

Inhaltsverzeichnis

I Palliativmedizin im Lebenszyklus	1
Was ist Lebensqualität in der Palliativmedizin?	3
<i>Gian Domenico Borasio</i>	
Keine kleinen Erwachsenen: Die Herausforderungen der Kinderpalliativmedizin	11
<i>Monika Führer</i>	
Palliativmedizin in der Geriatrie: Die Herausforderung der Zukunft	19
<i>Marina Kojer</i>	
II Neue Entwicklungen in der Symptomkontrolle	27
Der schwer kranke Patient: Neues aus der Schmerztherapie	29
<i>Christoph Ostgathe, Reinhard Sittl, Christina Saalfrank-Schardt, Carsten Klein</i>	
State of the art in der Therapie der Atemnot	37
<i>Steffen Simon</i>	
Neues in der Therapie des Delirs	43
<i>Johanna Anneser</i>	
III Palliativmedizinische Versorgung	51
Palliativmedizin und Palliativversorgung im stationären Bereich	53
<i>Hans Christof Müller-Busch</i>	
Allgemeine Ambulante Palliativversorgung – AAPV	63
<i>Wilhelm-Bernhard Niebling</i>	
Hausärztliche Palliativ- und Altersforschung	71
<i>Nils Schneider</i>	
Ein Jahr Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) im städtischen Ballungsraum	77
<i>Birgit Vyhnaek, Bernhard Heilmeyer, Gian Domenico Borasio</i>	
Vergleichende Untersuchung der Effektivität der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung im Kinder- und Erwachsenenbereich aus Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen	85
<i>Gesa Groh, Monika Führer, Gian Domenico Borasio</i>	
Mehr als Symptomkontrolle: Wirksamkeit in der SAPV	97
<i>Werner Schneider</i>	

Das PAMINO-Projekt – gemeindenahе palliativmedizinische Versorgung	111
<i>Peter Engeser</i>	
Advance Care Planning – ein neues Konzept	117
<i>Jürgen in der Schmitten, Georg Marckmann</i>	
IV Nicht onkologische Palliativmedizin	131
Palliativmedizin in der Neurologie	133
<i>Raymond Voltz</i>	
Palliativmedizin in der Gastroenterologie	139
<i>Gerhild Becker, Martin Holtmann</i>	
Palliativmedizin in der Kardiologie	145
<i>Georg Ertl, Christiane Angermann</i>	
V Psychosoziale, spirituelle, ethische und rechtliche Aspekte	153
Psychotherapie in der Palliativbetreuung	155
<i>Martin Fegg</i>	
Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	161
<i>Maria Wasner</i>	
Evidence-based Spiritual Care: Gibt es das?	169
<i>Eckhard Frick</i>	
Freiburger Patientenverfügung – gemeinsam entscheiden	175
<i>Thorsten Dürk</i>	
Versorgung von Menschen am Lebensende – Erfahrungen und Erwartungen von hinterbliebenen Angehörigen	179
<i>Jutta Bleidorn, Helene Pahlow, Katharina Klindtworth, Nils Schneider</i>	
Ethische Spannungsfelder in der Therapie am Lebensende	189
<i>Urban Wiesing</i>	

V Psychosoziale, spirituelle, ethische und rechtliche Aspekte

Psychotherapie in der Palliativbetreuung	155
<i>Martin Fegg</i>	
Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	161
<i>Maria Wasner</i>	
Evidence based Spiritual Care: Gibt es das?	169
<i>Eckhard Frick</i>	
Freiburger Patientenverfügung – gemeinsam entscheiden	175
Ein BMBF-gefördertes Projekt zur Unterstützung der hausärztlichen Beratung zum Thema Vorausverfügungen <i>Thorsten Dürk</i>	
Versorgung von Menschen am Lebensende – Erfahrungen und Erwartungen von hinterbliebenen Angehörigen	179
<i>Jutta Bleidorn, Helene Pahlow, Katharina Klindtworth, Nils Schneider</i>	
Ethische Spannungsfelder in der Therapie am Lebensende	189
<i>Urban Wiesing</i>	

Evidence based Spiritual Care: Gibt es das?

Eckhard Frick

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Eckhard Frick sj
 Professur für Spiritual Care
 Interdisziplinäres Zentrum für
 Palliativmedizin, Klinikum der Universität
 München
 Marchioninstr. 15, 81377 München

E-Mail: efrick@med.lmu.de

Tel. : 089/7095-7937

Schlüsselwörter

Spiritual Care – Arzt-Patient-Kommunikation – EBM – Kosten

Zusammenfassung

Spiritual Care ist gemäß der WHO-Definition zusammen mit den physischen und den psychosozialen Aspekten als integrativer Pfeiler von Palliative Care zu sehen. Spiritualität wird gegenüber der (Kirchen-)Religiosität als Breitbandbegriff verwendet. Der Forschungsstand zeigt, dass evidenzbasierte Studien zu Spiritual Care möglich sind und die Patientenzentrierung der Behandlung verbessern. Andererseits folgt aus dem Respekt vor der Autonomie des Patienten, dass die Spiritualität nicht für klinische Ziele verzweckt werden darf und diese Ziele sogar infrage stellen kann, z.B. was die Bestimmung/Änderung des generellen Therapieziels und die Wahl des geeigneten Behandlungs-Settings angeht.

Einleitung

Mit diesem Symposium ehrt die Bundesärztekammer ihren verstorbenen Präsidenten, indem sie eines der zentralen Anliegen von Jörg-Dietrich Hoppe aufgreift, nämlich die Entwicklung einer patientenzentrierten und evidenzbasierten Palliativmedizin. Zwischen diesen beiden Anforderungen an eine moderne Palliativmedizin besteht ein innerer Zusammenhang: Wenn wir aufgrund empirischer Studien mehr darüber wissen, wie es schwer kranken und sterbenden Menschen wirklich geht, lassen wir uns weniger von Vorurteilen und Fehlannahmen leiten, z.B.: „Wir dürfen ihn nicht verdursten/ersticken lassen“ mit der Handlungskonsequenz, dem Patienten „zu viel des Guten“ (an Flüssigkeit und Sauerstoff) zu verabreichen.

Nach Patientenzentrierung und Evidenzbasiertheit soll hier in Bezug auf Spiritual Care gefragt werden. Zunächst aber stellt sich die Frage: Was heißt es, beim Gedenken an einen Verstorbenen – und dies gemeinsam mit seiner Witwe und seinen Kindern – nach der Spiritualität zu fragen? Worin besteht der spirituelle Aspekt der Trauer? Auch dies gehört zu Palliative Care, folgt man der WHO-Definition, die sich ausdrücklich nicht nur auf die Patienten, sondern auch auf die Angehörigen bezieht.

Die beste Weise der Trauer um einen Menschen, die beste Weise, ihn *loszulassen*, besteht darin, seinen Werten, allem, was ihn für uns wertvoll machte, einen *bleibenden* Platz im seelischen Binnenraum zu geben. Freud nannte diesen komplexen Vorgang aus Lösung und Bewahrung der Bindung, aus

Distanzierung vom Verstorbenen und Identifikation mit ihm: Trauerarbeit. Trauerarbeit stellt sich nun auch Institutionen als Aufgabe, jedenfalls in einem analogen Sinn. Wenn Institutionen wie die Bundesärztekammer es ernst damit meinem, einer verstorbenen Persönlichkeit „ein ehrendes Andenken zu bewahren“, dann in dem genannten wertschätzenden Sinne: im Sinne des Verstorbenen das Leben zu gestalten. Für die Ärzteschaft heißt das: rationaler Diskurs, evidenzbasierte Forschung, patientenzentrierte Behandlung als Werte, die Jörg-Dietrich Hoppe wichtig waren und mit seiner Person verbunden bleiben.

Inwieweit können wir die mit der Trauerarbeit gegebenen Transformationen der „Hinterbliebenen“ spirituell nennen? Otto Kernberg hat, auch ausgelöst durch die Trauer über seine verstorbene Frau, auf die strukturellen Konsequenzen der Trauerarbeit hingewiesen, vor allem auf die „Modifikation des Über-Ichs“, die aus der Internalisierung des Wertesystems und des Lebensprojektes der verstorbenen Person resultiert. Trauer zieht eine symbolische Öffnung, eine spirituelle Suche nach sich [1], die sich im Kontext einer Religionsgemeinschaft ereignen kann, aber auch durchaus weltlich in der ärztlichen Werte- und Forschungsgemeinschaft, zu der nicht nur Gläubige und Gottsuchende, sondern auch Atheisten und Agnostiker gehören. Unter der spirituellen Präsenz des Verstorbenen wird hier nichts Gespenstisch-Spiritistisches verstanden. Es geht um eine lebendige Erinnerung, um das Stehen zu den miteinander geteilten Werten. Wenn der Verstorbene Autorität hatte wie Jörg-Dietrich Hoppe, fachlich, menschlich, institutionell, dann behält er diese Autorität über den Tod hinaus. *Wie* die bleibende Verbundenheit mit einem Verstorbenen im Einzelnen zu denken ist, ist nicht Gegenstand dieser Überlegungen. Die Antwort wird letztlich sehr persönlich ausfallen.

Spiritual Care – was ist das überhaupt?

Den Begriff **Spiritual Care** gebrauchen wir auch im deutschen Sprachraum in Analogie zu **Palliative Care**. Ebenso wie Palliative Care nicht nur Palliativmedizin umfasst, sondern ein Zusammenwirken von Pflege, Medizin und Psychotherapie und anderen Berufsgruppen bezeichnet, ist Spiritual Care eine interdisziplinäre Aufgabe aller Gesundheitsberufe. Auch wenn die Seelsorge an dieser Aufgabe beteiligt ist, ist Spiritual Care weit mehr als ein modisches Synonym für Seelsorge [2]. Es geht vielmehr um eine Aufgabe, die zwar viele Ärzte an die Seelsorge delegieren möchten, die jedoch als „ärztliche Seelsorge“ [3] Teil der Medizin selbst ist. Im Unterschied zu diesem Begriff Frankls geht es der WHO nicht nur um den ärztlichen Beruf, sondern um die Medizin im Konzert aller Gesundheitsberufe:

„Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hoch qualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

In der Charta von Bangkok (2005) anerkennt die WHO die spirituelle Dimension von Gesundheit und Krankheit in der gesamten Heilkunde, nicht nur in der palliativen Situation. In beiden Definitionen ist nicht von (Kirchen-)Religiosität die Rede, sondern von Spiritualität als dem breiteren Begriff, der beim Individuum mit Religiosität verbunden sein kann, aber nicht verbunden sein muss. Die erstaunliche Karriere von Spiritualität (bis in die 1960er Jahre des 20. Jahrhunderts ein binnenkatholischer Begriff) heißt in der Soziologie „Spiritual Turn“ [4]. Damit waren zunächst

New Age, Esoterik und ähnliche Alternativ-Religionen gemeint. Heute ist klar, dass der Spiritual Turn nicht nur in der Medizin, sondern auch innerhalb der klassischen Religionsgemeinschaften zu beobachten ist. Was Medizin und Psychotherapie betrifft, so schrieb C. G. Jung lange vor dem Spiritual Turn:

„Unter all meinen Patienten jenseits der Lebensmitte, das heißt jenseits 35, ist nicht ein Einziger, dessen endgültiges Problem nicht das der religiösen Einstellung wäre. Ja, jeder krankt in letzter Linie daran, dass er das verloren hat, was lebendige Religionen ihren Gläubigen zu allen Zeiten gegeben haben, und keiner ist wirklich geheilt, der seine religiöse Einstellung nicht wieder erreicht, was mit Konfession oder Zugehörigkeit zu einer Kirche natürlich nichts zu tun hat.“ [5]

Beeinflusst von William James verwendet Jung hier den Begriff der „religiösen Einstellung“ genau in dem Sinn, in dem wir heute „Spiritualität“ verstehen: überkonfessionell, interreligiös, mit möglicher, aber nicht notwendiger Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft. Wichtig ist die Qualifizierung jener Religionen als „lebendig“, die ihren Gläubigen etwas zu geben vermögen, was in der Krankheit verloren, aber wieder erreicht werden kann: die religiöse Einstellung. Bezogen auf die Krankheitsverarbeitung besteht lebendige Religiosität/religiöse Einstellung darin, dass spirituelle Sinndeutungen, Praktiken und Unterstützungsnetze dem Patienten Lösungsmöglichkeiten bieten (und nicht selbst ein Problem darstellen, das die Erkrankung verkompliziert) [6].

Evidence based Spiritual Care? – Contra

Es gibt einige Gründe, die ganz offensichtlich gegen die Evidenzbasiertheit von Spiritual Care sprechen. Zwar haben Harold

Koenig und viele andere US-amerikanische Forscher eine Fülle von Zusammenhängen zwischen Religiosität/Spiritualität einerseits und Gesundheits-Outcomes andererseits zusammengetragen. Meist handelt es sich dabei um schwache oder mäßige Korrelationen, deren kausale Interpretation problematisch ist. Vor allem ist es aber in medizinischer und theologischer Hinsicht fragwürdig, aus derartigen Zusammenhängen Ratschläge, Handlungsanweisungen oder Interventionen abzuleiten [6]. Deshalb sollte Spiritual Care zweckfrei, unabhängig von der Forschung über Religion und Gesundheit (religion-health research) arbeiten, wobei das empirisch gesicherte Wissen über Zusammenhänge zwischen Religion/Spiritualität und gesundheitsbezogenen Outcomes selbstverständlich zur Kenntnis zu nehmen ist, z.B. hinsichtlich Lebensquantität und -qualität, Krankheitsverarbeitung oder seelischer Gesundheit. Derartige Zusammenhänge müssen innerhalb geeigneter kausaler Netzwerke interpretiert werden, wobei kulturspezifische Faktoren zu beachten sind, etwa zwischen den USA und Europa. Sie eignen sich jedoch weder zur Begründung noch zum Monitoring des Erfolgs von Interventionen:

„Even if religious involvement were completely unrelated to physical health and medical outcomes, however, integrating spirituality into patient care should still be a priority. Because so many medical patients have spiritual needs, spiritual conflicts, or derive comfort from religious beliefs and traditions, this makes a strong argument for training health professionals to assess, respect, and make accommodations for patients' spiritual beliefs and practices. It also emphasizes the importance of having strong Pastoral Care Departments in hospitals to ensure that someone meets the spiritual needs of patients in a way that is sensitive and culturally appropriate.“ [7]

Insofern lässt sich Spiritual Care nicht in ein evidenzbasiertes Konzept integrieren. Spiritual Care verfolgt vielmehr Ziele, die über klinische Zwecke hinausgehen. Zwar wollen Patienten ebenso wie Gesundheitsberufe bestimmte kurative oder palliative Ziele erreichen, z.B. ein gegebenes religiöses Coping „verbessern“, die Beziehung zu Gott oder einer anderen religiösen Figur klären. Spiritual Care will jedoch nicht die Spiritualität instrumentalisieren, um bestimmte gesundheitsbezogene Ziele zu erreichen, so erstrebenswert diese auch sein mögen. So zeigt eine Fülle von Studien, dass der Kirchgang mit einer Verbesserung zahlreicher Gesundheits-Outcomes einhergeht. Würde nun der Arzt den Kirchgang oder andere religiöse Aktivitäten „verordnen“ [7] oder der Patient den Kirchgang wie ein Antihypertensivum „nutzen“, um mehr Selbstkontrolle zu erreichen, dann kann Folgendes geschehen: Der Patient stellt fest, dass andere Kirchgänger ihre Ziele besser erreichen und er gibt den Kirchgang als wirkungslos auf:

„If people use religion for the primary purpose of achieving certain health goals, then this is a misuse of religion for non-religious goals and could ultimately lead to disillusionment and the abandonment of religion“ [9].

Spiritual Care würde also in missbräuchlicher und pervertierter Weise „funktionieren“ und instrumentalisiert werden, wenn die Realität des Leidens und menschlicher Zerbrechlichkeit durch esoterische Theorien und Interventionen geleugnet wird (karmisches Schicksal, gewisse Formen des Gesundheitsbetens oder der magischen Fernheilung). So wahr und wichtig es einerseits ist, dass Spiritual Care im Rahmen der evidenzbasierten Medizin arbeitet, so fremd bleibt Spiritual Care andererseits der evidenzbasierten Medizin. Es gibt kein A-priori-Wissen der Gesundheitsberufe darüber, was „gute“ und was „schlechte“ Spiritualität ist. Hier stoßen die

Gesundheitsberufe an ihre professionellen Grenzen. Spätestens hier fängt der Respekt vor dem Sinnentwurf des Patienten an.

Evidence based Spiritual Care? – Pro

Spiritual Care wurde neben dem physischen und dem psychosozialen Pfeiler als dritter Pfeiler der Palliative Care identifiziert und entstand im Rahmen der evidenzbasierten Palliativmedizin. Trotz der Vorbehalte gegenüber einer instrumentellen Verzweckung und gegenüber einem therapeutischen Kurzschluss von Faith-and-Health-Forschung auf bestimmte Interventionen nutzt auch Spiritual Care die evidenzbasierte Verknüpfung zwischen Forschung und Behandlungsplanung/Behandlungsevaluation. Nach K. Pargament [6] kann Spiritualität Teil des Problems oder Teil der Lösung sein. Von großem Interesse sind deshalb Daten über die Verarbeitung von Krankheit und Sterben, über Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. Die Fruchtbarkeit eines evidenzbasierten Forschungsdesigns – auch in ökonomischer Hinsicht – zeigt eine onkologische Studie, in der Patienten, die mit ihrer spirituellen Betreuung zufrieden waren, mit Patienten verglichen wurden, die nach eigener Einschätzung mangelhafte Spiritual Care erhielten (s. Tab. 1)

Die Untersuchung belegt eine Reihe teilweise hoch signifikanter Zusammenhänge zwischen der Patientenzufriedenheit mit der spirituellen Betreuung durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe und den verursachten Kosten. Patienten, die über eine unzureichende Spiritual Care berichten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, im fortgeschrittenen Stadium einer Tumorerkrankung auf die Intensivstation verlegt zu werden und dort zu versterben als zufriedenstellend betreute. Umgekehrt hatten die spirituell zufriedenen Patienten eine höhere Wahr-

Tab. 1: Untersuchung des Kostenaufwands im Zusammenhang mit guter/schlechter Spiritual Care [10]

Aufbau der Studie	
Patienten	339 Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung
Design	Prospektiv, multizentrisch
Prüfgruppen	Patienten, die mit ihrer spirituellen Betreuung durch das Behandlungsteam zufrieden/unzufrieden waren.
Methodik	Kostenschätzung nach Standards für Intensivbehandlung, Beatmung etc.

scheinlichkeit, in ein Hospiz verlegt zu werden, als die unzufriedenen. Auf der Kosten- seite waren die finanziellen Aufwendungen für die schlecht spirituell betreuten Patienten zwei- bis dreimal höher als für die gut betreuten. Alle erhobenen Befunde waren bei ethnischen Minderheiten und Patienten mit ausgeprägt religiöser Krankheitsverarbeitung besonders stark ausgeprägt.

Wie sind diese Befunde zu erklären? Die Kostenexplosion bei mangelhafter Spiritual Care hängt in der zitierten Studie mit den gewählten Behandlungs-Settings (Intensivmedizin statt Palliative Care) zusammen. Eine wichtige intervenierende Variable auf ärztlicher Seite dürfte die Berücksichtigung bzw. Vernachlässigung der Spiritualität in der Arzt-Patienten-Beziehung und im ärztlichen Gespräch sein. Aus psychiatrischen Studien ist bekannt, dass Patienten, die in den Genuss einer spirituellen Anamnese kommen (proaktiv, d.h. auf Initiative der behandelnden Ärzte), zufriedener mit der Arzt-Patienten-Beziehung und zuverlässiger im Einhalten von therapeutischen Vereinbarungen sind als Patienten, deren Spiritualität weder erfragt noch berücksichtigt wird. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass die Patienten sich als „ganze Person“, nicht nur als Kranke wahrgenommen wissen, wenn der Arzt proaktiv, nicht erst auf Initiative des Patienten, den spirituellen Bereich thematisiert [11].

Angewandt auf Palliative Care heißt dies: Bei aller Vorsicht gegenüber dem Missbrauch der Arztrolle und der Gefahr religiöser Manipulation schätzen es die Patienten, wenn der

spirituelle Lebensbereich in der ärztlichen Anamnese berücksichtigt, vom Arzt ausdrücklich „erlaubt“ wird [12]. Die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse, Optionen und Motivationen ist von besonderer Bedeutung, wenn es um Indikationsfragen, Therapiezieländerungen und die Weichenstellung für ein ambulantes oder stationäres palliatives Behandlungs-Setting geht. So können sich Patienten mit ausgeprägt religiöser Krankheitsverarbeitung „verpflichtet“ fühlen, im Gehorsam Gott und den Ärzten gegenüber zu kämpfen und dabei auch starke Einbußen an Lebensqualität in Kauf zu nehmen. Das Gespräch über diese religiös/spirituellen Motive kann zur Entspannung und zum Zulassen einer palliativen Behandlungsoption beitragen [10].

Mehrere neuere Veröffentlichungen beschäftigen sich mit förderlichen und hemmenden Einflüssen auf Spiritual Care, nicht nur im engeren palliativmedizinischen Bereich, sondern auch in anderen ärztlichen Gebieten, insbesondere in der Allgemeinmedizin. Aufschlussreich ist der folgende Review über Kommunikationsprozesse im palliativen Kontext (s. Tab. 2)

Auch diese Studie zeigt die Bedeutung von Spiritual Care im Gesamtkontext von Palliative Care. Das Ausklammern, Vermeiden, Tabuisieren des Spirituellen kann gerade dann zum Kommunikationshindernis werden, wenn Spiritual Care bewusst gar nicht im Blick ist. Andererseits ist Spiritualität eine kommunikative Ressource, die es sich zu erschließen lohnt.

Tab. 2: Kommunikation über palliative Fragen in der Allgemeinpraxis [13]

Einflussfaktoren auf Patientenseite	
Hinderlich	Mangelnde Bereitschaft, über spirituelle Themen und über den Wunsch nach beschleunigtem Tod zu sprechen.
Förderlich	Glaubensüberzeugungen bezüglich des Lebens nach dem Tod
Einflussfaktoren auf Arztseite	
Hinderlich	Mangelnde Bereitschaft, über eigene Fehler, spirituelle Themen und den Patientenwunsch nach beschleunigtem Tod zu sprechen.
Förderlich	Bereitschaft, die Diagnose/Prognose, Vorbereitung auf den Tod, diesbezügliche Wünsche des Patienten sowie dessen emotionale, soziale und spirituelle Themen zu besprechen.

Fazit

Spiritual Care arbeitet in einem Netzwerk von Kompetenzen, das aus den jeweiligen beruflichen Rollen entsteht und in Aus-, Weiter- und Fortbildung gefördert werden sollte. Aus dem Grundsatz der Kultursensitivität ergibt es sich, dass Spiritual Care im Rahmen bewährter Grundsätze der europäischen Medizin etabliert werden sollte: wohlwollende weltanschauliche Neutralität, Respekt vor den Werten des Patienten, aufklärerisch-rationaler Umgang mit dem Spirituellen. Daraus ergibt sich, dass die Grundsätze evidenzbasierter Medizin auf Spiritual Care anzuwenden sind, dass aber die Spiritualität des Patienten nicht instrumentalisiert werden darf.

Literaturverzeichnis

1. Kernberg O, Some observations on the process of mourning. *Int J Psychoanal* (2010), 91, 601–619
2. Frick E, Roser T (Hrsg) (2011) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
3. Frankl VE (1948/2007), *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. dtv, München
4. Frick E (2013) *Wohin dreht der Spiritual Turn?* In: Frick E, Hamburger A, Freuds Religionskritik und der „Spiritual Turn“. Kohlhammer, Stuttgart (im Druck)
5. Jung CG (1932/1963) *Über die Beziehung der Psychotherapie zur Seelsorge*. In: Niehus-Jung M et al. (Hrsg), *Zur Psychologie westlicher und östlicher Religion (GW XI)*, 355–376. Rascher, Zürich, Stuttgart
6. Pargament KI, *Vital signs: Assessing spirituality in psychotherapy*. *Spiritual Care*, im Druck (28.02.2013)
7. Sloan R et al., *Should physicians prescribe religious activities?* *N Engl J Med* (2000), 342, 1913–1916
8. Koenig HG (2008) *Medicine, religion, and health. Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press, West Conshohocken, PA
9. Koenig HG, *Commentary: Why do research on spirituality and health, and what do the results mean?* *J Relig Health* (2012), 51, 460–467
10. Balboni TA et al., *Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life*. *Cancer* (2011), 117, 5383–5391
11. Huguelet P et al., *A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience*. *Psychiatr Serv* (2011), 62, 79–86
12. Frick E et al., *A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences*. *Eur J Cancer Care* (2006), 15, 238–243
13. Slort W et al., *Perceived barriers and facilitators for general practitioners' patient communication in palliative care: A systematic review*. *Palliat Med* (2011), 25, 613–629