

# Diakonia

52. Jahrgang

Heft 2

Mai 2021

Internationale Zeitschrift  
für die Praxis der Kirche

Spiritual Care

## Spiritual Care

**Spiritual Care – Was soll das denn sein?**  
Doris Nauer

**Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse!**  
Arndt Büssing

**Spiritual Care: Mehr als reine Wellness?!**  
Franziskus Knoll

**Spiritual Care in Deutschland**  
Eckhard Frick

**Spiritual Care in der Schweiz**  
Isabelle Noth

**Spiritual Care in Österreich**  
Helmut Ziereis

## Best Practice

**Ein Modellprojekt zur spirituellen  
Begleitung am Lebensende**  
Bruno Schrage & Astrid Giebel

**Gelebte Spiritual Care**  
Renata Aebi & Pascal Mösl

**Braucht Seelsorge Spiritual Care?**  
Jochen Wolff & Karl-Heinz Feldmann

**Rituale – Rückhalt im Leben?!**  
Juliane Schneider

# Ein Modellprojekt zur spirituellen Begleitung am Lebensende

## *Spirituelle und existenzielle Kommunikation – interprofessionell*

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. Obwohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Definition von Palliative Care bereits 1990 die spirituelle Ebene in der Versorgung von Patienten als gleichrangig mit der physischen, psychischen und sozialen benannt hat, hat dies faktisch weder in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe noch in der Gesetzgebung eine Berücksichtigung gefunden. Die aktuelle Diskussion um den assistierten Suizid zeigt einmal mehr, wie sehr sich insbesondere für erkrankte und hochaltrige Menschen existenzielle Sinnfragen stellen. Auf diese adäquat zu reagieren und ihnen mit Empathie und Offenheit zu begegnen, ist Teil der Fachlichkeit von Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten und weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Eine Umfrage unter chronischen Schmerzpatienten in Deutschland ergab, dass 37% mit ihrem Arzt über ihre spirituellen Bedürfnisse sprechen wollten.<sup>1</sup> Die Mehrheit deutscher Tumorpatienten wünschte sich, dass sich ihr Arzt auch für ihre spirituelle Orientierung interessiert.<sup>2</sup> Diese wie auch Pflegekräfte haben hierzu aber weder eine spezifische Expertise noch angemessene Zeitressourcen. In einer eher funktionalen Medizin und Pflege bildet sich Spi-



Dr. theol. Astrid Giebel ist Theologin in der Diakonie Deutschland im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.; sie ist Miturheberin und Mitglied der Steuerungsgruppe des Projekts Spiritual / Existential Care interprofessionell (SpECi).



Bruno Schrage ist Diplom-Theologe, Diplom-Caritaswissenschaftler und Pastoralreferent; aktuell arbeitet er als Referent für Caritaspastoral und Grundsatzzfragen beim Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. und ist Mitglied der Steuerungsgruppe des Projekts Spirituell / Existential Care interprofessionell (SpECi).

ritual Care nicht in der Pflegeprozessplanung oder im Behandlungsplan und Therapiekonzept ab. Gerade Mitarbeitende in den Gesundheitsberufen fühlen sich zu wenig in dieser Hinsicht qualifiziert, weil es bislang an Fortbildungsmöglichkeiten in Spiritual/Existential Care in den Gesundheitsberufen und förderlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen mangelt.

### Ein Modellprojekt zur Stärkung von Spiritual Care

Das dreijährige (10/2020 – 09/2023) Modellprojekt »Spiritual/Existential Care interprofessionell« (SpECi) nimmt diesen Bedarf seitens der KlientInnen, ihrer An- und Zugehörigen sowie der Mitarbeitenden in den Gesundheitsberufen ernst. Primäres Ziel ist die Verbesserung der Lebens- und Sterbequalität sowie der Krankheitsbearbeitung von PatientInnen/BewohnerInnen/Gästen in der letzten Lebensphase durch in Spiritual Care qualifizierte Mitarbeitende. Hierzu wurden sieben Modellstandorte mit dem regionalen Schwerpunkt NRW gewonnen. Mittels In-House-Schulungen werden in einer 40-stündigen Qualifizierung Mitarbeitende in Spiritual/Existential Care weitergebildet. Zugleich wird das Curriculum SpECi in den Einrichtungen der stationären Altenpflege, stationären Hospizen und Palliativstationen a) mit einer interprofessionell zusammengesetzten Teilnehmendenschaft aus Gesundheitsberufen umgesetzt und erprobt, b) die Wirksamkeit im Hinblick auf die spirituelle Gesundheit der von ihnen im letzten Lebensjahr betreuten Menschen und ihren An- und Zugehörigen beforscht und c) dabei die für die Umsetzung und nachhaltige Verankerung erforderlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie

Handlungsempfehlungen bezüglich der Organisations-, Struktur- und Personalebene erhoben.

### Initiative mit kompetenten Partnern

Die Evangelischen Kliniken Essen-Mitte gGmbH als Projektträger mit dem Lehrstuhl für Lebensqualität Spiritualität und Coping der Universität Witten/Herdecke als gleichberechtigtem Kooperationspartner – in Kooperation mit der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (RWL), der Diakonie Deutschland und den beiden Fachverbänden Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und Deutscher Hospiz- und Palliativverein (DHPV) sowie dem Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln – teilen und unterstützen dieses Anliegen der Befähigung von Multiplikatoren im Gesundheitswesen in Spiritual/Existential Care. Das Modellprojekt wird durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, die Friede Springer Stiftung und die Diakonie Rheinland Westfalen Lippe gefördert. Ergründet werden soll, wie spirituellen Bedürfnissen von Menschen am Lebensende interprofessionell verlässlich und kompetent begegnet werden kann und welche strukturellen Rahmenbedingungen für eine gelingende Implementierung einer entsprechenden Begleitung in der gesundheitlichen Versorgung von Nöten sind.

### Qualifizierungsinitiative und Wirkungsforschung

Deshalb haben die Projektpartner per jeweiligen Vorstandsbeschluss eine interprofessionell und weltanschauungsübergreifend zusammengesetzte Arbeitsgruppe gebeten, ein 40-stündiges Curriculum »Spiritual/Existential

bel

erzpa-  
% mit  
fnisse  
scher  
h ihr  
ng in-  
aben  
ertise  
r eher  
h Spi-

ölogin  
Evan-  
Ent-  
in und  
es Pro-  
nter-

loge,  
id  
er als  
Grund-  
ver-  
und  
e des  
ill

(2021)

Care interprofessionell zu entwickeln. Es ist so angelegt, dass es mittelfristig im gesamten Gesundheitswesen zur Begleitung und Unterstützung alter, schwerkranker und sterbender Menschen Anwendung finden kann. Durch eine gezielte Schulungsintervention an sieben Projektstandorten in Deutschland sollen die Spiritual-Care-Kompetenzen der Mitarbeitenden gefördert werden, so dass sich infolgedessen das spirituell-existenzielle Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer An- und Zugehörigen verbessert, da deren spirituelle Bedürfnisse gezielt beachtet werden sollen.

Die Professur für Lebensqualität Spiritualität und Coping der Universität Witten/Herdecke ist für die wissenschaftliche Begleitforschung des Modellprojekts verantwortlich. Die begleitende Forschung zu den Wirkungsfaktoren der Multiplikatorenschulung in und damit auch durch Spiritual/Existential Care hilft, das vorliegende Modell zu evaluieren und weitere Maßnahmen zu einer Verbesserung der spirituellen Sorge um ältere und sterbende Menschen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu entwickeln. Sollte die begleitende Evaluation eine positive Wirkung hinsichtlich PatientInnen-, BewohnerInnen- und Gästewohl zeigen, begründet dies die Implementierung dieses Konzeptes in die allgemeine Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Ein bedeutsamer Effekt für das gesamte Gesundheitswesen wird zudem darin liegen, das Thema »Spiritualität« zu diskutieren und stärker im sektorenbezogenen wie im allgemeinen öffentlichen Bewusstsein zu verankern, um PatientInnen, BewohnerInnen, Gäste und ihre Angehörigen zu unterstützen. Letztendlich muss Spiritual Care und Existenzielle Kommunikation in den Katalog der Kostenträger (Kranken- und Pflegeversicherung) als deren Leistung verankert und konsekutiv

in den Prüfkatalog der Medizinischen Dienste aufgenommen werden. Ziel dieser Initiative ist es, Spiritual Care als Teil der Gesundheitsversorgung weiter zu etablieren und als einen unabdingbaren Bestandteil zu implementieren.<sup>3</sup>

### Spiritual Care gehört zur kurativen und palliativen Versorgung

Daniel Lins zeigt in einer Darstellung des aktuellen Forschungsstands der Bedeutung von Spiritualität in Langzeitpflegeeinrichtungen, welche positiven Auswirkungen die Implementierung von Spiritual Care in den Gesundheitsberufen hat.<sup>4</sup> So haben Pflegekräfte ein höheres professionelles Commitment (Leistungsbereitschaft) und bessere Caring-Fähigkeiten (umfassende Fürsorge). Gleiches gilt für die Stressbewältigung, psychische Gesundheit und Arbeitszufriedenheit. Fehlt es aber an einer entsprechenden fachlichen Thematisierung von Religion und Spiritualität, stellen sich Unsicherheit im Umgang mit Patienten/Bewohnern ein, Verständnisprobleme, Abwehr auf Grund von fehlendem Wissen und Angst, Scham auf religiöse Bedürfnisse von BewohnerInnen/PatientInnen einzugehen oder Abgrenzungsverhalten in Ermangelung von Unterscheidungskwissen zu religiösen Praktiken. Mitarbeitende erleben diese Situation als höchst unbefriedigend, da sie ihrem Anspruch an die eigene Professionalität nicht entspricht. Zugleich wächst die eigene Unsicherheit, je stärker sich Mitarbeitende selbst als religiös unheimatet, konfessionslos bzw. religiös enttäuscht oder indifferent erleben.

Im Ergebnis werden die existenziellen Bedürfnisse von BewohnerInnen, PatientInnen, Gästen und deren Angehörigen ebenso wenig wahrgenommen wie psychosoziale und spiritu-

elle Bedürfnisse. Letztere haben Büssing et al. für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie folgt beschrieben:<sup>3</sup>

(1) Bedürfnis nach Verbundenheit (Liebe, Zugehörigkeit, Partner-Kommunikation etc.),

(2) Bedürfnis nach Frieden (innerer Friede, Hoffnung, Ausgeglichenheit, Vergebung, Dysstress etc.),

(3) Bedürfnis nach Sinn / Bedeutung (Lebenssinn, Selbstverwirklichung etc.),

(4) Bedürfnis nach Transzendenz (spirituelle Ressourcen, Beziehung zu Gott / dem Heiligen, Beten etc.).

Wenn somit keine Sensibilität für diese existenziellen und spirituellen Bedürfnisse von BewohnerInnen / PatientInnen besteht, kann es in der Folge auch keine Überleitung an spezialisierte Seelsorgekräfte oder psychosoziale Beratung und Begleitung geben.<sup>4</sup> Die existenziellen und spirituellen Bedürfnisse werden ausgeblendet, da die Zuständigkeiten (scheinbar) unklar sind. Daher zielt das Modellprojekt

auf die Qualifizierung von Mitarbeitenden in den Gesundheitsberufen zur Verbesserung der Versorgungsqualität von BewohnerInnen, PatientInnen, Gästen und deren Angehörigen, eine Steigerung der Berufszufriedenheit der Mitarbeitenden und auf eine verbesserte Vernetzung und Übergabe mit den im Gesundheitssystem vorhandenen spezialisierten Seelsorgekräften der verschiedenen Religionen und psychosozialen Professionen. Es wundert nicht, dass auch seitens kirchlicher Träger ein großes Interesse an diesem Modell besteht.

## Das Curriculum

Unter diesen Vorgaben hat eine Experten-Gruppe das Curriculum »Spiritual / Existential Care interprofessionell (SpECI)« entwickelt.<sup>5</sup> Es richtet sich an interdisziplinäre haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende in Einrichtungen der stationären Altenpflege, stationären Hos-

Modul 1 (4 UE, 180 Min)	Spiritualität – Zugänge und Klärungen Spiritualität bei Gesundheit und Krankheit
Modul 2 (4 UE, 180 Min)	Spirituelle Bedürfnisse und Spiritual-Care-Kompetenzen
Modul 3 (4 UE, 180 Min)	Existenzielle Belange wahrnehmen und erfassen
Modul 4 (4 UE, 180 Min)	Spirituelle und Existenzielle Kommunikation / Kurzkommunikation in der Berufspraxis
Modul 5 (2 UE, 90 Min)	Spiritualität – Rahmen, Schnittflächen, Kontexte
Modul 6 (4 UE, 180 Min)	Ist die Seele im Lot? – mit spirituellen / existenziellen Fragen umgehen
Modul 7 (4 UE, 180 Min)	Klagen, Jammern, Trauern – vom Umgang mit »Spirituell Struggle«
Modul 8 (4 UE, 180 Min)	Spirituelle Ressourcen und Kraftquellen: Was tröstet? Was gibt inneren Frieden?
Modul 9 (4 UE, 180 Min)	Spirituelle Ressourcen und Kraftquellen: Was lässt hoffen?
Modul 10 (6 UE, 270 Min)	Bergende hilfreiche Rituale bei schwerer Erkrankung und Tod

Abbildung: Modularer Aufbau des Curriculums SpECI

pize und Palliativstationen zur Förderung der spirituellen Gesundheit der von ihnen betreuten Menschen. Es umfasst eine 40-stündige Weiterbildung zum Erwerb und zur Steigerung von entsprechender Wissens-, Handlungs-, Sozial- und Selbstkompetenz im Bereich Spiritual Care und befindet sich zurzeit in der Phase der Anerkennung durch die DGP. Das Curriculum ist modular aufgebaut (s. Abbildung S. 117) und wird ab dem Herbst 2021 in zwei Blöcken als In-House-Veranstaltung durchgeführt werden.

Die Teilnehmenden werden befähigt, den Spiritual-Care-Ansatz in den alltäglichen Arbeitskontext von Medizin, Pflege und Therapie zu integrieren. Als Teilnahmevoraussetzung gilt eine Affinität zum Thema sowie eine therapeutisch-betreuende Erfahrung in der Begleitung von Personen in der letzten Lebensphase. Darüber hinaus verfügen die Teilnehmenden nach Möglichkeit über eine Basisausbildung (z. B. Palliativ-, Diakonie Care, Kurs Glauben Gestalt geben oder vergleichbare Formate). Insgesamt stehen pro Standort zwölf Plätze für hauptamtliche und vier Plätze für ehrenamtliche Mitarbeitende zur Verfügung, wobei immer mindestens zwei Personen aus einer Einrichtung kommen sollen.

Wie eingangs erwähnt zeigt gerade die aktuelle Diskussion um den assistierten Suizid exemplarisch, wie sehr es einer nachhaltigen fachlichen Integration von Spiritual Care in das gesamte Gesundheitssystem bedarf. Denn nur eine geschulte kontinuierliche Sensibilität für die spirituellen Belange durch medizinische und pflegende Dienste bietet die Grundlage, um einen sich abzeichnenden Sterbewunsch frühzeitig wahrzunehmen und in der gebotenen fachlichen und emphatischen Weise darauf eingehen zu können. Auf dieser Grundlage können die jeweiligen Professionen der Seelsorge und psychosozialen Beratung und Begleitung angeboten werden. Ebenso wird das Gespräch

zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V) durch Integration einer Qualifikation in Spiritual Care an Qualität gewinnen.

### **Strukturelle Defizite – Förderliche Rahmenbedingungen**

Es gilt somit auch, strukturelle Defizite aufgrund von unsicherer und umstrittener Kompetenzzuweisung und Zuständigkeit z. B. bei ÄrztInnen, Pflegenden, sozialen Diensten usw. aufzulösen. Diese sehen für sich meist im Bereich der Unterstützung existenzieller und spiritueller Bedürfnisse der PatientInnen, BewohnerInnen, Gäste und der Angehörigen keine Zuständigkeit, sondern überlassen es den (u. U. verfügbaren) Seelsorgenden. Eine abgestimmte Kommunikation in therapeutisch begleitenden Berufen zu existenziellen und spirituellen Bedarfen findet meistens ebenso wenig statt wie eine Dokumentation der entsprechenden Bedürfnisse, die Grundlage eines Unterstützungsplanes ist.<sup>8</sup> Zugleich wird diese zumeist konfessionsgebundene Seelsorge jedoch zumindest von den konfessionslosen bzw. religionsenttäuschten oder nichtchristlichen PatientInnen, BewohnerInnen, Gästen wie auch Angehörigen nicht als Ansprechpartner gesucht oder auch akzeptiert. Diese umfassende Wahrnehmung und Adressierung ihrer vielschichtigen Bedürfnisse, inklusive der spirituellen, weisen sie zunächst den ÄrztInnen und Pflegenden zu. Eine entsprechende Qualifizierung ist daher geboten.

Eine Veränderung müssen auch die organisatorischen Rahmenbedingungen erfahren. Für Spiritual Care sind im Gesundheitswesen (außer der beauftragten Seelsorge) keine Zeitressourcen vorgesehen. Die Beachtung spiritueller Bedürfnisse tritt aufgrund der Notwendigkeit der Be-

riedung der primären Bedürfnisse, besonders in Zeiten großer Personalnot, in den Hintergrund. Weiter fehlen fachliche Standards, die dem Themenfeld eine Relevanz in der Beurteilung durch die übergeordneten Kontrollinstanzen (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen oder Abrechnungswesen im Krankenhaus und ambulanten Dienst) geben. Für die spezialisierte Palliativversorgung sind die Seelsorgenden als Mitglieder im multiprofessionellen Team zwar in den Empfehlungen aller Fachgesellschaften vorgesehen, ihre Tätigkeit ist jedoch nicht abrechnungsfähig. Unter der abrechnungsfähigen Rubrik ›Familien- und Patientengespräche‹ (sie dürfen von jedem geführt werden ohne den Nachweis einer entsprechenden Expertise) sind auch ›spirituelle Gespräche‹ abbildbar. Allerdings fehlt es bisher an verbindlichen Qualifizierungen, um diesen Auftrag auszuführen.

In den letzten Jahrzehnten gab es einen deutlichen Anstieg an Studien, die einen posi-

ven Einfluss des komplexen Konstruktes Spiritualität auf die Bewältigung von Krankheiten und zur Wiederherstellung von physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden zeigen. Jedoch gibt es zu wenig Interventionsstudien, die aufzeigen, was eine Fort- und Weiterbildung bewirken könnte. Problematisch ist natürlich, dass zumeist Einzelpersonen geschult werden, während das System unverändert bleibt. Hierdurch sind Überforderungen aufgrund zu hoher Erwartungen an diese ›Einkämpfer‹ und einer zu großen Arbeitslast nicht auszuschließen. Gerade deshalb wurde bei dem Modellprojekt auf eine breite begleitende Erforschung der Wirksamkeit und des Kontextes Wert gelegt. Alle Akteure sind sich einig, dass es zu einer Neubewertung des Spirituellen und Religiösen im Bereich des Gesundheitswesens kommen muss, damit diese als Chance und Ressource zugunsten aller PatientInnen sowie ihrer An- und Zugehörigen genutzt werden können.

<sup>1</sup> Vgl. Büssing, Arndt/Janko, Anna / Baumann, Klaus/Hvidt, Niels Christian/Kopf, Andreas: Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society, in: Pain Medicine 14 (2013), 1362–1373.

<sup>2</sup> Vgl. Frick, Eckhard/Riedner Carola/Fegg, Martin/Hauf, S./Borasio Gian D.: A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences, in: European Journal of Cancer Care 15 (2006) 3, 238–243.

<sup>3</sup> Exemplarisch zeigt Franziskus Knoll, Mensch bleiben, Stuttgart 2020, hier 345ff., die Integration von Spiritual Care in der Pflege auf.

<sup>4</sup> Vgl. Lins, Daniel: Altenhilfe braucht Spiritualität, Freiburg i. B. 2019, 72ff.

<sup>5</sup> Vgl. Büssing, Arndt/Koenig, Harold G.: Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases, in: Religions 1 (2010) 1, 18–27. Büssing, Arndt (Hg.): Spiritual Needs in Research and Practice. The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care. Pelgrave (2021).

<sup>6</sup> Zur Differenzierung und dem jeweiligen Leistungsspektrum von Spiritual Care und Seelsorge, siehe Doris Nauer, Spiritual Care statt Seelsorge?, Stuttgart 2015, insbesondere 140–162.

<sup>7</sup> Der Expertengruppe gehören an: Johannes Albrecht, Dr. Jutta Ataia,

Dr. Gabriele Beckert, Prof. Dr. Arndt Büssing, Torsten Ernst, Dr. Astrid Giebel, Dr. Margit Gratz, Martina Kern, Dr. Marianne Kloke, Uwe Matysik, Dipl. Psych. Urs Münch, Dr. Stephan Probst, Prof. Dr. Traugott Roser, Karin Scheer, Bruno Schrage, Dr. Andreas Stähli, Dr. Anna Storms, Dr. Erhard Weiher. Nähere Informationen zu der interprofessionellen Expertengruppe wie auch zu den Projektstandorten finden Sie in Kürze unter [www.speci-deutschland.de](http://www.speci-deutschland.de).

<sup>8</sup> Vgl. Büssing, Arndt: Application and implementation of the Spiritual Needs Questionnaire in Spiritual Care processes, in: Büssing, Arndt (Hg.), Spiritual Needs in Research and Practice, a. a. O.