Spiritual Care von A bis Z

Herausgegeben von
Eckhard Frick und Konrad Hilpert

DE GRUYTER

ISBN 978-3-11-065637-4
e-ISBN (PDF) 978-3-11-065918-4
e-ISBN (EPUB) 978-3-11-065800-2

Library of Congress Control Number: 2020947879

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

© 2021 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston
Umschlagabbildung: JamesBrey / E+ / Getty Images
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

www.degruyter.com

Inhalt

Vorwort — **VII**

Stichworte
Abschied, Abschiedlichkeit – Zweifel — **1–386**

Liste der Autorinnen und Autoren — **389**

Register — **397**

Erkrankung besser bewältigen und hatten häufiger ein →Gefühl von Selbstwirksamkeit und →Sinn (Gehrke Panzini et al. 2017). Diese Erkenntnisse verdeutlichen, dass alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, auch die spirituelle Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen als ihre Aufgabe sehen bzw. entsprechende Professionelle in die Begleitung mit einbeziehen sollten.

Gehrke Panzini R, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Ruschel Bandeira D, Rocha NS, Fleck MP (2017) Quality-of-life and spirituality. International Review of Psychiatry 29:263–282.

Kovács L, Kipke R, Knecht A (Hg.) (2016) Lebensqualität in der Medizin. Wiesbaden: Springer.

Montazeri A (2009) Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of literature from 1982 to 2008. Health and Quality of Life Outcomes. doi.org/10.1186/1477-7525-7-102 [Epub].

Neudert C, Wasner M, Borasio GD (2004) Individual quality of life is not correlated with health-related quality of life or physical function in patients with amyotrophic lateral sclerosis. Journal of Palliative Medicine 7:551–557.

Wettergren L, Kettis-Lindblad A, Sprangers M, Ring L (2009) The use, feasibility and psychometric properties of an individualized quality-of-life instrument: a systematic review of the SEIQoL-DW. Quality of Life Research 18:737–746.

WHO – Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1997) WHOQOL Measuring Quality of Life (online) (Zitierdatum: 28.09.2019), abrufbar unter: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Maria Wasner

Lehrer/-innen

Lehrer/-innen begegnen uns in unterschiedlichsten und alltäglichen Situationen, wenn man von einem gemeinsamen lebenslangen →Lernen ausgeht. Vor allem beim Thema Spiritual Care ist dieses gefragt, da in multiprofessionellen Teams gemeinsam den →Bedürfnissen und Wünschen schwerkranker und sterbender →Menschen entsprochen werden will und soll.

Lehrer/-innen zeichnen sich grundsätzlich durch Leidenschaft aus, sie wollen gemeinsam mit den anderen (im →System Schule mit

Schülern und Schülerinnen) lernen. Betrachtet man den Typus Lehrer in der Schule, so ist er/sie durch →Professionalität wie →Kompetenz und Haltung charakterisiert. Didaktische und pädagogische Kompetenz und natürlich fachliche kommen im besten Fall zusammen.

Aber Lehrer/-innen trifft man ebenso an vielen anderen Stellen im Sinne einer Weitergabe von Wissen, Fähigkeiten und Einsichten und einem gemeinsamen Lernen. Dame Cicely Saunders, die Gründerin des ersten modernen →Hospizes in Großbritannien (1967), war in diesem Sinne eine Lehrerin. Sie hatte für sich das Konzept des „→total pain" in ihren vielfältigen beruflichen Kontexten gelernt und versuchte gemeinsam mit Haupt- und Ehrenamtlichen Antworten auf diese Situation(en) zu geben. Saunders baute ein weltweites Netzwerk für die Bewältigung von „spiritual pain" auf.

Christina M. Puchalski, amerikanische Ärztin und Gründerin des *George Washington Institute for Spirituality and Health*, hat für unsere Zeit die Arbeit von Saunders bezüglich der Spiritualität weiterentwickelt und steht für ein modernes Konzept von Spiritual Care. Spiritual Care sei wesenhaft relational und zwar in dreifacher Art und Weise: Zum einen sei es die Beziehung der Patientinnen und Patienten zur →Transzendenz (→Gott, das Göttliche, höhere →Macht, Energie oder Anderes), dann die Beziehung der Patientinnen und Patienten zu →Familie, Freunden und An- und Zugehörigen und schließlich die Beziehung zum Team.

So steht für Spiritual Care die gemeinsame Lernpartnerschaft aller im Vordergrund, denn oft sind die Rollengrenzen gar nicht so scharf definiert, wie anzunehmen ist. So ist dem An- oder Zugehörigen egal, an wen er sich wenden kann und darf. Und wenn die Situation passt, ist auch die Profession nachrangig. Spirituelle und religiöse Bedürfnisse werden zu unterschiedlichen Zeiten und an verschiedenen Orten geäußert, was eine Grundkompetenz aller Berufe durch Schulung in Spiritual Care erfordert.

So verstanden ist Spiritual Care mehr als das spezifische Angebot von →Seelsorgenden oder spiritueller Spezialistinnen, sondern eine Querschnittsaufgabe der →Gesundheits- und Sozialberufe, in denen

alle die Rolle der Lehrenden wie der Lernenden je nach Herausforderung einnehmen sollen und müssen. Im idealen Fall wird eine Kultur des Lernens und Lehrens nach und nach etabliert, die Reflexion, kulturelle Sensibilität und entsprechende Kommunikation beinhaltet. Im religiösen Kontext kommt das Angebot einer →Gebetskultur hinzu.

Insgesamt ist eine Beziehungskultur zu beachten, die Aspekte der eigenen Haltung und Ressourcen wie der Selbst- bzw. Fürsorge umfasst, was Spiritual Care von anderen ausschließlich patientenorientierten Aufgaben der →Palliativversorgung unterscheiden lässt. Ziel ist die Unterstützung des Gegenübers (→Empowerment), wer auch immer dies im Prozess der Palliativversorgung gerade ist.

Lerninhalte sind dabei aber nicht beliebig, denn spirituelle Äußerungen müssen bei allen (Teammitgliedern, Patienten und Patientinnen wie Angehörigen) erkannt, beurteilt und darauf eingegangen werden. Stark diskutiert wird hierzu SPIR, das Instrument einer spirituellen Anamnese (→Anamnese, spirituelle), entwickelt in Anlehnung an Puchalski.

Systembedingungen beeinträchtigen nicht wenig das komplexe Lern- und Lehrgeschehen, vor allem in sinnstiftenden Zusammenhängen wie Spiritual Care, die in leiblicher Kommunikation stattfinden (können). Vorbeugung ist dabei im wechselseitigen Lehr- und Lernprozess eminent wichtig, um dem „Coolout" (der →moralischen Desensibilisierung) aller Berufsgruppen vorzubeugen.

Borasio G (2017) Spiritual Care: Eine Aufgabe für den Arzt? In: Noth I, Wenz G, Schweizer E (Hg.) Pastoral and spiritual care across religions and cultures. Seelsorge und Spiritual Care in interkultureller Perspektive. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 83–93.

Gratz M, Roser T (2019) Spiritual Care in Qualifizierungskursen für nicht-seelsorgerliche Berufe. Grundsätze der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Stuttgart: Kohlhammer

Holder-Franz M (2019) Cicely Saunders – Von Spiritual Pain zu Spiritual Care. Partikularität und Universalität von Spiritualität In: Peng-Keller S, Neuhold D (Hg.) Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. Darmstadt: WBG Academic. 121–142.

Kersting K (2016) „Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Puchalski C (2014) Spiritual Care – Eine Zeit des Zuhörens und Mitgehens. In: Feinendegen N, Höver G, Schaeffer A, Westerhorstmann K. (Hg.) Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann. 235–263.

Kerstin Schlögl-Flierl

Leid / Leiden

Leid und Leiden haben verschiedene Etymologien: Das Hauptwort Leid kommt von althochdeutsch *leid* (9. Jh.), mittelhochdeutsch *leit* ‚das angetane Böse, Unrecht, Schädigung, Kränkung, Beleidigung, Sünde', und bedeutet: großer Kummer, seelischer Schmerz, dann auch: durch Schädigung hervorgerufener Kummer, Schmerz, Betrübnis, →Sorge. Das Zeitwort leiden hingegen kommt vom althochdeutsch *līdan* ‚ertragen, erdulden', schon früh *gilīdan* ‚mit jemandem dulden' für spätlateinisch *compatī*, mitleiden; die ursprüngliche Bedeutung ist: sich fortbewegen, gehen, vergehen, in die Fremde ziehen, Not durchstehen, dann: ertragen, erdulden und jemanden/etwas (nicht) leiden können. Substantiviert bedeutet Leiden: anhaltende Krankheit, Qual, Pein, seelischer Schmerz.

Entsprechend dieser Bedeutungsunterschiede können wir differenzieren:

- Leid ist ein objektiver Umstand, der einem anderen Menschen oder mir selbst unvermittelt zustoßen oder angetan werden kann und oft als →Schicksal oder Schicksalsschlag bezeichnet wird. Die leidtragende →Person kann in dem, was ihr widerfährt, zunächst keinen →Sinn sehen, vielleicht diesen Sinn auch nie entdecken, d.h. das Leid nicht in die Erzählung der eigenen →Biografie integrieren. Das Leid bleibt sinnfremd (→Sinn, philosophisch), übermächtig, möglicherweise →traumatisch belastend.
- Leiden hingegen meint einen Prozess der Auseinandersetzung, Aneignung und Annahme, der vom leidenden Subjekt, also vom Patienten ausgeht. Während das Subjekt dem Leid gegenüber