
SPIRITUAL CARE IN PALLIATIVE CARE

LEITLINIEN ZUR INTERPROFESSIONELLEN PRAXIS

Einleitung	4
1. Grundlagen	6
2. Religiosität und Spiritualität im Kontext von Palliative Care	8
3. Wahrnehmen, Erkunden und Dokumentieren von spirituellen Aspekten	11
3.1 Wahrnehmen.....	11
3.2 Erkunden.....	11
3.3 Dokumentieren.....	12
4. Gemeinsame Aufgaben und professionsspezifische Rollen	14
4.1 Professionelle Grundkompetenzen	14
4.2 Unterschiedliche Formen von Spiritual Care und professionsspezifische Rollen	14
4.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit	15
5. Ethische Aspekte	16
6. Institutionelle Rahmenbedingungen	17
7. Aus-, Weiter- und Fortbildung	18
Anhang	19
I. Unterstützende Instrumente.....	19
II. Literatur.....	21
III. Mitglieder der Taskforce Spiritual Care.....	23
IV. Autorenschaft.....	23

EINLEITUNG

Am Ursprung der Entwicklung von Palliative Care in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts steht auch die Berücksichtigung der religiösen und spirituellen Dimension in der Begleitung von Patientinnen und Patienten und ihren An- und Zugehörigen. In der Folge wurde diese Dimension von der WHO und nationalen Akteuren in ihre Gesundheits- und Versorgungskonzepte aufgenommen. Eine Forschungsgruppe der Weltgesundheitsorganisation, welche die Rolle von Spiritualität und Religiosität für die Lebensqualität untersuchte, empfahl 2006, diese als Teil der medizinischen Versorgung insbesondere bei schwerkranken und terminalen Patientinnen und Patienten anzusprechen, da sie deren Lebensqualität massgeblich beeinflussen (WHOQOL SRPB Group 2006). Die genannten Entwicklungen bilden den Hintergrund und die Grundlage der vorliegenden Leitlinien. Sie verstehen «Spiritual Care» als die interprofessionelle Aufgabe, die spirituelle Dimension in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Die beteiligten Professionen tragen in je spezifischer Weise zu dieser Aufgabe bei. In der Schweiz ist das Praxis-, Ausbildungs- und Forschungsfeld «interprofessionelle Spiritual Care in Palliative Care» in vielerlei Hinsicht in Entwicklung. Für die weitere Ausgestaltung bedarf es Leitlinien, die auf dem gegenwärtig verfügbaren Wissen aufbauen.

ZIELE

Die vorliegenden Leitlinien sind vom Anliegen inspiriert, die Integration von Spiritual Care im schweizerischen Gesundheitswesen und insbesondere in der Palliative Care zu fördern. Im Kontext säkularer Gesundheitsinstitutionen und einer in weltanschaulicher und religiöser Hinsicht pluralistischen Gesellschaft eine solche Integration hohe Anforderungen. Die Bedeutung von religiösen und spirituellen Einstellungen für den Umgang mit Krankheitssituationen sowie für Entscheidungen am Lebensende stellt die Palliative Care u.a. vor die Herausforderung, diese Einstellungen in angemessener Weise zu erfassen und in das interpro-

fessionelle Handeln einzubeziehen. Die vorliegenden Leitlinien benennen die Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und Grenzen solchen Handelns und weisen auf Entwicklungsmöglichkeiten und Modelle interprofessioneller Spiritual Care hin. Sie verstehen sich einerseits als Beitrag zur Qualitätssicherung in diesem Bereich, andererseits als Anregung und Ermutigung, Spiritual Care noch konsequenter in die Palliative Care in der Schweiz einzubeziehen.

ADRESSATEN

Die Leitlinien richten sich in erster Linie an Fachpersonen, die in unterschiedlichen Bereichen und Settings der Palliative Care tätig sind. Darüber hinaus sollen sie auch Hinweise bieten für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung sowie für institutionelle und politische Verantwortungsträger.

EINGRENZUNG

Die vorliegenden Leitlinien beschränken sich auf den Bereich interprofessioneller Spiritual Care im Kontext von Palliative Care. Sie konzentrieren sich auf die Aufgaben, welche die im Bereich Palliative Care tätigen Professionen miteinander verbindet. Wir erachten es als die Aufgabe der in der Palliative Care tätigen professionellen Fachgruppen, ihre Zugänge zu präzisieren und allenfalls weiterführende Richtlinien für professionsspezifische und spezialisierte Formen von Spiritual Care auszuarbeiten. Das gilt insbesondere für die spezifisch seelsorglichen Aufgaben in diesem Feld und die institutionelle Verantwortung der Profession der Seelsorge im Gesundheitswesen.¹

INHALTE

Die Leitlinien geben Hinweise und Hilfestellungen zu den folgenden Aspekten von Spiritual Care:

- Spirituelle Ressourcen und Krisen
- Wahrnehmung, Erkundung und Dokumentation

- Grundhaltung und Kompetenzen
- Interprofessionelle Zusammenarbeit und professionsspezifische Rollen
- Ethische Standards
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Aus-, Fort- und Weiterbildung

VORLAGEN

Die vorliegenden Leitlinien wurden auf der Basis nationaler und internationaler Vorgaben (BAG, WHO), bereits existierender Leitlinien und Konsens-Dokumente sowie der internationalen Spiritual-Care-Forschung erarbeitet.

TERMINOLOGIE²

- Unter Religion wird in diesen Leitlinien eine Gemeinschaft verstanden, welche bestimmte Traditionen, Rituale, Texte und Glaubensinhalte teilt (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus u. a. in jeweils unterschiedlichen konfessionellen und kulturellen Ausprägungen).
- Religiosität meint über die institutionelle Religionszugehörigkeit hinaus den persönlichen Glauben und die eigene Form, religiös zu leben.
- Spiritualität wird verstanden als Verbundenheit einer Person mit dem, was ihr Leben trägt, inspiriert und integriert, sowie die damit verbundenen existenziellen³ Überzeugungen, Werthaltungen, Erfahrungen und Praktiken, die religiöser oder nicht-religiöser Art sein können.⁴
- R/S bzw. r/s steht im Dokument im Folgenden als Kürzel für «Religiosität und Spiritualität» bzw. «religiös und spirituell».
- Basierend auf den Nationalen Leitlinien Palliative Care (BAG 2010) verstehen wir unter Palliative Care «die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr dar-

stellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.» (S. 8)

- Spiritual Care wird im folgenden Abschnitt näher bestimmt.

¹ Vgl. dazu die Leitlinien «Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care in Palliative Care» (palliative.ch 2018).

² Wir lehnen uns im Folgenden an die Terminologie an, welche die DGPPN ihren «Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie» (2017) zugrunde legte.

³ Der Begriff «existenziell» ist insofern doppeldeutig, als er sich sowohl auf Fragen der Existenzsicherung als auch auf «existenzielle Fragen» (Wer bin ich? Was gibt meinem Leben Sinn? Wie möchte ich leben und sterben?) beziehen kann. Wir beziehen uns auf die zweite Bedeutung. In den Empfehlungen der DGPPN (2017) wird sie umschrieben mit «(Grenz-)Erfahrungen, die mit Sinn-Krisen einhergehen».

⁴ Die European Association for Palliative Care (EAPC) definiert 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 der Gegenwart, sich selbst und anderen, der Natur, dem Bedeutsamen und/oder dem Heiligen» (Nolan et al., 2011).

1. GRUNDLAGEN

In ihrem Verständnis von Spiritual Care orientieren sich die vorliegenden Leitlinien an den Nationalen Leitlinien Palliative Care des Bundesamtes für Gesundheit, die sich ihrerseits auf Vorgaben der WHO stützen. Die Aufgaben der Spiritual Care werden hier folgendermassen umschrieben:

«Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie die Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung. Sie tut dies in einer Art, die auf die Biografie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem Bezug nimmt. Dies setzt voraus, dass die existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden. Interventionen und der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung sind in regelmässigen Abständen im interprofessionellen Team zu thematisieren und die Kontinuität der Begleitung ist zu gewährleisten» (BAG 2011:14).

Spiritual Care ist zu verstehen als der bewusste Einbezug von r/s Aspekten in eine professionelle Palliative Care. Dazu gehören neben einer palliativen Grundhaltung und spezifischem Fachwissen auch erwerbbar, im Folgenden noch näher zu bestimmende Handlungskompetenzen, die sich mit geeigneten Instrumenten und Vorgehensweisen verbinden. Spiritual Care bedarf einer bewussten Einübung und einer Implementierung, die an Qualitätsstandards überprüfbar ist. Ein respektvoller Umgang mit r/s Überzeugungen und Praktiken erfordert auch einen reflektierten Umgang mit den Grenzen des eigenen Wissens, Verstehens und Könnens. Die «spirituelle Dimension» menschlichen Lebens und die mit ihr verbundenen Einstellungen und Erfahrungen entziehen sich in ihrem Kern einer direkten Beeinflussung.

Der institutionelle und interprofessionelle Auftrag für Spiritual Care ist im Rahmen des Schweizerischen Gesundheitswesens in dreifacher Hinsicht begründet:

Grundrechtliche Perspektive

Wer in einer Schweizer Gesundheitsinstitution stationär versorgt wird, genießt seitens des Rechtes einen besonderen Schutz. Aufgrund des besonderen Abhängigkeitsverhältnisses sind die betreffenden Institutionen und die in ihr tätigen Fachpersonen nicht zuletzt dazu verpflichtet, zu gewährleisten, dass das Recht auf Glaubens- und Gewissensfreiheit gewährleistet bleibt (Bundesverfassung Art. 15). Die Ausübung identitätsbestimmender Formen religiös-spirituelle Praxis muss auch unter den Bedingungen des klinischen Alltags oder der Krankheit möglich bleiben. Das gilt auch für Patientinnen und Patienten, die keiner Religionsgemeinschaft angehören.

Palliative Perspektive

Bei vielen Menschen ist R/S identitätsbildend und in Krisen und Grenzsituationen in hohem Masse bedeutsam. Der Einfluss von r/s Einstellungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität, auf den Umgang mit Krankheit und auf therapeutische Entscheidungsprozesse ist empirisch gut belegt. Als therapierelevante Faktoren sind r/s Aspekte somit auf professionelle Weise in die Kontakte mit Patienten/ Angehörigen einzubeziehen.

Professionsethische Perspektive

Aufgrund ihrer Berufsethik sind alle Fachpersonen verpflichtet, Patientinnen und Patienten in einer wertschätzenden, der eigenen Grenzen bewussten Haltung gegenüber ihren weltanschaulichen und r/s Hintergründen zu unterstützen. Es gilt, die ethischen Prinzipien Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit sowie Care-ethische Aspekte angemessen zu berücksichtigen und in diesem Sinne zum Wohl der Patienten tätig zu sein. Für alle beteiligten Professionen gilt dabei: Gesundheitsfachleute müssen «den Glauben – oder Unglauben – ihrer Patienten nicht (...) teilen, um für deren spirituelle

Sensibilität offen zu sein» (Bigorio 2008:2). Insofern professionelles Handeln und therapeutische Entscheidungen im Bereich Palliative Care auch von persönlichen Einstellungen beeinflusst werden, ist es für die beteiligten Fachpersonen wichtig, ihre Haltung zu R/S im Allgemeinen und zur R/S der ihnen anvertrauten Personen zu reflektieren und ggf. auch transparent zu machen.

2. RELIGIOSITÄT UND SPIRITUALITÄT IM KONTEXT VON PALLIATIVE CARE

Religiosität und Spiritualität treten in palliativen Kontexten in vielfältigen Formen auf: zum einen als handlungsleitende und identitätsbestimmende Einstellungen und Überzeugungen; zum anderen in Gestalt von Erfahrungen, die tröstlich, aber auch belastend sein können. Eine professionelle Unterstützung kann in diesem Zusammenhang in verschiedener Hinsicht wichtig sein: um r/s Ressourcen neu oder vertieft zugänglich zu machen; um bestimmte Praktiken in einer neuen Umgebung vollziehen zu können; um r/s Krisen zu lindern u.a.m. Die folgende Aufzählung konzentriert sich auf Aspekte, die sich in palliativen Situationen regelmässig zeigen.

R/S als lebensbestimmende Dimension berücksichtigen

R/S Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken sind als etwas zu würdigen, was das Leben von zahlreichen Patientinnen und Patienten bestimmt und ihnen auch in der gegenwärtigen Situation wichtig ist. Aufgrund der besonderen Vulnerabilität und der Abhängigkeit in Betreuungsverhältnissen ist seitens der professionellen Begleitpersonen eine respektvoll-unterstützende Haltung gegenüber r/s Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken bedeutsam. Ebenso ist es zu respektieren, wenn Patientinnen und Patienten keinen Bezug zu R/S haben.

Gemeinschaftliche Einbettung wahrnehmen

Auch wenn R/S in säkular geprägten Gesellschaften tendenziell der Privatsphäre zugeordnet wird, spielen r/s Gemeinschaften nach wie vor eine bedeutende Rolle. Sich in Krankheits- und Sterbesituationen gemeinschaftlich eingebettet zu erfahren, bedeutet für viele Patientinnen/Patienten und Angehörige einen grossen Trost. Viele r/s Rituale machen erfahrbar, dass Menschen auch in Grenzsituationen begleitet sind und dass eine würdevolle Gestaltung des Lebens bis zum letzten Atemzug möglich ist. Unter den Bedingungen eines

stationären Spitalaufenthaltes braucht es oft Unterstützung von aussen, damit diese gemeinschaftliche Dimension der eigenen R/S aufrechterhalten werden kann. Einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen in diesem Zusammenhang Angehörige r/s Minderheiten, die selbst nicht im interprofessionellen Team vertreten sind.

R/S bei Entscheidungen am Lebensende einbeziehen

In palliativen Situationen stehen Patientinnen und Patienten gemeinsam mit ihren An- und Zugehörigen häufig vor schwerwiegenden Entscheidungen, die emotional stark belastend sein können. Nicht selten geht es dabei um ein Abwägen zwischen verschiedenen Gütern (etwa zwischen lebenserhaltenden Massnahmen und Bewahrung der subjektiven Lebensqualität) und um die Klärung von Werthorizonten und Einstellungen. Über das Vermitteln aller medizinisch relevanten Informationen hinaus haben die an der Palliative Care beteiligten Fachpersonen die Aufgabe, die betroffenen Personen frühzeitig auf anstehende Entscheidungen vorzubereiten und sie in diesen Entscheidungsprozessen zu unterstützen. Insofern R/S bei vielen Patientinnen und Patienten identitätsbestimmend und handlungsleitend sind, sollten sie in diesem Zusammenhang durch die professionellen Begleitpersonen ausdrücklich angesprochen und einbezogen werden. Das kann z.B. in Form von offenen Fragen im Rahmen einer allgemeinen Wertanamnese geschehen (SAMW 2013, 66).

Ressourcen stärken und spirituelle Belastungen validieren

R/S Einstellungen und Überzeugungen sowie die mit ihnen verbundenen Praxisformen und Rituale können im Umgang mit Krankheit und Todesnähe wichtige Ressourcen darstellen. Nach lebensgeschichtlichen Umbrüchen, in fremden Umgebungen und bei starken psychischen, sozialen und physischen Belastungen fällt es allerdings oft schwer, solche

Ressourcen zu aktivieren. Hinzu kommt, dass die Konfrontation mit schwerer Krankheit und Tod dazu führen kann, dass bisher tragende Orientierungen einbrechen und r/s Überzeugungen hinterfragt werden.⁵ Zudem ist es, bedingt durch Krankheit und/oder Hospitalisierung, manchmal nicht mehr möglich, gewisse haltgebende Rituale und Praktiken auszuüben.

Nicht selten berichten r/s Patienten/Patientinnen in diesem Zusammenhang von spirituellen Nöten, die sich in Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Leere, Gefühllosigkeit und existenzieller Verunsicherung manifestieren. Der Guide des soins palliatifs du médecin vaudois beschreibt die Extremform einer «spirituellen Not» als «eine Krise im Sinne einer plötzlichen Veränderung, die unter anderem durch den Zusammenbruch der spirituellen Identität charakterisiert ist. Sie stellt die Werte und die Transzendenz, wie sie bis dahin erfahren wurden, in Frage und unterbricht jegliche Suche nach einem Lebenssinn. Sie stellt auch den Wert in Frage, den der Patient seiner eigenen Würde zuschreibt.»⁶

Spirituelle Krisen als solche wahrzunehmen und zu validieren, ist allein schon deshalb eine zentrale Form von Spiritual Care, als mit solchen Krisen oft eine Angst vor Unverständnis und Pathologisierung einhergeht. Seitens der beteiligten Fachpersonen bedarf es einer sorgfältigen Unterscheidung zwischen spirituellen Krisen und pathologischen Phänomenen, die einer Behandlung bedürfen (Depression, psychotisches Erleben, religiöser Wahn etc.).

Spirituelle Dimensionen von Krankheitssymptomen im palliativen Kontext

Spiritualität als integrierender Bestandteil des Menschen ist ebenso eine Dimension von Krankheitssymptomen. Es geht deshalb bei der palliativen Versorgung darum, die spirituelle Dimension in der Symptomatik und Diagnostik wie auch im therapeutischen und begleitenden Prozess angemessen zu berücksichtigen. Dazu gehört beispielsweise das von Cicely Saunders beobachtete Phänomen der spiritual pain (als Aspekt von total pain), das die Schmerzbehandlung entscheidend beeinflusst, oder die Wechselwirkungen zwischen körperlichem und

seelisch-spirituellen Erleben bei Phänomenen wie Nausea und Delir.

Auf kritische Momente und spirituelle Aspekte von Sterbeverläufen achten

Um Menschen auf ihrem individuellen Weg des Sterbens auch in spiritueller Hinsicht unterstützen zu können, braucht es nicht zuletzt ein empirisch fundiertes Grundwissen über krankheitstypische Sterbeverläufe und spezifische Phänomene. Nach einer Studie von Scott A Murray gibt es bei terminalen Erkrankungen für die psychosoziale und spirituelle Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie ihren An- und Zugehörigen vier besonders kritische Momente: die Diagnosemitteilung; die Übergänge zwischen Spital und Zuhause; die Mitteilung, dass die Möglichkeiten der kurativen Medizin ausgeschöpft sind; die Terminalphase. Wenn diese Phasen sehr schnell aufeinanderfolgen und ineinander übergehen oder wenn Betroffene und Angehörige in ihrer Wahrnehmung und ihren Zielen an unterschiedlichen Punkten stehen (Angehörige wollen Patienten nicht gehen lassen, setzen ihn unter Druck zu kämpfen etc.), sind die spirituellen, psychologischen und meist auch sozialen Belastungen besonders hoch. Das Leiden zeigt sich dann häufig auch in körperlichen, meist schwer zu behandelnden Symptomen.

Spirituelle Erlebnisse und symbolische Kommunikation am Lebensende validieren

Klinische Erfahrung und empirische Forschung weisen darauf hin, dass Menschen in Todesnähe häufig in innere Erlebniswelten eintauchen und sich auf symbolische Weise mitteilen.⁷ Diese Erlebnisse haben oft einen tröstlichen Charakter und stellen für die Betroffenen eine Ressource dar. Die erlebten Motive entsprechen jenen, die teilweise auch symbolisch kommuniziert werden: Sie betreffen Vorahnungen, das Herstellen von Ordnung,

5 Im DSM-4 wurde bereits 1994 die Diagnose «religiöses oder spirituelles Problem» (V 62.89) eingeführt.

6 La spiritualité en soins palliatifs, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, 5/2008, 5.

7 Vgl. Peng-Keller 2017a,b. In einer jüngeren Befragung von Hospizpatienten berichteten 88,1% von visionärem Traum- und Wacherleben, vgl. Kerr 2014.

Vorbereitungen für eine «Reise», Verbindung mit Verstorbenen und die Gestaltung des Abschieds. Für Angehörige und professionelle Begleiter sind die diesbezüglichen Mitteilungen manchmal schwer verständlich und irritierend. Auch wenn die Abgrenzung zu deliranten Zuständen bisweilen schwerfällt, ist davon auszugehen, dass die betreffenden Erlebnisse für die Betroffenen selbst in hohem Masse bedeutungsvoll sind und als solche gewürdigt werden sollten. Ein wertschätzend-validierender Umgang kann sich in einer Bestätigung des Ausgedrückten und Wahrgenommenen sowie in einem behutsamen Nachfragen zeigen. Interpretationen des Erlebten werden dann, wenn sie von den Betroffenen nicht ausdrücklich erwünscht werden, erfahrungsgemäss eher als störend empfunden.

3. WAHRNEHMEN, ERKUNDEN UND DOKUMENTIEREN VON SPIRITUELLEN ASPEKTEN

Um r/s Überzeugungen und Wünsche aktiv in die Palliative Care einzubeziehen und Entscheidungen treffen zu können, bieten sich für die verantwortlichen Fachpersonen zwei unterschiedliche, sich ergänzende Wege an: die achtsame Wahrnehmung und der Weg des direkten Ansprechens und Erfragens.⁸ Beide Formen bedürfen einer offenen und respektvollen Grundhaltung, der bewussten Einübung und einer Implementierung in der betreffenden Institution/Organisation, wozu auch die Klärung spezifischer Verantwortlichkeiten gehört. Für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist es entscheidend, sich im Betreuungsteam über passende Formen der Wahrnehmung/Erhebung von r/s Bedürfnissen und die damit verbundenen Aufgaben und Vorgehensweisen zu verständigen.

3.1 WAHRNEHMEN

Grundlegend für alle Formen von Spiritual Care ist die Fähigkeit, in allen Formen der Begegnung und der Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen auch auf spirituelle Aspekte zu achten. Dazu gehört auch ein systemischer Blick auf Beziehungskonstellationen und die (Nicht-)Einbettung in r/s Gemeinschaften. Spirituelle Ressourcen und Nöte werden nicht selten in indirekter und beiläufiger Form zur Sprache gebracht.⁹ So können z.B. Aussagen wie «Das hat doch alles keinen Sinn!» oder «Ich glaube, ich stehe auf dem Abstellgleis» als Ausdruck für eine spirituelle Not wahrgenommen werden, während ein Rosenkranz oder ein Mandala auf einem Nachttisch einen Hinweis auf r/s Ressourcen geben kann. Ein Sinn für die Vielschichtigkeit sprachlicher und nonverbaler Kommunikation und deren spiritueller Dimensionen ist auch die Voraussetzung dafür, symbolische Formen der Kommunikation zu verstehen. Um die Wahrnehmungskompetenz für spirituelle Aspekte zu fördern, bedarf es sowohl einer gezielten Ausbildung als auch spezifischer Wahrnehmungs- und Erinnerungshilfen und deren Implementation in den klinischen Alltag.

3.2 ERKUNDEN

Um spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen in sensibler Weise erkunden zu können, bedarf es vertrauensbildender Kommunikationsformen und eines sicheren Rahmens. Ein schrittweises Vorgehen, das Patientinnen und Patienten auf diskrete Weise Möglichkeiten zur Selbstmitteilung eröffnet, dürfte in der Regel der beste Weg sein. Die Eröffnung eines solchen Prozesses kann entweder durch standardisierte Screeningfragen¹⁰ oder – noch niederschwelliger – durch offene Fragen geschehen, die sich entweder auf klinische Alltagssituationen beziehen («Wie fühlen Sie sich heute?» oder «Wo stehen Sie heute?»), auf die Versorgungsplanung («Was muss ich von Ihnen wissen, damit ich sie gut behandeln und begleiten kann?»), auf kritische Ereignisse wie dem Erhalt eines schlechten Befunds («Was ist Ihre Hoffnung?» oder «Worauf hoffen Sie?») oder auf spirituelle Ressourcen («Gibt es im Moment Dinge, die Ihrem Leben/Ihrer jetzigen Situation besonderen Sinn oder Bedeutung geben?»¹¹ – «Würden Sie sich im weitesten Sinne des Wortes als gläubigen Menschen bezeichnen?»; Borasio 2011, 92). Bleiben die Antworten vage, kann es weiterführend sein, die Sinnfrage ausdrücklich zu stellen: «Was gibt ihnen Kraft?»; «Gibt es etwas, das ihrem Leben einen Sinn gibt?» Ergibt sich aus solchen Fragen die Offenheit für ein vertieftes Gespräch, so kann für dieses eine

8 Vgl. McSherry/Ross 2002 und 2010 sowie das von Pilgram-Frühauf/Schmid 2018 vorgestellte Neumünster Assessment für Spiritual Care im Alter (NASCA)

9 So betont auch Borasio 2011, 95: «Es sind oft beiläufige Andeutungen, Halbsätze oder Traumerzählungen, die über die spirituellen Nöte und Bedürfnisse eines Patienten am besten Auskunft geben, und es ist auch keineswegs immer ein und dieselbe Person, an die sich diese Mitteilungen richten. Erst in der Gesamtschau ergeben sich mehr oder minder versteckten Hinweise plötzlich einen Sinn. Die Wahrnehmung dieser Signale ist Aufgabe aller Mitarbeiter im Palliativteam.»

10 In palliativen Kontexten bereits verbreitet sind Belastungsthermometer, in denen Patienten auch auf ihre r/s Belastungen angefragt werden. Die derzeit gebräuchlichen Instrumente zur Einschätzung der «Spiritualität» konzentrieren sich auf spezifische religiöse Faktoren (Glaubensverlust, Glaubensgemeinschaft). Da es viele weitere Formen spiritueller Belastungen wie z.B. Sinnkrisen gibt, sind diese Instrumente weiterzuentwickeln.

11 Chochinov 2017, 50 (leicht angepasst).

Orientierung an bewährten Assessmentinstrumenten hilfreich sein (HOPE, SPIR u.a., vgl. Anhang). Zur Exploration gehört schliesslich wesentlich, Patientinnen und Patienten auf seelsorgliche Angebote und andere verfügbare Formen spiritueller Unterstützung aufmerksam zu machen.

Eine Erkundung spiritueller Bedürfnisse kann auch eingebettet sein in eine Wertanamnese, wie sie u.a. im Rahmen eines Advance Care Planning erhoben wird. Diese baut auf Fragen auf wie: «Bitte sagen Sie mir, was für Sie im Leben wichtige Werte sind und was für Sie in einer Phase des nahenden Todes besonders wichtig sein könnte» (SAMW 2013, 66).

Um mit unaufdringlichen Fragen spirituelle Belastungen erfassen zu können, bedarf es der Fähigkeit, zwischen unterschiedlichen Belastungsformen zu unterscheiden und diese so weit als möglich mit Bezug auf die jeweilige r/s Selbstdeutung anzusprechen und zu verstehen. Nach dem Verständnis vieler r/s Traditionen kann das, was aus psychologischer oder medizinischer Sicht als Belastung erscheint, als Teil eines spirituellen Reifeprozesses gedeutet werden.

Im Hinblick auf ausführlichere und strukturierte Formen eines spirituellen Assessments gilt es zu bedenken: «Das Wort <Assessment> kommt von <bei jemandem sitzen> und nicht von <über jemandem stehen>! Es beschreibt etwas, was wir mit jemandem tun, und nicht etwas, was wir ihm/ihr antun» (NIHME 2008). Inwiefern sich formalisierte Assessmentinstrumente für einen spezifischen Kontext eignen, ist im Einzelnen zu überprüfen. Aufgrund der bisher in unterschiedlichen kulturellen Kontexten gesammelten Erfahrungen sind für formelle und informelle Assessments folgende Aspekte zu beachten:

1. Das Ansprechen von R/S bedeutet im klinischen Kontext eine Intervention, die Türen öffnen, aber auch verschliessen kann. Die Gestaltung einer solchen Intervention und des weiteren Prozesses muss vorgängig geklärt werden (z.B. Angebote für weitere Begleitung, um ein Versorgungskontinuum gewährleisten zu können).

2. Wahrnehmungsinstrumente und Assessmentverfahren bedürfen einer kontextspezifischen Entwicklung und Implementierung. Inwiefern die in den USA entwickelten Instrumente für hiesige Kontexte praktikabel sind, bedarf einer ähnlichen Überprüfung, wie sie McSherry und Ross (2010) für das britische Gesundheitswesen geleistet haben.
3. Die Fähigkeit, ein spirituelles Assessment in einer für Patientinnen und Patienten einfühlsamen Weise durchzuführen, darf nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern bedarf einer sorgfältigen und möglichst interprofessionellen Einübung im Rahmen von Aus- und Weiterbildungsangeboten.
4. «Da R/S kulturell geprägt ist, sollten die individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepte in einer kultur- und religionssensiblen Weise erfragt werden. Dazu gehört die Fähigkeit (...) zum Perspektivenwechsel» (DGPPN 2017). Da kultur- und sprachgebundene Missverständnisse im Rahmen interkultureller Kommunikation kaum vermieden werden können, bedarf es auch einer Sensibilität für die Grenzen des Verstehens und eines respektvollen Umgangs mit Unverständlichem.

3.3 DOKUMENTIEREN

Interprofessionelle Spiritual Care erfordert eine intensive Kommunikation, welche auch die medizinische Dokumentation als wichtiges Mittel einschliesst.

Anforderung an die Dokumentation von R/S:

- sie ist Teil des allen Mitgliedern des Behandlungsteams zugänglichen Dokumentationssystems;
- alle beteiligten Berufsgruppen sind aufgefordert, Beobachtungen und Vereinbarungen zu R/S zu dokumentieren, sofern sie für die Behandlung relevant sind;
- die besonderen und kontextspezifischen professionellen Rahmenbedingungen bzgl. der Möglichkeit und Grenzen seelsorglicher Kommunikation

müssen berücksichtigt werden (Stichwort: Seel-
sorgegeheimnis);

- zentrale Komponenten der Dokumentation sind:
 - a) Wer ist involviert (oder sollte involviert werden)?
 - b) Welche Beobachtungen sind für den inter-
professionellen Austausch wichtig und sollten
in die weitere Planung einbezogen werden?
 - c) Welche für die Planung oder den Krisenfall
wichtigen Vereinbarungen wurden getroffen?

4. GEMEINSAME AUFGABEN UND PROFESSIONSSPEZIFISCHE ROLLEN

4.1 PROFESSIONELLE GRUNDKOMPETENZEN

Um die spirituelle Dimension in der beschriebenen Weise in die Palliative Care einzubeziehen, bedarf es folgender Grundkompetenzen:

- Kognitive Kompetenzen: Wissen bzgl. r/s Traditionen/Gemeinschaften, Praktiken/Rituale und Gesundheits- und Krankheitskonzepte. Kenntnisse über Spezifika des Arbeitens mit r/s Menschen und Einfluss von r/s Faktoren auf Gesundheit und Krankheit, die dazu befähigen, R/S als Ressource und/oder Belastungsfaktor für Patientinnen und Patienten zu erkennen und in die Behandlungsstrategie einzubinden; Wissen um Ressourcen in der Institution und/oder in der Umgebung.
- Kommunikative Kompetenzen: Registrieren von Faszination, Irritation, Befremden, Ablehnung; Vermitteln von Wohlwollen, Respekt, Offenheit, Toleranz.
- Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung: Wahrnehmung von sich selbst als r/s bzw. weltanschaulich geprägter Mensch; Reflexion über die eigene Sozialisation und Ausbildung im Hinblick auf R/S; Kompetenz, eigene (r/s) Grenzen zu erkennen, zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen.

Zu den Kompetenzen, die für eine professionelle Spiritual Care einzufordern und zu vermitteln sind, gehört auch die Einsicht um die Grenze von lösungs- und kompetenzorientierten Handlungsmodellen. Bei spirituellen Fragestellungen haben die beteiligten Fachpersonen selten «Lösungen» anzubieten, was dem sonstigen Vorgehen in klinischen Kontexten zuwiderläuft. Die Kunst, unvoreingenommen zuzuhören und aufmerksam zu verweilen, gehört deshalb zu den bedeutsamsten «Kompetenzen» für Spiritual Care.

4.2 UNTERSCHIEDLICHE FORMEN VON SPIRITUAL CARE UND PROFESSIONSSPEZIFISCHE ROLLEN

Die spirituelle Dimension der Gesundheitsversorgung betrifft alle an Palliative Care beteiligten Fachpersonen. In Entsprechung zu ihrem je besonderen Beitrag zur gemeinsamen Aufgabe, alle therapie- und entscheidungsrelevanten Faktoren einzubeziehen und grundlegende Persönlichkeitsrechte in klinischen Kontexten zu gewährleisten, sind je eigene, professionsspezifische Formen von Spiritual Care als Teilaspekt oder Kerndimension der eigenen Berufsrolle zu betrachten. Ausgehend von den professionsspezifischen Rollen lassen sich zwei aufeinander aufbauende Bereiche interprofessioneller Spiritual Care unterscheiden:

- Zum einen geht es um jene Formen von Spiritual Care, die als Komponente gesundheitsberuflicher Aufgaben wahrgenommen werden (z.B. Einbezug der spirituellen Dimension in Pflegehandlungen, Diagnosestellung, Therapiediskussionen oder Rundtischgesprächen).
- Zum anderen geht es in spezialisierten Formen von Spiritual Care, wie sie insbesondere die Seelsorge wahrnimmt, um Vollzüge, die einer besonderen Ausbildung und eines spezifischen Auftrags bedürfen. Dazu gehören die oft zeitintensive Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit komplexen r/s Nöten und Bedürfnissen, Begleitung in akuten Krisen sowie religionsspezifische Praktiken und Rituale.

Der Spitalseelsorge kommt zudem die Aufgabe zu, die interprofessionelle Verständigung und Zusammenarbeit im Betreuungsteam im Bereich Spiritual Care zu moderieren und die diesbezüglichen Angebote innerhalb und ausserhalb der Institution zu vernetzen.

4.3 INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT

Gemäss den bereits zitierten Nationalen Leitlinien Palliative Care sind zum einen «Interventionen und der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung (...) in regelmässigen Abständen im interprofessionellen Team zu thematisieren». Zum anderen ist «die Kontinuität der Begleitung (...) zu gewährleisten». (BAG S. 14) Das lässt sich weiter spezifizieren:

- Um konsequent in die Palliative Care einbezogen werden zu können, muss die Frage nach der spirituellen Dimension regulär in interdisziplinäre Rapporte und Fallbesprechungen einbezogen werden. Das betrifft insbesondere auch das Symptommanagement (total pain/spiritual pain; spirituelle Aspekte von Angst- und Erschöpfungszuständen etc., vgl. Abschn. 2). Da die Wahrnehmung und Thematisierung r/s Aspekte bislang nicht Teil der gesundheitsberuflichen Ausbildung war, bedarf es neben Weiterbildungsangeboten auch einer vorgängigen Verständigung über die professionsspezifischen Rollen, passende Sprachformen und institutionelle Abläufe. Aufgrund ihrer moderierenden Rolle kommt der Seelsorge für eine solche Implementierung eine Schlüsselrolle zu.
- Zur Planung von kontinuierlichen Begleitangeboten bedarf es zum einen einer Klärung der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und zeitlichen Verfügbarkeiten, zum anderen einer grundsätzlichen Transparenz bzgl. der eigenen Überzeugungen. Insbesondere ist zu klären, wer für die diesbezügliche Triage zuständig ist und wer welche Angebote machen kann und soll.
- Klärung des Umgangs mit Berufsgeheimnissen (intern und extern).

5. ETHISCHE ASPEKTE

Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen sind durch «ihre Berufsethik verpflichtet, innerhalb des Methodenspektrums ihrer Profession tätig zu sein» (DGPPN 2017). Auf der Grundlage der jeweiligen Professionsethiken sind die folgenden Aspekte besonders zu betonen:

Personenzentrierung und Respekt vor weltanschaulicher und kultureller Pluralität

Eine r/s-Begleitung hat die besondere Vulnerabilität von palliativen Patientinnen/Patienten und ihrer An- und Zugehörigen zu beachten. Dazu gehört nicht zuletzt ein sensibler Umgang mit kultureller, spiritueller, religiöser und weltanschaulicher Diversität. Beispiele sind u.a.:

- Gestaltung der Beziehung, welche die Besonderheit und Integrität jedes Individuums achtet durch:
 - Unterlassen jeglicher Formen von weltanschaulicher Indoktrination
 - Respekt gegenüber anderen/fremden r/s Vorstellungen und Praktiken
 - Hohe Sensibilität für kulturspezifische und r/s Umgangsformen und Grenzen im Bereich von Sexualität und Körperlichkeit
- Beachtung der Vulnerabilität bei Migration und Verlassen oder Wechsel einer Religionsgemeinschaft in einem subkulturellen Kontext
- Beachtung möglicher (auch religiöser) Vorbehalte von Patientinnen und Patienten gegenüber der angebotenen psychosozialen und spirituellen Versorgung
- Beachtung der religionspezifischen Vorgaben bezüglich ritueller Vollzüge.
- «Die Akzeptanz von r/s-Überzeugungen bei Patienten findet dort ihre Grenzen, wo Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen» (DGPPN 2017).
- Eigene handlungsleitende Werte und religiöse Einstellungen sind bei Bedarf und in situativ an-

gepasster Weise transparent zu machen (gegenüber Patienten, Kollegen und beauftragenden Institutionen)

- Der vertrauliche Umgang mit Personendaten ist zu gewährleisten.

6. INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN

Spiritual Care kann nur dann interprofessionell verantwortet werden, wenn dafür seitens der jeweiligen Institution entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dazu gehören die folgenden Instrumente:

- Profil, Angebot, Anbieter von Spiritual Care wie auch die damit verbundenen Aufgaben werden in die Versorgungs-Konzepte der Institution einbezogen und sind Teil des Qualitätsmanagements.
- R/s Aspekte werden in einem Dokumentationssystem der Institution erfasst, zu dem alle beteiligten Professionen Zugang haben.
- Seelsorgliche und gesundheitsberufliche Spiritual Care wird als Angebot in den Kommunikationsmitteln gegenüber Patientinnen/Patienten und Angehörigen in allgemein verständlicher Form benannt.
- Geeignete Räumlichkeiten sowie Infrastruktur für spirituelle und religiöse Vollzüge sind vorhanden.
- Die spirituelle Dimension wird in den Foren der interprofessionellen Zusammenarbeit und bei Fallbesprechungen integriert.
- Interprofessionelle Austauschgefässe (wie z.B. Intervision und Fallbesprechungen) sowie Weiterbildung und Supervision im Bereich Spiritual Care werden unterstützt und gefördert.

7. AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG

Mit Blick auf die im Abschnitt 4 genannten Kompetenzen sollen Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote zu Spiritual Care sowohl die professions-spezifische Bedürfnisse, Voraussetzungen und Rollenprofile als auch die interprofessionellen Aufgaben in ausgewogener Weise berücksichtigen. Zur Entwicklung und Verinnerlichung praktischer Kompetenzen in interprofessioneller Spiritual Care braucht es praxisnahe, auf die Bedürfnisse spezifischer Berufsgruppen abgestimmte und zugleich interprofessionelle Angebote sowie den Einbezug von erfahrenen Fachpersonen. Es sollen rollenbasierte Lernprozesse ermöglicht und supervisorisch begleitet werden. Ebenso sollten die entsprechenden Ausbildungsangebote Räume für Intervention und Austausch in Peer-Groups bieten.

Voraussetzungen für Ausbilder:

- Berufserfahrung in den Bereichen Spiritual und Palliative Care
- Kompetenzen in Erwachsenenbildung
- reflektierte und respektvolle Haltung zu R/S in ihren vielfältigen Ausdrucksformen
- gegebenenfalls spezifische Forschungstätigkeit zu Spiritual Care im Kontext von Palliative Care

Als Grundlage zur Entwicklung passender Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote für interprofessionelle Spiritual Care eignet sich die von einer international zusammengesetzten Lancet-Kommission erarbeitete Programmschrift *Health professionals for a new century* (Frenk et al. 2010). Mit Blick auf aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen unterscheidet sie zwischen informativen, formativen und transformativen Bildungsdimensionen, die je eigene Lehr- und Lernformen erfordern:

Informative Bildungsdimension

Die erste Ebene betrifft das Vermitteln von Wissen und Fähigkeiten, um Expert(inn)en auf ihrem Gebiet auszubilden. Bildungsangebote sollten den derzeitigen Forschungs- und Diskussionsstand zu

Spiritual Care im Kontext von Palliative Care in möglichst ausgewogener Weise vermitteln.

Formative Bildungsdimension

Die zweite Ebene umfasst insbesondere die persönliche Aneignung einer professionellen Identität und eines professionsspezifischen Ethos. Betont wird in diesem Zusammenhang die Bedeutung von interprofessionell gestalteten Lernprozessen, in der sich sowohl die professions-spezifische Rolle als auch die Fähigkeit der gegenseitigen Verständigung und Wertschätzung ausprägen kann. Dazu ist auch die Ausbildung einer Form der (spirituellen) Self-Care zu rechnen.

Transformative Bildungsdimension

Auf der von der Lancet-Kommission besonders betonten dritten Ebene geht es darum, eine selbstkritische, analytische Haltung zu dem bisher Erlernten zu entwickeln, um sich auf wandelbare Bedürfnisse einstellen zu können und angeeignete Praxisformen kreativ weiterzuentwickeln. Für die Ausbildung in Spiritual Care bedeutet dies im Besonderen, eine kritische Selbstreflexivität hinsichtlich eigener weltanschaulicher Haltungen und Vorstellungen zu entwickeln. Um mit Patienten und im interprofessionellen Austausch in sensibler Weise über Fragen persönlicher spiritueller Überzeugungen, Wünsche und Nöte in Kontakt zu treten, bedarf es neben der Reflexion auf den eigenen Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer auch einer kritischen Selbstverortung im pluralen und spannungsreichen Feld von Religiosität, Spiritualität und Säkularität. Gerade weil es im Bereich von Spiritual Care häufig angebracht ist, dass sich professionelle Begleiter mit ihren Vor- und Einstellungen zurückzunehmen, ist eine möglichst genaue, reflektive Selbstwahrnehmung und die Fähigkeit zur Selbstrelativierung bedeutsam.

ANHANG

I. UNTERSTÜTZENDE INSTRUMENTE

HOPE

H – Hoffnung

Eröffnen lässt sich ein Gespräch über r/s Lebensdimensionen z.B. mit Fragen der folgenden Art: «Wir haben jetzt über die Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld gesprochen. Mich interessiert ebenso, was Ihnen in Ihrem Inneren Stärke und Kraft gibt. Woraus schöpfen sie Hoffnung, Kraft, Trost und inneren Frieden? Was stützt sie in schwierigen Zeiten und gibt Ihnen die Kraft, weiter zu machen? Für manche Menschen stellt ihr Glaube, ihre Religiosität eine wichtige Kraftquelle im Alltag dar. Gilt das auch für Sie?»

Falls die Antwort «Nein» lautet, kann nachgefragt werden: «War dies einmal anders? Und welche Lebenserfahrungen brachten diese Veränderungen mit sich?»

O – Organized religion | Organisierte Religion

«Gehören Sie einer Religions- oder Glaubensgemeinschaft an? Ist diese Mitgliedschaft für Sie wichtig? Welche Aspekte Ihrer Religion erfahren Sie als hilfreich? Welche als hinderlich? Sind Sie aktiv engagiert in Ihrer religiösen Gemeinschaft? Tut Ihnen dies gut und auf welche Art und Weise?»

P – Personal spirituality/practices | Persönliche Spiritualität und religiös-spirituelle Praxis

«Haben Sie religiös-spirituelle Überzeugungen, die unabhängig von Ihrer Religionszugehörigkeit sind? Um welche handelt es sich dabei? Glauben Sie an Gott – und falls ja: welche Beziehung haben Sie zu ihm? Pflegen Sie Ihre religiös-spirituellen Überzeugungen in Ihrem Alltag durch eine religiöse Praxis (wie z.B. Gebet, Studium Heiliger Schriften, Teilnahme an Ritualen und Gottesdiensten, das Hören von geistlicher Musik, in der Natur sein)?»

E – Effects on medical care and end-of-life issues | Auswirkungen auf die medizinische Behandlung und Fragen im Zusammenhang mit dem Lebensende

«Hindert Sie Ihre Krankheit, Ihren Glauben, Ihre Religion bzw. Spiritualität auszuüben? Hat sich durch Ihre Krankheit Ihre Beziehung zu Gott verändert? Kann ich etwas für Sie tun, damit Sie Zugang zu Ihren inneren Kraftquellen (wieder)finden? Gibt es aufgrund ihrer Religion/Spiritualität Dinge, die Ihnen wichtig sind und wir beachten sollten (z.B. bezüglich Essen, Umgang mit Blut)? Belastet es Sie unter Umständen, dass gewisse medizinische Massnahmen mit ihren Werte- oder Glaubensüberzeugungen in Spannung oder im Konflikt stehen? Wäre es für Sie hilfreich, wenn ich für Sie ein Gespräch mit einem Spitalseelsorgenden oder einem Vertreter Ihrer Glaubensgemeinschaft vermittele?»

Falls sich ein baldiges Sterben abzeichnet: «Haben Sie aufgrund Ihrer religiös-spirituellen Überzeugungen Wünsche hinsichtlich der medizinischen oder pflegerischen Behandlung und seelsorglichen Begleitung in den kommenden Tagen, Wochen und Monaten?»

Quelle: Anandarajah & Hight, 2001, 87 (dt. Übersetzung und Adaption: Winter-Pfändler 2015)

SPIR

Das Akronym SPIR dient dazu, sich die vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen zu vergegenwärtigen.

Die folgenden Standardfragen sollen im Verlauf des Gesprächs dem Sprachgebrauch des Patienten angepasst werden. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte herausgefunden werden, ob dem Patienten Begriffe wie «spirituell» oder «religiös» bekannt sind und wie er sie verwendet. Ähnliches gilt für die Kirche/Gemeinschaft/Gemeinde/Gruppe usw., je nachdem, wie der Patient über seine diesbezüglichen Bindungen zu sprechen in der Lage ist.

S – Spirituelle und Glaubens-Überzeugungen

«Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen betrachten? In wen oder was setzen Sie Ihre Hoffnung? Woraus schöpfen Sie Kraft? Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?»

P – Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen

«Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und für Ihre gegenwärtige Situation? Welchen Einfluss haben sie darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Mass Sie auf Ihre Gesundheit achten? Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt? Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?»

I – Integration in eine spirituelle, religiöse kirchliche Gemeinschaft/Gruppe

«Gehören Sie zu einer religiösen oder spirituellen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)? Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern? Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind?»

R – Rolle der Fachperson. Wie soll die Fachperson mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?

«Wie soll ich als Ihr Arzt/Seelsorgerin/Pflegende usw. mit diesen Fragen umgehen? Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubensüberzeugungen? Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen? Spirituelle und Glaubensfragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen? Möchten Sie etwas hinzufügen?»

Quelle: Frick, Weber, Borasio 2002.

II. LITERATUR

Anandarajah G, Hight E (2001): Spirituality and medical practice. Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 63(1): 81–89.

Borasio GD (2011): *Über das Sterben*, München.

Bundesamt für Gesundheit/GDK (2010): *Nationale Leitlinien Palliative Care*, Bern:

https://www.pallnetz.ch/cm_data/Nationale_Leitlinien_Palliative-Care.pdf

Chochinov HM (2017): *Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens*. Übers. v. Sandra S. Mai, Göttingen.

Cook CC (2013): Royal College of Psychiatrists: Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion:

<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Recommendations%20for%20Psychiatrists%20on%20Spirituality%20and%20Religion%20Revised.x.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2007): *Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung. Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin*:

<https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/070709%20Spirituelle%20Begl%20in%20Pm%20070510.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN; 2017), *Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie*. *Spiritual Care* 2017; 6(1): 141–146:

<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/spircare.2017.6.issue-1/spircare-2016-0220/spircare-2016-0220.pdf>

Frick E, Weber S, Borasio GD (2002): SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer «spirituellen Anamnese»:

<http://www.psychosomatik.mri.tum.de/downloads>

Frenk J. et al. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

Kellehear A (2000): Spirituality and palliative care. A model of needs. *Palliative Medicine* 14, 149–155.

Kerr CW, Donnelly JP, Wright ST, Kuszczak SM, Banas A, Grant PC, Luczkiewicz DL (2014): End-of-Life Dreams and Visions. A Longitudinal Study of Hospice Patients' Experiences. *Journal of Palliative Medicine* 17:3, 296–303.

McSherry W, Ross L (2002): Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practices. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5), 479–488.

McSherry W, Ross L (2010): *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*. London.

Moreira-Almeida A, Sharma A, Rensburg BJ v., Verhagen PJ, Cook C (2015): WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry:

http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20position%20Spirituality%20statement%20final%20version_rev2%20on%20Spirituality.pdf

Monod SM, Rochat E, Büla CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B (2010): The spiritual distress assessment tool. An Instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatrics* 10, 1–9:

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-88>

Morgan J, Sandage SJ (2016): A developmental model of interreligious competence. *Archive for the Psychology of Religion* 38:129–158.

Murray SA, Kendall M, Boyd K, Grant L, Hight G, Sheikh A (2010): Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews, *BMJ* doi: 10.1136/bmj.c2581.

NIHME (2008): Guidelines on spirituality for staff in acute care services:

<http://www.merseycare.nhs.uk/media/1861/staffordshire-uni-guidelines.pdf>

Nolan S, Saltmarsh P and Leget C (2011): Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care* 18(2): 86–89.

Peng-Keller S (2017): Ansätze ärztlicher Spiritual Care, in: *Praxis* 106:24, 1339–1343.

Peng-Keller S (2017a): Sinnereignisse in Todesnähe. Traum- und Wachvisionen Sterbender und Nahtoderfahrungen im Horizont von Spiritual Care. Berlin.

Peng-Keller S (2017b): Bilder als Vertrauensbrücken. Die Symbolsprache Sterbender verstehen. Berlin.

Peterman AH, Reeve CL, Winford EC, Cotton S, Salsman JM, MxQuellon R, Tsevat J, Campbell C (2014): Measuring Meaning and Peace With the FACIT-Spiritual Well-Being Scale: Distinction Without a Difference? *Psychol Assess* 26:1.

Pilgram-Frühauf F, Schmid C (2018): *Spiritual Care im Alter. Eine Einführung für Pflegende und Begleitende.* Zürich.

SAMW (2013): *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis,* Basel.

WHOQOL SRPB Group (2006): A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine* 62 1486–1497.

Winter-Pfändler U (2015): *Spirituelle Anamnese – Ein Unding?:*

<https://www.bill-sg.ch/spirituelle-anamnese-ein-unding-oder-koennen-fragen-auch-hilfreich-sein/>

III. MITGLIEDER DER TASKFORCE SPIRITUAL CARE

Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller, Professur für
Spiritual Care, Universität Zürich (Leitung)

Seelsorge

lic. theol. Renata Aebi, Beauftragte für Seelsorge
in Palliative Care, St. Gallen

lic. theol. Pascal Mösli, Verantwortlicher Spezial-
seelsorge & Palliative Care, Reformierte Kirchen
Bern-Jura-Solothurn

Medizin

Dr. med. Daniel Büche, Leiter des Palliativzentrums
am Kantonsspital St. Gallen

Prof. em. Dr. med. Urs-Martin Lütolf, ehem. ärzt-
licher Leiter des Universitätsspitals Zürich und Ver-
waltungsratspräsident des Zürcher Lighthouse

Pflege

Dipl. Monica Fliedner, Co-Leiterin des Universitären
Zentrums für Palliative Care, Inselspital Bern

PD Dr. Maya Zumstein-Shaha, Berner Fachhoch-
schule für Gesundheit

Psychosoziale Berufe

Dipl. Barbara Bucher, Sozialarbeiterin, psycho-
onkologische Beraterin, MAS Palliative Care

Bettina Barz, Psychotherapeutin auf der Palliative
Station, Spital Affoltern

IV. AUTORENSCHAFT

Simon Peng-Keller

Pascal Mösli

Renata Aebi

Bettina Barz

Daniel Büche

Barbara Bucher

Monica Fliedner

Urs-Martin Lütolf

Maya Zumstein-Shaha

Impressum

palliative ch
Bubenbergplatz 11
3011 Bern
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Spenden

Die Fachgesellschaft palliative ch fördert Palliative Care in der Schweiz. palliative ch setzt sich ein für einen gerechten Zugang Betroffener und Angehöriger zu Palliative Care, für eine flächendeckende Versorgung, eine bestmögliche Qualität der Angebote sowie für Bildung und Forschung in Palliative Care. Als Non-Profit-Organisation ist palliative ch auf Spenden angewiesen, um die zahlreichen Aktivitäten finanzieren zu können.

Unsere Zahlungsverbindung

Zusatzinformationen für Ihre Spende via eBanking:

- IBAN CH94 0900 0000 8529 3109 4
- IBAN Bank-Adresse – Die Schweizerische Post, PostFinance, Nordring 8, 3030 Bern
- IBAN Empfänger-Adresse – palliative ch – Schweiz. Gesellschaft für Medizin, Pflege und Begleitung, Bubenbergplatz 11, 3011 Bern
- BIC (SWIFT) POFICHBEXXX

Herzlichen Dank für Ihre Spende!

© palliative ch 2018. Jede Verwendung dieses Dokuments ohne ausdrückliche Genehmigung des Urhebers verstösst gegen den Schutz des Urheberrechts und ist untersagt.