palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

SPIRITUAL CARE IN PALLIATIVE CARE

LEITLINIEN ZUR INTERPROFESSIONELLEN PRAXIS

Revidierte Auflage 2026

Einleitung **4**

1. Grundlagen **6**

2. Spiritualität und Religiosität 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 und Implementierung **17**

7. Aus-, Weiter- und Fortbildung **18**

Anhang **19**

I. Unterstützende Instrumente (s. Abschnitt 3) 19
II. Dokumente von palliative ch 21
III. Weitere Literatur 21
IV. Mitglieder der Arbeitsgruppe Spiritual Care 23

EINLEITUNG

Die Bedeutung der religiösen und spirituellen Dimension für die Palliative Care wurde früh erkannt. Sie ist wesentlicher Teil einer angemessenen Begleitung von Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen.[1] Eine internationale Forschungsgruppe der Weltgesundheitsorganisation, welche die Rolle von Spiritualität und Religiosität für die Lebensqualität untersuchte, bekräftigte 2006 die Empfehlung, diese Aspekte als regulären Teil der Versorgung, insbesondere bei schwerkranken und terminalen Patient:innen einzubeziehen, da sie deren Lebensqualität massgeblich beeinflussen (WHOQOL SRPB Group 2006). Unzählige seither publizierte Studien bestätigen diesen Zusammenhang (Best 2024).

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. Die vorliegenden Leitlinien sind diesem Praxis-, Ausbildungs- und Forschungsfeld, das sich in der Schweiz in den letzten Jahren stark entwickelt hat, verpflichtet.

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 einer in weltanschaulicher und spiritueller/religiöser Hinsicht pluralistischen Gesellschaft und säkularer Gesundheitsinstitutionen (Bundesamt für Statistik 2025 & Peng-Keller et al. 2024) stellt 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 interprofessionelle 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 als Beitrag zur Qualitätssicherung in diesem Bereich.

ADRESSAT:INNEN

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 verbinden. 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. Für die Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care liegen solche bereits vor. [2]

INHALTE

Die Leitlinien beschreiben die folgenden Aspekte 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.

TERMINOLOGIE[3]

- 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).
- *Spiritualität* wird multidimensional verstanden als Verbundenheit einer Person mit dem, was ihr Leben trägt, inspiriert und integriert sowie die damit verbundenen existenziellen[4] Überzeugungen, Werthaltungen, Erfahrungen und Praktiken, die religiöser oder nicht-religiöser Art sein können.[5]
- Religiosität meint den persönlichen Glauben und die eigene Form, religiös zu leben. Religiosität findet sich innerhalb und ausserhalb von religiösen Institutionen. Nicht alle Menschen, die einer religiösen Institution angehören, verstehen sich als religiös und nicht alle, die keine solche Zugehörigkeit haben, bezeichnen sich als nicht religiös.
- S/R bzw. s/r steht im Dokument im Folgenden als Kürzel für *Spiritualität und* Religiosität bzw. *spirituell und* religiös.
- Basierend auf den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» (2011/2014) verstehen diese Leitlinien 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 darstellt. Patient:innen 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» (Nationale Leitlinien Palliative Care 2011/2014, 8).
- *Spiritual Care* wird im folgenden Abschnitt näher bestimmt.

1 Der Begriff *Patient:innen* wird im vorliegenden Dokument als übergreifende Bezeichnung für alle Personen (inkl. ihr soziales Umfeld) verwendet, die Spiritual Care empfangen – unabhängig vom jeweiligen Setting (z. B. auch Bewohnende in Langzeitinstitutionen oder Klient:innen in ambulanten Angeboten).

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

3 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.

4 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».

5 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 den Nationalen Leitlinien Palliative Care des Bundesamtes für Gesundheit, die sich auf Vorgaben der WHO stützen, werden die Aufgaben der Spiritual Care 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 s/r Aspekten in die professionelle Palliative Care. Dazu gehören neben einer palliativen Grundhaltung und spezifischem Fachwissen auch erwerbbare, 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 s/r Überzeugungen und Praktiken erfordert auch einen reflektierten Umgang mit den Grenzen des eigenen Wissens, Verstehens und Könnens.

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

1) **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 s/r Praxis muss auch unter den Bedingungen des klinischen Alltags oder der Krankheit möglich bleiben. Das gilt auch für Patient:innen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören.

2) **Palliative Perspektive**

Bei vielen Menschen ist S/R identitätsbildend und in Krisen und Grenzsituationen in hohem Masse bedeutsam. Der Einfluss von s/r Einstellungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität, auf den Umgang mit Krankheit und auf therapeutische Entscheidungsprozesse ist empirisch gut belegt (Best 2024). Als therapierelevante Faktoren sind s/r Aspekte somit auf professionelle Weise in die Kontakte mit Patient:innen und An- und Zugehörigen einzubeziehen.

3) **Professionsethische Perspektive**

Aufgrund ihrer Berufsethik sind alle Fachpersonen verpflichtet, Patient:innen in einer wertschätzenden, der eigenen Grenzen bewussten Haltung gegenüber ihren weltanschaulichen und s/r 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 Patient:innen 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 S/R im Allgemeinen und zur S/R der ihnen anvertrauten Personen zu reflektieren und ggf. auch transparent zu machen.

2. SPIRITUALITÄT UND RELIGIOSITÄT IM KONTEXT VON PALLIATIVE CARE

Spiritualität und Religiosität 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 s/r Ressourcen neu oder vertieft zugänglich zu machen, um bestimmte Praktiken in einer neuen Umgebung vollziehen zu können, um s/r Krisen zu lindern u. a. m. Die folgende Aufzählung konzentriert sich auf Aspekte, die sich in palliativen Situationen regelmässig zeigen.

S/R als lebensbestimmende Dimension berücksichtigen

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

Gemeinschaftliche Einbettung wahrnehmen

Auch wenn S/R in säkular geprägten Gesellschaften tendenziell der Privatsphäre zugeordnet wird, spielen s/r Gemeinschaften für viele Menschen eine bedeutende Rolle (BfS 2024; Peng-Keller et al. 2024). Sich in Krankheits- und Sterbesituationen gemeinschaftlich eingebettet zu erfahren, bedeutet für viele Patient:innen und An- und Zugehörige einen grossen Trost. Viele s/r 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 Aufenthalts in einer Gesundheitsinstitution braucht es oft Unterstützung von aussen, damit diese gemeinschaftliche Dimension der eigenen S/R aufrechterhalten werden kann. Einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen in diesem Zusammenhang Personen, die einer s/r Minderheit angehören.

S/R bei Entscheidungen am Lebensende einbeziehen

In palliativen Situationen stehen Patient:innen 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. Da S/R bei vielen Patient:innen 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

S/R 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 s/r Überzeugungen hinterfragt werden.[6] Zudem ist es, bedingt durch Krankheit und/oder Hospitalisierung, manchmal nicht mehr möglich, gewisse haltgebende Rituale und Praktiken auszuüben.

Nicht selten berichten s/r Patient:innen 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.»[7]

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 Phänomen, die einer Behandlung bedürfen (Depression, psychotisches Erleben, religiöser Wahn etc.).

Spirituelle Dimensionen von Krankheitssymptomen im palliativen Kontext

In der palliativen Versorgung ist die spirituelle Dimension in der Symptomatik und Diagnostik ebenso wie im therapeutischen und begleitenden Prozess zu berücksichtigen. Dazu gehört beispielsweise das von Cicely Saunders beobachtete Phänomen der spiritual pain (als Aspekt von total pain), das die Schmerzbehandlung entscheidend beeinflusst ebenso wie die Wechselwirkungen zwischen körperlichem und seelisch-spirituellem 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 et al. (2010)[8] gibt es bei terminalen Erkrankungen für die psychosoziale und spirituelle Unterstützung von Patient:innen 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 An- und Zugehörige in ihrer Wahrnehmung und ihren Zielen an unterschiedlichen Punkten stehen (z. B. Ehemann will seine Frau nicht gehen lassen, setzt sie unter Druck zu kämpfen), 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.[9] Die grosse Mehrheit dieser Erlebnisse hat einen tröstlichen Charakter und stellt für die Betroffenen eine Ressource dar. Die erlebten Motive entsprechen jenen, die teilweise auch symbolisch kommuniziert werden: Sie betreffen Vorahnungen, das Herstellen von Ordnung,

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

7 La spiritualité en soins palliatifs. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois 5 (2008), 5.

8 Da das Versterben an einer terminalen Erkrankung in palliativen Kontexten die häufigste Form darstellt, beschränken wir uns einfachheitshalber auf diesen Sterbeverlauf.

9 Vgl. Peng-Keller 2017b. In einer jüngeren Befragung von Hospizpatient:innen berichteten 88,1% von visionärem Traum- und Wacherleben, vgl. Kerr 2014.

Vorbereitungen für eine Reise, die Verbindung mit Verstorbenen und die Gestaltung des Abschieds. Für An- und Zugehörige und professionelle Begleitende 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 (Weiher 2017; Peng-Keller 2017a). 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 s/r Überzeugungen und Wünsche aktiv in die Palliative Care einzubeziehen und für Entscheidungen zu berücksichtigen, bieten sich für die verantwortlichen Fachpersonen zwei unterschiedliche, sich ergänzende Wege an: die achtsame Wahrnehmung und der Weg des direkten Ansprechens und Erfragens.[10] Beide Formen bedürfen einer offenen, respektvollen und wertschätzenden 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 s/r Bedürfnissen und den 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 Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen auch auf spirituelle Aspekte zu achten. Dazu gehört auch ein systemischer Blick auf Beziehungskonstellationen und die (Nicht-)Einbettung in s/r Gemeinschaften. Spirituelle Ressourcen und Nöte werden nicht selten in indirekter und beiläufiger Form zur Sprache gebracht.[11] 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 s/r 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 (besonders in Todesnähe) 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 Patient:innen auf diskrete Weise Möglichkeiten zur Selbstmitteilung eröffnet, dürfte in der Regel der beste Weg sein. Die Eröffnung eines solchen Prozesses kann entweder durch standardisierte Screeningfragen[12] 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?»[13] – «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 Orientierung an bewährten Assessmentinstrumenten hilfreich sein (HOPE, SPIR et al., vgl. Anhang). Zur Exploration gehört schliesslich wesentlich,

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

11 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 die mehr oder minder versteckten Hinweise plötzlich einen Sinn. Die Wahrnehmung dieser Signale ist Aufgabe aller Mitarbeiter im Palliativteam.»

12 In palliativen Kontexten bereits verbreitet sind Belastungsthermometer, in denen Patienten auch auf ihre s/r 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.

13 Chochinov 2017, 50 (leicht angepasst).

Patient:innen 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 s/r Selbstdeutung anzusprechen und zu verstehen. Nach dem Verständnis vieler s/r 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 S/R 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 Patient:innen 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 s/r:

- Sie ist Teil des allen Mitgliedern des Behandlungsteams zugänglichen Dokumentationssystems.
- Alle beteiligten Berufsgruppen sind aufgefordert, Beobachtungen und Vereinbarungen zu s/r zu dokumentieren, sofern sie für die Behandlung/Unterstützung relevant sind.
- Die besonderen und kontextspezifischen professionellen Rahmenbedingungen bzgl. der Möglichkeit und Grenzen der Kommunikation der Seelsorge müssen berücksichtigt werden (Stichwort: Seelsorgegeheimnis).
- Zentrale Komponenten der Dokumentation sind:
  a) Wer ist involviert (oder sollte involviert werden)?
  b) Welche Beobachtungen sind für den interprofessionellen 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 GRUND-KOMPETENZEN

Um die spirituelle Dimension in der beschriebenen Weise in die Palliative Care einzubeziehen, bedarf es folgender Grundkompetenzen (Best et al. 2020):

1) **Kenntnisse**

- Grundwissen über S/R, insbesondere im Kontext von Gesundheit, Krankheit, Leid und Sterben
- Wissen über institutionelle Standards, rechtliche Rahmenbedingungen und Dokumentationspflichten der Spiritual Care
- Kenntnisse über Methoden wie Validierung, Seelsorgedokumentation und Gesprächsführung mit Betroffenen

2) **Haltungen**

- Wertschätzung der spirituellen Dimension als integraler Teil von Gesundheit und Lebensqualität
- Empathie, Offenheit und Respekt gegenüber allen Menschen, unabhängig von deren Weltanschauung und Lebensgeschichte
- Bereitschaft zur Selbstreflexion und zur Auseinandersetzung mit eigenen s/r Überzeugungen, um professionell und authentisch zu handeln
- Toleranz und Sensibilität für Diversität und individuelle Erfahrungen von S/R

3) **Fertigkeiten**

- Fähigkeit, s/r Bedürfnisse in Gesprächen zu ermitteln, wertfrei zu begleiten und angemessen zu dokumentieren
- Kompetenz, s/r und existenzielle Themen in Einzel- und Gruppensettings zu moderieren und gezielt Interventionen einzuleiten (z. B. Rituale, Gebet, Meditation)
- Interprofessionelle Zusammenarbeit und Vermittlung zwischen Patient:innen, Teammitgliedern, weiteren Mitarbeitenden und externen Expert:innen (z. B. Seelsorger:innen, Psycholog:innen)
- Umgang mit Krisensituationen, Trauer, Verlust und Sterbebegleitung – etwa durch Techniken der Gesprächsführung, Krisenintervention und ethischen Entscheidungsfindung

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 ist für alle an Palliative Care beteiligten Fachpersonen von Bedeutung. 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 unterschieden:

- 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 Patient:innen mit komplexen s/r Nöten und Bedürfnissen, Begleitung in akuten Krisen sowie religionsspezifische Praktiken und Rituale.

Der Seelsorge als spezialisierter Spiritual Care 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

Die verbindliche interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert eine Kommunikation, welche sich über den ganzen Behandlungsprozess erstreckt. 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». Das lässt sich weiter spezifizieren:

- Um konsequent in die Palliative Care einbezogen werden zu können, muss die Frage nach der spirituellen Dimension regulär in die Bedürfnisabklärung, deren Dokumentation sowie 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 der s/r 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).[14]

14 Siehe «Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care in Palliative Care» (palliative ch 2018, 13f., Leitlinie 7).

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 s/r-Begleitung hat die besondere Vulnerabilität von palliativen Patient:innen 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 s/r Vorstellungen und Praktiken
  - Hohe Sensibilität für kulturspezifische und s/r 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 Patient:innen gegenüber der angebotenen psychosozialen und spirituellen Versorgung
- Beachtung der religionsspezifischen Vorgaben bezüglich ritueller Vollzüge
- Eigene handlungsleitende Werte und religiöse Einstellungen sind bei Bedarf und in situativ angepasster Weise transparent zu machen (gegenüber Patienten, Kollegen und beauftragenden Institutionen).
- Der vertrauliche Umgang mit Personendaten ist zu gewährleisten.

«Die Akzeptanz von r/s-Überzeugungen bei Patienten findet dort ihre Grenzen, wo Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen» (DGPPN 2017).

6. INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN UND IMPLEMENTIERUNG

Spiritual Care kann nur dann interprofessionell umgesetzt werden, wenn dafür seitens der jeweiligen Institution entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden.[15] Dazu gehören die folgenden Instrumente:

- Das Profil, das Angebot, die Anbieter von Spiritual Care wie auch die damit verbundenen Aufgaben werden in die Versorgungskonzepte der Institution einbezogen und sind Teil des Qualitätsmanagements.
- S/R 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 Patient:innen und An- und Zugehörigen 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.

15 Vgl. Spiritual Care in Palliative Care. Impulse für Spiritual Care in der Langzeitpflege (2024), 11f.; Szilagyi 2024.

7. AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG

Mit Blick auf die im Abschnitt 4 genannten Kompetenzen sollen Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote zu Spiritual Care sowohl die professionsspezifischen 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 und den Einbezug von erfahrenen Fachpersonen. Es sollen rollenbasierte Lernprozesse ermöglicht und supervisorisch begleitet werden. Ebenso sollten die entsprechenden Ausbildungsangebote Räume für Intervision und Austausch in Peer-Groups bieten.

Voraussetzungen für Ausbildner

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

Als Grundlagen zur Entwicklung passender Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote für interprofessionelle Spiritual Care eignen sich insbesondere die von einer international zusammengesetzten Lancet-Kommission erarbeitete Programmschrift «Health professionals for a new century» (Frenk et al. 2010) sowie das White Paper der EACP (Best et al. 2020). Mit Blick auf aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen unterscheidet sie zwischen informativen, formativen und transformativen Bildungsdimensionen, die je eigene Lehr- und Lernformen erfordern:

1) **Informative Bildungsdimension**

Die erste Ebene betrifft das Vermitteln von *Wissen und Fähigkeiten*, um Expert:innen auf ihrem Gebiet auszubilden. Bildungsangebote sollten den derzeitigen Forschungs- und Diskussionsstand zu Spiritual Care im Kontext von Palliative Care in möglichst ausgewogener Weise vermitteln.

2) **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 professionsspezifische Rolle als auch die Fähigkeit der gegenseitigen Verständigung und Wertschätzung ausprägen kann (Frenk et al. 2010, 1944). Dazu ist auch die Ausbildung einer Form der (spirituellen) Self-Care zu rechnen.

3) **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 (Baldacchino 2011). Gerade weil es im Bereich von Spiritual Care häufig angebracht ist, dass sich Fachpersonen mit ihren Vor- und Einstellungen zurückzunehmen, ist eine möglichst genaue, reflektive Selbstwahrnehmung und die Fähigkeit zur Selbstrelativierung bedeutsam.

ANHANG

I. UNTERSTÜTZENDE INSTRUMENTE

(s. Abschnitt 3)

Abbildung 2: Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge

HOPE[16]

H – Hoffnung

Eröffnen lässt sich ein Gespräch über s/r 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, weiterzumachen? 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)?»

16 Anandarajah/Hight (2001, 87, dt. Übersetzung und Adaption von Urs Winter-Pfändler).

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? Können wir 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 vermittle?»

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?»

«Wie soll ich als Arzt/Seelsorger/Pflegefachfrau mit diesen Fragen umgehen?»

SPIR [17]

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 der Patient:innen angepasst werden. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte herausgefunden werden, ob den Patient:innen Begriffe wie „spirituell“ oder „religiös“ bekannt sind und wie sie sie verwenden. Ähnliches gilt für die Kirche/Gemeinschaft/Gemeinde/Gruppe usw., je nachdem, wie die Patient:innen über ihre diesbezüglichen Bindungen zu sprechen in der Lage sind.

S – Spirituelle und Glaubensüberzeugungen

«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 der Patient:innen 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 Glaubensüberzeugungen 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 Fachpersonen und des interprofessionellen Teams

«Wie sollen wir als interprofessionelles Team 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?»

17 Frick/Weber/Borasio (2002, sprachliche Anpassungen durch AG Spiritual Care).

II. DOKUMENTE VON PALLIATIVE CH

Bigorio Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität (2008).
BIGORIO_2008__Empfehlungen_zu_Palliative_Care_und_Spiritualitaet.pdf

Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care in Palliative Care (2018).
Broschüre «Empfehlungen und Standards» A4 DE

Fallstudien interprofessioneller Spiritual Care (2023).
Broschüre «Fallstudien» A4 DE

Spiritual Care in Palliative Care. Impulse für Spiritual Care in der Langzeitpflege (2024).
Broschüre «Impulse für Spiritual Care» A4 DE

III. WEITERE 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.

Best M., Leget C., Goodhead A., Paal P. (2020): An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. BMC Palliat Care 19: 9.

Best M. C. (2024) (Hg.): Spiritual Care in Palliative Care. Springer, Cham.

Borasio G. D. (2011): Über das Sterben. München.

Bundesamt für Statistik (2025): Religion und Spiritualität in der Schweiz. Ergebnisse der Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur 2024. Neuchâtel.

Cook C. C. (2013): Royal College of Psychiatrists. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion.
spirituality-and-mental-health-recommnedations-for-psychs-ps03-2013.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 6(1): 141–146.

Eglin A. (2013): Spiritual Assessment in der Langzeitpflege. NOVAcura 1: 12–14.

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

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

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

Kerr C. W., Donnelly J. P., Wright S. T., Kuszczak S. M., Banas A., Grant P. C., Luczkiewicz D. L. (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 B. J. v., Verhagen P. J., Cook C. (2015): WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry.

Monod S. M., Rochat E., Büla C. J., 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.

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

Murray S. A., Kendall M., Boyd K., Grant L., Highet 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.
https://doi.org/10.1136/bmj.c2581.

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

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. (2017a) Sinnereignisse in Todesnähe. Traum- und Wachvisionen Sterbender und Nahtoderfahrungen im Horizont von Spiritual Care (Studies in Spiritual Care 1). Berlin: De Gruyter.

Peng-Keller S. (2017b) (Hg.): Bilder als Vertrauensbrücken. Die Symbolsprache Sterbender verstehen (Studies in Spiritual Care 2). Berlin: De Gruyter.

Peng-Keller S., Schneider J., Winiger F., Neuhold D. (2024): Empirische Grundlagen zur Weiterentwicklung klinischer Seelsorge. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in der Schweiz. Spiritual Care 13: 2–13. https://doi.org/10.1515/spircare-2023-0068.

Peterman A. H., Reeve C. L., Winford E. C., Cotton S., Salsman J. M., McQuellon 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.

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

Szilagyi C. (2024): Organisational and Leadership Factors for Spiritual Care Implementation. In: Best, M. C. (Hg.), Spiritual Care in Palliative Care. Springer, Cham.

Weiher E. (2017): Symbolische Kommunikation in Seelsorge und Spiritual Care, in: Peng-Keller S. (Hg.), Bilder als Vertrauensbrücken. Die Symbolsprache Sterbender verstehen. Berlin, 17–34.

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.

IV. MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE SPIRITUAL CARE

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

Seelsorge

MA theol. Renata Aebi, Geschäftsführerin Berufsverband für Seelsorge und spezialisierte Spiritual Care im Gesundheitswesen (BSG), www.bsg-apa.ch

lic. theol. Pascal Mösli, Mitarbeiter Professur Spiritual Care Zürich, Dozent für Spiritual Care im Gesundheitswesen

Medizin

Prof. em. Dr. med. Urs-Martin Lütolf, ehem. ärztlicher Leiter des Universitätsspitals Zürich und Verwaltungsratspräsident des Zürcher Lighthouse

Pflege

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

Prof. Dr. Franziska Zúñiga, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Psychosoziale Berufe

Dr. Sina Bardill, Psychologin, Hospiz Graubünden

Dipl. Barbara Bucher, Sozialarbeiterin und psychoonkologische Beraterin

palliative.ch

palliative.ch

Schweizerische Gesellschaft
für Palliative Medizin,
Pflege und Begleitung
Kochergasse 6
3011 Bern

Telefon +41 (0)31 310 02 90
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!

Jetzt mit TWINT spenden!

- QR-Code mit der TWINT-App scannen
- Betrag und Spende bestätigen

© palliative.ch 2026. Jede Verwendung dieses Dokuments ohne ausdrückliche Genehmigung des Urhebers verstösst gegen den Schutz des Urheberrechts und ist untersagt.