

ICS 03.080.30; 11.020.99

Spiritual Care im Gesundheitswesen

Spiritual Care in Healthcare

Les soins spirituels dans le secteur de santé

Gesamtumfang 30 Seiten

Dieses Dokument wurde durch die im Vorwort genannten Verfasser erarbeitet und verabschiedet.



Inhalt

	Seite
Vorwort	4
Einleitung	6
1 Anwendungsbereich	9
2 Normative Verweisungen	9
3 Begriffe	9
4 Umfeld des Anwendungsbereichs von Spiritual Care	9
4.1 Organisation und ihre Umfelder	9
4.2 Erfordernisse und Erwartungen beteiligter Personen und Akteure	10
4.2.1 Organisation als solche	10
4.2.2 Mitarbeitende	10
4.2.3 Beauftragte der Patientenfürsprache	10
4.2.4 Zu begleitende Menschen	10
4.2.5 An- und Zugehörige	10
4.2.6 Studierende und Auszubildende	10
4.2.7 Weitere Beteiligte (bspw. ehrenamtlich Tätige)	10
4.3 Integration in Qualitätsmanagement	10
5 Führung	11
5.1 Verantwortung	11
5.2 Qualitätsstrategie	11
5.3 Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse in der Organisation	12
6 Planung innerhalb der Organisation	12
6.1 Rahmenbedingungen	12
6.2 Kompetenzen	13
6.3 Risiken und Chancen	14
6.4 Ziele und Planung zu deren Erreichung	14
6.5 Anpassung	15
7 Beispielhafte Ausdrucksformen und Anwendungsfelder von Spiritual Care	16
7.1 Allgemeines	16
7.2 Kommunikation mit den Zielgruppen	18
7.2.1 Zu begleitende Menschen	18
7.2.2 Mitarbeitende der Organisation	18
7.2.3 Umgebungsbedingungen der Organisation	18
7.3 Anforderungen an Spiritual Care	18
7.3.1 Allgemeines	18
7.3.2 Fachliche Anforderungen	18
7.3.3 Strukturelle Anforderungen	19
7.3.4 Prozessbezogene Anforderungen	19
7.3.5 Ethische Aspekte	19
7.4 Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern und Organisationen	19
7.4.1 Allgemeines	19
7.4.2 Art und Umfang der Steuerung	19
7.4.3 Informationen für extern Ressourcengeber	20
7.5 Erbringung von Spiritual Care	20
7.5.1 Steuerung der Erbringung von Spiritual Care	20
7.5.2 Kennzeichnung der Rückverfolgbarkeit	20
7.5.3 Erhaltung der Nachhaltigkeit der SC-Ergebnisse	21
7.5.4 Auswirkungspotenziale	22
7.5.5 Tätigkeiten nach Beendigung des SC-Prozesses	22
7.5.6 Surveillance von zu begleitenden Menschen und Mitarbeitenden	22
7.6 Umgang mit unerwünschten Ereignissen	23
8 Evaluation der SC Leistungen	23

8.1	Allgemeines	23
8.2	Outcomes	24
8.2.1	Allgemeines	24
8.2.2	Assessment bedeutsamer Indikatoren für die Begleitung	24
8.2.3	Betroffenzufriedenheiten	24
8.3	Internes Audit	25
8.4	Gesamtbewertung von Spiritual Care in einer Organisation	25
8.4.1	Allgemeines	25
8.4.2	Eingaben für die Gesamtbewertung	26
8.4.3	Ergebnisse der Gesamtbewertung	26
Anhang A (informativ) Ergebnisinstrumente		27
A.1	Allgemeines	27
A.2	Spirituelle Kurzanamnese	27
A.3	Standardisierte Erhebungsinstrumente	27
Literaturhinweise		28

Bilder

Bild 1	— Organigramm	13
Bild 2	— Umsetzung einzelner SC-Maßnahmen am Beispiel der spirituellen Anamnese (PDCA-Zyklus)	16

Tabellen

Tabelle 1	— Beispiele für Risiken und Chancen in Bezug auf SC	14
Tabelle 2	— Beispiele für Ziele im Bereich SC anhand SMART	15
Tabelle 3	— Zentrale SC Elemente für zu begleitende Menschen	16
Tabelle 4	— Zentrale SC Elemente für Mitarbeitende	17
Tabelle 5	— Dokumentationsbereiche und Zuständigkeiten für SC	21

Vorwort

Diese DIN SPEC wurde nach dem PAS-Verfahren erarbeitet. Die Erarbeitung von DIN SPEC nach dem PAS-Verfahren erfolgt in DIN-SPEC-Konsortien und nicht zwingend unter Einbeziehung aller interessierten Kreise.

Die Erarbeitung und Verabschiedung des Dokuments erfolgten durch die nachfolgend genannten Initiator(en) und Verfasser:

- Alexianer GmbH
Julia Rickert
- Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement
Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
- Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.
Dr. med. Cornelia Diwersy, Roland Engehausen
- BruderhausDiakonie. Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg
Pfarrerin Katrin Zürn-Steffens
- Diözesancaritasverband Rottenburg-Stuttgart, Verbandsentwicklung
Dr. Joachim Reber
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Dr. med. Andreas Kopf
- Evang. Zentralstelle für Weltanschauungsfragen
Dr. Michael Utsch
- FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH, Institut für Gesundheit & Soziales
Prof. Dr. habil. Manfred Cassens
- Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität
Jenny Kubitza
- Johannesstift Diakonie gAG
Dr. Werner Weinholt
- Kunstitut
Ulrike Streck-Plath

— Psychisch belastete Herzpatienten e.V.

Valentin Bundschuh

— TUM Klinikum

Prof. Dr. med. Eckhard Frick sj

— Uniklinik Köln

Prof. Dr. Matthias Kochanek

— Universität Witten/Herdecke

Univ.-Prof. Dr. med. Arndt Büssing

— Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Klaus Michael Reiniger

Für dieses Thema bestehen derzeit keine Normen im Deutschen Normenwerk.

DIN SPEC sind nicht Teil des Deutschen Normenwerks.

Für diese DIN SPEC wurde kein Entwurf veröffentlicht.

Trotz großer Anstrengungen zur Sicherstellung der Korrektheit, Verlässlichkeit und Präzision technischer und nicht-technischer Beschreibungen kann das DIN-SPEC-Konsortium weder eine explizite noch eine implizite Gewährleistung für die Korrektheit des Dokuments übernehmen. Die Anwendung dieses Dokuments geschieht in dem Bewusstsein, dass das DIN-SPEC-Konsortium für Schäden oder Verluste jeglicher Art nicht haftbar gemacht werden kann. Die Anwendung der vorliegenden DIN SPEC entbindet den Nutzer nicht von der Verantwortung für eigenes Handeln und geschieht damit auf eigene Gefahr.

Es wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dass einige Elemente dieses Dokuments Patentrechte berühren können. DIN ist nicht dafür verantwortlich, einige oder alle diesbezüglichen Patentrechte zu identifizieren.

Die kostenfreie Bereitstellung dieses Dokuments als PDF-Version über den DIN Media Webshop wurde im Vorfeld finanziert.

Aktuelle Informationen zu diesem Dokument können über die Internetseiten von DIN (www.din.de) durch eine Suche nach der Dokumentennummer aufgerufen werden.

Einleitung

0.1 Allgemeines

Im Konsortium dieses Dokuments sind Personen und Organisationen aus Pflege, Medizin, Patienten-Erfahrung, therapeutischen und pädagogischen Berufen, universitärer Forschung, Trägerschaft von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft vertreten. Dieses Dokument dient der verbesserten Versorgung von Menschen mit Unterstützungsbedarf sowie zur Unterstützung der An- und Zugehörigen und Mitarbeitenden.

Die von der Weltgesundheitsorganisation (en.: World Health Organization, WHO) [1] entwickelte International Classification of Functioning Disability and Health erweitert das bio-psycho-soziale Modell um personale Faktoren. Dieses Dokument berücksichtigt die personalen Faktoren, welche auch die spirituelle Dimension beinhalten, und damit das Menschenbild der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)/WHO-Definition. Dieses Dokument beschreibt Spiritual Care (SC) als integralen Bestandteil professioneller Haltung im gesamten Gesundheitssystem. Sie ist aber auch gut in andere Bereiche des Sozial- und Gesundheitswesens übertragbar, wie bspw. die Altenhilfe, Eingliederungshilfe, Sozialpsychiatrie, Hospizarbeit, ambulante Pflege u. v. m. Im Folgenden sind andere Hilfefelder immer mitgedacht, aber nicht immer explizit angeführt. Neben dem Fünften Buch (Gesetzliche Krankenversicherung) sollten analog die Bücher III, VIII, IX, XI und XII des Sozialgesetzbuches beachtet werden.

Unter SC wird hier eine Haltung der Zuwendung und der mitfühlenden Begleitung verstanden, die Menschen mit ihren existenziellen und spirituellen sowie religiös-kulturellen Fragen, Nöten und Ressourcen in Krisen- und Krankheitssituationen wahrnimmt. Sie richtet sich an die zu begleitenden Menschen und an die Mitarbeitenden der Gesundheits- und Sozialberufe. Darüber hinaus sind SC-Kompetenzen erforderlich, die fortgebildet und geschult werden müssen. Für eine angemessene Anwendung sind zudem strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen erforderlich, die in diesem Dokument adressiert werden.

SC wird als professionelle, wissenschaftlich fundierte Unterstützung von Menschen in ihren spirituellen Bedürfnissen, Bedarfen und Ressourcen verstanden. Über diese personalen Bedingungen hinaus beschreibt dieses Dokument Anforderungen an ein Managementsystem für SC im Gesundheitswesen, das den Qualitätsbegriff um Dimensionen der Humanität und Ethik ergänzt. Der Begriff „Managementsystem“ wird in diesem Dokument im Sinne einer unterstützenden Organisations- und Orientierungsfunktion verwendet und nicht im Sinne einer umfassenden Steuerungs- oder Kontrolllogik.

Die beschriebenen strukturellen Elemente dienen der Ermöglichung und Sichtbarmachung von SC innerhalb bestehender Strukturen und sind so zu verstehen, dass sie deren relationale, freiwillige und in wesentlichen Aspekten unverfügbare Praxis nicht funktionalisieren. Ziel ist, Spiritualität als Dimension menschlicher Gesundheit systematisch zu integrieren und in der Versorgung strukturell abbildbar zu machen. Dies steht im Einklang mit der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sowie mit den Definitionen der WHO- Definition Palliative Care und dem White paper der European Association for Palliative Care (EAPC). SC findet auch zunehmend Beachtung in der Gesetzlichen Krankenversicherung [2].

Dabei sollen bestehende Praxisformen nicht ersetzt, sondern kultur- und kontextsensibel ergänzt werden. Die Anwendung dieses Dokuments kann zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Erhöhung der Zufriedenheit der zu begleitenden Personen sowie der An- und Zugehörigen und zur Stärkung der Resilienz von Mitarbeitenden beitragen [3] [4].

Dieses Dokument fasst SC als einen wesentlichen Bestandteil ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und als Ausdruck eines ethischen Menschenbildes auf, das den Menschen in seiner Würde, Freiheit und Ganzheit ernst nimmt. SC dient dem Menschen um seiner selbst willen und darf daher nicht als bloßes Mittel zur Erreichung anderer Ziele instrumentalisiert werden. Positive Effekte von SC, wie die Förderung von Resilienz oder Orientierung in existenziellen Krisen, sind als mögliche Wirkungen zu verstehen, dürfen jedoch nicht zur Legitimation ihres Einsatzes werden.

Vor diesem Hintergrund basiert SC auf einem professionsbezogenen Selbstverständnis, das die inhaltliche und ethische Grundlage des Handelns bildet. Dieses Selbstverständnis beschreibt Zielsetzung, Aufgaben, Rol-

len sowie die zugrunde liegenden Werte und Haltungen von SC und markiert zugleich dessen Grenzen. Um eine nachhaltige Verankerung zu ermöglichen, bedarf es eines differenzierten Ordnungsrahmens, der organisatorische Anschlussfähigkeit und fachliche Orientierung bewusst voneinander trennt. Auf organisatorischer Ebene werden dabei strukturelle Voraussetzungen geschaffen, die eine Integration in bestehende Steuerungs-, Qualitäts- und Dokumentationssysteme erlauben. Parallel dazu wird eine eigenständige fachliche Ebene etabliert, die als normativer Bezugsrahmen fungiert und bestimmt, wofür SC steht.

Diese fachliche Ebene ist nicht als Ergänzung organisatorischer Regelungen zu verstehen, sondern verleiht den strukturellen Instrumenten ihre Bedeutung. Sie stellt sicher, dass Planung, Steuerung, Evaluation und Qualitätssicherung ihrem eigentlichen Zweck dienen: der Ermöglichung von Beziehung, Dialog, Sorge und verantwortlichem Handeln.

Für die fachliche Integrität braucht SC die Orientierung an wissenschaftlicher Forschung. Erkenntnisse aus Medizin, Pflege, Seelsorge und Ethik dienen als Richtschnur für fachlich fundiertes Handeln, die Weiterentwicklung von Methoden und Konzepten sowie für die Evaluation von Wirksamkeit und Qualität. Die kontinuierliche Einbindung von Forschung stellt professionelle Standards sicher, erlaubt Anpassungen an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und schützt die Praxis vor subjektiver oder willkürlicher Gestaltung.

Auf dieser Grundlage wird deutlich, dass SC nur dann als eigenständiger professioneller Bereich verstanden und vor funktionaler Vereinnahmung geschützt werden kann, wenn ein verbindlicher Qualitätsstandard formuliert ist. Ein solcher Standard schafft begriffliche Klarheit, ermöglicht einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Begriff „SC“ und bildet die Voraussetzung dafür, von einem geschützten, qualitätsgesicherten professionellen Konzept zu sprechen. Zugleich bleibt SC als relationale, freiwillige und pluralitätssensible Praxis erkennbar, deren zentrale Merkmale – Freiwilligkeit, weltanschauliche Offenheit und die Anerkennung von Unverfügbarkeit – ausdrücklich gewahrt bleiben.

0.2 Grundsätze

Der Begriff „zu begleitende Menschen“ ersetzt in diesem Dokument den branchenüblichen Begriff „Kund:innen“, ebenso werden SC-spezifische Leistungen einheitlich als „SC-Intervention“ bezeichnet. Im Zentrum stehen spirituelle Bedürfnisse, Bedarfe und Ressourcen aller beteiligten Personen als zu begleitende Menschen.

SC wird als beziehungsorientierte Dienstleistung verstanden, deren Wirkung sich sowohl auf subjektive Lebensqualität und Selbstwirksamkeit, gesundheitsbezogene Ergebnisse als auch auf gesundheitsökonomische Parameter auswirken kann. Die Evaluation erfolgt über geeignete Qualitätsindikatoren und qualitative Rückmeldestrukturen. Teil der Qualität sind auch kommunikative, atmosphärische und relationale Wirkdimensionen.

In diesem Dokument werden die Grundsätze des Qualitätsmanagements und die entsprechenden Standards für Controlling, Datenschutz, Dokumentation usw. vorausgesetzt. Dieses Dokument fokussiert sich auf die Besonderheiten der Umsetzung von SC in Gesundheitsorganisationen.

SC wird in diesem Dokument grundsätzlich sektorenübergreifend verstanden. Auch wenn Maßnahmen, Zuständigkeiten und Gremien innerhalb eines Versorgungssektors geplant werden (bspw. im stationären Bereich), sollte das intersektorale Entlass- und Case-Management berücksichtigt werden. Dies trägt auch einer zunehmenden Ambulantisierung bislang vollstationärer Leistungen wie auch hybrider Versorgungs- und Vergütungsmodi Rechnung. Besondere Beachtung sollte zudem den digitalen Versorgungsformen und der Telemedizin geschenkt werden.

0.3 Ansatz von Spiritual Care (SC)

Der Ansatz von SC verbindet einen empfängerorientierten, dialogischen Zugang mit einer prozessorientierten und systematischen Implementierung im Gesundheitswesen. Religion wird in diesem Dokument als Bindung an die Transzendenz und an eine Glaubensgemeinschaft verstanden, also als eine mögliche Ausgestaltung von Spiritualität.

Empfängerorientierter Ansatz: SC folgt einem dialogischen Ansatz. Menschen werden aktiv eingeladen, ihre spirituellen Anliegen zu äußern. Mitarbeitende reagieren achtsam und respektieren Selbstbestimmung und Grenzen.

Prozessorientierter Ansatz: Die Integration von SC erfolgt schrittweise entlang bestehender Abläufe. Im Mittelpunkt steht Lernen durch Reflexion. Der jeweilige Implementierungsprozess folgt bspw. einem PDCA-Prozess (Plan – Do – Check – Act) (siehe 6.5). Zentrale Ziele des prozessorientierten Ansatzes sind:

- systematische Identifikation spiritueller Bedürfnisse, Bedarfe sowie Ressourcen und von spirituellem Distress;
- qualifizierte SC-Interventionen durch geschulte Fachpersonen;
- Evaluation unter Berücksichtigung des subjektiven Empfindens und messbarer Kriterien.

Prozessgestaltung berücksichtigt ethische, kulturelle und kontextuelle Faktoren. Transparenz, Verantwortungsbewusstsein und Reflexionsfähigkeit, der am Prozess von SC beteiligten Personen, werden als integrale Bestandteile des Prozesses verstanden.

Der Implementierungsprozess folgt einer dialogischen Logik, die top-down Leadership (siehe Abschnitt 5) und bottom-up Mitarbeitenden- und Teamverantwortung (siehe 7.2.2) verknüpft [5] [6] [7] [8].

1 Anwendungsbereich

Dieses Dokument legt Qualitätsstandards, Anforderungen und Begriffe fest für die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse kranker und pflegebedürftiger Menschen in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung (Spiritual Care). Dieses Dokument gibt Anleitung für eine verbesserte qualitative Versorgung und stellt zudem allgemeine Grundsätze für die interprofessionelle Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen auf, einschließlich der zuständigen Personen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der ehrenamtlich engagierten Personen.

Dieses Dokument ist nicht anwendbar auf die von den Religionsgemeinschaften definierte Kranken-, Alten- und Behinderten-Seelsorge.

2 Normative Verweisungen

Es gibt keine normativen Verweisungen in diesem Dokument.

3 Begriffe

Für die Anwendung dieses Dokuments gelten die folgenden Begriffe.

DIN und DKE stellen terminologische Datenbanken für die Verwendung in der Normung unter den folgenden Adressen bereit:

- DIN-TERMinologieportal: verfügbar unter <https://www.din.de/go/din-term>
- DKE-IEV: verfügbar unter <https://www.dke.de/DKE-IEV>

3.1

Spiritualität

säkulare oder religiöse Suche nach Sinn, Hoffnung, innerem Frieden und Verbundenheit mit anderen, der Umwelt und dem transzendenten Heiligen

3.2

Spiritual Care

SC

professionelle Begleitung und Sorge für Menschen in besonderen Lebenssituationen mit spiritueller existenziellen Fragestellungen

3.3

spirituelle Kompetenz

Fähigkeit, eigene und fremde spirituelle Bedürfnisse, Bedarfe und Ressourcen wahrzunehmen, sowie sensibel und fachlich angemessen darauf zu reagieren

4 Umfeld des Anwendungsbereichs von Spiritual Care

4.1 Organisation und ihre Umfelder

Organisationen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft sind Teil einer postsäkularen Gesellschaft [9] [10], die von weltanschaulicher Pluralität, kultureller Vielfalt und Diversität geprägt ist. Sie verbinden wissenschaftliche Orientierung mit der Anerkennung der Vielfalt religiöser, spiritueller und existenzieller Ausdrucksformen.

SC erfordert Rahmenbedingungen, die spirituelle Bedürfnisse, Bedarfe und Ressourcen berücksichtigen, ohne Einfluss auf weltanschauliche oder kulturelle Überzeugungen auszuüben [11]. Die Organisation muss die finanziellen und strukturellen Voraussetzungen für SC sicherstellen [12].

4.2 Erfordernisse und Erwartungen beteiligter Personen und Akteure

4.2.1 Organisation als solche

SC kann zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen, insbesondere durch die Förderung von Wohlbefinden, Zufriedenheit und Vertrauensbildung.

4.2.2 Mitarbeitende

Mitarbeitende erkennen SC als Teil ganzheitlicher Versorgung, sehen jedoch Fortbildungsbedarf im Umgang mit spirituellen Themen. Erwartet werden praxisnahe Schulungen, fachliche Begleitung sowie strukturelle Unterstützung im Arbeitsalltag. Zudem ist eine sensible Berücksichtigung der spirituellen Ressourcen der Mitarbeitenden sowie möglicher Differenzen zwischen Weltanschauungen und kulturellen Vorstellungen erforderlich. Allgemeine und spezielle SC-Kompetenzen [13] unter den Mitarbeitenden sind wahrzunehmen, wertzuschätzen und zu fördern.

4.2.3 Beauftragte der Patientenfürsprache

Sie erwarten, dass spirituelle Bedürfnisse, Bedarfe und Ressourcen von zu begleitenden Menschen ernst genommen und in die Behandlung integriert werden. Als unabhängige Schnittstelle zwischen zu begleitenden Menschen und der Organisation tragen sie dazu bei, spirituell-existenzielle Anliegen sichtbar zu machen.

4.2.4 Zu begleitende Menschen

Spirituelle Bedürfnisse und Bedarfe entstehen insbesondere in Krisen, bei Krankheit, bei Einschränkungen und bei der Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit. Erwartet wird, dass diese Bedürfnisse und Bedarfe anerkannt, angesprochen und respektvoll in die Versorgung einbezogen werden.

4.2.5 An- und Zugehörige

An- und Zugehörige wünschen sich – nicht nur für ihre Angehörigen, sondern auch für sich selbst – Unterstützung bei der Verarbeitung spirituell-existenzieller Belastungen, insbesondere in Pflege- und Abschiedssituationen. Erwartet werden eine Haltung der Offenheit sowie Angebote zur Förderung individueller Bewältigungsstrategien.

4.2.6 Studierende und Auszubildende

Die Entwicklung von SC in Einrichtungen des Gesundheitswesens sollte in den Ausbildungs- und Studiengängen der Gesundheitsberufe durch die Implementierung von SC-Lernzielen bzw. Kompetenzen bzw. EPAs (EPA, en: Entrustable Professional Activities, de: professionelle Kerntätigkeiten) flankiert werden [14]. Bspw. kann für die ärztliche Ausbildung der NKLM 2.0 herangezogen werden, für andere Professionen sollten analoge Empfehlungen herangezogen werden. Ansprechpersonen hierfür sind die Lehrverantwortlichen, Lehrbeauftragten und die Curriculumsorganisationseinheiten.

4.2.7 Weitere Beteiligte (bspw. ehrenamtlich Tätige)

Ehrenamtlich Tätige benötigen einen Rahmen, in dem sie sich bewegen, mit klaren Aufgabenbeschreibungen und fachlicher Begleitung, um die erforderlichen SC-Kompetenzen zu erwerben und sich vor Überforderung zu schützen. Supervision und Wertschätzung sind erforderlich.

4.3 Integration in Qualitätsmanagement

Organisationen im Gesundheitswesen sind verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem zu implementieren [15]. Dieses Dokument ist so gestaltet, dass SC in häufig verwendete Qualitätsmanagementsysteme des Gesundheitswesens integriert werden kann.

So kann bspw. zur Umsetzung von SC ein prozessorientierter Ansatz nach dem PDCA-Zyklus genutzt werden (siehe 6.5):

- **Plan (Planen):** Anforderungen der beteiligten Personen werden erfasst. Auf dieser Grundlage werden Ziele, Zuständigkeiten, Ressourcen und Maßnahmen zur Integration von SC festgelegt.
- **Do (Umsetzen):** Geplante Maßnahmen werden implementiert. Dazu zählen SC-Interventionen, die Qualifizierung von Mitarbeitenden sowie die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen.
- **Check (Überprüfen):** Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird anhand geeigneter Kriterien überprüft. Dabei kommen quantitative und qualitative Rückmeldestrukturen zum Einsatz, bspw. die Anzahl und Art der SC-Interventionen, die in der spirituellen Basisfortbildung vermittelt wurden.
- **Act (Handeln):** Auf Basis der Ergebnisse werden Prozesse angepasst, standardisiert oder weiterentwickelt. Ziel ist eine kontinuierliche Verbesserung der SC-bezogenen Versorgungsqualität.

5 Führung

5.1 Verantwortung

Die oberste Führungsebene muss die Implementierungsprozesse leiten [15] und die übergeordnete Verantwortung für Qualität von SC und für dessen Integration in die Organisation übernehmen. Dazu können insbesondere gehören:

- Etablierung eines Verfahrens zur Rückmeldung von Kritik und Anregungen bezüglich der Umsetzung von SC durch Mitarbeitende an die oberste Führungsebene;
- Identifizierung und Bereitstellung erforderlicher personeller und infrastruktureller Ressourcen;
- Integration von SC in alle relevanten Prozesse der Gesundheitsversorgung;
- Förderung einer wertorientierten, empathischen und achtsamen Haltung bei Mitarbeitenden;
- Förderung von Verbesserungsprozessen und Innovationsbereitschaft im Bereich SC;
- Unterstützung von anderen Führungskräften bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung in Bezug auf SC;
- Sicherstellung, dass relevantes Wissen zu SC systematisch erfasst, gefördert, vermittelt und überprüft wird; dabei sind die Mitarbeitenden einzubeziehen;
- Sicherstellung, dass die für SC erforderlichen Kompetenzen aller beteiligten Personen systematisch erfasst, gefördert, vermittelt und überprüft werden, damit Fortbildungsmaßnahmen initiiert werden;
- Förderung einer offenen, respektvollen und religions- und kultursensiblen Gesprächskultur.

5.2 Qualitätsstrategie

Die strategische Ausrichtung von SC dient als normativer Rahmen für die Ziele und Maßnahmen zur Integration von SC in Versorgungsstrukturen.

Die Qualitätsstrategie für SC ist

- schriftlich zu dokumentieren, bspw. im Leitbild der Organisation festzulegen,
- allen Mitarbeitenden zugänglich zu machen,
- im Alltag praktisch erlebbar zu gestalten,
- auf Wunsch auch externen Partnern verfügbar zu machen.

5.3 Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse in der Organisation

Die oberste Führungsebene muss sicherstellen, siehe Bild 1, dass in Bezug auf SC:

- Rollen, Aufgaben und Befugnisse eindeutig definiert sind;
- interprofessionelle Zuständigkeiten transparent und verbindlich geregelt sind;
- alle Beteiligten ihre jeweilige Rolle in der Umsetzung von SC kennen und ausfüllen;
- eine Koordinationsstelle benannt ist, die für die Steuerung, Dokumentation und Evaluation der SC-Integration in die Versorgungsprozessketten zuständig ist (bspw. SC-Beauftragte).

Dabei ist SC als Querschnittsaufgabe zu verstehen, bei der die Verantwortung gemeinsam von verschiedenen Berufsgruppen getragen wird. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist zu fördern, bspw. durch Fallbesprechungen, Ethikformate und Supervision. Geschulte ehrenamtlich Tätige können unterstützend tätig sein, wenn ihre Rolle klar umschrieben ist und eine Begleitung sichergestellt ist. Die personellen Strukturen müssen in einem Organigramm abgebildet werden mit Zuständigkeiten und Befugnissen. Es sollte eine interdisziplinäre SC-Arbeitsgruppe implementiert werden, welche die strategischen Vorgaben der Leitung operativ umsetzt und die Mitarbeitenden bei der Anwendung von SC in der Praxis begleitet. Die SC-Arbeitsgruppe sollte interprofessionell aufgestellt sein (bspw. Pflege, Medizin, Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit sowie ggf. ehrenamtlich Tätige) und durch eine fachlich qualifizierte Ansprechperson mit besonderer Weiterbildung in SC (bspw. SC-Beauftragte) geleitet werden. Die SC-Arbeitsgruppe wird in einem organisierten Format durchgeführt und verfügt über verbindliche Strukturen und eine Geschäftsordnung.

6 Planung innerhalb der Organisation

6.1 Rahmenbedingungen

Die Arbeitsumgebung muss so gestaltet sein, dass SC integriert werden kann, und Prozesse müssen so ausgelegt sein, dass spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Da SC ein Feld in Entwicklung ist, gibt es vielfältige Formen der Integration in eine Organisation. Flexibilität in der Zeitplanung und in den Arbeitsabläufen ermöglicht eine angemessene Berücksichtigung spiritueller Anliegen. Personen sollen dazu ermutigt werden, dass SC ein ausdrücklich erwünschter Auftrag der Organisation ist.

Zentrale strukturelle Voraussetzungen umfassen:

- räumliche Voraussetzungen: Bereitstellung geeigneter Räume für Gespräche, Rückzug, Rituale oder Stille;
- Integration in Prozesse: Verankerung von SC im Erstgespräch, in der Anamnese, Therapie- und Hilfe-Planung, Pflegekonzepten und Krisenintervention;
- zeitliche Ressourcen: Verfügbarkeit von Zeit für Begleitung, Supervision und kollegiale Reflexion.

Die SC-Arbeitsgruppe (siehe 5.3) sollte folgende Aufgaben übernehmen:

- Organisation und Durchführung von Schulungen, Reflexionsangeboten, spirituelle Fallbesprechungen und Supervisionen;
- Bereitstellung und Weitergabe aktuellen Wissens und praxisbezogener Kompetenzen zu SC;
- Beratung und Unterstützung des Teams bei spirituellen Fragestellungen;
- Unterstützung des Teams bei der Einführung und Umsetzung von SC-Interventionen;
- Mitwirkung bei Entscheidungsprozessen (bspw. Ethikberatung).

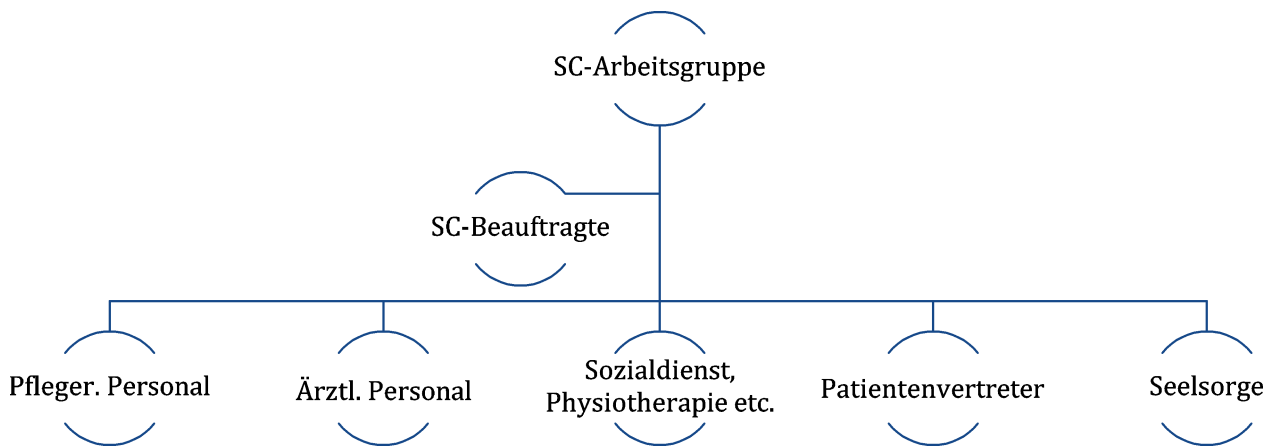


Bild 1 — Organigramm

6.2 Kompetenzen

Damit SC interdisziplinär wirksam werden kann, bedarf es curricular verankerter Kompetenzen in Theorie und Praxis. Dazu gehören reflexive, kommunikative und beziehungsorientierte Fähigkeiten – ebenso wie die Fähigkeit, mit Ungewissheit und existenziellen Fragen professionell umzugehen [16]. Im Einzelnen können unterschieden werden:

- Wahrnehmungs-Kompetenz (Fähigkeit, verbal und non-verbal religiöse, existenzielle, spirituelle Äußerungen der anderen Person wahrzunehmen);
- Team-Spirit (individuelle und kollektive Akzeptanz gegenüber der spirituellen Dimension);
- Dokumentations-Kompetenz (Fähigkeit, erfasste spirituelle Bedürfnisse, Bedarfe sowie Ressourcen und Disstress so zu verschriftlichen, sodass sie unter Wahrung von Vertraulichkeits-Gesichtspunkten im Team zur Verfügung stehen und begründet auf diese eingegangen werden kann);
- Selbsterfahrung und proaktive Öffnung (Klärung und Weiterentwicklung der persönlichen spirituellen Positionierung als Voraussetzung für spirituelle Präsenz anderen gegenüber);
- Wissen über verschiedene Religionen (als kognitive Voraussetzung für Kultur- und Religions-Sensibilität) [17];
- Gesprächsführungs-Kompetenz (insbesondere Anpassung an den Kommunikationsstil der anderen Person);
- proaktive Empowerment-Kompetenz (die Initiative zur Öffnung eines spirituellen Raumes ergreifen: „Grüne-Ampel-Effekt“, d. h. die Mitarbeitenden eröffnen proaktiv einen Raum, in dem SC realisiert werden kann [18]).

Lernziele sollten auf verschiedenen Kompetenzniveaus formuliert werden (kognitiv, affektiv, praktisch). Praxisnahe Didaktik, interprofessionelle Lehrformate und begleitete Reflexionsräume sind wesentliche Elemente wirksamer Bildungsprozesse. Dabei sind nicht nur Wissen, sondern auch Haltung, Reflexions- und Urteilsfähigkeit vermittelbar – durch Haltungstraining, Peerformate, Selbstreflexion, Supervision und kollegiale Beratung. Diese Anteile sind nicht vollständig prüf- oder zertifizierbar und erfordern einen kontinuierlichen und fachlichen Austausch.

Die Verankerung von spiritueller Kompetenz kann im Kontext bestehender Qualitätsentwicklungsinstrumente sinnvoll erfolgen – etwa im Rahmen von Fortbildungsanforderungen gemäß des Sozialgesetzbuches (SGB) Fünftes Buch (V) § 95d.

6.3 Risiken und Chancen

Risiken und Chancen sind zu berücksichtigen. Beispiele sind in Tabelle 1 beschrieben.

Tabelle 1 — Beispiele für Risiken und Chancen in Bezug auf SC

Kategorie	Risiko	Maßnahmen	Chancen
Strukturell	Unklare Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Berufsgruppen	Etablierung einer interprofessionellen SC-Arbeitsgruppe	Stärkung der Zusammenarbeit
Prozessbezogen	Fehlende Integration von SC in Aufnahme, Planung und Entlassmanagement	Einbindung in Kernprozesse	Verbesserung der Kontinuität im Case Management und der Zufriedenheit bei den zu begleitenden Personen
Personell	Unsicherheiten bei Mitarbeitenden im Umgang mit spirituellen Themen Rollenkonflikte, wenn eigene Profession und SC-Interventionen kombiniert werden	SC-Schulungen	Förderung von Sicherheit, Empathie und Resilienz im Team
Kommunikation	Mangelndes Erkennen oder Tabuisieren von spirituellen Bedürfnissen, Bedarfen und Ressourcen	Offene Kommunikation	Zentrierung auf zu begleitende Menschen
Ethisch/Kulturell	Grenzüberschreitungen oder religiöse Vereinnahmung	SC-Schulungen	Förderung von kultursensibler und konfessionsunabhängiger Haltung
Datenschutz/Dokumentation	Datenschutznonkonforme oder fehlende Dokumentation	Verbindliche Dokumentationsrichtlinien	Sicherung von Vertrauen und Vertraulichkeit
Organisational	Fehlende Ressourcen (Zeit, Personal)	Integration von SC als Teil des Qualitätsmanagements	Stärkung der institutionellen Verantwortung
Wirkung	Stagnation aufgrund fehlender Evaluation	Systematische Evaluation	Förderung von Qualitätsentwicklung und Anerkennung

6.4 Ziele und Planung zu deren Erreichung

Durch die Festlegung klarer Ziele kann SC als strukturierter und entwicklungsfähiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung etabliert werden. Beispiele sind in Tabelle 2 beschrieben.

Tabelle 2 — Beispiele für Ziele im Bereich SC anhand SMART

Kategorie	Chancen
Strukturelle Integration	Bis zum TT.MM.JJJJ ist SC im Bereich X bei den zu begleitenden Personen im pflegerischen Aufnahmeprozess in Form von XXX zu integrieren. Messgröße: Anteil der dokumentierten Aufnahmen mit spirituellem Screening = XX % Verantwortung: Pflegedienstleitung
Kompetenzentwicklung	Bis zum TT.MM.JJJJ haben mindestens XX% der Mitarbeitenden mit direktem Kontakt zu begleitenden Personen eine Grundschulung (mindestens 4 h) – SC-Basisfortbildung absolviert. Messgröße: Anteil geschulter Mitarbeitender laut Fortbildungsnachweis Verantwortung: Personal- und Organisationsentwicklung [5] [19] [20], Jeweilige Personalverantwortliche
Durchdringungsgrad [21]	Bis zum TT.MM.JJJJ sollen mindestens XX% des Personals mit geringem Kontakt zu begleitenden Personen an der SC-Basisfortbildung teilgenommen haben. Messgröße: Anteil geschulter Mitarbeitender laut Fortbildungsnachweis Verantwortung: Personal- und Organisationsentwicklung [5] [19] [20], Jeweilige Personalverantwortliche
Dokumentation und Datenschutz	Bis zum TT.MM.JJJJ wird in allen Fachbereichen ein einheitliches Dokumentationsverfahren für spirituelle Bedürfnisse eingeführt, das die Datenschutzrichtlinien der Einrichtung erfüllt. Messgröße: XX% Nutzung der standardisierten Dokumentationsvorlagen im elektronischen Datenmanagement-System Verantwortung: Jeweilige Führungsperson
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Ab dem TT.MM.JJJJ trifft sich die interprofessionelle SC-Arbeitsgruppe mindestens viermal jährlich zur Abstimmung und Fallreflexion. Messgröße: Tatsächliche Anzahl und Protokolle der Teamsitzungen je Jahr Verantwortung: Leitung SC-Arbeitsgruppe, SC-Beauftragte
Evaluation und Feedback	Messgröße: Beginnend mit dem TT.MM.JJJJ wird eine jährliche Evaluation der SC-Leistungen durchgeführt, mit Fokus auf Zufriedenheit der zu begleitenden Menschen und Mitarbeitenden. Verantwortung: Qualitätsmanagement, SC-Beauftragte
Organisationskultur [22]	Bis zum TT.MM.JJJJ wird SC als fester Bestandteil im Leitbild der Einrichtung verankert und in mindestens drei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr angeboten. Messgröße: Nachweis der Leitbildaktualisierung und Fortbildungsdokumentation Verantwortung: Geschäftsführung, Personalentwicklung, SC-Arbeitsgruppe

6.5 Anpassung

Anpassungen einer Planung erfolgen bspw. im PDCA-Zyklus regelmäßig in der Phase des Handelns (Act). Sie dienen der kontinuierlichen Weiterentwicklung von SC in der Organisation. Die Supervision der Anpassung

kann Führungsaufgabe sein, die Anpassung selbst sollte in gemeinsamer Abstimmung von SC-Arbeitsgruppe, ggf. der Personalentwicklung sowie den jeweiligen Fachverantwortlichen erfolgen. Anpassungen sind erneut mit Zielen, Messbarkeitskriterien und Zeitfristen zu versehen, siehe Bild 2.

ACT

Umsetzung der Erkenntnisse

- Notwendigkeit zusätzlicher Befragungen
- Einleitung weiterer Maßnahmen
- Informationsweitergabe im Team
- Übernahme in die Routine
- ...

PLAN

Planung einer Maßnahme

- Inhalt, Zeitdauer
- Professionelle Zuständigkeiten
- Schulung der Mitarbeitenden
- Dokumentation
- ...



CHECK

Überprüfung der Maßnahme

- Was habe ich erfahren?
- Rückmeldung des Patienten
- Wünsche des Patienten
- Befragungen
- ...

DO

Ausführung einer Maßnahme, z. B.

- Durchführung der spirituellen Anamnese
- Information
- Durchführung der Dokumentation
- ...

Bild 2 — Umsetzung einzelner SC-Maßnahmen am Beispiel der spirituellen Anamnese (PDCA-Zyklus)

7 Beispielhafte Ausdrucksformen und Anwendungsfelder von Spiritual Care

7.1 Allgemeines

Die nachfolgenden Übersichten in Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigt beispielhafte Ausdrucksformen und Anwendungsfelder von SC auf Ebene der zu begleitenden Menschen und der Mitarbeitenden. Sie dient der Orientierung und Veranschaulichung und ist nicht als abschließender oder verpflichtender Maßnahmenkatalog zu verstehen. Die aufgeführten Elemente zeigen, wie SC in unterschiedlichen Kontexten gelebt und umgesetzt werden kann – stets in Abhängigkeit von Situation, Haltung und interprofessionellem Dialog.

Tabelle 3 — Zentrale SC Elemente für zu begleitende Menschen

Element	Beschreibung/Zielsetzung
Spirituelle Anamnese (siehe 6.5)	Systematische Erhebung spiritueller Bedürfnisse, Bedarfe, Ressourcen und Belastungen als Grundlage zur Planung und Prüfung der SC-Interventionen
Gespräche	Achtsames, wertungsfreies Zuhören, um Sinnfragen, Hoffnungen und Ängste zu benennen und zu würdigen
Existential Negotiating (Aushandeln) [10]	Mit dem zu begleitenden Menschen im Rahmen ihres Gesundheitsmodells und ihrer Weltanschauung aushandeln, wie und von wem religiöse, spirituelle, existenzielle Belange begleitet werden sollten
Non-verbale Ausdrucksformen	Für alle zu begleitenden Menschen, v.a. aber für Kinder und in der verbalen Kommunikation eingeschränkte Personen
Präsenz	Ausdruck von Nähe, Ruhe und Mitgefühl durch Haltung, Gestik, Berührung und achtsames Dasein

Tabelle 3 (fortgesetzt)

Element	Beschreibung/Zielsetzung
Rituale und Symbole	Durchführung persönlicher oder gemeinschaftlicher Rituale, bspw. Segnung, Kerze, Musik, Symbolhandlungen
Gebet, Meditation und Achtsamkeit	Begleitung und Ermöglichung individueller spiritueller oder religiöser Praktiken
Vermittlung und Vernetzung	Kontaktaufnahme zu seelsorglichen, spirituellen oder psychosozialen Fachpersonen
Gruppenrituale und Gedenkformen	Angebote gemeinschaftlicher Ausdrucksformen von Trauer, Dankbarkeit und Hoffnung, bspw. Erinnerungsfeiern, Gedenkrituale
Ermöglichung von Gottesdiensten	Hilfe beim Aufsuchen von Gottesdiensträumen oder bei gottesdienstlichen Feiern am Krankenbett
Feiern lebens- und jahreszeitlicher Ereignisse	Teilhabe an kulturellen und religiösen/spirituellen Festen, die Sinn und Zugehörigkeit stärken
Erinnerungsbuch, Symbolische Dokumentation	Schaffung von Formen des Gedenkens und der Würdigung, bspw. Namensbuch, Symbolwand
Naturbezug und Räume der Stille	Ermöglichung von Rückzug, spirituelle Erfahrung in der Natur oder in Ruheräumen

Tabelle 4 — Zentrale SC Elemente für Mitarbeitende

Element	Beschreibung/Zielsetzung
SC-Basisfortbildung	Regelmäßiges Angebot an alle Mitarbeitenden und Erhebung des Durchdringungsgrads innerhalb der Organisation zur Steuerung des Fortbildungsbedarfs
Achtsamkeit und Selbstsorge	Förderung von Achtsamkeit, Präsenz und Selbstmitgefühl zur Stärkung der persönlichen Resilienz
Kurzrituale	Strukturierte Momente der Unterbrechung zur achtsamen Selbstregulation im Arbeitsalltag <ul style="list-style-type: none"> — Kurzes Innehalten im Team nach dem Versterben einer behandelten Person (bspw. Spirituelle Pause/Schweigeminute [23]) — Atemübung — Stille
Spirituelle Fallbesprechungen [24]	Interprofessionelle Reflexion von SC-bezogenen Themen unter Leitung der SC-Arbeitsgruppe zur Entlastung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung
Supervision und Reflexionsräume	Regelmäßige Angebote zur Selbstreflexion, kollegialen Beratung und spirituell-ethischen Klärung
Rituale im Team	Gestaltung gemeinsamer Übergangs- und Erinnerungsrituale, bspw. nach Todesfällen oder in Krisensituationen
Natur und Räume der Stille	Nutzung von Orten der Ruhe, Naturbezug oder Meditation zur Förderung der inneren Balance und Regeneration

7.2 Kommunikation mit den Zielgruppen

7.2.1 Zu begleitende Menschen

Spirituelle Kommunikation muss:

- von den Mitarbeitenden proaktiv, taktvoll und freilassend angeboten werden („die Ampel auf Grün schalten“ [18]), um Scham, Tabuisierung und Sprachlosigkeit zu berücksichtigen;
- die Wortwahl und das Sprachniveau der Personen berücksichtigen;
- kultur-, religions-, gender-, diversitätssensibel sein;
- sich um authentische Gleichberechtigung der Dialogpartner bemühen („auf Augenhöhe sprechen“ [25]);
- den individuellen Zugang zur Spiritualität achten und Art, Umfang, Stellenwert der existenziellen Kommunikation mit der anderen Person aushandeln (existential negotiating): „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient oder die Patientin dafür hält“ [26];
- Barrierefreiheit bei Kommunikationshindernissen anstreben, insbesondere bei Gruppen mit eingeschränkter oder veränderter verbaler Kommunikation (bspw. Kinder, Demenz- oder Aphasie-Betroffene, Menschen mit vorübergehenden oder andauernden Bewusstseinsstörungen).

7.2.2 Mitarbeitende der Organisation

Kommunikationskultur sollte Teil der professionellen Haltung sein. Organisationen sollten Rahmenbedingungen schaffen, die Selbstreflexion, offene Rückmeldung und gegenseitige Achtung fördern. Gespräche über Spiritualität und existenzielle Fragen müssen freiwillig, vertraulich und wertschätzend sein. Führungskräfte müssen eine Kultur der Resonanz und Achtsamkeit im Umgang mit Diversität, Religion und Weltanschauung fördern.

7.2.3 Umgebungsbedingungen der Organisation

Spirituelle Kommunikation muss:

- die Pluralität der postsäkularen Gesellschaft berücksichtigen, in der religiöse, atheistische und agnostische Weltanschauungen nebeneinander bestehen;
- übersetzend (hermeneutisch) sein;
- auf spezifische Besonderheiten des Trägerprofils eingehen (bspw. öffentlich, freigemeinnützig, privat);
- die Verortung der Organisation berücksichtigen (städtisch oder ländlich).

7.3 Anforderungen an Spiritual Care

7.3.1 Allgemeines

Um SC in der Organisation fachlich fundiert und sicher durchführen zu können, müssen fachliche, strukturelle, prozessbezogene und ethische Mindestanforderungen erfüllt werden.

7.3.2 Fachliche Anforderungen

SC muss:

- sich an anerkannten, wissenschaftlich fundierten Konzepten und Standards orientieren;

- durch Mitarbeitende mit entsprechenden Qualifikationen durchgeführt werden (bspw. SC-Basischulung, SC-Aufbaukurs, seelsorgliche oder psychosoziale Zusatzkompetenz);
- spirituelle, religiöse und existenzielle Dimensionen des Erlebens miteinbeziehen;
- ressourcenorientiert und situationsbezogen sein;
- das Erkennen von spirituellen Bedürfnissen, Bedarfen sowie Ressourcen, die angemessene Reaktion darauf sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Abgrenzung der eigenen Rolle umfassen.

7.3.3 Strukturelle Anforderungen

Strukturen für SC müssen Rahmen schaffen (bspw. Aufnahme, Behandlung, Pflegeplanung, Angehörigengespräche, gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase). Dazu gehören zugängliche Räume, Zeitfenster und Ansprechpersonen, die eine Atmosphäre der Offenheit ermöglichen. Die Organisation sollte sicherstellen, dass solche Rahmenbedingungen von allen Berufsgruppen getragen werden.

7.3.4 Prozessbezogene Anforderungen

Prozessbezogene Elemente dienen der Transparenz, nicht der Bürokratisierung. Dokumentation muss Sinn und Verlauf der Begleitung stützen und darf Begegnung nicht ersetzen. Jeder Prozess sollte eingebettet in menschliche Beziehung und ethische Reflexion bleiben.

7.3.5 Ethische Aspekte

SC muss:

- die Unverfügbarkeit und Würde der Resonanz anerkennen;
- Selbstbestimmung, kulturelle und religiöse Zugehörigkeit und Weltanschauung aller am Prozess beteiligten Personen respektieren;
- als offenes Angebot auch ablehnende Reaktionen wertschätzen;
- Grenzen der persönlichen und professionellen Zuständigkeit achten und Supervisionen sowie Selbstfürsorge fördern.

7.4 Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern und Organisationen

7.4.1 Allgemeines

Gesundheitsberufliches SC steht in wechselseitigem Austausch mit anderen Formen spiritueller, existenzieller und seelsorglicher Begleitung. Dazu gehören u.a. Seelsorge verschiedener Religionsgemeinschaften, Hospiz- und Palliative-Care-Dienste, psychosoziale Fachstellen, Ehrenamtliche sowie wissenschaftliche und zivilgesellschaftliche Organisationen. Die Kooperation beruht auf gegenseitiger Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen, Rollen und ethischen Grundlagen. Eine Einflussnahme auf weltanschauliche oder religiöse Überzeugungen findet nicht statt. Kooperationen dienen der Förderung von Qualität, Vernetzung und wechselseitigem Lernen im Sinne der begleiteten Menschen.

7.4.2 Art und Umfang der Steuerung

Ressourcen können von Dritten bspw. von der Seelsorge der Religionsgemeinschaften, von wissenschaftlichen Forschungsprojekten, von Sponsoren oder von künstlerischen Angeboten bereitgestellt werden. Wie, wo und in welchem Umfang diese Ressourcen ihren Platz in der Organisation finden, ist von der Leitung der Organisation bzw. den hierfür Verantwortlichen festzulegen. Falls es sich um ständig bereitgestellte Ressourcen handelt, ist abzuwägen zwischen SC-Interventionen, die durch die Mitarbeitenden der Organisation erbracht, und solchen, die von extern bereitgestellt werden. So kann bspw. im Fall der Seelsorge die Kooperation nach dem Modell der klinischen Ethikkomitees gemeinsam und partnerschaftlich gesteuert werden.

Die Abstimmung zwischen internen und externen Kooperationspartnern erfolgt im Dialog und orientiert sich an gemeinsamen Zielen der Versorgung und Begleitung. Formen der Zusammenarbeit sollten bspw. sein:

- regelmäßige fachliche Konsultationen, Fall- oder Ethikgespräche;
- Teilnahme an gemeinsamen Fortbildungen oder Reflexionsformaten;
- Entwicklung gemeinsamer Standards oder Informationsmaterialien;
- Kooperation in Projekten zur Forschung, Qualitätssicherung oder Bildung.

Die ethische und rechtliche Eigenständigkeit der beteiligten Kooperationspartner muss in jedem Fall gewahrt bleiben.

Verfahren, Geheimhaltungspflichten und seelsorgliche Schweigeordnungen der Kooperationspartner müssen respektiert werden. Verbindliche Regelungen müssen auf freiwilliger, transparenter Grundlage entstehen. Die von der Internationalen Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität und anderen maßgeblichen Berufs- und Fachverbänden veröffentlichten ethischen und inhaltlichen Normen sind zu beachten.

7.4.3 Informationen für extern Ressourcengeber

Informationen aus SC dürfen nur im Einverständnis der betroffenen Personen und unter Wahrung der Schweigepflicht weitergegeben werden. Die Weitergabe an externe Kooperationspartner erfolgt ausschließlich in dem Umfang, der zur Versorgung, Begleitung oder Qualitätssicherung erforderlich ist. Die Rechte der begleiteten Menschen auf Vertraulichkeit, Würde und Selbstbestimmung haben Vorrang vor institutionellen Interessen. Abstimmungen über die Zusammenarbeit und den Informationsfluss sollten dokumentiert, aber nicht standardisiert kontrolliert werden.

7.5 Erbringung von Spiritual Care

7.5.1 Steuerung der Erbringung von Spiritual Care

Ziel ist es, SC planmäßig, nachvollziehbar und qualitätsgesichert einzusetzen.

Die Erbringung von SC sollte durch SC-Beauftragte gesteuert werden. Dies umfasst:

- Planung und Zuweisung der SC-Ressourcen;
- Festlegung von Verantwortlichkeiten für einzelne SC-Interventionen;
- Abstimmung mit allen am Prozess beteiligten Personen (bspw. Pflege, Seelsorge, Ethik- und Palliativdienste);
- regelmäßige Besprechungen der SC-Arbeitsgruppe zur Statuskontrolle und Anpassung der Maßnahmen;
- Dokumentation von Aufgaben, Zuständigkeiten und Abwesenheiten, um jederzeit die Kontinuität der SC-Interventionen sicherzustellen.

7.5.2 Kennzeichnung der Rückverfolgbarkeit

Ziel ist es, SC-Interventionen nachvollziehbar zu dokumentieren. Jede SC-Intervention sollte dokumentiert werden, sodass sie jederzeit rückverfolgbar ist. Dies umfasst:

- elektronische oder papierbasierte Dokumentation der SC-Kontakte (Datum, beteiligte Personen, Art der Intervention, Dauer);
- Nutzung standardisierter SC-Dokumentationsbögen oder integrierter EPA-Module;

- Kennzeichnung von besonderen Ereignissen oder kritischen Fällen zur Qualitätskontrolle;
- Bereitstellung der Dokumentation für interne Qualitätsmanagement (QM)-Audits, Team-Reviews und Evaluationen.

Die datenschutzkonforme Dokumentation muss den Nachweis der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von SC-Interventionen beinhalten. Die Vertraulichkeit der SC-Intervention ist sicherzustellen. Inhalte von spirituellen Gesprächen dürfen nur in Abstimmung mit den zu begleitenden Menschen und nur so weit festgehalten werden, wie sie für die Versorgung oder die Koordination im interprofessionellen Team erforderlich sind. Zugriffsrechte auf die Dokumentation sind zu regeln. Diese Informationen müssen grundsätzlich auf das unmittelbar beteiligte Behandlungsteam beschränkt bleiben.

Die Dokumentation umfasst sowohl organisationsbezogene als auch fallbezogene Sachverhalte im Rahmen der individuellen Versorgung, siehe Tabelle 5.

Tabelle 5 — Dokumentationsbereiche und Zuständigkeiten für SC

Bereiche	Inhalte	Verantwortung	Zugriff	Zugriff
Organisationsbezogen	Leitbild, SC-Konzept, ethische Richtlinien Definierte Prozesse und Verfahren zur spirituellen Begleitung (spirituelles Assessment, Dokumentation im Datensatz der zu behandelnden Person, Übergabeprozesse) Rollen- und Verantwortungsbeschreibungen Ergebnisse aus Evaluationen, Befragungen und Qualitätsüberprüfungen	SC-Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement Führungsebene	SC-Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement Führungsebene Interne Auditoren	QM-System Intranet Jährliche Aktualitätsprüfung
Fallbezogen	Spirituelle Bedürfnisse, Bedarfe und Ressourcen Geplante und durchgeführte SC-Interventionen Verlauf der SC-Interventionen Evaluation der spirituellen Bedürfnisse, Bedarfe und Ressourcen	Interprofessionelles Team aus Medizin, Pflege, Alltagsbegleitung, Psychotherapie, Seelsorge	Nur behandelndes Team	Akte der zu behandelnden Person
Seelsorglich	Gesprächsinhalte Spirituelle Begleitung außerhalb der Behandlung	Seelsorge, SC-Fachpersonen	Seelsorge	Separat, nach kirchlichen oder berufsethischen Vorgaben

7.5.3 Erhaltung der Nachhaltigkeit der SC-Ergebnisse

Für die Umsetzung von SC sollten neben den personellen, auch strukturbezogene, kommunikative und nachhaltigkeitsorientierte Ressourcen bereitgestellt werden.

7.5.4 Auswirkungspotenziale

Das Potenzial positiver Auswirkungen von SC kann insbesondere bestehen aus:

- Förderung der Mitarbeitenden-Gesundheit;
- Förderung von Zufriedenheit und Work-Engagement der Mitarbeitenden;
- Reduktion von Mitarbeitenden-Fluktuation;
- kürzere Liegezeiten der zu begleitenden Menschen;
- seltenere Wiederaufnahmen der zu begleitenden Menschen;
- verbesserte Zufriedenheit der zu begleitenden Menschen;
- verbesserte sektorübergreifende Versorgung von zu begleitenden Menschen;
- verbessertes Image der Einrichtung und damit verbesserte Fallzahlen;
- Einsparung von Schmerz- und Sedativa-Medikation;
- Optimierung von Prozessen;
- Fehlerreduktion;
- digitale Transformation.

7.5.5 Tätigkeiten nach Beendigung des SC-Prozesses

Ziel ist es, nach Abschluss einer SC-Intervention Follow-up, Auswertung und Übergaben zu sichern. Zu beachten ist, dass einzelne SC-Interventionen im Kontext eines Begleitungsprozesses stehen sollten.

Nach Abschluss einer SC-Intervention sollten folgende Schritte durchgeführt werden:

- Reflexion und Dokumentation der SC-Interventionen;
- ggf. Weitergabe relevanter Informationen an die Mitarbeitenden, an die Seelsorge oder andere beteiligte Dienste;
- Nachbereitung von belastenden Fällen (bspw. durch Supervision oder Teamgespräch);
- Identifikation von Verbesserungspotenzialen für zukünftige SC-Interventionen;
- Archivierung der Dokumentation entsprechend der Datenschutz- und QM-Vorgaben.

7.5.6 Surveillance von zu begleitenden Menschen und Mitarbeitenden

Ziel ist es, zu begleitenden Menschen sowie Mitarbeitenden ein regelmäßiges Feedback anzubieten, um negative Auswirkungen oder Überlastung frühzeitig zu erkennen.

Die Surveillance dient der Erhaltung der Stabilität aller beteiligten Personen. Maßnahmen sollten umfassen:

- Beobachtung von zu begleitenden Menschen auf existenzielle und spirituelle Belastungen durch SC-Arbeitsgruppe und SC-Multiplikatorinnen;
- Erfassung von Stress- oder Überlastungssymptomen bei Mitarbeitenden, die SC-Maßnahmen durchführen;

- regelmäßige Teammeetings zur gemeinsamen Reflexion und frühzeitigen Intervention;
- Einsatz von Supervision, Coaching oder Resilienzmaßnahmen bei auffälligen Belastungen;
- Dokumentation von Maßnahmen, Risiken und Beobachtungen zur kontinuierlichen Verbesserung.

7.6 Umgang mit unerwünschten Ereignissen

Die Organisation muss sicherstellen, dass unerwünschte Ereignisse wie Grenzverletzungen im Zusammenhang mit SC frühzeitig erkannt, registriert, reflektiert und für Verbesserungsmaßnahmen genutzt werden, unter Wahrung von Respekt und Lernorientierung.

Mitarbeitende müssen in den SC-Schulungen für unerwünschte Ereignisse sensibilisiert werden. Kooperationen mit Fachinstitutionen (bspw. Ethikkomitee, Psychotherapie) können die Entwicklung und Reflexion entsprechender Vorgehensweisen unterstützen.

Unerwünschte Ereignisse können bspw. entstehen durch:

- Grenzverletzungen oder Übergriffigkeit im spirituellen Gespräch (Vertrauensverlust, spirituelle Verletzung, Scham);
- unangemessene spirituelle Gesprächsführung oder SC-Interventionen (Fehlinterpretation, spirituelle Überforderung);
- Reaktivierung früherer traumatischer Erfahrungen (spirituelle und emotionale Destabilisierung);
- unklare Zuständigkeiten im Team (Doppelparbeit, widersprüchliche Aussagen, Verwirrung bei den zu begleitenden Menschen);
- Spiritual Bypassing [27].

Die Organisation muss Verfahren festlegen, die

- ein kontinuierliches Monitoring unerwünschter Ereignisse über Indikatoren unterstützen,
- eine niedrigschwellige und vertrauliche Meldung ermöglichen (Fehlermanagement der Institution),
- eine fachliche und ethische Bewertung durch geeignete Stellen sicherstellen (bspw. SC-Arbeitsgruppe, Ethikkomitee, Beschwerdemanagement),
- Korrektur-, Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen einleiten (bspw. Supervision, kollegiale Beratung, SC-Fortbildungen).

8 Evaluation der SC Leistungen

8.1 Allgemeines

Die Organisation sollte geeignete Mittel und Instrumente bereitstellen, um die Umsetzung von SC kontinuierlich zu lenken und zu bewerten. Dies sollten die Definition und Nutzung relevanter Indikatoren, den Aufbau von Daten- und Informationssystemen sowie die regelmäßige Einbeziehung der Perspektiven der zu begleitenden Menschen (sog. partizipative Evaluation) umfassen. Die Evaluation ist transparent zu operationalisieren, um Fehlerkorrektur, Optimierung, Innovation und Forschung zu ermöglichen.

8.2 Outcomes

8.2.1 Allgemeines

Um SC kompetent und verlässlich interdisziplinär zur Anwendung zu bringen, sollten einerseits spirituelle/existenzielle Bedürfnisse sowie Bedarfe und das damit verbundene Belastungserleben strukturiert erfasst und dokumentiert werden [28] [29] [30]. Auf dieser Grundlage kann ein multiprofessionelles Team die begleiteten Menschen bedarfsorientiert unterstützen. Andererseits sollten die Effekte von SC-Interventionen hinsichtlich medizinischer, pflegerischer, spiritueller und patientenberichteter Outcomes der begleiteten Personen erfasst werden, um die Interventionen bei Bedarf anpassen zu können.

Die Instrumente zur Erfassung der Outcomes können grundsätzlich für alle Menschen geeignet sein. Bei Einschränkungen der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit (bspw. Kindesalter, Demenz, Delir, Behinderung, neurodegenerative Erkrankungen) müssen die Methoden dem Gegenüber und der Situation angepasst werden.

Erfassungsinstrumente müssen inklusiv und mehrdimensional sein, sowohl spirituelle als auch religiöse Dimensionen berücksichtigen und plural weltanschauliche Perspektiven einbeziehen.

Die Analyse und Bewertung der Outcomes dient der systematischen Reflexion der Qualität und Wirksamkeit von SC sowie der Ableitung von Optimierungsmöglichkeiten im Rahmen des PDCA-Zyklus (siehe 6.5). Es können sich die folgenden Vorgehensweisen anbieten:

- a) Datenaufbereitung: Zusammenführung quantitativer Daten (bspw. Spiritual Needs Questionnaire [SPNQ], Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale [FACIT-Sp]) und qualitativer Daten (bspw. Interviews, Feedbackgespräche);
- b) Interpretation: Identifikation von Trends, Stärken und Schwächen von SC und Veränderungen, bspw. im spirituellen Wohlbefinden, spiritueller Belastung oder Lebenszufriedenheit;
- c) Bewertung: Abgleich mit Zielvorgaben (bspw. Anteil dokumentierter spiritueller Anamnesen) und Ableiten von Handlungsempfehlungen;
- d) Rückkoppelung in die Praxis: Diskussion der Ergebnisse in der SC-Arbeitsgruppe, in Fortbildungen, Supervisionen und ggf. mit Betroffenen zur Validierung der Ergebnisse;
- e) Dokumentation: Systematische Aufbereitung.

8.2.2 Assessment bedeutsamer Indikatoren für die Begleitung

Zur Erfassung von Religion, Spiritualität und deren Bedeutung im Leben einer zu begleitenden Person kann eine spirituelle Kurzanamnese in Form eines halbstrukturierten Kurzinterviews eingesetzt werden. Für ein professionelles SC stehen darüber hinaus verschiedene standardisierte Instrumente zur Verfügung, um spirituelle, religiöse und existenzielle Bedürfnisse, Bedarfe, Ressourcen sowie Belastungen systematisch zu erfassen.

Eine Übersicht geeigneter Instrumente befindet sich in Anhang A.

8.2.3 Betroffenenzufriedenheiten

Die Zufriedenheit der zu begleitenden Menschen ist ein zentrales Element, um die Wirkung von SC zu erfassen. Sie spiegelt wider, ob die Unterstützung als hilfreich, einfühlsam und wirksam erlebt wird. Messbar wird sie durch direkte Rückmeldungen und systematische Erhebungen.

Mögliche Methoden und Instrumente sind:

- Direkte Feedbackbögen/Fragebögen mit kurzen, standardisierten Items, die bspw. mit einer 4-stufigen Likert-Skala von „gar nicht“ bis „vollständig“ beantwortet werden. Mögliche Items sind „Fühlen Sie sich

durch die spirituelle Begleitung unterstützt?“, „Wurde auf Ihre persönlichen spirituellen Bedürfnisse eingegangen?“ oder „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der erhaltenen spirituellen Unterstützung?“;

- semi-strukturierte Interviews/Kurzbefragungen mit offenen Fragen, welche bspw. die Beziehung zur SC-Arbeitsgruppe, das Erleben der Gesprächskultur, die wahrgenommene Wirksamkeit und die Unterstützung bei existenziellen, spirituellen oder religiösen Fragen erfassen;
- tägliche/regelmäßige Kurzfeedbacks mit geschlossenen Fragen, welche sich insbesondere für zu begleitenden Menschen mit eingeschränkter Belastbarkeit anbieten, bspw. „Haben Sie heute Unterstützung in Ihren existenziellen, spirituellen oder religiösen Anliegen erhalten?“ und „War diese hilfreich?“;
- beobachtete Verhaltensindikatoren, wie bspw. Beteiligung an SC-Interventionen, initiierte Kontakte zu SC-Fachpersonen oder Engagement der An- und Zugehörigen im spirituellen Prozess;
- Gruppenbefragungen in Form von Workshops oder Fokusgruppen zur Bewertung der SC-Interventionen (Relevanz, Zugänglichkeit, Wirkung).

8.3 Internes Audit

Zertifizierungen im Sinne klassischer Audit- oder Prüfverfahren sind in diesem Dokument nicht vorgesehen. Dennoch bietet dieses Dokument qualitätssichernde Kriterien, die mit den Grundsätzen der Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität (IGGS) e.V. und den Ethik-Kodizes anderer Fachgesellschaften übereinstimmen. Organisationen können sich freiwillig an diesen Kriterien orientieren, sie anwenden, deren Umsetzung dokumentieren und die Einhaltung nachweisen.

Auditinhalte und Prüfkriterien sollten sein:

- Existenz von Leitlinien, Schulungen, Ressourcen und definierten Rollen für SC;
- Integration von SC in interdisziplinäre Teams und Versorgungskonzepte;
- regelmäßige Erhebung und Dokumentation von spirituellen Bedürfnissen, Bedarfen sowie Ressourcen und SC-Interventionen;
- Kommunikation und Übergabe von SC innerhalb des Teams;
- Rückmeldungen der zu begleitenden Menschen zu Wirksamkeit, Erreichbarkeit und Gesprächskultur;
- Analyse der Wirkung auf spirituelle Bedürfnisse, Bedarfe, Ressourcen, spirituelles Wohlbefinden und Lebensqualität.

Die Kriterien können mithilfe der in 8.2.2 sowie 8.2.3 beschriebenen Outcomes erfasst werden. Zudem können Dokumenten- und Fallreviews, Interviews mit Mitarbeitenden, Beobachtung von SC-Angeboten, Checklisten und Scoring genutzt werden.

8.4 Gesamtbewertung von Spiritual Care in einer Organisation

8.4.1 Allgemeines

SC sollte eine Führungsaufgabe sein und sollte deshalb in den regelmäßigen Gesamtbewertungen berücksichtigt werden. Dies betrifft die Überprüfung der Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit

- des in 4.3 dargestellten Qualitätsmanagement-Systems,
- der genutzten Standard Operating Procedures (SOPs),
- von besonderen Projekten, die SC in die strategische Ausrichtung der Organisation einbeziehen.

8.4.2 Eingaben für die Gesamtbewertung

Die oberste Führungsebene kann bspw. die Gesamtbewertung mit einem Rückblick auf das vergangene Geschäftsjahr verknüpfen. Feedback der zu begleitenden Menschen, Mitarbeitenden-Befragungen, Verbesserungswünsche und die Ergebnisse von Audits können als Bewertungsgrundlage herangezogen werden.

8.4.3 Ergebnisse der Gesamtbewertung

Ergebnisse sind

- konkrete Impulse zur Weiterentwicklung der Organisationskultur,
- Stärkung der spirituellen und ethischen Haltung,
- Verbesserung von Kommunikations- und Reflexionsformaten.

Die Ergebnisse werden intern geteilt und können nach außen kommuniziert werden, wenn dies zur Stärkung der Transparenz und Lernkultur beiträgt.

Anhang A (informativ)

Ergebnisinstrumente

A.1 Allgemeines

Hinweise zur Verwendung dieser Instrumente wurden von der Arbeitsgruppe Assessment erarbeitet und publiziert [29].

A.2 Spirituelle Kurzanamnese

FICA [31] bzw. **SPIR** [32] [33]: Erfassung von F – Faith/S (Glaubensüberzeugungen), I – Importance/Platz (Bedeutung und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben einnehmen), C – Community/Integration (Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe) und A – Address/Rolle (Rolle der Gesundheitsperson).

HOPE-Inventar: Offene Erfassung von H – Quellen der Hoffnung, der Kraft, des Trostes und des Friedens, O – Organisierte Religion. (hilfreiche spirituelle/religiöse Gemeinschaften), P – Persönliche Spiritualität. und hilfreiche Praktiken, E – Effekte der aktuellen Situation und Unterstützungsmöglichkeiten durch die medizinische Versorgung.

Vierdimensionales Spiritual Health Assessment: Erfassung des Lebenssinns, des Vergebungsbedürfnisses, der sozial-emotionalen Verbundenheit und Hoffnung auf einer fünfstufigen Skala (viel – wenig).

A.3 Standardisierte Erhebungsinstrumente

Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ): Erfassung von religiösen Bedürfnissen, existenziellen Bedürfnissen, Bedürfnissen des inneren Friedens, Generativitäts-Bedürfnissen und optional den familiären Unterstützungs-Bedürfnissen entsprechend der Ausprägung (Wichtigkeit) für die befragte Person. Die Kurzfassung mit 10 Items ist insbesondere in palliativen Situationen geeignet.

Spiritual Distress Screener [34]: Erfassung von existenziellem Sinn-/Motivationsverlust und religiöser Entfremdung/Hoffnungsverlust.

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual (FACIT-Sp): Erfassung von spirituellem Wohlbefinden in den Dimensionen Sinn, Frieden und Glaube. Hinweis: bei nicht religiös verorteten Menschen kann die Dimension „Glaube“ gering ausfallen, dies sollte nicht vorschnell als Defizit gedeutet werden.

Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale (BMLSS): Erfassung der Lebenszufriedenheit anhand von 6 Bereichen (intrinsisch, sozial, extern, Perspektive, Gesundheit und Lebenssinn/Ziele). Ergänzend kann auch bei gleichem Scoring das Modul zur Unterstützungszufriedenheit angehängt werden (Familie, Freunde und Bekannte, das therapeutische Team, die Seelsorgenden).

Konkrete Einzelfragen mit einem einfachen Scoring: Erfassung der Zufriedenheit der generellen Unterstützung sowie der spezifischen Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse mithilfe von Einzelfragen und mit einem einfachen Scoring-System (ja, sehr gut; ja, etwas; eher nein; nein, gar nicht).

Literaturhinweise

- [1] Peng-Keller S, Winiger F, Rauch R (2022) The spirit of global health: The World Health Organization and the 'spiritual dimension' of health, 1946-2021 (<https://academic.oup.com/book/43762>). Oxford: Oxford University Press.
- [2] Spiritual Care: Welche Rolle Spiritualität in der Pflege spielen kann. (2026) AOK Gesundheitsmedizin: <https://www.aok.de/pk/magazin/pflege/pflegeformen/spiritual-care-wie-spiritualitaet-die-pflegebereichert/>
- [3] Stausberg J, Jungen T, Karaus M, Lertzynski G, Scheu C (2026) Qualitätsindikatoren zu vulnerablen Gruppen im Benchmarking kirchlicher Krankenhäuser. *Spiritual Care* 15:doi:10.1515/spircare-2025-0047.
- [4] Streck-Plath U (2026) Norm und Nichtverfügbarkeit: Spiritual Care als strategische Intervention ins Qualitätsverständnis des Gesundheitswesens Wie Wandel durch Spiritualität aufgrund von Bedarf und Bedürfnis des Systems gelingen kann. *Spiritual Care* 15:i.V.
- [5] Beivers A, Frick E (2019) Spiritual Care im Gesundheits- und Krankenhausmarkt: Wichtiges Change-Element und Rückbesinnung auf den Ursprung der Versorgung. In: Büssing A, Warode M, Bolsinger H (Hg.) *Spiritualität in der Managementpraxis*. Freiburg i.Br.: Herder. 189-205.
- [6] Rogers EM (2003) *Diffusion of innovations* (5. Aufl.). New York: Free Press.
- [7] Rogers EM, Medina UE, Rivera MA, Wiley CJ (2005) Complex adaptive systems and the diffusion of innovations. *Innovation Journal* 10:1-26.
- [8] Maidl L, Seemann A-K, Frick E, Gündel H, Paal P (2022) Leveraging spirituality and religion in European for profit organizations: a systematic review. *Humanistic Management Journal* 7:23–53.
- [9] Habermas J (2001) *Glauben und Wissen : Friedenspreis des Deutschen Buchhandels 2001*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- [10] Andersen AH, Nissen RD (2025) Existential communication as a post-secular negotiation: In research and practice. *Journal of Humanistic Psychology*:00221678251339218. <https://doi.org/10.1177/00221678251339218>.
- [11] Steinforth T (2013) Wie kommt die Spiritualität in die Organisation? Förderung spiritueller Kompetenz von Mitarbeitern und Führungskräften. *Spiritual Care* 2:8-20.
- [12] Heller A, Schmidt T (2021) Organisation. In: Frick E, Hilpert K (Hg.) *Spiritual Care von A bis Z*. Berlin: De Gruyter. 241-244.
- [13] Büssing A, Frick E (2026) Kompetenzen. In: Frick E, Roser T, Stotz-Ingenlath G (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer. im Druck.
- [14] Alt-Epping B, Berberat PO, Büssing A, Elster L, Frick E, Gross M et al. (2021) Spiritual Care im Medizinstudium. Ein Positionspapier. *Spiritual Care* 10:308-312. <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/spircare-2021-0041/html>.
- [15] Atzeni G (2021) Implementieren. In: Frick E, Hilpert K (Hg.) *Spiritual Care von A bis Z*. Berlin: De Gruyter. 158-160.
- [16] Frick, E., Theiss, M., Rodrigues Recchia, D., & Büssing, A. (2019). Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala: *Spiritual Care*, 8 (2), 193-207.

- [17] Utsch M, Anderssen-Reuster U, Frick E, Gross W, Murken S, Schouler-Ocak M, Stotz-Ingenlath G (2017) Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care* 6:141-146.
<https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/spircare-2016-0220/html>.
- [18] Streck-Plath U (2024) Grüne Ampeln entdecken. Fünf Tagungen im Licht von Spiritualität und *Spiritual Care*. *Spiritual Care* 13:310-313.
- [19] Gratz M, Reber J (2019) Seelsorge und *Spiritual Care* als Angebot und Beitrag zur Unternehmenskultur. In: Roser T (Hg.), *Handbuch der Krankenhauseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 313-333.
- [20] Weinholt W (2026) Kultur- und Organisationsentwicklung. In: Frick E, Roser T, Stotz-Ingenlath G (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer. 141-147.
- [21] Wierzbicki, D. (2021). *Spiritual Care in der Praxis: Wie die Implementierung in den Klinikalltag erfolgreich gelingt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [22] Höfler AE (2021) Organisationskultur. In: Frick E, Hilpert K (Hg.) *Spiritual Care von A bis Z*. Berlin: De Gruyter. 244-247.
- [23] Meyer-Natus T (2026) Die Schweigeminute als Ritual in der Intensivmedizin. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 121:
<https://www.springermedizin.de/intensivmedizin/notfallmedizin/die-schweigeminute-als-ritual-in-der-intensivmedizin/51924508>,
- [24] Ehm S (2016) Existenzielle Fallbesprechung – ein Führungsinstrument zur Entlastung Pflegender. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Spiritual Care* 5:25-32.
- [25] Take care! Die Kunst präsent zu SEIN. Bedingungen für eine dialogische Achtsamkeit in Begegnungen. In: Pokorny L, Mörth-Nicola L, Tretina K (Hg.) *Blicklichter und Grenzgänge*: Brill Schöningh. 383-401
- [26] Roser T (2026) Innovation *Spiritual Care*: Spiritualität als individuelle Freiheit und institutionelle Bindung. In: Frick E, Roser T, Stotz-Ingenlath G (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer. im Druck.
- [27] Frick E (2026) *Spiritual Bypassing*. *Spiritual Care* 15:77-78
- [28] Büssing A: *Spiritual Care – Standardisierte Erfassung von existenziellen und spirituellen Bedürfnissen und ihre Implementierung in Versorgungseinrichtungen*. In: Büssing A, Giebel A, Roser T (Hrsg). *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell. Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung*. Springer 2024; S. 259-370.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_35
- [29] Büssing A, Schattenfroh A, Kopf A, Reber J, Bundschuh V, Rickert J, Kubitzka J (2026) Assessment-Instrumente. Strukturierte Erfassung bedeutsamer Indikatoren für *Spiritual Care* im Kontext der Gesundheitsberufe. *Spiritual Care* 15:im Druck.
- [30] Büssing A (2025) Instruments for spiritual measurement. In: Ross L, McSherry W (Hg.) *Spiritual assessment in healthcare: A resource guide*. Cham: Springer. 55-64.
- [31] Puchalski C: FICA Spiritual History Tool. A Guide for Spiritual Assessment in Clinical Settings.
https://gwish.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib1011/files/2025-03/V2%20FICA%20PDF%20%282%29_Final_Updated%203.10.25.pdf

- [32] Frick E (2026) Spirituelle Anamnese. In: Frick E, Roser T, Stotz-Ingenlath G (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer. im Druck.
- [33] Reiningger KM, Akpınar S, Schweizer K (2025) The significance of taking a spiritual history: A randomized controlled study in a sample of German psychotherapists. *Spiritual Care* 14:27–33.
- [34] Büssing A, Rütter T (2025) Validierung des orientierenden Spiritual Distress Screeners bei Angehörigen von Hospizbewohnern und einer unbelasteten Vergleichsgruppe. *Spiritual Care* 14:327–335.

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

Boessmann U, Remmers A (2020) *Praktischer Leitfaden der Richtlinien-therapie. Wissenschaftliche Grundlagen, Psychodynamische Grundbegriffe, Diagnostik und Therapietechniken*. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] & Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2020). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (13. Aufl.). <https://www.publikationen-bundesregierung.de/pp-de/publikationssuche/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-733904>

Büssing A (Hg.) (2021) *Spiritual needs in research and practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a global resource for health and social care*. Cham: Springer International Publishing. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-70139-0>.

Frick E, Ohls I, Stotz-Ingenlath G, Utsch M (Hg.) (2018) *Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

International Classification of functioning, Disability and Health (ICF) World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.

Sozialgesetzbuch (SGB) III, VIII, IX, XI und XII

Smart-Regel/smart-methode (2024) Bundesministerium des Innern. Verfügbar unter: https://www.orghandbuch.de/Webs/OHB/DE/OrganisationshandbuchNEU/4_MethodenUndTechniken/Methoden_A_bis_Z/SMART_Regel_Methode/SMART_Regel_Methode_node.html.

World Health Organization (2014) definition of palliative care, Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

World Health Organization. (2014). *The High 5s Project — Interim Report*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 150725 7.