

Spiritualität im Sprechzimmer

Unvereinbarkeit oder wertvolle Ergänzung?

Eckhard Frick sj

TUM Universitätsklinikum | Rechts der Isar
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit



Spiritualität im Sprechzimmer

1. Sprechstunde!

2. Religion? Spiritualität?

3. Konsequenzen der HoPES³-Studie

4. Pflegende Angehörige

5. Caring Community

6. Sprechstunde: JETZT

Sprechstunde (dwds.de)

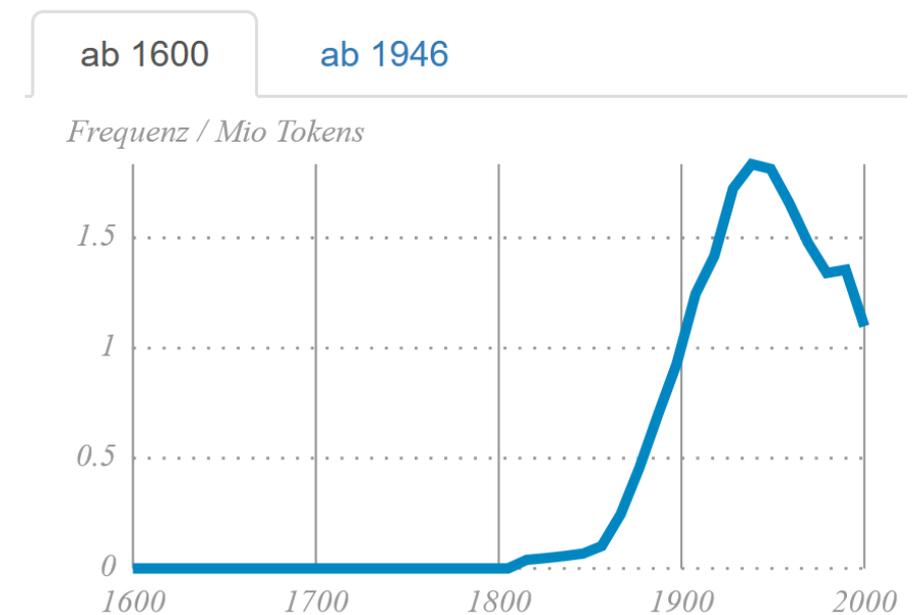
**Zeitraum, in dem jmd.,
besonders ein Arzt, zur
Behandlung oder Beratung
aufgesucht werden kann**

Beispiele:

eine Sprechstunde (ab)halten,
durchführen

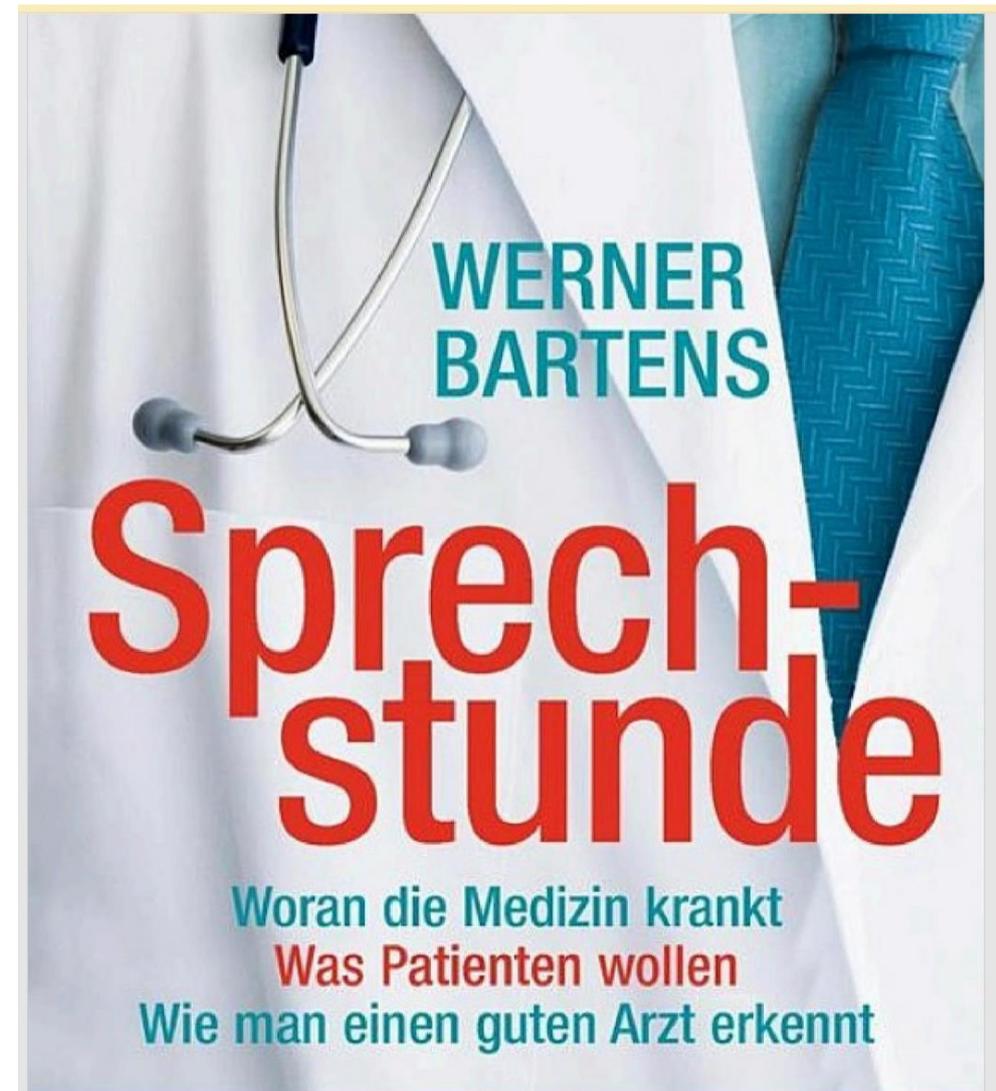
die Sprechstunde beginnt um 13 Uhr
er hat täglich von 14–18 Uhr

Sprechstunde
die öffentliche Sprechstunde für den
Publikumsverkehr
er kam, ging in die Sprechstunde des
Zahnarztes, Rechtsanwalts,
Abgeordneten



„Arztzeitmangel“

- Sprech- und Hörzeit optimieren
- Dem nicht Zielgerichteten Raum geben
- Kriterium „Selbstwirksamkeitserleben“



Die archetypische Sicht (C. G. Jung)

- Christus: Archetyp des Selbst
- Archetyp (Urbild, prägender Ur-Stempel): großes Muster im kollektiven Unbewussten, aus dem sich unsere inneren und äußeren Bilder bilden
- Archetypen sind transkulturell und transreligiös offen
- Selbst: größer als das Ich; Ziel der Entwicklung (Individuation)
- Hier: Suche nach Rat, Hilfe, Heilung bei jemandem, der Wissen und Verfügung über Heilmittel hat.



el Niño Doctor de los Enfermos

- Verknüpfung:
Archetypen göttliches
Kind x Christus
- Schwäche,
Hilflosigkeit, Stärke

Erwartungen an die Ärztin und ärztliches Handeln

- Bewusst:
Konsultationsanlass /
Beschwerdeschilderung /
Wunsch → Dg. → Rat
- Unbewusst: in der
Kontaktaufnahme Suche
nach Sinn, Rat, „mehr als
Rezept“

Spiritualität im Sprechzimmer

1. Sprechstunde!

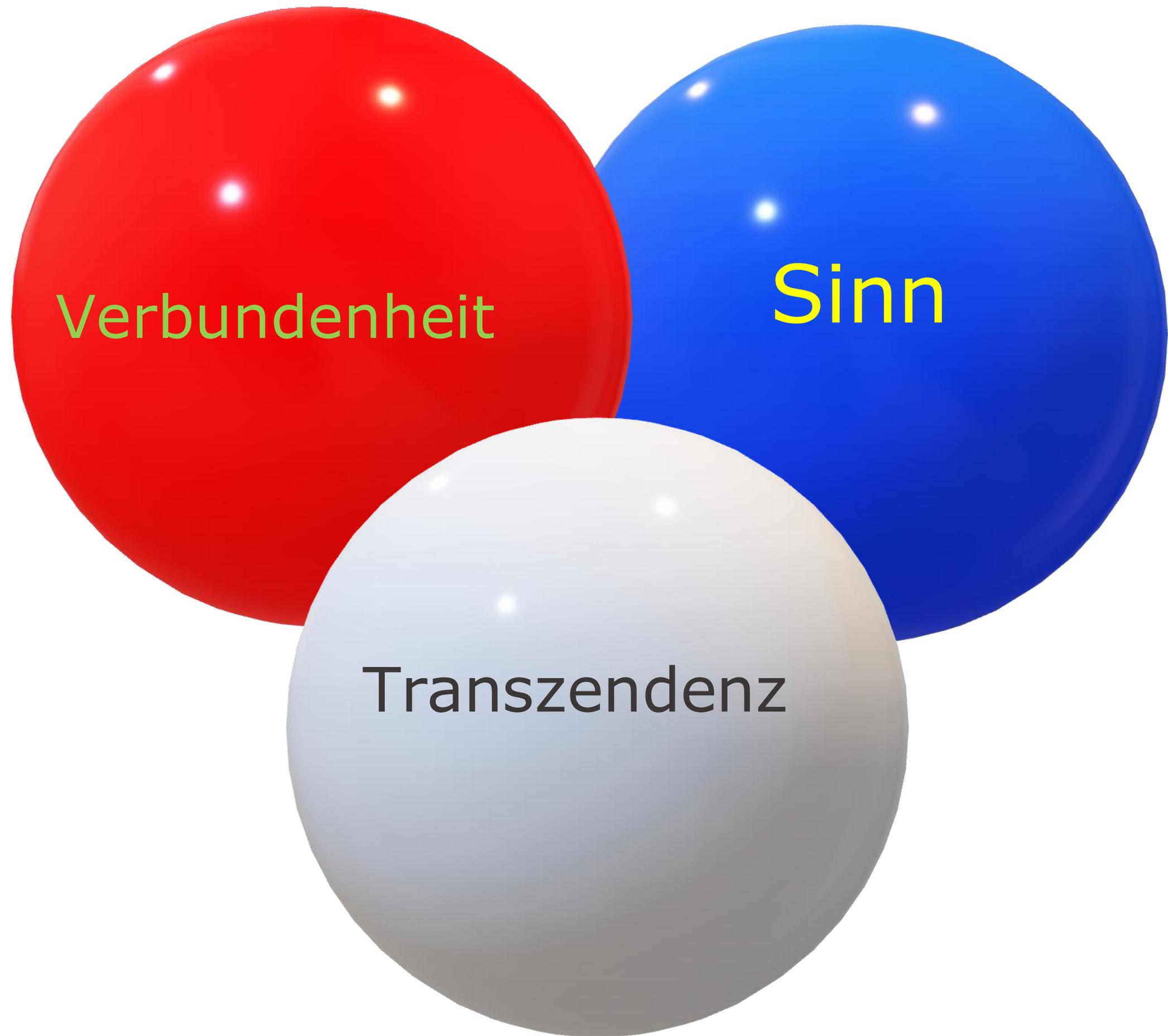
2. Religion? Spiritualität?

3. Konsequenzen der HoPES³-Studie

4. Pflegende Angehörige

5. Caring Community

6. Sprechstunde: JETZT



Spiritualität im Sprechzimmer

1. Sprechstunde!
2. Religion? Spiritualität?
- 3. Konsequenzen der HoPES³-Studie**
4. Pflegende Angehörige
5. Caring Community
6. Sprechstunde: JETZT



Dr. rer. pol. Ruth Mächler

Dipl.-Soz., MAS Theologie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Senior Researcher



Berufserfahrung:

Seit 12/2019

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit, Klinikum rechts der Isar der TU München

10/2002 - 12/2019

Stadtentwicklungsplanung und Personalentwicklung, Landeshauptstadt München

1/1990 - 5/2002

Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Familienforschung und Sozialberichterstattung am Deutschen Jugendinstitut in München, Promotion

4/1991 - 8/1991

Studentische Mitarbeiterin an der sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle der Universität Bamberg



[Home](#)

[Studienteilnehmer](#)

» Was ist HoPES3?

Bei HoPES3 handelt es sich um eine Studie, die von Juni 2018 bis Juli 2020 in Hausarztpraxen im Raum Heidelberg und Tübingen durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, die hausärztliche Betreuung von chronisch kranken, älteren Patientinnen und Patienten zu verbessern. Hierfür sollten drei Aspekte gestärkt werden, die erwiesenermaßen sehr wichtig für das Wohlergehen von älteren Menschen sind, aber bislang eher weniger bei der Behandlung berücksichtigt werden: Die persönlichen Kraftquellen der Patientinnen und Patienten, soziale Kontakte und Selbstfürsorge. Die Abkürzung HoPES3 (gesprochen wie das englische Wort „hopes“ für „Hoffnungen“) steht für Holistic Care Program for Elderly Patients to Integrate Spiritual Needs, Social Activity and Self-Care into Disease Management in Primary Care.

[Home](#)[Studienteilnehmer](#)

» Was ist HoPES3?

Holistic Care **P**rogramme for **E**lderly Patients to Integrate **S**piritual Needs, **S**ocial Activity and **S**elf-Care into Disease Management in Primary Care.

Originalarbeit

Spiritualität, Selbstfürsorge und soziale Aktivität in der hausärztlichen Versorgung älterer Patienten

Ergebnisse einer clusterrandomisierten Interventionsstudie (HoPES3)

Noemi Sturm, Johannes Krisam, Joachim Szecsenyi, Martina Bentner, Eckhard Frick, Ruth Mächler, Friederike Schalhorn, Regina Stolz, Jan Valentini, Stefanie Joos, Cornelia Straßner

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung: Noemi Sturm, Dr. med. Cornelia Straßner, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi, Martina Bentner

Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Biometrie: Dr. sc. hum. Johannes Krisam

Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München: Prof. Dr. med. Eckhard Frick, Dr. rer. pol. Ruth Mächler

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Eberhard Karls Universität Tübingen: Dr. med. Friederike Schalhorn, Regina Stolz M.A., Dr. med. Jan Valentini, Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Zusammenfassung

Hintergrund: Selbstwirksamkeit ist entscheidend für die Lebensqualität älterer, multimorbider Menschen. Möglicherweise lässt sich die Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten stärken, indem die individuelle Spiritualität, soziale Aktivität und Selbstfürsorge gezielter berücksichtigt werden. Diese Hypothese wurde mit Hilfe einer komplexen Intervention untersucht.

Methode: Es wurde eine unverblindete, explorative, clusterrandomisierte, kontrollierte Studie mit Hausarztpraxen als Randomisierungseinheit durchgeführt (Registriernummer DRKS00015696). Eingeschlossen wurden Patienten im Alter ≥ 70 Jahre, die ≥ 3 chronische Krankheiten hatten, ≥ 3 Medikamente einnahmen und an einem Disease-Management-Programm teilnahmen. In der Interventionsgruppe erhoben Hausärztinnen und Hausärzte eine spirituelle Anamnese und Medizinische Fachangestellte berieten zum Gebrauch von Hausmitteln (zum Beispiel Tee, Wärme-/Kälteanwendungen) und zu regionalen Angeboten für Ältere. Der primäre Endpunkt – die gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit, erhoben mit der SES6G-Skala – sowie weitere sekundäre Endpunkte wurden mittels mehrstufiger Regressionsanalysen ausgewertet.

Ergebnisse: Daten von 297 Patienten aus 24 Praxen wurden berücksichtigt. Die Analyse des primären Endpunkts wies auf keinen Effekt hin (durchschnittliche Differenz zwischen den Studienarmen: 0,30 Punkte; 95%-Konfidenzintervall: [-0,21; 0,81]; $d = 0,14$; $p = 0,25$). Die Subgruppenanalysen ergaben hinsichtlich des sekundären Endpunkts „psychisches Wohlbefinden“ (SF12-Subskala) folgende Situation: Patienten, die bereits vor Studienbeginn Hausmittel genutzt hatten, erfuhren eine deutliche Verbesserung (Punktdifferenz von 7,3 auf einer Skala von 0–100; $d = 0,77$; $p < 0,001$). Dies galt ebenfalls für Patienten, die angaben, dass Spiritualität eine große Bedeutung in ihrem Leben habe (Punktdifferenz von 6,2 auf einer Skala von 0–100; $d = 0,65$; $p = 0,002$).

Schlussfolgerung: Die Haupthypothese bezüglich der gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeit wurde nicht bestätigt. Die Ergebnisse der Analysen der Sekundärparameter weisen darauf hin, dass bestimmte Patientensubgruppen von dem Interventionsansatz profitieren könnten.

Zitierweise

Sturm N, Krisam J, Szecsenyi J, Bentner M, Frick E, Mächler R, Schalhorn F, Stolz R, Valentini J, Joos S, Straßner C: Spirituality, self-care, and social activity in the primary medical care of elderly patients—results of a cluster-randomized interventional trial (HoPES3). *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 124–31. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0078

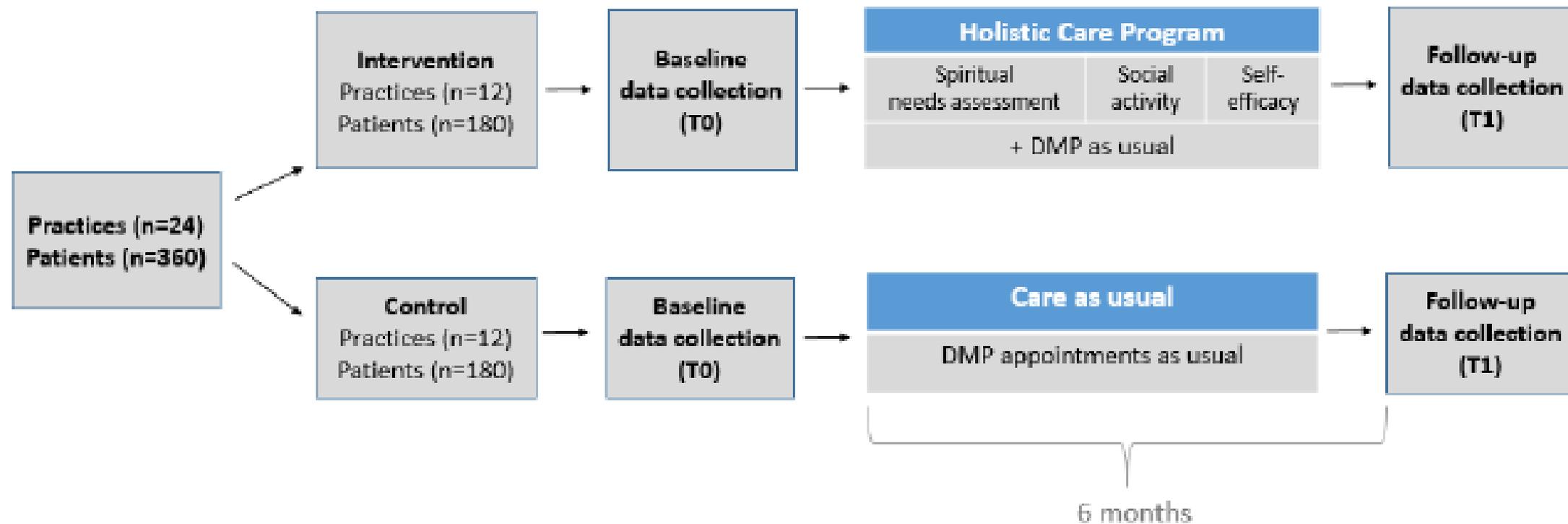
Etwa ein Drittel der europäischen Bevölkerung leidet unter chronischen Erkrankungen, die eine Behandlung mit einer Mehrfachmedikation erfordern (1). Im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) werden chronisch kranken Patientinnen und Patienten alle 3–6 Monate strukturierte Assessments angeboten (2). Während DMPs insbesondere auf eine Standardisierung von Diagnostik und Behandlung abzielen, könnte die In-

tegration von ganzheitlichen Aspekten der Gesundheitsversorgung – wie Spiritualität, soziale Aktivität und Selbstfürsorge – die Selbstwirksamkeit der Patienten stärken und zu mehr Patienten-Empowerment beitragen.

Selbstwirksamkeit, das heißt die subjektiv empfundene Fähigkeit, selbstgesetzte Ziele erreichen zu können, ist erwiesenermaßen ein entscheidender Faktor für die Lebensqualität älterer Patienten (3).

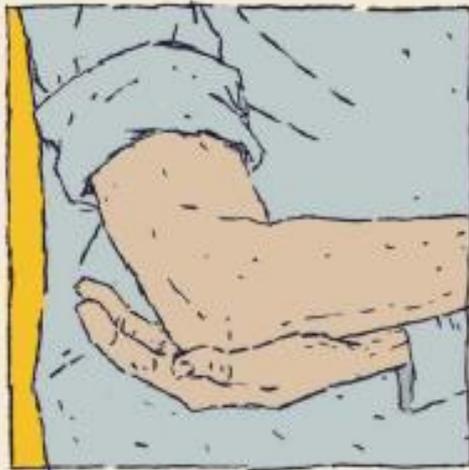
HoPES³: Design und Interventionen

Figure 1: Trial flow chart and milestones



- Spiritual needs assessment: 4-stündige Schulung der Ärzte + MFAs (mit Schauspielpatienten und Patientenvideos, Fokus auf Verbindung von Spiritualität und Medikation)
- Social Activity: Datenbank mit regionalen Angeboten + festem Ansprechpartner, Option der direkten Terminvereinbarung, Kontaktaufnahme mit Selbsthilfe, Rathaus, Caritas, Diakonie, VHS etc.
- Self-Efficacy: Infozepte papierbasiert + digital (ggf. integriert in Datenbank)

2. CHRONISCHE GELENKSCHMERZEN



Chronische Gelenkschmerzen entstehen zumeist durch Abnutzung von Gelenken (= Arthrose), häufig an Knie und Hüfte. Die Schmerzempfindung unterscheidet sich von Mensch zu Mensch und hängt u. a. auch von der Tagesform (z. B. psychischen Verfassung) und klimatischen Verhältnissen ab. Grundsätzlich ist Bewegung wichtig, unterstützend zu Medikamenten gibt es verschiedene Maßnahmen zur Schmerzlinderung, die Sie leicht selbst anwenden können.

Kohlaufage bei akuten Gelenkschmerzen



1. Strunk entfernen.
2. Mit lauwarmem Wasser waschen, trocken tupfen.



3. Kohlblätter auf dem Baumwolltuch walzen, bis Saft austritt.



4. Blätter dachziegelartig auf das Gelenk legen.



5. Blätter mit Baumwolltuch bedecken.

6. Mit Binde fixieren.

ACHTUNG!
Anwendung bei Hautschädigung ausschließlich nach
Absprache mit dem Arzt!

297 Senioren in 24 Hausarztpraxen: clusterrandomisierte Studie

Intervention:

- spirituelle Anamnese
 - Beratung zu Hausmitteln und zu regionalen Angeboten für Ältere
- primärer Endpunkt: gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit (SES6G)
sekundärer Endpunkt: „psychisches Wohlbefinden“ (SF12-Subskala)

Ergebnisse:

primärer Endpunkt (gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit / SES6G): nur Tendenz

sekundärer Endpunkt („psychisches Wohlbefinden“ / SF12-Subskala):

- Hausmittel-User erfuhren deutliche Verbesserung (Punktdifferenz von 7,3 auf einer Skala von 0–100; $d = 0,77$; $p < 0,001$)
- Spirituell Aufgeschlossene: Punktdifferenz von 6,2 auf einer Skala von 0–100; $d = 0,65$; $p = 0,002$)

Qualitative Teilstudie zur spirituellen Anamnese

Intervention:

Spirituelle Anamnese

Forschungsfragen:

- Wie reagieren kranke ältere Menschen auf das Angebot einer spirituellen Anamnese?
- Was sind förderliche und hinderliche Faktoren für spirituelle Gespräche in Hausarztpraxen?

Studienaufbau und Methode

- 164 Patientinnen und Patienten wurde im Rahmen eines Praxistermins ein Spirituelles Gespräch angeboten
- 29 leitfadengestützte Interviews nach dem Praxistermin
- Auswertung mittels Reflexive Thematic Analysis (RTA) nach Braun und Clarke

Ergebnisse

- Nur 11 Patientinnen berichteten von einer vollständigen Spirituellen Anamnese
- Gründe für die Zurückhaltung:
 - Vorbehalte gegenüber religiösen Institutionen
 - Thematik „zu persönlich“
 - Zeitdruck
- Bedürfnis nach einem Austausch auf Augenhöhe

Ergebnisse

Ablehnungsgrund: Vorbehalte gegenüber religiösen Institutionen

INT: Hat ihre Hausärztin auch mit Ihnen mal ein Gespräch geführt so zum Thema Glauben, was gibt mir Kraft und Sinn? Ja? Können Sie mir von diesem Gespräch ein bisschen erzählen? Das wäre toll.

PAT: Ja gut das ist eigentlich kurz gewesen. Also ich muss vorrausschicken ähm, ich bin nicht aus der Kirche ausgetreten. Ich bin nach wie vor in der Kirche, (.) aber mein Bild, der Glauben ist halt so, wie ich ihn empfinde. Also, ich bin also kein Kirchengänger.

Ergebnisse

Ablehnungsgrund: Vorbehalte gegenüber religiösen Institutionen

INT: Dann habe ich jetzt noch eine Frage zu dem Hausarztgespräch, hat er mit Ihnen auch ein Gespräch über Glaubensfragen geführt oder darüber, was Ihnen persönlich Kraft und Sinn gibt?

PAT: Ja da habe ich nur abgelehnt. Weil ich bin nicht dafür. Ich war früher sehr aktiv in der Hinsicht (Anmerkung: sie meint Kindergottesdienst) und da war ich enttäuscht und seitdem habe ich total abgeblockt.

Ergebnisse

Bedürfnis nach einem Austausch auf Augenhöhe

PAT: Früher hat man ja irgendwie den Hut gezogen vor einem Arzt und das war ein ganz besonderer Mensch. Wenn man sich in der Stadt sieht und trifft und dann, ja grüßt man sich und (wechselt) ein, zwei Worte, aber nicht über medizinische Dinge.

INT: Mhm.

PAT: Ja, aber, also mehr so, sage ich mal, auf gleicher Ebene. Nicht, dass man, dass der Arzt auf dem Thron steht.

PAT: Auf dem Spielfeld (...) habe ich ihn auch schon mal mit seiner Tochter getroffen. Haben wir auch ganz normal gesprochen, nicht so wie, wie man so manchmal denkt, ach hier die Herren in Weiß.

Overall Story

In den Reaktionen der Patient:innen kann die Wirkung einer Machtasymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung beobachtet werden.

Verstärkt wird dies

- durch das strukturelle Setting der Praxis
 - sowie durch Parallelen des Gesundheitssystems mit religiösen Systemen,
- die bei der spirituellen Anamnese zum Tragen kommen können.

PAT: Da soll ich ja, ich muss ja immer hier Blut abnehmen, ne? "Oh", sagte sie: "Das ist wieder ein bisschen", da habe ich gesagt: "Ja, Frau Doktor ich habe sieben Viertel Wein getrunken. Aber die habe ich gleich wieder", und das merkt sie.

Schlussfolgerung

- Gestaltung der Praxisstrukturen mit Rücksicht auf „Augenhöhe“
- Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für das Thema Machtasymmetrien und Aufforderung zur Reflexion der eigenen Haltung
- Verankerung von Standards und Kontrollmechanismen, die einem Machtmissbrauch entgegenwirken

Fragebogenauswertungen und Befragung von 11 ÄrztInnen und 12 MfAs zu ihren Erfahrungen mit der SpirA

Ergebnisse:

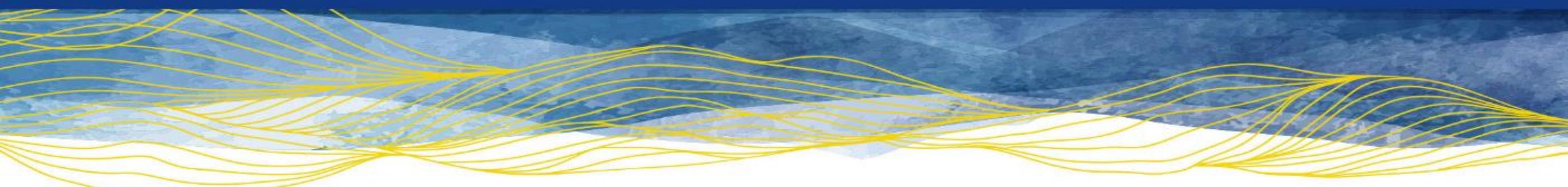
- Die Hausärzte hielten die spirituelle Anamnese in 27 % (n = 38) der Fälle für sehr/eher hilfreich für den Patienten und in 2 % (n = 3) der Fälle für sehr/eher belastend.
- Aus den Interviews ging hervor, dass die Hausärzte das Gespräch über die spirituelle Geschichte leichter fanden als erwartet.
- Eine Schwierigkeit sahen Hausärzte und MA darin, dass viele Patienten Spiritualität mit Religion oder Kirche assoziierten und mit Überraschung oder Ablehnung reagierten.
- Der Nutzen für die Patienten wurde in der Möglichkeit gesehen, über nicht-medizinische Themen zu sprechen, und in dem gesteigerten Bewusstsein für ihre eigenen Ressourcen.
- Der Nutzen für die Hausärzte lag vor allem im Informationsgewinn und in einer intensiveren Arzt-Patienten-Beziehung.

Spiritualität im Sprechzimmer

1. Sprechstunde!
2. Religion? Spiritualität?
3. Konsequenzen der HoPES³-Studie
4. Pflegende Angehörige
5. Caring Community
6. Sprechstunde: JETZT

Spiritualität im Sprechzimmer

1. Sprechstunde!
2. Religion? Spiritualität?
3. Konsequenzen der HoPES³-Studie
- 4. Pflegende Angehörige**
5. Caring Community
6. Sprechstunde: JETZT



Jenny Kubitza

M. Sc. Pflegewissenschaft, Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Senior Researcher



E-Mail: jenny.kubitza@tum.de

Aufgaben an der Professur:

Mitarbeit am Forschungsprojekt
"Bedürfnisse und Bedarf pflegender
Angehöriger"

Berufserfahrung:

Seit 2024

1. Vorsitzende der IGGS >> (Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität e.V.)

Seit 07/2023

Leitung des Projekts "Mental Health Pflegeauszubildende" bei PSU Akut e.V.

Seit 04/2022

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit, Klinikum rechts der Isar der TU München

08/2019 - 03/2022

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur Pflegewissenschaft I, Universität Trier

2017 - 2019

Lehrkraft für Altenpflege mit Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung an der GGSD München

2016 - 2017

Pflegeberaterin bei WDS.care GmbH Pflege- Assistance

2015 - 2016

Pflegeexpertin für eine gerontologische Station bei der Schwesternschaft vom Bayerischen Roten Kreuz

2013 - 2015

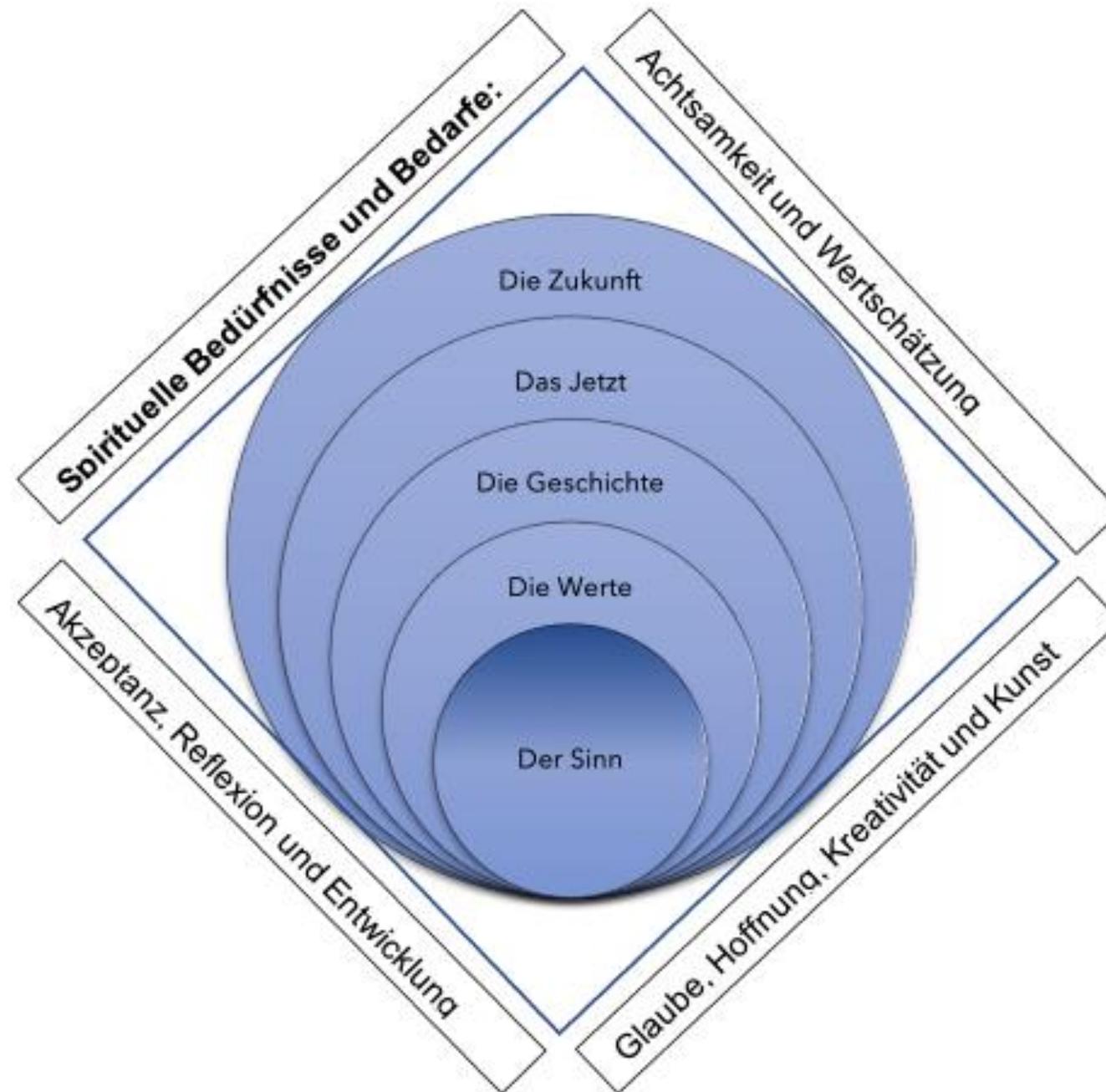
Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin

ZAPS Zu- und Angehörige Pflege Spiritualität

Entwicklung eines Schulungsprogramms zur Untersuchung spiritueller Bedürfnisse und zur Ressourcenaktivierung bei pflegenden Angehörigen
- eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie

1. Hintergrund

Vorarbeiten



Agenda

1. Hintergrund
- 2. Forschungsfrage und -ziele**
3. Methodik



2. Forschungsfrage und -ziele

Wie wirksam ist ein spiritueller Beratungskurs für pflegende An- und Zugehörige im Vergleich zur regulären Pflege- und Angehörigenberatung, um die häusliche Pflegesituation zu bewältigen?



2. Forschungsfrage und -ziele

Primäre Zielgröße

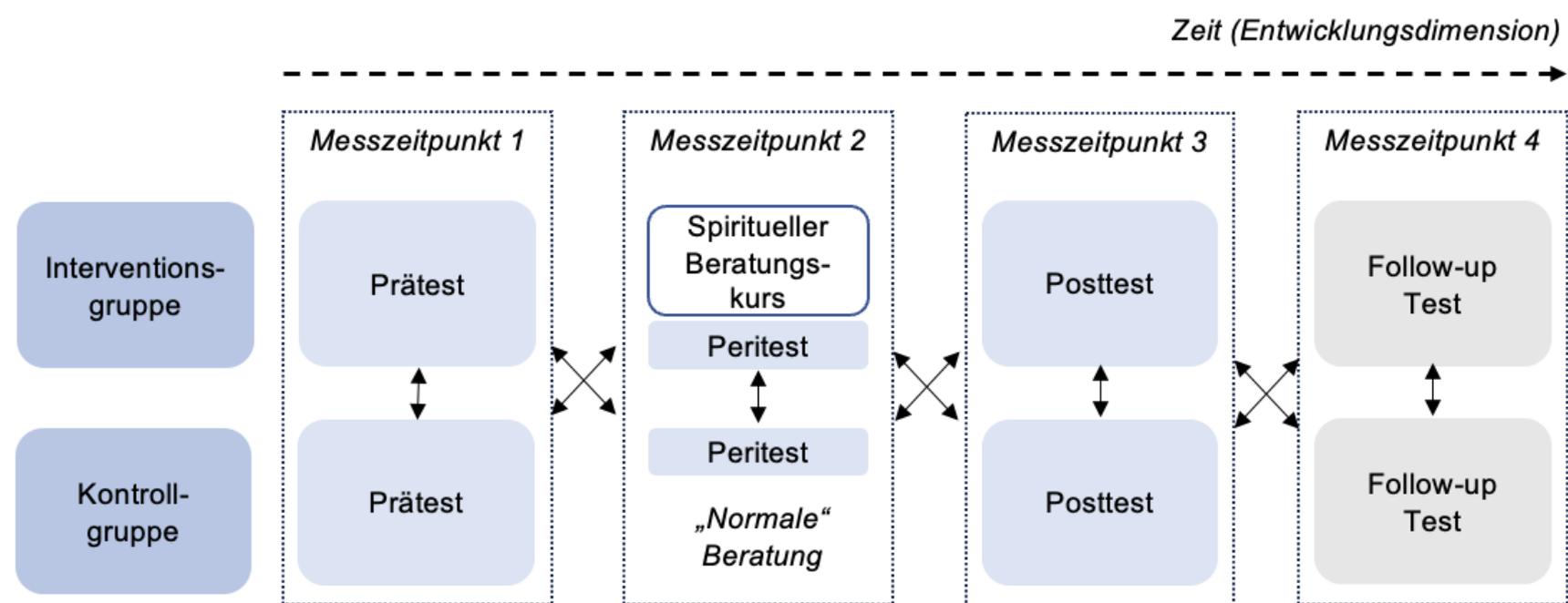
- Spirituelles Wohlbefinden mit dem Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Wellbeing 12 (FACIT-Sp 12) (Wasner 2007)

Weitere Zielgrößen

- Subjektive Lebenszufriedenheit mit der Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Janke & Glöckner-Rist 2012)
- Subjektive Belastung aufgrund der Betreuung/Pflege in der häuslichen Umgebung mit der Häusliche Pflege-Skala Kurzversion (HPS-k) (Gräbel et al. 2014)



Studiendesign



Befragung von: FACIT-Sp 12, SWLS, HPS-k und demographische Daten



3. Methodik

Randomisierung

- Blockrandomisierung mit Balancierung (Döring & Bortz 2016)

□ Identifizieren der Störfaktoren

Pflegeperson

Alter, Geschlecht, Wohnsituation, Erwerbstätigkeit, Religionszugehörigkeit, Hauptpflegeperson und Pflegeaufwand

Zu pflegende Person

Alter, Art der Erkrankung, Pflegedauer, Pflegegrad

Beziehung

Verhältnis zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person

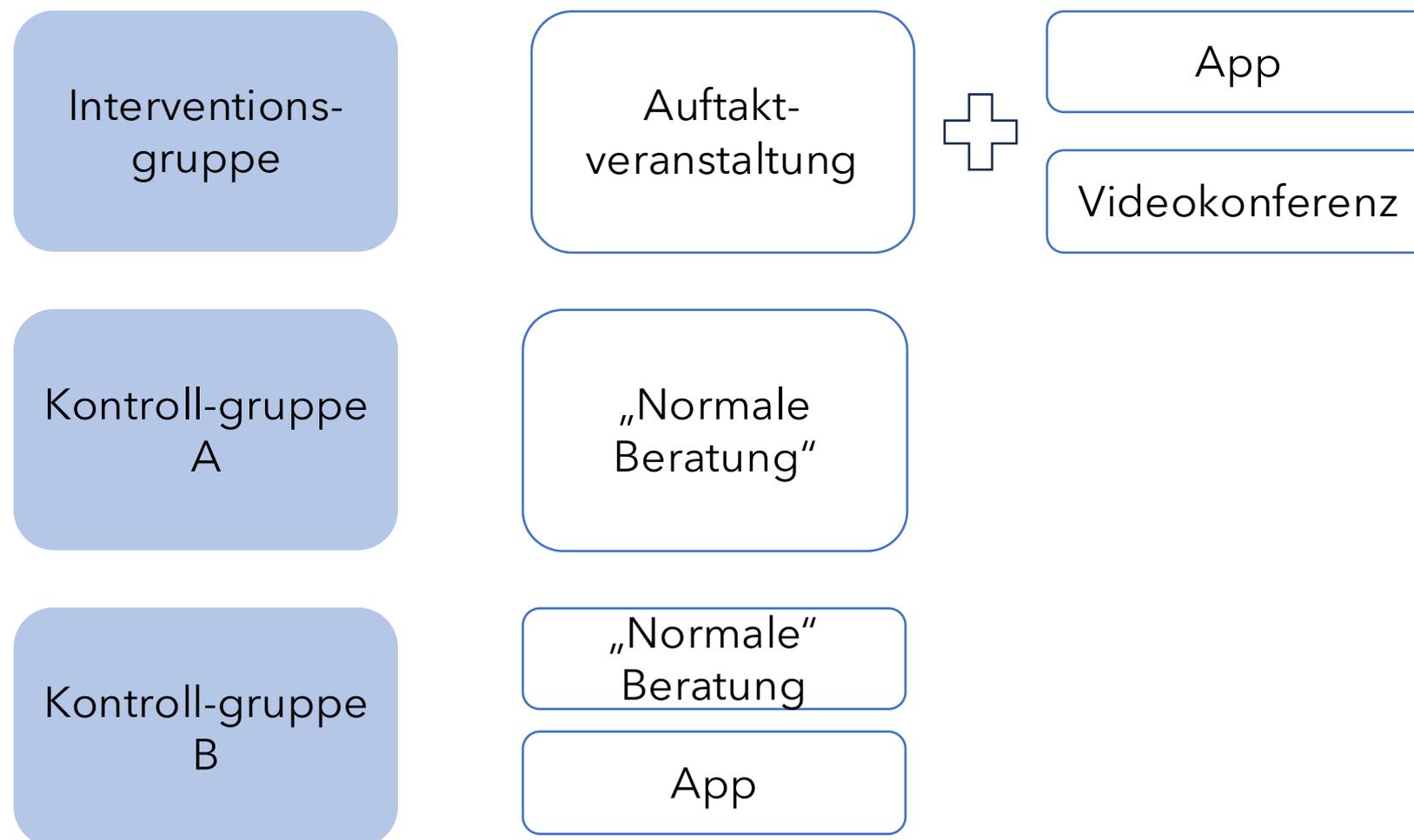
Hilfsangebote

Professionelle und informelle Hilfsangebote, Pflege- und Angehörigenberatung, weitere Hilfsangebote (Selbsthilfegruppe, Apps...)



3. Methodik

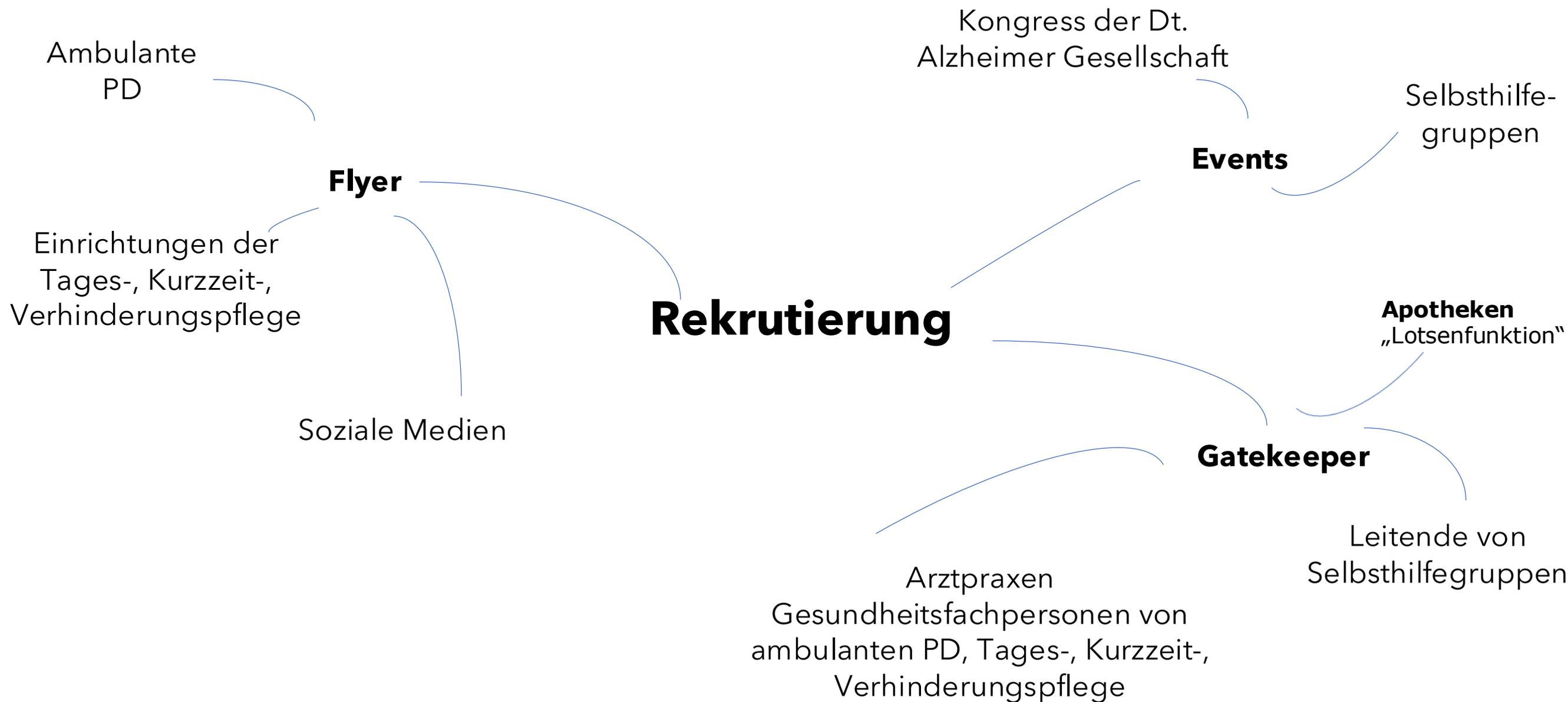
Randomisierung



Spiritualität im Sprechzimmer

1. Sprechstunde!
2. Religion? Spiritualität?
3. Konsequenzen der HoPES³-Studie
4. Pflegende Angehörige
- 5. Caring Community**
6. Sprechstunde: JETZT

3. Methodik



Spiritualität im Sprechzimmer

1. Sprechstunde!
2. Religion? Spiritualität?
3. Konsequenzen der HoPES³-Studie
4. Pflegende Angehörige
5. Caring Community
6. Sprechstunde: JETZT

IGGS | Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität e.V.



Herzlich willkommen auf
unserer Homepage

Der Verein

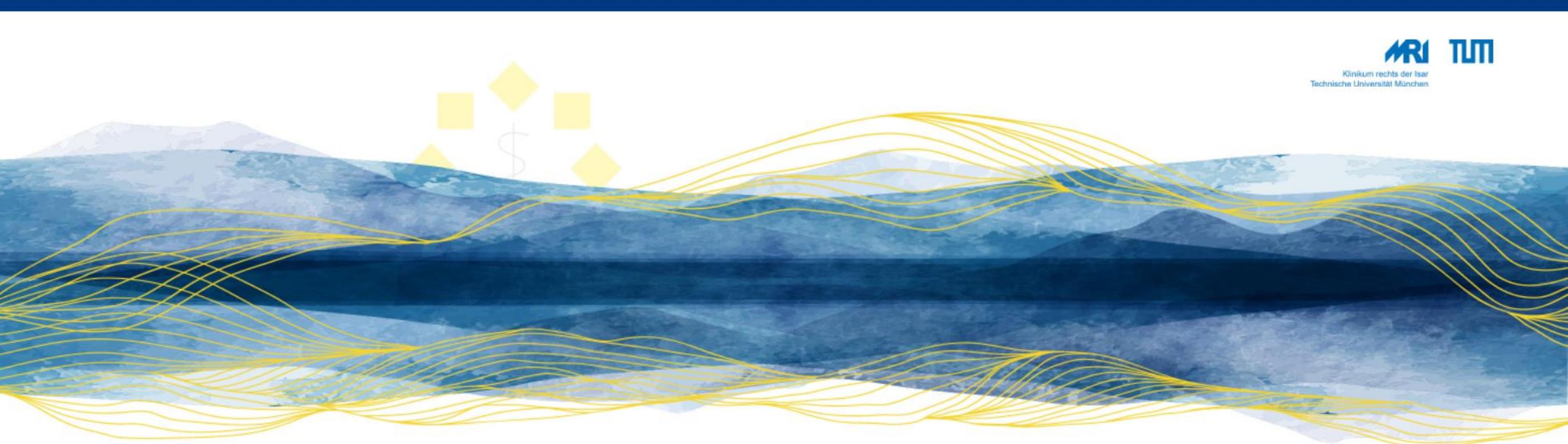


Die Zeitschrift



Haben Sie
weitere Fragen
oder
Anregungen?

KONTAKTFORMULAR



Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit

Spiritualität (von lat. „spiritus“: Geist, Atem, Wind) wird in den Gesundheitswissenschaften als Breitbandbegriff gebraucht, der überkonfessionell und interreligiös offen ist.