

1 Hintergrund und Ziel

Im Sinne des Total-Pain-Konzeptes von Dame Cicely Saunders (Clark 1999) und gemäß der WHO-Definition von Palliative Care (WHO-Definition 2002) ist die spirituelle Dimension ein wichtiger und unstrittiger Aspekt von Hospizarbeit und Palliative Care. Die Einbindung von Seelsorge in die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativarbeit ist vielerorts selbstverständlich bzw. in vielen Einrichtungen lediglich eine Frage von Implementierung, Finanzierung und Qualifizierung, aber keine grundsätzliche.

Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller nicht-seelsorglichen Berufsgruppen wie Medizin, Pflege und andere (Hagen und Raischl 2011; Gamondi et al. 2013a) sehen sich in ihrem Berufsalltag mit spirituellen Bedürfnissen und Nöten konfrontiert. Spirituelle Begleitung nach dem Konzept von Spiritual Care ist daher nicht auf Seelsorgende begrenzt (Gamondi et al. 2013b; Goodhead et al. 2016; Hanson et al. 2008; Heller und Heller 2014; Koenig 2012; Nauer 2015; Weiher 2014) und Aufgabe aller Ehren- und Hauptamtlichen im Gesundheitswesen. Eine Not wird häufig während der pflegerischen Grundversorgung, der ärztlichen Visite, bei der Entlassplanung oder anderen Situationen, die keinen primären seelsorglichen Rahmen haben, ausgedrückt. Spirituelle/religiöse Bedürfnisse äußern kranke Menschen, wenn sie akut sind und (bewusst oder unbewusst) in Anwesenheit einer vertraut gewordenen Person. Darauf aber werden Mitarbeitende der nicht-seelsorglichen Berufe diverser Studien zufolge, aber auch erfahrungsgemäß, nicht regulär und ausreichend vorbereitet (Nolan et al. 2011).

Es braucht deshalb eine Grundkompetenz aller Berufe durch Schulung in Spiritual Care, deren positiver Effekt bereits nachgewiesen werden konnte (Hench et al. 2015; Udo et al. 2014; van de Geer 2018; Wasner et al. 2005; Zollfrank et al. 2015). Diese Grundkompetenz bezieht sich darauf, spirituelle Äußerungen zu erkennen, zu beurteilen und darauf einzugehen (Gratz und Roser 2012).

Ein Wesensmerkmal von Spiritualität ist ihre Unbestimmtheit und Personenbezogenheit (Roser 2011), was eine Beschreibung von Spiritualität herausfordert. Deshalb schließt die Vermittlung einer Grundkompetenz die Wahrnehmung spiritueller/religiöser Aspekte sowie je nach Berufsgruppe und Versorgungskontext auch die spirituelle Begleitung im Sinne von beispielsweise Gespräch, Ritual, Vermittlung von Seelsorge mit ein. Das Kapitel »Spiritual Care in der Grundqualifizierung nicht-seelsorglicher Berufe« (► Kap. 3) befasst sich daher mit den Rahmenbedingungen der Lehre von Spiritual Care in der Grundqualifizierung nicht-seelsorglicher Berufe.

Bildungsangebote nehmen sichtlich zu. Antworten auf die Fragen, welche Leitlinien sie zugrunde legen, welche Ziele sie verfolgen (die sich unter anderem aus

dem Grundverständnis von Palliative Care, speziell auch aus der beruflichen Arbeit und dem spirituellen Begleitungsauftrag der Trägereinrichtungen im Gesundheitswesen herleiten), welche Unterrichtsinhalte sich daraus ergeben, bieten manche Kursangebote und -konzepte nicht.

Dieses Buch beschreibt deshalb auch im Kapitel »Spiritual Care in Fort- und Weiterbildung« (► Kap. 4), was aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin jene Bildungsmaßnahmen grundsätzlich kennzeichnet, die den Anspruch haben, Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu spiritueller Begleitung in Hospizarbeit und Palliative Care nach dem Konzept von Spiritual Care zu befähigen.

Zugrunde gelegt ist das »Curriculum zur Qualifizierung von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen«, das den Empfehlungen der EAPC, den zehn interdisziplinären Kernkompetenzen in der Palliativversorgung nach EAPC (Weißbuch der European Association for Palliative Care) als auch den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) erfüllt (Kern und von Schmude 2016, S. 29). Es versteht sich daher nicht als Alternative, sondern als Vertiefung speziell für den Teil Spiritualität und Spiritual Care (Kernkompetenz 5: Den spirituellen und existenziellen Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten gerecht werden), weil die Ausführungen in diesem Buch fachlich und organisatorisch mehr ins Detail führen und über vier Unterrichtsstunden hinausgehen.

2 Grundlegendes

2.1 Begriffe

2.1.1 Spiritualität als Teil menschlichen Lebens

Bezüglich einer Definition von Spiritualität gibt es kontroverse Meinungen. Das ist gut und richtig. Es geht nicht darum, Spiritualität abschließend zu definieren, was »zum Scheitern verurteilt« (Borasio 2013, S. 90) wäre. Wie auch soll etwas beschrieben werden, das höchst individuell ist und sich jeglichen Vorgaben von außen entzieht, etwas, das sich erst in der konkreten Begegnung erschließt? Es geht vielmehr um Interaktion und Kommunikation zwischen Begleitern und Betroffenen. »[B]ei seinen Gefühlen und Erlebnissen anzusetzen, sie einem anderen anzuvertrauen, die gleiche Kommunikationsebene zu finden, um auch wirklich verstanden zu werden, ist eine Fähigkeit, die es einzuüben gilt. Diese bewusste Versprachlichung spirituellen Erlebens oder das Suchen nach Ausdrucksformen der eigenen spirituellen Dimension« (Hagen und Raischl 2011, S. 287) ist eine Kompetenz, die es zu erwerben gilt. Genau dazu soll durch Qualifizierungsmaßnahmen befähigt werden, es soll erlernt werden, wie die individuelle Spiritualität zu Sprache gebracht und wie diese Sprachfähigkeit in der Begegnung mit kranken Menschen genutzt werden kann. Dazu muss sie allerdings und als erstes im Bildungskontext zur Sprache gebracht werden. Als Grundlage dazu dienen Arbeitsbeschreibungen (Paal et al. 2015, S. 95: »The use of a single, recognised definition of spiritual care would be helpful. Referring to other definitions and working on what spiritual care is in a group are both helpful«). Methodisch sinnvoll eingesetzt unterstützen sie, mit den Begriffen Spiritualität, Religiosität, Glaube sensibler, sicherer und differenzierter umzugehen. Zudem bieten sie einen persönlichen Zugang und helfen, der Spiritualität des Begleiteten und mit dem Begleiteten auf die Spur zu gehen. Innerhalb von Palliative Care wurden deshalb in den vergangenen Jahren zwei Arbeitsbeschreibungen von Spiritualität entwickelt, welche die Wesensmerkmale der Unbestimmtheit und Personenbezogenheit integrieren.

Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP):

Die Sektion Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (früher: »Arbeitskreis Spirituelle Begleitung«) hat in ihrem Konzept eine Arbeitsdefinition erarbeitet:

»Unter Spiritualität kann 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 existenziellen Bedrohungen zu begegnen versucht.« (DGP 2007, S. 1)

In einer Aktualisierung des Konzeptes hat die Sektion Seelsorge die Konsensusdefinition der EAPC übernommen und ihrem Ansatz von Spiritual Care zugrunde gelegt (Labitzke und Kuhn-Flammensfeld 2017).

Definition der European Association for Palliative Care (EAPC):

In einer Consensus Conference, die mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität von Spiritual Care als Dimension von Palliative Care stattfand, wurde eine Arbeitsdefinition von Spiritualität entwickelt:

Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, welche sich auf die Art und Weise bezieht, in der Personen (Individuen und Gemeinschaften) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und die Art und Weise, wie sie sich mit dem Moment, mit sich selbst, mit anderen, mit der Natur, mit dem Bedeutsamen und/oder dem Heiligen verbinden.

- Existenzielle 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)
- Wertorientierte Einstellungen und Haltungen (individuelle Priorisierung hinsichtlich Beziehung zu sich selbst, Familie, Freunden, Arbeit, dingliche Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral und das Leben an sich)
- Religiöse Überzeugungen und Fundamente (Glaube, Glaubensinhalte und Praktiken, die Beziehung zu Gott oder dem Endgültigen)

(Nolan et al. 2011, S. 88; Übersetzung: Kammerer et al. 2013, S. 141)

Selbstverständlich gibt es in der Fachliteratur weitere Beschreibungen von Spiritualität. Für Lehrzwecke bzw. für die Entwicklung einer trägereigenen Definition sind eigene Recherchen lohnend. Letzteres bedeutet auch Transparenz einer Einrichtung des Gesundheitswesens gegenüber den ihr anvertrauten Menschen bezüglich seiner spirituellen bzw. konfessionellen Ausrichtung, die für ihr Begleitungs-, Beratungs- bzw. Versorgungsangebot prägend ist.

2.1.2 Spiritual Care als Konzept

Spiritual Care als die »Sorge um spirituelle Themen, Nöte, Fragen und Ressourcen in Hospizarbeit und Palliativversorgung« (Labitzke und Kuhn-Flammensfeld

2017, S. 2), die spirituelle Begleitung als wichtige Aufgabe erachtet, versteht diese als »Selbstsorge des einzelnen Menschen, die durch Fürsorge und Begleitung unterstützt und gefördert wird« (Labitzke und Kuhn-Flammensfeld 2017, S. 2). Merkmale von Spiritual Care sind:

- Die *Zielgruppe* von Spiritual Care:
Im Blick sind Menschen, die mit einer Erkrankung konfrontiert sind. Dies schließt ihre An- und Zugehörigen ausdrücklich mit ein. Weil diese Zielgruppe selbsterklärend nicht auf Menschen begrenzt ist, die einer bestimmten Konfession oder Religion angehören, setzt Spiritual Care ebenso wie Seelsorge keine Zugehörigkeit von Patient/in, an- und zugehöriger Person zu Religion, Konfession, Weltanschauung voraus.
- Der *Ansatz* von Spiritual Care:
Der Ansatz ist analog zu Palliative Care personenzentriert. Der individuelle Mensch steht im Mittelpunkt des Planens und Handelns. Persönliche Themen, Nöte, Fragen und Ressourcen einschließlich der persönlichen Lebenskonzepte, Hoffnungen und Perspektiven sind gesprächs- und handlungsleitend. Dem folgend verbieten sich Vorgaben, Meinungen, Dogmen von außen. (Konfessionelle) Konzepte, Bilder, Lösungen, Antworten verstehen sich allenfalls als reflektiert eingebrachtes und unterstützendes Angebot auf dem je persönlichen Weg, das angenommen oder abgelehnt werden kann.
- Das *Ziel* von Spiritual Care:
Im Fokus stehen die spirituellen Bedürfnisse und Nöte des einzelnen Menschen. Mit kranken Menschen und ihren An- und Zugehörigen darüber zu kommunizieren, ihnen Raum zu geben, einen Rahmen zu schaffen, der auch dem Unaussprechlichen und gleichzeitig im Krankheitsverlauf Belastenden Geltung verschafft, den Weg der Krankheit und des Sterbens damit zu unterstützen und Halt und Sinnfindung zu fördern, sind wichtige Ziele. Ziel ist »empowerment«, die Unterstützung des Gegenübers, spiritueller Akteur zu sein.
- Der *Ort* von Spiritual Care:
Erkrankte Menschen sind ambulant und stationär überall dort, wo Medizin, Pflege, psychosoziale Begleitung und Beratung etc. stattfinden, kurz: in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Im Besonderen sind Einrichtungen von Hospizarbeit und Palliative Care gefordert, weil ihr Leitgedanke, die Definition von Palliative Care (WHO 2002), die spirituelle Dimension des Menschen als gleichwertig begleitungs- und versorgungsrelevant definiert wie die physische und psychosoziale Dimension.
- Die *Verantwortlichkeit* von Spiritual Care:
Wenn Spiritual Care alle Menschen im Blick hat, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens ambulant und stationär begleitet und versorgt werden, und Betroffene für ihre spirituellen Bedürfnisse und Nöte Mitarbeiter ihres Vertrauens ansprechen (oder von diesen angesprochen werden wollen), so sind Ehren- und Hauptamtliche aller Professionen im Gesundheitswesen unmittelbar gefordert.
- Die *Voraussetzung* für Spiritual Care:
 - Beauftragung: Wenn Spiritual Care als die Sorge um spirituelle Themen, Nöte, Fragen und Ressourcen realisiert werden soll, so darf dies nicht nur von

den Mitarbeitenden der ehren- und hauptamtlichen Professionen als notwendig erachtet werden, sondern muss vom Träger gewollt sein und als Auftrag definiert werden. Die Entscheidung, ob und inwieweit spirituelle Themen, Fragen, Ressourcen angesprochen und thematisiert werden, bleibt beim Betroffenen.

- Implementierung: Spiritual Care braucht eine konzeptionelle Verankerung in der Einrichtung. Die Mitarbeitenden mit ihrer jeweils individuellen Fähigkeit und Bereitschaft sind eingebunden und werden gefördert, spirituelle Begleitung wird als Teamaufgabe verankert. Die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen (Zeit, Austausch, Ausstattung, Selbstsorge und Entlastung der Mitarbeiter, ...) sind zu schaffen.
- Qualifizierung: Spirituelle Begleitung nach dem Konzept von Spiritual Care erfolgt nicht nur intuitiv, sondern gut vorbereitet. Insbesondere die Verständigung auf das Konzept von Spiritual Care, die Kenntnis des Auftrags des Trägers, vor allem aber die Kommunikation mit Betroffenen über existenzielle und Sinnfragen erfordert eine Qualifizierung unter Berücksichtigung des persönlichkeitspezifischen Hintergrunds.
- Finanzierung: Spirituelle Begleitung nach dem Konzept von Spiritual Care als Aufgabe innerhalb des primären Handlungsauftrags (ärztliche Dienste, Pflege, Physiotherapie, Berufsfelder in Psychologie, Sozialarbeit, ehrenamtliche Begleitung, ...) kann nicht nur eine qualitative Verbesserung der Begnungen mit kranken Menschen bedeuten, weil ihr die Förderung der Haltung und der Kommunikationskompetenz zugrunde liegen. Sie kann durchaus auch einen (personellen, materiellen) Mehraufwand bedeuten, was mit der Klärung der Finanzierung einhergeht. Neben Begleitung sind Aspekte von Implementierung und Qualifizierung finanziell zu kalkulieren. Die Proklamation eines ganzheitlichen Ansatzes ist nicht nur eine Sache von Auftrag, Definition, Leitbild und Haltung, sondern auch eine Frage von Ressourcen.

2.1.3 Spirituelle Begleitung und Seelsorge als Aufgabe und Angebot

Seelsorge, die unter anderem spirituelle Begleitung seit jeher unter dem Dach ihrer Religionsgemeinschaft und basierend auf ihrem konfessionellen Selbstverständnis als ihren Primärauftrag leistet, ist in den verschiedenen Formen als Angebot konfessioneller Träger ein bekanntes und etabliertes (regionales und kategoriales) Angebot, das mit personeller Ausstattung und Beauftragung verbunden ist. Wenngleich spirituelle Begleitung durch Seelsorge, insbesondere vor dem Hintergrund der Entwicklungen rund um Spiritual Care, in der Fachwelt in der Reflexion, Diskussion und Entwicklung begriffen ist, so ist spirituelle Begleitung zugleich (oder gleichwohl) als eine Aufgabe und ein Begleitungsangebot zu verstehen, das auch durch Mitarbeitende des Gesundheitswesens sekundär zu ihrem primären Auftrag (► Kap. 3.4) geleistet wird. Mit «sekundär» ist nicht gemeint, dass spirituelle Begleitung im Ehrenamt und in ärztlichen, pflegerischen und anderen nicht-seelsorglichen Berufen etwas Zusätzliches darstellt, vielmehr durchdringen spiri-

tuelle Themen das primäre Handlungsfeld. Letzteres ist allerdings der Gegenstand der arbeitsvertraglichen Vereinbarung bzw. des ehrenamtlichen Auftrags. Innerhalb des primären Handlungsauftrags ist spirituelle Begleitung zuzulassen bzw. zu integrieren. Den primären Handlungsauftrag aber zugunsten spiritueller Begleitung grundsätzlich zurückzustellen oder zu vernachlässigen, wäre eine Fehlentwicklung und würde zu Transprofessionalität (zum Begriff: siehe Exkurs am Ende dieses Abschnitts) tendieren, was im Gesundheitswesen kein zielführendes und leistungsfähiges Konzept darstellt.

»Wenn jede Berufsgruppe die Arbeit an einer eigenen Domäne als ihren Beitrag zum Ganzen begreift, entsteht die Notwendigkeit der interdisziplinären Kooperation. [...] Bei der Zusammenarbeit sollte das Eigene der jeweiligen Profession zur Geltung kommen, ohne dass Mauern zwischen ihren verschiedenen Domänen errichtet werden. Jan Hein Mooren unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen primärem und sekundärem Referenzkader. Wenn die eine Profession nicht in der anderen aufgehen soll, müssen Übereinstimmungen und Differenzen zwischen ihnen beschrieben werden können. Mooren macht beides am professionsspezifischen Fachwissen fest. [...] Das primäre Referenzkader steuert so die Berufsausübung. [...] Daneben können Einsichten und Methoden der anderen Berufe in die Arbeit integriert werden, ohne damit die eigene Domäne zu verlassen. Dieses nicht berufsspezifische Wissen ist Teil des jeweiligen sekundären Referenzkaders einer Profession. Damit lässt sich sowohl der eigene Beitrag zum Ganzen bestimmen als auch die Kooperation zwischen verschiedenen Berufen begründen« (Gärtner 2016, S. 56).

Spiritual Care ist ein verhältnismäßig junges Feld, so dass die oben beschriebenen Voraussetzungen von Spiritual Care noch einer Ausdifferenzierung, an vielen Orten auch einer Konsentierung und Umsetzung bedürfen. Aus Perspektive der Sektion Seelsorge der DGP kann ein Spiritual-Care-Konzept nicht ohne die leitende Beteiligung professionell qualifizierter Seelsorge ausgearbeitet werden, weil nur dadurch die erforderlichen Kompetenzen gewährleistet sind: »Bei der Entwicklung und Erarbeitung einer Konzeption von Spiritual Care kommt der Seelsorge eine Schlüsselrolle zu« (Labitzke und Kuhn-Flammensfeld 2017, S. 3).

Exkurs: Multi-, Inter-, Transprofessionalität

Multiprofessionalität: In der multiprofessionellen Arbeit werden unterschiedliche Kompetenzen addiert. Es gibt zwar Kontakte, aber kaum Interaktion oder Zusammenarbeit. Die Arbeiten finden in der Regel nebeneinander statt (Sottas 2013, S. 25). »Jede Zusammenarbeit der Professionen im Krankenhaus und Gesundheitswesen setzt das Verstehen der jeweils eigenen Profession einschließlich ihrer Grenzen, ein hinreichendes Verstehen der anderen Professionen und ihrer Grenzen sowie das Verstehen der Ergänzung der jeweiligen professionellen Perspektiven auf die Patientinnen und Patienten voraus. Eine solche Verständigung, die offenlässt, in welcher Weise die Perspektiven anderer Professionen das eigene professionelle Handeln beeinflussen, ist Teil einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Kommunikation ist ihr Charakteristikum« (Charbonnier 2017, S. 166). In einem mul-

tiprofessionellen Ansatz ist spirituelle Begleitung durch nicht-seelsorgliche Berufe kaum bzw. nur begrenzt möglich, weil jeder bei seinem primären Auftrag bleibt und Kommunikation untereinander über spirituelle Aspekte der Patienten nicht ausreichend gelebt wird. Dort, wo ehren- und hauptamtlich Mitarbeitende Spiritual Care in ihre Arbeit integrieren, bleibt spirituelle Begleitung im multiprofessionellen Ansatz daher mangels Kooperation und Koordination, teils auch mangels Kommunikation hinter den Möglichkeiten zurück, vor allem, wenn das Thema Spiritual Care nicht in der alltäglichen Kommunikation verankert ist. Spiritual Care braucht im mindesten Interprofessionalität. Ersteres sollte aber nicht angestoßen werden, um letzteres zu realisieren bzw. zu begründen, weil Interprofessionalität wie auch Implementierung von Spiritual Care (► Kap. 2.7) anderer Initiativen und Wege bedürfen, um in die Organisation zu kommen.

Interprofessionalität: Die Beteiligten haben unterschiedliche berufliche Hintergründe und Qualifizierungswege, sind aber gefordert, gemeinsam mit einer (dynamischen) Situation umzugehen, die eigene und die anderen Sichtweisen zu berücksichtigen, voneinander zu lernen und gemeinsam praktikable Lösungen zu erarbeiten. Interaktion ist eine wichtige Eigenschaft von Interprofessionalität. Sie ist das Schlüsselkonzept im Gesundheitssystem, denn Versorgungsqualität und Sicherheit lassen sich nicht individuell erreichen (Sottas 2013, S. 25). Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Prozess, »in dessen Rahmen Professionelle unterschiedlicher Art, im Hinblick auf die Lösung komplexer praktischer Probleme zusammenarbeiten, die mit den Mitteln der einzelnen beteiligten Professionen nicht zufrieden stellend bearbeitbar sind« (Schroeder 2010, S. 18). Interprofessionelle Zusammenarbeit heißt, dass jede Profession »bei ihrer professionellen Identität bleibt, aber die eigene Arbeit auch an den Erfahrungen und Kompetenzen anderer Professionen ausrichtet. Eine solche interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt nur, wenn die Zusammenarbeit der Professionen koordiniert wird« (Charbonnier 2017, S. 166). Die Ansätze zur Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit liegen in der Bildungsarbeit (► Kap. 2.5) sowie in der beruflichen Praxis. Im Hinblick auf Spiritual Care bedeutet das, dass spirituelle Begleitung als Sekundärauftrag in den unterschiedlichen primären ehren- und hauptamtlichen Arbeitsfeldern integriert ist und die Professionen entsprechend koordiniert arbeiten.

Transprofessionalität: Ein Unterschied in dem, wer was tut, ist nicht mehr nennenswert vorhanden. Alle haben so viele überlappende Kompetenzen, dass sie sich gegenseitig ersetzen können. Die Berufsgrenzen sind aufgelöst. Dieses Konzept ist im Gesundheitssystem nicht hilfreich (vgl. Sottas 2013, S. 25). Das heißt bezüglich Spiritual Care als Aufgabe aller, dass auch in den primären ehren- und hauptamtlichen Aufgaben unklar wäre, wer wofür zuständig ist. Dies brächte Unklarheiten im Team und ließe gleichermaßen die Orientierung und Klarheit für Patienten bzw. Bewohner vermissen, wer wofür zuständig und ansprechbar ist. Wenngleich Interprofessionalität, die Wahrung also der je berufsspezifischen Identität und Kompetenz bzw. die Konzentration auf den primären Handlungsauftrag wichtig ist (auch weil es den Betroffenen nicht freisteht, Personen für fachliche Aspekte wie Medizin, Pflege, Physiotherapie, ... frei zu wählen), so verweist Spiritual Care als Aufgabe aller durchaus auf die Sinnhaftigkeit von Trans-

professionalität speziell im Feld von Spiritual Care (weil Betroffenen für spirituelle bzw. religiöse Aspekte Mitarbeitende ihres Vertrauens ansprechen). Denn speziell in Spiritual Care »wirken verschiedene Professionen gleichberechtigt, ohne ein hierarchisches Gefälle an der Problembeschreibung (Anamnese) wie auch an der Planung und Gestaltung der Diagnosefindung und der Therapie und Begleitung zusammen. Ihr Ziel ist eine kooperative Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen« (Charbonnier 2017, S. 166).

Fazit

Der transprofessionelle Charakter von Spiritual Care im interprofessionellen, in der Praxis häufig multiprofessionellen Begleitungs- und Versorgungsansatz des Gesundheitswesens erfordert organisationale Klärung! Speziell für das Angebot von Seelsorge und Spiritual Care gilt: »Ziel der Zusammenarbeit der Professionen einschließlich der Seelsorge ist nicht immer eine möglichst dichte Zusammenarbeit in Form der Kooperation bzw. der transprofessionellen Zusammenarbeit. Ziel muss es vielmehr sein, *die* Form der Zusammenarbeit zu finden und (ggf. vertraglich) zu vereinbaren, die für den Patienten, die Patientin und die Behandlungssituation angemessen ist (kontextuelle Organisation): Ist die Gemeindeseelsorge involviert, sollte eine *multidisziplinäre* Arbeit mit kontinuierlich gepflegter Kommunikation zwischen Gemeindeseelsorge, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegediensten erwartet werden. Wenn die gesundheitliche Lage eines Patienten oder einer Patientin ein koordiniertes Vorgehen von Medizin, Pflege und Gemeindeseelsorge, ggf. auch der Hospizarbeit nahelegt, sollte eine solche *interprofessionelle* Zusammenarbeit auch in der Gemeindeseelsorge möglich sein. Die Mitarbeit der Seelsorge in einem *transprofessionellen* Team wird i.R. nur der Krankenhaus- oder Altenheimseelsorge möglich sein, die hinreichend flexibel auf die zeitlichen Anforderungen der anderen Professionen eingehen kann« (Charbonnier 2017, S. 167). Spirituelle Begleitung durch Mitarbeitende nicht-seelsorglicher Berufe wird dann auf Basis dieser Klärungen seine Verankerung im Arbeitsalltag finden und für die Betroffenen zuverlässig verfügbar sein.

2.2 Nationale und internationale Standpunkte zur Lehre von Spiritual Care

2.2.1 European Association for Palliative Care (EAPC)

In Fortführung der Bestrebungen, eine Definition von Spiritualität zu erarbeiten (► Kap. 2.1.1), fordert die EAPC ein, dass Ehren- und Hauptamtliche in Hospizarbeit und Palliative Care darin geschult sein müssen, spirituelle Themen wahr-

zunehmen und spirituelle Begleitung anzubieten (Paal et al. 2015, S.91). Sie hat die aus ihrer Sicht wichtigsten zehn Kernkompetenzen in Palliative Care erarbeitet und veröffentlicht. Punkt 5 dieser Kernkompetenzen zielt auf Spiritual Care mit der Forderung: »Den spirituellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden« (Gamondi et al. 2013b, S. 141 – Übersetzung: Krumm et al. 2015, S. 159). Konkret heißt es darin weiter: Mitarbeitende in Palliative Care sollten über spirituelle Themen mit Patienten und Zugehörigen kommunizieren und bei Bedarf an Seelsorge vermitteln können. »Wenn gewünscht, können der Patient und seine An- und Zugehörigen von einer Weiterleitung an einen entsprechenden spirituellen Berater profitieren. Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

- 5a: Die Fähigkeit zur Reflexion der Wichtigkeit spiritueller und existenzieller Dimensionen im eigenen Leben demonstrieren.
- 5b: Die spirituellen, existenziellen und religiösen Bedürfnisse des Patienten und seiner An- und Zugehörigen in den Versorgungsplan integrieren. Respektieren, wenn der Patient und die An- und Zugehörigen sich nicht auf diese Aspekte der Versorgung fokussieren möchten.
- 5c: Patienten und An- und Zugehörige in einer unterstützenden und respektvollen Weise ermöglichen, spirituelle und/oder existenzielle Dimensionen ihres Lebens auszudrücken.
- 5d: Sich der zu respektierenden Grenzen in Bezug auf kulturelle Verbote, Werte und Wahlmöglichkeiten bewusst sein.«

(Gamondi et al. 2013b, S. 141 – Übersetzung: Krumm et al. 2015, S. 160)

Bezüglich aller zehn Kernkompetenzen hat die EAPC »für ein dreistufiges Rahmenprogramm plädiert, in dem alle Gesundheitsberufe eine Grundausbildung in Bezug auf die Prinzipien und Methoden der Palliativversorgung erhalten und darüber hinaus diejenigen, deren Arbeit sich hauptsächlich auf Palliative Care konzentriert, einen spezialisierten Wissensstand entwickeln können. In Übereinstimmung mit internationalen Trends werden diese drei Ebenen wie folgt beschrieben (► Tab. 1):

Tab. 1: Bildungsniveau-Ebenen in der Palliativversorgung nach EAPC (Gamondi et al. 2013a, S. 87 – Übersetzung: Krumm et al. 2015, S. 153 f)

Bildungsebene	Erläuterung
Palliative-Care-Ansatz	<ul style="list-style-type: none">• Ein Weg, Methoden und Prozeduren der Palliativversorgung in Einrichtungen, die nicht in Palliative Care spezialisiert sind, zu integrieren.• Sollte für Hausärzte (General Practitioners) und Teams in der allgemeinen stationären Krankenversorgung (General Hospital) zugänglich gemacht werden sowie für ambulante Pflegedienste und Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen.• Könnte in der beruflichen Grundausbildung vermittelt werden oder im Rahmen der kontinuierlichen beruflichen Fortbildung.