

Die Corona-Pandemie als Herausforderung für Spiritual Care

Handreichung für Seelsorger*innen

Traugott Roser¹, Simon Peng-Keller², Thomas Kammerer³, Isolde Karle⁴, Kerstin Lammer⁵, Eckhard Frick⁶, Fabian Winiger²

¹Universität Münster, ²Universität Zürich, ³Technische Universität München, ⁴Universität Bochum, ⁵Ev.-luth. Kirche in Norddeutschland

Stand: 25. März 2020

Zitierhinweis: www.covid-spiritualcare.com

Spiritual Care ist essentieller Bestandteil der Begleitung, Betreuung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. Dies gilt auch angesichts der Corona-Pandemie, bei der alle Beteiligten in einem bislang ungeahnten Ausmaß gefordert sind. Seelsorgende in Krankenhäusern, Einrichtungen der Altenpflege und in Ambulanter Palliativversorgung tragen Verantwortung für die Aufrechterhaltung von Spiritual Care an, mit und durch alle Beteiligten. Sie repräsentieren die gemeinsame Sorge aller Gesundheitsberufe und sind meist die ersten Ansprechpartner für Spiritual Care. Dabei können sie sich auf die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland berufen.

Rahmenbedingungen

0.1 Die Behandlung/Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen verfolgt laut WHO das Ziel, „Wohlbefinden“ und „Lebensqualität“ in allen Dimensionen (physisch, psychisch, sozial und spirituell) zu ermöglichen. Dies gilt besonders in Zeiten der Krise.

0.2 Alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen und anderer systemrelevanter Berufe sind in dieser Zeit knapper personeller Ressourcen verpflichtet, besonders auf die eigene Gesundheit und die gebotene körperliche Distanz zu anderen zu achten. Dabei spielt geeignete Schutzkleidung im unvermeidlichen körperlichen Kontakt eine große Rolle. Bei der Verteilung von Schutzkleidung hat die medizinische Grundversorgung erste Priorität.

0.3 Die Begleitung von Sterbenden und der Abschied von Verstorbenen wird durch die Pandemie erschwert. Aus hygienischen Erwägungen sind Besuche eingeschränkt. Verstorbene werden aufgrund von strengen Hygiene-Schutzmaßnahmen unmittelbar nach Feststellung des Todes in verschlossenen Leichensäcken in nicht zugängliche Bereiche verbracht. Damit wird nicht allein der Abschied von Verstorbenen schmerzlich eingeschränkt, sondern auch die für diese Situation üblichen religiöse Handlungen.

Zur Begleitung und Betreuung von Patient*innen

1.1 Patient*innen, die wegen COVID-19 in stationärer Behandlung sind, leiden in ausgeprägtem Maße unter Isolation, einer ausgeprägten Todesangst und einem rapiden Krankheitsverlauf. Da Besuche von An- und Zugehörigen zurzeit weitgehend verboten sind, wird die Belastung noch verstärkt. Aufgabe der Seelsorge ist es, sich in den behandelnden Teams für die Wahrnehmung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse und eine entsprechende Betreuung einzusetzen und Möglichkeiten zu

erörtern und anzuregen, Kontakt, Solidarität, Empathie und tröstende Hoffnung zu ermöglichen und den diesbezüglichen Bedürfnissen der Betroffenen Raum zu geben. Hierbei sind nach Möglichkeit auch technische Verfahren wie Telefon, Videotelefonie zu nutzen. Dies gilt auch für Seelsorgegespräche.

1.2 Allen Patient*innen, insbesondere Sterbenden, ist die Betreuung gemäß ihrer Religionszugehörigkeit und ihren Wünschen zu ermöglichen. Zugleich ist eine Vorbereitung auf Situationen nötig, in denen dies nicht oder nur eingeschränkt möglich ist. Daher erscheint es sinnvoll, dass die Seelsorger*innen in den Einrichtungen frühzeitig auch mit Vertreter*innen anderer Religionen in Kontakt treten, um das Vorgehen abzustimmen und Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen zu besprechen, damit es auf den Stationen im konkreten Fall nicht zu Missverständnissen und Konflikten kommt.

1.3 In Absprache mit den psychosozialen Berufsgruppen sollte eine angemessene Begleitung vereinbart werden, um möglichst vielen Betroffenen (nicht nur direkt an COVID-19 Erkrankten) in dieser Zeit mitmenschliche Zuwendung zu ermöglichen. Das Angebot einer seelsorglichen Rufbereitschaft sollte aufgestellt und in die Notfallpläne der Einrichtungen aufgenommen werden. Eine Aufteilung der seelsorglichen Zuständigkeiten ist zu bedenken, um den besonderen Rahmenbedingungen von COVID-19 Patient*innen entsprechen zu können.

1.4 Sterbenden Patient*innen und ihren An- und Zugehörigen sollte der Abschied voneinander in irgendeiner Form ermöglicht werden. Durch die Isolation und da eine direkte Kommunikation durch Berührung und Wort durch die Schutzkleidung erschwert ist, sollten verschiedene Möglichkeiten mit den An- und Zugehörigen und dem Personal der Station abgesprochen werden. Gegebenenfalls können Pflegende stellvertretend einen Segen für die Sterbenden sprechen, wobei auf die (Nicht-)Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religionsgemeinschaft geachtet werden sollte (z.B.: *„Der Herr segne dich und behüte dich“*; oder: *„Geh/Ruhe im Frieden! Sei behütet auf Deinem Weg!“*; oder: *„Der Segen Allahs sei mit ihm und seiner Familie und Frieden“*). Konkrete Worte und Handlungen (Rituale) sollten in jedem Einzelfall mit den An- und Zugehörigen und/oder Patient*innen abgestimmt sein.

1.5 Mit Blick auf die auch für Seelsorger*innen verbindlichen hohen Hygienestandards ist darauf zu achten, weder Gesangbuch noch Bibel oder andere Utensilien mit ins Zimmer hineinzunehmen bzw. wieder mit herauszunehmen. Eine Möglichkeit ist es, Gebete aus unterschiedlichen Traditionen zu laminieren und auf den Stationen zu hinterlegen – zur Nutzung durch die Seelsorger*innen selbst oder auch durch die Mitarbeiter*innen der Station.

1.6 Die besonderen Umstände im Umgang mit dem Leichnam einer infizierten Patient*in sind zu berücksichtigen. Informieren Sie sich über die Vorgaben vor Ort. Da dies unter den gegebenen Umständen nicht im direkten Kontakt möglich ist, sollte den Angehörigen ein symbolisches Abschiedsritual in der Klinikkapelle oder andernorts ermöglicht werden. Zu beachten ist dabei die zulässige Größe von Gruppen bzw. der gebotene Abstand. Im Vorgespräch sollte geklärt werden, was den Zugehörigen dabei wichtig ist. Auch die Anfertigung eines Fotos des Verstorbenen durch das Personal kann für Angehörige später ein wichtiges Medium sein, das Begreifen ermöglicht und so zur Unterstützung der Trauerbewältigung werden kann. Hierzu muss in der Einrichtung mit der Leitung ein Prozess der Durchführung und Übergabe des Fotos vereinbart werden. Durch die Regelung des Datenschutzes der EU ist dieses Vorgehen gedeckt, da es sich um für die betroffenen Personen lebenswichtige Informationen handelt (Art. 6 Abs. 1 DSGVO).

1.7 Es ist hilfreich, wenn die Seelsorge über ihr spezifisches Angebot für Angehörige und Patient*innen auf geeignete Weise aufmerksam macht (z.B. auf der Website der Institution).

Zur Begleitung und Betreuung von An- und Zugehörigen

2.1 An- und Zugehörige¹ haben das berechnigte Bedürfnis, in kritischen Situationen und am Lebensende, Zugang zu den Patient*innen erhalten. Dies ist bei Patient*innen mit COVID-19 nur begrenzt umzusetzen. Seelsorger*innen sollten sich im Gespräch mit den Stations- und Einrichtungsleitungen (einschließlich der Hygienebeauftragten) für sinnvolle und am Schutz aller orientierte Regelungen der Besuchsmöglichkeiten einsetzen. Sie sollten aber auch die Risiken ansprechen, die ein Besuch mit sich bringt. Ebenso sollten Seelsorger*innen auch die Bedürfnisse des Personals und der Klinik hören.

2.2 Es kann unter Abwägung aller Aspekte zu Situationen kommen, in denen sich ein direkter Kontakt der Zugehörigen zu einem/einer Patient*in nicht realisieren lässt. Dann sind Seelsorger*innen besonders gefordert, den Angehörigen Begleitung anzubieten. Wo möglich, können digitale Botschaften von den Angehörigen / von den Patient*innen übermittelt werden (z.B. Aufnahme von Fotos oder kurzen Grußbotschaften mit Handycamera). Dabei ist die Hygiene strikt zu beachten. Dazu könnte eine Kamera/ein Mobiltelefon/Tablet in einen wasserdichten Beutel (erhältlich für Unterwasserfotografie) verpackt werden, um eine gründliche Reinigung und Desinfektion zu ermöglichen.

2.3 Angesichts der Ansteckungsgefahr und der öffentlichen Diskussion werden die An- und Zugehörigen in hohem Maße verunsichert sein. Ängste und Sorgen sind ernst zu nehmen und brauchen im Gespräch mit Spiritual-Care-Begleiter*innen Raum und Würdigung.

2.4 Auf die Bedürfnisse von Menschen in akuter Trauer ist besonders in dieser Ausnahmesituation zu achten. Viele Fragen werden auftauchen, die Suche nach Sinn und Halt sollte dabei ebenso Beachtung finden wie das Bedürfnis, etwas zu „tun“. Die Möglichkeit, von Sterbenden Abschied zu nehmen – auch in symbolischer und ritueller Form – wirkt sich positiv auf den Trauerverlauf aus. Rituale helfen, die eigene Ohnmacht zu überwinden und über die eigenen Grenzen hinauszublicken. Seelsorger*innen sollten den Familien kreative Möglichkeiten anbieten, in der Klinikkapelle oder je nach Bedürfnis an anderen geeigneten Orten (Garten, Bach usw.) ihrer Beziehung zum/zur Patient*in (verbal und symbolisch) Ausdruck zu geben, Trost in ihrem Glauben zu finden oder/und in Kontakt mit ihrer Spiritualität zu kommen. Es könnte z.B. eine Kerze angezündet, ein Gebet gesprochen oder in ein Gebetsbuch eingetragen werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle auf die gleiche Weise mit Spiritualität oder Ritualen umgehen können oder wollen. Vorbereitende Gespräche und offene, inkludierende Einladungen zum Beten sind hilfreich (z.B. „Das Vaterunser ist für uns Christen ein wichtiges Gebet, in dem sich unser Vertrauen ausdrückt, dass Liebe stärker ist als der Tod. Darum lade ich alle ein, für die dieses Gebet stimmig ist, mit mir zu beten. Alle anderen lade ich ein, in Stille dabei zu sein oder auf ihre Weise zu beten“).

2.5 Die erhöhten Sterberaten und rasanten Krankheitsverläufe sowie die durch die Pandemie bedingte soziale Einschränkung und Verunsicherung sind Faktoren, die den Trauerprozess erschweren. Örtliche Angebote zur Trauerbegleitung sind deshalb besonders wichtig.

Zur Begleitung von Mitarbeiter*innen in den Gesundheitsberufen

3.1 Die Mitarbeiter*innen in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen stehen durch die Corona-Pandemie unter besonderem Stress. Insbesondere bei einer Zunahme von Sterbefällen und/oder knapp werdenden Ressourcen (Schutzkleidung, Medikamente, Behandlungsplätze, Personal) ist mit maximaler Belastung, Überforderung und Angst und Schuldgefühlen (Versagen) zu rechnen.

¹ Zugehörige (Lebenspartner*innen, enge Freund*innen) werden in Palliative Care wie Angehörige behandelt. Wo möglich entscheiden Patient*innen, welchen Besuch sie unbedingt wünschen.

3.2 Seelsorger*innen und Mitarbeiter*innen der psychosozialen Berufsgruppen können proaktiv auf andere Mitarbeiter*innen zugehen und Unterstützung anbieten. Dabei ist zu bedenken, dass für das Klinikpersonal das „Funktionieren“ in ihrer Rolle und Aufgabe im Vordergrund steht. Daher sind solche Gespräche am ehesten in den Pausen oder nach Dienstende bzw. am Ende der Belastungszeit angebracht. Einzelgespräche und Angebote wie Achtsamkeitsübungen, Gebete und Gedenken an Verstorbene können unterstützend und stabilisierend wirken. Diese können vielfach auch über das Intranet der Klinik in schriftlicher Form angeboten werden.

3.3 Mitarbeiter*innen, die durch die dauernde Konfrontation mit existenziellem Leid an ihre Grenzen kommen, müssen die Möglichkeit haben, dies gegenüber ihren Vorgesetzten zu äußern und Unterstützung in Anspruch nehmen zu können. Gegebenenfalls muss auch eine akute und temporäre begleitete/gestaltete Herausnahme aus dem aktiven Dienst möglich sein. Auf die Erfahrungen u.a. der Diakonie-Care-Kurse zu existenzieller Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge kann zurückgegriffen werden.

Besonderheiten in Pflegeeinrichtungen

4.1 Die Betreuung und Versorgung von Menschen, die sich mit dem neuartigen Corona-Virus infiziert haben oder sich vorsorglich in (Selbst-)Isolation begeben haben, findet nicht nur in Kliniken, sondern auch in Einrichtungen der Altenpflege sowie anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen statt.

4.2 Die Einschränkungen der Besuche von außen durch An- und Zugehörige, aber auch untereinander bedeuten für die Bewohner*innen und Pflegebedürftigen zunehmende Isolation und Vereinsamung.

4.3 Seelsorger*innen in Pflegeeinrichtungen sollten nach Möglichkeiten suchen, im Kontakt zu Bewohner*innen zu bleiben. Schriftliche Kommunikation oder – wo möglich – digitale Medien können genutzt werden für Botschaften, Chat oder andere Kontaktformen. Hierbei ist daran zu denken, die alten Menschen bei der Bedienung zu unterstützen.

4.4 Wo Andachten und Gottesdienste nicht möglich sind, sollten geistliche Angebote kreativ über diverse Kommunikationsmedien erfolgen oder gezielt auf bestehende Angebote in Rundfunk / Fernsehen sowie auf die Telefonseelsorge verwiesen werden.

4.5 Seelsorger*innen sollten sich gezielt an den Team-Besprechungen der Pflegeeinrichtungen beteiligen und zu einer ganzheitlichen Betreuung auch für das Personal beitragen.

Weitere ethische Fragestellungen

5.1 In allen klinischen Einrichtungen kann es zu Entscheidungssituationen unter großem Zeitdruck kommen, in die verschiedene Berufsrollenträger*innen mit ihren verschiedenen Rollen und Perspektiven einbezogen werden müssen. Seelsorger*innen verfügen über kommunikative Kompetenz, manche zusätzlich über medizinethische Kompetenzen und sollten sich, wenn gewünscht, an Besprechungen, insbesondere im Zusammenhang von Therapiezieländerung und Behandlungsabbruch, beteiligen.

5.2 Es kann zur Situation kommen, dass zwischen Überlebenschancen von Patient*innen abgewogen werden muss und vor diesem Hintergrund über entsprechende Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden ist („Triage“ im Zusammenhang mit begrenzten intensivmedizinischen Behandlungsplätzen). Wenn die Ressourcen sich verknappen, werden vielleicht manche Patient*innen nicht mehr kurativ behandelt werden. Diese Patient*innen müssen dann palliativ behandelt und begleitet wer-

den. Informationen über ethische Richtlinien bezüglich „Triage“ finden sich an anderer Stelle der Seite www.covid-spiritualcare.com.

5.3 Auch diese Entscheidungsprozesse sollten menschlich und spirituell begleitet werden, gerade wenn sie nicht zufriedenstellend gelöst werden können. Bei schwierigen Behandlungsentscheidungen kann es für die Entscheider*innen zum Phänomen von ‚moral distress‘ kommen.

5.4 Behandelnde und alle Beteiligten werden in dieser Zeit Fehler machen. Überfordernde Situationen können Schuldgefühle wecken. Eine gute Fehlerkultur und die Bereitschaft von Seelsorger*innen, vertraulich über Schuld, Schuldgefühle und Scham zu sprechen, sind hier ein wichtiger, aktiv einzubringender Beitrag. Auch das Angebot zur Beichte kann angebracht sein. Grenzerfahrung als „Normalfall“ zu benennen, Tragik bewusst zu machen und tatsächliche persönliche Schuld zu unterscheiden von einem Zurückbleiben hinter den eigenen Idealen, ist elementar, um kritische Situationen miteinander zu verarbeiten.

Die Autor*innen danken Gian Domenico Borasio und unzähligen Seelsorger*innen für hilfreiche Hinweise

Allen Seelsorger*innen, allen Mitarbeiter*innen in Betreuung, Behandlung und Versorgung, allen Verantwortlichen Gottes Segen und Kraft!

Gott hat uns nicht gegeben den Geist der Furcht, sondern der Kraft, der Liebe und der Besonnenheit. (2 Tim 1,7)

Bitte um Verbesserungsvorschläge und Rückmeldungen

Angesichts der raschen Entwicklung der Pandemie gehen wir davon aus, dass wir diese Handreichung laufend aktualisieren und neuen Verhältnissen anpassen müssen. Wir sind dankbar für Rückmeldungen und Hinweise aller Art! Kontaktadresse: info@covid-spiritualcare.com