitvorstellungen genannt: das christliche Menschenbild, die Menschenwürde, die individuelle Biografie und Offenheit für Diversitäten. Nur in einer Einrichtung, der AGAPLESION gAG, fand sich der Abschnitt: „Wir achten jeden Menschen in seiner Einheit von Körper, Seele und Geist. Seine Hoffnungen, Ängste, seine Lebenshaltung und seine *spirituellen Bedürfnisse* nehmen wir ebenso ernst wie seine körperlichen Leiden.“

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2015) Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html. Zugegriffen am 23.03.2023

Weiher E (2014) Das Geheimnis des Lebens berühren - Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

26 Spiritual Care – Lehren und Lernen für die berufliche Praxis: Kompetenzen und Praxismodelle

Erhard Weiher

26.1 Einleitung

Ein Blick auf die Praxis- und Ausbildungslandschaft zeigt, dass sich Modelle und Ausgestaltungsmöglichkeiten von Spiritual Care erst langsam etablieren und noch in der Entwicklung sind. Die Arbeiten sind bislang rar, die nicht nur das Feld umreißen, sondern Spiritual Care auch für die Berufspraxis erschließen. Hier legt der vorliegende Beitrag in der beruflichen Fortbildung eine vielfach erprobte anwendungstaugliche Konzeption für die spirituelle Begleitung von kranken und sterbenden Menschen vor. Zugleich versteht er sich als Beitrag zur aktuellen Diskussion um Spiritual Care und zur Frage, welche Konzepte und Handlungsmodelle für die Ausgestaltung von Spiritual Care notwendig und hilfreich sind.

26.2 Klärungen

26.2.1 Worum geht es bei Spiritual Care?

In diesem Beitrag werden einige Grundzüge von Spiritual Care als Hintergrund für die Entwicklung von konkreten Konzepten und Methoden skizziert.

Alle patientenversorgenden Berufe und Tätigkeiten (also auch ehrenamtliche Begleiter:innen) begegnen den existenziellen und spirituellen Themen, Fragen und Nöten von Patient:innen und Angehörigen (und letztlich auch ihren eigenen). Denn jede ernsthafte Krankheit – nicht erst das drohende Lebensende – greift in die körperliche, psychische und soziale Verfasstheit eines Menschen ein und berührt immer auch die existenzielle

E. Weiher (✉)
Mainz, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_26

sowie spirituelle Innenseite der Person. Dies gilt auch für alle medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten: Diese tangieren nicht nur das „Außen“ des Menschen. Sie greifen zugleich auch in das existenzielle Daseinsempfinden ein. Das ist explizit z. B. der Fall, wenn sich ein Patient durch einen Befund mit den Grenzen seiner körperlichen Leistungsfähigkeit und damit auch mit Begrenzungen seines Lebens konfrontiert sieht, was im Hinter- oder Vordergrund bei allen medizinischen Begegnungen und Behandlungen mitgegeben ist.

Grundüberzeugung von Spiritual Care ist, dass solche Widerfahrnisse den Menschen nicht nur in seiner Existenz, also seinem Dasein-können, betreffen (zu „existenziell“/„spirituell“ s. Weiher 2014, S. 28 f.), sondern zugleich auch die spirituelle Dimension berührt, die helfen kann, diesen Herausforderungen gestärkter zu begegnen. Aus dieser Überzeugung ist die Forderung erwachsen, Spiritualität mit ihrem Ressourcenpotenzial für die Auseinandersetzung des Menschen mit seinem Schicksal in die Versorgung von (schwer) kranken und sterbenden Menschen einzubeziehen.

Seit den 1990er-Jahren trägt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) der wesentlichen Rolle der Spiritualität Rechnung, indem sie fordert, diese Dimension in die Gesundheitssorge zu integrieren und alle Disziplinen für die spirituelle Begleitung von Patient:innen in die Verantwortung zu nehmen.

In vielen Kulturen der Menschheit haben Religionen Sinnressourcen für die Bewältigung des Schicksals zur Verfügung gestellt. In der säkularen Moderne verlieren Religionen aber für viele Menschen ihre Tragekraft. Daher braucht es in der Postmoderne eine eigene Reflexion, auf welchen Wegen und mit welchen Methoden Spiritualität – bei religiösen wie nicht-religiösen Menschen – zur Ressource werden kann und wie dies beruflich zu gestalten ist.

Das setzt einen offenen, nicht an eine spezifische Religion gebundenen und berufsgruppenübergreifenden Begriff von Spiritualität voraus, der auch im gesundheitsberuflichen und humanwissenschaftlichen Diskurs bestehen kann.

„Alle Berufskräfte, die mit Care beschäftigt sind, integrieren Spiritual Care auf je eigene Art und Weise in ihr Care-Konzept.“ (Leget 2015, S. 227) Spiritual Care entfaltet ihre Wirkung dann im Rahmen einer spezifischen Felddynamik: Jede Profession repräsentiert einen eigenen Horizont bezüglich Spiritualität. Es müssen also Konzepte gelehrt werden, die rollenbezogen anwendbar sind. Im medizinischen und therapeutischen Behandlungskontext ist die spirituelle Dimension zwar nicht zentral, aber weil zum ganzheitlichen Auftrag gehörig, im Hinter- oder Vordergrund immer eine Komponente in der beruflichen Begegnung. Was dies konkret bedeutet und welche Aufgaben, aber auch Grenzen damit verbunden sind, ist beim Thema *Kompetenz* genauer zu beleuchten.

26.2.2 Welcher Begriff von „Spiritualität“ wird hier zugrunde gelegt?

Das Verständnis von *Spiritualität* deckt sich längst nicht mehr mit dem von *Religion*, ist aber auch nicht davon zu trennen. Jede Religion versteht sich zutiefst als Glaubenssystem, das spirituelle Erfahrung ermöglichen will. Eine Religion ist nur unzureichend mit einem

Regelwerk, einem Dogmen- oder Moralsystem umschrieben. In der Begegnung mit Religionszugehörigen geht es vielmehr darum, darauf zu hören, welche Spiritualität damit für sie verbunden ist. In Spiritual Care gilt es also, alle Ausdrucksformen von Spiritualität wahrzunehmen: sowohl solche, die mit einer Religion verbunden sind, als auch solche ohne Bezug zu einem religiösen System.

Grundsätzlich ist Spiritualität *als Spektrum* zu sehen mit den Polen *alltagspragmatisch* („Ich kann auch ohne höhere Gedanken leben …") und *dezidiert religiös* (Weiher 2017). Viele Patient:innen würden sich bei dieser Klassifikation wahrscheinlich irgendwo zwischen diesen Polen zuordnen („Ich glaube, dass es da noch etwas über uns hinaus gibt …"). Damit folgt als Prämisse für die Gesundheitsberufe, dass sie bei jedem Menschen, dem sie beruflich begegnen, eine spirituelle Dimension – im obigem sehr weiten Verständnis – annehmen und damit auch Menschen ohne definierte Einstellung als spirituell ansehen. *Es gilt also, jedem Menschen, der uns beruflich aufgegeben ist, nicht nur in seiner körperlichen, sondern auch in seiner spirituellen Verfasstheit zu begegnen*. Nicht*, dass* jeder Mensch eine spirituelle Dimension in sich trägt, ist dann zu diskutieren, sondern in welcher Gestalt sie erscheint und sie im Berufsalltag anzutreffen ist.

Der Autor schlägt daher als inhaltlich sehr offene Definition vor: Spiritualität ist, ganz allgemein gesprochen, der *innere Geist*, aus dem heraus ein Mensch Dasein und Welt versteht, woraus er sein Leben gestaltet, er Sinn erfährt und der seinen Umgang mit Leben, Schicksal, Sterben und Tod bestimmt (Weiher 2022, S. 360). Daraus folgt als Prämisse für die Begleitenden, jedem Menschen (s)einen *inneren Geist* zu glauben, der ihn zum Leben – auch mit Krankheit und Sterben – motiviert, und mit diesem inneren Geist in Beziehung zu kommen.

Obige Definition verzichtet bewusst auf eine inhaltliche Füllung von *Geist*. In der beruflichen Begegnung gilt es, sich strikt patientenbezogen zu verhalten. Es gilt darauf zu achten, von welchem Geist Patient:innen beseelt sind, wie sie ihn selbst inhaltlich füllen und wofür sie die Begleitperson brauchen, damit ihre jeweils eigene Spiritualität zum Tragen kommt und eine Ressource im Umgang mit Krankheit und Sterben werden kann.

Bei der weiteren Verfolgung dieses Themas wird sich zeigen, dass die spirituelle Dimension *nicht nur in expliziter* und damit begrifflich identifizierbarer Form auftritt, sondern *im Berufsalltag viel häufiger implizit,* in die Lebenserzählungen der Patienten eingewoben, erscheint. Ein wichtiges Lernziel in der Spiritual Care ist, dass in der Begleitung beide Erscheinungsweisen (die ausdrücklich benennbare und die in narrativer Form) in den Blick zu nehmen und handlungsleitend sind.

26.3 Welche Kompetenzen braucht es für Spiritual Care und wie sind diese zu schulen?

Das Bewusstsein dafür, dass spirituelle Aspekte in der Versorgung zu beachten sind, ist in den vergangenen Jahren gewachsen. Dies gilt inzwischen nicht mehr nur für den Bereich der Palliativmedizin. So ergeben Studien, dass ein beachtlicher Teil von befragten Ärzt:in-

nen eine spirituelle Orientierung haben (Büssing et al. 2013), die allerdings letztlich privat bleibt. Ähnlich ist eine große Zahl von befragten Pflegenden der Überzeugung, dass Spiritual Care einen wichtigen Teil der Pflege darstellt. Aber über 90 % der Befragten gaben an, dass sie nur gelegentlich in der Lage seien, auf die spirituellen Bedürfnisse von Patient:innen einzugehen (vgl. Zegelin 2005). Es ist also dringend notwendig, Fragen der Kompetenz in spiritueller Begleitung weiter zu reflektieren (vgl. Weiher 2015) und Praxis- und Schulungsmodelle dafür zu entwickeln.

26.3.1 Kompetenz: Zuständigkeit und Fähigkeit

Gemeinhin wird Kompetenz mit *Haltung, Wissen* und *Fertigkeiten* umschrieben. Diese Sicht sollte um die Kategorie *Persönlichkeit, Lebens-* und *Berufserfahrung* ergänzt werden. Denn diese geben ersteren ihre Überzeugungskraft und ihre Tiefe. Grundsätzlich gilt es, beim Begriff „Kompetenz" im beruflichen Kontext zwei Perspektiven zu unterscheiden: Zuständigkeits- und Fähigkeitskompetenz.

26.3.2 Kompetenz im Sinn von „Zuständigkeit": Was muss bedacht werden?

Zuständigkeit bezüglich Spiritual Care heißt: Alle Berufskräfte, die sich um Patient:innen sorgen, haben per se die Aufgabe, sich auch um die existenzielle und spirituelle Dimension eines jeden Klienten zu sorgen. Kranke Menschen kommen zwar in erster Linie mit physischen (oder psychischen) Problemen zu den medizinisch/pflegerisch/therapeutischen Fachkräften und in eine Facheinrichtung. Aber zugleich mit der körperlichen bringen sie automatisch (aber nicht unbedingt ausdrücklich) auch ihre seelische Verfasstheit in die Begegnung mit den Fachkräften mit ein. Wie weit reicht dann die Zuständigkeitskompetenz und wo sind deren Grenzen? Zwar haben alle Berufe die Aufgabe der ganzheitlichen Versorgung. Das kann aber nicht heißen, dass jede Profession alles bedienen können muss. Dies würde einerseits zu einer Überforderung führen und andererseits zu einer Verflachung der Inhalte einer jeden Fachrichtung. Es gehört daher zum Grundverständnis von *ganzheitlich*, dass dies erst im Zusammenwirken aller Disziplinen und aller Mitarbeitenden zu verwirklichen ist. Zugleich sind die Grenzen der Zuständigkeit von Spiritual/Existential Care daraufhin zu reflektieren, dass auch die Patient:innen vor Übergriffen von Mitarbeitenden, die ihre fachliche Kompetenz überschreiten, geschützt werden müssen.

26.3.2.1 Felddynamik

Eine weithin übersehene Dimension der Zuständigkeitskompetenz ist das Rollenbewusstsein der Gesundheitsfachpersonen. Die jeweilige berufliche Rolle ist sozusagen die heimliche *Co-Leiterin* bei allen beruflichen Beziehungen. Genauso wie bei rein medizinischen

Fachthemen wird die professionelle Fachkraft nicht als Privatperson gesehen, sondern als Berufsperson, der außer der Fachlichkeit eine reflektierte, durch die Begegnung mit vielen Menschen, Situationen und Themen angereicherte Einstellung zu Leben und menschlichem Schicksal zugetraut wird. Die Fachperson ist zugleich Träger einer symbolischen, nämlich überpersönlichen und zugleich menschheitlichen Rolle: Ihr vertraut die Gesellschaft Menschen in Leid und Not an. Dieser symbolische Aspekt der Rolle aber löst eine über das rein Fachliche hinausgehende Dynamik auch bei spirituellen oder religiösen Fragen und Themen aus. Die Rolle enthält eine Übertragungswirkung, aus der sich der Patient – bei gelingender Kommunikation – Krankheitsdeutung, Halt, Hoffnung, Trost und Wertschätzung „holt“: bei einer Ärztin anders als bei einem Psychotherapeuten, bei einer Pflegefachkraft anders als bei der Hospizbegleiterin, der Seelsorgerin oder dem Religionsvertreter. Die Übertragungsfunktion hat ein eigenes „therapeutisches“ Potenzial – mehr als dem oder der Rollenträger:in oft bewusst ist. Deshalb ist es wichtig, in Fortbildungen das Bewusstsein für die Dynamik der beruflichen Rolle zu schärfen. Bei den Themen Neutralität, Asymmetrie und private Spiritualität wird dies besonders deutlich.

26.3.2.2 Neutralität versus Abstinenz

In diesem Zusammenhang muss auch die Frage der Neutralität medizinisch/pflegerisch/therapeutischer Berufe in Bezug auf die Spiritualität der ihnen fachlich anvertrauten Menschen diskutiert werden. Natürlich spielt in jede berufliche Begegnung auch die Persönlichkeit, die Wärme und Zuwendungsfähigkeit der Berufsperson hinein. Ebenso ist diese geprägt von deren persönlichen Überzeugungen, Erfahrungen und Interessen. Jede professionelle Person verbindet auch spirituelle Motive und Grundorientierungen mit ihrem Beruf. In diesem Sinn ist eine Begegnung nie „neutral“ (vgl. dazu Peng-Keller 2020, S. 131).

Die Forderung nach neutraler Haltung kann also nicht heißen, dass Professionalität mit Teilnahmslosigkeit, Interessen- und Beziehungslosigkeit einhergehen muss. Im Gegenteil: Professionalität benötigt das Interesse am Gegenüber und an dessen Einstellungen zu Leben und Schicksal. Der Arzt/die Ärztin sollte z. B. bei der spirituellen Anamnese nicht den Patient:innen bzw. den/der Bewohner:in nach dessen/ihren Glauben fragen und anschließend über das Geäußerte neutral hinweggehen. Jedoch kann man sich bewusst dafür entscheiden, auf eigene Stellungnahmen gegenüber den spirituellen oder religiösen Überzeugungen der Patient:innen zu verzichten. Im Gegensatz zur *Neutralität* lässt die Haltung der *Abstinenz* Spielräume für eigene Entscheidungen und bewusst gewählten Dialog. Es geht zunächst um die respektvolle Wahrnehmung und Resonanz. Es geht also vorrangig um Zurückhaltung in Bezug auf inhaltliche Deutungen. Es gehört zudem zum Ethos der Berufsperson, nicht die eigene Spiritualität auf Patient:innen zu übertragen, sondern auf deren Sinnausrichtung zu achten und darauf zu hören, mit welcher Einstellung diese ihr Schicksal zu bewältigen suchen und wofür sie die Begleitperson brauchen. Wie diese „Abstinenz“ anstatt Neutralität konkret zu verstehen ist, wird im weiteren Verlauf dieses Beitrags immer wieder berührt.

26.3.2.3 Die Rolle der persönlichen Spiritualität der Begleitenden

Es ist natürlich wünschenswert, dass Gesundheitsfachkräfte für sich eine spirituelle Ausrichtung für ihr Leben und ihren Beruf und daraus folgend eine Vorstellung von *Spiritualität* haben. Dies wird vielfach gefordert. Wenig diskutiert wird dabei jedoch, dass heute bei Weitem nicht alle Mitarbeitenden eine bewusste Spiritualität entwickelt haben und eine solche nicht einfach vorauszusetzen ist. Zudem wird wenig bedacht, dass das Persönliche nicht unbedingt beruflichen Anforderungen entsprechen muss. Private Einstellungen können wenig reflektiert sein, einen sehr begrenzten Horizont oder sehr spezielle Einstellungen zu Krankheit, Sterben, Tod beinhalten, die nicht der Lebens- und Krankheitsverarbeitung der Menschen dienen bzw. diese eher verunsichern würden. Bei Angeboten von Fortbildungen in Spiritual Care muss auch bedacht werden, dass der Trägereinrichtung bekannt sein muss, welche Konzepte spiritueller Begleitung, welche Vorstellungen von Spiritualität und welche Instrumente jeweils geschult werden.

In Fortbildungen gilt es zu lernen, die eigene Spiritualität und Religiosität von der der zu Betreuenden zu unterscheiden und mit eigenen Deutungen zurückhaltend zu sein. Vielmehr ist die Aufmerksamkeit auf die Patient:innen zu richten und dafür wahrnehmungsfähig zu werden. Im Gegenzug ist zu betonen, dass die Professionellen selbst spirituell „unmusikalisch“ sein können und dürfen, auch die spirituellen Überzeugungen ihrer Patient:innen nicht teilen oder gar gutheißen und dennoch für deren Sichtweisen offen und beziehungsfähig sein müssen. Eine entsprechende Fortbildung dient auch dazu, die eigene Spiritualität zu reflektieren. Gerade durch die Begegnung mit einer großen Vielfalt an Möglichkeiten spiritueller Einstellungen bei ihren Patient:innen können manche Fachkräfte die spirituelle Dimension in sich überhaupt erst entdecken, andere korrigieren oder erweitern und vertiefen. Gerade weil mit dem komplexen Begriff „Spiritualität“ die verschiedensten Vorstellungen (auch Vorurteile, Abneigungen und Idealisierungen) verbunden sind, kann eine Fortbildung zu neuen Sichtweisen und damit zur Horizonterweiterung und Profilschärfung beitragen.

Die Berufs-Begegnungstauglichkeit ist auch deswegen so wichtig, weil in der Beziehung zwischen Behandelnden und Patient:innen eine Asymmetrie herrscht. Spiritualität ist dann nicht nur eine Angelegenheit „von Mensch zu Mensch“. Es ist immer auch das Gewicht zu bedenken, das die Berufsrolle und deren Wirkung gerade in solchen sensiblen Angelegenheiten mit sich bringt. Es muss geschult werden, dass – im Bewusstsein der professionellen Rolle – die eigene Einstellung Patient:innen nicht unbedingt vorenthalten werden muss und wie sie angeboten werden kann.

Die eigene Spiritualität kann, wenn sie gleich am Anfang einer Fortbildung aufgerufen wird, sehr leicht zum alleinigen Maßstab für berufsadäquate Spiritualität überhaupt genommen werden. Auf dem oben geschilderten Hintergrund erscheint es eher als sinnvoll, in Fortbildungen zu Spiritual Care die Patient:innen-Perspektive in den Mittelpunkt zu stellen und die Wahrnehmung und Resonanzfähigkeit auf die je persönliche Spiritualität der Patient:innen zum Schwerpunktthema der Fortbildungen zu machen.

26.3.3 Welche Kompetenzen im Sinn von „Fähigkeiten" braucht es für Spiritual Care?

Aus der Thematisierung der Zuständigkeit folgt notwendigerweise die Frage, welche Fähigkeiten für Spiritual Care nötig sind. Schließlich geht es nicht nur um die formale Zuweisung von Aufgaben, sondern vor allem um Fertigkeiten, die spirituelle Dimension als unterstützend und zur Verbesserung der Lebensqualität in die Begegnung mit Patient:innen einzubeziehen.

Was bedeutet dies für den gesundheitsberuflichen Kontext? Jeder Beruf hat primär einen fachlichen Fokus. Das Professionsspezifische ist der Grund, weshalb ein Mensch in eine Einrichtung kommt und dort auf fachliche Behandlung hoffen darf. Zwar ist mit schwerer Krankheit und Krise immer auch die existenzielle und spirituelle Dimension verbunden. Diese steht aber i. d. R. nicht im Vordergrund. In der Berufsdynamik steht das medizinisch-therapeutische Denken und Handeln im Vordergrund. Wenn man aber auch die Spiritualität als heilsam für den Umgang mit Krankheit und Sterben ansieht, sollte gelten:

- Die spirituelle Dimension darf im Behandlungskontext nicht grundsätzlich *aus*geblendet werden. Sie ist bei Krankheit und Krise und damit in beruflichen Begegnungen (meist im Hintergrund) einfach mitgegeben.
- Normalerweise blenden die therapeutischen Fachberufe das Spirituelle aber *ab*, wenn sie gerade ausdrücklich mit dem medizinisch-Fachlichen befasst sind.
- Das Existenzielle und Spirituelle kommt aber in den Vordergrund, wenn entweder der/die Patient:in dies zu erkennen gibt („… warum gerade ich?") oder die Fachleute durch Instrumente der spirituellen Anamnese oder direkte Fragen die Einstellung des/der Patient:in ansprechen. Dann gilt es, diese Dimension *einzublenden*.

Was für dieses *Einblenden* für Fähigkeitskompetenzen nötig sind, soll im Folgenden beleuchtet werden.

26.4 Fähigkeiten, die zu schulen sind: Praxismodelle

Diese Überlegungen führen zu der Frage, in welcher Weise sich Spiritualität zu erkennen gibt und welche Kompetenzen es braucht, um die Dimension der Spiritualität rollengemäß einzubeziehen und den spirituellen Dialog zu gestalten.

26.4.1 Spiritualität in expliziter Form

Hier sollen zunächst Formen im Fokus sein, die die ausdrückliche, die *explizite* Spiritualität und Religiosität betreffen.

26.4.1.1 Spiritualität explizit

- Wenn Patienten ihre Einstellung offen zeigen: Bei vielen Menschen treffen die Fachkräfte auf religiöse und spirituelle Zeichen am Bett oder im Zimmer von Kranken. – In der Fortbildung gilt es, in solchen Situationen Worte zu finden, wie man die Einstellung der Patienten behutsam ansprechen und seine Aufmerksamkeit zeigen kann, ohne zudringlich zu werden.
- Wenn Patienten existenzielle Fragen stellen oder Themen ansprechen: „Warum passiert das gerade mir?“, „Was wird aus mir?“, „Gucken Sie mal, wie ich aussehe!“ – Solche Themen warten nicht, bis eine Fachperson für Existenzielles vorbeikommt. Hier sind die Fachkräfte selbst gefragt, in geeigneter Weise Resonanz zu geben.
- Wenn Fachkräfte initiativ werden: Hier sind vor allem das spirituelle Screening oder die spirituelle Anamnese zu nennen, die es in verschiedenen Varianten gibt (z. B. HOPE, SPIR). Initiativ kann aber auch gefragt werden: „Was gibt Ihnen Kraft … Sinn … Hoffnung …?“, „Was sind wichtige Werte für Sie?“. Solche Fragen signalisieren, dass Medizin und Pflege die spirituelle Dimension ihrer Patient:innen wahr- und ernst nehmen und diese ihnen vielleicht auch tiefere existenzielle Themen anvertrauen können.
- Assessment-Instrumente müssen in der Fortbildung nicht formal eingeübt, sondern nur vorgestellt und ihr Sinn reflektiert werden. Es sollte dabei klar werden, welche Möglichkeiten, aber auch Grenzen damit verbunden sind. Es geht vor allem darum zu diskutieren, wie und in welchem Kontext sie einzusetzen sind und wie viel Zeit hierfür erforderlich ist. Sie müssen etwa bei Patient:innen gut eingeführt werden, damit sie wissen, wozu dieses Vorgehen dient und wie Antworten weiterverwendet werden. Außerdem muss bedacht werden, wie mit dabei auftauchenden Aussagen und (evtl. religiösen) Themen und Fragen umzugehen ist, die über die unmittelbare Fachkompetenz der Interviewenden hinausgehen.

26.4.1.2 Ein Stufenmodell

Für den Umgang mit diesen verschiedenen expliziten Formen wird hier ein mehrstufiges Modell vorgeschlagen, das im Folgenden skizziert werden soll (vgl. Weiher 2015).

Erste Stufe: Wenn spirituelle oder religiöse Themen direkt zur Sprache kommen, gilt es, diese zunächst unbefangen wahrzunehmen – obwohl sie offensichtlich über den Horizont der Fachsprache hinausgehen. Hier lassen die Fachkräfte durch *aktives Zuhören* den/die Patient:in spüren, dass diese Belange bei ihnen angekommen sind. Es ist dabei wichtig, dass sie z. B. auch religiöse Fragen als menschheitlich bedeutsame Themen wahrnehmen und verstehen, die keiner besonderen Fachsprache bedürfen.

Zweite Stufe: Die Begleiter zeigen Interesse und Wertschätzung für das, was diesen Menschen umtreibt. Die medizinischen Fachkräfte *behandeln* i. d. R. die Aussagen nicht weiter, zeigen aber ihr Interesse für das Gesagte und damit zugleich für den/die Patient:in. Viele existenzielle Fragen und Äußerungen, die z. B. im Screening oder bei der spirituellen Anamnese auftauchen, sind auf diese Weise im *Containing* der Berufsrolle aufgehoben und in gewisser Weise „beantwortet“. Sie müssen nicht vertieft durchgearbeitet werden.

Hier geht es nicht um „Behandlung“, sondern um „Care“ und im wohlverstandenen Sinn um „Abstinenz“. Oft braucht es nur eine qualifizierte Resonanz, sodass ein Mensch sich auch mit seinen Fragen und Gedanken, die außerhalb der medizinischen Logik liegen, gewürdigt und heilsam berührt erfährt. Die Übertragungswirkung der Berufsrolle, nicht nur die jeweilige Fachperson selbst, gibt dem/der Patient:in hier zusätzlich Bedeutung.

Dritte Stufe: Patient:innen äußern existenzielle Fragen auch in ausdrücklich spiritueller oder religiöser Form. Hier gilt es zumindest, die Frage selbst (und damit zugleich die Fragenden) zu würdigen, anstatt nur deshalb das Anliegen zurückzuweisen, weil man keine Antwort weiß. Fachkräfte müssen sich dabei immer des asymmetrischen Verhältnisses zwischen ihnen und den Patient:innen – und damit der negativen oder positiven Wirkung ihrer Rolle – bewusst sein.

Vierte Stufe: Die Fachkraft überlegt, wofür sie jeweils gebraucht wird: Ob bei existenziellen Themen und Fragen ein längeres Gespräch nötig ist, ob sie dafür jetzt Zeit hat oder später darauf zurückkommen will. Auch schwerwiegende existenzielle Fragen müssen nicht gleich als einer Behandlung bedürftige „spirituelle Schmerzen“ eingestuft werden. Die Fachkraft muss entscheiden, ob die wertschätzende rollenunterstützte (!) Resonanz und ihr Containing genügt, oder ob die Probleme so komplex, gravierend und anhaltend sind, dass es hier auch spezialisierter hauptamtlicher Spiritual Care bedarf.

26.4.2 Spiritualität in narrativer, impliziter Form

Eine im Spiritualitätsdiskurs (noch) wenig beachtete Möglichkeit, Spiritualität in die Begleitung einzubeziehen, ist die symbolische Kommunikation (Weiher 2014). Viele Menschen, die Patient:innen sind, können ihre Lebenseinstellung nicht einfach klar benennen, andere haben keine reflektierte oder offensichtliche Spiritualität oder keine identifizierbaren spirituellen Bedürfnisse. Ihre Lebensausrichtung muss auch im „Spektrum der Spiritualität“ ihren Platz haben. Sie haben es verdient, spirituell unterstützt zu werden. Spiritualität in impliziter Form findet sich im Berufsalltag heute weitaus häufiger als die explizite.

26.4.2.1 Wie Patienten den Schlüssel in die Hand geben

Den Zugang dazu bieten die Patienten selbst mit ihren Lebenserzählungen und Identitätsaussagen, weniger über direkte existenzielle Fragen. In ihren oft alltäglichen und (scheinbar) beiläufig geäußerten Lebensgeschichten geben die Menschen indirekt Hinweise auf ihre Erfahrungen und Quellen, aus denen sie Sinn, Erfüllung und Kraft schöpfen. In den beruflichen Alltagsbegegnungen erscheinen sie meist ganz unspektakulär:

- „Wissen Sie, wir haben drei Söhne. Der Älteste … .“
- „Schwester, dieses Jahr bin ich zum ersten Mal nicht in meinem Weinberg.“

Hier ist zu reflektieren, warum wohl Patienten solche (banal erscheinenden) Aussagen bei den doch mit Medizin und Pflege beschäftigten Menschen machen und welches wirkliche Anliegen sie damit verbinden. Dieser Frage wird in drei Schritten nachgegangen.

26.4.2.2 Ein Modell für den Begleitungsweg

An der Aussage eines Patienten als Musterbeispiel können die drei Schritte der Begleitung aufgezeigt werden: „Hineinführen“ (erste Reaktionen auf das Gesagte), „Hindurchführen“ (mit dem/der Patient:in durch die „Landschaft“ seiner Erzählung gehen und sein/ihr dabei mitgemeintes Sinnpotenzial entdecken) und „Hinausführen“ (Anschluss an das Danach finden). Dies kann im Rahmen eines Rollenspiels gut dargestellt werden:

Erster Schritt: Als Erstes gilt es, nicht sofort mit eigenen Einfällen, Sachfragen, Lösungsvorschlägen oder Interpretationen zu reagieren, sondern mit anfänglicher Abstinenz zu antworten (z. B. „… Ihr Weinberg? Ah – interessant!“), damit der/die Patient:in zu seiner/ihrer eigenen Bedeutung und inneren Sinnerfahrung findet und diese nicht durch Sachfragen oder Gefühlsreaktionen und vorschnelle Interpretationen der Begleiter überlagert oder sogar verdreht werden. Es geht nämlich darum, den Patient:innen zur Selbsterkundung in ihren Sinnerfahrungen anzuregen, die sie aus ihren Leben mitbringen.

Zweiter Schritt: Um für diese Sinnquellen einen weiten Verstehenshorizont zu entwickeln, entwerfen die Teilnehmer anhand solcher Modellaussagen „Hör“-*Möglichkeiten* auf vier Ebenen:

- Sachebene: z. B. Patient:in ist schwer krank, es gibt einen Weinberg, jedes Jahr … .
- Gefühlsebene (Patient:in): bin traurig, stolz, habe Angst, sehne mich … .
- Identitätsebene (so will ich gesehen werden): bin gerne draußen, hatte viel Arbeit, damit ist meine Lebensleistung verbunden, meine Lebensrolle, sorge für meine Lieben … .
- Spiritualitätsebene: habe so Sinn erfahren, Arbeit hat mich erfüllt, habe „alle Wetter“ durchgestanden, habe so das Leben gepflegt, zum Leben beigetragen, Werden und Vergehen … etwas von der „Ordnung des Lebens“ erlebt und daran teilgenommen.

Die Teilnehmenden erkennen bei diesem *Hindurchführen*, dass Menschen nicht nur auf der Sach- und Gefühlsebene, sondern vor allem auf der Identitäts- und Spiritualitätsebene gesehen werden wollen. Denn sie benötigen die Vergewisserung ihrer Identität („… ich bin doch noch wer!?“) und Spiritualität als Ressource in der Auseinandersetzung mit Krankheit und drohendem Tod. Es geht ihnen also nicht sofort um spezifisch *spirituelle Bedürfnisse*, nicht gleich um kosmische Verbundenheit oder um *letzte Fragen* nach dem Woher und Wohin. Und doch: Je „tiefer“ die Fachkraft auf den vier Ebenen hört, desto mehr Gehalt an Sinnerfahrung, Lebensverwirklichung und Identitätserfüllung wird darin sichtbar und desto mehr erschließt sich der Reichtum des Lebens eines Menschen. Das Ziel dieser *symbolischen Kommunikation* (Weiher 2017) ist, mit dem/der Patient:in bzw. dem/der Bewohner:in zusammen zu entdecken und zu verstehen, wie viel Lebens- und Sinnerfüllung in seinen/ihren Erzählungen enthalten ist. *Symbolisch* heißt hier nicht, dass

der/die Patient:in bzw. der/die Bewohner:in selbst sich des Symbolischen seiner/ihrer Aussage bewusst ist und er/die hier über Metaphern kommunizieren will. Der Begriff gilt nur für die Begleitperson: Solche Alltagsaussagen enthalten mehr als nur Beiläufigkeiten. Mit ihnen gewährt vielmehr der/die Patient:in bzw. der/die Bewohner:in auf narrative Weise einen Zugang zu seinem/ihrem Lebensverständnis, seiner/ihrer Sinnerfahrung und dem, was ihm/ihr (trotz allen Versagens und Misslingens) *heilig* geworden ist. Solche spirituellen Entdeckungen können durch die wertschätzende Resonanz des Professionellen zur wichtigen Begleitressource für den/die Patient:in werden.

Dritter Schritt: Beim *Hinausführen* ist mit den Patient:innen bzw. den Bewohner:innen zusammen zu überlegen, wie sie diese Entdeckung als Ressource weiter nutzen können (z. B. ein Vermächtnis formulieren, einen Brief an die Angehörigen, ein wertschätzendes Gespräch mit ihnen über die gemeinsame Lebenszeit, Weisheitsworte aus der Bibel oder dem Glaubensschatz, Segensworte und -gesten, ein Lebensmotto für Kinder oder Enkel, und vor der Verabschiedung ein Dank der Begleitperson für das Vertrauen und das Geschenk dieser Begegnung).

26.4.2.3 Ressourcen im Blick haben

Für dieses symbolische „Hören“ braucht es oft nicht viel Zeit, um Menschen zum Erzählen zu ermutigen und wertschätzend auf das Kostbare und Wertvolle ihres Lebens und damit letztlich auf ihr *Heiliges* einzugehen und den Schatz aufleuchten zu lassen.

> Es gilt dabei zunächst nur, würdigende Resonanz zu geben, nicht weiter zu analysieren und nicht bearbeiten zu wollen. Spirituelle Begleitung in diesem Kontext ist keine spirituelle Beratung oder Therapie! Das qualifizierte Zuhören und die Wertschätzung durch die Fachperson gibt dem Gesagten und damit dem/der Patient:in bzw. dem/der Bewohner:in selbst Bedeutung und erhöht die Ressourcenkraft

Es geht nicht darum, proaktiv Probleme beseitigen oder das Leid und die Trauer wegmachen zu wollen, sondern den Patient:innen zu helfen, eigene Ressourcen zu entdecken. Dann können sich ihre „Tragflügel“ verbreitern, damit sie Leid und Trauer gestärkter tragen können.

Im Berufsalltag genügen oft wenige Elemente aus dem oben skizzierten Programm. Dafür bedarf es i. d. R. keiner langwierigen und zeitaufwendigen Gespräche. Die hier vorgestellte Begleitmethode kann im Übrigen auf andere, von den Teilnehmenden mitgebrachte Fälle, aber auch auf die „unlösbaren“ existenziellen Fragen (Warum?, Schuldempfinden, Sinnlosigkeitserfahrung, Wunsch nach assistiertem Suizid, aus dem Leben mitgebrachte Trauer etc., aber auch auf das Trösten und Hoffnung-machen) angewandt werden (vgl. Weiher 2014). Hier gilt es auch, sich nicht auf die existenzielle Not zu fixieren, sondern mithilfe der *drei Schritte* Patient:innen zu helfen, spirituelle Ressourcen als *Gegengewichte* bei sich zu entdecken, die das Schwere tragen helfen. Auf diese Weise

können die Fachkräfte auf das Existenzielle und Spirituelle der Patient:innen in ihrer Berufstätigkeit eingehen. Sie können darauf vertrauen, dass das Identitäts- und Würdeempfinden der Menschen dadurch gestärkt wird, womit diese ihren Weg durch Krankheit und Krise zu gehen vermögen.

26.5 Fazit

Für den beruflichen Kontext ist es wichtig, die *Alltagsspiritualität* der Menschen in den Vordergrund zu stellen, anstatt abstrakter Definitionen, die der Erlebensvielfalt nicht gerecht werden. Die Beachtung der – meist implizit geäußerten – Alltagsspiritualität wird vor allem den vielen Menschen gerecht, deren spirituelle Quellen nicht so offensichtlich sind oder die keine konkreten spirituellen Bedürfnisse äußern (können). Sie dient zugleich aber auch dezidiert religionsverbundenen Menschen, die nicht nur auf ihr Glaubensbekenntnis, sondern auch auf ihre Sinnerfahrungen angesprochen werden wollen. Im Gegenzug ist auf diese Weise spirituelle Begleitung auch den Fachkräften leichter möglich, die sich in explizit spirituellen oder religiösen Einstellungen und Praktiken nicht auskennen. Die implizite Gestalt von Spiritualität bei Patient:innen und Angehörigen wird im Spiritual-Care-Diskurs bisher noch kaum wahrgenommen. Ebenso gibt es noch wenig Modelle und Methoden, die es gestatten, ihr beruflich zu begegnen. Es ist daher nötig, die oben skizzierten oder weitere (wohl erst noch zu entwickelnde) Kommunikationsformen und Methoden für Schulungskonzepte bereitzustellen.

Literatur

Büssing A, Hirdes AT, Baumann K, Hvidt NC, Heusser P (2013) Aspects of spirituality in medical doctors and their relation to specific views of illness and dealing with their patients individual situation. Evid Based Complement Alternat Med 2013:734392. https://doi.org/10.1155/2013/734392

Leget C (2015) Spiritual Care als Zukunft der Seelsorge! Diakonia 46:225–231

Peng-Keller S (2020) Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmodelle und Entwicklungsperspektiven. Spiritual Care 9(2):127–135

Weiher E (2014) Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. 4. Aufl., Kohlhammer

Weiher E (2015) Seelsorge – das machen doch alle!? Kompetenzen und Grenzen in Spiritual Care. Diakonia 46:241–248

Weiher E (2017) Symbolische Kommunikation in Seelsorge und Spiritual Care. In: Peng-Keller S (Hrsg) Bilder als Vertrauensbrücken. Die Symbolsprache Sterbender verstehen. De Gruyter, S 17–34

Weiher E (2022) Plädoyer für einen (berufs-) alltagstauglichen Begriff von Spiritualität. Spiritual Care 11(4):357–365. https://doi.org/10.1515/spircare-2021-0003

Zegelin A (2005) „Festgenagelt sein“ – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Pflege 18:281–288

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Warum Spiritual Care eine Ressource für Gesundheitsfachkräfte ist

27

Erhard Weiher

27.1 Einleitung

„Ein Leben ohne eine Annahme über die Wirklichkeit, ohne einen Sinn, ist unerträglich." Diese These von Paul Watzlawick gilt nicht nur grundsätzlich für das Dasein des Menschen in der Welt, sondern erst recht, wenn dieses Dasein durch Krankheit und Tod bedroht ist. Dann stellen sich unabweisbar Fragen der Sinngebung und -findung. Das Bewusstsein dafür, dass Spiritualität und Religion wesentliche Quellen für Sinnerfahrung (Schnell 2011) und damit auch wichtig für die Unterstützung von Kranken und ihren Angehörigen sind, ist in den vergangenen Jahrzehnten gewachsen. Für die Auseinandersetzung des Menschen mit seinem Schicksal wird Spiritualität als hilfreicher Faktor auch in der medizinischen Welt immer mehr anerkannt. Im Folgenden soll der Fokus auf die Helfenden selbst gerichtet und der Frage nachgegangen werden, ob und wie die Anwendung von Spiritual Care nicht nur für die primär Betroffenen, sondern auch für die Begleiter:innen selbst eine bedeutende Ressource sein kann.

27.2 Persönliche und berufliche Spiritualität

In der Literatur wird als Voraussetzung für das Praktizieren von Spiritual Care oft die persönliche Spiritualität betont, der sich Mitarbeitende gewahr werden sollen, um überhaupt spirituell begleiten zu können. Natürlich ist es wünschenswert, dass Begleitende einen Sensus für Spiritualität als anthropologische Dimension entwickeln. Bei zunehmend mehr Angehörigen der Gesundheitsberufe kann aber in der säkularen Moderne nicht von einer persönlich angeeigneten Spiritualität ausgegangen werden. Wenn auch von ihnen ein

E. Weiher (✉)
Mainz, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_27

Verständnis und eine Wahrnehmungsfähigkeit für die spirituelle Dimension erwartet werden wird, dann ist darauf zu setzen, dass eine berufsadäquate Spiritualität vielfach oft erst durch die Ausübung des Berufs und durch die Reflexion der beruflichen Erfahrung im Team bzw. im Kolleg:innenkreis entsteht. Die Mitarbeitenden können die Erfahrung machen, dass der spirituelle Dialog mit Klient:innen – in Gegenübertragung – den eigenen inneren Dialog anregt und so die persönliche Einstellung lebendiger und tiefer wird. Daraus kann eine Spiritualität erwachsen, wie man sie ohne die Häufigkeit und Dichte der Begegnung mit dem Leid, der Hoffnung und der Freude vieler Menschen privat sicher nie entwickeln würde. Diese beruflich erworbene Spiritualität ist eine Ressource eigener Art.

27.3 Spiritual Care als Ressource für die Helfenden

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe haben zunächst durch ihre Fachausbildung und ihre fachliche Zuständigkeit medizinisch-therapeutische Aufgaben. Ihre Klient:innen bringen aber immer auch ihre existenzielle Betroffenheit in die Beziehung zu ihren Versorgern mit ein. Ob diese im Hintergrund bleibt oder durch Äußerungen der Patient:innen in den Vordergrund rückt, – die existenzielle und damit auch spirituelle Dimension ist bei allen beruflichen Begegnungen und Behandlungen mit im Spiel. Dies gehört unabweisbar zu diesen Professionen. Denn alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen berühren selbstverständlich auch die existenzielle Innenseite des Menschen und wecken Fragen des Daseins. Von vielen Mitarbeitenden hört man immer wieder, dass sie den Beruf gewählt haben, weil sie mit Menschen umfassend – und damit auch mit deren Krankheits- und Schicksalserfahrung, die dabei mitgegeben sind – arbeiten wollen. Wenn sie aber immer nur aus ihrem persönlichen Reservoir schöpfen müssten, wären sie bei ihren ständigen Berührungen mit dem Schicksal der Menschen überfordert.

Auf welche spirituellen Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten können Helfenden in ihrem Beruf zurückgreifen?

- Die Begegnung mit der existenziellen Dimension *der Anderen* löst immer auch Resonanzen in der Existenzerfahrung der Helfenden aus. Allerdings hat die instrumentelle Vernunft der Medizin keine *Sprache*, die dem Nichtmachbaren und Unausweichlichen des Schicksals angemessen zu begegnen gestattet. Demgegenüber hilft Spiritual Care, dem Existenziellen nicht sprachlos ausgeliefert zu sein, sondern damit qualifiziert umgehen zu können. Die Helfenden sind machtlos und hilflos dem Tod gegenüber, nicht aber der Gestaltung des Krankheits- und Sterbeprozesses. Die existenzielle Dimension nicht ausblenden zu müssen, sondern auf sie eingehen zu können, stärkt die Verhaltens- und Handlungskompetenz der Betreuenden und Begleitenden selbst. Für Berufe, die vorwiegend auf Handeln ausgerichtet sind, ist es eine wichtige Ressource, sich auch der Spiritualität gegenüber nicht als hilflos, sondern begegnungs- und handlungsfähig zu erfahren.

- Die Fähigkeit, durch Spiritual Care auch mit der existenziellen und spirituellen Dimension etwas anfangen zu können, erweitert und vertieft die persönliche Sinnerfahrung in dieser Arbeit, zugleich aber auch die Sinnhaftigkeit des Berufs selbst. Sie lässt die medizinisch funktionellen Tätigkeiten ganzheitlicher gestalten. Spiritual Care ermöglicht es, über die instrumentelle Logik der Medizin hinaus eine andere*, sinngebende Logik* einzubeziehen, die gestattet, auch dem Unlösbaren am Schicksal von Menschen mit *sinnvoller Praxis* zu begegnen.
- In der säkularen Moderne können die Menschen in Situationen existenziell höchster Herausforderung nicht mehr auf eine allgemein geteilte Sinnstruktur zurückgreifen. Spiritual Care aber ermöglicht den Mitarbeitenden, kranke, sterbende und trauernde Menschen einer Auffangstruktur anzuvertrauen, die überpersönlich und – religiös gesprochen – überweltlich sein kann. Dies gilt erst recht, wenn die Potenziale des Machbaren an ihre Grenzen kommen oder ausgeschöpft sind. Zugleich können die Professionellen alles, was sie mit ihrer Fachkompetenz nicht einlösen oder abwenden können, an die spirituelle Dimension übergeben und sich damit entlasten. Spiritualität *beantwortet* nicht die Frage nach dem Leid, sondern stellt einen *Container* (Weiher 2014, S. 201 ff.) für die Begegnung mit dem Leid zur Verfügung. Ein wichtiges Beispiel dafür sind berufliche und spirituell-religiöse Rituale. Mit dieser *symbolischen Sprache* des Rituellen können sie im Angesicht des Nichtmachbaren handeln und spirituelle Auffangmöglichkeiten einbeziehen. Damit können sie auch dem Unsagbaren und Unausgleichbaren Würde zusprechen. Rituale geben Bedeutung und Sinn, wo Worte allein und die Logik der Medizin nicht ausreichen. So können die Fachkräfte sich auch auf diese Weise dem Existenziellen gegenüber als kompetent erfahren und kompetent handeln.
- Die Fähigkeit, spirituell zu trösten, hilft nicht nur dem Kranken und Sterbenden. Sie tröstet auch den Tröstenden selbst, weil er/sie den/die Patient:in getröstet sieht und in einer anderen Dimension als er/sie selbst anbieten kann, aufgehoben weiß. Es ist wichtig zu bemerken, dass diese Auffangmöglichkeiten nicht in erster Linie dem narzisstischen Bedürfnis der Helfenden dienen darf (selbst getröstet werden wollen, Hoffnung „machen“ zu können, Schuld ausreden zu können etc.), sondern in erster Linie den primär Betroffenen. Das eigene Getröstet-sein ist das indirekte Ergebnis des Tröstens. So gesehen dürfen die Helfenden sich vom spirituellen Reichtum der Menschen, denen sie begegnen, auch beschenken lassen.
- Nicht zuletzt ist die berufliche Rolle selbst eine wenig gesehene Ressource für die Fachkräfte. Jede Profession im Gesundheitswesen hat nicht nur eine funktionelle, sondern auch eine symbolische Bedeutung. Menschen in Krankheit und Krise vertrauen sich zunächst der fachspezifischen Seite dieses Berufs an. Zugleich hat jede Profession aber auch eine menschheitlich-existenzielle Bedeutung. In spiritueller Hinsicht verkörpert jeder Gesundheitsberuf auch,
  - dass ihre Profession für den menschheitlichen Auftrag steht, sich Kranken und Sterbenden zuzuwenden und in Gestalt der eigenen Person auch am Ort von Leid und Tod präsent zu sein.

  - dass die Helfenden neben allem Machen oft „nur“ Zeugen für Leid und Endlichkeit sein und ihren Beistand doch zur Verfügung stellen können.
  - dass Krankheit und Sterben zur Ordnung des Lebens gehören und sie diese Wahrheit nicht erfunden, sondern vorgefunden haben.
  - dass das Schicksal des Menschen sein Geheimnis hat (Weiher 2021), über das die Helfenden letztlich nicht verfügen, das aber spirituell begleitet werden kann.
- Die Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen müssen und können gar nicht all das Leid, das ihnen ständig begegnet, aus eigener Kraft tragen. Die Helfenden dürfen den symbolischen Aspekt ihrer Rolle in Anspruch nehmen. Dieser trägt das Existenzielle, nicht die Privatperson selbst. Spiritual Care gibt der symbolischen Seite der Berufsrolle ihre spezifische Bedeutung – mehr, als dem Rollenträger oft bewusst ist.
- Die spirituelle Perspektive erweitert auch den Horizont für ein Verständnis von „Heilung“. Heilung in einem ganzheitlichen Sinn bedeutet mehr als die Beseitigung von Störungen und die Linderung von körperlichen Symptomen. Menschen werden heil, wenn sie – trotz und zusammen mit ihrer Krankheit – mehr mit sich in Einklang kommen, mehr mit der Welt und mehr mit ihrem „höchsten Prinzip“, dem Göttlichen. Wenn Gesundheitsfachkräfte diesen Beruf gewählt haben, um zur Heilung von Menschen beizutragen, dann finden sie in diesem Heilungsverständnis ihr Ethos und ihre tiefste Motivation wieder. Spiritual Care beinhaltet diese Perspektive und erfüllt so die beruflichen Ideale vieler Mitarbeiter im Gesundheitswesen.

27.4 Zusammenfassung

Spiritual Care erweist sich in vielfacher Hinsicht nicht nur als Zusatzaufgabe für Gesundheitsberufe, sondern vor allem als eine durch nichts Anderes zu ersetzende Ressource für alle, die sich im Gesundheitswesen für *Care* engagieren.

Literatur

Schnell T (2011) Religiosität und Spiritualität als Quelle der Sinnerfüllung. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg) Gesundheit – Religion – Spiritualität. Juventa Verlag, Weinheim/München, S 259–271

Weiher E (2014) Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. Kohlhammer, Stuttgart

Weiher E (2021) Art. Geheimnis. In: Frick E, Hilpert K (Hrsg.) Spiritual Care von A bis Z. Neukirchener Verlag, Berlin/Boston, S 113–116

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

28 Auf die Haltung kommt es an – SpECi achtsam schulen – Hinweise zum Begriff der „Haltung“

Stephanie Hennings und Dirk Rademacher

28.1 Erwartungen der Kursteilnehmer:innen

Wenn Spiritual Care bedeutet, dem eigenen *Spirit* im Pflegealltag mehr Raum zu geben, dann sollte es nicht schwierig werden, Pfleger:innen für die Teilnahme am SpECi-Pilotkurs zu gewinnen, dachten die Autoren. Als sie aber dazu eingeladen wurden, wurden – neben Interesse – auch Bedenken an dem Projekt laut: „Was sollen wir denn noch alles beachten! Als ob wir nicht schon genug zu tun hätten!“ „Ich glaube, das kann ich nicht. Wenn ich jetzt auch noch für die existenziellen und spirituellen Fragen der Patienten ein offenes Ohr haben soll, dann verliere ich meine Distanz, um meinen Job gut machen zu können.“

Diese Äußerungen als Ablehnung von SpECi zu verstehen, war zu einfach. Denn die Relevanz von Spiritual Care im Pflegealltag war gleichzeitig unumstritten. Diese Kritikpunkte führten zur didaktischen Frage: Welche Kompetenzen können nach der SpECi-Fortbildung von den Kursteilnehmer:innen erwartet werden, sodass sie in ihrer professionellen Rolle gestärkt und nicht überfordert werden?

Zu Kursbeginn sagten die Kursteilnehmer:innen, dass ihnen an einer praxisnahen Herangehensweise liege. Sie kamen in den Kurs mit klaren Bedürfnissen nach leicht umsetzbarer Handlungskompetenz und suchten darauf praxisvorbereitende Antworten. Auffällig war, dass die Teilnehmenden eine große Spannweite von Erfahrungen mit spirituellen und existenziellen Fragen mitbrachten. Um dem Rechnung zu tragen, wurden Methoden erörtert und erprobt anhand von Fallbeispielen aus der Praxis. Gleichzeitig war das

S. Hennings (✉)
Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, Berlin, Deutschland
e-mail: stephanie.hennigs@jsd.de; stephanie.hennings@jsd.de

D. Rademacher
Diakonie Akademie Gesundheit und Soziales, Bugenhagenhaus, Lutherstadt Wittenberg, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_28

Ziel zu vermitteln, dass die Frage nach den Methoden der Frage nach der eigenen Haltung nachgeordnet ist, nicht umgekehrt.

Zur Veranschaulichung dieses Spannungsfeldes ein Fallbeispiel: Ein älterer Patient murmelt lakonisch auf die Frage, welche Perspektiven er für sich sehe: „Der Zug ist abgefahren!“ – Welche Antworten könnte die Pflegekraft darauf geben? Welche blockieren und welche eröffnen tiefere Gespräche? Drei Antwortmöglichkeiten und ihre Folgen könnten sein:

- Variante 1: „Stimmt nicht. Das wird wieder. Es gibt ja Medikamente, die helfen.“ – Die Widerrede ist gut gemeint und bietet sogar eine Lösung. Trotzdem wendet sich der Patient ab und ein weitergehendes Gespräch kommt nicht zustande.
- Variante 2: „Ich bin sicher, bei Gott gibt es kein ‚Zu spät‘. Er sorgt dafür, dass keiner aufgegeben wird.“ – Die religiöse Dimension wird zwar thematisiert, aber durch die apodiktische Zuspitzung kommt es dennoch zum abrupten Gesprächsabbruch statt zu Spiritual Care.
- Variante 3: „Uff. Das fühlt sich nicht gut an. Wohin sollte der Zug denn fahren?“ – Die Antwort ist kein Gegenentwurf zur Sichtweise des Patienten, sondern lädt ausgehend vom dargebotenen trostlosen Bild zur neuen Perspektive ein. Der Patient stutzt, atmet durch und fängt dann an, von seinen einstigen Plänen zu erzählen.

Warum scheiterten die Varianten 1 und 2 als Gesprächsöffner im Unterschied zu Variante 3? Immerhin wollen beide Trost und Perspektive vermitteln. In den ersten beiden Varianten wird versucht, direkt auf die Botschaft des Patienten einzugehen. Jedoch bleibt beide Male die Pflegekraft in ihrer eigenen Gedankenwelt und lässt sich nicht auf diejenige des Patienten ein. Die durchaus plausiblen Argumente – sei es Berufserfahrung, sei es der Glaube an Gottes Treue – bieten dem Patienten nicht genug Überschneidung zu seinen Gefühlen, seiner Lebenswelt, und damit nichts, was ihm helfen würde, seine Ängste und Sorgen näher zu beschreiben. Stattdessen wirken sie auf ihn wie eine Mauer, hinter der die antwortende Person unsichtbar bleibt und an der sein Bedürfnis nach Orientierung abprallt.

In Variante 3 gibt die Pflegekraft der Emotion des Patienten und seiner Metapher vom abgefahrenen Zug Raum, ohne dass sie selbst in den Sog seiner Resignation hineingezogen wird. Sie würdigt die Aussage des Patienten, gibt ihm zu verstehen, dass sie ihn ernst nimmt. Sie kann die für sie nötige Distanz zu seinen Gefühlen wahren, indem sie völlig beim Bild des Zuges bleibt. Dieser Aspekt ist für diejenige zu betonen, die befürchten, dass ihre eigene emotionale Stabilität durch Spiritual Care ins Wanken kommt. Dem Patienten hilft dies wiederum, Näheres von sich zu erzählen, weil ihm die Angst genommen wird, dass nun seine Emotionen auf erdrückende Weise im Fokus stehen.

Durch diese beidseitigen Freiheiten ist Variante 3 kein Schlusssatz, sondern ergebnisoffen. Dies kann noch verstärkt werden, indem die Logik der Metapher weiter entfaltet und reframed (neu gedeutet) wird. Dem Patienten könnte ein neuer Blickwinkel für seine

Situation ermöglicht werden durch die Fragen: „Wann fährt denn laut Fahrplan der nächste Zug? Vielleicht passt die neue Zugverbindung noch viel besser und Sie kommen sogar weniger aufwendig ans Ziel!?“

So effektiv diese Fragemethodik auch ist, hilfreich wird eine derartige Intervention nur sein, wenn die Pflegekraft dabei in ihrer eigenen Haltung klar ist: Hatte der Patient mit einer Haltung der Resignation begonnen, so wird ihm mit einer Haltung des Zutrauens geantwortet. Doch wie gelangt die Pflegekraft zu dieser Haltung?

28.2 Haltung als Resonanz

Spiritual Care, so hat es einmal Traugott Roser formuliert, ist eine „sorgende Haltung“; genauer: „die gemeinsame Sorge eines Menschen … um die Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben, in einem ganz umfassenden Sinn“ (Sonntagsblatt vom 16.11.2014). Was aber heißt in diesem Zusammenhang *Haltung*?

Häufig beschreibt der Begriff *Haltung*, dass man in einem Zustand oder in einer bestimmten geistigen Richtung verweilt – gewöhnlich sichtbar durch die Art und Weise des Verhaltens. Mit Hinweis auf Adolph Knigge, eine ausgewiesene Autorität für Umgangsfragen, wird dieses Verständnis noch durch den Aspekt der Würde ergänzt, indem Haltung „als das gemessene würdige verhalten beim Umgang mit anderen“ Menschen definiert wird (vgl. Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Stichwort *Haltung*). Wer mit Menschen in einer angemessenen Haltung in Beziehung tritt, hat darum möglicherweise auch mit Fragen der eigenen und der Würde des anderen zu tun. Nachzuvollziehen ist dies an Variante 3 im o. g. Fallbeispiel: Sie war gelungen, weil beide über das Vertiefen der Zug-Metapher in eine wertschätzende Beziehung zueinander eintraten, die den Patienten ermutigte, sich weiter zu öffnen.

Haltung lediglich als statisches oder, auch unter widrigen Umständen, verlässliches Festhalten an einer Einstellung oder einem Verhalten zu verstehen, greift also grundsätzlich zu kurz. Es scheint auch als nicht plausibel, Spiritual Care mit einem erstarrten Zustand zu konnotieren – schließlich ist Spiritual Care darauf angelegt, in einen freien Diskurs über die Sorge eines Menschen und über den Sinn des eigenen Lebens in einen kommunikativen Austausch zu treten. Zudem wäre eine unveränderliche Haltung zu spirituellen Fragen kein erstrebenswertes Lernziel von Bildungsprozessen.

Wie aber kann nun Haltung so verstanden werden, dass sie im Rahmen von Spiritual Care ihrem Gegenstand angemessen und zugleich in einem Bildungsprozess schulbar ist?

Aus Sicht der Autoren hat Hartmut Rosa mit dem Begriff der *Resonanz* eine Metapher in die Soziologie eingeführt, die das Beziehungsgeschehen zwischen Subjekt und Welt auch und gerade auf dem Feld der Spiritualität beschreibbar macht. Sein Konzept bietet zwei Vorzüge: Zum einen ist die Sprache, in der Rosa Resonanz als Beziehungsgeschehen beschreibt, *religionsneutral* und damit an die unterschiedlichen spirituellen Erfahrungen der Kursteilnehmer:innen anschlussfähig.

Zum anderen bestimmt und unterscheidet er Merkmale, die für die Erzeugung von Resonanz als ein komplexes wechselseitiges Beziehungsgeschehen zwischen Subjekt und Welt notwendig gegeben sein müssen. Aus Sicht der Autoren bilden diese Merkmale die Bausteine, um *Haltung* in einer Spiritual-Care-Fortbildung zu schulen.

Rosa beschreibt den modernen Menschen als Subjekt, das in einem *Alltagsbewältigungsverzweiflungsmodus* operiert, und „in dem uns die Welt der Menschen und der Dinge als stumm, als kalt, als gleichgültig oder feindlich begegnet" (Rosa 2019, S. 761 f.). „Eine bessere Welt ist möglich, und sie lässt sich daran erkennen, dass ihr zentraler Maßstab nicht mehr das Beherrschen und Verfügen ist, sondern das Hören und das Antworten." (a. a. O., S. 762) Genau darum geht es aus Sicht der Autoren bei der sorgenden Haltung in Spiritual Care. Rosas These lautet: „Resonanz ist kein Gefühlszustand, sondern ein Beziehungsmodus." (a. a. O., S. 288)

Folgt man dieser These, so bedeutet Haltung im Sinne von Spiritual Care nicht, die eigene Meinung oder Stimmung gegenüber den Schwingungen einer anderen Person zurückzustellen oder sie über die des anderen obsiegen zu lassen. Sondern es verhält sich eher wie bei zwei Stimmgabeln: Die eine wird angeschlagen und in die physische Nähe einer anderen Stimmgabel gebracht – und die zweite Stimmgabel beginnt nun in ihrer Eigenfrequenz mitzuschwingen. Die Schwingung des einen Körpers (im übertragenen Sinne: der einen Person) löst also eine Resonanz aus, insofern ein anderer Körper, eine andere Person angeregt wird, in der eigenen Frequenz zu schwingen.

Das kann sogar zu einer deutlichen Resonanzverstärkung führen, wie bei einer Stimmgabel, die an ein Klavier gehalten wird (a. a. O., S. 282). Die beiden Körper oder Personen resonieren dann miteinander, indem sie „als *aufeinander antwortend*, zugleich aber auch *mit eigner Stimme sprechend*, also als ‚zurück-tönend' begriffen werden können." (a.a.O., S. 285) Ein Beispiel dafür ist das Reframing der Zug-Metapher, weil die Pflegekraft dadurch nicht lediglich zeigt, dass sie die Resignation des Patienten verstanden hat, sondern „mit eigener Stimme" auf das Bild antwortet. Resonanz ist also zu unterscheiden vom bloß mechanischen Echo, also dem Verbergen einer eigenen Grundstimmung, denn dem „Echo fehlt die *eigene Stimme*" (a. a. O., S. 285).

28.3 Vier Merkmale von Resonanz

Resonanz, so verstanden, definiert Rosa nun weiter als ein Beziehungsmodus zwischen zwei Entitäten, der vier Merkmale aufweist (Rosa 2022, S. 37–47):

1. Berührung bzw. Affizierung,
2. Selbstwirksamkeit,
3. Anverwandlung beziehungsweise Transformation und
4. Unverfügbarkeit.

Damit zwischen Subjekt und Welt eine Resonanz erzeugt wird, bedarf es als erstes des Umstandes, dass ein Mensch von einem Gegenüber (z. B. einem Menschen) angerufen oder inwendig affiziert wird. „Plötzlich ruft uns etwas an, bewegt uns von außen und gewinnt dabei Bedeutung für uns um seiner selbst willen.“ (a. a. O., S. 39). Eine Pflegekraft tritt in ein Patientenzimmer – und der Patient sagt: „Der Zug ist abgefahren.“ Mit diesem Satz fordert er die Pflegekraft auf, ihm nicht als zu pflegendes Gegenüber, sondern um seiner selbst willen Bedeutung zuzusprechen. Das Subjekt, hier die Pflegekraft, wird dergestalt durch die Welt, hier den Patienten, angeregt und berührt, „dass es ein intrinsisches Interesse an dem begegnenden Weltausschnitt entwickelt und sich gleichsam ‚adressiert‘ fühlt. (a. a. O., S. 39)

Diesem Angerührt-sein muss natürlich auch eine aktive Antwort korrespondieren, damit Resonanz entsteht. Rosa bezeichnet diese Antwort als „Moment der Selbstwirksamkeit“, die gekennzeichnet ist durch eine „E-Motion“ im Sinne einer Bewegung von innen nach außen. Sie hat zur Folge, dass die andere Seite durch die antwortende Stimme erreicht wird – sei es durch einen Blickaustausch oder einen Dialog. Im o. g. Fallbeispiel gelang dies der Pflegekraft durch ihr Reframen der Zug-Metapher. Erst dadurch stellt sich für beide Seiten des Kommunikationsgeschehens das Gefühl ein, dass „wir uns wirksam und lebendig mit der Welt verbunden fühlen, weil wir selbst in der Welt etwas (seinerseits Affizierendes) zu bewirken vermögen.“ (a. a. O., S. 40)

Das dritte Moment der Resonanz ist die Anverwandlung oder auch Transformation: „Wann immer wir mit der Welt in Resonanz treten, bleiben wir nicht dieselben.“ (a. a. O., S. 41). Wir verwandeln uns als Erfahrung von Lebendigkeit (ebd.).

Die Bandbreite der Verwandlung ist dabei groß; sie reicht von einer kleinen Stimmungsschwankung bis hin zur Emphase, man sei durch die Begegnung zu einem anderen Menschen geworden. Da Subjekt und Welt in einem ständigen Wechselverhältnis stehen, gilt: Verwandelt sich das Subjekt, so verwandelt sich zugleich auch die Sicht des Subjektes auf die Welt, mit der ich in einer Beziehung stehe. Die Welt, und dazu gehört auch der Mensch, mit dem ich spreche und eine Resonanzbeziehung erlebe, ist für mich – zumindest punktuell – eine andere geworden. Wie wir uns und die Welt sich allerdings verändern, ist dabei nicht vorhersagbar.

Denn als viertes Moment von Resonanz bestimmt Rosa die Unverfügbarkeit dieses Geschehens. Die Unverfügbarkeit begrenzt die Kontrolle über die Bedingungen von Resonanz und somit auch die Lehrbarkeit von *Haltung* im Rahmen von Spiritual Care. Resonanz ist letztlich keine Haltung, die vollumfänglich gelehrt und gelernt werden kann, um sie als Instrument mit einer spezifischen Absicht zielgerichtet einsetzen zu können. Beziehungsprozesse im Sinne des Resonanzgeschehens – und auch im Sinne von Spiritual Care – sind strikt zu unterscheiden vom willentlichen Gebrauch funktional-manipulativer Kommunikationsmuster: „Ob sich Resonanz einstellt, und wenn ja, wie lange sie dauert, lässt sich niemals vorhersagen. Resonanz ist konstitutiv unverfügbar … Umgekehrt bedeutet Unverfügbarkeit allerdings auch, dass die Entstehung von Resonanz … niemals ausgeschlossen werden kann: Sie *kann* sich auch unter radikal entfremdeten oder adversen Umständen ereignen, wenngleich dies natürlich unwahrscheinlich ist.“ (a. a. O., S. 44)

Die Verwandlungsprozesse, die durch ein Resonanzgeschehen ausgelöst werden, sind also weder kontrollierbar noch plan- oder beherrschbar. Ob in einem Gespräch über den Sinn des eigenen Daseins oder über die Beziehung zu dem, was mich unbedingt angeht, überhaupt eine Resonanz entsteht, also zwei Stimmgabeln ins jeweils eigene und selbstwirksame Schwingen kommen, und welche Folgen das für mein Gegenüber und mich hat, kann nicht vorhergesagt werden. Die willentliche Verwandlung von Welt und mögliche Selbstoptimierungserwartungen im Gefolge eines Bildungsprozesses laufen somit ins Leere.

28.4 Haltung als Resonanz im Zusammenhang von Spiritual Care

Bestimmt man die *Haltung*, auf die es beim Lehren von Spiritual Care ankommt, im Sinne eines Resonanzgeschehens, wie es Rosa dargelegt hat, so wird Haltung zu einem kommunikativen Beziehungsgeschehen, das zwar komplex ist, in seiner Komplexität aber durch die genannten vier Merkmale für Fortbildungen didaktisch gestaltbar und methodisch greifbar wird. Methodisch sollte dabei dem Austausch und dem Üben in Kleingruppen viel Raum gegeben werden. Denn es wäre kontraproduktiv, einen komplexen kommunikativen Beziehungsprozess frontal zu lehren. Schließlich ist die in der Praxis vollzogene Auseinandersetzung mit der eigenen Welt- und Ich-Erfahrung Grundlage für die Wahrnehmung von Resonanzen, die ein Mensch anderen Menschen zuschreibt. Dienlich ist dabei der Hinweis, alles zu nutzen und wertzuschätzen, was der Gesprächspartner und die Situation entgegenbringt (z. B. Erfahrungen, Emotionen, Sprachbilder, Metaphern). Denn dies ermöglicht beiden Gesprächsparteien, einander jeweils für sie stimmige Impulse zuzuspielen und so im Gesprächsthema zu schwingen, dass eine resonante Beziehung entsteht, die wiederum sinnerweiternde Veränderungen im Fühlen, Denken, Wollen und Handeln erlaubt.

Zugleich werden die Lehrbarkeit und die Aneignung von *Haltung* im Zusammenhang von Spiritual Care eingehegt, was dem Gesprächsinhalt, nämlich dem, was mich unbedingt angeht und meinem Leben Sinn gibt, entspricht. Niemand muss seine eigene Grundstimmung verändern, um mit einem anderen Menschen über spirituelle Sorgen zu sprechen. Und niemand muss sich für unfähig halten, wenn sich in einem Gespräch keine Resonanz einstellt.

Dabei erhält dieses Verständnis von *Haltung* drittens die Würde der Kommunikationspartner, indem das Merkmal der Selbstwirksamkeit die Individualität der beteiligten Subjekte wahrt. Wer spirituell kommuniziert, spricht über das Leben. Jede Anverwandlung, die durch ein Resonanzgeschehen im Rahmen von Spiritual Care ausgelöst wird, ist in diesem Sinn zugleich ein Abbild eben dieser Lebendigkeit, der grundsätzlichen Wandelbarkeit von Subjekt- und Weltverständnis.

Als der SpECi-Pilotkurs endete, gab es eine Feedback-Runde. Die Teilnehmerinnen wurden gefragt, ob ihre Erwartungen an die SpECi-Fortbildung erfüllt wurden. Eine Teilnehmerin meinte, es sei gut, dass ihre Erwartungen nicht befriedigt wurden. Sie sei zur

Fortbildung gekommen mit dem Wunsch, Impulse für *best practice* vermittelt zu bekommen. Doch stattdessen habe sie gelernt, dass die *Haltung* selbst das wichtigste Werkzeug sei. Statt der gewünschten Haltung: „Ich weiß, wie es geht. Ich bringe dir nun Lösungen“, gebe sie nun der Haltung: „Wir erleben einander als eigenständige Individuen. Daher bin ich neugierig: Welche Möglichkeiten siehst du selbst?“ den Vorzug. Und mit dieser ergebnisoffenen *Haltung der Resonanz und des Zutrauens* könne sie nun Gespräche mit Klient:innen lebendiger und wirksamer erleben.

Literatur

Rosa H (2019) Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung, 6. Aufl. Suhrkamp, Berlin
Rosa H (2022) Unverfügbarkeit, 6. Aufl. Residenz-Verlag, Berlin, S 37–47

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

29 Spiritual/Existential Care interprofessionell schulen – Methodik an einem Beispiel der Schulung von Mitarbeitenden des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf im Kloster Nütschau

Markus Müller

29.1 Ausgangssituation des Weiterbildungssettings

Diese Weiterbildung wurde im Kontext des Curriculums SpECi von Christian Möring, dem Seelsorger des Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf in Hamburg, begleitet. Er kontaktierte mich Ende 2019, um eine Inhouse-Schulung zum Thema „Spiritual Care" umzusetzen. Herr Möring gab dieser Veranstaltung den Titel *Spirit in the house* (siehe Kap. 37. Spirit in the House – SpECi als praktische, kontextbezogene Theologie im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf). Das Ziel ist es, das Thema Spiritualität stärker als bisher in den Klinikalltag zu integrieren und die eigenen spirituellen Anteile der Teilnehmenden zum Vorschein zu bringen.

Als Kursleiter einer solchen Inhouse-Schulung ist es optimal, mit den Kursteilnehmenden eine ganze Schulungswoche fern ab des Lebens- und Berufsalltag gestalten zu dürfen. Es wurde das Kloster Nütschau bei Bad Oldesloe als Veranstaltungsort ausgesucht, um diesem Thema den passenden Rahmen zu geben. Bereits nach unserem ersten Telefonat wurde deutlich, dass aufseiten des Trägers der Wunsch nach einem überwiegenden Anteil an Selbsterfahrung zum Thema Spiritualität bestand. Die eigene Spiritualität der Teilnehmenden sollte genügend Raum und den nötigen Rahmen erhalten, um sich zu entfalten. Durch Beispiele aus dem Berufsalltag der Teilnehmenden sollten die Herausforderungen im Umgang mit der Spiritualität der Patient:innen gemeinsam bearbeitet werden.

Aus meiner Erfahrung im Bildungsbereich fällt es Teilnehmenden leichter, den Bezug zu Lerninhalten über eigene Erlebnisse und Erfahrungswerte herzustellen. Meines Erachtens gelingt das Herantasten an die eigene Spiritualität und die Reflexion, welche Bedeutung dieser im Berufsalltag zukommt, weitgehend über Methoden, die Selbsterfahrung

M. Müller (✉)
Diakonische Fort- und Weiterbildungsakademie, Hamburg, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_29

ermöglichen. Die Reflexion eigener Erfahrungen beeinflusst das Denken und Handeln stärker, als ein rein kognitiv vermitteltes Fachwissen – und prägt idealerweise die eigene Haltung. Durch die Entdeckung der Bedeutsamkeit der eigenen Spiritualität folgt oft der „Appetit“ auf Fachwissen, das sich auf kognitive Erklärungsansätze stützt. Daher gibt es beispielsweise im Modul 1 von SpECi mehrere Variationsmöglichkeiten der Unterrichtsdurchführung, die es ermöglichen, diese auf das jeweilige Zielpublikum auszurichten.

29.2 Beispiel eines methodischen Ansatzes

Trotz der Kürze des Curriculums SpECI (40 h) ist es möglich, dass Teilnehmende, die noch wenig Berührung zu ihrer eigenen Spiritualität hatten, durch die erfahrungsorientierte Vermittlung der Inhalte in die Lage versetzt werden, erste Ansätze ihrer spirituellen Anteile zu erahnen. Wie weit die Teilnehmenden „sprachfähig“ hinsichtlich ihrer eigenen Spiritualität werden, ergibt sich im gruppendynamischen Kontext. Gesonderte Verabredungen, dass jede:r nur das mitteilt, was sie oder er gerne möchte, und dass mit Mitgeteiltem verschwiegen umgegangen wird, tragen dazu bei, dass der Austausch in der Gruppe fruchtbar, unterstützend und als Resonanzraum wirken kann. Wenn diese Unterstützung von einzelnen Teilnehmenden gewünscht ist, kann diese zur Deutung der eigenen Wahrnehmung hilfreich sein. Hierfür hat sich in meiner Berufspraxis die Möglichkeiten der Psychodrama-Methode als ausgesprochen wirksam erwiesen.

Das Psychodrama wurde von Jacob Levy Moreno als „diejenige Methode, welche die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet“, mit dem Ziel „die menschliche Spontaneität freizusetzen und gleichzeitig in das gesamte Lebensgefüge des Menschen sinnvoll zu integrieren“ begründet (Gessmann 1996, S. 38 ff.).

29.3 Beschreibung des Einstiegs in den Unterricht

Die Teilnehmenden starten den Kurstag zunächst mit einer Morgenrunde. Hier wird nach dem aktuellen Befinden, Anliegen zum (ggf. vorherigen) Seminartag und noch zu klärenden organisatorischen Regularien gefragt. Die Teilnehmenden an der Stelle abzuholen, an der sie sich gerade befinden, ist für das Thema *Spiritualität* von zentraler Bedeutung; daher wird dieser Schnittstelle hohe Aufmerksamkeit gewidmet. Zur Gestaltung dieser Runden gibt es verschiedene Durchführungsformen. Um ein gutes Ankommen der Teilnehmenden im Kurssetting zu ermöglichen, haben sich beispielsweise Austauschrunden zu Postkarten oder Bildern in DIN-A-4-Format mit Symbolen, Naturdarstellungen, Worten etc. bewährt. Assoziationen zu den ausgesuchten Bildern, Gründen für deren Erwählung aufgrund vom aktuellen Befinden („Wie bin ich hier?“, „Welche Fragen habe ich mitgebracht?“) können als Eingangsfragen aufgeworfen werden. Eine andere Variante bietet an, anhand von fünf (Haupt-)Wörtern einen persönlichen Zugang zum Thema Spirituali-

tät zu beschreiben. Oder es werden anhand von Landkarten mit einer Auswahl an Wegmarken Assoziationen zum Themenfeld Spiritual Care im Brainstorming eingetragen.

29.4 Fragestellung zur Begegnungsspiritualität

Nach dem ersten „Warm-up“ folgt der Einstieg in das Thema Spiritualität unter der Fragestellung: „Wählt ein kleines Alltagsproblem von heute oder aus dieser Woche aus, das Ihnen/Euch beruflich oder privat begegnet ist, über das Sie/Ihr (je nach Kurssetting bei kollegialem ‚Du‘) mit einer:m anderen Teilnehmenden sprechen wollen/wollt.“

Zu dieser Übung suchen sich die Teilnehmenden eine:n Partner:in aus und tauschen sich mit dieser:m aus. Es stehen 10 min Zeit zur Verfügung; die Inhalte des Alltagsproblems werden nicht im Plenum besprochen. Es können aber im Plenum Rückmeldungen auf der Metaebene gegeben werden. Hier einige Antwort-Beispiele: „Es tat gut, dieses alles endlich einmal loszuwerden!“ – „Mein Problem war gar nicht so dramatisch, aber es ist schön, mit jemandem darüber zu sprechen. Jetzt habe ich den Eindruck, dass es sich auch erledigt hat!“ – „Wir hatten ein ziemlich ähnliches Problem und das war so lustig, dass das Problem nun unter unserem Humor ‚ertrunken‘ ist!“ Solche Erfahrungen machen Menschen oft implizit, ohne dass sie als Spiritualität erkannt und benannt werden und doch ereignet sich hier Spirituelles. Auch in der Literatur sind ähnliche Beispiele an Rückmeldungen zu finden: Aufmerksam wahrgenommen worden sein; aufgehoben sein; Verbundenheit im Menschlichen; Vertrauen; ich bin wertvoll; für mich lohnt es sich; ich konnte etwas von meiner Spiritualität hineinlegen; bin in meine Mitte gekommen… (Weiher 2014, S. 88 f.). In diesem ersten Schritt in der Partnerübung entsteht ein Gefühl der Entlastung. Dies tut gut, endlich muss das Problem nicht mehr im Verborgenen gehalten werden. Den Prozess, der zwischen beiden Partner:innen ablief, beschreibt der Begriff der Begegnungsspiritualität.

29.5 Begegnungsspiritualität

Bereits nach dieser ersten kleinen Übung werden das Phänomen der Verbundenheit und auch die Beziehungsarbeit, die soziometrische Betrachtung, deutlich. Letztere wird in einem kleinen „Alltagsproblem“ sichtbar. Erhard Weiher hat in diesem Zusammenhang den Begriff der *Begegnungsspiritualität* geprägt: „Die Begegnungs- und Begleitungs-Dimension gehört zu den elementaren Stützfunktionen, die von der Menschheitsgemeinschaft für die Bewältigung von schwerer Krankheit und Sterben vorgesehen sind. Sie ist nicht nur ein Medium für psychosozialen, sondern auch spirituellen Beistand. Die dabei ermöglichte Form spiritueller Erfahrung ist die ‚Begegnungsspiritualität‘“ (Weiher 2014, S. 88 f.). Hier stellt sich rhetorisch die Frage: Birgt die Begegnungsspiritualität bereits die eigenen spirituellen Anteile, die eventuell so schwer in Worte zu fassen sind?

29.6 Fragestellung – Identifizierung von Spiritualität

Im nächsten Schritt folgt eine zweite Runde im selben Partner:innen-Setting unter den Fragestellungen: „Was in diesem Gespräch hat sich an spiritueller Erfahrung ereignet? – War etwas daran spirituell? – Wenn ja, wie würde ich das jetzt im Nachhinein beschreiben?“ Nach einem zehnminütigen Austausch der Teilnehmenden folgt ein erneutes Resümee im Plenum, hier ein paar Aussagen dieser Rückmeldungen: „Was hat das mit Spiritualität zu tun?“ – „Vielleicht ist die Haltung meines Gesprächspartners damit gemeint?“ – „Mir wurde deutlich, dass mich mein Gegenüber (im Beispiel des Alltagsproblems) tierisch geärgert hat. Er hat meine Werte und das, was mir wichtig ist, infrage gestellt! Das machte mich ziemlich ärgerlich!“ Hier wird im Verlauf der Rückmeldungen die Schwierigkeit zur Identifizierung spiritueller Anteile zum ersten Mal deutlich. Es wurden die eigenen Wertvorstellungen, das, was Menschen „lieb“ und „heilig“ ist, in diesen Alltagsproblemen missachtet. Wenn Dinge missachtet werden, die uns (in unserer Spiritualität) wichtig sind und die uns ausmachen, kann sich dies in Kränkungen äußern und sich bis zu einer existenziellen Krise entwickeln. An dieser Stelle ist bei den Teilnehmenden eine hohe Aufmerksamkeit zu erleben.

29.7 Fragestellung – zur eigenen Spiritualität

Die Teilnehmenden sind inzwischen mit dem Thema Spiritualität vertrauter. Nun folgt ein zweiter Zugangsschritt zu der eigenen Spiritualität. Hierzu werden den Teilnehmenden die Fragen gestellt: „Was macht Euch in Euren spirituellen Eigenschaften aus?“ – „Was würdet Ihr als Eure Spiritualität beschreiben?“

Die Teilnehmenden werden gebeten, innerhalb der nächsten 10 min ihre Überlegungen auf eine Postkarte zu schreiben. Diese finden sie in der Raummitte, dort liegt eine Auswahl an Karten zur Verfügung. Das Geschriebene hilft ihnen, ihre Gedanken bewusster wahrzunehmen. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, sich einen Briefumschlag zu nehmen, damit das Geschriebene geheim bleibt. Sie können den Umschlag ggf. auch schließen und adressieren, dann erhalten sie ihre Karte nach einigen Tagen zugesandt. Alle Teilnehmenden sind gebeten zu entscheiden, welchen Inhalt der Überlegungen sie bereit sind, mit der gesamten Gruppe zu teilen. Dies erfolgt reihum und birgt eine Vielfalt an Aussagen, angefangen von einem großen spirituellen Erfahrungsschatz bis zu der Sprachlosigkeit eigener spiritueller Anteile.

Hier einige Beispiele der Reflexionsrunden: „Ich habe eine Idee von dem, was mir wichtig ist, und das, worauf es mir im Leben ankommt, aber das ist eher so ein Gefühl! Ich kann es nicht so greifen.“ – „Mir fällt nichts dazu ein, das ist wie so eine innere Leere und das Suchen nach etwas, das ich nicht kenne, ist echt schwer!“ – „Bei mir sind es meine täglichen Spaziergänge mit dem Hund, das bringt mich wieder in den Ausgleich zum Alltag.“ – „Meine täglichen Meditationen, mein Bezug zur Natur und mein achtsamer

Umgang mit mir und mit meiner Umgebung geben mir enorm viel Kraft. Das mache ich schon seit einigen Jahren so und schaue ganz bewusst auf meine spirituellen Bedürfnisse.“ – „Meine erste Zigarette, morgens auf dem Balkon…“. Dies ließe sich noch weiter ausführen, aber diese Beispiele sollen zunächst genügen. Das persönliche Resümee kann – wie im Folgenden beschrieben – ggf. kreativ dargestellt werden.

29.8 Einsatz der Psychodrama-Methode

An dieser Stelle kommt nun die Psychodrama-Methode zum Einsatz. An alle Teilnehmenden wird die Bitte gerichtet, ihre eigene Spiritualität darzustellen bzw. auf die Bühne zu bringen. Dies geschieht mithilfe von psychodramatischen Methoden, wie z. B. Skulpturendarstellung, Tischbühne, Aufstellung auf der Bühne. Hier erfolgt der ausdrückliche Hinweis, dass dieses Angebot für die Teilnehmer freiwillig ist.

Zunächst stellt sich die Frage, inwieweit es überhaupt erforderlich ist, die eigene Spiritualität in Worte fassen zu können? Die Resonanz der Kursteilnehmer ist überraschend positiv und nimmt schon – nachdem die ersten Teilnehmenden auf der „Bühne“ waren – zu. Bislang wurde hierzu keine statistische Erfassung der Teilnehmenden erhoben, doch der Gesamteindruck aus Sicht der Kursleitung zeigt einen deutlichen Bedarf, die eigenen spirituellen Anteile beschreiben zu wollen. Den Beobachtungen nach ist die Freude am Spiel eine zusätzliche Komponente, die durch das Psychodrama an dieser Stelle buchstäblich Raum gewinnt. Hierfür stehen den Protagonisten zahlreiche Materialien und Möglichkeiten der Darstellung und Umsetzung zur Verfügung, wie z. B. Gruppenteilnehmer als Skulptur, Stühle, Yogakissen, Stofftiere, Seile, Tücher, Steine und vieles mehr.

29.9 Resümee der Methodik

Zu Beginn meiner bislang durchgeführten Kurse zur Spiritualität waren Teilnehmende auf der Bühne, denen es schwerfiel, ihre Alltagsspiritualität (auch und besonders im beruflichen Kontext) in Worte zu fassen oder visuell darzustellen. Doch mit zunehmenden Kursdurchläufen nahm die Anzahl derer auf der Bühne zu, die Spiritualität gut und kreativ beschreiben konnten. In dieser Trendwende der vergangenen Jahre wurde mir deutlich, wie zunehmend wichtig es Menschen ist, die eigenen Gedanken auf der Bühne darzustellen – evtl. auch durch geweckte Neugierde, ob sich dadurch noch neue und andere Seiten erschließen lassen. Es hat diesen Teilnehmenden sichtliche Freude bereitet, ihre Ausprägungen von Spiritualität betrachten zu können, ihrer Spiritualität Worte in den Mund zu legen oder einfach zu schauen, wie es sich anfühlt, wenn sich die (Rahmen-)Bedingungen verändern.

Es war ein weiterer Aspekt zu beobachten: Bei einzelnen Teilnehmenden fand ein Perspektivwechsel statt. Sie erlebten das Phänomen Spiritualität nicht mehr als eine Art

auferlegtes, starres Korsett, sondern sie erkannten die eigene Gestaltungsmöglichkeit der Facetten ihrer Spiritualität. Sie entschieden, was zu ihnen gehört und was nicht zu ihnen passte. Für mich war an diesen Stellen schon mehrfach der Eindruck entstanden, dass das Selbstvertrauen der Teilnehmenden wuchs. Das Thema Spiritualität kann beim Betreffenden vom *Außenseiter* zum *Wegbegleiter* werden. Teilnehmende entdeckten eine Veränderung ihrer Haltung. Im gesamten Kursverlauf nahmen sie Veränderungsprozesse wahr. Die Erkenntnis, die eigene Spiritualität frei gestalten zu dürfen und keinen starren Mustern zu folgen, schien eine große Erleichterung mit sich zu bringen: Spiritualität kann zu einer echten Ressource und als Kompensation in schweren Zeiten oder in schwierigen Lagen dienen.

In diesen Kontext passt die sog. Patchwork-Spiritualität. Die Teilnehmenden auf der Bühne erlangten Einblicke in einzelne Aspekte ihrer Spiritualität. Diese gilt es, bestenfalls in die bereits bekannten Anteile einzubinden und es entsteht hierdurch ein ganz neues Setting, eine ganz neue Ausgangssituation. Mit dem Begriff der Patchwork-Spiritualität lässt sich diese Beobachtung bei den Teilnehmenden gut umschreiben. Margit Gratz und Traugott Roser haben diesen Begriff folgendermaßen geprägt: „In postmodernen Gesellschaften besteht individuelle Spiritualität häufig aus einem Patchwork verschiedener kultureller, ethnischer und religiöser Einflüsse, die im Lauf einer Biographie an Bedeutung gewinnen und wieder verlieren. So entwickelt sich eine einzigartige Ausprägung von Spiritualität, die in Lebenskrisen herausgefordert wird.“ (Gratz und Roser 2016, S. 82). Hieraus entsteht das Bild eines „Unikates“, eine ganz einzigartige Zusammensetzung der Spiritualität bei jedem einzelnen Menschen. Hier ist Offenheit gefragt und wird gleichzeitig auch gefordert. Es herrscht eine Grundhaltung ohne Bewertung; es gibt kein Richtig oder Falsch und kein Zeitgemäß oder Veraltet. Die Teilnehmenden erleben einzelne Facetten ihrer Spiritualität und puzzeln sich diese zu ihrer ganz eigenen Patchwork-Spiritualität zusammen. Es scheint eine ganz neue „Kompetenz“ in der Betrachtungsweise von Ressourcen zu entstehen, die sie durch Krisenzeiten führen können.

Doch es gibt auch noch andere Beobachtungen. Die Teilnehmenden hatten in ihrem individuellen Prozess die Wahl, wie sie sich ihrer Spiritualität annäherten. Auch ihre Teilnehmergruppe stand ihnen für diese Phase als Ressource zur Verfügung. Mehrmals schon hatte sich allein durch das Setting die Stärke der Verbundenheit gezeigt. Da ihnen in dieser Situation die eigene Deutung nicht möglich schien, wurden ihnen Gruppenmitglieder zur Seite gestellt, die ihnen Worte für die im *Jetzt* und *Hier* empfundenen Gefühle anboten. Diese Worte blieben meist noch unkonkret, aber das reichte den Teilnehmenden meist schon aus. Im Folgenden werden einzelne Aussagen beschrieben: „Aus meinen gelegentlichen Waldspaziergängen ist so eine starke Kraft zu spüren, in die ich mich einfach begeben kann, wenn der Tag mich stark gefordert hat!“ – „Wenn ich mich mal so richtig geärgert habe, dann schnappe ich mir meinen Hund und dann tollen wir über die Wiesen. Er ist mein Sonnenschein in dunklen Tagen.“ – „Ich bin so froh um meinen Partner, er ist der Ruhepol in meinem Leben und ‚resettet‘ mich, wenn ich mal wieder so richtig aufdrehe.“ – „Meine innere Ruhe und diese große Zuversicht, die ich in mir trage, erlebe ich gerade als großes Geschenk; das war mir so noch gar nicht bewusst!“

In diesen, in den Unterricht integrierten, psychodramatischen Prozessen haben sich vielfältige Varianten ergeben, die hier nicht weiter ausgeführt werden können. Die hier geschilderten Einblicke in die Prozesse sollen genügen, um eine Vorstellung zu erlangen. An dieser Stelle möchte ich empfehlen, im Kursleitungsteam eine Person zu integrieren, die als Psychodrama-Leitung ausgebildet ist. Die einzelnen Unterrichtsentwürfe sind den Modulen von SpECi zugeordnet und werden den Kursleitungen, die zunächst eine Kursleiterschulung absolvieren, zur Verfügung gestellt. Hierin sind auch zahlreiche Unterrichts- und Zusatzmaterialien enthalten.

29.10 Zusammenfassung

Dieser Ausschnitt, aus Erfahrungen in der Umsetzung mit dem Curriculum SpECi, zeigt Chancen für Teilnehmende auf, ihren eigenen Anteilen von Spiritualität näherzukommen und diese als wertvolle Ressource für die Gestaltung ihres Alltages zu nutzen. Das Setting dieses Formates wirkt für diese Prozesse unterstützend, mit dem bewusst „in Resonanz der Gruppe zu gehen“ und dem Vertrauen, dass die jeweilige Person entscheidet, was – für sie – von Relevanz ist.

Literatur

Gessmann HW (1996) Morenos Spontaneitätsprinzipien und Spontaneität im Humanistischen Psychodrama. Internationale Z Humanist Psychodrama, Heft 4, Seite 26 ff

Gratz M, Roser T (2016) Curriculum Spiritualität für ehrenamtliche Hospizbegleitung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Weiher E (2014) Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Kohlhammer, Stuttgart

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Ein Nukleus der Spiritualität: der spirituelle Tiefenstrom der Passio

30

Andreas Stähli

30.1 Einleitung

Ein Blick in den Duden zum Wort *passio* verrät u. a. folgende knappe Informationen: Substantiv, feminin, aus dem Lateinischen. Seine Bedeutung wird lediglich mit Erleiden, Erdulden angegeben. Das Antonym zu „Passio“ ist „Actio“. Im Deutschen ist das Wort Passion bekannt, hier vor allem verstanden als Leidensweg Christi. Die erweiterte Bedeutung im Sinne von Leidenschaft oder Vorliebe für eine Sache ist ebenfalls bekannt.

Im Titel ist von einem spirituellen Tiefenstrom der *passio*, ja von einem Nukleus der Spiritualität die Rede. Die Passio birgt also eine spirituelle Kraft, die in ihr zum Ausdruck kommt. Wenn man daher über Spiritualität nachdenkt, muss man diese wichtige Dimension in den Blick nehmen. Das gilt insbesondere auch für eine Spiritual Care und die Möglichkeiten gelingender Vermittlung in der Fort- und Weiterbildung.

In diesen Ausführungen soll etwas von dieser spirituellen Qualität der *passio* deutlich werden. Es findet sich im Curriculum von SpECi als ein sog. Querschnittsmodul formuliert, als ein Modul also, dessen Gehalt sich in den meisten der formulierten zehn Module explizit oder implizit darstellt.

Ohne sich schon genauer der Bedeutungsvielfalt von *passio* zu nähern (die Ausführungen des Duden sind bei weitem nicht ausreichend), macht ein Blick auf das Verständnis von Spiritualität von Wright (2004) schnell deutlich, dass sich in jeder der von ihm angezeigten vier Bedeutungsrichtungen von Spiritualität die Qualität der *passio* ge-

A. Stähli (✉)
Münster, Deutschland
e-mail: info@palliamict.com

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_30

borgen findet: in der Frage der persönlichen Entwicklung (*becoming*), der Welt der Beziehungen (*connecting*), der Transzendenz (*transzending*) und dem Erschließen von Sinn (*finding meaning*) (Wright 2004, S. 75). Interessanterweise findet sich im Zentrum seines Modells als Schnittmenge der Sphären von Selbst, dem Anderen und dem Kosmos die Religion. Das ist nach Meinung des Autors nicht zwingend, dennoch lässt sich sagen, dass keine der Religionen ohne eine Anerkennung und ein Verständnis von *passio* auskommen kann. Darauf wird später noch kurz eingegangen.

Für eine Leistungsgesellschaft mit ihrem Primat von Stärke, Steuerung und Effizienz ist die Passio gleichsam ein Unwort, weil es ihren Prinzipien entgegensteht. Sie hat es schwer, Schwäche, Bedürftigkeit und das Geschehen-lassen anzuerkennen. Jedoch wissen wir aus unseren je eigenen Biografien und Lebenserfahrungen, dass zu unserem Menschsein der Schmerz gehört. Hilde Domin sagt es in ihrem Gedicht „Bitte“ (s. u.) treffend: Wir werden nicht verschont. Wir werden eingetaucht, wir werden „durchnässt bis auf die Herzhaut“. Sprachlich sind dies alles Passivbildungen, auch da, wo wir aus der Not „entlassen werden“, wo wir „heil werden“. Wir entlassen uns also nicht (aktiv) selbst aus ihr (Domin 1987, S. 117).

Wir werden eingetaucht
und mit dem Wasser der Sintflut gewaschen,
Wir werden durchnässt
bis auf die Herzhaut.
Der Wunsch nach der Landschaft
diesseits der Tränengrenze
taugt nicht,
der Wunsch, den Blütenfrühling zu halten,
der Wunsch, verschont zu bleiben,
taugt nicht.
Es taugt die Bitte,
dass bei Sonnenaufgang die Taube
den Zweig vom Ölbaum bringe.
Dass die Frucht so bunt wie die Blüte sei,
dass noch die Blätter der Rose am Boden
eine leuchtende Krone bilden.
Und dass wir aus der Flut,
dass wir aus der Löwengrube und dem feurigen Ofen
immer versehrter und immer heiler
stets von neuem
zu uns selbst
entlassen werden.

30.2 „Das Wahre ist das Ganze“ (Georg Wilhelm Friedrich Hegel)

Das menschliche Dasein ist eingespannt in die Polaritäten von *actio* und *passio*. Die Erfahrungen des Autors in der Palliativpflege haben gezeigt, dass es gerade die *passio* ist, welche in schwerer Krankheit den Weg bestimmt. Das Sterben erscheint als ein Prozess am Menschen, der immer mehr hin zur *passio* geschieht. Für die Betroffenen ist diese Erfahrung oft schwer, dieses Erleben von Ohnmacht, zunehmender Hinfälligkeit, Abhängigkeit und Verlust. Hinzu kommt, dass im Leben der Selbstbestimmung (Autonomie) ein sehr hoher Wert zugesprochen wird. Die Bejahung von schmerzhaften Prozessen indes fällt nicht leicht, obgleich wir wissen (und oft erst im Rückblick erkennen), dass wir ohne sie andere geblieben wären. Krisen sind oft genug Wendepunkte für die Entwicklung.

„Immer versehrter werden“, das meint immer verletzter werden: Das ist fürwahr kein bequemer Weg, ganz im Gegenteil, eher einer der „Häutung“, wie es Hilde Domin beschreibt. Ihre Metaphern sind herausfordernd: Löwengrube, feuriger Ofen, Flut. Für die Dichterin stehen sie im Dienste einer Entwicklung zu einem selbst. „Immer heiler“ werden wir zu uns selbst „entlassen“, „stets von neuem“.

Ich wage nicht zu sagen, inwieweit das überflutend Dunkle, das sich auch im Sterbeprozess ereignen kann, eine spirituelle Kraft ist. Der Abgrund kann in das Leben einbrechen, ohne Chance auf Entwicklung und innere Reifung. Wie sonst ist die akute Erstickungsnot, das ungebändigte Delir oder die überflutende Todesangst zu verstehen? Sie alle sind zumeist nur medikamentös einzudämmen. Das ist auch aus der Geschichte der Völker bekannt: Es gibt nur Grausames.

30.2.1 Die Polarität von actio und passio

„Das Wahre ist das Ganze“, schreibt der Philosoph Friedrich Hegel in seiner „Phänomenologie des Geistes“ (Hegel 1970, S. 24). Martin Walser formuliert es anders: „Nichts ist ohne sein Gegenteil wahr“ (Literaturblatt.de/heftarchiv-2017). Wir haben anzuerkennen, dass Licht und Dunkel zusammengehören und dass der *passio* eine ebenso große Wirkmacht innewohnt wie der *actio*.

Die nachfolgende Übersicht ist ein Versuch, Ausdrucksformen dieser Polarität zu benennen (Tab. 30.1):

Tab. 30.1 Andreas Stähli, Ausdrucksformen der Polarität von actio und passio

actio	passio
Handeln, Tätig-sein	Nicht-Handeln, Geschehen-lassen, Zulassen-können, Sich-anvertrauen-können
Leiten, Führen	Geführt-werden, Sich-führen-lassen
Gebender	Empfangender
Gelingen	Scheitern
Gestaltung, Umgang	Ohnmacht, Hilflosigkeit
Tragen, stützen	Aushalten, Ertragen, Schmerz und Leid, der Kreuzweg im Leben
Verfügbarkeit, Machbarkeit	Unverfügbarkeit, die Logik der Nicht-Machbarkeit
Sprechen	Sprachlosigkeit
Experte sein	Lernender sein
Das Finden von Sinn, Antworten finden und Lösungen	Das dunkle Warum, die Sinnlosigkeit, unlösbare Fragen, die Erfahrung des Nichts
Segen geben	Segen empfangen
Der anwesende Gott, das Licht	Der abwesende Gott, der dunkle Gott, der sich entziehende, der nicht verstehbare
Pfeil sein	Schale sein
Hoffnung	Das Furchtbare, das Schrecken, das Trauma, der Abgrund
Helligkeit, Tag	Dunkelheit, Nacht
Stärke	Bedürftigkeit, Schwäche
Autarkie, Autonomie	Abhängig und hinfällig werden
Das Erwartete	Das Plötzliche, das Unerwartete

30.2.2 Ein Streiflicht auf die großen Religionen und Weisheitslehren

Passio und *actio* als zwei der großen Lebens- und Geistesgebärden sind prägend auch in den Religionen und Weisheitslehren. So ist beispielsweise der Buddhismus ohne das Anerkennen von Leid in der Welt (*passio*) und den Pfad zu seiner Überwindung nicht denkbar. Die chinesische Philosophie kennt das daoistische Prinzip des Wu-Wei, also das Handeln durch Nicht-Handeln, wie auch die Spannung zwischen dem weißen Yang (aktiv) und dem schwarzen Yin (passiv). Beide kommen nur gemeinsam vor. Im Islam verankert ist das Konzept des Tawakkul, also das unbedingte Vertrauen des Menschen in ALLAH, indem der Mensch seine Angelegenheiten der Fügung Gottes überlässt. Und christliches Leben weiß um Erschütterung und Umkehr (*metanoia*), um Mut und Gnade, und um ein Getragen-sein und Geführt-werden.

Zwei Zitate aus zwei sehr verschiedenen Traditionen seien exemplarisch zur Qualität von Schwäche wiedergegeben – aus dem philosophischen Daoismus und aus dem Christentum. Von Lao-Tse ist überliefert: „Im Gegensinn verläuft des Weges (dao) Bewegung; In seiner Schwäche liegt des Weges (dao) Brauchbarkeit“ (Lao-tse 2005, S. 69). Und bei Paulus heißt es im zweiten Korintherbrief (12,9): „Lass dir an meiner Gnade genügen; denn meine Kraft ist in den Schwachen mächtig“.

30.3 Das Querschnittsmodul passio in SpECi

Der Kernauftrag dieses Moduls liegt darin, dass das Geschehen der *passio* in der spirituellen Begleitung als wichtig erkannt wird und sich in Haltung und Handlung konkretisiert. Sich mit ihr verbindende Kompetenzen werden bedacht und kommuniziert. Daneben sollten Lehrende immer wieder auch den Mut haben, sich der *passio* zu öffnen. Das kann beispielsweise bedeuten, auszuhalten, nicht immer gleich Antworten zu haben, wortlos und manches Mal auch sprachlos zu sein oder auch dem Unerwarteten und Plötzlichen Raum zu geben.

Da es sich um ein Querschnittsmodul handelt, kann je nach Präferenz und Kursverlauf der thematische Schwerpunkt der *passio* in den einzelnen Modulen verschieden eingebracht werden; beispielsweise im Nachdenken der Teilnehmenden über die Bedeutung der *passio* für ihre Spiritualität, im Fragen nach deren Gottes- und Menschenbild oder in den Modulen zur Kommunikation: der Umgang mit Untröstlichem, mit Nicht-Machbarkeit, mit dem Leiden und der Antwortlosigkeit. Dieser Umgang bedarf der Kompetenz des Aushaltens, des Zulassens, des Geschehen-lassen-Könnens, des Sich-Führen-Lassen-Könnens. Bei dem Thema Rituale wäre ein mögliches Einbringen beispielsweise als Begleitende zu segnen wie auch Segen zu empfangen. Aus der oben angeführten Tabelle zu möglichen Ausdrucksformen von *passio* können weitere Bezugspunkte gefunden werden.

30.3.1 Methoden der Vermittlung

Nachfolgend wird eine kleine Auswahl einfacher Methoden aufgeführt, die sich sowohl für das Arbeiten mit einer bestimmten Berufsgruppe, aber auch für interdisziplinäre Kurse eignen. SpECi beinhaltet in seinem Akronym am Ende das „i“, eine Abkürzung für den Auftrag, das Curriculum interprofessionell auszuführen:

- *Bildbetrachtungen:* Motive aus den Religionen (zum Beispiel Passionsszenen) und Weisheitslehren; *Naturbetrachtungen* für das Werden und Vergehen, das geschieht.
- *Fragen zur Selbstreflexion:* der eigene erfahrene Schmerz, der eigene erfahrene innere „Kreuzweg“, die Erfahrung des Geschehen-lassens im Leben.
- *Lesen und Besprechen von Gedichten*, beispielsweise das Gedicht „Bitte“ von Hilde Domin.
- *Lesen und Besprechen* des unten wiedergegebenen Textes von Franco Rest.
- *Impulse* zur Theodizee-Frage und zu dunklen Gottesbildern.
- *Besprechen* von Passagen aus den Schriften der Religionen und Weisheitslehren entlang der eigenen Lebenserfahrung und beruflichen Praxis; so zum Beispiel zu Joh. 21,18: „Wenn du aber alt geworden bist, wirst du deine Hände ausstrecken und ein anderer wird dich gürten und dich führen, wohin du nicht willst“.
- *Kreative Elemente*, zum Beispiel Malen, Zeichnen oder auch Schreiben.
- *Gebärden* zu einigen in der Übersicht genannten Polaritäten in *actio* und *passio*, zum Beispiel zu Schale-sein und Pfeil, oder zu Schwäche, Bedürftigkeit und Stärke.

30.4 Beispiel: Lesen und Besprechen eines Textes von Franco Rest

„Im Verlauf ihrer schweren Krankheit hatte die 49-jährige Schwerkranke immer wieder betont, „Ihr seid meine Familie; wenn es mit mir zu Ende geht, lasst mich nicht allein“. Aber als es dann so weit war, und sie jede Möglichkeit verloren hatte, mit uns sprachlich zu kommunizieren, verweigerte sie nicht nur die Nahrung, sondern auch jede Form der Berührung. Jede Hand, die sich auf ihre Hand oder ihren Arm legte, wurde zurückgewiesen. Die Begleiterinnen waren nicht nur sprachlos, sie waren vor allem ratlos, und das schmerzte sehr. Hatte es nicht in einem Sterbebegleit-Buch geheißen „Ich will an der Hand eines Menschen sterben“?

Verzweifelt und hilflos saß eines Tages eine junge Schülerin mit Zeit neben dem Bett. Man hatte ihr gesagt: „Du musst dich immer wieder anbieten“. Aber wie sollte sie das? Nun kamen ihr der Zufall und diese Hilflosigkeit zugute. Ohne es zu wollen geriet ihre, der Begleiterin Hand unter die Hand der Kranken. Bei der ersten Berührung wollte sie ihre Hand erschrocken zurückziehen, aber bevor es ihr gelang, spürte sie einen leisen Druck von der Kranken her, einen Versuch sie zu halten. So kam die Hand der Begleiterin unter die Hand der Kranken zu liegen und die Kranke hielt ihrer Begleiterin die Hand. Der Griff wurde fester; und nach einiger Zeit – nach einer langen Zeit, wie die Begleiterin es ausdrückte, vermutlich wohl bereits nach wenigen Minuten – lockerte sich der Griff wieder, aber die Hand blieb liegen, ruhig, schwer und ohne Druck. – Später berichtete die junge Begleiterin ihr Erlebnis. Von diesem Zeitpunkt an suchten alle, der Seelsorger, der Zivildienstleistende, die anderen Pflegepersonen, immer „unter die Hand der Kranken zu gelangen“; und diese versagte sich ihnen kein einziges Mal. „Begleitung“, so sagen sie seit dieser Zeit, „ist nicht das Halten der Hand eines Sterbenden, nicht das Streicheln, nicht das Schützen von oben, sondern das Gehalten-werden von einem der loslässt, Sich-schützen-lassen von einem der den Schutz braucht, Gestreichelt-werden von einem, der mit der Haut spricht. Zulassen ist mehr als Behandeln oder auch das Überstülpen eines Angebots. Aber auch das misslingt, wenn wir uns unter die Hand eines Kranken mogeln möchten. Er wird dann hoffentlich in der Lage sein, uns die Krallen zu zeigen.“ (Rest 2008, S. 12–13)“

Jede:r der Teilnehmenden erhalten den Text mit der Bitte, ihn unter dem Aspekt der *passio* zu lesen. Entsprechende Passagen im Text können farbig markiert werden. Danach werden die Überlegungen im Plenum zusammengetragen und besprochen.

Markierte Worte bzw. Ausschnitte können beispielsweise sein: der „Zufall“; „Hilflosigkeit“; „ohne es zu wollen geriet die Hand der Begleiterin unter die Hand der Kranken“; „die Kranke hielt ihrer Begleiterin die Hand“; Begleitung ist „nicht das Schützen von oben, sondern das Gehalten-werden von einem, der loslässt“; „Sich-schützen-lassen“; „Zulassen“.

Diese Worte bzw. Sätze beinhalten die Aspekte des Unerwarteten, der Ohnmacht, der Absichtslosigkeit, des sich Führen-lassens, des Zulassens.

In diesem Text wird das Geheimnis des „Ohne-Tuns“, wie es im philosophischen Daoismus heißt, deutlich. Auch beinhaltet er eine Botschaft gegen den Paternalismus: Begleitung ist „nicht das Schützen von oben“.

30.5 Abschluss

Etwas geschieht an mir, wirkt an mir, führt mich. Vielleicht werden wir dadurch zu geprägteren Menschen als durch Tat und Erfolg. Die Passio hat ihre eigene Weisheit. Sie lässt uns oft genug niederfallen, kränkt unseren Stolz, verwundet uns, macht uns fragil. Ich lese diese Erfahrungen als spirituelle, auch wenn sie die Gefährdung in sich tragen.

In meinem Arbeitszimmer findet sich die Fotografie des Antlitzes der Maria Magdalena. Es wurde im Diözesanmuseum Paderborn aufgenommen. Ihre Augen sind nach innen gerichtet, ihre Wangen und Lippen sind gerötet. Das Weiß ihrer Stirn ist an der linken Seite eingebrochen, die Augenbraue verletzt. Ich sehe mich in diesem Bild. Auch Hospizarbeit versehrt uns, verändert uns und macht hoffentlich ein wenig heiler. Ich habe das Foto in einen roten Rahmen gebracht als Symbol für die Zärtlichkeit. Zärtlichkeit ist Liebe. Was wäre sie ohne die Passio?

Literatur

Domin H (1987) Gesammelte Gedichte. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main

Hegel GWF (1970) Werke 3. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main

Lao-tse (2005) Tao-Te-King. Reclam, Stuttgart

Rest F (2008) Palliative Spiritualität und spirituelle Hospizlichkeit (aus christlichem Geist). Hospiz-Dialog NRW 35:11–35

Walser M. http://www.literaturblatt.de/heftarchiv/heftarchiv-2017/22017-inhaltsverzeichnis-der-gedruckten-ausgabe/erfahrungen-mit-saetzen-martin-walser-zum-neunzigsten.html. Zugegriffen am 21.07.2022

Wright M (2004) Hospice care and models of spirituality. Eur J Palliat Care 11(2):75–78

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Teil IV

Spiritual/Existential Care interprofessionell implementieren

Zu Schwierigkeiten der Integration der *Spiritual Care* in das SGB

31

Daniel Burchardt

31.1 Einleitung

Die Forderung nach einer Berücksichtigung des Spirituellen im Leistungssystem des Sozialgesetzbuches sieht sich einer grundsätzlichen Skepsis gegenüber. Das fundiert schon in einer begrifflichen Unsicherheit. Um gesetzliche Verankerung zu finden, bedarf der betreffende Begriff hinreichender Klarheit. Zwar kann die Vagheit eines Begriffes etwa einen entscheidenden diplomatischen Vorteil darstellen. Nicht zuletzt dieser Vagheit ist wohl auch die Verabschiedung der WHO-Resolution WHA37.13 zu verdanken, die die spirituelle Dimension in der globalen Gesundheitsstrategie der WHO zu verankern suchte und auf die noch einmal zurückzukommen sein wird. Auch ist zuzugeben, dass die Fassung eines unbestimmten Rechtsbegriffs die für die Praxis notwendige Flexibilität einer Vorschrift mitunter erst garantieren kann. Für die Verankerung der *Spiritual Care* als Leistung der sozialen Sicherung ist aber ein spezifisches Mindestmaß an begrifflicher Sicherheit vorauszusetzen, für das insbesondere die Fachgesellschaften zu sorgen haben. Und dies nicht nur, weil sozialrechtliche Leistungskataloge per se nach Konkretisierung verlangen, um Ansprüche durchsetzbar zu machen. Die Bereitschaft des Gesetzgebers, eine Leistung zu verankern, setzt schlicht voraus, dass er sie in Anspruch und Grenzen gut einzuschätzen weiß. Als (für die Praxis weiter auszudifferenzierende)[1] Arbeitsgrundlage kann

[1] Zu Grundlagen und Begriff der *Spiritual Care* sowie zur Verhandlung seiner Inhalte siehe die entsprechenden Beiträge in diesem Buch.

D. Burchardt (✉)
Diakonie Deutschland, Zentrum Recht und Wirtschaft, Berlin, Deutschland
e-mail: daniel.burchardt@diakonie.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_31

hier als *Spiritual Care* kurz gefasst die *intendierte Einbeziehung der individuellen spirituellen Erfahrung in das Leistungsangebot* verstanden werden.

Die hinreichende Bestimmung des Begriffs ist zwar notwendig, nicht aber allein bereits ausreichend, um dem legislativen Anspruch umfassend zu entsprechen. Da es sich in Prinzip und Wirkung weithin der naturwissenschaftlichen Messbarkeit zu entziehen scheint, mag das Spirituelle auf viele wie ein Fremdkörper wirken, der in die Leistungen der sozialen Sicherung per se nicht integriert werden kann. Das Beispiel der insoweit hervorzuhebenden Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zeigt aber, dass eine dergestalt generelle Ablehnung zu kurz greift. Dort wird die Einbeziehung spiritueller Aspekte in das Versorgungskonzept mittlerweile nicht nur als selbstverständlich angesehen, sondern ist auch rahmenvertraglich (nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V) abgesichert (siehe GKV 2022, Rahmenvertrag). Allerdings ist diese Verankerung einer Besonderheit der palliativen Versorgung zu verdanken, auf die noch näher einzugehen sein wird. In der SAPV benachbarten Leistungsbereichen, wie etwa der stationären Hospizversorgung und der Versorgungsplanung gemäß § 132g SGB V, fehlt es derzeit noch an hinreichenden Festlegungen in den Rahmenvereinbarungen. In anderen Bereichen des SGB ist die Frage „spiritueller Sozialleistungen“ noch ganz grundsätzlich unbeantwortet, soweit sie überhaupt schon als gestellt angesehen werden kann.

Neben den grundsätzlichen Fragen sieht sich die *Spiritual Care* insbesondere auch Abgrenzungsfragen gegenüber. Diese wurden vor allem im Bereich der palliativmedizinischen (stationären) Komplexbehandlung prominent, und zwar bezüglich des Verhältnisses der in die Versorgung integrierten Leistungen mit erklärter spiritueller Dimension zu denen der Seelsorge. Diesem Aspekt wird in diesem Beitrag besondere Beachtung geschenkt.

31.2 Regelungsebenen

Aufgrund der bislang schwachen Ausgestaltungsdichte des Themas *Spiritual Care* im Bereich des Sozialgesetzbuches lassen sich derzeit ganz allgemein drei Ebenen bestimmen, auf denen sich – neben den fachlichen – insbesondere auch rechtliche Fragen stellen. Als übergeordnet ist die Ebene internationalen Rechts zu sehen. Als relevanter Ausschnitt interessieren hier namentlich die Festlegungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Auf nationaler Ebene spielt das Sozialgesetzbuch mit seinen unterschiedlichen Büchern die (hier) entscheidende Rolle. Darüber hinaus lassen sich eine Reihe von Folgefragen identifizieren, die, soweit und solange sie nicht auf Ebene des Sozialgesetzbuches einer Lösung zugeführt werden, durch allgemeinrechtliche Erwägungen zu beantworten sind. Als Beispiel kann insoweit etwa die Frage des Bestandes, der Reichweite und der Wirkung von Verschwiegenheitspflichten im Rahmen der *Spiritual Care* gelten. Derlei Folgefragen wird in diesem Beitrag indes nicht eigens nachgegangen.

31.3 Internationale Entwicklungen

Weltweites Augenmerk wurde dem Thema der *Spiritual Care* spätestens mit der bereits erwähnten Resolution WHA37.13 (Peng-Keller und Neuhold 2019, S. 45–49)[2] der WHO zuteil, die die spirituelle Dimension in der globalen Gesundheitsstrategie der WHO zu verankern suchte. Entgegen entsprechenden Anläufen, (siehe insbesondere zu dem Versuch Ende der 1990er-Jahre etwa Nagase 1998) berücksichtigt jedoch die generelle, in der Präambel der WHO verankerte Definition von Gesundheit deren spirituelle Dimension heute nicht. Die Festlegungen der Resolution WHA37.13 sind ebenfalls mehr oder minder unverbindlich. Die Mitgliedsstaaten wurden durch sie nicht dazu verpflichtet, sondern „lediglich eingeladen, die spirituelle Dimension in ihre Gesundheitsversorgung einzubeziehen" (Peng-Keller und Neuhold 2019, S. 56). Gleiches gilt auch für den Bereich der Palliativmedizin, obwohl die WHO insoweit ihre Definitionen um einen spezifisch spirituellen Aspekt erweitert hat:

> „Palliative care is a crucial part of integrated, people-centred health services. Relieving serious health-related suffering, be it physical, psychological, social, or spiritual, is a global ethical responsibility." (WHO, Palliative Care)

Auf internationaler Ebene besteht aktuell mithin keine allgemeine Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland zur stärkeren Integration der *Spiritual Care* in das SGB. Auf die Festlegungen der WHO kann in Rechtsstreitigkeiten allerdings Bezug genommen werden.[3] Sie wirken insoweit aber nicht als Rechtsnorm, sondern haben als Facheinschätzung (nur) normativen, also die Auslegung nationalen Rechts beeinflussenden Charakter.

31.4 Verankerung der *Spiritual Care* im SGB (V)

Im Hinblick auf die Anpassung des Rechts übernimmt mal das Fachliche, mal das Juristische die Führung. Um ein einfaches Beispiel zu wählen: Wenn etwa ein fachlicher Standard ermittelt wurde, sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für die entsprechende Leistung so zu gestalten, dass die Leistungserbringung an dem Standard orientiert erfolgen kann. Aber auch umgekehrt kann ein In-Beziehung-Setzen des Fachlichen mit dem Rechtlichen erfolgen. Wenn kein fachlicher Standard für eine Leistung definiert ist, die Leistung aber aus rechtlichen Gründen nicht unerbracht bleiben darf, resultiert aus der rechtlichen Umsetzungsnotwendigkeit das Bedürfnis nach der Definition eines fachlichen Standards.

---

[2] Sie kann aber dennoch als geschichtlicher Meilenstein der Entwicklung hin zu einem umfassenden Anspruch an den Begriff der menschlichen Gesundheit gesehen werden. Die Herleitung der Definition, ihren geschichtlichen Hintergrund, werden bei Simon Peng-Keller umfassend beleuchtet.

[3] So erfolgreich geschehen etwa in S 46 KR 70/17 (Urteil des SG Gelsenkirchen vom 07. August 2019) sowie in S 9 KR 1621/17 (Urteil des SG Karlsruhe vom 28. Februar 2019).

Wenn es auch auf internationaler Ebene noch an Festlegungen fehlt, hat doch auf nationaler Ebene in Deutschland die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin bereits 2005 festgestellt, dass eine alleinige Konzentration auf rein medizinische Aspekte mitunter nicht zielführend ist.

> „Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin ist der Überzeugung, dass nicht in der vorzeitigen Beendigung des Lebens die Lösung besteht, sondern in einem anderen Umgang mit Tod und Sterben: Tod und Sterben müssen enttabuisiert und als natürlicher Teil des menschlichen Lebens wieder in die Gesellschaft zurückgeholt werden. Der kurative Ansatz muss um eine lindernde Medizin ergänzt werden, die der Lebensqualität statt der künstlichen Lebensverlängerung dient. Die Konzentration auf die rein medizinische Versorgung muss zu Gunsten einer intensiven psychosozialen, pflegerischen und spirituellen Sterbebegleitung und Betreuung der Angehörigen aufgegeben werden. Patienten und Angehörigen muss so viel Unterstützung und Kompetenz angeboten werden, dass ein Sterben zu Hause in der vertrauten Umgebung möglich ist.“ (Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005, S. 5)

Gerade nach dem Urteil des BVerfG (Urteil vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15 u. a.) zum Recht auf Inanspruchnahme der Hilfe eines bereiten Dritten zum assistierten Suizid erlangen die Ausführungen neue und verstärkte Relevanz. Sie legen nahe, dass gelingende Prävention, die nunmehr parteiübergreifend gefordert wird (siehe interfraktioneller Antrag Kappert-Gonther et al. 20/7630 (2023)), insbesondere für schwer kranke Menschen auch ein leistungsfähiges spirituelles Angebot voraussetzt.

Auch wenn spirituelle Angebote damit in Teilbereichen der (gesundheitlichen) Versorgung, namentlich der Palliativversorgung, immer mehr zum Standard werden könnten, dürfte eine Einbeziehung spiritueller Aspekte sowohl in die übrigen Bereiche gesundheitlicher Versorgung als auch in die weiteren sozialgesetzlichen Leistungsangebote auf absehbare Zeit schwierig bleiben. Grund dafür ist schlicht die Tatsache, dass sich die Effekte spiritueller Begleitung nicht derart analysieren lassen oder gar analysiert finden, wie es für ihre Verankerung im sozialrechtlichen Leistungsgefüge (derzeit) notwendig wäre. Selbst im Bereich der Palliativmedizin werden spirituelle Leistungen (aus legislativer Sicht nur) deswegen als tragend angesehen, wenn und weil erkrankungsspezifische Primärleistungen nicht mehr hinreichend vielversprechend sind (Definition siehe Radbruch et al. 2005). Zwar ließe sich Satz 2 der oben für den Bereich der Palliativmedizin referierten Definition der WHO – isoliert gelesen – als ein unbedingter Anspruch auf die Umsetzung ganzheitlicher Behandlungsmethoden verstehen. Damit dürfte sich aber der Ansatz der WHO deutlich progressiver herausnehmen als das derzeitige bundesdeutsche sozialversicherungsrechtliche Verständnis von der Ausgestaltung gelingender gesundheitlicher Versorgung.

Es ist aber kein Geheimnis, dass umfassende Behandlungserfolge (um die es jedenfalls außerhalb der Palliativmedizin ginge) auch auf Aspekte zurückzuführen sind, die nicht in erster Linie durch naturwissenschaftlichen Rückhalt überzeugen (zum Effekt der Stressreduktion siehe z. B. Tausch 1996). Je mehr nachgewiesen werden kann, dass *Spiritual Care* (präventiv, wie begleitend) einen wirksamen Ansatz darstellen kann, desto mehr wird sie im SGB (V) auch rechtliche Verankerung finden können. Zeigt sich etwa die – wohl vor

allem von Cicely Saunders bekannt gemachte – Vermutung, nach der unerfüllte Spiritualität als Ursache und Verstärker von Schmerzen und Beschwerden zu gelten hat, als empirisch richtig, dann kann einem Anspruch auf entsprechende Leistungen im SGB V kaum mehr grundsätzlich widersprochen werden. Dessen Leistungssystem ist schon gemäß § 1 Satz 1SGB V daran zu orientieren, dass gesundheitliche Beschwerden so weit wie möglich zu vermeiden, zu lindern (und auszuräumen) sind.[4] Mit dem Nachweis empirischer Evidenz wächst also auch der Druck auf den Gesetzgeber, entsprechende Leistungen (allgemein) zu verankern. Namentlich kann hier die bereits von Viktor Frankl so eindrücklich und überzeugend als grundlegend betonte Frage nach dem sinnstiftenden Logos, die sich natürlich nicht durch eine beliebige herkömmliche Fachleistung beantworten lässt, forschungsleitende Orientierung geben. Andererseits ist nicht zu bestreiten, dass einer Entgrenzung des Leistungsangebots hinein in eine vollendete Beliebigkeit kein Lauf gelassen werden kann. Soweit es noch an entsprechenden Forschungserkenntnissen bzw. deren politische Debatte fehlt, ist für diese – auch durch den Sachverständigenrat (§ 142 SGB V) – zu sorgen, um die Entwicklung in die eine oder andere Richtung voranzubringen. (Bereits) Erzielte Forschungserkenntnisse zugunsten der *Spiritual Care* sind leistungs-, leistungserbringer- und vergütungsrechtlich zügig umzusetzen.

31.5 Grenzen der Belastbarkeit der *Spiritual Care*

Hierbei ist allerdings auf eine besondere Problematik zu achten. Jedenfalls die typisch seelsorglichen Anteile der *Spiritual Care* dürfen – um im eigentlichen Sinne wirksam zu sein, also um ihrem ursprünglichen Auftrag zu folgen – keine gesundheitstherapeutische Absicht verfolgen, müssen sich also gewissermaßen als zweckfrei verstehen (Die Deutschen Bischöfe 2021, S. 40). Wird ihr die Aufgabe übertragen, einen messbaren Beitrag zum fachlich gewünschten Erfolg – wie etwa der gesundheitlichen Heilung – zu leisten, besteht die Gefahr, dass die *Spiritual Care* „verzweckt und ökonomischen Interessen untergeordnet wird“ (ebd.) und so auf psychologisch nutzbare Ressourcen reduziert und „medikalisiert“ (siehe Peng-Keller und Neuhold 2019, S. 61). Zwar kann auch das geistliche Gespräch *mitunter* und in einem übertragenen Sinne durchaus dem medizintherapeutischen Grundmuster von Anamnese – Indikation – Intervention folgen (einschränkend dazu Die Deutschen Bischöfe 2021). Es folgt aber nicht per se einer Logik, die in *Benchmarks* und *Performance Monitoring* abgebildet und vermessen werden kann oder sollte.[5] Es in ein solches System zu überführen, sorgte für eine weitgehende Unbrauchbar-

[4] Aus diesem Grund wird etwa in Irland *Spiritual Care* nicht nur für sterbende Menschen, sondern auch für Menschen in Krisen sowie für Kranke angeboten (siehe dazu Timmins et al. 2017).

[5] Problematisch ist allerdings nicht, dass sich der Weg zur seelischen Heilung als verschlungen darstellt, mit Tiefen verbunden sein kann und nicht sofort und unmittelbar zum gewünschten Erfolg führen muss. Denn auch typische medizinische Therapieansätze können mit einer kurzfristigen Verschlechterung des Befindens des/der Patient:in einhergehen.

machung, da seine Wirksamkeit aufgrund der „Unergründlichkeit Seiner Wege“ unumgänglich von einer konzept- und überprüfungsfeindlichen Offenheit abhängt. Damit ergibt sich ein Dilemma. Solange sich die *Spiritual Care* nicht als leistungsfähiges Generalwerkzeug der sozialen Sicherheit beweist, kann sie aufgrund der überkommenen Strukturen des Systems nur ausnahmsweise auf Einbeziehung hoffen. Soweit sie sich dagegen den Strukturanforderungen unterwirft, um ihre Leistungsfähigkeit demonstrieren zu können, droht sie, ihre Leistungsfähigkeit zu unterminieren.

31.6 Abgrenzung der *Spiritual Care* zur Seelsorge

31.6.1 Eigenständiger Auftrag der Kirche

Eine damit zusammenhängende Schwierigkeit, die sich im Rahmen einer Verankerung von *Spiritual Care* als sozialrechtliche Leistung ergibt, liegt in der Abgrenzung der *Spiritual Care* zur typisch kirchlichen, namentlich pastoralen Seelsorge. Dabei geht es um Herausforderungen, die sich auch als Folge einer voranschreitenden Ökonomisierung des Gesundheits- und Sozialwesens verstehen lassen – sofern hier Gefahren für den eigenständigen kirchlichen Auftrag gesehen werden können (vgl. Die Deutschen Bischöfe 2021, S. 38–43). Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber, dass dem kirchlichen Auftrag zumindest heute ein eigenständiger Bereich verbleibt, der von der *Spiritual Care* unterschieden werden kann. Denn mit der Frage des Auftrags koalesziert auch die Frage der Finanzierung, da nicht sowohl die Seelsorge/Pastoral als auch die *Spiritual Care* umstandslos aus einer Kasse finanziert werden können.

31.6.2 *Spiritual Care* durch Seelsorgende? Das Beispiel der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung

Auch wenn die *Spiritual Care* schon wichtige Verankerungen gefunden hat, sind – wie eingangs bereits betont – noch wesentliche Fragen nicht zufriedenstellend geklärt. Dazu gehört etwa die Frage, welche Fachkraft Leistungen der *Spiritual Care* zu erbringen hat, um zulasten der Krankenversicherung abgerechnet werden zu können. So hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG zu der zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) als strittig festgestellte Kodierempfehlung (KDE) 428 unter dem 25. November 2020 dergestalt entschieden, dass die von einem Seelsorger/einer Seelsorgerin erbrachten Leistungen nicht im Rahmen der OPS-Kodes 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) und 8-98e (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) bei der Ermittlung der pro Patient erbrachten Leistungen/Therapiezeit zu berücksichtigen sind. Damit wären die von einem/einer Seelsorger:in

erbrachten Leistungen in diesem Rahmen per se nicht zulasten der Krankenversicherung abrechnungsfähig. Nach Auffassung des Schlichtungsausschusses sei die Seelsorge vollständig (damit sind also alle Leistungen der seelsorgenden Person gemeint) über die Gemeinkosten eines Krankenhauses oder andere Kostenträger (Kirchen) finanziert bzw. zu finanzieren. Ferner könne Seelsorge nicht dem im OPS geforderten „Behandlungsteam" zuzurechnen sein, da Seelsorge nicht im klassischen Sinne „behandele" und darüber hinaus keinen der geforderten „Therapiebereiche" darstelle, da Seelsorge keinen therapeutischen Ansatz verfolge.

In ihrer Kritik der Entscheidung des Schlichtungsausschusses hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zu Recht darauf hingewiesen, dass diese Argumentation, dächte man sie konsequent zu Ende, auch die Abrechenbarkeit der Sozialarbeit betreffen müsste, deren Anerkennung im Gegensatz zur Seelsorge aber zurecht nicht infrage gestellt wird (DGP, Stellungnahme vom 17.02.2021).

31.7 Das Kriterium der Abgrenzung

Die Abgrenzung zwischen Seelsorge und *Spiritual Care* kann schon deswegen nicht sinnvoll anhand des Berufsstands der leistungserbringenden Person entschieden werden, da es dem Berufsstand der Seelsorgenden nicht (zumindest nicht generell) an der fachlichen Qualifikation für die infrage stehende Tätigkeit mangelt. Es muss also ein anderes Kriterium dazu genutzt werden, das zu eindeutig plausibleren Ergebnissen kommt. Wesentlich dürfte insoweit sein, dass sich *Spiritual Care* als ein (allenfalls teilkongruentes) Aliud zur Seelsorge versteht und verstehen sollte – und nicht als ihr Surrogat. Geht es darum, eine ergänzende Dimension der Arbeit mit dem Menschen zu eröffnen, die die Inhalte der Seelsorge abdecken kann, aber nicht muss, die sich dem Geistlichen universal nähern kann, ohne dem Konfessionellen verpflichtet zu sein, dann ist eine konsequente Grenzziehung möglich.

So verstanden können und müssen Aspekte der Seelsorge – auch nach Wunsch und Wahl – des einzelnen Menschen (teilweise) im Gewand und Anspruch der *Spiritual Care* in die Behandlungsleistung (die im palliativmedizinischen Bereich per definitionem ohne kurative Intention erbracht wird) einbezogen sein, womit sie mit dem Team zu finanzieren und zu sichern ist. Im Unterschied zur allgemeinen Seelsorge, die im Gegensatz über die Gemeinkosten oder Kirchen etc. zu finanzieren wären, übernimmt die *Spiritual Care* Mitverantwortung im Therapieplan. Auf ebendieser Grundlage entschieden unlängst etwa das SG Karlsruhe (Urteil vom 28. Februar 2019, Az S 9 KR 1621/17, vgl. dazu DGP Stellungnahme vom 15.07.2019) und das SG Gelsenkirchen (Urteil vom 07. August 2019, Az. S 46 KR 70/17) zugunsten der Leistungserbringung auch durch Seelsorgende.

Als generalisierbares Abgrenzungskriterium bietet sich also die Frage nach der Einbettung der Leistung an. Ist sie im Therapieplan, sofern dieser – wie im Palliativbereich – nicht notwendigerweise kurativ angelegt sein muss, vorgesehen, übernimmt sie dort also Mitverantwortung, dann ist sie unfraglich als SGB-V-Leistung zu finanzieren – un-

abhängig der Berufsgruppe, der die Leistung erbringenden Fachkraft angehört. Insoweit empfiehlt sich als Grundlage für die gelingende Abrechnung eine aussagekräftige Dokumentation der erbrachten Leistungen. Solange eine klarstellende Anpassung der Kodierung aussteht, ist bei Verweigerung der Kostenübernahme der Rechtsweg zu prüfen.

31.8 Ausblick

Bis zu einer umfassenden Verankerung der *Spiritual Care* im SGB ist es noch ein weiter Weg. Wie gezeigt, ist noch eine Vielzahl von Fragen zu klären, indem ein umfassendes Verständnis von Anspruch und Fähigkeit der *Spiritual Care* zu bilden ist. Die wenigen bereits klar definierten, aber noch nicht endgültig geklärten Fragen hinsichtlich der Übernahmefähigkeit konkreter Kosten werden hoffentlich bald im Sinne praktischer Handhabbarkeit als gerichtsfest beantwortet gelten können. Eine entsprechend der vorliegend ausgeführten Linien erfolgende Einordnung und Abgrenzung ist *mutatis mutandis* auch in weiteren, insbesondere allen palliativmedizinisch ausgerichteten Leistungsbereichen, anwendbar und wünschenswert.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (15.07.2019) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin/Sektion Seelsorge der DGP zum Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe zur Einbeziehung der Seelsorge in die Palliativmedizinische Komplexbehandlung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/20190715_Stellungnahme_DGP_Sektion_Seelsorge_SG-Urteil_Karlsruhe.pdf. Zugegriffen am 08.12.2022

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Stellungnahme zum Schlichtungsspruch vom 17. Februar 2021. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Stellungnahme_DGP_Seelsorge_200217.pdf. Zugegriffen am 14.12.2022

Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (2005) Zwischenbericht der BT-Drs. 15/5858. https://dip.bundestag.de/vorgang/.../14727. Zugegriffen am 08.12.2022

Die Deutschen Bischöfe (2021) „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38) – Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Publikation der Pastoralkommission der deutschen Bischöfe 2021. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/0c9b74b8e6b4d5d0f744c58a-f90ea8b2/DBK_1251.pdf. Zugegriffen am 07.12.2022

GKV-Spitzenverband, Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V. (26.10. 2022) Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) vom 26.10.2022 zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin, der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e. V., Berlin, dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Berlin, dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg, dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V., Berlin, dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin, dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Berlin, der Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. Berlin, dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen. https://

www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/sapv/20221026_SAPV-Erwachsene-Rahmenvertrag.pdf. Zugegriffen am 08.12.2022

Kappert-Gonther K et al (05.07.2022) Drucksache 20/7630 (2023), Antrag Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglich, BT-Drs., https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007630.pdf. Zugegriffen am 12.12.2023

Nagase M (1998) Does a multi-dimensional concept of health include spirituality? Analysis of Japan Health Science Council's discussions on WHO's 'definition of health'. http://article.sapub.org/pdf/10.5923.j.ijas.20120206.03.pdf. Zugegriffen am 08.12.2022

Peng-Keller S, Neuhold D (2019) Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. wbc Academic. https://files.wbgwissenverbindet.de/Files/Article/ARTK_ZOA_1022047_0001.pdf. Zugegriffen am 08.12.2022

Radbruch L, Nauck F, Sabatowski R (2005) Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin. Was ist Palliativmedizin? Stuttgart: Hospizverlag. DGP. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski.pdf. Zugegriffen am 08.12.2022

Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) vom 26.10.2022. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/sapv/20221026_SAPV-Erwachsene-Rahmenvertrag.pdf. Zugegriffen am 14.12.2022

Tausch R (1996) Empirische Untersuchungen zu Sinn-Erfahrungen und Wertauffassungen. Medizinethische Materialien, Heft 107

Timmins F et al (2017) An exploration of current approaches to and facilities for spiritual care provision in the Republic of Ireland. J Pastoral Care Counsel, June 2017, S 122–131. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28618885/. Zugegriffen am 20.12.2022

Weltgesundheitsorganisation (WHO). Resolution WHA37.13. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160950/WHA37_R13_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Zugegriffen am 08.12.2022

Weltgesundheitsorganisation (WHO). Palliative Care. https://www.who.int/health-topics/palliative-care. Zugegriffen am 08.12.2022

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

32 Handlungsempfehlungen zur spirituellen Begleitung alter und/oder schwerstkranker Menschen – Langfassung

Marianne Kloke, Bernd Alt-Epping, Arndt Büssing, Astrid Giebel, Katrin Eilts-Köchling, Stephan M. Probst und Bruno Schrage

An der Erstellung der Handlungsempfehlungen wirkten als Expert:innen mit: Bernd Alt-Epping, Arndt Büssing, Katrin Eilts-Köchling, Karl-Heinz Feldmann, Mareike Gerundt, Astrid Giebel, Wolfram Gießler, Florian Jeserich, Herbert Kappauf, Martin Kellner, Daniela Kiefer-Fischer, Marianne Kloke, Erika Koch, Christof Müller-Busch, Eckhardt Nagel, Martina Plieth, Stefan Probst, Birte Puls, Lydia Roeder, Anna Storms, Bruno Schrage, Gwendolin Wanderer, Ulrich Wedding, Martin Weber, Erhard Weiher, Birgit Weihrauch, Silvio Wienbeck. Die redaktionelle Arbeit wurde von den Autoren, die Koordination von der Erstautorin vorgenommen.

M. Kloke (✉)
Essen, Deutschland

B. Alt-Epping
Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland
e-mail: bernd.alt-epping@med.uni-heidelberg.de

A. Büssing
Integrative Medicine, Witten/Herdecke University, Herdecke, Deutschland
e-mail: Arndt.Buessing@uni-wh.de

A. Giebel
Vorstandsbuero, Diakonie Deutschland, Berlin, Deutschland
e-mail: astrid.giebel@diakonie.de

K. Eilts-Köchling
Lübeck, Deutschland
e-mail: Katrin.eilts-koechling@travebogen.de

S. M. Probst
Klinikum Bielefeld Mitte, Klinik für Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin und Stammzelltherapie, Bielefeld, Deutschland
e-mail: stephan.probst@klinikumbielefeld.de

B. Schrage
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., Köln, Deutschland
e-mail: bruno.schrage@caritasnet.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_32

32.1 Prolog

Die im Jahr 2010 von der European Association for Palliative Care (EAPC) formulierte Definition von Spiritualität (Sp) gibt den unterschiedlichsten Weltanschauungen und Kulturen Raum. Dort heißt es: „Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen.“ (Nolan et al. 2011) Spiritualität umfasst demnach drei Bereiche: existenzielle Fragestellungen, Werte und Werthaltungen und religiöse Aspekte und Grundlagen. *Existenzielle Fragestellungen* beinhalten z. B. Identität, Bedeutung, Leid und Tod, Schuld und Scham, Versöhnung und Vergebung, Freiheit und Verantwortung, Hoffnung und Verzweiflung sowie Liebe und Freude. *Werte und Werthaltungen* beinhalten das, was für eine Person am wichtigsten ist, wie das Verhältnis zur eigenen Person, zur Familie, zu Freund:innen, zum Beruf, zu Materiellem, zur Natur, zu Kunst und Kultur, zur Moral und zum Leben als solchem. Der dritte Bereich der *religiösen Aspekte und Grundlagen* umfasst den Glauben, religiöse Inhalte und Praktiken sowie die Beziehung zu Gott oder dem Transzendenten (Büssing 2019; Best et al. 2020).

Erhard Weiher definiert ähnlich weitgefasst: „Spiritualität ist, ganz allgemein gesprochen, der innere Geist, aus dem heraus ein Mensch sich versteht, woraus er sein Leben gestaltet, er Sinn erfährt und womit er auch Krankheit, Sterben und Trauer zu bestehen sucht.“ (Weiher 2021). Spiritualität ist somit ein multidimensionales Konstrukt mit vielen Bedeutungsnuancen und Ebenen des Erlebens, der Haltungen und des Verhaltens (Büssing 2019). Das Motiv der Verbundenheit und Rückbindung (*religio*) ist ein zentrales, das von den meisten Religionen geteilt wird.

Vor mehr als 20 Jahren wurde die spirituelle Dimension neben der physischen, psychischen und sozialen als gleichberechtigte vierte Säule von Palliative Care nicht nur von der WHO, sondern ebenso von zahlreichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften bestätigt (World Health Organisation 2002). Im Rahmen der S3-Leitlinie Palliativmedizin wird ein expliziter Bezug zu Spiritual Care (SpC) als vierter Dimension einer Palliativversorgung nur im Glossar hergestellt, im weiteren Text jedoch weitgehend auf Empfehlungen zur Umsetzung von SpC verzichtet (Deutsche Krebsgesellschaft 2020). Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland benennt SpC als vierte Säule der Versorgung und als Gegenstand von Aus- und Weiterbildung und verortet sie grundsätzlich als Aufgabe der Mitglieder des multiprofessionellen Teams (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2010). Sowohl die Evangelische Kirche Deutschland (EKD) als auch die Deutsche Bischofskonferenz (DBK) haben in ihren einschlägigen Stellungnahmen betont, dass die Integration von Spiritualität unverzichtbarer Bestandteil der pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Betreuung, kurzum der ganzheitlichen Fürsorge für den alten, kranken und/oder sterbenden Menschen ist. Hierbei wird die Notwendigkeit der Verfügbarkeit von spezifisch qualifizierten hauptamtlichen Seelsorgern als Anbietern

von SpC auf spezialisiertem Niveau[1] erläutert. Ihre spezifische Kompetenz in der Durchführung von Segens- und anderen rituellen Handlungen sowie in der Spendung von Sakramenten stellt ein wichtiges Angebot dar (Evangelische Kirche Deutschland 2020; Die Deutschen Bischöfe 2018).

Die Integration von Spiritualität in die gemeinsame Sorge aller Gesundheitsberufe um alte und/oder schwerstkranke Menschen und ihre An- und Zugehörigen wird als notwendig anerkannt (Frick und Roser 2011; Nauer 2015). Trotzdem wird SpC erst seit Kurzem zu einem sich „rasch entwickelnden Forschungs-, Praxis- und Ausbildungsgebiet" (Peng-Keller 2020).

Der Begriff „Spiritual Care" ist längst zu einem Terminus technicus geworden. Wegen seiner schlechten Übersetzbarkeit ins Deutsche wird er im Folgenden in der Handlungsempfehlung benutzt. Seine inhaltliche Definition ist keineswegs einheitlich. Unklar ist die Abgrenzung von bzw. Überschneidung mit den Begriffen „Existential Care" oder „Pastoral Care".[2] Letzteres beschreibt eine konfessionsgebundene Seelsorge. Als Gemeinsamkeit weisen die Begriffe jedoch die Dimensionen des Suchens nach Sinn, Bedeutung, Verbundenheit, Versöhnung und innerem Frieden mitten im Leben auf. Der spezifische Aspekt des religiösen Glaubens, der religiösen Verbundenheit und entsprechender Rituale und Sakramente wird eher der konfessionsgebundenen Seelsorge zugeordnet, die aber sehr wohl auch die existenzielle Dimension des Diesseitigen im Blick hat.[3]

Im Rahmen dieser Handlungsempfehlungen (HE) wird SpC in Abgrenzung zu Existential Care trotz vieler auch empirisch begründeter Überschneidungen als eigenständiger Begriff mit Bezug auf die EAPC-Definition von SpC (s. o.) verwendet.

Empirische Untersuchungen im eher säkularen Deutschland zeigen den großen Bedarf chronisch oder lebensbegrenzend erkrankter sowie betagter Menschen und ihrer Angehörigen an Kommunikation auch über spirituelle Fragen (Frick et al. 2006; Büssing et al. 2009; Erichsen und Büssing, 2013; Höcker et al. 2014; Man-Ging et al. 2015;

[1] Einige Autoren haben in Analogie zu Palliative Care ein Dreistufenmodell von SpC entwickelt: *Basis SpC* (integraler Bestandteil des Aufgabenfeldes aller in Betreuung, Therapie und Begleitung von Patienten Tätigen), *qualifizierte SpC* (Aufgabenbereich von Fachpersonen mit einer ergänzenden in SpC qualifizierenden Fort- und Weiterbildung) sowie die *spezialisierte SpC* (Domaine von spezifisch für den Bereich SpC qualifizierten Hauptamtlichen) (Knoll 2020).

[2] Bzgl. der aktuellen Diskussion der differenziellen Inhaltsbestimmungen von Existential und Spiritual Care wird auf die einschlägigen Aufsätze des Handbuchs verwiesen.

[3] Während in Deutschland die hauptamtlich seelsorgerisch Tätigen zumeist einen Konfessions- oder Religionsbezug haben, gibt es in anderen Ländern bereits religionsunabhängig SpC qualifizierte Professionelle, die teilweise eine strukturierte akademische Ausbildung absolviert haben. Da sich diese Handlungsempfehlungen auf das deutsche Gesundheitssystem beziehen und diese auch als Spiritual Care Giver bezeichnete sehr heterogene Berufsgruppe aktuell keine Relevanz für die Gesundheitsversorgung hat, wird an dieser Stelle auch nicht explizit auf diese eingegangen.

Haußmann et al. 2017). Für ihre spirituellen Anliegen ist aber selten Raum, sodass sie zumeist unbeachtet bleiben. Diese Bedürfnisse können differenziert werden in religiöse Bedürfnisse, existenzielle Bedürfnisse, Bedürfnisse nach innerem Frieden, Bedürfnisse nach Generativität sowie (familiäre) Beziehungsbedürfnisse (Büssing 2021). Sie alle bedürfen einer unterstützenden Reaktion und eines Gesprächsangebotes. E. Weiher und S. Probst betonen besonders den Beziehungs- und Kommunikationscharakter von SpC (Weiher 2014, 2021; Probst 2023). Sie weisen darauf hin, dass hierbei sowohl die implizite, nicht geäußerte Spiritualität als auch die explizite, kommunizierte und ggf. praktizierte Spiritualität gleichwertige Bedeutung haben.

SpC geschieht auf dem Boden eines tiefen Vertrauensverhältnisses zwischen betreutem und betreuendem Menschen. Studien zufolge weisen Patient:innen und Bewohner:innen unabhängig davon, ob sie religiös beheimatet, konfessionslos bzw. religiös enttäuscht oder indifferent sind, die Wahrnehmung und Adressierung spiritueller Bedürfnisse und Fragen häufig Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zu (Frick et al. 2006; Büssing et al. 2009; Büssing et al. 2012). Die Selbstmitteilung bzw. Mitteilung von Spiritualität geschieht auf der Basis eines nicht delegierbaren Vertrauens, das Menschen denjenigen entgegenbringen, die sie versorgen. Das bedeutet, dass die Mitglieder des versorgenden Teams (Ärzt:innen, Pflegende, Therapeut:innen, Hospizbegleiter:innen und andere) dem Bedürfnis nach der Thematisierung von Spiritualität begegnen (Gijsberts 2022; Heller und Heller 2014). Spiritualität und die daraus resultierende Motivation zum Leben und zum Umgang mit Krankheit und Endlichkeit sind höchst individuell (Daaleman 2012). Mitglieder des versorgenden Teams respektieren und wertschätzen dies in der Kommunikation (Gijsberts 2022; Heller und Heller 2014). Diese Einlassung geschieht aus einem persönlichen Engagement heraus, mit großer Hingabe und mit zumeist in privater Initiative erworbener Qualifikation, da SpC nicht oder nur rudimentär Gegenstand von Aus-/Fort-/Weiterbildungs- und Studienordnungen in medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Berufen ist (Batstone et al. 2020; Bundesministerium der Justiz 2018, 2021).[4] Um dem Vorwurf von Kompetenzüberschreitung oder ineffizienter Arbeitsweise zu entgehen, engagieren sich Mitarbeitende im Gesundheitssystem für den Einbezug spiritueller Aspekte, häufig ohne dies deutlich im Team bzw. in der Dokumentation zu benennen (von Dach und Zumstein-Shaha 2022). Empirische Studien zeigen, dass die große Mehrzahl der Pflegenden der Überzeugung ist, dass Spiritualität und SpC wichtige Aspekte der Pflege darstellen, aber dass sie nur gelegentlich in der Lage seien, auf die spirituellen Bedürfnisse von Patient:innen einzugehen (McSherry und Jamieson 2011; O'Brien et al. 2019). Zudem möchten viele von ihnen mit ihren Ärzt:innen über diese Bedürfnisse reden, was diese jedoch oft überfordert (Frick et al. 2006; Büssing et al. 2009; Thanner et al. 2015). Somit

[4] Viele Palliativakademien und kirchliche Institutionen bieten Workshops oder Fortbildungskurse zu Spiritual Care an. Bis dato existiert jedoch kein von einer relevanten Fachgesellschaft bundesweit anerkanntes Curriculum. Im Rahmen des diesen Handlungsempfehlungen zugrunde liegenden Projektes erfolgte die Zertifizierung des 40-stündigen Curriculum *SpeCi* durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

wird SpC von den in Gesundheitsberufen Tätigen als ureigene Aufgabe empfunden. Dies gilt besonders dann, wenn sie Menschen in schwierigen Lebenssituationen wie in schwerer Krankheit und/oder in der letzten Lebensphase betreuen (McSherry und Jamieson 2011; Dinges 2014; von Dach und Zumstein-Shaha 2022). Die Annahme dieser Verantwortung geschieht weder in Abgrenzung noch in Konkurrenz zu den professionell Seelsorgenden. Idealerweise sind sie in die betreuenden Teams als Mitarbeiter integriert, müssen aber spätestens auf Wunsch der Betroffenen hinzu gebeten werden (Roser 2020). Die Wirksamkeit und Akzeptanz spiritueller Themen durch die Betroffenen werden deutlich gesteigert, indem Versorgende sich offen dafür zeigen (Wierzbicki 2021).

Die zunehmend säkulare und multikulturelle sowie weltanschaulich diverse Gesellschaft in Deutschland macht berufsgruppenübergreifende Bildungsangebote für Mitarbeitende im Gesundheitswesen notwendig. Ziel ist es, sie für die Wahrnehmung von Spiritualität zu sensibilisieren und für SpC zu befähigen. Dies gilt besonders im Kontext von schwerer Erkrankung und dem bevorstehenden Lebensende.

In (Aufnahme-)Gesprächen und der Entwicklung von Betreuungskonzepten werden spirituelle Bedürfnisse der betreuten Menschen marginalisiert und auf die Frage nach Konfessions-/Religionszugehörigkeit (z. B. katholisch, evangelisch, muslimisch, jüdisch, sonstige, keine) reduziert oder gar komplett übergangen. Dabei stellt das Eingehen auf spirituelle Anliegen die Betreuenden in Anerkennung der kultur- und religionsdiversen sowie multiethnischen Gesellschaft vor besondere Herausforderungen. Aufgrund fehlender Kompetenz in diesem Bereich fühlen sich Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung durch entsprechende Anfragen überfordert (Heller und Heller 2014; Hauschildt 2016). Beide großen christlichen Konfessionen haben ihre Seelsorgenden eindeutig mit SpC für alle bedürftigen Menschen unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit beauftragt (Evangelische Kirche Deutschland 2020; Die Deutschen Bischöfe 2018). Unabhängig davon fällt diese Sorge auch in die Zuständigkeit jeder einzelnen Person in den multiprofessionellen (Palliativ-)Teams. Denn in jeder Begegnung mit dem alten und/oder schwerstkranken Menschen muss Spiritualität bzw. Religiosität im Sinne der angeführten Definition jeweils neu bestimmt werden, weil das an- und ernst zu nehmen ist, was die betroffene Person darunter versteht (Roser 2021).

Darüber hinaus ist diese vierte Säule aber auch für die in der Versorgung Tätigen selbst von Bedeutung. Die aktuellen Arbeitsbedingungen werden durch die Finanzierungsmodelle, den Fachkräftemangel, die Fallpauschalen und die Entwicklung zu einer älter und damit kränker werdenden Gesellschaft erschwert. Diese Belastung zeigt sich nicht nur in der Berufsflucht, sondern auch in der Zunahme des Phänomens „Moral Distress“ (Hinzmann et al. 2023) sowie emotionaler Erschöpfung und Distanzierung von den Patient:innen im Sinne des Cool Down (Büssing et al. 2017). Die Etablierung von SpC betrifft auch den Teamgeist, der seinerseits wiederum Offenheit und Selbstwahrnehmung im Sinne einer SpC-Kompetenz stärkt (Frick et al. 2019). Dieser Teamgeist ist mit höherer beruflicher Zufriedenheit assoziiert (Pastrana et al. 2021; Büssing et al. 2023a).

Der Erwerb dieser Befähigung setzt die Verankerung entsprechender Inhalte in Aus-/Fort-/und Weiterbildung voraus (Paal et al. 2015; Jones et al. 2021; Integral Kanker Centrum Nederland 2018; GW Institute for Spirituality und Health 2018). Dazu gehört auch, dass in den Expertenstandards und Leitlinien der verschiedenen Berufsgruppen SpC als notwendiger Anteil einer ganzheitlichen Versorgung von Menschen mit schweren Erkrankungen anerkannt wird (Best et al. 2020; Brandstötter et al. 2021, 2022). Die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband sowie der Deutschen Ärztekammer getragene Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland führt SpC als Gegenstand von beruflicher Qualifizierung im Leitsatz drei auf (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2010). In nahezu allen Aus- und Weiterbildungsordnungen im gesundheitlichen Bereich wird das Thema jedoch – wenn überhaupt – sehr rudimentär behandelt.

Wichtig sind auch die Versorgungsstrukturen, welche es möglich machen, die erworbenen Kompetenzen bei der Begleitung von schwerstkranken und/oder sterbenden Menschen umzusetzen. Aktuell wird der Einsatz von personalen Ressourcen zugunsten einer spirituellen Mitbetreuung in den verschiedenen Vergütungssystemen nicht oder nicht ausreichend abgebildet. Als Beispiele können hier die Fallpauschalenregelung im Krankenhaus oder Vereinbarungen zur Finanzierung der stationären bzw. ambulanten Pflege genannt werden (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2023). In der Vereinbarung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (SGB V § 132g des Hospiz- und Palliativgesetzes) wird die vierte Säule der Gesundheitsversorgung zwar aufgeführt; deren Umsetzung wird aber dominant in den Bereich der konfessionsgebundenen Seelsorge verlagert (GKV Spitzenverband 2017).

32.2 Übergeordnete Zielsetzung

Die Integration von SpC in das Betreuungs- und Behandlungskonzept für jeden alten und/oder schwerstkranken Menschen[5], unabhängig von dem aktuellen Betreuungsort (stationäre Pflegeeinrichtung, privates Zuhause, stationäres Hospiz, Krankenhaus) und auch unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen, soll gesichert werden. Hierbei werden die für eine nachhaltige Implementierung notwendigen Bedingungen auf personeller, struktureller und organisatorischer Ebene gleichermaßen adressiert.

[5] Als *alt* werden im Kontext der Handlungsempfehlungen (HE) Menschen bezeichnet, die den Kriterien geriatrischer Patient:innen gemäß der gemeinsamen Definition der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie des Bundesverbandes Geriatrie entsprechen: 1. Menschen mit einer geriatrietypischen Multimorbidität und höherem Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) oder 2. Menschen älter als 80 Jahre mit einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

32.3 Zielsetzung im Einzelnen

Die hier vorgestellten HE wollen zum einen in Gesundheitsberufen unmittelbar tätigen Menschen Orientierung und Hilfestellung in ihrem ganzheitlichen Bemühen um den alten und/oder schwerstkranken Menschen geben. Modelle der Integration von hauptberuflich mit SpC befassten Personen werden einerseits aufgezeigt. Andererseits wollen sie Gesundheitspolitiker:innen, Verantwortliche in Trägerorganisationen und Kostenträger motivieren, SpC als vierte Dimension in der Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zu etablieren und Initiativen auf personeller, organisatorischer und struktureller Ebene zu ergreifen. Den berufsständischen Organisationen und Kammern sowie den zuständigen Landesministerien können sie konkrete Anhaltspunkte für die Integration von SpC in die jeweiligen Aus-/Weiterbildungs- und Studienordnungen geben. Den religiösen Gemeinschaften können sie Wege des Miteinanders von professionell Seelsorgenden und Betreuenden von alten und/oder schwerstkranken Menschen aufweisen.

32.4 Methode

Diese Handlungsempfehlungen wurden aus einem bundesweiten Forschungsprojekt[6] heraus unter Einbeziehung der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur sowie präexistenter Handlungsempfehlungen und Leitlinien entwickelt. Sie entsprechen somit einer S1-Leitlinie gemäß der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Arbeitsgemeinschaften e. V. (Handlungsempfehlungen von Expertengruppen mit Konsensfindung in einem informellen Verfahren) (AWMF 2023). In den einzelnen Empfehlungen entspricht die Verwendung der Verben unterschiedlichen Empfehlungsstärken mit „muss/müssen“ als höchster, „ist/sind empfehlenswert“ als mittlerer und „sollte/sollten“ als niedrigstem Empfehlungsgrad. Eine aus 27 Experten bestehende multiprofessionelle Arbeitsgruppe hat auf der Basis eines zuvor entwickelten Arbeitsentwurfes die Handlungsempfehlungen inhaltlich konsentiert. Da in der letzten Delphi-Runde überraschender-

[6] *Spirituelle Begleitung am Lebensende – Entwicklung und Erprobung einer Implementierungsstrategie im Rahmen eines Modellprojektes mit Pilotcharakter. Sponsoren:* Stiftung Wohlfahrtspflege, Friede Springer-Stiftung und Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe. Gefördertes wissenschaftliches Projekt in *Kooperation* mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV), der Diakonie Deutschland im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung (EWDE e. V.), dem Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. und ALPHA NRW, den Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. *Projektträger und gleichberechtigte Partner*: Evangelische Kliniken Essen-Mitte gGmbH und Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin) der Universität Witten/Herdecke (Schrage und Giebel 2021).

weise kein inhaltliches Veto mehr geäußert wurde, konnte auf die Durchführung eines letzten anonymisierten Umlaufes verzichtet werden. Die redaktionelle Arbeit lag in den Händen der Autor:innen, die aus den verschiedensten Professionen und Tätigkeitsfeldern stammen.

Die HE beziehen sich auf alte und/oder schwerstkranke Menschen, unabhängig von der Art und Prognose ihrer Erkrankung, ihrem sozioökonomischen Status, ihrer kulturellen, weltanschaulichen oder ethnischen Zugehörigkeit oder ihrem aktuellen Betreuungsort.

32.5 Adressaten

- Unmittelbar mit der Betreuung von alten, schwerstkranken und/oder sterbenden Menschen befasste Professionelle[7]
- Träger von Krankenhäusern, stationären Hospizen, ambulanten Hospizdiensten, ambulanten Pflegediensten, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Politisch Verantwortliche im Gesundheitswesen
- Kostenträger im Gesundheitswesen
- Fachgesellschaften, Aus-/Fort- und Weiterbildungsbildungsträger, Berufskammern, Berufsverbände
- Vertreter von Religions- und Glaubensgemeinschaften.

32.6 Empfehlungen

32.6.1 Personelle Ebene

Die Konfrontation mit dem absehbaren und unausweichlichen Ende des Lebens kann die spirituelle Dimension von Gesundheit und Krankheit in den Vordergrund drängen (Balboni et al. 2007). Unabhängig von ihrer Berufsgruppe werden Mitarbeitende im Gesundheitswesen von Betroffenen sowie ihren An- und Zugehörigen mit spirituellen Fragen konfrontiert. An ihnen liegt es dann, die Betroffenen mit diesen Fragen nicht allein zu lassen. Die notwendigen Kompetenzen wurden von den Mitarbeitenden i. d. R, im Rahmen von freiwilligen Fortbildungen und persönlichem Engagement erworben. Aktuell werden diese Kompetenzen nur unzureichend in den Qualifikationen für Palliative Care vermittelt (Gratz und Roser 2019).

[7] Entsprechend geschulte Mitarbeiter:innen ambulanter Hospizdienste sind hier inkludiert.

Die (innere) Auseinandersetzung mit Spiritualität oder Religiosität, dem Leben und dem Sterben findet kaum in der Öffentlichkeit statt. Sie wird der geschützten Privatsphäre zugeordnet. Das Gleiche gilt für das Berufsumfeld von professionell Betreuenden[8] oder ehrenamtlich Begleitenden.[9] Sie können zumeist nur auf persönliche Erfahrungen und selten auf ein sozial akzeptiertes Modell von SpC zurückgreifen. Diese Verschiebung ins Private wird durch die religions-, kultur- und ethnisch diverse Gesellschaft in Deutschland noch verstärkt. Das Potenzial von Spiritualität und praktizierter SpC für die Stärkung des Teamgeistes und der Stärkung der Self-Care-Kompetenzen durch Selbstreflexion und Öffnung ins Team hinein bleibt somit ungenutzt. Die Mitglieder des Betreuungsteams haben aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtungen ihrer Berufsausbildung (geistes-, natur- oder sozialwissenschaftlich) verschiedene Zugangswege und Umgangsweisen mit Spiritualität entwickelt. Allen gemein ist jedoch, dass SpC zumeist nur rudimentär Gegenstand in Aus-, Fort- und Weiterbildung ist.[10]

Erste Empfehlung

Im Bildungsbereich der Gesundheitsberufe muss der persönlichen Auseinandersetzung mit eigener Spiritualität und existenziellen Fragen Raum gegeben werden. Hierzu sind berufsbezogen und -übergreifend entsprechende Unterrichtseinheiten zu entwickeln und in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen zu integrieren.

Zugleich muss reflektiert werden, inwieweit die persönlich entwickelte Spiritualität beruflichen Anforderungen genügt und dem humanwissenschaftlichen Diskurs gerecht wird. In der Anwendung von SpC muss die persönliche Spiritualität von Mitarbeitenden daraufhin befragt werden, ob sie der gebotenen beruflichen Neutralität entspricht. Niemals darf die jeweils eigene Spiritualität der Begleiter:innen den Begleiteten aufgedrängt werden.

In Deutschland hat in den vergangenen Jahrzehnten eine immer stärkere Differenzierung von Lebenswelten stattgefunden: Diversität, Migration, Transnationalität und Mobilität wirken biografisch, familiär und sozio-ökonomisch auf Spiritualität und religiöse Zugehörigkeiten sowie Praktiken ein (Cattacin 2021). Diese Kultur- und Religionsdiversität werden von vielen Betreuenden nicht selten als Überforderung erlebt (Rötting 2018;

[8] Unter dem Begriff Betreuende werden Ärzt:innen, Pflegende, Therapeut:innen und professionell Beratende zusammengefasst.

[9] Ehrenamtlich Begleitende meint in diesem Zusammenhang die geschulten Mitarbeiter:innen Ambulanter Hospizdienste.

[10] Unterschiedliche Ansätze werden bereits im Rahmen der universitären Lehre für Medizin- bzw. Psychologiestudierende individuell implementiert (Alt-Epping 2022).

Domenig 2021). Hinzu kommt, dass besonders in den Familien von Menschen mit Migrationshintergrund generationsabhängig Überformungen der Tradition des Herkunftskulturkreises/-religion durch soziale und gesellschaftliche Gegebenheiten stattgefunden haben (Kloke und Gießler 2023).

Zweite Empfehlung
In einem multiprofessionellen Team sind alle Fachpersonen für eine diversitätssensible Haltung und Kommunikation verantwortlich. Sie sind gefordert, einen verstehenden und vertrauensbildenden Zugang zu Menschen und ihren familiären und sozialen Bezugssystemen zu entwickeln. Hierzu gehört auch, die eigene Prägung und persönliche Fremdheitsgrenzen zu erkunden und zu reflektieren. Daher braucht es neben einer religionsbezogenen Aufklärung (z. B. über Islam, Judentum, Christentum, Buddhismus, Hinduismus) die umfassende Erörterung heutiger Spiritualitätsmuster, um der Diversität und Individualität von spirituellen Vorstellungen kompetent begegnen zu können.

Die Zuständigkeit für SpC innerhalb des Behandlungsteams ist selten eindeutig geklärt. Sie wird meistens bei den konfessions- bzw. religionsgebundenen Seelsorgenden verortet. Auch wenn diese heute mit einem geweiteten Spiritualitätsbegriff (s. o.) tätig sind und im Zuge der Entwicklung von SpC eine Seelsorge für alle Menschen anbieten, gibt es mitunter bei Betroffenen Vorbehalte, weswegen sie keine konfessionelle Seelsorge wünschen. Die Kompetenz spezifisch qualifizierter Krankenseelsorgender ist auch nicht allgemein bekannt, weshalb sie häufig nicht als Mitglieder des Betreuungsteams wahrgenommen oder vorgestellt werden. Aufgrund ihres weltanschaulichen bzw. kulturellen Hintergrundes kann Betroffenen dieses Vorgehen auch unbekannt sein oder von ihnen infolge biografischer Erlebnisse sogar vehement abgelehnt werden. Wie bereits beschrieben, bestehen auch bei Mitarbeitenden in der Gesundheitsversorgung sowohl Unsicherheit über die Bedeutung von SpC als auch in Bezug auf das Verhältnis von SpC zu konfessions- bzw. religionsgebundener Seelsorge und der daraus resultierenden Zuständigkeit. Die Kultur- und Religionsdiversität innerhalb der Mitarbeitenden trägt zusätzlich zu heterogenen Ansichten bei. Im Idealfall sind hauptberuflich qualifizierte Krankenseelsorger:innen Mitglieder des Betreuungsteams, sodass ein niederschwelliger Zugang für Betreuende, Betroffene und Angehörige gegeben ist.

Dritte Empfehlung
Mitarbeitende im Gesundheitssystem müssen befähigt werden, spirituelle Bedürfnisse von alten und/oder schwerstkranken Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen als selbstverständlichen Teil einer ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung zu verstehen und professionell auf sie einzugehen. Die Befähigung hierzu kann z. B. durch die Teilnahme an qualifizierten Fort- und Weiterbildungen erworben werden, welche durch relevante Fachgesellschaften zertifiziert oder staatlichen Institutionen anerkannt wurden. Betreuende werden dadurch ermutigt, spirituelle Bedürfnisse bei Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen anzusprechen. Die Zuständigkeit aller im betreuenden Team wird als selbstverständlicher Teil einer ganzheitlichen Versorgung anerkannt.

32.6.2 Strukturelle Ebene

SpC ist die unverzichtbare vierte Säule der Gesundheitssorge. Es ist wichtig, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen dies erkennen und umsetzen (Katholische Pflegeverband 2016). Deshalb sollte die routinemäßige Erfassung und Dokumentation spiritueller Anliegen durch die Versorgenden in den Strukturen der jeweiligen Versorgungsform fest verankert sein (Monod et al. 2011). Nur erfasste Bedarfe können im betreuenden Team berücksichtigt werden (Büssing 2021). Hierzu stehen validierte Instrumente zur Verfügung:[11]

[11] Bei den exemplarisch vorgestellten Instrumenten handelt es sich zumeist um Selbsterfassungsfragebögen oder solche, deren Einsatz einen kognitiv nicht deutlich eingeschränkten und vigilanten Menschen erfordert. Ihre abweichende Verwendung als Fremderfassungsinstrument muss dokumentiert werden.

Übersicht (Auswahl ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

NCCN (National Comprehensive Cancer Network)

Distress Thermometer (Mehnert et al. 2006)

Die Minimalvariante zur Erfassung spiritueller Bedarfe findet sich im Distress-Thermometer, dessen Anwendung als Screening-Instrument für die Psychoonkologie empfohlen wird. Die darin enthaltenen zwei Fragen zu spirituellen/religiösen Belangen werden durch die Formulierung „Problem mit" eher mit einem defizit- denn einem ressourcenorientierten Model von Spiritualität verknüpft. In der klinischen Erfahrung werden diese zumeist nicht beantwortet.

2Q-SAM (2 Question Spiritual/Holistic Assessment Model) (Ross und McSherry 2018)

Dieses Screening-Instrument besteht nur aus zwei Fragen („Was ist Ihnen jetzt am wichtigsten?" und „Wie können wir helfen?"). Es wurde im englischsprachigen Raum entwickelt und von Brandstötter in der deutschen Übersetzung vorgestellt (Brandstötter et al. 2021).

SPIR (S – Spiritualität, P – Platz im Leben, I – Integration, R – Rolle) (Frick et al. 2006)

SPIR ist ein halb strukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer spirituellen Anamnese, in dem ausgehend von vier standardisierten Fragenkomplexen der spirituelle bzw. religiöse Hintergrund der betroffenen Person thematisiert wird. Dieses entspricht dem in den USA gebräuchlichen FICA (Puchalski 2012).

SpNQ (Spiritual Needs Questionaire (Büssing et al. 2010, 2022; Büssing 2021)

Die Langversion des deutschsprachig entwickelten SpNQ mit 27 Items und Freitextfeldern kann auch im Rahmen von wissenschaftlichen Studien zur Anwendung kommen. Die verkürzte Screener-Version mit zehn Items ist in der Praxis auch routinemäßig in geeigneten Settings anwendbar. Die Anwendbarkeit wurde sowohl in Bezug auf Menschen mit theistisch geprägter Religiosität als auch nicht-religiöser Menschen gezeigt.

Indikationen-Set für Spiritualität und Seelsorge (Roser et al. 2019)

Hinweise auf den Wunsch und die Notwendigkeit einer religionsspezifischen bzw. konfessionsbezogenen Seelsorge können sich durch Anwendung des Indikationen-Sets für Spiritualität und Seelsorge im Behandlungsalltag ergeben. Sie können mit einer alltagstauglichen Kurz- und einer eher forschungsbezogenen Langversion erfasst werden.

Ein Erfassen von Spiritualität in ihrer Vielfältigkeit bei kognitiv beeinträchtigten Menschen bedarf der besonderen Sensibilität und Kompetenz bei den Betreuenden (Toivonen et al. 2018; Birkholz 2017). Auch diese Beobachtungen und Erkenntnisse müssen in geeigneter Form routinemäßig Eingang in die Dokumentation finden. Spirituelle Bedürfnisse und Fragen können sich zudem im Verlauf einer Krankheit deutlich ändern oder auch

situativ an Virulenz gewinnen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer routinemäßigen Reevaluation von Spiritualität und spirituellen Anliegen sowie die Dokumentation derselben im Betreuungsverlauf (Büssing 2021).

Vierte Empfehlung
Die Etablierung von validierten Erfassungsinstrumenten einschließlich der Schulung von Mitarbeitenden in ihrer Anwendung sowie die Entwicklung einer entsprechenden Dokumentationsmatrix sind dringend empfehlenswert. Hierbei muss die Einschätzung der zu betreuenden Person in Bezug auf Kognition, Vigilanz, Kommunikationsfähigkeit und Erkrankungszustand (z. B. schmerzgeplagt, geschwächt, delirant) deutlich werden. Die routinemäßige Reevaluation und Dokumentation der spirituellen Anliegen sind festzuschreiben.

Neben der Erfassung der spirituellen Dimension mithilfe von validierten Instrumenten gilt es, einen weiteren wichtigen Zugang im Blick zu haben: Viele Menschen können ihre Lebenseinstellung, ihre tiefere Sinnerfahrung und ihre Kraftquellen nicht explizit benennen, sodass man sie als Bedürfnisse identifizieren und abfragen könnte. Das Abfragbare bringt oft nur die benennbare Oberfläche zum Vorschein. Im Berufsalltag zeigt sich die spirituelle Dimension aber viel häufiger in der indirekten Form von Lebenserzählungen und Identitätsäußerungen, in die die spirituelle Einstellung eingewoben ist (Weiher 2021).

Fünfte Empfehlung
Der qualifizierte Umgang mit der impliziten Alltagsspiritualität von Patient:innen bzw. Bewohner:innen und deren An- und Zugehörigen als niederschwelliger, aber elementarer Form spiritueller Unterstützung kann u. a. unter Anwendung spezifischer Methoden der Kommunikation bzw. therapeutischer Ansätze gefördert werden. Dazu gehören z. B. Validation, Basale Stimulation, würdezentrierte Kommunikation und Musik- bzw. Kunsttherapie. Ein entsprechendes Angebot in Institutionen ist empfehlenswert.

Spirituelle und existenzielle Fragen berühren das Innerste des Menschen, was sich u. a. im Zeugnisverweigerungsrecht von konfessionsgebundenen Seelsorgenden widerspiegelt (§ 53 Abs. 1 Nr. 1 StPO § 3139 Abs. 2 StGB). Da Gespräche über spirituelle Fragen auf der Basis eines besonderen Vertrauensverhältnisses geführt werden, unterliegen sie ebenfalls einem besonderen Vertrauensschutz, der innerhalb des betreuenden Teams und in der Dokumentation gewährleistet sein muss (Coors et al. 2014).

Sechste Empfehlung
Art und Weise der Dokumentation der Wahrnehmung von Spiritualität und der Interventionen im Rahmen von SpC werden entsprechend den Notwendigkeiten der jeweiligen Versorgungsstruktur festgelegt. Der Kreis der einsichtsberechtigten Personen wird unter Beachtung der teilweise auch gesetzlich vorgegebenen Verschwiegenheitsregelungen bestimmt. Da viele Betroffene selbstverständlich davon ausgehen, dass die Inhalte dieser Gespräche vertraulich bleiben und nicht im Team kommuniziert werden, sind sie vorab über Art und Umfang der Dokumentation und an der Kommunikation Teilhabenden zu informieren. Die Vertraulichkeit muss im Rahmen der Pflege- und Behandlungsdokumentation gewährleistet und die Einsicht Unbefugter verhindert werden. Patientenverfügungen können durch eine schriftliche Niederlegung spiritueller Bedürfnisse ergänzt werden. Da Spiritualität selten Gegenstand in Vorlagen zu Patientenverfügungen ist, sollten Betroffene ermutigt werden, diese mit den Vorsorgebevollmächtigten zu besprechen. Immer gilt es, individuelle Lösungen zur Wahrung des Vertrauensschutzes in Absprache mit den Betroffenen zu finden. Ferner gilt es stets, individuelle Lösungen zur Wahrung des Vertrauensschutzes in Absprache mit den Betroffenen zu finden.[12]

Spiritual Care als Aufgabe jeder mitbetreuenden Fachkraft eines alten und/oder schwerstkranken Menschen impliziert auch die Befähigung, den Wunsch der Betreffenden nach einer (externen) religions- oder konfessionsgebundenen Seelsorge zu erkennen und umzusetzen (Labitzke und Kuhn-Flammensfeld 2017). Unterstützend können hier Assessmentinstrumente, wie das Indikationen-Set für Spiritualität und Seelsorge (s. o.), zur Anwendung kommen (Roser et al. 2019).

[12] Ein entsprechender Modellversuch wird derzeit von der SAPV Köln durchgeführt.

Siebte Empfehlung
Der Hinweis auf die Möglichkeit einer konfessionsgebundenen Seelsorge sollte zu Beginn des Betreuungsprozesses gegeben werden. Spirituelle Bedürfnisse von Betroffenen und ihren Angehörigen können sich im Laufe einer Erkrankung ändern. Das gilt auch für den Wunsch nach Einbeziehung spezialisierter Seelsorge, zudem dieser auch von der Art des Nachfragens und Anbietens einer solchen Begleitung sowie den dann konkret zur Verfügung stehenden Seelsorgenden abhängen kann. Eine Reevaluation verbunden mit einer entsprechenden Dokumentation werden deshalb empfohlen. Um den Wünschen nach einer religions- oder konfessionsgebundenen Seelsorge entsprechen zu können, ist eine lokale Vernetzung mit den Gemeindestrukturen und Glaubens- bzw. Religionsgemeinschaften ggf. unter Beachtung der lokalen Besonderheiten zu empfehlen.[13] Die Zuständigkeit der Vernetzung und Kontaktaufnahme sollte im Betreuungsteam geregelt werden.

SpC sollte als Teil der Gesundheitsfürsorge wie alle therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen nach anerkannten Handlungsempfehlungen bzw. Standards erfolgen und der Qualitätssicherung unterliegen. Somit darf die Praxis nicht auf Basis des individuellen Verständnisses und der Kompetenz des/der jeweiligen Mitarbeitenden erfolgen.

Achte Empfehlung
Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Einrichtungs- und auf die Betreuungsform. Als Grundlage zur Sicherung der fachgerechten Wahrnehmung von Spiritualität und der Umsetzung von SpC müssen sie eingeführt und umgesetzt werden.

Praktizierte Spiritual Care wirkt sich positiv auf die Kultur einer Institution und auf den Teamgeist aus (Ehm et al. 2016; Giebel 2017). Die Entwicklung dieses Teamgeists als Kompetenz geht zudem mit höherer beruflicher Zufriedenheit einher (Pastrana et al. 2021; Büssing et al. 2023a). Sie führt außerdem zur (Selbst-) Öffnung, verbesserter Selbstfürsorge und stärkt die Ganzheitlichkeit der Betreuung. Dieser dynamische Prozess benötigt sichtbare Ausdrucksformen in den Institutionen.

[13] Dies gilt besonders für Betreuungssettings, bei denen ein hauptamtlicher Seelsorger nicht regelhaft zur Verfügung steht oder idealerweise Mitglied des Teams ist.

Neunte Empfehlung
Äußerungsformen von SpC, wie Begrüßungs- und Abschiedsrituale, sollten etabliert und „spirituelle“ Materialien verfügbar gehalten werden. Hierzu können auch Angebote aus dem Bereich der Kunst- und Musiktherapie sowie Meditations- oder Naturerlebnisangebote herangezogen werden.

32.6.3 Organisatorische Ebene

Die Gesellschaft erwartet von der Gesundheitssorge allgemein körperliche und psychische Heilung und weniger die Bearbeitung der spirituellen Herausforderungen von Krankheit, Sterben, Tod und Trauer. Spiritualität wird von der Gesellschaft allgemein in der Privatsphäre verortet. SpC als vierte Dimension in der gesundheitlichen Versorgung kranker Menschen ist den Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen häufig nicht bekannt. Eine entsprechende Erläuterung zu Beginn einer Betreuung kann bei den zu Betreuenden und ihren Angehörigen die Angst vor einem baldigen Versterben auslösen, besonders, wenn dies im Rahmen eines seelsorgerlichen Gesprächsangebotes bzw. Besuches geschieht. Die Thematisierung dieses sensiblen Bereiches durch Mitarbeitende im Gesundheitswesen kann in diesen Situationen einen niederschwelligen Zugang ermöglichen.

Zehnte Empfehlung
SpC sollte in der Darstellung von Einrichtungen und Diensten als selbstverständlicher, integraler Teil des Versorgungskonzeptes sichtbar werden. Dies sollte sich im Rahmen der Öffentlichkeitsdarstellung sowohl nach außen zeigen als auch im Rahmen von Leitbildern und entsprechenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten nach innen. Auf spezifisch religiöse bzw. spirituelle Angebote und Vernetzungen ist hinzuweisen.

SpC ist als vornehmlich gesprächszentrierte Intervention zeitintensiv. Dies stellt in Zeiten knapper Personal- und Finanzressourcen eine besondere Herausforderung dar. Zusätzlich ist der Nachweis der Effektivität solcher Maßnahmen in Bezug auf den Krankheitsverlauf oder die Lebensqualität schwierig. Er steht im konkreten Einzelfall sogar im Widerspruch zu den Grundbedingungen von SpC, da hier nicht die Verbesserung der medizinischen Ausgangssituation oder der unmittelbar erfassbaren Lebensqualität, sondern das geistige Wohlbefinden im Mittelpunkt der Sorge um den kranken Menschen stehen. Andere positive Effekte, wie eine höhere Zufriedenheit der Angehörigen mit der Unterstützung durch die Mitarbeitenden, lassen sich hingegen erfassen (Büssing et al. 2023b). Aktuell erfolgt in Bezug auf SpC keine Qualitätssicherung oder Leistungsüberprüfung (z. B. vonseiten des Medizinischen Dienstes oder in Form von Behandlungspauschalen), was dieses Angebot auch aus ökonomischer Sicht als nicht relevant erscheinen lässt (INEK 2023; GKV 2022).

Elfte Empfehlung
SpC-Leistungen müssen z. B. in der Dokumentation sichtbar gemacht werden. Ihre Wirksamkeit in Bezug auf das Wohlbefinden bzw. ein konstruktiver Umgang mit Krankheit und schicksalhaftem Erleben als Teil des Behandlungsverlaufes sollten beschrieben werden. Ebenso ist die Erfassung der positiven Effekte auf das Arbeits- und Versorgungsumfeld wichtig. Auf dieser Grundlage können Träger und Institutionen entsprechende Zeit- und Personalressourcen von den Kostenträgern einfordern.

Es gibt Rahmenbedingungen, die die Kommunikation über spirituelle Themen erschweren oder verhindern, wie Mehrbettzimmer, keine Kultur der Achtung von Gesprächssituationen, ein Klima hoher medizinischer Betriebsamkeit, fehlende Rückzugsmöglichkeiten oder eine kurze Verweildauer.

Zwölfte Empfehlung
Es bedarf einer Kultur der Diskretion und der Rückzugmöglichkeiten, um Kommunikationsräume für Spiritualität zu schaffen. Für mobile Menschen sollten hierzu spezielle Orte, wie ein geschützter Gesprächsraum oder ein Raum der Stille, verfügbar sein. Für immobile und/oder sterbende Patient:innen und/oder Bewohner:innen sollten adäquate Bedingungen für eine vertrauensvolle und zuhörende Atmosphäre am Bett geschaffen werden. Die Kultur der Diskretion im Rahmen von Räumen und der Kommunikationsformen sollte fester Bestandteil der Unternehmenskultur sein.

Der alte und/oder schwerstkranke Mensch entscheidet über Inhalte, Ort und Umsetzung sowie Anbietende in Spiritual Care. Ist er hierzu aufgrund von eingeschränkter Kognition und/oder Vigilanz nicht mehr in der Lage, muss der (mutmaßliche) Wille ermittelt werden. Da SpC zur Gesundheitsfürsorge gehört, stehen die Vorsorgebevollmächtigten für den mutmaßlichen bzw. dokumentierten Willen ein.

Weichen die Bedürfnisse und Vorstellungen von An- und Zugehörigen von denen des unmittelbar betroffenen Menschen ab oder stehen sie sogar im Widerspruch zu diesen, können sich hieraus ethische Konflikte ergeben.

Dreizehnte Empfehlung
Spirituelle Belange sollten im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung zum Lebensende oder als Teil der Patientenverfügung dokumentiert und mit dem Vorsorgebevollmächtigten besprochen werden (Bundesministerium der Justiz 2015). Ergibt sich eine Divergenz zwischen dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen/der Betroffenen und seiner/ihrer Vorsorgebevollmächtigten, kann dieser Gegenstand einer ethischen Einzelfallberatung sein.

SpC wurde in der Vergangenheit als Domäne der konfessions- bzw. religionsgebundenen Seelsorge angesehen und nicht selten mit dieser gleichgesetzt. Unmittelbar religionsbezogene Seelsorge steckt jedoch in einer weltanschaulich und kulturell diversen Gesellschaft nur einen Teil von SpC ab. Zudem gibt es auch Vorbehalte vieler Menschen gegenüber religionsgebundenen Seelsorgenden. Berücksichtigt werden muss auch die multiethnische, religions- und kulturdiverse Gesellschaft, die sich auch in der Vielzahl der in Deutschland etablierten Religionsgemeinschaften bzw. spirituellen Ausrichtungen widerspiegelt. Somit sind die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen für die primäre Wahrnehmung von Spiritualität und den sich daraus ergebenen Bedürfnissen zuständig. Umgekehrt lässt sich in wissenschaftlichen Untersuchungen ein positiver Effekt auf die Etablierung einer spirituellen Kultur in Teams und Einrichtungen bei der Integration oder zumindest Beteiligung von hauptamtlich Seelsorgenden nachweisen (Labitzke und Kuhn-Flammensfeld 2017).

Vierzehnte Empfehlung
Vertretende von Religions- und Glaubensgemeinschaften sollten in den Prozess der Implementierung von SpC in den Einrichtungen und Institutionen einbezogen werden. Das setzt jedoch eine prinzipielle Akzeptanz der Notwendigkeit der Integration von SpC in den Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Mitarbeitenden der Gesundheitsberufe voraus. Sie ist die Grundlage für eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit und Vernetzung.

Die (palliative) Versorgung endet nicht mit dem Tod des betroffenen Menschen, sondern bezieht die Begleitung der trauernden An- und Zugehörigen ein. Da fast die Hälfte der Menschen heute im Krankenhaus verstirbt, kommt diese Aufgabe in der Erstversorgung zumeist den dort tätigen Fachpersonen zu. Gleiches gilt für die stationären Einrichtungen der Altenpflege. Verstorbene im häuslichen Umfeld erfahren nicht selten im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung oder durch eine durch die Gemeinde oder quartiersbezogene Einbettung eine seelsorgerliche Begleitung. Die Bedeutung der auf eine Trauerbegleitung spezialisierten Angebote, von denen viele von ambulanten Hospizdiensten getragen werden, bezieht sich zumeist auf eine längerfristige Stabilisierung.

Fünfzehnte Empfehlung
Die Spiritualität von An- und Zugehörigen muss auch nach dem Versterben eines Menschen wahrgenommen und adressiert werden. Hierzu ist es notwendig, dass alle Mitglieder des Betreuungsteams mit der besonderen spirituellen Situation von Trauernden vertraut sind (Lammer 2000). Auch der Abschied am Totenbett sollte als Teil der Trauervorsorge für die Zeit nach dem Tod gestaltet werden. Für diese Einbeziehung der Hinterbliebenen sind entsprechende äußere Bedingungen zu schaffen.

32.7 Fazit und Ausblick

Die nachhaltige Sicherung von SpC als vierter Dimension der Betreuung und Begleitung von alten und/oder schwerstkranken Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen erfordert Maßnahmen auf personeller, struktureller und organisatorischer Ebene. Auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen, empirischer Grundlagen und individueller Erfahrung lassen sich entsprechende *Handlungsempfehlungen* entwickeln. Diese können nicht grundsätzlich die Öffnung für spirituelle Themen initiieren, die für einen würdevollen Umgang mit alten und/oder schwerstkranken Menschen notwendig ist. Sie können aber Menschen ermutigen, Krankheit, Sterben und Tod als integrale Elemente des Lebens zu reflektieren. Unabhängig davon bedarf es einer inhaltlichen Diskussion, wie sich *Spiritual Care* im Gesundheitssystem grundsätzlich abbilden kann. Gespräche mit Kostenträgern im Gesundheitswesen und mit politisch Verantwortlichen sind erforderlich, um diese Art der ganzheitlichen Gesundheitsversorgung in den Leistungs- und Bewertungskatalog aufzunehmen. Die Bedeutung der großen Religionsgemeinschaften ist in diesem Kontext neu und breiter als bisher zu definieren. Entsprechende Vernetzungs- und Kooperationsmodelle sind zu entwickeln und zu erproben.

Literatur

Alt-Epping B (2022) Palliativmedizin. Das Heidelberger Skript für Studierende der Medizin Heidelberg University Publishing Heidelberg

AWMF-Leitlinien (2023) Strukturierte Konsensfindung. https://www.awmf.org/regelwerk/strukturierte-konsensfindung. Zugegriffen am 17.03.2023.

Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG (2007) Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol 25(5):555–560

Batstone E, Bailey C, Hallett N (2020) Spiritual care provision to end-of-life patients: a systematic literature review. J Clin Nurs 29:3609–3624

Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P (2020) An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. BMC Palliat Care 19:9. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4

Birkholz C (2017) Spiritual Care bei Demenz. Friederich Reinhardt Verlag, Basel

Brandstötter C, Grabenweger R, Lorenzl S, Paal P (2021) Spiritual Care und Palliative Care: zentrale Aspekte. Zt Palliativmedizin 22(06):325–334

Brandstötter C, Grabenweger R, Frick E, Paal P (2022) Die Kluft zwischen Training und Patientenversorgung: Maßnahmen und Möglichkeiten für eine nachhaltige Veränderung. Ein Regensch Rev Spirit Care 11(3):212–225. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0036

Bundesministerium der Justiz (2018) Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49

Bundesministerium der Justiz (2021) Approbationsordnung für Ärzte ÄApprO 2002 – Approbationsordnung für Ärzte (gesetze-im-internet.de). Zugegriffen am 07.03.2023

Bundesministerium für Justiz (2015) Sozialgesetzbuch V Hospiz- und Palliativgesetz § 132g: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Büssing A (2019) Measuring spirituality and religiosity in health research. In: Lucchetti G, Prieto P, Mario F, Damiano RF (Hrsg) Spirituality, religiousness and health – From research to clinical practice. Springer, S 11–31

Büssing A (2021) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham

Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EAM, Matthiessen PF (2009) Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? Pain Med 10(2):327–339. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x

Büssing A, Balzat HJ, Heusser P (2010) Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – validation of the spiritual needs questionnaire. Eur J Med Res 15:266–273

Büssing A, Reiser F, Michalsen A, Baumann K (2012) Engagement of patients with chronic diseases in spiritual and secular forms of practice: results with the shortened SpREUK-P SF17 Questionnaire. Integr Med: Clin's J 11(1):28–38

Büssing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia DR, Poier D (2017) Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. BMC Health Serv Res 17(1):551. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2445-3

Büssing A, Scheer K, Tewes M, Niesert W, Büntzel J, Rentschler J (2022) Erfassung existenzieller und spiritueller Bedürfnisse in der palliativen Betreuung – Erste Erkenntnisse zur Implementierung des Spiritual Needs Screeners. Spirit Care 11(3):278–281

Büssing A, Gerundt M, Niesert W (2023a) Spiritual Care Kompetenzen und Belastungsempfinden der Schulungsteilnehmenden aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen. In: Büssing A, Giebel A, Roser T (Hrsg) Das Handbuch Spiritual, Existential Care interprofessionell (SpECi). Springer Nature, Berlin

Büssing A, Gerundt M, Giebel A, Niesert W (2023b) Belastungsempfinden und Unterstützungszufriedenheit von Angehörigen der Bewohner und Patienten aus Alten-/Pflegeheimen, Geriatrie, Palliativstationen und stationären Hospizen. Deutsch Z Onkol 55:19–23

Cattacin S (2021) Migration und Mobilität. In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 3., überarb. Aufl. Hogrefe, Bern, S 73–92, hier: 89

Coors M, Haart D, Demetriades D (2014) Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der Palliativversorgung. Ein Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaf für Palliativmedizin (DGP). Wege zum Mensch 66:91–98

Daaleman TP (2012) A health services framework of spiritual care. J Nurs Manag 20:1021–1028

von Dach C, Zumstein-Shaha M (2022) Ohne Pflege keine Implementierung von Spiritual Care. Spirit Care 11(3):226–236. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0040

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer (2010) Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html. Zugegriffen im Dezember 2022

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2020) Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung Langversion 2.2 AWMF-Registernummer: 128/001OL

Die Deutschen Bischöfe, Pastoralkommission Nr. 46 „Ich war krank und ihr habt mich besucht" (Mt 25,36), Ein Impulspapier zur Sorge der Kirche um die Kranken. 20. Februar 2018, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), Kaiserstr. 161, 53113 Bonn

Dinges Stefan (2014) Dem Lebensatem Raum schaffen. aus Menschlische Eürde und Sprituatlität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis: 471–506 Hrsg: N. Feinendegen, G. Höver, A. Schaefer, K. Westerhausen. Verlag Königshaus & Neumann Würzburg

Domenig D (2021) Die soziale Einbettung des Individuums. In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. 3. überarb. Auflage. Hogrefe, Bern, S 293–314

Ehm S, Giebel A, Lilie U, Prönecke R (2016) Geistesgegenwärtig behandeln. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis. Neukirchener Verlagsgesellschaft, Neukirchen-Vlyn

Erichsen NB, Büssing A (2013) Spiritual needs of elderly living in residential, nursing homes. Evid Based Complementary Altern Med 2013:913247. https://doi.org/10.1155/2013/913247

Evangelische Kirche Deutschland (2020) Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD. Siehe: https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/spiritual_care_2020.pdf. Zugegriffen am 20.03.2023

Frick E, Roser T (2011) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. In: Münchner Reihe Palliative Care, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD (2006) A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. Eur J Cancer Care 15:238–243

Frick E, Theiss M, Rodrigues R, Büssing A (2019) Validierung einer deutsch-sprachigen Skala zur Messung der Spiritual Care Kompetenz. Spirit Care 8:193–207

Giebel A (2017) Der Dreiklang von Spiritualität, Existenzieller Kommunikation und Selbstsorge – Gottesliebe, Nächstenliebe und Selbstliebe – in der Personal- und Organisationsentwicklung von (diakonischen) Pflegesettings. Spirit Care 6:397–404

Gijsberts MJHE (2022) Spiritual care in palliative care: a physician's perspective. Religions 13:323. https://doi.org/10.3390/rel13040323

GKV Spitzenverband (2017) Vereinbarung zur vorausschauenden Gesundheitsplanung am Lebensende (SGB V § 132g HPG) des Hospiz- und Palliativgesetzes Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf (gkv-spitzenverband.de). Zugegriffen am 07.03.2023

GKV Spitzenverband (2022) Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI 2022-11-09_Qualitatsdarstellungsvereinbarung-fur-die-stationare-Pflege-QDVS.pdf (gkv-spitzenverband.de). Zugegriffen am 07.03.2023

Gratz M, Roser T (2019) Spiritual Care in Qualifizierungskursen für nicht-seelsorgliche Berufe. Grundsätze der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Kohlhammer, Stuttgart

GW Institute for Spirituality & Health (GWish) (2018) Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum (ISPEC©). https://gwish.smhs.gwu.edu/programs/transforming-practice-health-settings/interprofessional-spiritual-care-education-curriculum-ispecc. Zugegriffen im Dezember 2022

Hauschildt E (2016) Resilienz und Spiritual Care. Einsichten für die Aufgaben von Seelsorge und Diakonie – und für die Resilienzdebatten. Praktisch Theol 51:100–105

Haußmann A, Schaffeler N, Hautzinger M, Weyel B, Eigentler T, Zipfel S, Teufel M (2017) Religious/spiritual needs and psychosocial burden of melanoma patients. Psychother Psych Med 67:413–419

Heller B, Heller A (2014) Spiritualität und Spiritual Care Orientierungen und Impulse. Verlag Hans Huber Programmbereich Pflege, Bern,

Hinzmann D, Schütte-Nütgen K, Büssing A, Boenisch O, Busch HJ, Dodt C, Friederich P, Kochanek M, Michels G, Frick E (2023) Critical care providers' moral distress: frequency, burden, and potential resources. Int J Environ Res Public Health 20(1):333. https://doi.org/10.3390/ijerph20010333

Höcker A, Krüll A, Koch U, Mehnert A (2014) Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. Eur J Cancer Care 23:786–794

INEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2023) Fallpauschalenkatalog 2023 Fallpauschalen-Katalog 2023, InEK GmbH (g-drg.de). Zugegriffen am 07.03.2023

Integraal Kanker Centrum Nederland, Guideline working group for existential and spiritual aspects of palliative care: Dutch guideline spiritual care in palliative care (2018). https://www.pallialine.nl/uploaded/docs/Zingeving/Existential_and_spiritual_aspects_of_palliative_care_zonder_linken.pdf?u=1SxZX1. Zugegriffen im Dezember 2022

Jones KF, Paal P, Symons X, Best MC (2021) The content, teaching methods and effectiveness of spiritual care training for healthcare professionals: a mixed-methods systematic review. J Pain Symptom Manage 62(3):e261–e278

Katholische Pflegeverband (2016) Spiritual Care – ein neuer Name für eine Dimension, die zum Helfen gehört. PflegeLeben das Magazin für Mitglieder des Katholischen Pflegeverbandes 01/16

Kloke M, Gießler W (2023) Spiritual Care – Diversitätskompetenter Umgang bei geriatrischen und schwerst erkrankten Menschen. In: Büssing A, Giebel A, Roser T (Hrsg) Das Handbuch Spiritual, Existential Care interprofessionell (SpECi). Springer

Knoll F (2020) Mensch bleiben! – Lehrbuch Anthropologie Ethik und Spiritualität in der Pflege Kapitel VI Spiritualität in der Pflege, 1. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S 322–365

Labitzke K, Kuhn-Flammensfeld N (2017) Spiritual Care und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung, Konzept der Sektion Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz.de. Zugegriffen im Februar 2023

Lammer K (2000) Den Tod begreifen. Trauerbegleitung am Totenbett. in Wege zum Menschen, Zeitschrift für Seelsorge und Beratung heilendes und sozailes Handeln 52.7:400–408 Vandenhoeck & Ruprecht Verlag Göttingen

Man-Ging CI, Uslucan JO, Fegg M, Frick E, Büssing A (2015) Reporting spiritual needs of older adults living in Bavarian residential and nursing homes. Ment Health Relig Cult 18:809–821

McSherry W, Jamieson S (2011) An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs 20(11–12):1757–1767

Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U (2006) Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Z Psych, Psychol Psychother 54(3):–223

Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ (2011) Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. J Gen Intern Med 26:1345–1357. https://doi.org/10.1007/s11606-011-1769-7

Nauer D (2015) Spiritual Care statt Seelsorge. Kohlhammer, Stuttgart

Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. Eur J Palliat Care 18(2):86–89

O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA (2019) Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: a qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. J Clin Nurs 28(1–2):182–189

Paal P, Helo Y, Eckhard F (2015) Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. J Pastoral Care Counsel 69:19–30

Pastrana T, Frick E, Recchia DR, Krikorian A, Ascencio L, Galeazzi F, Büssing A (2021) Translation and validation of the Spanish Version of the Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ). J Relig Health 60(5):3621–3639

Peng-Keller S (2020) Spiritual Care: Grundgestalten. Leitmodell Entwicklungsperspekt Spirit Care 9(2):127–135

Probst S (2023) Der Beitrag von Spiritual Care zur angewandten Medizinethik und ethische Prinzipien für Spiritual Care. In: Büssing A, Giebel A, Roser T (Hrsg) Handbuch Spiritual, Existential Care interprofessionell. Springer,

Puchalski CM (2012) Restorative medicine. In: Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B (Hrsg) Oxford textbook of spirituality in healthcare. Oxford University Press, New York, S 197–210

Roser T (2020) Ein Durchbruch für das Recht auf spirituelle Begleitung – Anmerkungen zum Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.2.2019. Spirit Care 9(1):53–55

Roser T (2021) Spirituelle Begleitung. In: Wasner M, Pankofer S (Hrsg) Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2. über. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 160–166

Roser T, Aebi R, Mösli P (2019) Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge. Ein Instrument für Pflege und Medizin zum Beizug der Seelsorge. Pflegezeitschrift 72(6):53–56

Ross L, McSherry W (2018) The power of two simple questions. Nurs Stand 33(9):78–80

Rötting M (2018) Verschiedenheit religiöser Ansätze – Spirituelle Identität, die Religionen und der Umgang mit dem Sterben. Spirit Care 7(2):159–168

Schrage B, Giebel A (2021) Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende Spirituelle und existentielle Kommunikation interprofessionell. In Diakonia 2(52):114–118

SGB – Sozialgesetzbuch V Hospiz- und Palliativgesetz § 132g (2015) Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Verfügbar unter: https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html. Zugegriffen am 19.03.2023

Thanner M, Loss J, Nagel E (2015) Religiosität und Spiritualität im beruflichen Idealbild niedergelassener Ärzte. Spirit Care 4:8–18

Toivonen K, Charalambous A, Suhonen R (2018) Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences. Scand J Caring Sci 32(2):880–888

Weiher E (2014) Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende, 4., durchgeseh Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Weiher E (2021) Auf der Spur der Spiritualität. Zur Frage nach dem „Wie" der Seelsorge. Z Pastoraltheol 41(2):67–80

Wierzbicki D (2021) Spiritual Care in der Praxis: Wie die Implementierung in den Klinikalltag erfolgreich gelingt. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

World Health Organisation (2002) Definition of palliative care. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf. Zugegriffen im Dezember 2022

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Umsetzung Spiritual Care analog den Expertenstandards?

33

Gabriele Beckert

„Die größte Entscheidung deines Lebens liegt darin, dass du dein Leben ändern kannst, indem du deine Geisteshaltung änderst."

— Albert Schweitzer

33.1 Einleitung

Die Bedeutung spiritueller Gesundheit wird als unverzichtbare Dimension im Total Health Concept der WHO-Definition von Palliative Care benannt (TOTAL PAIN 2020). Spiritualität ist somit ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens und damit der Lebensqualität aller Menschen und nicht nur der Zu-Pflegenden. Insbesondere Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf sind oft nicht in der Lage, ihre Spiritualität selbstständig und umfassend zu leben, zu gestalten und als innere Ressource wahrzunehmen. In den1960er-Jahren veröffentlichte Cicely Saunders das sog. Total-Pain-Konzept für die Palliativversorgung. Das Leiden eines Menschen kann demnach in vier Dimensionen betrachtet werden: körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Auch der internationale Ethikkodex für Pflegefachpersonen, International Council of Nurses (ICN) (Der ICN o. J.) fordert in seiner Präambel eine respektvolle Pflege, unabhängig der religiösen und spirituellen Überzeugungen. In der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wird das „Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Be-

G. Beckert (✉)
Akademien für Kirche und Diakonie gGmbH, Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Berlin, Deutschland
e-mail: gabriele.beckert@ba-kd.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_33

gleitung […]“ (Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland 2023) gefordert.

Wie kann dieses wichtige Thema, dem – wie oben beschrieben – schon seit Jahrzehnten eine besondere Bedeutung zukommt, trotz Personalknappheit Resonanz bei den Pflegekräften finden, ohne die Belastung im Pflegealltag zu verstärken? Die Idee entstand, bekannte Strukturen (wie die Struktur der Expertenstandards) für die Einführung des Projekt SpECi zu nutzen. Da aber einzelne Projekte bzw. Konzepte nur Teil der Strukturqualität sein können – Expertenstandards werden allgemein geschrieben und nicht konkretisiert –, konzentriert sich der Artikel auf die Einführung der Spiritualität.

33.2 Einführung in die Expertenstandards in der Pflege

Expertenstandards haben sich in den vergangenen Jahren in der Pflege etabliert, da in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gearbeitet werden muss. Jedoch wird jede Einrichtung und ihre Mitarbeitenden die Umsetzung anders vollziehen und den Nutzen von Expertenstandards je nach Setting unterschiedlich bewerten.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Fachleuten, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung unter Berücksichtigung der Praxis- und Wissenschaftsebene auseinandersetzen. Das Ziel ist die Professionalisierung und Förderung der Pflegequalität. Das DNQP hat als Gremium die Aufgabe übernommen, Expertenstandards zu entwickeln und zu veröffentlichen. Alle bisher veröffentlichten Expertenstandards beschäftigen sich mit Pflegeproblemen, die eine hohe Relevanz im Pflegealltag für die Zu-Pflegenden und die Pflegekräfte haben (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege o. J.).

> „Wenn Expertenstandard ‚alltagstauglich‘ in die Pflege integriert werden, erreicht man eine individuelle, aktivierend und bedarfsgerechte Betreuung unter Berücksichtigung von aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und unter Berücksichtigung von aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und unter Ausschluss möglicher Gefährdungen für Patient, Bewohner und Pflegefachkraft“ (Schmidt 2020).

Expertenstandards richten sich in erster Linie an Pflegefachkräfte. Jeder Expertenstandard ist von der Struktur her ähnlich aufgebaut, die Formulierungen sind allgemein gehalten, sodass jede Einrichtung die Möglichkeit hat, sie auf ihre Bedürfnisse zu adaptieren und ihren individuellen Maßnahmenplan, in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden, zu erstellen.

33.3 Zielgruppe/Voraussetzung für die Anwendung des Expertenstandards

Zu den Pflegefachkräften, die in einem „Expertenstandard für Spiritualität in der Pflege“ einbezogen werden sollten, sind alle Mitglieder der (noch) verschiedenen Pflegeberufe, nämlich Altenpfleger:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen sowie Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit und ohne akademischen Grad integriert. Die Zielgruppe der Expertenstandards sind Pflegefachkräfte; das schließt aber keinesfalls andere professionell tätige Personen wie beispielsweise Heilerziehungspfleger:innen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe tätig sind, aus (wie z. B. der Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege 2021).

Für das Leben, Gestalten und die Wahrnehmung von Spiritualität als innere Ressource spielen Pflegefachkräfte für die Beurteilung eine große Rolle (Vereinbarung 2017). Sie verantworten die Steuerung der Prozesse und den damit verbundenen interprofessionellen Ansatz, analog zu anderen Expertenstandards. Aber auch Pflegehilfskräfte spielen aufgrund ihrer zeitlichen Kontinuität in der Versorgung eine zentrale Rolle.

Die Zielgruppen können Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen aller Altersstufen, d. h. auch Kinder, sein, die professionelle pflegerische Unterstützung im Leben, Gestalten und der Wahrnehmung von Spiritualität als innere Ressource benötigen. Dabei ist eine zeitnahe Einbeziehung aller an dem Prozess beteiligten Personen wichtig. Neben den professionellen Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen kommt weiteren Bezugspersonen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung zu.

Wer diese Bezugspersonen sind, entscheiden die Zu-Pflegenden selbst. Das können Verwandte, Freunde oder andere wichtige Personen sein, die mit Zustimmung eingebunden werden. Insbesondere im häuslichen Umfeld, in der stationären Langzeitpflege, in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und bei Krankenhausaufenthalten vulnerabler Gruppen stellen sie eine wertvolle Ressource dar, nicht nur für die Zu-Pflegenden, sondern auch für die Pflege(fach)kräfte. Sie unterstützen durch biografische Kenntnisse, aber auch beim Leben, Gestalten und der Wahrnehmung von Spiritualität als innere Ressource. Diese Bezugspersonen sollten durch Informationen, Beratung und Anleitung in den pflegerischen Unterstützungsbedarf einbezogen werden.

33.4 Vorgehen

Für das (Qualitäts) Management der jeweiligen Einrichtungen müssen weitere Voraussetzungen zur Umsetzung der Spiritualität in der Pflege analog zu Expertenstandards gegeben werden. Dabei bestehen deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings. Für die vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe besteht die Möglichkeit, den Bedarf über die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (gVP) im Sinne des § 132g SGB V zu ermitteln. GVP „orientiert sich am biografischen bzw. lebensweltlichen Hintergrund der Leistungsberechtigten/

des Leistungsberechtigten“. GVP macht „eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen der physischen, psychischen, sozialen und religiösen bzw. spirituellen Unterstützung sowie mit Fragen zu pflegerischen Maßnahmen und medizinischen Behandlungen in Vorbereitung auf die letzte Lebensphase erforderlich“ (Vereinbarung 2017). Wünschenswert und notwendig wären die Finanzierung und Umsetzung dieser Möglichkeit auch für andere Settings.

33.5 Strukturqualität analog der Expertenstandards

In der Strukturqualität sind Rahmenbedingungen gefordert, d. h. die Kompetenzen der Pflegefachkräfte und die Rahmenstrukturen der Einrichtung. Pflegefachkräfte sind, analog zu anderen Expertenstandards, in der Erweiterung ihrer Kompetenzen geschult. Dazu gehören die Kompetenz zur Identifikation eines pflegerischen Unterstützungsbedarfs, die Kompetenz zur Planung und Koordination von Maßnahmen zum Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen, Information, Schulung und Beratung in Bezug auf das Leben, Gestalten und Wahrnehmen von Spiritualität als innere Ressource, die Kompetenz zur Umsetzung von pflegerischen Maßnahmen und die Kompetenz zur Beurteilung.

Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur *Identifikation eines pflegerischen Unterstützungsbedarfs* im Bereich der Spiritualität. Dafür stellt die Einrichtung sicher, dass erforderliche Materialien, die durch die Qualitätsbeauftragte und die Leitung verantwortet werden, für die Einschätzung und Dokumentation des spirituellen Unterstützungsbedarfs zur Verfügung stehen. Sie sorgt dafür, dass bei Bedarf weitere Expertise hinzugezogen werden kann.

Die Pflegefachkraft verfügt über eine Kompetenz zur *Planung und Koordination* von Maßnahmen zum Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen der Zu-Pflegenden. Dazu verfügt die Einrichtung über eine Verfahrensregelung zur Förderung der gelebten Spiritualität, in der Vorgehen, Zuständigkeiten und Schnittstellen benannt sind.

Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur *Information, Schulung und Beratung* in Bezug auf das Leben, Gestalten und Wahrnehmen von Spiritualität als innere Ressource; die Einrichtung stellt entsprechendes Informations-, Schulungs- und Beratungsmaterial zur Verfügung, ebenso die entsprechenden Räumlichkeiten.

Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur *Umsetzung von pflegerischen Maßnahmen* zum Leben, Gestalten und Wahrnehmen der Spiritualität als innere Ressource; die Einrichtung trägt dafür Sorge, dass Hilfsmittel, Materialien sowie geeignete räumliche Voraussetzungen verfügbar sind.

Die Pflegefachkraft verfügt über die *Kompetenz*, das Erreichen individuell vereinbarter Ziele und die Auswirkungen der pflegerischen Maßnahmen auf die Spiritualität zu *beurteilen*. Die Einrichtung verfügt über entsprechende Assessments und Dokumentationsmöglichkeiten (vgl. Deutsches Netzwerk o. J.).

33.6 Prozessqualität analog der Expertenstandards

Die Pflegefachkräfte ermitteln (analog zu anderen Expertenstandards, die auch die Einschätzung mittels Screenings und Assessments vornehmen), wenn möglich mit dem Zu-Pflegenden und seinen Bezugspersonen sowie dem interprofessionell zusammengesetzten Team gemeinsam, den spirituellen Unterstützungsbedarf. Zusammen werden konkrete Maßnahmen geplant.

Zu Beginn des pflegerischen Auftrags ermittelt die Pflegefachkraft eine erste Einschätzung mit den Zu-Pflegenden. Die Einschätzung wird in Setting-spezifischen sowie individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten oder zu erwartenden Problemen im spirituellen Bereich ein Assessment durch und zieht bei Bedarf weitere Expertise hinzu.

Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit den Zu-Pflegenden und seinen/ihren Bezugspersonen sowie den an der Versorgung beteiligten weiteren Berufsgruppen den pflegerischen Unterstützungsbedarf zum Leben, Gestalten und Wahrnehmen der Spiritualität als innere Ressource. Die Planung erfolgt auf Grundlage des Assessments unter Berücksichtigung von individuellen Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten und vorhandenen Selbstmanagementkompetenzen.

Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät die Zu-Pflegenden mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf und ggf. seine Bezugspersonen zum Leben, Gestalten und Wahrnehmen der Spiritualität als innerer Ressource. Ebenso erfolgen die Information, Schulung und Beratung in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und auf Basis der vereinbarten Ziele.

Die Pflegefachkraft führt in Abstimmung mit den Zu-Pflegenden und ggf. seiner Bezugspersonen die pflegerischen Maßnahmen zum Leben, Gestalten und Wahrnehmen seiner Spiritualität als innerer Ressource durch. Die Pflegefachkraft koordiniert die Zusammenarbeit des interprofessionellen Teams.

Die Pflegefachkraft beurteilt regelmäßig und anlassbezogen die Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen sowie den Behandlungserfolg anhand individuell vereinbarter Ziele.

33.7 Ergebnisqualität analog der Expertenstandards

Für Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf beim Leben, Gestalten und Wahrnehmen der Spiritualität als innere Ressource oder mit zu erwartenden Problemen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung vor.

Eine individuelle Maßnahmenplanung, welche die aktuellen Probleme im Bereich der Spiritualität, mögliche Risiken, individuellen Pflegeziele und die Selbstmanagementkompetenzen der Zu-Pflegenden beim Leben, Gestalten und Wahrnehmen der Spiritualität als innere Ressource berücksichtigt, liegt vor. Die Zu-Pflegenden und ggf. die Bezugspersonen sind informiert, geschult und beraten. Die Selbstmanagementkompetenz zum

eigenständigen Leben, Gestalten und Wahrnehmen der Spiritualität als innere Ressource ist im Rahmen der vereinbarten Ziele unterstützt und gefördert.

Die Maßnahmen sind mit allen Beteiligten abgestimmt und gemäß der Maßnahmenplanung durchgeführt worden. Eine Evaluation der pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die Maßnahmen haben sich im Rahmen der vereinbarten Ziele positiv auf das Leben, Gestalten und Wahrnehmen der Spiritualität als innerer Ressource und das Selbstmanagement des Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf ausgewirkt.

33.8 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Pflege(fach)kräfte bedeutet dies eine umfassende Auseinandersetzung mit den Anforderungen an Spiritualität, die auch mit zusätzlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten unterstützt werden muss. Im Sinne des interprofessionellen Ansatzes sollten auch andere an dem Prozess Beteiligte in die Schulungen einbezogen werden. Analog zu anderen Expertenstandards, bei denen die erforderlichen Kompetenzen geschult und praktisch eingeübt werden müssen, müssen die Qualitätsbeauftragten und die Leitungen ebenso zeitliche wie finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellen. Die für das Thema zuzuordnenden theoretischen Stunden in den Ausbildungen reichen nicht aus, um dem Bedarf gerecht zu werden.

33.9 Zusammenfassung

Auch wenn es aktuell noch keinen Expertenstandard zur „Förderung der Spiritualität in der Pflege“, gibt, könnte das Thema „Spiritualität“ durch verschiedene Akteur:innen mit den Verantwortlichen des DNQP diskutiert werden, um die Sinnhaftigkeit dieser Möglichkeit zu prüfen. Bei positivem Bescheid könnte somit ein weiterer Baustein zur flächendeckenden Berücksichtigung der Spiritualität analog des ICN, der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und der gVP gegeben sein.

Literatur

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2023). https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html. Zugegriffen im März 2023

Der ICN (o.J.) Ethikkodex für Pflegefachpersonen, vgl. https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfu%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf. Zugegriffen im Januar 2023

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (o.J.) Expertenstandards und Auditinstrumente, vgl. https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/. Zugegriffen im Februar 2023

Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege, S 257. vgl. Blumenberg P (2021) Der neue Expertenstandard im Überblick, Die Schwester der Pfleger, 11/2021

Schmidt S (2020) Expertenstandards in der Pflege- eine Gebrauchsanweisung, 4. Aufl, Springer, Berlin

TOTAL PAIN IN DER PALLIATIVEN GERIATRIE GRUNDSATZPAPIER (2020) Fachgesellschaft Palliative Geriatrie

Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017

Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (o.J.) Expertenstandards und Auditinstrumente

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

34 Wege zur Implementierung von Spiritual Care in der Betreuung schwer kranker und alter Menschen

Marianne Kloke und Maria Degner

34.1 Einleitung

Gegenstand dieses Aufsatzes ist die Darstellung eines modularen Konzeptes zur systematischen Implementierung von Spiritual Care (SpC) in einer Einrichtung des Gesundheitssystems. Es wurde in Analogie zu einem vielfach erprobten Konzept zur Implementierung von Palliative Care in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe sowie auf der Basis der existierenden Literatur und den Ergebnissen des SpeCi-Deutschland Projektes[1] entwickelt. Hierbei wurden sowohl personelle als auch strukturelle und organisatorische Aspekte angesprochen.

34.1.1 Begriffs- und Standpunktklärungen

Wenn in der erweiterten WHO-Definition von Palliative Care die Integration von spirituellen Aspekten in das Betreuungs-/Behandlungskonzept explizit als vierte von neun Aufgabenstellungen benannt wird, so geschieht das auf der Basis des Konzeptes von vier gleichwertigen Dimensionen des Menschen: der physischen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen (World Health Organization 2002). Diese am Defizitmodell der Medizin orientierte Denkweise – es gibt „Probleme“ auf allen Ebenen, deren Lösung dann zu einer Verbesserung der Lebensqualität als dem zentralen Ziel von Palliative Care

[1] Siehe https://www.speci-deutschland.de (Abgerufen: 17.02.2023).

M. Kloke (✉) · M. Degner
Essen, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_34

führt – lässt das bio-psycho-soziale Konzept von Leiden (und Symptomen) ebenso wie die Identifikation von Spiritualität (Sp) als Ressource außen vor. Arndt Büssing identifiziert vier Bedürfnisdimensionen schwer kranker und sterbender Menschen: religiöse Bedürfnisse, existenzielle Bedürfnisse, Bedürfnisse nach innerem Frieden sowie nach Generativität (Büssing et al. 2010). Die European Society for Palliative Care beschreibt 2010 Spiritualität als „die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen." (Nolan 2011). Wenn Roser sagt: „Spiritualität ist genau - und ausschließlich - das, was der Patient dafür hält." birgt das die Gefahr einer Verallgemeinerung und Verwässerung (Roser 2011). Wenn Erhard Weiher 2021 formuliert: „Spiritualität ist, ganz allgemein gesprochen, der `innere Geist´, aus dem heraus ein Mensch sich versteht, woraus er sein Leben gestaltet, er Sinn erfährt und womit er auch Krankheit, Sterben und Trauer zu bestehen sucht", so liegt dem ein Verständnis von Spiritualität als Ressource zugrunde (Weiher 2021). In den folgenden Überlegungen ist Spiritualität daher als Konstitutivum des Menschen konzipiert, dessen Beachtung unverzichtbar für ein Leben und Sterben in Würde ist, wie es die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland als Recht jedes Menschen einfordert (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer 2010; Weiher 2021).

Doch wie adressiert SpC diese spezifisch menschliche Begabung? Die wörtliche Übersetzung dieses zum Fachbegriff gewordenen Anglizismus mit geistiger (Für-)Sorge gibt eher einen Hinweis auf das Wesen eines solchen Tuns oder Fühlens, denn auf den, der dafür zuständig ist. Bleibt man einen Augenblick bei der englischen Sprache, so sind „spiritual guidance" im Deutschen dem Begriff Seelsorge oder „spiritual succour" dem des geistlichen Beistands entsprechende Begriffe. Aber ist SpC gleichbedeutend mit dem, was die deutsche Sprache mit Seelsorge bezeichnet und was im Verständnis der meisten Menschen in den Aufgabenbereich der zumeist religions- bzw. konfessionsgebundenen professionellen Seelsorger fällt? Nicht nur die Erfahrung, sondern auch wissenschaftliche Studien belegen, dass vor allem ältere, schwer kranke und sterbende Patient:innen und Bewohner:innen – ob religiös beheimatet, konfessionslos bzw. religiös enttäuscht oder indifferent – Wahrnehmung und Adressierung spiritueller und oft damit verbunden auch existenzieller Fragen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und insbesondere Ärzten zuweisen (Büssing et al. 2009; Reljić et al. 2021). Somit ist die zweite Grundannahme dieses Aufsatzes: Spiritual Care gehört in den Aufgabenbereich jedes Mitgliedes des einen solchen Menschen und seine Angehörigen betreuenden multiprofessionellen Teams. Dies impliziert auch das Angebot der Begleitung durch eine:n hauptamtliche:n Seelsorgende:n und deren/dessen Hinzuziehung auf Wunsch der Betroffenen (Gijsberts 2022).

34.1.2 Aktuelle Situation

Viele Ärzt:innen, Pflegende, Therapeut:innen und auch Hospizbegleitende lassen sich täglich auf die spirituellen und existenziellen Fragen der von ihnen betreuten Menschen empathisch und kompetent ein. Sie tun das mit der Prämisse, jedem Menschen seinen „inneren Geist“ zu glauben, der ihn zum Leben – auch mit Krankheit und Sterben – motiviert (Labitzke und Kuhn-Flammensfeld 2017). Diese Einlassung geschieht aus einem persönlichen Engagement heraus mit großer Empathie und mit zumeist in privater Initiative erworbener Qualifikation, denn Spiritual Care ist nicht oder nur rudimentär Gegenstand von Aus- und Weiterbildungsordnungen (einschließlich den Studiengängen in medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Berufen). Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind ebenfalls für eine systematische Einbeziehung von Spiritual Care mehr als defizitär. Entsprechende Stichworte sind hier: fehlende Abbildung in Abrechnungs- und Qualitätssicherungssystemen, fehlende Etablierung validierter Erfassungs- und Dokumentationssysteme, schlechte räumliche Bedingungen. Somit bedarf es erheblicher Anstrengungen auf allen Ebenen, um eine nachhaltige Implementierung von Spiritual Care zu ermöglichen.

Das Ziel dieses Aufsatzes ist es, in Analogie zu einem in der Implementierung von Palliative Care in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe erprobten modularen Konzept,[2] einen Weg aufzuzeigen, der ihnen eine maßgeschneiderte und nachhaltige Implementierung für ihre konkrete Institution ermöglicht. Die Anpassung an die Besonderheiten von SpC erfolgte dabei auf der Basis der einschlägigen Literatur sowie den Ergebnissen des von der Stiftung Wohlfahrtspflege geförderten Forschungsprojektes SpeCi Deutschland (GW Institute for Spirituality und Health [Best 2020; GWish] 2018; Integraal Kanker Centrum Nederland 2018; Puchalski 2012). Die im Rahmen des Projektes entwickelten S1-Leitlinien zu „Spirituelle Begleitung von schwer kranken und alten Menschen“, in denen auch gesundheitspolitische, medizinökonomische und medico-legale Aspekte thematisiert werden, sind in ihrer Langfassung in diesem Band publiziert.

34.2 Das modulare Konzept und seine Umsetzung

Die systematische Implementierung von SpC in einer Einrichtung setzt die Beauftragung einer entsprechend qualifizierten Fachperson durch die Einrichtungsleitung bzw. den Träger voraus. Diese werden ein auf die Bedürfnisse ihrer Institution zugeschnittenes Konzept erwarten. Deshalb wurde zur Sicherung von Qualitätsstandards und Vergleichbarkeit

[2] Das Modell wurde im Rahmen eines vom Verein MenschenMögliches e. V. geförderten Modellprojektes entwickelt und erprobt sowie von ALPHA (Ansprechstelle des Landes NRW für Palliativ- und Hospizarbeit) als Best-Practice-Modell vorgestellt. Nach Abschluss der Förderphase wurde es vom Netzwerk Palliativmedizin Essen fortgeführt.

von Effizienz und Nachhaltigkeit verschiedener Implementierungsprozesse ein modulares Konzept mit verpflichtenden und fakultativen Modulen entwickelt.

34.2.1 Vorphase

34.2.1.1 Erstgespräch

Die physische, mentale, psychische und spirituelle Belastung von Pflegenden, Therapeut:innen, Ärzt:innen und allen im Gesundheitssektor tätigen Menschen hat ein kaum noch ertragbares Maß erreicht. Das Ganze wird durch eine chronische und aktuell sich durch die großen Weltkrisen noch zuspitzende Unterfinanzierung des gesamten Systems erschwert. Somit muss die Erarbeitung des durch Implementierung von SpC möglichen Mehrwerts Gegenstand des Erstgespräches zwischen dem Anbieter einer Implementierung von Spiritual Care[3] und an einer solchen interessierten Institution sein (s. Tab. 34.1) (Büssing et al. 2017).

Tab. 34.1 Mehrwert durch Implementierung von SpC

Bereich	Mehrwert
Mitarbeiter	Stärkung der Arbeitszufriedenheit durch Kompetenzerweiterung
	Erkennen der eigenen Spiritualität als Ressource und Förderung der Resilienz
	Steigerung der Mitarbeitenden-Identifikation mit der Institution
	Förderung eines offenen und empathischen Teamgeistes
Struktur	Zugewinn an Sicherheit durch Klärung der Zuständigkeit des gesamten Teams auch für spirituelle Bedürfnisse
	Eindeutigkeit des Angebotes gegenüber Bewohner:innen/Patient:innen und Angehörigen
	Steigerung der Versorgungssicherheit durch Aufbau eines Netzes mit professionellen Seelsorgenden verschiedener Konfessionen und Religionen.
Organisation	Sicherung der Ganzheitlichkeit der Betreuung durch Implementierung eines validierten Erfassungs- und Dokumentationssystems für SpC
	Untermauerung der Forderung an die Träger zur Schaffung entsprechender Rahmenbedingen in der Einrichtung (z. B. Raum der Stille, Gesprächsraum, „Seelsorgekoffer“, Personalaufbau)

[3] Es gibt aktuell noch keine spezifischen Implementierungsangebote für Spiritual Care, wohl aber für Palliative Care mit DGP anerkannten Moderatoren. An den Projektstandorten des SpeCi-Deutschland-Projektes wurden entsprechende Schulungen unter Einbeziehung des in diesem Rahmen in Kooperation mit der DGP entwickelten 40-stündigen Curriculums aber bereits umgesetzt. Die eine solche Maßnahme begleitende und steuernde (externe) Fachperson wird im Folgenden als Implementierungsbegleiter (IB) bezeichnet.

34.2.1.2 Bildung einer vorläufigen Fokusgruppe

Der/die Implementierungsbegleiter:in (IB) nimmt, bei positivem Ausgang des Erstgespräches, die Arbeit auf. Die Beteiligung der Mitarbeiter bei der Implementierung von SpC ist eine *Conditio sine qua non* für ihre Effektivität und Nachhaltigkeit. Zweckmäßig ist hier die Bildung einer vorläufigen Fokusgruppe (vFG) von vier bis acht am Thema interessierten Mitarbeitenden, möglichst aus allen Teilbereichen und Berufsgruppen. Dieser Schritt sollte in enger Abstimmung mit dem Träger/der Einrichtungsleitung erfolgen. Die vFG wird von der/dem IB in das Konzept eingeführt.

34.2.1.3 Erhebung des Status quo

Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines passgenauen Konzeptes ist die Erfassung des Status quo. Dies geschieht durch Befragung von Mitarbeiter:innen, Patient:innen/Bewohner:innen (soweit möglich) und ihren Angehörigen. Ob hier im Sinne einer (möglichst repräsentativen) Stichprobenbildung beim o. g. Personenkreis vorgegangen wird, entscheidet sich u. a. auch über die Größe der Einrichtung. Hierzu gibt es einige gut validierte Fragebögen, die die Mühe der Entwicklung eigener ersparen (s. Tab. 34.2) (Integraal Kanker Centrum Nederland 2018).

Die Motivierung zur Mitwirkung obliegt den Mitgliedern der vFG zur Initiierung eines modifizierten Bottom-Up-Modells. Am Ende der Evaluationsphase konstituiert sich die definitive Fokusgruppe (FG) mit Zustimmung des verantwortlichen Einrichtungsleiters.

Tab. 34.2 Instrumente zur Wahrnehmung von Spiritualität und spirituellen Bedürfnissen (unvollständige Auswahl)

Adressat:in	Bezeichnung	Art und Umfang	Besonderheiten
Begleitete	Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ-20) Langversion (Büssing et al. 2010, Monod et al. 2011)	Selbsterfassungsinstrument mit 20 Items sowie sieben optionalen und Freitextfeldern	Sehr umfangreich, nicht möglich bei kognitiver Einschränkung
	Spiritual Needs Screener (SpNQ-10) Kurzversion (Büssing 2021)	Selbsterfassungsinstrument mit zehn Items Assistenz bei der Bearbeitung möglich	Einsetzbar als Screening-Instrument
	Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge (Büssing et al. 2022) Lang- und Kurzversion	Fremderfassungsinstrument auf der Basis einer Krankenbeobachtung für Gesundheitsfachpersonen zur Hinzuziehung von Seelsorgenden	Auch bei kognitiv eingeschränkten Menschen und für Teambesprechungen anwendbar
	2Q-SAM Zweifragenscreening (Roser 2019)	Zwei einfache, offene Fragen: What is most important to you now? How can we help?	Geeignet als Türöffner
	FICA bzw. SPIR (Ross und McSherry 2018, Frick et al. 2006)	Strukturiertes Interview zu vier Themenkomplexen	Konzipiert als Gesprächsleitfaden

(Fortsetzung)

Tab. 34.2 (Fortsetzung)

Adressat:in	Bezeichnung	Art und Umfang	Besonderheiten
Begleitende	Spiritual Care Competency Questionnaire (SCCQ) (Frick et al. 2019)	Selbsterfassungsinstrument 26 Fragen in sieben Domänen	Evaluation der SpC-Kompetenzen von Mitarbeitern und Teams
	SpREUK-P 17 (Frick et al. 2006)	Selbsterfassungsinstrument mit 17 Fragen in fünf Domänen	Evaluation der Spiritualitätspraxis von Mitarbeitern
	Cool-Down-Index (Büssing et al. 2012)	Selbsterfassungsinstrument mit zehn Fragen	Erfassung der emotionalen Belastung und Distanzierung von Mitarbeitern zu Patient:innen

Tab. 34.3 Aufgaben des IB in der Vorphase

Aufgabe	Unter Einbeziehung von
Erstgespräch mit dem Träger	IB oder Arbeitgeber des IB (falls vorhanden)
Bildung einer vorläufigen Fokusgruppe (vFG)	Träger und Einrichtungsleitung
Planung und Durchführung der Initialbefragung zur Erhebung des Status quo	vFG, (Einrichtungsleitung)
Auswertung der Ergebnisse	vFG, (Einrichtungsleitung)
Erstellen des Angebotes für ein Implementierungskonzept	IB oder Arbeitsgeber des IB
Abschließen eines Implementierungsvertrages	Arbeitgeber IB, Träger, Einrichtungsleitung
Konstitution der definitiven Fokusgruppe	cFG, Einrichtungsleitung

Die Namen ihrer Mitglieder und deren Erreichbarkeit werden den Mitarbeitenden zugängig gemacht. Dieser Prozess wird von dem/der IB geleitet und gesteuert (s. Tab. 34.3).

34.2.1.4 Entwicklung eines Implementierungskonzeptes

Auf der Basis der Ausgangsbefragung wird ein Konzept mit fakultativen und obligaten Modulen differenziert nach Adressaten und Zielgruppen entwickelt und mit der Leitung respektive mit dem Träger der Einrichtung(en) abgestimmt (s. Tab. 34.4).

34.2.2 Umsetzung des Konzeptes

34.2.2.1 Fokusgruppe

Eine zentrale Funktion in der Umsetzung des Konzeptes und der Sicherung der Nachhaltigkeit kommt der FG zu (s. Tab. 34.5). Sie ist Bindeglied zwischen IB, Mitarbeitenden und Einrichtungsleitung. Aufgrund ihrer Vertrautheit mit dem System kann sie die Spezi-

Tab. 34.4 Module der Implementierung

Modul	Teilnehmerkreis	Obligat	Umfang
Planung und Durchführung der Initialbefragung	IB, vFG	Ja	Variiert mit der Anzahl der Befragten
Auswertung der Initialbefragung	IB unter Beteiligung der vFG	Ja	s. o.
Erstellen des Implementierungskonzeptes	IB unter Beteiligung der vFG mit anschließender Genehmigung durch den Träger	Ja	
Einführung in das modulare Konzept	Alle Mitarbeitende Ggf. mehrere Termine	Ja	1 US
Jour-fix-Fokusgruppe	Mitglieder der Fokusgruppe	Ja	Einmal monatlich Dauer variabel
Schulungen zu Spiritualität • Wahrnehmung • Gesprächsführung • Umgang im Team • Dokumentation	Alle Mitarbeiter Aufteilung variabel • Teamübergreifend • Teambezogen • Bedside-Teaching	Ja	Ca. 10 US
Workshops und Vorträge zu SpC	Variabel: • Bewohner:innen/ Patient:innen • Angehörige • Kooperierende Ärzt:innen und Therapeut:innen • Mitarbeiter:innen der Einrichtung	Nein	Je nach Adressat 1–3 US
Teilnahme an einer curricularen Fortbildung zu SpC	Mitglieder der Fokusgruppe als künftige Multiplikatoren	Empfohlen	40 US (DGP anerkannte SpECi-Curriculum[a])
Strukturgespräche (initial, Zwischenbilanz, Abschluss)	Einrichtungsleitung, Fokusgruppe und IB	Empfohlen	Mindestens 1 h
Öffentlichkeitsveranstaltung	Angehörige, Träger, interessierte Bürger:innen	Nein	1–2 h
Unterstützung bei der Außendarstellung	Öffentlichkeit, zukünftige Bewohner	Nein	Individuell

[a]Das Curriculum des 40-stündigen SpECi-Kurses wird als von der DGP anerkannt im Pallia Med Verlag publiziert

Tab. 34.5 Aufgaben der Fokusgruppe während der Implementierung

Bereich	Aufgabenstellung	Umsetzung
Personell	Ermöglichung der Teilnahme an den Schulungen	Mitwirkung bei der Dienstplangestaltung
	Ansprechpartner bei Fragen/ Schwierigkeiten mit SpC	Öffentliche Benennung der FG-Mitglieder und ihrer Erreichbarkeit als Ansprechpartner
	Bindeglied zwischen IB und Mitarbeitern	Regelmäßige Teilnahme am Jour Fix
Organisatorisch	Organisation der Schulungen	Bewerbung der Veranstaltung und Bereitstellung von Räumen
	Begleitung der Teamschulungen	Erfolgt durch das Mitglied der FG, das zum jeweiligen Team gehört
Strukturell	Entwicklung und Erprobung SpC-spezifischer Erfassungs- / Dokumentationsverfahren	Integration ins einrichtungseigene Dokumentationssystem erforderlich (Überlappung mit Advanced Care Planning beachten)
	Entwicklung und Pflege eines Seelsorgenetzes mit externen hauptamtlichen Seelsorgenden	Die Liste mit den Kontaktdaten und den Verfügbarkeiten der Mitglieder des Seelsorgenetzes muss jeder:m Mitarbeiter:in bekannt sein und regelmäßig aktualisiert werden (ggf. Beauftragte:n dafür benennen)

fika der Einrichtung in Bezug auf die Zusammensetzung des Mitarbeiterstammes (multikulturell/-ethnisch-/religiös), der Bewohner:innen/Patient:innen (z. B. hoher Anteil an demenziell Erkrankten, Palliativpatienten), der Angehörigen (regional verwurzelte oder Zuweisungseinrichtung) und des Trägers (z. B. konfessionell, städtisch) in die Prozesse einbringen. Als Mitarbeitende können sie schnelle Rückmeldungen zu aufkommenden Schwierigkeiten an den IB geben und an deren Lösung mitwirken.

34.2.2.2 Durchführung und Inhalte der Schulungen

Für eine gelebte SpC-Kultur ist eine strukturierte Basisschulung aller Mitarbeitenden unumgänglich; für ihre Nachhaltigkeit und Qualität ist die Teilnahme an einer validierten curricularen Fortbildung (z. B. 40 US SpECi) für Mitglieder der FG empfehlenswert. Die sich an alle Mitarbeitenden wendenden Fortbildungen werden in Anpassung an die lokalen Gegebenheiten teamübergreifend, team- und einzelfallbezogen durchgeführt, wobei ein Mix empfehlenswert ist. Ihre Integration in Pflegeprozessplanungen, Einzelfall- oder Teambesprechungen ist grundsätzlich möglich, sodass ein Umfang von zehn Unterrichtsstunden insgesamt gut erreichbar ist. Das Angebot von teamübergreifenden Veranstaltungen fördert die Verankerung von SpC in die Institution und ist hilfreich bei der zumeist institutionsbezogenen Umsetzung der strukturellen und organisatorischen Maßnahmen.

Kultursensible Pflege, Kommunikation und Basis Palliative Care finden sich als Themen in allen Ausbildungen/Studiengängen der Gesundheitsberufe. Die Stärkung dieser Kompetenzen steht am Beginn jeder Implementierung und kann zum Aufbau einer Ver-

trauensbasis zwischen IB und Mitarbeitenden genutzt werden. Diese ermöglicht die Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität als Voraussetzung für SpC. In diesem Prozess werden die Mitarbeitenden auch zur Akzeptanz von SpC als zum eigenen Berufsbild gehörend geführt.

Dieses Training der Wahrnehmung von Spiritualität und des Wissens um sie als wichtiger Ressource ist zentral und schließt das Wissen über Existenz und Handhabung validierter Selbst- und Fremderfassungsinstrumente, einschließlich ihrer Dokumentation, mit ein. Der Umgang mit spirituellen und ggf. auch explizit religiösen Anliegen von Bewohner:innen/Patient:innen und ihren Angehörigen, ihrer Verortung im multiprofessionellen Team,[4] die Berücksichtigung im Betreuungs-/Begleitungskonzept sowie die Dokumentation in den personenbezogenen Unterlagen sind wesentliche weitere Schulungsinhalte.

Die Dauer der Implementierung sollte nicht zu kurz gewählt werden, um ein idealerweise von dem/der IB supervidiertes Alltagstraining zu ermöglichen. Die Einbeziehung der Öffentlichkeit (kooperierende Ärzt:innen/Therapeut:innen, kirchengemeindliche Strukturen, Angehörige, Ambulanter Hospizdienst) kann entscheidend zum Gelingen des Projektes beitragen, da Spiritualität erst dann zur Ressource werden kann, wenn sie kein gesellschaftliches Tabuthema mehr ist und die Menschen, die SpC praktizieren, Anerkennung und Wertschätzung dafür erfahren. Es gibt Untersuchungen, die die Bedeutung einer aktiven Einbindung von hauptamtlichen Seelsorgenden in den Implementierungsprozess zur Förderung der Mitarbeitendenkompetenzen belegen (Frick et al. 2019).

34.2.3 Schlussphase

34.2.3.1 Evaluation der Maßnahme

Am Ende der Implementierung erfolgt erneut eine Befragung von Mitarbeitenden, Bewohner:innen/Patient:innen und deren Angehörigen (möglichst unter Verwendung der gleichen Instrumente, wie sie bei der Erhebung der Ausgangssituation zum Einsatz gekommen sind). Ob hier eine repräsentative Stichprobe oder Befragung aller Bewohner:innen/Mitarbeitenden erfolgt, hängt sicher von den Gegebenheiten vor Ort ab. Wenn zu Beginn vereinbart, erstellt der IB unter Einbeziehung der FG einen Abschlussbericht. In ihm werden auch zukünftige Maßnahmen zur Sicherung des Erreichten vorgeschlagen.

34.2.3.2 Sicherung der Nachhaltigkeit

Die FG ist das entscheidende Element zur Sicherung der Nachhaltigkeit. Ihr obliegt die Verankerung des Themas „Spiritualität“ im (internen) WB-Katalog der Einrichtung. Sie pflegt das Seelsorgenetz durch regelmäßige Aktualisierung. Sie passt ggf. die Erfassungs- und Dokumentationssysteme an und motiviert die Mitarbeitenden zur regelmäßigen An-

[4] Zur Beachtung der Besonderheiten des Beicht- und Seelsorgegeheimnisses im Kontext der Palliativversorgung wird auf das einschlägige Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizinverwiesen (s. Lit. 9).

wendung. Neue Mitarbeitende der Einrichtung weist sie in das Konzept von SpC ein. Sie ist der Ansprechpartner der Einrichtungsleitung/des Trägers für SpC. Bei Problemen oder zur Stabilisierung der Implementierung kann eine strukturierte oder bedarfsweise Beratung durch den IB erfolgen.

34.3 Schlussfolgerungen und Fazit

Gerade in Krisenzeiten braucht es Ermutigung und Stärkung der Menschen, die trotz aller Widrigkeiten für die ihnen anvertrauten, alten, schwer kranken Menschen am Ende des Lebens da sind, die ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihre Haltung zu deren Wohl einbringen. Wenn sich ein Träger ungeachtet der ubiquitären dramatischen Ressourcenknappheit entschließt, ein Zeichen des Aufbruchs, des Betretens von Neuland zu setzen, indem er die Implementierung von Spiritual Care initiiert, so hängt der Erfolg stark von einer von Beginn an transparenten und motivierenden Kommunikation mit den Mitarbeitenden ab.

Die Integration von SpC in ihren Berufsalltag, in das Betreuungskonzept, in den Geist der Einrichtung setzt eine positive Erfahrung mit Spiritualität als Ressource für sich selbst und für andere voraus. Mit Beginn des Projektes hierfür zu sensibilisieren, ist eine zentrale Herausforderung für IB und Einrichtungsleitung. Wenn diese Initialzündung gelingt, wird SpC nicht als eine „auch noch zu leistende“ Aufgabe, sondern als Bereicherung und Vervollständigung des eigenen professionellen Handelns gesehen. Im Zusammenspiel aller entsteht so ein Geist der Empathie und Menschenfreundlichkeit.

Die Passgenauigkeit einer Implementierung in Bezug auf die Spezifika der jeweiligen Institution (z. B. Trägerschaft, Integration von Seelsorgern, etablierte Palliative-Care-Versorgung, multikultureller/-ethnischer/-religiöser Mitarbeiterstamm, Anteil an demenziell erkrankten/palliativen Patient:innen), wie sie das hier vorgestellte modulare Konzept zulässt, erhöht die Akzeptanz bei allen Beteiligten und ist gleichermaßen Garant für Effizienz sowie Effektivität. Die Schaffung institutionalisierter Strukturen, wie der einer permanenten FG, garantiert Nachhaltigkeit. Somit stellt die Implementierung von SpC eine Win-win-Situation für alle Beteiligten dar.

Literatur

Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P (2020) An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. BMC Palliat Care 19:9. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4

Büssing A (2021) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham

Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EAM, Matthiessen PF (2009) Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? Pain Med 10(2):327–339. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x

Büssing A, Balzat HJ, Heusser P (2010) Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – validation of the spiritual needs questionnaire. Eur J Med Res 15:266–273

Büssing A, Reiser F, Michalsen A, Baumann K (2012) Engagement of patients with chronic diseases in spiritual and secular forms of practice: results with the shortened SpREUK-P SF17 questionnaire. Integr Med Clin J 11(1):28–38

Büssing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia DR, Poier D (2017) Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. BMC Health Serv Res 17(1):551. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2445-3

Büssing A, Scheer K, Tewes M, Niesert W, Büntzel J, Rentschler J (2022) Erfassung existenzieller und spiritueller Bedürfnisse in der palliativen Betreuung – Erste Erkenntnisse zur Implementierung des Spiritual Needs Screeners. *Spiritual Care* 11(3):278–281. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0045

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer (2010) Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html. Zugegriffen im Dezember 2022

Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD (2006) A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. Eur J Cancer Care 15:238–243

Frick E, Theiss M, Recchia DR, Büssing A (2019) Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala. Spiritual Care 8(2):193–207. https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0066

Gijsberts MJHE (2022) Spiritual care in palliative care: a physician's perspective. Religions 13:323. https://doi.org/10.3390/rel13040323

GW Institute for Spirituality & Health (GWish) (2018) Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum (ISPEC©). https://gwish.smhs.gwu.edu/programs/transforming-practice-health-settings/interprofessional-spiritual-care-education-curriculum-ispecc. Zugegriffen im Dezember 2022

Integraal Kanker Centrum Nederland, Guideline Working Group for Existential and Spiritual Aspects of Palliative Care: Dutch Guideline Spiritual Care in Palliative Care (2018). https://www.pallialine.nl/uploaded/docs/Zingeving/Existential_and_spiritual_aspects_of_palliative_care_zonder_linken.pdf?u=1SxZX1. Zugegriffen im Dezember 2022

Labitzke K, Kuhn-Flammensfeld N (2017) Spiritual Care und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung, Konzept der Sektion Seelsorge der. Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz.de. Zugegriffen im Februar 2023

Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ (2011) Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. J Gen Intern Med 26:1345–1357. https://doi.org/10.1007/s11606-011-1769-7

Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. European Journal of Palliative Care 18(2): 86–89.

Puchalski CM (2012) Restorative medicine. In: Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B (Hrsg) Oxford textbook of spirituality in healthcare. Oxford University Press, New York, S 197–210

Reljić NM, Fekonja Z, Kmetec S, McSherry W, Kores Plesničar B, Pajnkihar M (2021) Family members' experiences with the spiritual care of older people living with dementia in nursing homes: a phenomenological hermeneutical study. Nurs Open 8(6):2932–2941

Roser T (2011) Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologischer Perspektive. In: Frick E, Roser T, Hrsg. Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 45–55, 47

Roser T (2019) Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge. Ein Instrument für Pflege und Medizin zum Beizug der Seelsorge. Pflegezeitschrift 72(6):53–56

Ross L, McSherry W (2018) The power of two simple questions. Nurs Stand 33(9):78–80. https://doi.org/10.7748/ns.33.9.78.s22

Weiher E (2021) Auf der Spur der Spiritualität. Zur Frage nach dem „Wie“ der Seelsorge. Zeitschrift für Pastoraltheologie 41(2):67–80

Wierzbicki D (2021) Spiritual Care in der Praxis: Wie die Implementierung in den Klinikalltag erfolgreich gelingt. Kohlhammer, Stuttgart

World Health Organisation (2002) Definition of palliative care. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf. Zugegriffen im Dezember 2022

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

35 Spiritual Care – standardisierte Erfassung von existenziellen und spirituellen Bedürfnissen und ihre Implementierung in Versorgungseinrichtungen

Arndt Büssing

35.1 Einleitung

Spiritual Care bezeichnet das Anliegen von Angehörigen der Gesundheitsberufe, sich auch um die existenziellen/spirituellen Bedürfnisse sowie Sorgen und Nöte kranker, alter und belasteter Menschen (sowie ihrer Angehörigen) zu kümmern. Für den beziehungsfokussierten Ansatz von Spiritual Care heißt das, zu „hören auf das, was gesagt und nicht gesagt wird", „Vertrauen [zu] schaffen" und „zu einer eigenen Antwort ermutigen" und den Lebensweg zu „begleiten – auch wenn es schwerer wird" (Büssing 2022). Dies setzt voraus, diese Bedürfnisse auch wahrnehmen zu können, sie zu erkennen, um sie unterstützen zu können. Abgesehen von der palliativmedizinischen Versorgung ist dies jedoch oft mehr Ideal und Intention als tatsächlich im Gesundheitssystem verankerte und in der Ausbildung implementierte Praxis.

Untersuchungen an Patient:innen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen aus den USA zeigten, dass sich die meisten in ihren spirituellen Bedürfnissen durch das medizinische System nicht oder nur minimal unterstützt fühlen - und knapp die Hälfte auch nicht oder nur minimal durch Vertreter einer Religionsgemeinschaft, die hier vielleicht eine seelsorgliche Bedeutung haben könnte (Balboni et al. 2007). Das heißt: Viele dieser Patient:innen hatten dezidierte spirituelle Bedürfnisse, die aber unerkannt blieben und für die sie scheinbar keinen Ansprechpartner gefunden hatten.

In Deutschland wünschte sich nach Untersuchungen von Frick et al. (2006) die Mehrheit der von ihnen befragten Tumorpatient:innen, dass sich ihr/ihre Arzt/Ärtzin auch für ihre spirituelle Orientierung interessiert. Auf die Frage, mit wem sie über ihre spirituellen

A. Büssing (✉)
Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: Arndt.Buessing@uni-wh.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_35

Bedürfnisse sprechen, antworteten 20 % der befragten Schmerzpatient:innen, dass sie keinen Ansprechpartner haben, 23 % sprachen darüber mit einer seelsorglich tätigen Person und für 37 % war es wichtig, mit ihrem/ihrer Arzt/Ärztin darüber zu sprechen. Diese werden sich hierfür aber gar nicht zuständig fühlen, keine Zeit und eine geringe Kompetenz ins Spiel bringen – und auf die Seelsorge verweisen.

Im eher säkular geprägten Deutschland haben chronisch kranke und alte Menschen empirisch belegbar existenzielle und spirituelle Bedürfnisse (Büssing et al. 2010, 2013, 2020; Erichsen und Büssing 2013; Offenbaecher et al. 2013; Höcker et al. 2014; Man-Ging et al. 2015; Haußmann et al. 2017; Große-Onnebrink und Büssing 2021), die aber in der klinisch-therapeutischen Versorgung kaum eine Bedeutung haben, weil sie oft nicht bekannt sind. Eine gezielte Unterstützung dieser Bedürfnisse ist im klinischen Setting bisher kaum verankert. Eine Ausnahme ist die palliativmedizinische Versorgung, bei der das Themenfeld Spiritualität ausdrücklich Beachtung finden soll.

Viele Patient:innen (auch in säkularer Gesellschaft) schätzen es wert, dass diese Seite ihrer Persönlichkeit mit berücksichtigt wird, während andere irritiert sind, wieso sie im Krankenhaus nach ihrem Glauben oder ihrem spirituellen Hintergrund gefragt werden – und ob sie vielleicht jemanden von der Seelsorge sehen möchten. Doch auch kirchenferne oder scheinbar nicht religiöse Personen haben spezifische spirituelle Bedürfnisse, die bei ihnen leicht übersehen werden (Büssing et al. 2013). Vielen fehlt zudem eine Sprachfähigkeit dafür.

Personen aus dem Gesundheitssystem könnten also bereits sehr früh im Krankheitsprozess eine erste Wahrnehmungsinstanz für spirituelle Anliegen (sowohl für Bedürfnisse als auch eine Belastung) sein, denn die professionelle Seelsorge ist nicht überall gleich gut implementiert und bedarf oft der Rückmeldung seitens des therapeutischen Teams, wer Gesprächsbedarf haben könnte. Diese Rückmeldungen sind auch von der Empfindungs- und Resonanzfähigkeit der therapeutisch Tätigen sowie von der Ausdrucksfähigkeit der Patient:innen abhängig und daher oft eine Frage des Zufalls. Manche äußern ihre Bedürfnisse nur indirekt oder verkleiden sie in Metaphern (Weiher 2014, 2017). Wenn dies nicht bemerkt wird, gehen sie ins Leere. Wer sich selbst als nicht oder wenig religiös oder spirituell empfindet, wird entsprechende Bedürfnisse bei den von ihnen begleiteten Personen auch seltener wahrnehmen.

Daher bedarf es neben Fortbildungen (z. B. in Symbolischer Kommunikation) (Weiher 2014, 2017) auch einer systematischen und strukturierten Erfassung solcher Bedürfnisse (Büssing 2021a), die auch unabhängig vom eigenen spirituellen Empfinden funktioniert. Eine verlässliche Dokumentation, auf die alle therapeutisch involvierten Personen des Teams (unter klar umrissenen Bedingungen) zugreifen können, ist für den multiprofessionellen Austausch und die Unterstützungsplanung essenziell.

35.2 Erfassung spiritueller Bedürfnisse

Spirituelle Bedürfnisse in der direkten Begegnung wahrzunehmen, ist auch aufgrund der Arbeitsverdichtung eine Herausforderung. Aus den oft beiläufigen Äußerungen der Patient:innen „nebenher“ die Anliegen und Bedürfnisse herauszuhören, wenn sie nicht gezielt erfragt werden, kann zwar prinzipiell geschult werden, kann aber aus unterschiedlichen Gründen auch misslingen.

35.2.1 Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)

Damit es nicht „Zufall“ ist, was von wem wahrgenommen wird, sollten entsprechende Bedürfnisse im Sinne der Spiritual-Care-Intentionen verlässlich erfasst und dokumentiert werden. Hierzu steht seit 2010 der deutschsprachige *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) mit 20 (+7) Items sowie drei Freitextfeldern für weitere Bedürfnisse zur Verfügung (Büssing et al. 2010, 2018). Dieser liegt mittlerweile in 16 Sprachen vor (Büssing 2021a) und erfasst die Intensität entsprechender Bedürfnisse und damit einen Unterstützungsbedarf (Tab. 35.1). Er wurde primär für die Nutzung bei Patient:innen mit chronischen Erkrankungen entwickelt, dann aber auch bei Menschen in Alten- und Pflegeheimen angewendet, bei gestressten Gesunden (bei Soldaten, Müttern kranker Kinder, Angehörigen), in einer adaptierten Version auch bei chronisch kranken Jugendlichen und schließlich auch für palliativmedizinisch behandelte Patient:innen genutzt (Büssing 2021b). Der Einsatz wird also bereits in den frühen Phasen von chronischer Krankheit und Belastung gesehen.

Tab. 35.1 Der SpNQ mit seinen Items und Antwortstruktur

			Wenn *JA*, wie stark ist dieses Bedürfnis?		
Haben Sie in der letzten Zeit das Bedürfnis gehabt …		Nein	Gering	Mittel	Groß
N2	mit jemandem über Ihre Ängste und Sorgen reden zu können?	0	1	2	3
N3 *	dass sich jemanden aus Ihrer Gemeinde (z. B. Seelsorger, Pfarrer) um sie kümmert?	0	1	2	3
N4	auf Ihr bisheriges Leben zurückzuschauen?	0	1	2	3
N5	ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären?	0	1	2	3
N6	in die Schönheit der Natur eintauchen zu können?	0	1	2	3
N7	an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können?	0	1	2	3
N8	inneren Frieden finden zu können?	0	1	2	3
N10	einen Sinn in Ihrer Krankheit oder Leiden sehen zu können?	0	1	2	3

(Fortsetzung)

Tab. 35.1 (Fortsetzung)

Haben Sie in der letzten Zeit das Bedürfnis gehabt …		Nein	Wenn *JA*, wie stark ist dieses Bedürfnis? Gering	Mittel	Groß
N11	mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen zu können?	0	1	2	3
N12	mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden zu können?	0	1	2	3
N13	sich jemandem liebevoll zuwenden zu können?	0	1	2	3
N14	etwas von sich verschenken zu wollen?	0	1	2	3
N15	jemandem Trost spenden zu können?	0	1	2	3
N16	jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?	0	1	2	3
N17	dass Ihnen vergeben wird?	0	1	2	3
N18	mit jemandem zu beten?	0	1	2	3
N19	dass jemand für sie betet?	0	1	2	3
N20	selbst zu beten?	0	1	2	3
N21	an einer religiösen Feier (z. B. Gottesdienst) teilnehmen zu können?	0	1	2	3
N22	religiöse/spirituelle Bücher/Schriften zu lesen?	0	1	2	3
N23	sich an eine höhere Präsenz (Gott) wenden zu können?	0	1	2	3
N25*	mit der Familie verbunden zu sein.	0	1	2	3
N26	ihre Lebenserfahrungen weitergeben zu können?	0	1	2	3
N27	Gewissheit zu haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll ist/war?	0	1	2	3
N28*	von der eigenen Familie wieder stärker in deren Lebensalltag einbezogen zu sein?	0	1	2	3
N30*	von Freunden eingeladen zu werden?	0	1	2	3
N30*	von meiner Familie mehr Rückhalt zu bekommen?	0	1	2	3
Falls Sie noch weitere spezifische Bedürfnisse haben, die Sie mitteilen wollen….					
X1			1	2	3
X2			1	2	3
X3			1	2	3

SpNQ© Arndt Büssing; permission required to copy or publish (www.spiritualneeds.net)
*Optionale Items für Personen in Alten-/Pflegeheimen (überwiegend Bedürfnisse nach familiärem Rückhalt)

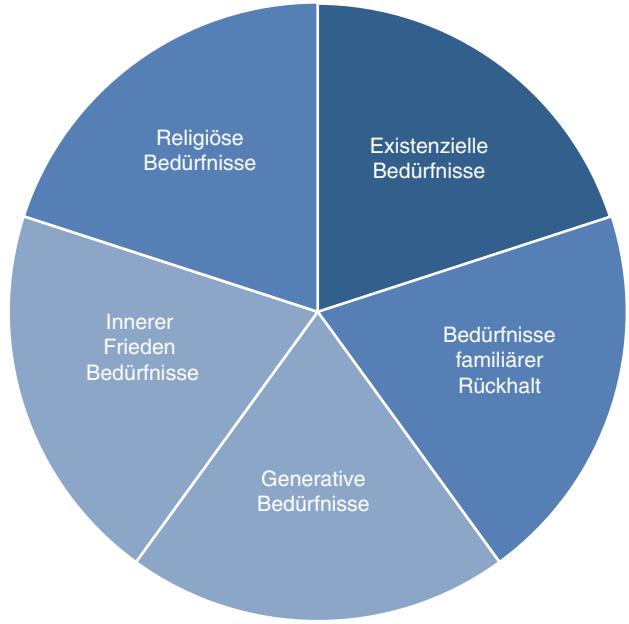

Abb. 35.1 Hauptkategorien spiritueller Bedürfnisse aus dem SpNQ

Die Grunddimensionen spiritueller Bedürfnisse (Büssing und Koenig, 2010), wie sie im SpNQ erfasst werden (Abb. 35.1), lassen sich den Dimensionen der Spiritualität, wie sie von der European Association for Palliative Care (EAPC o. J.) beschrieben wurden, sowie den Ausdrucksformen der Spiritualität in säkularer Gesellschaft zuordnen (Büssing 2021b). Die psychosozialen Bedürfnisse nach familiärer Rückbindung werden im SpNQ miterfasst, gehören aber nicht notwendigerweise zu den eng umschriebenen spirituellen Bedürfnissen. Um zu vermeiden, dass dezidiert nicht religiöse Menschen durch zu viele religiöse Items abgeschreckt werden, sollen sehr spezifische religiöse Bedürfnisse (z. B. Buß-Sakramente, Kommunionempfang, Krankensalbung) im konkreten Gespräch geäußert werden.

Die interne Konsistenz der vier Hauptfaktoren (sowie dem Zusatzfaktor) ist, in Abhängigkeit von der Untersuchungsgruppe, mit Cronbachs Alpha zwischen 0,71 und 0,87 gut (Büssing et al. 2018).

35.2.2 Spiritual Needs Screener (SpNQ Screener)

Aus dem klinischen Alltag wird oft zurückgemeldet, dass einerseits zu wenig Zeit für eine spezifische Dokumentation dieser Bedürfnisse und die notwendigen Gespräche besteht und andererseits manche Patient:innen zu schwach für so viele Fragen seien. Auf der Basis des umfassenderen SpNQ wurde daher ein kurz gefasster Screener mit zehn orientierenden Items (Tab. 35.1: N2, N6, N7, N8, N11, N16, N17, N20, N21, N23) validiert (Büssing

2021c; Büssing et al. 2022). Dieser fokussiert auf drei Hauptthemen und ist damit leichter in die Routine-Anamneseprozesse zu implementieren. Diese gestraffte Version hat mit Cronbachs Alpha = 0,86 ebenfalls eine gute interne Konsistenz (Büssing 2021c).

Der Screener ersetzt ausdrücklich nicht die Kommunikation. Er hilft, Bedürfnisse in Grundkategorien früh zu identifizieren, hinter denen sich weitere Bedürfnisse verbergen können, die auf die Notwendigkeit vertiefender Gespräche hinweisen.

35.3 Implementierung

Der SpNQ wird zwar in der Forschung zur Bedeutung spiritueller Bedürfnisse genutzt, ist aber vornehmlich ein Instrument für die praktische Anwendung. Es ist einerseits ein standardisiertes Erhebungsinstrument und andererseits damit auch ein Gesprächsangebot. Die Patient:innen entscheiden daher selbst, ob sie den ausgehändigten Fragebogen ausfüllen möchten, welche Bedürfnisse ihnen wie wichtig sind und ob sie den Fragebogen überhaupt zurückgeben möchten – womit sie eine Offenheit für Weiterführendes signalisieren (Büssing 2021a). In manchen Fällen ist eine assistierte Beantwortung jedoch hilfreich, wodurch sich oft schon intensive Gespräche ergeben (Erichsen und Büssing 2013), was der Spiritual-Care-Intention entgegenkommt.

Ob entsprechende Bedürfnisse als spirituell oder existenziell anzusehen sind – also was genau das „Spirituelle“ an diesen ist –, wird bewusst nicht bewertet. Dies ist abhängig vom Interpretationsrahmen, den jede:r Patient:in selbst setzt. Viele sind sich ihrer konkreten Bedürfnisse nicht vordergründig bewusst oder sie vermuten nicht, dass diese für sie im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen bedeutsam sein könnten. Daher werden im SpNQ unterschiedliche Themenbereiche in vier bzw. fünf Hauptkategorien angeboten (Abb. 35.1), die den Patient:innen eine Reflexionsmöglichkeit geben, ob diese oder ähnliche (oder ganz andere) Bedürfnisse auch bei ihnen bestehen.

35.3.1 Unterstützungsplanung

Auf die erfassten Bedürfnisse muss seitens des therapeutischen Teams spezifisch reagiert werden. Für diesen Prozess wird ein mehrstufiges Reaktionsmodell vorgeschlagen (Büssing 2021d), bei dem zunächst die Priorisierung der Anliegen, Bedürfnisse und Belastungen („Was steht im Vordergrund?“) und die Klärung der Kompetenzen im Team („Wer macht es?“) im Vordergrund steht und anschließend Formen der Unterstützung gemeinsam mit den Patienten konsentiert werden („Was wird in welcher Reihenfolge gemacht?“) (Abb. 35.2). Diese Schritte werden im Rahmen einer Spiritual-Care-Teambesprechung erörtert. Dafür braucht es Zeitressourcen und klare Beauftragungen. Später wird überprüft, ob und wie sich die Patient:innen unterstützt fühlen und welche Bedürfnisse nun in den Vordergrund getreten sind, auf die dann gezielt reagiert werden sollte.

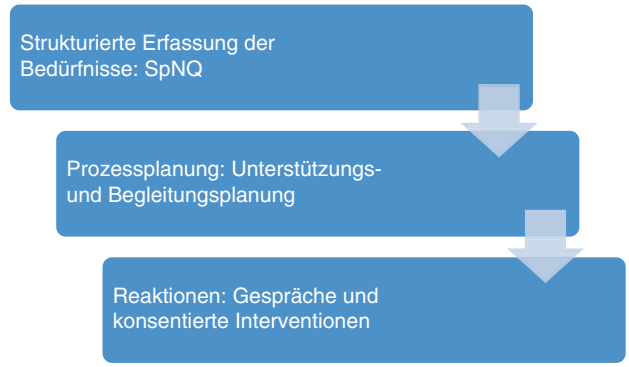

Abb. 35.2 Schritte einer Prozessplanung im Umgang mit spirituellen Bedürfnissen

Der resultierende Unterstützungsplan sollte sich an der Intensität spezifischer spiritueller Bedürfnisse mit besonderer Relevanz für die Patient:innen orientieren. Diese behalten auch hier die Gestaltungshoheit über den Prozess, der mit ihnen auch hinsichtlich der Priorisierungen besprochen wird, um Übergriffe zu vermeiden. Es ist nicht das Ziel, seitens des therapeutischen Teams etwas zu *tun* und zu *machen*, sondern mit den Patient:innen zu sprechen und sie zu ermutigen, die Richtung zu wählen, in die der Prozess gehen kann.

Einige Reaktionen zur Implementierung des SpNQ Screeners im palliativmedizinischen Kontext liegen vor (Büssing et al. 2022). Hierbei ist es interessant, dass manche Pflegende Hemmungen haben, mit dem Screener zu arbeiten, während andere Professionen diesen gerne auch als Gesprächsgrundlage nutzen. Hier sind Schulungsprogramme notwendig, um Unsicherheiten abzubauen und positive Erfahrungen zu ermöglichen. Jedoch sind hierfür auch Zeitressourcen notwendig, die strukturell verankert werden müssen. Entsprechende Gespräche können länger dauern als gedacht und emotional intensiv sein.

Im Rahmen eines laufenden Implementierungsprojektes fiel weiterhin auf, dass gelegentlich vom therapeutischen Team als Reaktion auf die dokumentierten Bedürfnisse geäußert wurde, dass kein Bedarf an psychologischer oder seelsorgerlicher Begleitung bestünde, wobei jedoch ein großer Redebedarf bezüglich entsprechender Themen dokumentiert wurde. Dieser Bedarf wurde von ihnen selbst aufgefangen und nicht in allen Fällen eine zusätzliche Begleitung hinzugezogen.

35.3.2 Spirituelle Tool-Box als Anregung

Die konkreten Reaktionen auf die dokumentierten Bedürfnisse sind vielfältig und auch von der Profession und dem Erfahrungshorizont abhängig. Seelsorgende werden auf ein anderes Repertoire zurückgreifen als psychotherapeutisch ausgebildete Personen und Pflegende werden aus ihrem beruflichen Erfahrungsfundus schöpfen, der sich von dem ärztlich Tätiger unterscheiden wird. Hilfreich zur Anregung könnte daher eine „spirituelle“ Tool-Box sein (Büssing 2021d), die mit bewährten Reaktionsmöglichkeiten gefüllt werden und auch für neue Teammitglieder als Anregung dienen kann (Abb. 35.3).

Religiöse Bedürfnisse	• Religiöse Symbole bereitstellen, die für Patienten wichtig sind • Zugang zum Gebet erleichtern (z.B. Gebetskarten, wenn sie selber nicht mehr beten können) • Kontaktherstellung zu Seelsorger*in der Religionstradition • Ermöglichung der Einhaltung vorgeschriebener Gebetszeiten (für Muslime) • Erleichterung der Teilnahme an religiösen Zeremonien
Existenzielle Bedürfnisse	• Gesprächen über Sorgen und Ängste • Gespräche über empfundene Sinnhaftigkeit des Erlebten • Klärung von Konflikten und Enttäuschungen im Leben (Lebensrückblick) • Versöhnungsprozesse anregen (ggf. Briefe schreiben, Telefonanrufe und Besuche ermöglichen)
Innerer Frieden Bedürfnisse	• Emotionale Verbindung zu Orten oder Situationen herstellen, in denen innerer Frieden erlebt wurde (Anknüpfen an die Lebensgeschichte) • Einführung in Entspannungsverfahren oder Achtsamkeitsmeditation • Besuche von schönen Orten, Gärten, Wäldern (oder Bildern davon) ermöglichen • Inspirierende Musik, die von Bedeutung ist • Hoffnung geben, wo es möglich ist
Generativität Bedürfnisse	• Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen und generationsübergreifenden Diskussionsgruppen (Austausch und Wertschätzung) • Anbahnung kreativer Kunstprojekte (Malen, Schreiben, Tagebücher), die mit der eigenen Lebensgeschichte verbinden und besondere Ereignisse erinnerlich machen (Dankbarkeit) • Gelegenheiten schaffen, um selber Geben zu können (z.B. ein Glas Honig, Lebensgeschichten)
psychosoziale Bedürfnisse	• Kontakt zu Familienmitgliedern und Freunden herstellen (auch Bild-Telefonanrufe): Teilhabe und Rückbindung erleichtern

Abb. 35.3 Kategorien spiritueller Bedürfnisse und exemplarische Reaktionsmöglichkeiten

Es ist selbstverständlich, dass im stationären Kontext nicht alle Bedürfnisse gestillt werden können. Manche werden als Grundbedürfnisse („nach liebevoller Zuwendung“) oder Sehnsüchte („nach Sinnhaftigkeit des Lebens“) bestehen bleiben. Oft ist es gut, sich dieser Bedürfnisse überhaupt bewusst zu werden, um den ihnen zugrundeliegenden Ursachen eigenständig weiter nachgehen zu können.

35.4 Schlussfolgerungen

Übersicht

Der SpNQ ist zur standardisierten und strukturierten Erfassung sowohl religiöser als auch nicht religiöser spiritueller Bedürfnisse, insbesondere in der säkularen Gesellschaft, geeignet.

- Aufgrund seiner einfachen Struktur können auch Gesundheitsfachkräfte, die keine spezifische Spiritual-Care-Ausbildung haben oder die sich selbst als nicht religiös oder als nicht spirituell einschätzen würden, leicht damit arbeiten.
- Das Instrument ist auch zur einfachen Dokumentation entsprechender Bedürfnisse gedacht und kann somit Grundlage für Gespräche über Themenfelder sein, die für Patient:innen wichtig sind, die aber im klinischen Alltag leicht übersehen werden.
- Auf die erfassten Bedürfnisse müssen konkrete Reaktionen erfolgen, die mit den Patient:innen abgestimmt sind. Allein, dass diese Bedürfnisse überhaupt wertgeschätzt werden, ist für viele Patient:innen schon bedeutsam

Dieses Assessment kann und muss nicht von jedem durchgeführt werden und es ist sicherlich nicht für alle Patient:innen sinnvoll und machbar (z. B. Patienten:innen mit starker Demenz oder Sterbende). Es ist ein Gesprächsangebot, das auch abgelehnt werden kann. Es ist ein Angebot, das eines professionellen Kontextes bedarf. Die eigene Wahrnehmungs- und Resonanzfähigkeit ist wesentlich, auch dafür, ob diese strukturierte Erfassung in der konkreten Situation überhaupt sinnvoll ist. Die Auseinandersetzung mit Lebensrückblickfragen kann Schmerzhaftes hervorbringen, während andere Fragen leichter fallen werden. Daher ist es wichtig, dass problematische Themen auch im Gespräch aufgefangen werden können.

Die auslösenden Gründe für diese Bedürfnisse sind vielfältig und mit beeinflusst vom Krankheitsverlauf, Lebenssituation, kulturellem Kontext, religiöser Sozialisation und Alter sowie von der Persönlichkeitsstruktur (Büssing 2021c). Nicht immer besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Intensität der entsprechenden Bedürfnisse und der Ausprägung spezifischer Gesundheitsindikatoren. Es lässt sich nicht einfach schlussfolgern, dass spirituelle Bedürfnisse Ausdruck eines mangelnden spirituellen Wohlbefindens sind,

obschon es deutliche Zusammenhänge mit negativer Gestimmtheit, Depressivität, Einsamkeitsempfinden und Trauer gibt (Büssing 2021c). Diese Bedürfnisse weisen möglicherweise auch auf erkrankungsunabhängige Sehnsüchte hin, die dennoch eine Bedeutsamkeit für den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen haben und daher auch und gerade in der klinisch-therapeutischen Begleitung unterstützt werden sollten.

Literatur

Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG (2007) Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol 25:555–560. https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046

Büssing A (2021a) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham

Büssing A (2021b) The spiritual needs questionnaire in research and clinical application: a summary of findings. J Relig Health 60:3732–3748. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01421-4

Büssing A (2021c) Verwendung eines orientierenden Spiritual Needs Screeners bei onkologischen Patienten. Deutsche Zeitschrift für Onkologie 53:112–115. https://doi.org/10.1515/10.1055/a-1393-9241

Büssing A (2021d) Application and implementation of the spiritual needs questionnaire in spiritual care processes. In: Büssing A (Hrsg) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham, S 79–85

Büssing A (2022) Was Spiritual Care ausmacht. Spiritual Care 11(3):202. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-00

Büssing A, Koenig HG (2010) Spiritual needs of patients with chronic diseases. Religions 1:18–27. https://doi.org/10.3390/rel1010018

Büssing A, Balzat HJ, Heusser P (2010) Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – validation of the spiritual needs questionnaire. Eur J Med Res 15:266–273. https://doi.org/10.1186/2047-783x-15-6-266

Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt NC, Kopf A (2013) Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. Pain Med 14:1362–1373. https://doi.org/10.1111/pme.12198

Büssing A, Recchia DR, Koenig H, Baumann K, Frick E (2018) Factor structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in persons with chronic diseases, elderly and healthy individuals. Religions 9:13. https://doi.org/10.3390/rel9010013

Büssing A, Scheer K, Tewes M, Niesert W, Büntzel J, Rentschler J (2022) Erfassung existenzieller und spiritueller Bedürfnisse in der palliativen Betreuung – Erste Erkenntnisse zur Implementierung des Spiritual Needs Screeners. Spiritual Care 11(3):278–281. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0045

EAPC Reference Group on Spiritual Care (o.J.) What is spiritual care? https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/. Zugegriffen am 23.12.2022

Erichsen NB, Büssing A (2013) Spiritual needs of elderly living in retirement, nursing homes. Evid Based Complement Alternat Med:913247. https://doi.org/10.1155/2013/913247

Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD (2006) A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. Eur J Cancer Care 15:238–243. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00646.x

Große-Onnebrink J, Büssing A (2021) Psychosocial, existential and spiritual needs of persons with cystic fibrosis. In: Büssing A (Hrsg) Spiritual needs in research and practice. The spiritual needs questionnaire as a global resource for health and social care. Palgrave Macmillan, Cham, S 183–191

Haußmann A, Schäffeler N, Hautzinger M, Weyel B, Eigentler T, Zipfel S, Teufel M (2017) Religiöse/spirituelle Bedürfnisse und psychosoziale Belastung von Patienten mit malignem Melanom. Psychother Psych Med 67(09/10):413–419. https://doi.org/10.1055/s-0043-101373

Höcker A, Krüll A, Koch U, Mehnert A (2014) Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. Eur J Cancer Care 23:786–794. https://doi.org/10.1111/ecc.12200

Man-Ging CI, Öven Uslucan J, Fegg M, Frick E, Büssing A (2015) Reporting spiritual needs of older adults living in Bavarian residential and nursing homes. J Ment Health Relig Spiritual 18(10):809–821. https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1100159

Offenbaecher M, Kohls N, Toussaint LL, Sigl C, Winkelmann A, Hieblinger R, Walther A, Büssing A (2013) Spiritual needs in patients suffering from fibromyalgia. Evid Based Complement Alternat Med 2013:178547. https://doi.org/10.1155/2013/178547

Weiher E (2014) Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. Kohlhammer, Stuttgart

Weiher E (2017) Symbolische Kommunikation in Seelsorge und Spiritual Care. In: Peng-Keller S (Hrsg) Bilder als Vertrauensbrücken. Die Symbolsprache Sterbender verstehen. De Gruyter, Berlin, S 17–34

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Spiritualität: Achtsamkeit mit Anvertrauten – Schnittflächen und Kontexte

36

Johannes Albrecht

36.1 Drei Lebenskräfte von existenzieller Bedeutung

In meiner Kindheit waren Tattoos nicht hoffähig. Das hatte irgendwie schon fast etwas Verruchtes – Knast oder Seefahrt. Manchmal malten wir uns welche mit dem Kuli oder dem Füller auf die Haut – konnte man ja wieder wegmachen – und ernteten dabei die missbilligenden Blicke der Erwachsenen. Ich erinnere mich an eines, das häufiger vorkam: Kreuz-Anker-Herz, ineinander verschlungen, das sog. „Seemannsgrab". Warum das so heißt? Tatsächlich finden sich solche Darstellungen auf uralten Steinsarkophagen und bis heute zieren sie in manchen Gegenden die Grabsteine und -kreuze von Seeleuten. In vielfältiger Weise gibt es das „Seemannsgrab" heute auch als Modeschmuck. Was wir damals als Heranwachsende nicht wussten, dass diese Darstellungen – ob nun verrucht oder sentimentaler Kitsch – auf Lebenswesentliches verweisen. Sie stammen aus der christlichen Ikonografie und haben ihre Wurzel im Hohelied der Liebe bei Paulus (1. Korinther 13,13), geschrieben in der Mitte des 1. Jahrhunderts. Kreuz, Anker, Herz – Glaube, Hoffnung, Liebe. Die Theologie der vergangenen Jahrhunderte stilisierte sie zu den göttlichen Tugenden (auch als christliche oder eingegossene Tugenden bezeichnet) und setzte sie neben die aus der antiken Philosophie stammenden Tugenden: Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Mäßigung. Die christlichen Tugenden – so die Lehre – stammen unmittelbar von Gott, werden dem Menschen eingegossen (bei der Taufe) und bewirken dort die entsprechenden menschlichen Tugenden als innere Einstellungen und Haltungen.

J. Albrecht (✉)
Ev. Zentrum für Altersmedizin, Potsdam, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_36

Ich versuche einen etwas anderen Blickwinkel. Wenn man den Zusammenhang betrachtet, setzt sich Paulus mit den verschiedenen und besonderen Geschenken des Geistes (Geistesgaben), die die Korinther mit ihrem neuen Glauben erfahren haben, auseinander. Das bedeutet, es geht um gelebte Spiritualität. Die Korinther sind so stolz auf ihre neuen Begabungen und Fähigkeiten, dass sie sich darüber gegenseitig auszustechen suchen. Paulus schreibt den Streitenden das Hohelied der Liebe ins Stammbuch. Das, was den Korinthern so überaus wichtig scheint, diese Geistesgaben, hält er auch für wichtig, aber ohne die Liebe haben sie keinen Wert. Er relativiert sie als vergänglich und dann verweist Paulus abschließend auf das, was bleibenden Bestand hat. „Nun aber bleiben Glaube, Hoffnung, Liebe …“

Damit benennt er drei große beständige Lebenskräfte, die uns geschenkt sind, das Leben zu bestehen. Wir können ohne sie nicht wirklich leben. Und die wörtliche Übersetzung setzt noch einmal einen besonderen Akzent: **Vertrauen**, Hoffnung, Liebe. Die Liebe wird als die größte dieser Kräfte gepriesen. Das **Vertrauen** steht aber ganz vorn.

Die moderne Psychologie und unsere Lebenserfahrung bestärken uns darin: Ohne **Vertrauen** können wir nicht leben. Wenn durch irgendwelche Lebensumstände das Vertrauen gestört wird, hat das einen tiefen Einfluss auf unsere Existenz. Menschen leiden dann unter psychischen Störungen, Störungen der Beziehungen, Störungen im somatischen Bereich.

Vertrauen hat (wie Hoffnung und Liebe auch) einen grundsätzlichen Bezug zur spirituellen Dimension des Lebens und ist von existenzieller Bedeutung für das konkrete Leben eines Menschen.

36.2 Vertrauen im medizinischen Kontext

Vertrauen braucht Schutz, will gepflegt sein, bedarf immer wieder der Stärkung. Im Gesundheitswesen ist **Vertrauen** wesentliche Grundlage, sich einlassen zu können und gewichtiger Faktor in Heilungsprozessen. Es braucht eine Vertrauensbeziehung zur/m behandelnden Ärzt:in und zum behandelnden System. Rechtliche Voraussetzung für eine medizinische Behandlung ist auf dem Hintergrund des medizinethischen Prinzips der Autonomie die informierte Einwilligung (Informed Consent). Ohne diese Zustimmung stellt die Behandlung eine Körperverletzung dar. Der/die gut informierte Patient:in, aufgeklärt über den zu erwartenden Nutzen einer Behandlung, eines Eingriffes, genauso wie über Nebenwirkungen und Risiken, gibt seine Zustimmung. Soweit die hehre Theorie. Als Beispiel sei hier ein Aufklärungsbogen genannt. Selbst bei kleineren Routineeingriffen (wie z. B. eine Darmspiegelung) verstehe auch ich (als jemand, der seit mehr als 20 Jahren im Gesundheitssystem arbeitet) große Teile nicht, bin kaum in der Lage, Nutzen und Schaden im konkreten Fall für mich abzuwägen. Die Zeit für die Aufklärung ist beschränkt, oft sind es nur wenige Minuten. Ich bleibe darauf angewiesen, dem Rat des Arztes/der Ärztin zu **vertrauen** – auf Gedeih und Verderb.

36.3 Umgang mit Anvertrautem

Menschen haben sich uns im Gesundheitswesen anvertraut oder wurden uns anvertraut. Das fordert uns zu respektvollen Beziehungen und die Würde wahrenden Verhalten heraus. Gleichzeitig werden viele Daten ermittelt und gespeichert. Zahlreiche Menschen im Behandlungssystem haben Zugriff. Auch hier muss man vertrauen können, dass diese Daten geschützt bleiben, dass sie nicht in unbefugte Hände gelangen. Als ich Kind war, bekam man den Arztbrief verschlossen mit nach Hause, um ihn dem Hausarzt auszuhändigen. Irgendwie gehörte es sich nicht, selbst nachzuschauen. Genauso war es selbstverständlich, dass die nächsten Angehörigen der Erkrankten natürlich Auskunft zum Gesundheitszustand des Betroffenen, zu geplanten Behandlungen, zu Prognosen etc. bekamen. Beides berührt das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Natürlich hat ein/eine Patient:in das Recht zu erfahren, was im Arztbrief steht, es geht doch um sie/ihn selbst. Hingegen ist es heute alles andere als selbstverständlich, dass Zugehörige Auskunft bekommen, es sei denn, dem wurde durch die Betroffenen ausdrücklich zugestimmt. Nach neuerer Rechtssetzung (seit 01.01.2023) gelten für Ehepartner in Notfällen Ausnahmen (Notvertretungsrecht für Ehegatten § 1358 BGB). Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Steinmüller 2007) stellt ein Grundrecht dar, das so im Grundgesetz nicht unmittelbar verankert ist, jedoch aus den allgemeinen Persönlichkeitsrechten hergeleitet wird. Der Begriff geht zurück auf ein Gutachten aus dem Jahre 1971 (vgl. Steinmüller et al. 1972). Als Grundrecht wurde es vom Bundesverfassungsgericht im sog. Volkszählungsurteil 1983 als Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts anerkannt. Ausgangspunkt ist Art 2, Abs. 1 GG in Verbindung mit Art 1, Abs. 1:

> „Artikel 2
>
> Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt
>
> Artikel 1
>
> Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung garantiert das Recht des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu bestimmen.

Eine Beschränkung ist durch überwiegendes Allgemeininteresse möglich. Gestützt wird das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung durch Datenschutzgesetze, wie die europarechtliche Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), das Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die Datenschutzgesetze der Bundesländer.

Im Gesundheitswesen resultieren daraus sehr weitreichende Verschwiegenheitsverpflichtungen.

Die älteste Selbstverpflichtung zur Verschwiegenheit für einen Heilberuf findet sich im Eid des Hippokrates von Kos (ca. 460–379 v. Chr.)

„… Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten…“ (Bauer 1995 und passim).

Der Eid des Hippokrates wird so nicht von Ärzt:innen geleistet, beinhaltet aber wichtige Elemente, die bis heute Bestandteil des ärztlichen Ethos sind.

Die ärztliche Schweigepflicht ist in der Musterberufsordnung für Ärzte (§ 9 Abs. 1 MBO-Ä), beziehungsweise in entsprechenden Bestimmungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern geregelt. Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, Stillschweigen zu wahren (vgl. hier und im Folgenden BÄK und KV 2021). Als Nebenpflicht ergibt sich die Schweigepflicht zudem auch aus dem zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in geschlossenen Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB). Der Schweigepflicht korrespondiert das durch § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) geschützte Patientengeheimnis. Verstöße gegen die Verschwiegenheitspflicht werden strafrechtlich sanktioniert. Dem Straftatbestand des § 203 StGB unterliegen zudem auch die Angehörigen anderer Heil- und Gesundheitsfachberufe, deren Ausbildungen oder Berufsbezeichnungen staatlich geregelt sind (z. B. Psychotherapeut:innen, Physiotherapeut:innen, Angehörige der Pflegeberufe) und sog. Mitwirkende. Die Schweigepflicht gilt über den Tod des/der Patient:in hinaus.

Was darf nun wer über den/die Patient:in wissen? In einem multi- bzw. interprofessionellen Team (z. B. für die Komplexbehandlungen nach OPS), in dem die verschiedenen Professionen zum Wohl des/der Patient:in (inter)agieren, ist es in vielerlei Hinsicht wichtig, dass alle Teammitglieder bezüglich behandlungsrelevanter Informationen auf demselben Stand sind. Sowohl die Berufsordnungen als auch das Strafgesetzbuch gehen davon aus, dass kein Verstoß gegen die Schweigepflicht vorliegt, wenn Informationen zum Zwecke der Behandlung im Praxisteam weitergegeben werden.

Zudem lässt sich hierzu Wesentliches für den Krankenhausbereich über den Behandlungsvertrag, in dem z. B. ein multi- bzw. interprofessionelles Setting bereits beschrieben wird, regeln und transparent gestalten. Gleichzeitig unterliegen die Teammitglieder differenzierten Verpflichtungen. So ist es z. B. wichtig, dass alle anderen Teammitglieder Kenntnis von den besonderen Verschwiegenheitsverpflichtungen der Seelsorge haben (seelsorgliche Schweigepflicht und Beichtgeheimnis). Die seelsorgliche Schweigepflicht umfasst grundsätzlich den Inhalt eines Seelsorgegesprächs, ohne dass es sich dabei um Privatgeheimnisse im Sinne des § 203 StGB handeln muss. Die Schweigepflicht hinsichtlich bestimmter Informationen, welche für die Behandlung der Patientin/des Patienten wichtig sein könnten, kann durch eine ausdrückliche Freigabe oder Entbindung durch die/den Betroffenen aufgehoben werden. Das Beichtgeheimnis hingegen ist unverbrüchlich, d. h. Seelsorgende könne auch durch nachträgliche Erklärung des Beichtenden nicht entbunden werden. Die besonderen Schweigeverpflichtungen haben bei teamintegrierter Seelsorge Konsequenzen nicht nur für die Teamzusammenarbeit, sondern auch für die Dokumentation in der Patientenakte. Diese ist unter Einhaltung der Schweigepflicht möglich (Coors et al. 2014).

Die besonderen Verschwiegenheitsverpflichtungen der Seelsorge sind kirchenrechtlich geregelt. Sie werden z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ausdrücklich anerkannt. So heißte es in der DGP-Stellungnahme zur Relevanz des seelsorgerischen Beitrags zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung vom 09.05.2012: „Dokumentation von Leistungen erfolgt dabei selbstverständlich unter Wahrung des Seelsorgegeheimnisses in der Patientendokumentation.“ (DGP 2012)

Arbeitet die Seelsorge nicht teamintegriert und/oder kommt sie im Auftrag der Kirchen oder Religionsgemeinschaften von außen gemäß der ursprünglichen Rechtsgrundlage (Grundgesetz Artikel 4 in Verbindung mit Artikel 140 mit Verweis auf Artikel 141 der Weimarer Reichsverfassung), ist grundsätzlich die Zustimmung von Betroffenen einzuholen. Dies kann im konkreten Einzelfall geschehen, lässt sich ggf. aber auch über Behandlungs- und Heimverträge regeln.

Gerade in der Kommunikation, welche die spirituelle und existenzielle Lebensdimension eines Menschen berührt, kommen häufig sehr persönliche, intime und vertrauliche Inhalte zur Sprache; nicht selten werden persönliche und Familiengeheimnisse berührt. Das betrifft nicht nur die Seelsorge. Selbst wenn für andere Professionen die Weitergabe z. B. im Behandlungsteam rechtlich zulässig wäre, sollte stets sorgfältig geprüft werden, inwieweit dieses für die Behandlung wirklich notwendig, erforderlich oder hilfreich wäre. Hinsichtlich offensichtlich vertraulicher Inhalte sollte eine Weitergabe nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des/der Betroffenen erfolgen.

36.4 Weitergabe von Anvertrautem

Besonderes Augenmerk erfordern die Schnittstellen bei der Überleitung zwischen verschiedenen Behandlungssystemen, wie verschiedenen Fachabteilungen (eines Hauses), verschiedenen Einrichtungen (z. B. Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder die stationäre Pflege) oder bei der sektorenübergreifenden Versorgung (stationär/ambulant). Einerseits ist es für das Patient:innenwohl unerlässlich, dass wesentliche Informationen nicht verloren gehen und für die Weiterbehandlung zur Verfügung stehen, andererseits ist im Sinne der schutzwürdigen Interessen der Patientin/des Patienten wichtig, nur tatsächlich notwendige Informationen weiterzugeben. An wesentlichen Schnittstellen empfiehlt sich der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen (ALPHA NRW 2019).

Eine besondere Situation ergibt sich bei der Einbindung von Ehrenamtlichen, da diese nicht unmittelbar zum Behandlungssystem gehören. So wurde durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG 2015) die Möglichkeit zur Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste auch in Krankenhäusern geschaffen. Regelhaft leisten ambulante Hospizdienste zudem qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in der Häuslichkeit, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe (nach § 39a SGB V). Welche Informationen benötigen sie für die von ihnen erwartete Begleitung? Wie ist dabei der rechtliche Rahmen abgesichert? Bei der Einbeziehung von Hospizdiensten sind zur Klärung der Rahmen-

bedingungen und hinsichtlich der für die Begleitung erforderlichen Weitergabe von Patientendaten und -informationen, insbesondere der daraus resultierenden Verschwiegenheitsverpflichtungen verbindliche Kooperationsvereinbarungen abzuschließen. Der DHPV hat hierfür Mustervereinbarungen entwickelt (DHPV 2016).

Im Mittelpunkt all unserer Bemühungen um Patient:innen, Bewohner:innen sowie um die Gäste steht immer das Wohl eines konkreten Menschen.

Literatur

Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA NRW) (2019) Zusammenarbeit regeln – Kooperationsvereinbarungen in der Hospiz- und Palliativversorgung. https://alpha-nrw.de/zusammenarbeit-regeln-kooperationsvereinbarungen-in-der-hospiz-und-palliativversorgung/. Zugegriffen am 27.03.2023

Bauer AW (1995) Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. In: Zeitschrift für medizinische Ethik. Nr. 41. Schwabenverlag, S 141–148

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung (2021) Bekanntmachungen: Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, Deutsches Ärzteblatt. https://doi.org/10.3238/arztebl.2021.ds02. https://www.kbv.de/media/sp/Empfehlungen_aerztliche_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf. Zugegriffen am 19.03.2023

Coors M, Haart D, Demetriades D (2014) Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der Palliativversorgung: Ein Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Wege zum Menschen 66:91–98

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2012) DGP-Stellungnahme zur Relevanz des seelsorgerischen Beitrags zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung 09.05.2012, Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Relevanz des seelsorgerischen Beitrags zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-982 und 8-98e). https://www.dgpalliativmedizin.de/category/20-stellungnahmen-2012.html?download=168. Zugegriffen am 27.03.2023

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (2016) Handreichung des DHPV zu den Änderungen der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 SGB V für die ambulante Hospizarbeit sowie zum weiteren Einbezug der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen in die Förderung der ambulanten Hospizdienste, https://www.dhpv.de/files/public/themen/2016_Handreichung_RvAmb.pdf. Zugegriffen am 27.03.2023

Hospiz- und Palliativgesetz (2015) https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2114.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2114.pdf%27%5D__1717369622213. Zugriff am 02.06.2024

Steinmüller W (2007) Das informationelle Selbstbestimmungsrecht – Wie es entstand und was man daraus lernen kann. In: Recht der Datenverarbeitung (RDV), Zeitschrift für Datenschutz und Digitalisierung, S 158–161

Steinmüller W, Lutterbeck B, Mallmann C (1972) Grundfragen des Datenschutzes. Bundestags-Drucksache VI/3826 v. 07.09.1972, Deutscher Bundestag: Bonn

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

37 Spirit in the House – SpECi als praktische, kontextbezogene Theologie im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf

Christian Möring

37.1 Grundlagen

Welcher Geist weht eigentlich in unserem Krankenhaus? Als Seelsorger im Ev. Krankenhaus Alsterdorf (EKA) beschäftigt mich diese Frage immer wieder.[1] Für mich heißt diese Frage: Mit welcher persönlichen Haltung kommen Kolleg:innen hierher, gestalten ihre Arbeit und bringen sich mit ihrer Art zu denken und zu leben ein? Welche spirituellen Fragen beschäftigen sie, welche eigenen praktischen Lösungen haben sie sich im Laufe ihres Lebens erarbeitet, und an welchen Punkten würden sie aktuell gerne weiterkommen? Auf welcher Basis geschieht die gemeinsame Arbeit?

Da wir ein evangelisches Krankenhaus sind, stellt sich gleichzeitig die Frage: Wie gestaltet und verändert sich christliche Tradition in diesem Kontext? Welche Themen haben (noch oder wieder) eine Bedeutung? Welche Worte und Bilder sind anschlussfähig? Wie kann christliche Spiritualität die jeweils eigene Haltung erweitern?

Spirit in the House bezeichnet den Prozess im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (EKA), der das Profil als konfessionelles Unternehmen schärft und gleichzeitig Mitarbeitende spirituell empowert. Die Durchführung des SpECi-Kurses war ein wesentliches Element dabei.

[1] Mir stellt sich die Frage aus den seelsorglichen Zusammenhängen heraus, in denen ich den Kolleg:innen im Haus begegne. Andere Berufsgruppen stellen sich diese Frage selbstverständlich in ihren Zusammenhängen und mit der jeweils eigenen Ausrichtung.

C. Möring (✉)
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg, Deutschland
e-mail: c.moering@eka.alsterdorf.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_37

Für das Profil des EKA als evangelisches Unternehmen ist die Haltung der Mitarbeitenden von elementarer Bedeutung: „Nichts prägt ein Unternehmen so stark, wie die Menschen, die in ihm arbeiten. Sie bringen sich ein mit ihren Überzeugungen, ihren Wertvorstellungen, ihren Erfahrungen." (Haas und Starnitzke 2015). Mitarbeitende brauchen also eine spirituelle Kompetenz. Diese Kompetenz ist, will man sie im Managementmodell verorten, am ehesten im Bereich der Unterstützungsprozesse[2] anzusiedeln. Sie prägt generell die Unternehmenskultur, gestaltet die Begleitung von vulnerablen Patient:innen positiv und macht das Haus bei den Nutzer:innen als weltanschaulich sensibel und geprägt erkennbar. Will man sie schulen, kann das Ziel ausdrücklich nicht sein, sich zu einer bestimmten Glaubensrichtung zu bekennen, sondern die eigene Haltung wahrnehmen, leben und gestalten zu können, eben Kompetenz in diesem Bereich zu erlangen.[3]

Es handelt sich also nicht um die Vermittlung von christlichem Basiswissen im Sinne einer Art Konfirmandenunterricht für Erwachsene, bei dem feststehende Vorstellungen verständlich gemacht werden.[4] Für unseren Zusammenhang war und ist es wichtig, dass von Anfang an die Mitarbeitenden „[…] nicht […] als Objekte, sondern […] als Subjekte der Theologie zu behandeln" (Barth 2008, S. 50)[5] sind. Sie bringen ihre eigene spirituelle Erfahrung und ihre eigene Einstellung zum Leben mit. Sie verfügen damit eigenständig über eine der „zwei Hauptquellen christlicher Theologie", nämlich „allgemeine menschliche Erfahrung." (Roser 2017, S. 27 mit Bezug auf David Tracy). Diese eine, persönliche Hauptquelle zu formulieren bzw. in vielen Fällen erst (auch für sich selbst) erkennbar zu machen und sie mit der anderen Hauptquelle christlicher Theologie, den „überlieferten christlichen Texte(n)" (ebd.), in Kontakt zu bringen – darum geht es in diesem Prozess, der so inhaltlich die Gestalt eines hermeneutischen Zirkels (ebd., S. 25) bekommt. Ausgangspunkt ist die persönliche Haltung der Mitarbeitenden. Sie bekommt Raum und wird wahrgenommen. Mit dieser Haltung begegnen die Beteiligten der christlichen Tradition in Form von Texten und Ritualen, die mit ihrer Anschlussfähigkeit und ihren Differenzen wahrgenommen wird. Bei gelungenem Kontakt gehen beide verändert aus dieser Be-

[2] Im Sinne des Neuen St. Gallener Managementmodells, für Diakonische Unternehmen angepasst z. B. in Rannenberg 2016, S. 209. In diesem Sinn ist „spirituelle Kompetenz" nicht Teil des eigentlichen Geschäftsprozesses, nämlich der Pflege und medizinischen Behandlung von Patienten:innen, sondern eher eine Art Infrastruktur, die den Geschäftsprozess unterstützt und verbessert.

[3] In diesem Zusammenhang halte ich die Sorge vor einer „unchristlichen" Haltung von Mitarbeitenden, wenn sie nicht konfessionell gebunden sind, für theoretisch und unrealistisch. Praktisch begegneten mir im Laufe meines Berufslebens ausschließlich Mitarbeitende, die nicht nur ethisch im Konsens mit christlichen Kirchen handeln, sondern die auch in ihrer spirituellen Haltung und ihren Weltanschauungen nicht im Widerspruch zu christlichen Inhalten stehen, wohl aber im Gegensatz zur verfassten Kirche.

[4] Um Missverständnisse zu vermeiden: Das Vermitteln von christlichem Grundwissen halte ich durchaus für ein lohnendes und wichtiges Projekt, es ist nur nicht die leitende Vorstellung bei diesem Prozess.

[5] Hans–Martin Barth bezieht diesen Satz auf den Umgang dogmatischer Literatur mit anderen Religionen. Er trifft m. E. ebenso auf die hier beschriebene Situation zu.

gegnung heraus: die individuelle Sichtweise genauso wie die Darstellung und das Verständnis christlicher Tradition. Es entsteht eine neue Ausgangslage, die dann wieder dargestellt und neu konfrontiert werden kann. Es geht um die „Verschränkung von individueller, gelebter Religion und institutionalisierter Christentumspraxis.“ (ebd., S. 41)

Dementsprechend zeigt sich der Erfolg von „Spirit in the House“ nicht in der Durchführung spezifischer Rituale oder der Nutzung bestimmter Formulierungen, sondern in der Existenz und der Präsenz von spirituellen Themen in fachlichen und persönlichen Gesprächen.[6]

Für die Darstellung des Prozessdesigns bietet sich eine eigene Form der Dreiteilung an, die sich an dem Verständnis orientiert, dass Traugott Roser grundsätzlich für die Praktische Theologie entwickelt hat (Roser 2017, S. 21 ff.), und ebenfalls einen hermeneutischen Zirkel darstellt:

Wahrnehmung: Wie stellt sich die Situation im EKA zu einem bestimmten Zeitpunkt dar?
Reflexion: Wie kann das Wahrgenommene eingeordnet werden?
Gestaltung: Welche konkrete Form ergibt sich dadurch für spirituelles Leben im EKA?

37.2 Ausgangssituation im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf

37.2.1 Wahrnehmung

Von Beginn an brauchte *Spirit in the House* vor allem eins: Zeit – am Anfang vor allem Zeit, um die Haltungen der Menschen im EKA wahrzunehmen. Konkret: Zeit, dass ich als Seelsorger die Kolleg:innen, ihre Haltung, Art und Kommunikation, kennenlernen konnte. Das geschieht nach der Erfahrung im EKA nicht schnell und braucht mehr als ein paar Wochen oder Monate. Für Gespräche über persönliche Themen muss ein Vertrauen aufgebaut werden, das auf Erfahrung aufbaut. Erfahrung von Augenhöhe, von akzeptierter und nicht verurteilter Unterschiedlichkeit, von Interesse aneinander. So waren meine ersten Begegnungen von mir im Haus einerseits vor allem von fachlichen Gesprächen in den Teams (oder: mit einzelnen Ärzt:innen, Pflegekräften etc.) über Patient:innen und deren Bedarfe geprägt und bestanden zum anderen aus lockeren Gesprächen zu alltäglichen Situationen, zu einem breiten Spektrum von Themen und im Wesentlichen im Zuhören und interessierten Nachfragen.[7] In diesen Gesprächen kommt man sich näher, es entsteht ein Gefühl für eine gemeinsame Sprache und es werden Themen erkennbar, die uns zusammen beschäftigen. Im Laufe der Zeit entstand dann auch eine Grundlage für Gespräche über die

[6] So schon Haas und Starnitzke 2015, S. 29: „Im Regelfall ist dies ein dialogischer Prozess“.

[7] Es scheint mir selbstverständlich, aber auch wesentlich, dass dieses Interesse nicht funktional, sondern nur authentisch sein kann. An diesem Punkt setzt der Prozess die Bereitschaft zu ernsthafter persönlicher Begegnung voraus.

persönliche Einstellung zum Leben und über die diffusen, privaten und manchmal widersprüchlichen Aspekte der eigenen Vorstellungen von Glaube, Liebe oder Hoffnung. Wahrnehmung in diesem Zusammenhang baut darauf auf, dass Beziehungen entstehen.

37.2.2 Reflexion

In diesen Gesprächen und Begegnungen zeigte sich, wie der berufliche Rahmen Grenzen setzt: Die Zeit für das Thema *Spiritualität* ist sehr begrenzt, weil viele andere Dinge zu tun und viele andere, explizit fachliche, Themen zu besprechen sind. Selbst für Kolleg:innen, die sehr interessiert sind, war immer wieder die Priorisierung von Terminen zu unserem Thema problematisch, da andere Tätigkeiten Vorrang haben mussten.[8] Das verhindert die Auseinandersetzung nicht, schränkt sie aber ein.

Eine andere Grenze, die der berufliche Rahmen setzt, wird mit Blick auf den Unterschied von Beruf zu Privatleben erkennbar. Im beruflichen Kontext stellen sich Fragen zu Dienstzeiten, Überstunden und Freistellung. Vorgesetzte müssen einbezogen werden und das Unternehmen EKA als Ganzes (zumindest auch) im Blick sein. Bei privaten spirituellen Aktivitäten ist der Kreis der möglicherweise beteiligten Personen deutlich breiter[9] und auch die Angebotspalette ist oft weiter gefasst.[10] Es zeigt sich allerdings auch, dass die persönliche Auseinandersetzung mit spirituellen Themen am Arbeitsplatz für viele Mitarbeitende eine niederschwellige und nachhaltige Möglichkeit zur Gestaltung eigener Spiritualität ist, die sie im privaten Bereich nicht (oder nicht so intensiv) nutzen würden.[11] In unserem Zusammenhang wurde der Wunsch, eigene Spiritualität zu entdecken und zu gestalten, ohne eine religiöse Überformung zu erleben, sehr erkennbar. Mitarbeitende, im Wesentlichen aus patientennahen Bereichen, nutzten gerne die Möglichkeit, existenzielle Fragen selbstständig zu formulieren, reagierten aber zurückhaltend auf traditionelle Formulierungen oder religiöse Vorgaben. Die offene Thematisierung machte möglich, dass

[8] Dieses Problem teilt die Beschäftigung mit dem Thema *Spiritualität*“ mit anderen Themen aus dem Bereich Unterstützungsprozesse (s. Anm. 3), wie z. B. eine Fortbildung für Ärzt:innen und Pflege zu Codierungsfragen oder ein Arbeitskreis zu Demenz. Selbst wenn (wie in unserem Haus) diese Themen von der Leitung positiv unterstützt werden und die Beschäftigung ausdrücklich gewollt ist, müssen sich die Mitarbeitenden im Zweifelsfall für die Durchführung eines Geschäftsprozesses (Pflege an Patient:innen, Aufnahme, Untersuchung, Arztbericht schreiben etc.) entscheiden. Angesichts des Personalmangels wird diese Problematik (Stand Anfang 2023) wohl eher noch zunehmen.

[9] Zum Beispiel können zu Veranstaltungen einer Gemeinde Familienangehörige oder Freunde problemlos eingeladen werden.

[10] So haben Kirchengemeinden eben meist Angebote für Kinder, Gesprächskreise für Erwachsene oder Senioren, Chöre etc.

[11] Von daher erscheint es mir für die verfasste Kirche notwendig, sich mit dieser Gestalt von *Kirche am anderen Ort* eingehender zu befassen und sie stärker in die eigenen Entscheidungsstrukturen einzubeziehen (vgl. dazu Möring 2016, S. 525–527).

eigene Worte gefunden werden mussten und eine eigene Sprachfähigkeit zu spirituellen Erfahrungen gesucht wurde.

Kirchlich geprägte Inhalte wurden eher in einem zweiten Schritt genutzt, um die eigene Haltung zu profilieren oder zu ergänzen.

Will man klassische theologische Themen identifizieren, waren zu diesem Zeitpunkt schwerpunktmäßig folgende Themen auszumachen: die Auseinandersetzung mit Tod, Sterben und Abschied sowie Unsicherheiten, Zuversicht gewinnen und Halt (in persönlichen Krisen) finden. Im Verlauf wurden auch Inhalte und Aussagen von Passage-Riten bzw. Kasualien für Patient:innen und Mitarbeitende sowohl diskutiert als auch praktisch angefragt.

37.2.3 Gestaltung

Für die Gestaltung von spirituellem Leben im EKA ergab sich daraus, dass es nah am Stationsleben stattfinden muss. So fanden (und finden bis heute) Gespräche zu existenziellen Themen als geplante Gesprächsrunden im Rahmen von Dienstbesprechungen statt. Dabei hat es sich gelohnt, den Begriff der existenziellen Themen nicht nur auf belastende Situationen zu beziehen, sondern weit zu fassen und auch im ganz normalen Arbeitsalltag existenziell-spirituelle Themen zu entdecken. Unter dem Titel „5 min zu …“ wurde über Themen wie „schöne Erinnerungen“ oder „das Gegenüber von Arbeit und Freizeit“ gesprochen. Andere Themen wurden durch Erfahrungen mit und durch die Patient:innen vorgegeben, wie „die Bedeutung von Erinnerungen“ (auf der Station „David“ für Menschen mit Demenz) oder „die Verlässlichkeit von Lebensplänen“ (auf einer internistischen Station, auf der sich Patient:innen damit konfrontiert sehen, Pläne ändern zu müssen). Solche Themen gehen an den Mitarbeitenden oft nicht spurlos vorbei, weil sie allgemein menschlich sind und das gemeinsame Arbeiten betreffen oder durch Patient:innen immer wieder präsent sind. Es gibt aber wenig Raum, sie zu besprechen oder eine eigene Position zu finden. Diese Gespräche erweitern den Zugang und das Verständnis von Spiritualität insgesamt, die ja bei der gesamten (auch positiven) Lebensgestaltung relevant ist.[12]

Zentrale Angebote in der Krankenhauskapelle orientierten sich an erfreulichen oder erschreckenden Anlässen im Haus, wie Dienstjubiläen, Begrüßungstagen oder Trauerfeiern für verstorbene Kolleg:innen. Mit niederschwelligen, offenen Impulsen, wie Karten, Plakaten oder Impulsen im Intranet, waren spirituelle Themen für diejenigen präsent, die sie für sich nutzen wollten. Spiritualität wurde durch diese Gestaltung weniger als eigener Arbeitsbereich, sondern eher als Teil des gemeinsamen Lebens und Arbeitens im Haus wahrgenommen und verstanden.

[12] Meistens dauerten diese Gesprächsrunden länger als 5 min.

Für die Leitung[13] war und ist Spiritualität ein wesentlicher Teil des Hauses. Für das Fortschreiten des Prozesses war es wichtig, dass hier eine eigene Auseinandersetzung mit dem Begriff stattfand. In einem Arbeitskreis von Leitung und Seelsorge wurde die Situation im EKA wahrgenommen, traditionelle und neuere Vorstellungen von Spiritualität diskutiert und die Potenziale für die Identität und das Profil des EKA wurden erkennbar. Diese eigene Beschäftigung mit dem Begriff *Spiritualität* in seiner Weite und seiner Konkretion führte zu der Festlegung der Leitung, dem Prozess mit einer 40-stündigen Schulung einen weiteren Impuls zu geben und hierfür die Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

37.3 Impuls: SpECi als Schulung und Befragung

Für die inhaltliche Gestaltung der Fortbildung fiel schnell die Entscheidung, mit dem Projekt der Diakonie Deutschland, SpECi, zusammenzuarbeiten. Es ist inhaltlich aktuell, modular aufgebaut und theologisch so offen gestaltbar, dass es gut zu unserem bisherigen Prozess passt. Zusätzlich verknüpft es die Schulung mit der Forschung, die die Wirksamkeit der Prozesse diskutiert und Messparameter erprobt. Durch das bundesweit angelegte Studiendesign ergibt sich auch über die eigentliche Schulung hinaus eine Vernetzung mit anderen diakonischen Trägern, die sich in ihrer jeweils eigenen Situation in ähnlicher Weise mit den Fragen nach Spiritualität und existenziellen Themen in der Diakonie befassen. Die Diskussion aus unterschiedlichsten Situationen und Konzepten herauszuführen, ist für das Thema wertvoll und notwendig.

Für den Ort und die zeitliche Gestaltung der Fortbildung haben sich Geschäftsführung und Seelsorge dafür entschieden, die Fortbildung nicht im Krankenhaus, sondern in einem Kloster, und die 40 h durchgehend in einer 5-tägigen Woche durchzuführen. Es war in unseren Zusammenhängen wichtig, den Freiraum für die persönlichen Bezüge von Spiritualität zu vergrößern, der in Räumen im EKA weniger spürbar sein würde. Mit der Entscheidung für eine ganze Woche (und nicht 2 + 3 Tage) haben wir den Schwerpunkt auf die Intensität von thematischer Auseinandersetzung und Gruppengeschehen gelegt. Das Benediktiner-Kloster Nütschau bietet als Ort einer konkreten, gelebten Spiritualität die Möglichkeit für Anschauung und Auseinandersetzung.

Bei der Durchführung der Schulung haben wir sowohl auf zwei Referent:innen aus dem Trainerpool von SpECi zurückgegriffen als auch einen zusätzlichen Referenten einer in unserem Haus schon vertretenen Fortbildungsakademie einbezogen, der sich in die SpECi-Module eingearbeitet hat. Für uns war beides wichtig: Vertreter:innen des Curriculums in der Schulung zu haben und einen Referenten einzubeziehen, der im weiteren Verlauf mit Veranstaltungen im Haus auf die Schulungswoche aufbauen kann. Die SpECi-Module haben sich die drei Referent:innen untereinander aufgeteilt. Die Seelsorge war für die Verknüpfung mit dem Gesamtprozess und der Kontinuität der Beziehungsebene dabei.

[13] Geschäftsführung des EKA und medizinischer Vorstand der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, zu der das Krankenhaus gehört.

Die Teilnehmenden kamen, in Absprache mit der Leitung, aus möglichst verschiedenen Arbeitsbereichen des Hauses,[14] sodass bei der Fortbildung Kolleg:innen aus der Pflege, von Ergo- und Physiotherapie, aus der Sozialarbeit und MTAs dabei waren.

Während der Fortbildung gab es neben den SpECi-Modulen auch Einheiten, in denen eigene spirituelle Bezüge vorgestellt werden konnten. So konnte, wer wollte, Musik, Lieder oder Popsongs vorstellen, die einen persönlichen, spirituellen Hintergrund haben. Eine andere Einheit wurde für spirituelle Körperarbeit genutzt.

Als Begegnungsmöglichkeit mit einer geprägten spirituellen Form konnten Teilnehmende an den Tagzeitgebeten des Klosters teilnehmen und zusätzlich in einer abendlichen Gesprächsrunde einen Mönch des Klosters nach seiner Haltung und seinen Erfahrungen befragen.

Die Befragung für die wissenschaftliche Begleitforschung von SpECi profitierte von dem in der Fortbildung gewonnenen Selbstvertrauen der Teilnehmenden, Spiritualität als Thema in Patient:innenkontakte einzubringen. Gleichzeitig blieb das oben beschriebene Problem der Priorität von Geschäftsprozessen bestehen und wurde durch Corona noch deutlich verschärft.

37.4 Die neue Ausgangssituation

37.4.1 Wahrnehmung

Die neue Ausgangssituation – nach der Fortbildungswoche – ist nicht mehr so stark von Vertrauensaufbau geprägt. Für spirituelle Themen kann inzwischen auf eine vorhandene Vertrauensbasis in den Begegnungen zurückgegriffen werden. Speziell mit den Teilnehmenden der Schulung ergeben sich immer wieder Gespräche, die auf Situationen zurückgehen, aber vor allem auch auf Themen der Woche zurückgreifen. Die Selbstverständlichkeit, spirituelle Aspekte in persönlichen und dienstlichen Themen zu entdecken, ist deutlich größer, sowohl bei Fragen der Wahrnehmung als auch bei Überlegungen zur Gestaltung von Arbeitssituationen.

Auch über den Kreis der Teilnehmenden hinaus ist Spiritualität stärker Thema, da die Teilnehmer:innen ihre Erfahrungen und Eindrücke in die jeweiligen Teams mitgebracht haben. Die Offenheit für Spiritualität ist insgesamt höher: Der Begriff wird deutlich häufiger in alltägliche Gespräche eingebracht.

[14] Für die Breite des Prozesses war es hilfreich, über die Teilnahme nicht nur nach Anmeldeeingang zu entscheiden, sondern die verschiedenen Bereiche des Hauses bei den Teilnehmenden repräsentiert zu haben.

37.4.2 Reflexion

Die Begrenzungen durch den beruflichen Rahmen bleiben bestehen. Sie werden nach der Fortbildung noch durch den Weggang einiger Teilnehmenden erschwert. Es wird notwendig sein, den Kreis der Erfahrungsträger:innen, die die Teilnehmenden ja für das Haus sind, nicht nur zu erhalten, sondern auch zu erweitern.

Das Spektrum der als theologisch zu identifizierenden Themen hat sich erweitert: Es werden jetzt auch Überlegungen zur allgemeinen Lebensgestaltung, zu Kraftquellen, Vertrauen und Glaube und zur eigenen Entwicklung von Ritualen angestellt und (eher im persönlichen Kontakt zu zweit) Gespräche über Schuld und Vergebung geführt. Das Leben kommt mit einer größeren Bandbreite als vorher für spirituelle Überlegungen in den Blick.

37.4.3 Gestaltung

Für die Gestaltung der neuen Ausgangssituation war die Positionierung der Leitung zu einer nachhaltigen Entwicklung wesentlich. Für die Verstetigung des Prozesses wurden für die Folgejahre Fortbildungstage abgesprochen, die offen für alle Mitarbeitenden sind und gleichzeitig die Inhalte der SpECi-Fortbildung weiterführen. Hier konnten wir auf den Referenten zurückgreifen, der schon im Kloster dabei war. Die Hälfte der Schulungsteilnehmenden hat an diesen Fortbildungstagen im letzten Jahr teilgenommen. Zusätzlich haben sich Kolleg:innen zu diesen Tagen angemeldet, die schon Interesse an der Schulungswoche hatten, dann aber (vor allem aus Krankheits- oder Dienstplangründen) nicht dabei sein konnten.

Als niedrigschwelliges Angebot für die kontinuierliche Präsenz des Themas werden einmal im Monat *Spirit Cafés* angeboten, die für eine Stunde die Möglichkeit bieten, die alltäglichen Erfahrungen zu besprechen oder neue Überlegungen zur Gestaltung der Arbeit im Haus zu diskutieren. Bisher ist dieses Angebot ausschließlich bei den Teilnehmenden der Fortbildungstage kommuniziert.

Auf der praktischen Arbeitsebene wurden im Nachgang zur Fortbildungswoche weitere Angebote durch die Teilnehmenden entwickelt: Aufbauend auf das SpECi-Modul zu Ritualen wurden positive Sätze aufgeschrieben und ausgehängt, die die Kolleg:innen sammeln oder mitnehmen konnten. Für die Stationen wurden sog. Verabschiedungsboxen entwickelt, die für palliative Situationen und Abschiede im Krankenzimmer Material zur Verfügung stellen. Für die Geriatrie ist eine neue Ergotherapiegruppe entstanden, die in der Kapelle stattfindet und ergotherapeutische Biografiearbeit mit spirituellen Impulsen und gemeinsamem Gespräch verbindet.

37.5 Ausblick

An diesem Punkt steht *Spirit in the House* Anfang 2023. Der Prozess war erfolgreich in Bezug auf die Präsenz von spirituellen Themen in den Gesprächen im Haus, die Identifikation von spirituellen Aspekten und die Vielfalt von spirituellen Angeboten. Die aktuelle Herausforderung wird darin bestehen, Räume und Zeiten für offene Gespräche zu erhalten und die Zahl derer, die sich *Spirit in the House* verbunden fühlen, zu erhöhen. Mit der Bewegung aus Wahrnehmen, Reflektieren und Gestalten wird er auf den drei Grundlagen weitergeführt, auf die er bisher schon aufgebaut hat. Die Leitung hat sich klar positioniert, die Teilnehmenden sind die Subjekte des Geschehens und: Wir haben Zeit.

Literatur

Barth HM (2008) Dogmatik, Evangelischer Glaube im Kontext der Weltreligionen; 3., akt. erg Aufl. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh

Haas HS, Starnitzke D (2015) Entfaltung der Thesen. In: Haas HS, Starnitzke D (Hrsg) Diversität und Identität. Kohlhammer, Stuttgart, S 25–62

Möring C (2016) Mehr Kirche in die Synoden! Zur Beteiligung ausgabenbezogener Arbeitsbereiche an den Entscheidungsprozessen von Kirche am Beispiel der Krankenhausseelsorge. Wege zum Menschen 68(6) November/Dezember 2016:519–528

Rannenberg J (2016) Diakonische Unternehmen als Gemeinde, Kriterien und Prozessgestaltung. Nomos, Baden-Baden

Roser T (2017) Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen; 2., erw. akt Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

38 Spiritual Care im Rahmen der Kultur und Organisationsentwicklung – Erfahrungen in der Johannesstift Diakonie

Werner Weinholt

38.1 Einleitung

Die Johannesstift Diakonie ist ein evangelischer Sozial- und Gesundheitsträger mit insgesamt über 11.000 hauptamtlichen Mitarbeiter:innen und rund 1200 ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen. Zu den hauptsächlichen Aufgabengebieten der Johannesstift Diakonie gehören Krankenhäuser, stationäre und ambulante Altenhilfe, Behindertenhilfe (Proclusio) und Jugendhilfe. In den Einrichtungen arbeiten insgesamt 20 hauptamtliche Seelsorger:innen. In jeder Einrichtung wird Seelsorge sowohl für Mitarbeiter:innen als auch für Patient:innen, Bewohner:innen, Gäste und Klient:innen angeboten.

Das Unternehmen blickt auf ein langes Bemühen um die Aspekte von Spiritual Care zurück, insbesondere in den Bereichen der ambulanten und stationären Hospiz- sowie der ambulanten und stationären Palliativversorgung, die einen Schwerpunkt der Arbeit im Unternehmen bilden. Die Darstellung der Erfahrungen bei der Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen sowie der Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste in der Johannesstift Diakonie für spirituelle Fragen (insbesondere in Bezug auf die Implementierung von Spiritual Care im Rahmen des Pilotprojektes von SpECi) steht dabei im Fokus dieses Beitrags. Teilnehmer:innen des Basiskurses Spiritual Care sind Mitarbeiter:innen der Bereiche der Krankenhäuser, der stationären Pflege und der Hospizarbeit gewesen. In dem folgenden Beitrag handelt es sich um die Perspektiven der Leitungsebene der Organisation, der Mitarbeitenden und der Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste. Das Unternehmen versteht den Prozess zur Implementierung von Spiritual Care sowohl als Teil eines stetig fortlaufenden Kultur- als auch eines Organisationsentwicklungsprozesses. Zudem sind die

W. Weinholt (✉)
Paul-Gerhardt-Stiftung, Stiftungsvorstand, Bugenhagenhaus,
Lutherstadt Wittenberg, Deutschland
e-mail: wener.weinholt@jsd.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_38

Ausführungen von der Idee geleitet, dass das Erfahrungsfeld der Johannesstift Diakonie eine exemplarische Umsetzungsmöglichkeit von Spiritual Care in einem sozialen und diakonischen Komplexträger darstellt, dessen Weg auf andere Organisationen übertragbar sein kann. Das Beispiel der schrittweisen und stetigen Implementierung von Spiritual Care soll andere Träger in positiver Weise animieren, im Rahmen von eigenen Prozessen Spiritual Care im Unternehmen umzusetzen.

Dem Projekt der Durchführung des Basiskurses im Rahmen der Zusammenarbeit mit SpECi ist der Umstand zugutegekommen, dass es in der Johannesstift Diakonie bereits eine lange Tradition in der Begleitung sterbender Menschen im Rahmen einer im Unternehmen gut vernetzten Palliativ- und Hospizarbeit gibt. Zudem sind eine strukturierte und partizipative Ethikberatung sowie das Modell der vorausschauenden Versorgungsplanung (Advance Care Planning) schon lange Zeit fester Bestandteil der Organisationsentwicklung. Der Prozess der Beschäftigung mit dem Thema Spiritual Care selbst hat in der Johannesstift Diakonie bereits 2014 im Zusammenhang mit dem Wachstum der Hospiz- und Palliativarbeit begonnen. Es gab und gibt nach wie vor ein großes Interesse, insbesondere in der Hospiz- und Palliativarbeit, sich mit den Fragen von Spiritual Care auseinanderzusetzen. Insbesondere im Rahmen der Konferenzen mit den Seelsorger:innen im Unternehmen ist die Diskussion zum Themenkomplex Spiritual Care nicht wenig kontrovers gewesen. Seinerzeit fand diese Diskussion nicht ohne Skepsis über die Tragfähigkeit eines Konzeptes von *Spiritual Care* statt und sehr früh wurde die Rollenfrage zwischen den Seelsorger:innen und denjenigen, die in Spiritual Care ausgebildet werden sollten, aufgeworfen. Für den aktuellen Prozess in der Zusammenarbeit mit SpECi hat es sich als förderlich erwiesen, dass in einem langen Verständigungsprozess die Rolle der Seelsorge durch eine Bereicherung der Unternehmenskultur mit Spiritual Care klar definiert und auch nicht infrage gestellt worden ist. Zu dieser klaren Rolle gehört die Voraussetzung, dass Seelsorger:innen auf den Ebenen des Berufswissens, ihrer institutionellen Rolle und ihrer professionsspezifischen Kompetenzen nicht infrage gestellt werden und für die Implementierung von Spiritual Care eine moderierende und lehrende Funktion ausüben.

Diese vorlaufenden Prozesse sind in der Johannesstift Diakonie dann seit 2020 mit dem Projekt SpECi in guter Weise zusammengeführt worden, sodass wir neben anderen Trägern im Rahmen des von SpECi entwickelten Basiskurses Multiplikator:innen für Spiritual Care ausgebildet haben. Dabei sind zunächst die Bereiche der Krankenhäuser, der stationären Altenhilfe und der stationären hospizlichen Versorgung in den Blick genommen worden. Diese Entscheidung hat Auswirkungen auf die Ergebnisse, denn in der Johannesstift Diakonie ist bewusst nicht eine Einrichtung komplett im Rahmen von Spiritual Care ausgebildet worden. Es wurden aus verschiedenen Einrichtungen mindestens zwei Multiplikator:innen ausgebildet, die in der jeweiligen Einrichtung Mitarbeiter:innen für das Thema sensibilisieren sollen und im Rahmen eines an der jeweiligen Kultur der Einrichtung orientierten Organisationsentwicklungsprozesses Spiritual Care weiter implementieren werden. Bei der Betrachtung für die Organisationsentwicklung nehme ich im Folgenden die Erfahrungen aus drei Perspektiven auf: die Erfahrungen aus der Sicht des

Unternehmens bzw. der Unternehmensleitenden, aus der Sicht der Mitarbeiter:innen und aus der Sicht der Patient:innen im Krankenhaus, der Bewohner:innen in der stationären Altenhilfe und der Gäste in unseren stationären Hospizen.

38.2 Der Auftrag der Organisation

Der organisationale Zugang zu Spiritual Care in der Johannesstift Diakonie hat über die Führungsebenen stattgefunden. Im Rahmen eines stetigen Kultur- und Identitätsprozesses ist die Beschäftigung mit spirituellen und Sinnfragen der Mitarbeitenden und der Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste als ein für die Organisationsentwicklung integraler Kulturkern unseres diakonischen Unternehmens begriffen und das Thema als Führungsthema etabliert worden. Zudem ist das Unternehmen damit dem Anliegen, das überwiegend aus den Bereichen der palliativen und hospizlichen Arbeit sowie aus der Arbeit der Ethikkomitees der Johannesstift Diakonie an die Unternehmensführung adressiert worden ist, sich mit dem Thema Spiritual Care zu beschäftigen, gefolgt. Als naheliegendste Führungsaufgabe ist dabei in allen Phasen der Implementierung von Spiritual Care die Bereitstellung von notwendigen Räumen und angemessenen Rahmenbedingungen für die Beschäftigung mit spirituellen Themen sowohl für die Patient:innen, Bewohner:innen, Gäste und Klient:innen als auch für die Mitarbeitenden identifiziert worden. Neben der traditionellen Seelsorge sind in der Johannesstift Diakonie bereits vor der Beschäftigung mit Spiritual Care auch entsprechende spirituelle Räume in den Einrichtungen (Kapellen- und Andachtsräume) geschaffen worden. Im Rahmen eines stetigen Kulturprozesses im Unternehmen zur diakonischen Profilierung sind Teilprozesse zu Fragen der Existenziellen Kommunikation, Formen der Unterbrechungskultur (vgl. Gratz und Reber 2019; sowie Reber 2013) und Fragen religiöser Formen und Rituale bereits bearbeitet und in weiten Teilen umgesetzt worden. Darüber hinaus gibt es seit Langem neben einem spirituellen Angebot für die Patient:innen, Bewohner:innen, Gäste und Klient:innen ein solches auch für Mitarbeiter:innen (Oasentage, Gottesdienste, Gedenkfeiern).

Daneben ist in der Johannesstift Diakonie ein elementarer Zugang zu einer positiven Haltung zum Thema Spiritual Care die Orientierung an der aus der Palliativarbeit bekannten Erkenntnis der Mehrdimensionalität von Gesundheit und Leiden[1] und deren stetige Vermittlung an unsere Mitarbeiter:innen im Rahmen der palliativen und hospizlichen Arbeit und der Bildung. Das Wissen um die Mehrdimensionalität von Gesundheit und Leiden, zu der auch spirituelles Leiden und spirituelle Bedürfnisse unserer Patient:innen, Bewohnerinnen und Gäste gehören, ist traditionell in der Johannesstift Diakonie überwiegend durch das hauptamtliche

[1] Die vier Formen von Schmerz, die von der Begründerin der modernen Hospizarbeit, Cicely Saunders, als Total Pain definiert worden sind und seitdem in der Palliativarbeit Anwendung finden (der physische, psychische, soziale und spirituelle Schmerz), finden alle gleichermaßen Berücksichtigung.

Seelsorgeamt weitergetragen worden.[2] In einer Ausweitung der Sensibilisierung für spirituelle Fragen durch unterschiedliche Professionen sieht die Unternehmensführung eine Stärke. Eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Verständnisses und die damit verbundene Implementierung von Spiritual Care ist in unserem Unternehmen die frühe Beschäftigung der Verhältnisbestimmung von Spiritual Care und der Seelsorge gewesen, insbesondere auch eine hohe Beteiligung der Seelsorger:innen des Unternehmens an der Entwicklung von Schulungsprogrammen und bei der Durchführung von Kursen.

Von diesem Zugang aus fühlt sich die Unternehmensführung der Johannesstift Diakonie dafür verantwortlich, die Sensibilität der Mitarbeitenden für die spirituellen Bedürfnisse von Patient:innen, Bewohner:innen und Gästen zu stärken. In verschiedenen Weiterbildungsmaßnahmen findet darum zunächst eine Arbeit an einer sorgenden Haltung statt, die sich an den Unternehmenswerten „vertrauensvoll“ und „zugewandt“ orientiert und das Ziel verfolgt, eine rundherum hochwertige Versorgung zu gewährleisten, die von hohem Einsatz für die Selbstbestimmung unserer Patient:innen, Bewohner:innen, Gäste und Klient:innen geprägt ist. Diese Haltung ist auch in einer christlichen Einrichtung nicht selbstverständlich, sondern es bedarf der gemeinsamen stetigen Weiterentwicklung einer inneren Haltung, die ein angemessenes und würdiges Verhalten im Umgang mit anderen zur Voraussetzung hat und die gemeinsame Sorge um Menschen umfasst, „um die Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben in einem ganz umfassenden Sinn“ (Vgl. Roser, Das Deutsche Sonntagsblatt, 16.11.2014) zu ermöglichen. Eine solche von Zuwendung und Vertrauen geprägte und sich fortentwickelnde Haltung setzt unseres Erachtens voraus, dass ein diakonischer Träger auch Sorge dafür trägt, dass die Mitarbeiter:innen bei der Beschäftigung mit spirituellen Fragen ihre eigenen spirituellen Bedürfnisse und Prägungen einbringen und auf dem Hintergrund der das Unternehmen in seiner Herkunft prägenden Spiritualität reflektieren sollen. Zudem soll dabei ein gemeinsames Verständnis von Spiritualität entwickelt und weiterentwickelt werden.

Dafür stellt das Unternehmen Räume und Zeiten zur Verfügung. Neben den Erfahrungsräumen im Rahmen von Andachten, Gottesdiensten, Oasentagen u. a. sind das insbesondere auch Erprobungs- und Reflexionsorte für die eigene Spiritualität, die vor allem in der Bildungsarbeit der Johannesstift Diakonie ihre praktische Umsetzung finden. Neben einem Basiskurs für Spiritual Care, der im Rahmen des Pilotprojektes von SpECi im Unternehmen implementiert worden ist, ist das Thema Spiritual Care integraler Bestandteil der in unserer Diakonie Akademie angebotenen Ausbildungskurse für Hospizbegleiter:innen und Palliative Care. Darüber hinaus etabliert unsere Diakonie-Akademie neben den bereits bestehenden Kompetenzzentren für Diakonische Kulturentwicklung, Ethik in Bewegung, Palliativ- und Hospizarbeit ein neues Kompetenzzentrum für Spiritual Care. Dabei leitet die Führungsebene in der Johannesstift Diakonie die Erkenntnis, dass die Umsetzung der Werte eines diakonischen Unternehmens unmittelbar mit der Bereitstellung

[2] Hierbei geht es ausschließlich um die Wissensvermittlung (Bildung). Natürlich ist die palliativ orientierte Pflege und Ärzteschaft für diese Mehrdimensionalität ebenfalls sensibilisiert, allerdings fast ausschließlich im Praxisfeld und weniger in der Bildung.

spiritueller Orte verbunden ist und diesbezüglich eine achtsame Haltung gegenüber den Bedürfnissen der Mitarbeiter:innen sich auch auf das Verhalten der Mitarbeiter:innen gegenüber den Patient:innen, Bewohner:innen, Gästen und Klient:innen auswirkt.

38.3 Spiritual Care als offener Raum für Mitarbeiter:innen

Auf der oben geschilderten organisationalen Grundlage hat die Johannesstift Diakonie im Rahmen des Pilotprojektes von SpECi-Mitarbeiter:innen, die als mögliche Multiplikatoren für dieses Thema in den Einrichtungen identifiziert wurden, eingeladen, an dem multiprofessionellen Basiskurs Spiritual Care teilzunehmen.

Schon bei der Einladung zu dem Basiskurs sind wir einerseits auf hohes Interesse für die Wichtigkeit des Themas und die Inhalte gestoßen. Auf der anderen Seite sind auch Skepsis und Bedenken geäußert worden. Dabei stand, anders als 2014, gerade die Skepsis der nicht hauptamtlich mit spirituellen Fragen beschäftigten Berufsgruppen im Vordergrund. Neben der Anmerkung der starken Belastung im originären Arbeitsgebiet und dem Willen der Beschränkung auf die beruflichen Kernkompetenzen[3] ist die Skepsis erheblich verbunden mit der Frage einer spirituellen Kompetenz und dem Zögern, ob die eigene Prägung eingebracht werden darf.[4] Allerdings ist die Relevanz des Themas von den Mitarbeiter:innen unumstritten, insbesondere unter dem Verweis, dass es sich schließlich um einen christlichen Träger handele. Die Mitarbeiter:innen, die dann am Basiskurs teilgenommen haben, haben den dafür gegebenen Raum für die Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität dankbar gefüllt und den interprofessionellen Austausch als eine Bereicherung für ihre Arbeit erlebt. Nach eigenen Aussagen erfahren sie die Beschäftigung mit den eigenen spirituellen Bedürfnissen und Prägungen insgesamt auch in ihrem beruflichen Umfeld als für ihre Arbeit sinnstiftend und als Stärkung für den eigenen professionellen Zugang zu den Patient:innen, Bewohner:innen und Gästen.

Die Implementierung von Spiritual Care im Rahmen der Kulturentwicklung erleben die Mitarbeiter:innen zudem als stärkend für die professionsübergreifende Zusammenarbeit, die gerade bei diesem Thema von hoher Wertschätzung geprägt sei, bei dem es nicht um eine eindeutige und klare Form von Lösungsmodellen gehe, sondern das Interesse für die Wahrnehmung der oder des je anderen mit ihren oder seinen spirituellen Bedürfnissen und Angeboten geweckt und gefördert werde. Sie lernen dabei, dass die Haltung das wesentliche ist und ein daraus folgendes wertschätzendes Verhalten eine hierarchiefreie Kommunikation nach sich ziehen kann.[5] Insgesamt bewerten die Teilnehmenden an unserem Pilot-

[3] Hier mag eine Äußerung repräsentativ sein, die in unterschiedlicher Weise von mehreren Mitarbeiter:innen geprägt worden ist: „Was soll ich denn noch alles machen und in meinem Beruf bedenken und berücksichtigen?“.

[4] Eine exemplarische Äußerung einer Mitarbeiterin: „Ich glaube, das kann ich nicht“.

[5] Statt einem hierarchieverhafteten Verhalten: „Ich weiß, wie es geht und was gut für dich ist, und bringe dir Lösungen“, geht es mehr um das Einüben einer Haltung, die das Gegenüber an der Lösung aktiv beteiligt: „Wir erleben einander als eigenständige Individuen. Ich bin neugierig auf dich: Wel-

kurs die dafür von den Führungskräften zu Verfügung gestellte Zeit als zugewandte und wertschätzende Geste des Unternehmens.

Die im Rahmen des Basiskurses angeeignete Kompetenz für die Auseinandersetzung mit den eigenen spirituellen Prägungen und den spirituellen Interessen der Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste setzen die Mitarbeiter:innen aktiv und mit hohem Engagement in ihrem unmittelbaren kollegialen Umfeld und in der Begegnung mit den Patient:innen, Bewohner:innen und Gästen praxisnah um. Insgesamt ist zu beobachten, dass die Fokussierung auf den Bereich der spirituellen Bedürfnisse in den Bereichen der palliativen und hospizlichen Begleitung bereits stärker ausgeprägt ist als in den in der Auswahl mitberücksichtigten Bereichen der Geriatrie und der stationären Altenhilfe.

38.4 Spiritual Care als Möglichkeit der zugewandten und sensiblen Begegnungsräume

Die Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste erleben auf der anderen Seite im Rahmen von Alltagsbegegnungen die hohe Sensibilität der Mitarbeiter:innen für ihre existenziellen Fragen positiv. Sie erleben insbesondere als entlastend, dass Mitarbeiter:innen, die ihnen täglich in anderen Bezügen begegnen, mit ihnen auch spirituelle bzw. existenzielle Fragen „zwischen Tür und Angel“ ansprechen. Darüber hinaus wirkt sich das in dieser Begegnung bereits durch ein in anderen Versorgungs- und Begleitungsbezügen gewachsene Vertrauen „entdramatisierend“ auf die gemeinsame Beschäftigung mit existenziellen Sinnfragen aus. Die Alltagsbegegnung mit der oder dem Ärzt:in oder Pflegenden, mit der Servicekraft, mit der oder dem Therapeut:in schafft einen niederschwelligen Einstieg in tief existenzielle Fragen. Die Sensibilität einer sich gerade nicht hauptamtlich mit spirituellen Fragen beschäftigenden Berufsgruppe gibt der Begegnung eine besondere Tiefe und Qualität.[6]

Die Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste fühlen sich zudem durch die „Niederschwelligkeit“ des Angebotes mehr eingeladen, eigene Lösungsansätze für ihre existenziellen und spirituellen Fragen mitzuentwickeln als in der Begegnung mit den hauptamtlichen Seelsorger:innen. Dort, wo diese niederschwellige Begegnung möglich wird, erleben die Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste, dass das Unternehmen sie in guter Weise ganzheitlich, das heißt in allen ihren Bedürfnissen wahrnehmend, begleitet. Sie spüren durch das Eingehen auf ihre spirituellen Bedürfnisse häufig eine Hilfe für die Aktivierung ihrer eigenen Resilienzkräfte und erkennen, wo das von Relevanz ist, durchaus eine Wirksamkeit für den eigenen Heilungs- oder mindestens Integrationsprozess in ihr Lebensumfeld.

che Lösungen siehst du selbst und was kann ich mit meiner Prägung dazu beitragen?“.

[6] Häufig spiegeln Patient:innen im Krankenhaus die affektiv gesteuerte Ansicht: „Wenn die oder der Seelsorger:in kommt, ist es mit mir meist dramatisch“.

38.5 Perspektiven der durch Spiritual Care bereicherten Organisationsentwicklung

Zunächst ist zu beobachten, dass eine vertiefte Integration von Spiritual Care in die Kultur- und Organisationsentwicklung dazu beiträgt, dass Mitarbeiter:innen einen sie wertschätzenden Umgang des Arbeitgebers mit den eigenen Bedürfnissen in Bezug auf die Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit und ihre Spiritualität erleben. Sie nehmen sich selbst motivierter und zufriedener im Beruf wahr. Insofern liegt in der konzeptionellen Verankerung von Spiritual Care in die Unternehmensentwicklung ein hohes Potenzial, die Mitarbeitendenzufriedenheit und -motivation zu erhöhen und damit einen hohen Bindungswillen zu erreichen. Das kann zudem dazu führen, dass sich Mitarbeitende mit dem Unternehmen in stärkerer Weise verbunden fühlen und sich entsprechend mit ihrer Arbeit und dem Arbeitgeber in sinnstiftender Weise identifizieren. Das spüren in besonderer Weise dann auch die Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste sowie Klient:innen, die mittelbar am Verhalten der Mitarbeiter:innen die sie prägende Haltung spüren. Die Ernsthaftigkeit und Wertschätzung, die sie in unseren Einrichtungen erleben, wirkt sich dadurch positiv auf ihr eigenes Befinden aus. Zudem eröffnet dieser Prozess auch die Bereitschaft, sich selbst in Begegnungsräume zu begeben, in denen die Patient:innen, Bewohner:innen und Gäste ihre eigene Spiritualität thematisieren und in positiver Weise für ihre eigenen Heilungs- und Lebensprozesse aktivieren und zudem ihre eigene Haltung einbringen können. Beides gehört im Rahmen des Selbstverständnisses eines diakonischen Unternehmens zusammen.

Dabei ist immer zu bedenken, dass es sich bei der Umsetzung um einen langfristigen und iterativen Prozess handelt, der sowohl von der Organisation begleitet als auch von den Mitarbeiter:innen getragen werden muss. In diesem stetigen Prozess sind alle Ebenen in ihrer spirituellen Prägung, aber auch in ihrer Entwicklungsfähigkeit zu berücksichtigen. Das betrifft sowohl die Aspekte der traditionellen Herkunft des Unternehmens, die Einstellung der Führungsebene, die Haltung der Mitarbeiter:innen, ihre Multiprofessionalität und ihre transkulturelle Aufstellung als auch die spirituelle Prägung und Haltung der Patient:innen, Bewohner:innen, Gäste und Klient:innen. Die Unterschiedlichkeit der Akteur:innen und damit verbunden ihre verschiedenen Perspektiven im Rahmen der spirituellen Fragestellungen in der je aktuellen Situation zusammenzubringen, ist eine große Herausforderung, birgt aber auch eine enorme Chance. In einem solchen Prozess der Förderung von Spiritual Care als eine dem Kulturkern eines diakonischen Unternehmens entsprechende Form der Ermöglichung von Begegnungsräumen und Kommunikationsfeldern steht neben dem Erlernen von Werkzeugen vor allem das Entwickeln einer Haltung im Vordergrund, was viel Geduld erfordert. Der Gewinn dabei ist meines Erachtens ungleich höher.

Literatur

Gratz M, Reber J (2019) Seelsorge und Spiritual Care als Angebot und Beitrag zur Unternehmenskultur, Handbuch der Krankenhausseelsorge. In: Roser T (Hrsg) . Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen, S 313–333

Reber J (2013) Christliche-spirituelle Unternehmenskultur. Kohlhammer, Stuttgart

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Teil V

Spiritual Dryness – mit geistlicher Trockenheit umgehen

Empfindungen Geistlicher Trockenheit als Ausdruck einer spirituellen Krise

39

Arndt Büssing

39.1 Einleitung

Auch wenn viele Menschen den Bezug zur verfassten Religiosität verloren haben, so können sie dennoch „gläubig“ sein. In ihrem Leben hat der Glaube an Gott vielleicht einmal eine Rolle gespielt, aber sie haben diesen – aus vielen Gründen – verloren. Oft sind es Enttäuschungsgeschichten, die hier eine Rolle spielen. Aber auch religiöse Menschen, die sich immer noch als gläubig einschätzen und nach Gott (oder dem für sie Heiligen) in ihrem Leben suchen, machen die Erfahrung, dass „Gott als Hoffnungsinstanz auf ihre Gebete nicht zu reagieren scheint, dass Gott ihnen fern ist, wie sehr sie sich auch um Ihn bemühen, und dass sie sich von Gott, auf den sie ihr Vertrauen gesetzt haben, sogar ganz und gar verlassen fühlen“ (Büssing 2022) (Abb. 39.1).

Dieses Empfinden, für das es in der theologischen Literatur viele Umschreibungen gibt (Bäumer und Plattig 2010), kann man als Geistliche Trockenheit bezeichnen (Büssing und Dienberg 2019, 2021). Es ist kausal verwandt mit der *Acedia*, die bereits von den ägyptischen Wüstenvätern des 4. Jahrhunderts als Motivations- und Sinnverlust bzw. gelangweilte Nachlässigkeit im geistlichen Leben beschrieben wurde (Pontikos 2007; Höffner 2019). Das komplexe Erleben zeigt eine deutliche Schnittmenge mit depressiver Gestimmtheit (Büssing et al. 2016, 2017; Durà-Vilà 2017; Maas et al. 2021; Rühs et al., 2023).

A. Büssing (✉)
Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Herdecke, Deutschland
e-mail: Arndt.Buessing@uni-wh.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_39

Abb. 39.1 Grundempfindungen als Indikatoren Geistlicher Trockenheit

39.2 Das Erleben von Phasen Geistlicher Trockenheit

Phasen Geistlicher Trockenheit, die mit der *Spiritual Dryness Scale* (SDS) erfasst werden können (Büssing et al. 2013), lassen sich empirisch mit unterschiedlicher Intensität und Bedeutung in verschiedenen Personengruppen differenzieren (Büssing 2022). Das gilt nicht nur bei älteren Christen (Büssing et al. 2016, 2017, 2021a) und Muslimen (Büssing et al. 2021b; Farahani et al. 2022), sondern auch bei jungen Erwachsenen (Büssing et al. 2022a). Der Anteil derjenigen, die dieses Erleben häufig oder sogar regelmäßig haben, auch unabhängig von Krankheit, beträgt zwischen 12–16 % (Büssing 2022). Jedoch sind es nur wenige der bisher Befragten, die sich von Gott „ganz und gar verlassen" fühlen (2 %); die Dunkelziffer könnte jedoch höher sein, da entsprechende Personen möglicherweise nicht mehr im Sample der Antwortenden enthalten sind. Bei Patient:innen mit depressiven und Suchterkrankungen ist der Anteil mit 29 % deutlich höher, die häufig oder sogar regelmäßig entsprechend empfinden (Maas et al. 2021; Rühs et al., 2023). Geschlechts-assoziierte Unterschiede zeigten sich nicht, aber Jüngere scheinen dies häufiger zu erleben als Ältere (Büssing 2022). Letztere haben vermutlich im Laufe ihres Lebens Strategien gefunden, um damit umgehen zu können.

Als Auslöser dieses Erlebens findet sich in empirischen Studien ein geringes Erleben des Heiligen im Alltag und eine geringe Lebensstimmigkeit (im Sinne des Kohärenzempfindens) einerseits und eine depressive Symptomatik sowie emotionale und spirituelle Erschöpfung andererseits (Büssing 2022). Hierbei ist man oft auch im Gebetsleben eher passiv und ohne innere Anteilnahme, da es nicht mehr als sinn- und bedeutungsvoll erlebt wird (Büssing 2021). In qualitativen Interviews ließen sich zudem fünf Hauptkategorien der Auslöser differenzieren: 1) Verlust der Beziehung zu Gott; 2) Verlust der Orientierung im Leben; 3) Verlust der Tiefe; 4) Schwierigkeiten mit anderen, 5) Intrinsische Faktoren (inkl. Überforderung, depressive Erschöpfung) (Büssing et al. 2020). In diesen Interviews mit Ordensleuten wurden ebenfalls schwere Erkrankungen und Enttäuschungen im Leben als Auslöser thematisiert.

Legt man für eine Differenzierung des unterschiedlichen Erlebens der Geistlichen Trockenheit die Metaphorik des spanischen Mystikers Johannes vom Kreuz (1542–1591)

zugrunde (Johannes von Kreuz, 2013), dann kann man zwei Polaritäten unterscheiden: Die *Dunkle Nacht der Seele*, bei der die Erwartung des neuen Morgens noch vorhanden ist, also Hoffnung auf eine Änderung und Nähe zu Gott, und die (depressive) *Verfinsterung*, bei der nichts mehr erwartet wird und keine Sehnsucht nach dem Heiligen mehr vorhanden ist – und diese auch egal geworden ist (Büssing 2021). Der differenzierende Zusammenhang von Sehnsucht nach Gott und dem Erleben Geistlicher Trockenheit lässt sich auch empirisch aufzeigen (Büssing 2021). Diese Sehnsucht wird zwar oft ein unerfülltes Sehnen nach unbedingter Geborgenheit in Gott, in dem alles zur Ruhe kommt, bleiben, aber genau diese kann eine Hoffnungsperspektive sein, die die Trauer über das „Noch-nicht“ nicht ausblendet.

39.3 Spiritual Distress

In schwierigen Lebenssituation, nicht mehr beherrschbarer Krankheit und anhaltendem Leiderleben erleben Menschen in der Tat oft Gefühle von Wut oder Hoffnungslosigkeit, Depressivität und Ängstlichkeit, Schuld und Wertlosigkeit und sie stellen Fragen nach dem „Warum“ und auch nach dem Sinn des Lebens und des Leidens (Bhatnagar et al. 2017; Nolan et al. 2020). Wenn sich manche dabei auch von Gott verlassen fühlen und an ihren Glauben zweifeln, der in ihrem Leben bisher von Bedeutung war und nun auf die Probe gestellt wird, dann sind das Hinweise auf *Spiritual Distress*, wie er nicht nur in der palliativen Situation zu beobachten ist (Crossroads 2018; Caldeira et al., 2013; Delgado-Guay et al. 2021). Viele suchen dann nach spirituellem Halt und Begleitung, während sich andere enttäuscht von Gott und ihrem Glauben abwenden. Auch für den Spiritual Distress ist eine Schnittmenge mit depressiver Gestimmtheit offensichtlich. Das komplexe Erleben des Spiritual Distress bzw. des Fehlens von spirituellem Wohlbefinden kann dann mit dem Wunsch nach einem raschen Tod insbesondere bei Patient:innen am Lebensende assoziiert sein (McClain et al. 2003; Rodin et al. 2009). Bei chronisch Kranken scheint der Spiritual Distress jedoch unabhängig von dem Level der Gläubigkeit zu sein und ist eher mit der Schwere der Erkrankung assoziiert (Klimasiński et al. 2022).

Auch unabhängig von chronischer Krankheit und Leiderfahrungen können Menschen mit ihrem Glauben hadern und diesen sogar ganz verlieren. Die Gründe sind komplex. Exline et al. (2014) differenzierte sechs Bereiche spiritueller Auseinandersetzungen („Struggles“), die sich negativ auf das Befinden auswirken können:

1. Göttlich (negative Emotionen in Bezug zum Glauben oder in der Beziehung auf Gott),
2. Dämonisch („dämonisches“ Wirken als Ursache negativer Lebensereignisse),
3. Zwischenmenschlich (negative Erfahrungen oder Konflikte mit religiösen Menschen und Institutionen),
4. Moralisch (Schwierigkeiten, den moralischen Prinzipien zu folgen; Trauer oder Schuldgefühle aufgrund eigenen Verhaltens),
5. Zweifel (in Bezug auf die eigenen Glaubensüberzeugungen) und
6. Ultimativer Sinn (Zweifel am tiefen Sinn des eigenen Lebens).

Diese „dunkle und belastende Seite“ der Spiritualität wird gerne ausgeblendet, und spirituelle Krisen finden in der klinischen Praxis nicht immer die Beachtung, derer sie bedürfen (Pargament et al. 2005; Hofmann und Heise 2017). In bestimmten Situationen überwiegen negative Gefühle gegenüber Gott, der sich abgewendet zu haben scheint oder als „bestrafend“ erlebt wird – was zum negativen religiösen Coping gehört und das psychische Befinden beeinträchtigt (Pargament et al. 2001).

Die Art und Weise, wie die eigene Krankheit erlebt wird, als etwas „Herausforderndes“ oder als etwas Negatives im Sinne einer Bestrafung (extrinsisch), eines Versagens (intrinsisch), einer äußeren Bedrohung (extrinsisch) oder allgemein als „nachteilige Unterbrechung des Lebens“, ist ebenfalls bedeutsam. Hier zeigt sich ein bedeutsamer positiver Zusammenhang zwischen Geistlicher Trockenheit und diesen negativen Empfindungen in Bezug auf die eigene Erkrankung (Maas et al. 2021). Das heißt: Je stärker diese negativen Sichtweisen der eigenen Lebenssituation ausgeprägt sind, desto häufiger wird auch Geistliche Trockenheit empfunden.

39.4 Aufgabe der Seelsorge

Dieses Erleben wird vermutlich die Kompetenzen und den Kernauftrag von Ärzt:innen, Pflegenden und Psycholog:innen übersteigen. Sie sind aber dafür zu sensibilisieren, dass es dieses Erleben gibt, dass es die Betroffenen belastet und ihnen hierbei geholfen werden muss.

Daher ist es die Aufgabe der Seelsorgenden, die das Erleben auch als „Dunkle Nacht der Seele“ oder „Trostlosigkeit“ (desolación) kennen, dieses aufgrund ihrer theologischen Expertise einzuordnen (auch im Sinne der ignatianischen „Unterscheidung der Geister“) und mithilfe von psychiatrischen Fachärzt:innen von einer Depression abzugrenzen. Nicht jede Depression geht mit Geistlicher Trockenheit einher und nicht jede Geistliche Trockenheit ist eine Depression. Aber gerade in der Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit und Leid kann sich das Erleben eines scheinbar am Leben des Betroffenen desinteressierten Gottes einstellen, der auf Gebete um Hilfe nicht reagiert, was die Situation zusätzlich verschärfen kann. Hier bedarf es der interdisziplinären Begleitung durch Psycholog:innen und Seelsorger:innen, da nicht alle Betroffenen von selbst geeignete Strategien finden, um mit dem Erleben umgehen und dieses einordnen zu können. In bisherige Untersuchungen fanden 28 % nur manchmal hilfreiche Strategien im Umgang mit Geistlicher Trockenheit und 15 % selten oder auch gar nicht (Büssing 2021).

Da Glaubenszweifel und negative Empfindungen gegenüber Gott von religiösen Menschen oft als „falsch“ angesehen werden (Exline et al. 2012) und zu einer Selbst- oder Fremdstigmatisierung führen können (Exline und Grubbs 2011), wird über dieses Erleben selten gesprochen. Manchen schämen sich, darüber zu sprechen oder finden keine Ansprechpartner, die ihnen hier weiterhelfen könnten (Leibold 2019). Dementsprechend wird auch selten professionelle Hilfe im Umgang mit diesem Empfinden gesucht. Aber

„religiöse Sprachlosigkeit“ ist auch innerhalb der Kirche und in Ordensgemeinschaften zu finden (Leibold 2019). In einer aktuellen Untersuchung mit 332 gesunden, aber sich im kirchlichen Kontext eher ausgegrenzt empfindenden Personen (Altersmittel 43 ± 16 Jahre), fällt es 26 % in Bezug auf ihr Erleben von Geistlicher Trockenheit häufig bis regelmäßig schwer, über dieses Empfinden zu sprechen, und 27 % fällt das manchmal schwer; für 46 % trifft das gar nicht oder nur selten zu (Büssing & Roser, in Vorbereitung 2024). Die Religionszugehörigkeit spielt hier keine Rolle. Jedoch hängt diese Sprachunfähigkeit signifikant mit einer geringen Lebenszufriedenheit ($r = -0{,}35$) und einem als gering empfundenem Sinn im Leben zusammen ($r = -0{,}35$), deutlich schwächer auch mit geringem psychologischem Wohlbefinden ($r = -0{,}22$). Das heißt: Die Auslöser und Verstärker dieser besonderen Form einer spirituellen Krise gehen außerdem mit der Sprachunfähigkeit für das Erleben von Phasen geistlicher Trockenheit einher.

39.5 Schlussfolgerungen

Übertragen auf die palliative Situation, in der die Lebenszufriedenheit eher gering und das körperliche und emotionale Befinden eingeschränkt ist und das eigene Leben mitunter als sinnlos empfunden wird und innere Konflikte noch der Lösung bedürfen, bedeutet das, dass die horizontalen Belastungen auch mit einer vertikalen Belastung einhergehen können, sodass es einer Begleitung bedarf, bei der Vertrauen hergestellt werden muss, dass auch über dieses Erleben gesprochen werden kann. Hierbei steht das nicht wertende Zuhören im Vordergrund. Pflegenden und Ärzt:innen kommt eine wahrnehmende Bedeutung zu und Seelsorgenden die professionelle Begleitung.

Es kann zur Entlastung beitragen, dass dieses Empfinden nicht notwendigerweise Ausdruck des Versagens oder von Schuld und Schwäche ist, sondern viele andere auch betrifft, inkl. der Propheten und Heiligen aus den Religionstraditionen (Büssing und Dienberg 2019, 2021). Deutlich klingt in der palliativen Situation auch die Theodizee-Frage an: „Warum, Gott?“ Die Biografien der Heiligen sind voll von diesen Beschreibungen der Unsicherheit, des Zweifels und der Anfechtungen. Auch der biblische Psalmbeter kannte diese Empfindungen, die auch Jesus am Kreuz in den Mund gelegt wurden: „Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen, bist fern meinem Schreien, den Worten meiner Klage? Mein Gott, ich rufe bei Tag, doch du gibst keine Antwort; ich rufe bei Nacht und finde doch keine Ruhe.“ (Psalm, 22,2-3).

Eine leichte Antwort gibt es nicht. Der evangelische Theologe Dietrich Bonhoeffer (1906–1945) schrieb 1943 aus dem Gefängnis: „Ich glaube, dass Gott uns in jeder Notlage so viel Widerstandskraft geben will, wie wir brauchen. Aber er gibt sie nicht im Voraus, damit wir uns nicht auf uns selbst, sondern allein auf ihn verlassen.“ (Bonhoeffer 2002). Aber genau an diesem Vertrauen mangelt es ja vielen in der Situation - und das wird dann als „Verlassenheit“ wahrgenommen. Vielleicht ist es dann tröstlich, als Begleitende einfach nur *da* und *mit* zu sein. Stellvertretend für das, was vermisst wird.

Literatur

Bäumer R, Plattig M (2010) Dunkle Nacht und Depression. Matthias-Grünewald Verlag, Ostfildern

Bhatnagar S, Gielen J, Satija A, Singh SP, Noble S, Chaturvedi SK (2017) Signs of spiritual distress and its implications for practice in Indian palliative care. Indian J Palliat Care 23:306–311. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_24_17

Bonhoeffer D (2002) In: Gremmels C, Bethge E, Bethge R, Tödt I (Hrsg) Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft. Werkausgabe, Bd 8. Gütersloher Verlagshaus, S 30

Büssing A (2021) Empirische Befunde zum Erleben Geistlicher Trockenheit, Sehnsucht nach Gott und Acedia-Symptomatik. In: Büssing A, Dienberg T (Hrsg) Gottes Unverfügbarkeit und die dunkle Nacht. Vom Umgang mit der geistlichen Trockenheit. Pustet Verlag, Regensburg, S 71–92

Büssing A (2022) Das Erleben geistlicher Trockenheit als Glaubens- und Lebenskrise und ihre Bedeutung für die psychotherapeutische Begleitung. Nervenheilkunde 41:835–845. https://doi.org/10.1055/a-1928-5074

Büssing A, Dienberg T (Hrsg) (2019) Geistliche Trockenheit – empirisch, theologisch, in der Begleitung. Aschendorff-Verlag, Münster

Büssing A, Dienberg T (Hrsg) (2021) Gottes Unverfügbarkeit und die dunkle Nacht. Vom Umgang mit der geistlichen Trockenheit. Pustet Verlag, Regensburg

Büssing A, Günther A, Baumann K, Frick E, Jacobs A (2013) Spiritual dryness as a measure of a specific spiritual crisis in Catholic priests: associations with symptoms of burnout and distress. Evid Based Complement Alternat Med 2013:246797. https://doi.org/10.1155/2013/246797

Büssing A, Frick E, Jacobs C, Baumann K (2016) Spiritual dryness in non-ordained Catholic pastoral workers. Religions 7:141. https://doi.org/10.3390/rel7120141

Büssing A, Baumann K, Jacobs K, Frick E (2017) Spiritual dryness in Catholic priests: internal resources as possible buffers. Psychol Relig Spiritual 9:46–55. https://doi.org/10.1037/rel0000063

Büssing A, Beerenbrock Y, Gerundt G, Berger B (2020) Triggers of spiritual dryness – results from qualitative interviews with religious brothers and sisters. Pastor Psychol 69:99–117. https://doi.org/10.1007/s11089-020-00898-2

Büssing A, Starck L, van Treeck K (2021a) Experience of spiritual dryness and acedia symptoms in Seventh-day Adventists. J Relig Health 60(2):1261–1280. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01092-7

Büssing A, Kerdar SH, Akbari ME, Rassouli M (2021b) Perceptions of spiritual dryness in Iran during COVID-19 pandemic. J Relig Health 60(5):3347–3371. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01360-0

Büssing A, Starck L, van Treeck K, Roser T (2024) Perception of Acceptance and Discrimination Among the LGBTQI + Community in their Churches and its Association with Spiritual Dryness: Findings from a Cross-Sectional Study in Germany. Journal of Religion and Health https://doi.org/10.1007/s10943-024-02023-6

Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M (2013) Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics. Int J Nurs Knowl 24:77–84. https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x

Crossroads Hospice & Palliative Care: signs and symptoms of spiritual distress (2018). https://www.crossroadshospice.com/hospice-palliative-care-blog/2018/october/10/signs-and-symptoms-of-spiritual-distress/, letzter Zugriff: 16. Mai 2024

Delgado-Guay MO, Palma A, Duarte E, Grez M, Tupper L, Liu DD, Bruera E (2021) Association between spirituality, religiosity, spiritual pain, symptom distress, and quality of life among Latin American patients with advanced cancer: a multicenter study. J Palliat Med 24(11):1606–1615. https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776

Durà-Vilà G (2017) Sadness, depression, and the dark night of the soul: transcending the medicalisation of sadness. Jessica Kingsley, London

Exline JJ, Grubbs JB (2011) "If I tell others about my anger toward God, how will they respond?" Predictors, associated behaviors, and outcomes in an adult sample. J Psychol Theol 39:304–415. https://doi.org/10.1177/009164711103900402

Exline JJ, Kaplan KJ, Grubbs JB (2012) Anger, exit, and assertion: do people see protest toward God as morally acceptable? Psychol Relig Spiritual 4:264–277. https://doi.org/10.1037/a0027667

Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, Yali AM (2014) The religious and spiritual struggles scale: development and initial validation. Psychol Relig Spiritual 6(3):208–222. https://doi.org/10.1037/a0036465

Farahani AS, Kerdar SH, Ashrafizadeh H, Büssing A, Mehrnoush N, Akbari ME, Karami M, Tajali S, Rassouli M (2022) The predictors of spiritual dryness among cancer patients during COVID-19 pandemic. Front Psychol 13. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1024009

Höffner M (2019) Erfahrungen Heiliger und Menschen: Evagrius Ponticus und Johannes vom Kreuz. In: Büssing A, Dienberg T (Hrsg) Geistliche Trockenheit – empirisch, theologisch, in der Begleitung. Aschendorff-Verlag, Münster, S 25–42

Hofmann L, Heise P (2017) Spiritualität und spirituelle Krisen: Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis. Schattauer, Stuttgart

Johannes vom Kreuz (2013) Die Dunkle Nacht. Vollständige Neuübersetzung. Herder, Freiburg

Klimasiński M, Baum E, Praczyk J, Ziemkiewicz M, Springer D, Cofta S, Wieczorowska-Tobis K (2022) Spiritual distress and spiritual needs of chronically ill patients in poland: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 19(9):5512. https://doi.org/10.3390/ijerph19095512

Leibold (2019) Er gewährt sich im Entziehen. In: Büssing A, Dienberg T (Hrsg) Geistliche Trockenheit – empirisch, theologisch, in der Begleitung. Aschendorff-Verlag, Münster, S 237–247

Maas GM, Rühs C, Bonnet U, Büssing A (2021) Geistliche Trockenheit bei Personen mit Depression sowie Suchterkrankung in Verbindung mit Krankheitsinterpretationen und Bindungsstilen. In: Büssing A, Dienberg T (Hrsg) Gottes Unverfügbarkeit und die dunkle Nacht. Vom Umgang mit der geistlichen Trockenheit. Pustet-Verlag, Regensburg, S 135–155

McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W (2003) Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 361(9369):1603–1607. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7

Nolan TS, Browning K, Vo JB, Meadows RJ, Paxton RJ (2020) Assessing and managing spiritual distress in cancer survivorship. Am J Nurs 120:40–47. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000652032.51780.56

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J (2001) Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. Arch Intern Med 161(15):1881–1885. https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1881

Pargament KI, Murray-Swank NA, Magyar GM, Ano GG (2005) Spiritual struggle: a phenomenon of interest to psychology and religion. In: Miller WR, Delaney HD (Hrsg) Judeo-Christian perspectives on psychology: human nature, motivation, and change. American Psychological Association, Washington, S 245–268

Pontikos E (2007) Über die acht Gedanken. Beuroner Kunstverlag, Beuron

Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C (2009) Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. Soc Sci Med 68(3):562–569. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037

Rühs C, Maas GA, Büssing A (2023) Geistliche Trockenheit bei stationär behandelten Personen mit depressiven und Suchterkrankungen: Implikationen für die Psychotherapie. Spirit Care 2023. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0059

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Gebet als Gestalt gesundheitsberuflicher Spiritual Care?

40

Simon Peng-Keller

40.1 Einleitung

Zu den einprägsamen Berichten und Bildern, die während der Corona-Pandemie um die Welt gingen und Bewunderung hervorgerufen haben, gehörten auch solche von Gesundheitsfachpersonen, die zusammen für ihre Patient:innen beten, also etwas tun, was nach allgemeinem Verständnis zu den genuinen Aufgaben von Seelsorgenden zu zählen ist (Taylor 2022). Die eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten haben eine Situation geschaffen, in der Gesundheitsfachpersonen stellvertretend Aufgaben übernommen haben, die unter normalen Umständen von anderen Personen wahrgenommen werden. Insofern unvorhersehbare Grenzsituationen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Hospizen zum Alltag gehören, stellt sich grundsätzlich die Frage, unter welchen Umständen es legitim und passend ist, als Gesundheitsfachperson für und mit Patient:innen zu beten. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, zentrale Einsichten der internationalen Diskussion, die diese Frage in den letzten Jahren hervorgerufen hat, an ausgewählten Fallbeispielen zu vergegenwärtigen (Peng-Keller 2017, 2021).

40.2 Beten als Aufgabe gesundheitsberuflicher Spiritual Care?

Dass es sich beim Gebet um einen neuralgischen Punkt gesundheitsberuflicher Spiritual Care handelt, lässt sich an einem Fall illustrieren, der 2009 die britische Öffentlichkeit beschäftigte, weil er zu einer vorübergehenden Entlassung einer im ambulanten Bereich tätigen Pflegefachfrau namens Caroline Petrie führte (Alderson 2009; French und Narayanasamy 2011). Die damals 45-jährige Britin, die einer baptistischen Kirche angehörte, bot

S. Peng-Keller (✉)
Universität Zürich, Theologische und Religionswissenschaftliche Fakultät, Zürich, Schweiz

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_40

ihren Patient:innen regelmäßig an, für sie zu beten, sei es in deren Gegenwart oder für sich allein. Eine ältere Patientin störte sich an diesem Angebot und beschwerte sich bei den Vorgesetzten, die alarmiert reagierten und schließlich eine Kündigung aussprachen. Die geltende Berufsordnung verpflichte alle Angestellten zu „equality and diversity" und untersage es, den professionellen Status zu etwas anderem zu nutzen als zur Gesundheitsversorgung. In der hitzigen Diskussion, die am Ende zur Rücknahme der Kündigung führte, wurde darauf hingewiesen, dass die zitierten professionsethischen Standards bezüglich der strittigen Frage viel Spielraum für unterschiedliche Auslegungen ließen. Wenn das Gebet als etwas betrachtet wird, das die Gesundheit und das Wohlbefinden von Patient:innen positiv beeinflussen – gehören sie dann nicht ebenfalls in das Aufgabenfeld von Pflege und Medizin?

Umfragen weisen darauf hin, dass die Beantwortung dieser Frage auch von kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren abhängig ist. Gemäß einer 2011 veröffentlichten US-amerikanischen Studie erachtete eine Mehrheit der befragten onkologischen Patient:innen (71 %), Ärzt:innen (65 %) und Pflegefachpersonen (83 %) ein gemeinsames Gebet in gewissen Situationen als passend (Balboni et al. 2011). Bemerkenswerterweise neigten die Ärzt:innen dazu, den Gebetswunsch der Patient:innen zu unterschätzen, während die Pflegefachpersonen ihn überschätzten. Im deutschen Sprachraum dürften die Vorbehalte gegen eine solche Gebetspraxis sowohl bei Patient:innen als auch bei Professionellen größer sein. Ein indirekter Hinweis darauf findet sich in den Empfehlungen, die die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 2017 veröffentlichte. Darin wird hervorgehoben, dass Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen durch ihr Berufsethos verpflichtet sind, innerhalb des Methodenspektrums ihrer Profession tätig zu sein. In einer ersten Fassung des Dokuments wurde dies durch den Hinweis konkretisiert, dass Vertreter:innen der betreffenden Berufsgruppen nicht die Initiative zu einem Gebet oder einem anderen Ritual ergreifen sollen. In der finalen Fassung wurde eine Formulierung gewählt, die zwar das Gebet nicht mehr erwähnt, zugleich jedoch absoluter klingt: „*Dies schließt religiöse oder spirituelle Interventionen aus. Dies stellt eine sinnvolle und notwendige Selbstbeschränkung dar.*" (Utsch et al. 2017, S. 144) Die nicht näher spezifizierte Formulierung lässt es zwar offen, ob ein Gebet(sangebot) als eine „religiöse oder spirituelle Intervention" zu betrachten ist, doch ist zu vermuten, dass es unter diese Kategorie fällt.

Es dürfte unter hiesigen Verhältnissen eher einen Ausnahmefall darstellen, dass Gesundheitsfachpersonen mit ihren Patient:innen beten. Anders dürfte es sich jedoch mit dem Gebet für Patient:innen verhalten. Anekdotische Berichte lassen vermuten, dass es nicht wenige Gesundheitsfachpersonen gibt, die auf diskrete Weise für ihre Patient:innen beten. Das belegt auch eine durchgeführte Studie, die die spirituellen Praktiken von deutschen Ärzt:innen untersuchte, die zur Mehrheit eine komplementärmedizinische Spezialisierung besaßen (Büssing et al. 2013). 47 % der Befragten gaben an, für andere zu beten. Obwohl nicht nach den Gebetsadressaten gefragt wurde, kann man davon ausgehen, dass die betreffenden Ärzt:innen auch für ihre Patient:innen beten. In einer von Susanne Schneider und Robert Kastenbaum bei Hospizmitarbeiter:innen in Arizona durchgeführten Umfrage

war die Zahl noch bedeutend höher: Die große Mehrheit der Befragten gab an, im Stillen häufig für ihre Patient:innen zu beten (Schneider und Kastenbaum 1993). Ob man ein solches Gebet als unauffällige Form gesundheitsberuflicher Spiritual Care betrachten soll oder eher als eine private Angelegenheit, hängt vom vorausgesetzten Verständnis der beruflichen Rolle und Aufgabe ab. Die von Schneider und Kastenbaum befragten Hospizmitarbeiter:innen, die sich fast alle als religiös beschrieben, bezeichneten das stille Gebet als zentrales Element ihrer beruflichen Tätigkeit – auch wenn diese intensive Gebetspraxis nur in sehr seltenen Fällen zu einem Beten mit Patient:innen führte (Schneider und Kastenbaum 1993, S. 479).

Während die oben zitierten Empfehlungen der DGPPN alle *„religiösen oder spirituellen Interventionen" aus dem psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxisfeld ausschließen*, findet sich in der U.S.-amerikanischen Fachliteratur der Trend, es unter gewissen Bedingungen als legitim und sinnvoll zu erachten, wenn Gesundheitsfachpersonen mit Patient:innen beten. Eine bejahende Position findet sich in Harald Koenigs Standardwerk *Spirituality in Patient Care* (Koenig 2012). Die Argumentation ist hier vom Gedanken geleitet, dass Gesundheitsfachpersonen religiöse Aktivitäten dann fördern und unterstützen sollen, wenn „diese dem Patienten bei der Bewältigung seiner Krankheit und der daraus erwachsenden Veränderungen helfen" (S. 67). Doch beschränkt sich die Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen in diesem Zusammenhang nicht darauf, das Gebet zu ermöglichen (z. B. durch den Beizug der Seelsorge)? Verlassen sie nicht ihre professionelle Rolle, wenn sie Patient:innen zum Gebet ermutigen, mit ihnen über ihre Gebetsnöte sprechen (Taylor 2003) oder mit ihnen und für sie beten?

Nach Koenig ist zu differenzieren: Im Normalfall sollen Gesundheitsfachleute diese Aufgaben den dafür zuständigen Seelsorgenden überlassen. Doch gebe es besondere Situationen, in denen es legitim und sinnvoll ist, dass auch Gesundheitsfachpersonen sich involvieren lassen: zum einen, wenn Patient:innen selbst die Bitte um ein solches Gebet äußern; zum anderen gebe es Grenzfälle, in denen es sinnvoll sein kann, ein Gebet zu initiieren. Die Problematik eines solchen Angebotes wird auch von Koenig unterstrichen: „Wegen dem Machtgefälle besteht das Risiko, dass die Initiative der Gesundheitsfachperson als Druck empfunden wird; es ist nicht einfach für einen Patienten, zu einem solchen Vorstoß Nein zu sagen, besonders im Krankenhaus, wo er sich nicht auslesen kann, wer ihn betreut." (S. 68)

Koenig nennt drei Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit ein solches Angebot dennoch legitim sein kann: Zum einen müsse die betreffende Fachperson „mit Sicherheit wissen, dass der Patient ein Angebot zum Gebet gerne annehmen wird" (S. 69); zum anderen sei es nötig, dass sie denselben religiösen Hintergrund habe; und schließlich sei eine solche Initiative nur dann gerechtfertigt, wenn ein dringliches spirituelles Bedürfnis vorliege. Ein solches Gebet soll Krisen und Umständen vorbehalten bleiben, in „denen weder der Patient noch die Fachperson den Ausgang der Dinge in der Hand haben" (S. 70). Darüber hinausgehend lässt sich noch ein weiteres Kriterium benennen, das Koenig als selbstverständlich voraussetzt: Die betreffende Fachperson muss sich selbst sicher fühlen beim Gedanken, in der betreffenden Situation ein Gebet zu sprechen. Während die letztgenannten

Kriterien unstrittig sein dürften, bedarf die Frage des interreligiösen Betens, die auch die Seelsorge betrifft, der weiteren Diskussion. Gibt es nicht Situationen, in denen ein interreligiöses Gebetsangebot im klinischen Kontext gerechtfertigt sein kann?

40.3 Interreligiöses Gebet im klinischen Kontext

In einem Fallbericht, der 2001 veröffentlicht wurde, beschreibt der jüdische Arzt Bruce D. Feldstein ein von ihm selbst initiiertes Gebet mit einer katholischen Patientin. Feldstein hatte sie eben erst kennengelernt: eine 86-jährige Frau mit einem metastasierenden Lungenkrebs. Als diensthabender Arzt hatte Feldstein die Aufgabe, ihr den jüngsten Befund mitzuteilen. Die Metastasen hatten sich auf das Gehirn ausgebreitet. Frau Martinez, wie sie genannt wird, reagierte schockiert: „Das ist ein Todesurteil." Nach einem vergeblichen Versuch, sie zu beruhigen, wagte sich Feldstein auf ein ihm unbekanntes Feld vor:

> „Ich bemerkte, dass sie ein großes Kruzifix um den Hals trug und erinnerte mich an eine Geschichte über einen Kardiologen, der zusammen mit seiner Patientin betete. Ich wusste, was ich zu tun hatte. Ich fühlte mich dabei sehr unwohl. Zwar hatte ich mit meinen Patienten gelegentlich schon über Spiritualität und Religion gesprochen, aber den Gedanken, zusammen mit einem Patienten zu beten, war eine andere Sache. Wie sollte ich vorgehen? ‚Liegt ihnen etwas am Gebet', fragte ich zögernd. Frau Martinez nickte: ‚Ja.' Unbeholfen machte ich ihr das Angebot: ‚Also, würden sie ein gemeinsames Gebet schätzen?' Sie schaute sofort zu mir auf. ‚Ja, gerne.' Und nun? Wir kamen aus völlig unterschiedlichen Welten. Sie war katholisch und hatte einen mexikanischen Hintergrund. Ich bin jüdisch, stamme aus Detroit und war mit meinen 43 Jahren halb so alt wie sie. Eben erst haben wir uns kennengelernt. Sie betete zu Jesus. Ich betete nicht zu Jesus. Was sollte ich sagen? Im Medizinstudium war ich nicht auf eine solche Situation vorbereitet worden. Ich legte ihre Hände in die meinigen. Wir schlossen unsere Augen. Ich wartete darauf, dass sie den Anfang machte, doch realisierte ich bald, dass sie auf mich wartete. Ich begann zu sprechen im Vertrauen darauf, dass mir die richtigen Worte kommen und sie Trost darin finden würde. ‚O Gott, Du, der Du der große Heiler bist.' Ich hielt einen Augenblick inne und dachte darüber nach, was ich als nächstes sagen sollte. Frau Martinez wiederholte: ‚O Gott, Du, der Du der große Heiler bist.' Sie folgte mir! Nun hatte ich die richtigen Worte zu finden, die sie wiederholen konnte. ‚Der du uns durchs Leben führst', sprach ich. ‚Der du uns durchs Leben führst', wiederholte sie. Ich fuhr fort und Frau Martinez wiederholte es. […] ‚Danke, dass Du unser Beten erhörst.' ‚Danke, dass Du unser Beten erhörst', war ihr Echo. ‚Amen.' ‚Amen.' Erleichtert öffnete ich die Augen. Die ihrigen hingegen blieben geschlossen. Sie ließ meine Hand nicht los und begann das Vaterunser zu beten: ‚Vater unser im Himmel, geheiligt werde Dein Name …' Ich folgte, so gut ich konnte. Dann begann Frau Martinez auf Spanisch zum Heiligen Judas zu beten, dem Schutzheiligen für hoffnungslose Fälle, wie ich später erfuhr. Nachdem sie damit fertig war, öffneten wir beide die Augen. Frau Martinez wirkte sichtlich beruhigt. Sie schaute mir direkt und tief in die Augen. ‚Ich danke Ihnen', sagte sie sanft. Dabei rollte ihr eine Träne über die Wangen. Auch ihr Sohn hatte feuchte Augen. ‚Ich danke Ihnen', antwortete ich. Ich war ebenfalls den

> Tränen nahe und von einer tiefen Dankbarkeit erfüllt. […] Mit Frau Martinez zu beten, fühlte sich völlig richtig an. Aber war es das wirklich? Für sie und ihren Sohn war es gewiss tröstlich. Und ebenso für mich, der ich mit dem Gefühl hinausging, mich als nützlich erwiesen zu haben, während ich mich sonst trost- und hoffnungslos gefühlt hätte. Doch ist das Gebet mit einem Patienten ethisch oder rechtlich zu rechtfertigen? (Feldstein 2011, S. 1291 f.; meine Übersetzung).

Betrachtet man die Gebetsworte, so gehören sie zum gemeinsamen Schatz jüdischen und christlichen Betens. Feldstein wählte eine offene Gottesanrede und Formulierungen, wie sie im jüdischen als auch im christlichen Beten üblich sind. Frau Martinez konnte diese Gebetsworte gut nachsprechen und ergänzte sie anschließend durch die ihr vertrauten Gebete: das Vaterunser, das Feldstein noch mitbeten konnte, und ein spanisches Gebet zum Heiligen Judas, das Feldstein durch seine schweigende Präsenz begleitete. Dieses Gebet markierte zugleich eine Grenze: Es war ein Gebet, das Feldstein als Jude nicht mehr laut mitbeten konnte. Er hätte es auch dann nicht mitbeten können, wenn Frau Martinez es auf Englisch gesprochen hätte und es ihm bekannt gewesen wäre. Dennoch hat er es auf seine Weise mitgebetet. Die Beteiligten bleiben in ihrer eigenen Gebetswelt und sind zugleich durch ein gemeinsames Anliegen und leibsinnliche Kopräsenz verbunden. Dass das von Feldstein initiierte Gebet zu einem Ereignis wurde, das vermutlich für alle Beteiligten berührend und tröstlich war, dürfte nicht zuletzt damit zu tun haben, dass die Gebetsworte mit intensivem Körperkontakt verbunden waren. Feldstein umschloss die Hände von Frau Martinez und sie beteten beide mit geschlossenen Augen, was die körperliche Berührung intensivierte. Im Vollzug des Betens wurde Solidarität und wohlwollende Präsenz auf leibsinnliche Weise spürbar.

Wie ist das von Feldstein beschriebene Gebet in ethischer Hinsicht zu beurteilen? In der beschriebenen Gebetssituation sind bestenfalls zwei von vier der oben genannten Bedingungen für ein Gebetsangebot seitens einer Gesundheitsfachperson erfüllt: Zweifellos handelt es sich um eine Grenzsituation, in der „weder der Patient noch die Fachperson den Ausgang der Dinge in der Hand haben“. Ob Feldstein mit Sicherheit wissen konnte, dass Frau Martinez, die er eben erst kennengelernt hatte, sein Gebetsangebot annehmen würde, ist allerdings fraglich. Feldstein beschreibt sein Gebetsangebot als Wagnis. So sicher er sich in seiner Intuition auch war, so unbehaglich fühlte er sich gleichzeitig aufgrund seiner fehlenden Vorerfahrungen und der religiösen Differenz. Rührte sein Unbehagen auch daher, dass er Frau Martinez nicht über seine jüdische Religionszugehörigkeit aufgeklärt hatte und er dadurch umso mehr genötigt wurde, Gebetsworte zu finden, die sowohl zu seinen eigenen Überzeugungen wie zur katholischen Gebetspraxis seiner Patientin passten? Wäre es nicht angezeigt gewesen, Frau Martinez darüber zu informieren, dass sie es mit einem jüdischen Arzt zu tun hatte, der bereit war, sich auf ihre christliche Gebetspraxis einzulassen? Doch wäre eine solche Frage in der Situation, in der Frau Martinez sich befand, nicht störend und unpassend gewesen?

40.4 Säkulares Gebet?

Wenden wir uns zum Schluss noch einem weiteren Grenzfall zu: Ist es unter gewissen Umständen denkbar, dass auch Professionelle ohne religiösen Glauben sich an einem Gebet beteiligen, wenn Patient:innen einen solchen Wunsch äußern? In der folgenden Vignette wird eine solche Situation geschildert:

> „P.M., eine erfahrene Pflegefachfrau, erholte sich gerade von einer größeren Unterleibsoperation. Es gab Komplikationen und sie fühlte sich auch emotional erschöpft. Eine fähige junge Pflegefachfrau unterstützte sie durch eine kompetente postoperative Pflege. P.M. fragte die junge Fachfrau: ‚Es würde mir wirklich nichts ausmachen, wenn Sie meine eigenen Überzeugungen nicht teilten, doch wären Sie so lieb, mit mir zusammen ein Gebet zu sprechen?' P.M. formulierte ihre Frage sehr sorgfältig, um die Pflegefachperson nicht in eine ungemütliche Situation zu bringen. Man kann sich vorstellen, wie enttäuscht sie war, als die Pflegefachperson sie mit der Antwort überraschte: ‚Nein, ich mache das nicht.'" (Taylor 2003, S. 179)

An der Authentizität einer solchen Antwort ist ebenso wenig zu zweifeln wie an der Legitimität, einen solchen Gebetswunsch abzuweisen. Auf eine zurückhaltend gestellte Frage einer vulnerablen Person mit einem schroffen Nein zu antworten, ist dennoch problematisch. Wie ist es möglich, in solchen Situationen zu den eigenen Grenzen zu stehen, ohne jemanden zu verletzen? Die junge Pflegefachfrau hätte beispielsweise vorsichtig zurückfragen können, ob sie Frau M. eine dafür geeignete Person vermitteln dürfe. Oder sie hätte ihr vorschlagen können, ein durch die Patientin selbst gesprochenes Gebet durch stille Präsenz und gute Gedanken zu unterstützen. Nach der bereits zitierten Studie von Balboni und Kollegen gibt es zudem Gesundheitsfachpersonen, die ein Gebet als tröstlichen Zuspruch wahrnehmen, der nicht notwendigerweise einen religiösen Glauben voraussetzt. Einer der Befragten formulierte es so: „Gebet hat für mich nichts mit Religion zu tun. Es ist eine Gruppe von Worten, die einer Person Hoffnung, Sinn und Frieden vermitteln können" (Balboni et al. 2011, S. 842). Säkulare Formen des Betens finden sich im Übrigen auch bei Patient:innen. So wird etwa das Gebet zu Schutzengeln auch von Patient:innen praktiziert, die sich als nicht religiös und nicht spirituell beschreiben (Büssing et al. 2015).

Literatur

Alderson A (2009) Nurse suspended for offering to pray for elderly patient's recovery. The Telegraph, 31 Aug 2009. http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/4409168/Nurse-suspended-for-offering-to-pray-for-patients-recovery.html. Zugegriffen am 10.11.2022

Balboni MJ, Barbar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block SD, Kachnic L, Hunt J, Peteet J, Prigerson HG, VanderWeele TJ, Balboni TA (2011) "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. J Pain Symptom Manag 41(5):836–847

Büssing A, Hirdes AT, Baumann K, Hvidt NC, Heusser P (2013) Aspects of spirituality in medical doctors and their relation to specific views of illness and dealing with their patients' individual situation. Evid Based Complement Alternat Med 2013:734392

Büssing A, Reiser F, Michalsen A, Zahn A, Baumann K (2015) Do patients with chronic pain diseases believe in guardian angels even in a secular society? A cross-sectional study among German patients with chronic diseases. J Relig Health 54:76–86

Feldstein BD (2011) Toward healing. JAMA 286(11):1291–1292

French C, Narayanasamy A (2011) To pray or not to pray: a question of ethics. Br J Nurs 20(18):1198–1204

Koenig HG (2012) Spiritualität in den Gesundheitsberufen. In: Ein praxisorientierter Leitfaden. Bearbeitet und mit einem Geleitwort von René Hefti. Kohlhammer, Stuttgart

Peng-Keller S (2017) Gebet als Resonanzereignis. Konzeptionelle und ethische Annäherungen im Hinblick auf interprofessionelle Spiritual Care. In: Peng-Keller S (Hrsg) Gebet als Resonanzereignis. Annäherungen im Horizont von Spiritual Care, Theologische Anstöße, Bd 7. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 9–25

Peng-Keller S (2021) Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Schneider S, Kastenbaum R (1993) Patterns and meanings of prayer in hospice caregivers. An exploratory study. Death Stud 17:471–485

Taylor EJ (2003) Prayer's clinical issues and implications. Holist Nurs Pract 17(4):179–188

Taylor EJ (2022) During the COVID-19 pandemic, should nurses offer to pray with patients? Nursing 50(7):42–46

Utsch M, Anderssen-Reuster U, Frick E, Gross W, Murken S, Schouler-Ocak M, Stotz-Ingenlath G (2017) Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Positionspapier der DGPPN Spirit Care 6:141–146

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Vom verlorenen Himmel

41

Ein theologischer Blick auf die Energien des Himmels, die gegenwärtiger sind, als viele vermuten

Jürgen Kehnscherper

„Denn wir haben nicht gegen Menschen aus Fleisch und Blut zu kämpfen, sondern gegen Mächte und Gewalten, gegen die Weltherrscher dieser Finsternis, gegen die bösen Geister in den himmlischen Bereichen. (Paulus, Brief an die Gemeinde in Ephesus, 6,12)[1]

Die Welt wäre ganz unzureichend erkannt, ließe man den Himmel außer acht, denn dann wüsste man nicht, welche Mächte das sind, die den Menschen ziehen und sich um ihn streiten. Man wüsste sich in diesem Streit nicht zu verhalten.“ Thomas Ruster, Von Menschen, Mächten und Gewalten.“ (Aus Thomas Ruster, Von Menschen, Mächten und Gewalten. Eine Himmelslehre [c] Matthias Grünewald Verlag. Verlagsgruppe Patmos in der Schwabenverlag AG, Ostfildern 2007)

41.1 Der verlorene Himmel der Theologie

In der europäisch geprägten protestantischen Theologie wagt heute kaum noch jemand, über den Himmel (*heaven,* der religiöse Himmel im Gegensatz zu *sky*) als einen natürlichen Bestandteil unserer Welt zu reden.[2] Auch wenn es in der Bibel von himmlischen

[1] Nach der revidierten Einheitsübersetzung von 2016 (katholisch). „Mächte und Gewalten“ gr. *archai* und *exousiai;* „himmlischer Bereich“ gr. *ep-ouranios.*

[2] Rühmliche Ausnahme ist in neuerer Zeit von protestantischer Seite: Zeiliger 1999; im katholischen Bereich: Ruster 2007. Der nachfolgende Text wurde durch diese beiden Autoren angeregt.

J. Kehnscherper (✉)
Evangelisch-Lutherische Kirche in Norddeutschland, Rostock, Deutschland
e-mail: juergen.kehnscherper@kda.nordkirche.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_41

Mächten und Gewalten[3] nur so wimmelt, in der Exegese gelten sie als fantastische Produkte eines mythischen Weltbildes ohne jede Relevanz für uns. Sie taugen höchstens noch als Metaphern für etwas, was sich soziologisch oder psychologisch angemessener beschreiben lässt.

Erledigt sind die himmlischen Mächte damit allerdings noch lange nicht. Aus der Theologie sind sie ausgezogen, aber in Literatur, Musik, Theater und Film ist die „Engeldichte" auch heute noch ähnlich hoch wie in der Bibel selbst. Umfragen belegen regelmäßig, dass in Deutschland mehr Menschen an Engel glauben als an Gott. Eine Mehrheit von immerhin rund 60 % ist offensichtlich nicht bereit, sich ihren Himmel nehmen zu lassen. Das lässt hoffen. Allerdings ergibt ein Himmel ohne Gott wenig Sinn. Ohne Gott degenerieren Engel zu „Jahresendflügelpuppen" (so wurden Engel in der DDR genannt) oder aber zu fantastischen Wesen, die bei Bedarf ohne Weiteres für alle möglichen Dienstleistungen in Anspruch genommen werden können.

41.2 Der *Himmel* ist eine gegenwärtige und ganz irdische Angelegenheit

Er steckt nicht irgendwo zwischen den Wolken und er verbirgt sich auch nicht im Jenseits. Im biblischen Verständnis bezeichnet der Himmel die Dimension von geistigen (lateinisch: spirituellen) Kräften, die nicht erst in einem zukünftigen Jenseits, sondern zu jeder Zeit auf der Erde ein Eigenleben entfalten können. Besonders offenkundig sind diese Kräfte auch heute noch in Verbindung mit sozialen Systemen. Denn Institutionen, Unternehmen, Parteien oder Verwaltungen sind mehr als die Summe ihrer Teile. Sie generieren einen immateriellen Mehrwert, eine Atmosphäre, eine geistige Kraft, die zu einer höchst wirksamen Realität werden kann, lebensdienlich oder destruktiv. Ihre Macht manifestiert sich nicht durch paranormale Energien, ihr Medium ist – wie schon zu biblischen Zeiten im Imperium des Kaisers Augustus (Zanker 1990) – die Kommunikation: sprachliche oder architektonische Bilder, sinnstiftende Narrative, Symbole, Rituale, Prozessionen, Leitbilder oder Corporate Identity. Was die Bibel *Mächte und Gewalten* nennt, kann daher

[3] Biblische Begriffe, die zugleich soziale/weltliche und geistige/geistliche Kräfte bezeichnen können: *angelos* – Bote; *dynamis* – Vermögen, Kraft, Macht; *exousia* – vollmächtige Souveränität; *kyriotes* – Herrschaftsbereich; *archon* – Beherrscher. Auch *thronos* (Kol., 1,16): leerer, jedoch auf die abwesende Majestät wirkungsvoll hinweisender Thronstuhl, „man denke an den leeren Thron im englischen Oberhaus, vor dem sich die Lords beim Eintritt in den Raum zu verneigen haben!" (Barth 1976, S. 370).

auch heute noch zur Interpretation sozialer und gesellschaftlicher Realitäten in Anspruch genommen werden.[4]

41.3 Engel und Dämonen

Auch wenn es überraschen mag: Die Apokalypse des Johannes, das biblische Buch, dem die bekanntesten Bilder und Vorstellungen vom Himmel zu verdanken sind, ist keineswegs auf die Zukunft fokussiert, auch nicht auf den Weltuntergang, sondern auf die Gegenwart. Das griechische Wort Apokalypse bedeutet Aufklärung. Aufklärung über die geistigen Energien, die nicht erst am Ende der Welt, sondern in unterschiedlicher Gestalt und Verkleidung jederzeit am Werk sind. In diesem Sinne sieht Johannes *den Himmel offen* und kann die destruktiven und heilenden Kräfte identifizieren, die aktuell den Lauf der Welt bestimmen – und damit auch über deren Zukunft entscheiden (Berger 2020, S. 161 f. und öfter) (Abb. 41.1).

Die himmlischen Kräfte sind im biblischen Verständnis keineswegs „über-natürlich", denn sie sind als Möglichkeiten und Strukturen in Gottes Schöpfung angelegt. So wie die gesamte Schöpfung, ist in theologischer Deutung auch der Himmel gefallene Schöpfung. Daher können seine Engel als gefallene Mächte zu Dämonen werden. So wie alle Geschöpfe können jedoch auch sie zu ihrer göttlichen Bestimmung zurückfinden – was jedoch zunächst die Heilung der gefallenen menschlichen Natur voraussetzt: „Denn das ängstliche Harren *der Kreatur* [zu der auch die *Mächte und Gewalten* zählen] wartet darauf, dass die Kinder Gottes offenbar werden."[5] Das ist wichtig. Der Mensch kann sich nicht herausreden, dass er ein hilfloses Opfer der Mächte und Gewalten sei. Er hat seinen Anteil daran, wenn diese übermächtig werden.

Engel und Dämonen sind in der biblischen Himmelslehre keine starren Kategorien, sondern sie befinden sich in einem zähen Kampf, einem Wechselspiel, das auf der Erde seine Spuren hinterlässt.

---

[4] Leider ist hier nicht der Rahmen, um auch auf die faszinierende *Himmelslehre* des katholischen Theologen Thomas Ruster einzugehen. Seine These ist, dass die kirchliche Lehre von den Engeln (*Angelologie*) die gleichen Strukturen beschreibt, wie Niklas Luhmann in seiner Systemtheorie. Ruster liest die klassische Angelologie von der Systemtheorie her neu. Und in der Tat sind die biblischen *Mächte und Gewalten*, ähnlich wie Luhmanns Funktionssysteme, in besonderer Weise mit den Menschen verschränkt. Als *thora-codierte*, d. h. dem ersten Gebot unterworfene Systeme wirken sie als lebensdienliche Engel. Wenn sie *herrenlos* und allein auf ihren Selbsterhalt fixiert sind, werden sie zu dämonischen Mächten.

[5] Röm. 8,19, (*Hervorhebung* durch J.K.).

Abb. 41.1 In diesem Sinne sieht Johannes den Himmel offen und kann die destruktiven und heilenden Kräfte identifizieren, die aktuell den Lauf der Welt bestimmen – und damit auch über deren Zukunft entscheiden. (Mit freundlicher Genehmigung von akg-images/ Erich Lessing)

Aus dieser Perspektive werden auch die vollkommen gegensätzlichen Aussagen der Bibel z. B. über den Staat nachvollziehbar. Das bekannte Votum in Römer 13,1, „es gibt keine Obrigkeit außer von Gott“, steht neben der Versuchungsgeschichte Jesu, in der es der Teufel persönlich ist, der „alle Reiche dieser Welt“ zu vergeben hat (Mt. 4,8); oder der Vision aus Apokalypse 13, wo der Chaos-Drache üble Monster auf die Menschheit loslässt, die unverkennbar die Züge eines (jedes!) Imperiums tragen.[6] Beides ist richtig: Gott hat die Menschen nicht in die Welt gesetzt, ohne ihnen die Möglichkeiten mitzugeben, sich als Gemeinwesen zu organisieren. Insofern ist „alle Obrigkeit von Gott“. Diese Strukturen können *als gefallene* aber auch „des Teufels“ sein.

[6] Als Paulus um das Jahr 55 herum den Römerbrief schrieb, hat noch der stoische Philosoph Seneca die Regierungsgeschäfte für den jungen Nero geführt. Eine christliche Existenz erschien dem Paulus unter dieser Herrschaft möglich. Der Seher Johannes verarbeitet Erfahrungen aus der späteren Zeit Neros oder Domitians, deren Herrschaft aus christlicher Perspektive dämonische Züge angenommen hatte.

41.4 Wohnt Gott im Himmel?

Ist der Himmel erst einmal als wirkmächtiger Bestandteil unserer Welt wiederentdeckt, wird die geläufige Vorstellung von ihm als Aufenthaltsort Gottes fragwürdig, so der Dortmunder katholische Theologe Thomas Ruster (2007, S. 24). Sollte Gott seine Transzendenz aufgegeben haben und seine eigene Schöpfung bewohnen? Für die hebräische Bibel ist das undenkbar. Auch wenn in ihr häufig von „Gott im Himmel" die Rede ist (z. B. Psalm 115), so ist der Himmel in diesen Fällen offensichtlich eine Chiffre für Gottes Transzendenz. Ansonsten gilt der Grundsatz, dass „der Himmel und aller Himmel Himmel Gott nicht fassen" (1. Könige, 8,27; 2. Chronik 2,5; 6,8.). Der Himmel kann höchstens Gottes Thron sein und seine Macht repräsentieren, auch wenn er selbst gar nicht auf diesem Thron sitzt. Und auch die Erde in all ihrer Pracht ist höchstens der Schemel seiner Füße, der vor dem (leeren) himmlischen Thron steht (Jesaja, 66,1). Schöpfer und Geschöpf sind im ersten Testament eng aufeinander bezogen, sie bleiben jedoch streng voneinander getrennt.

Wenn Jesus also zu beten lehrt: „Unser Vater im Himmel", dann ist das eine starke Glaubensaussage. Gott wird nicht im transzendenten Jenseits angerufen, sondern in einem besonders wirkmächtigen Bereich seiner Schöpfung. In einem „Zwischen-Raum", der für den Menschen zwar erfahrbar, aber letztlich nicht manipulierbar oder gar beherrschbar ist. Gott wird angerufen im Vertrauen darauf, dass er gerade dort, auf der Ebene der Mächte und Gewalten eingreifen und diese zu ihrer eigentlichen Bestimmung zurückführen wird. Daran fügt sich ganz schlüssig die Bitte: „Dein Reich komme, dein Wille geschehe, wie im Himmel, so auf Erden."

Jesus selbst hat seine Erfahrungen mit den gefallenen Mächten dieser Welt machen müssen und er hat ihnen wie kein anderer widerstanden. Erst nachdem die Dämonen überwunden sind, kommt die Versuchungsgeschichte zu ihrem Schluss: „Und siehe, da traten Engel herzu und dienten ihm." (Matthäus, 4,11)

Lässt man sich wie Thomas Ruster auf diese Deutung ein, dann wird auch die ansonsten schwer fassbare Himmelfahrt Jesu plausibel: Nicht als fantastisches Entschwinden ins wolkige Jenseits, sondern als „Einsetzung in den Himmel als den Bereich der Schöpfung, in dem er von nun an seine Herrschaft über die Mächte und Gewalten ausübt". (Ruster 2007, S. 25)

41.5 Wie können wir heute verständlich über himmlische Mächte reden?

Der gegenwärtige und konkret wahrnehmbare Himmel, der Zwischen- oder Begegnungsraum für Gott und Mensch, wurde im Zuge der europäischen Aufklärung in ein unerreichbares Jenseits bzw. in die Zeit nach dem Tod verschoben – und mit ihm auch Gott, der ja in diesem Himmel *wohnt*. Beide werden zu einer reinen Glaubenssache ohne jeden möglichen Erfahrungshintergrund. Weder der Himmel noch seine Einwohnerschaft haben sich

damit jedoch erübrigt. Himmlische Mächte haben nach wie vor eine alles beherrschende Präsenz in der Welt. Wer sie nicht wahrnehmen will oder kann, wer keinen Sinn und keine Sprache für sie hat, ist den gefallenen Mächten mitunter hilflos ausgeliefert.

Die Frage ist: Wie können wir auch heute noch nachvollziehbar von Mächten und Gewalten reden, ohne zur Spökenkiekerin oder zum Spiritisten zu werden?

41.6 William Stringfellow: Image, Institution und Ideologie als geistige Mächte[7]

„Das Wissen um diese Mächte und Gewalten ist heute in den Kirchen verloren gegangen, weniger jedoch außerhalb der Kirchen", konstatierte William Stringfellow (1928–1985) für die USA schon in den 1960er-Jahren (Stringfellow 1968). Er hatte erlebt, dass Studierende der *Business School* in Harvard seine theologische Vorlesung über „Mächte und Gewalten" sehr gut nachvollziehen konnten, während am selben Tag Studierende der *Divinity School* bei dem gleichen Thema skeptisch und ablehnend blieben. Die Studierenden der Wirtschaftswissenschaften hatten offenkundig schon ihre Erfahrungen innerhalb der Einflussbereiche großer Körperschaften und Wirtschaftsmächte gemacht und daher eine „große Aufgeschlossenheit, Intelligenz und Einsicht in Bezug auf das Wesen dieser Mächte und ihre Auswirkungen auf den Menschen" erworben. (Stringfellow 1968; siehe auch Zeilinger 1999, S. 45)

Möglicherweise konnte auch Stringfellow selbst über die himmlischen Mächte so unbefangen und kreativ publizieren, weil er kein reguläres Theologiestudium durchlaufen hatte, sondern seinen Abschluss als Jurist gemacht hatte. Auf eine mögliche Karriere als Berufsdelegierter in der ökumenischen Bewegung verzichtete er und praktizierte stattdessen als Anwalt in einem sozialen Brennpunkt in New York. Stringfellow erregte Aufsehen mit seinen äußerst anregenden und tiefgründigen theologischen Arbeiten. Der berühmte Schweizer Theologe Karl Barth sagte nach einer Podiumsdiskussion vor 2000 Gästen über den jungen Stringfellow: „You should listen to this man!" (Zeiliger 1999, S. 35 f.)

Stringfellow argumentierte, dass die Erfahrungen, auf die sich biblische Begriffe und Bilder beziehen, auch in der modernen Gesellschaft wohlbekannt sind. Sie werden heute nur anders benannt: „Was die Bibel *Mächte und Gewalten* nennt, heißt heute *Ideologie*, *Institution* und *Image*. Diese Mächte sind, in welcher Form und Spielart sie auch auftreten, *eine lebendige Wirklichkeit, die man von menschlichem und anderem organischem Leben unterscheiden kann*." (Stringfellow 1968, S. 35, *Hervorhebung* durch J. K.)

Ein **Image** ist das Bild, das mit einer berühmten Person verbunden ist und auch über deren Tod hinaus wirkmächtig bleibt. „So gab es eine Zeitlang den Filmstar Marilyn Mon-

[7] Ausführliche deutschsprachige Darstellung und Diskussion zum überaus komplexen Werk Stringfellows, das (fast) nur im amerikanischen Original zugänglich ist, bei Zeiliger 1999, S. 33–70; vgl. auch Ruster 2007, S. 182–197.

roe. Die Person ist jetzt tot, aber das Image Marilyn Monroe ist keineswegs tot. […] es gab zwei Leben, die diesen Namen beanspruchten und führten, eines eine Macht, das andere eine Person. Nur letztere starb. Erstere ist lebendiger denn je.“ (Stringfellow 1968, S. 36). Die Beispiele ließen sich beliebig ergänzen: Elvis Presley oder J. F. Kennedy, Michael Jackson oder Marlene Dietrich. Alle Menschen haben ein Image, aber längst nicht alle erzeugen eine derart starke soziale Resonanz wie das Image von Personen, die zum *Star*, das meint wohl: in den Himmel (!) aufgestiegen sind.

Manchmal erwächst aus dem öffentlichen Image noch viel mehr als eine relativ harmlose *Diva*, die einfach nur bestaunt und bewundert, mitunter aber auch *angebetet* werden will – wodurch das Image dann freilich schon die klassische Definition für ein Götzenbild erfüllt. Mitunter wird jedoch ein Image mit so viel Verehrung und Unterwerfung aufgeladen, dass es zu einer institutionellen oder ideologischen Macht aufsteigt.

So sind beispielsweise die Personen Hitler, Stalin, Mussolini oder Mao schon lange tot. Als Images, als geistige Mächte: Als Dämonen sind sie nach wie vor mächtig und zwingen aktuell wieder unzählige Menschen in ihren Bann. Sie finden willige Gefolgsleute. Und sie finden Nachahmer, die regelrecht besessen werden von ihrem Dämon, die mit ihm verschmelzen und ihre eigene Persönlichkeit längst aufgegeben haben, wenn ihr biologisches Leben abläuft. Ein zur Ideologie und Institution aufgestiegenes dämonisches Image beginnt ein Eigenleben und ist mächtiger als sein ursprünglicher Träger. So kann ein Diktator anscheinend in freier Entscheidung einen Krieg beginnen. Beenden kann er ihn jedoch nicht mehr so ohne Weiteres. Er wird zum Gefangenen der ideologischen und institutionellen Dämonen, die er selbst beschworen hat.

Auch **Institutionen** sind zunächst von Menschen abhängig – bis sich das Verhältnis umkehrt. Menschen bauen eine Institution auf und arbeiten dafür, dass sie erfolgreich ist: ein Unternehmen, eine Behörde, ein Finanzsystem, eine politische Partei, eine Religionsgemeinschaft, eine Gewerkschaft, ein Rechtssystem oder ein Krankenhauskonzern. In einer eigentümlichen Dynamik drehen sich die Machtverhältnisse um. Die ursprünglichen Ziele, Aufträge oder Ideale treten in den Hintergrund, die bloße Existenz der Institution wird immer wichtiger und schließlich zum Selbstzweck. Was freiwillig begonnen wurde, mutiert zum Zwang. Aus einer sinnvollen und notwendigen Verwaltung wird eine Bürokratie, aus einem Rechtssystem ein Unterdrückungsapparat und aus einem solidarischen Gesundheitssystem eine *Cashcow*, die von den Mitarbeitenden bis zur Erschöpfung (auch der eigenen) gemolken werden will.

Eine Firma oder sonstige Einrichtung verlangt von den Menschen in ihrer Einflusssphäre, dass sie (und womöglich auch ihre Familien) dem Selbsterhalt der Institution dienen und ihre eigenen Interessen dabei zurückstellen, und zwar über alle Hierarchien hinweg von den Führungsetagen bis zur Zeitarbeitskraft. Die Forderung nach der Bindung an eine Institution geht oft einher mit dem Hinweis, dass diese Unterwerfung für die Institution und damit auch für die Mitarbeitenden nützlich sei. Das ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass das Produkt ihrer eigenen Arbeit den Menschen als eine fremde Übermacht gegenübertritt, deren Interessen sie zu dienen haben, anstatt umgekehrt. Aus der Perspektive einer zum Selbstzweck aufgestiegenen Institution ist es ohnehin nur ein Nebeneffekt,

dass sie für Menschen in ihrem Bereich den Lebensunterhalt ermöglicht oder etwas Lebensdienliches bewirken kann. Ohne Zögern wird sie darauf verzichten, sobald es ihr möglich und nützlich erscheint.

Stringfellow nennt als Beispiele große Anwaltskanzleien in seinem Land, deren Mitarbeitende sich Übergriffigkeiten bis hinein in ihre Familienplanung zu unterwerfen haben. Nun gibt es in der Bundesrepublik heute Gesetze, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schützen sollen. Doch allein schon die Tatsache, dass derartige Gesetze überhaupt notwendig sind, dass sie sehr hart erkämpft werden müssen und es immer wieder Versuche gibt, sie zu umgehen oder aufzuweichen, spricht eine deutliche Sprache.

Auch bei uns verlangen Institutionen aller Art von ihren Untergebenen die Übernahme ihrer jeweils eigenen Logik, „also *corporate identity* bis zur Selbstaufgabe“ (Ruster 2007, S. 185). Schon die ganz selbstverständlich erwartete Zustimmung zur jeweils geltenden Unternehmenskultur und ihren Hierarchien prägt Menschen mehr, als sie es vielleicht wahrhaben wollen. Denn die Werte, die in einem Unternehmen, einer Behörde oder sonstigen Institution gelten, werden nach Feierabend nicht einfach in der Zeiterfassung abgegeben, sondern i. d. R. nach Hause und in den Alltag mitgenommen.

Ideologien versprechen Individuen oder ganzen Nationen den Sinn und die Erfüllung des eigenen Daseins. Dafür fordern sie eine rückhaltlose Identifikation. Es liegt auf der Hand, dass Stringfellow Kommunismus, Faschismus, Rassismus und Nationalismus als Ideologien entlarvt. Etwas überraschend ist vielleicht, dass aus seiner theologischen Perspektive auch Humanismus, Kapitalismus, Demokratie oder Rationalismus in ihrer Wirkungsweise (nicht unbedingt in ihren konkreten historischen Resultaten!) ebenso wie alle anderen Mächte und Gewalten funktionieren und darum stets gefährdet sind. Denn auch sie versprechen Menschen Sinn und Erfüllung ihres Lebens und auch sie können dogmatisch und zum Selbstzweck werden.[8]

Bedenklich ist für Stringfellow, dass in seinem Land schon in den 1960er-Jahren eine positiv konnotierte Demokratie, die liberale Wirtschaft oder der Humanismus selbst immer weniger die tragenden Ideologien sind. Sie wurden längst vereinnahmt von der ebenso nebulösen wie massenwirksamen Ideologie des *American Way of Life*. Was dieses „Super-Narrativ“ inhaltlich genau bedeutet, darüber gehen die Auffassungen (auch heute noch) weit auseinander. Einigkeit besteht jedoch (auch heute noch) darin, dass der Sinn des individuellen Daseins und das Überleben als Nation durch eben diesen *Way of Life* verkörpert werden und er darum mit allen Mitteln zu verteidigen ist.

Ausgerechnet diese unklare und nationalistisch aufgeladene Ideologie ist zum Idol, zum wichtigsten Objekt der Treue und Identität einer ganzen Nation geworden, so Stringfellow. Geradezu hellsichtig daher seine Befürchtung: „Die historischen ideologischen Wirklichkeiten in der amerikanischen Geschichte, nämlich der Kapitalismus und die

[8] So wurde die liberale, kapitalgetriebene und daher zwingend auf Wachstum ausgerichtete Wirtschaft während der Aufklärung zu Recht als Befreiungsprojekt gefeiert. Was ist angesichts von Umweltzerstörung, Krieg und sozialem Elend bzw. Ungleichheit von dieser Euphorie geblieben? Was in Freiheit begonnen wurde, ist zu einem *stahlharten Gehäuse* (Max Weber) geworden.

Demokratie, werden heute vielleicht durch einen einfachen Nationalismus ersetzt.“ (Stringfellow 1968, S. 40)

41.7 Herrschaftsauftrag und Sündenfall

Auch für Stringfellow sind menschliche Institutionen keineswegs per se dämonisch. Sie sind im Gegenteil als lebensdienliche Möglichkeiten in der Schöpfung angelegt. Dämonisch werden sie, wenn sie ihrer Eigendynamik überlassen werden. Der oben erwähnte Karl Barth hat dafür den theologischen Begriff „herrenlose Gewalten“ geprägt (Barth 1976, S. 363 ff.). Die Denkfigur dahinter: Weil der Mensch seinen eigenen Herren verleugnet, läuft ihm auch die anvertraute Schöpfung aus dem Ruder. Aus lebensdienlichen Engeln werden herrenlose Gewalten. Parallelen zu Goethes Zauberlehrling sind keineswegs zufällig.

Nach diesem theologischen Verständnis hat der Mensch den heute ebenso heftig kritisierten wie missverstandenen Herrschaftsauftrag (Gen. 1,28: „macht euch die Erde untertan“) längst verspielt. Denn der Mensch herrscht keineswegs, sondern ist zum Diener von Mächten geworden, die ihm eigentlich dienstbar sein sollten – mit verheerenden Folgen. Der sog. „Sündenfall“ ist jedoch keine moralische Kategorie. Er bezeichnet die verhängnisvolle Situation von Menschen, die Gott verloren haben und die wie einst Adam und Eva plötzlich erkennen, dass sie jetzt „nackt“ sind. Sie werden sich leidenschaftlich auf die Suche nach einem Ersatz machen. Feigenblätter werden ihnen auf Dauer nicht genügen. Sie werden sich willig allen Ideologien und sonstigen Angeboten unterwerfen, die ihrem Leben Sinn versprechen und ihre quälende Leerstelle ausfüllen. Der Mensch ist kein hilfloses Opfer der Mächte und Gewalten. Er selbst ist es, der ihnen ihre Macht gibt.

41.8 Was ist der Mehrwert der himmlischen Perspektive?

Wenn es bis zu diesem letzten Absatz gelungen sein sollte, das Verständnis dafür zu wecken (oder zu bestärken), dass es gerade jetzt an der Zeit ist, sich wieder Gedanken über den Himmel (*heaven*) und seine Kräfte zu machen, dann wäre das Ziel schon erreicht. Leider lässt sich in diesen Tagen über Dämonen viel plausibler reden als über Engel. Das ist bedrückend. Doch für den Seher Johannes, den Autor der Apokalypse, des letzten Buches der Bibel, wird es nicht anders gewesen sein. Auch seine Zeit litt unter dem Würgegriff ihrer Dämonen. Und doch behält Johannes die heilenden Kräfte im Blick: die himmlische Dynamik, die mit Kreuz und Auferstehung in Gang gesetzt ist und die am Ende unweigerlich zu der endgültigen (Auf-)Klärung und Richtigstellung führen wird, die immer noch aussteht, nämlich Heilung, Gerechtigkeit und Frieden (Berger 2020, S. 161).

Literatur

Barth K (1976) In: Drewes H-A, Jüngel E (Hrsg) Das christliche Leben. Die kirchliche Dogmatik IV/4. Fragmente aus dem Nachlass. Vorlesungen 1959–1962. Theologischer Verlag, Zürich

Berger K (2020) Die Apokalypse des Johannes. Sonderausgabe, Bd I/1. Herder, Freiburg

Ruster T (2007) Von Menschen, Mächten und Gewalten. Eine Himmelslehre. Grünewald, Ostfildern

Stringfellow W (1968) Freiheit aus Gehorsam. Der Christ in der säkularen Gesellschaft, Kassel: Oncken/Original: (1964) Free in Obidence. The Seabury Press, New York

Zanker P (1990) Augustus und die Macht der Bilder. München, zweite, durchgesehene Auflage. C.H. Beck, München

Zeiliger T (1999) Zwischen-Räume. Theologie der Mächte und Gewalten. Kohlhammer, Stuttgart

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Spiritual Care und Mystik

42

Peter Zimmerling

42.1 Einleitung

Spiritual Care ist im Rahmen von Palliative Care entstanden. Ihr ursprünglicher Ort war also die medizinische und pflegerische Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase (Ziemer 2020, S. 616 f.). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2002 Kriterien aufgestellt, die für Palliative Care gelten sollen: „Palliativbetreuung dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden […] und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur."[1] Damit wurde nicht nur festgehalten, dass zum Menschsein eine spirituelle Dimension gehört, sondern gleichzeitig anerkannt, dass die Sorge um seine Spiritualität ein essenzieller Bestandteil der umfassenden Sorge für den kranken Menschen darstellt (Borasio 2013, S. 94). Daraus ergibt sich konsequenterweise die Frage nach der Rolle von Mystik im Rahmen von Spiritual Care, erst recht, wenn Mystik als eine Intensivstufe von Spiritualität verstanden wird (Zimmerling 2022, S. 121–125).

[1] Zit. nach Gian Domenico Borasio: Über das Sterben (013), S. 56; siehe auch die Online-Präsenz der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (Abgerufen 22.03.2023).

P. Zimmerling (✉)
Universität Leipzig, Institut für Praktische Theologie, Leipzig, Deutschland
e-mail: zimmerling@theologie.uni-leipzig.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_42

42.2 Spiritualität und Mystik – begriffsgeschichtliche Anmerkungen

Der Begriff Spiritualität wurde durch die Ende der 1970er-Jahre erschienene, von der Kirchenkanzlei im Auftrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland herausgegebene EKD-Studie *Evangelische Spiritualität* kirchlich anerkannt (EKD 1980, S. 54). Danach umfasst Spiritualität den rechtfertigenden Glauben, die Frömmigkeitsübung und das ethisch verantwortete Handeln im Alltag. Mit der Studie vollzog die evangelische Kirche in Deutschland einen Paradigmenwechsel: Sie nahm offiziell die Spiritualität als eine für das Christsein in der modernen Welt wesentliche Fragestellung auf. Für die Verwendung des Begriffs Spiritualität spricht u. a., dass er im Gegensatz zu den traditionellen Begriffen Frömmigkeit, Religiosität und Glaube besonders für Menschen, die dem Christentum fernstehen, einen positiven Klang besitzt. Während viele Menschen in einer spät- oder postchristlichen Gesellschaft meinen, mit dem altbekannten Christentum fertig zu sein, weist der Begriff Spiritualität in ihren Augen auf Unbekanntes und Fremdes, was zu Suchbewegungen mit der Aussicht auf neue Entdeckungen verlockt. Gerade seine Unbestimmtheit unterscheidet ihn von christlichen Glaubenssätzen, die nach Ansicht des öffentlichen Bewusstseins ein für alle Mal festgelegt sind und damit den Einzelnen einengen bzw. bevormunden, und macht neugierig, sich mit den damit bezeichneten Phänomenen näher zu beschäftigen. Zeitgenossen wollen auf ihrer spirituellen Suche nicht mit traditionellen religiösen Formeln und Formen abgespeist werden! Schwieriger ist es, diese Suche positiv, d. h. inhaltlich näher zu bestimmen. Die spirituelle Sehnsucht scheint sich auf etwas zu richten, was einerseits das alltägliche Leben transzendiert und was andererseits dieses zu bewältigen hilft. Nach dem Motto „Es muss doch mehr als alles geben“ (vgl. den Titel von Sölle 1995), handelt es sich um eine Suche nach Sinn – jenseits von Familie, Beruf und Konsum (in all seinen Spielarten) – und gleichzeitig um die Hoffnung auf etwas, was ein gesunderes Leben angesichts zunehmender Anforderungen ermöglicht.

Wie für den Begriff Spiritualität ist auch für den Mystikbegriff eine begriffliche Unschärfe kennzeichnend. Die Definitionsschwierigkeiten sind in der Erfahrungsorientierung der Mystik und einander widerstreitenden Mystikkonzeptionen begründet. Überdies ist das weit verbreitete Vorurteil, wonach die Mystik auf vage Gefühle und Gedankenleere, kurz gesagt: auf Obskurantismus abstelle, nur schwer ausrottbar (Haas 1996, S. 97). Das dem Wortfeld „Mystik“/„mystisch“ zugrunde liegende griechische Verb „myein“ scheint auf den ersten Blick diese populären Vorstellungen noch zu bestätigen, bedeutet es doch so viel wie „Augen und Lippen schließen“.

Im Zentrum der Mystik steht die Erfahrungsseite des Glaubens. Der Erfahrungsbegriff aber gehört zu den umstrittensten und unklarsten Begriffen überhaupt. Eine allgemein überzeugende Definition wird auch durch die kontrovers diskutierte Frage erschwert, ob es die eine universelle Mystik gibt oder so viele unterschiedliche Mystiken wie Religionen.

Die Frage wird unterschiedlich beantwortet, wobei sich zwei Hauptströmungen erkennen lassen. Der Perennialismus geht davon aus, dass Mystik eine Form von „Meta-Religiosität“ bildet, die in allen Religionen gleichermaßen vorkommt, ohne in der jeweiligen Religion aufzugehen (Stace 1961). Der kulturalistische Ansatz dagegen, wie er etwa von Steven Katz vertreten wird, geht davon aus, dass es mystische Spiritualität nicht an sich gibt (Katz 2002). Stattdessen gibt es Mystik immer nur als besondere Form der jeweiligen Religion, in der sie beheimatet ist, also nur in der Gestalt einer christlichen, jüdischen, islamischen, hinduistischen, buddhistischen etc. Mystik.

Mich hat von der Wahrheit des kulturalistischen Ansatzes Friedrich Schleiermachers Erkenntnis von 1799 überzeugt, der zwar nicht explizit im Hinblick auf die Mystik, aber auf die Religion überhaupt, die für ihn nicht anders als mystisch zu denken war, feststellte: Religion gibt es nur als positive Religion, d. h. in Gestalt der unterschiedlichen gelebten Religionen. Der aufklärerische Religionsbegriff mit seinen drei Aspekten Gott, Tugend, Unsterblichkeit blieb ein Abstraktum (Schleiermacher 1960, §§ 3–6). Wie die Geschichte zeigt, war das rationalistische Glaubensverständnis zum Scheitern verurteilt: Es führte zum Absterben der Religion. Darüber hinaus spricht für den kulturalistischen Ansatz noch eine weitere Beobachtung: Die mystische Erfahrung erfolgt gewöhnlich prozesshaft. Sie stellt ein Weggeschehen dar, das Vorbereitung, mystische Erfahrung und Reflexion umfasst. Der Ausdruck, den die mystische Erfahrung, erst recht die Reflexion dieser Erfahrung, bei einem Menschen findet, richtet sich unweigerlich nach dessen geschichtlichen, kulturellen, soziologischen, psychologischen und physischen Gegebenheiten.

42.3 Chancen: Alltagsverträglichkeit und Demokratisierung

Die Definition von Mystik als Intensivstufe von Spiritualität muss gegenüber zwei Missverständnissen geschützt werden. Mystik erschöpft sich nicht in spirituellen Gipfelerfahrungen. Vor allem ist sie nicht die Angelegenheit weniger religiöser Spezialisten. Ich gehe von einer Mystik für jedermann und jedefrau aus. Ein ähnliches Anliegen verfolgen auch der katholische Religionswissenschaftler Carl-A. Keller (Keller 2008, S. 29–40) und die verstorbene evangelische Theologin Dorothee Sölle. Ihr zufolge steckt in jedem Menschen eine „mystische Empfindlichkeit“ (Sölle 1997, S. 13). Christlich gesprochen, ist die mystische Anlage des Menschen schöpfungsbedingt. Da die Natur Gottes Schöpfung und der Mensch Gottes Geschöpf ist, erfüllt ihn eine Ahnung, dass ihn eine unsichtbare Welt Gottes und des Himmels umgibt und dass der Mensch den Menschen unendlich übersteigt. Der Apostel Paulus hat diese Ahnung in seiner berühmten Areopagrede in Athen in klassischer Weise zum Ausdruck gebracht: „Fürwahr, er [Gott] ist nicht ferne von einem jeden unter uns. Denn in ihm leben, weben und sind wir; wie auch einige Dichter bei euch gesagt haben: Wir sind seines Geschlechts“ (Apg, 17,27 f.). Alle Menschen haben also die Anlage zur Mystik, jeder besitzt ein „mystisches Existenzial“, womit natürlich nicht bestritten werden soll, dass die mystische Anlage verschüttet sein bzw. verdrängt werden kann.

42.4 Mystik und Krankenhaus – ein Problemfeld

Der Öffnung des Krankenhauses für mystische Dimensionen der Spiritualität stehen mehrere Hindernisse entgegen.[2] Die im Krankenhaus vorherrschende Medizin war und ist traditionellerweise technisch-rational ausgerichtet. Eine wie auch immer geartete Transzendenz ist darin nicht vorgesehen. Bei aller berechtigten Kritik an dem ihr zugrundeliegenden einseitigen Menschenbild sollte allerdings nicht vergessen werden, dass gerade der Apparate-Medizin ein ungeheurer Fortschritt in der Bekämpfung vorher unheilbarer Krankheiten zu verdanken ist. Weiter geht es im Krankenhaus primär um Problemlösung: Menschen sollen so schnell wie möglich als gesund entlassen werden. Therapeutische Interventionen erfolgen, als ob es Gott nicht gäbe (*etsi deus non daretur*).

Bis vor Kurzem spiegelte sich im Krankenhaus die von Niklas Luhmann beschriebene funktionale Differenzierung der modernen Gesellschaft wider: Vor dem Aufkommen von Spiritual Care waren die Bereiche von Medizin, Pflege und Seelsorge säuberlich voneinander getrennt. Spiritualität oder gar Mystik führten bestenfalls ein Nischendasein. Dazu kam schließlich ein Problem innerhalb der Diakonie: Als die moderne Krankenpflege im 19. Jahrhundert im Rahmen der „Inneren Mission“, der heutigen „Diakonie“, entstand, stellten die Pflege des Nächsten, der Dienst für Gott und die Heilkunst ihre integralen Bestandteile dar (vgl. hier und im Folgenden Waaijman 2004, S. 104 f.). Prozesse der Säkularisation, der Emanzipation und der Professionalisierung führten dazu, dass die spirituelle Dimension auch im innerkirchlichen diakonischen Handeln seit den 1960er-Jahren mehr und mehr in den Hintergrund trat. Seit einiger Zeit bemühen sich neuere Ansätze, nicht zuletzt über die Implementierung von Palliative und Spiritual Care, darum, das ursprüngliche spirituelle Anliegen in der Diakonie wiederzugewinnen (vgl. Hofmann und Schibilsky 2001). Inzwischen zeichnet sich in den unterschiedlichen Diskursen als Konsens ab, dass die Diakonie nicht zuletzt um der Patient:innen Willen der Spiritualität als kontinuierliche Quelle der Kraft und der Inspiration bedarf. Damit steht auch der Weg zur Mystik offen.

42.5 Die Bejahung von Leiden und Krankheit in mystischer Spiritualität

Meine These ist, dass die Mystik hilfreiche Impulse für den Umgang mit Leiden und Krankheit bereithält. Dabei konzentriere ich mich im Folgenden auf Aussagen der spanischen Mystikerin Teresa von Ávila (1515–1582) (vgl. Zimmerling 2010, S. 74–92):

Eine der Grunderfahrungen mystischer Spiritualität stellt die Bejahung von Leiden und Krankheit als integrale Bestandteile des menschlichen Lebens dar (Böhme 1998). Dabei darf nicht übersehen werden, dass es auch Fehlformen mystischen Umgangs mit dem Lei-

[2] Gedankenanstöße zu den folgenden Überlegungen verdanke ich einem unveröffentlichten Vortragsmanuskript von Eckhard Frick zum Thema „Mystik im Krankenhaus?“ von 2019.

den gab. Bisweilen wurde es in unguter Weise regelrecht herbeigesehnt. Faszinierend ist das Motiv, aus dem sich in der Mystik die Bejahung des Leidens speiste: Dahinter stand eine glutvolle Gottes- bzw. Christusliebe. Die mittelalterliche Mystik entdeckte nämlich das neutestamentliche Gottesbild vom nahen und liebenden Gott wieder. An dieser Liebe hielten Mystiker:innen auch angesichts von schwerstem Leiden fest. Dorothee Sölle schrieb: „Die Mystiker haben versucht, alles begegnende Leiden zu einem Geburtsleiden zu machen und alle Sinnlosigkeit aufzuheben." (Sölle 1993, S. 120) Die Erfahrung, von Gott geliebt zu sein und ihn wieder lieben zu dürfen, hat Mystiker:innen einen schöpferischen Umgang mit dem Leiden ermöglicht. Dieses Bewusstsein verlieh ihnen die innere Stärke, ihr Leiden und Sterben anzunehmen. Indem sie lernten, ihr Leiden zu bejahen, verwandelte es sich.

Teresa von Ávila leitet aus dem Vorbild der Jünger:innen Jesu ab, dass er auch seinen heutigen Nachfolger:innen Leiden auferlegt. Entscheidende Voraussetzung bleibt dabei das Vertrauen, in Gottes Liebe geborgen zu sein. „Wir haben immer wieder gesehen, dass diejenigen, die Christus in ihrem Leben besonders nahe sind, auch die größten Leiden durchzumachen haben. Das erkennen wir ja schon am Beispiel seiner Mutter und der seligen Apostel." (Alkofer 1994a, Bd. 5). Die Größe des Leidens, das ein Mensch von Gott auferlegt bekommt, entspricht für Teresa der Intensität der Liebe zu Jesus. „Wer ihn sehr liebt, wird auch viel für ihn leiden können, und wer ihn wenig liebt, nur wenig." (Alkofer 1994b, Bd. 6). Leiden wird nicht zuletzt deswegen zur Auszeichnung, weil es Menschen dem Leiden Jesu Christi gleichförmig macht.

Mir scheint, dass Spiritual Care aus der Mystik Impulse für einen schöpferischen Umgang mit Krankheit und Leiden gewinnen könnte. Die moderne Leistungsgesellschaft hat das Sensorium für deren Wert weithin verloren. Entsprechend reagieren die meisten Menschen auf Krankheit und Leiden mit dem Wunsch nach schnellstmöglicher Beseitigung um jeden Preis oder mit Verdrängung. Ohne damit die Notwendigkeit von Therapie und Kuration von Krankheit infrage zu stellen, bietet die Mystik mit ihrer Bejahung von Krankheit und Leiden hilfreiche Deutungen von beiden an. Sie könnte der modernen Leistungsgesellschaft eine Brücke zu der Erkenntnis des englischen Literaturwissenschaftlers C. S. Lewis bauen: „Gott flüstert in unseren Freuden, er spricht in unserem Gewissen; in unseren Schmerzen aber ruft er laut. Sie sind sein Megafon, eine taube Welt aufzuwecken." (Lewis 1988, S. 93)

Ausgehend von mystischer Frömmigkeit könnte die Fähigkeit von Menschen der westlichen Gesellschaften wachsen, Krankheit und Leiden auf mögliche positive Botschaften für das Leben abzuhören. Solche Botschaften könnten z. B. in der Notwendigkeit einer Verlangsamung des Lebenstempos, einer Veränderung krank machender Lebensgewohnheiten oder in der Erkenntnis bestehen, dass Leiden und Krankheit integrale Bestandteile des Menschseins darstellen.[3]

[3] Damit soll in keiner Weise bestritten werden, dass das Leben mit und Erleben von Krankheit an sich, akuter wie chronischer wie lebenslimitierender, kaum jemanden (z. B. auch die Angehörigen) aus solchen Erfahrungen unverändert hervorgehen lassen (vgl. Roser 2020, S. 395–407).

42.6 Leben und Sterben unter dem offenen Himmel

Die westlich geprägte Kultur leidet unter einem Verlust der Transzendenz. Jahrhundertelang wurde die Geschichte des Christentums von der Orientierung auf die Ewigkeit geprägt, die seit dem 18. Jahrhundert mehr und mehr verloren ging.[4] Stattdessen ist folgendes Lebensgefühl heute weitverbreitet: Dieses Leben ist alles, was ich habe. Ob danach noch etwas kommt, weiß niemand so genau. Darum besitzt das Leben für die meisten Zeitgenossen allein in sich selbst Sinn und Ziel, dient also keinem übergeordneten Ziel mehr. „Mit dem Verlust der religiösen Rahmenerzählungen haben wir auch die Ewigkeit verloren, *die Weltzeit ist geschrumpft auf die individuelle Lebenszeit*. […] ein einziges Leben muss genügen, um die Träume vom Jenseits im Diesseits zu realisieren" – so der Soziologe Peter Gross (Gross 1997, S. 81). Auch das protestantische Christentum hat die Transzendenz und damit die Hoffnung auf den Himmel, auf die Welt Gottes weithin verloren. Eberhard Jüngel brachte diesen Sachverhalt schon vor Jahren in folgenden provozierenden Sätzen auf den Begriff: „Als Kinder der Aufklärung haben wir inzwischen das Diesseits so sehr lieben gelernt, dass wir im Gefolge Ludwig Feuerbachs aus diesseitsblinden ‚Kandidaten des Jenseits' zu jenseitsvergessenen ‚Studenten des Diesseits' geworden sind. Die christliche Hoffnung auf ein Leben in Gottes kommendem Reich hat sich zum bloßen Interesse an einem Leben vor dem Tod ermäßigt." (Jüngel 1989, S. 31 f.)

Seit einigen Jahren ereignet sich in den westlichen Gesellschaften gleichzeitig ein gegenläufiger Prozess. Es ist zu einer Wiederentdeckung der Transzendenz gekommen, wie die Filmindustrie belegt. Fragen von Transzendenz und Transzendenzbezug werden heute vielfach in Medien und Populärkultur (wie im Kino) behandelt. Außerdem zeichnet sich ein verstärktes Interesse am Thema Sterben und Tod und was danach kommt ab. Nicht zuletzt hat die Entstehung der Palliativbewegung zu dieser veränderten gesellschaftlichen Stimmungslage beigetragen.

Das Neue Testament geht in all seinen Traditionssträngen von der Hoffnung auf einen neuen Himmel und eine neue Erde aus (z. B. Offb. 21), wobei das neue Leben im Glauben bereits jetzt begonnen hat (z. B. Joh 5,24). Mystiker:innen betonen die präsentische Seite der Eschatologie, die für sie in ihren Gotteserfahrungen Wirklichkeit geworden ist. Da solche Erfahrungen jedoch immer nur zeitlich begrenzt sind, wird die irdische Wirklichkeit in ihrer Gebrochenheit besonders schmerzlich erfahren. Umso intensiver ist die Erwartung von und die Sehnsucht nach der Ewigkeit. Diese kommt in der protestantischen Mystik vor allem in den Gesangbuchliedern zum Ausdruck. „Ein Tag, der sagt dem andern,/mein Leben sei ein Wandern/zur großen Ewigkeit./O Ewigkeit, so schöne,/mein Herz an dich gewöhne,/mein Heim ist nicht in dieser Zeit" (Gerhard Tersteegen, EG 481, 5).

Ein Angebot christlicher Spiritual Care könnte es sein, sich mit Kranken und Sterbenden, die dies wollen, auf den Weg zu machen, einen Blick für den offenen Himmel zu bekommen. Die Überzeugungen von Agnostiker:innen und Atheist:innen sollten dabei res-

[4] Auch an dieser Stelle soll nicht geleugnet werden, dass die Jenseitsorientierung auch in Jenseitsvertröstung umschlagen konnte.

pektiert werden. Aber vielleicht lassen sie sich probehalber auf die Möglichkeit ein, dass es eine transzendente Wirklichkeit gibt. Damit wäre einerseits die Autonomie der Patient:innen im Blick auf religiöse Begleitung gewahrt und andererseits das besondere Profil christlicher Spiritual Care benannt. Christliche Spiritual Care könnte mit Patient:innen danach fragen, welche Trostpotenziale ein Leben unter dem offenen Himmel Gottes freisetzt, die einen menschenwürdigeren Umgang mit Krankheit und Sterben ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist es hilfreich, auch bei früheren Generationen in die Schule zu gehen, die eine regelrechte *ars moriendi* entwickelt haben.[5] Im Mittelalter hatte sie die Aufgabe, Gesunde zu ermutigen, Schwerkranke und Sterbende zu begleiten und Trauernde zu trösten (vgl. hier und im Folgenden EKD 1996, S. 7). Dass die spirituelle Dimension dabei im Vordergrund stand, belegt folgendes Zitat aus einem bekannten mittelalterlichen Sterbebüchlein: „Es ist kein Werk der Barmherzigkeit größer, als daß dem kranken Menschen in seinen letzten Nöten geistlich und sein Heil betreffend geholfen wird.“ (EKD 1996, S. 7) Auch wenn Martin Luther die Tradition dieser Ars-moriendi-Literatur umgeprägt hat, sie ihres verdienstlichen Charakters entkleidete und den Blick vom Begleiteten zum Begleitenden umkehrte, verstand er es, Menschen Lust auf den Himmel zu vermitteln. So real war für Luther das Leben bei Gott im Himmel, dass von dort aus starke Kräfte der Hoffnung und des Trostes in sein Leben flossen. Inzwischen hat sich in der Palliative Care unter Rückgriff auf die traditionelle *ars moriendi* eine „*ars moriendi nova*“ entwickelt. (vgl. Texte hierzu bei Schäfer et al. 2012)

Viele Zeitgenossen haben mit dem Glauben an ein ewiges Leben bei Gott Schwierigkeiten. Dennoch bleibt der Glaube an die Auferstehung der Dreh- und Angelpunkt des christlichen Glaubens.[6] Ich habe erlebt, dass unheilbar Kranke in ihren letzten Wochen von dieser Hoffnung getragen wurden und gleichzeitig etwas von dieser Hoffnung in ihrer Umgebung ausstrahlten. Zumindest sollte Spiritual Care die christliche Auferstehungshoffnung nicht ausblenden. Die biblischen Auferstehungstexte sind allerdings häufig zu direkt, manchmal auch zu dogmatisch geschlossen, als dass schwer kranke und sterbende Menschen – Christen und Nichtchristen gleichermaßen – einen Zugang zu ihnen finden könnten. Anders steht es mit Gedichten und Bildern. Sie sind oft näher an der Lebenswirklichkeit und an der Empfindungswelt von heutigen Menschen, die mit Krankheit und Tod ringen, und darum eher geeignet, diesen wenigstens eine Ahnung von der christlichen Auferstehungshoffnung zu eröffnen.

Vor einer Reihe von Jahren starb ein Studienfreund an einer unheilbaren Krebserkrankung und hinterließ eine junge Frau und zwei kleine Kinder. Als Christ waren ihm die biblischen Auferstehungstexte vertraut. Sie hatten für ihn in dieser Situation allesamt ihre Kraft eingebüßt. Keine der biblischen Aussagen zur Auferstehungshoffnung vermochte ihn in seiner Angst und Hoffnungslosigkeit zu erreichen. Es stellte sich heraus,

[5] Sämtliche Sterbebüchlein des 15. Jahrhunderts gehen auf das Werk „De arte moriendi“ (1408) von Johann Gerson zurück.

[6] Vgl. dazu bereits die Auseinandersetzung des Paulus mit seinen Gegnern in der korinthischen Gemeinde (1. Kor 15).

dass allein das Gedicht *Augenschein* von Ernst Ginsberg das Potenzial besaß, ihn zu trösten (Ginsberg 1988, S. 258). Ginsberg war Zürcher Schauspieler und Regisseur, von Haus aus jüdischer Deutscher, wurde als junger Mann Christ und ließ sich taufen (ebd., S. 7 ff., 131 f .). Mit 60 Jahren erkrankte er – auf der Höhe des Erfolgs – an Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Als Arme, teilweise schon Zunge und Kehlkopf gelähmt waren, begann er zu dichten: für ihn ein Trost in der grausigen Krankheit. Das Gedicht *Augenschein* entstand, als er – nahezu vollständig gelähmt – im Zürcher Diakonissenkrankenhaus lag. Er konnte nur noch mit einem Röhrchen auf eine Tafel mit einzelnen Buchstaben deuten.

Der sterbende Ernst Ginsberg hat mit diesem Gedicht Zeugnis abgelegt von seiner eigenen Auferstehungshoffnung. So verrückt und gleichzeitig so gewiss wie im Herbst der Glaube an einen neuen Sommer ist – so verrückt und gleichzeitig doch so gewiss ist angesichts des Todes der Glaube an die Auferstehung und das ewige Leben bei Gott. Das hohe Trostpotenzial des Gedichts hat seine Ursache darin, dass es aus dem eigenen Trostbedürfnis des Dichters erwachsen ist. Als ob er die Trostkraft des Gedichtes zuerst an sich selbst getestet hätte! Es war offensichtlich die durch das schwere Schicksal Ginsbergs gedeckte Hoffnung, die meinem Studienfreund ermöglichte, unter einem offenen Himmel zu sterben.

42.7 Zusammenfassung

Die christliche Mystik eröffnet Spiritual Care die Chance, noch ungenutzte spirituelle Potenziale im Rahmen der Begleitung Kranker zu entdecken. Ohne ihnen bestimmte religiöse Überzeugungen aufzudrängen, lädt sie dazu ein, das eigene Leben in einem größeren Sinnzusammenhang, unter dem offenen Himmel, zu verstehen.

Literatur

Alkofer A (Hrsg) (1994a) Sämtliche Schriften der hl. Theresia von Jesu, Bd. 5: Die Seelenburg der hl. Theresia von Jesu, VII, 4, 5, 8, unveränderte Aufl. Kösel, München

Alkofer A (Hrsg) (1994b) Sämtliche Schriften der hl. Theresia von Jesu, Weg der Vollkommenheit, Bd 6. Kösel, München

Böhme W (1998) Sieben Grunderfahrungen der Mystik. In: Schmidt M, Reboiras FD (Hrsg) Von der Suche nach Gott. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt

Borasio GD (2013) Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. C.H. Beck, München

Evangelische Kirche in Deutschland (1980) EKD-Studie Evangelische Spiritualität, Überlegungen und Anstöße zu einer Neuorientierung, vorgelegt von einer Arbeitsgruppe der Evangelischen Kirche in Deutschland, (Hrsg). von der Kirchenkanzlei im Auftrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh

Evangelische Kirche in Deutschland (1996) Im Sterben – umfangen vom Leben. Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996. „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, Gemeinsame Texte 6, (Hrsg). vom Kirchenamt der EKD. Hannover und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn

Ginsberg E (1988) Abschied. In: Brock-Sulzer E (Hrsg) Erinnerungen, Theateraufsätze, Gedichte, Sammlung Luchterhand, Bd 756. Luchterhand-Literaturverlag, Darmstadt

Gross P (1997) Multioptionsgesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Haas A (1996) Mystik als Aussage. Erfahrungs-, Denk- und Redeformen christlicher Mystik. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Hofmann B, Schibilsky M (Hrsg) (2001) Spiritualität in der Diakonie. Anstöße zur Erneuerung christlicher Kernkompetenz (Diakoniewissenschaft, Bd 3. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln

Im Sterben – umfangen vom Leben. Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben (1996) „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, Gemeinsame Texte 6, Hrsg. vom Kirchenamt der EKD, Hannover und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn

Jüngel E (1989) Leben nach dem Tod? In: Evangelische Kommentare, Heft 6. Kreuz-Verlag, Stuttgart

Katz ST (2002) Art. Mystik. IV. Religionsphilosophisch. In: RGG, Bd 5. Mohr Siebeck, Tübingen, S 1673–1675

Keller CA (2008) Jeder Christ ein Mystiker. Gedanken zur Wiederbelebung christlicher Mystik. In: Langner D, Sorace MA, Zimmerling P (Hrsg) Gottesfreundschaft. Christliche Mystik im Zeitgespräch, Studien zur christlichen Religions- und Kulturgeschichte, Bd 9. Kohlhammer, Fribourg/Stuttgart, S 29–40

Lewis CS (1988) Über den Schmerz. Brunnen, Gießen

Roser T (2020) Angewiesen und verletzlich. Zur Spiritualität des Hilfeempfangens, in: WzM: 72: Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 395–407

Schäfer D, Müller-Busch C, Frewer A (Hrsg) (2012) Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?, Ars moriendi nova, Bd 2. Steiner Verlag, Stuttgart

Schleiermacher F (1960) Der christliche Glaube, 1, Nachdruck der 7. Aufl. Reimer, Berlin, §§ 3–6

Sölle D (1993) Leiden, Stuttgart (1973) Neuauflage. Herder, Freiburg

Sölle D (1995) Es muß doch mehr als alles geben. Nachdenken über Gott. Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Sölle D (1997) Mystik und Widerstand. „Du stilles Geschrei“. Hoffmann und Campe, Hamburg

Stace WT (1961) Mysticism and philosophy. Macmillan, London

Waaijman K (2004) Handbuch der Spiritualität. Formen, Grundlagen, Methoden, Bd 1. Matthias Grünewald Verlag, Mainz

Ziemer J (2020) Spiritual Care. Spirituelle Begleitung im Kontext von Palliative Care. In: Zimmerling P (Hrsg) Handbuch Evangelische Spiritualität, Bd 3. Praxis/Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Zimmerling P (2010) Evangelische Spiritualität. Wurzeln und Zugänge. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 74–92

Zimmerling P (2022) Mystik als Intensivform von Spiritualität. In: Allolio-Näcke L, Bubmann P (Hrsg) Spiritualität. Theologische und humanwissenschaftliche Perspektiven. Kohlhammer, Stuttgart, S 121–125

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Teil VI

Weltanschauliche, religiöse und konfessionelle Offenheit von Spiritual/Existential Care

43 Spiritual Care zwischen religions- und weltanschaulicher Offenheit und religiös-konfessionellem Profil

Traugott Roser

43.1 Problemskizze

Für beide „großen“ christlichen Kirchen war es von Anfang an und ist es auch heute noch offensichtlich ein Problem, dass die Initiative für Spiritual Care ihren Ursprung in der Medizin, genauer im Gesundheitswesen hat. Das Problem ist – grob gesagt – doppelter Natur. Zum einen ist es der multiprofessionelle Ansatz und die oftmals ungeregelt transprofessionelle Praxis (zur Begriffsklärung vgl. Gratz und Roser 2019, S. 21–23) von Spiritual Care, mit der die Befürchtung verbunden wird, dass spirituelle Begleitung dem Zuständigkeitsbereich der traditionellen Seelsorge entgleitet. Zum anderen ist es die proklamierte Offenheit von Spiritual Care gegenüber diversen Formen von Spiritualität und Religiosität, die zu vorsichtiger oder ausgesprochen kritischer Distanznahme führt. Angesichts weltanschaulichen Pluralismus und Individualisierungsschüben in der gegenwärtigen – mal als postmodern, mal als spätmodern, nach Wilhelm Schmid ‚anders modern‘ (vgl. Schmid 1998, S. 105 f.) bezeichneten – Gesellschaft fürchten manche eine „religiös-spirituelle ‚Amalgamierung‘“ (zitiert bei Peng-Keller 2012, S. 91) oder sehen in einer religionsoffenen Spiritual Care die „Gefahr, eine entkonkretisierte, abstrakte, entkörperlichte Praxis des Spirituellen zu fördern und eine religiös differenzierte Sprachfähigkeit verkümmern zu lassen“ (Karle 2020, S. 444).

Im Wort der deutschen Bischöfe „In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche“ von 2022 wird Spiritual Care zwar prinzipiell begrüßt, aber eine Distanz christlicher Seelsorge zum Spiritualitätsbegriff konstruiert: „In diesem Konzept wird die spirituelle Dimension für das Menschsein als ebenso wichtig gewertet wie die physische, psychische oder soziale. Eine solche ganzheitliche Sichtweise vom Menschen ist an sich zu begrüßen. Frei-

T. Roser (✉)
Universität Münster, Münster, Deutschland
e-mail: Traugott.roser@uni-muenster.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_43

lich wird bei dem hier verwendeten Spiritualitätsbegriff im Unterschied zu einem christlichen Seelsorgeverständnis ein Transzendenz- oder Gottesbezug keineswegs vorausgesetzt.“ (Sekretariat 2022, S. 25).

Die Skepsis gegenüber Spiritual Care ist bedingt durch die „Befürchtung, die Krankenhausseelsorge könnte durch die institutionelle Förderung von Spiritual Care einen folgenreichen Bedeutungsverlust erleiden. Das wäre sehr bedenklich.“ (Ziemer 2020, S. 631).

Andererseits warnt die österreichische Religionswissenschaftlerin Birgit Heller vor der Gefahr, dass die – in einer multireligiösen Welt notwendige – Offenheit im Umgang mit individueller Spiritualität verloren gehen kann, wenn christlich-kirchliche Seelsorger:innen ihren Alleinvertretungsanspruch unter dem neuen Etikett Spiritual Care behaupten möchten (vgl. Heller und Heller 2014, S. 25 f.).

43.2 Profildruck – Religiöse Perspektive in Differenz

Die zögerliche und teils ambivalente Haltung der großen christlichen Konfessionen gegenüber dem offenen Spiritualitätsverständnis in Spiritual Care lässt sich auch als Verunsicherung in der eigenen pastoralen Praxis verstehen. Einerseits fehlt zunehmend qualifiziertes Personal (Geistliche, Ordensleute, Pastoralreferent:innen, Pfarrer:innen, Diakon:innen etc. mit pastoralpsychologischer Ausbildung), das ein flächendeckendes seelsorgliches Angebot gewährleisten kann, andererseits nehmen die Zahlen der Kirchenmitgliedschaft deutlich ab, sodass die Inanspruchnahme *christlicher* Seelsorge nicht mehr selbstverständlich ist.

Eine ähnliche Entwicklung hat schon vor Jahren im Nationalen Gesundheitssystem in Großbritannien stattgefunden, seit mit Beginn des 21. Jahrhunderts die fast exklusive Vertretung von Krankenhausseelsorge gegenüber den staatlichen Behörden durch die Church of England zugunsten einer stärkeren verbandlichen Zusammenarbeit unterschiedlicher Konfessionen, Religionen und Weltanschauungsgemeinschaften abgelöst wurde. Der Seelsorgetheoretiker Christopher Swift berichtet, dass es dabei zu einer wachsenden Distanz zwischen der Kirchenleitung und den Seelsorgenden aus der anglikanischen Kirche gekommen sei. Dennoch seien unter allen „Healthcare Chaplains“ anglikanische Seelsorger:innen die größte Gruppe, gefolgt von anderen christlichen Kirchen. Die immer wieder proklamierte „Multi-Faith-Chaplaincy“ sei ein Mythos. Auch in England kann man also davon ausgehen, dass ein Missverhältnis zwischen Religionszugehörigkeit in der Bevölkerung und Besetzung von Seelsorgestellen besteht: Christliche Seelsorge ist nach wie vor dominierend, auch wenn sich eine Öffnung hin zu islamischer Seelsorge und kleineren Religionsgemeinschaften und Weltanschauungsgemeinschaften ergeben hat (vgl. Swift 2014).

Mit der Integration von Spiritual Care in die Gesundheitsversorgung und einem Anspruch schwer kranker Menschen und ihrer An- und Zugehörigen auf spirituelle Begleitung, wie dies Leitsatz 2 der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender

Menschen aus dem Jahr 2010 festhält,[1] stellt sich die Frage, wer diese Betreuung und Begleitung leistet. Die großen Kirchen stellten zwar bislang Personal zur Verfügung, stehen der Integration kirchlicher Seelsorge in das Gesundheitssystem aber mit Vorbehalten gegenüber: „Das Changieren zwischen Integration in den klinischen Alltag und religiöser Fremdperspektive ist kennzeichnend für die seelsorgliche Spiritual Care. Seelsorge ist im Kontext von Spiritual Care dabei einerseits als Bestandteil der vierten Säule des Gesundheitswesens zu verstehen, zugleich steht Seelsorge mit ihrer religiösen Perspektive in Differenz zur dominierenden Perspektive des Gesundheitssystems." (EKD 2020, S. 9). Eine „eigene, spezifisch christliche Wahrnehmung" (ebd. 10) von Spiritual Care scheint also notwendig. Die hier vertretene Meinung ist, dass dies einerseits nur durch ein klar erkennbares Profil, insbesondere durch einen Sendungs- oder Dienstauftrag durch eine Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft aufseiten der professionellen Spiritual Care Giver, andererseits ebenso durch ein möglichst offenes Verständnis von Spiritualität gewährleistet werden kann.

Zum eigenen Profil gehört nicht nur der Dienstauftrag, sondern auch eine durch Theologie geprägte hermeneutische Kompetenz, die auch ein bestimmbares, kritisch reflektiertes Menschenbild umfasst. Jürgen Ziemer hält dies z. B. für protestantische Seelsorge fest: „Evangelische Spiritualität lässt uns den einzelnen Menschen im Licht des Evangeliums sehen: fragil und angefochten einerseits, geliebt und gesegnet andererseits." (Ziemer 2020, S. 633)

Ähnlich argumentiert auch Isolde Karle von einem spezifischen Menschenbild evangelischer Seelsorge aus, das einem vermeintlichen Ganzheitlichkeitsideal des Gesundheitswesens und des Gesundheitsverständnisses gegenüber skeptisch ist. „Spiritual Care ist von der Idee der *Ganzheitlichkeit* inspiriert. […] Zugleich sollten die enormen Freiheitsgewinne, die mit der funktionalen Differenzierung – und damit dem Verzicht auf Ganzheitlichkeit – einhergehen, nicht ausgeblendet werden. Es ist Ausdruck individueller Freiheit, dass wir uns in der Moderne nicht ständig als Ganzheiten präsentieren müssen, sondern Teilselbste in verschiedenen Kontexten ausbilden und den Rest jeweils abblenden können. So wird nicht jeder und jede zu schätzen wissen, dass der Arzt/die Ärztin, ohnehin in einer mächtigen Position gegenüber dem Patienten, sich nun auch noch für dessen Spiritualität und seelische Bedürfnisse zuständig fühlt. Das Bemühen um ‚Ganzheitlichkeit' kann übergriffig wirken und totalitäre Züge annehmen. Es gibt demnach nicht nur eine kirchliche, sondern auch eine medizinische Pastoralmacht, die als bedrängend erlebt werden kann." (Karle 2020, S. 445). Kritisch einzuwenden wäre allerdings, dass die Fundmentalkritik an einer vermeintlichen Ganzheitlichkeit des medizinischen Gesundheitsverständnisses selbst problematisch ist, weil sie auf einer Missdeutung basiert. Die Kritik am Gesundheitsverständnis der WHO übersieht häufig, welchen Einfluss die Hospizbewegung

[1] „Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt." Vgl. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.htmlm (Abgerufen: 22.03.2023).

und Palliativmedizin auf ein Verständnis von Gesundheit ausgeübt haben, weil sie Krankheit und Sterben nicht zu beseitigen versuchen, sondern die subjektiven Erfahrungen zum Ausgangspunkt der Frage machen, was Wohlergehen und Wohlbefinden auch im Fall chronischer Krankheit, Behinderung und im Kontext des Sterbens bedeuten könnte (vgl. Roser 2017, S. 378 f.). Entsprechend ist auch der Vorwurf Karles abzulehnen: „Das ganzheitliche medizinische Spiritual Care-Konzept kann übergriffig wirken. Das sollte Seelsorge kritisch beobachten." (Karle 2020, S. 446). Das Verständnis von Ganzheitlichkeit des biopsychosozialen und spirituellen Modells von Gesundheit und Medizin (nach Sulmasy) geht davon aus, dass *schwere, insbesondere zum Tod führende* Krankheit den Menschen im Ganzen, auf allen Ebenen des Seins leidvoll treffen kann. Es ist das alle Dimensionen tangierende Leid – hinlänglich „total pain" genannt –, das eine ganzheitliche Versorgung verlangt. Die Offenheit von Spiritual Care in Palliative Care bedeutet damit nicht weniger – aber auch nicht mehr – als eine Offenheit der professionellen Wahrnehmung, der anamnestischen Bemühung und Planung entsprechender Intervention für alle Bereiche des Menschseins. Bei aller funktionalen Differenzierung ist dem Patienten oder der Patientin wenig geholfen, wenn der Arzt oder die Ärztin alle anderen Bereiche außer dem medizinisch-naturwissenschaftlichen, dem körperlichen Funktionsstatus dienenden außer Acht lässt und damit den Menschen auf seine Rolle als Patient:in reduziert. Offenheit im Sinne von Spiritual Care bedeutet, dass spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen dort berücksichtigt werden, wo sie in einem Zusammenhang mit Gesundheit und Heilung, Krankheit und Krankheitsverarbeitung, mit Behandlung und Behandlungsverzicht stehen. Es stimmt, was Erhard Weiher den Ärzten stellvertretend für alle Gesundheitsberufe ins Stammbuch schreibt: „Heutige Patienten und Angehörige erwarten, dass sie auch bei ihren Ärzten tiefergehende Fragen und Sorgen ansprechen können. Schließlich vertrauen sie sich mit ihrer ganzen Existenz, in gewisser Weise mit Leib und Seele, den Ärzten und anderen Helfern an. Sie wollen auch mit ihren spirituellen Fragen und Sorgen – zumindest – verstanden und respektiert werden." (Weiher 2014, S. 16).

Der im Journal der American Medical Association veröffentlichte Systematic Review von Tracy Balboni und anderen – bei der fast alle vorliegenden Studien zu Spiritual Care im Gesundheitswesen (und dabei nicht nur christlich orientierte!) ausgewertet wurden – hat als die „3 Top-ranking"-Ergebnisse festgehalten, dass 1) Spiritual Care routinemäßig in der medizinischen Versorgung von Patient:innen mit schwerer Erkrankung integriert werden sollte, 2) Mitglieder multidisziplinärer Teams in Spiritual Care ausgebildet sein sollten und 3) spezialisiertes und qualifiziertes Personal für Spiritual Care (z. B. Seelsorger:innen) Teil der Behandlungsstrategie bei schwerer Erkrankung sein sollten. Die gesundheitsbezogenen Outcomes von Spiritual Care, insbesondere durch den Faktor Sozialbeziehung(en), sind evident (Balboni et al. 2022).

Als Fazit ist festzuhalten, dass sich Spiritual Care durch qualifiziertes und spezialisiertes Personal, das einer Bekenntnistradition angehört, und eine routinemäßige Spiritual Care in der medizinischen Versorgung nicht ausschließen, sondern ergänzen. Simon Peng-Keller hat dies auf die erhellende begriffliche Doppel-Formel von gesundheitsberuflicher und spezialisierter Spiritual Care (Peng-Keller 2021) gebracht. Das eine wie das an-

dere wird gebraucht und kann nicht verlustfrei durch anderes ersetzt werden. Religiös-konfessionelle und weltanschauliche Offenheit bedeutet dann die Bereitschaft zu verlässlicher und kompetenter Zusammenarbeit ohne Erwartung, dass die je andere Seite der eigenen Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft angehört. Bei Seelsorge als spezialisierter Spiritual Care wird sogar ein erkennbares Profil erwartet. Das in der Schweiz entwickelte Indikationenset zum Beizug von Seelsorge ist das beste Beispiel dafür (vgl. Roser et al. 2022).

43.3 Offenheit gegenüber Weltanschauungen und Religionen

Offenheit gegenüber Weltanschauungen und Religionen und ein klar erkennbares eigenes Profil schließen sich nicht aus, sondern bedingen einander. Wer freilich nichtchristliche Religionen als „andere Religionen“ bezeichnet, nimmt die Pluralität nicht nur westlicher Gesellschaften entweder nicht zur Kenntnis oder marginalisiert Religionen, die nicht erst seit heute zur gesellschaftlichen Realität Mittel- und Westeuropas gehören.

Ein Blick in den vom Arzt Stephan M. Probst herausgegebenen Sammelband zur jüdischen Seelsorge etwa zeugt von der reichen Tradition und noch heute bestehenden Vielfalt von Spiritual Care im Judentum, die nicht vorschnell mit einer der kirchlichen Seelsorge zu vergleichen ist, sondern sowohl traditionell als auch in der Gegenwart eigene Formen kennt. Ein Beispiel sind die „jahrhundertealte Tradition“ des Bikkur Cholim, des Krankenbesuchs „und das traditionelle jüdische Verständnis von den Verpflichtungen des Arztes“: „Es lohnt sich unbedingt, Ehrenamtliche aus den Bikkur Cholim-Gruppen der Gemeinden enger mit Ärzten und Pflegekräften ins Gespräch zu bringen, damit sie gegenseitig voneinander lernen und die so dringend notwendige Zusammenarbeit auf den Weg bringen.“ (Probst 2017, S. 32). Probst weist anhand rabbinischer Literatur die Nähe des Bikkur Cholim zu Harvey Chochinovs Ansatz einer würdezentrierten Therapie und klärt darüber auf, dass man auch nach jüdischer Auffassung „nicht religiös sein [muss], um spirituelle Bedürfnisse zu haben“ (Probst 2017, S. 43). Ähnlich konnte auch Michael Petery in seiner empirischen Untersuchung heutiger jüdischer Gemeinden in Bayern nachweisen, dass Spiritual Care für Gemeindemitglieder stärker existenzielle und sozialarbeiterische Aspekte umfasst als explizit religiöse (vgl. Petery 2017).

Auch islamische Konzepte sind vielgestaltig, je nach ihrem Kontext. Dilek Uçak-Ekinci stellt in einem Überblick vier unterschiedliche Modelle von Spiritual Care in muslimischen Kontexten vor, anhand derer sich zeigen lässt, dass und wie „sich islamische Seelsorge und Spiritual Care derzeit rasch und in vielfältiger Weise entwickeln“ (Uçak-Ekinci 2019, S. 207). Der Grad der Institutionalisierung im Gesundheitswesen unterscheidet sich zwar zwischen Ländern wie dem Iran und der Türkei oder auch im Blick auf muslimische Populationen in Großbritannien und den Niederlanden. Für alle diese Länder lässt sich aber festhalten, dass die „Entwicklung sowohl durch soziodemographische Veränderungen als auch durch Transformationsprozesse im Gesundheitswesen angestossen [sic!] und geformt“ (Uçak-Ekinci 2019, S. 223) wurde. Spiritual Care wird als dezidiert

islamische Aufgabe sowohl durch Ärzt:innen (Iran) als auch durch ausgebildete Theolog:innen (Türkei) geleistet. In den westlichen Ländern arbeiten muslimische Seelsorgende eng mit nicht muslimischen zusammen, noch häufig durch Ehrenamtliche, zunehmend aber auch hauptberuflich. Die Balance zwischen religiös-weltanschaulicher Offenheit und religiösem Profil ist auch hier immer wieder neu zu finden.

Es würde hier zu weit führen, die Thematik bei weiteren Religionen durchzugehen (vgl. dazu den wichtigen Band von Simon Peng-Keller und Neuhold 2019), es lohnt sich aber der Hinweis, dass in der Palliativmedizin die Bemühungen um ein gemeinsames Verständnis von Spiritual Care zu wichtigen Dokumenten geführt haben.

Im Zuge einer von Gesundheitsberufen und Religionsgemeinschaften der ganzen Welt verfassten Charta für die Rechte von schwerstkranken und sterbenden Kindern auf palliativmedizinische Versorgung wurde eine gemeinsame Definition von Spiritualität und Religiosität gefunden, die hochrangige Buddhist:innen, Muslime, Hindus, Juden und Jüdinnen, Taoist:innen und Vertreter:innen unterschiedlicher christlicher Kirchen anschlossen:

> „Spiritualität ist ein dynamischer und intrinsischer Aspekt des Menschlichen, durch den Personen letzten Sinn, Bedeutung und Transzendenz suchen und Verbindung zum Selbst, Familie, anderen, Gemeinschaft, Gesellschaft, Natur und zum Signifikanten oder Heiligen erfahren. Spiritualität findet Ausdruck in Glaubensvorstellungen, Wertvorstellungen, Traditionen und Praktiken. Sie ist eine universale Domäne; ein Bedürfnis, das in Palliative Care dieselbe Beachtung und Ausbildung verlangt wie physische oder psychosoziale Domänen, das aber gegenwärtig bemerkenswert weniger entwickelt ist. In Pädiatrischer Palliative Care muss es im spezifischen Kontext des Kindes betrachtet werden; ein in Entwicklung befindliches Wesen, dessen Verständnis sich kontinuierlich verändert.
>
> Religion ist für viele Menschen ein Ausdruck von Spiritualität. Sie beschreibt die Traditionen und Praktiken, die Möglichkeiten eröffnen, ihre Glaubens- und Wertvorstellungen auszudrücken. Religion bezieht sich auf ein System von Regeln oder Leitlinien (einschließlich Ritualen), die mit einem bestimmten Glaubenssystem verbunden sind, die Struktur und Raum zur Verfügung stellen für emotionale Energie und intensives Leidempfinden sowie Gelegenheiten für gemeinschaftlich geteilte Sinnvorstellungen und Bestätigung gemeinschaftlicher Verbundenheit.“ (zitiert bei Roser 2017, S. 451 f. Dort findet sich auch eine Liste der Unterzeichneten)

Spiritual Care in der Palliativversorgung scheint es möglich zu machen, einander – zwischen Weltanschauungen und Religionsgemeinschaften – mit Offenheit zu begegnen, den Menschen je nach ihrer eigenen Religion, Spiritualität oder Geisteshaltung Unterstützung zu gewähren und damit das einzelne Subjekt mit seinen Bedürfnissen ins Zentrum zu stellen.

43.4 Offenheit gegenüber Patient:innen: Wie Unbestimmtheit in Bestimmtheit übergeht

Die ‚religions- und weltanschauliche Offenheit' von Spiritual Care ist nicht Ausdruck eines abstrakten, generalistischen und alles nivellierenden Denkens, sondern einer geradezu radikalen Orientierung am Gegenüber, an Patient:in, Klient:in, An- und Zugehörigen oder um spirituelle Begleitung Bittenden. Es ist eine aus Interesse und Zuwendung geborene Offenheit, die nur von einer einzigen Voraussetzung ausgeht: dass jeder Mensch ebenso ein spirituelles Wesen ist, wie er ein soziales und physisches, geistiges und affektives Wesen ist. Spiritualität ist vor aller inhaltlichen Bestimmung eine fundamentalanthropologische Kategorie. Die Offenheit von Spiritual Care ist offen für und durch die Spiritualität des Gegenübers im Sinne des Satzes „Spiritualität ist genau das, und nur das, was der Patient darunter versteht" (Roser 2011, S. 47). Man kann das auch theologisch formulieren, wie dies die Bischöfe der Deutschen Bischofskonferenz tun: „Seelsorge selbst vertraut in all diesen Schritten auf die verborgene Gegenwart Gottes in den Menschen und ihren Lebenswelten." (Sekretariat 2022, S. 53). Gott begegnet auch einer Seelsorgeperson im Anderen seiner oder ihrer selbst. Ein derart offenes Verständnis bedeutet, dass der Begriff Spiritualität als Differenzbegriff zu verstehen ist: Der Klient oder die Patientin ist nicht Träger einer generalisierbaren, abstrakten Spiritualität oder austauschbarer Angehöriger einer bestimmten Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft, sondern demgegenüber immer besonders, eigen und individuell (aus-)geprägt. Es gibt nicht „die Jüdin", „den Muslim", „den Humanisten" oder „die Katholikin", „den Orthodoxen" oder „die Protestantin", aber es gibt Menschen, die sich bestimmten Traditionen nahe oder zugehörig fühlen oder dies zur Grundlage einer Bekenntniszugehörigkeit machen. In diesem Sinne ist der Spiritualitätsbegriff sogar als ein „Garant der Unverfügbarkeit des Individuums. Spiritualität signalisiert Distanz gegenüber geprägten und verfassten Formen von Religion, *ohne diese auszuschließen.*" (Roser 2011, S. 48). Entsprechend arbeiten die in Palliative Care gebräuchlichen Konsensusdefinitionen wie die der Charta der Weltreligionen (s. o.) oder der European Association for Palliative Care (EAPC) sowohl mit Aspekten a) existenzieller Fragen (bezüglich z. B. Fragen nach Identität, Sinn, Leiden und Tod, Schuld und Scham, Versöhnung und Vergebung, Freiheit und Verantwortung, Hoffnung und Zweifel, Liebe und Freude), b) wertorientierter Einstellungen und Haltungen und c) religiöser Überzeugungen und Fundamente (Glaube, Glaubensinhalte und Praktiken, die Beziehung zu Gott oder dem Endgültigen) (vgl. Nolan et al. 2011, S. 88; Gratz und Roser 2019, S. 18). Die je individuell ausgeprägte Spiritualität des einzelnen Menschen ist diesem manchmal selbst nicht greifbar oder in Begriffen fassbar. In der Begegnung mit einer Seelsorgeperson kommt es dann häufig zu einer annäherungsweisen Bestimmung, gerade wenn die Seelsorgeperson (ob ehrenamtlich oder hauptamtlich) sich in ihrer eigenen Zugehörigkeit zu einer Religion, Konfession oder Weltanschauungsgemeinschaft zu erkennen gibt. Gerade weil beide Seiten – Spiritual Care Giver und Empfänger – differieren und ihre Unterschiedlichkeit im Kontakt offen-

legen, kommt es zu einer Resonanz (Weiher nennt dies ein „Mitschwingen“ – Weiher 2014, S. 17) aufgrund von Übereinstimmungen, Gemeinsamem und Ähnlichem.

Voraussetzung ist allerdings, dass die besuchende bzw. Begleitung anbietende Person sich zu erkennen gibt oder (neudeutsch formuliert) „sich outet“ als Vertreter:in einer bestimmten Tradition, Konfession oder Religion: „Guten Tag, ich bin (Name) von der (Konfession/Religion/Wertegemeinschaft) Seelsorge. Darf ich Ihnen einen Besuch anbieten?“ Die besuchte Person wird i. d. R. darauf annehmend, ablehnend oder zögerlich reagieren und eine Auskunft über eigene Zugehörigkeit andeuten: „Danke, ich bin zwar nicht (Zugehörigkeit des:der Besuchers:in), aber kommen Sie gerne herein“ (oder ähnlich). Weiher hält entsprechend fest: „Der Seelsorger kann bei der Darstellung des grundsätzlich Spirituellen – anders als der Religionswissenschaftler – nicht ein neutraler Spiegel sein“ (Weiher 2014, S. 18).

Die Erwartung, dass der verborgene Gott oder das „Geheimnis des Lebens“ (Weiher 2014) im und beim Gegenüber ist und sich möglicherweise in seiner:ihrer Situation oder gar in und an seiner:ihrer Spiritualität erkennen lässt, macht kenntlich, dass auch eine konfessionell gebundene Seelsorge nicht selbst Überbringer oder Garant des (protestantisch formuliert:) Evangeliums ist. Vielmehr ist zu erwarten, dass in der unplanbaren Begegnung selbst existenzielle und religiöse Kommunikation stattfinden kann (protestantisch formuliert: Kommunikation des Evangeliums). In der Begegnung kann sich eine Resonanz zwischen der je individuellen Spiritualität des Gegenübers und der des Spiritual Care Givers ereignen, in der es zu einer deutlichen und für beide freiwillig erfolgenden Bestimmung der individuellen Spiritualität und/oder Religiosität des Gegenübers kommen kann, die Bedürfnisse, Schmerzen und Nöte, aber auch Ressourcen und Kraftreserven offenlegt. Auf diese Weise geschieht, was sowohl islamische als auch christliche Texte überliefern:

Ein Hadith berichtet vom Tag der Auferstehung, bei der Höchste sich mit dem Besuchten identifiziert:

> „Allah, der Mächtige und Erhabene, wird am Tage der Auferstehung dem Menschen vorhalten: ‚O Kind Adams! Ich erkrankte, doch du besuchtest Mich nicht!‘ Er wird antworten: ‚O mein Herr! Wie hätte ich Dich besuchen können, wo Du doch der Herr der Welten bist?‘ Allah wird erklären: ‚Hast du denn nicht erfahren, dass Mein Diener Soundso krank war, und du hast ihn nicht besucht? Hast du denn nicht gewusst, wenn du ihn besucht hättest, hättest du Mich bei ihm gefunden! O Kind Adams! (…).‘“ (Riyadu s-Salihin: Hadith-Nr. 896, Buch 7, Kap. 144)

Ganz ähnlich die Szene beim großen Gericht am Ende der Zeit im Matthäusevangelium:

> „Herr, wann haben wir dich hungrig gesehen und haben dir zu essen gegeben? Oder durstig und haben dir zu trinken gegeben? Wann haben wir dich als Fremden gesehen und haben dich aufgenommen? Oder nackt und haben dich gekleidet? Wann haben wir dich krank oder im Gefängnis gesehen und sind zu dir gekommen? Und der König wird antworten und zu ihnen sagen: Wahrlich, ich sage euch:
>
> Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan.“ (Matthäus 25,37 ff.)

Irritierend ist aber, wenn immer noch von einem Regelfall ausgegangen wird, dass die Menschen gerade in der religionspluralen und oftmals säkularen Gegenwart Seelsorge anfordern oder Klärung von Sinnfragen und Lebensdeutung von Seelsorge erwarten, die über aktiv eingebrachte Angebote erfolgt: „Die meisten Menschen im Krankenhaus sind im Lauf ihres Lebens mit bestimmten Formen von Religion und Spiritualität in Kontakt gekommen. Menschen wollen in dieser Religiosität bzw. Spiritualität nicht nur wahrgenommen werden, sondern hoffen ‚beim Gegenüber auch auf aktive religiöse Deutungs- und Handlungsangebote'." (Karle 2020, S. 445). Ganz in diese Richtung formulieren auch die deutschen Bischöfe, die von hinlänglich bekannten soziologischen Theoremen wie Individualisierung, Optionsgesellschaft sowie der Pluralisierung von Lebensentwürfen, Lebensmodellen und biografischen Verläufen als Rahmenbedingungen ausgehen. „Ein Schlüssel für das Gelingen von Seelsorge liegt darin, sich mit den Lebenswelten der Menschen vorurteilsfrei vertraut zu machen, die um Begegnung, Begleitung und Lebensdeutung durch die Kirche anfragen und diese von der Seelsorge erwarten." (Sekretariat 2022, S. 52). Diese systemtheoretisch als Erwartungserwartung zu bezeichnende Reduktion von Komplexität in sozialer Interaktion bedeutet, dass Anbieter von Spiritual Care, die sich als primär Repräsentanten einer bestimmten Religionsgemeinschaft oder einer bestimmten Weltanschauungsgemeinschaft verstehen, ihre Offenheit von vornherein einschränken und damit rechnen, Antworten, Deutungen und Handlungsformen aus ihrer Tradition liefern zu müssen statt auf den Beziehungsprozess zu vertrauen.

43.5 Offenheit als Vulnerabilität des Spiritual Care Giver

Jürgen Ziemer und andere sehen die Verantwortung für ein erkennbares konfessionelles Profil von Spiritual Care ganz in der Person der begleitenden, Spiritual Care gebenden Person:

> „Wer im Zusammenhang von Spiritual Care wirksam werden möchte, sei er Christ, sei er Seelsorger, sei er auf andere Weise spirituell geprägt, wird dazu etwas von dem brauchen, wovon er sich selbst ‚im Leben und Sterben' ernährt und was ihn innerlich trägt. Spiritual Care fordert mich als *Glaubenden, Vertrauenden,* geistlich erwachsen Gewordenen heraus. […] Spiritualität erschöpft sich nicht im Unkonkreten und Nebulösen, auch wenn die Klarheit einer spirituellen Aussage nicht die Eindeutigkeit von naturwissenschaftlichen Aussagen erlangen kann, wie sie im medizinischen Routinebetrieb erwartet wird." (Ziemer 2020, S. 622)

Dabei ereignet sich in der Versorgung und Betreuung durch Spiritual Care viel eher das, was Erhard Weiher für gesundheitsberufliche Spiritual Care so beschreibt: „Wenn der nicht-seelsorgliche Begleiter in der Regel mit der spirituellen Dimension auch nicht explizit arbeitet, wenn seine eigene spirituelle Innenseite aber mitschwingen darf, wird auch die berufliche Tätigkeit befriedigender. So ist die Möglichkeit der spirituellen Kommunikation eine wichtige Hilfe, die Helfenden vor dem *burn out* zu bewahren." (Weiher 2014, S. 17).

Wo Weiher allerdings noch von überwiegend positiven Aspekten einer Resonanzbildung in der Begegnung zwischen begleiteter und begleitender Person ausgeht, wird man nicht umhinkommen zu konstatieren, dass die Offenheit in der Begegnung mit der Spiritualität und Religiosität des oder der Anderen und insbesondere den spirituellen Nöten, vielleicht sogar dem spirituellen „Struggle“ und dem spirituellen Schmerz des Anderen an den Rand der eigenen Ressourcen führen kann. In der evangelischen Theologie war es vor allem Henning Luther, der darauf aufmerksam gemacht hat, dass sich dem existenziellen Leiden anderer auszusetzen aufseiten der Seelsorgenden selbst zu einer Entfremdungserfahrung führen kann. Seelsorger:innen können ihrer heimelig erscheinenden Welt entfremdet und entwurzelt werden (vgl. Luther 1998). Es ist die Offenheit, vielleicht besser die Sensibilität für die Vulnerabilität der anderen, die einen Spiritual Care Giver, ob gesundheitsberuflich oder spezialisiert, selbst vulnerabel macht oder machen kann (vgl. Höfler 2023).

In diesem Band behandelt Arndt Büssing in einem Beitrag das bedeutsame Phänomen Geistlicher Trockenheit, das ein Hinweis darauf ist, dass die Offenheit der Seelsorgeperson oder des Spiritual Care Giver mit der Erfahrung einhergehen kann, dass es gerade die eigenen religiös-konfessionellen Quellen sein können, die versiegen. Die Hoffnung auf ein erneutes Fließen und erquickendes Sprudeln ist – im christlichen Glauben – eine eschatologische, ein Geschenk, das nicht durch Leistung herstellbar ist.

Literatur

Balboni TA, VanderWeele TJ, StD D-S, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, Koenig HG, Bain PA, Puchalski C, Steinhauser KE, Sulmasy DP, Koh HK (2022) Spirituality in serious illness and health. JAMA 328(2):184–197. https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086

Evangelische Kirche in Deutschland (Hrgs.) (2020) Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD. Hannover (ohne Verlag)

Gratz M, Roser T (2019) Spiritual Care in Qualifizierungskursen für nichtseelsorgliche Berufe. Grundsätze der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Münchner Reihe Palliative Care, Bd 15. Kohlhammer, Stuttgart

Heller B, Heller A (2014) Spiritual Care: Die Wiederentdeckung des ganzen Menschen. In: dies. Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. Huber, Bern, S 19–44

Höfler N (2023) Wirksamkeit von Krankenhausseelsorge. Eine qualitative Studie, Arbeiten zur Praktischen Theologie, Bd 88. EVA, Leipzig

Karle I (2020) Praktische Theologie, Lehrwerk Evangelische Theologie, Bd 7. EVA, Leipzig

Luther H (1998) Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge. Praktische Theologie 33:163–176

Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. Eur J Palliat Care 18(2):86–89

Peng-Keller (2012) Spiritualität im Kontext moderner Medizin. In: Belok M, Länzlinger U, Schmitt H (Hrsg) Seelsorge in Palliative Care. TVZ, Zürich, S 87–98

Peng-Keller S (2021) Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen

Peng-Keller S, Neuhold D (Hrsg) (2019) Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. WBG, Darmstadt

Petery M (2017) Die Betreuung Schwerkranker und Sterbender in Bayerischen Jüdischen Gemeinden heute, Studies in Spiritual Care, Bd 3. De Gruyter, Berlin/Boston

Probst SM (2017) Bikkur Cholim im heutigen Gesundheitssystem. Warum Bikkur Cholim aus Sicht eines Palliativmediziners auch und gerade heute so wichtig und wertvoll ist. In: ders. (Hrsg) ביקור חולים Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das jüdische Verständnis von Medizin und Pflege. Hentrich, Berlin, S 30–51

Roser T (2011) Innovation Spiritual Care. Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick E, Roser T (Hrsg) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Kohlhammer, Stuttgart, S 45–55

Roser T (2017) Spiritual Care. Der Beitrag der Krankenhausseelsorge im Gesundheitswesen, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Roser T, Aebi R, Mösli P (2022) Indikationenset für Seelsorge: Entwicklung eines Instruments für interprofessionelles Spiritual Care nach der Delphi-Methodik. Spiritual Care 11(3):264–274. https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0013

Schmid W (1998) Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz (Hrsg) (2022) In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Wort der deutschen Bischöfe zur Seelsorge. Die deutschen Bischöfe, Bonn, S 110

Swift C (2014) Hospital chaplaincy in the twenty-first century. In: The crisis of spiritual care in the NHS, 2. Aufl. Routledge, Farnham/Burlington

Uçak-Ekinci E (2019) Spiritual Care in muslimischen Kontexten. Ein Überblick über aktuelle Entwicklungen. In: Peng-Keller S, Neuhold D (Hrsg) Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. WBG, Darmstadt, S 207–228

Weiher E (2014) Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, 4. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Ziemer J (2020) Spiritual Care: Spirituelle Begleitung im Kontext von Palliative Care. In: Zimmerling P (Hrsg) Handbuch Evangelische Spiritualität, Bd 3. V&R, Praxis/Göttingen, S 616–635

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Mourir sans Dieu – Auch ohne Gott sterben

44

André Comte-Sponville

Roger Martin du Gard hatte dies – den Moment, in dem es sich als nützlich erweisen kann, eine Religion zu haben, am äußersten Ende des Lebens – zu einer entscheidenden Episode in seinem zweiten Roman *Jean Barois* gemacht. Als ich ihn als damals doch sehr frommen Teenager las, hinterließ er einen bleibenden Eindruck auf mich. Der Autor, zugleich Autor der *Thibaults*, hat 1937 den Nobelpreis für Literatur erhalten, dennoch ist das Buch etwas in Vergessenheit geraten. Daher wäre es sicher nicht verkehrt, kurz daran zu erinnern, worum es darin geht.

Der junge christlich erzogene Jean Barois verliert nach und nach seinen Glauben, was vor allem auf sein Studium der Naturwissenschaften zurückzuführen ist. Als Erwachsener, vom sog. „wissenschaftlichen Materialismus" überzeugt, wird er zu einem militanten Atheisten und sogar (durch seine Teilnahme am Kampf der Dreyfusards) zu einer der bekanntesten und einflussreichsten Persönlichkeiten des Freidenkertums. Nun ebendieser Jean Barois, der etwa 40 Jahre alt ist, fällt unerwartet einem Verkehrsunfall zum Opfer: Seine Droschke wird von einer Straßenbahn überrollt, ja geradezu pulverisiert. Im „höllischen Getöse" des Aufpralls beginnt unser Atheist, der überzeugt ist, dass er auf der Stelle sterben wird (gepackt von der „Gewissheit des Unausweichlichen"), zu murmeln: „Gegrüßet seist du, Maria, voll der Gnade …".

Als er Tage später aus dem Koma erwacht, ist er gedemütigt und entsetzt zugleich bei der Erinnerung, dass er aus purer Angst seine tiefsten Glaubensgrundsätze so sehr vergessen konnte. Was wäre, wenn sich dies zum Beispiel im hohen Alter wiederholen würde?

übersetzt von Elisabeth Mbarga

A. Comte-Sponville (✉)
Diderot Institut, Paris, Frankreich
e-mail: contact@insitutdiderot.fr

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_44

Wenn er im Sterben seine lebenslange Überzeugung verleugnen würde? Daher schrieb er ein „Testament“, um im Vorfeld gegen seine mögliche Abkehr zu protestieren. Darin bezeugte er seinen atheistischen Glauben als Mann „in voller Körperkraft und geistigem Gleichgewicht“ und sprach sich präventiv gegen einen möglichen „Verrat“ durch den „menschlichen Abfall“ aus, der er im Alter werden könnte.

Viele Jahre vergehen […]. Unser Freidenker wird älter: Er hat immer mehr Angst vor dem Tod, von dessen zunehmender Nähe er weiß, er wird allmählich nachsichtiger oder verständnisvoller gegenüber den Gläubigen, er ist immer weniger von der Wahrheit des Atheismus überzeugt, und schließlich, als er am äußersten Ende seines Lebens schwer erkrankt, findet er in einer Art Erleuchtung den Glauben seiner Kindheit wieder: Er stirbt voller Entsetzen und Hoffnung, indem er „hektisch“ das Kruzifix küsst. Seine sehr katholische Witwe findet in einer Schublade das vorahnungsvolle „Testament“ und wirft es schnell in den offenen Kamin, wo es sofort in „einer hellen Flamme“ verglüht.

Das Buch in seiner Art ist sehr originell. Es besteht fast ausschließlich aus Dialogen, die nur, wie im Theater, von einigen kurzen Beschreibungen, Didaskalien oder anderen szenischen Erläuterungen unterbrochen werden. Mit zu vielen Diskussionen über Ideen (die umso schlimmer sind, je älter diese sind) belastet, ist es doch immer noch lesenswert. Aus der Sicht von Roger Martin du Gard wie auch aus meiner ist es eher ein Protest gegen das, was die Religion der Angst verdankt (ein Dauerthema der Materialisten, mindestens seit Lukrez). Es ist also ein Manifest für das freie Denken, trotz der finalen Tirade seines Helden. Das Buch spricht aber auch eine Sorge aus, die es zu verstehen gilt. Wer von uns, selbst als langjähriger Atheist, kann gewiss sein, dass er in der nahenden Todesstunde noch den Mut, die Standhaftigkeit oder die geistige Klarheit aufbringt, um dem Tod ohne die Hilfe religiöser Hoffnungen zu begegnen?

Warum dieses Buch erwähnen? Weil es mir als Erstes einfiel oder ich erinnerte mich als Erstes daran, als mich die deutsche Theologin Astrid Giebel bat, an einem Sammelwerk mitzuwirken. Ein Werk, das von den beiden großen deutschen Palliativ- und Hospizverbänden (DGP und DHPV) und von Diakonie und Caritas gefördert wurde, über die, wie sie es nannte, „spirituellen Ressourcen (Kraft, Trost, Hoffnung)“, die Gesundheitsfachkräfte „schwerkranken und todkranken Menschen“ zur Unterstützung anbieten können oder müssen, oder nach denen sie selbst, die so nah und so kontinuierlich mit dem Tod eines anderen konfrontiert sind, ein Verlangen verspüren können. Astrid Giebel schrieb mir: „Ich würde es sehr schätzen, wenn Sie uns Ihren Standpunkt als Atheist zu diesem Thema schildern würden …“.

Ich verstand die Bedeutung eines solchen Werkes und sogar die Wichtigkeit des Themas: sich um jemanden zu kümmern, bedeutet nicht nur, ihn zu heilen (was im angelsächsischen Sprachraum als *cure* bezeichnet wird), sondern auch, ihn zu begleiten, zu trösten, ihm gegenüber Wohlwollen, Mitgefühl und Anteilnahme zu zeigen (*care*). Es wäre nicht verkehrt, wenn Pflegekräfte bei der Ausübung ihres schönen und schwierigen Berufs auch die spirituelle Dimension einbeziehen würden, die so offensichtlich ein Teil von uns ist und oft umso akuter wird, je näher unser Leben seinem Ende rückt. Nun gut, sagte ich mir, das ist ein schönes Vorhaben. Aber warum gerade ich? Welche Sachkenntnis hatte ich in dieser Frage, da ich weder Pflegekraft war, noch meines Wissens kurz vor dem Sterben

stand? Es wäre so einfach für mich, den Tapferen zu spielen, meine Gelassenheit zur Schau zu stellen, meine ruhige Annahme des Nichts! Aber wer weiß schon, wenn ich im Sterben liege, was von dieser starken Gesinnung übrig bleiben wird? Und was meine Verwirrung noch verstärkte, war die Erinnerung an *Jean Barois* aus meiner Zeit als Teenager.

Damit ist auch schon gesagt, dass ich nicht anstrebe, jemanden zu belehren, weder die Pflegekräfte, die einen Beruf ausüben, zu dem ich nicht in der Lage wäre, noch die Sterbenden, die tun, was sie können. Beide haben eine Erfahrung, die ich nicht habe und die kostbarer ist als alles, was ich darüber sagen könnte.

Im Übrigen richte ich mich nicht nur an sie. Per definitionem betrifft der Tod uns alle. Der Tod unserer Angehörigen betrifft uns häufiger (und manchmal schmerzhafter) als unser eigener. Die Betreuung von Sterbenden oder generell die Begleitung am Lebensende kann nicht allein denjenigen vorbehalten sein, deren Beruf dies ist. Ich mag mir gar nicht vorstellen, was man einem sterbenden Kind oder Jugendlichen sagen kann und wie seine Eltern die Kraft aufbringen, sich daran zu versuchen. Wie sehr möchte man in diesem Moment an Gott glauben! Und gewiss werde ich denjenigen keinen Vorwurf machen, die sich entsetzt ob ihres sterbenden Kindes so verhalten, als ob sie für das Kind auf ein anderes Leben hoffen oder es ihm sogar versprechen. Einem Kind Trost zu spenden, sofern man das kann, ist wichtiger als jede Überzeugung – und im Übrigen sind sie, die Überzeugungen, in diesem Bereich alle zweifelhaft. Was würde ich in diesem Fall tun? Ich weiß es nicht (das einzige Kind, das ich verloren habe, war erst sechs Wochen alt, was mich immerhin davon befreite, Worte für das Unsagbare finden zu müssen). Aber man hat mich nach meiner Sichtweise gefragt. Hier ist sie, zumindest, wenn es um Erwachsene geht.

Die erste Bedingung, über die sich alle einig sein werden, ist natürlich, die Freiheit eines jeden zu respektieren, an erster Stelle die der Patienten. Das gilt überall, aber ganz besonders im Krankenhaus oder auf einer Palliativstation, also gegenüber besonders geschwächten Menschen, erst recht, wenn sie im Sterben liegen oder sich darauf vorbereiten. Dies verlangt von allen eine besondere Pflicht, wenn schon nicht zur Zurückhaltung, so doch zumindest zum Fingerspitzengefühl. Vor allem Pflegekräfte dürfen die Überzeugungen der Menschen, die sie betreuen, nicht ablehnen, ohne gegen ihre Pflichten zu verstoßen. Sie dürfen sich natürlich auch nicht anmaßen, ihnen andere Überzeugungen aufzudrängen. Der Laizismus in Frankreich verbietet dies. Auch die Moral in allen Ländern.

Muss man also schweigen? Nicht immer. Nicht zwangsläufig.

Ich lasse die Frage nach der Befindlichkeit der Gläubigen beiseite, die von anderen Autoren in demselben Buch ausreichend behandelt wird. Ich wurde als Atheist gebeten, was ich in der Tat bin. Man möge mir verzeihen, dass ich ausnahmsweise vor allem an jene denke, die meine Irreligiosität teilen.

Was kann ein Atheist einem Sterbenden sagen, der ebenfalls Atheist ist?

Aber zunächst: Muss man ihm etwas sagen und ist das überhaupt die Rolle der Pflegekräfte? Nicht zwingend. Wenn der Kranke von seinen Angehörigen angemessen begleitet wird, wenn er keine Wünsche nach spirituellem Trost äußert, scheint mir eine gewisse Form der Diskretion erforderlich. Dringend sind das Leiden bekämpfen, die Ängste be-

sänftigen, wenn möglich, mit den Mitteln, die die Chemie mittlerweile bietet, und nicht einen metaphysischen Diskurs anfangen! Das Schweigen im Angesicht des Wesentlichen ist wertvoller als das Geschwätz.

Es ist übrigens nicht ausgeschlossen, dass der Sterbende es lieber mit sich selbst ausmacht, dass er sich, wie Montaigne es für sich selbst wünschte, „mit einem in sich gekehrten, ruhigen und einsamen Tod“ zufriedengibt.

Dies muss selbstverständlich respektiert werden. Schweigen, das Schweigen begegnet, ist besser als Aufdringlichkeit.

Aber wenn der Patient nachfragt, wenn er eine Aussage fordert, wenn die Patientin nicht nur eine Behandlung, sondern ein Wort braucht? Zunächst einmal darf er oder sie nicht angelogen werden, zumindest nicht in spirituellen Angelegenheiten.

Das bedeutet nicht, dass ihm die ganze Wahrheit über seinen Gesundheitszustand gesagt werden muss, wenn bekannt ist, dass er dem sicheren Tod nahe ist und er es nicht weiß. Das bedeutet noch weniger, dass man ihr die Wahrheit aufzwingen muss, wenn sie nicht darum bittet. Sollte der Sterbende deshalb, wie Jankélévitch es wollte, systematisch belogen werden, um ihm die „Folter der Verzweiflung“ (Jankélévitch 1996, S. 250) zu ersparen? Ich halte nichts davon. Denn es gibt weder einen Beweis dafür, dass der Tod immer hoffnungslos ist (die meisten Sterbenden hoffen weiterhin auf das Glück ihrer Angehörigen oder das Überleben der Menschheit), noch dass die Verzweiflung immer eine Folter ist (sie kann auch ein Frieden sein, der Frieden dessen, der nichts mehr hofft oder fürchtet, jedenfalls nicht für sich selbst). Außerdem ist die Wahrheit, wenn der andere sie ertragen kann und erst recht, wenn er sie verlangt, besser als eine Lüge oder Illusion. Diese Lüge oder Illusion würde ihn, wenn er dazu in der Lage ist, um die Klarheit bringen, auf die er ein Recht hat, auch und vielleicht vor allem in den letzten Momenten seines Bewusstseins. Vorsicht ist geboten, damit dem Sterbenden unter dem Vorwand, ihn zu beruhigen, nicht das von Rilke so bezeichnete Recht genommen wird, „seinen Tod für sich zu haben“!

Wenn wir einen Menschen anlügen, und sei es mit den besten Absichten, riskieren wir dann nicht, ihm seinen Tod zu rauben und ihn zu Unrecht um diese letzte Begegnung mit sich selbst zu bringen? Aber lassen wir diese Diskussion, die ich an anderer Stelle behandelt habe (Comte-Sponville 1995, Kap. 16 „La bonne foi“, S. 268–271).

Zurück zur Frage der spirituellen Begleitung von Sterbenden und der Ablehnung von Lügen in diesem Zusammenhang. Im Umgang mit einem todkranken Menschen gibt es nichts, was verbietet, seinen eigenen Glauben zu äußern, sofern es ihn gibt, oder seine Zweifel oder Überzeugungen, wenn es sich um einen Agnostiker oder Atheisten handelt. Für Angehörige ist es selbstverständlich, gilt aber, meiner Ansicht nach, ebenso für Angehörige der Pflegeberufe, insbesondere in Krankenhäusern. Das „Kolloquium unter vier Augen“ zwischen Ärzt:in und Patient:in oder allgemein zwischen Pflegenden und Betreuten darf sich nicht auf rein medizinische Aspekte beschränken. Es darf auch nicht die Frage nach dem letzten Ende des Lebens ausschließen, wenn der/die Patient:in darum bittet und der/die Pfleger:in damit einverstanden ist. In der Medizin wird zu Recht der ganzheitliche Ansatz gepriesen. Warum sollte man das Seelenleben ausschließen? Wäre ohne das Seelenleben diese ganzheitliche Betrachtungsweise nicht bloß eine Abstraktion oder

eine Lüge? Es ist kein Verstoß gegen die sog. laizistische Haltung, wie sie in Frankreich genannt wird, wenn man einen authentischen Dialog von Sterblichen zu Sterblichen mit anderen akzeptiert.

Dann ist es von Bedeutung, sich die Zeit zu nehmen, zuzuhören, anstatt zu reden. Der Sterbende hat so wenig Zeit vor sich: Für ihn ist Eile geboten! Und wir wissen so wenig über das, was ihn erwartet! Das absolute Nichts? Ja, davon bin ich überzeugt, aber das ist nur eine persönliche Überzeugung, keineswegs ein Wissensstand.

Andere, die genauso intelligent sind wie ich und manchmal sogar noch intelligenter, sind vom Gegenteil überzeugt. Einem Sterbenden gegenüber ehrlich zu sein, bedeutet zunächst, unsere gemeinsame Unwissenheit zu akzeptieren. Wohlwollend zu sein, besteht in erster Linie darin, der Sterbenden zunächst einmal ein aufmerksames Ohr zu schenken – sofern das Pflegepersonal die Zeit dafür findet oder die Angehörigen sie sich dafür nehmen.

Und wenn geredet werden muss, was soll dann überhaupt gesagt werden?

Oder besser noch, da ich darum gebeten wurde: was würde ich, wenn ihm das Schweigen nicht genügt, einem sterbenden Atheisten sagen?

Ich lasse die Gefühlsebene beiseite, die zu einzigartig, zu unbeständig und zu persönlich ist. Ich stelle mir vor, dass dieser hypothetische Sterbende, den der Zufall oder mein Beruf dazu bringt, zu begleiten, eher mein Nächster als ein Angehöriger ist. Was könnte ich ihm sagen?

Vielleicht zunächst etwas sehr Banales und gleichzeitig sehr Wahres: dass der Tod zum Leben gehört und dass ich, der mit ihm spricht, genauso sterben werde, wie er, auch wenn ich wahrscheinlich später sterben werde. Vielleicht würde ich ihm Montaignes große Formel nennen: „Du stirbst nicht daran, dass du krank bist, du stirbst daran, dass du lebst.“ Es sei denn, ich erinnere ihn wie Lukrez daran, dass er weder der Erste noch der Letzte ist, der aus dem Leben scheiden muss: „Epikur selbst ist gestorben, und du, du würdest dich über deinen Tod entrüsten?“ Ich verstehe, dass Lukrez, ein leidenschaftlicher Anhänger von Epikur, darin eine Art Trost sah, angesichts des Untröstlichen. Selbst wenn ich mir sagen würde: „Sogar Mozart und Beethoven sind tot!“ - mit welchem Recht sollte ich mich über den Tod ärgern? So einzigartig der Tod auch sein mag („Wir sagen der Einfachheit halber Tod, aber es gibt ihn beinahe so zahlreich wie es Menschen gibt“, schreibt Proust), so ist er doch das allgemeine Gesetz. Das heißt, er ist das universelle Gesetz für alle Lebenden. Das sollte uns zumindest von dem so schmerzlichen Gefühl der Ungerechtigkeit lösen. Dies ist umso wirksamer (denn der vorzeitige Tod bleibt ungerecht), je weniger jung wir sind.

Wenn er mir noch einmal zuhören würde, würde ich ihn gerne daran erinnern, dass das Nichts besser – viel besser – als die Hölle ist und es in dieser Hinsicht einen Vorteil hat, Atheist zu sein: Es ist eine Angst weniger. Vielleicht würde ich ihm das schöne Wort, das mich immer erfreut hat, ins Ohr flüstern. Jenes Wort, das Voltaire in einem Brief an seine Freundin, die charmante und depressive Marquise du Deffand, niederschrieb: „Man liebt das Leben, aber das Nichts lässt nicht zu, dass es etwas Gutes hat.“ Das liegt daran, dass man dort an nichts mehr leidet. Alles Leid hört auf, wo alle Schmerzen hingehen. Und man wird dort nicht einmal mehr die Bürde tragen müssen, am Leben zu sein, oder die Last, sterblich zu sein. Was ist so viel leichter, als nicht mehr zu sein?

Sterben ist ein Kampf, der umso schmerzhafter ist, da er von vornherein verloren ist. Aber der Tod ist es nicht. Er ist der absolute Frieden, die absolute Ruhe (er vernichtet nicht nur den Kampf, sondern auch den Kämpfer, nicht nur die Müdigkeit, sondern auch den Erschöpften). Ich würde trotz der banalen Aussage nicht zögern, den Sterbenden, der mich um Rat bittet, daran zu erinnern. Hab keine Angst, würde ich ihm mit Lukrez sagen: Du wirst nicht da sein, um über deinen Leichnam zu weinen! Der Tod wird dich von allen Sorgen befreien, auch von der Angst, die er dir bereitet, von jeder Trauer, auch von der Trauer, nicht mehr zu sein.

Das wäre dann der Zeitpunkt, wenn ich es wagte, für meinen Sterbenden das unübertreffliche Argument von Epikur neu zu formulieren. „Der Tod ist nichts, weder für die Lebenden noch für die Toten: Er ist nichts für die Lebenden, da sie nicht gestorben sind, noch für die Toten, da sie nicht mehr sind.“ Was jeder Sterbende (der per definitionem lebt und nicht tot ist) bestätigt: Er und sein Tod werden sich nie begegnen (was den Woody Allen, der in jedem von uns zittet, nämlich denjenigen, der „lieber woanders wäre, wenn es passiert“, eigentlich beruhigen sollte), da er erst da sein wird, wenn er nicht mehr da ist.

Danach würde ich mit meinem Gegenüber feststellen, dass dieses Argument zwar unschlagbar ist, aber seine oder meine Angst keineswegs ausräumt! Die Tatsache, dass der Tod nichts ist, bedeutet, dass es nichts vor ihm zu fürchten gibt … außer dem Nichts, und das ist es, was man Angst nennt (eine Angst ohne bestimmten Grund oder sogar ohne einen Grund: das ängstliche Bewusstsein über die Nichtsheit seines Gegenstands). Ich würde also gerne zugeben, dass die Angst vor nichts oder vor dem Nichts, die eine der Definitionen von Angst ist, nicht dasselbe ist, wie die Angst vor nichts, die eine der Definitionen von Gelassenheit ist, wenn auch eine zu radikale. Verlass dich nicht auf die Logik, um dich zu trösten, würde ich sagen, genauso wenig wie darauf, dass sie an deiner Stelle mutig oder feige sein wird! Das würde uns gemeinsam zu der Erkenntnis führen, dass es angesichts des endgültigen Nichts völlig normal ist, ängstlich zu sein, dass es keinen Grund gibt, sich dafür Vorwürfe zu machen oder sich darüber Sorgen zu machen. Ferner ist es besser, gelassen zu akzeptieren, dass es nicht oder nicht ganz so gelassen ist. Es ist ebenso völlig legitim, gegen diese quasi instinktive Reaktion von Körper und Seele (d. h. des Körpers), wenn die Philosophie nicht ausreicht (sie reicht fast nie aus), zu Anxiolytika und anderen Psychopharmaka zu greifen, die wir heute glücklicherweise zur Verfügung haben. Angst ist ein physischer Zustand des Körpers. Wer das begreift, der ist schon ein bisschen weniger ängstlich.

Oder vielleicht würde ich mich, anstatt all das zu sagen, was für einen Sterbenden, wie ich fürchte, sehr belastend und ineffektiv ist, damit begnügen, mit ihm – wenn auch weinend, wenn es sich um einen nahen Angehörigen handelt – eines der schönsten Lieder von Georges Brassens, *Le Testament*, zu hören, das so schön die Trauer („Ich werde traurig sein wie eine Weide …“) und die Hinnahme des Sterbens beschreibt:

„Ich habe das Leben ohne Groll verlassen,
Ich werde nie wieder Zahnschmerzen haben:
Hier bin ich im Massengrab,
Das Massengrab der Zeit.“

Wenn er mir noch zuhören will, dann möchte ich gerne hinzufügen, dass der Tod ihm zwar die Erinnerung daran nimmt, aber nichts von dem, was er erlebt hat, rückgängig machen wird: Das „Massengrab der Zeit“ ist auch das Massengrab der Ewigkeit. Denn wenn alles Leben vergänglich ist, so sagte Jankélévitch, dieses Mal ganz richtig, „ist die Gewissheit, ein vergängliches Leben gelebt zu haben, eine ewige Wahrheit“.

Wird nichts davon übrig bleiben? Wenn der Sterbende mich darauf hinweist, könnte ich die Erinnerung seiner Angehörigen hervorheben, die unauslöschbare Spur seines eigenen Weges in ihnen […]. Aber das ist eher ein Trugschluss als ein Trost. Auch seine Angehörigen werden sterben, und all diese angeblich unauslöschlichen Spuren werden mit ihnen verschwinden, wenn nicht schon viel früher. Das ist das gemeinsame Los, die gemeinsame Vergänglichkeit, die gemeinsame Eitelkeit oder der gemeinsame Nebel, wie der Kleriker sagt. Selbst der Ruhm, die angebliche „Sonne der Toten“, ändert daran nicht viel. Ich würde ihm also ohne zu meckern zugestehen, dass er in dieser Hinsicht nichts zu erwarten hat. Du hast recht, würde ich ihm sagen: Selbst, wenn sich in zehntausend Jahren ein paar Leute an deinen Namen erinnern (was selbst für die berühmtesten unter uns sehr unwahrscheinlich ist), wirst du dennoch „eines ewigen Todes“ gestorben sein, wie Lukrez sagt, also vollkommen und unwiederbringlich.

Ja. Aber es wird trotzdem wahr sein, dass du gelebt hast. Keiner wird es mehr wissen? Und wenn schon? Was ändert das an der Wahrheit (die nicht bekannt sein muss, um wahr zu sein) und an deinem Leben, wie es in Wahrheit war (ja, trotz deiner Lügen und Irrwege, die wirklich verlogen, wirklich falsch oder irreführend waren) und wie es ewig bleibt, wie jede andere Wahrheit, so vergänglich es als Ereignis oder Prozess auch war. Ein Kind, das lächelt oder weint, ein Vogel, der fliegt oder sich niederlässt, eine Hand, die streichelt oder schlägt, ein Stern, der geboren wird oder vergeht: Ewig wird es wahr bleiben, und niemand – nicht einmal Gott, sagte Aristoteles, und nicht einmal der Tod – kann bewirken, dass das, was war, nicht gewesen ist. Von Spinozas *sub specie aeternitatis* ausgehend, weiß ich nicht, welcher Sterbende mir folgen wird, noch welchen Frieden er dort eventuell finden könnte. Ich habe übrigens Unrecht, wenn ich die Angelegenheit von einem intellektuellen Gesichtspunkt aus beleuchte, da es sich vielmehr um eine spirituelle Erfahrung handelt, die viele gemacht haben, und zwar lange vor ihrem Tod, und die viele – zu ihrem Pech – nie machen werden. Es bleibt festzuhalten, dass dieses Gefühl der Ewigkeit von allem, ähnlich wie die wiedergefundene Zeit bei Proust („dann wurde die Vorstellung des Todes selbst mir gleichgültig“), mich mehr aufklärt und besänftigt als die falschen Tröstungen eines Narcisse, der sich törichterweise für unvergesslich hält. Weder die Zukunft noch der Tod können etwas gegen eine Wahrheit ausrichten, und da alles wahr ist (einschließlich, ich betone, unserer Irrtümer, Täuschungen oder Illusionen, die wirklich das sind, was sie sind), auch nicht gegen das, was ist oder war. Werden wir nicht trotzdem sterben? Gewiss! Aber wenn wir uns der ewigen Wahrheit unseres Lebens besser bewusst werden (wie beim Hören von Mozart, beim Lesen von Proust, beim Bewundern von Vermeer oder Chardin), kann uns das helfen, den Tod besser zu bejahen, der ein Teil davon ist, der ihn zwar entfernen wird, aber nicht aufheben kann. Während einer Vorlesung an der Sorbonne sagte Vladimir Jankélévitch einmal zu seinen Studenten, wobei er von sich

selbst redete und die Hand auf die Brust legte: „Ich stelle Ihnen diese erstaunliche Sache vor: eine ewige Wahrheit, die sterben wird!“ Das ist es, was wir alle sind, und die Tragik wird dadurch gleichzeitig verdoppelt, durch den Kontrast, und vielleicht besänftigt, zumindest ein wenig, durch die Erkenntnis, dass das Sterben-müssen nichts gegen die Ewigkeit, gelebt zu haben, auszurichten vermag.

„Wenn die Wahrheit ewig ist“, wendet ein Freund ein, „dann ist sie Gott“. Natürlich nicht, denn sie kennt weder sich selbst, noch will sie sich, noch liebt sie sich, noch liebt sie uns! Aber deshalb ist sie nicht weniger wahr. Die Ewigkeit, in dem Sinne, wie ich das Wort verstehe (die immerwährende Gegenwart des Realen und des Wahren), ist das Gegenteil einer Hoffnung. Sie kann manchmal beschwichtigen, aber niemals trösten. Sie liegt nicht vor uns; wir sind es, die in ihr sind, wofür uns die Erinnerung, besser als die Vorstellung, öffnet. Die Vergangenheit ist „unwiderruflich“, sagte Lukrez, das ist ihre eigene Art, ewig zu sein, und deshalb ist auch die Gegenwart, sobald sie eintritt, ewig. Was könnte törichter sein, als auf die Ewigkeit zu warten, da wir uns bereits in ihr befinden?

„Ich liege nicht im Sterben“, sagte meine Freundin Christina auf ihrem Sterbebett, „ich bin im Leben“. Dieses letzte Wort, das mir Jacques Castermane, ihr Ehemann, überliefert hat, sagt etwas ganz Wesentliches aus. Der Tod vernichtet zwar jede Erinnerung und sogar jede Gegenwart für denjenigen, den er auslöscht, kann aber nichts gegen das ausrichten, was wir erlebt haben, und auch nichts gegen das, was wir erleben: Er beraubt uns im Grunde nur der Zukunft. Deshalb sind alle Tode, von der Lebenden aus gesehen, nicht gleichwertig (sie sind umso schlimmer, je mehr vorhersehbare Zukunft sie dem Sterbenden rauben: der Tod eines Kindes ist trauriger als der eines alten Menschen), ohne deshalb, von der Seite der Leichen aus gesehen (also von niemandem gesehen), aufzuhören, zum selben zurückzukehren, auf das alles hinausläuft. Das ist die Wahrheit des Nihilismus, der nur die Wahrheit des Todes ist. Beschäftige dich lieber mit dem Leben, auch auf deinem Sterbebett!

Werden diese Worte, sofern ich sie überhaupt zu sagen wage, genug sein, um meinen hypothetischen Sterbenden zu trösten? Vermutlich nicht. Aber warum sollte ich trösten wollen? Jeder Tod ist eine Tragödie, umso mehr, wenn es sich um den seinen handelt. Es ist nichts Anstößiges daran, darüber untröstlich zu sein, ganz im Gegenteil! Das erinnert mich an eine schöne Passage in Philip Roths *Pastorale américaine*, in der übrigens nicht unmittelbar vom Tod die Rede ist, jedenfalls nicht in der Ich-Form, die aber genauso, ja sogar noch mehr, für denjenigen gelten würde, der gerade im Sterben liegt:

> „Wenn es irgendwelche Probleme gibt, dann passt man sich an. Doch plötzlich ändert sich alles und es wird unmöglich. Nichts gelingt mehr. Wer kann sich dann noch anpassen? Das ist jemand, der nicht dafür geschaffen ist, dass das Leben aus dem Ruder läuft – ganz zu schweigen vom Unwahrscheinlichen. Und wer ist schon für das Unwahrscheinliche geschaffen? Niemand. Wer ist für Tragik und absurdes Leid geschaffen? Niemand. Die Tragik des Menschen, der nicht für die Tragik geschaffen war, ist die Tragik eines jeden Menschen.“

Und ja! Wir führten ein ruhiges Leben. Wir hatten jede Menge Probleme, Sorgen und Peinlichkeiten, und plötzlich gab es nur noch ein Einziges, das alle anderen Probleme verwischte oder relativierte: „Es ist vorbei, ich sterbe, hier und jetzt!“. Keine andere Zukunft mehr als diese, die keine ist. Keine andere Gegenwart mehr als diese, die kaum dauern wird. Kein anderes Problem mehr als dieses, und keine andere Lösung als mein eigenes, vollständiges Ende! Es ist, als würde man plötzlich von einem dreidimensionalen Raum – unserem eigenen oder dem des Universums – in einen Raum übergehen, der nur noch zwei Dimensionen hat. Wie kann man ihn bewohnen? Wie sollte man sich darin bewegen? Dazu müsste im Augenblick gelebt werden, und genau das können wir nicht. Die Dimension, die fehlt? Die Zukunft, und die gesamte Gegenwart wird dadurch erschüttert, als wäre sie auf den kleinsten Nenner reduziert, der sie selbst und die unmittelbare Zukunft des Sterbens ist.

„Es gibt keinen Toten“, wird oft gesagt, um anzudeuten, dass eine Situation nicht tragisch ist. Aber hier ist genau das Gegenteil der Fall: Es gibt einen Todesfall, und dieser Mensch bin ich! Wie könnte ich mich daran gewöhnen und so tun, als wäre nichts geschehen? Ich werde sterben, vernichtet, ausgelöscht, wie aus mir heraus amputiert werden, und zwar nicht irgendwann, nicht in langer Zeit, sondern in den nächsten Stunden oder Tagen. Dass ich darüber traurig bin, ist das Mindeste, was ich tun kann!

Jeder Tod hat etwas Pathetisches an sich und ich war nicht darauf vorbereitet. Werde ich der Rolle gewachsen sein? Das ist nicht die entscheidende Frage. Sterben ist „der Akt mit einer einzigen Hauptperson“, wie Montaigne sagt (*Essais*, III, 9): Was nützt es, „in dieser Handlung den letzten Beweis meiner Festigkeit zu erbringen oder zu zeigen“? Und an einer anderen Stelle, wunderschön: „Wenn Sie nicht wissen, wie man stirbt, machen Sie sich keine Sorgen: Die Natur wird Sie sofort, vollständig und ausreichend darüber informieren; sie wird genau diese Arbeit für Sie übernehmen“, und es ist nicht ausgeschlossen, möchte ich hinzufügen, es ist sogar wünschenswert, dass Ihr Arzt, sei es im Krankenhaus oder bei Ihnen zu Hause, der Natur oder Ihnen selbst hilft, damit es ohne allzu große Schmerzen verläuft. „Er hat bis zum Schluss gekämpft“, heißt es manchmal lobend über einen kürzlich Verstorbenen. Aber was beweist das Anderes, als dass er im Kampfzustand gestorben ist, dass sein Todeskampf immer nur die letzte verlorene Schlacht seiner Existenz war? Helfen wir ihm lieber, in Frieden zu sterben! Ist das nicht der Fall? Er wird trotzdem sterben. „Der Tod“, sagte ein alter Lehrer, „ist die einzige Prüfung, die noch nie jemand nicht bestanden hat“. Das beruhigt mich mehr als heldenhafte Ermahnungen. Es gibt keinen Grund, dem Sterben mehr Bedeutung beizumessen, als es hat. Es ist nur ein Moment, ein *Übergang*, wie man sagt, aber zu einem Nichts: Wünschen wir uns, dass er schnell und schmerzlos verläuft, ohne ihn zum Prüfstein eines ganzen Lebens zu machen.

Für die Angehörigen ist das natürlich anders, vor allem wenn der Tod, den sie begleiten, sie zerreißt. Vielleicht müssen auch sie lernen, sich diskret zu verhalten und den Sterbenden nicht mit ihrer eigenen Trauer zu belasten? Montaigne wünschte sich aus diesem Grund, weit weg von den Seinen zu sterben, und ich kann ihn verstehen:

> „Ich habe genug damit zu tun, mich selbst zu trösten, ohne andere trösten zu müssen […]. Lasst uns unter den Unsrigen leben und lachen, und lasst uns unter den Unbekannten sterben und schimpfen. Gegen Bezahlung findet sich, wer einem den Kopf verdreht und die Füße reibt, wer einen nur so sehr bedrängt, wie es einem gefällt, einem ein gleichgültiges Gesicht zeigt und einen nach seiner Fasson sprechen und klagen lässt. Ich entledige mich jeden Tag dieser kindischen und unmenschlichen Laune, die bewirkt soll, dass wir mit unseren Leiden das Mitleid und die Trauer unserer Freunde erregen wollen (*Essais*, III, 9).“

Jeder muss selbst entscheiden, was er an Nähe oder Alleinsein, an Worten oder Schweigen ertragen kann. Was mich betrifft, sagen wir es abschließend, so erwarte ich diesen Moment ohne allzu große Befürchtungen. Im Gegensatz zu *Jean Barois* habe ich, je älter ich werde, weniger Angst vor dem Tod, und das scheint mir normal zu sein (ich habe immer weniger zu verlieren: Der Tod kann mir nur noch einen Teil meines Alters rauben). Ich habe daraus eine Art Aphorismus formuliert, indem ich eine Dummheit eines bekannten Werbefachmanns aufgegriffen und korrigiert habe. (Jacques Séguéla: „Mit 50 Jahren, wenn man keine Rolex besitzt, heißt das, dass das Leben verpfuscht wurde“)

Ich möchte eher in Form eines Witzes und für meinen eigenen Gebrauch sagen: „Wenn du mit 70 Jahren noch Angst vor dem Tod hast, hast du dein Leben verfehlt.“ Was ich davon halte, wenn es so weit ist, werden wir sehen! Ich mache mir nicht allzu viele Gedanken darüber und lege auch nicht viel Wert darauf. Diejenigen meiner atheistischen Freunde, die das durchgemacht haben (Tzvetan Todorov, Jean Salem, mein Bruder Maurice, ganz zu schweigen von Roland Jaccard, der sich umgebracht hat …), haben die ganze Zeit über, soweit ich das gesehen habe (aber ich war im allerletzten Moment nicht dabei), einen großen Mut, eine große Standhaftigkeit und sogar eine große Gelassenheit an den Tag gelegt. Mir scheint, dass dies immer weniger seltener vorkommt und dass Martin du Gard's Roman auch in dieser Hinsicht gealtert ist. Der Atheismus ist keine neue Idee mehr: Das Leben ohne Gott ist so zur Gewohnheit geworden, dass es leichter wird, ohne ihn zu sterben.

Ich bin am Ende dieses Artikels angelangt … Das sind viele, wahrscheinlich zu viele Worte für eine Sache – den Tod oder vielmehr das Sterben –, die so einfach, so kurz (oder wünschenswert kurz) und so banal ist. Meine Entschuldigung ist, dass ich darum gebeten wurde, und ich hätte sie sicher nicht geschrieben, wenn es nicht so gewesen wäre. Werden sie von Nutzen sein? Möglicherweise denjenigen, die manchmal täglich mit dem Tod eines anderen Menschen konfrontiert sind. Wohl kaum den Sterbenden, sofern sie sie gelesen haben und sich daran erinnern. Jeder ist in dieser Situation, die zumindest für ihn selbst beispiellos sein muss, auf Improvisation angewiesen, und ich vermute, dass die vorherigen Lesungen nicht viel daran ändert.

Im Grunde gibt das Montaigne recht: „Wir bereiten uns nicht gegen den Tod vor; er ist eine zu momentane Sache. Eine Viertelstunde Leidenschaft [Passivität] ohne Folgen, ohne Schaden, verdient keine besonderen Gebote. Um die Wahrheit zu sagen, bereiten wir uns gegen die Vorbereitungen des Todes vor“ (*Essais*, III, 12). Das rechtfertigt vielleicht diese wenigen Seiten, die ich hier beende, die in der Tat keine andere Aufgabe haben, als *vorbereitend* zu sein. Wer will oder kann, soll sich ihrer bedienen.

Was mich betrifft, wenn ich bei Bewusstsein sterben muss, dabei meine ich bis zum vorletzten Moment (denn das Letzte entzieht sich notwendigerweise: für das Bewusstsein ist sein Erlöschen nicht gegenständlich), wünsche ich mir, dass es einfach und ruhig geschieht, ohne etwas beweisen oder bedeuten zu wollen, ohne noch etwas vom Leben zu verlangen, vor allem nicht, dass es einen Sinn hat (ich hoffe sehr, damals wie heute von diesem Aberglauben der Hermeneutiker und Plaudertaschen befreit zu werden, die das Leben für ein Symptom oder einen Vortrag halten), ohne das Sterben mehr zu bedauern als das Geborenwerden, weniger empfindlich gegenüber der Banalität des Verschwindens, der niemand entgeht, als gegenüber dem unerhörten Glück (nicht eine von hundert Milliarden, vor meiner Empfängnis), gelebt zu haben, kurz, indem ich für das Leben mehr Dankbarkeit als Bedauern, mehr Barmherzigkeit als Nostalgie empfinde. Vielleicht meinte Nietzsche genau das, als er in *Jenseits von Gut und Böse* schrieb: „Man muss sich vom Leben trennen wie Odysseus von Nausikaa – indem man es eher segnet als in es verliebt ist.“ In der Tat ist es für den Sterbenden nicht mehr an der Zeit, es zu begehren, zu erhoffen oder gar zu genießen oder sich an ihm zu erfreuen. Es ist Zeit zu gehen, anderen Platz zu machen und ihnen viel Glück und Mut zu wünschen! Ein Slogan aus meiner Jugendzeit fällt mir ein: „Das ist erst der Anfang, lasst uns den Kampf fortsetzen!“. Der Satz wäre in diesem letzten Moment absurd paradox. Aber vielleicht ist es nicht unmöglich, etwas davon zu behalten, das zumindest ein wenig vom Wesentlichen aussagt, wie eine Treue trotz allem zu unserer verrückten und schönen Jugend. Das Wort eines Achtundsechzigers, das ich gerne, mit geringstmöglichem Kummer und nicht vielleicht ohne einen Teil Erleichterung, zu meinen letzten Worten machen würde: Dies ist nur ein Anfang, jedenfalls für Sie, die Sie noch nicht sterben; setzen Sie fort, aber ohne mich, den harten und köstlichen (und erhebenden, vor allem in der Jugend! und ermüdenden, vor allem im Alter!) Kampf des Lebens!

Literatur

Comte-Sponville A (1995) Petit traité des grandes vertus. PUF, Paris
Comte-Sponville A (2004) Le capitalisme est-il moral? Albin Michel, Verlag Albin Michel, Paris
Comte-Sponville A (2006) L’esprit de l’athéisme. Albin Michel, Verlag Albin Michel, Paris
Comte-Sponville A (2020) Dictionnaire amoureux de Montaigne. Verlag Plon, Paris
Comte-Sponville A (2021a) Que le meilleur gagne! Publishing house Laffont Robert, Paris
Comte-Sponville A (rééd 2021b) Dictionnaire philosophique. PUF, Paris
Comte-Sponville A (2023) La clé des champs et autres impromptus. PUF, Paris
Jankélévitch V (1996) *Traité des vertus*, II, *Les vertus et l’amour*, Kap. III („La sincérité“). Wiederaufl. Flammarion, Paris

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Eine muslimische Perspektive auf Spiritual Care – Herausforderungen und Chancen

45

Daniel Roters

45.1 Schwierigkeit der Bezeichnungen

In mehrheitlich muslimischen Gesellschaften haben sich je nach gesellschaftlichem Kontext verschiedene institutionelle Formate und Bezeichnungen für die Sorge und Fürsorge um den Nächsten etabliert. In der Türkei wird Seelsorge je nach Kontext als *manevi rehberlik* bzw. *manevi bakım* („geistige, spirituelle Führung bzw. Pflege") oder als *dini danışmanlık* („religiöse Beratung") bezeichnet, insbesondere in ihren etablierten Formen in türkischen Institutionen. *Hastanelerde manevi destek* („Geistiger Beistand in Krankenhäusern"/Krankenhausseelsorge) ist die Bezeichnung für das vom türkischen Präsidium für Religionsangelegenheiten (Diyanet İşleri Başkanlığı) aufgelegte Programm zur Entsendung von Seelsorger:innen in Krankenhäuser. Im arabischen Sprachraum wird von *ar-riʿāyatu ar-ruḥīya* („geistige Fürsorge") gesprochen.

Der Seelsorgebegriff, von der Antike ausgehend, im christlichen Kontext und insbesondere im deutschen Sprachraum etabliert, findet sich in der islamischen Tradition nicht. Auch *eine* Seelenlehre gibt es in der islamischen Tradition nicht.[1] Ausgehend vom Koran ist etwa die Vorstellung der spirituellen Reinigung der Seele bzw. des Selbst (*tazkīyat an-nafs*) bekannt.[2] Die islamische Tradition entkommt – ähnlich wie das Juden-

[1] Vgl. Rudolph (2004) Seele, I, 5. Islam.

[2] Vgl. Q 2:129, 151,174; 3:77, 164; 4:49; 9:103; 20:76; 62:2; 80:3, 7; 87:21; 91:9; 92:18. Sofern Textstellen aus dem Koran im Text vorkommen, sind diese der Koranübertragung ins Deutsche von Ahmad Milad Karimi übernommen.

D. Roters (✉)
Zentrum für Islamische Theologie, Universität Münster, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Münster, Deutschland
e-mail: daniel.roters@uni-muenster.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_45

tum[3] – einem Leib-Seele-Dualismus, indem *nafs*, arab. auch für „das Selbst“, durch das Einhauchen des Geistes (*rūḥ*[4]) eine vitale Einheit bildet.[5]

Es scheint ein Spezifikum des deutschsprachigen Raumes zu sein, Seelsorge und Spiritual Care vehement unterscheiden zu wollen. Doris Nauer hat in „Spiritual Care statt Seelsorge?“ nicht nur die vielfältigen Möglichkeiten aufgezeigt, Spiritual Care zu denken, sondern auch die Möglichkeiten, Spiritual Care und Seelsorge in ein Verhältnis zueinanderzusetzen.[6] Als „neu hinzugekommener“ Protagonist, der die eigene und *eine* mögliche muslimische Perspektive zu entwickeln versucht, werde ich gegen Ende dieses Beitrags zumindest andeutungsweise und anhand von kurzen Fallbeispielen auf die Frage der Verhältnisbestimmung eingehen können. Dies ist deswegen möglich, da, und so viel kann vorweggesagt werden, muslimische Seelsorge (hier im Sinne eines Angebots von Muslim:innen an jede Person, die diesen Beistand wünscht) in Deutschland nach wie vor, vielleicht nicht so sehr in der lokalen Praxis, aber doch im Sinne fehlender, verlässlicher und zukunftsfähiger Strukturen, ein Novum ist. Allein die Debatte um die Bezeichnung der muslimischen seelsorgerlichen Begleitung als Seelsorge zeigt nicht nur auf, dass Irritation, Ablehnung, Zustimmung, Zurückhaltung zum Prozess des Aufbaus bzw. der Institutionalisierung von Seelsorgeangeboten für Muslim:innen (auch von Muslim:innen) dazugehören. Es steht außer Frage, insbesondere mit Blick auf die gemeinsame Verantwortung für Kranke und Sterbende, dass dieser Aufbau nur gelingen kann, wenn muslimische Seelsorge als ein fruchtbares Produkt der Begegnungen der Religionen, Traditionen und Professionen verstanden wird.

Interessanterweise tritt die Suche nach einer Unterscheidung bzw. der Streit um Begrifflichkeiten im englischsprachigen Kontext weitaus weniger auf. So können Muslim:innen in Nordamerika als *Muslim Chaplains* tätig sein und sind in Seelsorgekontexten institutionell eingebunden bzw. mit Institutionen assoziiert. Die US-amerikanische Bürgerrechtsbewegung (Civil Rights Movement) prägte die religiösen und ethnischen Minderheiten in den USA nachhaltig und zeigte Möglichkeiten auf, sich für die Angelegenheiten vom System Benachteiligter einzusetzen. So fand etwa *Muslim Chaplaincy* bereits in den 1970er-Jahren in US-Gefängnissen statt und in den 1990ern in anderen Kontexten, wie Universitäten und Krankenhäusern.[7] Zwar musste auch hier in den eigenen Communities kommuniziert werden, was dieses Angebot bedeutet, aber über die Bürgerrechtsbewegung und über den Aspekt der Stärkung gesellschaftlicher Teilhabe ist dieses Angebot viel selbstverständlicher geworden.

---

[3] Vgl. den hebr. Begriff *næpæš* (nefesch).

[4] Vgl. hebr. Begriff ruaḥ.

[5] Die Begrifflichkeiten *rūḥ* und *nafs* sind eng miteinander verbunden und werden heute oft synonym gebraucht.

[6] Siehe Nauer (2015), S. 14 ff.

[7] Vgl. insbesondere das Vorwort von Ingrid Mattson in: Ali MA et al. (2022), S. xv–xviii. Siehe zur Entwicklung von Muslim Chaplaincy: Gilliat-Ray, Ali, Pattison (2013), hier insb. Kap. 7.

45.2 Sorge und Fürsorge in der islamischen Tradition

An dieser Stelle sollen mehr Symbole sprechen als eine für das Feld gebotene, insbesondere in Bezug auf die vielfältigen Adressaten, systematische Auseinandersetzung mit dem Care-Begriff aus islamischer Perspektive. Eine solche Darstellung ist bisher, insbesondere für den deutschsprachigen Raum, ausgeblieben.

Betrachtet man Tradition hinsichtlich der Aspekte der Sorge und Fürsorge, finden sich in Koran und Hadith zahlreiche Beispiele, die sich in den heutigen Kontext übertragen lassen. Sorge und Fürsorge werden als Gemeinschaftsaufgabe (*community care*) verstanden. Jeder trägt diese Verantwortung für die Nächsten und in die weiteren Kreise:

> „Tut den Eltern Gutes, den Verwandten, den Waisen, den Armen, dem Nachbarn, der ist verwandt oder fremd, dem Gefährten an der Seite, dem Reisenden und dem, was besitzt eure Rechte.“[8]

Die Verpflegung des Kranken wird zu einer Pflicht erhoben:

> „Abū Musa, Gottes Wohlgefallen auf ihm, berichtete, dass der Gesandte Gottes, Frieden und Gottes Segen mit ihm, sagte: „Löst die Fesseln des Gefangenen, speist den Hungrigen und besucht den Kranken!““[9]

> „Al-Bara’, Gottes Wohlgefallen auf ihm, berichtete: „Der Prophet, Gottes Segen und Heil auf ihm, befahl uns sieben Dinge und verbot uns andere sieben Dinge: Er befahl uns, den Kranken zu besuchen, an dem Beerdigungszug teilzunehmen, dem Niesenden Barmherzigkeit zu wünschen, dem Einladenden Folge zu leisten, den Friedensgruß zu erwidern, dem Unterdrückten zu helfen und den Eidleistenden bei Erfüllung seines Eids zu unterstützen.““[10]

> „Abū Huraira – Gott habe Wohlgefallen an ihm – berichtete: Der Gesandte Gottes – Gott segne ihn und gebe ihm Heil – hat gesagt: Gott, der Mächtige und Erhabene, wird am Tage der Auferstehung dem Menschen vorhalten: „O Kind Adams! Ich erkrankte, doch Du besuchtest Mich nicht!“ Er wird antworten: „O mein Herr! Wie hätte ich Dich besuchen können, wo Du doch der Herr der Welten bist?“ Gott wird erklären: „Hast du denn nicht erfahren, dass mein Diener Soundso krank war, und du ihn nicht besuchtest? Hast du denn nicht gewusst, wenn du ihn besucht hättest, hättest du Mich bei ihm gefunden! O Kind Adams! Ich bat Dich um etwas zu essen, doch Mir gabst du nichts zu essen!“ Er wird antworten: „O mein Herr! Wie hätte ich Dir etwas zu essen geben können. wo Du doch der Herr der Welten bist?“ Gott wird erklären: „Hast du etwa nicht gewusst, dass Mein Diener Soundso dich um etwas zu essen bat? Hast du denn nicht gewusst, wenn du ihm etwas zu essen gegeben hättest, du sicherlich dafür Meine Belohnung erhalten hättest! O Kind Adams! Ich bat dich, Mir zu trinken zu geben, aber du gabst mir nichts zu trinken!“ Er wird sagen: „O mein Herr! Wie hätte ich Dir zu trinken geben können, wo Du doch der Herr der Welten bist?“ Gott wird erklären: „Mein Diener Soundso bat dich um Wasser, doch du gabst ihm nichts zu trinken! Hast du

[8] Q 4:36, vgl. auch an-Nawawī, Riyāḍ aṣ-Ṣāliḥīn, Hadith Nr. 303.

[9] Ṣaḥīḥ al-Buḫārī (50)/3046.

[10] Ṣaḥīḥ al-Buḫārī, (71)/6223.

> denn nicht gewusst, wenn du ihm zu trinken gegeben hättest, du deinen Lohn dafür bei Mir gefunden hättest?““[11]

Im 8. Vers in der Sure 23 (*al-Muʾminūn*, „Die Gläubigen“) im Koran wird an das Bild des Hirten erinnert, der achtsam seine Herde weiden lässt, indem die Gläubigen charakterisiert werden, die die ihnen anvertrauten, schützenswerten Güter und ihre Verpflichtungen im sozialen Gefüge beachten bzw. behüten sollen (arab. *raʿā* für „behüten, pflegen“).[12] Das Motiv ist ebenfalls, diesmal augenfälliger, im Hadith vertreten und weist auf die Präsenz des Hirtenbildes in der frühen muslimischen Gemeinschaft hin. In einer Überlieferung wird der Prophet Muhammad als Hirte beschrieben, der sich in diesem Bild in die Riege der Propheten, die allesamt Hirten waren, einreiht:

> „Abū Huraira, Gottes Wohlgefallen auf ihm, berichtete, dass der Prophet, Gottes Segen und Frieden mit ihm, sagte: „Allah entsandte keinen Propheten, der nicht Schafe gehütet hätte“. Die Gefährten des Propheten fragten: „Du auch?“ Und er antwortete: „Ja! Ich hütete sie gewöhnlich gegen Lohn für die Leute von Mekka.““[13]

Die Beschreibung des Propheten Muhammad als Hirte (lat. *pastor*) sei insofern von Bedeutung, wenn darüber debattiert wird, ob etwa Muslim:innen sich der Begrifflichkeit *Pastoral Care* bedienen können.

Die Aufgabe des Behütenden, der Fürsorge und Achtsamkeit gegenüber seinen Angelegenheiten und den Mitmenschen übt, wird in einer anderen Überlieferung als eine allgemeine Aufgabe angesehen, als ein Duktus des Lebens:

> „ʿAbdallāh Ibn ʿUmar, Gottes Wohlgefallen auf beiden, berichtete, dass der Gesandte Gottes, Gottes Segen und Frieden mit ihm, sagte: „Wahrlich, ihr seid alle Hirten, und jeder von euch ist verantwortlich für seine Herde: der höchste Imam, der über alle Menschen eingesetzt worden ist, ist ein Hirte, und er ist verantwortlich für seine Herde. Und der Mann ist für die Leute in seinem Haushalt ein Hirte, und er ist verantwortlich für seine Herde Und die Frau ist für die Leute des Haushalts ihres Mannes und für seine Kinder eine Hirtin, und sie ist verantwortlich für sie. Und der Diener eines anderen ist ein Hirte in Bezug auf den Besitz seines Herrn, und

---

[11] an-Nawawī, Riyāḍ aṣ-Ṣāliḥīn, Hadith Nr. 895. Augenfällig ist die Parallele zu Mt 25, 35–40.

[12] Q 23:8. Im arabischen Sprachraum ist der Begriff *ar-riʿāyatu ar-ruḥīya* („geistige Fürsorge“) wie eingangs erwähnt verbreitet. Dieser knüpft an das Bild des Hütens an. Es sei ebenfalls auf Q 2:104 und Q 4:46 verwiesen, in dem die Gläubigen davor gewarnt werden, das Wort „*rāʿinā*“ zu nutzen. Stattdessen solle man das Wort „unẓurnā“ nutzen, welches eine ähnliche Bedeutung i. S. v. achten und beachten aufweist. Die möglichen Gründe für diese Warnung sind vielfältig. So verweisen die meisten klassischen Korankommentatoren auf die Möglichkeit der Verballhornung und Schmähung des Propheten durch Andersgläubige, indem die Aussprache des Wortes verändert wird, dies mit dem Verweis auf Q 4:46. Gerade die direkte Ansprache der Gläubigen in 2:104 spricht aber ebenfalls für die Möglichkeit, dass eine Verwechslung aufgrund verschiedener kursierender Lesarten oder aufgrund ähnlich lautenden Begriffe vermieden werden sollte. Über die Interpretationsmöglichkeiten dieser Stelle siehe: Nickel (2011), S. 79, Fn. 52.

[13] Ṣaḥīḥ al-Buḫārī, (35)/2262.

er ist verantwortlich für dessen Besitz. Wahrlich, ihr seid dann alle Hirten, und jeder von euch ist verantwortlich für seine Herde.““[14]

Dies sind Sprachbilder, die die Zeiten überdauern und ins Bewusstsein geholt werden sollten. Sie sind von großer Bedeutung in der Vermittlung von seelsorgerlichen Angeboten im hiesigen Kontext. Nicht weniger, aber in anderer Weise bedeutsam, sind schriftliche Zeugen einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen durch muslimische Gelehrte, die ihr Augenmerk auf eine „holistische Medizin“ gerichtet haben, die „spirituelle, psychologische, physiologische und moralische Aspekte des Seins“ berücksichtigte.[15] Die sog. *Bimārestāne* (Krankenhäuser), die meist an religiöse Zentren angegliedert waren und durch religiöse Stiftungen (*awqāf*) finanziert wurden, behandelten Patienten unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit interdisziplinär und im oben beschriebenen Sinne.[16] Schriftliche Zeugen dieser ganzheitlichen Betrachtung des Menschen im Feld der Medizin sind die Werke von ar-Rāzī, insbesondere sein Buch der spirituellen bzw. geistlichen Medizin („*Kitāb aṭ-Ṭibb ar-rūḥānī*“), sowie Ibn Sīnā, der mit seinem „Kanon der Medizin“ (*al-Qānūn fī ’ṭ-ṭibb*) Medizingeschichte schrieb und sich in seinem „Buch der Heilung“ („*Kitab aš-Šifā*“) u. a. ausführlich mit dem Verhältnis des Körpers zum Geist auseinandersetzte, mithin mit psychologischen Begründungen somatischer Beschwerden. Auch wenn diese letzten Beispiele hilfreich sind, um eine Annäherung an Themen der Spiritual Care und Seelsorge zu leisten, scheinen doch die symbolträchtigen Überlieferungen, zumindest meinem Selbstverständnis nach, wirkmächtiger und tragender für die Entwicklung von Instrumenten zu sein, aber auch für die interkulturelle und interreligiöse Vermittlung von Haltungen, die Spiritual Care bzw. Seelsorge ausmachen.

45.3 Der Mantel der Barmherzigkeit – ein Bild der Vermittlung?

In ihrem Sammelband „Mantle of Mercy“ berichten *Muslim Chaplains* aus den USA über ihre Erfahrung als Seelsorgende und ihre Zugänge zur „Islamic Chaplaincy“ in multidisziplinären, multireligiösen und multikulturellen Settings. Der Begriff des *Chaplain* findet keine Entsprechung in der islamischen Tradition und doch haben die Herausgeber und Autoren an den Anfang ihrer Darstellung die Herkunft des Wortes „*chaplain*“ vom lateinischen Wort für Mantel herausgestellt (Ali et al. 2022, S. 3). Sie verbinden diese etymologische Betrachtung etwa mit dem Propheten Muhammad, der seinen Überwurf vor seiner ihn besuchenden Milchmutter Halima auf dem Boden ausgelegt hatte, damit diese sich setzen konnte. Sie erinnern an die Überlieferung, in der der Prophet Muhammad seine Tochter Fatima und seine Enkel Hasan und Husayn unter seinem Mantel versammelte und ihre besondere familiäre Verbindung beschwor. Weiter erinnern sie an die Begebenheit, als der Prophet die ersten herabgesandten Verse vernahm. Hier ist es seine Frau

[14] Ṣaḥīḥ al-Buḫārī (86)/7138.

[15] Isgandarova (2005), hier S. 93.

[16] Siehe zur Geschichte und Praxis in diesen Einrichtungen: Rahman (2000), Miller (2006).

Ḫadīǧa, die ihn nach der Empfängnis der ersten Verse umhüllte, ihm Trost spendete, ihn bestärkte und ihm seine Furcht nahm:

> „[…] „Trag vor im Namen deines Herrn, der erschuf, erschuf den Menschen aus einem Blutklumpen! Trag vor, denn dein Herr ist im Guten unübertrefflich…“ [Q 96:1–3]. Mit diesen Versen kehrte der Gesandte Gottes, Gottes Segen und Frieden mit ihm, mit einem bebenden Herzen zurück. Dann trat er bei [seiner Frau] Ḫadīǧa b. Ḫuwailid, Gottes Wohlgefallen an ihr, ein und sagte: „Hüllt mich ein, hüllt mich ein!“ Sie hüllten ihn ein, bis die Furcht von ihm abließ. Hier dann erzählte er Ḫadīǧa und berichtete ihr von dem Ereignis: „Ich bangte um mein Leben.“ Darauf sagte Ḫadīǧa: „Niemals wirst du bei Gott eine Schande erleben, denn du bist wahrlich derjenige, der die Verwandtschaftsbande pflegt, dem Schwachen hilft, dem Mittellosen gibt, den Gast freundlich aufnimmt und dem Notleidenden unter die Arme greift.“ […]“[17]

Mit Verweis auf das im amerikanischen Kontext verbreitete *Spiritual Assessment and Intervention Model* (AIM)[18] zeigen die Autoren, wie der Prophet die spirituellen und religiösen Bedürfnisse seiner Zeitgenoss:innen adressierte: etwa die Suche nach und Erfahrung von Bedeutung und Sinn im Leben, der Wunsch nach Versöhnung und lieben zu können sowie geliebt zu werden, das Suchen, Ringen und Finden nach der eigenen Identität, nach etwas, das man als Heimat bezeichnen kann. Sie verweisen auf den Propheten als Verkörperung der Barmherzigkeit Gottes auf Erden (Q 2:107).[19]

Ingrid Mattson drückt im Vorwort zum Buch aus, wie die eigene Glaubenstradition und die Erinnerung an diese geschilderten Begebenheiten, und nicht selten sind diese krisenhaft, ihr und anderen eine Motivationsquelle, aber auch Ressource für ihr seelsorgerliches Handeln sind:

> „I was not trained as a chaplain, but it has been my honor to train chaplains. My confidence has been in the Qur'an and the example of the blessed Prophet, peace and blessings be upon him, as sufficient for giving Muslims the theological, spiritual, and ethical teachings we need for chaplaincy. Allah, Who is Exalted, destined that my beloved daughter Soumayya, may Allah have mercy on her soul, would be struck with a terrible illness while I was in the early years of the program. For a dozen years she was my teacher in Islamic pastoral care; she taught me not to judge her reactions, not to give her cheap advice, not to offer answers to unanswerable questions, but to be pre sent, to see her, to listen to her, to affirm her beauty despite her wrecked body, to affirm that her life was meaningful, despite being confined to a bed in a room – a room that became my ribât.“[20]

---

[17] Ṣaḥīḥ al-Buḫārī (1)/3. Der der 74. Sure (*al-Muddaṯṯir, „Der sich Bedeckende“*) titelgebende Vers stellt im ersten Vers ebenfalls eine Referenz zu dieser Begebenheit dar, indem der Prophet direkt als *al-Muddaṯṯir* angesprochen wird.

[18] Shields, Kestenbaum, Dunn (2015). Das Model weist Ähnlichkeiten zu im hiesigen Kontext angewandten psychosozialen Anamneseinstrumenten wie dem Genogramm oder dem der spirituellen Anamnese dienenden SPIR-Modell auf. S. zu SPIR in der Praxis: Roser (2005) bzw. Elhardt, Riedner, Paal, Roser, Frick (2013).

[19] Ali et al. (2022), S. 3 f.

[20] Ali et al. (2022), S. xvii. *Ribāt* kann als Festung übersetzt werden. Ebenso wird der Sufi-Konvent als *ribāt* bezeichnet.

Der Mantel des Propheten ist ebenfalls Gegenstand der berühmten Mantelode (*Qasida al-Burda*) des al-Būṣīrī (1211–1294), die eine Lobpreisung und noch vielmehr eine Liebeserklärung an den Propheten darstellt, der dem Dichter im Traum erschienen sein soll. Al-Būṣīrī soll teils gelähmt gewesen sein und von Krankheit gezeichnet. Im Traum sei der Prophet ihm erschienen und habe ihm seinen Mantel umgelegt. Als der Dichter am nächsten Tag erwachte, habe er unter keinen Einschränkungen und Schmerzen mehr gelitten. Dies veranlasste ihn, die Mantelode zu verfassen.[21]

Spricht man vom Mantel als Symbol für einen Schutzraum, als Zeichen der Freigiebigkeit und Barmherzigkeit und Liebe gegenüber dem Nächsten, drängt sich auch Martin von Tours und die Episode der Mantelteilung[22] auf, in der er seinen Mantel (lat. *cappa*) teilt und eine Hälfte einem armen, unbekleideten Mann gibt. In der darauffolgenden Nacht erscheint ihm im Traum Jesus. Diese Begebenheit erinnert an Mt 25,35–40 und ist eine inspirierende Botschaft für Seelsorgende. Der Mantel (*cappa*) wurde als Reliquie verehrt und in Kapellen von den Kaplänen (lat. *Capellani*) verwahrt.

Die Vermittlung dieses Symbols des Mantels zwischen Religionsgemeinschaften und Traditionen vermag deutlich zu machen, wie sich Muslime als Seelsorgende im Kontext von Spiritual Care verorten können – als Mittler zwischen Kulturen, Religionen und Traditionen, als Gesprächspartner und Akteure für eine Spiritual Care im Gesundheitswesen.

45.4 Muslimische Seelsorge und Spiritual Care

Spiritual Care, wie sie in Hospizen und auf Palliativstationen in weiten Teilen getragen wird, lebt vom Ansinnen aller in diesem Bereich tätigen Menschen, sich ernsthaft mit den spirituellen Bedürfnissen des jeweiligen Gegenübers zu beschäftigen, überhaupt Räume zu schaffen, in denen diese Bedürfnisse adressiert werden können. Dieses ernste Bemühen und Ansinnen sind tragfähige Haltungen für die Seelsorge, die ihre Motivation auch aus einem religiösen Bekenntnis nimmt, die sich spezialisiert, um in der Begegnung Trost zu spenden, Ohnmacht auszuhalten und den Horizont der Zuwendung Gottes[23] auch für diejenigen zu eröffnen, die mit Gott ringen und hadern, die Suchende sind.

Traugott Roser beschreibt das Verhältnis in seinem Essay „Krankenhausseelsorge und Spiritual Care“ pointiert, indem er, angelehnt an Michel Foucault, die Seelsorge als einen „Anderort“ bezeichnet, als eine „Heterotopie“ im Gesundheitswesen.[24] Dies gilt ins-

[21] Siehe zur Mantelode: Stetkevych (2010). Siehe zum Prophetenlob in der klassisch-arabischen Literatur die Neuerscheinung von Weinrich (2022). Das Mantelgedicht (Burda), ein Gedicht des al-Būṣīrī, übersetzt von Thomas Bauer, ist abrufbar unter https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/alea/busiri.pdf. (Abruf 09.03.2023).

[22] Siehe Brennecke (2002).

[23] Für diesen Aspekt der praktizierten, bedingungslosen Zuwendung und die Begründung aus muslimischer Perspektive siehe: Roters (2020).

[24] Roser (2017).

besondere für die muslimische Seelsorge, die zwischen Sprachen, Kulturen, Traditionen, unterschiedlichen Weltverständnissen und Mentalitäten vermittelt, ebenso in der Heterogenität der muslimischen Communities. Sie ist sich der Brüchigkeit von (Glaubens-)Biografien, der Krisenhaftigkeit des Lebens und dem ambivalenten Verhältnis vieler Muslime zu ihrem Glauben bewusst. In der muslimischen Seelsorge wird etwa in der Gesprächssituation ein heilsamer „Anderort" hergestellt, in dem der soziale Druck, die Herkunft, das eigene Hadern mit dem Glauben keine Rolle, überhaupt Religion, keine Rolle spielen müssen, aber spielen dürfen. Sie ist Partnerin für Menschen, die sich als Muslime identifizieren und an die Beruhigung durch das Ritual erinnern, etwa durch ein Gebet oder die Rezitation des Korans. Nicht selten hört man von Patient:innen, die Zweifel haben, ob sie fromm genug waren. Oft bringen sie in der Krise, aber insbesondere am Lebensende das Bedürfnis zum Ausdruck, gemeinsam beten zu wollen oder gar die Spiritualität des Gebets (wieder) zu entdecken. Sie ist Gesprächspartnerin und Vermittlerin in medizinethischen Fragen, in denen Patient:innen und Angehörige ratlos sind angesichts einer Pluralität an Ansichten und Meinungen, auch im innermuslimischen Diskurs. In der Herstellung dieses „Anderortes" kann sie eine Beheimatung anbieten und Perspektiven der Orientierung schaffen. Die muslimische Seelsorge ist ebenfalls der „Anderort" für die islamische Tradition, die letztendlich ein imaginäres Kofferwort bleibt, unter dem alles und nichts subsumiert werden kann, wenn sie nicht reflektiert wird. Um es konkreter zu machen: Sie ist der „Anderort" für die Islamische Theologie, die die Möglichkeit hat, aus den Anfragen der Praxis zu lernen und Tradition fortzuschreiben bzw. neu zu befragen. Dies kann an dieser Stelle nur als Ausschnitt dienen, der aber zeigt, dass diese „Anderorte" heilsame und innovative Potenziale haben.

Ebenfalls zeigt pointiert der Essay von Simon Peng-Keller „Zum Verhältnis von Spiritual Care und Krankenhausseelsorge",[25] dass es nicht um eine schlichte Umdeklarierung von Seelsorge in eine Spiritual Care gehen kann. Er erinnert an die Möglichkeit, Spiritual Care als einen allgemeinen Leitbegriff anzusehen, mit dem sich professionelle Formen der Seelsorge verbinden. Muslimische Seelsorge, selbst suchend nach sinnvoller und professioneller Einbettung und in der gebotenen Offenheit der Selbstbeschreibung im hiesigen Kontext, vermag in diesem Prozess Mut zu machen, sich gemeinsam auf den Weg zu begeben, Spiritualität im Gesundheitswesen einen Raum zu öffnen, der alle im Gesundheitswesen Beteiligten adressiert und teilhaben lässt.

[25] Peng-Keller S (2018): Zum Verhältnis von Spiritual Care und Krankenhausseelsorge. Christlicher Heilungsauftrag. Herder Korrespondenz 11/2018:36–28.

Literatur

Ali MA et al (Hrsg) (2022) Mantle of mercy. Islamic chaplaincy in North America. Templeton Press, Conshohocken

Bauer T (o.J.) Das Mantelgedicht (Burda), ein Gedicht des al-Būṣīrī. Abrufbar unter https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/alea/busiri.pdf. Zugegriffen am 09.03.2023

Brennecke HC (2002) Martin von Tours. In: Religion in Geschichte und Gegen-wart (RGG), Bd V, 4. Aufl. Mohr-Siebeck, Tübingen, S 858–859

Elhardt E, Riedner C, Paal P, Roser T, Frick E (2013) Originalia. Evaluation einer Fortbildung zur Spirituellen Anamnese SPIR in Klinik und Praxis. Spirit Care 2(1):27–34

Gilliat-Ray S, Ali M, Pattison S (2013) Understanding Muslim chaplaincy. Ashgate Publishing Company, Burlington

Isgandarova N (2005) Islamic spiritual care in a health care setting. In: Van-Katwyk P et al (Hrsg) Spirituality and health: multidisciplinary explorations. Wilfrid Laurier University, Waterloo, S 85–101

Miller AC (2006) Jundi-Shapur, bimaristans, and the rise of academic medical centres. J R Soc Med 99:615–617

Nauer D (2015) Spiritual Care statt Seelsorge? Kohlhammer, Stuttgart

Nickel G (2011) Narratives of tampering in the earliest commentaries on the Qur'ān. Brill, Leiden

Peng-Keller S (2018) Zum Verhältnis von Spiritual Care und Krankenhausseelsorge. Christlicher Heilungsauftrag. Herder Korrespondenz 11(2018):36–28

Rahman HHA (2000) The development of the health sciences and related institutions during the first six centuries of Islam. Islamic Q 44(4):601–618

Roser T (2005) Spiritualität und Palliative Care: Die Praxis spiritueller Anamnese und spiritueller Begleitung im multiprofessionellen Team. Zeitschrift für Palliativmedizin 6(1):6–45

Roser T (2017) Krankenhausseelsorge und Spiritual Care. Spiritual Care 6(2):229–232. hier S. 232

Roters D (2020) Glauben in der Krise – muslimisch-seelsorgerliche Begleitung im Horizont der Zuwendung Gottes. In: Badawia T, Erdem G, Abdallah M (Hrsg) Grundlagen muslimischer Seelsorge. Springer VS, Wiesbaden, S 153–171

Rudolph U (2004) Seele, I, 5. Islam. In: Betz et al (Hrsg) Religion in Geschichte und Gegenwart. Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft (RGG), Bd X, 4. Aufl. Mohr Siebeck, Tübingen

Shields M, Kestenbaum A, Dunn LB (2015) Spiritual AIM and the work of the chaplain: a model for assessing spiritual needs and outcomes in relationship. Palliat Support Care 13(1):75–89

Stetkevych S (2010) The mantle odes: Arabic praise poems to the Prophet Muhammad. Indiana University Press, Bloomington

Weinrich I (Hrsg) (2022) In praise of the prophet. Forms of piety as reflected in Arabic literature. Ergon, Wiesbaden

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Spiritual Care aus buddhistischer Sicht

46

Kirsten DeLeo

46.1 Einführung

Das buddhistische Verständnis von Spiritual Care hat seine Wurzel in Buddhas schmerzhafter Begegnung mit Vergänglichkeit und Tod. Er kam als Prinz Gautama Siddhartha um 550 v. Chr. in Nordindien zur Welt und begegnete mit 29 Jahren zum ersten Mal einem Schwerstkranken, einem Sterbenden und einem Toten, was ihn zutiefst erschütterte. Er verstand, dass alles vergänglich ist, und so machte er sich auf die Suche, um das Leiden zu überwinden. Er wurde ein einfacher Wandermönch und erlangte im Alter von 35 Jahren „Erleuchtung" als Buddha, als Erwachter.

Der Buddhismus ist von vielen sehr unterschiedlichen Kulturen und Traditionen geprägt. Der Theravada-Buddhismus ist die einzige überlebende Schule der frühen buddhistischen Schulen in Indien. Er bezieht sich auf Buddhas Lehren, die in der Pali-Sprache überliefert worden sind, und ist heute hauptsächlich in Sri Lanka und Südostasien verbreitet. Er betont Ethik und das monastische Leben. Der Mahayana-Buddhismus bezieht sich auf den in Sanskrit überlieferten Schriften. In der Mahayana-Praxis spielt Mitgefühl eine zentrale Rolle. Innerhalb der Mahayana-Tradition finden sich mehrere Zweige: die „Reine Land"-Praxis, den Zen-Buddhismus und den tibetischen oder Vajrayana-Buddhismus. Der Mahayana-Buddhismus ist in Vietnam, China, Taiwan, Korea und Japan verbreitet. Der Varjayana-Buddhismus wird in Tibet, Mongolei, Nepal, Bhutan, Japan und Teilen der früheren Sowjetunion praktiziert. Heutzutage hat der Buddhismus rund

K. DeLeo (✉)
Dzogchen Beara Buddhist Meditation Centre, County Cork, Irland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_46

500 Mio. Anhänger weltweit und ist die viertgrößte Weltreligion. In Deutschland existieren ca. 600 buddhistische Gruppen und Gemeinschaften.[1]

Aus buddhistischer Sicht ist Spiritual Care in Deutschland ein junges Feld. Buddhist:innen bieten traditionelle seelsorgerische Begleitung an. Diese reicht von der Sorge für die Gemeinschaft über die Betreuung von Menschen aus verschiedenen buddhistischen Kulturkreisen, die in Deutschland leben, sowie der Begleitung von Buddhist:innen, die christlich aufgewachsen sind und zu einer buddhistischen Tradition gefunden haben, bis zu Interessierten, die sich von der buddhistischen Philosophie inspiriert fühlen.[2] Buddhistisches Gedankengut und buddhistische Praxis haben in den letzten zwei Jahrzehnten den Mainstream erreicht und den ganzheitlichen Ansatz in der Sterbebegleitung und Selbstfürsorge stark mitgeprägt. Buddhist:innen (z. B. Priester:in, ausgebildete Seelsorger:in) und buddhistische Einrichtungen bieten überkonfessionelle Betreuung an und in Aus- und Fortbildungen lernen Hospiz- und Palliative-Care-Mitarbeiter:innen buddhistische kontemplative Methoden.[3]

Was macht Fürsorge aus buddhistischer Sicht spirituell? Wie verstehen Buddhist:innen Tod und Sterben? Wie sieht eine buddhistische Sterbebegleitung in der Praxis aus? Um diese Fragen zu beantworten, werden im Folgenden erstens das Grundverständnis und zweitens die Praxis und die wesentlichen kontemplativen Methoden buddhistischer Sterbebegleitung skizziert.

46.2 Grundverständnis

46.2.1 Wie wird spirituelle Sterbebegleitung im Buddhismus verstanden?

In der klassischen buddhistischen Literatur gibt es kein Wort für Spiritual Care. Am nächsten kommt ihm die ethische Haltung der mitfühlenden Fürsorge für andere (Sanskrit: karuna). Mitgefühl ist definiert als der tiefe Wunsch, Leid zu lindern und seine Ursachen zu beseitigen. Echtes Mitgefühl ist aktiv, gibt uns Kraft, Entschlossenheit und eine Richtung für unser Handeln und ist ein Ausdruck gelebter Spiritualität. Für Mahayana-Buddhist:innen ist das Bodhisattva-Ideal eine große Inspiration. Bodhisattvas sind sanfte Krieger, die danach streben, die höchste Form von Mitgefühl, Mut und Weisheit zu entwickeln und ihr ganzes Sein und Handeln dem Wohle anderer zu widmen. In der tibetischen Ikonografie wird der Bodhisattva Avalokiteshvara mit tausend Armen und mit einem Auge in jeder

[1] Deutsche Buddhistische Union.

[2] Die Europäische Buddhistische Union hat 2021 das erste Netzwerk für Seelsorger:innen gegründet. https://europeanbuddhistunion.org/chaplaincy-network (Abruf 23.03.2023).

[3] Orte, die in Deutschland buddhistische Sterbebegleitung anbieten, sind der Hospizdienst Horizont Bodhicharya in Berlin, der Hospizdienst Mandala im Ruhrgebiet, Sukhavati Buddhistisches Zentrum für Spiritual Care in Bad Saarow und die Buddhistische Gemeinschaft Triratna in Essen.

Handfläche dargestellt. Mit den Augen nimmt er das Leiden der Welt wahr, mit den Händen spendet er mitfühlenden Trost.

Spirituelle Begleitung im Buddhismus ist geleitet von dem Bewusstsein, dass alles vergänglich ist, die Menschen mit allem verbunden sind und in wechselseitiger Beziehung stehen und jede Handlung Auswirkungen hat. Es geht um die damit verbundenen Grundhaltungen von Verantwortung und liebevollem Mitgefühl – für einen selbst und die Menschen, die einem anvertraut sind. Laut den buddhistischen Lehren sind alle Erscheinungen – Gedanken, Gefühle, der Körper, das Ich, die Welt – letztlich vergänglich, traumgleich und leer. Was auf der relativen Ebene des Alltags und Tuns zählt, sind positive Intentionen.

Die Grundlage spiritueller Begleitung ist im Buddhismus die Buddhanatur, das allen innewohnende Potenzial zur Befreiung aus Unwissenheit und Leid. Jeder Mensch kann Buddhaschaft erlangen. Sie ist keine intellektuelle Einsicht, sondern muss zu einem persönlichen Erleben werden. Der Name Buddha bedeutet, aus der Unwissenheit erwacht zu sein und sich diesem unermesslichen Weisheitspotenzial geöffnet zu haben. Es vollständig zu verwirklichen, ist Erleuchtung.

Buddhist:innen verstehen Fürsorge als eine gemeinschaftliche Aufgabe. Die Sangha, die Gemeinschaft der Laien und ordinierten Praktizierenden, spielt eine große Rolle. Zu Buddhas Zeiten waren es die Mönche und Nonnen, die die Gemeinschaft praktisch und spirituell betreuten (Abb. 46.1).

Abb. 46.1 Buddha pflegt einen Kranken. (Mit freundlicher Genehmigung Sukhavati Zentrum für Spiritual Care/Karin Krüger©)

46.2.2 Wie werden Krankheit, Sterben und Tod im Buddhismus verstanden?

Buddha sah sich selbst als Heiler. Er erkannte, dass Leiden keine Ausnahmesituation ist, sondern Teil der menschlichen Erfahrungen. Die Wahrheit des Leidens ist die erste der Vier Edlen Wahrheiten, die er gelehrt hat. Wahrheit meint hier eine Wirklichkeit, die durch eigene Erfahrungen entdeckt werden kann: 1. die Wahrheit des Leidens, 2. die Wahrheit von den Ursachen des Leidens, 3. die Wahrheit vom Ende des Leidens und 4. die Wahrheit vom Pfad, der zum Ende des Leidens führt.

Um Leiden zu überwinden, muss man seine tieferen Ursachen erkennen. In jeder Leiderfahrung steckt die Chance zur Transformation. Aus buddhistischer Sicht ist man niemals nur Opfer des Erlebens. Es wird aktiv mitbestimmt, mit, da es letztlich vom Geist erschaffen wird. Die Ursachen von Leid sind nicht allein schmerzhafte Lebensumstände wie Alter, Krankheit oder Tod. Leiden entsteht aus der Art und Weise, wie der Geist auf sie reagiert. Die buddhistischen Lehren unterscheiden hier zwischen vermeidbarem und unvermeidbarem Leiden. Der sterbende Mensch und auch die Angehörigen gehen durch einen tiefen Prozess des Loslassens. Das ist unvermeidbar. Vermeidbares Leid ist Leid, das man lindern kann, wie die Angst vor Einsamkeit. Um einen Ausweg aus dem schier endlosen Kreislauf des Leidens aufzuzeigen, hat Buddha den Achtfachen Pfad gelehrt. Er umfasst die Ethik des Denkens, des Sprechens, des Handelns und der Lebensführung. Ferner umfasst er die Weisheit, die durch die rechte Erkenntnis der Wirklichkeit und die rechte Bemühung um eine heilsame Geisteshaltung entsteht sowie die rechte Achtsamkeit und rechte Konzentration, die Grundlagen der Meditation.

Aus buddhistischer Sicht ist die tiefere Ursache von Leid das Greifen nach einem nicht existenten Ich. Sterben und Tod sind Extremsituationen, die dieses Reaktionsmuster und damit Hoffnung und Furcht massiv anheizen. Im Sterben löst sich alles, was die scheinbar solide Identität ausmacht, alles Vertraute, auch die Konzepte, auf. Das Greifen nach einem Ich, und damit nach Sicherheit und Dauer, entpuppt sich als Illusion. Im Tod, so das buddhistische Verständnis, zeigt sich, wie schmerzhaft und leidvoll dieses Greifen ist.

46.2.3 Warum sind Sterben und Tod für Buddhist:innen so bedeutsam?

Der Buddhismus sieht den Tod als einen natürlichen Prozess. Er ist ein Spiegel, in dem der Sinn des ganzen Lebens reflektiert wird (Rinpoche 2010) Er gilt als heiliger Moment, der nicht mit dem letzten Atemzug abgeschlossen ist, auch wenn es keine Vitalparameter mehr gibt. Laut den tibetischen buddhistischen Lehren verläuft dieser Prozess unterschiedlich, dauert aber vermutlich bis zu 20 Minuten.

Die meisten Buddhist:innen glauben an Wiedergeburt nicht im Sinne der Weiterreise einer Seele, da alles vergänglich ist. Wiedergeburt wird auf der Basis der Kontinuität von Bewusstsein verstanden. Der Bewusstseinszustand im Todesmoment, so heißt es, beein-

flusst die nächste Wiedergeburt oder ob Befreiung möglich ist (Rinpoche 2010). Daher muss alles getan werden, um eine friedliche Umgebung zu schaffen, sodass der sterbende Mensch loslassen kann, befreit von Ängsten und destruktiven Emotionen.

46.3 Praxis

46.3.1 Wie sieht buddhistische Sterbebegleitung in der Praxis aus?

Vor einem buddhistischen Hintergrund ist Spiritual Care für alle da, nicht nur für Buddhist:innen. Die Vier Edlen Wahrheiten können helfen, die Praxis einer buddhistischen Begleitung besser zu verstehen. Zuerst müssen die seelischen Ängste und die damit verbundenen Bedürfnisse erkannt werden: die Angst vor Einsamkeit und das damit verbundene Bedürfnis nach Geborgenheit und Liebe; die Angst, im Leben Fehler gemacht zu haben und das damit verbundene Bedürfnis nach Vergebung und Heilung alter Verletzungen und Beziehungen; die Angst vor Kontrollverlust und Abhängigkeit und das damit verbundene Bedürfnis nach Sinn; die Angst vor Schutzlosigkeit, spiritueller/religiöser Heimatlosigkeit und dem Todesmoment und das damit verbundene Bedürfnis nach Ruhe und Frieden.

Die Wahrheit vom Ende des Leidens bezieht sich auf die Lebensqualität und innere Heilung. Mithilfe spiritueller Kernkompetenzen, wie achtsamem Dasein und tiefem Zuhören, begleitet eine buddhistisch praktizierende Person den sterbenden Menschen, um ihm seine Ängste zu nehmen und auf seine Bedürfnisse einzugehen.

46.3.2 Was ist in der spirituellen Begleitung von Buddhist:innen wichtig?

Die Vielzahl kultureller Kontexte, in denen sich der Buddhismus mittels verschiedener Schulen bis heute verbreitet hat, macht es schwierig, zu sagen, was „Gut-begleiten“ bedeutet. Ein religiöses, spirituelles und kulturelles Gewahrsein ist erforderlich. So kann eine Person vor Kurzem aus einem buddhistischen Kulturkreis nach Deutschland gekommen sein, sich als Buddhist:in verstehen, aber nicht mit den Ritualen und Gebeten ihrer Herkunftskultur vertraut sein. Eine andere ist in einem christlichen Kontext in Deutschland aufgewachsen, identifiziert sich mit dem Zen-Buddhismus und findet im Sterben Trost in christlichen Gebeten.

„Was ist Ihnen/Dir jetzt wichtig?“, „Was ist jetzt Ihre/Deine größte Sorge oder Angst?“, „Was ist Ihre/Deine Kraftquelle?“ – diese Fragen können dabei helfen, die individuellen Bedürfnisse auszuloten. Buddhist:innen nehmen spirituelle Zuflucht beim Lehrer (Buddha), in den buddhistischen Lehren (Dharma) und in der Gemeinschaft (Sangha). Wichtig ist zu verstehen, was dem sterbenden Menschen Zuversicht gibt und welcher Tradition er oder sie folgt. Viele Buddhist:innen schätzen eine offene Kommunikation über den bevor-

stehenden Tod, um sich vorzubereiten und unerledigte Dinge abzuschließen. Gut sterben heißt bewusst sterben: spirituell vorbereitet und mit einem klaren Geist. Ungestörte Zeit und Ruhe für Meditation sind in den letzten Lebenswochen besonders wichtig. Eine spirituelle Vorbereitung fängt idealerweise lange vor dem Tod an, da der Geist während des körperlichen Auflösungsprozesses immer schwächer wird. Der sterbende Mensch benötigt eine einfache Herzenspraxis, eine einfache Meditation oder ein Gebet, mit dem er vertraut ist und in das hinein er oder sie sich entspannen kann. Wenn die Person eine regelmäßige Meditations- oder Gebetspraxis hat, sollte sie darin bestärkt werden, diese aufrechtzuerhalten, auch wenn das nur für kurze Momente möglich ist.

Für Buddhist:innen ist es wichtig, spirituelle Freund:innen um sich zu haben, Sanghafreund:innen, einen Meditationslehrer, eine Zenpriesterin oder einen Lama, der oder die sie mit Gebeten, Ritualen und spirituellen Anweisungen begleitet. Diese Unterstützung kann am Bett geschehen oder auch aus der Ferne. Man kann einen kleinen Altar mit Bildern des Buddhas und Meister:innen der sterbenden Person in Sichtweite aufstellen. Je nach Tradition kann man mit ihr meditieren und einfach bei ihr sein. Liebende-Güte-Meditation kann sie daran erinnern, was in ihrem Leben gut war. Positive Gefühle wie Dankbarkeit, Verbundenheit und Liebe können ihr dabei helfen, den Sterbeprozess und den Tod anzunehmen (Longaker 1997; DeLeo 2020). Angehörige sollten ermutigt werden, frühzeitig Abschied zu nehmen, gemeinsam zu trauern und das gelebte Leben zu feiern, solange der sterbende Mensch das noch kann, und ihm die Erlaubnis geben, zu gehen. Ein erwarteter Tod gilt nicht als Notfall und alle, die der sterbenden Person begegnen, sollten das ohne Drama oder Panik tun. Wenn der Tod naht, wünschen sich einige, nicht mehr berührt zu werden, von allen Maschinen getrennt zu werden und keine Behandlungen, die über die Palliativversorgung hinausgehen. Sie wünschen sich, dass ihr Körper noch für einige Stunden nach dem Tod ungestört bleibt. Im Sterben und unmittelbar danach sorgen i. d. R. spirituelle Freund:innen für eine friedvolle Atmosphäre im Zimmer.

46.3.3 Training von Herz und Geist

Eine der größten Herausforderungen ist es, dem sterbenden Menschen auf Augenhöhe zu begegnen. Einfach da zu sein, ist eine hohe Kunst und erfordert Training. In buddhistisch basierten Fort- und Weiterbildungen lernen die Mitarbeiter:innen in Hospizen und Palliativzentren eine Achtsamkeits- und Meditationspraxis sowie Mitgefühlsübungen, um die Spiritual-Care-Kernkompetenzen mitfühlende Präsenz, tiefes Zuhören, Selbstreflexion sowie rituelles und kulturelles Verständnis zu vertiefen. Dieser „Contemplative-Care“-Ansatz hat sich in den letzten 25 Jahren in den USA entwickelt und ist nun auch in Europa angekommen.[4]

[4] Z. B. Zen Center for Contemplative Care in New York, Upaya in New Mexico und Authentic Presence Contemplative End-of-Life Care Training in den USA und Irland.

Der englische Begriff bezieht sich auf die Anwendung kontemplativer Methoden in der Pflege und Betreuung. Gemeint ist die kontemplative Praxis der begleitenden Person und wie sie ihre mitfühlende Haltung und ihr entsprechendes Handeln steuern kann.

Heutzutage wird der Buddhismus vorwiegend mit Achtsamkeit assoziiert. Achtsamkeit ist jedoch nur eine seiner vielen kontemplativen Methoden. Achtsamkeit beschreibt die Fähigkeit, vollständig dessen gewahr zu sein, was in uns vorgeht, und schützt uns vor der ständigen Tendenz, uns ablenken zu lassen. In säkularen Interpretationen ist Achtsamkeit das bewusste Einlassen auf den Moment, ohne ihn zu bewerten. Im Buddhismus ist ihr Ziel jedoch immer die Befreiung von Leid und das Erlangen der Erleuchtung. In der Theravada- und Mahayana-Tradition beinhaltet sie zudem neben der Selbstbeobachtung auch die Arbeit für das Wohl anderer und das eigene (Roloff 2023).

> „Wenn die Achtsamkeit etwas Schönes berührt, offenbart sie dessen Schönheit. Wenn sie etwas Schmerzvolles berührt, wandelt es sie um und heilt es."

Thich Nhat Hanh: Achtsam arbeiten, achtsam leben

Eine Achtsamkeits- und Meditationspraxis gibt Begleiter:innen mentale Stabilität in chaotischen Situationen und Zeiten großer Unsicherheit. Sie unterstützt sie darin, in der Begleitung präsent und offenzubleiben, in ihrer fürsorglichen Präsenz zu ruhen und den Erfahrungen des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen Raum zu lassen. Begleiter:innen lernen, unabgelenkt bei etwas zu bleiben, ohne sich darauf zu fixieren, bewusster mit Gefühlen und Gedanken umzugehen und sie nicht auf andere zu projizieren. Eine Meditationsmethode ist die Beobachtung des Atems. Bewusst zu atmen und im gegenwärtigen Moment zu sein, kann am Bett eines sterbenden Menschen sehr beruhigend sein.

Die buddhistische Spiritual-Care-Praxis verbindet Achtsamkeitspraxis mit Mitgefühlstraining. Mitgefühl ist im Buddhismus nicht das Gleiche wie Mitleid oder Empathie. Mitleid entspringt der Angst, Mitgefühl der Liebe. Empathie gilt als Vorläufer des Mitgefühls. Diese Sicht bestätigen neuere neurowissenschaftliche Studien (Ricard et al. 2019). Empathie bezeichnet die Fähigkeit, mit den Gefühlen anderer in Resonanz zu treten. Mitgefühl ist mehr als empathische Anteilnahme für andere, die leicht zu einem Burn-out führen kann, wenn man nicht auch auf sich selbst achtet. Es ist aktiv und in der buddhistischen Praxis mit Weisheit verknüpft. Mit Mitgefühlsübungen lernen die Begleiter:innen, ihr Selbstmitgefühl zu stärken und ein stabiles Mitgefühl für andere zu entwickeln. Die Liebende-Güte-Meditation ist eine der wichtigsten Instrumente in der buddhistischen Sterbebegleitung. Sie hilft, liebevoller und verständnisvoller mit sich selbst und anderen umzugehen. In der Praxis werden still die folgenden Sätze wiederholt, die beide in den Blick nehmen:

> „Möge ich glücklich sein. Möge es mir wohlergehen.
> Möge ich mich sicher und geborgen fühlen. Möge ich in Frieden sein.
> Mögest du glücklich sein. Möge es dir wohlergehen.
> Mögest du dich sicher und geborgen fühlen. Mögest du in Frieden sein."

Eine hilfreiche Übung, die aus dem buddhistischen Geistestraining stammt, besteht darin, das Gegenüber einfach als einen Menschen zu sehen, der ebenso glücklich sein, wertgeschätzt und gesehen werden möchte und nicht leiden will.

Eine bekannte Mitgefühlsmeditation aus der Tradition des tibetischen Buddhismus ist Tonglen, was in etwa „Geben und Nehmen“ bedeutet. In der Tonglen-Meditation ist die Vorstellung, das Leiden einer anderen Person einzuatmen und Glück und Frieden auszuatmen (Chödrön 2016). Hiermit verbindet man sich intentional, emotional und spirituell mit dem Gegenüber.

Eine weitere vom Buddhismus inspirierte Spiritual-Care-Methode ist die Visualisierung einer Kraftquelle. Man visualisiert im Sterbeprozess und Todesmoment eine Verkörperung von Weisheit und Mitgefühl in strahlendem goldenem Licht über dem Bett des sterbenden Menschen, mit dem sich dessen Bewusstsein verbinden kann.

46.4 Zusammenfassung

Der buddhistische Ansatz ist offen für alle, ganzheitlich und personenzentriert. Jede Person gilt als vollständig, heil und verdient daher spirituelle Fürsorge. Spiritual Care ist aus buddhistischer Sicht eine gemeinschaftliche Aufgabe und wird von dem Menschen geleitet, der uns anvertraut ist – seinen Ängsten, Bedürfnissen und einzigartigen Lebenserfahrungen. Im buddhistischen Kontext ist das letztliche Ziel von Spiritual Care, den sterbenden Menschen dabei zu unterstützen, sich mit seinem unermesslichen Weisheitspotenzial zu verbinden. Kontemplative Methoden, wie Achtsamkeit, Meditation und Mitgefühlstraining, sind für alle Begleiter:innen hilfreich, um eine mitfühlende Präsenz und ihr spirituelles Gewahrsein zu stärken.

Literatur

Chödrön P (2016) Tonglen: Der tibetische Weg mit sich selbst und anderen Freundschaft zu schließen. Arbor Verlag, Freiburg

DeLeo K (2020) Ganz da sein, wenn ein Leben endet. Achtsame Sterbebegleitung. Ein Handbuch. Edition Steinrich, Berlin

Ellison KP, Weingast M (2016) Awake at the bedside. Contemplative teachings on palliative and end-of-life care. Wisdom Publications, Boston

Giles C, Miller W (2012) The arts of contemplative care: pioneering voices in Buddhist chaplaincy and pastoral work. Wisdom Publications, Boston

Giles, C, Miller W (2023) Contemplative Care: Wegbegleiter der buddhistischen Seelsorge in den USA. Books on Demand, Norderstedt Thich Nhat Hanh (2013)

Longaker C (1997) Dem Tod begegnen und Hoffnung finden: Die emotionale und spirituelle Begleitung Sterbender. Piper Verlag, München

Ricard M, Singer T, Karius K (2019) Die Macht der Fürsorge: Für eine gemeinsame Zukunft. Wissenschaft und Buddhismus im Dialog mit dem Dalai Lama. Knaur Verlag, München

Rinpoche S (2010) Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben: Ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod. Droemer Verlag, München
Roloff C (2020) Buddhistische Seelsorge. Spirit Care 9(2):191
Roloff C (2023) Buddhist chaplaincy and care practice. In: Studies in spiritual care. Bd 8. Complexities of spiritual care in plural societies. De Gruyter, Berlin/Boston, S 59–98
Thich Nhat Hanh (2013) Achtsam arbeiten, achtsam leben. Der buddhistische Weg zu einem erfüllten Tag. O.W. Barth, München

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Spiritual Care – Christliche Seelsorge: Ohne-, Gegen-, Neben-, Miteinander?

47

Doris Nauer

47.1 Einleitung

Spiritual Care ist inzwischen auch im Gesundheitssystem der deutschsprachigen Länder angekommen.[1] Ebenso wie für die christliche Seelsorge gilt auch für Spiritual Care, dass theoretisch-konzeptionelle Unterschiede existieren, weshalb die konkrete Alltagspraxis in beiden Professionen von Haus zu Haus durchaus variieren kann. Wenn nicht mehr, wie bisher, eine Profession (Seelsorge), sondern künftig zwei Professionen (Seelsorge und Spiritual Care) Anspruch auf die spirituelle Begleitung der ihnen anvertrauten Menschen erheben können, wie wird sich dann das Verhältnis zwischen beiden Professionen gestalten?[2] Wie werden sich die Leitungsverantwortlichen besonders der Katholischen und Evangelischen Kirche gegenüber Spiritual Care positionieren? Wie werden *christliche* Seelsorgende und religiös-weltanschaulich *neutral* aufgestellte Spiritual Care Giver, die vor Ort immer häufiger in palliativen Einrichtungen, ambulanten Diensten, Altenheimen bzw. Pflegeheimen, Krankenhäusern und Unikliniken, Psychiatrien und Behindertenein-richtungen aufeinandertreffen, miteinander umgehen? Welche der spirituellen Begleitungsangebote werden hilfsbedürftige, kranke, behinderte, alte und sterbende Men-

[1] Hintergrundinformation findet sich in: Peng-Keller/Neuhold (2019), Noth (2021).

[2] Die Diskussion/Debatte um die Verhältnisbestimmung ist bereits seit einigen Jahren voll im Gang, wie folgende Beiträge signalisieren: Gärtner (2016), Knoll (2019), Beelitz (2021), Dittscheidt (2022), Utsch (2022).

D. Nauer (✉)
CTS Berlin/Campus für Theologie und Spiritualität, Berlin, Deutschland

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_47

schen langfristig bevorzugen? Muss das *„innovative“* Angebot Spiritual Care letztlich nicht automatisch zum Aus(sterben) der *„alten/veralteten“* christlichen Seelsorge führen?

Wie die Antworten auf die gestellten Fragen ausfallen, wird sowohl von aktuellen kultur-, gesellschafts-, gesundheits-, hochschul-, ordens-, verbands- und kirchenpolitischen Entwicklungen, als auch davon abhängen, welche Verhältnisbestimmung die Fachvertreterinnen und Fachvertreter beider Professionen selbst unter Zustimmung ihrer Anstellungsträger (Einrichtung/Kirche/Orden etc.) vor Ort favorisieren. Im Folgenden werden daher verschiedene Szenarien durchgespielt, wobei gegenwärtig niemand mit absoluter Sicherheit Auskunft darüber geben kann, welche der Möglichkeiten sich als die wahrscheinlichste, weil realistische erweisen wird.

47.2 Ohne-Einander

Gemäß dem ersten Szenario kann es nur einen Gewinner geben: Spiritual Care *oder* Seelsorge! Im Unterschied zu allen anderen Zukunftsszenarien gilt es in diesem Szenario, zwei diametral entgegengesetzte Entwicklungsmöglichkeiten zu unterscheiden:

1. *Spiritual Care* ohne Seelsorge, sprich ein wertneutral aufgestelltes innovatives Spiritual Care, wird künftig nahezu ausschließlich den Markt der spirituellen Begleitung im Gesundheitswesen deutschsprachiger Länder dominieren, während die alte religiös eingefärbte christliche Seelsorge vom Markt verschwunden sein wird. Folgende, einander verstärkende Entwicklungstendenzen der letzten Jahrzehnte könnten in diese Richtung weisen:
   - *Gesellschaftspolitisch:* Unglaubwürdigkeitserfahrungen mit christlichen Kirchen (v. a. sexueller Missbrauch, unzeitgemäße Sexualmoral, Benachteiligung von Frauen, Finanzskandale, Diskrepanz von Wort und Tat) führen bei immer mehr Menschen zu einer Entfremdung von ihrer Kirche (vgl. Fuchs 2022), weshalb auch eine spirituelle Begleitung durch kirchlich entsandte Seelsorgende selbst im Krankheits- und Todesfall mittel- bis langfristig auf immer weniger Interesse stoßen wird. Trotz, vielleicht sogar wegen der massiven Kirchenkritik und Kirchenaustrittswelle, leben wir gegenwärtig in deutschsprachigen Ländern in post-säkularen Gesellschaften, in denen das Phänomen einer Re-Spiritualisierung zu beobachten ist. Wenn tatsächlich eine Beschäftigung mit spirituellen Themen und die Suche nach spirituellen Erfahrungen unabhängig von einer Religions- und Kirchenzugehörigkeit für (immer mehr) Menschen bedeutsam sind, dann wird auch eine wertneutrale spirituelle Begleitung im Gesundheitswesen zunehmend geschätzt, wie dies z. B. in den Niederlanden bereits seit Jahrzehnten der Fall ist.[3]

[3] Gärtner, Kenner der dortigen Lage, lässt uns wissen, dass gerade bei Krankenhauspatienten eine hohe Zustimmung und Zufriedenheit mit Spiritual Care vorherrscht. Vgl. Gärtner (2017)

- *Gesundheitspolitisch:* In den 80iger Jahren des 20. Jhdt. hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das spirituelle Wohlbefinden als Bestandteil umfassender Gesundheit erkannt und den Weg der Implementierung und Finanzierung einer Spiritual Care, wenn auch zunächst nur im palliativen Bereich, flächendeckend frei gemacht.
- *Kirchenpolitisch:* Weil immer weniger Seelsorgepersonal zur Verfügung steht, finanzielle Ressourcen schrumpfen und Umstrukturierungen auf Gemeindeebene sozusagen das letzte noch vorhandene Seelsorgepersonal einfordern, ist in beiden großen christlichen Kirchen bereits seit Längerem die Tendenz erkennbar, christliche Profi-Seelsorgende aus dem Gesundheitswesen abzuziehen bzw. freigewordene Stellen nicht nachzubesetzen (Klessmann 2015, S. 257). Sehenden Auges tragen damit die Kirchen selbst aktiv dazu bei, dass christliche Seelsorge auf der Angebotspalette „Spirituelle Begleitung“ künftig vergeblich zu suchen sein wird.

2. *Seelsorge* ohne Spiritual Care, sprich Spiritual Care, wird sich langfristig trotz aller gegenwärtigen Euphorie nicht im Gesundheitswesen durchsetzen, sondern mehr oder minder still und leise wieder von der Bildfläche verschwinden, während Seelsorge Spiritual Care „aussitzen“ und damit am Ende als Gewinner „übrig bleiben“ wird. Hierfür sprechen folgende Entwicklungen, die ebenfalls nicht vollkommen ausschließbar sind:
   - *Kirchen- und verbandspolitisch:* Wenn es die Katholischen Bischöfe mit ihrem aktuellen Positionspapier zur Seelsorge „*In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche*“ (Die Deutschen Bischöfe 2022) tatsächlich ernst meinen und folgendes, ebenso aktuelles Statement der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) nicht nur eine leere Behauptung darstellt, dann werden beide Kirchen Sorge dafür tragen, dass Seelsorge im Gesundheitswesen nicht nur sichergestellt, sondern sogar massiv ausgebaut wird: „Krankenhausseelsorge bleibt eine elementare kirchliche Aufgabe.“ (Evangelische Kirche in Deutschland 2020, S. 20). Gleiches gilt für kirchliche Verbände wie Caritas und Diakonie sowie für Häuser/Einrichtungen in (ehemaliger) Ordensträgerschaft, die zur Wahrung ihres christlichen Profils dafür Sorge tragen, dass auf der Basis neuer Finanzierungsmodelle und Ausbildungsmodi christliche Seelsorge zu ihrem unverzichtbaren Markenkern gehört.
   - *Gesellschaftspolitisch:* Wenn Spiritual Care tatsächlich ein stark westlich-säkular geprägtes Phänomen darstellt, wie Isabelle Noth zu Recht hervorhebt (Noth 2014, S. 115), dann besteht die Möglichkeit, dass in dem Moment, in dem der Spiritualitätsboom seinen Zenit überschritten hat, auch Spiritual Care für viele Menschen an Attraktivität verlieren wird. Auch wenn diese nicht plötzlich die kirchliche Seelsorge für sich entdecken werden, wird noch ein Rest an Menschen vorhanden sein, der auf das christliche Seelsorgeangebot zurückgreifen wird, vorausgesetzt die christlichen Kirchen und Verbände haben dieses sichergestellt.
   - *Gesundheitspolitisch:* Falls im Gesundheitssystem massive finanzielle Engpässe auftreten sollten und der Ruf nach einer Fokussierung auf das medizinische „Kerngeschäft“ laut wird; oder wenn die einflussreichsten Player im Gesundheitswesen –

Ärzt:innen – sich nicht (mehr) für Spiritual Care begeistern lassen; oder wenn der Wirkfaktor Spiritualität für den Erhalt von Gesundheit empirisch nicht (mehr) nachweisbar sein sollte, dann könnte Spiritual Care schnell wieder an Bedeutung verlieren, wie der renommierte Palliativmediziner Gian Domenico Borasio erstaunlich offen für sein Tätigkeitsfeld einräumt: „Das Angebot von Spiritual Care und das Interesse von Ärzten an Spiritualität beruht nicht auf einer philosophischen, religiösen oder weltanschaulichen Vorstellung, sondern allein auf dem Nachweis, dass Spiritualität etwas mit Lebensqualität am Lebensende zu tun hat. Wenn das nicht der Fall wäre, dann würde sie aus dem Aufgabenbereich der Palliative Care gestrichen werden." (Borasio 2014, S. 118)

- *Hochschulpolitisch:* Obgleich Spiritual Care auch an deutschen und schweizerischen Hochschulen in Form von neu eingerichteten Lehrstühlen angekommen ist und sich als eigenständiger Lehr- und Forschungsbereich mit eigenen Fachzeitschriften, Fachgesellschaften, Fachkongressen und einer Vielzahl an Fachpublikationen etabliert, besteht dennoch die Möglichkeit, dass die Finanzierung derartiger Lehrstühle langfristig nicht gesichert ist, wodurch nicht nur der akademische Unterbau, sondern auch die praktische Implementierung von Spiritual Care vor dem Aus stehen könnte.

47.3 Gegen-Einander

Kann Spiritual Care langfristig Seelsorge nicht verdrängen und Seelsorge nicht Spiritual Care, werden gemäß dem nächsten Szenario beide in einem unauflösbaren Konkurrenzverhältnis zueinander stehen, auch wenn Protagonisten wie Eckhard Frick und Traugott Roser immer wieder betonen, dass dies nicht der Fall ist bzw. sein soll: „Spiritual Care entwickelt sich langsam innerhalb der Gesundheitsberufe, im Kontakt mit der Krankenhausseelsorge, aber weder als Ersatz noch als Konkurrenz zur Pastoral." (Frick 2014, S. 65; vgl. auch Roser 2015, S. 239). Auch auf christlicher Seite sehen sich Theologen wie August Laumer zu folgender Stellungnahme herausgefordert: „Die Befürchtung, dass Ärzte und Pflegekräfte hier zu einer Konkurrenz für die hauptamtliche Seelsorge werden könnten, ist wohl unbegründet." (Laumer 2018, S. 160). Ganz anders beurteilt dies Erhard Weiher, ein erfahrener Klinikseelsorger, der sich intensiv mit Spiritual Care auseinandergesetzt hat: „Damit bekommt die Seelsorge Konkurrenz." (Weiher 2015, S. 241). Nicht alle christlichen Seelsorgenden, die im Laufe ihres Berufslebens miterleben mussten, dass ihnen der Alleinanspruch auf spirituelle Begleitung verloren ging, weil ihnen zunächst ökumenische, und im Anschluss daran interreligiöse Kooperation abverlangt wurde, werden dies als theologischen Fortschritt und alltagspraktische Bereicherung bzw. Entlastung

erlebt haben. Wird ihnen nun auch noch abverlangt, anzuerkennen, dass auch Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen Aufgaben der spirituellen Begleitung übernehmen dürfen/sollen, könnte dies zwei unterschiedliche Effekte haben: Zum einen könnte es dazu führen, dass sich die Seelsorgenden aller Konfessionen und Religionen (endlich) untereinander akzeptieren, wertschätzen und zusammenarbeiten. Zum anderen könnte es aber auch dazu führen, dass sich einige oder gar alle Seelsorgenden, weil sie sich von Spiritual Care bedroht fühlen, gegen Spiritual Care zusammenschließen. Letzteres hätte fatale Folgen, wie Stefan Gärtner exemplarisch für die Krankenhausseelsorge verdeutlicht: „Die Krankenhausseelsorge sollte sich von Spiritual Care aber nicht bedroht fühlen und sich auf das Recht der Älteren zurückziehen. Damit schafft man künstliche Konflikte, die nicht zuletzt auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden […] Ein zugespitztes Konkurrenzdenken dürfte darum letztlich zur Herauslösung der Klinikseelsorge aus dem primären Prozess in den Einrichtungen führen.“ (Gärtner 2016, S. 54–55). Betrachten sich Seelsorgende und Spiritual Care Giver als Konkurrenten im Kampf um die Gunst der alten/kranken/behinderten/sterbenden Menschen, riskieren sie somit zweierlei: Zum einen verhindern sie eine fruchtbare Kooperation zugunsten der Menschen, für die sowohl Seelsorgende als auch Spiritual Care Giver da sein wollen. Zum anderen fordern sie die Klinik- bzw. Hausleitung dazu heraus, die Konkurrenzsituation zugunsten einer Partei aufzulösen zu müssen. Dass dabei die Seelsorge Gefahr läuft, den Kürzeren zu ziehen, wird im EKD-Positionspapier 2020 klipp und klar auf den Punkt gebracht: Aus Sicht der weithin säkular geprägten Gesundheitssystems scheint der neutrale Spiritual Care Giver die naheliegendste und praktikabelste Lösung zu sein.“ (Evangelische Kirche in Deutschland, S. 11)

47.4 Neben-Einander

Im nächsten Szenario wertschätzen beide Berufsgruppen einander, arbeiten jedoch alltagspraktisch mehr oder minder aneinander vorbei.

Spiritual Care Giver organisieren sich im Spiritual-Care-Team, christliche Seelsorgende in intra- und/oder interkonfessionellen sowie interreligiösen Teams. Inhalte, Zielsetzungen und Methoden der spirituellen Begleitung werden zwischen beiden Professionen nicht abgesprochen oder gemeinsam koordiniert. Solange die Hausleitung keine Kooperation einfordert, gibt es kaum Berührungspunkte. Spiritual Care versteht sich als ein Dienstleistungsangebot des Hauses/der Einrichtung. Spiritual Care Giver sind deshalb im Gegensatz zu Seelsorgenden strukturell voll und ganz in das Haus/die Einrichtung ein- und damit weisungsgebunden. Spiritual Care Giver werden i. d. R. vom Haus/der Einrichtung/dem Träger finanziert. Christliche Seelsorgende i. d. R. aus diözesanen oder landeskirchlichen Mitteln (re)finanziert.

47.5 Mit-Einander

Ein Mit-Einander von Spiritual Care und Seelsorge ist prinzipiell möglich, weil zwischen beiden Kompatibilitäten/Schnittmengen existieren. Zumindest schlagwortartig sollen die wichtigsten Aspekte auf den Punkt gebracht werden[4]:

- Beide verstehen sich als ein Angebot für prinzipiell alle Menschen, basierend auf Zwanglosigkeit und Freiwilligkeit.
- Beide basieren auf dem radikalen Ernstnehmen, sowohl der postsäkularen als auch der multikulturellen und multireligiösen Zeitsignatur.
- Beide votieren für eine ganzheitliche Sicht von Mensch-Sein, wobei besonderer Wert auf die anthropologische Annahme gelegt wird, dass nicht nur die körperliche, psychische und soziale, sondern auch die spirituelle Dimension elementar zum Mensch-Sein dazugehört.
- Beiden geht es deshalb inhaltlich darum, Menschen eine individuell ausgerichtete manipulationsfreie spirituelle Begleitung anzubieten.
- Beide stimmen darin überein, ihr Begleitungsangebot professionell und qualifiziert umzusetzen, wobei das geforderte Kompetenzprofil ebenso wie die Methodenwahl Konvergenzen aufweist.
- Beide bieten Praxisformen an, die einander in Vielem ähneln.
- Beide votieren für Teamarbeit.

Ein tatsächliches Mit-Einander, von dem beide Professionen profitieren, setzt jedoch nicht nur voraus, dass Spiritual Care Giver eine prinzipielle Offenheit gegenüber Seelsorge und Seelsorgenden aufbringen, sondern auch,

- dass Seelsorgende keinen Ausschließlichkeitsanspruch auf die spirituelle Begleitung erheben und die spirituelle Begleitungskompetenz von Spiritual Care Givern grundsätzlich anerkennen.
- dass überhaupt genügend Seelsorgende für ein Mit-Einander vorhanden sind, sprich, dass hauptamtliche Seelsorgende die Bereitschaft aufbringen, neue Zugangswege/Qualifizierungskurse zum hauptamtlichen Seelsorgeberuf sowie zum ehrenamtlichen seelsorglichem Engagement anzuerkennen (vgl. Schrage 2021, S. 216 sowie Fischer 2021). Nur wenn es gelingt, dass alle Seelsorgenden auf Augenhöhe Mit-Einander kooperieren, wird es auch gelingen, mit den Spiritual Care Givern ebenso auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Es ist ein Fakt, dass künftig sowohl für Seelsorge als auch für Spiritual-Care-Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen gewonnen werden müssen. Damit daraus keine Konkurrenzsituation entsteht, müssen die gemeinsamen und unterschiedlichen Anforderungsprofile für Spiritual Care und Seelsorge transparent gemacht werden.

[4] Details hierzu: Nauer (2015) Teil 5.

- dass christliche Seelsorger:innen über ein in verständlichen Worten mitteilbares Seelsorgekonzept verfügen, das von Spiritual Care Givern als zeitgemäß eingestuft werden kann.
- dass das konzeptionell begründete seelsorgliche Alltagshandeln der Seelsorger:innen vor Ort als glaubwürdig erlebt wird (vgl. Nauer 2021).

Das konkrete alltagspraktische Mit-Einander kann nun aber auf verschiedenen Levels erfolgen:

Level I Alltagspraktische Kooperation auf der Basis zweier getrennter Berufsprofile, denn: „Seelsorger sind Seelsorger – und sollten es bleiben. Nur auf diesem Hintergrund wird ihnen ein großer Vertrauensvorschuss im Krankenhaus entgegengebracht." (Karle 2010, S. 555). Konkretes Mit-Einander wird z. B. dann realisiert, wenn Seelsorgende sich bereits bei der Implementierung von Spiritual Care aktiv einbringen; wenn beide Berufsgruppen gemeinsam die Qualifizierung von Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen für Spiritual Care konzipieren und praktisch durchführen, wodurch sie verstärkt koordinierende Hintergrundorganisationsarbeit übernehmen; wenn Wert auf gemeinsames (öffentliches) Auftreten und gemeinsam durchgeführte Veranstaltungen im Haus gelegt wird; wenn sich gemeinsam in Ethik-Kommissionen/ethischen Fallbesprechungen engagiert, wenn alltagspraktisch einander unterstützt und geholfen wird.

Level II Alltagspraktische Kooperation, auf der Basis angenäherter Berufsprofile. Bereits im Jahr 2007 votierte Traugott Roser in seinem Grundlagenwerk dafür, Seelsorge in Richtung Spiritual Care weiterzuentwickeln (vgl. Roser 2007). Zehn Jahre später wies er jedoch ausdrücklich auf Folgendes hin: „Auch wenn andere Berufsgruppen spirituelle Begleitung anbieten, ist Seelsorge trotzdem unvertretbar." (Roser 2017, S. 230). Wenn dem so ist, gilt, was Eckhard Frick bereits 2015 festgehalten wissen wollte: „Spiritual Care ist also kein neumodischer Ausdruck für Krankenhausseelsorge" (Frick 2015, S. 73). Soll (das Wort) Seelsorge nicht einfach durch Spiritual Care ersetzt werden, dann offeriert Simon Peng-Keller folgende Differenzierungsmöglichkeit (Peng-Keller 2021, 2022) (Abb. 47.1):

Sowohl gesundheitsberufliche als auch seelsorgliche Spiritual Care Giver gehören zum Spiritual-Care-Team. Obgleich auch seelsorgliche Spiritual-Care-Giver Tätigkeiten wie z. B. die Erhebung einer spirituellen Anamnese ebenso wie gesundheitsberufliche Spiritual Care Giver durchführen, liegt ihre Hauptaufgabe in der spezialisierten/vertieften spirituellen Intervention, sprich bei der seelsorglichen Begleitung all derer, die eine konfessionell-religiöse Begleitung wünschen. Im Alltag dürfen/müssen sie somit in zwei unterschiedlichen Rollen auftreten, was ihnen die Fähigkeit zum „Code-Switching", also zum Wechsel von Sprach- und Interaktionsformen abverlangt. Erste Pilotprojekte, in denen methodische Instrumente, wie das „Indikationsset für Seelsorge" für eine funktionierende Kooperation im multiprofessionellen Spiritual-Care-Team ermöglichen, sind bereits erfolgreich auf den Weg gebracht (vgl. Roser et al. 2022).

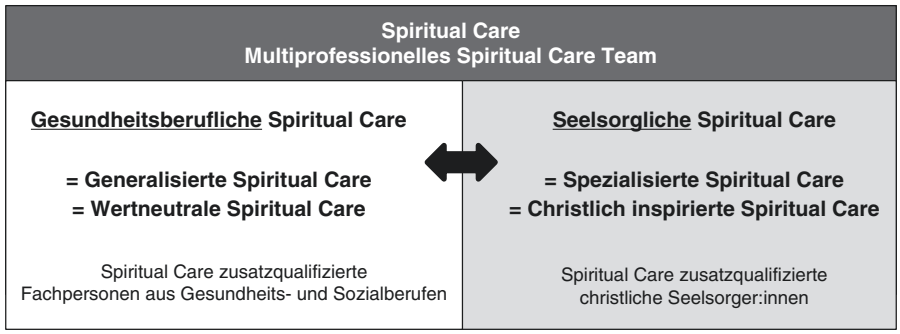

Abb. 47.1 Multiprofessionelles Spiritual Care Team

Mit ausdrücklichem Verweis auf Simon Peng-Kellers Modell votierte die Evangelische Kirche (EKD) unter dem Motto „*Spiritual Care durch Seelsorge*" bereits 2020 ebenfalls für ein derartiges Kooperationsmodell. Auf katholischer Seite ist bisher zwar kein ausdrückliches Grundsatzpapier zur Verhältnisbestimmung beider Professionen erschienen. In ihrem Bischofswort *„Bleibt hier und wachet mit mir!` (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden"* hat sich die Katholische Kirche Deutschlands im Kontext der Sterbebegleitung jedoch 2021 erstmals ausführlicher gegenüber Spiritual Care positioniert (vgl. Die Deutschen Bischöfe 2021). Obgleich Simon Peng-Kellers Differenzierungsmodell nicht aufgegriffen wurde, scheint auf katholischer Seite dennoch ein ähnliches Kooperationsverständnis wie in der EKD vorzuliegen: „Die Auseinandersetzung mit den noch jungen Konzepten von Spiritual Care erfordern sicherlich noch intensivere und genauere Betrachtung. Doch ist grundsätzlich festzuhalten, dass Spiritual Care weder als Bedrohung oder Konkurrenz angesehen werden muss noch als ‚neuer' Maßstab für die kirchliche Seelsorge gelten kann […] Weder darf kirchliche Seelsorge in Spiritual Care aufgehen […} noch darf sie sich in einen einfachen Gegensatz zu den oftmals sinnvollen Konzepten von Spiritual Care setzen […]. Zu empfehlen ist eine Kooperation beider Formen der Begleitung im Bewusstsein der jeweiligen Eigenarten und Differenzen." (Die Deutschen Bischöfe 2021 S. 42 und S. 44). Ein sicherlich willkommener Nebeneffekt, den das Kooperationsmodel *Level 2* für die christlichen Kirchen haben könnte, wird im Positionspapier der EKD offen benannt: „Spiritual Care bietet die Chance, die Seelsorge in einem zentralen kirchlichen Bereich, der Begleitung Pflegebedürftiger, Schwerkranker und Sterbender, stationär und ambulant strukturell zu verankern. Sie öffnet damit die Möglichkeit, über den Bestand der bisherigen Krankenhausstellen hinaus, im Rahmen weiterer Refinanzierungsmodelle Stellen oder Stellenanteile auszubauen bzw. zu stabilisieren." (Evangelische Kirche in Deutschland 2020, S. 20)

Es wird sowohl in der Forschung als auch in den christlichen Kirchen wahrgenommen, dass zwischen Spiritual Care und Seelsorge trotz aller Ähnlichkeiten auch gravierende Spannungen/Differenzen/Inkompatibilitäten existieren, die eine enge Kooperation erschweren können. Die Frage nach struktureller Teil- und/oder Vollintegration der Seelsorge; nach Dokumentationspflicht und Beichtgeheimnis; nach unterschiedlichen Sprachcodes (starke Anlehnung an das medizinische Paradigma oder religiös eingefärbtes

Sprachspiel), nach anthropologischen Axiomen (z. B. Spiritualitätsverständnis), nach inhaltlichen Divergenzen (z. B. Fokussierung auf die kognitiv dominierte Sinnfrage; Verlust der diakonischen Dimension moderner KrankenHAUSseelsorge) sowie nach methodologischen Unterschieden (standardisierte spirituelle Anamnesebögen kontra freies Gespräch) werden daher gegenwärtig kontrovers diskutiert (vgl. exemplarisch Knoll 2021; Gärtner 2022, Peng-Keller S et al. 2020; Graf et al. 2021; Frick 2022)

Level III Alltagspraktische Kooperation auf der Basis verschmelzender Berufsprofile. Als Niederländer und Spiritual-Care-Verfechter ruft Carlo Leget Seelsorgende auch im deutschsprachigen Raum, dazu auf, sich aus taktischen Gründen künftig als Spiritual Care Giver zu verstehen: „Die Krankenhausseelsorge muss sich konzeptionell und alltagspraktisch radikal wandeln, wenn sie künftig Bestand haben will! […] Auch Seelsorger:innen sind dem harten Gesetz der Evolutionsbiologie unterworfen. Auch für sie gilt, dass Arten, die sich nicht an ihre neue Umwelt anpassen, letztlich aussterben werden. […] (es) besteht die Möglichkeit, dass professionelle christliche Krankenhausseelsorge als eigenständige Fachdisziplin nicht überleben wird.“ (Leget 2015, S. 225, 226/227). Ein Aufruf, der vor Ort auf offene Ohren treffen kann, wie z. B. folgendes Ergebnis sogenannter Fokusgruppendiskussionen, die 2021 mit deutschen und österreichischen Führungskräften in Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt wurden, im Blick auf das Selbstverständnis christlicher Seelsorgenden offenbarte: „Diskutiert wurde, wie Seelsorgerinnen und Seelsorger selbst SC (Spiritual Care) sehen. Eine starke Verankerung in kirchlichen Strukturen und in ‚kirchlich dogmatischem Denken‘ (2/71) wird als hinderlich für die Umsetzung eines umfassenden Ansatzes von SC gesehen. Für SC in den Einrichtungen sind teilweise speziell weitergebildete Seelsorgende angestellt, die losgelöst von diözesanen bzw. landeskirchlichen Strukturen und Vorgaben tätig werden.“ (Linseisen et al. 2022, S. 251). Christliche Seelsorgende, die sich von kirchlichen Vorgaben freimachen, können folgende Kernkompetenz mitbringen: „Voraussetzung für eine kirchliche Seelsorge ist zuallererst eine eigene reflektierte Beheimatung im christlichen Glauben.“ (Schrage 2021, S. 218). Ob mit der Freimachung von kirchlichen Vorgaben jedoch noch eine Seelsorge im Auftrag christlicher Glaubensgemeinschaften realisiert wird, lässt sich sicherlich kontrovers diskutieren. Die Abkoppelung von kirchlichen Strukturen und Inhalten wird letztlich zu einer *„Entkonfessionalisierten Seelsorglichen Spiritual Care“* führen, wobei das Mit-Einander von Spiritual Care Givern und Seelsorgenden im Extremfall ein *„Ineinander-Aufgehen“* bewirkt. Seelsorge wird ganz und gar zu Spiritual Care, selbst dann, wenn (pro Forma) der Begriff „seelsorglich“ noch in der Berufsbezeichnung geführt wird.

In den Niederlanden ist der angedeutete Transformationsprozess bereits weit vorangeschritten, weshalb Stefan Gärtner schlichtweg feststellt: „Hier hat Spiritual Care die traditionelle Seelsorge der christlichen Kirchen im Gesundheitswesen weitgehend abgelöst.“ (Gärtner 2015, S. 202). Es ist nicht auszuschließen, dass auch in Deutschland eine derartige Entwicklung bereits in Gang gesetzt wurde. Darauf hinweisen könnte die Tatsache, dass im Jahr 2021 vom Humanistischen Verband Deutschland ein Fachausschuss *„Humanistische Seelsorge und Lebensberatung“* gegründet worden ist, dessen Aufgabe

darin besteht, Angebote „*Säkularer Seelsorge*“ zu professionalisieren und miteinander zu vernetzen. Eine Analogie zum Dachverband aller Spiritual Care („*Geestelijke Verzorging*“) Anbieter in den Niederlanden drängt sich nahezu auf. Seit der Gründung steht zudem im Raum, ob es nicht ratsam wäre, sich vom „*Seelsorge*“-Begriff zugunsten des Begriffs „*Spirituelle*“ *Lebenshilfe* endgültig zu verabschieden.

Literatur

Beelitz T (2021) Wirksamkeitsforschung in der (Krankenhaus)Seelsorge. Zu einer Neuorientierung der Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care. Transformationen 35(2):4–34

Borasio GD (2014) Spiritual Care – Eine Aufgabe für den Arzt? In: Noth I, Kohli Reichenbach C (Hrsg) Palliative und Spiritual Care. TVG, Zürich, S. 117–128

Die Deutschen Bischöfe (2022) In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Wort der deutschen Bischöfe zur Seelsorge. Deutsche Bischofskonferenz, Bonn

Die Deutschen Bischöfe (2021) „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden. Deutsche Bischofskonferenz, Bonn

Dittscheidt G (2022) Spiritualität als Thema kirchlicher Psychiatrieseelsorge in Deutschland. Ein Beitrag zur Debatte um Spiritual Care und Seelsorge, Wege zum Menschen 74(1):34–46

Evangelische Kirche in Deutschland (2020) Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für *Seelsorge* in der *EKD*, https://www.ekd.de/handreichungspiritual-care-durch-seelsorge-60948.htm. Zugegriffen am 23.03.2023

Fischer M (2021) Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen. Echter, Würzburg

Frick E (2014) Spiritual Care. Eine neue Querschnittsaufgabe entsteht. In: Schaupp, W, Kröll W, Platzer J (Hrsg) Gesundheitssorge und Spiritualität im Krankenhaus. Tyrolia, Innsbruck/Wien, 55–68

Frick, E (2015) Was kostet Spiritual Care? Stimmen der Zeit 140(2):73–74

Frick E (2022) Spiritualität ohne Transzendenz? In: Allollio-Näcke L, Bubmann P (Hrsg) Spiritualität. Kohlhammer, Stuttgart, S 63–77

Fuchs O (2022) Kirchenaustritte – eine Herausforderung für eine freiheitsorientierte und ökumenische Seelsorge der Kirche. In: Knoll F Heil H Engel U (Hrsg) Bewährtes bewahren – Neues Wagen. Kohlhammer, Stuttgart, S 182–191

Gärtner S (2015) Seelsorge wird Spiritual Care vs. Spiritual Care und Seelsorge. Spiritual Care 4(3):202–214

Gärtner S (2016) Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care. Praktische Theologie 51, S. 50–58

Gärtner S (2017) Bloß nicht im Abseits stehen. Spiritual Care 6(2):241–242

Gärtner S (2022) Seelsorgende als Vertikalisten im Krankenhaus. Spiritual Care 11(3):284–287

Graf C, Mösli P, Wild T (2021) Braucht die Spitalseelsorge eine gemeinsame Sprache? Wege zum Menschen 73(5):445–456

Karle I (2010) Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Wege zum Menschen 62:537–555

Klessmann M (2015) Zukunftsfähige Seelsorge im Krankenhaus?! Diakonia 46(4):257–263

Knoll F (2019) Spiritual Care und Seelsorge. Schnittmengen und Abgrenzungen. Pastoralblatt 71, 117–123

Knoll F (2021) Spiritual Care – Mehr als reine Wellness? Diakonia 52(2):90–98

Knoll F (Hrsg) (2022) Bewährtes bewahren und Neues wagen. Stuttgart, Kohlhammer, S 211–219

Kohli Reichenbach C (Hrsg) Palliative und Spiritual Care. TVG, Zürich

Laumer A (2018) Spiritual Care. Wege zum Menschen 70:153–164
Leget C (2015) Spiritual Care als Zukunft der Seelsorge! Diakonia 46(4):225–231
Linseisen E, Flick W, Frick E, Mächler E (2022) Spiritualität am Arbeitsplatz aus Sicht von Führungskräften – Ergebnisse einer Fokusgruppendiskussion. Spiritual Care 11(3):246–254
Nauer D (2015) Spiritual Care statt Seelsorge? Kohlhammer, Stuttgart
Nauer D (2021) Glaubwürdig seelsorglich handeln. Wie geht das? Zeitschrift für Pastoraltheologie 41(2):25–39
Noth I (2014) Seelsorge und Spiritual Care. In: Noth I, Kohli Reichenbach C (Hrsg) Palliative und Spiritual Care. TVG, Zürich, S 103–116
Noth I (2021) Spiritual Care in der Schweiz. Diakonia 52(2):105–109
Peng-Keller S (2021) Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen
Peng-Keller S (2022) Seelsorgliche Spiritual Care. Spezialisierung und Integration. Wege zum Menschen 74(3):240–250
Peng-Keller S, Neuhold D (Hrsg) (2019) Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt
Peng-Keller S, Neuhold D, Kunz R, Schmitt H (Hrsg) (2020) Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe. TVG, Zürich
Roser T (2007) Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen. Kohlhammer, Stuttgart
Roser T (2015) Spiritual Care und Krankenhausseelsorge. Diakonia 46(4):232–240
Roser T (2017) Krankenhausseelsorge und Spiritual Care. Spiritual Care 6(2):229–232
Roser T, Aebi R, Mösli P (2022) Indikationsset für Seelsorge. Entwicklung eines Instrumentes für interprofessionelles Spiritual Care nach der Delphi Methodik. Spiritual Care 11(3):264–274
Schaupp W, Kröll W, Platzer J (Hrsg) (2014) Gesundheitssorge und Spiritualität im Krankenhaus. Tyrolia, Innsbruck/Wien
Schrage B (2021) Seelsorge mitten im kirchlichen Transformationsprozess. In: Knoll F. Heil H Engel U (Hrsg) Bewährtes bewahren - Neues wagen. Kohlhammer, Stuttgart, 211–222
Utsch M (2022) Spirituelle Lebenshilfe boomt – wo bleibt die Seelsorge? Spiritual Care 11(2):167–169
Weiher, E (2015) Seelsorge - das machen doch alle!? Diakonia 46 (4):241–248

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

48 Spiritual Care dient nicht der Profilbildung der Seelsorge, sondern ihrer Professionalisierung

Bruno Schrage

48.1 Neujustierung konfessioneller Seelsorge

Sowohl die theologischen Artikel wie die offiziellen Stellungnahmen der Kirchen zur Seelsorge als ihrem Markenkern haben gerade Hochkonjunktur.[1] Dabei gehört Seelsorge „so selbstverständlich ins Herz der Kirche, dass sie bislang kaum einer Erklärung bedurfte“ (Bätzing 2022, S. 5). Dennoch liegt nun von katholischer Seite aus „zum ersten Mal […] eine Positionierung der Deutschen Bischöfe zum Selbstverständnis kirchlicher Seelsorge vor (ebd.). In einer säkularen, pluralen und individualisierten Welt müssen die Kirchen ihr Kerngeschäft hinsichtlich der Ziele, der Wirksamkeit, der Qualitätsstandards und der Methoden darlegen.

Die Seelsorge der katholischen Kirche in Deutschland versteht sich „in der Nachfolge Jesu Christi als ein Hingehen zu den Menschen […] fragt nach den Anliegen und Nöten der Menschen, […] geschieht durch Christinnen und Christen, die sich mit ihrem Glauben an Gott in Wort und Tat einbringen. […] das schließt das spezifisch katholisch-sakramentale Seelsorgeverständnis ebenso ein wie die ganze Brandbreite seelsorglichen Handelns“ durch Teams, ökumenische Kooperationen, mit anderen Religionen und nicht kirchlichen

[1] Unabhängig parochialer und kategorialer Strukturdebatten künftiger Pastoral gibt es eine Vielzahl von Themenheften zu Seelsorge und Spiritualität, z. B. „Riskante Seelsorge, ZS lebendige Seelsorge 6-2021; Seelsorge, ZS lebendige Seelsorge 5-2022; Spiritual Care: ZS Diakonia 2-2021; Fromm und Frei? Spiritualität heute: ZS Herder Korrespondenz spezial, Okt. 2021; Schüßler und Straub (2022), Fischer (2021), Die Deutschen Bischöfe 2021, 2022 und passim.

B. Schrage (✉)
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., Köln, Deutschland
e-mail: bruno.schrage@caritasnet.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_48

Professionen (ebd., S. 6). Es geht somit um einen solidarischen Dienst, mit dem die Kirche „Menschen in unterschiedlichen Situationen […] durch glaubende und hoffende Mitmenschen dabei helfen (will), ihr Leben zu deuten, zu gestalten und in Würde zu leben“ (ebd., S. 9).

Seelsorge wird im Modus des Angebots, der Begleitung und Deutung verstanden. Ziel ist ein „geistlicher Weg“ ohne „vorschnelle Vereinnahmung“, auf dem es „keine glatten Antworten gibt“. Auf dem Weg ist „die Biographie der Einzelnen mit ihren Charismen und Kompetenzen, Sorgen und Anliegen ebenso wahrzunehmen wie konkrete Lebenswelten mit ihren sozialen und kollektiven Bezügen“ (Die Deutschen Bischöfe 2022, S. 20 u. S. 52).

Seelsorgende haben somit eine „Vermittleraufgabe“, die nicht an die Stelle Christi tritt oder die Unverfügbarkeit Gottes missachtet, sondern behutsam mitgehend unter Wahrung einer angemessenen Nähe und Distanz die Seelsorge als „ein dynamisches und interaktives Geschehen … dialogisch entfaltet“ (ebd., S. 46).

Das alte asymmetrische Machtverhältnis von „geistlicher Führung“ des Klerikers zum Laien bzw. von exklusiver sakramentaler Heilzuwendung gemäß religiös-moralischer Konformität hat keinen Bestand mehr. Vielmehr zeigt sich eine Definition von Seelsorge als dialogischen, dynamischen und interaktiven Prozess, der die spirituelle Autonomie der Menschen ernst nimmt und dem im Modus der geistlichen Begleitung eine für sie/ihn tragfähige Spiritualität im Sinne eines geistlichen Wegs angeboten wird (Die Deutschen Bischöfe 2021, S. 53). Die Art der Rollenbeschreibung (s. o.) und die Qualitätsstandards der geistlichen Begleitung orientieren sich an den heute gängigen „Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)“. Gefordert ist daher auch die „Pflege einer Fehler- und Feedbackkultur, […] die […] eine Verbesserung der Qualität in der Seelsorge“ möglich macht (ebd., S. 40). Verlangt wird eine den „konkreten pastoralen Einsatz erforderliche Feldkompetenz“ sowie „neben den menschlichen und sozialen, theologischen und pastoralen Kompetenzen auch institutionelle und organisationale Kompetenzen“ (ebd., S. 41). Die aufgabenspezifischen Qualitätsstandards sind für beruflich wie ehrenamtlich Tätige verbindlich und kontinuierlich in Form von Fort- und Weiterbildung anzubieten.

Die neue Positionierung der Deutschen Bischofskonferenz zeigt, dass sich das Verständnis von Seelsorge wandelt. Dies bedarf nun mehr einer konsequenten Umsetzung, die zugleich einen tiefgreifenden Kulturwandel im kirchlichen Selbstverständnis wie auch im Berufsethos pastoraler Dienste bedingt. Hierbei ist die Diskussion um die interdisziplinäre Akzeptanz als Teil von Spiritual Care im Gesundheitssektor eine enorme Triebfeder (s. u.).

48.2 Kirche und Seelsorge – mitten in der Transformation

Kontrastiert wird die Neupositionierung von Seelsorge durch die niederschmetternde Feststellung von Wolfgang Beck, dass für „Pastoral und Seelsorge im Unterschied zu […] Caritas und Beratung keine schriftlichen Dokumentationen und Evaluationen erfolgen“.

Dies „ist nicht nur Teil des zu konstatierenden Professionalitätsdefizits, sondern macht den als flächendeckend anzunehmenden Niedergang der seelsorglichen Praxis nahezu unsichtbar“ (Beck 2022, S. 382 f.).

Gründe dieses Niedergangs werden in pastoraltheologischen Literatur genannt: Vertrauensverlust der kirchlichen Seelsorge im Gefolge des sexuellen und spirituellen Missbrauchs durch Kleriker, ein nicht mehr anschlussfähige Pastoral des klerikal-sakramentalen Heilsindividualismus, Pluralisierung der Sinnangebote, ein gesellschaftlich etablierter pragmatischer Lebensstil ohne Bedarf an einer religiösen Verortung, Individualisierung und Privatisierung religiöser Praxis, aus Sicht der Kirchen eine fehlende religiös-konfessionelle Sozialisation als Voraussetzung für eine konfessionelle Seelsorge, Einwanderung und multireligiöse Entwicklung (Religionsmonitor kompakt 2022, S. 2), usw. Die klassische „Seelsorge als Muttersprache der Kirche(n)“ (Kramer und Freimut Schirmacher 2005; EKiR 2011) erlebt gerade – zumindest im katholischen Raum – ihren Niedergang. Denn, so Peter Hundertmark, stirbt die „Mutter und Lehrmeisterin“, dann wird ihre „Kontrolle und Macht“ nicht mehr akzeptiert und die Sprache dieser Mutter nicht mehr verstanden (Hundertmark 2022). Eine Form von ekklesialer Organisation und religiösem Selbstanspruch geht offenbar zu Ende. Zurück bleiben „Glaubende“, Erwachsene „im Glauben, im Leben, im Kirch-sein“, die jetzt den Glauben, den sie von der Mutter gelernt haben, als „geschwisterliche Kirche“ aktiv einbringen, um „für Menschen und Erde tätig zu sein“ (ebd.). Es geht künftig um eine Seelsorge, die darum weiß: „Wir haben Gott nicht. Wir müssen ihn neu suchen. Neu auf seinen Geist horchen“ (ebd.).

Selbstkritisch schildern die Deutschen Bischöfe daher die Entwicklung der Seelsorge als eine „folgenschwere Bedeutungsverlagerung“, nach der nicht mehr die „Selbstsorge“ des Einzelnen um sein Heil im Vordergrund stand, sondern „die Sorge bzw. Verantwortung der Bischöfe und Priester für das geistliche Heil der ihnen anvertrauten Gläubigen“ (Die Deutschen Bischöfe 2022). Die Cura animarum war an das Tun der Priester gebunden, welches „in der Spendung der Sakramente gipfelte“ und sich mitunter nur noch darin zeigte. Dagegen hatte bereits Martin Luther das Allgemeine Priestertum rehabilitiert, wie es dann im Zweiten Vatikanischen Konzil auch von katholischer Seite wieder eingeholt wurde, so „dass alle Christen kraft Taufe und Firmung am seelsorglichen Auftrag der Kirche mitwirken“ (Die Deutschen Bischöfe 2022). Auf Grundlage des letzten Konzils kommen die Deutschen Bischöfe zu dem Schluss, „dass die Seelsorge einen eher dialogisch-begleitenden Charakter annahm und die Eigenverantwortung der Menschen stärker akzentuiert wurde“ (ebd.). Der hier vorgenommene Paradigmenwechsel ist somit anschlussfähig an einen geweiteten Spiritualitätsbegriff im Sinne der Europaen Association for Palliative Care (EAPC), nach der „Spiritualität als eine anthropologische Grunddimension […] verstanden wird, die sich dynamisch entwickelt und nach der ein Mensch in der Beziehung zu sich selbst, zum anderen, zur Natur und zur Kultur sowie zum Transzendenten auf der Suche ist nach Sinn, Halt und Bedeutung für sein Leben“ (Wolf und Feldmann 2021, S. 128).

48.3 Spiritualität – Grundlage kirchlicher Seelsorge

Bevor weiter die gegenseitige Anschlussfähigkeit dieser Definition als allgemein anerkannte Grundlage von Spiritual Care und dem dargestellten katholischen Seelsorgeverständnis erörtert wird, bedarf es noch einer weiteren theologischen Fundierung des Spiritualitätsbegriffs. Denn er sollte sowohl aus der Perspektive der katholischen Kirche als religiösem Anbieter wie aus Sicht von Spiritual Care mit deren methodisch neutralen Ansatz kompatibel sein. Maßgeblich ist, ob die religiöse Autonomie jedes Menschen als Grundlage des EAPC-Spiritualitätsverständnisses im katholischen Seelsorgeverständnis wertgeschätzt wird und zugleich die jeweiligen biografischen Deutungen von Lebenshalt und -sinn auch als eine von Gott ermöglichte Suchbewegung konstruktiv wahrgenommen werden können.

48.4 Das neue Verhältnis von Seelsorge, Spiritualität und Medizin

Die Aufklärung hat für eine notwendige Befreiung der Naturwissenschaften und somit auch der Medizin von ideologisch-religiösen Vorgaben gesorgt. Diese Emanzipation aus der Deutungshoheit der Kirchen hatte auch eine nachhaltige Separierung der Seelsorge aus den fachlichen Diskursen zufolge. Im Zuge der Hospizbewegung, dem Konzept von Total Pain (Cicely Saunders) und der Herausbildung von *Spiritual Care* als eigenem Forschungszweig wächst nun wieder zusammen, was ursprünglich zusammengehörte.[2] Hierzu bedurfte es aber im Vorfeld einer Neujustierung des kirchlichen Selbstverständnisses gegenüber den Naturwissenschaften und somit auch der Medizin. So erkennt die katholische Kirche im II. Vatikanischen Konzil die Autonomie, die Eigengesetzlichkeit und den Eigenwert der Naturwissenschaften ausdrücklich an.[3] Parallel wurde die Spiritualität als anthropologische Grunddimension mit dem Forschungszweig des Spiritual Care auf neue Weise in den Wissenschaftskontext integriert, was zugleich einen gesellschaftlichen und kulturellen Prozess widerspiegelt. Die Ergänzung einer „im Sinne von *cure* ausgerichteten kurativen Hochleistungsmedizin“ um eine „auf Begleitung und Beistand im Sinne von *care* ausgerichteten palliativen Medizin“ stellt die „alte Frage nach dem Stellenwert von Seelsorge im Gesundheitssystem nur in neuem Gewand“ (Janhsen und Woopen 2019, S. 187). Denn existenzielle Erfahrungen wie Krankheit, Fragilität des Lebens, Tod,

[2] Die Deutschen Bischöfe 2021, S. 37: „Spiritual Care bezeichnet somit die Wahrnehmung und Sorge der Gesundheitsberufe um die spirituellen Bedürfnisse und existenziellen Nöte von Patienten und Angehörigen wie auch von ihnen selbst. Sie erfordert, dass die Gesundheitsberufe für entsprechende Situationen reflexions-, handlungs- und sprachfähig sind. Diese Auffassung erweitert die bio-psycho-soziale Perspektive ausdrücklich um eine spirituelle Dimension von Gesundheit und Krankheit.“

[3] Vgl. II. Vatikanisches Konzil, Pastoralkonstitution „Gaudium et Spes“ 36, Dekret über das Laienapostolat „Apostolicam actuositatem“ 7.

Trauer zeigen, „kein Mensch ist nicht spirituell“ (Weiher 2014, S. 413). Durch Spiritualität geschieht Selbstkonstruktion, es betritt der Mensch den „Möglichkeitsraum […] sich eine identifizierbare Identität“ durch seine Wahl zu geben (Jahnsen und Woopen 2019, S. 192). Das Krankheitserleben bedingt Sinnfragen nach dem Grund des Daseins und berührt somit die mentale Grundlage des Lebens-Wollens und -Könnens in der Spannung von Heilung bzw. Gesundung oder der Annahme des Unabwendbaren. Hier bedarf es des interdisziplinären Zusammenspiels von Gesundheitsberufen und spirituellen Professionen wie der Seelsorge.

48.4.1 Spiritualität als anthropologische Dimension der Bibel

So umfasst für die WHO medizinisches, therapeutisches und pflegendes Handeln mehr als leibliche Gesundung: Sie betrifft die ganze Person in ihrer existenziellen Verwiesenheit. Die Rehabilitation der geistlichen Dimension – der Spiritualität – findet heute auch ohne kirchliche Deutungshoheit statt. Zeitgleich wächst die theologische Erkenntnis, dass der durch den Platonismus gerade von den Kirchen und ihrer Seelsorge begründete Leib-Seele-Dualismus nicht dem Wesen des jüdisch-christlichen Menschenbilds entspricht. Schon Doris Nauer hatte auf den ganzheitlichen Charakter des entscheidenden biblischen Begriffs „näfäsch“ (*hebräisch* נֶפֶשׁ) hingewiesen (Nauer 2007, S. 33 f.). Er meint keine im platonischen Sinne vom Körper abgetrennte Entität, die Seele, sondern den jedem Menschen eingehauchten „Lebensatem“ (Gen, 2,7), der auch den Tieren zu kommt (Gen, 2,19). Carolin Neuber zeigt in diesem Sinne auf, dass im Denken der alttestamentlichen Anthropologie näfäsch (auch Kehle) im Sinne einer „stereometrischen Ausdrucksweise“ den ganzen Menschen meint. Die Nennung eines Körperteils, wie dem Herz als Mitte des Menschen, wird dann in seiner Funktion oder Eigenart umfassend auf den ganzen Menschen bezogen. Näfäsch steht in diesem synthetischen Denken als Kehle für die Lebendigkeit des Menschen. Der ganze Mensch ist Näfäsch. Schaut man auf den biblischen Befund, so kommt Neuber zu dem Schluss: „In keinem dieser Fälle wäre es adäquat, näfäsch mit ‚Seele‘ zu übersetzen“ (Neuber 2022, S. 327). Vielmehr wäre von Vitalität, Lebendigsein und Lebensenergie zu sprechen. „Im zwischenmenschlichen Bereich kann näfäsch Liebe bezeichnen (vgl. 1 Sam 18,1, Hld. 3,1–4).“ (ebd.). Der Begriff umfasst somit das gesamte Leben: „Hunger, Durst, Liebe, Sexualität, Neid, Hass, Genuss, Sehnsucht nach Gott.“ […] „Hat man früher näfäsch […] durchaus noch als Seele übersetzt, […] so kommt man zu einem neuen Verständnis für den Menschen. Mit näfäsch kommen Aspekte in den Blick, die in der heutigen Gesellschaft bedeutsam sind, u. a. Lebenshunger und Körperlichkeit. Damit entgeht Pastoral der Gefahr, sich auf das Immaterielle zu steifen.“ Es geht „um mein ganzes Ich in seiner Vitalität, mit seinen Bedürfnissen, Sehnsüchten und seinem Wunsch nach Leben.“ (ebd., S. 328). In der biblischen Tradition hat der Mensch keine Seele, sondern er ist Seele. Pflege (wie Medizin Anm. BS) berührt daher den Menschen in seiner ganzen Existenz und Identität.“ (Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., S. 7)

48.4.2 Der Mensch ist Träger der Spiritualität

Nach christlichem Verständnis ist der Mensch schon deshalb spirituell, weil er als Abbild Gottes selbst Träger und Ausdruck der Offenbarungsweise Gottes ist. Der Mensch entsteht aus Beziehung und ist eröffnet durch seinen Ursprung, der zugleich unverfügbar bleibt. Genau diesen Zusammenhang beschreibt Papst Benedikt XVI (2005–2013) in der Enzyklika „Deus Caritas est“ als schöpfungstheologisches Grundmoment (vgl. Enzyklika Deus Caritas est 2005, S. 1. Teil. Die Einheit der Liebe in Schöpfung und Heilsgeschichte). Die Schöpfung entsteht aus liebender Beziehung als Selbstentäußerung Gottes aus Liebe. Die ganze Schöpfung mit allen Lebewesen, und hier insbesondere dem Menschen, ist aus dem Akt tiefster Liebe geschaffen. Die Liebe Gottes, seine tiefste selbstlose Wesenheit (seine Identität), ist dem Menschen als Abbild Gottes im Schöpfungsakt gegeben. Da Gott aus christlicher Sicht in sich bereits Beziehung ist (Trinitität) und sich im Menschen entäußert, zeigt sich die menschliche Grundverfasstheit als soziales Wesen. Im Sinne Martin Bubers kann der Mensch nur am „DU“ zum vollständigen „ICH“ werden (Buber 1983, S. 37). In diesem Sinne ist der Mensch in einer Beziehung zu sich, zum anderen, zur Umwelt und kann sein Dasein überschreiten (transzendental) auf eine höhere Macht, dem von ihm angenommenen Grund seines Daseins. Dies entspricht der funktionalen Spiritualitätsdefinition der EAPC (s. o.). Dies bedeutet für die Seelsorge nicht von Glaubenswahrheiten auszugehen, sondern den jeweiligen Glauben von Menschen – ob immanent oder transzendent – wahrzunehmen und in den gemeinsamen Deutungsprozess einzutreten. Diese spirituelle Kompetenz ist das anthropologische Grundmoment, das alle Menschen verbindet. Inwieweit dies ein Mensch implizit oder explizit macht, hängt sowohl von ihm und seinem familiären wie gesellschaftlichem Umfeld als auch den kulturell-religiösen Lebenskontexten ab. Zugleich verlangt die schöpfungstheologische Ebenbildlichkeit und die damit gegebene einzigartige und unveräußerliche Würde jedes Menschen, seine Art der spirituellen Suche und seine individuelle Wahl einer religiösen Sinnstiftung zu respektieren und zu achten. Insofern kann die heutige Pluralisierung von religiösen Deutungsmustern auch einen weiteren Klärungsprozess für die Kirchen und ihrem in der Nachfolge von Jesus Christus gewonnenen christlichen Selbstverständnis bedeuten. Zugleich bietet die Kirche in der Seelsorge die von ihr gewonnenen Einsichten christlich-konfessionell geprägter Spiritualität als religiöses Konzept an und ermöglicht eine entsprechende gemeinschaftliche religiöse Ritualpraxis.

48.5 Spiritualität in der Seelsorge – ein individueller Entwicklungsprozess

Wie oben bereits gezeigt, realisiert die Kirche, dass dieser Dialog in Wahrung der spirituellen Autonomie des Einzelnen und somit in einer Haltung der aufmerksamen Begleitung geschieht. Hier steht nicht die Kirche und ihre Verkündigung samt Heilsvermittlung, sondern „die Aufmerksamkeit für das Subjekt selbst und für ihr Werden als Sub-

jekt“ im Vordergrund (ebd., S. 69). Die Hermeneutik der Pastoral hat sich, wie aufgezeigt, von katholischer Seite mit dem II. Vatikanischen Konzil und der sog. anthropologischen Wende radikal gewandelt. Die Kirche wird selbst Teil des Interpretations- und Unterscheidungsprozesses und sieht in den Kulturen und Religionen einen Ort, in dem sich Gott immer wieder neu offenbart. So kennt das Dekret Nostra aetate über den Ökumenismus eine Hierarchie der Wahrheiten (vgl. Theobald 2013, S. 92 ff.). „Die katholische Kirche lehnt nichts von alledem ab, was in diesen Religionen wahr und heilig ist. Mit aufrichtigem Ernst betrachtet sie jene Handlungs- und Lebensweisen, jene Vorschriften und Lehren, die zwar in manchem von dem abweichen, was sie selber für wahr hält und lehrt, doch nicht selten einen Strahl jener Wahrheit erkennen lassen, die alle Menschen erleuchtet…“ (NA, 2). „Die Heilsgrenzen sind nicht identisch mit den Glaubensgrenzen“ (Bechmann 2015). Ulrike Bechmann erläutert diesen Paradigmenwechsel weiter: „Deshalb verwirft die Kirche nichts, was in anderen Religionen wahr und gut ist, was aber nur im Dialog erkannt werden kann. Die Kirche nimmt deshalb eine dialogisch-verstehende Haltung ein und respektiert die Freiheit der anderen, ohne das eigene christologische Zeugnis aufzugeben. Nostra aetate erkennt damit die Pluralität der Religionen als Teil des göttlichen Heilsplans (NA 2).“ (ebd.). In diesem Sinne hat Seelsorge der Kirchen heute weniger Verkündigung, sondern zuallererst Hilfe in der Selbstfindung auf Basis des christlichen Glaubens zu sein, die die religiöse Autonomie des Menschen nicht nur respektiert, sondern wahrt. Folglich kommt sie im Modus des Angebots und stellt sich den interdisziplinär geforderten Standards durch kontinuierliche eigene Professionalisierung im fachübergreifenden Dialog.

48.6 Seelsorge – als religiös geprägtes Angebot

Seelsorge der Kirche versteht sich als ein spirituelles Angebot auf der Basis des christlichen Bekenntnisses. In diesem Sinne möchte sie auch Mitgliedern anderer Religionen und Konfessionen sowie Menschen, die keiner Religion angehören, dieses oder ein von ihnen gewünschtes Angebot ermöglichen. Seelsorge ist daher ökumenisch und interreligiös geöffnet: „Seelsorgerinnen und Seelsorger begleiten nicht nur Christinnen und Christen, sondern – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – grundsätzlich alle Menschen mit ihren unterschiedlichen kulturellen und religiösen Überzeugungen, sodass sie ihre von Gott geschenkte Würde erfahren können. Denn die „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände“ (Die Deutschen Bischöfe 2021, S. 49, mit Bezug zu Zweiten Vatikanisches Konzil, Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute, Gaudium et spes, 1).

Christliche Seelsorge ist daher ein Dienst an der Beziehungsfähigkeit des Menschen zu sich selbst, zum Anderen und den Anderen, zu Gott als Ursprung und Ziel des Lebens und der gesamten Welt in ihrer belebten und unbelebten Kreatürlichkeit (Seitz 2011, S. 7). Entscheidend ist, dass die Autonomie des Einzelnen in seiner Suche nicht eingeschränkt wird,

sondern die spirituell-religiöse Entscheidungsfreiheit geachtet, die religiöse Kompetenz gefördert und die Seelsorge hierzu Kriterien der Unterscheidung der Lebensdienlichkeit anbietet.

48.7 Spiritualität und Seelsorge – ein dialogisches Geschehen

Wenn Spiritualität und somit Seelsorge als Beziehungswirklichkeit gesehen werden, in der sich religiöse Erfahrungen und aus christlicher Sicht die Wirklichkeit Gottes entfaltet, dann gilt, was der tschechische Pastoraltheologe Tomáš Halík sagt: „Gott ereignet sich im Dialog!“ (Halík 2013, S. 42). Ob seine Gegenwart von den Dialogpartner:innen angenommen wird, steht in deren Ermessen. Die künftige Entwicklung der dialogischen Seelsorge hat Papst Franziskus in einer neuen Deutung des traditionellen Rollenbildes des Hirten als Seelsorgers gegeben. Er fordert vom Hirten (von der/dem Seelsorgenden), den „Geruch der Schafe“ anzunehmen. Das heißt, ein klerikales und paternalistisches Gegenüber ist abzulehnen: „In einer Zivilisation, die an der Anonymität leidet […], braucht die Kirche den Blick der Nähe, um den anderen anzuschauen, gerührt zu werden und vor ihm Halt zu machen, so oft es nötig ist. In dieser Welt können die geweihten Diener und die übrigen in der Seelsorge Tätigen den Wohlgeruch der Nähe und Gegenwart Jesu und seines persönlichen Blicks wahrnehmbar machen. Die Kirche wird ihre Glieder – Priester, Ordensleute und Laien – in diese ‚Kunst der Begleitung‘ einführen müssen, damit alle stets lernen, vor dem heiligen Boden des anderen sich die Sandalen von den Füßen zu streifen (vgl. Ex 3,5).“ (Papst Franziskus 2014, S. 121). Diese Aussage fordert, vom anderen her zu denken und so „die persönliche Begleitung der Wachstumsprozesse“ (ebd.) zu ermöglichen. Es ist ein diakonisch-pastoraler Ansatz, der die Seelsorge neu justiert und zu einem Mentalitäts- und Haltungswechsel einlädt. Genau hier setzt die Qualifizierung SpECi an, wenn sie Mitarbeitende in Gesundheitsberufen für die existenziellen und spirituellen Fragestellungen von Patient:innen, Bewohner:innen und Gästen sowie der An- und Zugehörigen sensibilisiert und deren Sprachfähigkeit fördert. Es sind Grundfertigkeiten, auf die eine konfessionelle Seelsorge aufbaut.

Eine diakonische Seelsorge ist Dienst am Nächsten und meint weit mehr als den sakramentalen Dienst am richtig disponiert Getauften. Sie ist eben eine umfassende „Kunst der Begleitung“, und darin werden sich unverfügbare Momente erschließender göttlicher Zusage ergeben können. Überraschend und an Orten, wo wir es nicht ahnten. Das Heil – die Lebensenergie und tiefe Erfahrung von transzendentalem Halt – wird nicht einfach gebracht wie eine Arznei. Das Heil – also Gott im jüdisch-christlichen Glauben – ist anwesend, wo ich vor „dem heiligen Boden des anderen“ (vgl. Ex, 3,5) stehe. Der andere, der Nächste, ist selbst schon Sakrament Gottes, wenn ich von ihm angefragt werde (vgl. Mt, 25,40). In der Begegnung mit ihm und seinen Fragen ereignet sich die Anwesenheit Gottes: im Dialog!

48.8 Seelsorge und Spiritual Care – ergänzende Systeme der Begleitung

Es kann somit festgehalten werden, der funktionale Spiritualitätsbegriff der EAPC ist kompatibel zu einem substanziell und damit inhaltlich geprägten christlich-konfessionellen Spiritualitätsbegriff heutiger katholischer Seelsorge. Spiritual Care und Seelsorge „stellen zueinander keine Konkurrenz dar, sondern sind ergänzende Systeme, die Ressourcen im Heilungs- wie Begleitprozess aktivieren können." (Schrage 2022, S. 213) […] „Seelsorge vermittelt ein konkretes sinnstiftendes Angebot auf Grundlage der jeweiligen Religion, während spirituelle Begleitung ungebunden mit einer Symphonie unterschiedlicher Spiritualitäten (Frick 2012, S. 69) arbeitet. Entsprechend wird in der spirituellen Begleitung von seelsorglich Tätigen eine explizite religiös verankerte Motivation mit dem zugehörigen Gottes- und Menschenbild und eine authentische Religionszugehörigkeit mit einer entsprechenden symbol-, riten- und textbezogenen Praxis erwartet" (Schrage 2022, S. 213).

Beiden gemeinsam ist eine Sensibilisierung für die spirituellen Ressourcen in der Begleitung von Kranken und Sterbenden sowie „das anthropologische Grundaxiom, dass ein jeder Mensch im Kern ein spirituelles Wesen ist" (Nauer 2021, S. 77). So entwickeln beide je nach spirituellem Bedarf für die jeweilige Person und ihr Umfeld ein Angebot. Hinsichtlich der notwendigen fortschreitenden Professionalisierung profitieren beide voneinander und entwickeln wechselseitig anerkannte Qualitätsstandards. „Gerade in der multiprofessionellen Hospiz- und Palliativversorgung wird eine qualitätsorientierte Seelsorge nicht allein durch pastorale Aus- und Fortbildung aufgebaut, sondern auch durch den verbindlichen Dialog der Berufsgruppen untereinander, […]." (Die Deutschen Bischöfe 2021, S. 68).

In diesem Sinne formuliert die Deutsche Bischofskonferenz. „Die Etablierung von Spiritual Care führt teilweise zu einer neuen Wertschätzung der kirchlichen Seelsorge im Gesundheitswesen." Und weiter sagen die Bischöfe: „Wir wertschätzen die Schnittmengen von Spiritual Care und kirchlicher Seelsorge und wollen das religionen- und kulturensensible Engagement vieler Getaufter in den Gesundheitsberufen im Licht des gemeinsamen Priestertums aller Gläubigen fördern. Wir begrüßen, dass die Gesundheitsberufe für die existenziellen und spirituellen Nöte der Menschen sensibel werden und bringen gerne die kirchliche Erfahrung und das christliche Menschenbild in den Diskurs ein. Eine christliche Deutung von Krankheit, Leiden und Sterben kann dazu beitragen, einen pragmatisch verkürzenden Umgang mit existenziellen Sinnfragen zu vermeiden und auf medizinische Machbarkeit reduzierte Konzepte zu weiten. So stärkt Seelsorge das Profil und den eigentlichen Sinn von Spiritual Care: Beide Formen der Sorge bestehen um des Menschen selbst willen und weisen kritisch auf die Unverfügbarkeit der menschlichen Existenz gerade im Angesicht des Todes hin. Sie wollen Beziehung und Begegnung sein und ermöglichen." (Die Deutschen Bischöfe 2021, S. 43).

48.9 Fazit: Spiritual Care und Seelsorge brauchen Spirituell-Existenzielle Kommunikation – interprofessionell (SpECi)

Spiritual Care fungiert im medizinischen Kontext als interdisziplinär anerkannter Oberbegriff, in dessen Raum die kirchliche Seelsorge ein explizit profiliertes Angebot auf Grundlage des christlichen Menschen- und Weltverständnisses macht. „Aufgabe von Seelsorge im Sinne von Spiritual Care ist es, biografisches Erzählen des Patienten als narrativen Ausdruck persönlicher Spiritualität zu verstehen, dies an- und besprechbar zu machen und so Halt-, Sinn- und Bedeutunggebendes im eigenen Leben als Ressource zu erschließen.“ (Stellungnahme der fünf Diözesanverantwortlichen 2020). Grundlage sind die allen Menschen gemeinsamen existenziellen Fragen, die je nach Situation und Person mit unterschiedlicher Intensität auftreten können und nach Antworten suchen. Genau hier braucht es kundige Gesprächspartner:innen, die eine Sensibilisierung für die jeweiligen spirituellen Ressourcen in der Begleitung von Kranken und Sterbenden haben. So entwickelt Spiritual Care bzw. Seelsorge je nach spirituellem Bedürfnis der Person und ihrem Umfeld ein Angebot zur Mobilisierung notwendiger motivationaler Kräfte zur Bearbeitung von Krankheit und ihrer Folgen. Diese Form der Bearbeitung ermöglicht z. B. die Annahme des Zugemuteten im Sinne eines notwendigen Behandlungsverlaufes, die Hinnahme von erwartbaren Einschränkungen, das Entwickeln einer Perspektivität jenseits der akuten Alltagssorgen bzw. eine hohe Aktivierung im Sinne von Lebenswillen oder in Dilemmatasituationen die Bereitschaft, sich ethischen Fragestellungen in Bezug auf Behandlungsoptionen oder Lebensende zu öffnen. Je nach Verfassung von Patient:innen, Bewohner:innen oder Klienten eröffnet die spirituelle Begleitung für diese wie auch die behandelnden bzw. begleitenden Disziplinen eine entscheidende Grundlage für die Genesung bzw. Annahme von Schicksalhaftem im Sinne von Hoffnungs- oder Trostpotenzial.

Mit den veränderten religiösen bzw. säkularen Sozialisationsmustern in der heutigen Gesellschaft bedarf es einer neuen Form der spirituellen Bearbeitung, wie sie sich in der Neujustierung der katholischen Seelsorge zeigt. Genau hier setzt das Qualifzierungsmodell SpECi mit dem *interprofessionellen Ansatz* einer Befähigung zur *spirituellen und existenziellen Kommunikation für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen* an. Die Qualifizierung und der Ansatz von *Spiritual/Existential Care interprofessionell* (SpECi) ist weltanschauungsübergreifend gemeint. Er orientiert sich an dem jeweiligen spirituellen und religiösen Selbstverständnis und den Bedürfnissen der Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Auf dieser Basis gilt es, eine professionelle Begleitung zu ermöglichen. In diesem Sinne fördert sie die spirituellen Kompetenzen der Berufe im Gesundheitswesen und ist offen für eine konfessionelle Seelsorge, um nach Maßgabe von Patient:innen, Klient:innen, Gästen sowie An- und Zugehörige an diese überzuleiten.

Literatur

Bätzing G (2022) Vorwort des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz. In: Die Deutschen Bischöfe Nr. 110. In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Wort der deutschen Bischöfe zur Seelsorge. 8. März 2022. Bonn, S 5

Bechmann U (2015) „Nostra aetate“ – Von der Gemeinsamkeit zur Differenz, 4. November 2015. https://www.feinschwarz.net/nostra-aetate-von-der-gemeinsamkeit-zur-differenz. Zugegriffen am 03.01.2023

Beck W (2022) Seelsorge 2.0?! – Kirchlicher Grundauftrag angesichts sich verändernder Welt. Buchsprechung: Lebendige Seelsorge 5

Bertelsmann Stiftung, Religionsmonitor kompakt (2022) Die Zukunft der Kirchen – zwischen Bedeutungsverlust und Neuverortung in einer vielfältigen Gesellschaft. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/religionsmonitor-kompakt-dezember-2022. Zugegriffen am 02.01.2023

Buber M (1983) Ich und Du. Reclam, Ditzingen

Die Deutschen Bischöfe (2021) „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.) Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Pastoralkommission; Nr. 51, Bonn

Die Deutschen Bischöfe (2022) Nr. 110. In der Seelsorge schlägt das Herz der Kirche. Wort der deutschen Bischöfe zur Seelsorge. 8. März 2022, Bonn

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln wird zitiert - ebenso die Definition der EAPC udn das II. Vatikanische Konzil mit entsrpechenden Texten Nostra aetate udn Gaudium et Spes. D.h. diese können nicht gestrichen werden. DAnke, Bruno SChrage

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V (Hrsg.) (o.J.) Seelsorgliche Begleitung in der Pflege. Ein Diskussionspapier, (Download: www.caritas-pastoral.de)

Enzyklika Deus Caritas est, Benedikt XVI. (25.12.2005) Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 171, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn, 7. Aufl. 2014, 1. Teil, Die Einheit der Liebe in Schöpfung und Heilsgeschichte

Europaen Association for Palliativ Care (EAPC). https://eapcnet.eu/. Zugegriffen am 23.03.2023

Evangelische Kirche im Rheinland (EKiR, 2011) Seelsorge als Muttersprache der Kirche entwickeln und stärken. Zur Qualitätsentwicklung in der Seelsorge, Düsseldorf, August 2011

Fischer M (2021) Zukunft der Seelsorge im Gesundheitswesen. Echter, Würzburg

Frick E (2012) Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. Spirit Care 3(2012):68–73

Halík T (2013) Berühre die Wunden. Über Leid, Vertrauen und die Kunst der Verwandlung. Herder, Freiburg

Hundertmark P (2022) Unsere Mutter stirbt. Eine tieftraurige und zugleich hoffnungssuchende Allegorie über meine Kirche. https://geistlich.net/unsere-Mutter-stirbt. Zugegriffen am 15.12.2022

Jahnsen A (Storms), Woopen C (2019) Spiritualität in der Medizin – Mehr als ein Add-On? Zeitschrift für medizinische Ethik 65(2):183–198

Kramer A, Freimut Schirmacher F (2005) Seelsorgliche Kirche im 21. Jahrhundert. Neukirchener Verlag, Neukirchen, S 11–17

Nauer D (2007) Seelsorge in der Caritas. Spirituelle Enklave oder Qualitätsplus. Lambertus, Freiburg

Nauer D (2021) Spiritual Care – Was soll das denn sein? ZS Diakonia 52(2):74–81

Neuber C (2022) „Lobe den Herrn, meine Seele“? Was die Seelsorge von alttestamentlicher Anthropologie lernen kann: ZS Lebendige Seelsorge, Seelsorge, Heft 5, S 324–328.

Papst Franziskus (2014) Apostolisches Schreiben Evangelii gaudium. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 194, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz Bonn, Nr. 169

Schrage B (2022) Seelsorge mitten im kirchlichen Transformationsprozess. In: Franziskus Knoll u.a. Bewährtes bewahren – Neues wagen. Innovative Aufbrüche in der Seelsorge und darüber hinaus. Kohlhammer, Stuttgart, S 211–222

Schüßler M, Straub D (Hrsg) (2022) Seelsorgliche Ressourcen der Caritas. Kohlhammer, Stuttgart

Seitz M (2011) Worum es geht, wenn wir „Seelsorge“ sagen: PEtS. Magazin für Psychotherapie und Seelsorge Februar 2011, S 6–9

Stellungnahme der fünf Diözesanverantwortlichen für den Bereich der Krankenhauseelsorge in den nordrheinwestfälischen Bistümern zum Urteil des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHD vom 28.10.2020, KDE 428 Seelsorger, Palliativmedizin

Theobald C (2013) Heute ist der günstige Augenblick. In: Feiter R, Müller H (Hrsg) Frei geben. Pastoraltheologische Impulse aus Frankreich, Ostfildern, S 81–109

Weiher E (2014) Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende. In: Feinendegen N, Höver G, Schaeffer A, Westerhorstmann K (Hrsg) Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis. Königshausen und Neumann, Würzburg, S 411–424

Wolf J, Feldmann KH (2021) Braucht Seelsorge Spiritual Care? ZS Diakonia 52(2):126–130

Zweites Vatikanisches Konzil: Dogmatische Konstitution Lumen Gentium, Nr. 10

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Spiritual Care durch Seelsorge

49

Anne Heimendahl und Andreas Jensen

49.1 Den Beitrag der Evangelischen Kirche im Gesundheitswesen weiterdenken

Mit der Veröffentlichung der kleinen Schrift der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD zur Verhältnisbestimmung von Klinikseelsorge und Spiritual Care wurde 2020 erstmalig eine offizielle Stellungnahme der EKD zum Thema vorgelegt.[1] Diese versteht sich „als Diskussionsbeitrag zu Aspekten der Gegenwartsrelevanz christlicher Religion sowie ihrer Eigenständigkeit und der Möglichkeit, Seelsorge in andere gesellschaftliche Felder … einzubeziehen." (S. 19).

In der knappen Hinführung wird das Thema der Verortung von Seelsorge als Spiritual Care strategisch in den Blick genommen. Zwei Linien werden gezogen. Einerseits sieht sich der gesteigerte Seelsorgebedarf in den Kliniken abnehmenden kirchlichen Ressour-

[1] Die Kleinschrift ist unter https://www.ekd.de/handreichung-spiritual-care-durch-seelsorge-60948.htm (Abruf 07.02.2023) als Print bestellbar oder in digitaler Form herunterzuladen. Im Folgenden werden bei entsprechenden Zitaten die jeweiligen Seitenzahlen angegeben.

A. Heimendahl (✉)
Evangelische Krankenhausseelsorge, Berlin-Brandenburg – Schlesische Oberlausitz, Berlin, Deutschland
e-mail: a.heimendahl@ekbo.de

A. Jensen
Evangelische Kirchen in Deutschland, Referat Seelsorge, Gemeindeformen, Gottesdienst, Kirchenamt der EKD, Hannover, Deutschland
e-mail: Andreas.Jensen@ekd.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_49

cen gegenübergestellt. Hier wird jedoch einseitig auf monetäre Verknappung abgestellt und eine Lösung in der Integrierbarkeit und faktischen Integration seelsorglicher Angebote in den „Refinanzierungsmechanismus des allgemeinen Gesundheitssystems“ gesehen (S. 7). Eine solche Kopplung erführe ihre Rechtfertigung durch eine klare Zugehörigkeit von Seelsorgenden zum multiprofessionellen Team der Klinik, das – Impulse aus der Palliativmedizin aufnehmend – auch den spirituellen Patient:innenbedürfnissen Raum in der Behandlung schenkt. Dies ist die zweite Argumentationslinie der Fragestellung.

Ein dritter Aspekt sollte hier für die zukünftige Strategiediskussion der Klinikseelsorge ergänzt werden. In weit stärkerem Maße als finanzielle Fragen stellen sich zunehmend in den Kirchen solche personeller Art. Selbst wenn die Kirchen oder andere gesellschaftliche Träger über ausreichend finanzielle Mittel verfügten, schlägt der seelsorgliche Fachkräftemangel verstärkt zu Buche. Es stellen sich Fragen nach zusätzlichen attraktiv(er)en Ausbildungswegen und damit solche nach Professionalitätsstandards und internen Verhältnisbestimmungen innerhalb kirchlicher Abschlüsse und mit Blick auf multiprofessionelle Teamfähigkeit. Selbst wer das Heil der Klinikseelsorge in der Attraktivitätssteigerung sieht, die sich ergäbe, wenn nicht mehr die verfassten Kirchen als Anstellungsträger und qualitätssichernde Institutionen fungieren (sondern ein Fachverband oder ähnliches), muss sich über die gestellten Fragen hinaus eine schlüssige Vokationspraxis und ein wirkungsvolles Beschwerdemanagement für Patient:innen und Klinikleitungen geben.

49.2 Seelsorge ist eine kirchliche Praxis

Bereits der Titel der EKD-Schrift hält fest: Seelsorge ist eine spezifische und sie ist eine kirchliche Praxis. Sie vollzieht sich in beschreibbaren Kontexten. Einer davon ist treffend mit „Spiritual Care“ benannt. So wird Klinikseelsorge ohne einen kirchlich verantworteten Alleinvertretungsanspruch in geistlichen Dingen gestaltet und als eine Dimension von „Spiritual Care“ verstanden. Seelsorgliche Praxis liefert ihren spezifischen Beitrag als christliche Seelsorge darin, dass sie mit geschultem Blick und einer offenen Haltung den spirituellen Belangen des Gegenübers begegnet und zugleich „in Form von Bibelworten, Gebeten, Segenshandlungen und Riten“ den „spirituell-religiösen Aspekt als Kerndimension professionellen Handelns bzw. des persönlichen Gespräches bildet“. Darüber hinaus gestaltet sie eine „ethische Praxis […], in der kranke, verletzliche Menschen im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen“ (S. 13). So verstanden, ist „Spiritual Care“ nicht nur die Aufgabe von geschultem Seelsorgepersonal, sondern eine interprofessionelle Aufgabe. Die beteiligten Professionen tragen in je spezifischer Weise dazu bei, die spirituelle Dimension in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen (Peng-Keller 2021). So verstanden ist Spiritual Care keine exklusiv christliche Angelegenheit, sondern stellt sich als multireligiöse Aufgabe: „Wo möglich, sollten auch Vertreter:innen anderer Religionen mit eingebunden sein, insofern diese über eigene Erfahrungen und Konzepte zu Seelsorge und Spiritual Care verfügen.“ (S. 16). Wird „Spiritual Care“ demgemäß als Praxis aufgefasst, die die Sorge um spirituelle Belange von Patient:innen, deren An- und Zugehörigen und

Mitarbeitenden im Krankenhaus zu ihrem Ziel und Ergebnis hat, so ist damit eine Konfliktlogik von zwei konkurrierenden Systemen, die sich im Feld behaupten wollen, verlassen (Nauer 2015). Mit Worten der klassischen Begriffstheorie: „Spiritual Care“ wird verstanden als das *genus proxium*, die Allgemeinbezeichnung, Seelsorge als die *differentia specialis*, als zu anderen solcher Formen unterscheidbare.[2]

49.3 Der funktionale Sinn von „Spiritual Care“ ist qualifizierte Nähe

Die spirituelle Begleitung will sich explizit von einer „Sinn-Sorge“ unterscheiden, so die EKD-Schrift (S. 8). Mit einer konsequenten Unterscheidung von Sinn-Sorge wäre „Spiritual Care“ auf die Anfänge der modernen Hospizbewegung zurückgeführt und entsprechend verengt in den Blick genommen als Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden. In Bezug auf den Tod ist es richtig, in der spirituellen Begleitung das Aushalten von Verlust und Schmerz in den Vordergrund zu stellen, statt der Not und eigenen Hilflosigkeit mit religiösen Deutungen zu begegnen. Eine Alternativsetzung zur Sinnsorge ist jedoch irreführend. Natürlich sind Sinndimensionen und -fragen in allen Formen professioneller Zuwendung immer mit aufgerufen, die spirituelle Themen hat. Mit Sinnfragen sind stets Sinnerwartung und -erfüllung verbunden. Beides jedoch wird sich weder Seelsorge noch „Spiritual Care“ zur Leitmaxime machen dürfen. So vieles bleibt schlicht „sinnlos“ und findet zu keiner Erklärung. Hier scheint sich abermals ein Inklusionsverhältnis abzuzeichnen, wie es bereits zwischen „Spiritual Care“ und Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care (Peng-Keller 2021) gesehen wurde. Sinnsorge bildet einen bestimmten Aspekt in der spirituellen Zuwendung, ohne dass diese darin aufgeht. Hier wäre es für künftige Diskurse nicht ohne Reiz, an Dietrich Rösslers Funktionsbeschreibung von Seelsorge als Bearbeitung von Lebensgewissheit anzuknüpfen, um die Differenzen sowohl zur Handlungsmaxime Lebensfähigkeit als auch zur Sinngewissheit herauszustellen (Rössler 1968).

Der funktionale Sinn von „Spiritual Care“ ist qualifizierte Nähe. Damit gilt für sie im Allgemeinen intentional dasselbe, was für Seelsorge im Besonderen gilt: Dem Gegenüber wird absichtslos begegnet.

[2] Hier ist auf eine interessante Parallele hinzuweisen. In der Gemeinwesenarbeit verstehen sich kirchliche Orte und ihre Trägerinnen und Träger mehr und mehr als ein Momentum unter einer ausdifferenzierten Vielzahl von gesellschaftlichen Einheiten. Sie werden zu Kooperationspartnern ohne Anspruch von Exklusivität selbst in den eigenen Kernbelangen. So wie sich in der kirchlichen Reflexion der eigenen Beiträge zu Dorf- oder Quartiersentwicklung ausdifferenziert und das Spezifische, was als Religionsakteurin jeweils eingebracht werden kann, klarer in den Blick genommen wird, so vollzieht sich auch in der Frage einer gegenwartssensiblen Seelsorge eine vergleichbare Veränderung der Debattenlage.

49.4 Die Systemlogiken von Spiritual Care und Seelsorge – wie und worin treffen sie sich?

Im Abschnitt 2 der EKD-Schrift wird gefragt, „wie und worin […] sich Seelsorge und Spiritual Care mit ihren je eigenen Systemlogiken [treffen; A.J.], ohne im Ergebnis zu unklaren Zuschreibungen und Erwartungen zu kommen." (S. 10). Seelsorger:innen, wenn sie verbindlich Mitglieder von multiprofessionellen Teams sind, erleben vielfach eine Spannung zwischen der positiv erlebten verbesserten Einbindung in das System Krankenhaus und der Herausforderung, unabhängig und der seelsorglichen Schweigepflicht treu zu bleiben. Die Diskussionen, die in der deutschsprachigen Literatur zur Krankenhausseelsorge geführt werden, spiegeln diese Spannung in besonderer Weise unter dem Thema „Dokumentation" wider (Peng-Keller et al. 2020).

Dennoch gilt es, pragmatisch zurückzufragen, unter welcher oder unter welchen Leitperspektiven sich die angenommenen Systemlogiken denn wirklich unterscheiden. Weder mit Blick auf das Patient:innenwohl[3] noch unter dem Leitaspekt der Intention der Zuwendung dürften prinzipielle Differenzen vorauszusetzen sein. Auch mit Blick auf substanzielle Wesensbeschreibungen der jeweiligen Praxis dürfte sich keine grundsätzliche Inkompatibilität behaupten lassen. Selbst bei einer Konzentration auf verhaltenstheoretisch (behavioral) beschreibbare Interaktionen sind keine klaren Zuordnungen zu Seelsorge auf der einen und Spiritual Care auf der anderen möglich: Am bloßen Verhalten wird man eine Seelsorger:in nicht per se von einem „Spiritual Care Giver" einer anderen Profession unterscheiden können.

Wenn Systemlogiken differieren, dann vor allem auf organisationaler und institutioneller Ebene, wobei es im Bereich des Krankenhauswesens davon abhängen kann, ob es sich um einen kommunalen oder diakonischen beziehungsweise konfessionellen Träger handelt. Die Differenz der Systemlogiken von Seelsorge und Spiritual Care lässt sich am Beispiel der Diskussion um die Stellung der Krankenhausseelsorge innerhalb des Gesundheitssystems vor dem Hintergrund der seit Mai 2018 geltenden EU-Datenschutzverordnung gut veranschaulichen.

Bis zur Einführung der EU-Datenschutzverordnung hatte sich die Krankenhausseelsorge längst erfolgreich von einer Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge (Klessmann 2019) professionalisiert und etabliert. Damit ist sie vielfach in die Strukturen des Gesundheitswesens eingebunden, in Kliniken, Hospizen und Altenpflegeeinrichtungen, als (nicht selten leitendes) Mitglied eines Ethikkomitees und Mitglied diverser Behandlungsteams, wie der Psychiatrie, der Intensivstation, der Palliativstation, Geriatrie, Geburts- oder Kinderstation. Sie verantwortet maßgeblich Abschieds- und Gedenkfeiern für Verstorbene, zu denen An- und Zugehörige eingeladen werden. Die Informationsweitergabe, auch von personenbezogenen Daten, ist Voraussetzung für die Arbeit.

[3] Beziehungsweise mit Blick auf das Wohl des Gegenübers, da Klinikseelsorgende auch für An- und Zugehörige und das Klinikpersonal da sind.

Nun sahen sich Kliniken und Einrichtungen vor die Frage gestellt, wie die personenbezogenen Daten geschützt werden können, gleichzeitig professionelle Seelsorge aber realisiert werden kann. Denn nach Art. 140 des Grundgesetzes i. V. m. Art. 141 Weimarer Reichsverfassung sind „die Kirchen zur Vornahme religiöser Handlungen in Krankenhäusern zuzulassen, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist."

Während ein konfessioneller Träger, wie die Alexianer mit ihrer Richtlinie R01 „Die Seelsorge und das multiprofessionelle Team" von 2021, das Problem des Datenschutzes in einer Weise gelöst hat, bei der die Seelsorge auf der Basis eines eigenen Seelsorgekonzeptes als „in das erweiterte Behandlungsteam eingebunden" verstanden wird - und damit sehr in die Nähe von „Spiritual Care" gerät -, ist es nach langen Verhandlungen beider Kirchen mit dem kommunalen Träger „vivantes" vor allem gelungen, dass Krankenhausseelsorge in den Häusern von „vivantes" nicht zur punktuell herangezogenen Krankenseelsorge zurückgestuft worden ist.

In dem Ende 2022 von beiden Kirchen und „vivantes" unterzeichneten Vertrag wird zwar betont, dass das „Angebot von Klinikseelsorge in den von „vivantes" betriebenen Krankenhausstandorten […] zu einer ganzheitlichen Behandlung und Begleitung auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene beitragen" soll. Und dass „Gegenstand der Klinikseelsorge […] auch die Mitarbeit im Rahmen interdisziplinarer (Komplex-) Behandlungen und Mitarbeit in den entsprechenden Teams" sei. Der Ausgangspunkt aller Regelungen wird jedoch von dem Anliegen des Schutzes geprägt:. Keine Daten an einen externen Anbieter, es sei denn, es liegt eine ausdrückliche Einwilligung vor, und kein Datentransfer über eine gemeinsam genutzte Software. Entsprechend bleibt die Krankenhausseelsorge ablauforganisatorisch „draußen" und wird verstanden als ein mögliches Angebot für einzelne religiös Gebundene, die danach fragen, oder für Patient:innen, deren mutmaßlicher Wille es ist.

Anders sieht es die Richtlinie der Alexianer vor. Ausgangspunkt der Regelungen hier ist ein ganzheitlicher Ansatz, der mit Eckhard Frick davon ausgeht, dass die spirituelle Dimension zu den inneren Systemeigenschaften des Menschen gehört (Frick 2002). Basierend auf dem jüdisch-christlichen Menschenbild einerseits und dem „Total-Pain"-Konzept von Cicely Saunders (Saunders 2009), beziehungsweise der Palliativmedizin andererseits, soll die seelsorgliche Begleitung integrativer Bestandteil der Versorgung und Begleitung sein, und ist der Seelsorger beziehungsweise die Seelsorgerin entsprechend eingebunden in das erweiterte Behandlungsteam. Die Voraussetzung für diese Einbindung ist die konzeptionelle Implementierung der Seelsorge und die Einbindung in das Team; die Konsequenz dessen ist, dass der Austausch personenbezogener Daten ermöglicht wird.

Wenn Spiritual Care als „ein ganzheitliches Behandlungskonzept, das die spirituelle Bedürfnisdimension kranker Menschen systematisch einschließt und mitberücksichtigt" (S. 9) verstanden wird, und wenn das bedeutet, dass die Seelsorge als Teil dieser Spiritual Care von Krankenhausseite „nicht mehr als verzichtbar eingeschätzt" (S. 11) und sie konfessionell verantwortet wird, dann beschreibt die Richtlinie der Alexianer nichts anderes als Spiritual Care und zeigt damit, wie die Differenzen zwischen Seelsorge und Spiritual

Care sogar auf institutioneller Ebene aufgehoben sein können. Die Rückfrage macht also deutlich, dass es nottut, Differenzen nicht zu groß zu denken und in Rollenkonzepten zu verankern.

49.5 Die religionshermeneutische und ethische Kompetenz von Seelsorge

Von rollentheoretisch hoher Erschließungskraft ist der 3. Abschnitt der EKD-Schrift. Hier wird die konfessionelle Gebundenheit im Verhältnis zu weltanschaulich ungebundenen „Spiritual Care Givern" ausgelotet und in diesem Zusammenhang die Fremdzuschreibbarkeit einer religiösen (Bild-)Programmatik thematisiert.

Damit verfügen christliche Seelsorgende im Vergleich zu generalistisch bzw. weltanschaulich ungebundenen „Spiritual Care Givern" über eine leistungsfähigere religionshermeneutische Kompetenz. „Christliche Seelsorge ist durch ihre Kenntlichkeit und Konkretheit erstens transparent (und damit womöglich weniger manipulativ) und vermag dadurch zweitens eigene Ressourcen und Resonanzräume für die seelsorgliche Begegnung zu erschließen." (S. 11)

Durch diese Transparenz kürzen sich Aushandlungsprozesse in der seelsorglichen Begegnung ab – mögen Seelsorgende es in ihrer persönlichen Glaubenshaltung nun gegenzeichnen oder nicht. Darüber hinaus macht die innere Beziehung zum und wache Reflexion des eigenen religiösen Systems einen Gutteil der Überweisungssensibilität aus: Wer in einer positiven Religion zuhause ist, weiß, wann es an der Zeit ist, jemanden zu rufen, die oder der etwa im Falle gläubiger Muslime nähersteht und entsprechende religiöse Praxen anbieten kann. Hieraus sind in der Ausbildung die richtigen Schlüsse zu ziehen, insbesondere bei der Neukonzeption alternativer Zugänge zum Amt einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers.

Wahrnehmen, wie man wahrgenommen wird, handwerklich das Deutungs- und Erlebnispotenzial der christlichen Glaubenswelt einsetzen (vgl. S. 13), das schließt richtigerweise mit ein, „dem Entkonfessionalisierungsdruck nicht nach[zu]geben" und „in ihrem eigenen Profil erkennbar und zugleich inter- und transkonfessionell tätig" zu sein (S. 19). Damit hängt auch zusammen, die eigenen religions- und bisweilen konfessionsspezifischen Beiträge zur ethischen Urteilsbildung fundiert einbringen zu können (vgl. S. 14). Hier tritt neben die bereits erläuterten religionshermeneutischen Fertigkeiten auch das Erfordernis, das je medizinisch zur Debatte Stehende angemessen zu kennen. Beides markiert eine nicht geringe Aufgabe innerhalb der Aus-, Fort- und Weiterbildung, insbesondere mit Blick auf rollenklare Beiträge in ethischen Diskursen.

Das entbindet jedoch nicht von der Aufgabe, dass auf struktureller Ebene Ansätze zu einer interreligiösen klinischen Seelsorgeausbildung weiterentwickelt werden sollten und entsprechende Finanzierungskonzepte für den Dienst etwa muslimischer Seelsorger:innen zu etablieren sind.

49.6 Es geht um die bestmögliche Begleitung und Versorgung von Patient:innen

Der 7. Abschnitt der EKD-Schrift stellt im Kontext der sehr spezifischen deutschen Situation (weitreichende Rechte zur freien Religionsausübung mittels kirchlicher Praxen in Kliniken und anderen Fremdinstitutionen) sehr präzise Fragen nach systemischen Anschlussfähigkeiten. Dies geschieht nicht allein mit Blick auf die (Re-)Finanzierungswürdigkeit. Strukturqualitative Beschreibbarkeit der besonderen Interaktionen von Seelsorge ist ebenso ein Monitum wie der valide ergebnisqualitative Ausweis positiver Wirkungen von Seelsorge. Hier bedarf es mehr als religionsimmanenter Affirmative. Mit Blick auf die bestmögliche Begleitung und Versorgung von Patient:innen ist eine zentrale Frage der Kopplung identifiziert: Wie können „die heilsamen Wirkungen von Seelsorge professionsspezifisch beschrieben werden und zugleich der auf Evidenzen basierenden Wirkungslogik des Gesundheitswesens entsprechen“? (S. 17) Hier liefern gerade die Beiträge des European Research Institute for Chaplains in Healthcare (ERICH) zur Dokumentationspraxis wertvolle Impulse fernab prinzipientheoretischer Metadiskurse, die oft viel zu pauschal geführt werden.

49.7 Schlussfolgerungen

In sechs Hinsichten wurde aufgezeigt, wie lohnend es ist, produktiv mit dem Diskussionsbeitrag der EKD zur Verortung kirchlicher Seelsorge im Gesundheitswesen umzugehen. Dazu bietet gerade ein reflektierter Spiritual-Care-Begriff ein kaum zu überschätzendes Potenzial. Umfasst er doch, wie es die moderne Hospizbewegung in ihrer Theoriebildung und ihrer Praxis herausstellt, eine Haltung aller Professionen und ist darüber hinaus ein Organisationsbegriff, der eine interne Kommunikation nahelegt und von spirituellen Anamnesen und Indikatorensets über mögliche Dokumentationsformen bis hin zur Ausprägung gemeinsamer Terminologien reicht und damit nicht zuletzt kirchliches Handeln im Gesundheitswesen anderen Akteur:innen in seinem bleibenden Wert verständlich macht. So dient die weitergehende Befassung unter der Leitfrage einer optimalen spirituellen Versorgung letztlich einem vierfachen Ziel, der Rollenklarheit der Seelsorgenden und anderer, die sich entsprechend professionell engagieren, der Qualität der strukturellen Kopplung von Kirche und Gesundheitswesen und damit einer gesteigerten Dialogfähigkeit auch mit Blick auf das vergleichsweise junge Konzept einer Existential Care, der Ausbildungsqualität und allem voran der Güte einer ganzheitlichen Behandlung.

Literatur

Alexianer, Rahmenkonzept der Seelsorge. www.alexianer.de/verbund/referate/christliche-ethik-leitbild-und-spiritualitaet/leitfaeden-und-richtlinien. Zugegriffen am 03.01.2023

European Research Institute for Chaplains in Healthcare (ERICH). https://www.pastoralezorg.be/page/board/. Zugegriffen am 23.03.2023

Frick E (2002) Glauben ist keine Wunderdroge. Herder-Korrespondenz 56. Jg:43

Klessmann M (2019) Von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge – historische Streiflichter. In: Roser, Traugott, Handbuch der Krankenhausseelsorge. Beck, Göttingen

Nauer D (2015) Spiritual Care statt Seelsorge? Kohlhammer, Stuttgart

Peng-Keller S (2021) Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care: Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit. Göttingen, De Gruyter

Peng-Keller S, Neuhold D, Kunz R, Schmitt H (Hrsg) (2020) Dokumentation als seelsorgliche Aufgabe: Elektronische Patientendossiers im Kontext von Spiritual Care. TVZ, Zürich

Rössler D (1968) Grundriss der praktischen Theologie. De Gruyter, Stuttgart

Saunders C (2009) Spiritual pain. In: Saunders C (Hrsg) Selected writings 1958–2004. v. D. Clark, Oxford, S 217–221

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

50 Existenzielle Kommunikation und Leiblichkeit unter Bedingungen von Distanz – neutestamentliche Befunde

Traugott Roser

50.1 „Jesus happened bodily“ (G. Mikoski) – Ist existenzielle Begegnung auch online möglich?

Zwei Jahre vor dem erzwungenen Digitalisierungsschub im Raum der Kirchen erschien in der Zeitschrift „Liturgie und Kultur“, dem Fachorgan der Liturgischen Konferenz der Evangelischen Kirche in Deutschland, ein Aufsatz des am Princeton Theological Seminary lehrenden Theologen Gordon S. Mikoski zur Möglichkeit oder Unmöglichkeit eines Online-Abendmahls. Der Text kann als Vorabmeditation zu einer zentralen Frage christlicher Praxis des Glaubens gelesen werden, die sich in Zeiten der Corona-Pandemie mit ungeahnter Dringlichkeit stellte: Wie körperlich muss die Mahlgemeinschaft sein, wenn sie das Mahl der Erinnerung und der Heilsgemeinschaft feiern will? Andersherum gefragt, gestritten und mehr noch praktiziert: Ist „seitens der Kirchenorganisation ein digitales Abendmahl erlaubt […] oder nicht?“ (Weyel 2021, S. 43). Während man diese Frage in viele Richtungen diskutieren kann – liturgietheoretisch (Mikoski 2018) oder kirchentheoretisch (Weyel 2021) beispielsweise – intressiert an dieser Stelle die Frage, wie leiblich existenzielle Kommunikation sein muss, oder ob sie auch digital vermittelt durch soziale Medien stattfinden kann. Frank Weyen stellt die Frage, „wie sich Nähe und Distanz im digitalen Raum unter dem Gesichtspunkt einer Kommunikation des Evangeliums als Digitalität definieren“ lassen (Weyen 2023, S. 80).

Der bereits erwähnte Digitalisierungsschub vollzog sich im Bereich der Seelsorge während der Corona-Pandemie über soziale Medien, zum Teil in neuen Formaten wie Instagram-Seelsorge, Online-Beratungsformen oder Telechaplaincy. Vor allem letzterem kommt im Blick auf künftige Gesundheitsversorgung Bedeutung zu: Telechaplaincy ist

T. Roser (✉)
Universität Münster, Münster, Deutschland
e-mail: Traugott.roser@uni-muenster.de

© Der/die Autor(en) 2024

A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_50

die „Ausübung von Spiritual Care, wenn Patient:in und Anbieter:in voneinander durch eine Distanz getrennt sind. Telechaplaincy nutzt Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) für spirituelles Assessment, Begleitung bei spirituellem Distress und Verletzungen, Forschung und Evaluation und für die Fortbildung von professionellen Spiritual Care Givern“ (Winiger 2023). Digitale Kommunikationsformen sind bereits jetzt ein Thema für Spiritual Care, werden es aber künftig noch mehr. Damit stellt sich die Frage, ob und wie existenzielle Kommunikation bei räumlicher Distanz möglich ist, Nähe aber über Online-Formate hergestellt werden soll. Existenzielle Kommunikation umfasst dabei die Themen und Fragen, wie sie Christoph Kolbe in diesem Band beschreibt: „Woher gewinnen wir Zuversicht? Was lässt uns hoffen? Wie bestehen wir leidvolle Situationen? Was gibt uns Sinn? Woran können wir noch glauben? Antworten auf diese und andere Fragen sind das Fundament unserer Existenz. Existenzielle Kommunikation begleitet hier.“[1]

50.2 Theologische Grundfragen

Gordon Mikoski berichtet über die Erzeugung eines Eindrucks von Nähe anhand eines Beispiels: Ein Pastor aus Texas habe mit einer 3D-Kamera den gemeindlichen Gottesdienst aufgezeichnet und die Aufnahme mit einer Virtual-Reality-Brille einer Bewohnerin im Altenheim, einem früheren Gemeindemitglied, vorgespielt. „Es fühlte sich für sie so real an, dass sie sogar versuchte, mit der virtuellen Person neben ihr in der Kirchenbank zu reden.“ (Mikoski 2018, S. 13). Mikoski äußert seine Vorbehalte und begründet sie mit grundlegenden theologischen Einwänden, einmal im Blick auf die Inkarnationslehre, zum anderen im Blick auf die Körperlichkeit leiblicher Gemeinschaft: „Wenn nicht-leibliche Kommunikation eine wirksame Strategie wäre, um sich mit der menschlichen Familie zu verbinden, gäbe es wahrscheinlich keine Inkarnation. Gott hätte mit den Menschen auch weiterhin virtuell und entfernt mit einer Anzahl von Nachrichten und nicht-leiblichen Bildern (z. B. brennende Büsche oder schweigende, zarte Stimmen) kommunizieren können. Aus christlicher Sicht besteht der fortwährende, atemberaubende und alles bestimmende Umbruch darin, dass sich Gott vollständig auf physische, menschliche Form zu einer bestimmten Zeit, an einem bestimmten Ort, in einer bestimmten Kultur offenbarte.“ (Mikoski 2018, S. 17). Echte, existenzielle Begegnung in der christlichen Mahlfeier setze voraus, dass man den Mitfeiernden auch in ihrer Körperlichkeit begegne, die ihre existenziellen Bedürfnisse erkennen lassen: „Die Narben, Gerüche und körperlichen Muster ihrer Mitglieder stellen einen dreidimensionalen Reichtum für ihre Geschichten und Probleme dar.“ (Mikoski 2018, S. 16).

Die Überlegungen des US-amerikanischen Theologen bieten einen Anlass, über die Bedeutung von Körperlichkeit und leiblicher Begegnung für existenzielle Kommunikation aus einer explizit theologischen Perspektive nachzudenken und dies im Rückgriff auf die

[1] Vgl. den Beitrag „Existenzielle Kommunikation im Horizont der Zumutungen des Daseins“ von Christoph Kolbe in diesem Band, S. XXX.

orientierende Funktion neutestemantlicher Texte zu tun. „Biblische Texte sind als Zeugnisse menschlicher Lebenserfahrung und menschlichen Gottesbewusstseins zu betrachten. Die biblischen Texte sind zugleich die fundamentale Bezugsgröße für in der Kirche Handelnde. […] Die reflexive Rückbindung der Praktischen Theologie an die biblische Theologie geschieht nicht zuletzt auch, um der Vernachlässigung biblischer Überlieferungen und einem religiösen Bildungsdefizit entgegenzuwirken, das für kirchliches Handeln im ‚säkularen' Umfeld zu einer Selbstsäkularisierung führen würde" (Roser 2017, S. 99, 103).

50.3 Neutestamentliche Impulse

50.3.1 Mehr als bloße Gestaltwerdung: der Johannesprolog

Gordon Mikoskis Argumentation greift die Inkarnationstheologie auf, die neutestamentlich eng mit dem Prolog des Johannesevangeliums verbunden ist.

> „Im Anfang war das Wort, und das Wort war bei Gott, und Gott war das Wort. Dasselbe war im Anfang bei Gott. Alle Dinge sind durch dasselbe gemacht, und ohne dasselbe ist nichts gemacht, was gemacht ist. In ihm war das Leben, und das Leben war das Licht der Menschen. Und das Licht scheint in der Finsternis, und die Finsternis hat's nicht ergriffen. […] Und das Wort ward Fleisch und wohnte unter uns, und wir sahen seine Herrlichkeit, eine Herrlichkeit als des eingeborenen Sohnes vom Vater, voller Gnade und Wahrheit." (Joh 1, 1–5.14)[2]

Eine erste Wahrnehmung des Textes verweist darauf, wie sehr einem einerseits existenzielle Themen wie „Leben" und „Licht in der Situation von Finsternis" begegnen, andererseits sinnliche, leiblich vermittelte Wahrnehmung aufgenommen ist: das Wort (griechisch: logos), das menschliche Gestalt angenommen, sich damit den Bedingungen menschlicher Existenz ausgesetzt hat und deshalb auch körperlich berührbar, hörbar, sichtbar und verwundbar ist. Narben und körperliche Muster gehören zu den Identifikationsmerkmalen Jesu Christi. Dass die leibliche Existenz auf Wahrnehmung durch andere und damit auf Beziehung angelegt ist, wird im Prolog sowohl positiv festgehalten (er war „das Licht der Menschen") als auch im Sinne einer Ablehnung des Beziehungsangebots negativ konstatiert („die Finsternis hat's nicht ergriffen"). Zu existenzieller Kommunikation gehört damit die Möglichkeit der Ablehnung eines Beziehungsangebots, selbst wenn dieses lebensstiftende und lebenserhaltende Bedeutung haben sollte.

In der Theologie des 21. Jahrhunderts und in der Auseinandersetzung mit philosophischen und theologischen Ansätzen, die eine „neu konzipierte Ontologie der Materialität [pflegen], welche Leiblichkeit kulturalisiert zu überformen und in eine vollständig konstruierbare Körperlichkeit zu überführen sucht" (Klein 2021, S. 380), kommt der Leiblichkeit des Johannesprologs Bedeutung zu. Gerade angesichts der philosophie- und

[2] Alle neutestamentlichen Texte zitiert nach Luther 2017.

religionsgeschichtlichen Bedeutungsvielfalt und -schwere des Logos-Begriffs[3] ist wichtig, dass „die Materialität des natürlichen Körpers also nicht lediglich hinzukommend zum Geist, als bloße Realisierung, Manifestation und Gestaltwerdung eben desselben“ zu erachten ist, „sondern sie als Reales [zu] begreifen, das Ontologien der Vermittlung, wie sie für Kulturidealismen und Medientheorien kennzeichnend sind, zerbricht und aufsprengt“ (Klein 2021, S. 381).

50.3.2 Existenzielle Kommunikation als gemeinsame Konstruktion von Raum – die Heilung der zehn Aussätzigen (Lk 17,11–19)[4]

Eine der bekannten Wundererzählungen im Lukasevangelium ist die Heilung von zehn Aussätzigen (Lk, 17;11–19). Alle zehn wurden geheilt, nur einer, ein Fremdstämmiger kommt zurück und bedankt sich bei seinem Heiler Jesus. Die Geschichte ist interessant, weil sie die Überwindung einer krankheitsbedingten Exklusionserfahrung erzählt. Die an Aussatz (ein Sammelbegriff für verschiedene ansteckende Krankheiten) Erkrankten werden mit der Entdeckung der Krankheit in einer Art Beerdigung aus der Gemeinschaft der Gesunden bzw. der Lebenden ausgeschlossen. Sie halten sich in Kohorten an Orten auf, wo sie zum Zweck der Existenzerhaltung aus gebotener Distanz die „Lebenden“ um ein Almosen anflehen können. Die Aussätzigen werden pauschal als Gruppe ohne individuelle Merkmale behandelt, ohne Namen, ohne sozialen Status oder Volkszugehörigkeit. Selbst der Evangelist Lukas, der Tradition zufolge Arzt, fasst sie unter dem Begriff der „zehn aussätzigen Männer“ zusammen und entindividualisiert sie damit. Das Bild eines Codex aus dem 11. Jahrhundert macht die Exklusionserfahrung deutlich (Abb. 50.1).

Zwischen den handelnden Figuren Jesus und einem assistierenden Jünger links und der Masse von zehn Menschen, deren Erkrankung durch eine Entblößung ihrer Körper dargestellt wird, befindet sich ein Abstand, der etwa den 1,5 Metern des „Social Distancing“ in Corona-Zeiten ähneln dürfte. Jesus heilt aus der Distanz und schickt die Kranken dann zu den beim Priesteramt liegenden Gesundheitsbehörden, damit sie ihren Status als geheilte Infizierte beurkunden lassen. Erst dann werden sie wieder in die (bürgerliche) Gemeinschaft integriert. Einer der Geheilten kehrt zurück (rechte Bildhälfte), überbrückt proaktiv den Abstand und nimmt Beziehung auf. Erst jetzt verleiht ihm der Evangelist Lukas ansatzweise eine Identität, durch die Zugehörigkeit zum Volk der Samariter und durch sein körperliches und sinnhaftes Handeln der Dankbarkeit.

Die Geschichte vom geheilten Samaritaner, insbesondere in der bildlichen Darstellung aus dem 11. Jahrhundert, zeigt, dass der Raum auf der rechten Bildhälfte durch die körperliche Bewegung des geheilten Mannes neu konstruiert wird. Es ist seine unmittelbare, körperliche Kontaktaufnahme, die sich anbetend verbeugende Danksagung gegenüber

[3] Vgl. dazu den WiBiLex-Eintrag zu „Logos“ von Hentschel 2018.

[4] Der folgende Abschnitt basiert auf einem Text des Verfassers zu Sozialraum und kirchlicher Seelsorge (Roser 2021).

Abb. 50.1 Codex aureus Epternacensis, ca. 1035. (© Wikipedia/Gemeinfrei)

Jesus. Die sozialen Regeln geschlossener Häuser und Mauern sind beseitigt, die Distanzen sind aufgehoben, es gibt gemeinsamen Boden unter den Füßen und der Mann trägt jetzt einen roten Mantel, der ihn von allen anderen unterscheidet. Er agiert und interagiert, er ist erkennbar. Er lebt und nimmt aktiv teil am Leben anderer. Existenzielle Kommunikation zielt auf aktive Teilhabe und Teilnahme aller Beteiligten ab. Die Kontaktaufnahme auf Distanz, in der lukanischen Erzählung durch Jesu Heilungshandeln, im digitalen Raum durch Online-Seelsorgeangebote, ist nur ein erster Schritt in eine analoge Kommunikation unter anwesenden Personen. Frank Weyen versteht entsprechend in kirchlicher Kommunikation „Digitalität zur Anbahnung einer analogen Kommunikation des Evangeliums“ dienend (Weyen 2023).

50.3.3 Relativierung körperlicher Unmittelbarkeit: die Ostererzählung

Das Herz des Evangeliums ist die Osterbotschaft, die Überwindung des Todes durch die Auferweckung Jesu Christi zum Leben, dessen die Menschen aus seinem Umfeld in den Auferstehungserzählungen ansichtig werden. Verblüffend im Blick auf Körperlichkeit ist an diesen Berichten, dass hier die Unmittelbarkeit leiblicher Erfahrungen und Erfahrbarkeit unter Vorbehalt erfolgt, also relativiert wird.

> „Aber am ersten Tag der Woche sehr früh kamen sie zum Grab und trugen bei sich die wohlriechenden Öle, die sie bereitet hatten. Sie fanden aber den Stein weggewälzt von dem Grab und gingen hinein und fanden den Leib des Herrn Jesus nicht. […] Er ist nicht hier, er ist auferstanden. Gedenkt daran, wie er euch gesagt hat, als er noch in Galiläa war und sprach: Der Menschensohn muss überantwortet werden in die Hände der Sünder und gekreuzigt werden und am dritten Tage auferstehen. Und sie gedachten an seine Worte.“ (Lk 24, 1–3,6–8)

Die Trauererfahrung der Frauen (Lukas nennt erst in V.10 Maria Magdalena, Johanna und Maria, die Mutter des Jakobus, und die anderen Frauen mit ihnen) um ihren Meister ist eine, die nach leiblichem Ausdruck verlangt. Den Kontakt zum Körper des Verstorbenen stellen sie – Bräuchen und Regeln, aber wohl auch eigenen Bedürfnissen (wenn ich die selbst zubereiteten wohlriechenden Öle recht verstehe) entsprechend – über leibliche Kommunikation her. Dies entspricht der Inklusion von körperlichen Aspekten in die Bandbreite von Trauerreaktionen.[5] Dazu kommt es aber nicht, da der Leib des Herrn nicht da ist. Zwei Männer in glänzenden Gewändern verkünden den Trauernden die Auferstehungsbotschaft, indem sie die Frauen an Äußerungen des Vermissten erinnern. Das Gesprächsmuster ist ausgesprochen spannend, denn das, was den Frauen unfassbar, unverständlich und völlig jenseitig vorkommen muss, wird ihnen nicht einfach vorgesetzt, sondern über ihre eigenen Erinnerungen verständlich. Entsprechend reagieren die Frauen: „sie gedachten seiner Worte“ (V.8) – nicht denen der Engel (das waren ja zwei), sondern Jesu. Das Fehlen des toten Körpers und die damit verbundene Bestürzung (V.5: „sie erschraken und neigten ihr Angesicht zur Erde“) wird kompensiert durch den Rückgriff auf Erinnerbares als Ressource. Existenzielle Kommunikation in der Trauersituation erschließt – diesem lukanischen Text folgend – Erinnerung über autobiografische Erzählungen, ein Motiv, das insbesondere in der Geschichte der Emmausjünger (Lk 24,13–35) zur Geltung kommt.

Körperliche Unmittelbarkeit und existenzielle Kommunikation sind also nicht unbedingt aneinander gebunden. Existenzielle Kommunikation kann geradezu in Situationen erfolgen, in denen die körperliche Nähe nicht möglich ist, sei es durch Krankheit, sei es durch Tod. Nicht ersetzbar ist aber, dass Relationen hergestellt, erinnert und fruchtbar gemacht werden. In allen Osterberichten ist die Rückkehr der Osterzeug:innen zur Gemeinschaft wesentliches Element. Dort werden die Erfahrungen geteilt, kritisch diskutiert oder zum Ausgangspunkt neuer Erfahrungen gemacht. Der Evangelist Johannes geht dabei wiederum einen spannenden Sonderweg, in dem die körperliche Unmittelbarkeit konkret und explizit relativiert wird. Maria von Magdala geht noch frühmorgens in aller Finsternis (hier ist natürlich an Joh 1, die Finsternis im Prolog gedacht!) zum Grab, von dem der Stein weggerollt ist. Sie kehrt zu den Jüngern zurück, die nun dorthin eilen, aber noch nicht recht verstehen, was passiert ist. Maria bleibt „weinend“ vor dem Grab stehen, neigt dann doch den Kopf hinein und wird von den beiden Engelsgestalten auf ihr Weinen hin angesprochen. Auch hier sucht sie den Körper Jesu. Sich umdrehend steht Jesus vor ihr, den sie noch nicht erkennen kann. Sie schüttet ihm ihr Herz aus, er gibt sich zu erkennen und sie geht in die alte Vertrautheit ihrer Kommunikation über: „Meister!“

> „Spricht Jesus zu ihr: Rühre mich nicht an! Denn ich bin noch nicht aufgefahren zum Vater. Geh aber hin zu meinen Brüdern und sage ihnen: Ich fahre auf zu meinem Vater und eurem Vater, zu meinem Gott und eurem Gott. Maria Magdalena geht und verkündigt den Jüngern: „Ich habe den Herrn gesehen“, und was er zu ihr gesagt habe.“ (Joh 20)

[5] Vgl. das von Johannes Albrecht und Urs Münch konzipierte Modul 7 „Verlust und Trauer“ im Curriculum.

Das „noli me tangere!“ des Auferstandenen ist ein Hinweis auf die ganz grundlegende körperliche Distanz, die zwischen beiden Seiten herrscht und nicht überwunden werden kann. Dies hindert aber existenzielle Kommunikation nicht; körperliches Nahe sein kann nicht erzwungen werden, sondern kann nur auf Einladung hin erfolgen. In diese Richtung weist auch die Geschichte des „Zweiflers“ Thomas, der erst glauben will, wenn er sich anhand der körperlichen Wunden Jesu vergewissern kann, dass der Auferstandene wirklich der Jesus von Nazareth ist, der gekreuzigt wurde. Jesus verhält sich in einer Haltung der Ambivalenz dazu, denn einerseits lädt er Thomas dazu ein, seine Narben zu berühren, andererseits lobt er den Glauben, der nicht sehen (und berühren) muss.

50.3.4 Das fluktuierende Moment physischer Begegnung mit realer Konsequenz – die erste Taufe! (Apg 8,26 ff.)

Gänzlich verblüfft das Spiel zwischen leiblicher Kommunikation, räumlicher Distanz und körperlicher Verfasstheit bei der ersten ausführlichen Geschichte einer Taufe. Es handelt sich um einen „Mann aus Äthiopien, ein Kämmerer und Mächtiger am Hof der Kandake, der Königin von Äthiopien, ihr Schatzmeister“ (Apg 8,27). Die Lutherbibel verweist mit einem Sternchen, dass andere Übersetzungen statt Kämmerer „Eunuch“ schreiben würden, was auch Sinn ergibt, denn auf die Schatzmeisterfunktion wird extra verwiesen. Der Begriff „Eunuch“ macht auf ein durch eine unfreiwillig erlittene Maßnahme entstandenes Körpermerkmal mit erheblichen sozialen Nebenwirkungen aufmerksam. Der Mann verdankt seine soziale Position wahrscheinlich einer Verstümmelung, die ihn der Möglichkeit von Sexualität und Generativität beraubt und Anerkennung durch die Gemeinschaft beeinträchtigt, ein Aspekt, der diese Erzählung für queere und gendersensible Theologie bedeutsam macht. Die Exklusionserfahrung geht mit einer selten in dieser Weise erzählten spirituell-religiösen Suchbewegung des Mannes einher. Er war nach Jerusalem gekommen, um dort „anbeten“ zu können; der Zugang zum Tempel dürfte ihm aber sowohl seiner Herkunft wegen als auch seines körperlichen Zustandes wegen verwehrt geblieben sein. Sein religiöses Bedürfnis bleibt unerfüllt. Umso bemerkenswerter ist, dass es Gott selbst (in Gestalt des Engels V.26 und dann als „Geist“ V.29) ist, der eine, wie zufällig wirkende Begegnung mit dem Apostel Philippus herstellt. Dieser wird an eine Stelle geschickt, wo er den Weg des Eunuchen kreuzt (V.27), nach der Begegnung wird Philippus „entrückt“, eine weitere Begegnung beider Personen findet nicht statt – nur deren Wirkung: Der Eunuch zieht „fröhlich“ (V.39) seines Weges, während Philippus diese Erfahrung dokumentiert haben muss, damit Lukas sie seiner Geschichte der Apostel beifügen kann.

„Der Engel des Herrn redete zu Philippus und sprach: Steh auf und geh nach Süden auf die Straße, die von Jerusalem nach Gaza hinabführt und öde ist. Und er stand auf und ging hin. Und siehe, ein Mann aus Äthiopien, ein Kämmerer […] Und als sie auf der Straße dahinfuhren, kamen sie an ein Wasser. Da sprach der Kämmerer: Siehe, da ist Wasser; was hindert's, dass ich mich taufen lasse? […] Als sie aber aus dem Wasser heraufstiegen, entrückte der Geist des Herrn den Philippus und der Kämmerer sah ihn nicht mehr; er zog aber seine Straße fröhlich." (Apg 8)

Im Blick auf existenzielle Kommunikation ist die Erzählung sehr ergiebig: Es ist ein echter Kairos-Moment der Begegnung, der es beiden Männern möglich macht, auf Augenhöhe zu sprechen. Es ist ein fluktuierendes Moment, das nicht zu einer dauerhaften Gemeinschaftsbildung oder zu einem anhaltenden Kontakt führt. Es bleibt bei diesem einem Mal. Das Ernstgenommen- und zum Gespräch Zugelassenwerden des Äthiopiers zeigt, dass existenzielle Kommunikation ohne Vorbedingungen einer Zugehörigkeit und eines sozialen Status erfolgt. Das Angebot zum Gespräch erfolgt durch Philippus, die Einladung auf die Kutsche – also der Kontrakt – ist Sache des Kämmerers. Dieser hat Fragen, auf die der Apostel auf der Basis seiner religiösen Zugehörigkeit authentisch antwortet. Die Begegnung ist folgenreich und wirksam: Der Äthiopier hat gefunden, was er suchte und nimmt dies zum Anlass zur Taufe, ohne dass diese von Philippus ins Gespräch gebracht wurde. Die Taufe selbst erfolgt durch eine am Körper des Eunuchen vollzogene Handlung, das Hinabsteigen ins und Heraufsteigen aus dem Wasserbad. Die Begegnung erfolgt auf allen Ebenen der Existenz des Mannes – physisch, psychisch, sozial, spirituell – und bewirkt durch die ganzheitliche Zuwendung ein neues Empfinden spirituellen Wohlbefindens.

50.3.5 Medial vermittelte Kommunikation: Existential und Spiritual Care in der Briefpragmatik des Apostels Paulus

Existenzielle Kommunikation bleibt nicht nur den Evangelien und damit dem Wirken Jesu vorbehalten. Wie schon im vorigen Beispiel kann man sich auch an der Kommunikation der Apostel orientieren, die in der Apostelgeschichte freilich gleichsam „aus zweiter Hand" durch den Evangelisten Lukas erzählt wird. Da uns die Briefe des Apostels Paulus erhalten sind (zumindest einige, die als authentisch gelten können), lässt sich von ihm briefliches Trösten als kommunikatives Handeln gegen die Erfahrung des Todes lernen. Paulus kommuniziert über schriftliche Briefe mit einzelnen Personen und ganzen Gruppen, wenn er nicht vor Ort sein kann, im Falle der Gemeinde in Rom auch als Ankündigung eines persönlichen Besuchs.

Die Einleitung seines ersten Briefs an die Thessalonicher lässt bereits erkennen, wie Paulus schriftlich kommuniziert und dabei spirituelle und existenzielle Aspekte einbezieht:

> „Brüder und Schwestern, von Gott geliebt, wir wissen, dass ihr erwählt seid […] Ihr wisst ja, wie wir uns unter euch verhalten haben um euretwillen […] Wir aber, Brüder und Schwestern, nachdem wir eine Weile von euch getrennt waren – von Angesicht, nicht im Herzen –, haben wir uns desto mehr bemüht, euch von Angesicht zu sehen mit großem Verlangen. Darum wollten wir zu euch kommen, ich, Paulus, einmal und noch einmal, doch der Satan hat uns gehindert. […] Wir wollen euch aber, Brüder und Schwestern, nicht im Ungewissen lassen über die, die da schlafen, damit ihr nicht traurig seid wie die andern, die keine Hoffnung haben.“ (1. Thess)

Gleich im ersten hier zitierten Satz versichert er seine Gesprächspartner:innen (er nennt bewusst auch die Schwestern!) ihrer Bedeutung und ihrer Identität im Sinne religiöser Zugehörigkeit: Existential und Spiritual Care bedingen einander, die Themen überschneiden sich. Durch sein Schreiben stellt Paulus gezielt Verbundenheit in der Situation des Getrenntseins her, in der Fragen von Schuld und Versagen die Gedanken beherrschen und zu Verunsicherung führen. Die Adressat:innen fragen sich, warum Paulus nicht erneut kommt, worauf Paulus seinen Willen bekundet und sein Verhindertsein begründet. Schließlich kommt Paulus auf das Thema Tod und Sterben zu sprechen: Die ersten Gemeindemitglieder sind verstorben und nun fragen die Trauernden, ob es einen sicheren Grund für Hoffnung gibt. All dies entspricht sowohl dem, was Arndt Büssing unter zuwendender Begleitung und Versorgung als Existential Care und Spiritual Care differenziert beschreibt.[6]

Spannend ist jedoch, dass diese Begleitung durch das Kommunikationsmedium Brief erfolgt, das einzige Medium seiner Zeit, das in der Lage war, räumliche Distanzen zu überwinden. Die Münsteraner Neutestamentlerin Christina Hoegen-Rohls hat sich eingehend mit der „Briefpragmatik“ des Paulus befasst und dabei die Care-Aspekte herausgearbeitet: „Ein Paulusbrief kann […] in differenzierter Weise verstanden werden als ein auf Einsicht, Zustimmung und Identitätsgewinn zielendes Sprechen und Schreiben, das der bewussten Pflege einer religiös verankerten Beziehung dient“ (Hoegen-Rohls 2013, S. 57). Paulus schreibt durchgängig – in allen seinen Texten – rezipientenorientiert. Seine Kommunikation ist nicht abstrakt an alle und jeden oder niemanden speziell gerichtet, sondern kennt die Adressat:innen, ihre Nöte und ihre Ressourcen. Sie ist situativ und basiert auf einer reflektierten Analyse der Situation. Sie knüpft an frühere oder künftige Präsenz an, plant also analoge Kommunikation von Mensch zu Mensch, setzt diese aber im schriftlichen Medium fort und ersetzt sie, wo sie anders nicht mehr herstellbar ist. Ein wichtiges Element ist, dass Paulus die Beziehung und Kommunikation mit einer Hoffnungsperspektive verbindet, der Hoffnung auf eine eschatologische Gemeinschaft mit dem Auferstandenen. Damit steht alles, was im Hier und Jetzt (ob analog oder digital) kommuniziert wird, unter einem Hoffnungsvorbehalt. Es ist niemals abschließend, sondern entlässt die Beteiligten „fröhlich“ (wie den Äthiopier).

[6] Vgl. den Beitrag Büssings „Spiritual Care und Existential Care: Zwei unterschiedliche Konzepte oder doch alles ähnlich?“ in diesem Band, S. XXX.

50.3.6 Vier Konsequenzen für existenzielle Kommunikation, auch im virtuellen Raum

Die neutestamentlichen Texte als Orientierung aufgreifend, lassen sich einige Konsequenzen festhalten, die für existenzielle Kommunikation gelten, auch für diejenige, die sich im virtuellen Raum ereignet.

- Es besteht ein Primat (auch zeitlich) der persönlichen Begegnung (Face-to-face) vor der virtuellen oder medial vermittelten Begegnung. Letztere ist möglich, ihr Ausgangspunkt oder ihr Ziel ist aber die analoge, persönliche, die auf den Wunsch und das Einverständnis aller Beteiligten erfolgen kann.
- Die Nutzung medialer Kommunikation ist selbstverständlich und folgt den dafür bestehenden Regeln im Sinne einer Befolgung der üblichen Konventionen, die für das Medium bestehen.
- Die Kommunikation ist orientiert an den Rezipient:innen, an ihren Nöten, Bedürfnissen und fördert ihre Ressourcen. Allein schon das Angebot zur Kommunikation versichert sie des Sinns und der Bedeutung ihrer Existenz.
- Es besteht Bereitschaft zu existenzieller Begegnung bei Gelegenheit, das heißt auch die Nutzung der Gelegenheit zu Kommunikation unter den Bedingungen von Distanzpflicht.
- Das Ziel ist immer ein Freigeben, ein Nichtbinden des Gegenübers (vgl. zum Konzept des Freigebens Feiter und Müller 2013).
- Existential Care greift auf Spiritual Care zurück, wirkt sich aber zugleich auf diese aus. Beide Seiten sind unterscheidbar, aber ihre Themen und Perspektiven überschneiden sich, sodass eine Offenheit und Durchlässigkeit nötig ist. Der Verweis des Paulus auf Hoffnung ist so zu verstehen, dass diese sowohl auf ein „Jenseits“ gerichtet ist, wie sie diesseitige Bedürfnisse erfüllt. Die Anrede der Gegenüber als „Brüder und Schwestern“ verleiht ihnen auch im Diesseits Identität und Bedeutung.

Literatur

Feiter R, Müller H (2013) Frei Geben. Pastoraltheologische Impulse aus Frankreich, 3. Aufl. Grünewald,

Hentschel A (2018) Logos. WiBiLex, Überarbeitung von 2018. http://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/51968/. Zugegriffen am 12.02.2023

Hoegen-Rohls C (2013) Zwischen Augenblickskorrespondenz und Ewigkeitstexten. Eine Einführung in die paulinische Epistolographie. Neukirchener Theologie, Neukirchen-Vluyn

Klein RA (2021) Von diesen Körpern aus. Eine Theologie der Materialität nach Corona. Theologische Rundschau 86(3/4):374–381

Mikoski G (2018) On the mediation of mediation of mediation: the (im)possibility of online communion and the limits of online worship. Liturgie und Kultur 9(1):6–11. Deutsche Übersetzung durch Marcell Saß in derselben Ausgabe der Zeitschrift unter dem Titel „Über die Mediation der Mediation der Mediation: Die (Un-)Möglichkeit von Online-Abendmahl. Liturgie und Kultur 9(1): 12–18

Roser T (2017) Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Roser T (2021) Sozialraum und kirchliche Seelsorge. Zum Verständnis sozialen Sterbens vor und nach der Pandemie. Theologische Rundschau 86(3/4):440–452

Weyel B (2021) Digitale Gemeinde. Überlegungen zur sozialen Gestalt von Kirche am Beispiel des digitalen Abendmahls. Theologische Rundschau 86:430–439

Weyen F (2023) Nähe und Distanz im digitalen Raum. Kirchentheoretische Reflexionen. Z Pastoraltheol 43(1):71–82

Winiger F (2023) The changing face of spiritual care: current developments in telechaplaincy. J Health Care Chaplain 29(1):114–131. https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2040895. Zugegriffen am 12.02.2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.