

1 Einleitung

1.1 Palliative Care

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002)¹. Der englische Begriff Care umschreibt einen umfassenden Ansatz, der sorgsame Begleitung, Pflege und alle Weisen der Behandlung mit umfasst. Synonym zum Begriff Palliative Care werden häufig auch Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung verwendet.

Palliative Care impliziert eine Fülle therapeutischer und situationsbezogener Maßnahmen, die nicht allein die Bedürfnisse der Kranken, sondern alle in der Versorgung beteiligten Professionen und Helfer in den Blick nimmt. Im Fokus der Versorgung und Begleitung steht die „Unit of Care“,

1 Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand: 31. Oktober 2003), <http://www.dgpalliativmedizin.de> (abgerufen am 26.02.2010)

„Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.“

(Vgl. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> abgerufen am 13.06.2010)

das heißt der kranke Mensch und sein soziales Bezugssystem – z. B. Familienangehörige oder Freunde.

Die Palliativmedizin ist wie alle medizinischen Disziplinen dem Leben verpflichtet, versucht aber in besonderem Maße, das Sterben als natürlichen Vorgang in den menschlichen Lebens- und Krankheitsprozess einzubinden. Die Integration der Hospizidee mit ihrer sozialen und spirituellen Dimension in den medizinischen Alltag ist ein notwendiges Gegengewicht zu der Medikalisierung von Tod und Sterben. Orientiert an einem ganzheitlichen Menschenbild und davon abgeleitet beschreibt Dame Cicely Saunders – die im Jahre 2005 verstorbene Begründerin der modernen Hospizarbeit und Palliativversorgung – die Dimensionen im Behandlungskonzept einer zum Tode führenden Erkrankung mit dem Begriff des Total Pain. In einem Menschen können körperliche, spirituelle, soziale und psychische Dimension unterschieden, aber nicht von einander getrennt werden. Nach den Vorstellungen der WHO ist palliatives Handeln nicht auf die schwer zu definierende Endphase des menschlichen Lebens zu beschränken, sondern in unterschiedlicher Gewichtung mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung in ein Behandlungskonzept zu integrieren.



Abbildung 1: Dimensionen von Palliative Care

Eine diese vier Bereiche umfassende und integrierende Versorgung setzt spezifisches Wissen voraus, die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Bedürfnissen sowie die Bereitschaft zu berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit und zur Reflexion der eigenen Haltung im Umgang mit Leid, Sterben, Tod und Trauer.

1.2 Spirituelle Begleitung – unverzichtbarer Baustein im hospizlichen und palliativen Handeln

Dem ganzheitlichen Menschenbild entsprechend lässt sich persönliches Leid nicht auf eine Störung physischer, psychischer oder sozialer Funktionen

reduzieren, sondern hat immer eine spirituelle Komponente. Diese zeigt sich z. B. in den Fragen nach Schuld und Sinn oder im Blick auf das eigene Leben als Häufung von Leid. Dazu gehören auch die Grundfragen menschlicher Existenz: Warum? Woher? und Wohin?

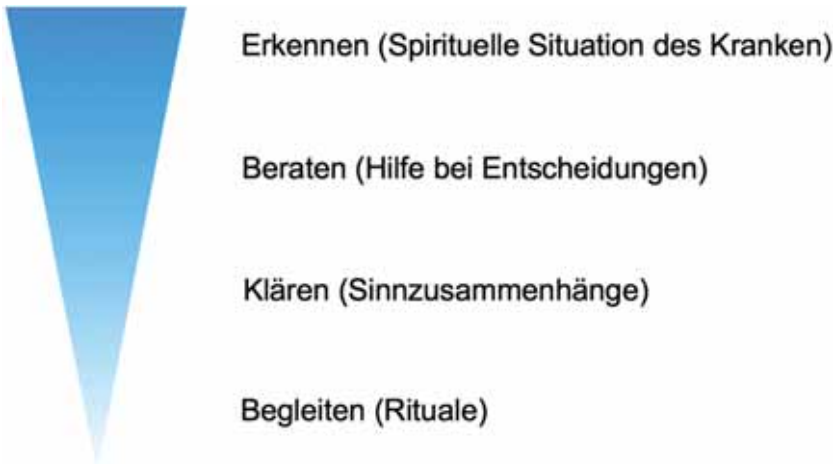


Abbildung 2: Ebenen spiritueller Begleitung

Spirituelle Begleitung eröffnet diesen existenziellen Fragen ihren Raum und verankert diese im Betreuungskonzept. Dabei hat keine Berufsgruppe ein Monopol für die genannten Aufgaben.

Prinzipiell ist jeder Mensch fähig, einen anderen spirituell zu begleiten. Darum gehört es zu den Grundaufgaben jedes in der Palliativversorgung Tätigen, die spirituelle Dimension eines Menschen wahrzunehmen. Folgerichtig ist Spiritualität fester Bestandteil der Curricula für medizinische, pflegerische und psychosoziale Berufe. Dennoch bedarf es in jedem Betreuungsteam eines Seelsorgenden, der sich vertiefte Kenntnisse und spezifische Kompetenz angeeignet hat, sowohl im Blick auf die eigene als auch auf andere Religionen und Weltanschauungen. Die Differenzierung und Präzisierung der Zuständigkeiten (vgl. **Abb. 2**) ist darum Teil des Curriculums Palliative Care für Seelsorgende.

Die qualifizierten Seelsorgenden in der Palliativversorgung sind zuständig dafür, dass die spirituellen Nöte, Bedürfnisse und Ressourcen eines Patienten, seiner An- und Zugehörigen und des gesamten Behandlungsteams wahrgenommen und entsprechend begleitet werden. So trägt spirituelle Begleitung zum Erhalt oder zur Verbesserung von Lebensqualität bei. Spirituelle Begleiter arbeiten mit anderen Mitarbeitenden der Palliativversorgung innerhalb einer festen Teamstruktur zusammen.² Die christlichen Kirchen

² Vgl. Hagen T (2009) Spiritualität und Seelsorge im Krankenhaus – Lebendige Seelsorge, 277–281.

gewährleisten dies durch eine spezielle pastorale Ausbildung und Beauftragung von Seelsorgenden in Palliative Care. Seelsorgende sind damit in doppelter Weise verankert: zum einen innerhalb des Palliativ-Teams, zum anderen innerhalb der entsendenden Kirche. Diese feste Verankerung ermöglicht Integration unter Wahrung prinzipieller Unabhängigkeit.³

³ Vgl. Roser T (2010) Anforderungen zur Feldkompetenz in verschiedenen Seelsorge-Bereichen. In: Evangelische Kirche in Deutschland (Hrsg.) Seelsorge – Muttersprache der Kirche, 13–20.

2 Überlegungen zum Arbeitsfeld

2.1 Spiritualität

2.1.1 Begriffsbestimmung

Für den Begriff Spiritualität unterscheidet man eine französische und eine angelsächsische Traditionslinie. Das französische *spiritualité* leitet sich ab von der katholischen Ordenstheologie in Frankreich um 1900 als „Lehre vom religiösgeistlichen Leben“⁴. Seit dem 17. Jahrhundert bezeichnete *spiritualité* die „persönliche Beziehung des Menschen zu Gott“. Diese Linie nimmt Motive von „Frömmigkeit“ und „Leben aus dem Geist Gottes“ in sich auf. Spiritualität vollzieht sich hier in geprägten Praxisformen und Übungen in enger Anlehnung an die Tradition kirchlicher Lehre und kirchlicher Gemeinschaftspraxis.

Die angelsächsische Traditionslinie versteht unter *spirituality* in einem weiteren Sinn „Religiosität, die auf direkter, unmittelbarer, persönlicher Erfahrung von Transzendenz beruht“⁵. *Spirituality* steht seither für die subjektive und individuelle Verinnerlichung von Religion, in selbst gewählter Verhältnisbestimmung zur Religionsgemeinschaft, meist als Unabhängigkeit und Distanznahme.

Beide Traditionslinien verbindet die Achtung vor dem Individuum und seiner religiösen Erfahrung. Sie unterscheiden sich in der Bezugnahme auf bestehende Traditionen.

Für die Palliativversorgung ist es somit wichtig, beide historischen Stränge und ihre gemeinsame Basis in der persönlichen Beziehung eines Menschen zur Transzendenz zu kennen.

Palliative Care fokussiert die individuelle Lebensqualität und subjektive Befindlichkeit des Patienten. Spirituelle Begleitung gilt darum individueller

4 Benke C (2004) Was ist (christliche) Spiritualität? Begriffsdefinitionen und theoretische Grundlagen. In: Zulehner P (Hrsg.) *Spiritualität – mehr als ein Megatrend*. Ostfildern, 29–43, 31. – Vgl. Roser T (2007) *Spiritual Care – Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte von Krankenhausseelsorge*.

5 Benke C (2004), 32.

spiritueller Not, spirituellem Wohlbefinden und dem Zugang der „Unit of Care“ zu spirituellen Ressourcen⁶.

Der Arbeitskreis Spirituelle Begleitung in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin versteht Spiritualität als die innere Einstellung, den inneren Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen versucht⁷. Diese Beschreibung erfordert eine grundsätzliche Offenheit gegenüber individuellen Formen von Spiritualität.

Die Haltung der Achtung vor der individuellen Spiritualität in einer hospizlichen oder palliativmedizinischen Einrichtung entspricht dem Geist der romanischen Traditionslinie. Davon lässt sich ableiten, dass Achtung als gemeinsame Haltung das Betreuungsteam prägt, gelehrt und in Praxisformen umgesetzt werden kann.

Spiritualität ist zu unterscheiden, aber nicht zu trennen von Religion, Glaube und Frömmigkeit. Sie gehören in ein gemeinsames Begriffsfeld und zum Aufgabenfeld spiritueller Begleitung. Erhard Weiher unterscheidet zudem zwischen der existenziellen und der spirituellen Dimension: Die Bedrohung der eigenen Existenz führt zur „Erfahrung, dass das Selbst ungesichert, in seinem Dasein begrenzt und vom Tod bedroht ist. Die spirituelle Dimension meint im Unterschied zur existenziellen eher die persönliche innere Ausrichtung des Menschen.“ Spiritualität ist der deutende Umgang: „die innere Lebenseinstellung und das ganz persönliche Ringen um Sinngebung und Hoffnung, mit dem der Patient auf die existentielle Herausforderung ein hilfreiches Gegengewicht sucht.“⁸

Sinnsuche und Sinnerfahrung sowie ein In-Beziehung-Sein stehen auch im Vordergrund der Definition von Spiritualität, die 2009 als Ergebnis eines US-weiten Beratungsprozesses zwischen Vertretern verschiedener Religionen und Berufsgruppen im Feld Palliative Care vorgestellt wurde: „Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred.“⁹

Es geht um ein In-Beziehung-Sein mit individuellen Kraftquellen, ein gemeinsames Arbeiten an der eigenen Haltung im Umgang mit Patienten und ihren Angehörigen. Das Aushalten von Leid, Sterben und Trauer ist somit Aufgabe des Einzelnen und des Teams. Seelsorge in ihrer pastoral-

6 Vgl. auch BIGORIO (2008) Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur ‚best practice‘ für Palliative Care in der Schweiz. In: palliative-ch (2010) Heft 01.

7 DGP-Homepage [http://www.dgpalliativmedizin.de/DGP-Arbeitskreis Spirituelle Begleitung](http://www.dgpalliativmedizin.de/DGP-Arbeitskreis_Spirituelle_Begleitung) (abgerufen am 25.05.2010).

8 Weiher E (2009) Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Kohlhammer, 26 f.

9 Puchalski CM et al. (2009) Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference, *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 12/10 (2009): 885–904; Vgl. auch Puchalski CM, Ferrel B (2010) Making Health Care Whole. Integrating Spirituality into Patient Care, Templeton 2010.

psychologischen Ausrichtung auf das Gespräch und in ihrer liturgischen Kompetenz für rituelle Praxis leistet dazu einen zentralen Beitrag.

2.1.2 Differenzierung der Kompetenzbereiche

Die pastorale Ausbildung durch die beiden großen Kirchen macht theologische und pastoralpsychologische Kompetenz zur Voraussetzung einer Tätigkeit als Seelsorger. Die Ausbildung umfasst ein theologisch-geisteswissenschaftliches Studium, eine mehrjährige praktische Ausbildung in der Pfarrei sowie Einzel- und Gruppensupervision. Seelsorgende, die in die Krankenhausseelsorge gehen, werden in einer pastoralpsychologischen Weiterbildung (z. B. Klinische Seelsorge-Ausbildung) auf ihre Aufgabe vorbereitet.

Der Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende dient neben der Kompetenzerweiterung in den Bereichen spiritueller, pastoralpsychologischer, ritueller und organisationaler Handlungsfähigkeit der Reflexion der eigenen Einstellung zum Leben und Sterben.

Spirituelle Kompetenz

Seelsorgende nehmen in der Begegnung mit kranken Menschen und ihren Angehörigen im ambulanten oder stationären Bereich sowie den dort arbeitenden Menschen die spirituellen Ressourcen der Menschen wahr und erschließen diese mit ihnen für ihre Lebenssituation.

Grundlegende Basis allen seelsorglichen Handelns ist Offenheit und die Bereitschaft, in der Begegnung präsent und klar zu sein. Das Angebot seelsorglicher Begleitung gilt Patient, Angehörigem oder Teammitglied, unabhängig von deren Religionszugehörigkeit¹⁰. Begleitung geschieht im Gespräch und durch Beratung sowie Vermittlung oder Feier liturgisch-ritueller Handlungen.

Die Reflexion eigener Erfahrungen und Wertvorstellungen sowie der eigenen Spiritualität¹¹ (vgl. Abb. 3)¹² ist Voraussetzung, um mit anderen über existenzielle Erfahrungen kommunizieren zu können.

„Krankenhausseelsorger bedürfen einer menschlichen und spirituellen Stabilität [...] In der Begleitung von Patienten werden die Seelsorger mit Schicksalen und biographischen Höhe- und Tiefpunkten konfrontiert – wie

10 Vgl. Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge in Deutschland (2004); Evangelische Kirche in Deutschland (2004) Die Kraft zum Menschsein fördern. Leitlinien für die Evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe; Evangelische Kirche in Deutschland (2001) Krankenhausseelsorge-Ordnung für die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern.

11 Vgl. Bertram P, Kneißl S, Hagen T (2009) Krankenhausseelsorge – Qualität im Kontext von Spiritual Care. In: Frick E, Roser T (Hrsg.) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Kohlhammer, 80–92.

12 Hagen T, Raischl S (2009) Allgemeine und spezielle Kompetenzen in Spiritual Care. In: Frick E, Roser T (Hrsg.) Spiritualität und Medizin, a. a. O., 278–286.

gut, wenn sie da aus dem Glauben Zusammenhänge sehen und konkretes Leben deuten können“¹³.



Abbildung 3: Ebenen spiritueller Erfahrung

Rituelle Kompetenz

Am Lebensende eröffnen und gestalten „rites de passage“ die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen an der Schwelle zum Tod. Bei vielen Menschen wächst in dieser Lebenssituation das Bedürfnis nach Ritualen, die sich aus Wort und Zeichenhandlung zusammensetzen. Verbindet der Sterbende mit dem Zeichen eine bedeutsame biographische Erfahrung, so wird es ihm einen Weg öffnen können. Ressourcen in der eigenen Lebensgeschichte zu entdecken und in der existenziellen Bedrohung zugänglich machen zu können, ist eine herausfordernde und lohnende Aufgabe in der geistlichen Begleitung, da sie die existenzielle und die spirituelle Dimension unmittelbar aufeinander bezieht.¹⁴

Spirituelle Begleitung kann der Sprachlosigkeit in existenziellen Situationen durch den kultursensiblen Einsatz von Zeichen (Ritual) Ausdruck verleihen und so Patienten und Angehörige unterstützen, sich mit ihren Wurzeln zu verbinden.

¹³ Die deutschen Bischöfe (1998) Die Sorge der Kirche um die Kranken.

¹⁴ Vgl. Frick E, Hagen T (2009) Rituale, Zeichen und Symbole. in: Frick E, Roser T (Hrsg.) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, a.a.O., 265–271.

Organisationale Kompetenz

Im Feld Palliative Care müssen organisationale, ethische und kontextuale Kompetenzen gestärkt werden. Andreas Heller fasst die Fähigkeit zu multiprofessioneller Zusammenarbeit sowie Organisation und Vernetzung als Interkompetenz zusammen¹⁵. Es geht darum, die Übergänge von einer Versorgungsstruktur in die andere (z. B. Palliativstation, Zuhause, Ortsgemeinde) zu gestalten und eine kontinuierliche seelsorgliche Begleitung anzubahnen.

Darüber hinaus ist spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge ein Angebot für die Mitarbeitenden der Palliativversorgung bei Fragen, die sich aus der spezifischen Tätigkeit im Umgang mit kranken und sterbenden Menschen ergeben. Sie umfasst individuelle Gespräche und Angebote für das Team und geschieht durch gemeinsames Gestalten von Raum und Zeit bei Ritualen oder Gedenkfeiern und im Mitdenken in Entscheidungsprozessen sowie bei ethischen Fragestellungen.

2.2 Das Zusammenwirken der beteiligten Berufsgruppen

2.2.1 Berufsspezifische Handlungsfelder

Palliative Care kann ihrem Ansatz entsprechend nur gelingen, wenn die Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Seelsorge, Physiotherapie, Psychologie, weitere Therapien, Ehrenamt, etc.) konstruktiv zusammenarbeiten. Das beinhaltet zunächst die Gestaltung einer effektiven Kommunikationsstruktur in Form von Patientenübergaben, Stationskonferenzen, Teamgesprächen, Supervision und eines ethischen Diskurses. Patientenorientierung braucht notwendig dichten Austausch und Abgleich von Versorgungszielen im multiprofessionellen Team. Widersprüche und Unterschiede in der Einschätzung gilt es dabei für den Kranken auszubalancieren. Kooperation heißt dabei, als gleichberechtigter Partner mit anderen zu arbeiten und die speziellen Kompetenzen der Berufsgruppen zu kennen und einzubinden. Nicht zuletzt gehört im Sinne der Hospizidee die Integration von ehrenamtlich Begleitenden und freiwillig Helfenden dazu. Dies ist für jede der beteiligten Berufsgruppen eine große Herausforderung. Kein einzelner Mensch und keine singuläre Profession sind allein in der Lage, die vielfäl-

15 „Die Kunst der palliativen Versorgung besteht ja gerade darin, den ganzen Menschen zu sehen, den Kontext im Blick zu haben und die Anschlüsse und Brücken zwischen den Personen und Professionen denkend und handelnd mit ein zu beziehen. Insofern müssen weniger Funktionen, funktionales Handeln oder allein fachspezifische Wissensbestände verstärkt werden, als vielmehr ein Denken und Handeln in Prozessen in interdisziplinären Kategorien.“ (Heller A, 2007, 207)

tigen Probleme des Patienten und seiner Angehörigen zu sehen und ihnen in der erforderlichen Breite kompetent zu begegnen.

Multiprofessionelles Arbeiten ist „eine beständige Einübung der Fähigkeit, sich selbst zu relativieren, dem anderen großmütig den Vortritt zu gewähren und bescheiden zu bleiben.“¹⁶

2.2.2 Arbeiten im Team

In jedem Team arbeiten verschiedene Berufsgruppen und darüber hinaus Menschen unterschiedlicher Interessen, Herkunft und kultureller Prägung miteinander. Sie begegnen bedingt durch Phänomene wie Migration Patienten mit unterschiedlichen religiösen und soziokulturellen Wurzeln sowie moralischen Vorstellungen. Die Pluralität der Wertvorstellungen aller Beteiligten führt dazu, dass Herausforderungen in der Patientenversorgung unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Grenzsituationen, in denen unter Zeitdruck Entscheidungen mit weitreichenden Konsequenzen getroffen werden müssen, gehören zum Alltag. Ein verlässliches und belastbares Team ist erforderlich. Die Festlegung und Anpassung verbindlicher Behandlungs- und Begleitungsziele ist eine komplexe Aufgabe für das Team. Ist in der eigenen Berufsgruppe die Zusammenarbeit noch nicht geklärt, erhöht sich die Komplexität durch die Integration anderer Berufsgruppen.

Es gilt zu überprüfen, was gemeinsame „Care“ bedeutet, in der Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter etc. in gegenseitiger Anerkennung, Wertschätzung und Respekt miteinander arbeiten. Hierbei sind hierarchische und tradierte Hürden sowie eigene und fremde Rollen zu beachten, zu überdenken und gegebenenfalls anzupassen.

Dies gilt auch für die Seelsorge: Konkret wird die Herausforderung des Arbeitens im Team für tradierte Vorstellungen beispielsweise am Thema Dokumentation und Informationsaustausch. Teamarbeit bedingt, andere zu informieren und mit ihnen verbindliche Absprachen zu treffen. Zudem erfordert Teamarbeit eine für Patienten erkennbare Zugehörigkeit der Seelsorgenden zum Behandlungsteam. Zu überprüfen ist, wie diese Herausforderungen die berufsspezifischen Forderungen nach Wahrung von Vertraulichkeit und Seelsorgegeheimnis tangieren. In Absprache mit den Trägern und Auftraggebern von Seelsorge sind notwendige Anpassungen und Vereinbarungen zu treffen.

16 Knipping C, Heller A (2007) Palliative Care – Haltungen und Kulturen. in: Knipping C (Hrsg.) Lehrbuch Palliative Care, 2., überarb. Aufl., 44.