

Interprofessionelle Spiritual Care im Kontext von Palliative Care – Erläuterungen zu den neuen Leitlinien von palliative.ch

In diesem Beitrag werden die neuen *Leitlinien zu Spiritual Care in Palliative Care*¹ vorgestellt und erläutert. Nach einem kurzen Blick auf ihren Hintergrund und Kontext skizziere ich Anliegen und Aufbau dieser Leitlinien und gehe auf die wichtige Frage ein, wie eine interprofessionelle Spiritual Care gesundheitspolitisch zu begründen ist. An zwei konkreten Beispielen wird schliesslich beschrieben, inwiefern die Arbeit an diesen Leitlinien selbst einen interprofessionellen Lernprozess darstellte.

Hintergrund: Die Bigorio-Empfehlungen von 2008

Spiritual Care gehört zum Grundauftrag von Palliative Care. Der interprofessionelle Behandlungsansatz, der Palliative Care insgesamt kennzeichnet, ist auch hier zentral. Doch wie in allen anderen Feldern, in denen interprofessionell zusammengearbeitet wird, versteht sich Interprofessionalität nicht von selbst und will organisiert, eingeübt und reflektiert werden. Die im Jahre 2008 veröffentlichten Bigorio-Empfehlungen steckten dafür erstmals einen Rahmen ab. Dazu gehörte auch ein konzeptioneller Klärungsversuch. Spiritualität wird in diesen Empfehlungen als etwas verstanden, was alle Dimensionen menschlichen Lebens durchdringt: «Sie betrifft die Identität des Menschen, seine Werte, alles, was seinem Leben Sinn, Hoffnung, Vertrauen und Würde verleiht. Spiritualität wird erlebt in der Beziehung zu sich selber, zu anderen und zum Transzendenten (Gott, höhere Macht, Geheimnis...)» Neben grundsätzlichen Überlegungen zu spirituellem Wohlbefinden und spiritueller Not benannten die Bigorio-Empfehlungen auch persönliche und institutionelle Voraussetzungen für Spiritual Care im Kontext der Palliativversorgung. Bedeutsam für die weitere Entwicklung wurden diese Empfehlungen auch dadurch, dass ihre Essenz in die 2010 veröffentlichten *Nationalen Leitlinien Palliative Care* eingegangen ist, in denen das Bundesamt für Gesundheit sich erstmals in seiner Geschichte zur «spirituellen Dimension» der Gesundheitsversorgung äusserte.

Aktuelle Herausforderungen

Seit 2008 hat sich die Praxis interprofessioneller Spiritual Care auf internationaler und nationaler Ebene stark weiter-

entwickelt. *Palliative.ch* antwortete auf diese Entwicklung unter anderem dadurch, dass 2016 eine Fachgruppe Seelsorge und damit verschränkt auch eine interprofessionelle Taskforce Spiritual Care ins Leben gerufen wurde. Diese Struktur entspricht dem Sachverhalt, dass Spiritual Care in Palliative Care einerseits eine interprofessionelle Aufgabe und andererseits das Spezialgebiet der Seelsorge darstellt. Damit wurden die strukturellen Voraussetzungen für eine nachhaltige Entwicklung geschaffen. Die inhaltlichen Herausforderungen, vor denen eine interprofessionelle Spiritual Care im Kontext der Palliative Care gegenwärtig steht, liegen auf mehreren Ebenen. *Erstens* stellen sich professionsspezifische Fragen, die mit historisch gewachsenen Berufsidentitäten zu tun haben. *Wenn* Spiritual Care auch eine gesundheitsberufliche Aufgabe darstellt, *dann* stellt dies die eingespielte Aufteilung zwischen Leib- und Seelsorge in Frage und verändert die herkömmlichen professionellen Rollenprofile. Das führt *zweitens* auch zu neuen Formen der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation, wozu beispielsweise auch die Dokumentation spiritueller Aspekte gehört. Damit verbunden sind *drittens* Fragen konzeptioneller und institutioneller Art. *Wie* Spiritual Care implementiert wird, hängt von konzeptionellen Entscheidungen ab. Welche Formen von Spiritual Care können und sollen institutionell gefördert werden? Nicht alle Ansätze dürften für Palliative Care-Anbieter in der Schweiz bzw. für die von ihnen unterstützten Patientinnen und Patienten und Hospiz-Gäste gleichermaßen passend sein. Doch an welchen Kriterien können und sollen sich jene orientieren, die für die Planung und Implementierung Verantwortung tragen?

Zu bedenken ist auch, dass die Vorstellungen darüber, was eine gute interprofessionelle Spiritual Care auszeichnet, zwischen Fachpersonen und Patienten weit auseinander gehen können. Nach einer in den USA durchgeführten Studie lassen sich diese Differenzen auf unterschiedliche Spiritualitätskonzepte zurückführen. Während die befragten Patientinnen und Patienten, die an Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium litten, zu einer religionsnahen Spiritualität neigten, waren ihre professionellen Versorger eher religionsfern, und zwar wiederum in unterschiedliche Richtungen: Die Pflegefachpersonen neigten zu einer transparenzbezogenen Spiritualität nicht-religiöser Art, während

¹ Simon Peng-Keller, Pascal Mösl, Renata Aebi, Bettina Barz, Daniel Büche, Barbara Bucher, Monica Fliedner, Urs-Martin Lütolf, Maya Zumstein-Shaha, Spiritual Care in Palliative Care. Leitlinien zur interprofessionellen Praxis, Bern 2018. Online abrufbar unter: https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Fachgruppe_seelsorge/Broschuere_Leitlinien_Spiritual_Care_in_Palliative_Care_de_RZ_low.pdf

unter den Ärztinnen und Ärzten eine ethisch-humanistisch orientierte Spiritualität vorherrschte (Balboni et al. 2014; Balboni und Balboni 2019). Entsprechend divergent waren die Vorstellungen und Einschätzungen bezüglich Spiritual Care. Dass die persönlichen Hintergründe die professionelle Praxis beeinflusst, dürfte im Bereich Spiritual Care in besonderem Masse zutreffen. Ein Qualitätsmerkmal interprofessioneller Spiritual Care könnte es in diesem Zusammenhang sein, dass die voneinander abweichenden Vorstellungen und Konzepte wahrgenommen und im Blick auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten thematisiert werden.

Spiritualität als Lebensphänomen

Es gehört zu den Gemeinplätzen gegenwärtiger Spiritual-Care-Diskussionen, dass die Vorstellungen darüber, was «Spiritualität» genau bedeutet, auseinandergehen. Dabei werden die Differenzen gerne übertrieben. Empirische Studien zeigen, dass sich die Vielfalt auf einige wenige Grundtypen reduzieren lassen (die sich allerdings durchaus markant voneinander unterscheiden). Der Vielfalt an Spiritualitäten, die durch einen ausdrücklichen Gottesbezug bestimmt sind, stehen nicht weniger vielfältige Spiritualitäten gegenüber, die sich selbst als nicht-theistisch beschreiben. Letztere lassen sich nochmals in zwei Gruppen unterteilen, je nachdem ob sie sich gänzlich auf eine «horizontale Transzendenz» beschränken oder auch eine «vertikale Transzendenz», einen Glauben an etwas «Höheres» beinhalten (Ammerman 2013).

Sucht man nach dem Schnittfeld dieser unterschiedlichen Spiritualitätskonzeptionen, so ist es neben gewissen ethischen Idealen am ehesten in der Überzeugung zu finden, dass Menschen sinnsuchende und sinnerfahrende Lebewesen sind. An den Bruchstellen des Lebens mit letzten Sinnfragen konfrontiert und überraschenden Sinnerfahrungen beschenkt zu werden, gehört jedenfalls zu jenen Erfahrungen, die Menschen kultur- und bekenntnisübergreifend machen. Für Spiritual Care im Kontext von Palliative Care bedeutsam ist, dass sich die «grossen» Sinnfragen und Sinnerfahrungen mit den «kleinen» des Alltags verflechten. Spirituelle Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen sind nicht von anderen Lebensbereichen isolierbar. Sie weben sich ein in den Teppich des Lebens und verbinden sich mit Alltagserfahrungen aller Art. Anders herum formuliert: Alltägliche Erfahrung und Kommunikation kann transparent werden auf existenzielle und spirituelle Tiefendimensionen.

Anliegen und Struktur der neuen Leitlinien

Die interprofessionelle Taskforce Spiritual Care setzte sich zum Ziel, die von der Bigorio-Gruppe begonnene Arbeit wei-

terzuführen. Das Ergebnis liegt nun in Form von neuen *Leitlinien zu Spiritual Care in Palliative Care* vor. Um die weitere Entwicklung und Integration von Spiritual Care zu fördern, beleuchten die Leitlinien das interprofessionelle Aufgabefeld von unterschiedlichen Seiten. Ihr Aufbau wird strukturiert durch zwei sich überschneidende Leitunterscheidungen, die im Folgenden näher erläutert werden sollen. Unterschieden wird einerseits zwischen gemeinsamen und professionsspezifischen Aufgaben, andererseits zwischen gesundheitsberuflicher und seelsorglicher Spiritual Care.

Erste Leitunterscheidung: Gemeinsame und professionsspezifische Aufgaben

Wenn Spiritualität ein Phänomen darstellt, das mit allen Lebensdimensionen verwoben ist, betrifft sie die physische Dimension nicht weniger als die psychosozialen Aspekte und damit alle in der Begleitung engagierten Professionen. Spirituelle Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen wahrzunehmen, gehört zu den gemeinsamen Aufgaben aller Beteiligten. Die Frage, *wie* die spirituelle Dimension in das jeweilige Arbeitsfeld einbezogen werden kann, stellt sich hingegen jeder Profession in anderer Weise. Um sie im Rahmen von Pflegehandlungen zu berücksichtigen, bedarf es anderer Fertigkeiten als wenn es darum geht, sie im Rahmen einer Diagnosemitteilung oder einer Therapieplanung einzubeziehen.

Gemäss den Nationalen Leitlinien Palliative Care sind die «Interventionen und der Zugang zu adäquaten Angeboten im Bereich der spirituellen Begleitung (...) in regelmässigen Abständen im interprofessionellen Team zu thematisieren». Ebenso sei «die Kontinuität der Begleitung (...) zu gewährleisten». Dazu braucht es, wie in anderen Versorgungsbereichen, der Kooperation, Koordination und Abstimmung. Auch hier gilt: Nur wenn alle Beteiligten ihre Wahrnehmungen miteinander teilen, kann gewährleistet werden, dass wichtige Aspekte nicht übersehen werden. Das bedeutet, dass auch die spirituelle Dimension innerhalb interprofessioneller Kommunikation und Dokumentation ihren festen Ort braucht.

Zweite Leitunterscheidung: Gesundheitsberufliche und seelsorgliche Spiritual Care

Die spirituelle Dimension der Gesundheitsversorgung betrifft damit alle an Palliative Care beteiligten Fachpersonen – in unterschiedlicher Weise. Spiritual Care kann ein *Teilaspekt* oder die *Kerndimension* der eigenen Berufsrolle darstellen. Im ersten Fall handelt es sich um all jene Formen von Spiritual Care, die *als Komponente gesundheits- und sozialberuflicher Aufgaben* wahrgenommen werden, im zweiten Fall um eine seelsorgliche Spiritual Care. Zu deren Aufgabe gehört es auch, die interprofessionelle Zusammenarbeit in diesem Bereich zu koordinieren und den Kontakt zu den Glaubensgemeinschaften und ihren Seelsorgern zu gewährleisten.²

² Vgl. dazu die von der Fachgruppe Seelsorge erarbeiteten Leitlinien, die als Beilage zu dieser Ausgabe publiziert werden.

Der Unterschied zwischen gesundheitsberuflicher und seelsorglicher Spiritual Care liegt nicht allein in unterschiedlichen professionellen Rollenprofilen und verschiedenen fachlichen Spezialisierungen, sondern ebenso in der repräsentativen Rolle, die Seelsorgerinnen und Seelsorger wahrnehmen. Zum einen stehen sie ein für die Glaubensgemeinschaft, der sie angehören und die sie beauftragt. In einem säkular geprägten Gesundheitssystem repräsentieren sie zum anderen auch das Thema Spiritualität und Religion insgesamt. Im besten Fall sind sie ein Fingerzeig auf die Präsenz des Heiligen. Deshalb wird von Seelsorgenden auch zu Recht erwartet, dass sie ihre spirituell-religiöse Verortung transparent machen. Wie wir bei einer medizinischen Konsultation wissen möchten, ob wir es mit einer Herzchirurgin oder einem Urologen zu tun haben, weil wir je nach Gegenüber anderes über uns erzählen, ist es für seelsorgliche Spiritual Care bedeutsam, welchen Hintergrund die seelsorgliche Begleitperson mitbringt. Selbst dort, wo dieser Hintergrund unausgesprochen bleibt, ist er in der Vorstellung der Beteiligten wirksam.

Inter- und transreligiöse Spiritual Care?

Das bedeutet nicht, dass seelsorgliche Spiritual Care nur bei geteilten Überzeugungen möglich ist. In einer Gesellschaft mit einer wachsenden religiösen und weltanschaulichen Pluralität (auch innerhalb von Glaubensgemeinschaften!), ist eine solche Passung oft schwer zu erreichen. Man denke nur an die Situationen, in denen am Sterbebett die unterschiedlichen Weltanschauungen und religiösen Bekenntnisse innerhalb einer Familie zusammenkommen oder aufbrechen. Seelsorge kann sich in solchen Situationen nicht anders als religions- und weltanschauungsübergreifend vollziehen. Manchmal kommt es dabei zu intensiven Lernprozessen. Die Geschichte der modernen Hospizbewegung beginnt bekanntlich mit der intensiven Begegnung einer engagierten christlichen Ärztin, Cicely Saunders, mit einem jüdischen Patienten namens David Tasma. Diese Urszene heutiger Palliative Care liesse sich durch unzählige Beispiele seelsorglicher Spiritual Care ergänzen, in denen die religiösen und weltanschaulichen Unterschiede nicht ein Hindernis bedeuteten, sondern eine Begegnung anderer Art ermöglichen. Die Erfahrung, dass sich in Todesnähe menschliches Leben häufig für Transzendenzdimensionen öffnet, trifft auch in spiritueller und weltanschaulicher Hinsicht zu. Interreligiöse Begegnungen in Todesnähe dürften in Zukunft häufiger werden. Die Transparenz bezüglich der eigenen religiös-spirituellen Verortung und der Respekt vor den Überzeugungen und Erfahrungen des anderen ist die Voraussetzung dazu. Für alle beteiligten Professionen gilt: sie müssen «den Glauben – oder Unglauben – ihrer Patienten nicht (...) teilen, um für deren spirituelle Sensibilität offen zu sein» (Bigorio 2008:2).

Gesundheitspolitische Begründung

Anders als in den meisten Ländern der Welt (die USA eingeschlossen) gehören spirituell-religiöse Überzeugungen in der Schweiz zu jenen Themen, über die man eher schweigt und für die man wenig Sprache hat, selbst wenn sie einen intensiver beschäftigen. Die gegenwärtige Entwicklung interprofessioneller Spiritual Care rührt an ein gesellschaftliches Tabu. Doch Tabus sind nicht unverrückbar und Gesellschaften sind wandelbar, wie das erfolgreiche Bemühen der Palliative Care zeigt, das Sterben zu enttabuisieren und neu thematisierbar zu machen. Damit sich interprofessionelle Spiritual Care innerhalb hiesiger Palliative Care weiter verankert, bedarf es eines Bewusstseinswandels und einer überzeugenden gesundheitspolitischen Begründung.

Die Leitlinien äussern sich auch dazu. Sie unterscheiden zwischen drei Begründungen, die sich gegenseitig stärken. Aus *grundrechtlicher Perspektive* genießt, wer in einer Schweizer Gesundheitsinstitution stationär versorgt wird, einen besonderen Rechtsschutz. Aufgrund des besonderen Abhängigkeitsverhältnisses sind die betreffenden Institutionen und die in ihr tätigen Fachpersonen dazu verpflichtet, zu gewährleisten, dass das Recht auf Glaubens- und Gewissensfreiheit gewährleistet bleibt (Bundesverfassung Art. 15). Das gilt auch für Patientinnen und Patienten, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, und betrifft insbesondere die Ausübung identitätsbestimmender Formen religiös-spiritueller Praxis.

Die zweite Begründungsperspektive wurde bereits eingangs genannt: Spiritual Care gehört zum Grundauftrag von Palliative Care. Der Einfluss von religiös-spirituellen Einstellungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität, auf den Umgang mit Krankheit und auf therapeutische Entscheidungsprozesse ist empirisch gut belegt. Wenn nach der WHO die spirituelle Dimension deshalb in alle Bereiche der Gesundheitsversorgung einbezogen werden soll, so gilt dies am Lebensende in besonderer Weise.

Die grundrechtliche und therapeutische Perspektive wird durch eine *professionsethische* ergänzt: Um zum Wohl von Patientinnen und Patienten tätig sein zu können, bedarf es einer wertschätzenden, der eigenen Grenzen bewussten Haltung gegenüber ihren weltanschaulichen und religiös-spirituellen Hintergründen. Eine solche Wertschätzung ist etwas anderes als eine kühle Neutralität, die dazu neigt, weltanschaulich-religiöse Fragen im Tabubereich zu belassen. Zur Professionsethik gehört auch die kritische Reflexion auf die eigenen Überzeugungen, die Handlungen leiten oder sie möglicherweise blockieren. Insofern professionelles Handeln und therapeutische Entscheidungen im Bereich Palliative Care auch von persönlichen Einstellungen beeinflusst werden, ist es für die beteiligten Fachpersonen wichtig, ihre eigene Haltung zu reflektieren und in einen offenen interprofessionellen Austausch einzubringen.

Spiritual Care in Palliative Care als interprofessioneller Lernprozess

Die Arbeit an den Leitlinien machte den Mitgliedern der Taskforce erfahrbar, was sich immer mehr als ebenso bescheidenes wie ambitioniertes Ziel herauskristallisierte: einen interprofessionellen Lernprozess zu fördern. Rückblickend lassen sich mehrere Faktoren benennen, die innerhalb unserer Gruppe einen solchen Prozess begünstigten. Das ausgewogene Verhältnis zwischen den beteiligten Berufsgruppen, dürfte der wichtigste von allen gewesen sein. Kaum weniger bedeutsam war die Bereitschaft, sich bei kontroversen Fragen Zeit zu nehmen, um die unterschiedlichen Anliegen, Ausdrucksweisen und Perspektiven genauer zu artikulieren und besser zu verstehen.

Ich nenne exemplarisch zwei Punkte, an denen ein solcher Verständigungsprozess nötig wurde. Der erste betrifft die Frage nach dem Sinn und den Grenzen standardisierter Assessments. Bereits bezüglich der Wahl der Begriffe waren wir uns wenig einig. Ist es passend, von «spirituellen Assessment» zu sprechen? Wenn Sprache Wirklichkeit formt: Formt sie sie in diesem Fall in angemessener Weise? Wäre das weniger gebräuchliche Wort «Erkunden» nicht geeigneter, um zu signalisieren, dass es um ein diskretes Herantasten geht? Doch wird es auch so verstanden? Wir einigten uns schliesslich darauf, dem Abschnitt den Titel zu geben «Wahrnehmen, Erkunden und Dokumentieren von spirituellen Aspekten». Damit wollten wir auch die grundlegende Bedeutung eines nicht-invasiven Wahrnehmens unterstreichen.

Unterschiedliche Ansichten gab es auch bezüglich der Frage des Gebets mit Patientinnen und Patienten. Wie bei kaum einer anderen Frage zeigt sich hier die Bedeutung des gesellschaftlichen und kulturellen Kontexts (vgl. Peng-Keller 2017). Dass in einem kirchlichen Spital eine Ordensfrau, die in der Pflege tätig ist, mit Sterbenden oder ihren Angehörigen betet, dürfte weltweit in vielen Ländern nach wie vor üblich sein, so wie es in der Schweiz bis vor einigen Jahren üblich war. Doch wie ist eine solche Praxis zu bewerten, wenn sie sich in einer säkularen Institution und unter den Bedingungen weltanschaulicher Pluralität vollzieht? In Anlehnung an die 2017 veröffentlichten *Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie* der DGPPN (Utsch et al. 2017), die «spirituelle Interventionen» innerhalb von psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings problematisieren, fand sich in einer früheren Version der Leitlinien dazu der folgende Passus:

«Das Angebot eines Gebets oder eines religiösen Rituals ist in der Regel den dazu beauftragten Seelsorgenden vorbehalten, die derselben Religionsgemeinschaft angehören wie der Patient bzw. die Patientin. In den meisten

r/s Gemeinschaften gibt es bzgl. Form und Verantwortlichkeit für rituelle Vollzüge klare Regelungen, die respektiert werden sollten. Kommt die Initiative zu einem gemeinsamen Gebet von den Patienten/Patientinnen selbst, liegt es in der persönlichen Verantwortung der angefragten Personen, mit dieser Anfrage in verantwortungsvoller Weise umzugehen.»

Auch nach Einfügung des abschwächenden «in der Regel» konnte sich ein Teil der Taskforce mit dieser Formulierung nicht anfreunden. Befürchtet wurde, das Feld interprofessioneller Spiritual Care durch normative Grenzziehungen unnötig einzuengen. Wir einigten uns schließlich darauf, diesen Passus durch den doppelten Hinweis zu ersetzen, dass auf Vorbehalte gegenüber spirituellen Angeboten ebenso zu achten sei wie auf religionspezifische Vorgaben bezüglich ritueller Vollzüge.

Ausblick

Die in diesem Beitrag kurz skizzierten Leitlinien sind, wie bereits die Bigorio-Empfehlungen von 2008, ein Versuch, ein sich entwickelndes Praxisfeld zu überblicken und Standards zur Qualitätssicherung auszuformulieren. Es ist kaum zu bestreiten: Der interprofessionelle Lernprozess in diesem Feld hat auf nationaler und lokaler Ebene eben erst begonnen. Was für die Palliative Care in der Schweiz vor zwei Jahrzehnten galt, trifft heute für die interprofessionelle Spiritual Care in diesem Kontext zu: sie steckt noch in der Pionierphase, in der die empirischen Grundlagen, integrative Konzepte und Best-practice-Modelle erarbeitet werden und überprüft werden müssen. Die Leitlinien sind ein Instrument für diesen Klärungs- und Reflexionsprozess.

Simon Peng-Keller

Ammerman, N.T. (2013). Spiritual But Not Religious? Beyond Binary Choices in the Study of Religion. In *Journal for the Scientific Study of Religion* 52 (2): 258–278.

Balboni, M.J., Sullivan, A., Enzinger, A.C., Epstein-Peterson, Z.D., Tseng, Y.D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., Van der Weele, T.J., Balboni, T.A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2014.

Balboni, Michael J., und Balboni, Tracy A., *Hostility to Hospitality. Spirituality and Professional Socialization within Medicine*, Oxford 2019.

Peng-Keller, S. (2017). Gebet als Resonanzereignis. Konzeptionelle und ethische Annäherungen im Hinblick auf interprofessionelle Spiritual Care, in: Peng-Keller, S. (Hg.). *Gebet als Resonanzereignis. Annäherungen im Horizont von Spiritual Care* (Theologische Anstöße Bd. 7). Göttingen 2017, 9–25.

Utsch, M., et al. (2017). Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Positionspapier der DGPPN, *Spiritual Care*, Bd. 6, Heft 1, 141–146. DOI: <https://doi.org/10.1515/spir-care-2016-0220>.