

## Dokumentation

Bernd Alt-Epping, Pascal O. Berberat, Arndt Büssing, Luise Elster, Eckhard Frick\*, Martin Gross, Andreas Kopf, Michael Müller, Isgard Ohls, Klaus Michael Reininger

# Spiritual Care im Medizinstudium

## Ein Positionspapier

Spiritual Care in medical education. A position paper

<https://doi.org/10.1515/spircare-2021-0041>

Vorab online veröffentlicht 11.05.2021

## Präambel

Infolge des am 31. März 2017 von den deutschen Gesundheits- und Wissenschaftsministerinnen und -ministern auf Bundes- und Länderebene beschlossenen „Masterplans Medizinstudium 2020“ werden die Ärztliche Approbationsordnung (ÄApprO) und der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) novelliert. In der ÄApprO wird die Implementierung der NKLM-Lernziele für eine Alphaschicht ab 2021 und für Erstsemester ab 2025 festgeschrieben.

Die Definition fächerübergreifender Kompetenzen und die Aufhebung der Trennung von theoretischen und

klinischen Inhalten im gesamten Medizinstudium ermöglichen eine horizontale und longitudinale Lehre für Querschnittsthemen.

Zu § 31 Absatz 2 Satz 1, § 32 Absatz 2 Satz 1, § 33 Absatz 2 Satz 1 und § 141 Absatz 2 werden im Referentenentwurf für die ÄApprO-Novelle die klinischen Fächer der Module vor dem ersten, dem zweiten und dem dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung definiert. Die bisherigen Querschnittsfächer Psychosomatische Medizin, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin und Schmerzmedizin sind als „Fächer“ genannt, die alle drei Beispiele für eine Komplextherapie darstellen.

Als Folge des medizinischen Fortschrittes mit zunehmender Chronifizierung und Komplexität von Krankheitsverläufen werden Diagnostik, Therapie und konsekutiv die Lehre zunehmend bio-psycho-sozio-spirituelle Krankheitsdimensionen berücksichtigen müssen.

Die Novellierung der ÄApprO und die Implementierung des NKLM 2.0 eröffnen die Möglichkeit, die bislang in der Pflichtlehre und in der Praxis zu wenig berücksichtigte Dimension „Religiosität und Spiritualität“ (R/S) in die Lehre einzuführen, da sie für viele Patienten eine wichtige Ressource im Umgang mit Krankheit und Leid darstellt. Lehrverantwortliche und Lehrkoordinatoren aller medizinischer Fakultäten sind dazu aufgerufen, bei der anstehenden Modifizierung der Regel- und Modulstudiengänge an geeigneter Stelle kognitive, affektive und anwendungsbezogene Lernziele zu R/S zu berücksichtigen. Das Positionspapier ist als Implementierungshilfe intendiert. Die Autoren des Positionspapiers werden dazu unterstützende Lehreworkshops beginnend im Sommersemester 2022 anbieten.

## Begriffsklärungen

„Spiritualität“ als Ressource hat eine hohe Bedeutung bei Patienten und Patientinnen mit schweren und fortgeschrittenen Erkrankungen. Trotzdem konnte bisher keine einheit-

\***Korrespondenzautor: Prof. Dr. med. Eckhard Frick** sj, Hochschule für Philosophie und Technische Universität München, München, E-Mail: eckhard.frick@tum.de

**Prof. Dr. med. Bernd Alt-Epping**, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, E-Mail: alt-epping@med.uni-heidelberg.de

**Prof. Dr. med. Pascal O. Berberat**, TUM Medical Education Center, Fakultät für Medizin, TU München, München, E-Mail: berberat@tum.de

**Prof. Dr. med. Arndt Büssing**, Universität Witten/Herdecke, Witten, E-Mail: arndt.buessing@uni-wh.de

**Luise Elster, MSc**, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, E-Mail: luise.elster@uniklinik-freiburg.de

**Dr. med. Martin Gross**, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, E-Mail: martin.gross@uni-oldenburg.de

**Dr. med. Andreas Kopf**, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, E-Mail: andreas.kopf@charite.de

**Dr. med. Michael Müller**, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, E-Mail: michael.mueller@uniklinik-freiburg.de

**Priv.-Doz. Dr. med. Dr. theol. Isgard Ohls**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, E-Mail: i.ohls@uke.de

**Dr. rer. nat. Klaus Michael Reininger**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg,

E-Mail: m.reininger@uke.uni-hamburg.de

liche Definition des komplexen Konstruktes „Spiritualität“ etabliert werden. Im wissenschaftlichen Diskurs wurden verschiedene Aspekte von Spiritualität hervorgehoben:

- Das Konzept „Spiritualität“ umfasst die „Religiosität“, hat aber auch enge Bezüge zu Philosophie, insbesondere Metaphysik und Ästhetik, und Kultur.
- „Spiritualität“ befasst sich mit der individuell geprägten Suche nach Sinn, Ziel und Wert des Lebens, Integrität, Harmonie und Einzigartigkeit des Individuums.
- „Spiritualität“ hilft, Beziehungen aufrechtzuerhalten, Leid zu verarbeiten und Selbst-Transzendenz zu erreichen.
- Die European Association for Palliative Care (EPAC) fasst dies in folgender Definition von Spiritualität zusammen: „Spiritualität ist die dynamische Dimension des menschlichen Lebens, die Bezug dazu hat, in welcher Weise Individuen oder Gemeinschaften Sinn, Ziel und Transzendenz erfahren, suchen und ausdrücken und in welcher sie sich mit dem Moment, mit sich selbst, mit anderen, mit der Natur und mit dem Bedeutungsvollen und Heiligen verbinden“ (Best et al. 2020).

„Spiritual Care“ umfasst nach EPAC das Anerkennen der spirituellen Dimension der Behandlung („Care“) für den Patienten, das Erfassen seiner spirituellen Bedürfnisse und das Anbieten von Unterstützung (Best et al. 2020). Es existiert keine exakte deutsche Übersetzung von „Spiritual Care“. Eng verwandt ist allerdings der Begriff der „Seelsorge“, der jedoch eine andere, sehr vielschichtige Geschichte und eine daraus resultierende religiös-konfessionelle Konnotation hat. Der Begriff „Spiritual Care“ wird nun unterschiedlich gebraucht:

- als Synonym für die Seelsorge der Religionsgemeinschaften
- als Oberbegriff für die gemeinsame, berufsübergreifende Sorge um die spirituellen Ressourcen und Bedürfnisse kranker Menschen (Frick & Roser 2011)
- als therapeutische Haltung im Umgang mit kranken oder pflegebedürftigen Menschen
- als eigene Ressource der Gesundheitsberufe

Ein wichtiges klinisches Anwendungsfeld von „Spiritual Care“ ergibt sich aus der WHO-Definition von Palliativmedizin:

*Palliativmedizin „ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen“ (DGP 2016: 2).*

2009 wurde die Palliativmedizin (Querschnittsbereich 13) und damit auch Aspekte von Spiritual Care als Pflicht- und Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung verankert. Das vorliegende Positionspapier geht davon aus, dass Spiritual Care in der Palliativmedizin nicht exklusiv, sondern exemplarisch gelehrt wird, m. a. W.: die spirituelle Dimension des Menschen betrifft nicht nur den Sterbeprozess, sondern alle Lebensphasen und damit die jeweils betroffenen medizinischen Fachgebiete. Zu diesen gehören unter anderem die Psychiatrie und Psychotherapie (Frick, Ziemer et al. 2021), die Allgemeinmedizin (Assing Hvidt et al. 2016), die Chirurgie (Atkinson et al. 2018), die Kinderheilkunde (Büssing et al. 2021), die Geburtshilfe (Büssing et al. 2017), die Schmerzmedizin (Büssing et al. 2009), die Intensiv- und Notfallmedizin (Zhang et al. 2018; Willemse et al. 2020; Frick, Büssing et al. 2021). Damit kommt „Spiritual Care“ eine fächerübergreifende Bedeutung in der Medizin zu (siehe 3).

In allen Lebensphasen begegnen Ärzte Bedürfnissen, die – ebenfalls uneinheitlich – religiös, spirituell oder existenziell genannt werden (Büssing 2021). Das Positionspapier der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN (Utsch, Anderssen-Reuster et al. 2017) versteht unter *Religion*

[...] eine Gemeinschaft [...], die Traditionen, Rituale, Texte teilt (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus u. a.). *Religiosität* meint über die institutionelle Religionszugehörigkeit hinaus eine persönliche Gestaltung und Lebenspraxis von Religion. *Spiritualität* wird in den Gesundheitswissenschaften allgemein als Containerbegriff verstanden, der die persönliche Suche nach dem Heiligen, nach Verbundenheit oder Selbsttranszendenz meint und ausdrücklich auch Weltanschauungen außerhalb der institutionalisierten Religionen mit einschließt *Existenziell* werden (Grenz-)Erfahrungen genannt, die mit Sinn-Krisen einhergehen, insbesondere im Kontext von Krankheit und Tod.

Im Survey zur Bedeutung von Spiritual Care in deutschsprachigen medizinischen Fakultäten (Taverna, Sattel et al. 2019) wurde von den Fakultäten erfragt, für wie wichtig sie die genannten Bedürfnisse in der medizinischen Versorgung halten. Es ergab sich eine absteigende Reihenfolge existenzieller, spiritueller und religiöser Themen. Dieselbe Bedeutsamkeitsreihenfolge zeigte sich auch in einer Umfrage bei den Weiterbildungsermächtigten für Psychiatrie und Psychotherapie (Freund, Böhringer et al. 2018). In beiden Untersuchungen ist die unklare Definition der Adjektive existenziell – spirituell – religiös einerseits eine Limitation. Andererseits lässt diese Unklarheit den Respondenten Raum für ihre persönliche Definition und fördert die sprachliche Offenheit im Arzt-Patienten-Gespräch. In der medizinischen Forschung und Diagnostik (Büssing 2021) haben sich die Begriffe Spiritualität/spirituell als Oberbegriffe eingebürgert, unabhängig

davon, ob sich Personen als (nicht-)religiös und/oder (nicht-)spirituell bezeichnen. Hier stehen dezidiert interdisziplinäre Perspektiven im Vordergrund, um Kranke – unabhängig von ihrem religiösen oder weltanschaulichen Hintergrund – in ihren Verarbeitungsprozessen und ihrem Kranksein beizustehen (Büssing et al. 2015).

Im Folgenden wird der Begriff „Spiritual Care“ deshalb als weitgefasster Oberbegriff verwendet, der die Berücksichtigung spiritueller/religiöser/existenzieller Patient/-innen-Bedürfnisse und auch dementsprechende Ressourcen auf Seiten der interprofessionell aufgestellten Behandler(innen) umfasst, also z. B.:

- Sinndeutungen von Kranksein und Auseinandersetzung mit der Sinnlosigkeit von Leid
- Spirituelle Krankheitsverarbeitung
- Unterstützung durch religiöse/spirituelle Gemeinschaften und deren Seelsorge
- Verlust oder Krise früherer Glaubensüberzeugungen

## Mögliche Lernziele

In Anlehnung an das DGPPN-Positionspapier werden für die Implementierung von Spiritual Care in das Medizinstudium die folgenden Ziele formuliert. Die Kompetenzen werden angelehnt an den NKLM als verfügbare kognitive und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Problemlösung – sowie die damit verbundenen Einstellungen, diese erfolgreich einzusetzen – verstanden.

Die folgenden Lernziele und Kompetenzen lassen sich vor allem den CanMED Rollen „Communicator“ (ärztliche Gesprächsführung), „Advocate“ (Gesundheitsförderung und Prävention), „Collaborator“ (multiprofessionelle Teamarbeit) sowie „Professional“ (Ethik) zuordnen.

In der Miller-Pyramide (Miller 1990) sind die Kompetenzen der Ebene „Knows How“ und „Shows How“ zuzuordnen. Die Lernziele werden jeweils einer Lernziel- und einer Kognitionsdimension zugeordnet, entsprechend der Bloom'schen Taxonomie (Bloom 1972).

1. Interkulturelle Kompetenz: Sensibilisierung für kultur- und religionsensible Aspekte der Gesundheits- und Krankheitsaspekte von Patienten für einen Perspektivwechsel.

### 1.1

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: verstehen

Anwendungsdimension: erläutern können

Die Studierenden sollen erläutern können, dass Religion/Spiritualität (R/S) einerseits kulturell geprägt ist und andererseits (R/S) auch die Kultur prägt.

### 1.2

Lernzieldimension: praktische Fertigkeit

Kognitionsdimension: interpretieren

Anwendungsdimension: ableiten können

Die Studierenden sollen das Cultural Formulation Interview (CFI) durchführen und erläutern können.

2. Anamnestiche Kompetenz: Erfassung der Wertvorstellungen und religiösen/spirituellen Überzeugungen und deren Relevanz im Leben, sowie dezidiert psychosozialer, existenzieller und spiritueller Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen (Frick 2019; Büssing 2021; Schmidt et al. 2019).

### 2.1

Lernzieldimension: praktische Fertigkeit

Kognitionsdimension: interpretieren (diskutieren)

Anwendungsdimension: erheben können

Die Studierenden sollen in der Anamnese mithilfe eines Interviewleitfadens existenzielle und spirituelle Bedürfnisse erheben können.

### 2.2

Lernzieldimension: affektiv

Kognitionsdimension: ausführen

Anwendungsdimension: wahrnehmen können

Die Studierenden sollen in der Anamnese Barrieren der Privatisierung und Tabuisierung existenzieller und spiritueller Bedürfnisse wahrnehmen und damit taktvoll und doch proaktiv umgehen können.

3. Kompetenz Ressourcenrekrutierung: R/S ist Ressource und/oder Belastungsfaktor

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: kennen

Anwendungsdimension: erläutern können

Die Studierenden sollen R/S als Ressource für die Behandlungsstrategie kennen und erläutern können.

4. Kompetenz R/S als Therapiehindernis: Regeln für das Arzt-Patienten-Verhältnis

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: verstehen

Anwendungsdimension: interpretieren können

Die Studierenden sollen das Konfrontationspotential möglicher negativer Folgen und Risiken von R/S verstehen und hinsichtlich des Behandlungsprozesses interpretieren können.

5. Kompetenz ärztliche Neutralität: respektvolle Neutralität in religiöser und spiritueller Hinsicht sowie für die Bedeutung der eigenen Spiritualität (Estupiñan & Kibble 2018)

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: beschreiben

Anwendungsdimension: reflektieren können

Die Studierenden sollen im Kontext der Krankheitsverarbeitung eigene und patientenseitige Einstellungen von R/S neutral reflektieren können.

6. Kompetenz professionelle Grenzen: Begrenzung religiöser und spiritueller Interventionen

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: beschreiben

Anwendungsdimension: reflektieren können

Die Studierenden sollen der Verpflichtung durch seine Berufsethik folgend die Begrenzung religiöser oder spiritueller Interventionen in der Therapie reflektieren können.

7. Kompetenz Diversity Management und Qualitätssicherung: Wahrung des professionellen und wissenschaftlichen Standards (Hofarth 2020)

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: einordnen

Anwendungsdimension: reflektieren können

Die Studierenden sollen die vielfältigen spirituellen Angebote mit professionellen und wissenschaftlichen Standards einordnen können und für kultur- und religionssensibles Vorgehen reflektieren können.

8. Interprofessionelle Kompetenz: Medizin und Seelsorge (Gomez et al. 2020)

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: benennen

Anwendungsdimension: unterscheiden können

Studierende sollen die Rollen von ärztlicher Behandlung und Seelsorge benennen und im multimodalen therapeutischen Prozess unterscheiden können.

9. Behandlungskompetenz: Spiritual Care

Lernzieldimension: kognitiv

Kognitionsdimension: benennen

Anwendungsdimension: einordnen können

Studierende sollen die Bedeutung von „Spiritual Care“ kennen und bei nichtkonfessionellen Weltanschauungen wie Atheismus, Agnostizismus, Pantheismus, diffuser und „Patchwork“-Religiosität benennen und diese nichtkonfessionellen Weltanschauungen einordnen können.

## Verankerung von Spiritual Care in verschiedenen Fachbereichen des Medizinstudiums

Spiritualität ist eine Dimension des menschlichen Denkens, Fühlen und Handelns, die nicht auf das Lebensende beschränkt werden kann. Vielmehr ist die Anerkennung der Spiritualität eine wesentliche Voraussetzung für den Schutz der menschlichen Würde, gerade unter den Bedingungen des Krankseins.

Spiritual Care ist zwar in den Lernzielen der Palliativmedizin verankert, in der medizinischen Lehre aber noch unzureichend realisiert.

Deshalb sollte in allen medizinischen Fachgebieten geprüft werden, wie spirituelle Aspekte berücksichtigt werden können.

## Literatur

- Assing Hvidt E, Søndergaard J, Ammentorp J, Bjerrum L, Gilså Hansen D, Olesen F et al. (2016) The existential dimension in general practice: identifying understandings and experiences of general practitioners in Denmark. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care* 34:385–393.
- Atkinson HG, Fleenor D, Lerner SM, Poliandro E, Truglio J (2018) Teaching third-year medical students to address patients' spiritual needs in the surgery/anesthesiology clerkship. *MedEdPORTAL* 14:10784–10784.
- 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.
- Bloom BS (1972) *Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich* (4. Aufl.) Weinheim: Beltz.
- Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EAM, Matthiessen PF (2009) Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine* 10(2):327–339
- Büssing A, Surzykiewicz J, Zimowski Z (Hg.) (2015): *Dem Gutes tun, der leidet. Spiritualität in der Behandlung und Begleitung kranker Menschen – Interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin: Springer.
- Büssing A, Wassermann U, Hvidt NC, Längler A, Thiel M (2017) Spiritual needs of mothers with sick new born or premature infants. *Woman and Birth* 31(2): 89–98.
- Büssing A, Hussong J, Große-Onnebrink J, von Gontard A (2021) Spiritual needs of adolescents with chronic diseases. In: Büssing A (Hg.) *Spiritual Needs in Research and Practice. The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care*. Basingstoke GB: Palgrave
- Büssing A (Hg.) (2021) *The Spiritual Needs Questionnaire*. Cham: Springer Nature.
- Damiano RF, DiLalla LF, Lucchetti G, Dorsey JK (2017) Empathy in medical students is moderated by openness to spirituality. *Teaching and Learning in Medicine* 29:188–195.

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016) Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. (Zitierdatum: 11.10.20), abrufbar unter [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_GLOSSAR.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf).
- Estupiñan B, Kibble J (2018) The relationship between spirituality and burnout in the lives of medical students. *Medical Science Educator* 28:37–44.
- Frankl VE (1946) *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Wien: Deuticke.
- Freund H, Böhringer S, Utsch M, Hauth I (2018) Religiosität und Spiritualität in der Facharztweiterbildung. Eine Umfrage bei den Weiterbildungsmächtigten für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 89:539–545.
- Frick E (2019) Spirituelle Anamnese. In: Roser T (Hg.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 291–300.
- Frick E, Roser T (2011) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen In: *Münchner Reihe Palliative Care*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Frick E, Ziemer P, Heres S, Ableidinger K, Pfitzer F, Büssing A (2021) Spirituelle Kompetenz in Psychiatrie und Psychotherapie – Hindernisse und Erfolgsfaktoren. *Nervenarzt* 92:479–486
- Frick E, Büssing A, Rodrigues Recchia D, Härtl K, Beivers A, Wapler C, Dodt C (2021) Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums. *Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin* 116:245–253.
- Gomez S, White B, Browning J, DeLisser HM (2020) Medical students experience in a trauma chaplain shadowing program. A mixed method analysis. *Medical education online* 25:1710896.
- Hoffarth AP (2020) A study of physician preparedness in relation to religious diversification: examination of policy, education, training, and experience.
- Miller GE (1990) The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine* 65(9):S63–67.
- Pieters J, Dolmans DHJM, Verstegen DML, Warmenhoven FC, Courtens AM, van den Beuken-van Everdingen MHJ (2019) Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Palliative Care* 18:72–72.
- Schmidt C, Nauta L, Patterson M, Ellis A (2019) Medical students' (dis)comfort with assessing religious and spiritual needs in a standardized patient encounter. *Journal of Religion & Health* 58:246–258.
- Taverna M, Sattel H, Berberat P, Frick E (2019) A survey on the integration of spiritual care in medical schools from the German speaking faculties. *Advances in medical education and practice* 10:1009–1019.
- 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.
- Willems S, Smeets W, van Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraïne N (2020) Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care* 57:55–78.
- Zhang Y, Yash Pal R, Tam WSW, Lee A, Ong M, Tiew LH (2018) Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed-method study. *International Emergency Nursing* 37:13–22.