

Lässt sich Spiritualität lehren? Das SpECi-Konzept und ein Master-Programm für differenzierte Aus- und Weiterbildung

17. Forum Palliativmedizin
- Das Lebensende gestalten -
8.-9. November 2024, Aesculap Akademie Berlin

Prof. Dr. Traugott Roser, Münster

wissen.leben

Spiritualität: viele Fragen, weniger fertige Antworten



„Spiritualität ist die Welt der existenziellen Fragen und des Verbundenheitsgefühls mit dem Leben und der Welt. Das Wieso, Warum und Wozu sind existenzielle Fragen, **deren Unbeantwortetsein nur schwer auszuhalten ist** und die daher **oft verdrängt** werden. Spätestens bei bedrohlichen Erkrankungen und anderen Krisensituationen gelangen sie wieder an die Oberfläche und prägen unser Krisen- und Krankheitserleben, ob wir es wollen oder nicht.

Da wir auf diese Fragen keine Antworten im herkömmlichen Sinne haben, **wissen wir nicht, damit umzugehen. Wir müssen lernen, diese Fragen zuzulassen und ihnen als Frage Raum zu geben, ohne vorschnelle Antworten zu liefern.**

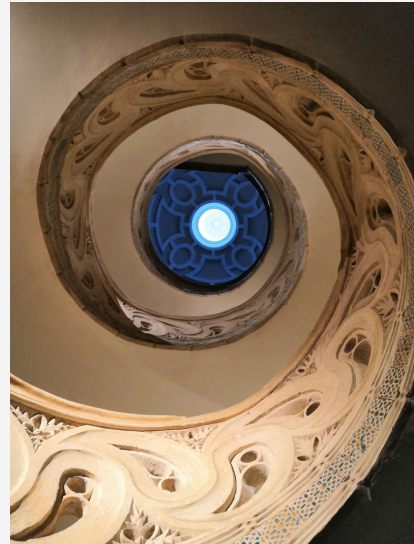
Die Antworten tradierter Weltbilder helfen hier nur manchen, die sich fest mit einem solchen Weltbild verbunden fühlen. Die Zahl derer wird weiter abnehmen, die Frage nach dem Sinn jedoch nicht.

Rainer Wirth, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) (2024)

Foto © Marien Hospital Herne

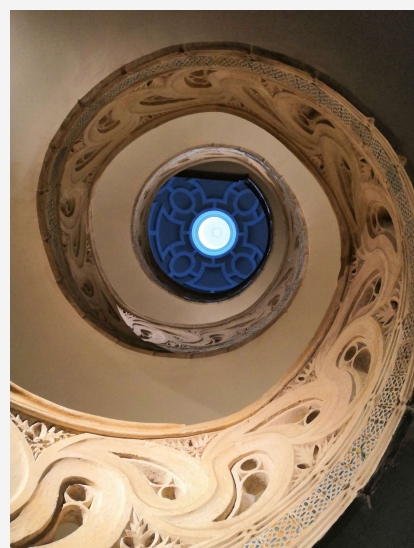
Gliederung

- *Was* ist mit Spiritualität gemeint?
- *Warum* Spiritualität lehren?
- *Wer* ist Adressat:in von Lehre?
- *Was* kann gelernt werden – und wie?



Gliederung

- ***Was*** ist mit Spiritualität gemeint?
- *Warum* Spiritualität lehren?
- *Wer* ist Adressat:in von Lehre?
- *Was* kann gelernt werden – und wie?



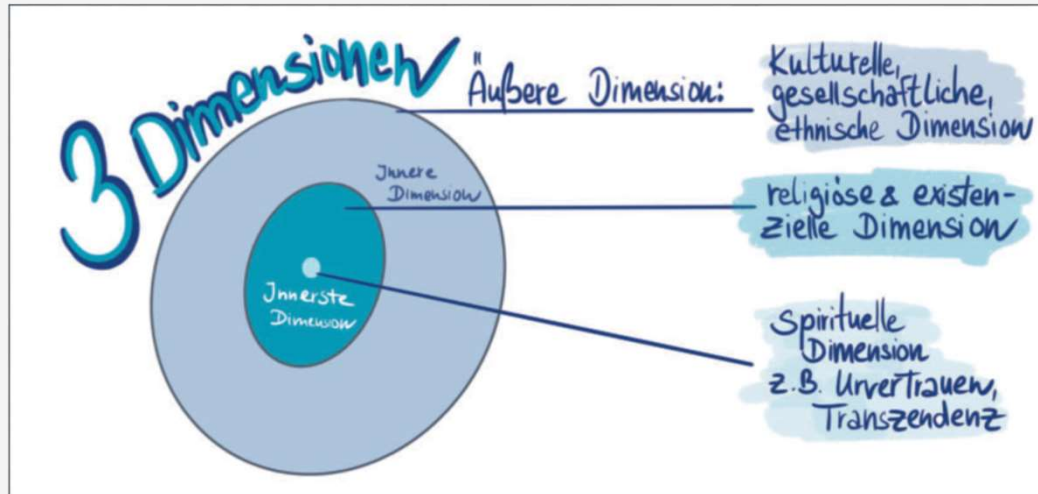


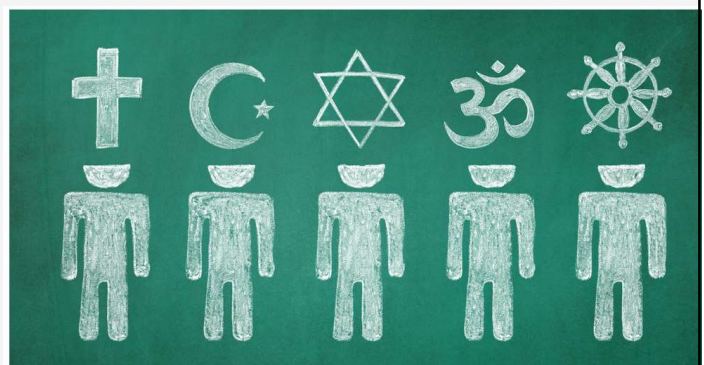
Illustration © P. Mayer, in: Kern/Gaspar/Hach (Hg.) Palliative Care. Kernkompetenzen für die Pflegepraxis, Thieme 2023, S. 209.

Privatsache Glaube/Religion/ Spiritualität

Religionsfreiheit gilt auch im
Krankheitsfall.

Spiritualität ist zutiefst persönlich und
geht über die vorgefertigte Vorstellung
von Religiosität und religiöser Praxis
hinaus (McSherry 2012)

Spiritualität ist das, was der Patient dafür
hält (Roser 2011)



Ist Religion Privatsache? So stehen die Europäer zur
Religionsfreiheit

Quelle: Bertelsmann-Stiftung

„Jede:r ist spirituell“

**Zu Risiken und Nebenwirkungen
lesen Sie die Packungsbeilage
und fragen Sie
Ihren Arzt oder Apotheker.**

Wasser braucht jede:r zum
Leben

Der Teebeutel

- sorgt für Geschmack
- heilsame/beruhigende/
aufputschende Wirkung
- zu stark, zu schwach oder
gar unverträglich ...

Dosierung und Dauer?
Kenntnisse!

Illustration © P. Mayer, in:
Kern/Gaspar/Hach (Hg.) Palliative Care.
Kernkompetenzen für die Pflegepraxis,
Thieme 2023, S. 211.

Spiritualität als „der innere Geist“

„Spiritualität ist ... der *innere Geist*, aus dem heraus ein Mensch Dasein und Welt versteht, woraus er sein Leben gestaltet, er Sinn erfährt und der seinen Umgang mit Leben, Schicksal, Sterben und Tod bestimmt.“

Weiherr E (2024), 261

Erhard Weiherr unterscheidet zwischen „*Alltagsspiritualität*“
(niedrigschwellig, oft symbolische Sprache) und „*Glaubensspiritualität*“
(verbunden mit relig. Praxis).



Interprofessionelle und interreligiöse Arbeitsdefinition Referenz-Definition in deutschsprachigen Standards

Spiritualität ist 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 dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und / oder dem Heiligen.

Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Europ J Pall Care 18:86–89

multidimensional

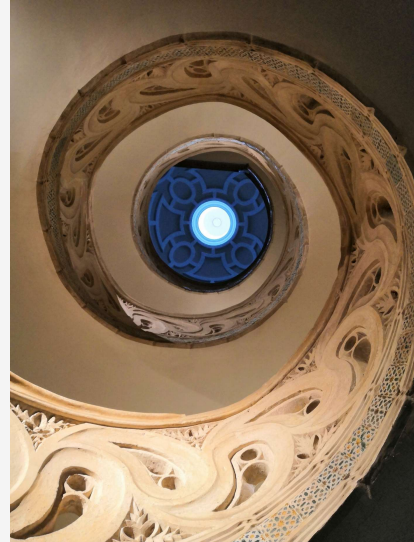
- **Situation: Existenzielle Herausforderung**
- **Ethik: Werte**
- **Religion und Religiosität**

Fazit zum Begriff

- Mit „Spiritualität“ kann man alltagspragmatisch umgehen
 - im Patient:innen-Kontakt, mit An- und Zugehörigen
- Zu „Spiritualität“ kann man Konzepte erstellen
 - Im multiprofessionellen Team, Konsensus-Prozesse
- Zu „Spiritualität“ kann man forschen
 - Evidenzbasierung
- **Soll man „Spiritualität“ lehren?**

Gliederung

- Was ist mit Spiritualität gemeint?
- **Warum Spiritualität lehren?**
- Wer ist Adressat:in von Lehre?
- Was kann gelernt werden – und wie?



Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (Sept 2010), Leitsatz 2



Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale **und spirituelle Betreuung und Begleitung**, die seiner **individuellen Lebenssituation** und seinem hospizlich-palliativen Versorgungs**bedarf** Rechnung trägt. Die Angehörigen und die ihm Nahestehenden sind einzubeziehen und zu unterstützen.

Die Betreuung erfolgt durch **haupt- und ehrenamtlich Tätige** ... Dazu müssen alle an der Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten.

**Erweiterte S3-Leitlinie
Palliativmedizin für Patienten
mit einer nicht heilbaren
Krebserkrankung**

Kurzversion 2.3 – Februar 2021
AWMF-Registernummer: 128/001 OL

6.3. Gespräche über schwerwiegende Änderungen im Krankheitsverlauf (Kurzversion 2.3 - 2021)

- 6.8. Dem emotionalen Erleben und den **spirituellen** Bedürfnissen *sollen* ausreichend Raum gegeben werden.
Beides *sollte* gezielt angesprochen werden, auch wenn der Patient es nicht zum Ausdruck bringt.

Spiritualität / Seelsorge bei / unter / in

- Allg. zu Palliative Care
- Kommunikation / Bedürfniserfassung
- Versorgungsstrukturen (Abschieds- und Trauerbegleitung)
- Tumorschmerz / Total Pain
- Schlafstörungen
- Angst (Spirituelle Interventionen, konfessionsgebunden oder konfessionell unabhängig/übergreifend)
- (Umgang mit) Todeswünschen
- Sterbephase (dabei auch An- und Zugehörige)
- Qualitätsindikatoren

Spirituality in Serious Illness and Health (JAMA, 2022)

Tracy A. Balboni; Tyler J. VanderWeele; Stephanie D. Doan-Soares; Katelyn N. G. Long; Betty R. Ferrell; George Fitchett; Harold G. Koenig; Paul A. Bain; Christina Puchalski; Karen E. Steinhauser; Daniel P. Sulmasy; Howard K. Koh. JAMA. 2022;328(2):184-197. doi:10.1001/jama.2022.11086

- **Systematische Übersicht und multidisziplinäres Panel zur Bewertung der Evidenz bzgl. Spiritualität und Gesundheit**
- Studien zw. 01/2000 - 04/2022, n = 215/6485
1) n ≥ 100, serious illness;
2) Kohortenstudien, Metaanalysen, RCT et al;
3) validierte Skalen
- 6 Implikationen zur Integration von Spiritualität in die Betreuung von schwer kranken Patient*innen und gesundheitliche Auswirkungen.

Figure Legend:

Methodological Procedures From Systematic Reviews of the Evidence to Suggested Implications for Spirituality in Serious Illness and Health Outcomes*See eAppendix 1 in the Supplement for systematic review procedures, including eligibility and ineligibility criteria.

*See eAppendices 2A and 2B in the Supplement for Cochrane evidence grading criteria, and see eAppendices 3A and 3B in the Supplement for the tabulated data.

*See eAppendices 7A and 7B in the Supplement for the a summary of the updated research literature from 2020-2022.

*See eAppendix 5 in the Supplement for the RAND/UCLA method for determining Delphi panel consensus.

*See eAppendices 6A and 6B in the Supplement for a full list of recommendations in order of their ranking.

Date of download: 11/6/2024

Copyright 2022 American Medical Association. All Rights Reserved.

	Methodological procedure	Spirituality and serious illness	Spirituality and health outcomes
STEP 1	Research team conducts systematic review to identify and summarize the strongest data available. ^a	Systematic review of spirituality in serious illness evidence, 2000-2020, with grading and tabulation of eligible data into data tables. ^b Updated literature review to include 2020-2022 was performed in May 2022. ^c	Systematic review of spirituality in health outcomes evidence, 2000-2020, with grading and tabulation of eligible data into data tables. ^b Updated literature review to include 2020-2022 was performed in May 2022. ^c
STEP 2	Delphi panel assesses (qualitative) systematic review results and generates initial evidence statements and suggested implications for health care.	Delphi panel review of the evidence. Each reviewer produced qualitative evidence statements and qualitative recommendations for the practice of medicine based on review of low to moderate risk of bias evidence from the systematic review.	Delphi panel review of the evidence. Each reviewer produced qualitative evidence statements and qualitative recommendations for the practice of medicine based on review of low to moderate risk of bias evidence from the systematic review.
STEP 3	Research team analyzes qualitative Delphi panel feedback to create a portfolio of evidence statements and implications for health care.	Qualitative analysis of Delphi panelists' evidence statements and recommendations for practice of health care in serious illness resulting in qualitatively derived evidence statements and suggested implications for health care in serious illness.	Qualitative analysis of Delphi panelists' evidence statements and recommendations for practice of health care in serious illness resulting in qualitatively derived evidence statements and suggested implications for health care in serious illness.
STEP 4	Delphi panel evaluates (quantitative) strength of data supporting evidence statements and ranks suggested implications for health care.	Delphi panelists quantitatively assessed the qualitatively derived evidence statements using RAND/UCLA-adopted assessment and methods ^d and quantitatively assessed suggested implications by ranking them in order of priority for practice of health care in serious illness.	Delphi panelists quantitatively assessed the qualitatively derived evidence statements using RAND/UCLA-adopted assessment and methods ^d and quantitatively assessed suggested implications by ranking them in order of priority for health promotion.
STEP 5	Based on Delphi panel quantitative data, research team identifies evidence statements supported by strong evidence and top 3 implications for health care.	RAND/UCLA quantitative assessment used, including interpercentile degree of agreement and medians/means indicating strength of evidence. Consensus ratings as strong evidence were reported. For suggested implications in serious illness, proportion ranking the implication in the top 3, confirmed by rank-order statistics, yielded the top 3. ^e	RAND/UCLA quantitative assessment used, including interpercentile degree of agreement and medians/means indicating strength of evidence. Consensus ratings as strong evidence were reported. For suggested implications for health promotion, proportion ranking the implication in the top 3, confirmed by rank-order statistics, yielded the top 3. ^e

Drei wichtigste Implikationen / Empfehlungen:

1. Spiritual Care routinemäßig in der medizinischen Versorgung von Patient*innen mit schwerer Erkrankung integrieren,
2. Mitglieder multidisziplinärer Teams in Spiritual Care ausbilden
3. spezialisiertes und qualifiziertes Personal für Spiritual Care (Seelsorger*innen) sollen Teil der Behandlungsstrategie bei schwerer Erkrankung sein

Infrequency of Spiritual Care Provision in End of Life Care

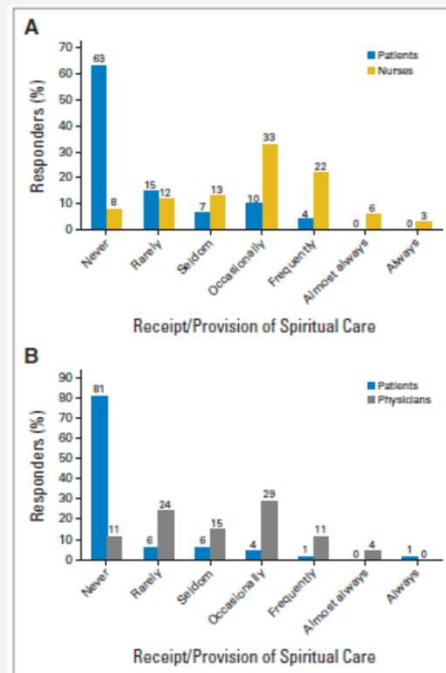
Balboni M, Sullivan A, et al (2013)

Multisite survey-based study

75 adv. cancer patients; 339 nurses / physicians

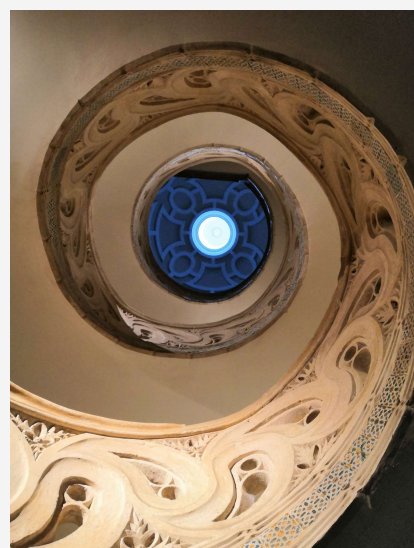
**Lack of SC training is the strongest predictor
of lack of Spiritual Care provision**

**Training of medical practitioners in Spiritual Care
provision is a primary means of better
incorporating SC into EOL care**



Gliederung

- Was ist mit Spiritualität gemeint?
- Warum Spiritualität lehren?
- **Wer ist Adressat:in von Lehre?**
- Was kann gelernt werden – und wie?



White Paper zu Kernkompetenzen in Palliative Care

Claudia Gamondi, Philip Larkin, Sheila Payne (2013) Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education

EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 2013; 20(3)

Box 3. Definition of competency¹²

'A competency is: a cluster of related knowledge, skills and attitudes that affects a major part of one's job (a role or responsibility), that correlates with performance on the job, that can be measured against well-accepted standards, and that can be improved via training and development'

Eine Kompetenz ist ein Bündel von untereinander verbundenem **Wissen, Fähigkeiten und Haltungen**, das sich auf einen bedeutenden Teil des Berufs (Rolle oder Verantwortung) auswirkt, das zusammenhängt mit der Ausübung im Beruf, ... das durch Bildungsarbeit und Förderung **verbessert** werden kann.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Titel: Interdisziplinäre Kernkompetenzen der Palliativversorgung nach EAPC (Krumm 2015):

KK 1	Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im Setting, in dem Patient und An- und Zugehörige leben, anwenden.
KK 2	Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern.
KK 3	Den psychischen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
KK 4	Den sozialen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
KK 5	Den spirituellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
KK 6	Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren.
KK 7	Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in Palliative Care reagieren.
KK 8	Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinärer Teamarbeit umsetzen, durch alle Settings hindurch, in denen Palliative Care angeboten wird.
KK 9	Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf Palliative Care entwickeln.
KK 10	Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren.

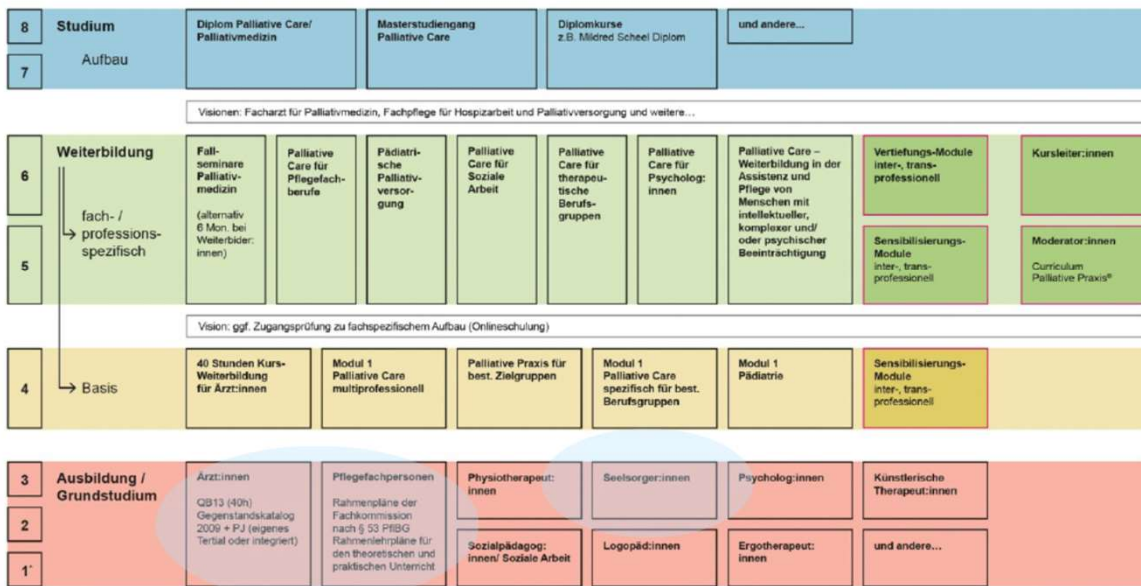
Quelle: Krumm, N.; Schmidlin, E.; Schulz, C.; Elsner, F.(2015): Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 16. Jahrgang. 4. Ausgabe. S. 152-167. Stuttgart: Thieme Verlag.

- Gilt für alle Berufsgruppen und für Freiwillige
- Unterschiedliche Kompetenz-Niveaus

Schematische Darstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Palliativversorgung



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN



*DQR-Level



Pflegeausbildung: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG

CE 08 Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten

CE 08	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel	Zeitrhythmuswert: 160 Stunden
3. Ausbildungsdrittel	Zeitrhythmuswert: 90 Stunden

3. Ausbildungsdrittel

- vertiefend: **Pflegebedarfe feststellen** und kreative, individuelle und lebensqualitätserhaltende Steuerung, Gestaltung und Evaluation des Pflegeprozesses mit Menschen und ihren Bezugspersonen, die von kritischen Lebenssituationen betroffen sind **unter Einbezug sozialer, ethischer, psychischer und spiritueller Aspekte**, d. h.:
 - ...
 - Ausrichten des pflegerischen Handelns an **Konzepten zur kultursensiblen Pflege**
 - ...

Ähnlich im Zusammenhang mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (z.B. Nottaufe und Umgang mit spirituellen Bedürfnissen und Sinnfindung) und alten Menschen in kritischen Lebenssituationen

WER LEHRT? (auch Lehrende müssen kompetent sein)

QB13 - Wieviel Spiritual Care gehört ins Medizinstudium? Die Sicht der Studierenden (Alt-Epping et al, Z Palliativmed 2024)

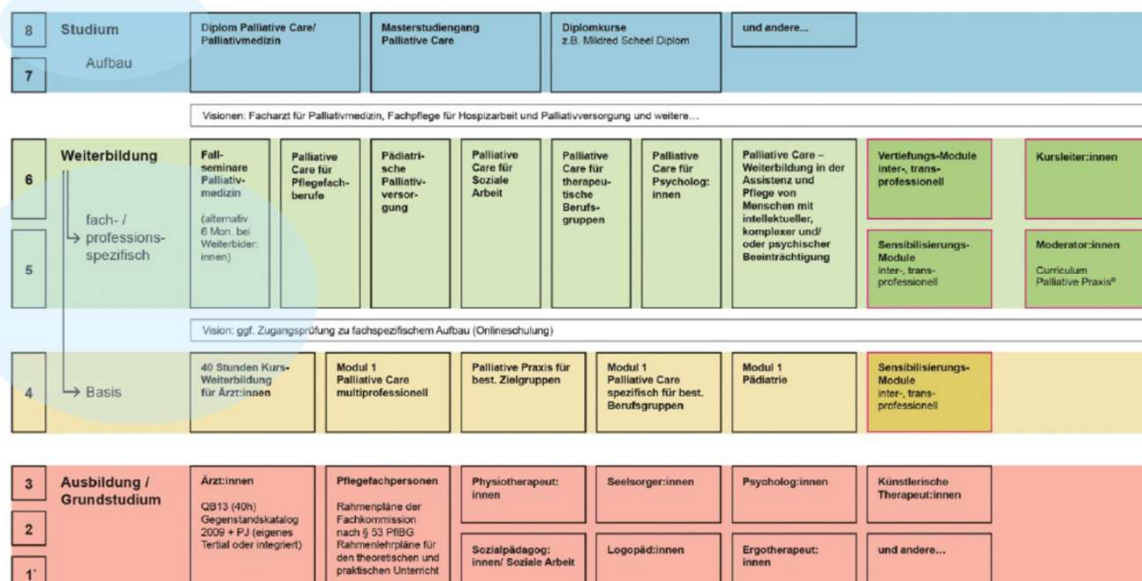
Bundeskongress der Bundesvertretung der
Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd)

Fokusgruppen-Diskussion

- Studierende: spirituelle und existenzielle Fragen und die Offenheit und Kompetenz, mit diesen umzugehen, werden für den angestrebten Beruf wichtig sein.
- Eine Haltung, dass man als Wissenschaftler:in mit dem Themenfeld Spiritualität nichts zu tun haben möchte, wurde abgelehnt.
- Vermittlung erforderlichen Wissens und Könnens.

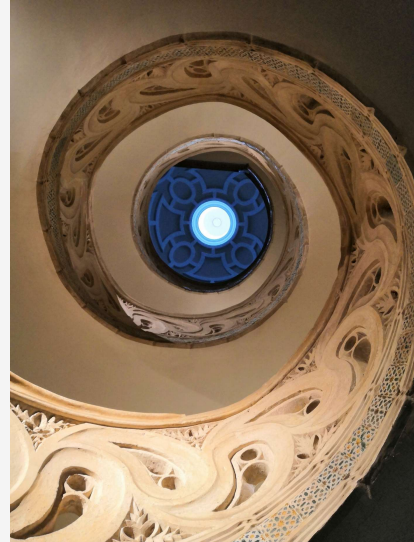


Schematische Darstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Palliativversorgung



Gliederung

- Was ist mit Spiritualität gemeint?
- Warum Spiritualität lehren?
- Wer ist Adressat:in von Lehre?
- Was kann gelernt werden – und wie?



Kernkompetenz 5 (White Paper) – spirituellen Bedürfnissen gerecht werden

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

Complexities of Spiritual Care in Plural Societies

Education, Praxis and Concepts

Edited by
Anne Hege Grung

de Gruyter, 2023

aus dem Inhalt

Carola Koloff

Buddhist Chaplaincy and Care Practices — 59

Naveed Baig

The Islamic theology behind spiritual care and hospital chaplaincy — 99

Jussra Schröer

Development of Muslim spiritual care (Seelsorge) in Germany Challenges and perspectives — 123

Nazila Isgandarova

Female voices in Islamic spiritual care: Tensions and achievements — 147

Anke I. Liefbroer, Stef Lauwers, Pieter Coppens, Bikram Lalbahadoersing
Spiritual care in an interfaith context: Implications for Buddhist, Muslim, and Hindu spiritual care in the Netherlands — 161

Cecilia Melder

Existential public health and existential care in secular and interfaith contexts — 191

Su Yon Pak and Gregory Snyder

Uncomfortable wholeness: Buddhist chaplaincy education at a Protestant seminary — 237



Zwei Bildungsprojekte zu Spiritual Care je für

gesundheitsberufliche

A. Giebel / J. Albrecht / A. Büssing / Team
Curriculum SpECi®

Curriculum Spiritual / Existential Care
interprofessionell (SpECi®) für alle Berufsgruppen im
Gesundheitswesen

Modul 1 bis Modul 10 / 40 Unterrichtseinheiten
(UE)



seelsorgliche Spiritual Care

Studiengang Spiritual Care M.A., 4-semesteriges
konsekutives Studium, Universität Münster



entwickelt 2017-2019
für Angehörige der
Gesundheitsfachberufe
in Pall Care

Ziele (u.a.):
- Steigerung der Spiritual
Care-Kompetenzen
- DGP-Zertifizierung
- Forschungsbegleitet

Das **Curriculum** folgt einem modularen Aufbau (→Tab. 1) und deckt verschiedene Aspekte der Spiritual Care-Ausbildung ab.

Mod.	Dauer	Thema
E	(1 UE, 45 Min)	Einführung: Hinweise, Verabredungen, Kennenlernen
1	(4 UE, 180 Min)	Spiritualität – Zugänge und Klärungen Spiritualität bei Gesundheit und Krankheit
2	(4 UE, 180 Min)	Spirituelle Bedürfnisse und Spiritual Care-Kompetenzen
3	(4 UE, 180 Min)	Existenzielle Belange wahrnehmen und erfassen
4	(4 UE, 180 Min)	Spirituelle und Existenzielle Kommunikation in der alltäglichen Berufspraxis
5	(1 UE, 45 Min)	Achtsamer Umgang mit Anvertrautem - Schnittflächen und Kontexte
6	(4 UE, 180 Min)	Ist die Seele im Lot? - Gelingende Kommunikation bei unlösbaren Fragen
7	(4 UE, 180 Min)	Verlust und Trauer begegnen
8	(4 UE, 180 Min)	Spirituelle Ressourcen und Kraftquellen: Was tröstet?
9	(4 UE, 180 Min)	Spirituelle Ressourcen und Kraftquellen: Was lässt hoffen?
10	(6 UE, 270 Min)	Hilfreiche Rituale

Tab. 1: Die 10 Module des **Curriculums**

Begleitforschung SpECi

Büssing, Gerundt et al. (2023)

Querschnitterhebung mit standardisierten
Instrumenten

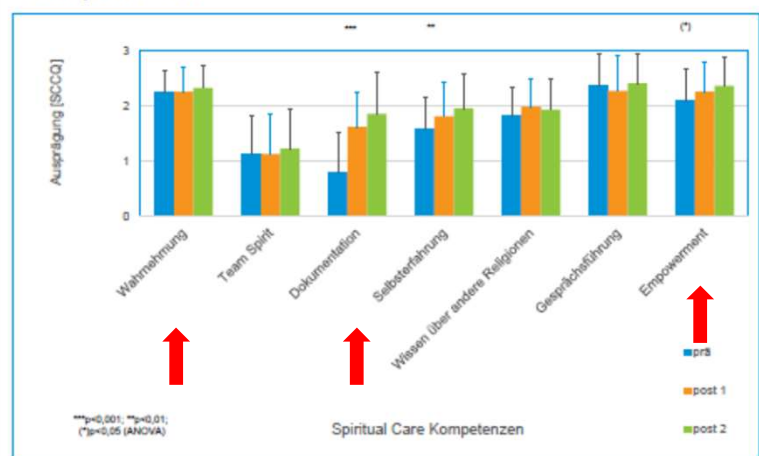
85 Schulungsteilnehmenden (48 %
Pfleger, 18 % Sozialarbeiter:innen, 34 % andere)
aus 7 Projektstandorten, drei Zeitpunkte
(vor, 3 und 6 Monate nach
Schulungsmaßnahme).

Wegen COVID-19-Pandemie sank die Zahl
der TN von 85 (T0) auf 48 (T1), 39 (T2).

Positive Wirkung für Berufszufriedenheit

Limit: TN von Anfang an hochmotiviert

Abbildung 2: Weiterentwicklung der Spiritual Care
Kompetenzen



Quelle: And Büssing (2023)

Studiengang Spiritual Care M.A., Universität Münster

**Evangelisch-
Theologische
Fakultät**



Zentrum für
Islamische
Theologie

**Katholisch-
Theologische
Fakultät**



Christliche Krankenhausseelsorge ist herausgefordert

- Pluralisierung, Soziale Diversität, (Post-)Säkularität
- Professionalität und Wissenschaftliche Evidenz

Spiritual Care-Professionalität

- Profiliert, verankert in einer spezifischen Tradition
- Offen und respektvoll gegenüber differenter Spiritualität und Kultur
- Kontextorientiert durch entsprechenden Sprachgebrauchs und Teamfähigkeit

S. Peng-Keller, M. Balboni, T. Balboni, A. Haussmann, T. Haythorn, P. Mösl, D. Neuhold, D. Nuzum,
W. Smeets, C. Swift, J. Swinton, T. Roser, A. Vandenhoeck, F. Winiger: *Spiritual Care at the Crossroads* (in review)

Ziel: spezialisiertes, qualifiziertes Personal für Spiritual Care (JAMA)

- Künftig weniger kirchl. Seelsorger:innen (Pfarrer:inn, Pastoralreferent:innen)
- → **Mangel an theologisch geschulten Krankenhaus- und Altenheimseelsorger:innen**
- Sicherung des Angebots kompetenter und verlässlicher seelsorglicher Spiritual Care
- ❑ **Befürchtung:** Ablösung kirchlicher Seelsorge durch generalistische Spiritual Care

Masterprogramm

theologischer Abschluss, Master-Niveau, Vollzeit, Viersemestrig in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät

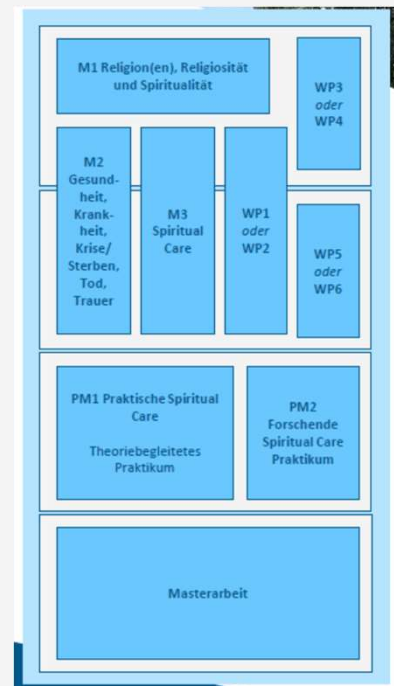
Zugangsvoraussetzung: mind. Bachelor
in Pflegefachwissenschaften, Medizin, Psychologie o.ä., Theologie,
Religionspädagogik, Religionswissenschaften, Caritas-/Diakoniewissenschaften

Kompetenzen entsprechend Kernkompetenz (Frenk et al, Lancet 2010;
Gamondi et al. EJPC 2013)

Ziel

Absolvent:innen können sich bewerben

- in stationären und ambulanten Versorgungskontexten
- auf bestehende Stellen für kirchliche Seelsorge bei Vorliegen einer kirchlichen „Vocatio“
- auf träger- und einrichtungsspezifische Stellen für Seelsorge und Spiritual Care
- auf Stellen für Organisationsentwicklung mit Ziel Implementierung für spirituelle und ethische Kultur



„Master of Spiritual Care“ als ev.-theol. Master am FB01

1

Bewusstsein für
Spiritual Care als
einer tragenden
Säule im

**Gesundheit
s-
wesen**

2

pluralitätsfähige
theol.
Grundannahmen
über den
Menschen
innerhalb seiner
Systeme

Theologizität

3

**Interdiszi-
plinariät
und
Interprofes-
sionalität**

4

Kommunikation
Rollenformation
Praxisfeld (KSA)
Forschungsbasiert

**Professiona-
lität**

Literatur

- **Alt-Epping B, Schuchter P, Greinacher A, Frick E (2024)**, Wieviel Spiritual Care gehört ins Medizinstudium? Die Sicht der Studierenden, Z Palliativmed 25(05): e39 DOI: 10.1055/s-0044-1788435
- **Balboni T, Sullivan A et al. (2013)**, Why is spiritual care infrequent at the end of life? J Clin Oncol. 31(4):461-467.
- **Büssing A, Gerundt M, Giebel A (2023)** SpECi – Spiritual und Existential Care interprofessionell. Kurzvorstellung eines Modellprojekts zur Spirituellen Begleitung am Lebensende, seiner Ziele und erwarteten Effekte. Z Palliativmed 24: 76-84.
- **Kern M, Gaspar M, Hach M (Hg.)**, Palliative Care. Kernkompetenzen für die Pflegepraxis, Thieme 2023.
- **Krumm N, Schmidlin E, Schulz C, Elsner F (2015)**, Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung, Z Palliativmed 16(04): 152-167 DOI: 10.1055/s-0035-1552684
- **Leget C (2015)**, Spiritual Care als Zukunft der Seelsorge! Diakonia 46:225-231.
- **McSherry W, Smith J (2012)**, Spiritual Care. In: McSherry W, McSherry R, Watson R (Hg.), Care in nursing: principles, values and skills, Oxford: Oxford University Press, 118.
- **Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011)**, Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. Europ J Pall Care 18:86–89.
- **Peng-Keller S (2020)**, Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmodelle und Entwicklungsperspektiven, Spiritual Care 9:2, 127-135.
- **Wasner M, Roser T, Fittkau-Tönnemann B, Borasio GD (2008)**, Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte, Dtsch Arztebl 105(13): A 674–6.
- **Weiher E (2024)**, Lehren und Lernen für die berufliche Praxis: Kompetenzen und Paxismodelle, in: : Büssing, Giebel, Roser (Hg.) Spiritual Care & Existential Care interprofessionell. Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung, Berlin: Springer, 259-271
- **Wirth R (2024)**, Geleitwort der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), in: Büssing, Giebel, Roser (Hg.) Spiritual Care & Existential Care interprofessionell. Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung, Berlin: Springer, XXXIII



©<http://www.quickmeme.com/p/3v5oqj/page/4>

**Danke für das
Zuhören!**

**Fragen und
Kommentare
willkommen...**

