2 | 07

DeSS orientiert

Demenz Support Stuttgart

Spiritualität - Ein Thema für die Pflege von Menschen mit Demenz?

Editorial
Beate Radzey, Gabriele Kreutzner

Überblick:
Spiritualität – Alter(n) – Krankheit: Eine Sondierung
Gabriele Kreutzner

Menschen mit Demenz:
Spirituelle Bedürfnisse
Christian Müller-Hergl

Angehörige:
Spiritualität als Ressource der Entlastung?
Beate Radzey

Pflegende:
Spirituelle Pflege – ein in ganzheitliches Konzept
Beate Radzey, Gabriele Kreutzner

Seelsorger:
Der Mensch lebt nicht vom Brot allein: Religiöse Bedürfnisse und Seelsorge
Charlotte und Frank Boes

Rubriken
Nachgefragt:
Interview mit Prof. Susan McFadden
Informationstransfer:
Forschung, Weiterbildung, Literatur

Literatur- und Autorenverzeichnis

Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer

Inhalt

Editorial
Beate Radzey, Gabriele Kreutzner 4

Überblick:
Spiritualität – Alter(n) – Krankheit:
Eine Sondierung
Gabriele Kreutzner 7

Menschen mit Demenz:
Spirituelle Bedürfnisse
Christian Müller-Hergl 23

Angehörige:
Spiritualität als Ressource der Entlastung?
Beate Radzey 28

Pflegende:
Spirituelle Pflege – ein ganzheitliches Konzept
Beate Radzey, Gabriele Kreutzner 37

Seelsorger:
Der Mensch lebt nicht vom Brot allein:
Religiöse Bedürfnisse und Seelsorge
Charlotte und Frank Boes 45

Rubriken 51
Nachgefragt:
Interview mit Prof. Susan McFadden

Informationstransfer:
Forschung, Weiterbildung, Literatur

Literatur- und Autorenverzeichnis 61

Editorial

Bei den Arbeiten zu den letzten beiden Ausgaben von „DeSS orientiert“, die sich mit der Pflege von Menschen mit Demenz in den letzten Stadien ihrer Erkrankung befassten, sind wir immer wieder auf das Thema Spiritualität und dessen Bedeutung im Kontext palliativer Pflege und der Begleitung von Sterbenden gestoßen. Ein wichtiges Thema, so fanden wir, und dazu eines, dessen Bedeutung sich in der pflegerischen Praxis keineswegs auf Situationen beschränkt, in denen es um die letzten Tage oder Stunden eines Menschen geht.

Im Kontext einer multi-kulturellen, multi-religiösen und säkularen Gesellschaft stellt sich Spiritualität in Abgrenzung zur Religion als ein umfassendes, individualisiertes Konzept jenseits spezifischer religiöser bzw. konfessioneller Überformungen und Ausrichtungen dar. Jedem Menschen sind unabhängig von seinen spezifischen weltanschaulichen oder auch religiösen Überzeugungen spirituelle Bedürfnisse zuzugestehen. Diese treten vor allem in Krisensituationen und insbesondere angesichts der Konfrontation mit einer schweren, womöglich unheilbaren Erkrankung mit besonderer Dringlichkeit zutage. Wo die moderne Medizin mit all ihrem Können keine körperliche Genesung mehr in Aussicht stellen kann, scheint sich spirituelles Leiden, aber auch das Bedürfnis nach spirituellem „heil werden“ umso drängender einzustellen. Die Pflege, die in ihrem alltäglichen Umgang mit Patienten und Klienten unmittelbar mit deren Bedrängnissen und Leiden konfrontiert ist, kann sich dem nicht leicht entziehen, ist jedoch auf diese Anforderung bislang schlecht vorbereitet und angesichts der an sie herangetragenen Erwartungen oft überfordert. Die Frage danach, wie mit der spirituellen Not und spirituellen Bedürfnissen kranker Menschen einschließlich derjenigen mit Demenz adäquat umgegangen werden soll, welche Unterstützung ihnen von pflegerischer Seite angeboten werden soll und kann, ist demnach vor allem anderen eine drängende Frage der Praxis.

Was bietet die wissenschaftliche Auseinandersetzung im englischsprachigen Raum?

Erste weitergehende Recherchen erbrachten sehr schnell, dass im angloamerikanischen Raum in den letzten Jahren von ein wahrer Boom an Veröffentlichungen über Spiritualität in Verbindung mit der Gesundheitsthematik zu verzeichnen ist. Allerdings zeigte sich auch, dass sich die wissenschaftlichen Arbeiten in Bezug auf ihre jeweilige Bezugnahme auf akademische Traditionen, Methoden und Fragestellungen sehr stark voneinander unterscheiden, teils sogar miteinander unvereinbar sind. Darüber hinaus sind erhebliche Unterschiede im Fokus der Publikationen zwischen den USA und anderen englischsprachigen Ländern wie Großbritannien oder Australien zu verzeichnen. Wie im Laufe der Arbeit immer deutlicher wurde, spielen bei diesem Thema neben kulturell und historisch bedingten Unterschieden zwischen den Ländern auch religiöse Wertesysteme und persönliche Überzeugungen eine wichtige Rolle, was nicht zuletzt die Übertragbarkeit von Untersuchungsergebnissen sehr schwierig macht.

USA: Spiritualität und die Debatte um Religion und Gesundheit

In den USA ist einerseits eine sehr intensive konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Spiritualitätsthematik insbesondere seitens geisteswissenschaftlich unterfütterter und auf eine ganzheitliche Pflege ausgerichteter Ansätze zu verzeichnen. Furore macht dort aber eine ganz andere Debatte, die auch die mediale Aufmerksamkeit auf sich zieht und inzwischen auch in die hiesigen Zusammenhänge überschwappt (vgl. etwa den Beitrag „Die Homöopathie Gottes“ im aktuellen

SPIEGEL SPECIAL „Gesund und glücklich“). Die medizinisch ausgerichtete Forschung ist dort stark auf die Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen Religion (nicht unbedingt Spiritualität) und Gesundheit fokussiert. Entsprechend wertet ein US-amerikanisches themenbezogenes Basiswerk (*Handbook of Religion and Health;* Koenig et al. 2001) 1200 Studien aus, die sich mit der Erforschung des Zusammenhangs von Religion und Gesundheit befassen. Diese Themenstellung hat zudem das Interesse einer landesweiten gesundheitsbezogenen Forschungsinstitution (*National Institute on Aging*) gefunden und eine renommierte amerikanische Stiftung (*Templeton Foundation*) dazu motiviert, in den letzten Jahren beachtliche Summen für Forschung in diesem Feld zur Verfügung zu stellen, so dass eine Fülle empirischer Daten zur Verfügung stehen. Allerdings basieren diese Studien in der Regel auf den klassischen Designs der Effektforschung, das heißt sie sind in allererster Linie daran interessiert, statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Religion und Gesundheit nachzuweisen. Diese Art von Forschung und ihr Nutzen für diejenigen, die aufgrund ihrer Krankheit oder ihrer Situation ganz besonders auf pflegerische Unterstützung einschließlich seelischem Beistand angewiesen sind, wird in einigen Beiträgen dieser Ausgabe auch kritisch hinterfragt.

UK und Australien: Die Auseinandersetzung mit Spiritual Care

Eine klare Errungenschaft der Auseinandersetzung im Vereinigten Königreich besteht darin, dass sich dort das Konzept von Spiritualität als etwas im Wesen des Menschen Angelegtes und vom Religiösen Unterscheidbares durchgesetzt hat. Auch die Politik hat diese Position übernommen und versucht, vor dem Hintergrund des zentralen Leitbilds einer individualisierten Pflege die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse per Richtlinien zu implementieren und deren Umsetzung auf den Weg zu bringen. Darüber hinaus ist ein zentrales Ergebnis unserer Literaturaufarbeitung, dass der personzentrierte Ansatz für die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz gleichsam eine Avantgardeposition in Bezug auf eine spirituelle Bedürfnisse berücksichtigende Pflege einnimmt. Hier hat die Arbeit von Tom Kitwood mit ihren judäo-christlichen Wurzeln ein solides Fundament bereitgestellt. Damit spirituelle Bedürfnisse generell wie auch im Hinblick auf die besondere Situation von Menschen mit Demenz in der Pflege tatsächlich adäquat berücksichtigt werden können, muss auf dieser Grundlage weiterhin aufgebaut werden.

Wer sich vom Blick auf das Vereinigte Königreich jedoch die Möglichkeit erhofft, an konkreten Beispielen einer guten Praxis lernen zu können, der wird sich enttäuscht sehen: so weit ist die Entwicklung bislang (leider) noch nicht vorangeschritten.

Was wir in dieser Ausgabe bieten...

Wir haben uns bemüht, Schneisen durch die überbordende Fülle an Literatur zu schlagen und Hauptlinien der Auseinandersetzung aufzuzeigen. In Bezug auf unser praxisgeleitetes Interesse haben wir versucht, das Thema in seinem Bezug zur Pflege (und natürlich insbesondere der Pflege von Menschen mit Demenz) auszuleuchten und dabei mitunter auch kontroverse oder widersprüchliche Standpunkte zu präsentieren. Aus diesem Grund kommen in den Beiträgen sich teils widersprechende Positionen zum Ausdruck. Auch wenn dies Irritationen stiften könnte sind wir der Überzeugung, dass es der Sache angemessen ist, unseren Leserinnen und Lesern diese Heterogenität zuzumuten.

Es ist uns nicht immer leicht gefallen, dem eigenen Anspruch von Praxisnähe und Umsetzbarkeit von Forschungsergebnissen in den pflegerischen Alltag gerecht zu werden. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Spiritualität im Zusammenhang von Gesundheit, Pflege und Menschen mit Demenz ist derzeit wohl noch zu jung, als

dass sie konkrete Vorschläge für die Entwicklung praktischer Lösungswege bieten würde. Obwohl sich dies notwendiger Weise in den Beiträgen dieser Ausgabe spiegelt, finden sich dort hoffentlich auch zahlreiche wichtige Erkenntnisse und Hinweise, die zur Entwicklung von Lösungspfaden beitragen können.

Der **Überblicksartikel** bildet eine theoretische Basis zum Thema und fordert vom Leser ein wenig Durchhaltevermögen. Er nähert sich inhaltlich dem Begriff Spiritualität an und beschreibt in der Literatur gefundene Definitionen und Konzepte innerhalb der Pflegewissenschaften. Im Weiteren werden wichtige Erkenntnisse über das Verhältnis von Spiritualität zu den Themen Alter, Gesundheit und Menschen mit Demenz kritisch zusammengefasst. Der zweite Artikel widmet sich den **spirituellen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz** und fasst die leider nur sehr dürftigen empirischen Ergebnisse zusammen. Weitaus besser erforscht, wenn man die Zahl der vorliegenden Arbeiten zugrunde legt, ist das Thema **Religion und Spiritualität als Entlastungsressource für pflegende Angehörige**; jedoch nur mit wenigen Implikationen für die tägliche Praxis. Aus der Perspektive der Pflegenden wird im vierten Beitrag versucht, den pflegewissenschaftlichen Diskurs insbesondere in Großbritannien zum Thema **spirituelle Pflege** (S*piritual Care*) im Rahmen ganzheitlicher Konzepte zu beschreiben. Neben einer begrifflichen Klärung ist hierbei von besonderem Interesse, wie eine praktische Umsetzung aussehen kann und welche Konsequenzen dies für die pflegerische Ausbildung hat. Der letzte Artikel stellt sich ganz in den Kontext der christlichen Tradition und beschreibt die **seelsorgerliche Begleitung von Menschen mit Demenz.** Es werden dabei viele Anregungen und Tipps für die Gestaltung von Gottesdiensten etc. gegeben.

Inhaltlich abgerundet wird die Ausgabe mit einem an Hintergrundinformationen reichen **Interview** mit Prof. Susan McFadden einer amerikanischen Psychologin, die sich intensiv mit dem Thema Spiritualität und Alter befasst und hierzu eine Vielzahl von Veröffentlichungen erstellt hat. Leserinnen und Lesern, die sich zuerst einmal einen schnellen Überblick verschaffen wollen, empfehlen wir, mit der Lektüre des Interviews in die Thematik einzusteigen.

Die Rubrik **Aus der Praxis**, die den Abschluss der bisherigen Ausgaben bildete, entfällt dieses Mal (nicht zuletzt wegen des Mangels an guten Praxisbeispielen) zugunsten eines Überblicks zu internationalen Instituten, Zentren und Zeitschriften, die sich mit dem Thema Spiritualität und Alter bzw. Gesundheit befassen.

Wir hoffen, dass auch diese Ausgabe von „DeSSorientiert“ Ihr Interesse findet und wichtige Einsichten und Hinweise bieten kann.
Viel Spaß beim Lesen.

Beate Radzey und Gabriele Kreutzner

Überblick: Spiritualität - Alter(n) - Krankheit: Eine Sondierung

Ausgangspunkt

Mit Spiritualität verbindet sich für mich die Suche nach dem Sinn im Leben und ein Aufgehobensein in einem größeren Ganzen, etwas wesentlich Menschliches. Vor allem aber verstehe ich Spiritualität als etwas, das keineswegs auf Mitglieder verfasster Religionen oder Angehörige eines bestimmten Glaubens beschränkt ist. Spiritualität geht jeden Menschen an, berührt jede und jeden irgendwann einmal – ganz besonders in schwierigen Zeiten, in Lebenskrisen oder im Falle schwerer, womöglich unheilbarer Krankheit.

Ein paar Anhaltspunkte zur aktuellen empirischen Situation in der Bundesrepublik: Obwohl 91,5% der alten Menschen (75 Jahre und älter) in den alten Bundesländern einer christlichen Konfession angehören (für die neuen Bundesländer: 76%), bezeichnen sich immerhin 20,5% der Menschen dieser Altersgruppe im Westen als nicht religiös; im Osten sind es 33,3% (als „sehr religiös“ bezeichnen sich 44,4% dieser Altersgruppe im Westen und 22,9% im Osten). 53,5% der alten Menschen in den westlichen Bundesländern geben in der gleichen Befragung an, nicht an ein Leben nach dem Tod zu glauben (für die Gruppe der 18-59jährigen: 49,3%). In den östlichen Bundesländern sind es 75,6% der über 75jährigen und 80,7% der 18-59jährigen (Zahlen ermittelt nach ALLBUS 2002, vorgestellt in Kruse 2006).

Was, so die auf Menschen mit Demenz bezogene Ausgangsfrage, muss eine angemessene Begleitung und Pflege beachten und bieten, um dem spirituellen Charakter des Menschen Rechnung zu tragen? Wie sieht dies insbesondere für diejenigen aus, die ihre Religion nicht praktizieren, die sich zu keiner Religion bekennen oder die der verfassten Religion womöglich skeptisch gegenüberstehen? Was gibt uns die Wissenschaft bzw. besser: was geben uns die unterschiedlichen, mit dem Gegenstand befassten Disziplinen an (neueren) Erkenntnissen über Spiritualität im Zusammenhang mit Alter und Krankheit an die Hand? Was liegt im englischsprachigen Raum derzeit an Wissen über Spiritualität vor, das sich in Bezug auf Menschen mit Demenz produktiv machen lässt und von dem wir lernen können?

Der folgende Erkundungsgang durch die themenbezogene englischsprachige Fachliteratur soll das Gelände sondieren und – wünschenswerter Weise – wo möglich Anhaltspunkten dafür finden, welche der Erkenntnisse für die hiesige Situation Relevanz besitzen. Mein Streifzug kann weder das Terrain vollständig sichten, noch das Erkundete in hinreichend systematischer Weise auswerten. Vielmehr konzentriert er sich auf vier zentrale Erkundungsstationen:

1. auf Konzeptualisierungen von Spiritualität im Rahmen der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung;
2. auf Erkenntnisse über das Verhältnis von Spiritualität und Alter(n);
3. auf Einsichten über den Stellenwert von Spiritualität im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit sowie
4. auf den im Kontext dieses Journals besonders interessierenden Zusammenhang von Spiritualität und Menschen mit Demenz.

1. Spiritualität: Definitionen und Konzepte

Hintergrund

Einem renommierten religionswissenschaftlichen Nachschlagewerk (RGG 2004) ist zu entnehmen, dass der Begriff im religionsbezogenen Kontext erst in den letzten 100 Jahren an Bedeutung gewonnen und von den beiden großen christlichen Kirchen hierzulan-

de in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg, seit den 70er Jahren verstärkt (so auch in den USA, vgl. Moberg 2005) aufgegriffen und insbesondere religionspraktisch verwendet wurde. Die organisierte Religion nimmt den Begriff also in einem historischen Moment in Anspruch, als die Menschen in den westlichen Industrieländern bei ihrer Suche nach Antworten auf „letzte" Fragen zunehmend weniger selbstverständlich auf die etablierten und institutionalisierten Glaubenssysteme ihrer Kultur zurückgreifen. Das Nachschlagewerk belehrt weiterhin darüber, dass der Versuch, eine allgemein anerkannte Definition von Spiritualität zugrunde zu legen, von vorne herein zum Scheitern verurteilt ist: „Eine allg[emeine] oder auch nur mehrheitlich anerkannte Definition von S[piritualität] gibt es nicht" (RGG 2004, 1590).

Konzeptionalisierungen in der angloamerikanischen Pflegewissenschaft

In der angloamerikanischen, gesundheitsbezogenen Auseinandersetzung und insbesondere in der dortigen Pflegewissenschaft hat man sich in jüngster Zeit verstärkt um die Darlegung eines grundlegenden Verständnisses von Spiritualität sowie um die Klärung ihrer Konzeption und Bedeutung im fachlichen Rahmen bemüht. In den letzten zehn Jahren haben eine ganze Reihe von Überblicksartikeln anhand der Sichtung und Analyse pflegewissenschaftlicher Beiträge zum Thema unterschiedliche, in den wesentlichen Punkten jedoch starke Übereinstimmung aufweisende Konzeptualisierungen von Spiritualität vorgelegt, die jeweils mit einer Diskussion zentraler Positionen und Einsichten und einer an die jeweilige Konzeptualisierung geknüpften Begriffsdefinition verbunden sind (so Buck 2006; Dyson, Cobb & Forman 1997; Delgado 2005; Miner-Williams, 2006; Tanyi 2002). Nur einer der ermittelten Beiträge stammt von einem Autorenteam aus dem Vereinigten Königreich; ansonsten handelt es sich um US-amerikanische Überblicksstudien. Gemeinsam ist allen, dass sie (in unterschiedlicher Intensität) auf den Status der Pflege als einer praktischen Disziplin und damit auf den unmittelbaren Praxisbezug des Themas abheben.

Die Vorstellung einer ganzheitlichen Pflege (Holistic Care)

Ebenso wichtig ist die Beobachtung, dass diese Beiträge ihre Auseinandersetzung mit Spiritualität ausnahmslos in einen Zusammenhang mit der Debatte um eine ganzheitliche Pflege (*holistic care*) stellen. Die fragmentarischen Einblicke in diese Debatte, die die Überblicksartikel ermöglichen, signalisieren das Erfordernis einer eingehenderen Auseinandersetzung mit dem Konzept (bzw. Konzepten) einer ganzheitlichen Pflege, die hier nicht zu leisten ist. Wie sich aus den Publikationen erschließen lässt, taucht das Thema Spiritualität (wie auch die Debatte um eine ganzheitliche Pflege) in der angloamerikanischen Pflegewissenschaft zu einem Zeitpunkt auf, als das biomedizinische Modell in die Kritik geraten ist. Oder, aus einer anderen Perspektive betrachtet: die Pflegewissenschaft setzt sich mit Spiritualität in einem historischen Moment auseinander, in dem die wissenschaftlichen Entwicklungen zu einem neuen Nachdenken über den Zusammenhang von Körper, Geist (*mind*) und dem anregen, wofür das Deutsche das Wort *Seele* (englisch *soul*, aber auch: *spirit*) bereithält. Im angloamerikanischen Raum kann Pflege sich aus der Position der fest etablierten Wissenschaft in dieser Situation als eine „auf den ganzen Menschen" bezogene Praxis positionieren, so dass führende Autoritäten die Relevanz des Spirituellen neben dem Physischen für eine möglichst gute Pflege explizit anerkannt haben (Delgado 2005).

Pflege als Unterstützung des Heilens

Betont wird der enge, historisch angelegte Zusammenhang zwischen Spiritualität und Pflege (z.B. Parse 1981, 1998; Rodgers 1970, 1992 und Newman 2000) als Unterstützung des Heilens und der Umstand, dass dieser trotz markanter Umbrüche bis in die Entste-

hung der modernen Pflege hinein erhalten bleibt. Der Blick auf animistische, die Unsterblichkeit der Seele als höchstes Prinzip verstehende, und schamanistische Kulturen zeigt, dass Heilen dort vorrangig als Wiederherstellung von Harmonie bzw. Versöhnung mit übergeordneten Kräften und Mächten verstanden wurde und es folglich nicht primär um die körperliche Gesundung, sondern vor allem um das Seelenheil der erkrankten Person ging. Die für die westlichen Industriegesellschaften charakteristische Trennung vollzieht sich in einem Prozess der Herauslösung des körperlichen Heilens aus dem Bereich des Spirituellen, der mit der Entwicklung der modernen westlichen Medizin und ihrer Verankerung in der Körper/Geist-Dichotomie eine qualitativ neue Stufe erreicht (z.B. Buck 2006; Miner-Williams 2006). Der entscheidende Trennungsschritt ist schließlich mit der Entstehung und dem Siegeszug des Empirizismus vollzogen, in dessen Verlauf die Auffassung von Gesundheit im medizinischen Denken vom Konzept des Menschen als einem spirituellen Wesen abgespalten wird (vgl. Miner-Williams 2006).

Leitbild Ganzheitlichkeit

Als professionelle, auf die Unterstützung von Heilen gerichtete Praxis muss Pflege einer ganzheitlichen Logik zufolge jedoch sämtliche Aspekte der Person einbeziehen. Ganzheitlichkeit impliziert eine systemische Denkweise, derzufolge sich das Spirituelle in einer Person nicht vom Emotionalen, Physischen, Sozialen oder Kognitiven trennen lässt (Buck 2006). Alle Aspekte werden als miteinander verwoben und notwendig betrachtet. Die Reibungspunkte und Widersprüche zwischen dem Leitbild einer ganzheitlichen Pflege und den Realitäten der alltäglichen Pflegepraxis heutiger Zeit samt ihrer strukturellen Bedingungen und Merkmale liegen auf der Hand. Die pflegebezogene Befassung mit Spiritualität scheint inzwischen jedoch so weit gediehen zu sein, dass eine professionelle wie auch eine regulierende Organisation in den USA sich der Thematik angenommen und die Anwendung spiritueller „Assessments“ und Interventionen in der alltäglichen Pflegepraxis empfohlen haben (Miner-Williams verweist auf entsprechende Publikationen der *American Holistic Nurses' Association* und der *Joint Commission on Accreditation of Health Care*, jeweils aus dem Jahr 2005).

Ganzheitliche Pflege: Anspruch und reale Voraussetzungen

Die andere Seite der Medaille ist, dass aufgrund der konkreten Arbeitsbedingungen, fehlender Qualifizierungen und des Status der Thematik (als etwas, worüber man in aller Regel nicht spricht) Menschen aller Gesundheitsberufe sich auf die Anforderung nach spiritueller Unterstützung nicht vorbereitet fühlen und mit dieser überfordert sind (z.B. Cuilford 2002; Kuuppelomaki 2001; Stranahan 2001). Eine Studie über Palliativmediziner zeigt, dass diese spirituelle Interventionen eher unternehmen, wenn sie mit ihrer eigenen Spiritualität im Reinen sind (Wahby, Born & Montagnini 2004). Die australische Pflegewissenschaftlerin und Seelsorgerin Elizabeth MacKinlay stellt Ähnliches bei professionell Pflegenden fest (2001e, zitiert in 2004, 47). Dieser realen Schwierigkeiten und Hürden ungeachtet wird die Nicht-Beachtung spiritueller Bedürfnisse von Patienten in der Pflege als unethisch und daher inakzeptabel betrachtet (Pettigrew 1990; Wright 1998). Einzelne pflegewissenschaftliche Autoren setzen sich intensiv mit den Hürden und Ausbildungslücken in Bezug auf eine spirituelle Unterstützung kranker Menschen durch professionell Pflegende auseinander (insb. Narayanasamy, etwa in Narayanasamy et al. 2004). Hiervon ausgehend lässt sich ein eigenständiger Strang der Auseinandersetzung ausmachen, der unter dem Begriff *spiritual care geführt* wird und dem eine eigene Betrachtung in dieser Ausgabe gewidmet ist.

Grundkomponenten des Spiritualitätskonzepts

Wie nähern sich nun die erwähnten Über-

blicksbeiträge ihrem Gegenstand und welche konzeptionellen Vorstellungen kristallisieren sich im Ergebnis heraus? Vom Vorgehen her wird jeweils versucht, über Sichtung und Analyse (meist unter Einsatz einer konzeptanalytischen Vorgehensweise) eines nach leicht voneinander abweichenden Kriterien zusammengetragenen Korpus themenbezogener Fachpublikationen eine Konzeption herauszuarbeiten. In der Zusammenschau ist eine verblüffende Übereinstimmung in Bezug auf die Nennung von vier konzeptionellen Grundkomponenten festzustellen: (1) Glauben, Werte; (2) Suche nach Sinn und Zweck des Lebens; (3) (Selbst-)Transzendenz; (4) Verbundensein. Alle Konzeptualisierungen beinhalten eine Gottesvorstellung als mögliches, doch keineswegs unabdingbares Element. Außerdem wird unterschiedlichen inhaltlichen Füllungen und Ausdeutungen dieser Komponente ein großer Spielraum eingeräumt. So muss sich etwa Glauben (*belief*) nicht unbedingt auf religiöse Glaubensinhalte beziehen, sondern kann seinen Ausdruck ebenso in einem individuellen Wertesystem finden. Die vorgeschlagenen Konzeptualisierungen sind somit als Rahmenentwürfe zu verstehen. In diesen findet jeweils die Fülle verschiedenartigster Konkretionen der konzeptionellen Grundkomponenten Platz, die in einer säkularen, individualisierten und durch die Koexistenz unterschiedlichster Religionen, Glaubensrichtungen und Weltanschauungen charakterisierten Gesellschaft anzutreffen sind.

Im Kern der jeweiligen Konzeptualisierung steht die Auffassung von Spiritualität als etwas zutiefst und spezifisch Menschlichem: Spiritualität wird übereinstimmend als im Wesen des Menschen angelegt begriffen (manche Autoren gehen sogar von einer biologischen Verankerung aus, vgl. etwa Narayanasamy 1999 oder, in einem anderen Kontext, Hay 2006), wobei die jeweils konkrete Entwicklung und Ausformung als ein lebensgeschichtlicher Prozess und damit als in komplexer Weise sozial und kulturell bestimmt verstanden wird. Spiritualität stellt sich darüber hinaus als etwas dar, das keineswegs allein kognitiv erfahren wird (Buck 2006, unter Verweis auf Mahlungulu & Uys 2004; Reed, 1992; Taylor, Highfield & Amenta 1999) und keinen signifikanten Zusammenhang zu Intelligenz oder einer bestimmten Religionszugehörigkeit aufweist (Dalby 2006).

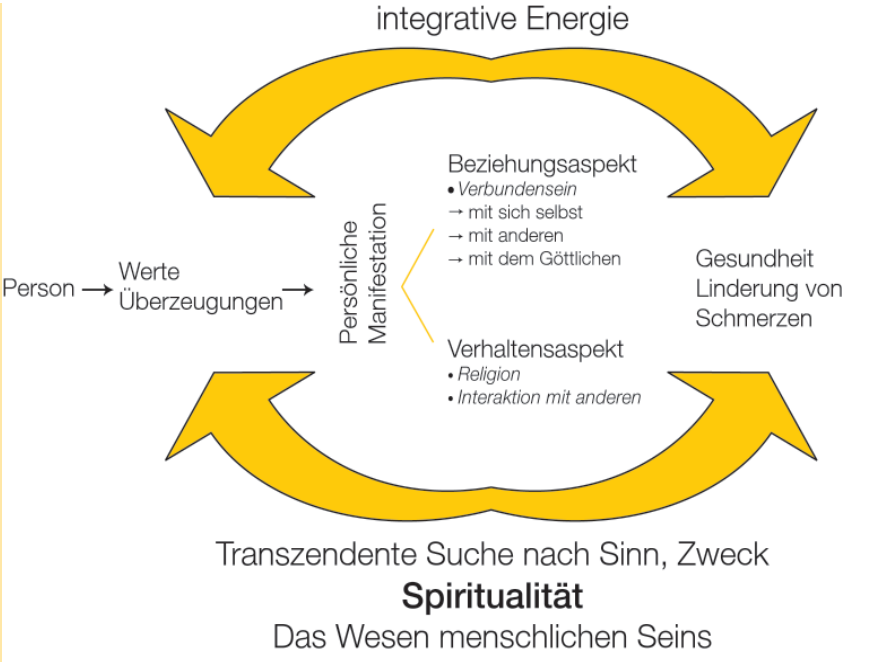

Schaubild 1:
theoretischer Rahmen (Miner-Williams 2006)

Als für das Verständnis von Spiritualität im Kontext von Pflege besonders hilfreich erscheinen die von Buck (2006) und Miner-Williams (2006) erarbeiteten Konzeptualisierungen. Konstitutiv für das von Buck entwickelte integrierte Modell von Spiritualität, das in drei konzentrischen Kreisen angelegt ist, sind zum einen das Moment des Verbundenseins in Form intrapersonaler, interpersonaler und transpersonaler Verbundenheit und zum anderen das der Integration, das auch den suchenden Charakter von Spiritualität und die Notwendigkeit eines immer neuen Herstellens des Zustandes umfassenden Verbundenseins impliziert. Miner-Williams (2006) entwirft Spiritualität als einen nicht isolierbaren Wesenszug der Person und als integralen Bestandteil von deren ganzheitlich verstandener Gesundheit. Zusätzlich zu den oben genannten vier konzeptionellen Komponenten führt die Autorin als fünften Grundbaustein die Aspekte Energie und Emotionen ein (unter Berufung auf Goddard 1995; Miller und Thorensen 2003; und Rollheiser 1999). Über die übrigen Konzeptualisierungen hinausgehend bietet sie einen theoretischen Rahmen, der Spiritualität explizit einen Stellenwert für die Gesundheit und das Wohlergehen des Menschen zuweist. Spiritualität unterstützt bzw. erleichtert die Erlangung von in einem holistischen Sinne verstandener Gesundheit bzw. lindert Leiden. (siehe Schaubild 1; theoretischer Rahmen nach Miner-Williams 2006).

Patientenseitige Wünsche

Untersuchungen zu patientenseitigen Vorstellungen und Wünschen in Bezug auf spirituelle Bedürfnisse beruhen zwar auf kleinen Samples, unterstreichen jedoch, dass hier tatsächlich ein starkes Bedürfnis nach seelischem Beistand – insbesondere durch den Arzt – vorhanden ist. So waren in einer Studie aus dem Jahr 1994 (King und Bushwick; n = 203) 77% der Befragten der Meinung, dass Ärzte spirituelle Bedürfnisse berücksichtigen sollten. 94% der Befragten hielten die spirituelle Gesundheit für ebenso wichtig wie die physische. Patienten in einer ambulanten Lungenklinik gaben in einer anderen Untersuchung an, eine Befragung zu ihren religiösen und spirituellen Einstellungen beim Vorliegen einer schweren Krankheit zu befürworten (Ehman et al. 1999 ; n = 177; Angaben in Miner-Williams 2006).

Spiritualität und Religion

In Bezug auf die Unterscheidung zwischen Spiritualität und Religion erscheint erstere in den pflegewissenschaftlichen Entwürfen als das weitere Konzept und gewissermaßen als „Dach“, unter dem Religionsausübung sich dann als eine mögliche Konkretion darstellt (so etwa MacKinlay, z.B. 2004). Wie Elizabeth MacKinlay in ihrem praxisbezogenen Buch *Spiritual Growth and the Fourth Age of Life* feststellt, fehlt es bislang jedoch an einer systematischen Aufarbeitung der Beziehung beider Konzepte zueinander. Zur Unterscheidung wird oftmals eine Differenzierung zwischen extrinsischer und intrinsischer Religiosität (verstanden als Religionsausübung) von Allport und Ross (1967) herangezogen. Extrinsische Religiosität bezieht sich den Autoren zufolge auf soziale Funktionen und Eigenschaften verfasster Religion(en) und ist in Dogmen (Glaubenssätzen) und Ritualen verankert. Intrinsische Religion wird als ein individueller Bezugsrahmen verstanden, der die Interpretation des eigenen Lebens ermöglicht. Diese Unterscheidung aufgreifend wird Spiritualität eine starke Affinität zur intrinsischen Religiosität unterstellt (so etwa Delgado 2006).

Die Frage, wie weit diese spontan einleuchtende Differenzierung tatsächlich trägt, muss hier offen bleiben. Im Kontext einer etwas anders gelagerten gesundheitsbezogenen Debatte um Religion und Spiritualität wird ein Trend zu einer Polarisierung zwischen „guter“, individueller, authentisch von innen kommender Spiritualität und „schlechter“, mit Institutionalisierung, Äußerlichkeit,

Kontrolle und Bevormundung assoziierter Religiosität (als praktischer Religionsausübung) ausgemacht und kritisiert (so etwa Koenig et al. 2001; aufgenommen in Hill & Pargament 2003). Derartige Polarisierungen sind in der Tat wenig hilfreich und unterstreichen die dringliche Notwendigkeit, die verbriefte Auseinanderentwicklung der beiden Konzepte vor ihrem historischen und gesellschaftlichen Hintergrund eingehender zu untersuchen.

Mit der grundsätzlichen Unterscheidung zwischen Spiritualität und Religion ist in jedem Fall anerkannt, dass das Streben nach Sinn und Bedeutung, Integrität und Transzendenz in unseren post-modernen, säkularen Gesellschaften nicht länger an die Ausübung einer Religion gebunden ist, auch wenn Spiritualität von vielen Menschen in einer religionsbezogenen Form gelebt wird. Daneben äußert sich die spirituelle Suche heute jedoch in einer Vielzahl von Ausdrucksweisen. Elizabeth MacKinlay hat dies in ihrem bereits erwähnten Buch mit Hilfe einer Grafik veranschaulicht. (Grafik 2; MacKinlay 1, Spirituelle Ausdrucksformen).

Schaubild 2:
Spirituelle Ausdrucksformen (MacKinley 2004)

Fassen wir zusammen: Im angloamerikanischen Raum stellt die Pflegewissenschaft eine komplexe, multidimensionale Konzeptionalisierung von Spiritualität auf der Höhe der in den säkularen westlichen Gesellschaften beobachtbaren Entwicklungen bereit. Offen bleibt dabei, ob und inwieweit ein solches Konzept sich für empirische Untersuchungen „operationalisieren“ lässt und wie in der Pflege und Begleitung kranker Menschen spirituelle Unterstützung geboten werden kann.

2. Spiritualität und Alter(n)

Mit der Frage nach der Beziehung zwischen Spiritualität und Alter(n) wechselt der disziplinäre Schauplatz zur gerontologisch ausgerichteten Diskussion, da die Vorstellung von einer besonderen Affinität zwischen Alter(n) und Spiritualität auf entwicklungspsychologischen Theorien und Forschungsarbeiten aufsetzt. Als theoretische Basis dienen vor allem das psychosoziale Modell menschlicher Entwicklung von Erik Erikson, das dieser zusammen mit seiner Frau und einem Kollegen für die späte Lebensphase modifiziert hat (Erikson, Erikson & Kivnick 1986). Außerhalb der Gerontologie weniger bekannt, hier jedoch in den letzten Jahren stark (und durchaus kontrovers) diskutiert, ist zweitens die von Lars Tornstam entwickelte Theorie der Gerotranszendenz, die eng an Eriksons theoretische Fundierung anschließt bzw. sich als deren Weiterentwicklung verstehen lässt (Dalby 2006, 6). Beide Theorien sehen die Person im höheren/hohen Alter in einem Spannungsverhältnis zwischen der Anforderung, den Anschluss an das soziale Leben aufrecht zu erhalten („aktiv“ und in dieses einbezogen zu bleiben) und derjenigen, eine gewisse Ablösung vorzunehmen, die Raum für innere Entwicklung lässt. Für Erikson führt eine erfolgreiche Bewältigung dieser Stufe (die achte seines Modells) zu einem neuen Selbstverständnis und zu dem, was er als Integrität bezeichnet.

Integrität und Gerotranszendenz

Tornstams (normative) Theorie der Gerotranszendenz wurde in der gerontologischen Auseinandersetzung zunächst u.a. deshalb stark angegriffen, weil sie Aspekte einer von der Fachdiskussion verworfenen Alter(n)stheorie

einer älteren Generation, der Disengagement- bzw. Rückzugstheorie (Cumming und Henry 1961) aufgreift. Obwohl ähnlich wie Erikson das Moment des ins Leben Eingebundenseins betonend, sieht die Theorie der Gerotranszendenz im hohen Lebensalter einen merklichen Wechsel in der Ausrichtung der Person von einer materialistisch-rationalen zu einer eher transzendenten und „kosmischen" Orientierung. Tornstam selbst versteht den entscheidenden Unterschied zwischen seiner Theorie und der Eriksons im jeweiligen Akzent der Blickrichtung: für ihn liegt der Akzent bei Erikson auf dem Blick zurück auf das gelebte Leben und auf der Suche nach bzw. Neuformulierung von Sinn und Bedeutung, während sein eigener Ansatz stärker den „Blick nach vorn", auf das Aufgehobensein der Person in einem größeren, das Selbst transzendierenden, „kosmischen" Ganzen akzentuiert (Tornstam 1999/2000, zitiert in MacKinlay 2004, 149). Obwohl man Tornstam vorgeworfen hat, seine Auffassung von Alter sei „unrealistisch", wenn nicht gar „romantisierend", erweist sich seine theoretische Intervention insofern als äußerst fruchtbar, als man insbesondere in der qualitativen Forschung beginnt, sich mit anderen Augen mit Veränderungen des Verständnisses von Zeit und Raum, Leben und Tod, und schließlich des eigenen Selbst im Alter auseinanderzusetzen (MacKinlay 2004; siehe beispielhaft etwa den Sammelband Aging and the Meaning of Time aus dem Jahr 2001).

Entwicklungsaufgabe Spiritualität

Wichtig für unseren Zusammenhang ist insbesondere der den genannten Theorien geschuldete Gedanke, dass Spiritualität im Alter eine besondere Entwicklungsaufgabe darstellen könnte oder, etwas abgeschwächter formuliert, dass Spiritualität im Alter eine besondere Bedeutung zukommt. In den vergangenen Jahren hat eine Reihe empirischer Untersuchungen versucht, die letztere Annahme zu erhärten. In einer aktuellen Literaturstudie (Dalby 2006) wurden dreizehn Untersuchungen aus den Jahren 1985 – 2003 identifiziert und ausgewertet, die dieser Problemstellung nachgehen. Die meisten dieser Studien setzen auf den beiden genannten entwicklungstheoretischen Modellen auf; sie sind mehrheitlich quantitativ ausgerichtet, wobei es sich zumeist um sehr kleine Samples handelt.
Nach intensiver Auseinandersetzung mit den methodischen Schwierigkeiten ihrer Auswertung kommt die Überblicksstudie von Dalby zu folgendem Ergebnis: Das Verhältnis von Spiritualität und Alter(n) stellt sich empirisch nicht als ein einfacher, linearer Zusammenhang dar. Angesichts der Heterogenität der Kategorie Alter (die sich u.a. in altersbezogen sehr unterschiedlichen Samples niederschlägt), wird dies kaum überraschen. Wichtiger ist die Feststellung, dass einige Aspekte von Spiritualität über das gesamte Leben hindurch bis ins Alter stabil bleiben. Darüber hinaus sind aber auch bestimmte spirituelle Aufgaben, Bedürfnisse und Veränderungen identifizierbar, die einen besonderen, altersbezogenen Zusammenhang aufweisen. Die Auswertung von Dalby identifiziert eine Reihe genereller spiritueller Themen, die sich durch die Studien hindurch ziehen wie etwa Integrität, humanistische Anliegen, sich verändernde Beziehungen mit anderen und die Sorge um jüngere Generationen, das Verhältnis zu einem transzendenten Wesen oder einer transzendenten Macht, das Thema Selbsttranszendenz sowie die Auseinandersetzung mit bzw. Bewältigung der Endlichkeit des Lebens. Betont wird, dass diese Themen keine Beziehung zum (fortgeschrittenen) Alter an sich besitzen und als durch kulturelle Faktoren und individuelle Differenzen vermittelt zu begreifen sind. Sie weisen jedoch sehr wohl einen Bezug zu einigen der Herausforderungen auf, die mit Alter und Altern verbunden sind.

Spirituelle Aufgaben im Alter – ein Modell

Die Hinwendung zu spirituellen Themen und Aufgaben im Alter ist also beileibe kein

Automatismus. Dennoch rechtfertigt es die empirische Forschung, im Rahmen spezifischer Lebenskonstellationen besondere spirituelle Bedürfnisse, Aufgaben und Veränderungen im Alter zu vermuten. Dieser Vermutung ist Elizabeth MacKinlay in zwei qualitativen Studien nachgegangen, deren Ergebnisse sie in ein Modell spiritueller Aufgaben im Alter überführt hat. In einer ersten Untersuchung führte sie Interviews mit 24 Australierinnen und Australiern (altersbezogener Durchschnittswert: 78,7 Jahre), die alle selbständig außerhalb eines institutionellen Kontexts lebten und unter mehr oder weniger stark ausgeprägten altersbedingten Gebrechen litten. Als methodische Grundlage diente die Grounded Theory; die Fragen bezogen sich auf Themen wie den Sinn des Lebens, Älter werden und die Beziehung zu Gott. In der Gruppe der Befragten waren sowohl Christen als auch Nicht-Christen vertreten. Auf der Basis der Auswertung dieser Interviews entwickelte MacKinlay ihr Modell spiritueller Themen und Aufgaben im Alter, das sie mit Hilfe einer zweiten Studie einer Erprobung unterzog. In dieser zweiten Studie befragte sie alte Menschen, die in einem Pflegeheim lebten (altersbezogener Durchschnittswert: 75,3 Jahre). Die Ergebnisse der zweiten Studie konnten das Modell bestätigen.

Im Zentrum des von MacKinlay entwickelten, als interaktiv und dynamisch zu verstehenden Modells steht die Frage nach dem letzten, endgültigen Sinn des Lebens. Um diesen Kern sind vier zentrale Themen und hierzu korrespondierende Aufgaben gruppiert. Nach MacKinlay gibt es spezielle spirituelle Aufgaben im Alter, obwohl diese sich nicht ausschließlich in dieser Lebensphase stellen. Alte Menschen sind tendenziell mit der Notwendigkeit konfrontiert, die Begrenzungen zu transzendieren, die ihnen das Alter(n) auferlegt. Dies gelingt ihnen durch Bezugnahme zu dem, was ihrem Leben einen Sinn gibt. Im Anschluss an Erikson beinhaltet das Modell auch die retrospektive Beschäftigung mit dem Sinn und der Bedeutung, die dem eigenen gelebten Leben zugewiesen werden kann. MacKinlay zufolge tritt die Suche nach Sinn unabhängig von einer religiösen Identifikation und von einem religiösen Bekenntnis auf.

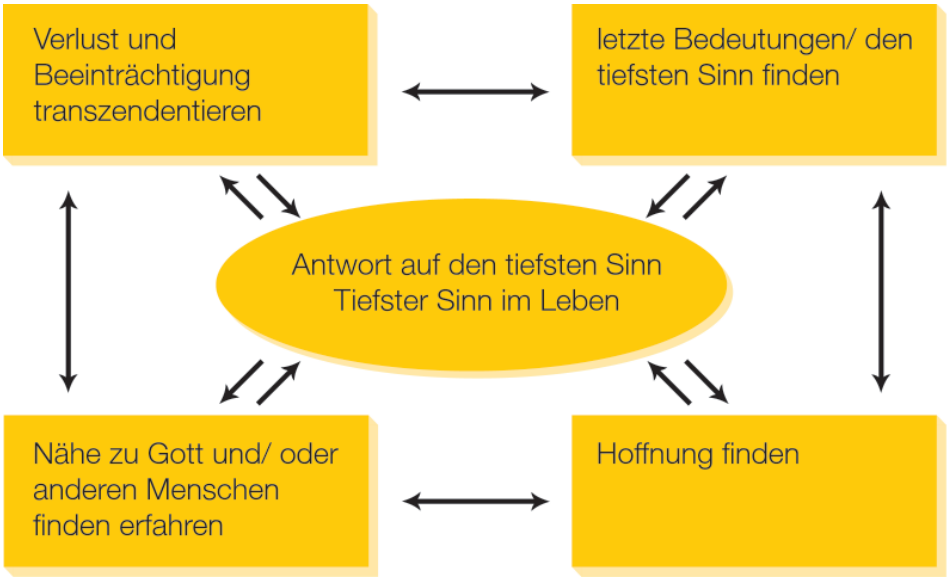

Schaubild 3:
Spirituelle Aufgaben im Alter (MacKinlay 2004)

3. Spiritualität und Gesundheit/Wohlergehen

Mit der Konzentration auf die Gesundheitsthematik bewegen wir uns in eine spezifisch US-amerikanische Auseinandersetzung hinein, was mit einer perspektivischen Engführung verkoppelt ist: In diesem speziellen Kontext wird das Interesse auf den Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit fokussiert. Der Begriff Spiritualität wird weitgehend in seinen Gemeinsamkeiten zur Religion verwandt. Eine zentrale Stellung nimmt in der sich entfaltenden wissenschaftlichen Befassung mit der Thematik ein Forschungszweig ein, der fest in der US-amerikanischen empirischen Wirkungsforschung verankert ist. Einige Hintergrundinformationen zu dieser US-spezifischen Debatte liefert das in dieser Ausgabe enthaltene Interview mit Dr. Susan McFadden. Hinzuzufügen wäre, dass die Synthese aus einer aufgeklärt-rationalistischen, den (Natur-)Wissenschaften und ihren Methoden enthusiastisch zugewandten Einstellung und einer gottgläubigen Grundhaltung in der US-amerikanischen Geschichte fest verwurzelt ist und das themenbezogene Wissenschaftsengagement privater Stifter in dieser Tradition steht. In vielerlei Hinsicht stark vereinfachend und notwendig abkürzend soll nun versucht werden, von derzeit absehbaren Ergebnissen ausgehend Erträge ebenso wie Defizite im Hinblick darauf anzureißen, was an Erkenntnissen für einen praktischen Zugang zur Spiritualitätsthematik (insbesondere für die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz) wichtig und fruchtbar erscheint.

Protektive Wirkungen von Religion

Zur Darstellung des derzeitigen Stands der Debatte lässt sich ein aktueller Statusbericht eines US-amerikanischen Autorenteams heranziehen, der in diesem Jahr im Medical Journal of Australia veröffentlicht wurde (Williams & Sternthaler 2007). Gesamtfazit ist, dass die Empirie zunehmend für einen Zusammenhang zwischen einer aktiven Religiosität und der Gesundheit (in Form unterschiedlicher Indikatoren) spricht. Dies bezieht sich insbesondere auf protektive Wirkungen aktiver Religiosität für verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit (Wohlbefinden, Suizidverhalten, Substanzenmissbrauch). Für die physische Gesundheit wird die Evidenz für eine protektive Wirkung in Bezug auf bestimmte Krankheitsbilder (Herz-Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Krebs, laut Koenig et al. 2001) in letzter Zeit als zweifelhafter eingeschätzt als noch vor einigen Jahren (Williams & Sternthaler, unter Berufung auf Aukst-Margetic & Margetic 2005; Stefanek et al. 2005).

Der Zusammenhang von Religion und Mortalität

Als am stärksten erhärtet gilt der Zusammenhang zwischen Religion und Mortalität. Wie hat man sich dies vorzustellen? Um ein Beispiel zu nennen: Eine landesweite Studie mit 21 000 Erwachsenen stellt eine „starke und abgestufte“ Beziehung zwischen dem Besuch des Gottesdienstes und dem Faktor Mortalität fest und präsentiert eine statistische Berechnung, wonach Personen, die niemals den Gottesdienst besuchen, für einen Zeitraum von 8 Jahren ein 19 mal größeres Mortalitätsrisiko haben als Personen, die wöchentlich und häufiger zum Gottesdienst gehen (Hummer et al. 1999). Die gleiche Studie errechnet, dass US-Amerikaner/innen im Alter von 20 Jahren, die mehr als ein Mal pro Woche zum Gottesdienst gehen, im Durchschnitt eine um 7,5 Jahre höhere Lebenserwartung haben als gleichaltrige Landsleute, die dies niemals tun. Für häufige Gottesdienstbesucher mit einem afro-amerikanischen Hintergrund erhöht sich die Differenz sogar auf 13,7 Jahre. Insgesamt kommt ein harten wissenschaftlichen Maßstäben genügender Review zu dem Ergebnis, dass „der Gottesdienstbesuch mit einer starken, konsistenten, prospektiven und oftmals gestuften Verminderung des Mortalitätsrisikos

verbunden ist“ (Powell et al. 2003, zitiert in Williams / Sternthal 2007, S48).

Methodische Probleme

Typisch für diese Art von Forschung ist die Reduktion des mehrdimensionalen, komplexen Phänomens Religion auf eine einzige, globale und unpräzise Variable (Besuch des Gottesdienstes; Beten und Häufigkeit des Betens; konfessionelle Zugehörigkeit). Dies wird mittlerweile als ernsthaftes Defizit anerkannt, jedoch mit dem Umstand begründet, dass Religion und Spiritualität zunächst meist als Zusatzvariablen im Rahmen größerer, teils epidemiologischer Studien erhoben wurden, wo es darum ging, solche zusätzlichen Faktoren und Aspekte in möglichst einfacher Weise zu erheben (Hill & Pargament 2003). In der Zwischenzeit haben sich diese anerkanntermaßen unzulänglichen Variablen jedoch als so „robust“ herausgestellt, dass beträchtliche Anstrengungen von Nöten sein dürften, um die erforderlichen Verbesserungen in Richtung konzeptuell verankerter und psychometrisch akzeptabler Messgrößen durchzusetzen (Hill & Pargament 2003).

Insgesamt ist der Forschungsstand wohl am treffendsten als data rich, theory poor zu bezeichnen. Anders formuliert: es wird viel Evidenz produziert, ohne dass dies notwendiger Weise mit einem Zuwachs an Erkenntnis (oder gar Verstehen) verbunden wäre. Auf die wichtigen Fragen des Warum und Wie des untersuchten Zusammenhangs geben die Studien keine Antwort.

Einwände

Hier lässt sich eine zweite Beobachtung anschließen, die mit Motivation, Stoßrichtung und Botschaft dieser Art von Untersuchungen zu tun hat. In einem Interview erklärt Harold Koenig, einer der führenden Experten in diesem Bereich, was ihn zu seiner Forschungsarbeit motiviert: „Als gläubiger Mensch, der die Wohltaten des Glaubens erlebt hat, lautet meine Hypothese, dass der Glaube auch für andere Menschen Wohltaten bereithält. Diese Hypothese will ich testen. Aber als guter Wissenschaftler muss ich meine Untersuchung so anlegen, dass meine eigenen Voreinstellungen nicht in die Forschung einfließen. Alle Wissenschaftler haben solche Voreinstellungen. Die guten Wissenschaftler konzipieren ihr Untersuchungsdesign so, dass solche Voreinstellungen nicht in die wissenschaftliche Arbeit einfließen“ (Koenig 2006; meine Übersetzung gkr).

Das hier formulierte – legitime – Anliegen besteht also darin, mittels empirischer Daten und in methodischer Hinsicht unangreifbar den Nachweis zu führen, dass die Eingangshypothese einer Überprüfung standhält. Die per empirischem Nachweis zu untermauernde Botschaft dieser Forschung lautet „Glauben ist gut für Dich und Deine Gesundheit“ – und sie richtet sich vornehmlich an den Mainstream der Gesunden, die nicht zuletzt das Prädikat „wissenschaftlich erwiesen“ von den Wohltaten der Religionsausübung überzeugen soll. Auch wenn Koenig im gleichen Interview versichert, ein von Nützlichkeit motivierter Glaube sei nach seinem Verständnis ein zweifelhafter Glaube, fasziniert die wissenschaftlich legitimierte Aussage über den Zusammenhang von Glauben und Gesundheit dennoch durch den Aspekt des unmittelbaren Nutzens. Es darf angezweifelt werden, ob die von der empirischen Wirkungsforschung formulierte Frage für eine für das Wohl der Menschen engagierte medizinische und pflegewissenschaftliche Forschung die wirklich angemessene ist. Müsste hier nicht vielmehr gefragt werden, welches die gesundheitsförderlichen und selbstheilenden Ressourcen sind, die in einer Person schlummern, wem welche dieser Kräfte in welcher Situation zur Verfügung stehen und wie eine gesundheitsbezogene und heilende Sorge und Fürsorge diese Kräfte für Heilung bzw. Linderung und Wohlergehen unterstützen kann? In der US-amerikanischen scientific community sind eine ganze

Reihe weiterer Einwände gegen diese Art von Untersuchungen formuliert worden, u.a. methodisch-handwerkliche Mängel (Sloan et al. 2000), Bedenken gegen schlagzeilenträchtige „Tests“ wie etwa die Erprobung der Wirksamkeit von Fürbittegebeten durch dem Patienten nicht bekannte Fürbitter (zuletzt in einer Studie der Harvard Medical School mit 1800 Herzpatienten, für die vor, während und bis zwei Wochen nach ihrer Bypassoperation gebetet wurde (http://www.msnbc.msn.com/id/12082681/), Kritik an der Funktionalisierung der Religion und die Frage nach Sinnhaftigkeit und Konsequenzen dieser Art von Forschung.

Erträge

Interessanter als die Probleme und Fragwürdigkeiten dieser Forschungswelle sind für uns die Erträge, die die Auseinandersetzung in Form von kritisch-ergänzenden Beiträgen aus anderen disziplinären Bereichen und Wissenschaftstraditionen und Hinweisen auf theoretisch-konzeptionelle Verbesserungsbedarfe im breiteren Feld der gesundheitsbezogenen Forschung erbracht hat. Hier sollen ein paar Aspekte erwähnt werden, die für den Zusammenhang Spiritualität und Demenz unmittelbare Relevanz besitzen.

1. Neben die unzulängliche Operationalisierung des Phänomens Religion tritt ein weiteres methodisches Problem. Die in diesem Bereich am häufigsten verwendete Methode ist die der Selbstaussage, etwa im Rahmen von Fragebogenerhebungen. Wenn aber nur diese Methode zur Verfügung steht, hat dies den faktischen Ausschluss ganzer sozialer Gruppen zur Folge (nicht zuletzt der Gruppe der Menschen mit Demenz in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit). Dieses Dilemma erkennend hat man versucht, das religiöse Coping am Beispiel von an Mukoviszidose erkrankten Kindern u.a. dadurch zu untersuchen, dass diese gebeten wurden, ein Bild von sich und Gott zu malen (Pendleton, Cavilli, Pargament & Nasr 2002). Außerdem wurde auf die Verfügbarkeit unaufdringlicher Beobachtungstechniken zum Zweck eines Assessments religiöser und spiritueller Praktiken verwiesen, die ebenfalls in diesem Bereich eingesetzt werden könnten (Hill & Pargament 2003, 71).

2. Weiterhin ist inzwischen anerkannt, dass die Forschung bislang stark von der Vorherrschaft weißer, angelsächsisch-protestantischer bzw. judäo-christlicher und teilweise männlicher Perspektiven bestimmt war und es gilt, Positionen, Traditionen und Praktiken anderer religiöser und nicht-religiöser sozialer Gruppen in den Blick zu nehmen.

3. Im Rahmen der Beziehung zwischen Religion und Gesundheit bzw. Krankheit kommt dem Konzept des religiösen Coping ein wesentlicher Stellenwert zu. Auf dessen Relevanz für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen bzw. für von Demenz Betroffenen gehen die Beiträge von Beate Radzey und Christian Müller-Hergl ein, weshalb hier auf eine Darstellung verzichtet werden kann.

4. Akzeptiert und teilweise auch untersucht sind die Ambivalenzen, die dem Phänomen Religion in Bezug auf die Gesundheitsthematik innewohnen. Religion bzw. Religionen haben bekanntlich in Geschichte und Gegenwart immer wieder zur Legitimation von Hass, Aggression und Vorurteil gedient und sind insbesondere unter diesem Aspekt von der Wissenschaft in den Blick genommen worden (Williams & Sternthaler, 2007; Hill & Pargament 2003). Wo religiöse Netzwerke einerseits eine große positive, unterstützende Wirkung entfalten können, lauert andererseits die Gefahr des sozialen Zwangs und der Kontrolle. Eine Religion auszuüben kann auch zu einer Quelle für Stress werden, Konformitätszwänge mit sich bringen, die Person mit offener Kritik aus der Religionsgemeinschaft

konfrontieren, Gefühle des Ungenügens oder gar der Schuld hervorrufen, d.h. als ein wesentlicher Stressor wirken und letztlich krank machen (z.B. Williams & Sternthaler 2007). Nicht zu vergessen sind auch die negativen Auswirkungen bestimmter Glaubensrichtungen etwa in Form religiöser Einstellungen bei Eltern, die bestimmte Formen der medizinischen Behandlung ihrer Kinder verweigern. Weiterhin existiert ein Zusammenhang zwischen bestimmten Formen einer extrinsischen religiösen Orientierung und dem Auftreten von depressiven Symptomen (Smith, McCullough & Poll 2003). Aktuelle Studien befassen sich mit den negativen gesundheitlichen Auswirkungen religiösen Ringens bei kranken älteren Patienten (Pargament et al. 2004).

5. Ein weiterer wesentlicher Punkt der Debatte um Religion und Gesundheit ist die „Entdeckung", dass Religion (wie auch Spiritualität) keine stabilen „Größen" darstellen, sondern vielmehr als Prozesse zu verstehen sind. Wenn der Ausbruch einer Krankheit als etwas betrachtet wird, das bei der betroffenen Person eine Krise auslösen kann (vgl. das Modell des Coping), die es zu bewältigen gilt, dann beinhaltet eine solche Situation auch einen Impuls für religiöses bzw. spirituelles Wachstum. Vor dem Hintergrund entwicklungspsychologischer Modelle ist jedoch zu berücksichtigen, dass mit einer solchen Situation bzw. Anforderung immer auch die Möglichkeit des Scheiterns verbunden ist, da jeder Mensch in Krisensituationen unterschiedlich reagiert (z.B. Soeken & Carson 1987). Auf die psychische und physische Gesundheit bezogen kommen Hill und Pargament (2003) unter Berufung auf eine lange Reihe von Einzelstudien zu dem Schluss, dass religiöses bzw. spirituelles Ringen eine ganze Reihe negativer und ernsthafter Folgen für die Gesundheit haben kann, andererseits jedoch als eine wohl notwendige Vorstufe für Wachstum und Konfliktauflösung zu betrachten ist. Offen bleibt bis auf Weiteres, was Individuen dazu befähigt, den Weg zur positiven Auflösung eines inneren Konflikts einzuschlagen und wo folglich eine Unterstützung des Heilens und spirituellen Wachstum ansetzen kann.

6. Schließlich bleibt kritisch anzumerken, dass im Zuge der US-amerikanischen Debatte um Religion und Gesundheit die pflegewissenschaftlich nachvollzogene Differenzierung zwischen den Konzepten Religion und Spiritualität unterbleibt. Es wird argumentiert, dass die Gemeinsamkeiten zwischen beiden Konzepten überwiegen und „die empirische Wirklichkeit [die] ist, … dass die meisten Menschen Spiritualität in einem organisierten religiösen Kontext erfahren und die Unterscheidung zwischen den beiden Phänomenen [Religion und Spiritualität, gkr] nicht sehen" (Hill & Pargament 2003, 65). Abgesehen davon, dass hier mit dem Hinweis auf die Praxis einer Mehrheit über die Rechte einer Minderheit hinweggegangen wird, spricht eine hierauf bezogene empirische Untersuchung dafür, dass man sehr viel genauer hinschauen muss, als bisher geschehen, wenn man in diesem Punkt eine haltbare Aussage machen möchte: Einer landesweiten Erhebung zufolge schätzen 52% aller US-Amerikaner sich als religiös und spirituell ein; 9% verstehen sich als ausschließlich religiös; 29% schätzen sich dieser Untersuchung zufolge als weder religiös noch spirituell ein (!) und 10% erklärten sich für ausschließlich spirituell eingestellt (Shahabi et al. 2002).

4. Spirituell inspirierte Angebote für Menschen mit Demenz

Was hat der Erkundungsgang in Bezug auf das zentrale Interesse erbracht, etwas über Spiritualität bei Menschen mit Demenz und die Stillung spiritueller Bedürfnisse auch bei

nicht in einem konventionellen Sinn gläubigen Menschen zu erfahren?

Ergiebig war die Befassung mit der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung, die theoretische und konzeptionelle Grundlagen für die Berücksichtigung des Spirituellen in der Pflege bereitstellt. Dort wird explizit auf die Nicht-Identität der Konzepte Spiritualität und Religion abgehoben und die Beschränkung auf Religiosität und religiöse Ausdrucksformen aufgehoben. Spiritualität wird als etwas grundlegend Menschliches anerkannt, das sich freilich in der individuellen Lebensgeschichte zumal in den westlichen Industriegesellschaften höchst unterschiedlich ausformt und entwickelt und in diesem historisch-gesellschaftlichen Rahmen auch über weite Lebensabschnitte brach liegen bzw. gänzlich in der Latenz verbleiben kann. Akzeptiert ist weiterhin, dass Spiritualität keine Angelegenheit der Kognition darstellt. Der Mensch wird ungeachtet vorhandener Beeinträchtigungen als ein spirituelles Wesen mit entsprechenden Bedürfnissen verstanden. Spiritualität, wie sie in den pflegewissenschaftlichen Entwürfen zugrunde gelegt wird, ist zudem als Teil einer ganzheitlichen Auffassung von Gesundheit bzw. des Wohlergehens der Person und nicht als eine aus diesem Gesamtzusammenhang herauslösbare Dimension zu verstehen(Miner-William 2006, 814). Auf empirische Evidenz verweisend geht man in der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung davon aus, dass das Spirituelle für die Gesundheit und das Wohlergehen des Menschen eine wichtige Rolle spielt.

Spiritualität und spirituelle Fragen sind zwar das ganze Leben hindurch von Bedeutung; unter bestimmten Bedingungen scheinen sie im Alter jedoch eine besondere Qualität anzunehmen. Spiritualität kann im Alter zu einer wesentlichen Entwicklungsaufgabe werden.

Der Blick in die medizinisch ausgerichtete Forschung US-amerikanischer Prägung zeigt, dass sich die Hinweise auf die Bedeutung des Spirituellen für (insbesondere für die psychische/seelische) Gesundheit und Wohlergehen verdichten, die Untersuchungen sich jedoch weitgehend auf konventionelle religiöse Ausdrucksformen beschränken. Abgesehen von der Berücksichtigung einer besonderen Religiosität im Rahmen der afro-amerikanischen Bevölkerung hat man hier gerade erst damit begonnen, über die weiße, judäo-christliche Dominanzkultur hinaus die Spiritualität nicht-christlicher Bevölkerungsgruppen in ihrem Zusammenhang mit Gesundheit zu untersuchen. Äußerst schlecht bestellt ist es um die Berücksichtigung des Spirituellen bei Menschen, die keine Religion praktizieren bzw. die ihrer Spiritualität nicht in einer sozial organisierten und etablierten Form Ausdruck geben.

Empirische Anhaltspunkte

Was wissen wir darüber hinaus über Spiritualität bei Menschen mit Demenz?
Obwohl die Literatur zum Thema Spiritualität und Demenz / Menschen mit Demenz inzwischen einen beachtlichen Umfang erreicht hat, ist es um die empirische Erforschung der spirituellen Bedürfnisse dieser Menschen und deren Berücksichtigung in Pflege und Begleitung sehr dürftig bestellt. Dies gilt um so mehr, wenn man sich für die Sichtweise der Betroffenen interessiert (Katsuno 2003). Ein paar empirische Anhaltspunkte liefert der kleine, doch stetig wachsende Fundus autobiographischer Berichte Betroffener; hier sind es vor allem religiös eingestellte Menschen, die über ihr spirituelles Ringen berichten und/oder im Glauben eine wesentliche Kraftquelle für den Umgang mit ihrer Demenz finden (besonders eindrücklich: das Buch Dancing with Dementia von Christine Bryden).

Für ihre Religion praktizierende Menschen stellt das bindungstheoretisch unterfütterte Modell des religiösen Coping von Menschen mit Demenz eine wichtige Grundlage dar (siehe hierzu den Beitrag von Christian Müller-Hergl). Es bietet einen Ansatzpunkt für

die unterstützende Begleitung derjenigen, in deren Lebensgeschichte (Kindheit, Sozialisation) der Glaube eine (verbrieft) positive Relevanz besitzt bzw. bei denen eine Anknüpfung an den Glauben und die Beziehung zu Gott sich nach sorgfältigem Abwägen (Assessment) einschließlich lebensgeschichtlicher Überprüfung als aussichtsreicher Weg der Unterstützung des Wohlergehens der Person darstellt.

Spiritualität und der personzentrierte Ansatz

Und darüber hinaus? Bei eingehender Betrachtung der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Spiritualität fallen starke Übereinstimmungen bzw. Überschneidungen mit dem person-zentrierten Ansatz der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz auf. Dies hat nicht zuletzt mit der Verankerung des Kitwood'schen Modells in einer judäo-christlichen Tradition und seiner interdependenten, prozesshaften und zugleich ganzheitlichen Konzeptionierung von Personsein zu tun. Starke Kongruenz besteht insbesondere auch in Bezug auf die von Kitwood (1997) formulierten sechs zentralen psychischen Bedürfnisse (Liebe, Bindung, einbezogen sein, tätig sein, Identität, Trost) und den Grundkomponenten des pflegewissenschaftlichen Spiritualitätskonzepts (etwa nach Miner-Williams 2006). Vom person-zentrierten Ansatz lässt sich auch eine Brücke zur Arbeit von Virginia Bell und David Troxel (The Best Friends Approach to Alzheimer's Care) schlagen, die in einem Beitrag aus dem Jahr 2001 sieben spirituelle Bedürfnisse nennen: (1) verbunden sein; (2) gekannt werden, akzeptiert sein; (3) respektiert und geschätzt werden; (4) lieben und geliebt werden; (5) gelingend tätig, produktiv sein; (6) immer noch im Werden sein; (7) Hoffnung haben (Bell & Troxel 2001 nach Doherty 2006).

Bedeutet dies, dass das Thema Spiritualität im Rahmen der Bemühungen um eine person-zentrierte Pflege und Begleitung „nichts Neues bringt"? Die Antwort darauf ist ein klares „Jein". Dort, wo eine person-zentrierte Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz tatsächlich dauerhaft verwirklicht wird, ist eine ausgezeichnete, in den Pflegealltag integrierte Grundlage geschaffen, kann davon ausgegangen werden, dass spirituelle Bedürfnisse ernst genommen und berücksichtigt werden. Dies gilt auch für diejenigen, deren Spiritualität sich nicht in einer konventionell-religiösen Form ausdrückt. Offen bleiben muss bis auf Weiteres, welche Instrumente tatsächlich hilfreich sind, in der Praxis spirituelles Leiden auch und gerade bei nichtreligiösen Menschen festzustellen.

Die Vorstellung von spirituellem Wachstum

Was im Rahmen einer tatsächlich praktizierten person-zentrierten Pflege im Hinblick auf das Thema Spiritualität wohl noch stärker in den Blick zu nehmen wäre ist der Gedanke bzw. die Möglichkeit von spirituellem Wachstum bei Menschen mit Demenz. Ob Wachstum bzw. Bewältigung gelingt, ist neben der individuellen Disposition auch von der Art der unterstützenden Begleitung abhängig, die einer Person angeboten wird. Die Vorstellung von Wachstum mag befremdlich erscheinen, wenn man sich am konventionellen Gedanken einer nahtlosen, kontinuierlich-linearen Progression orientiert. Mit Blick auf die Situation demenziell veränderter Menschen ist jedoch eine andere Denkfigur hilfreicher: die von Wachstum als einem durch die konkrete Situation bestimmten Werden, als Entfaltung im Augenblick.

Insgesamt verweist die Auseinandersetzung mit Spiritualität auf drei wesentliche Momente, die in den person-zentrierten Ansatz zu integrieren wären, um dessen Berücksichtigung des Spirituellen abzurunden:

- das Moment des Verbundenseins in einem transzendenten, transpersonalen Sinn; ein „Aufgehoben sein" in einem übergeordneten Zusammenhang

- das Moment des „immer noch im Werden seins“, das auch ein situatives; psychisch-spirituelles „heil werden“ (*healing*) einschließen kann
- sowie das Moment der Integration bzw. Auflösung von in der Vergangenheit liegenden Konflikten und „Verknotungen“.

Lücken in der Pflegepraxis

Ein zentrales und bis auf Weiteres ungelöstes Problem bei der Berücksichtigung dieser Aspekte besteht darin, dass es vergleichsweise „machbarer“ erscheint, sie im Rahmen konventionalisierter religiöser Praktiken (oder auch in „Mischformen“ aus religiösen und säkularen Komponenten, siehe unten) zu berücksichtigen als im Falle einer stark individualisierten Spiritualität. Die Berücksichtigung individualisierter Formen bietet dort Ansätze, wo spirituelle Praktiken biographisch angelegt und eingeübt sind (z.B. wenn Formen der Meditation gepflegt wurden, ein starker Bezug zu ästhetischen Erfahrungen wie etwa Musik vorhanden ist oder die Person sich in ihrem Leben kreativer Ausdrucksmöglichkeiten bedient hat). Dies dürfte jedoch eher die Ausnahme als die Regel darstellen. Davon abgesehen ist in einer säkularen Gesellschaft wie der unseren davon auszugehen, dass viele Menschen ihre Spiritualität nicht kontinuierlich leben oder pflegen und sie ihre spirituellen Bedürfnisse womöglich erst in Krisensituationen entdecken (ohne sie notwendiger Weise als solche benennen zu können). Für diese Problemkonstellation stehen in der Praxis nur sehr vereinzelt auch kollektiv einsetzbare Formen und Angebote zur Verfügung. Hier besteht Bedarf nach einer verstärkten Erprobung und Implementierung meditativer und kreativer Formen in die Begleitung von Menschen mit Demenz – und zwar nicht nur im Rahmen der stationären Pflege.

Beispiel guter Praxis: Das Programm Full Circle

Ein - im religiösen Rahmen verbleibendes - Beispiel guter Praxis ist das auf „spiritueller Therapie“ beruhende Programm Full Circle, das der kanadische Musiktherapeut Kevin Kirkland zusammen mit dem Seelsorger Howard McIlveen entwickelt hat (Kirkland & McIlveen 1999). Das Programm setzt stark auf die therapeutische Wirkung von Musik und nutzt sowohl säkulare als auch kirchlich-religiöse Formen, akzentuiert die Einbeziehung aller Sinne, entwickelt für die regelmäßig stattfindenden Sitzungen Themen, die einen Bezug zur Gruppe (ca. 12 Personen) haben oder die Person in die äußere Wirklichkeit in Form der Jahreszeit oder aktueller Fest- oder Feiertage einbinden und setzt auf Sicherheit und Bekanntheit vermittelnde Aspekte (einen festen Ablauf und wiederkehrende Komponenten wie etwa Eingangs- und Ausgangslied). Der Bericht unterstreicht die großen Potentiale für Wachstum und Veränderung, die bei Menschen mit Demenz vorhanden sind und durch das Programm stimuliert werden konnten. Hervorgehoben wird auch die Relevanz einer ganzheitlichen Sicht- und Herangehensweise, die sich u.a. darin äußert, dass die Sorge um die spirituelle Seite der Person voraussetzt, dass für diese in gesundheitlicher und psychischer Hinsicht bestmöglich gesorgt ist.

So richtungsweisend das hier vorgestellte Programm einerseits erscheint, so wenig hilfreich ist es in Bezug auf das Anliegen einer Inklusion nicht-religiöser Spiritualitäten. Ähnliches trifft auch auf in Deutschland ausmachbare Ansätze zu, wo die Tendenz besteht, eine religiöse Haltung vorauszusetzen (vgl. das von Mensdorf 2007 vorgestellte Beispiel). Müssten die Anstrengungen in einer multi-religiösen, säkularen Gesellschaft, in der der Mensch seine Religion wie auch seine Weltanschauung frei wählen kann, aber nicht hierüber hinausgehen, etwas anders ansetzen? Müsste man bei der Entwicklung kollektiver Angebote für eine dauerhafte, umsorgende Unterstützung von Menschen mit Demenz samt derjenigen, die sie begleiten, nicht davon absehen, Religion und den Glauben an

einen (christlichen) Gott zur unhintergehbaren Voraussetzung zu machen und diese im Sinne spiritueller Toleranz konzipieren?

Mögliche Ansatzpunkte für praktische Weiterentwicklungen

Neben der person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz, die im Alltag ein hohes Maß an Achtsamkeit auch in Bezug auf die seelische/spirituelle Befindlichkeit erfordert, scheint mir Bedarf für Alltäglichkeit überschreitende Ereignisse zu bestehen, die als (womöglich rhythmisch wiederkehrende) Höhepunkte die Struktur des Alltagslebens ergänzen und der besonderen Aufmerksamkeit auf psychisch/spirituelle Bedürfnisse dienen. Einen sehr guten Ansatzpunkt scheinen kollektive Formen bereit zu stellen, die als reminiscence work und life review insbesondere im Vereinigten Königreich bereits gut etabliert sind. Hier ist insbesondere der Name Pam Schweitzer zu erwähnen, deren Arbeit u.a. zahlreiche Projekte mit Menschen mit Demenz und deren Partnerinnen und Partnern einschließt, die eine gute Möglichkeit und einen Rahmen für die Realisation der oben genannten Momente spiritueller Erfahrung bieten. Auf reminiscence und life review beruhende Projekte, in denen Menschen mit Demenz mit ihren pflegenden Angehörigen gemeinsam engagiert sind, werden derzeit von Robert Woods (Universität Wales, Bangor) im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie evaluiert (www.controlled-trials.com/isrctn/pf/42430123).

Ich hebe auf diese Formen an dieser Stelle deshalb so stark ab, weil sie sich durch ihre inter-aktiven, inter-agierenden, die Mehrzahl der Sinne einbeziehenden Charakteristika auszeichnen und auf eine kollektive Konstitution von Sinn, Wert und Bedeutung und das Aufgehobensein des Einzelnen in der Gruppe und einem größeren Ganzen gerichtet sind. Da sie nicht ausschließlich auf sprachliche Ausdrucksfähigkeit abheben, sondern in ihnen auch das nachstellende Ausagieren bestimmter Ereignisse und Situationen eine große Rolle spielt, stehen sie einem sehr großen Teil der von einer Demenz Betroffenen offen, die hier einbezogen und angenommen sein erfahren. Ein Akzent auf derartigen Formen, die von geschulten Fachkräften angeleitet werden müssen, böte auch eine sinnvolle Ergänzung und in gewisser Weise auch eine Entlastung professionell Pflegender. Denn schließlich darf die Anerkennung der Bedeutsamkeit des Spirituellen für das Wohlergehen in der (Pflege-)Praxis nicht dazu führen, dies als weitere Anforderung an professionell Pflegende zu delegieren. Und: den Menschen als spirituelles Wesen ernst nehmende Angebote sind keineswegs als auf den institutionalisierten Rahmen der Langzeitpflege beschränkt zu denken. Eine große Zahl derjenigen, die mit einer demenziellen Beeinträchtigung leben, tun dies bekanntlich außerhalb eines institutionalisierten Rahmens. Dies wird auch in Zukunft so sein, wenngleich die Strukturen der Sorge und Begleitung im Wandel begriffen sind. Einer ganzheitlichen Sorge für Menschen mit Demenz und derjenigen, die sie begleiten, bleibt viel zu tun.

Gabriele Kreutzner

Menschen mit Demenz: Spirituelle Bedürfnisse

Der folgende Text beruht auf Literaturzitaten aus angloamerikanischen Quellen. Insgesamt haben diese – bis auf einige Ausnahmen – eher einen anekdotischen Charakter, beziehen sich auf Einzelfälle, weisen nur eine (zumeist heterogene) geringe Fallzahl auf, sind oft eher pastoraler als empirischer Natur. Daher können keine weit reichenden Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Inwiefern diese Studien auf kontinentaleuropäische Gegebenheiten zutreffen, bleibt hier offen. Wissensbasierte deutsche Studien zur Frage der spirituellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz konnten nicht ermittelt werden.

Religion als geistiges Erbe

Ein jeder Mensch trägt einen ethnischen, kulturellen und geschichtlichen Hintergrund mit sich. Damit ist er auch Träger eines geistigen Erbes, aus dem heraus er sich, andere Menschen und die Umgebung versteht. Der Verlust kognitiver Funktionen bedeutet nicht notwendigerweise, dass alle Ebenen dieses Selbstverständnisses in gleicher Weise betroffen sind und damit die geistige Geschichte dieses Menschen inklusive seines geistigen Lebens keine Rolle mehr spielen. Viele Evidenzen weisen darauf hin, dass Menschen mit Demenz in allen Krankheitsstadien spirituell fähige Wesen bleiben (Stuckey et al. 2002). Respekt vor der Person bedeutet auch Respekt vor seinem Selbstverständnis, das unter Umständen in einer religiösen Sozialisation und religiösen Kindheitserfahrungen verankert ist. Auf welchem Hintergrund also versteht ein Mensch mit Demenz sich selbst und seine Krankheit? Welche Möglichkeiten, mit der Krankheit umzugehen, sind damit verbunden?
Leider finden in klinischen und pflegerischen Versorgungssettings spirituelle und religiöse Bedürfnisse wenig Beachtung: Je weniger Pflegende und Ärzte sich der eigenen Spiritualität vergewissert haben, desto weniger werden diese Bedürfnisse im anderen erkannt (Speck 2006). Nach Lawrence (Lawrence 2003) können Kliniker mit Menschen mit Demenz außerhalb verfügbarer psychometrischer Testverfahren wenig anfangen, und diese sehen Religiosität/Spiritualität nicht vor.

Speck (Speck et al. 2001; Speck 2006) empfiehlt, drei einfache Fragen in die Bedürfniserhebung aufzunehmen:

1. Wie haben Sie bislang Erfahrungen des Lebens einen Sinn geben können?
2. Was hilft Ihnen dabei, mit schwierigen Lebenssituationen zurechtzukommen?
3. Würden Sie gerne mit jemandem darüber sprechen, wie die Krankheit SIe und Ihre Familie betrifft (Post & Whitehouse 1999; Vance 2004)?

Spiritualität

Während unter Religion ein geschlossenes System von tradierten Überzeugungen und rituellen Praktiken verstanden wird, ist der Begriff Spiritualität schwerer zu fassen. In der für dieses Thema gesichteten Literatur wird unter Spiritualität zumeist eine Überzeugung und Praxis gefasst, welche die eigene Existenz auf eine transzendente Kraft – nicht unbedingt eine persönliche Gottheit – bezieht, mit der man sich existenziell verbunden fühlt, aus der man die Kraft und Hoffnung zum Leben schöpft. Dieser Bezug stiftet Lebenssinn und erlaubt es, Hoffnung über die gegenwärtige Situation und Problematik hinaus zu finden.

Spirituelle Fragen sind von der Sinnfrage und damit auch von der Frage der psychischen Gesundheit/Krankheit nicht scharf zu trennen: Auch wer nicht religiös ist kann spirituell leiden, also sich gebrochen, unverbunden, abgeschnitten erleben von sich selbst oder einer transzendenten Kraft. Grenzsituationen des Lebens wie die der durch Demenz bedrohten Identität der Person erzeugen eine Wachheit und Aufmerksamkeit der Person

auf den gegenwärtigen Moment des eigenen Daseins und den Sinn desselben (Post and Whitehouse 1999; Stuckey et al. 2002). Derart im Kern der eigenen Person bedroht scheint sich die Notwendigkeit zu ergeben, von anderen Menschen, aber auch transzendenten Kräften bejaht, bestätigt, unterstützt zu werden. In diesem Kontext wird das religiöse Gedächtnis relevant. Viele religiöse Überzeugungen unterstützen das Bewusstsein, mit der Welt, den Menschen, mit einer transzendenten Kraft in besonderer Weise verbunden und damit geborgen zu sein: Nach Miesen (Miesen 1993) reaktiviert Demenz kindliches Bindungsverhalten, um Geborgenheit und Vertrauen sicher zu stellen. Religiöse oder im weiteren Sinne spirituelle Erfahrungen scheinen Bindungsverhalten auf einer anderen existenziellen Ebene darzustellen, um sich geliebt zu wissen und Grund zur Hoffnung haben zu dürfen (Speck 2006; Stuckey et al. 2002). Lawrence (Lawrence 2003; Lawrence & Head 2005) reflektiert die umgekehrte Ontogenese der Demenz (Retrogenesis) als „Reise zurück" zu den ursprünglichen, auch positiven Urerfahrungen der Person, die psychologisch auf der Ebene der erwachsenen Existenz als Religion gelebt werden. Angesichts der Demenz sei es zu erwarten, dass die Person diese Lebensherausforderung, die Urerfahrungen wach ruft, anhand religiöser/spiritueller Konstrukte zu bewältgen versuche.

Religion, Demenz und Gesundheit

Es mehren sich die Hinweise, dass Religion und im weiteren Sinne Spiritualität einen protektiven Effekt auf viele Aspekte der Gesundheit haben, insbesondere bei der Bewältigung von Distress, dem Umgang mit Erkrankungen, der Vermeidung von Depression (Bosworth et al. 2003) und Suizid, des Substanzmissbrauchs und des Bluthochdrucks (Kaufman et al. 2007; Koenig et al. 2001; Koenig 2006; Post and Whitehouse 1999; Speck 2006; Whitlatch et al. 1992). Es wurde vermutet, der protektive Effekt habe weniger mit der Religiosität, sondern vielmehr mit den damit verbundenen Erfahrungen von Gemeinschaft, Sicherheit und Geborgenheit zu tun. Dies kann inzwischen als widerlegt gelten: Der Effekt von Religiosität/Spiritualität ist unabhängig vom Ausmaß sozialer Unterstützung durch und Verbundenheit mit religiösen Gemeinschaften vorhanden (Bosworth et al. 2003; Dilworth-Anderson 2004; Katsuno 2003). Dilworth-Anderson (Dilworth-Anderson 2004) beobachtet Ähnliches für Pflegende Angehörige. Zudem ist dieser Effekt auch in anderen Kulturen und Ethnien nachweisbar (Mjelde-Mossey et al. 2006). Mit zunehmendem Alter scheint sich eine Veränderung der Bedeutsamkeit von Themen anzubahnen, die mit dem Selbst, den sozialen Beziehungen und „dem Kosmischen" zu tun haben, und die sich ethnisch und kulturell gebunden als vermehrte Hinwendung zum Religiösen konkretisiert (Lawrence 2003). Dabei ist nicht so sehr das Alter und Altern selbst entscheidend, sondern die Bewältigung von Herausforderungen, die typischerweise mit dem Altern einhergehen: abnehmende Gesundheit, Sterblichkeit, Verluste (Dalby 2006). Dies ist besonders dann der Fall, wenn der Sinn für eine kohärente und kontinuierliche Identität fundamental bedroht ist (Erikson 1997). Gleichfalls gibt es vermehrt Hinweise, dass sich Religiosität/Spiritualität positiv auf Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz auswirkt (Acton & Miller 2003; Roff & Parker 2003; Wood & Parham 1990). Bei religiösen/spirituellen pflegenden Angehörigen wird die Frage der Belastung durch Pflege oft verknüpft mit der Frage, welchen Sinn und welche Bedeutung das Leben habe: Viele erleben Pflege als Segen, Wachstumschance, von Gott zugewiesene Lebensaufgabe mit der Gelegenheit, eine andere, versöhnte Beziehung zu der Person mit Demenz zu entwickeln (Stuckey 2003). Religiöse Aktivitäten vermindern nachweislich Agitiertheit und Unruhe und tragen damit zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz bei (Kirkland & McIlveen 1999; Stolley et al. 1999). Gemäß der Theorie der sich vermindernden Stressschwelle [Progressively Lowered

Stress Threshold] können gezielte religiöse Angebote im Rahmen eines unter-stimulierenden Milieus Ängste abbauen und Sicherheit und Vertrauen vermitteln helfen. Ähnliche Untersuchungen bezüglich des Einsatzes von Gebeten (Abramowitz 1993), religiöser Musik und Gesänge (Jennings & Vance 2002) sowie dem Vorlesen von Bibelversen (Khouzam 1994) belegen den beruhigenden Effekt religiöser und liturgischer Interventionen für Menschen mit Demenz. Eine Langzeitstudie jüngeren Datums wies nach, dass eine Verlangsamung der kognitiven Beeinträchtigung bei Alzheimerpatienten mit höherer Spiritualität und privater (nicht öffentlicher) religiöser Praxis assoziiert ist (Kaufman et al. 2007; Post and Whitehouse 1999). Es wurde vermutet, dass diese Verlangsamung u.U. weniger der Religiosität, sondern einer damit einhergehenden höheren Lebensqualität geschuldet ist (mehr Ressourcen, besseres soziales Netz, bessere familiäre Beziehungen etc). Diese Vermutung traf nicht zu: Menschen mit einer höheren Lebensqualität weisen keine signifikante Verlangsamung im Fortschreiten der Demenz auf.

Bei diesen Hinweisen ist zu berücksichtigen:

- dass die eher kognitiv anspruchsvolleren Aspekte von Religionen oder elaborierten Überzeugungssystemen Menschen mit Demenz eher verwirren und irritieren werden;
- dass eine für Menschen mit Demenz zutreffende Auswahl von spirituellen und religiösen Elementen eine genaue Kenntnis dieser Überzeugungssysteme seitens des/der Anbieter voraussetzt;
- dass der Einsatz solcher Angebote ein Assessment der religiösen/spirituellen Lebensgeschichte des Kranken voraussetzt, um möglichen Schaden abzuwehren;
- dass der Einsatz solcher Angebote evaluiert werden muss, da trotz aller Umsicht heftige emotionale Reaktionen mit ausgeprägter Unruhe ausgelöst werden können (Vance 2004).

Selbstaussagen

Gesichertes Wissen über religiöses/spirituelles Empfinden und Erleben von Menschen mit Demenz unter Berücksichtigung unterschiedlicher Demenzerkrankungen und Schweregrade liegt nur sehr vereinzelt und wenn, dann über die frühe Demenz vor und erlaubt zurzeit keine Verallgemeinerungen. In einer Zusammenstellung von Fundstellen unterschiedlicher Herkunft findet Snyder (Snyder 2003) mehrere Aussagen, die belegen, dass die Demenz und die Diagnose derselben eine vertiefte Auseinandersetzung mit sich, der Welt und Gott auslösen kann. Unabhängig von der Religion wird von existenziellen Auseinandersetzungen berichtet: Was ist mein reales Selbst? Wer bin ich denn – und bin ich dann derselbe, der ich jetzt bin (Post and Whitehouse 1999; Speck 2006)? Im Rahmen des Glaubens wird ausgehandelt, warum Gott einem dies antut. Davis (Davis 1989) berichtet über sein eigenes spirituelles Ringen mit Gott, in dem er am Ende Demenz und Glaube an einen guten Gott zusammenbringen kann. Die Hoffnung auf einen gesunden Geist im ewigen Leben „gibt meinem Leben Sinn, schenkt mir Geduld und erweckt ein Sehnen und Verlangen in meinem Herzen“ (Davis 1989). Nicht alle Menschen erleben ihren Glauben als Hilfe, sondern geraten in Glaubenskrisen, die Ärger, Wut, Depression und Verweigerung zur Folge haben. Mehrheitlich sind es eher tröstliche Gedanken, dass es inmitten des Vergessens und Kontrollverlustes einen Gott gibt, der nicht vergisst, sondern in dessen Erinnerung man sich geborgen wissen kann: Er erinnert sich stellvertretend an die Person, die sich selbst vergisst. Einige behaupten, ihr Glaube sei durch die Demenz eher stärker geworden, andere bekunden, sie könnten jetzt die Gegenwart Gottes oder göttlicher Mächte deutlicher spüren. Eine vermehrte spirituelle/religiöse Auseinandersetzung mit sich und der Krankheit ist vereinzelt auch bei Menschen zu beobachten, die vor der Erkrankung kein oder nur geringes Interesse am Religiösen hatten. Wiederum andere ver-

binden die spirituelle Bedeutung der Erkrankung mit der Botschaft, es sei Gottes Wille, dass sie verlangsamen, das Leben mehr genießen, sich der Gegenwart mehr zuwenden und das Sich-Sorgen abzustreifen. Die Fähigkeit, die Belastungen der Demenz zu übersteigen, umzudeuten und in der Erkrankung Sinn, Herausforderung, Fügung zu sehen ist zumeist verbunden mit religiösen oder spirituellen Überzeugungen (Stuckey et al. 2002). Gelegentlich verändert die Demenz auch die bisherige religiöse Praxis: Katholiken können sich nicht mehr erinnern, welche Sünden sie zu beichten haben, sie vergessen bestimmte, für sie wichtige Glaubensauffassungen und empfinden sich als „weniger katholisch" und „mehr spirituell". Der Besuch von Gottesdiensten vermindert sich, weil die Personen sich schämen und glauben, den dortigen Verhaltensmaßstäben und sozialen Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein.

Snyder (2003) sortierte religiöses Coping von Demenz in vier Kategorien:

- Der Glaube gibt Kraft, Führung, etwas, an dem man sich festhalten kann.
- Die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod eröffnet eine Möglichkeit, sich sicher und geborgen zu fühlen und dem täglichen Stress zu entfliehen.
- Der Glaube hilft, die Krankheit hinzunehmen, anzunehmen.
- Der Glaube lindert die Ängste.

In einer der wenigen empirischen Studien (Katsuno 2003) wird eine Korrelation von Spiritualität/Religiosität und höherer Lebenszufriedenheit und Lebensqualität festgestellt: Je höher die Werte für Spiritualität, desto höher die Werte für Lebenszufriedenheit. Überwiegend berichten die befragten Personen mit Demenz, der Glaube helfe ihnen, die unsichere Zukunft, den Kontrollverlust und den Verlust an Geborgenheit und Sicherheit in die Hände Gottes geben zu können. Wichtige Themen in dieser Studie waren: der starke Glaube, Gottes Hilfe (Führung, Stärkung, Sicherheitsgefühl, Trost), der Sinn des Lebens (Vertrauen in Gott, Dankbarkeit, Zufriedenheit), die private religiöse Praxis mit besonderer Betonung des Betens, dessen Relevanz für Menschen mit Demenz und deren Angehörige auch in anderen Studien Erwähnung findet (Dilworth-Anderson 2004).

Rituale und Routinen

Bei Menschen mit einer schweren und sehr schweren Demenz finden sich in der Literatur sehr wenige Selbstauskünfte. Eher wird berichtet, dass und wie der Rückgriff auf Routinen, Rituale, Lieder, Musiken etc. ein Gefühl „sicherer Bindung", eine transzendente Validation ähnlich wie das Geborgensein in der Amen der Mutter erzeugen kann (Lawrence 2003). Das Aufgreifen religiöser/spiritueller Routinen, Lieder und Symbole erlaubt eine andere Form von Kommunikation, die die Person auf einer emotionalen Ebene erreicht und im günstigen Fall positive Gefühle reaktiviert. Diese Art der Kommunikation mag die Furcht und Verzweiflung eines Menschen mit Aphasie noch erreichen, wenn andere psychosoziale und psychotherapeutische Möglichkeiten versagen (Vance 2004). Für Menschen mit Aphasie wird empfohlen, zu Zeiten der frühen Demenz eine „Zeitkapsel" zusammenzustellen mit wichtigen Informationen zum kulturellen Hintergrund, zur Lebenserfahrung, zu Auffassungen bezüglich Leben und Tod, zum bisherigen Bewältigen von Widerfahrnissen, zu Werthaltung und der religiösen Orientierung. Diese Informationen können später dazu dienen, Ansatzpunkte für Kommunikation, Interaktion und die Befriedigung spiritueller Bedürfnisse zu finden (Lawrence & Head 2005).

Es wird empfohlen, auf „überlernte", von Routinen und Gewohnheiten geprägte Tätigkeiten zurückzugreifen, die an das Altgedächtnis anknüpfen, und welche die mit diesen Tätigkeiten verbundenen Gefühle und Kompetenzen wach werden lassen. Dabei kommt neben alten Kirchenliedern, Ritualen und Gebeten auch Aspekten multisensorischer Erfahrung eine bedeutende Rolle zu: geweihtes Wasser, Bilder, Kruzifix, Kerzen,

Rosenkranz, Düfte etc. (Stuckey et al. 2002; Wentroble 1999) Dabei scheint es wichtig zu sein, die liturgischen Handlungen mit einem stillen Ernst und ohne anspruchsvollere verbale Kommentierung durchzuführen. Es mag ausreichen, still mit der Person mit Demenz in der Kirche zu sitzen oder ein Heiligenbild gemeinsam anzuschauen.

Immer wieder finden die gelebten Grundhaltungen von Liebe und Hoffnung und damit von personaler Begegnung in der Beschreibung der spirituellen Haltung der Begleiter Erwähnung (Lenshyn 2005; Post and Whitehouse 1999; Speck 2006). Deren Präsenz und Aufmerksamkeit ermöglichen dem Kranken, sich dem Spirituellen zu öffnen. Insgesamt ist die Hoffnungshaltung für die Begleitung psychisch kranker Menschen von entscheidender Bedeutung (Bergin & Walsh 2005).

Maßnahmen spirituell/religiöser Natur wären an folgenden Kriterien zu evaluieren (Wentroble 1999):

- Sie unterstützen die Person und vermitteln ihr Geborgenheit.
- Sie geben der Person Gelegenheit zum spirituellen und emotionalen Selbstausdruck.
- Sie stellen vertraute und Sicherheit vermittelnde Aktivitäten dar, die an „überlernten", routinisierten Tätigkeiten anknüpfen.
- Sie sind ein wichtiger Teil der Lebenserfahrung.
- Sie eröffnen eine einzigartige Möglichkeit zur Kommunikation, die andere, nicht erfolgreiche Zugänge kompensiert.
- Sie sind dem Alter der Personen angemessene Tätigkeiten.

Fazit

Spirituelle/religiöse Hintergründe sind sorgfältig einzuschätzen und sollten vermehrt als Ressourcen in Pflege und Betreuung ihren Platz finden. Dabei gilt: Wer die Bedürfnisse erhebt, wird auch in die Pflicht genommen werden, diese zu berücksichtigen (Speck 2006). Hier gilt es an Reisberg zu erinnern, dem gemäß die Qualität der Begleitung weniger den Techniken als der Persönlichkeitsentwicklung und Herzensbildung der Pflegenden geschuldet ist (Auer & Reisberg 2006). Für Menschen, die sich spirituellen Fragen verschließen, wird es schwierig sein, diese Bedürfnisse einzuschätzen und zu berücksichtigen.

Integration von Spiritualität/Religiosität in die Pflege bedarf nicht nur des „Pflichtgottesdienstes", sondern der Einbindung in den Alltag: das Kreuzzeichen während der Grundpflege; der Ernst, mit der man der Segnung durch eine Person mit Demenz begegnet; das Kapellchen im Pflegebereich, das man gemeinsam in der Not der Verwirrtheit aufsucht und zur Ruhe kommt; das gemeinsame Gebet zur Nachtruhe. Pflegenahe Religiosität/Spiritualität für Menschen mit Demenz wird leiblich, konkret, symbolisch, sehr persönlich ausfallen müssen um wirksam zu sein. Die persönliche Auseinandersetzung der Pflegenden mit ihren spirituellen, existenziellen Fragen ist wohl Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Demenz auf die damit verbundenen Kompetenzen zurückgreifen können.

Christian Müller-Hergl

Angehörige: Spiritualität als Ressource der Entlastung?

Eine große Herausforderung: Die Pflege von Angehörigen mit Demenz

Die Hauptlast in der Pflege von Menschen mit Demenz liegt bei den Familienangehörigen. Sie stellen das wichtigste Betreuungspotenzial dar. Laut Pflegestatistik 2005 werden in Deutschland ca. 1,45 Millionen Menschen, die im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig pflegebedürftig sind, im häuslichen Kontext versorgt (Statistisches Bundesamt 2007, S. 7). Epidemiologischen Studien zufolge sind 46% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten an einer Demenz erkrankt (Bickel 2005, S.7). Danach müssten hierzulande derzeit ca. 667 000 Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld betreut werden.

Die Pflege von Angehörigen mit Demenz wird als eine der am stärksten in Anspruch nehmenden Pflegesituationen erachtet (z.B. Ory et al. 1999). Laut 4. Altenbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002) konstatieren Studien zur häuslichen Pflege von Demenzkranken eine signifikant höhere Belastung dieser pflegenden Angehörigen im Vergleich zu Pflegenden Nichtdemenzkranker. Die Gesundheit der Pflegenden wird durch die mit der Pflegesituation verbundenen körperlichen und seelischen Anstrengungen in hohem Maße beeinflusst. Als besonders belastend erlebt werden Verhaltensprobleme, die Unmöglichkeit zu kommunizieren, Gefühle intensiver Einsamkeit und Gefühle, die damit in Verbindung stehen, eine geliebte Person zu verlieren (z.B. Schulz et al. 1995).

Insbesondere bei pflegenden Ehepartnern treten in Folge der erlebten Belastungen häufig depressive Erkrankungen auf, wobei pflegende Ehefrauen, denen in der Regel weniger formale Unterstützung in Anspruch nehmen, in stärkerem Ausmaß betroffen sind (vgl. 4. Altenbericht). Studien aus den USA und Großbritannien haben ermittelt, dass knapp ein Viertel der Pflegenden von Menschen mit Demenz an depressiven Störungen leidet (vgl. Cuijpers 2005). Oft bleiben die Krankheitssymptome auch noch längere Zeit nach dem Tod des Gepflegten erhalten, so dass ein nachhaltig negativer Einfluss auf die seelische Gesundheit des Pflegenden festzustellen ist (Schulz et al. 2003).

Religion/Spiritualität als Entlastungsfaktor?

Im Zuge des vor allem in den USA derzeit intensiv geführten Diskurses über den Zusammenhang von Religiosität/Spiritualität[1] und Gesundheit wird auch der Fragestellung viel Interesse gewidmet, in wieweit religiöse Aspekte/Faktoren entlastend für die Pflegenden wirken können. Generell wird davon ausgegangen, dass Religion bei Menschen, die unter Stress leiden, mit einer besseren psychischen Gesundheit assoziiert ist (Smith et al. 2003). Daher auch die Vermutung, dass pflegende Angehörige in der stressreichen Situation der Pflege von Religion bzw. religiösen Aktivitäten profitieren können.

In einer großen nationalen Erhebung, die 2004 in den USA durchgeführt wurde (National Alliance for Caregiving and the AARP 2004), wird Spiritualität/Religiosität als wichtige Coping-Ressource genannt. 73% der Befragten gaben beispielsweise an, dass sie regelmäßig Beten, um mit den Anforderungen der Pflege zurecht zu kommen.
Insbesondere in den USA wurde daher eine Reihe von Studien durchgeführt, die zum Ziel hatten, mögliche Effekte von Religiosität/Spiritualität auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen zu untersuchen.

[1] Die Begriffe Spiritualität und Religiosität werden in den meisten amerikanischen Studien synonym verwendet, wobei die meisten Studienteilnehmer Mitglied einer verfassten Religionsgemeinschaft sind.

Ausgangspunkt vieler Studien: Religion und Coping

In der Stressforschung wurden eine ganze Reihe theoretischer Modelle entwickelt. Eines der bekanntesten ist das auf Lazarus (1975) zurückgehende Transaktionale Stressmodell, das Stress als wesentlich von kognitiven Bewertungssystemen mitbestimmt annimmt. Stress wird als eine Interaktion zwischen Person und Umwelt verstanden, was u. a. bedeutet, dass das individuelle Stresserleben durch Einstellung und Erfahrung beeinflussbar ist. Das Modell bildet den Ausgangspunkt für so genannte Stressbewältigungsstrategien (engl. *coping*).

Das Coping-Modell von Lazarus & Folkman (1984) versteht das Individuum als mit einer Situation oder einem Ereignis konfrontiert, die es als unbedeutend, günstig oder stressvoll bewertet. Die Situation wird verarbeitet, indem persönliche Charakteristika und Ressourcen genutzt, Coping-Aktivitäten aufgenommen und soziale Unterstützungssysteme aktiviert werden. Lazarus & Folkman zufolge sind beispielsweise Gesundheitszustand und Energie, materielle Ressourcen und persönliche Einstellungen als Merkmale bzw. Ressourcen einer Pflegeperson zu verstehen, die das Stresserleben beeinflussen. Der Erfolg bzw. Misserfolg der Coping-Strategien lässt sich anhand der Merkmale Gesundheit, Moral und soziale „Funktionsfähigkeit“ messen (vgl. Stolley et al. 1999).

Nach Folkman & Lazarus handelt es sich beim Coping also um die sich ständig verändernden kognitiven und verhaltensbezogenen Bemühungen, bestimmte innere und/oder äußere Anforderungen zu bewältigen (zu reduzieren, zu minimieren oder zu tolerieren), von denen angenommen wird, dass sie die Ressourcen der Person auslasten oder erschöpfen (Baldacchino & Draper 2001; Folkman et al. 1986; Kinney et al. 2003).

Im Rahmen von Studien zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wurde ein eigenes Copingmodell entwickelt. Das Prozessmodell des Stresserlebens Pflegender (*caregiver stress process model*) ist mittlerweile eines der wichtigsten theoretischen Modelle, das in der Forschung zu Pflegenden als theoretische Basis genutzt wird (Pearlin et al. 1990). Das Modell beschreibt den Zusammenhang zwischen primären Stressoren, die sich direkt auf die Pflegesituation beziehen, sekundären Rollenbelastungen (*role strains*), sekundären intrapsychischen Belastungen (*strains*) und Effekten (*outcomes*). Die Hypothese des Modells lautet dann, dass Coping

- potenziellen Einfluss auf jedes dieser Modellelemente wie auch auf die Beziehung innerhalb der Elemente nimmt und
- vom Hintergrund und den Kontextvariablen des Pflegenden und der Pflegebeziehung beeinflusst wird.

Wenn Glauben oder eine spirituelle Einstellung und entsprechende Praktiken als Copingmechanismen funktionieren, kann angenommen werden, dass sie möglicherweise sowohl die primären subjektiven Stressoren als auch die sekundären intrapsychischen Belastungen (*strains*) mildern, die mit Pflege verbunden sind. Insofern ließe sich das Coping-Modell um die Variable Religiosität erweitern die als besonderes Merkmal und Ressource der pflegenden Person sowie als vermittelnde Größe des Stress- und Bewältigungsprozesses zu verstehen ist.

Der amerikanische Psychologe Kenneth I. Pargament hat in seinem Buch „The Psychology of Religion and Coping“ ein umfassendes Plädoyer dafür abgelegt, Religion als eine wichtige Ressource in Coping-Modelle aufzunehmen. Seiner Darstellung zufolge hat Coping eine religiöse Dimension, da es oft zuerst religiöse oder spirituelle Ressourcen sind, die Menschen aktivieren, wenn sie versuchen, mit kritischen Lebensereignissen wie schweren Erkrankungen, Tod oder anderen Verlusten zurecht zu kommen (Pargament 1997; vgl. auch Stuckey & Gwyther 2003).

Review 1: Religiosität und Coping bei pflegenden Angehörigen

Von diesen theoretischen Darlegungen ausgehend wurde eine Reihe von Studien durchgeführt, die den Zusammenhang von Religiosität und Coping untersucht haben. In einer von Pearce (2005)durchgeführten Literaturanalyse (Review) wurden 32 qualitative und quantitative Studien zu dieser Thematik ausgewertet, darunter auch eine Reihe von Studien, die sich mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz befassten. Die Auswertung zeigt, dass viele der untersuchten informell Pflegenden religiös sind und religiöse Formen des Coping nutzen. Ebenso konnten Zusammenhänge zwischen der psychischen und spirituellen Gesundheit der Betroffenen und ihrem Erleben des Pflegens (caregiving experience) festgestellt werden.

Allerdings mündet die Auswertung auch in die Feststellung, dass keine Ergebnisse dazu vorliegen, wie sich dieses Wissen in der Praxis umsetzen ließe, um die Situation der Pflegenden zu verbessern. Die Begründung dafür lautet, dass Aussagen dazu fehlen, welche spezifischen Strategien des religiösen Copings genutzt werden, wie sich deren Nutzung über die Zeit verändert, für wen und für welche Resultate (*outcomes*) diese am effektivsten sind und welche Einflüsse und Erklärungen es für ihre Wirksamkeit gibt. Derartiges Wissen würde in den Gesundheitsberufen Tätige besser dafür qualifizieren, informell Pflegende in ihrer Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden zu unterstützen.
Zusammenfassend stellte die Auswertung fest, dass trotz zahlreicher Studien der Wissenstand noch nicht die nötige Fundierung und Komplexität erreicht hat, um empirisch abgesichert und praktisch angemessen mit den spirituellen Themen und Bedürfnissen der Pflegenden umzugehen. Dies wird damit begründet, dass noch zu wenig darüber bekannt ist, welche religiösen Coping-Methoden wann, warum, wie und für wen hilfreich oder schädlich sind. Die Verfasserin der Auswertung schlägt vor, künftigen Studien einen biopsychosozialen und spirituellen Ansatz als umfassendes theoretisches Modell zugrunde zu legen, der jedoch aufgrund seiner Komplexität nicht ohne weiteres operationalisierbar ist. Als machbare Alternative bietet sich ein Vorgehen in logischen, abgestuften Schritten an. Ein erster Schritt müsste darin bestehen, bei den Studien Methoden einzusetzen, die speziell zur Erfassung von religösem Coping entwickelt wurden.

Review 2: Überblick zu weiteren Studien: Spritualiät/Religiosität und ihr Einfluss auf Wohlbefinden bzw. psychische Gesundheit

Ein weiterer Literaturüberblick von Hebert et al. (2006) zum Zusammenhang von Spiritualität/Religiosität und Wohlbefinden bei pflegenden Angehörigen fasst die Ergebnisse von 83 quantitativen Studien zusammen. Die Analyse dokumentiert ein steigendes Interesse an der Thematik, da 37% der Studien erst nach 2000 publiziert wurden. Die am häufigsten untersuchte Gruppe mit 31 Studien (37%) ist die der Angehörigen, die Menschen mit Demenz pflegen.

In die Auswertung einbezogen wurden Studien, in denen Depression, andere Aspekte psychischer Gesundheit, emotionaler Stress oder Belastung als jeweilige Effektvariable untersucht wurden. Als Meßmethode am häufigsten eingesetzt wurde dabei „The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale“ (CES-D; Radloff 1977) zur Erfassung von Depressionen. Diese Skala wurde vom Nationalen Institut für Psychische Gesundheit (*National Institute on Mental Health*) zur Ermittlung von Depressionen bei Erwachsenen und Heranwachsenden entwickelt. Sie misst anhand von 20 Items vier separate Faktoren: depressiven Affekt, somatische Symptome, positiven Affekt und intrapersonale Beziehungen. Hinzuzufügen wäre, dass diese Skala in Deutschland im Rahmen der Leipziger Alterstudie (Matschinger et al. 2000) mit dem Ergebnis eingesetzt wurde, dass die Tauglichkeit des Instrumentes beim Einsatz in der

Altenbevölkerung in Frage gestellt wird. Damit ist auch ein Fragezeichen hinter die US-amerikanischen Studien gesetzt, in denen zumeist pflegende Ehepartner untersucht werden, die in der Regel ein fortgeschrittenes Alter aufweisen.

Als Dimensionen von Religiosität/Spiritualität wurden innerhalb der Literaturanalyse folgenden Dimensionen erfasst: Haltungen (*attitudes*), Glaubensinhalte (*beliefs*), religiöse Verhaltensweisen, konfessionelle Zugehörigkeit (*denomination*) und Coping. Obwohl Religiosität/Spiritualität mehrdimensionale Konstrukte sind, wurde die Erfassung in den meisten der analysierten Studien (66%) auf lediglich eine Dimension reduziert. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass beim überwiegenden Teil der Studien (86%) kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und Wohlbefinden festgestellt werden konnte, da meist sowohl positive als auch negative Korrelate ermittelt wurden.

Beispielhaft soll an dieser Stelle eine Studie von Leblanc et al. (2004) erwähnt werden, bei der auf der Basis des Stress-Prozess-Modells bei 200 pflegenden Angehörigen mit einem Durchschnittsalter von 73 Jahren der Zusammenhang zwischen den Variablen (1) pflegebezogene Stressoren, (2) Depression und (3) Religiosität untersucht wurde. Zur Erfassung von Religiosität wurden drei Fragenstellungen genutzt: (1) Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs; (2) Häufigkeit des Betens und (3) religiöse Selbsteinschätzung. Die Studie erbrachte, dass Religiosität sowohl positive als und negative Auswirkungen auf Stress und Wohlbefinden haben kann, so dass keine eindeutigen Effekte gemessen werden konnten.

Von diesen Studien und deren uneindeutigen Ergebnissen ausgehend folgern Hebert et al. (2006), ähnlich wie bereits Pearce (2005), dass sich wichtige Fragen zum Thema auf der Basis der vorliegenden Daten nicht beantworten lassen. Die wichtigste offene Frage ist die nach den Mechanismen, durch die Religiosität/Spiritualität das Wohlbefinden beeinflussen können. Einer der methodischen Hauptkritikpunkte der Autoren ist, dass es unmöglich ist, ein derart komplexes Konstrukt wie Religiosität/Spiritualität mit lediglich 1 bis 2 Items zu erfassen, so dass die Inhaltsgültigkeit (*content validity*) der Erhebungsmethoden unzureichend ist.

Als Vorschlag für künftige Studien verweisen Hebert at al. (2006) auf ein Handbuch, das vom Fetzer Institut und einer Arbeitsgruppe des „National Institute on Aging“ zur multidimensionalen Messung von Religiosität/Spiritualität in der Gesundheitsforschung erarbeitet wurde (Fetzer Institute & National Institute on Aging Working Group 2003). In diesem Handbuch werden 12 Domänen von Religiosität/Spiritualität beschrieben, die potenziellen Einfluss auf Gesundheit haben und Vorschläge bzw. Instrumente zu deren Messung vorgestellt.

In einem späteren Artikel ziehen Hebert et al. (2007) aus ihrer Literaturanalyse das Fazit, dass trotz aller Studien bislang nicht definitiv belegt ist, dass Religion einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit Pflegender hat. Dabei wird als mögliche Erklärung nochmals auf die unzureichenden Studiendesigns verwiesen (sie sind meist retrospektiv, Querschnittsstudien, es fehlt an Langzeitstudien etc.).

Exkurs: Abweichende Ergebnisse für informell Pflegende der afroamerikanischen Bevölkerungsgruppe

Im Rahmen der US-amerikanischen Untersuchungen finden mögliche Unterschiede zwischen den diversen ethnischen Bevölkerungsgruppen zumindest teilweise Beachtung. Dies gilt auch für die Untersuchungen zu pflegenden Angehörigen. In Bezug auf Auswirkungen bzw. Zusammenhänge zwischen Religiosität und Coping liegen für die

afroamerikanische Bevölkerungsgruppe eindeutigere Ergebnisse vor. In einigen Studien wurde ein geringeres Stressempfinden und eine insgesamt positivere Einstellung zur Pflege festgestellt als bei Vergleichsgruppen aus der weißen Bevölkerung.

Im Review von Hebert et al. (2006) werden 10 Studien genannt, die den Zusammenhang von Religion/Spiritualität und Wohlergehen bei pflegenden Angehörigen unterschiedlicher ethnischer Gruppen untersuchen. Bei acht dieser Studien wiesen die zu einer ethnischen Minderheit gehörenden informell Pflegenden höhere Werte im Bereich Religion/Spiritualität auf und zeichneten sich durch häufigeres Praktizieren ihres Glaubens oder durch einen höheren Grad an Religiosität aus. Religion bzw. Religiosität spielt, so scheint es, in diesen soziokulturell spezifischen Gruppen wohl eine höhere Rolle als in der Durchschnittsbevölkerung. Dem soziokulturellen Stress- und Coping-Modell zufolge stellt sich Ethnizität als eine Variable dar, die die Sozialisation in Bezug auf die Vorstellung von Pflege beeinflusst. Nachdem die in afroamerikanischen Communities praktizierten Versionen des christlichen Glaubens den Wert familialer Pflege stützen, ging die Studie von (Roff et al. 2004) davon aus, dass afroamerikanische Samples pflegender Angehöriger im Vergleich mit weißen Pflegenden positivere Einstellungen und Gefühle gegenüber der Pflege aufweisen müssten. Ihre Untersuchung konnte diese Hypothese bestätigen. Eine andere Studie (Mui 1992) erbrachte ein weniger ausgeprägtes Stressempfinden bei familial Pflegenden mit einem afroamerikanischen Hintergrund. Ebenfalls festgestellt wurde, dass diese pflegenden Angehörigen auch in einem weit geringeren Maße externe Unterstützungssysteme nutzen (können).

Der Befund lautet also: Bei anzunehmend reduzierter Verfügbarkeit externer Ressourcen bzw. bei geringerem Rückgriff auf diese bewältigen Angehörige bestimmter sozial benachteiligter Gruppen die anspruchsvolle Aufgabe familialer Pflege besser, d.h. mit weniger gesundheitlichen Einbußen als die vergleichbare Durchschnittsbevölkerung. Hat dies, so eine nahe liegende Spekulation, mit den Opportunitätskosten zu tun, die bei den privilegierteren Gruppen zu Buche schlagen?

Ohne uns hier weiter in Spekulationen ergehen zu wollen sei hier auf eine aktuelle qualitative Studie verwiesen, die einen Erklärungsmechanismus anbietet (Dilworth-Anderson et al. 2007; Dilworth-Anderson 2004). Peggye Dilworth-Andersen greift den Ansatz des symbolischen Interaktionismus auf, mit dessen Hilfe sie die von der weißen Dominanzkultur stark abweichende Ausrichtung des Werte- und Einstellungsrahmens bei – gläubigen und, dies sei hinzugefügt, im US-amerikanischen Süden lebenden – Angehörigen der afroamerikanischen Minderheit erklärt. Dies schließt an eine These von Ellison (1998) an, der religiöses Coping als besonders wirksam bei speziellen sozialen Gruppen wie Frauen, Afroamerikanern und älteren Menschen einschätzt. Auch wenn die angeführten Begründungen theoretisch noch sehr viel stärker ausdifferenziert werden müssten, kann doch davon ausgegangen werden, dass eine Nicht-Übereinstimmung mit den herrschenden Werthaltungen und Einstellungen der Dominanzkultur die richtige Richtung bei der Suche nach einer Erklärung für die erhobenen Befunde weisen dürfte.

Eine weitere Studie, die alles besser macht

Hebert selbst hat 2007 eine eigene Studie veröffentlicht (Hebert et al. 2007), in der positive Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und religiösem Glauben sowie religiösen Praktiken bei Pflegenden von Menschen mit Demenz ermittelt wurden. Die Studie wurde im Rahmen eines größeren Forschungsprogramms mit dem Titel „Ressources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health“ (REACH) durchgeführt. Es handelt sich um eine prospektive Studie über

18 Monate mit einem Stichprobenumfang von n = 1.229 pflegenden Angehörigen, darunter auch Pflegenden, deren betreute Person bereits verstorben war. Ziel der Studie war es, den Einfluss von Religiosität auf Depressionen und erschwerte Trauer (complicated grief) zu untersuchen. Zur Erfassung von Religiosität, deren konzeptuelle Mehrdimensionalität von Hebert in vorangegangenen Arbeiten unterstrichen worden war, wurden drei Dimensionen erhoben: (1) Häufigkeit des Gottesdienstbesuches als organisierte Form der Religiosität, (2) Häufigkeit von Gebet und Meditation als nicht-organisierte Form und (3) Bedeutung von Glauben oder Spiritualität als subjektivem Element. Hintergrund dafür war die Annahme, dass diese drei Dimensionen in unterschiedlicher Weise mit psychischer Gesundheit verknüpft sind (Koenig et al. 1997). Im Rahmen der Studie wurden auch potenzielle Kovariablen, insbesondere soziale Aspekte, kontrolliert.

Insgesamt erwies sich Religiosität sehr wichtig für die Pflegenden; im Rahmen der Studie korrelierten alle drei Dimensionen von Religiosität mit einem geringeren Vorkommen depressiver Symptome. Im Wesentlichen ergaben sich vier zentrale Ergebnisse:

1. Religiosität ist für die Pflegenden sehr wichtig: 77% der Befragten gaben an, fast jeden Tag zu beten. Dieses Ergebnis stimmt mit in nationalen Studien ermittelten Aussagen überein.
2. Alle drei untersuchten Dimensionen von Religiosität korrelieren bei den noch aktiven Pflegenden mit geringer Depression.
3. Die Häufigkeit des Gottesdienstbesuches stieg in der Untergruppe der trauernden Angehörigen an.
4. Vermehrte Gottesdienstbesuche korrelierten mit einem geringerem Umfang an erschwerter Trauer (*complicated grief*) und zwar unabhängig von der Zufriedenheit der Probanden mit der ihnen zuteil werdenden sozialen Unterstützung und ihrer sozialen Integration.

Als wichtigste religiöse Dimension der Studie wurde der Gottesdienstbesuch ermittelt. Dieser korreliert den statistischen Auswertungen zufolge positiv mit der psychischen Gesundheit, wobei die Ergebnisse auch nach Kontrolle von drei auf die soziale Unterstützung bezogenen Messwerten konstant bleiben.

Als Fazit seiner Studie folgert Hebert, dass religiöse Unterstützung für Pflegende genauso wichtig sei wie säkulare, und dass deshalb entsprechende, nicht genauer spezifizierte Maßnahmen umgesetzt werden sollten. Er schließt damit, dass künftige Arbeiten diese Ergebnisse replizieren und dabei herausfinden sollten, durch welche Mechanismen Religion die psychische Gesundheit beeinflusst, um geeignete Interventionsmaßnahmen für gefährdete Pflegende zu finden.

Als kritischer Leser muss man allerdings zu dieser Studie anmerken, dass deren Design die Methodenkritik an den früheren Studien nicht umfassend aufgreift, da auch hier der komplexen Mehrdimensionalität von Religiosität mit der Erhebung von lediglich drei Items entsprochen wird.

Summa summarum bleiben trotz der zahlreichen Untersuchungen zwei wesentliche Fragen nach wie vor offen:

1. Wie beeinflusst Religiösität die psychische Gesundheit?
2. Was bedeutet dies auf der Handlungsebene, d.h. welche Interventionen lassen sich aus der Erwiesenheit dieses Zusammenhangs ableiten?

Wirkungszusammenhang: Gibt es Erklärungsansätze?

In den vorliegenden Literaturanalysen wurden eine Reihe qualitativer Studien mit zum Teil sehr kleinen Samples nicht erfasst. Diese Studien gehen stärker in die Tiefe und versuchen auch, den Wirkungszusammenhängen ein wenig auf die Spur zu kommen.

Auf der Basis von Interviews mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz haben Farran et al. (2003) ein Modell entwickelt, das einen ersten Erklärungszusammenhang anbietet. Dem Modell zufolge werden positive Effekte von Spiritualität von zwei Seiten beeinflusst: zum einen über die Rolle bzw. den Stellenwert, der dem Glauben im Leben der pflegenden Angehörigen zukommt, der wiederum stark von den persönlichen Vermittlern des Glaubens beeinflusst wird (hier scheint vor allem weiblichen Familienmitgliedern eine wichtige Funktion zuzukommen). Die zweite wesentliche Seite ist die akute Pflegesituation, bestehend aus dem/der Pflegenden, der Person, die Pflege erhält, sowie der (subjektiven) Erfahrung des Pflegens (*caregiving experience*). Die Untersuchung unterstreicht, dass vergangene Glaubenserfahrungen eine Rolle dabei spielen, wie sich die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem und die jeweils spezifische Erfahrung von Pflege konkret gestalten. In anderen Worten lassen sich die konkrete Erfahrung von Pflege und das aktualisierte religiöse Coping nicht losgelöst von einer unter Umständen jahrzehntelangen religiösen Sozialisation und Praxis verstehen.

In einer anderen qualitativen Studie (Stuckey 2003) wurden Interviews mit 52 christlichen, jüdischen und nicht-religiösen Pflegenden durchgeführt und mit einer nicht-pflegenden Kontrollgruppe verglichen. Diese Studie erbrachte, dass religiöse und nicht-religiöse Menschen in Krisensituationen ähnliche, als spirituell zu bezeichnende Bedürfnisse haben. Dem Autor zufolge kennt die Suche nach einem Sinn oder einer tieferen Bedeutung krisenhafter, stress auslösender Lebensereignisse keine religiösen oder spirituellen Grenzen. Auch Menschen, die sich weder als religiös noch als spirituell verstanden, fanden einen Sinn und/oder eine Bedeutung, beispielsweise in der Sorge für andere, im Wert von Freundschaft oder einfach in den ästhetischen Freuden des Lebens. Wie Stuckey hervorhebt, unterstreichen die Daten durchgehend die ungeheure Fähigkeit des menschlichen Geistes (*human spirit*), Sinn und Bedeutung zu finden. Die Suche nach Sinn und Bedeutung wird als etwas genuin Menschliches verstanden. Insofern ist nicht die Unterscheidung zwischen religiösen und nicht-religiösen Menschen zentral und folglich auch nicht die Verfügbarkeit von religiösem Coping, sondern die Frage, ob jemand sein Leben oder bestimmte Ereignisse in einen übergeordneten Sinn- und Bedeutungsrahmen einordnen kann bzw. in diesem interpretiert und annimmt. Die Herstellung oder Re-Konstitution eines solchen Rahmens ist insbesondere in kritischen Lebenssituationen von besonderer Bedeutung.

In diesem Sinne lässt sich auch die Anforderung der Pflege eines Angehörigen als einschneidendes, krisenhaft strukturiertes Lebensereignis verstehen, an dem der Einzelne wachsen oder zerbrechen kann. Die Entwicklungsrichtung wird entscheidend vom jeweils vorhandenen Sinn- und Bedeutungsrahmen und den Einstellungen des Pflegenden mitbestimmt. Entsprechend kann der/die Pflegende, modellhaft skizziert, die Pflegeanforderung als sinnstiftende Episode seines/ihres Lebens annehmen und in den „Lebensrahmen“ integrieren oder sich von den Anforderungen überwältigt fühlen und depressive Symptome entwickeln. Die beiden Alternativen sind als Pole eines breiten Möglichkeitsspektrums mit Zwischenstufen zu verstehen.

Der Sinn, die Bedeutung, die der Pflegeanforderung jeweils gegeben wird, ist auch zentraler Gegenstand einer Studie von (Paun 2004). Insgesamt ist festzustellen, dass informelle Pflege keineswegs nur mit negativen Effekten in Verbindung gebracht werden darf, sondern dass Pflege für Angehörige oftmals mit der Suche und dem Finden von Sinn und Bedeutung in Zusammenhang steht (Farran et al. 1991; Farran et al. 1999). Diese Suche nach einem übergeordneten Sinn steht in einem engen Zusammenhang mit der Spiritualitätsthematik. Pflege wird von vielen Angehörigen trotz aller Belastungen als sinnstiftende,

Erfüllung bietende Tätigkeit gesehen.

Die Studie von Dilworth-Anderson (2007) hat versucht, vier Bereiche zu modellieren, in denen informell Pflegenden mit einem afroamerikanischen Hintergrund in ihrer spirituellen Einstellung Unterstützung finden. Die spirituelle Einstellung (1) gibt Kraft, Dinge zu ertragen; (2) bestärkt sie in ihrem Gefühl der Verpflichtung und der Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen; (3) nährt den Glauben an Ermutigung und Inspiration und (4) bietet die Belohnung positiver Emotionen durch das Pflegen.

Trotz all dieser Versuche, Erklärungen zu finden, sollte man vielleicht aber auch wie (Culliford 2002) aus der ganzen Diskussion die einfache Schlussfolgerung ziehen, dass die sich menschliche Seele (*the human spirit*) nicht als unabhängige „Variable" in einem Versuchsdesign messen lässt und man dies auch als Forscher anerkennen sollte.

Umsetzung: Was kann getan werden?

Auch wenn viele der Studien keine eindeutigen Ergebnisse liefern, wird in den meisten Arbeiten am Ende die Forderung erhoben, Spiritualität als eine wichtige Coping-Variable zu begreifen und spirituelle Elementen in das Unterstützungssystem für pflegende Angehörige zu integrieren (z.B. Hebert et al. 2007; Kinney et al. 2003; Spurlock 2005). Vorschläge zur Umsetzung dieser Forderung finden sich in der Literatur jedoch sehr selten. Bei den Recherchen konnten lediglich zwei Beispiele gefunden werden, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

Stuckey (1998) führte eine Studie durch, bei der er Interviews mit pflegenden Ehepartnern von Menschen mit Demenz und deren Geistlichen führte. Die Interviews zeigten, dass die Kirche im Pflegeprozess eine wichtige unterstützende Funktion einnehmen kann. Aus den Gesprächen resultierten sechs Leitsätze, die eine Hilfestellung für Geistliche bieten („Leitsätze zum Umgang mit den Bedürfnissen pflegender Angehöriger in der Kirchengemeinde"):

1. Erwarten Sie nicht, dass informell Pflegende Sie um Unterstützung bitten.
2. Individualisieren Sie die Intervention (keinem generellen Programm folgen, sondern auf die spezielle Bedürfnisse des Einzelnen eingehen).
3. Etablieren Sie einen regelmäßigen Kontakt.
4. Unterstützen Sie sowohl den Pflegenden als auch die Person mit Demenz (auch wenn man über deren spirituelle Bedürfnisse nur wenig weiß).
5. Schulen Sie Geistliche und hilfewillige Gemeindemitglieder, bevor Sie sie einsetzen.
6. Klären Sie wichtige Punkte in Bezug auf die Verantwortlichkeiten der Kirche bei Angeboten zur unmittelbaren Übernahme von Pflege und sprechen Sie diese an.

Beispiel Nummer 2 wird von Roff & Parker (2003) beschrieben. Hierbei handelt es sich um ein organisiertes Freiwilligenmodell innerhalb religiöser Glaubensgemeinschafen, das in Form sogenannter Pflegeteams (*care teams*) organisiert wird. Das Modell wurde an der Universität von Alabama in Birmingham ursprünglich für HIV-infizierte Patienten entwickelt. Mittlerweile weitet es sich jedoch immer auf die Unterstützung von Menschen mit Demenz aus. Das übergeordnete CareTeam-Netzwerk bietet zweitägige Workshops an, um die Pflegeteams in einer Kommune zu etablieren. Bisher wurden ca. 3.000 Freiwillige geschult. In dem Modell bilden 6-12 Freiwillige jeweils ein Pflegeteam, das mit dem Ziel in Aktion tritt, Glauben in Handlung umzusetzen. Die Teams setzen unterschiedliche Arten von Hilfe um, indem sie praktische, emotionale und spirituelle Unterstützung bieten. Die Teams treffen sich einmal im Monat zum Erfahrungsaustausch, zur Koordination und zur spirituellen Reflektion.

Seit kurzem firmiert das Konzept unter dem Titel „The Support Team Network“.

Fazit

Es wäre sicher falsch zu erwarten, aus den US-amerikanischen Studien zu pflegenden Angehörigen und Religiosität/Spiritualität ein unmittelbar praxisrelevantes und direkt übertragbares Fazit ziehen zu können. Dennoch stellt sich eine gewisse Enttäuschung und Verwunderung ein, wenn man Aufwand und Ertrag der zahlreichen Untersuchungen zu bilanzieren versucht. Hier drängt sich ein wenig der Eindruck auf, als treibe die an der Messung von Wirkungen interessierte Forschung gewisse Blüten. Diese kritische Anmerkung stellt keineswegs die Tatsache in Frage, dass Religiosität für viele Pflegende einen hohen Stellenwert besitzt und Religiosität und Spiritualität für viele pflegende Angehörige eine wertvolle Stütze in einer sehr kritischen Lebenssituation ist bzw. sein kann. Zu hinterfragen ist jedoch, welche Art von Erkenntnissen die der Effektforschung geschuldete Untersuchungsanordnung das Gros der Studien erbringen kann und inwieweit diese Relevanz für die Praxis besitzen. Eines der wichtigsten Ziele evidenzbasierter Forschung zu Fragen der Gesundheit ist es, Behandlungs- oder Pflegestandards oder zumindest Empfehlungen zu entwickeln. Religiosität bzw. Spiritualität sind sehr individuelle Konzepte, die sich im Laufe eines Lebens durch eine jeweils spezifische Sozialisation und Praxis entwickeln. Doch welche Standards oder Empfehlungen ließen sich aus den Ergebnissen der Studien ableiten, selbst wenn diese weit eindeutiger ausfielen?

Was die vorliegenden Ergebnisse im Hinblick auf die seelische Gesundheit und das Vorliegen depressiver Erkrankungen bei den Angehörigen unterstreichen ist, wie belastend die Pflegesituation sich für viele Betroffenen darstellt. Insofern weisen sie sehr eindringlich darauf hin, dass pflegenden Angehörigen umfassendere Hilfe- und Unterstützungssysteme angeboten werden müssen, die auch religiöse oder spirituelle Elemente enthalten können.

Beate Radzey

Pflegende: Spirituelle Pflege - ein ganzheitliches Konzept

An dieser Stelle soll der Versuch unternommen werden, auch in dieser Ausgabe von „DeSS orientiert“ der Praxisorientierung zu ihrem Recht zu verhelfen. Was bedeuten all diese Überlegungen und Forschungsanstrengungen für die Pflegepraxis? Wie sieht es mit konkreten Versuchen aus, der spirituellen Komponente ein Stück mehr Raum und Umsetzung in der Gesundheitsfürsorge und insbesondere im pflegerischen Alltag zu geben?

Die Suche führt uns – wieder einmal – in den äußersten Westen Europas, in das Vereinigte Königreich und zu den dortigen Anstrengungen um eine Verbesserung des Gesundheitswesens im Sinne seiner Nutzerinnen und Nutzer. Dabei ist es, um dies von vorne herein klar zu stellen, weniger eine brillante Praxis, die hier überzeugt. Vielmehr sind es die mit den gesellschaftlichen Entwicklungen im Einklang stehenden Ansätze und die darauf abgestimmte zukunftsfähige Ausrichtung der Pflege, die sich u. a. in Form einer zügigen Implementierung politischer Richtlinien und Rahmenwerke niederschlägt. In Großbritannien sind dort Religion und Spiritualität nicht nur in der akademischen Auseinandersetzung als grundsätzlich zu unterscheidende Konzepte anerkannt. Vielmehr hat man auch die Differenzierung zwischen der religiösen und der spirituellen Komponente (*Religious* and *Spiritual Care*) in grundlegenden Dokumenten und Richtlinien des nationalen (steuerfinanzierten, öffentlichen) Gesundheitswesens vollzogen. Für Schottland trifft beispielsweise das „Highland NHS Board“ in seiner „Spiritual Care Policy“ (2005) eine Unterscheidung, durch die die Berücksichtigung der spirituellen Dimension des Menschen und seiner Gesundheit zur Aufgabe der (alltäglichen) Praxis in der Gesundheitsfürsorge wird: „Religiöse Fürsorge (*Religious Care*) wird im Rahmen einer Glaubensgemeinschaft und im Kontext geteilter Glaubensinhalte angeboten. Spirituelle Fürsorge (*Spiritual Care*) wird in einer eins-zu-eins Beziehung erteilt und geht nicht von spezifischen Glaubensinhalten oder einer bestimmten Lebensauffassung aus. Während spirituelle Fürsorge nicht unbedingt religiöser Natur ist, sollte religiöse Fürsorge im besten Fall stets spirituell sein.“ (Highland NHS Board 2005).

Spiritual Care: begriffliche und konzeptuelle Annäherung

Die Richtlinien und Dokumente sprechen von *Spiritual Care* – einem Begriff, den wir im Zitat mit „spiritueller Fürsorge“ wiedergegeben haben. Von der etwas sperrigen Formulierung einmal abgesehen muss man sich fragen, ob es tatsächlich Sinn macht, einen eigenen Begriff für diese Komponente des gesundheitsbezogenen/pflegerischen Tätigseins einzuführen? Schließlich geht es darum, den Menschen als Ganzen in den Blick zu nehmen. Im Sinne dieser Leitvorstellung werden wir im Folgenden vorzugsweise von der spirituellen Komponente in der Pflege und Begleitung kranker Menschen sprechen, wenn im Englischen von *Spiritual Care* die Rede ist.

Wie im Zitat aus der schottischen Richtlinie bereits angedeutet ist zunächst einmal bedeutsam, dass *Spiritual Care* im Vereinigten Königreich als Bestandteil der Leitvorstellung einer den Einzelnen in seiner Besonderheit und Einmaligkeit respektierenden, individualisierten Pflege zu verstehen ist. *Spiritual Care* gelangt zweitens (wie auch der Ansatz der personzentrierten Pflege) von den Rändern her ins Zentrum des Gesundheitswesens. Im Falle der spirituellen Dimension in der Gesundheitsfürsorge waren es vor allem die Palliativpflege und die Begleitung psychisch erkrankter Menschen, die sich als Pioniere einer Berücksichtigung der spirituellen Dimension hervortaten. Für den im psychiatrischen Bereich tätigen Theologen und Pfleger John Swinton heißt die spirituelle Komponente zu

berücksichtigen vor allem, das Gegenüber als Person anzuerkennen und eine empathische und verstehende Haltung einzunehmen (Swinton 2001). Die unterstützende bzw. Pflege erbringende Person sollte Mitgefühl und Einfühlungsvermögen entwickeln und zeigen. Eine Pflege, die eine spirituelle Komponente aufweist, lässt dem Patienten auf eine Art Verständnis und Mitgefühl zuteil werden, die bereits ein bestimmtes Maß an Heilung enthält. Swinton verwahrt sich gegen ein Verständnis einer spirituell verankerten Pflege als einer Technik. Vielmehr versteht er sie „als eine Art, die Welt zu sehen bzw. mit Menschen umzugehen, die ein Gespür für innere Erfahrungen besitzt und deren Relevanz für den therapeutischen Prozess versteht“ (Swinton 2001). *Spiritual Care* beschreibt nach Swinton also eine Haltung, die versucht, die Erfahrung des Klienten/Patienten/Umsorgten nachzuvollziehen, und der es mehr um ein Verstehen dieser Erfahrung geht als darum, sie zu erklären.

Eine andere, von der Direktorin des „George Washington Institute on Spirituality and Health“, Christina Puchalski, vorgeschlagene konzeptuelle Annäherung rückt die Merkmale einer solchen fürsorglichen Praxis ins Zentrum der Aufmerksamkeit (Puchalski 2006 siehe Infokasten 1). Für die Situation in der Praxis und das von uns gewählte Beispiel des Vereinigten Königreichs ist wesentlich, sich zu vergegenwärtigen, dass *Spiritual Care* und die Bemühungen um deren Implementierung sich keineswegs nur auf die Altenhilfe oder die Langzeitpflege, sondern auf den gesamten Bereich der Gesundheitsfürsorge beziehen und von daher auch zentrale Bereiche wie den des Akutkrankenhauses oder der Rehabilitation in den Blick nehmen.

Spiritual Care - Kennzeichen

Spiritual Care zeichnet sich aus durch...

- eine Praxis des mitfühlenden Daseins für den Klienten/Patienten.
- patientenzentrierte Kommunikation: es geht darum, zuzuhören was den Patienten/Klienten ängstigt, hoffen lässt, schmerzt, wovon er träumt.
- Aufmerksamkeit und Wachheit gegenüber der ganzen Person des Patienten/Klienten einschließlich seiner Familie, seines Körpers, seiner Psyche, seiner Seele.
- das Erarbeiten der spirituellen Geschichte des Patienten/Klienten.
- die Durchführung eines Assessments zu spirituellen Themen.
- das Einplanen der spirituellen Komponente in die Begleitung und Pflege und das Einbeziehen spiritueller Praktiken, wo angemessen.
- Seelsorger oder andere Experten, die dabei helfen, spirituelle Bedürfnisse aufzufangen,und die an der Arbeit eines multi-disziplinären Pflegeteams beteiligt sind.

Infokasten 1 (Puchalski 2006)

Anforderungen

Um spirituelle Bedürfnisse ansprechen zu können, muss eine persönliche, vertrauensvolle Beziehung zwischen dem jeweiligen professionell Tätigen und dem Klienten/Patienten vorhanden sein, die in der Wirklichkeit der heutigen orientierten Gesundheitsversorgung oftmals nicht gegeben ist (Greasley et al. 2001 zit. nach Culliford 2002). Außerdem wird spirituelle Pflege als eine Aufgabe verstanden, die alle am Gesundheitswesen beteiligten Professionen anspricht und die in interdisziplinärer Teamarbeit anzugehen ist. *Spiritual Care* ist keinesfalls als etwas aufzufassen, das man – etwa im Bereich Akutkrankenhaus – einfach den dort angestellten Seelsorgern überlässt (z.B. Tanyi 2002). Auf den Leitsatz „*Spiritual Care* geht alle an.“ werden wir am Ende dieses Artikels nochmals zu sprechen kommen.

An dieser Stelle soll jedoch nicht auf die kritische Anmerkung verzichtet werden, inwieweit diese zum Teil sehr idealistischen Vorstellungen ohne strukturelle Veränderungen des Gesundheitssystems erfolgreich umgesetzt werden können. Solange Schlagwörter wie Effizienz oder Wirtschaftlichkeit maßgeblich die Zielsetzungen der Arbeit in Gesundheitseinrichtungen bestimmen, bleibt die Umsetzung von *Spiritual Care* die Aufgabe einzelner oft ohnehin schon überforderter Pflegekräfte. Dieser Hinweis sollte nicht als ein K.-o.-Kriterium für den Versuch einer umfassenden,

den Einzelnen in seiner Individualität achtenden gesundheitsbezogenen Versorgung verstanden werden, für die die Berücksichtung der spirituellen Dimension unerlässlich ist. Wohl aber benennt sie eine ernsthafte Schwäche des gegenwärtigen Stands der Auseinandersetzung mit und Umsetzung von *Spiritual Care*.

Wenn dort eine deutliche Lücke zu verzeichnen ist, wo eine Auseinandersetzung mit den strukturellen Voraussetzungen bzw. den Rahmenbedingungen der Umsetzung von *Spiritual Care* stattfinden sollte, so wurde an den Anforderungen an professionell Tätige weit stärker gearbeitet. Hier lässt sich zunächst ein Rahmen vorstellen, den John Winslow (Winslow & Wehtje-Winslow 2007) mit Hilfe von fünf ethischen Grundprinzipien umrissen hat (siehe Infokasten 2).

Voraussetzungen von Spiritual Care (1)

Fünf ethische Grundprinzipien

1. Wenn das Ziel eine den Menschen achtende Gesundheitsfürsorge ist, müssen die in diesem Bereich Tätigen sich um ein elementares Verständnis der spirituellen Bedürfnisse, Ressourcen und Präferenzen der Person bemühen.
2. Achtung für den Patienten/Klienten bedeutet, dass im Gesundheitswesen Tätige dessen ausdrückliche Wünsche in Bezug auf seine spirituelle Begleitung zu befolgen haben.
3. Es steht im Gesundheitswesen Tätigen nicht an, Patienten/Klienten spirituelle Praktiken ver- oder vorzuschreiben. Ebenso wenig ist es ihre Ausgabe, Patienten/Klienten dazu zu drängen, religiöse Inhalte oder Praktiken aufzugeben.
4. Um die spirituellen Bedürfnisse ihrer Patienten berücksichtigen zu können, müssen im Gesundheitswesen Tätige sich zunächst einmal mit ihrer eigenen Spiritualität auseinandersetzen.
5. Die Teilnahme an der spirituellen Begleitung von Patienten sollte mit der professionellen Integrität im Einklang stehen.

Infokasten 2 (Winslow & Wehtje-Winslow 2007)

In diesem Rahmen ließe sich die Frage stellen, was Pflegende an Wertorientierungen und Fähigkeiten benötigen, um auf spirituelle Bedürfnisse eingehen zu können. Als „Richtwerte“ benennt Culliford (2002) eine Reihe von Attributen, die sich vielleicht am besten als Leitvorstellungen eines guten Umgangs mit Klienten/Patienten bezeichnen lassen: Freundlichkeit, Toleranz, Weisheit/Klugheit, Mitgefühl, Geduld, Freude, Großzügigkeit, Aufrichtigkeit und Bescheidenheit. Bemerkenswert an diesen Attributen scheint uns erstens, dass sie (partiell) Wertvorstellungen und -haltungen widerspiegeln, wie sie uns auch im personzentrierten Ansatz begegnen. Und zweitens handelt es sich um Eigenschaften oder auch Tugenden, die über die Zeiten hinweg in zahlreichen Kulturen immer wieder heilenden und „heiligen“ Menschen zugeschrieben wurden und werden. Wir bewegen uns hier also im Bereich fest verankerter kultureller Vorstellungen und Orientierungen, die im Kontext unserer (post-)modernen zeitgenössischen Gesundheitssysteme einen mühseligen Kampf um Anerkennung als relevante Richtgrößen auszustehen haben.

Wenden wir uns nun den Anforderungen zu, die im Gesundheitswesen Tätige und insbesondere Pflegende erfüllen müssen, um mit spirituellen Bedürfnissen ihrer Klienten/ Patienten adäquat umgehen zu können. Eine in der Literatur wiederholt erhobene Forderung ist die, dass im Gesundheitswesen Tätige sich dazu zunächst mit ihrer eigenen Spiritualität auseinandersetzen müssen.

Voraussetzungen von Spiritual Care (2)

Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität
Leitfragen nach Hicks (1999), Fragen 1-3, und Newshan (1998), Fragen 4-11:

1. Fühle ich mich mit einer Kraft oder Macht verbunden, die größer ist als ich?
2. Was ist der Sinn meines Lebens?
3. Wie binde ich meine spirituelle Haltung in meine pflegerische Praxis ein?
4. Woran glaube ich?
5. Was gibt meinem Leben Sinn?
6. Worauf hoffe ich?
7. Wen liebe ich und wer liebt mich?
8. Was verstehe ich unter Spiritualität?
9. Wie bin ich mit anderen?
10. Was würde ich an meinen Beziehungen verändern?
11. Bin ich willens, die Beziehungen zu heilen, die mir Kummer machen?

Infokasten 3 (Hicks, Jr. 1999; Newshan 1998)

Für Hicks (1999), der den Prozess spiritueller Pflege für Bewohner von Pflegeeinrichtungen beschreibt, besteht das erste wesentliche Etappenziel darin, einen Zustand zu erreichen, in dem man sich mit der Thematik wohl und sicher fühlt. Er nennt drei zentrale Fragen (siehe Infokasten 3, Leitfragen 1-3), mit denen Pflegende sich auseinandersetzen sollten und deren Beantwortung zu einer gewissen Grundsicherheit mit der Thematik verhelfen kann. Als Empfehlung zu werten ist der zusätzliche Hinweis, dass Pflegende, die bei sich große Probleme oder Widerstände in der Auseinandersetzung mit den drei Grundfragen feststellen, davon Abstand nehmen sollten, auf spirituelle Bedürfnisse bei Bewohnern einzugehen.

In Bezug auf erforderliche Kompetenzen beschreibt Culliford (2002) (siehe Infokasten 4) eine ganze Reihe spezifischer Fähigkeiten, über die Praktiker verfügen sollten, um auf ihre Patienten/Klienten umfassend, also auch im Hinblick auf deren spirituelle Bedürfnisse eingehen zu können. Ein Blick auf die Aufzählung zeigt, dass man es hier nicht mit „Qualifikationen“ zu tun hat, die man sich im Zuge eines oder auch mehrerer Trainings ohne weiteres aneignen kann. Vielmehr handelt es sich um eine Sammlung durchaus lernbarer Fähigkeiten, die einen langen Prozess der Auseinandersetzung (auch mit der eigenen Person), meditativer Praxis und reflektierter Erfahrungen voraussetzen.

Voraussetzungen von Spiritual Care (3) Spirituelle Kompetenz

Spirituell kompetent zu sein bedeutet…

- einen ruhigen, friedvollen Gemütszustand herbeiführen zu können (wie in der Meditation).
- in der Lage zu sein, mental ganz auf das Hier und Jetzt fokussiert, aufmerksam und wachsam zu sein.
- ein überdurchschnittliches Maß an Empathie, Feingespür und Mut zu entwickeln.
- einen ruhigen, friedvollen Gemütszustand herbeiführen zu können (wie in der Meditation).
- die Fähigkeit zu besitzen, Leiden zu sehen und zu ertragen und dabei eine hoffnungsvolle Haltung zu bewahren.
- selbstreflexiv und ehrlich mit sich selbst seinkönnen, insbesondere in Bezug auf eigenes Unwissen und in Situationen, in denen man zornig ist, Angst verspürt oder Zweifel hat.
- in einem überdurchschnittlichen Maß die Fähigkeit zu besitzen zu geben, ohne sich ausgelaugt/ausgenutzt zu fühlen.
- in der Lage zu sein, angemessen zu trauern und loszulassen.

Infokasten 4 (Culliford 2002)

Über die Auseinandersetzung mit erforderlichen Kompetenzen hinaus wird in der Literatur immer wieder darauf verwiesen, dass es sich beim Thema Spiritualität um einen sehr intimen und persönlichen Bereich handelt, der in hohem Maße Sensibilität und Fingerspitzengefühl erfordert. In diesem Zusammenhang ist die These eines pflegewissenschaftlichen Beitrags (Dyson et al. 1997; unter Berufung auf Ellis 1980; und Sims 1987), interessant, demzufolge Sexualität und Spiritualität im öffentlichen Diskurs seit den Tagen des Viktorianismus die Plätze getauscht haben: Während man sich damals über spirituelle Anliegen gern und viel öffentlich austauschte, gilt das Thema heute oftmals als sehr persönlich, als äußerst intim und nur schwer zu erörtern. Pflegende haben demzufolge auch mit der Schwierigkeit zu kämpfen, dass sie auf keinen „Diskurs“, keine geeignete Sprache oder Sprechweise zurückgreifen können, sondern sich darum bemühen müssen, dem Ergebnis ihrer eigenen Auseinandersetzung auch sprachlich Form und Ausdruck zu verleihen.

Bezüglich des Vorgehens im Umgang mit spirituellen Bedürfnissen wurden kürzlich einige praktische Vorschläge unterbreitet (Rumbold 2007).

Vorgehen - generelle Empfehlungen

- Ziel ist es, die Sichtweise des Patienten achten, seine Privatsphäre nicht zu verletzen.
- Sämtliche Mitglieder des multidisziplinäre Gesundheitsteams sollten in dem Maße in die Begleitung und Pflege einbezogen werden, in dem sie willens und in der Lage sind, einen Beitrag zu leisten.
- Es sollte eine klare Dokumentation spiritueller Bedürfnisse, eine strategische Antwort auf

diese Bedürfnisse und der dafür erforderlichen Ressourcen und der Umsetzungsergebnisse ermöglicht werden.

- Solche Strategien müssen so in die übergeordnete Pflegeplanung integriert werden, dass sie von allen Mitgliedern des multidisziplinären Teams verstandenund nachvollzogen werden können.
- Integrierte Begleitung und Pflege: Es sollteein genereller, von allen Akteuren getragener Rahmen bereitgestellt werden, der Kontinuität in der Begleitung und Pflege zwischen allen Beteiligten sicherstellt.
- Es sollte sicher gestellt sein, dass eine religiöse seelsorgerische Begleitung zur Verfügung steht. Hierbei gilt es, die spirituelle Dimension nicht mit religiösen Praktiken zu verwechseln oder gleichzusetzen. Für die spirituelle Komponente in der Begleitung und Pflege ist das gesamte Team zuständig, sie wird von diesem gewährleistet. Wo es um spezifisch religiöse Überzeugungen und Praktiken geht, sollte am besten eine Person hinzugezogen werden, die den Glauben bzw. die religiösen Praktiken des Patienten teilt bzw. ein geistlicher Führer dieses Glaubens ist.

Infokasten 5 (Rumbold 2007)

Vorgehen: die vier Schritte des Pflegeprozesses

In der Literatur wird in Bezug auf eine spirituelle Fürsorge das gleiche Vorgehen vorgeschlagen, das auch sonst zur Strukturierung des Pflegeprozesses angewandt wird. Es handelt sich um einen systematischen, problemorientierten Ansatz in vier Schritten, der für die Pflegenden ein vertrautes Werkzeug des täglichen Arbeitens darstellt (vgl. z.B. Govier 2000; Hicks, Jr. 1999; Narayanasamy 1999; Narayanasamy 1996) und der sich wie folgt beschreiben lässt.

1. Assessment

Zum Thema „Assessment spiritueller Bedürfnisse“ liegt eine Vielzahl von Veröffentlichungen vor, in denen Assessmentverfahren mit einem unterschiedlichen Grad an Standardisierung vorgestellt werden. An dieser Stelle soll nicht auf einzelne Verfahren eingegangen werden; stattdessen verweisen wir auf einen Überblick über einzelne Methoden der von Eagger (2005) erstellt wurde und als Internet-Download zur Verfügung steht (www.rcpsych.ac.uk/pdf/DrSEaggeGuide.pdf).

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe um White (2000), die sich zwei Jahre lang mit den Themen Spiritualität bzw. spirituelle Fürsorge/Pflege und deren Einbindung in den Pflegealltag befasste, blieb bei der Empfehlung des Einsatz formaler Assessmentinstrumente sehr zurückhaltend. Sie befürchtete, dass Spiritualität von den Pflegenden dann eher als eine weitere, „abzuarbeitende“ Aufgabe und nicht als integrales Element einer ganzheitlichen Pflege verstanden würde. Auch Rumbold (2007) unterstreicht, dass spirituelles Assessment eher als fortwährender Prozess und nicht als einmaliges Ereignis verstanden werden sollte, bei dem der Patient zum Thema befragt wird.

Neben der Auswahl eines geeigneten Assesmentverfahrens und den richtigen Techniken sind daher eine Reihe anderer Faktoren entscheidend, wenn spirituelle Bedürfnisse erfasst werden sollen: der richtige Zeitpunkt, die Angemessenheit des Assessmentverfahrens sowie die Fähigkeit des Pflegenden, dem Individuum sensibel zu begegnen, bestimmen den Erfolg dieser wichtigen pflegerischen Tätigkeit (Govier 2000). Wichtig ist ein vorsichtiges Vorgehen, das dem Klienten/Patienten/Bewohner genau erklärt, aus welchem Grund bestimmte Dinge erfragt werden.

Ross (1997) stellt fest, dass Pflegekräfte spirituelle Bedürfnisse eher durch nonverbale oder indirekte Hinweise wahrnehmen. Diese Beobachtung hebt den Bedarf für eine große Sensibilität und Bewusstheit im Assessmentprozess hervor, die über das Abfragen spezifischer Inhalte deutlich hinausgeht.

Auch Hicks (1999) beschreibt Verhaltensweisen von Bewohnern, die nahe legen, dass sie durch unbefriedigte spirituelle Bedürfnisse ausgelöst sein könnten. Pflegekräfte sollten

daher auf Indikatoren wie sozialen Rückzug, Depression, Fragen nach dem Sinn der eigenen Existenz, eine häufige bewohnerseitige Suche nach spiritueller Unterstützung oder den Besuch von Gottesdiensten usw. achten. Hicks verweist darauf, dass die „spirituelle Lebensgeschichte“ bei Pflegeheimbewohnern am besten schon beim Aufnahmegespräch angesprochen werden sollte. Darüber hinaus wird empfohlen, spirituelle Themen als ein Element der Biographiearbeit (vgl. den Artikel von Boes & Boes in diesem Heft) sowie bei der regelmäßigen Pflegeplanung und Evaluation einzubinden. Wie bei der Biographiearbeit üblich sind auch hier Informationen von Angehörigen und Freunden von Bedeutung.

2. Planung

Ziel des Pflegeplans ist es, die durch das Assessment identifizierten Bedürfnisse zu reflektieren und in Maßnahmen umzusetzen (Govier 2000). Narayanasamy (1996) weist darauf hin, dass die Erstellung eines Pflegeplans sowohl eine Auseinandersetzung mit der Individualität und den Bedürfnissen des Patienten, als auch die Beantwortung der Frage erfordert, wie weit die Pflegenden bereit sind, auf die Spiritualität der betreffenden Person einzugehen. Alle geplanten Maßnahmen sind als Essenz einer therapeutischen Beziehung zu betrachten.

3. Intervention

Hicks (1999) schlägt drei mögliche Interventionsmethoden für Pflegekräfte in Heimen vor:

Drei Interventionsmethoden

1. Ruhig (passiv) Zuhören (der Pflegende hat die Funktion eines Resonanzbodens)
   - für den Bewohner da sein
   - eine unterstützende Präsenz bieten.
   - Bewertungen vermeiden

2. Verbindungen herstellen
   - Angebote oder Dienste koordinieren, die der Bewohner nutzen möchte (z.B. Kontakt herstellen zu Seelsorger, Angehörigen, Freunden)
   - sicherstellen, dass der Bewohner zu spirituellen Aktivitäten gebracht wird, an denen er teilnehmen möchte (z.B. Bibelstunde, Andacht)
   - entsprechende vom Bewohner gewünschte spirituelle Materialien oder Ressourcen beschaffen (z.B. Bücher, Rosenkranz, Figuren, Musik, Videos)

3. Aktiv Zuhören
   - ein Gespräch mit dem Bewohner führen
   - auf unterschiedliche Grade von Wohlbehagen beim Bewohner achten; auf Augenkontakt, Körperbewegungen (sich wegdrehen, Unruhe zeigen) und Abschottung von Gesprächen achten
   - die Themen eines Gesprächs wiederholen und zurückgeben, um sicher zu stellen, dass die Inhalte richtig verstanden wurden.

Insgesamt sollte darauf geachtet werden, das der der Bewohner das Gespräch aufnimmt und dieses auch leitet. Ein Gespräch darf einem Bewohner niemals aufgedrängt werden.

Infokasten 6 (Hicks, Jr. 1999)

4. Evaluation

Ein besonders schwieriger Schritt ist die Evaluation eines auf spirituelle Bedürfnisse bezogenen pflegerischen Handelns. Wie lassen sich intersubjektiv nachprüfbare „Effekte“ einer spirituellen Intervention feststellen? Schließlich hat man es hier nicht mit einem simplen Ursache-Wirkungszusammenhang, sondern mit sehr komplexen Wechselwirkungen und oftmals mit prozesshaften Vorgängen zu tun. Mögliche, in vielen Fällen (etwa bei Menschen mit Demenz in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung) jedoch nicht zugängliche Anhaltspunkte liefert das Gespräch mit der Person, die beispielsweise ein Nachlassen ihrer Ängste oder Unruhe rückmelden kann. Insgesamt scheint die Evaluation von Interventionen jedoch möglich, wenngleich es sich in einem hohen Maße um individualisierte Prozesse handelt. Laut Narayanasamy (1996) führt dabei sorgfältige Beobachtung zum Ziel: Ergebnis einer erfolgreichen Intervention insbesondere in einer akuten Situation spiritueller Not ist, dass die betreffende Person physisch und psychisch zur Ruhe kommt und sich entspannen kann.

Was heißt das für die Ausbildung? – curriculare Einbindung von Spiritual Care

Im Zuge der Diskussion um die spirituelle Dimension in der Pflege wird im Vereinigten Königreich natürlich auch die Frage diskutiert, wie dieses Thema in die Ausbildung integriert werden könnte.

McSherry (2000) stellt in einem Basisartikel zu diesem Thema die generelle Frage, ob ein so komplexes Konstrukt, das auch eng mit Selbsterfahrung und persönlichem Erleben verbunden ist, sich überhaupt sinnvoll in die Ausbildung einbinden lässt. McSherry zufolge müssen vor dem Versuch einer Einbindung folgende grundlegende Fragen genauer

- Was ist Spiritualität?
- Warum sollen spirituelle Dimensionen in der Pflegeausbildung angesprochen werden?
- Wie soll das Thema unterrichtet werden?
- Wann und wo soll das Thema unterrichtet werden?
- Wer soll das Thema unterrichten?

geklärt werden:
McSherry geht davon aus, dass Spiritualität sich mit konventionellen Lehrmethoden unterrichten lässt, der Aspekt der Bewusstwerdung der eigenen Spiritualität jedoch nur in der Praxis erfahren werden kann. Auf die Formel des Autors gebracht kann Spiritualität sowohl gelehrt als auch „eingefangen“ werden („Spirituality can be taught and caught.“)

Von Narayanasamy (1999)wurde ein Modell für Ausbildung in spiritueller Fürsorge mit dem Titel ASSET (A Model for Actioning Spiritualty and Spiritual Care Education and Training in Nursing) vorgeschlagen. Basis des Modells sind drei Strukturebenen bzw. Themenbereiche, die mehr oder weniger aufeinander aufbauen:

1. die Ebene der Selbsterfahrung bzw. der Bewusstheit über das eigene Selbst: Wie ist es um die eigene Spiritualität bestellt?
2. die Ebene „objektiven” Wissens: Was ist Spiritualität? Über welches themenspezifische Wissen verfügt die Pflegeperson?
3. die Ebene der spirituellen Dimension in der Pflege, d.h. die Umsetzung im Pflegeprozess: die Anwendung von Wissen, Haltungen und Fähigkeiten, die aus der Auseinandersetzung mit der eigenen Erfahrung und dem angeeigneten Wissen resultiert.

Für den Lernprozess schlägt Narayanasamy eine Mischung aus auf Erfahrung beruhendem und lernerzentriertem Lernen vor.

Umsetzung in der Pflegepraxis

Ein vollständiger Überblick über die Implementierung von *Spiritual Care* im Vereinigten Königreich in allen Bereichen des Gesundheitswesens ist hier nicht möglich. Durchgängig geregelt scheint die – aufgrund von Systemunterschieden nicht vergleichbare – Umsetzung der seelsorgerischen Betreuung in den Krankenhäusern durch entsprechende Richtlinien. Diese sollen sicher stellen, dass im nationalen Gesundheitswesen beschäftigte und für die Akutkrankenhäuser zuständige Seelsorger dafür Sorge tragen, dass (1.) Angehörigen aller Weltreligionen im Krankenhaus ein seelsorgerischer Beistand ihres Glaubens ermöglicht wird und (2.) auch Menschen, die keiner Religion angehören, eine spirituelle Unterstützung erhalten können, die dies berücksichtigt. Recherchiert man im Internet so findet sich eine Fülle von Konzepten zu zur Umsetzung von *Spiritual Care* einzelner Träger, Krankenhäuser und sonstiger Gesundheitsorganisationen.

Darüber hinaus wird derzeit in Pilotprojekten die Implementierung spiritueller Fürsorge im Krankenhaus erprobt. So haben sich bei-

spielsweise die Lehrkrankenhäuser in Bradford eine Leitlinie gegeben, die spirituelle Begleitung ausdrücklich zur Angelegenheit aller für die Pflege Verantwortlichen macht und sie nicht dem Seelsorgerteam des jeweiligen Hauses überlässt (Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust 2006). Die modellhafte Leitlinie hält ausdrücklich fest:

Die spirituelle Dimension in der Pflege ist für jeden Menschen wichtig, nicht nur für diejenigen, die sich zu einem religiösen Glauben bekennen. Sie hat mit einer Sorge (*care*) für den spirituellen Anteil im Menschen zu tun, die dessen Alter, Hautfarbe, ethnischen Hintergrund, das soziale Geschlecht (*gender*), Krankheit, Familien- bzw. Personenstand, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer „Rasse" (*race*), Religion, sexuelle Orientierung und sozialen Hintergrund berücksichtigt und danach strebt, dass Pflegedienstleistungen individuellen Bedürfnissen gegenüber weitmöglichst sensibel sind (Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust 2006, S.3).

Die Leitlinie verpflichtet die beteiligten Krankenhäuser auf Durchführung eines spirituellen Assessments als Teil eines Gesamtassessments und die Bereitstellung eines entsprechenden Qualifizierungsangebots (Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust 2006, S. 4). Details zur Umsetzung der Leitlinie und erste Ergebnisse ihrer Erprobung sind Ende 2008 zu erwarten, wenn eine Überprüfung ihrer Implementierung ansteht.

Beate Radzey und Gabriele Kreutzner

Der Mensch lebt nicht vom Brot allein: Religiöse Bedürfnisse und Seelsorge

Der Mensch lebt nicht vom Brot allein. Dieses Bibelzitat (Matthäus 4,4) reflektiert die allgemein anerkannte Erkenntnis, dass sich Wohlbefinden nicht ausschließlich an körperlichen Faktoren festmacht. Für eine ganzheitliche Betrachtung sind psychische, seelische, soziale und spirituelle Einflüsse gleichbedeutend (Barton et al. 2003; Cavendish et al. 2007; Shamy 2003). Auf Grund dieser Erkenntnis nehmen Religion und religiöse Bedürfnisse in der Forschung und der praktischen Arbeit der Altenpflege – insbesondere bei Menschen mit Demenz – immer mehr an Bedeutung zu (Barton et al. 2003; Cavendish et al. 2007; MacKinlay 2002). Glaube kann durch die Worte der Bibel, durch Symbole wie das Kreuz oder durch Rituale wie dem Abendmahl Hoffnung, Halt und Sicherheit vermitteln. Gerade für Menschen mit Demenz kann das immer wichtiger werden (Barton et al. 2003; Derndinger 2004; Shamy 2003; VandeCreek 1999). Die traditionelle Vermittlung des Glaubens geschieht oft auf der Ebene des Verstandes, beispielsweise durch eine Predigt. Für Menschen mit Demenz ist diese abstrakte Art zunehmend ungeeignet. Es müssen Möglichkeiten und Wege gefunden werden, wie die Liebe Gottes diesen Menschen in ihrer Situation nah gebracht werden kann (Baumann 2006; Depping 1997; Derndinger 2004; Döhner 2006). Diesem Thema widmet sich der vorliegende Artikel. Er beginnt mit der Erhebung religiöser Bedürfnisse. Danach zeigt er auf, wie verschiedene christliche Symbole und Rituale in den Alltag der praktischen Altenpflegearbeit integriert werden können. Zum Abschluss des Artikels wird die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Seelsorgern thematisiert.

Erfassung religiöser Bedürfnisse

Gerade die jetzt alt gewordene Generation wurde noch sehr stark in christlichen Bezügen sozialisiert. Daraus lässt sich nicht schließen, dass alle alten Menschen gläubig sind. Aber sie haben religiöse Rituale wesentlich mehr verinnerlicht als die Generation der Pflegenden (Döhner 2006; Probst 2003; VandeCreek 1999). Seelsorge bedeutet nicht, die ausschließliche Zelebrierung christlicher Riten in Form von Gottesdiensten oder dem Spenden der Sakramente. Seelsorge bei Menschen mit Demenz findet in jeder wertschätzenden Begegnung statt und versteht sich als Begleitung in dieser schweren Lebensphase. Dabei soll die seelsorgerliche Betreuung die Wünsche nach Ausübung des Glaubens ermöglichen und unterstützen (Barton et al. 2003; Baumann 2006; Shamy 2003). Der Glaube und die Art ihn zu leben, ist sehr individuell. Er entwickelt und verändert sich im Laufe des Lebens immer wieder (Depping 1997; Luther 1992; MacKinlay 2002; Shamy 2003). Aus diesen Gründen bietet es sich an, im Rahmen einer umfassenden Biografiearbeit auch Fragen zur Bedeutung des Glaubens und der Religion des Betroffenen und der Ausübung seines Glaubens aufzunehmen. Wichtig ist, diese Erkenntnisse dem zuständigen Seelsorger zukommen zu lassen (Barton et al. 2003; Shamy 2003; VandeCreek 1999). Falls die Betroffenen nicht mehr selbst in der Lage sind, diese Fragen zu beantworten, sollten die Angehörigen einbezogen werden.

- Gehören Sie einer bestimmten Religion/ Konfession an?
- Welcher Heimatgemeinde gehören Sie an?
- Welche Bedeutung hat der christliche Glaube für Sie? Welche Rituale sind für Sie wichtig? Welche Geistlichen sind für Sie wichtig?
- Welche Geschichten der Bibel mögen Sie besonders und warum?
- Möchten Sie Besuch von einem Geistlichen haben? Soll es eine bestimmte Person sein?
- Sind Sie an seelsorgerlichen Angeboten bei uns interessiert und wenn ja, an welchen?

- Was tun Sie, wenn sie ärgerlich über andere sind oder sich verletzt fühlen?
- Was benötigen Sie, um ihr Wohlbefinden zu steigern und ihren Glauben leben zu können?
- Gibt es zur Zeit existenzielle Themen oder Fragen die Sie beschäftigen?

Christliche Symbole und Rituale in den (Heim-)Alltag integrieren

Unser Leben ist geprägt von den unterschiedlichsten Symbolen und Ritualen. Die Bedeutung von Symbolen und der immer gleiche Ablauf von Ritualen ist in unserem Gedächtnis verinnerlicht. Diese Wissen kann auch bei Menschen mit Demenz noch aktiviert werden. Die Wiederbelebung christlicher Rituale ist daher aktive Erinnerungsarbeit (MacKinlay 2002). Christliche Symbole repräsentieren die Liebe und Präsenz Gottes. Sie sollen Trost, Geborgenheit, Sicherheit und Struktur vermitteln. Das wichtigste christliche Symbol ist das Kreuz. Es steht für die Güte und Begleitung Gottes im menschlichen Leben und findet sich an vielen Stellen wieder, beispielsweise auf dem Altar, als Segens- und Heilszeichen des Seelsorgers und auf vielen christlichen Bildern. Weitere wichtige Symbole sind Kerzen, Bilder (insbesondere Heiligenbilder für Katholiken), die Bibel oder der Talar des Geistlichen (MacKinlay 2002; Shamy 2003; VandeCreek 1999). Symbole können ebenso wie Rituale als Aufhänger für ein Gespräch genutzt werden und somit eine Kontaktaufnahme auch zu Menschen mit einer schweren Demenz erleichtern. Immer wichtiger wird für Menschen mit Demenz die nonverbale Kommunikation und die Aktivierung anderer Sinne (Depping 1997; MacKinlay 2002). So kann eine Kommunikation stattfinden, indem das Kreuzzeichen auf die Stirn gezeichnet wird. Weiterhin können christliche Symbole und Rituale im Alltag Orientierung bieten. Durch ein Tischgebet kann der Beginn einer Mahlzeit signalisiert werden. Auch die Feier eines Gottesdienstes kann einen Tag strukturieren. Zu beachten ist, dass Rituale und Symbole einen festen Platz im Alltag bekommen und immer gleich durchgeführt werden. Bei den Texten sollte auf bekanntes zurückgegriffen werden (siehe dazu die Abschnitte „Gebete“ und „Christliche Lieder und Musik“ dieses Artikels) (Baumann 2006; Depping 1997; MacKinlay 2002; Probst 2003).

Umgebung gestalten

Wohlbefinden ist bei Menschen mit Demenz einerseits abhängig von einem wertschätzenden Umgang. Andererseits spielen auch das Milieu und die Atmosphäre auf einem Wohnbereich eine große Rolle (Barton et al. 2003; Kitwood 2000). In Bezug auf Spiritualität und Glauben heißt dies, dass auch durch die Einrichtung eines Wohnbereiches Glaubensinhalte vermittelt werden können und die Möglichkeit eröffnet wird, seinen Glauben zu leben (Barton et al. 2003; Shamy 2003). Dies kann durch das Aufstellen beziehungsweise Aufhängen von Kreuzen, Heiligenbildern oder Kerzen geschehen. Kerzen eignen sich vor allem dort, wo den Verstorbenen gedacht wird. Es könnten auch Gebetsecken gestaltet werden, in denen Kerzen brennen, ein Kreuz und ein Jesusbild stehen, sakrale Orgelmusik spielt oder für Katholiken ein Rosenkranz liegt. Hier sollte auch die Möglichkeit bestehen, sich zu setzen. Solche Gebetsecken können einladen, zu verweilen und Ruhe zu finden. Hier könnte gemeinsam gebetet werden.

Seelsorgerliche Gespräche und Begegnungen leben

Auch für seelsorgerliche Gespräche gelten die allgemeinen Regeln der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Es ist wichtig, kurze Sätze zu sprechen oder eine bildhafte Sprache zu verwenden. Mit zunehmender Demenz werden auch Berührungen immer bedeutender. Seelsorgerliche Gespräche oder Begegnungen sind jedoch nicht ausschließlich an die Person des Seelsorgers gebunden. Seelsorge findet in jeder wertschätzenden Begegnung statt, in

der die Person mit Demenz und ihre Bedürfnisse wahrgenommen und respektiert werden (Barton et al. 2003; Depping 1997; Elliot 1997; Shamy 2003; VandeCreek 1999). Dies kann beim Essen anreichen, beim Ankleiden, bei einer gemeinsamen Zigarette oder eben bei einem seelsorgerlichen Gespräch sein. Dabei tritt die Vermittlung christlicher Inhalte immer mehr in den Hintergrund. Die Begegnung und das Gespräch an sich werden wichtig. Die Haltung der Pflegekraft oder des Seelsorgers ist entscheidend. Sie vermitteln auf der Gefühlsebene den Respekt für diese Person und werden damit zu einem Geschenk Gottes. Um die Anwesenheit Gottes konkret für den Menschen mit Demenz erfahrbar zu machen, kann beispielsweise das Kreuzzeichen auf die Stirn oder die Brust gezeichnet werden. Um solche Gespräche von einem normalen Alltagsgespräch abzuheben, könnte durch ein Kreuz in der Hand des Betroffenen die seelsorgerliche Dimension hervorgehoben werden.

Gebete sprechen

Gemeinsames Beten ist nicht ausschließlich Seelsorgern vorbehalten. Jeder kann dies tun. Gebete spricht man zu den unterschiedlichsten Anlässen, beispielsweise als Dank- oder Bittgebet, als Hilferuf, als Tisch-, Morgen- oder Abendgebet. Im Rahmen von Gottesdiensten haben Gebete ihren festen Platz, beispielsweise als Psalmgebet, Glaubens- oder Sündenbekenntnis.

- Müde bin ich, geh zur Ruh, schließe beide Äuglein zu. Vater, lass die Auge dein über meinem Bettchen sein. Alle, die mir sind verwandt, Herr, lass ruhn in deiner Hand. Alle Menschen, groß und klein, sollen dir befohlen sein.
- Komm, Herr Jesus, sei unser Gast und segne, was du uns bescheret hast.
- Alle guten Gaben, alles, was wir haben, kommt oh Gott von dir. Dank sei dir dafür.

Bei Menschen mit Demenz ist es sinnvoll, auf bekannte Gebete zurückzugreifen (Barton et al. 2003; Depping 1997; Shamy 2003). Ein sehr bedeutendes Gebet für Christen ist das „Vater unser“. Hierdurch wird die Güte Gottes wie in keinem anderen Gebet vermittelt. Im Gottesdienst hat es seinen festen liturgischen Platz. Ebenso kann es bei der Sterbebegleitung oder am Ende eines Seelsorgegespräches als Versicherung der Anwesenheit Gottes seinen Platz finden. Für Katholiken ist das Rosenkranzgebet ebenfalls sehr wichtig. Durch das Fühlen der Rosenkranzkette wird zudem ein zusätzlicher Sinn angesprochen, was die helfende Wirkung unterstützen kann. Durch Fürbittengebete bittet man für andere Menschen. Für Menschen mit Demenz kann dies deshalb wichtig werden, da sie als sehr abhängige Personen in die Lage versetzt werden, etwas für andere zu tun (Depping 1997).

Diese Gebete werden frei formuliert. Die Fürbitte sollte jedoch nicht abstrakt sein, sondern konkret vertraute Personen der Betroffenen wie die Kinder, Enkelkinder oder die Pflegenden ansprechen. Am Ende einer jeden Bitte kann gemeinsam „Herr erbarme dich“ gesprochen werden (Depping 1997; Shamy 2003). Als Gebete eignen sich auch biblische Psalme. Einer der bekanntesten und viel in der Begleitung von Menschen mit Demenz genutzten Psalme ist der 23. Psalm „Der Herr ist mein Hirte. Mir wird nichts mangeln“. Er wurde früher häufig auswendig gelernt (Barton et al. 2003; Shamy 2003; VandeCreek 1999).

Betender:	Herr, ich bitte dich für die lieben Kinder und Enkelkinder. Sie sollen gesund bleiben.
Alle:	Herr, erbarme dich.
Betender:	Herr, ich bitte dich für alle, die uns versorgen. Beschütze sie auf ihren Wegen.
Alle:	Herr, erbarme dich.

Christliche Musik und Lieder

Wie bereits angesprochen werden mit zunehmender Demenz sinnliche Angebote wie Berührungen oder Musik immer wichtiger. Vielmehr als das gesprochene Wort erreicht beispielsweise die Musik die Menschen auf der Gefühlsebene (Elliot 1997; VandeCreek 1999). Gemeinsam zu musizieren oder zu

singen, verbindet eine Gemeinschaft. Ähnlich wie bei den Gebeten ist das Singen christlicher Lieder nicht nur Seelsorgern vorbehalten oder nur im Rahmen eines Gottesdienstes sinnvoll. Anstatt eines Gebetes kann ein Lied die Mahlzeit oder die Abendruhe einleiten. Auch hier gibt es verschiedene Arten von geistlichen Liedern wie Dankes- und Lobeshymnen, Morgen- und Abendlieder oder Lieder zu den großen Kirchenfesten wie Advent, Weihnachten oder Ostern (Depping 1997). Christliche Musik ist besonders mit Orgelklängen verbunden. Dadurch wird eine sakrale Atmosphäre geschaffen. Sie eignen sich neben der Begleitung in Gottesdiensten auch als Hintergrundmusik beispielsweise bei der Begleitung von Sterbenden (Depping 1997; VandeCreek 1999).

- Großer Gott, wir loben dich
- Lobe den Herrn, den mächtigen König
- Jesus geh voran auf der Lebensbahn
- Macht hoch die Tür, die Tor' macht weit
- Oh du fröhliche, oh du selige
- Geh aus, mein Herz und suche Freud

Gottesdienste feiern

Gottesdienste sind für Menschen mit Demenz mit religiösen Bedürfnissen sehr wichtig, da sich hier in verinnerlichter Weise der Anwesenheit Gottes versichert werden kann. Da für Menschen mit Demenz auch die Umgebung und Atmosphäre eine große Rolle spielt, kann es wichtig sein, neben den Gottesdiensten im Heim gelegentlich einen Kirchbesuch zu organisieren. Hier vermittelt sich durch die Musik, die Gerüche oder durch die Gesänge der Gemeinde das gottesdienstliche Gefühl noch besser (Barton et al. 2003; Baumann 2006; Depping 1997; Derndinger 2004; Probst 2003; Shamy 1993; VandeCreek 1999). Wichtig für einen Gottesdienst für Menschen mit Demenz ist, dass er auf deren Bedürfnisse und Fähigkeiten abgestimmt ist. Als allgemeine Regeln kann man folgendes sagen:

- Die Länge sollte 25 bis 30 Minuten nicht überschreiten.
- Der Ablauf des Gottesdienstes sollte immer gleich sein. Abwechslung kann durch unterschiedliche (aber bekannte) Lieder hergestellt werden. Die Begleitung durch ein Klavier oder eine Orgel wäre sinnvoll.
- Die Sprache sollte deutlich, einfach und bildhaft sein. Die Worte sollten möglichst mit Gegenständen unterstrichen werden und langsam gesprochen werden. Bei Menschen mit schwerer Demenz wird dies immer wesentlicher.
- Die Predigt sollte anschaulich und sinnlich erfahrbar ausgestaltet sein. Beispielsweise durch schwere Steine, die Ängste symbolisieren und die von den Teilnehmern auf den Altar getragen werden.
- Der Altar sollte alle wesentlichen christlichen Symbole enthalten wie Kreuz, Kerzen, Bibel, Altartuch in der entsprechenden liturgischen Farbe und eventuell Abendmahlsgeschirr.
- Der Seelsorger sollte sich durch einen Talar oder ein Messgewand als solcher deutlich zu erkennen geben.

(Barton et al. 2003; Depping 1997; Derndinger 2004; Probst 2003; Shamy 2003)

- Musikalisches Vorspiel
- Vertrautes Lied wie „Großer Gott, wir loben dich"
- Psalmlesung wie Psalm 23: Der Herr ist mein Hirte
- Liturgischer Wechselgesang: Kyrie, Gloria
- Kurze Predigt
- Vertrautes Lied wie „Liebster Jesus, wir sind hier"
- Feier des Abendmahls/ der Eucharistie
- Vater unser – Gebet
- Segen wie „Im Namen des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes" mit Kreuzzeichen
- Vertrautes Lied wie „So nimm denn meine Hände"
- Musikalisches Nachspiel

Aus organisatorischen Gründen ist es meistens nicht möglich, den Gottesdienst an einem Sonntag zu feiern. Wenn es möglich ist, sollte der Gottesdienst jedoch seinen festen Platz im Wochenablauf haben.

An wichtigen religiösen Festen wie Ostern, Pfingsten, Weihnachten, Totensonntag sollte möglichst auch ein entsprechendes Gottesdienstangebot gemacht werden (Barton et al. 2003; Shamy 2003). So kann den Menschen auch eine grobe zeitliche Orientierung vermittelt werden (Döhner 2006).

Abendmahl feiern

Das Abendmahl feiern oder die Eucharistiefeier zu begehen, ist ein besonderer Augenblick für Christen. Nirgendwo anders drückt sich Zuwendung, Gemeinschaft, Wertschätzung und Geborgenheit durch das Schmecken von Brot und Wein (Saft) aus wie bei diesem Ritual. Daher sollte es auch in jedem evangelischen Gottesdienst für Menschen mit Demenz nicht fehlen (Probst 2003; Shamy 2003; VandeCreek 1999). Ein Abendmahl kann auch im Rahmen der Sterbebegleitung wichtig sein. Für katholische Christen ist hier die Krankensalbung von Bedeutung. Wo Worte immer mehr versagen, müssen andere Sinne mehr und mehr aktiviert werden. Abendmahl und Krankensalbung sind sehr sinnlich ausgerichtet und erhalten somit für Menschen mit Demenz eine immer größere Bedeutung.

Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Seelsorgern

Ähnlich wie mit anderen Berufsgruppen sollten Pflegende auch mit den Seelsorgern im Sinne der Betroffenen kooperieren. Dabei muss deutlich werden, dass sich beide Professionen gleichberechtigt und wertschätzend gegenübertreten (Barton et al. 2003; Cavendish et al. 2007; Shamy 2003; VandeCreek 1999). Die Zusammenarbeit kann man auf zwei Ebenen beschreiben.

Voneinander lernen

In der Studie von (Cavendish et al. 2007) wird deutlich, dass Pflegende durchaus von Seelsorgern als gleichberechtigte Partner im Rahmen spiritueller Begleitung von kranken Menschen angesehen werden. Gleichzeitig wird von den Seelsorgern beschrieben, dass Pflegende Zurückhaltung üben und Angst vor Fehlern bei der seelsorgerlichen Begleitung haben. Hier ist ein Ansatz zur Zusammenarbeit zu sehen. Durch gemeinsame Fortbildungen können Seelsorger den Pflegenden Handlungssicherheit und Ermutigung beim Sprechen von Gebeten, Singen christlicher Lieder oder dem Einsatz von christlichen Symbolen in der Sterbebegleitung geben. Ebenso können und sollten Seelsorger von der Kompetenz der Pflegenden lernen. Sie sind Experten in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz auf verbaler und vor allem nonverbaler Ebene. Die Kenntnis und Anwendung von Konzepten wie der Basalen Stimulation oder die Nutzung von Erkenntnissen der personenzentrierten Betreuung sind für Altenheimseelsorger unerlässlich (Derndinger 2004; Döhner 2006). Immer wieder wird auch betont, dass es für Pflegende wichtig ist, sich über ihren Arbeitsalltag und ihre eigenen religiösen/spirituellen Bedürfnisse auszutauschen (Barton et al. 2003; Cavendish et al. 2007; Shamy 2003). An dieser Stelle können Seelsorger Hilfestellung auch für die Pflegenden beispielsweise im Rahmen eines Gesprächskreises sein (Barton et al. 2003; Demski 2005).

Miteinander arbeiten

Für Seelsorger wie für Pflegende ist die tief greifende Kenntnis über die Biografie der Betroffenen einschließlich ihrer religiösen Prägung für ihre Arbeit notwendig (Demski 2005; Döhner 2006; Shamy 2003). An dieser Stelle sollte ein enger Austausch zwischen den Berufsgruppen stattfinden. In regelmäßigen Treffen könnte ein Erfahrungsaustausch über bestimmte Bewohner hilfreich sein. Ebenso sollte darüber nachgedacht werden, wie in christlichen Häusern ein religiöses Konzept erarbeitet werden kann. Hier sollten Seelsorger wie Pflegende gleichberechtigt beteiligt

werden. Neben der allgemeinen Auseinandersetzung über Ziele des Konzeptes wäre es sinnvoll, wenn beide Berufsgruppen gemeinsam einen auf die Menschen mit Demenz abgestimmten Gottesdienst erarbeiten. Gleichfalls könnte ein Begrüßungsritual für neue Bewohner mit Vorstellung der religiösen Angebote, ein Seelsorgekoffer für die Sterbebegleitung oder religiöse Erinnerungskisten erstellt werden. Der Umgang mit diesen Hilfsmitteln sollte eingeübt und im Erfahrungsaustausch weiterentwickelt werden. Ebenso könnte die Milieugestaltung thematisiert werden (Barton et al. 2003; Döhner et al. 2002; VandeCreek 1999).

Fazit

Dieser Artikel hat ausschließlich den christlichen Glauben und dessen Symbole und Rituale in den Blick genommen. Da nun auch die erste Migrationsgeneration in diesem Land älter wird, kann es in Heimen zunehmend zur Begegnung mit Angehörigen anderer Religionen vor allem dem Islam kommen. Die Bedeutung von Symbolen, Ritualen und das Bedürfnis nach Ausübung des Glaubens gelten sicherlich auch für diese Menschen. Entsprechend dieser Traditionen sollten dann für diese Gruppe Angebote gemacht werden und entsprechende Experten zu Rate gezogen werden. Unausweichlich und unabhängig von der Religion bleibt die Tatsache, dass sich Seelsorger und Pflegende mit ihren jeweiligen Kompetenzen ergänzen und hilfreich zur Seite stehen sollten. Denn eines ist sicher: Die Erfüllung religiöser Bedürfnisse ist für das Wohlbefinden der aktuell von Pflege abhängigen Generation von großer Bedeutung. Die mögliche Unsicherheit im Umgang mit religiösen Themen in der Generation der Pflegenden sollte nicht dazu führen, dass Religion und Glaube im Heimalltag ausgeklammert werden. Dadurch würde man diesen Menschen die Möglichkeit nehmen, Geborgenheit und Halt in der menschlichen Begegnung und durch Gott zu spüren. Denn wie Jesus schon wusste: „Der Mensch lebt nicht vom Brot allein, sondern von jedem Wort, das aus Gottes Mund kommt.“

Charlotte und Frank Boes

Nachgefragt: Interview mit Prof. Susan McFadden

Susan McFadden ist Professorin für Psychologie an der Universität Wisconsin Oshkosh, USA. Sie widmet sich hauptsächlich Studien zur Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters und zur Religionspsychologie. Beide Themengebiete führt sie in zahlreichen Forschungsprojekten und Veröffentlichungen zusammen, die sich mit den Wechselbeziehungen von Religiosität/Spiritualität und dem Altern von Menschen beschäftigen. McFadden arbeitet darüber hinaus intensiv mit Menschen mit Demenz in den fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Sie interessiert sich für deren Potenziale Kreativität auszudrücken, Emotionalität zu erfahren, in Gemeinschaft zu leben sowie für den Einfluss von Lebens- und Umweltfaktoren auf ihr Wohlbefinden.

DeSS: *Professor McFadden, Sie beschäftigen sich seit einer ganzen Reihe von Jahren mit dem Thema „Spiritualität und Alter". Wie würden Sie die Entwicklung in diesem Bereich während der letzten zehn Jahre in den USA beschreiben? Können Sie uns hierzu Näheres etwa im Hinblick auf Veröffentlichungen, Forschungsstränge, Erklärungsansätze und konkrete Auswirkungen auf die Praxis berichten?*

McFadden: Im vergangenen Jahrzehnt hat das wissenschaftliche Interesse an Religion, Spiritualität und Altern ungeheuer zugenommen. Ein beträchtlicher Teil der Forschung hat sich dabei auf die Frage konzentriert, wie religiöse Überzeugungen und Praktiken die unterschiedlichen Aspekte der Gesundheit alter Menschen beeinflussen. Diese Arbeiten wurden dann in den führenden gerontologischen Fachzeitschriften veröffentlicht. Außerdem hat man die entsprechenden Untersuchungen auf zahlreichen gerontologischen Fachkonferenzen in den USA vorgestellt. Einer der Gründe für diese starke Interessenszunahme war, dass das „National Institute on Aging" Interesse an diesem Themengebiet gezeigt und in den späten 90er Jahren eine „Arbeitsgruppe Altern" gebildet hat mit dem Ziel, Messinstrumente für Religiosität/Spiritualität für den Einsatz im Gesundheitswesen zu entwickeln. Die Legitimation dieses Themengebietes durch eine Bundesbehörde war äußerst wichtig, denn das hatte zur Folge, dass entsprechende Forschungsgelder leichter zugänglich waren. So hat etwa die „John Templeton Foundation" (siehe Infokasten) beträchtliche Ressourcen zur Verfügung gestellt, um diese Art von Forschung zu unterstützen.

John Templeton Foundation
Die John Templeton Foundation wurde 1987 von dem vermögenden US-amerikanischen Unternehmer Sir John Templeton gegründet. Als einflussreicher Förderer der Wissenschaft ist Templeton ein typischer Vertreter der US-amerikanischen Philanthropie; darüber hinaus steht die ihm zugeschriebene Amalgamierung einer Befürwortung harter naturwissenschaftlicher Methoden der Erkenntnisgewinnung einerseits und einer an religiösen Themen und Fragestellungen interessierten Einstellung andererseits in einer langen US-amerikanischen aufklärerischen Tradition. Die renommierte, politisch als konservativ-libertär geltende Stiftung unterhält sehr gute Beziehungen zu den Spitzenuniversitäten des Landes und fördert insbesondere die Erforschung der „großen Fragen", aber auch spiritueller Themen mit Hilfe „harter" naturwissenschaftlicher Methoden der Erkenntnisgewinnung. Laut eigenen Aussagen schüttet die Stiftung jährlich ca. 60 Millionen US-Dollar an Fördergeldern für Stipendien und Forschungsprogramme aus.

In den beiden großen gerontologischen Vereinigungen der USA – der Gerontological Society of America (GSA) und der American Society on Aging (ASA) – gibt es aktive Gruppen, die sich für Forschung zu Religion, Spiritualität und Altern stark machen. Da diese Gruppen von beiden Vereinigungen offiziell anerkannt sind, können sie auf den Konferenzen mehr Symposien und Formate für die Präsentation von Postern und Vorträgen organisieren. Das hat dazu geführt, dass immer mehr Wissenschaftler die Entwicklungen auf diesem Gebiet zur Kenntnis genommen haben. Außerdem gibt es inzwischen eine eigene Fachzeitschrift, die sich speziell mit dem

Thema befasst – das „Journal of Religion, Spirituality and Aging“ siehe dazu Artikel „Informationstransfer“.

Wenn Sie mich fragen, passieren die aufregendsten Entwicklungen aber außerhalb dieses speziellen Gesundheitsschwerpunkts, weil Forscher jetzt nämlich damit beginnen, die Rolle von Religion und Spiritualität im Bereich des „menschlichen Gedeihens“ *(human flourishing)* zu untersuchen – das ist ein Konstrukt, das im neuen Gebiet der positiven Psychologie entstanden ist. Diese Forscher befassen sich mit einer breiten Palette von Themen wie etwa Dankbarkeit, moralische Entscheidungsfindung, Kreativität usw. Inzwischen ist eine beachtliche Anzahl an Arbeiten zum religiösen Coping (der Bewältigung von Krankheit oder Lebenskrisen) zu verzeichnen; ein Teil davon hat sich speziell mit älteren Menschen befasst. Eine deutliche Schwäche in diesem Zusammenhang ist, dass es dieser Art von Forschung derzeit noch an theoretischer Unterfütterung mangelt, obwohl sich neuerdings Emotionstheorien in Verbindung mit der positiven Psychologie als bedeutsam erwiesen haben. Außerdem hat man sich bei der Hypothesenbildung zur Religiosität und Spiritualität älterer Menschen auf die Theorie der Objektbeziehungen *(object relations theory)* und die Bindungstheorie *(attachment theory)* gestützt.

Bitte beachten Sie, dass ich Ihre Frage aus der Perspektive der Psychologie beantworte. Wenn Sie einen Soziologen oder eine Soziologin um eine Antwort bitten würden, fiele diese wohl etwas anders aus.

Was Ihre Frage zum Praxisbezug angeht – da würde ich sagen, ist das Gesamtbild durchaus gemischt. Die Ausbildung im Priesterseminar schenkt den Themen Altern und alte Menschen leider keine große Beachtung. Andererseits ist jedoch festzustellen, dass Praktiker in Bereichen wie Sozialarbeit und Pflege sich zunehmend dafür interessieren, wie Religiosität und Spiritualität im Leben ihrer Klienten funktionieren. Dadurch, dass sie Wert auf eine ganzheitliche Fürsorge legen, nehmen diese Praktiker sogar häufig eine Einschätzung der spirituellen Bedürfnisse ihrer Klienten vor.

Ein anderer in Entwicklung begriffener Forschungsbereich, von dem ich hoffe, dass er in Zukunft noch stärker werden wird, ist der Frage gewidmet, wie sich unterschiedliche kulturelle Hintergründe auf die Religiosität und Spiritualität alter Menschen auswirken. In den USA sind wir bislang nicht besonders gut darin gewesen, das zu untersuchen. Hierzulande haben wir die Menschen in die Kategorien protestantisch, katholisch oder jüdisch gepackt. Eine Ausnahme hiervon stellt die gute Arbeit dar, die eine Reihe von Forschern bei der Untersuchung von US-Bevölkerungsgruppen mit einem afrikanisch-amerikanischen Hintergrund geleistet haben. Außerdem gibt es ein paar Untersuchungen zu US-Amerikanern mit spanischem bzw. lateinamerikanischem (Latino-)Hintergrund. Wir beginnen jedoch zu verstehen, dass es bedeutsam ist, zwischen Menschen, die beispielsweise von einer karibischen Kultur geprägt sind und solchen, deren Wurzeln in einer afrikanischen Tradition liegen, zu unterscheiden. Die Forschung über Muslime hat, das muss ich leider sagen, gerade erst begonnen. Ich stelle augenblicklich eine Ausgabe für die Zeitschrift „Generations“ (ein Organ der ASA) zusammen, die ganz dem Thema Religiosität, Spiritualität und Altern gewidmet ist. Das Heft wird einen Beitrag von jemandem enthalten, der mit der muslimischen Gemeinschaft arbeitet.

DeSS: *Nachdem Sie sich so lange mit diesen Fragen beschäftigt haben – wie würden Sie Spiritualität definieren – insbesondere in Bezug auf Ähnlichkeiten und vor allem natürlich auf Unterschiede zu Religion und religiösem Glauben?*

McFadden: Diese Frage wird in so gut wie jeder Auseinandersetzung mit der Thematik gestellt. Wie definieren wir diese Begriffe und wie unterscheiden wir sie

voneinander? Die wohl größte Kontroverse bezieht sich natürlich auf die Frage, ob Spiritualität ein transzendentes Objekt beinhalten muss oder ob es auch so etwas wie eine humanistische Spiritualität gibt.

Nach meinem Verständnis ist Spiritualität ein motivationales/emotionales Konstrukt, das die Suche der Menschen nach einer sinnhaften Verbundenheit mit dem Heiligen beschreibt. Diese Bewegung zum Heiligen hin und das Empfinden einer bedeutungsvollen Beziehung zum Heiligen wird oftmals durch innere Erfahrungen (Introspektion und Angedenken), mit anderen Personen und mit der Welt (der Natur, der Kunst usw.) erlebt. Für mich hat Spiritualität ihrem Wesen nach mit Verbundensein zu tun.

Im Unterschied dazu hat Religion mit einer Gruppe von Menschen zu tun, die gemeinsam nach dem Heiligen suchen und die dieses Gefühl sinnhafter Verbundenheit mittels Traditionen, Symbolen, des Schrifttums, Ritualen und gemeinsamen Überzeugungen der Gruppe erlangen.

In den Vereinigten Staaten hat es in den neunziger Jahren eine sehr große Debatte über die Beziehung zwischen Religiosität und Spiritualität gegeben. Es gab Leute, die beides strikt voneinander trennen wollten und argumentierten, dass Religiosität die unreflektierte Unterwerfung einer Gruppe unter Autorität und Dogmen (Glaubenssätze) impliziere. Im Unterschied dazu wurde Spiritualität als mit der individuellen Suche nach Sinnhaftigkeit ohne den „Tross“ religiöser Organisationen assoziiert.

Ein Teil dieser Kontroverse ist auf die „Kulturkriege“ (*culture wars*, siehe Infokasten) in den Vereinigten Staaten zurückzuführen, in denen die religiöse Rechte sehr zur Bestürzung und Empörung vieler Menschen die Diskussion dominiert hat. Das scheint sich jetzt etwas beruhigt zu haben, nachdem sich Evangelikale gegen die Idee gewendet haben, dass Gott Amerikaner sei.

Culture wars in den USA
Die so genannten „culture wars“ haben insbesondere in den 90er Jahren sehr stark die öffentliche Debatte in den USA bestimmt und sich auch stark auf die US-amerikanischen Universitäten und das Geistesleben des Landes ausgewirkt. Im Zentrum des von Vertretern wie dem paleokonservativen Politiker Pat Buchanan geführten Angriffs auf liberale und progessive Traditionen und Denkweisen standen u.a. Themen wie „Umweltextremismus“, Abtreibung, die Rechte homosexueller Menschen, Feminismus, etc. Ein weiteres wichtiges Thema in diesem Zusammenhang war und ist die Religionsfreiheit bzw. religiöse Toleranz. Hier sind, wie McFadden erwähnt, in letzter Zeit prominente Stimmen laut geworden, die sich gegen die extrem nationalistische und ethnozentrische Position der religiösen Rechten gestellt haben. So hat u.a. der weltbekannte, inzwischen hochbetagte US-amerikanische Evangelikale Billy Graham sich im letzten Jahr anlässlich eines Portraits des US-amerikanischen Magazins „Newsweek“ im Sinne religiöser Toleranz in merklichem Abstand von Positionen der religiösen Rechten geäußert.

DeSS: *Wie verstehen Sie die Bedeutung von Spiritualität in Bezug auf Menschen mit Demenz und deren Lebensqualität? Meinen Sie, dass sich die Bedeutung von Spiritualität womöglich analog zu den Stadien der Krankheit verändert?*

McFadden: Ich denke, Spiritualität ist in diesem Kontext in mehrfacher Hinsicht sehr wichtig. Hierzu gibt es in Australien sehr interessante Arbeiten, die sich mit spiritueller Erinnerungsarbeit mit Menschen mit Demenz befassen. Spirituelle Erinnerungsarbeit soll den Menschen dabei helfen, einen Sinn in ihrem Leben zu finden, das als ungeordnet und chaotisch erfahren werden kann. Es wird gute Arbeit über den Zusammenhang von Kreativität und Spiritualität geleistet, und man findet Mittel und Wege, Menschen mit Demenz zu ermöglichen, sich durch unterschiedliche Formen kreativer Äußerung auszudrücken. Ich habe sogar von Programmen gelesen, die Menschen mit Demenz mit meditativen Praktiken vertraut machen. Menschen mit Demenz haben spirituelle Bedürfnisse, und wir fangen an herauszufinden, wie wir diesen Bedürfnissen besser begegnen können. Ich denke, die Art und Weise, diesen

Bedürfnissen zu begegnen, wird sich im Verlauf der Krankheit unterscheiden. Manchmal, vor allem in den weit fortgeschrittenen Stadien, wird man die Zusicherung der Liebe Gottes durch eine sanfte Berührung kommunizieren oder durch einen mit Feingefühl wiederholten Vers aus einem heiligen Text, mit einem von der Person geliebten Loblied usw. Wenn man Spiritualität als ihrem Wesen nach relational, als Verbundensein versteht, dann fängt man an, sehr viele Möglichkeiten zu sehen, die Seele von Menschen mit Demenz zu nähren – und Möglichkeiten, von ihnen eine Belebung des Geistes zurück zu bekommen. Wir denken viel zu selten über die Möglichkeit nach, dass diese Menschen uns etwas schenken können!

Was ich als größte Herausforderung empfinde ist, dass Geistliche und Laien oftmals nicht verstehen, wie sie mit der Spiritualität von Menschen mit Demenz in Kontakt kommen können. In ein Pflegeheim gehen und die Sonntagspredigt wiederholen ist nicht so furchtbar bedeutungsvoll. Viele Geistliche denken immer noch, dass sie nicht viel tun können, um Menschen mit Demenz seelsorgerlich zu betreuen, und das halte ich für äußerst bedauerlich. Wir müssen sehr viel besser darin werden, Menschen hierfür auszubilden.

DeSS: *Was können Praktiker tun, um den spirituellen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz entgegen zu kommen? Gibt es Ansätze, die sich vergleichsweise einfach in die alltägliche Pflegepraxis in Pflegeeinrichtungen integrieren lassen? Welche Akteure sollten hier Ihrer Meinung nach einbezogen werden?*

McFadden: Ich denke, man kann viele Arten der Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz als Ausdrucksweisen von Spiritualität verstehen. Ich habe über „relationale Achtsamkeit“ geschrieben – damit meine ich, dass egal ob wir jemanden baden, ihm oder ihr beim Essen helfen, oder sie/ihn von einem Ort zu einem anderen bringen, unsere Absicht immer sein sollte, für den Menschen präsent zu sein. Menschen, die die Welt religiös interpretieren, würden vielleicht sagen, dass sie die Liebe Gottes ausdrücken, indem sie dies tun.

Die Art und Weise, wie wir mit Menschen mit Demenz kommunizieren, kann spirituelle Bedürfnisse befriedigen. Es ist beispielsweise wichtig zu erkennen, Menschen als Individuen anzuerkennen und sie ihrer Identität zu versichern.
Ich denke, wir könnten sehr viel besser darin sein, durch die Künste oder durch Möglichkeiten, die Natur zu erleben, Schönheit in das Leben von Menschen mit Demenz zu bringen. Wir müssen auch daran arbeiten, dass Menschen mit Demenz sich weniger isoliert und alleine fühlen, indem wir für sie Wege auftun, in Gemeinschaft Wertschätzung zu erfahren. Und wir müssen auch dahingehend Kreativität entfalten, dass wir Möglichkeiten entwickeln, damit Menschen mit Demenz etwas Wertvolles mit anderen teilen können.

Leider ist es so, dass das Personal in vielen Pflegeeinrichtungen schlecht bezahlt und schlecht behandelt wird. Für mich ist das eine Sache der Gerechtigkeit, der sich religiöse Menschen annehmen sollten. Wir können nicht erwarten, dass Menschen, die alte Menschen professionell pflegen und begleiten, gute Arbeit leisten, wenn deren Gemütsverfassung aufgrund ihrer Arbeitsbedingungen und der mangelnden Anerkennung und Unterstützung, die ihnen für ihre schwierige Arbeit zuteil wird, derart beschädigt wird.

DeSS: *Was sind wichtige Themen für Forscher auf diesem Gebiet? Welche Art von Forschung eignet sich für die Anwendung?*

McFadden: Ich denke, Sie können meinen Antworten einige der Themen und Belange entnehmen, die mir am Herzen liegen. Wir haben uns zu lange nur auf die kognitiven Einbußen von Menschen mit Demenz

konzentriert. Aber was ist das, was sie uns noch immer geben können? Welches sind die Stärken, die sie bewahren? Wenn wir uns auf eine personzentrierte Pflege konzentrieren und begreifen, dass Spiritualität etwas Relationales ist, dann, denke ich, werden wir aufregende neue Möglichkeiten für die Forschung wie auch für Anwendungen dieser Forschung in der Pflege und Begleitung entdecken. Eine der Herausforderungen, die die meisten Forscher in den sozialwissenschaftlichen und biomedizinischen Disziplinen meiner Ansicht nach angehen müssen ist ihr Mangel an Wissen über die Sichtweisen dieser Themen und Belange, die in den Geisteswissenschaften existieren. Forscher wissen zum Beispiel oftmals kaum etwas über Theologie, und sie wissen herzlich wenig über die unterschiedlichen Weltanschauungen und Auffassungen von Person, die von den verschiedenartigen Formen von Religion sozialisiert werden. Das ist eine gewaltige Herausforderung, der wir uns jetzt zu stellen beginnen, aber wir haben einen langen Weg vor uns. Gerade wenn wir über die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz sprechen, sollten wir nicht von einer Einheitsgrößenmentalität ausgehen. Andererseits, so denke ich, kann unsere Arbeit mit Menschen mit Demenz uns möglicherweise Einblicke in das eigentliche Wesen von Spiritualität und Religiosität gewähren, das durch die von Menschen gemachten Konstrukte mannigfaltiger und spezifischer religiöser Überzeugungen und Praktiken oftmals verdeckt wird.

Übersetzung aus dem Englischen
von Gabriele Kreutzner

Informationstransfer: Forschung, Weiterbildung, Literatur

Weltweit setzen sich zahlreiche Forschungsinstitute, Expertenrunden, Bürgerinitiativen etc. mit dem Themenkomplex Spiritualität - Alter(n) - Krankheit auseinander. Einige dieser Gruppen nehmen explizit auch Menschen mit Demenz und deren spirituelle Bedürfnisse in den Blick. In diesem Artikel stellen wir – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – internationale Forschungs- und Weiterbildungszentren vor, auf die wir bei unseren Recherchen gestoßen sind und die gute Informationsmaterialien zur Verfügung stellen.

Australien: Centre for Ageing and Pastoral Studies (CAPS)

Das „Centre for Ageing and Pastoral Studies „(CAPS)" ist ein konfessionell ungebundenes Institut, das sich im nationalen und internationalen Kontext mit Spiritualität alter Menschen und Seelsorge in der Altenhilfe auseinandersetzt. Es wurde im Jahr 2000 gegründet und versteht sich als Brücke zwischen universitärer Forschung und Versorgungspraxis und arbeitet eng mit der theologischen Fakultät der „Charles Sturt University" in Canberra zusammen. Geleitet wird das CAPS von der Krankenpflegerin, anglikanischen Geistlichen und Professorin Elizabeth MacKinlay. Aus einer interdisziplinären Perspektive betrachtet das CAPS die Lebensqualität alter und demenziell veränderter Menschen, fragt nach Sinnhaftigkeit und Wohlbefinden. Neu erschlossenes Wissen gibt das Institut durch Beratungen, Aus- und Weiterbildungsangebote – wie den Master-Studiengang „Ageing and pastoral Studies" – und publizistische Tätigkeit in die Versorgungspraxis weiter. Die Entwicklung sozialpolitischer Leitlinien zum Thema ist eine weitere Aufgabe. Dabei wendet sich das CAPS an Seelsorger, Geistliche, Sozialarbeiter, Pflegende und andere Profis der Altenhilfe, aber auch an betroffene alte Menschen selbst. Um überregional gehört zu werden setzt das Institut auf die aktive Vernetzung mit Organisationen weltweit, die einen vergleichbaren Themenfokus haben.

Centre for Ageing and Pastoral Studies
15 Blackall Street
Barton ACT 2600
Australia
Telefon: 0061 - 2 6273 8551
Fax: 0061 - 2 6273 4067
E-Mail: caps@csu.edu.au
Internet: www.centreforageing.org.au

England: Zeitschrift „Spirituality and Health International"

Die vom Verlag „John Wiley & Sons Ltd." herausgegebene Fachzeitschrift „Spirituality and Health International" erscheint einmal pro Quartal und beschäftigt sich in qualitativ anspruchsvollen Artikeln mit dem Thema von Spiritualität in der Pflege. Das Journal ist konfessionell ungebunden und geht davon aus, dass Spiritualität eine zentrale Dimension in der Betreuung hilfebedürftiger Menschen darstellt und verschiedene Fachbereiche interdisziplinär durchdringt. Mit einem offenen Blick lotet „Spirituality and Health International" die Bedeutung von Spiritualität in all ihren Erscheinungsformen und Möglichkeiten aus. Dabei setzt es sich mit evidenzbasiertem Wissen ebenso auseinander wie mit Glaubens- und Wertvorstellungen, die in der Interaktion zwischen Wissenschaftlern, Medizinern, Pflegenden und Patienten eine Rolle spielen. Die Zeitschrift wendet sich fachübergreifend an alle im Gesundheitswesen Beschäftigten, die Interesse an neuen Erkenntnissen und Sichtweisen in Bezug auf Spiritualität in der Pflege haben.

John Wiley & Sons Ltd.
Journals Fulfilment Department
1 Oldlands Way, Bognor Regis
West Sussex PO22 9SA
England
Telefon: 0044 (0) 1243 843335
Fax: 0044 (0) 1243 843232
E-Mail: cs-journals@wiley.co.uk
Internet: www.eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-SHI.html

England: Leveson Centre for the Study of Ageing, Spirituality and Social Policy

Das „Leveson Centre for the Study of Ageing, Spirituality and Social Policy" wurde im Januar 2001 eröffnet und ist Teil der Stiftung "Lady Katherine Leveson in Temple Balsall". Unter der Leitung des Theologen Dr. James Woodward soll das Zentrum sich zu einem regional und national bedeutenden Institut entwickeln, das interdisziplinäre Studien zu den Themenfeldern Altern, Spiritualität und Sozialpolitik durchführt. Das Institut reflektiert die Rolle alter Menschen in der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts und untersucht insbesondere, wie diese – unabhängig von einer bestimmten Glaubensrichtung – Spiritualität erfahren. Ziel ist es, alte Menschen darin zu bestärken, ihre spirituellen Bedürfnisse auch zu leben. Im Blick hat das „Leveson Centre" besonders auch Menschen mit Demenz. Es unterstützt die „Dementia Group" des „Christian Council on Aging", einem christlichen Bürgerverband, der sich für die Bedürfnisse und Rechte alter Menschen engagiert. In der Arbeitsgruppe Demenz bemühen sich Experten vor allem um den Aufbau eines Netzwerks von Organisationen, die sich mit der spirituellen Begleitung von Menschen mit Demenz beschäftigen. Das „Leveson Centre" lädt mehrmals im Jahr zu Fortbildungsveranstaltungen ein. Öffentliche Vorlesungen renommierter Forscher, ein Newsletter und zahlreiche Publikationen und Downloads auf der Webseite runden das Angebot ab.

The Leveson Centre
Temple Balsall
Knowle, Solihull
West Midlands
B93 0AN
United Kingdom
Telefon: 0044 - (0) 1564 778022
Fax: 0044 - (0) 1564 778432
E-Mail: leveson.centre@virgin.net
Internet: www.rps.gn.apc.org/leveson/study.htm

Christian Council on Aging
Telefon: 0044 - (0) 845 094 4161
E-Mail: dementia@ccoa.org.uk
Internet: http://www.ccoa.org.uk

Schottland: Centre for Spirituality, Health and Disability

Das „Centre for Spirituality, Health and Disability" ist der „School of Divinity with Religious Studies and Philosophy" am „King's College" der Universität Aberdeen angegliedert und wird geleitet vom Theologen und Seelsorger Prof. John Swinton. Das Zentrum erforscht Zusammenhänge zwischen Spiritualität, Gesundheit und Wohlbefinden und fragt nach dem Sinn von und Platz für Spiritualität im heutigen Gesundheitswesen. Alle personellen und strukturellen Ressourcen der Universität stehen dem Zentrum zur Verfügung. Dadurch hat es die Möglichkeit, auch umfassende interdisziplinäre Forschungsprojekte durchzuführen. Der Netzwerkgedanke ist zentral für das „Centre for Spirituality, Health and Disability": Ziel ist es, Wissenschaftler, Praktiker und Fortbildner verschiedener Disziplinen zu einer kreativen Zusammenarbeit anzuregen und innovative Weiterbildungsprogramme zu entwickeln.

Centre for Spirituality, Health and Disability
School of Divinity with Religious Studies and Philosophy
King's College, University of Aberdeen
Aberdeen
AB24 3UB
United Kingdom
Telefon: 0044 - (0) 1224273224
Fax: 0044 - (0) 1224-273750
E-Mail: j.swinton@abdn.ac.uk
Internet: www.abdn.ac.uk/cshad

Schottland: Spiritual Care im NHS Scotland

Der „National Health Service" (NHS) in Schottland definiert Seelsorge im Gesundheitswesen als eine Dienstleistung, die dem Patienten, seiner Familie, Pflegenden, Ärzten etc. zur Verfügung stehen sollte, um existenziellen und spirituellen Bedürfnissen angemessen zu begegnen. Spirituelle Pflege definiert der NHS als personzentrierte Pflege, die den Betroffnen dabei unterstützen soll, seine eigenen Ressourcen in der Auseinandersetzung mit Zweifeln und Ängsten zu aktivieren

und Krankheiten so besser zu bewältigen. Um diesen Anspruch in die Praxis hineinzutragen, initiierte der NHS eine nicht konfessionsabhängige und interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu Spiritual Care. Diese entwickelte 2002 den Leitfaden „Guidelines on Chaplaincy and Spiritual Care in the NHS in Scotland", der in Form eines Rundschreibens durch das Gesundheitsministerium verbreitet und dessen Umsetzung gefordert wurde. Die umfassenden Guidelines beleuchten das Selbstverständnis und die Verantwortung staatlicher Gesundheitseinrichtungen, Möglichkeiten der Implementierung seelsorgerischer Angebote in lokalen Versorgungsstrukturen, die Auswahl von qualifiziertem Personal und dessen Weiterbildung sowie bauliche Anforderungen, etwa die Einrichtung von Kapellen oder Ruheräumen. Kontrolliert und evaluiert wird die Umsetzung des Leitfadens durch die NHS-Abteilung "Healthcare Chaplaincy Training and Development" unter Leitung des Geistlichen Chris Levinson. Diese Abteilung engagiert sich für die Aus- und Weiterbildung von Seelsorgern im Gesundheitswesen und stellt über ihre Webseite zahlreiche Materialien zum Thema zur Verfügung.

NHS Education for Scotland (NES)
Chris Levison
2 Central Quay
89 Hydepark Street
Glasgow
G3 8BW
United Kingdom
Telefon: 0044 - (0)141 223 1444
Fax: 0044 - (0)141 223 1403
E-Mail: chris.levison@chaplains.co.uk
Internet: www.spiritualcare.org.uk

Schweiz: Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit

Das schweizerische „Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit" möchte Weiterbildung und Forschung auf dem Gebiet Religion, Spiritualität und Gesundheit in der Schweiz und in ganz Europa fördern. Dabei legt es großen Wert auf die aktive Vernetzung von Personen und Institutionen, die in diesem Bereich tätig sind. Unter Leitung des Chefarztes der psychosomatischen Abteilung der Klinik SGM Langenthal, Dr. René Hefti, initiiert das Institut Forschungsprojekte und unterstützt Dissertationen zum Thema. Eine weitere Aufgabe ist das Sammeln und Systematisieren relevanter Fachliteratur. Mit einem regelmäßigen Newsletter sichert das Zentrum den Informationstransfer in die Versorgungspraxis.

Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit
Weissensteinstraße 30
CH-4900 Langenthal
Telefon: 0041 - 62 919 22 11
Fax: 0041 - 62 919 22 00
E-Mail: info@rish.ch
Internet: http://www.rish.ch

Schweiz: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich und Diakoniewerk Neumünster

Das Zentrum für Gerontologie (ZfG) ist ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum der Universität Zürich, das die Vernetzung und Förderung von Forschung und Lehre auf allen Gebieten der Alterswissenschaften an universitären Institutionen im In- und Ausland anstrebt. Das Diakoniewerk Neumünster ist eine im Bereich der Gesundheitsfürsorge und des Sozialwesens tätige Stiftung, die eine Stabsstelle für Spiritualität eingerichtet hat und sich der Entwicklung zeitgemäßer Formen von Spiritualität widmet. Die Stabsstelle wird von der Pfarrerin und Sozialtherapeutin Anemone Eglin geleitet. Eglin beschreibt Spiritualität als eine unabhängig von einer bestimmten Religionsgemeinschaft erlebte „Beziehung zu einem Letztgültigen, aus der ein Mensch Sinn und Kraft zur Gestaltung des Alltags gewinnt". Das ZfG und das Diakonierwerk Neumünster initiierten 2005 bis 2006 ein gemeinsames Forschungsprojekt „Spiritualität in der stationären Altenpflege". Die Interventionsstudie hatte folgende Ziele: Erstens beim Pflegepersonal das „Erkennen, Wahrnehmen und Reflektieren der spirituellen Dimension im Pflegealltag" zu fördern. Notwendig dazu waren erstens die Klärung des Begriffs Spiritualität, die Reflexion der eigenen

Spiritualität, die Sensibilisierung für die Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse der Bewohner/innen und eine erhöhte praktische Kompetenz im Umgang mit diesen Bedürfnissen. Zweitens bei den Bewohner eine „Verbesserung der Lebensqualität im spirituellen Bereich“ zu erreichen und zwar durch ein verbessertes Sinn-Erleben, bessere Unterstützung der individuellen, spirituellen Praxis, das „sich trauen“, spirituelle Bedürfnisse zu äußern, spirituelle Themen anzusprechen und damit ernst genommen zu werden. Im Rahmen des Forschungsprojekts entstand auch die Publikation „Das Leben heiligen. Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz“ (Eglin et al. 2006).

Universität Zürich
Zentrum für Gerontologie
Schaffhauserstraße 15
CH - 8006 Zürich
Telefon: 0041 - (0) 44 635 34 20
Fax: 0041 - (0) 44 635 34 21
E-Mail: zfg@zfg.uzh.ch
Internet: www.zfg.uzh.ch

Stiftung Diakoniewerk Neumünster
Stabsstelle Spiritualität, Anemone Eglin
Trichtenhauserstrasse 24
8125 Zollikerberg
Telefon: 0041 - (0) 44 397 38 59
E-Mail: a.eglin@diakoniewerk-neumuenster.ch
Internet: www.diakoniewerk-neumuenster.ch

USA: Center for Spirituality and Aging (CSA)

Das „Center for Spirituality and Aging“ (CSA) ist ein Informations- und Bildungszentrum in Trägerschaft der „California Lutheran Homes and Community Services”, einer Stiftung mit Sitz im kalifornischen Anaheim. Das CSA, das vom lutherischen Pfarrer, Theologen und Gerontologen Donald Koepke geleitet wird, versteht das Altern als eine spirituelle Reise mit vielen ethischen Herausforderungen. Den Bedürfnissen alter Menschen sollte von einem ganzheitlichen Blickwinkel aus begegnet werden. Dieses Verständnis vermittelt das CSA unter anderem in seiner Weiterbildungsreihe „Spiritual Care Basics”, die sich sowohl an Führungskräfte und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen, Hospizen und Kliniken, als auch an Vertreter christlicher und jüdischer Gemeinden sowie anderer Glaubensgruppen wendet. Das CSA bemüht sich darum für seine Fortbildungen Spitzenwissenschaftler und Entscheidungsträger aus dem ganzen Land zu verpflichten, damit möglichst vielen Praktikern der Kontakt zu diesen oft viel beschäftigten Vordenkern ermöglicht wird. Auf seiner Webseite stellt das Zentrum zahlreiche Downloads mit wissenschaftlichen Artikeln und Handreichungen für die Praxis zur Verfügung.

Center for Spirituality and Aging
891 South Walnut Street
Anaheim, CA 92802
USA
Telefon: 001 - 714-239-6267
Fax: 001 - 714-635-4819
E-Mail: dkoepke@frontporch.net
Internet: www.spiritualityandaging.org

USA: Center for Spirituality, Theology and Health

Das „Center for Spirituality, Theology and Health” der „Duke University” in Durham, North Carolina, widmet sich interdisziplinärer Forschung und Weiterbildung im Bereich Spiritualität, Theologie und Gesundheit, mit besonderem Blick auf die Bedürfnisse alter Menschen. Ein Fokus des vom Psychiater und Geriater Prof. Harold G. Koenig geleiteten Zentrums ist die Weiterbildung von Pflegenden, Seelsorgern, anderen im Gesundheitswesen Tätigen und der interessierten Öffentlichkeit. Sie werden zu aktiver Forschung und zur Interpretation und Implementierung neuer Erkenntnisse in die Praxis ermutigt. Dem Zentrum angeschlossen sind zwei unterschiedliche Netzwerke. Erstens die „Duke’s Community of Scholars“ (COS). Diese Gruppe renommierter Wissenschaftler aus dem In- und Ausland soll dem jungen Forschungsfeld zu mehr Einfluss und Gehör verhelfen. Zweitens die „Society for Spirituality, Theology & Health“ (SSTH), eine Gesellschaft, die für alle am Thema Interessierten offen steht und zu der ausdrücklich Mitglieder aus aller Welt willkommen sind.

Center for Spirituality, Theology and Health
Box 3825 Duke University Medical Center
Busse Building, Suite 0507
Durham, North Carolina 27710
USA
Telefon: 001 - 919 - 660-7556
FAX: 001 - 919 - 684-8569
E-Mail: koenig@geri.duke.edu
Internet: www.dukespiritualityandhealth.org

USA: Forum on Religion, Spirituality and Aging (FoRSA)

Das „Forum on Religion, Spirituality and Aging“ (FoRSA) ist eine ständige Arbeitsgruppe der „American Society on Aging” ASA. Es ist nicht konfessionsgebunden und arbeitet multidisziplinär. Zu seinen Mitgliedern zählen Theologen, Seelsorger, Entscheidungsträger in der Pflege, Sozialarbeiter, Fortbildner, religiöse Organisationen, Netzwerke und weitere Interessierte. Die vom Soziologen und Psychologen Patrick Cullinane geleitete Gruppe stellt spirituell, religiös oder ethisch motivierte Fragen danach, wie eine immer länger ausgedehnte Periode des Alterns sinnhaft und qualitätvoll gestaltet werden kann.
Das FoRSA untersucht die spirituelle Dimension der menschlichen Existenz und betrachtet Spiritualität als zentrales Element des Altersprozesses, das in allen Versorgungsstrukturen des Altenhilfesektors sensibel wahrgenommen werden und Wertschätzung erfahren muss. Die Arbeitsgruppe fördert Netzwerke zwischen in diesem Themenfeld engagierten Organisationen, leistet über die Gestaltung von und Teilnahme an Konferenzen und Kongressen sowie über seine Publikationstätigkeit Informationstransfer in die Praxis und stellt auf seiner Webseite eine umfassende Sammlung von Informationsmaterialien zur Verfügung.

Forum on Religion, Spirituality and Aging
Patrick Cullinane
American Society on Aging
833 Market Street, Suite 511
San Francisco, CA 94103
USA
Telefon: 001 - 415-974-9642
E-Mail: pcullinane@asaging.org
Internet: http://www.asaging.org/forsa

USA: Journal of Religion, Spirituality & Aging

Das „Journal of Religion, Spirituality & Aging” ist eine religionsübergreifende, interdisziplinäre Fachzeitschrift des Verlages „The Haworth Press Inc.” und wird vom Direktor des gerontologischen Instituts der texanischen Baylor Universität, James W. Ellor, herausgegeben. Die Zeitschrift untersucht das gesamte Themenspektrum von Spiritualität, Religiosität und Altern. In den Artikeln werden Theorien, empirische Studien und Praxiserfahrungen aus dem Forschungsfeld der religiösen Gerontologie dargestellt. Dabei möchte das Magazin sowohl geistlichen als auch weltlichen Profis in der Altenhilfe ein Forum bieten. Im Prozess des Alterns stellen viele Menschen Sinnfragen, die alle Bereiche ihres Lebens beeinflussen oder auch beeinträchtigen können. Das „Journal of Religion, Spirituality & Aging” möchte dazu beitragen, solche Unsicherheiten zu bewältigen und Wege aufzeigen, wie das Alter sinnvoll gelebt und gestaltet werden kann.

James W. Ellor
Director School of Social Work
Baylor University
One Bear Place #97320
Waco, TX 76798-7320
USA
Telefon: 001 - 254-710-4439
Email: James_Ellor@baylor.edu
Internet: www.haworthpress.com/store/product.asp?sku=J496

Kerstin Müller

Literaturverzeichnis

Allport, G. W.; Ross, J. M. (1967): Personal religious orientation and prejudice. In: Journal of Personality and Social Psychology 5(4), 432-443.

American Holistic Nurses' Association. (2005): AHNA Standards of Holistic Nursing Practice. http://www.ahna.org/about/standards.html

Auer, S.; Reisberg, B. (2006): Retrogenesis and communication with persons in the severe stages of dementia. In: Les Cahiers de la Fondation Médéric Alzheimer(2), 126-135.

Aukst-Margetic, B.; Margetic, B. (2005): Religiosity and health outcomes: review of literature. In: Collegium antropologicum 29(1), 365-371.

Baldacchino, D.; Draper, P. (2001): Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. In: Journal of Advanced Nursing 34(6), 833-841.

Barton, J.; Grudzen, M.; Zielske, R. (2003): Vital Connections in Long-Term Care. Spiritual Resources for Staff and Residents. Baltimore: Health Professions Press.

Baumann, B. (2006): Seelsorgerliche Begleitung im Alten- und Pflegeheim, insbesondere bei Menschen mit Demenz, Tagungsvortrag bei der Alzheimer Gesellschaft Hannover am 20.09.2006 in Hannover.

Bell, V.; Troxel, D. (2001): Spirituality and the person with dementia - a view from the field. In: Alzheimer's Care Quarterly 2(2), 31-45.

Bergin, L.; Walsh, S. (2005): The role of hope in psychotherapy with older adults. In: Aging & Mental Health 9(1), 7-15.

Bickel, H. (2005): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1-15.

Bosworth, H. B.; Park, K-S.; McQuoid, D. R.; Hays, J. C.; Steffens, D. C. (2003): The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 18(10), 905-914.

Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. (2006): Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust: Spiritual Healthcare Policy. http://www.meded.bradfordhospitals.nhs.uk/DesktopModules/ViewDocument.aspx?DocumentID=1841

Bryden, C. (2005): Dancing with Dementia. My story of living positively with Dementia.2. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Pubishers.

Buck, H. G. (2006): Spirituality: concept analysis and model development. In: Holistic Nursing Practice 20(6), 288-292.

Bundesministerium für Familie,Senioren,Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Cavendish, R.; Edelman, M.; Naradovy, L.; Bajo, M. M.; Perosi, I.; Lanza, M. (2007): Do pastoral care providers recognize nurses as spiritual care providers? In: Holistic Nursing Practice 21(2), 89-98.

Cuijpers, P. (2005): Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. In: Aging & Mental Health 9(4), 325-330.

Culliford, L. (2002): Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. In: Advances in Psychiatric Treatment 8(4), 249-258.

Cumming, E.; Henry, W.H. (1961): Growing Old: The Process of Disengagement. New York: Basic Books.

Dalby, P. (2006): Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. In: Aging & Mental Health 10(1), 4-12.

Davis, R. (1989): My Yourney into Alzheimer's Disease : Helpful Insights for Family and Friends : A true Story by Robert Davis. Wheaton, Illinois: Tyndale House.

Delgado, C. (2005): A discussion of the concept of spirituality. In: Nursing Science Quarterly 18(2), 157-162.

Demski, R. (2005): „Die Rose Rainer Maria Rilkes" für Menschen mit Dementz und ihre Angehörigen. In: Dokumentation der Tagung: „Seelsorge für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen" der ALZheimer-Ethik e.V. am 12.09.2005 in Köln.

Depping, K (1997): Altersverwirrte Menschen seelsorgerlich begleiten - Hintergründe, Zugänge, Begegnungsebenen. Band 1, 2. korr. Auflage.2. korr. Auflage. Hannover: Lutherisches Verlagshaus.

Derndinger, U. (2004): Berührungen - Seelsorge mit dementen Menschen im Pflegeheim. In: Mitteilungen für die Altenarbeit.Altenwerk der Erzdiözese Freiburg 2004/2, 7-10.

Dilworth-Anderson, P. (2004): The Role of Spirituality in Providing Care to Dependent Elders among African American Family Caregivers. In: Innes, A.; Archibald, C.; Murphy, C.: Dementia and Social Inclusion. Marginalised Groups and Marginalised Areas of Dementia Research, Care und Practice. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 69-83.

Dilworth-Anderson, P.; Boswell, G.; Cohen, M. D. (2007): Spiritual and Religious Coping Values and Beliefs Among African American Caregivers: A Qualitative Study. In: Journal of Applied Gerontology 26(4), 355-369.

Doherty, D. (2007): Spirituality and Dementia. In: Spirituality and Health International 8(4), 203-210.

Döhner, B. (2006): Seelsorge für Menschen mit Demenz (im Altenheim): Ansatzmöglichkeiten und Erfahrungsbericht. In: Dokumentation der Tagung: „Seelsorge für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen" der ALZheimer-Ethik e.V. am 12.09.2005 in Köln.

Döhner, H.; Bleich, C.; Kofahl, C.; Lauterberg, J. (2002): Case Management für ältere Hausarztpatientinnnen und -patienten und ihre Angehörigen : Projekt Ambulantes Gerontologisches Team - PAGT. Stuttgart: Kohlhammer.

Dyson, J.; Cobb, M.; Forman, D. (1997): The meaning of spirituality: a literature review. In: Journal of Advanced Nursing 26(6), 1183-1188.

Eagger, S. (2005): A short guide to the assessment of spiritual concerns in mental healthcare. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DrSEaggeGuide.pdf

Eglin, A.; Huber, E.; Kunz, R.; Stahlberger, K.; Urfer, C.; Wuillemin, R. (2006): Das Leben heiligen: spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz; ein Leitfaden.2. Aufl. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.

Ehman, J. W.; Ott, B. B.; Short, T. H.; Ciampa, R. C.; Hansen-Flaschen, J. (1999): Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? In: Archives of Internal Medicine 159(15), 1803-1806.

Elliot, H. (1997): Religion, spirituality and dementia: pastoring to sufferers of Alzheimer's disease and other associated forms of dementia. In: Disability and Rehabilitation 19(10), 435-441.

Ellis, D. (1980): Whatever happened to the spiritual dimension? In: Canadian Nurse 76(8), 42-43.

Erikson, E. H.; Erikson, J. M.; Kivnick, H. Q. (1986): Vital Involvement in Old Age. New York: Norton.

Erikson, J. M. (1997): The life cycle completed: Extended version with new chapters on the ninth stage of development. London, New York: Norton & Company.

Farran, C. J.; Keane-Hagerty, E.; Salloway, S.; Kupferer, S.; Wilken, C. S. (1991): Finding meaning: an alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. In: The Gerontologist 31(4), 483-489.

Farran, C. J.; Miller, B. H.; Kaufman, J. E.; Donner, E.; Fogg, L. (1999): Finding meaning through caregiving: development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. In: Journal of Clin Psychology 55(9), 1107-1125.

Farran, C. J.; Paun, O.; Elliott, M. H. (2003): Spirituality in multicultural caregivers of persons with dementia. In: Dementia 2(3), 353-377.

Fetzer Institute; National Institute on Aging Working Group. (2003): Multidimensional Measurement of Religiousness, Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. Fetzer Institute. http://www.fetzer.org/PDF/Total_Fetzer_Book.pdf

Folkman, S.; Lazarus, R. S.; Gruen, R. J.; DeLongis, A. (1986): Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. In: Journal of Personality and Social Psychology 50(3), 571-579.

Goddard, N. C. (1995): 'Spirituality as integrative energy': a philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. In: Journal of Advanced Nursing 22(4), 808-815.

Govier, I. (2000): Spiritual care in nursing: a systematic approach. In: Nursing Standard 14(17), 32-36.

Greasley, P.; Chiu, L. F.; Gartland, M. (2001): The concept of spiritual care in mental health nursing. In: Journal of Advanced Nursing 33(5), 629-637.

Hebert, R. S.; Weinstein, E.; Martire, L. M.; Schulz, R. (2006): Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: A review, critique, and research prospectus. In: Aging & Mental Health 10(5), 497-520.

Hebert, Randy S.; Dang, Qianyu; Schulz, Richard (2007): Religious Beliefs and Practices Are Associated With Better Mental Health in Family Caregivers of Patients With Dementia: Findings From the REACH Study. In: American Journal of Geriatric Psychiatry 15(4), 292-300.

Hicks, T. J., Jr. (1999): Spirituality and the elderly: nursing implications with nursing home residents. In: Geriatric Nursing 20(3), 144-146.

Highland NHS Board. (2005): Spiritual Care Policy. http://www.nes.scot.nhs.uk/spiritualcare/policy/documents/sp_highland_0502%20.pdf

Hill, P. C.; Pargament, K. I. (2003): Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. In: American Psychologist 58(1), 64-74.

Hummer, R. A.; Rogers, R. G.; Nam, C. B.; Ellison, C. G. (1999): Religious involvement and U.S. adult mortality. In: Demography 36(2), 273-285.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2005): http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/HomeCare/Standards/FAQs/Provision+of+Care/Assessment/Spiritual_Assessment.htm

Katsuno, T. (2003): Personal spirituality of persons with early-stage dementia : Is ist related to perceived quality of life? In: Dementia 2(3), 315-335.

Kaufman, Y.; Anaki, D.; Binns, M.; Freedman, M. (2007): Cognitive decline in Alzheimer disease: Impact of spirituality, religiosity, and QOL. In: Neurology 68(18), 1509-1514.

King, D. E.; Bushwick, B. (1994): Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. In: Journal of Family Practice 39(4), 349-352.

Kinney, J. M.; Ishler, K. J.; Pargament, K. I.; Cavanaugh, J. C. (2003): Coping with the uncontrollable: The use of general and Religious Coping by Caregivers to Spouses with Dementia. In: McFadden, S. H.; Brennan, M.; Hicks Patrick, J.: New Directions in the Study of Late Life Religiousness and Spirituality. New York: Haworth Pastoral Press, 171-188.

Kirkland, K.; McIlveen, H. (1999): Full Circle: Spiritual therapy for people with dementia. In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 14(4), 245-247.

Kitwood, T. (2000): Demenz : Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.

Kitwood, T. (1997): Dementia reconsidered : The person comes first. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.

Koenig, H. G. (2005): Religion and Ethics Newsweekly No. 844: Interview with Dr. Harold Koenig. http://www.pbs.org/wnet/religionandethics/week844/interview.html

Koenig, H. G. (2006): Religion, spirituality and aging. In: Aging & Mental Health 10(1), 1-3.

Koenig, H. G.; Hays, J. C.; George, L. K.; Blazer, D. G.; Larson, D. B.; Landerman, L. R. (1997): Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. In: American Journal of Geriatric Psychiatry 5(2), 131-144.

Koenig, H. G.; McCullough, M. E.; Larson, D. B. (2001): Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press.

Kruse, A. (2007): Das letzte Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer.

Kuuppelomäki, M. (2001): Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments. In: Journal of Clinical Nursing 10(5), 660-670.

Lawrence, R. M. (2003): Aspects of spirituality in dementia care : when clinicians tune into silence. In: Dementia 2(3), 393-402.

Lawrence, R. M.; Head, J. H. (2005): A time capsule for patients with dementia? In: Journal of the Royal Society of Medicine 98(3), 116-118.

Lazarus, R. S. (1975): Psychological stress and coping in adaptation and illness. In: International Journal of Psychiatry and Medicine 5(4), 321-333.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

Leblanc, A. J.; Driscoll, A. K.; Pearlin, L. I. (2004): Religiosity and the expansion of caregiver stress. In: Aging & Mental Health 8(5), 410-421.

Lenshyn, J. (2005): Reaching the Living Echo: Maintaining and Promoting the Spiritual in Persons Living With Alzheimer's Disease. In: Alzheimer's Care Quarterly 6(1), 20-28.

Luther, H (1992): Religion und Alltag: Bausteine zu einer praktischen Theologie des Subjekts. Stuttgart: Radius-Verl.

MacKinlay, E. (2001a): Health, healing and wholeness in frail elderly people. In: Journal of Religious Gerontology 12/13(4), 25-34.

MacKinlay, E. (2001b): Understanding the Ageing Process: A Developmental Perspective of the Psychosocial and Spiritual Dimensions. In: MacKinlay, E.; Ellor, J. W.; Pickard, S.: Aging, Spirituality and Pastoral Care: A Multi-National Perspective. Binghamton: Haworth Pastoral Press, 111-122.

MacKinlay, E. (2001c): The Spiritual Dimension of Ageing. London: Jessica Kingsley Publishers.

MacKinlay, E. (2002): Mental Health and Spirituality in Later Life. New York: Haworth Pastoral Press.

MacKinlay, E. (2006): Spiritual Growth and Care in the Fourth Age of Life. London: Jessica Kingsley Publishers.

Mahlungulu, S. N.; Uys, L. R. (2004): Spirituality in nursing: an analysis of the concept. In: Curationis 27(2), 15-26.

Matschinger, H.; Schork, A.; Riedel-Heller, S. G.; Angermeyer, M. C. (2000): Zur Anwendung der CES-D bei älteren Menschen: Dimensionsstruktur und Meßartefakte. In: Diagnostica 46(1), 29-37.

McFadden, S. H.; Atchley, R. C. (2001): Aging and the Meaning of Time. New York: Springer.

McSherry, W. (2000): Education issues surrounding the teaching of spirituality. In: Nursing Standard 14(4), 40-43.

Mensdorf, B. (2007): Atempausen für die Seele. In: Pflegezeitschrift 60(9), 510-512.

Miesen, B. M. L. (1993): Attachment Theory and Dementia. In: Jones, G.; Miesen, B. M. L.: Care-Giving in Dementia. London: Routledge, 38-56.

Miller, W. R.; Thoresen, C. E. (2003): Spirituality, religion, and health. An emerging research field. In: Amirican Psychologist 58(1), 24-35.

Miner-Williams, D. (2006): Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. In: Journal of Clinical Nursing 15(7), 811-821.

Mjelde-Mossey, L. A.; Chi, I.; Lou, V. W. (2006): Relationship between adherence to tradition and depression in Chinese elders in China. In: Aging & Mental Health 10(1), 19-26.

Moberg, D. O. (2005): Research in spirituality, religion and aging. In: Journal of Gerontological Social Work 45(1-2), 11-40.

Mui, A. C. (1992): Caregiver strain among black and white daughter caregivers: a role theory perspective. In: The Gerontologist 32(2), 203-212.

Narayanasamy, A. (1996): Spiritual care of chronically ill patients. In: British Journal of Nursing 5(7), 411-416.

Narayanasamy, A. (1999): ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. In: Nurse Education Today 19(4), 274-285.

Narayanasamy, A.; Clissett, P.; Parumal, L.; Thompson, D.; Annasamy, S.; Edge, R. (2004): Responses to the spiritual needs of older people. In: Journal of Advanced Nursing 48(1), 6-16.

National Alliance for Caregiving and the AARP. (2004): Caregiving in the US 2004. http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf

Newman, M. A. (2000): Health as expanding consciousness. Sudbury: Jones and Bartlett.

Newshan, G. (1998): Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. In: Journal of Advanced Nursing 28(6), 1236-1241.

Ory, M. G.; Hoffman, R. R., III; Yee, J. L.; Tennstedt, S.; Schulz, R. (1999): Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. In: The Gerontologist 39(2), 177-185.

Pargament, K. I (1997): The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford Press.

Pargament, K. I; Murray-Swank, N.; Magyar, G.; Ano, G. (2004): Spiritual struggle: A phenomenon of interest for psychology and religion. In: Miller, W. R.; Delaney, H.: Psychology and human nature. Washington DC: APA Press.

Parse, R. R. (1981): Man-living-health: a theory of nursing. New York: Wiley.

Parse, R. R. (1998): The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and other Health Professionals. Thousand Oaks: Sage.

Paun, O. (2004): Female Alzheimer's patient caregivers share their strength. In: Holistic Nursing Practice 18(1), 11-17.

Pearce, M. J. (2005): A Critical Review of the Forms and Value of Religious Coping Among Informal Caregivers. In: Journal of Religion and Health 44(1), 81-118.

Pearlin, L. I.; Mullan, J. T.; Semple, S. J.; Skaff, M. M. (1990): Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. In: The Gerontologist 30(5), 583-594.

Pendleton, S. M.; Cavalli, K. S.; Pargament, K. I.; Nasr, S. Z. (2002): Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: a qualitative study. In: Pediatrics 109(1), E8.

Pettigrew, J. (1990): Intensive nursing care. The ministry of presence. In: Crititical Care Nursing Clinics of North America 2(3), 503-508.

Post, S. G.; Whitehouse, P. (1999): Spirituality, Religion, and Alzheimer's Disease. In: VandeCreek, L.: Spiritual Care for Persons with Dementia. Fundamentals for Pastoral Practice. New York, London, Oxford: Haworth Pastoral Press, 45-57.

Powell, L. H.; Shahabi, L.; Thoresen, C. E. (2003): Religion and spirituality. Linkages to physical health. In: American Psychologist 58(1), 36-52.

Probst, J. (2003): Religiösität und Demenz - Solange das AMEN noch Widerhall findet. Tagungsvortrag bei der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. am 05.04.2003 in Gera.

Puchalski, C. M. (2006): A Time for Listening and Caring. New York: Oxford University Press.

Radloff, L. S. (1977): The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. In: Applied Psychological Measurement 1(3), 385-401.

Reed, P. G. (1992): An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. In: Research in Nursing & Health 15(5), 349-357.

RGG. (2004): Spiritualität. In: Betz, H. D.; Browning, D. S.; Jüngel, E.: Religion in Geschichte und Gegenwart. Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Vierte, völlig neu bearbeitete Auflage. Band 7. Tübingen: Mohr Siebeck, 1589-1599.

Roff, L. L.; Burgio, L. D.; Gitlin, L.; Nichols, L.; Chaplin, W.; Hardin, J. M. (2004): Positive aspects of Alzheimer's caregiving: the role of race. In: Journal of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences 59(4), 185-190.

Roff, L. L.; Parker, M. W. (2003): Spirituality and Alzheimer's Disease Care. In: Alzheimer's Care Quarterly 4(4), 267-270.

Rolheiser, R. (1999): Holy Longing: The Search for Christian Spirituality. New York: Crossroad Publishing Company.

Ross, L. (1997): The nurse's role on assessing and responding to patients' spiritual needs. In: International Journal of Palliative Nursing 3(1), 37-42.

Rumbold, B. D. (2007): A review of spiritual assessment in health care practice. In: Medical Journal of Australia 186(10 Suppl), S60-S62.

Schulz, R.; Mendelsohn, A. B.; Haley, W. E.; Mahoney, D.; Allen, R. S.; Zhang, S.; Thompson, L.; Belle, S. H. (2003): End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. In: New England Journal of Medicine 349(20), 1936-1942.

Schulz, R.; O'Brien, A. T.; Bookwala, J.; Fleissner, K. (1995): Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. In: The Gerontologist 35(6), 771-791.

Shahabi, L.; Powell, L. H.; Musick, M. A.; Pargament, K. I.; Thoresen, C. E.; Williams, D.; Underwood, L.; Ory, M. A. (2002): Correlates of self-perceptions of spirituality in American adults. In: Annals of Behavioral Medicine 24(1), 59-68.

Shamy, E. (1993): Spiritual needs of people with dementia. Stirling: Dementia Services Development Centre; Department of Sociology and Social Policy; School of Human Sciences; University of Stirling.

Shamy, E. (2003): A Guide to the Spiritual Dimension of Care for People with Alzheimer's Disease and Related Dementia. London: Jessica Kingsley Publishers.

Sims, C. (1987): Spiritual care as a part of holistic nursing. In: Imprint 34(4), 63-67.

Sloan, R. P.; Bagiella, E.; VandeCreek, L.; Hover, M.; Casalone, C.; Jinpu, Hirsch T.; Hasan, Y.; Kreger, R.; Poulos, P. (2000): Should physicians prescribe religious activities? In: New England Journal of Medicine 342(25), 1913-1916.

Smith, T. B.; McCullough, M. E.; Poll, J. (2003): Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. In: Psychological Bulletin 129(4), 614-636.

Snyder, L. (2003): Satisfactions and challenges in spiritual faith and practice for persons with dementia. In: Dementia 2(3), 299-313.

Soeken, K. L.; Carson, V. J. (1987): Responding to the spiritual needs of the chronically ill. In: Nurs Clin North Am 22(3), 603-611.

Speck, P. (2006): Dementia and spiritual care. In: Miesen, B. M.; Jones, G. M.: Care-giving in dementia. London [u.a.]: Routledge, 241-256.

Speck, P.; King, M.; Thomas, A. (2001): The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs: development and validation of a self-report version. In: Psychological Medicine 31(6), 1015-1023.

Spurlock, W. R. (2005): Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. In: Geriatric Nursing 26(3), 154-161.

Statistisches Bundesamt. (2007): Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige. Statistisches Bundesamt.

Stefanek, M.; McDonald, P. G.; Hess, S. A. (2005): Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. In: Psychooncology 14(6), 450-463.

Stolley, J. M.; Buckwalter, K. C.; Koenig, H. G. (1999a): Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 14(3), 181-191.

Stolley, J. M.; Koenig, H.; Buckwalter, K. C. (1999b): Pastoral Care for the Person with Dementia. In: VandeCreek, L.: Spiritual Care for Persons with Dementia. Fundamentals for Pastoral Practice. New York, London, Oxford: Haworth Pastoral Press, 7-23.

Stranahan, S. (2001): Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. In: Western Journal of Nursing Research 23(1), 90-104.

Stuckey, J. C. (2003): Faith, aging, and dementia: Experiences of Christian, Jewish, and non-religious spousal caregivers and older adults. In: Dementia 2(3), 337-352.

Stuckey, J. C. (1998): The Church's Response to Alzheimer's Disease. In: Journal of Applied Gerontology 17(1), 25-37.

Stuckey, J. C.; Gwyther, L. P. (2003): Dementia, Religion, and Spirituality. In: Dementia 2(3), 291-297.

Stuckey, J. C.; Post, S. G.; Ollerton, S.; FallCreek, S. J.; Whitehouse, P. J. (2002): Alzheimer's Disease, Religion, and the Ethics of Respect for Spirituality A Community Dialogue. In: Alzheimer's Care Quarterly 3(3), 199-207.

Swinton, J. (2007): Research on Religion, Spirituality, and Health in the UK. Newsletter: 2(2) S.9-10. Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit. http://www.fisg.ch/PDF/Newsletter%202007-2.pdf

Swinton, J. (2001): Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a "Forgotten" Dimension. London: Jessica Kingsley Publishers.

Tanyi, R. A. (2002): Towards clarification of the meaning of spirituality. In: Journal of Advanced Nursing 39(5), 500-509.

Taylor, E. J.; Highfield, M. F.; Amenta, M. (1999): Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practices. In: Applied Nursing Research 12(1), 30-37.

Tornstam, L. (1999): "Transcendence in later life". In: Generations 23(4), 10-14.

Vance, D. E. (2004): Spiritual Activities for Adults with Alzheimer's Disease The Cognitive Components of Dementia and Religion. In: Brennan, M.; Heiser, D.: Spiritual Assessment and Intervention with Older Adults. New York: Haworth Pastoral Press, 109-130.

VandeCreek, L. (1999): Spiritual Care for Persons with Dementia. Fundamentals for Pastoral Practice.Reprint 2006. New York, London, Oxford: Haworth Pastoral Press.

Wahby, L.; Born, W.; Montagnini, M. (2004): Physicians' attitudes and practices regarding spiritual assessment of palliative care patients. In: J Am Geriatr Soc 52(s1), s51.

Wentroble, D. P. (1999): Pastoral Care of Problematic Alzheimer's Disease and Dementia Affected Residents in a Long-Term Care Setting. In: VandeCreek, L.: Spiritual Care for Persons with Dementia. Fundamentals for Pastoral Practice. New York, London, Oxford: Haworth Pastoral Press, 59-76.

White, G. (2000): An inquiry into the concepts of spirituality and spiritual care. In: International Journal of Palliative Nursing 6(10), 479-484.

Whitlatch, A. M.; Meddaugh, D. I.; Langhout, K. J. (1992): Religiosity among Alzheimer's disease caregivers. In: American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research 7(6), 11-20.

Williams, D. R.; Sternthal, M. J. (2007): Spirituality, religion and health: evidence and research directions. In: Medical Journal of Australia 186(10 Suppl), S47-S50.

Winslow, G. R.; Wehtje-Winslow, B. J. (2007): Ethical boundaries of spiritual care. In: Medical Journal of Australia 186(10 Suppl), S63-S66.

Wood, J. B.; Parham, I. A. (1990): Coping With Perceived Burden: Ethnic and Cultural Issues in Alzheimer's Family Caregiving. In: Journal of Applied Gerontology 9(3), 325-339.

Wright, K. B. (1998): Professional, Ethical, and Legal Implications for Spiritual Care in Nursing. In: Journal of Nursing Scholarship 30(1), 81-83.

Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung (2002): Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften für die Bundesrepublik Deutschland. Köln: Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung.

Autorenverzeichnis

Charlotte Boes
Charlotte Boes ist Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin. Seit dem Jahr 2000 arbeitet sie im Bereich Demenz und seit 2001 ist sie DCM Trainerin. Sie leitet Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Demenz und zur Konzept entwicklung und -umsetzung im stationären Bereich.

Boes, Frank
Frank Boes ist evangelischer Pastor, seit 1990 Gemeindepfarrer und seit 2005 Altenheimseelsorger. Im Rahmen der Gemeinde- und Altenheimsorgetätigkeit leitet er zahlreiche Weiterbildungen zu Trauerarbeit- und Begleitung.

Kreutzner, Gabriele
Dr. Gabriele Kreutzner ist Kultur- und Medienwissenschaftlerin und arbeitet im Bereich des gesundheitsbezogenen Informationstransfers. Als Freiberuflerin hat sie sich der Verbreitung von Wissen zum Themenkomplex Alter – Gesundheit – Geschlecht verschrieben. Mit dem Thema Demenz ist sie seit längerem intensiv befasst und u.a. als Übersetzerin und Publizistin tätig. Schließlich ist sie als Vorstandmitglied bei Aktion Demenz e.V. engagiert.

Müller-Hergl, Christian
Christian Müller-Hergl ist katholischer Theologe, Altenpfleger, Supervisor, systemischer Organisationsberater, DCM Trainer und strategischer Partner für DCM Deutschland. Für das „Dialogzentrum Demenz“ am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke arbeitet Müller-Hergl als wissenschaftlicher Mitarbeiter, in der „In Via Akademie“ des Paderborner „Meinwerk-Instituts“ leitet er die Fachweiterbildung für gerontopsychiatrische Pflege.

Radzey, Beate
Beate Radzey ist Haushaltsökonomin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Demenz Support Stuttgart. Die erfahrene Versorgungsforscherin im Bereich Altenhilfe setzt ihre Arbeitsschwerpunkte in der Gerontopsychiatrie. Sie betreut praxisbezogene Forschungsprojekte, sowie zahlreiche Fort- und Weiterbildungen und ist Trainerin für DCM.

Impressum

Herausgeber und Redaktion
Demenz Support gGmbH
Zentrum für Informationstransfer
Hölderlinstr. 4
D 70174 Stuttgart
fon 0711 / 99 787 10
fax 0711 / 99 787 29

ISSN 1863-6136

Layout und Satz
Selma Alihodzic

© 2007 Demenz Support Stuttgart gGmbH,
Zentrum für Informationstransfer, Stuttgart.
Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der herausgebenden Institution unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.