

Evangelische Hochschule Nürnberg
Studiengang Soziale Arbeit B.A

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

Die Seele will gepflegt werden!

Die Ermöglichung von spirituellem und seelischem
(psychischem) Wohlbefinden im Rahmen der
Gesundheitsförderung von Menschen im Altenpflegeheim

Alexandra Birsch

Erstgutachterin: Prof. Dr. phil. Helene Ignatzi
Zweitgutachterin: Prof. Dr. habil. Martina Plieth

Abgabetermin: 12. Oktober 2021

Abstract

Immer mehr Menschen verbringen die letzten Lebensjahre in einem Altenpflegeheim. Somit haben Einrichtungen, ihre Träger, z.B. die Diakonie, und das darin agierende multiprofessionelle Team die Aufgabe, einen wohlbefindlichen Lebensraum zu gestalten und zu ermöglichen. Persönliche, soziale, altersbedingte, aber auch spirituelle und religiöse Umstände beeinflussen das Wohlbefinden und folgernd auch die Gesundheit von Alten. Die Profession der Sozialen Arbeit agiert umfassend und auf vielfältige Weise in ihrem Kompetenzbereich, um das psychische Wohlbefinden, welches der Gesundheitsförderung zuzuordnen ist, zu fördern und zu ermöglichen. Der Fokus der Diakonie liegt im Lebensraum Altenpflegeheim primär auf dem spirituellen Wohlbefinden, womit sie ihren eigenen Teil zur Gesundheitsförderung und zur psychischen Gesundheit beiträgt. Die Verschränkung beider Professionen ist demnach notwendig, um den Menschen im Altenpflegeheim eine adäquate Versorgung in der letzten Lebensphase zu ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	V
Einleitung	1
I. Theorie	3
1.1 Religion, Glaube, Spiritualität	3
1.1.1 Religion.....	3
1.1.2 Glaube	5
1.1.3 Spiritualität.....	5
1.1.4 Das spirituelle Dreieck.....	7
1.2 Gesundheit und Gesundheitsförderung	8
1.2.1 Gesundheit und Krankheit	9
1.2.2 Gesundheits- und Krankheitsmodelle.....	10
1.2.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	13
1.3 Wohlbefinden und Lebensqualität	16
1.4 Die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen im Alter	17
1.4.1 Begrifflichkeiten des Alters	17
1.4.2 Gesundheitliche Entwicklungen im Alter	19
1.5 Der Zusammenhang von psychischem und spirituellem Wohlbefinden	20
II. Praxis	22
2.1 Lebensraum Altenpflegeheim	22
2.1.1 Wohnform: Altenpflegeheim	23
2.1.2 Soziale Beziehungen im Alter.....	23
2.1.3 Bildung im Alter	25
2.1.4 Spiritualität im Alter.....	26

2.2 Ermöglichen von seelischem (psychischem) Wohlbefinden im Altenpflegeheim	27
2.2.1 Alltags- und Freizeitgestaltung	28
2.2.2 Biografiearbeit als Beitrag zur Identitätsbildung	29
2.2.3 Humor als Beitrag zum psychischen Wohlbefinden	30
2.3 Ermöglichen von spirituellem Wohlbefinden im Altenpflegeheim	31
2.3.1 Spiritual Care und Altenheimseelsorge	32
2.3.2 Gottesdienste und Andachten im Altenpflegeheim.....	35
2.3.3 Das Kirchenjahr	36
2.4 Auswirkungen von Spiritualität auf die Gesundheit	37
<i>III. Diskussion.....</i>	39
3.1 Diskussion der Ergebnisse	39
3.2 Mehrwert der Arbeit für die Soziale Arbeit und die Diakonie.....	42
3.3 Kritik, Ausblick und Forschungsbedarf	43
3.4 Fazit	44
<i>Literaturverzeichnis.....</i>	45
<i>Anhang</i>	54
Anhang 1: Ausgewählte Gesetzestexte und Ergänzungen	54
Anhang 2: Versteckte Beispielsätze der spirituellen Ebene	56
Anhang 3: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	56
Anhang 4: Strukturmodell des Wohlbefindens	57
Anhang 5: Phasen im Erwachsenenalter	58
Anhang 6: Mitglieder in der Kirche nach dem Alter.....	59
<i>Erklärung.....</i>	60

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bspw.	Beispielsweise
Bzgl.	Bezüglich
Bzw.	Beziehungsweise
Ca.	Circa
d.h.	Das heißt
Ebd.	Ebenda
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
ELKB	Evangelische Kirche in Bayern
Et al.	Et alii
F	Folgende
GG	Grundgesetz
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
i.d.R.	In der Regel
Nr.	Nummer
NT	Neues Testament
o.J.	Ohne Jahr
o.S.	Ohne Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
Sog.	Sogenannte
u.a.	Unter anderem
v.a.	Vor allem
WHO	World Human Organization (Dt.: Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	Zum Beispiel
Zit. n.	Zitiert nach

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versteckte Beispielsätze der spirituellen Ebene	56
Tabelle 2: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	56
Tabelle 3: Phasen im Erwachsenenalter	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das spirituelle Dreieck	7
Abbildung 2: Strukturmodell des Wohlbefindens	57
Abbildung 3: Personen, die Mitglied in einer Kirche/Religionsgemeinschaft sind nach Alter im Vergleich mit der Bevölkerung im Jahr 2020	59

Einleitung

Die Seele will gepflegt werden!

Diesem Ausspruch soll innerhalb des stationären Settings eines Altenpflegeheims nachgegangen werden. Oftmals wird die Sorge um Menschen in einem Altenpflegeheim auf die pflegerische Versorgung beschränkt (BMFSFJ 2017: 223). Dies zeigt sich auch darin, dass zusätzliche Betreuungskräfte, welche für die soziale Betreuung der Bewohner¹ eines Heims zuständig sind, erst 2017 gesetzlich verankert wurden (Bundesgesundheitsministerium 2021). Inzwischen wird oftmals von der ganzheitlichen oder bedürfnisorientierten Pflege gesprochen. Dieser Pflegeansatz umfasst die Erfüllung von körperlichen, sozialen und seelischen Bedürfnissen. Die Unterbringung in einem Heim soll ein wichtiger Lebensraum sein und keine „Verwahranstalt“ (Specht-Tomann 2015: V).

Einrichtungen innerhalb der stationären Altenhilfe sind unter anderem (u.a.) unter der Trägerschaft der Diakonie.

Damit ist sie ebenfalls Gestalterin von Wohnformen der älteren Menschen und soll eine Kultur des Wohnens entwickeln (Raschzok/Kemnitzer 2009: 296).

Die christliche Dimension einer diakonischen Einrichtung zeigt sich bedeutend im Stellenwert der Seelsorge (Ruschke 2007: 125).

In der Bibel wird das Alter als etwas angesehen, dem man nötigen Respekt entgegenbringen muss und dies den alten Menschen schuldig ist. Hieraus ergibt sich eine gewisse Hierarchie der älteren gegenüber der jüngeren Generation (Lang 2021: 1).

Der Respekt gegenüber dem Alter zeigt sich auch im Umgang jener, die in einem Altenpflegeheim leben. Durch die Förderung des Wohlbefindens kann dies zum Ausdruck gebracht werden.

Die Gesundheitsförderung setzt bei den Individuen an, welche befähigt werden sollen, eigenständig die Gesundheitschancen zu erhöhen. Dies kann auch soziale Rahmenbedingungen umfassen. Hier stehen die Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden im Fokus. Diese gehen von der Stärkung der Ressourcen eines Menschen aus, um Gesundheit zu gewährleisten, fördern und ermöglichen (Altgeld/Kolip 2018: 59).

Als Beitrag hierzu, im Rahmen der Gesundheitsförderung, liegen dieser Abschlussarbeit folgende Fragestellungen zugrunde:

Wie kann spirituelles und psychisches Wohlbefinden ermöglicht werden? Wie wirkt sich Spiritualität auf das psychische Wohlbefinden aus?

¹ Im Folgenden wird allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Dies schließt alle Geschlechter (m/w/d) mit ein.

Diese Arbeit möchte dabei sowohl auf die spirituelle als auch auf die psychische Dimension eingehen, und eine mögliche Verschränkung sowie den Mehrwert der beiden Professionen beleuchten.

Hierfür werden im Theorieteil zuerst Begriffsdefinitionen im Bereich von Religion, Glaube und Spiritualität beleuchtet. Anschließend wird auf den Aspekt der Gesundheit und Gesundheitsförderung eingegangen. Dabei werden auch verschiedene Gesundheits- und Krankheitsmodelle betrachtet. Dies wird folgend in Verbindung mit der Lebensqualität und dem Wohlbefinden gebracht. Anknüpfend daran wird die Zielgruppe betrachtet und zum Schluss die theoretische Wirkung der Spiritualität auf die psychische Gesundheit erklärt.

Der Praxisteil handelt von dem Lebensraum Altenpflegeheim und seinen sozialen Aspekten. Weiterführend werden ausgewählte praxisnahe Beispiele für die Ermöglichung von psychischem und spirituellem Wohlbefinden erläutert und deren Einfluss auf die Gesundheit dargestellt. Der Schluss des Praxisteils bietet eine Übersicht an Studien, welche den positiven und negativen Einfluss von Spiritualität auf die psychische Gesundheit erforscht haben.

Die Diskussion behandelt einen kritischen Blick auf die Ergebnisse, den Mehrwert dieser für die Bereiche der Sozialen Arbeit und Diakonie und stellt kritische Aspekte, einen weiteren Forschungsbedarf sowie Ausblick dar.

I. Theorie

Der Theoretische Teil soll den Handlungsrahmen und die Begriffsdefinitionen sowie die Zielgruppe aufspannen, beleuchten und die theoretische Grundlage für den Praxisteil bilden.

1.1 Religion, Glaube, Spiritualität

Im folgenden theoretischen Abschnitt soll es um die Begriffsdefinitionen von Religion, Glaube und Spiritualität gehen. Für alle drei Definitionen gilt, dass es keine einheitliche Erklärung der Begriffe gibt. Es werden exemplarisch einige Definitionen aufgezeigt, welche hierfür grundlegend sind.

Wichtig für die Ausübung und Daseinsberechtigung von den Begriffen der Religion, Glaube und Spiritualität ist die Gesetzesgrundlage in Deutschland. In Bezug auf Religions- und Glaubensausübung in Deutschland findet sich in Artikel 4 des Grundgesetzes (GG) die rechtliche Basis. Hier heißt es:

„(1) Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich. (2) Die ungestörte Religionsausübung wird gewährleistet“ (Art. 4 Absatz 1 und 2 GG).

1.1.1 Religion

Der Duden definiert Religion als „bestimmter, durch Lehre und Satzungen festgelegter Glaube und sein Bekenntnis“ (Duden 2021d). Weyels (2008a: 1003) Definition bezieht sich primär auf die Beziehung, weniger auf objektive Tatsachen: „Religion ist ein Allgemeinbegriff zur Bezeichnung der Beziehung von Menschen zur Transzendenz, d.h. zu einer als transzendent verstandenen Gottheit“.

Der Begriff kann die subjektive Seite von religiösen Erfahrungen oder Gefühlen, Inhalten und Bekenntnissen und sowohl die individuelle als auch die gemeinschaftliche Religiosität umfassen. Dadurch ist der Begriff sehr umfangreich (ebd.: 1003).

Birkholz (2017: 13) fasst den Begriff allgemeiner: „Unter Religion versteht man ein gewachsenes System von Überzeugungen und Regeln, die festgelegt sind und den Rahmen einer konkreten Religion hineingehören“.

Die Evangelische Kirche Deutschland (EKD) unterscheidet den Religionsbegriff in den funktionalen und substanziellen Religionsbegriff. Der funktionale Begriff definiert das, was Religion leistet. Im engeren Sinn der funktionalen Betrachtung übernimmt Religion eine bestimmte gesellschaftliche Funktion für die Individuen und gesellt sich zu den Wissenschaften wie beispielsweise (bspw.) die Politik oder die Erziehungswissenschaft-

ten. Der funktionale Begriff strebt eine Objektivität oder auch eine Vergleichbarkeit an (Kirchenamt der EKD 2007: 34f).

Der substanzielle Religionsbegriff geht von der Fragestellung der Glaubenserfahrungen aus. Es geht nicht um die Nützlichkeit von Religion, sondern er fokussiert den Sinn von religiöser Praxis, Vorstellungen oder Ritualen und Symbolen (Kirchenamt der EKD 2007: 35).

Innerhalb der jeweiligen Religionen finden sich verschiedene Konfessionen, also Gruppierungen und Strömungen mit unterschiedlichen theologischen Positionen. Im Christentum gibt es bei bspw. die evangelische, orthodoxe oder katholische Konfession.² Als religiöse Person kann man sich also einer bestimmten Konfession zugehörig fühlen und dieser folgen beziehungsweise (bzw.) die Regeln und Normen einer bestimmten Religion akzeptieren (Birkholz 2017: 14).

2011 leben in Bayern 55 % der Menschen mit Zugehörigkeit zur katholischen Kirche, 21 % gehören zur Evangelischen Kirche in Bayern (ELKB), 4 % sind Muslime und 20 % haben eine andere oder keine Konfession. So leben 2011 in Bayern insgesamt 76 % christlich gläubige Menschen (Statistisches Bundesamt 2011).

Der christliche Glaube begründet sich darin, dass Jesus Christus sowohl der Sohn Gottes als auch ein Mensch ist, welcher den Menschen gleich geworden ist. Da Jesus Jude war, hat das Christentum seine Wurzeln in der jüdischen Religion. Das Alte Testament wird als hebräische Bibel bezeichnet. Darauf beziehen sich sowohl das Christentum als auch das Judentum. Eine dritte Religion ist mit den vorherigen verbunden: der Islam. Diese drei Religionen verbindet Abraham. Er ist der Stammesvater Israels. Dies findet sich im Juden- und Christentum. Abraham ist ebenfalls der Vater von Ismael, wovon der Islam ausgeht. Die drei verbindenden Religionen werden als ‚Väterreligionen‘ bezeichnet (Birkholz.: 13).

Als gebräuchlich wird von der Religionsdefinition nach Weyel ausgegangen, die hier als Definitionsgrundlage herangezogen wird. Außer Acht darf hierbei nicht die Unterscheidung der EKD in den funktionalen und substanziellen Religionsbegriff gelassen werden.³

² Die vorliegende Arbeit baut vor allem auf der christlichen Religion und evangelischen Glaubensrichtung auf, da es innerhalb der Bachelor-Thesis nicht möglich ist, auf andere Glaubensrichtungen einzugehen.

³ Es gibt eine Vielfalt von Definitionen und Deutungen des Begriffs. Eine Allgemeingültigkeit bleibt immer unklar (Kirchenamt der EKD 2007: 34).

1.1.2 Glaube

Der Duden definiert alltagsgebräuchlich Glaube als „gefühlsmäßige, nicht von Beweisen, Fakten o.Ä. bestimmte unbedingte Gewissheit, Überzeugung“ (Duden 2021c).

Der Begriff findet sich sowohl im christlichen Kontext als auch in anderen Religionen der Menschheit wieder. So zum Beispiel im Hinduismus, Judentum, Islam oder Buddhismus (Grünschloß 2000: 941).

In der Literatur findet sich eine große Vielfalt an möglichen Bedeutungen. So kann mit dem Begriff Glaube „innere Zustimmung, sicheres Wissen, festes Vertrauen in eine numinose Gestalt, hingebungsvolle Praxis und Bekenntnis der Glaubensinhalte“ gemeint sein (ebd.: 941).

Religionsphilosophisch wird der „Glaubensbegriff nur als integrierendes Moment zur Beantwortung der Frage nach Wesen und Wahrheitsbedingungen der Rel[igion]“ definiert (Schulz 2000: 943).

Schwöbel (2008: 439) legt bei seiner Definition den Fokus auf die Beziehung, daher bezeichnet er „Glaube als Grundbeziehung des Menschen zu Gott [...]“.

Der christliche Glaube umfasst die Beziehung zu Gott, zu anderen Menschen, zur Welt und zu sich selbst. Es geht um die Selbsterschließung in Jesus Christus durch den Heiligen Geist, welche den Gegenstand im Glauben an die Trinität Gottes (also Gott als Vater, Sohn und Heiliger Geist) innehat (ebd.: 439).

Birkholz (2017: 14) hingegen stellt die Individualität des Einzelnen in den Mittelpunkt und bezeichnet Glaube als die „persönliche Ausprägung eines Menschen innerhalb seiner Religion“.

Darüber hinaus unterscheidet sie die Bedeutung von Glaube noch einmal. Zum einen kann man Glauben als das, was man für wahr hält, verstehen oder auch als die Bedeutung von Vertrauen auf eine höhere Macht. Bei dieser Macht kann zum einen von Gott die Rede sein, zum anderen sind auch andere Bezeichnungen von etwas, das man nicht greifen kann, möglich (ebd.: 14).

Der christliche Glaube liegt in Deutschland vorwiegend zugrunde, wobei die Zielgruppe der älteren Menschen überwiegend durch christliche Werte und Normen sozialisiert wurde. Daher sind vor allem der christliche Glaube und die Definition nach Schwöbel zentral.

1.1.3 Spiritualität

Spiritualität kann allgemeinsprachlich als „Geistigkeit; inneres Leben, geistiges Wesen“ (Duden 2021e) definiert werden.

Der Begriff der Spiritualität bezieht sich auf das lateinische Wort „spiritus“, welches als Geist, Atem oder Hauch übersetzt werden kann. Im Neuen Testament (NT) findet sich das bedeutungsähnliche Wort „pneumatikos“, welches den Fokus auf den Geist oder die geistige Weise legt (Weyel 2008b: 1111). Der Begriff entstand erst im 20. Jahrhundert und etablierte sich in der europäischen Sprache (Köpf 2000: 1589). Eine allgemeingültige Definition scheint es auch hier nicht zu geben, da die Bedeutungsvielfalt sehr umfangreich ist. Es gibt sehr weite Verständnisse von Spiritualität, welche im Sinne von „rel.[igiöser] Einstellung, Mentalität, Religiosität [...] oder einer bloßen Aufzählung von Aspekten [...] bis zu sehr speziellen inhaltlich [...] gefüllten Auffassungen“ umfassen können (ebd.: 1590). Es wird jedoch eine Ähnlichkeit zum Begriff der Frömmigkeit und der Religiosität gesehen. Im Unterschied weist der Begriff der Spiritualität eine größere Vielfalt auf als der Begriff der Frömmigkeit (Weyel 2008b: 1111).

In der Palliativmedizin kann unter Spiritualität die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinnggebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er versucht, Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen (Arbeitskreis Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2007: 1).

Aus theologischer Perspektive ist Spiritualität die „primär[e] Bezeichnung für eine spezifische Art von Einstellung und Selbstverständnis von Menschen innerhalb der Wirklichkeit bzw. von Lebenspraxis, nicht eine Kategorie theoretischer Reflexion. Er gleicht darin am ehesten dem Begriff ‚Moral‘ bzw. ‚Ethos‘ eines Einzelnen“ (Hilpert 2011: 18).

Die christliche Spiritualität umfasst alles Neue und Besondere, welches zum Ausdruck gebracht wird durch das griechische Wort *pneuma* für ‚Luft, Wind, Atem, Hauch, Geist.‘ Der Fokus liegt hier auf dem Christusgeschehen und das Erbe der Auferstehung und das Auffahren in den Himmel durch Jesus Christus, wie es im Neuen Testament geschrieben steht (ebd.: 19).

Körnter (2011: 27) hingegen fasst den Spiritualitätsbegriff weiter, unabhängig der Religion:

„Die positiven Seiten von Religion werden heute gern mit dem Begriff ‚Spiritualität‘ bezeichnet. Viele Menschen betrachten ‚Spiritualität‘ als eine nichtchristliche, an keine Kirche oder Dogmatik gebundene Form der Religiosität“.

Der Mensch kann als transzendierendes Wesen angesehen werden, da er nach Gott sucht, unabhängig davon, um ihm dies bewusst ist oder nicht. Die Motive der Sinnsuche und Sinnverwirklichung sind spezifisch und wirken sich auf das Denken und Handeln aus, ungehindert der religiösen Dimension (Hamann 1982: 83).

Menschen können aus ihrem Glauben Kräfte schöpfen, um Lebenskrisen zu bewältigen. So kann die Anwendung von Spiritualität als Coping-Strategie dienen (Körtner 2011: 27).

Bei Belastungen auf die Gesundheit, beispielsweise durch Krankheit oder die letzte Lebensphase gibt es verschiedene Strategien der Bewältigung. Diese Strategien werden Coping genannt. So geht es um Reaktionen auf die aktive Meisterung von belastenden Situationen als auch um das Durchhalten und Akzeptieren. Ebenfalls definiert sich die Bewältigung einer Krise nicht über den Erfolg, sondern auch darüber, mit den Anforderungen fertig zu werden (Kaluza 2015: 27).

1.1.4 Das spirituelle Dreieck

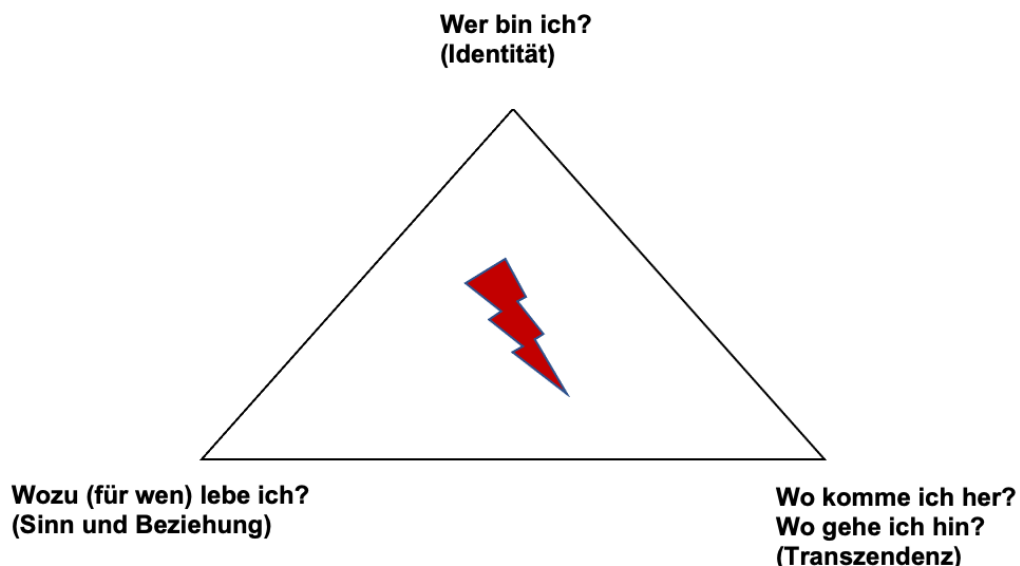


Abbildung 1: Das spirituelle Dreieck

(eigene Darstellung nach Gratz/Traugott zit. n. Kittelberger 2016: 116).

Nach Kittelberger umfasst Spiritualität drei essenzielle Fragen, welche Konflikte hervorrufen können:

- „Wer bin ich? (Identität)“
 - „Wozu (für wen) lebe ich? (Sinn und Beziehung)“
 - „Wo komme ich her? Wo gehe ich hin? (Transzendenz)“
- (Gratz/Traugott zit. n. Kittelberger 2016: 116).

In schwierigen Situationen, bspw. bei bereits vorhandenen Krisen, bei Krankheit oder wenn sich das Lebensende nähert, können diese Fragen oft Ängste oder Zweifel her-

vorrufen. Kittelberger versteht dies als sogenannter (sog.) umfassenden Schmerz. Oftmals entsteht dann ein Wunsch nach Gesprächen und Kontakt mit anderen Personen. Die Fragen sprechen betroffene Menschen meist indirekt an, da es ein ambivalentes Thema ist (ebd.).⁴

Hinter diesen Fragen stehen auch individuelle spirituelle Bedürfnisse. Birkholz (2017: 48) definiert diese als „[...] solche, die ein Bedürfnis nach Verbundenheit und dem Überschreiten von Grenzen ausdrücken“.

Um die Bedürfnisse und Nöte von sterbenden oder kranken Menschen weiter wahrnehmen zu können wird die spirituelle Dimension mit einbezogen (Peng-Keller 2021: 36). Da alle Menschen spirituelle Wesen mit unterschiedlich ausgeprägten spirituellen Bedürfnissen sind, ist der Einbezug von besonderer Bedeutung. Jedoch werden diese Bedürfnisse nicht immer im religiösen Bezug gesehen (Peng-Keller zit. n. NHS Chaplaincy, Meeting the religious and spiritual needs of patients and staff 2021: 63)

Birkholz (2017: 48f) gliedert spirituelle Bedürfnisse in zwei verschiedene Arten. Sie unterscheidet die erste Ebene als konkrete Ebene und die zweite als unkonkret-symbolische. Bei der konkreten Ebene kann jemand direkt sein Bedürfnis und seinen Wunsch nach einem Gottesdienstbesuch, einem bestimmten Naturerlebnis oder einem gemeinsamen Gebet äußern. Diese Bedürfnisse können bspw. in einem Altenpflegeheim durch konkrete Angebote befriedigt werden. Die symbolische Ebene kann sich auch konkret durch den Wunsch nach bspw. einem Kreuz im Zimmer oder einer Bibel äußern. Diese Bedürfnisse können klar geäußert oder leicht erkannt werden und es kann adäquat darauf reagiert werden sowie den Menschen diese Bedürfnisse erfüllen. Die Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow umfasst verschiedene Bedürfnisse, wie Grund- und Sicherheitsbedürfnisse oder soziale Bedürfnisse. Er ergänzte seine Pyramide um die Transzendenz. Hier geht es um die Bedürfnisse nach Glaube, spirituelle Erfahrung und Hoffnung (ebd.: 59). Birkholz erweitert den Ansatz der Bedürfnispyramide nach Maslow und stellt die These auf, dass sich die spirituelle Dimension durch alle anderen Bedürfnisse durchzieht (ebd.: 60).

1.2 Gesundheit und Gesundheitsförderung

Gesundheit und Gesundheitsförderung kann in Abgrenzung zur Krankheit gesehen werden. Dafür wird im Folgenden auf die Definitionen sowie rechtliche Grundlagen eingegangen und Gesundheits- und Krankheitsmodelle näher beleuchtet.

⁴ Kittelberger gibt Beispielsätze an, hinter denen sich eine spirituelle Ebene vermuten lässt. Eine Übersicht hierzu findet sich unter Anhang 2 wieder.

1.2.1 Gesundheit und Krankheit

Die Gesundheit eines Menschen hat einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft. Dies gilt ebenso für den einzelnen Menschen, als auch für die handelnden Personen in Bereichen wie Wirtschaft, Praxis oder Politik. So sind zahlreiche Berufsgruppen in verschiedenen Handlungsfeldern in die Gesunderhaltung und der Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen involviert. Aus unterschiedlichen Sichtweisen auf Krankheit und Gesundheit resultieren unterschiedliche Definitionen aus verschiedenen praktischen, wissenschaftlichen oder politischen Interessen (Menke 2015: 11).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946: 1), welcher auch Deutschland angehört, definiert Gesundheit als „...ein[en] Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“.

Diese Definition geht von einer biopsychosozialen Perspektive aus, welche die sozialen, körperlichen und seelischen Sichtweisen auf den Menschen vereint. Hier stehen die Eigenwahrnehmung und das subjektive Wohlbefinden im Fokus. Jedoch kann sich auch ein kranker Mensch wohlfühlen, womit die strikte Trennung von Gesundheit und Krankheit aufgehoben wird. Die Aufmerksamkeit wird auf die Unterstützung des Wohlbefindens während einer Krankheit gelenkt und liegt nicht primär auf der Krankheit selbst (Klemperer 2020: 52).

Diese Definition der WHO geht jedoch von einem Idealzustand aus, welcher so nicht erreichbar ist. Sie deckt sich mit den Vorstellungen, welche die meisten Menschen von Gesundheit haben. (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021d).

Das Leitbild der Gesundheitsdefinition der WHO umfasst auch die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eines Menschen. Jedoch beinhaltet die Definition, dass jeder krank sei, der sich nicht vollständig wohlfühle. Klemperer geht hier von einer falschen Schlussfolgerung bei der Definition von Krankheit aus (Klemperer 2020: 52).

Die seelische Gesundheit wird der psychischen Gesundheit nach Brockhaus gleichgesetzt. Hier handelt es sich um ein „subjektives Wohlbefinden bei gleichzeitigem Fehlen objektivierbarer Krankheitssymptome, d. h. Freisein von psychischen Störungen“ (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021).

Es wird also die Person als seelisch oder psychisch gesund bezeichnet, welche nicht in psychiatrischer Behandlung ist und keine Diagnose in diesem Sinne hat (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021).

„Krankheit [...] [ist] im weiteren Sinn das Fehlen von Gesundheit, im engeren Sinn das Vorhandensein von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen und/oder seelischen Veränderungen beziehungsweise Störungen, die

vorübergehend oder dauerhaft sein können und im Extremfall zum Tod führen“ (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021g).

Sozialversicherungsrechtlich ist die Krankheit das Existieren von Störungen, welche eine Behandlung benötigen und deren Folge die Arbeitsunfähigkeit ist (ebd.).

Die Krankheit gehört, religionswissenschaftlich betrachtet zur Sinnfrage, da sie den Menschen in seinem ganzen Sein bedrohen kann. Oftmals wird sie auf ethische Verfehlungen wie die Sünde zurückgeführt. Nach dem NT gehören Krankheiten zum Wirken von boshafte Kräften, wie bspw. Dämonen. Durch Jesus Christus ist diese Macht prinzipiell gebrochen. Durch die neutestamentlichen Heilsgeschichten Jesu wird der Zusammenhang von Sünde und Krankheit negiert. Sie legen jedoch den Wert auf das Vertrauen der Kranken in Jesus Christus, welcher sie heilen kann. Die Heilung umfasst hier die Vergebung der Sünden und die körperliche, bzw. seelische Heilung. Dieses Verständnis findet sich auch in der Krankensalbung als Sakrament wieder (ebd.).

Gesundheit und Krankheit sind keine festgesetzten Definitionen der Natur- oder Geisteswissenschaften, sondern sie orientieren sich primär an subjektiven Empfindungen, welche sich durch einen bestimmten Kulturkreis oder Zeitgeist, einem immerwährenden Wandel unterliegen (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021d).

Für diese Arbeit wird von der aktuellen Definition der WHO von Gesundheit ausgegangen. Da Definitionen allerdings dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit wenig gerecht werden, wird im Folgenden auf verschiedene Gesundheits- und Krankheitsmodelle eingegangen, welche versuchen den Begriffen und deren Verständnissen gerechter zu werden.

1.2.2 Gesundheits- und Krankheitsmodelle

Es gibt aktuell keinen Standpunkt, bzw. Theorie, welche Gesundheit und Krankheit allumfassend beleuchtet und alle grundsätzlichen Aspekte erklärt. Es gibt spezifische Theorien aus unterschiedlichen Disziplinen, welche den Fokus auf die Anforderungen in der Praxis legen (Klemperer 2020.: 55). Die Gesundheits- und Krankheitstheorien sollen den Fokus auf die Zusammenhänge legen, problemlösungsorientiert sein und die Komplexität vereinfachen (ebd.: 51).

Menke fokussiert sich auf vier verschiedene Modelle, welche unterschiedliche Perspektiven einnehmen: das bio-medizinische Modell, das Risikofaktorenmodell, das bio-psycho-soziale Modell und das Modell der Salutogenese (Menke 2015: 12).

Diese vier Modelle werden im Folgenden näher beleuchtet.

Das biomedizinische Modell

Das biomedizinische Modell legt den Fokus auf alle biologischen Funktionen des menschlichen Körpers. Es ist die Grundlage für einen Großteil der medizinischen Versorgung. Hier werden anatomische und physiologische Faktoren in den Blick genommen. Es werden körperliche Symptome beschrieben, um eine Diagnose festzulegen und eine entsprechende Therapiemaßnahme zu ermitteln (Menke 2015: 12).

Oftmals verwendet man Metaphern aus dem technischen Bereich, um die menschlichen Organe oder Funktionen zu beschreiben (Klemperer 2020: 56).

Die menschlichen Körperfunktionen werden also als „maschinenartiges, mechanisches Zusammenspiel“ (ebd.: 56) beschrieben.

Das Risikofaktorenmodell

Das Risikofaktorenmodell ist ein „Begriff der Sozialmedizin, der Gesundheitsvorsorge und Epidemiologie [...], der die anlage-, umwelt- und verhaltensbedingten Einflüsse beschreibt, die nach empirischen Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter Krankheiten wesentlich erhöhen [...]“ (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021j).

Das Modell steht heute als Leitbild für die aktuelle Medizin. Die sogenannten Risikofaktoren gehen mit einem bestimmten Gesundheitsverhalten einher, welches sich z.B. in der Ernährung, körperlichen Bewegung oder dem Suchtverhalten widerspiegelt. Das Modell umfasst auch ein Konzept der Prävention (Klemperer 2020: 59).

Die Grundlage für das Risikofaktorenmodell bildet das biomedizinische Modell mit dem Fokus auf eine pathogene Sichtweise. So stehen hier Lebensbedingungen, welche die kindliche Entwicklung gefährden können und zu möglichen Störungen und Erkrankungen führen können, im Zentrum (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 21).

Das biopsychosoziale Modell

Das biopsychosoziale Modell setzte sich im 20. Jahrhundert fest. Hier werden die sozialen und psychischen Aspekte mit der Gesundheit und Krankheit vereint. So gewann die These Bedeutung, dass Menschen aktiv ihre Gesundheit fördern und erhalten können und auch eigenständig zur Gesundung ihren Beitrag leisten können. Dadurch verschiebt sich der Fokus zur Krankheitsprävention und Themenbereiche wie Ressourcen und Schutzfaktoren erschließen sich (Kryspin-Exner/Pintzinger 2014: 25).

Eine Konzeption der Körper-Seele-Einheit liegt dem Modell zugrunde (Egger 2015: 53).

So gibt es eine gemeinsame Theorie für das Organische und auch das Psychische als Grundlage für die Praxis. Dies bedeutet, dass die biologischen, psychischen und ökologisch-lebensweltlichen Dimensionen eines Menschen parallel erfasst und beleuchtet werden (ebd.: 53).

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), welche medizinisch orientiert ist, wurde durch die WHO um die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ergänzt. Diese Klassifikation begründet sich auf dem biopsychosozialen Modell, welches den Menschen in den Bezügen zur Umgebung und zum eigenen Gesundheitszustand umfasst (Klemperer 2020: 96).

Das Modell der Salutogenese

„Das Modell der Salutogenese trägt zur Erklärung der Entstehung, der Förderung und des Erhaltes von Gesundheit bei. Die Salutogenese fragt, was den Menschen gesund hält, während die Pathogenese aus medizinischer Sicht fragt, was den Menschen krank macht“ (Klemperer 2020: 74).

Antonovsky hat den Begriff der „Salutogenese“ als Gegenbegriff zur Pathogenese erschaffen (Altgeld/Kolip 2018: 58).

Die salutogenetische Orientierung versucht zu verstehen, wie sich die Gesundheit entwickelt, unabhängig von Stressoren. Antonovsky bezeichnet diese als omnipräsent im Leben eines Menschen. So kommen viele Menschen mit einer hohen Stressbelastung gut zurecht (Antonovsky 1997: 16).

Der Kern des Modells ist die Fragestellung „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (ebd.: 15).

Die Antwort auf diese Frage findet sich im Konzept des Kohärenzgefühls wieder. Antonovsky versteht unter den generalisierten Widerstandsressourcen „jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiten Spektrums von Stressoren wirksam ist“ (ebd.: 17).

Es umfasst die Gemeinsamkeit von allen generalisierten Widerstandsressourcen, welche es leichter macht, den Stressoren einen Sinn zu geben. Diese sinnhaften Übungen schaffen mit der Zeit dieses Gefühl (ebd.).

Der grundlegende salutogenetische Faktor ist das Kohärenzgefühl. Es beschreibt die Grundeinstellung des einzelnen Menschen gegenüber der Person und ebenfalls der Umwelt. Das Kohärenzgefühl bestimmt den Umfang des Nutzens von gegebenen Res-

sources zur Stabilisierung der Gesundheit und des Wohlbefindens (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021k).

Dieser Arbeit liegen das Modell und das Verständnis von Gesundheit und Krankheit der Salutogenese zugrunde. Dies ist eines der wenigen Modelle, welches den Fokus auf die Förderung und den Erhalt der Gesundheit legt.⁵ Dies wird für die Förderung des Wohlbefindens im Rahmen der Gesundheitsförderung für die vorliegende Arbeit als sinnvoll erachtet.

1.2.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention liegt in Deutschland das Präventionsgesetz zugrunde. Dieses ist seit Juli 2015 in Kraft getreten. Wichtige Ziele sind hier die Optimierung und Stärkung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die Koordination solcher Maßnahmen und die Minimierung von Ungleichheiten (Klemperer 2020: 171).⁶

In §20 Abs. 3 SGB V findet sich eine Aufzählung der Gesundheitsziele von Prävention und Gesundheitsförderung wieder. Darunter fällt auch in §20 Abs. 3 Nummer (Nr.) 7 „gesund älter werden“, was für die Zielgruppe dieser Arbeit, Menschen im Altenpflegeheim, essenziell ist. Hier wird klar der Auftrag von Gesundheitsförderung und Prävention benannt.

Zur Umsetzung der Ziele wurden neue Strukturen und Strategien ausgearbeitet, welche in der „Nationalen Präventionskonferenz“ thematisiert werden (Klemperer 2020: 172).⁷

Krankheitsprävention

Prävention definiert der Brockhaus (Enzyklopädie Online 2021i) als die „Gesamtheit der Vorkehrungen zur Gesundheitsvorsorge und Maßnahmen der Präventivmedizin“.

Hurrelmann/Laaser/Richter (2016: 661) hingegen legen den Fokus auf eine bestimmte Strategie, welche verfolgt werden soll und definieren die Krankheitsprävention als eine „Strategie der Vermeidung oder Verringerung von Gesundheitsschädigungen durch gefährdende Expositionen und Belastungen und personengebundene Risiken“.

⁵ Parallel zum Modell der Salutogenese entstand in den USA das sog. Empowerment-Konzept, welches sich auf die Stärkung der eigenen Kompetenzen und der Selbsthilfefähigkeit konzentriert (Theunissen 2013: 27).

⁶ Eine konkrete Definition im Gesetzestext findet sich in Anhang 1.

⁷ Ein ausführliches Schaubild weist hierzu Klemperer 2020:172 auf.

Solche Maßnahmen und Strategien unterscheiden sich in verschiedene Arten der Prävention: personale Prävention oder Verhaltensprävention, welche auf den individuellen Menschen ausgerichtet sind oder strukturelle Prävention (Verhältnisprävention), welche bei Umweltbedingungen ansetzen (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021i). Das Spektrum an Methoden, Strategien und Konzepten von Prävention sind vielzählig. Sie reichen von der Gesundheitserziehung (individuell-edukativ) hin zu politisch-strukturellen Ansätzen, welche Anreiz- oder Sanktionssysteme oder Umweltveränderungen umfasst (Leppin 2018: 54). Der Fokus liegt hier auf den Risikogruppen, welche erwartbare, sichtbare oder bereits entstandene Anhaltspunkte von einer gesundheitlichen Störung oder Krankheit aufweisen. Das Ziel hierbei ist das Verhindern eines schlimmeren Stadiums der Krankheit oder das Aufsteigen einer Gesundheitsstörung. Auch geht es um das Umgehen einer Folgestörung im psychischen oder sozialen Bereich (Hurrelmann/Laaser/Richter 2016: 661). Das zugrundeliegende Modell ist das Risikofaktorenmodell, welches bereits erläutert wurde (Altgeld/Kolip 2018: 58).

Die Krankheitsprävention unterteilt sich in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.⁸ Bei der Primärprävention umfasst die Zielgruppe gesunde Personen. Ziel ist es, die Anzahl an spezifischen Krankheiten zu minimieren. Die Abgrenzung zum Begriff „Gesundheitsförderung“ ist nicht einfach, da es um verschiedene, nicht genaue, Interventionen geht. Die Grenze ist hier fließend (Leppin 2018: 48).

Die Primärprävention wird der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet, und findet sich ebenfalls im Aufgabenbereich der Familie, in Kindergärten und Schulen oder anderen Bildungseinrichtungen wieder. Außerdem fällt hierunter die Gesundheitsberatung, welche ein Arzt durchführt (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021e). Die Sekundärprävention umfasst Methoden, welche das Früherkennen von Krankheiten sichern soll. Der Brockhaus führt hier als Beispiel Screening-Methoden an (ebd.). Zur Zielgruppe gehören gesunde Personen oder solche ohne Symptome. Sie werden allerdings bei einer gestellten Diagnose zu Patienten. Der pathogene Prozess hat hier bereits eingesetzt. Durch diagnostische Maßnahmen und präventive therapeutische Maßnahmen kann verhindert werden, dass eine Krankheit voranschreitet oder abgemildert wird. Ziel der sekundären Prävention ist die Eindämmung oder Verkürzung von Krankheiten (Leppin 2018: 49). Dieser Aufgabenbereich wird als essenzieller Teil in der Medizin bei den Ärzten verortet. Die Krankenversicherungen finanzieren diese (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021e). Die tertiäre Prävention tritt bei Patienten ein, welche im Zustand einer Krankheit sind, die bereits gefestigt ist. Hier liegt der Fokus darauf, die Folgen

⁸ Eine weiterführende Tabelle hierzu findet sich in Anhang 3.

von Krankheiten mit eventuellen Folgeschäden abzuschwächen oder Rückfälle zu vermeiden und entgegenzuwirken. Hierunter fallen rehabilitative Maßnahmen z.B. nach einer Behandlung von einer Krebserkrankung (Leppin 2018: 49). Die Maßnahmen der Tertiärprävention regelt meist die Renten- und Krankenversicherung (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021e).

Gesundheitsförderung

Der Duden (2021b) definiert Gesundheitsförderung als „Förderung und Erhalt der Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens“.

Die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung ist grundlegend für die Gesundheitsförderung in Deutschland. Sie wurde während der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im November 1986 verabschiedet. Sie geht von dem gemeinsamen Ziel aus, dass bis zum Jahr 2000 für alle Menschen Gesundheit gewährleistet werden kann (Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 1993: 1).⁹

Hier wird Gesundheitsförderung wie folgt definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß [sic!], allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 1993: 1).

Die Umsetzung des Beschlusses innerhalb der Ottawa-Charta findet sich im Konzept des Settingansatzes wieder. Dieser beinhaltet als Ziel das Aufrechterhalten der Gesundheit im Alltag, sodass die Gesundheitsförderung im Lebensalltag integriert werden muss. Hier liegt der Fokus auf den verschiedenen Sozialräumen der Individuen, wie etwa die Schule, der Arbeitsbetrieb oder das Krankenhaus.¹⁰ Hierdurch können Zielgruppen genauer bestimmt, angepasste Zugangswege gefunden und vorhandene Ressourcen genutzt werden (Altgeld/Kolip 2018: 62f).

Die Gesundheitsförderung umfasst einen Perspektivenwechsel, da hier nicht die Krankheit, sondern die Determinanten von Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen im Fokus stehen. Sie beschäftigt sich mit der Stärkung der Ressourcen, welche die Gesundheit einer ganzen Bevölkerung optimieren können. Diese Vorgehensweise setzt bei den Individuen an, welche befähigt werden sollen, eigenständig

⁹ Die Ottawa-Charta enthält, neben dem politischen Ziel der Gesundheit für alle, Konzeptentwicklungen, die bis dahin durchgeführt wurden. Sie das grundlegende Dokument für weiterführende Entwicklungen der Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein 2018: o.S.).

¹⁰ Ein Beispiel hierfür ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Dabei kann ein Unternehmen dazu beitragen, dass die eigenen Mitarbeiter gesund und leistungsfähig bleiben. Sie agiert bspw. in den Bereichen Arbeitsschutz oder Eingliederungsmanagement. Unterstützt werden Unternehmen durch Krankenkassen, indem sie Fachkräfte oder finanzielle Mittel stellen (GKV-Spitzenverband 2021).

die Gesundheitschancen zu erhöhen. Weiter gefasst geht es hierbei um soziale, ökonomische oder ökologische Rahmenbedingungen (Altgeld/Kolip 2018: 59).

1.3 Wohlbefinden und Lebensqualität

Jeder Mensch hat verschiedene Vorstellungen von einem glücklichen und zufriedenen Leben, bzw. wie man dieses auch erreichen kann. Jedoch gibt es große Unterschiede, wie dies individuell gestaltet werden kann (Abele/Becker 1994: 9). Daher benötigt es eine definierte Auffassung davon.

„Lebensqualität bezeichnet eine vorherrschende Leitidee in modernen Gesellschaften für die Gestaltung der Lebensverhältnisse“ (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021h). Der Begriff der Lebensqualität unterteilt sich in objektive Komponenten und subjektive Faktoren. Objektiv können die Lebensbedingungen erfasst werden, welche subjektiv bewertet werden. Diese subjektive Wahrnehmung wird als Wohlbefinden beschrieben (ebd.).

Die Lebensqualität wird als mehrdimensionales Gebilde bezeichnet, welches auf der Makro-, Meso- und Mikroebene erfasst werden kann. Die Makroebene umfasst hierbei gesellschaftliche Wertvorstellungen und Gegebenheiten, die Meso- und Mikroebene hingegen legt den Fokus auf personalisierte Vorstellungen des Lebens und die Ziele dessen (Kühnert/Ignatzi 2019: 94).

Die Unterdimensionen des subjektiven Wohlbefindens gliedert Brockhaus (Enzyklopädie Online 2021h) in die „Lebenszufriedenheit“ und das „Glück“. Zufriedenheit kann sich auf eine gesamte Bewertung des bisherigen Lebens oder aber auf spezifische Lebensumstände oder -aspekte der Individuen beziehen. „Glück“ wird hier als genereller Gefühlszustand zu den bestehenden Aspekten gesehen. Zufriedenheit oder Glück kann sehr einfach auf einer Antwortskala durch die Individuen beurteilt werden. Sie kann von „ganz und gar unzufrieden“ bis „ganz und gar zufrieden“ reichen.

Becker (1994: 13f) unterscheidet das Wohlbefinden in das aktuelle und habituelle. Unter Ersterem versteht er die aktuelle Befindlichkeit. Hier geht es um eine Momentaufnahme der Stimmungen, Gefühle oder der körperliche Zustand. Das habituelle Wohlbefinden hingegen wird als ein von Dauer geprägter Zustand angesehen. Es ist also das Charakteristische für eine Person. Weiterhin unterscheidet Becker in das physische und das psychische Wohlbefinden.¹¹

Glatzer (1984: 235) stellt die These auf, dass die generelle Lebenszufriedenheit sich aus der Einheit der Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen bildet. Für

¹¹ Ein ausführliches Schaubild Beckers findet sich in Anhang 4.

den Einfluss der Lebensbedingungen auf Zufriedenheit sind die methodischen und theoretischen Einflüsse wichtig. Diese Einflüsse können ebenso von sozialdemografischen oder sozioökonomischen Determinanten abhängig sein. Glatzer führt an, dass die Erklärung auch auf Vergleichsprozesse zurückzuführen ist, wobei sich Individuen mit anderen Personen und den eigenen Erwartungen abgleichen. Unter den zentralen Determinanten von Zufriedenheit fasst er u.a. Lebensstandard, Gesundheit, soziale Sicherung oder Familie.¹²

1.4 Die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen im Alter

Durch den demographischen Wandel kann der Altersbegriff vielfach aufgefasst und verwendet werden. Hier bedarf es eine differenzierte Betrachtung der Begrifflichkeiten und der gesundheitlichen Entwicklungen, welche mit einer größeren Altersspanne einhergehen.

1.4.1 Begrifflichkeiten des Alters

Das Wortfeld des „Alters“ umfasst ebenfalls die Begriffe „Alter“, „alt“ und „Altern“, welche folgend näher beleuchtet werden sollen (Buchka 2012: 13).

Umgangssprachlich werden mit dem Adjektiv „alt“ Gegenstände, Ideen oder Subjekte bezeichnet, welche nicht mehr aktuell oder zeitgemäß sind. Die Bedeutung ist hier meist negativ gemeint. Positiv konnotiert kann „alt“ auch umgangssprachlich als etwas bezeichnet werden, das Anerkennung oder Ehrfurcht hervorruft (Buchka 2012: 13).

Der Duden (2021a) hingegen gibt verschiedene Bedeutungen des Adjektivs „alt“ an. So kann alt „(Von Menschen, Tieren, Pflanzen) nicht [mehr] jung, in vorgerücktem Lebensalter, bejahrt“, „(im Vergleich zu einem, einer anderen) ein höheres Lebensalter habend“ oder „ein bestimmtes Alter habend“ bedeuten.

Alter kann in verschiedenen Dimensionen unterteilt und beleuchtet werden.¹³ Buchka (2012: 13) führt das kalendarische, beziehungsweise (bzw.) chronologische Alter zuerst an. Dies umfasst die Lebensspanne in Jahren von der Geburt bis zur aktuellen Lebenszeit. Im höheren Erwachsenenalter werden die verschiedenen Phasen unterschieden.¹⁴ Das kalendarische Alter lässt allerdings kaum Rückschlüsse auf individuelle Lebensumstände oder Befindlichkeiten ziehen (Kühnert/Ignatzi 2019: 42).

¹² Eine ausführliche Auflistung der Determinanten findet sich in Glatzer 1984: 235.

¹³ Eine ausführliche Auflistung findet sich bei Kühnert/Ignatzi 2019: 41. Im Folgenden werden einzelne Dimensionen beleuchtet. Für die Arbeit werden das chronologische, biologische, soziale und psychische Alter als besonders relevant gesehen.

¹⁴ Eine Tabelle über die verschiedenen Phasen im Erwachsenenalter findet sich in Anhang 5.

Das biologische Alter umfasst Lebenskräfte in den geistigen, seelischen und körperlichen Bereichen und Prozessen (Buchka 2012: 14). Es geht also um den Zustand des Organismus eines Menschen. Hier können auch unterschiedliche Verläufe von der Funktionsfähigkeit, dem Entwicklungsstand von einzelnen Zell- bzw. Organbereichen beleuchtet werden (Kühnert/Ignatzi 2019: 41). Die biografische Prägung älterer Menschen ist die Anzahl der bisherigen Bewältigungsstrategien und Lebenserfahrungen, welche sich in den individuellen Lebensumständen, Einstellungen und Wohlbefinden widerspiegeln. Die Erkenntnis darüber erleichtert oft das Einfühlen und Verstehen von Problemlagen der älteren Menschen (Kühnert/Ignatzi 2019: 42).

„Das soziale Alter beschreibt die Stellung eines Menschen in einer Gesellschaft, die sich vielfach am kalendarischen Alter orientiert“ (Kühnert/Ignatzi 2019: 41). Es gibt auch die Stellung, bzw. Rolle eines Menschen im kulturellen Kontext an und welche Erwartungen daran gebunden sind. Buchka (2012: 15) fasst das soziale und kulturelle Alter unter einen gemeinsamen Punkt. Er erläutert, dass der kulturelle und soziale Kontext einem andauernden Wandel unterworfen sind und damit eine bestimmte Alterskultur einhergeht.

„Das psychologische Alter bezeichnet das subjektive Altersempfinden einer Person“ (Kühnert/Ignatzi 2019: 42). Es kann sehr differenziert und unterschiedlich betrachtet werden, auch abhängig von individuellen äußeren Lebensumständen und Vergleichsprozessen mit anderen Gleichaltrigen oder Vergleichen zu einem vergangenen Wohlbefinden (ebd.).¹⁵

Der Brockhaus (Online Enzyklopädie 2021b) definiert Altern als „Prozess, der in Abhängigkeit von der Zeit zu charakteristischen Zustandsveränderungen führt“.

Dieser Prozess ist ein Vorgang, welcher irreversibel, multifaktoriell bedingt und universal ist und sowohl für lebendige Organismen als auch Unbelebtes gilt (ebd.). Altern wird ebenfalls als individueller Prozess gesehen (Buchka 2012: 15).

Alternstheorien versuchen die auftretenden Veränderungen, welche mit dem Alter einhergehen, systematisch zu beschreiben und Erklärungen für die Prozesse zu finden (Kühnert/Ignatzi 2019: 47). Aktuell gibt es noch keine Theorie, welche alle Ansichten des Alterungsprozesses beleuchtet. Es sind viele Theorien vorhanden, welche allerdings nur Teile beleuchten (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021b).¹⁶

Biblich wird das Alter, bzw. die alten Menschen als Ehre angesehen. Mit fortgeschrittenem Alter werden Erfahrung und Weisheit assoziiert (Gerber/Vieweger 2009: 8). Das

¹⁵ Buchka 2012: 15 bietet hierzu eine weiterführende Tabelle an aktuellen Faktoren des Alters.

¹⁶ Einen ausgewählten Überblick über die verschiedenen Alternstheorien findet sich in Kühnert/Ignatzi 2019: 47-62.

Alter wird in der Bibel primär positiv besetzt, da mit diesem die Stellung des Ältesten, bzw. des Pater familias einhergeht. Dies bedeutet, eine respektierte Größe in den sozialen Strukturen gewesen zu sein und Macht demonstriert zu haben. Auch war es zur damaligen Zeit selten, ein hohes Alter zu erreichen. Ein so langes Leben wurde als Geschenk und Gabe Gottes verstanden. Mit dem Alter wurden jedoch nicht ausschließlich positive Aspekte assoziiert. Teilweise negativ betrachtet wurde es in der Bibel, da es mit dem physischen und psychischen Verfall und der Abnahme der Leistungsfähigkeit in Verbindung gebracht wurde (Gerber/Vieweger 2009: 9).

1.4.2 Gesundheitliche Entwicklungen im Alter

Im Bereich der Gesundheit und Krankheit von Menschen im älteren Erwachsenenalter sind die vorhandene Multimorbidität und Chronizität von Erkrankungen essenziell. Mit dem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit an mehreren unterschiedlichen Erkrankungen zu leiden. Gleichzeitig sind diese Krankheiten oftmals in einem Stadium der Chronifizierung (Martin/Kliegel 2014: 228). Alterstypische Krankheiten sind bspw. Diabetes Mellitus, verschiedene Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.¹⁷ Auch das Auftreten einer Demenzerkrankung steigt mit zunehmendem Alter. Mit einhergehender Demenz wird der Umzug in ein Heim immer notwendiger, damit eine adäquate Betreuung gewährleistet werden kann. Auch Depressionen gehören mit zu den am meisten auftretenden psychischen Erkrankungen im Alter. Konsequenz daraus ist, dass sich mit dem Alter sich auch die notwendige Pflegebedürftigkeit erhöht (Kühnert/Ignatzi 2019: 204f).

Die psychische Gesundheit kann mitunter als wichtigste Ressource angesehen werden, da von ihrem stabilen Niveau die alltäglichen Bewältigungsstrategien und das eigenständige Leben abhängig sind und diese beeinflussen (Martin/Kliegel 2014: 205). Die älteren Menschen schätzen in der Mehrheit ihren subjektiven Gesundheitszustand als positiv ein. Jedoch finden sich Unterschiede in Bezug auf die Bildungsherkunft (Kühnert/Ignatzi 2019: 204). Das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit der meisten älteren Menschen bleibt über lange Zeit relativ konstant auf einem hohen Niveau. Dies kann widersprüchlich aufgefasst werden, da mit dem Alter Leistungsveränderungen und Verluste einhergehen, jedoch wirken sich diese nicht automatisch negativ auf das Wohlbefinden aus. In der einschlägigen Literatur wird dabei vom Wohlbefindens-Paradox gesprochen. Hierbei kommt es zu einer Neubewertung oder einem

¹⁷ Eine ausführliche Aufzählung weiterer Erkrankungen findet sich bei Backes/Clemens 2008: 205f.

Umdenken bezüglich (bzgl.) der gesundheitlichen Herausforderungen (Martin/Kliegel 2014: 206).

Das psychische und soziale Wohlbefinden sowie die subjektive Zufriedenheit sind beständig, da im Alter die eigenen Ziele an die gegebenen Veränderungen angepasst und gemäßigt werden (Backes/Clemens 2008: 209). Um emotionale Ressourcen bei Altersveränderungen zu nutzen, sind vor allem (v.a.) die Motivation spezifischer Verhaltensweisen, das Herstellen oder Erhalten von Wohlbefinden und der soziale Austausch essenziell (Martin/Kliegel 2014: 173).

So kann im Alter „Gesundheit die Verbindung von körperlicher Integrität, Adaptionfähigkeit des Organismus und Wohlbefinden“ bedeuten (Backes/Clemens 2008: 204). Daher benötigt es eine differenzierte Betrachtung des psychischen und spirituellen Wohlbefindens.

1.5 Der Zusammenhang von psychischem und spirituellem Wohlbefinden

Röhrle und Frank haben sich mit den Bedingungen des Wohlbefindens beschäftigt und kommen zu ähnlichen Erkenntnissen.

Führt man das individuelle Leben psychisch gesund und hat einen positiven Umgang mit der Gesundheit so, kann das mit einem subjektiven Wohlbefinden gleichgesetzt werden, welches bis ins Alter reichen kann (Frank 2017b: 62; Röhrle 2017: 278).

Menschen scheinen sich dann wohlfühlen, wenn verschiedene Dimensionen erfüllt sind. Dazu gehören Selbstakzeptanz, vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen, ein selbstbestimmtes Leben, die Erfüllung der eigenen Bedürfnisse, eine Lebensführung mit individueller Zielsetzung und eine andauernde Weiterentwicklung (Frank 2017a: 7). Röhrle (2017: 278) ergänzt dies spezifischer um Bedingungen für ältere Menschen bspw. Lebensereignisse, soziale Beziehungen, religiöse Bindungen oder Rollenbezüge.

Um das Wohlbefinden zu verbessern, legt Frank (2017a: 13) den Fokus auf das körperliche, kognitive, affektive und soziale Wohlbefinden, welche auch beeinflusst werden können. So stellt sich die Frage, welche unterschiedlichen Bereiche des Wohlbefindens möglich sind, welche Grenzen es gibt und wie diese überwunden werden können (Röhrle 2017: 276).

Mit dem Aufkommen der positiven Psychologie verschob sich der Blick auf ältere Menschen von den Defiziten hin zur Beschäftigung mit der Ressourcenorientierung, Kompetenzen und Wohlbefinden (Röhrle 2017: 276).

Um den Zusammenhang von psychischem und spirituellem Wohlbefinden näher zu kommen wird ein Blick in die Verschränkung der beiden Wissenschaftsbereiche geworfen.

Aktuell besteht zwischen der Psychologie und der Theologie ein Ergänzungsverhältnis. So beschäftigt sich die Psychologie mit empirischen Aspekten und die Theologie mit transzendentalen Bereichen des Nachdenkens über den Menschen. Hierbei kann es zu Grenzüberschreitungen kommen (Fraas 2000: 1809).

Stauss (2010: 36) hingegen legt den Fokus und die Gemeinsamkeit der Seelsorge und Psychotherapie auf Menschen in seelischen Nöten. So hat der Seelsorger eine beratende Funktion mit christlichem Hintergrund inne. Der Psychotherapeut hingegen ist mit einem gesetzlichen Auftrag einer Heilungsfunktion versehen. Auch Stauss spricht von einer offenkundigen Konkurrenz von Psychotherapie und religiöser Seelsorge.

Mit dem Zusammenhang von Religion und Gesundheit wird der Heilsanspruch, welcher in der christlichen Tradition aufkommt, umgesetzt. So finden sich im NT zahlreiche Heilungsgeschichten durch Jesus (Murken 1998: 68).¹⁸

Krause (2015: 100) erwähnt, dass Spiritualität sich positiv auf das Wohlbefinden und auf die körperliche Gesundheit auswirken kann und somit einen wichtigen Faktor der Gesundheit darstellt.

Auch Peng-Keller (2021: 94) sieht in der spirituellen Dimension im Kontext von Krankheit und Heilung eine wichtige Rolle.

Je älter der Mensch wird, umso wichtiger kann die Spiritualität für eine Person werden. So kann diese als Ressource für das erfolgreiche Altern gesehen werden. Sie kann als ein schützender Faktor für die körperliche und psychische Gesundheit gelten. Jedoch ist nicht zu unterschätzen, dass spirituelle Menschen genauso erkranken können, wie solche, die es nicht sind (Krause 2015: 100).

Während Krisen oder Krankheiten kann Spiritualität für viele Menschen eine wichtige Ressource darstellen. So haben viele schwer oder chronisch Erkrankte spirituelle Bedürfnisse. Krause (2015: 125) äußert als Beispiel, dass Spiritualität die Möglichkeit bietet, schädliche Folgen von Stress zu minimieren und den Genesungsprozess einer Depression zu stützen. Jedoch ist noch ungeklärt, wie Spiritualität wirkt. Während Krisen oder schweren Krankheiten unterstützen, nicht ausschließlich Glaube und gelebte Spiritualität, sondern ein Zusammenspiel mit sozialen Beziehungen, Coping-Strategien oder einem adaptiven Gesundheitsverhalten.

¹⁸ Bspw.: Die Heilung eines Taubstummen in Mk 7, 31-37 oder Heilung eines Gelähmten in Lk 5, 17-26.

Die Verschränkung vom psychischen und spirituellen Wohlbefinden zeigt sich in der Praxis anhand der modernen Hospizarbeit. Hier gab es in den letzten Jahrzehnten Veränderungen hinsichtlich des Umgangs mit Tod und Sterben. Laut Peng-Keller (2021: 92) kann sich die christliche Haltung auch dort zeigen, wo es primär um die Umsetzung der Medizin geht. Er führt weiter an, dass der Ökumenische Rat der Kirchen und andere kirchliche Institutionen versucht haben, die Gesundheitsdefinition der WHO neu zu formulieren.

II. Praxis

Im Praxisteil wird auf den theoretischen Grundlagen aufgebaut. Hierfür wird die Zielgruppe der Bewohner im Altenpflegeheim näher beleuchtet und auf die sozialen Aspekte des Wohnens eingegangen. Anschließend werden praktische ausgewählte Möglichkeiten, um das psychische und spirituelle Wohlbefinden zu ermöglichen und zu fördern näher betrachtet. Zum Schluss des Kapitels werden Studien erklärt, die die Wirkungen von Spiritualität auf die psychische Gesundheit untersucht haben und zu differenzierten Ergebnissen kamen.

2.1 Lebensraum Altenpflegeheim

Viele alte Menschen leben so lange wie möglich Zuhause und ziehen die ambulanten Hilfen einem Umzug in eine stationäre Einrichtung vor. Dennoch ist dieser für manche Alten unvermeidbar (Falkenroth 2011: 347).

In einer stationären Einrichtung leben nur circa (ca.) 4,2% der über 65-Jährigen, jedoch steigt die Zahl auch mit dem Alter. Bei den 80-84-Jährigen leben 6,2% und bei den über 90-Jährigen 29,3% im Altenpflegeheim (BMFSFJ 2017: 223 zit. n. stat. Bundesamt).

Oft wird das Leben in einer stationären Einrichtung primär unter dem Aspekt der pflegerischen Versorgung betrachtet und das Wohnen wird kaum thematisiert. Damit geht auch der Blick hinsichtlich der Wohnqualität verloren (BMFSFJ 2017: 223).

Das Wohnen im Altenpflegeheim umfasst viel mehr als ausschließlich die Pflege. Daher wird im Folgenden zuerst die stationäre Wohnform und die Zielgruppe des Bewohners beleuchtet und anschließend auf ausgewählte soziale Aspekte eingegangen.¹⁹

¹⁹ Wie das Wohnen in einer stationären Einrichtung der Altenhilfe gesetzlich geregelt ist, findet sich in §43 SGB XI. Einen Ausschnitt dazu findet sich in Anhang 1.

2.1.1 Wohnform: Altenpflegeheim

Die Wohnform des Altenpflegeheims ist stationär. Sie ist richtet sich primär an Bewohner, die einen hohen Betreuungs- und Pflegebedarf haben. Hier werden sowohl hauswirtschaftliche als auch pflegerische Leistungen angeboten. Ebenfalls werden die soziale Betreuung und Beratung durch Betreuungsassistenten, Mitarbeitende im Sozialdienst oder gerontopsychiatrischen Fachdienst und die Unterstützung durch Ehrenamtliche gewährleistet (Kühnert/Ignatzi 2019: 167).²⁰ Die Aspekte der sozialen Betreuung zeigen, dass ein Heim keine Verwahranstalt ist, sondern der (neue) Wohn- und Lebensraum des letzten Lebensabschnittes (Falkenroth 2011: 352).

Es soll für den Bewohner durch ein multiprofessionelles Team ein weitgehend selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden, welches die individuellen Bedürfnisse und Werte berücksichtigt. Die Gestaltung eines positiven Wohn- und Lebensortes ist ein essenzielles Ziel (Falkenroth 2011: 354). In Altenpflegeheimen finden sich viele Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit wieder. Darunter fallen bspw. die Angehörigenarbeit, Freizeitaktivitäten, Bewohnerberatung und -begleitung, Milieugestaltung oder Gemeinwesenarbeit (Falkenroth 2011: 348).²¹

Die Pflegebedürftigkeit von Menschen im Altenpflegeheim ist oft geprägt von einer Demenzdiagnose. Die verschiedenen Formen der Demenz gehören zu den häufigsten Erkrankungen von Bewohnern in den stationären Einrichtungen. Nach Wingenfeld (2008: 370f) kann man von einem Anteil der Bewohner von 60-80% ausgehen, welchen eine kognitive Störung zugrunde liegt. Sie bilden damit eine große Zielgruppe innerhalb der stationären Bewohner und ihnen bedarf es eine große Aufmerksamkeit hinsichtlich Zeit und sozialer Betreuung.

Ein Beispiel hierfür bildet bereits der Umzug in ein Altenpflegeheim, da hier die gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen einer Demenz von großer Wichtigkeit sind (Wingenfeld 2008: 371).

2.1.2 Soziale Beziehungen im Alter

Oft bemerken Menschen ihr eigenes Alter im Kontext von sozialen Beziehungen. Bspw. stellen sie fest, wie andere Menschen älter werden. Dies ist kein primär altersspezifisches Aufkommen, da dies ebenso bei jüngeren Menschen auftreten kann. Wenige soziale Beziehungen dauern ein ganzes Leben lang, so gibt es eher viele soziale

²⁰ Eine Übersicht zu anderen Wohnformen für ältere Menschen bieten Kühnert/Ignatzi 2019:165-167.

²¹ Eine ausführliche Auflistung und Beschreibung der Arbeitsfelder findet sich bei Falkenroth 2009: 348f.

Kontakte für begrenzte Zeitabschnitte. Ältere Menschen unterscheiden sich in ihren Gefühlen und in ihrem Umgang mit Beziehungen sehr von Jüngeren. Sie gehen öfter mit einer höheren Neigung zu negativer oder aversiver Haltung in Interaktionen (Lang 2004: 362f). Die Gestaltung sozialer Beziehungen basiert auf persönlichen Bedürfnissen und Kompetenzen, sozialen Regeln und Gelegenheiten außerdem die individuellen Anpassungen an Grenzen der Lebensgestaltung (Lang/Rohr 2012: 429). Dies bietet eine Grundlage für Herausforderungen bei der Stabilität und dem Wandel von sozialen Beziehungen sowie das Schützen und die positiven Effekte von sozialen Beziehungen für die Gesundheit und Lebensqualität. Lang/Rohr (2012: 429) setzen für die Stärkung der Beziehungen den Fokus auf eine netzwerkorientierte Arbeit. Für das Verstehen von sozialen Beziehungen im Alter muss herausgefiltert werden, welche kognitiven Fähigkeiten und emotionalen Kompetenzen zur besseren Qualität von Beziehungen führen und wie Belastungen durch Beziehungen verringert werden können. Dies kann bspw. durch Programme der Förderung und Intervention bei Generationenbeziehungen, Partnerschaften oder Prävention von Einsamkeit geschaffen werden (Lang/Rohr 2012: 430). Ist eine Person sozial integriert, geht dies mit einer besseren Gesundheit oder höheren Lebenserwartung einher. Jedoch ist dies so individuell, dass es keine allgemeingültige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Beziehungen im Alter gibt (Lang/Rohr 2012: 431). Es wird aber vermutet, dass z.B. soziale Beziehungen zu einer verbesserten Ernährung und einer größeren Bereitschaft zur gesunden Bewegung einhergehen. Auch die Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit beim Gedächtnis oder dem Erinnerungsvermögen wird durch soziale Beziehungen verstärkt (Lang/Rohr 2012: 431). Besonders Beziehungen, welche zu nahestehenden Personen gepflegt werden, erweisen sich bis ins hohe Alter als stabil und tragen zum Wohlbefinden älterer Menschen bei (Lang 2004: 364).

Ein Umzug in ein Altenpflegeheim geht bei älteren Menschen meist mit einem gravierenden Einschnitt im Alltagsleben und sozialen Beziehungen einher. Es ist wenig bekannt darüber, inwieweit dieser Übergang die soziale Einbindung verändert, jedoch steht fest, dass Heimbewohner neuen Herausforderungen entgegentreten, wie bspw. der Kontakt zu bezahlten Pflegekräften (Lang 2004: 368f).

Durch Gelegenheitsstrukturen sollen soziale Beziehungen gefördert und der Einsamkeit älterer Menschen entgegengewirkt werden. Im Altenpflegeheim gibt es sogenannte Besuchsdienste durch Ehrenamtliche, die soziale Betreuung und die Gestaltung des Alltags anbieten (Tesch-Römer 2012: 439). Entscheidend dafür ist die Offenheit sich

auf solche Situationen und Begegnungen einzulassen. Diese Bereitschaft besitzen jedoch nicht alle älteren Menschen (Kühnert/Ignatzi 2019: 148).

Die Notwendigkeit sozialer Beziehungen und deren Auswirkungen zeigt eine durchgeführte Bewohnerbefragung in einem Frankfurter Pflegeheim, bei der Bewohner über ihre sozialen Beziehungen interviewt wurden. Eine Dame äußerte, dass sie genügend Raum für sich habe, Freundschaften und Kontakten pflegen kann und sich nicht eingeschränkt fühle. Ein anderer Bewohner erzählte, dass er Probleme habe, da er eher ein Einzelgänger sei. Er kritisierte auch, dass man Kontakte zwar knüpft, aber keine richtigen Freundschaften dabei entstehen. Es gibt jedoch Hinweise, dass man oft in einem Altenpflegeheim tatsächlich eher nebeneinander als miteinander lebt (Bockenheimer-Lucius/Dansou/Sauer 2012: 242). Eine andere Bewohnerin erklärt, dass es viele Menschen mit Demenz gibt und der Kontakt in der Einrichtung schwierig oder nicht gestaltet werden kann. Auch hat sie Angst davor deshalb von der Gesellschaft stigmatisiert zu werden. Es sei kaum möglich solchen Bewohnern aus dem Weg zu gehen. Jedoch wird erwähnt, dass es keine Kommunikationsschwierigkeiten oder Stigmatisierungen durch die Mitarbeitenden gibt (Bockenheimer-Lucius/Dansou/Sauer 2012: 243).

2.1.3 Bildung im Alter

Die Altenbildung, bzw. Gerontagogik oder Geragogik umfasst zielgruppenorientierte Angebote innerhalb der Erwachsenenbildung, speziell für die Bildung im Alter. Es gehört zum Aufgabenfeld der Pädagogik. Dabei knüpfen Methodik, Ziele und Inhalte an den individuellen Problemen der Zielgruppe an. Mit der Altenbildung werden Ziele verfolgt, die vorhandenen Fähigkeiten und Interessen zu fördern und zu trainieren. Zudem soll zum lebenslangen Lernen und der Mitbestimmung motiviert werden (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021a).

Dieser Beschreibung von Altenbildung können Aufgabenstellungen im Alter in den beruflichen, sozialen oder familiären Bereichen als Themenstellung hinzugefügt werden (Buchka 2012: 194).

Für eine gewinnbringende Bildung im Alter benötigt es kognitive Leistungsfähigkeit, förderliche Lernbedingungen und passende Lernmodelle, welche die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der älteren Menschen aufgreifen und umsetzen (Kühnert/Ignatzi 2019: 177). Ziele der Altersbildung können das Erfüllen von individuellen Wünschen und Bedürfnissen, die Verbesserung von Fähigkeiten oder die biografische Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben sein (Buchka 2012: 194).

Kühnert und Ignatzi (2019: 182f) führen drei verschiedene Formen von Bildung an. Der institutionelle Kontext beschäftigt sich mit der gezielten Aneignung von Wissen und basiert auf bestimmte Lernziele und Methoden. Die erreichten Kompetenzen werden durch Zertifikate oder Zeugnisse bescheinigt. Innerhalb des non-formalen Kontextes sind bestimmte Lernziele, Inhalte oder Methoden nicht von Bedeutung. Der Fokus liegt hier auf Übung im Kontakt mit Aufgaben oder Anforderungen. Im Zentrum des informellen Kontextes stehen der Austausch über den Alltag oder die Lebenswelt innerhalb von sozialen Interaktionen.

Buboltz-Lutz et al. (2010: 161-199) geben einen Überblick über wichtige Lernfelder im Alter. Diese umfassen Biografie und Identität, Sinn und Spiritualität, kreative Lebensgestaltung, Gesundheit und Krankheit, Medien und neue Technologien und einige weitere.

2.1.4 Spiritualität im Alter

Im Verhältnis gibt es bei den 70-Jährigen und älter sehr viele Kirchenmitglieder im Vergleich zur Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2020). So kann man davon ausgehen, dass Spiritualität eine große Rolle spielt und Besonderheiten im Alter aufweist.²²

Das Alter bedingt Veränderungen, welche auch die Identität eines Menschen in Frage stellen können. Die Frage nach dem Sinn und der Bedeutung des Lebens kann sich mit dem Alter immer mehr und radikaler stellen. Sie kann mit dem Wahrnehmen von religiösen Angeboten verbunden sein (Weyel 2009: 600). Durch eine religiöse Bewältigung des Alters wird versucht, die Thematiken der Endlichkeit und Fragilität des Lebens nicht außer Acht zu lassen, sondern sich der eigenen Grenzen bewusst zu werden und innerlich zu überwinden. Körperliche Alterungsprozesse werden als restriktiv erlebt. Durch Spiritualität und Religion können sich jedoch neue Potentiale erschließen, um sich auch mit den Themen des Sinns und der Endlichkeit des Lebens auseinanderzusetzen. Durch die Bindung an einen Gott oder heilige Macht können also auch Selbstkohärenz und Identitätsgefühl gestärkt werden (Weyel 2009: 603).

Die kirchlich-diakonische Altenarbeit, wie sie ebenfalls in diakonisch geführten Altenpflegeheimen zu finden ist, soll den Lebensraum der Kirche für ein multiples Altern bieten und den älter werdenden Menschen Halt und Möglichkeiten zur Neuorientierung aufzeigen. Ebenso hat sie die Aufgabe, den Menschen die Verantwortung für den Erhalt des eigenen Lebens, das der Mitmenschen und die Bewahrung der Schöpfung zu ermöglichen (Klie 2009: 579). Die Diakonie in Bayern (2021) stellt die Würde des Men-

²² Die Statistik hierzu findet sich in Anhang 6.

schen in der Ganzheitlichkeit und der Achtung der Person in den Vordergrund. Explizit nennt sie auch den Raum für Sinn- und Glaubensfragen in der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung.

Da Kirche und Diakonie Träger einer Altenhilfeeinrichtung sein können, gestalten sie die Wohnformen der älteren Menschen mit. Aufgabe ist es hier eine Kultur des Wohnens zu entwickeln (Raschzok/Kemnitzer 2009: 296).

Religiöse und spirituelle Konzepte in einem Altenpflegeheim sind u.a. Palliative Care oder Spiritual Care als Teilbereich.²³ Auch das Konzept der ganzheitlichen Pflege umfasst die Pflege und Betreuung der Bewohner auf der körperlichen, sozialen, seelischen und ökologischen Ebene. Die Betrachtung der Einheit von Körper und Seele beinhaltet ebenso die Spiritualität als wichtiger Bestandteil (Lins 2019: 43ff).

2.2 Ermöglichen von seelischem (psychischem) Wohlbefinden im Altenpflegeheim

Bevor die Frage beantwortet werden kann, wie Wohlbefinden ermöglichen kann, stellt sich die Frage, wer in der Lage ist dies zu fördern. In den Einrichtungen erfolgt professionelle Unterstützung durch ein multidisziplinäres, handlungsfähiges Team. Dabei sind alle Berufsgruppen einbezogen, die bei der Begleitung und Versorgung von Bewohnern unterstützen. Dazu gehören, um den Umfang zu verdeutlichen: Ärzte, Pflegepersonal, hauswirtschaftliches Personal, Seelsorger, Psychologen, Therapeuten, Sozialarbeiter, Koordinationspersonen und Ehrenamtliche. Auch gehören externe Besuche dazu, wie der Clowns- und Hundebesuch.

Seit 2017 gibt es sog. zusätzliche Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Einrichtungen.²⁴ Sie sind für die Versorgung und Aktivierung von Pflegebedürftigen zuständig, welche einen erhöhten Bedarf haben. Sie ermöglichen den Austausch mit anderen Menschen und fördern die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (Bundesgesundheitsministerium 2021). Sie bieten Maßnahmen in der Betreuung und Aktivierung an, welche das Wohlbefinden, den psychischen Zustand und Stimmung positiv beeinflussen können (GKV-Spitzenverband 2016: §2 Abs.1). Neben den zusätzlichen Betreuungskräften sorgen gerontopsychiatrische Fachkräfte für die Bewohner. Sie haben Kenntnisse in den Bereichen der Kommunikation, Umgang mit herausforderndem Verhalten, der Beziehungsgestaltung und dem Umgang mit Menschen mit Demenz. Sie

²³ Diese Konzepte werden unter 2.3.1 näher beleuchtet.

²⁴ Die gesetzliche Regelung der zusätzlichen Betreuungskräfte findet sich in §43 b SGB XI. Ein Auszug hierzu ist in Anhang 1 zu finden.

sollen ebenfalls zu einem verbesserten Wohlbefinden beitragen (Bildungsakademie 2021).

Im Folgenden wird auf ausgewählte Bereiche eingegangen, die das psychische Wohlbefinden im Altenpflegeheim fördern und ermöglichen können: die Alltags- und Freizeitgestaltung, die Besonderheit der Biografiearbeit und der Umgang mit Humor.

2.2.1 Alltags- und Freizeitgestaltung

In den Betreuungskräfte-Richtlinien findet sich eine Ausführung an unterschiedlichen Alltagsaktivierungen. Hierzu gehören u.a. Malen und Basteln, Kochen und Backen, Brett- und Kartenspiele und der Besuch von Gottesdiensten und Friedhöfen, wobei die Angebote sich an den Erwartungen und Wünschen der Pflegebedürftigen orientieren sollen (GKV-Spitzenverband 2016: §2 Abs. 2).²⁵ Zur sozialen Betreuung gehören das Strukturieren eines Alltages oder Trainings im Bereich Gedächtnis, Orientierung oder Körperpflege (Junkers 1995: 74). In einem Altenpflegeheim werden außerdem meist kulturelle Aktivitäten angeboten: Musik, Vorträge, Gesprächsrunden oder teilweise auch kleinere Reisen (Streller-Holzner 1991: 53f). Ebenfalls gibt es Angebote im Bereich Freizeit und Sport. Oft gibt es Gymnastik- oder Spielgruppen für die Altersgruppe, Körpertraining oder Sitztänze. Manche Seniorenresidenzen verfügen auch über ein eigenes Schwimmbad. Ebenso werden Gruppenaktivitäten wie Kegeln, Wanderungen oder andere Hobbykurse in der Regel (i.d.R.) angeboten (Streller-Holzner 1991: 55f). Freizeitaktivitäten stehen im Zusammenhang mit dem Aktivitätsniveau, der Gesundheit sowie der Lebensqualität und dem Wohlbefinden. Außerdem führt das Ausleben dieser zur sozialen Integration und fördert die Grundlagen zur Alltagsbewältigung (Kolland 2012: 273). Je älter ein Mensch ist, umso geringer ist die Ausübung von Freizeitaktivitäten. Der Fokus liegt dann eher auf der Alltagsgestaltung (Kolland 2012: 275f). Das Reduzieren von Freizeitgestaltung steht auch in Verbindung mit dem Gesundheitszustand einer Person. Viele Hochaltrige gehen kaum in Konzerte, Ausstellungen oder Theater, bzw. betreiben weniger Sport, da sie gesundheitlich zunehmend eingeschränkt sind (Kolland 2012: 277).

Ausflüge und Urlaubsangebote sind eine positive Ergänzung zu Alltagsaktivitäten in der Altenhilfe. Sie bieten die Möglichkeit, neue Kontakte herzustellen und Orientierungshilfen für die Gestaltung des Alltags (Jopping 2006: 201). Auch werden durch Freizeitaktivitäten Fähigkeiten und Kenntnisse der Bewohner neu oder wieder gefördert. Dies kann zu einer Steigerung des Selbstwertgefühles und des Wohlbefindens

²⁵ Weitere Angebote und Aufgaben der Betreuungskräfte findet sich in Anhang 1 wieder.

führen. Neue Kontakte, Eindrücke einer anderen Umgebung und eine Vielfalt an Aktivitäten außerhalb des gewohnten Lebensraums im Altenpflegeheim sind positive Folgen einer aktiven Freizeitgestaltung (Jopping 2006: 204).

2.2.2 Biografiearbeit als Beitrag zur Identitätsbildung

Jede Biografie ist individuell und sollte auch so betrachtet werden. Hierbei handelt es sich um die „Darstellung der Lebensgeschichte eines Menschen sowohl hinsichtlich der äußeren Lebensumstände und Ereignisse [...] als auch der geistig-seelischen Entwicklung“ (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021c). Die Lebensgeschichte wird in der Biografiearbeit aufgegriffen, da sie sich „[...] mit den individuellen, gesellschaftlichen und kulturell geprägten Erfahrungen, Erlebnissen und Sichtweisen eines Menschen“ beschäftigt (Specht-Tomann 2012: 7).²⁶ Sie hat sich aus der Altenbildung und der Altenpflege entwickelt. Es gibt in diesem Bereich viele Überschneidungen (Mieth 2017: 102). Biografiearbeit kann unterschiedliche Ziele verfolgen. Die Voraussetzungen, welche die alten Menschen selbst mitbringen, sind der maßgebliche Faktor, welches Ziel zu Grunde liegt. Die Biografiearbeit in einem Altenpflegeheim hat als Zielgruppe Menschen, welche dauerhaft körperlich oder geistig pflegebedürftig sind und Unterstützung brauchen. Wenn Menschen ihren Alltag nicht mehr selbstständig gestalten können, hat die Biografiearbeit eine neue Funktion. Der Schwerpunkt liegt dann auf dem Verhindern des Abbaus und dem Bereitstellen von individuellen Hilfeleistungen (Mieth 2017: 113).

Die Biografiearbeit ist ein Begleitinstrument der angewandten Kommunikation. Es kann vom Einzug in ein Heim bis zum Lebensende angewendet werden und findet in der bedürfnisorientierten Pflege und Betreuung ihren Platz. Zu Beginn einer Heimaufnahme liegt der Fokus auf dem Sammeln von Eckdaten des Lebens. Nach der Eingewöhnungsphase verschiebt sich der Blick auf dem Bündeln von Vorlieben, sozialen Orientierungspunkten oder Wertevorstellungen und Gewohnheiten (Specht-Tomann 2015: 54f). Die gesammelten Informationen können dazu beitragen, den Bewohner in seiner Individualität in den Mittelpunkt zu stellen, um bedürfnisorientiert zu arbeiten (Specht-Tomann 2015: 56).

Mieth (2017: 113) bietet eine Aufzählung an verschiedenen Bereichen, wozu Biografiearbeit dient. Hierzu gehören u.a. die Unterstützung die eigene Identität zu bewahren, die Verbesserung des Wohlbefindens, die Steigerung von Lebensqualität und

²⁶ Eine differenzierte Annäherung der Definition findet sich in Specht-Tomann 2012: 7. Für die vorliegende Arbeit genügt die kurze Definition.

der Anschluss an Ressourcen und Bewältigungsstrategien, um Krisen oder Veränderungen zu meistern.

Die Methodik der Biografiearbeit kann in Altenpflegeheime ohne spezifische Techniken angewendet werden. Der Inhalt ist jedoch ein spezieller. Die Gespräche beinhalten meist die verschiedenen Stationen einer Lebensgeschichte. Thema ist somit die Erinnerung an vergangene Zeit, ebenso können aktuelle Erfahrungen und Wünsche oder Vorstellungen der Zukunft thematisiert werden (Specht-Tomann 2015: 56). Gespräche über die Lebensgeschichte eines Menschen können gerade am Lebensende die Situation für Pflegebedürftige entlasten und es kann dem Gefühl der Vereinsamung entgegenwirkt werden. Durch den wertschätzenden Umgang mit Bedürfnissen und Wünschen sowie das Wahren der Einzigartigkeit eines Menschen wird ebenfalls dazu beigetragen, die Individualität und Identität aufrechtzuerhalten (Specht-Tomann 2015: 57). Als Methodik bei der Heimaufnahme dient oftmals ein Biografiebogen. Für weiterführende Gespräche können speziell entwickelte Kommunikations- und Gedächtnisspiele, ein Erinnerungskoffer oder Erinnerungsalben angewendet werden (Miethe 2017: 119f).²⁷

Eine andere Methode der Biografiearbeit innerhalb einer Gruppe sind die sogenannten Erzählcafés. Dabei steht ein bestimmtes Thema im Mittelpunkt. Ein älterer Mensch beginnt eine persönliche Geschichte zu dem Thema zu erzählen und wird dabei von einem Moderator unterstützt, welcher an interessanten Passagen nachfragt und auf den Rahmen des Gesprächs achtet. Jopping (2006: 77) erwähnt hier ausdrücklich, dass auch jüngere Menschen sich daran beteiligen können und eine andere Perspektive auf das Thema mitbringen.

2.2.3 Humor als Beitrag zum psychischen Wohlbefinden

Humor meint allgemein die „heitere Gelassenheit gegenüber den Unzulänglichkeiten von Welt und Menschen und den Schwierigkeiten des Alltags“ (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021f).

Humor ist ein Impuls für Lachen und Lächeln (Wild 2008: 78). Durch Lachen werden Glückshormone freigesetzt, welche sich positiv auf das Wohlbefinden eines Menschen auswirken können (Schinzilarz/Friedli 2013: 12). Wild (2008: 83) jedoch ergänzt, dass es essenziell ist, warum jemand lacht und wie Humor eingesetzt wird.

Der Einsatz von Humor als Bewältigungsstrategie kann zum psychischen Wohlbefinden beitragen (Wild 2008: 83). Lachen tut sowohl den Bewohnern als auch den Mitar-

²⁷ Die Erklärung der aufgezählten Methoden findet sich in Miethe 2017: 119f.

beitenden gut. Es kann von Langeweile oder Schmerzen ablenken, ein Gemeinschaftsgefühl fördern und tut der Seele gut (Sachweh 2012: 94). Ältere Menschen besitzen meist mehr Humor, als es die jüngeren Mitarbeitenden im Pflegeheim vielleicht vermuten. In manchen Fällen kann es Aufgabe sein, den Sinn für Humor erneut zu wecken (Hirsch 2008:199).

Jedoch ist Vorsicht geboten, da eine harmlose lustige Situation schnell als Auslachen empfunden werden kann. Demente oder psychisch veränderte Menschen haben meist noch ein Gefühl dafür, ob Personen mit ihnen oder über sie lachen (Sachweh 2012: 94f).

Eine humorvolle Methode, welche auch Anklang in Altenpflegeheimen findet, ist der Clown. Die Arbeit mit diesem und der speziellen Komik kann ein fröhlicher Umgang mit Krisen sein. Neben den klassischen Arbeitsfeldern im Zirkus oder Theater nehmen viele soziale Institutionen wie Krankenhäuser oder Altenpflegeheimen die Angebote wahr (Karnath 2008: 109). Laut Karnath (2008: 122) ist der Clown ein Experte für Krisenorte, wie einem Altenpflegeheim, hier finden Clowntechniken eine wichtige Anwendung.

Durch die Anwendung der Methodik kann eine Person oder Situation aus einem anderen Blickwinkel wahrgenommen werden, auch wenn es kein Allheilmittel ist (Karnath 2008: 123).²⁸ Wichtig ist für die Auswahl einer Person, welche für ältere Menschen speziell geschult ist. Es muss z.B. auf eine laute Stimme und langsame Bewegungen geachtet werden. Auch ist es sinnvoll solche Veranstaltungen zu dokumentieren, bspw. durch Fotos oder Videos (Bischofberger 2008: 338).

Es gibt weitaus mehr Möglichkeiten das psychische Wohlbefinden der Bewohner zu fördern. So individuell sie sind, so verschieden kann auch das Wohlbefinden ermöglicht werden. Einen Teil hierzu trägt die spirituelle Dimension bei, welche folgend näher betrachtet wird.

2.3 Ermöglichen von spirituellem Wohlbefinden im Altenpflegeheim

Das spirituelle Wohlbefinden wurde bereits theoretisch beleuchtet. In einem Altenpflegeheim gibt es verschiedene personelle sowie methodische Möglichkeiten das spirituelle Wohlbefinden der Bewohner zu unterstützen. Zu Ersteren gehören u.a. Fachdienst oder Betreuungsassistenten. Daneben gibt es einen Hol- und Bringdienst zu Gottesdienstangeboten, einen regelmäßigen Besuchsdienst, Sterbebegleitung oder die Ver-

²⁸ Die ausführliche Stellungnahme einer Clownsgruppe in einem Altenpflegeheim findet sich in Sele/Riedmann 2008: 224f.

kündigung (Amt für Gemeindedienst. Altenheimseelsorge 2021). Zu den Methoden gehören u.a. die Anwendung von Spiritual und Palliative Care, der Altenheimseelsorge und der Bedeutung von Gottesdiensten, Andachten und des Kirchenjahres, worauf im Folgenden eingegangen wird. Ebenfalls können Gebete, Texte und Lieder einen Beitrag zum spirituellen Wohlbefinden von Bewohnern beitragen.

2.3.1 Spiritual Care und Altenheimseelsorge

Peng-Keller (2021: 19) versteht „Spiritual Care als Bemühen, die spirituelle Dimension unter gegenwärtigen Bedingungen in reflektierter Weise in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen“. Die essenzielle und grundlegende Haltung in der Anwendung von Spiritual Care ist, „dass Spiritualität eine wichtige Ressource für den Umgang mit Krankheit und somit ein wichtiger Resilienz- und Copingfaktor sein kann“ (Kohli Reichenbach 2014: 16). Umgekehrt kann das Ausklammern der spirituellen Dimension die Krankheitssituation verschärfen (Kohli Reichenbach 2014: 16).

Spiritual Care umfasst die Erweiterung des biopsychosozialen Modells durch die spirituelle Dimension (Peng-Keller 2021: 16).

Spiritual Care lässt sich zur Hospiz- und Palliativversorgung zuordnen, wobei diese Teilbereiche der Palliativ Care von spirituellen Themen, Ressourcen oder Fragen abdeckt. Sie findet sich in Krankenhaus, im stationären Hospiz ebenso in Alten- und Pflegeheimen wieder. Die Begleitung gilt ebenso den erkrankten oder sterbenden Menschen wie auch deren Angehörigen. Die Umsetzung des Konzeptes ist Aufgabe eines ganzen multiprofessionellen Teams, sodass die spirituellen Bedürfnisse und deren Themen wahrgenommen werden (Labitzke/Kuhn-Flammensfeld 2017: 1f).

In diesem Setting bringen alle Berufsgruppen berufsspezifische und persönlichkeitspezifische Kompetenzen mit ein (Nauer 2015: 76).

Spiritual Care meint also einen Ansatz, welcher im Kontext des Gesundheitswesens verortet wird. Weiterführend kann es auch als „Organisation gemeinsamer Sorge um die individuelle Teilnahme und Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben im umfassenden Verständnis“ verstanden werden. So ist Spiritual Care ein Ansatz, eine Haltung und eine seelsorgerliche und spirituelle Begleitung von Menschen in lebensbedrohlichen Situationen, ermöglicht durch Seelsorger innerhalb verschiedener Gesundheitsbereiche (Roser 2017: 15).

Um Spiritual Care zu praktizieren, benötigt es keine zusätzlichen Praxisformen, jedoch wird eine professionsübergreifende Grundhaltung vorausgesetzt. Kernkompetenzen sind die spirituelle Selbstsorge, spirituelles Assessment und die interkulturell-

interreligiöse Kompetenz. Nauer (2015: 76ff) ergänzt dies noch um Spezialkompetenzen, u. a. rituell-liturgische oder theologisch-seelsorgerliche Kompetenzen. Das Angebot von Spiritual Care kann zwanglos angenommen werden und abgelehnt werden. Sie gestaltet sich alltagspraktisch mit unterschiedlichen Handlungsfeldern (Nauer 2015 80f).²⁹

Spiritual Care versucht die spirituelle Dimension in Behandlungskonzepten zu integrieren. Kohli Reichenbach (2014: 16) führt als Beispiel die Anamnese, das Pflegepersonal oder Seelsorger an. Die spirituelle Anamnese ist der erste Impuls, um innerhalb von Medizin und Pflege der Spiritualität einen Platz zu geben (Frick sj 2021: 18).

Ein standardisiertes Verfahren innerhalb von Spiritual Care ist schwierig, da es unterschiedliche Facetten, Rahmenbedingungen und Ansprüche gibt. Jedoch sind bestimmte Bereiche in fast allen Gesprächen Thema. Ein Leitfaden, um auch über persönliche Spiritualität zu sprechen wurde an der LMU München entwickelt: SPIR. Dieser dient zur Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen, welche durch Standardfragen innerhalb eines Gesprächs gestellt werden. Das Akronym **SPIR** steht für die Abkürzung folgender Themenbereiche: „**S**piritualität und Glaubens-Überzeugungen“, „**P**latz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen“, „**I**ntegration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe“ und die „**R**olle des Arztes“ (Riedner/Hagen 2011: 236f). Die erste Stufe der Anamnese umfasst eine systematische Einschätzung des spirituellen und religiösen Bereichs. Weitere Stufen sind u.a. das Seelsorgegespräch und die psychotherapeutische Diagnostik. Essenziell bei der Methode ist v.a. ein Signal zu setzen, dass Religion und Spiritualität thematisiert werden dürfen und auf die eigenen Wünsche eingegangen wird (Frick sj 2021: 16). Für eine gelingende Anamnese sind neben der Haltung, auch die persönliche Einstellung und eine gewisse Grundkompetenz notwendig. Um die Präsenz der spirituellen Anamnese zu wahren ist eine strukturelle Verortung und eine konkret ansprechbare Person notwendig (Riedner/Hagen 2011: 239).

Neben der Spiritual Care findet sich im Altenheim auch die Seelsorge, welche ebenfalls zur Hospiz- und Palliativversorgung zugeordnet wird und primär von hauptamtlichen Seelsorgenden der christlichen Kirchen betrieben wird. Die Aufgabe der Seelsorge gehört zu deren Kernaufgaben und ist bestimmt durch eine professionelle Ausbildung, die Beauftragung und die Verpflichtung zur Wahrung des Seelsorgegeheimnisses.

²⁹ Eine Übersicht der Handlungsfelder findet sich in Nauer 2015: 81.

Seelsorgende sind Ansprechpartner für spirituelle und existenzielle Themenbereiche (Labitzke/Kuhn-Flammensfeld 2017: 2).

Die Unterscheidung zwischen Spiritual Care und der Seelsorge basiert auf dem Spiritualitätsverständnis, da Spiritual Care demgegenüber neutral steht, während Seelsorger immer in Verbindung zu ihrer christlichen Konfession stehen (Nauer 2015: 144f). Damit einhergehend finden sich Unterschiede in den Themenbereichen des Motivationshintergrundes, der Inspirationsquelle oder auch des Menschenbildes (Nauer 2015: 146f). Spiritual Care und Seelsorge konkurrieren nicht, vielmehr agiert christliche Seelsorge im Kontext von Spiritual Care. Beide Ansätze können verschränkt alltagspraktisch zusammenarbeiten und sich gegenseitig unterstützen (Nauer 2015: 208).

Die Altenheimseelsorge wird konkretisiert als „seelsorgerliche Begleitung von Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ bezeichnet (ELKB 2019: o.S.). Die christliche Dimension einer diakonischen Einrichtung zeigt sich bedeutend im Stellenwert der Seelsorge (Ruschke 2007: 125). Aufgabe der Altenheimseelsorge sind u.a. die Einzelseelsorge, das Veranstellen von Gottesdiensten und Andachten, das Feiern des Abendmahls und das Angebot anderer Kasualien und Rituale. Unterstützt werden die hauptamtlichen Seelsorgenden durch Ehrenamtliche im Rahmen des kirchengemeindlichen Besuchsdienst (ELKB 2019: o.S.).

Die Seelsorge ist heilsam und heilend. Damit geht eine therapeutische Dimension einher (Ruschke 2007: 52). Aufgabe der Seelsorgenden im Altenpflegeheim kann z.B. das Schaffen von Übergangsriten sein, um die Bewohner bei der Veränderung des Wohn- und Sozialstatus zu unterstützen (Ruschke 2007: 127).

Da viele Bewohner hochaltrig und multimorbid ins Altenpflegeheim einziehen, soll Seelsorge hier Lebensbegleitung und ergänzend Sterbevorbereitung leisten. Deshalb ist es notwendig eine Abschiedskultur zu entwickeln. Darunter fallen auch Abschiedsrituale für Aussegnungen, an denen auch Mitbewohner teilnehmen können (Ruschke 2007: 127f).

Eine besondere Zielgruppe innerhalb eines Altenpflegeheimes stellen die Bewohner mit einer Demenzerkrankung dar. Hier ist es notwendig neue fantasievolle Verkündigungsformen und -inhalte zu finden, welche von dementen Bewohnern verstanden werden können (Ruschke 2007: 128).

2.3.2 Gottesdienste und Andachten im Altenpflegeheim

Bewohner im Altenpflegeheim empfinden Gottesdienste und Andachten als etwas Besonderes, da sie den Alltag unterbrechen.³⁰ Es kommt i.d.R. eine externe Person in ihre Lebenswelt. Sie freuen sich auf die Begegnung und manche kleiden sich dementsprechend festlich, auch wenn die Gottesdienste oft nicht am Sonntag stattfinden (Nagel 2011: 7f).

Ein Gottesdienst im Altenheim findet unter spezifischen Umständen statt und fordert einen hohen Einsatz bzgl. materiellen und personellen Ressourcen (Plieth 2014: 7).

Notwendig sind Ankündigungsplakate, welche erstellt und ausgehängt werden müssen. Sie sollen die Bewohner auf den Termin des Gottesdienstes aufmerksam machen und daran erinnern. Auch müssen sie dies öfters gesagt bekommen und eingeladen werden. Sie benötigen Unterstützung, um zum Gottesdienst zu gehen. All dies ist mit einem sehr großen Aufwand verbunden und auch während des Gottesdienstes wird Begleitung benötigt (Plieth 2014: 7).

Durch die eingeschränkte Mobilität der Bewohner, sind sie darauf angewiesen, dass Personen und Kontakte zu ihnen in die Einrichtung kommen (Lödel 2012: 43).

Oft verlaufen Gottesdienste anders als Gemeindegottesdienste. Es ist möglich, dass Bewohner nicht auf ihrem Platz sitzen bleiben oder jemand den Gottesdienst verlässt und später wieder kommt. Denkbar wären auch Zwischenrufe (Nagel 2011: 15f).

Im Mittelpunkt steht die Gottesdienstgemeinde. Man muss sich an ihnen und der individuellen Situation orientieren. Notwendig für einen gelungenen Gottesdienst ist die Kommunikation und Absprache zwischen externen Pfarrern und internen Mitarbeitenden (Nagel 2011: 27).

Im Gottesdienst wird das Wort der Bibel gehört und ausgelegt. Ebenso werden die Sakramente ausgeteilt. Der Gottesdienst ist Ausdruck und Erfahrung der Gemeinschaft mit Gott. Jesus lädt ein in seiner Gegenwart zu sein und tröstet, heilt oder kann auch fordern (Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern und Keysselitz o.J.: 1119).

Ziele des Gottesdienstes sind u.a. die Erinnerung an die gottesverheißene Zukunft, die Veränderung von Sichtweisen oder das gedankliche Überschreiten von Grenzen, bedingt durch individuelle Lebensumstände. Gottesdienste können hierdurch einen präventiv-unterstützenden oder therapeutischen Nutzen haben (Plieth 2014: 11).

Durch ein hohes Anregungspotential der verschiedenen Sinne (visuell, auditiv, haptisch) kann das erlebte Ereignis intensiver und nachhaltiger vermittelt werden (Plieth 2014: 13).

³⁰ Vorausgesetzt wird hier ein christlicher Werte- und Normenhorizont.

Plieth (2014: 14f) empfiehlt ein zentrales Motiv oder Thema, welches im Gottesdienst behandelt werden soll. Dies kann in großer Form ein Gegenstand, etwas Gebasteltes oder ein Plakat im Raum dargestellt sein, welches alle Bewohner erkennen können. Als kleine Form kann ein Präsent dienen, welches die zentrale Aussage der Predigt bündelt und von den Bewohnern mitgenommen werden kann.

Besonders wichtig ist eine klare, sich wiederholende Gliederung des Gottesdienstes, um Vertrautheit und Entlastung zu bieten (Plieth 2014: 17).

In einem Altenheim wird oftmals der Speisesaal als Ort des Gottesdienstes verwendet. Dies birgt große Herausforderungen. Er ist mitunter der einzige große Raum, der auch den Bewohnern im Bett oder im Rollstuhl genügend Platz bietet. Hier können Geräusche oder Gerüche oft störend sein. Hinzukommend müssen alle notwendigen Utensilien transportabel sein, da der Raum vorwiegend für die Mahlzeiten verwendet wird (Lödel 2012: 62).

Viele der Probleme und Aspekte, die berücksichtigt werden müssen, finden sich auch beim Konzipieren und Durchführen einer Andacht wieder.

Die Andachten sind kleine Gottesdienste. Hierbei liegt der Fokus auf der Kommunikation mit Gott und auf dem Erneuern des Vertrauens zu ihm (Ratzmann 1999: 110).

Sie findet an einem Wochentag statt und soll den Alltag unterbrechen (Ratzmann 1990: 110). Es gibt generell keine feste Liturgie, aber eine traditionelle Abfolge (Ratzmann 1999: 111).³¹

Die kleine Form des Gottesdienstes meint hier nicht, dass die Andacht weniger wichtig ist als der Gottesdienst, sondern dass ein bestimmter Aspekt des Gottesdienstes betont werden soll, z.B. der Segen, Lieder oder das Gebet (Ratzmann 1999: 112).

2.3.3 Das Kirchenjahr

Das Kirchenjahr verknüpft Stationen im Leben Jesu, beginnend mit dem ersten Advent und endet am Ewigkeitssonntag. Die Festzeiten orientieren sich an den Jahreszeiten und wiederholen sich. Neben den wichtigsten Stationen in Jesu Leben, wird dabei auf wichtige Eckpunkte des eigenen Lebens Bezug genommen, wie z.B. Geburt, Kindheit, Elternschaft und verschiedene Gefühle der Trauer, Freude, Leid und der Tod. Das Kirchenjahr umfasst u.a. den Advent, Weihnachten, Epiphania, Passion, Ostern, Himmelfahrt, Pfingsten, Trinitatis, Trinitatiszeit und das Ende des Kirchenjahres (Landeskirchenamt der ELKB. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit 2021). Das Kirchenjahr bietet eine Orientierung auf Jesus zu, womit das Jahr begleitet wird. Dies bietet Orientierung

³¹ Siehe hierzu Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern und Keysselit o.J.: 1213.

und Begleitung, welche stabilisieren und unterstützen können (Plieth 2009 o.S.). Feste können den Alltag unterbrechen, durch Bräuche und wiederkehrende Inhalte, und geben dem Leben einen Rhythmus (Kretzer 2010: 39).

Das Kirchenjahr kann eine Verbindung zu früher sein und Erinnerungen wecken, die den Bewohnern Vertrauen und Halt bieten (Kretzer 2010: 39). Daneben können bestimmte Erwartungen hervorgerufen werden, welche eine gewisse positive oder negative Spannung bewirken. Durch das Hoffen auf bestimmte Rituale, das Erwarten bestimmter Lieder oder eines Besuchs, kann schnell Frustration oder Traurigkeit entstehen, wenn diesen Ansprüchen nicht gerecht wird. So kann die Vorfreude in eine Belastung umschwenken und die Feier abgewehrt werden. Im Kontext des Altenpflegeheims wird versucht, den Vorstellungen und Bedürfnissen der Bewohner zu entsprechen und eine wohlbefindliche Atmosphäre zu schaffen (Plieth 2011: 9).

Innerhalb des Kirchenjahres ist die Advents- und Weihnachtszeit hervorzuheben. Hier scheinen die Bewohner des Altenheimes besonders aufmerksam und gespannt zu sein. Das Brauchtum zum Advent und Weihnachten ist den Bewohnern von klein auf vertraut und zeugt im Alter immer noch von einer Wichtigkeit. So kann diese Zeit sehr positiv und emotional sein und es wird erwartet, dass das Brauchtum auch berücksichtigt wird (Plieth 2011: 16). An Weihnachten schließt sich Silvester an. Es ist eine Zeit der sehr aktiven Phase während der Feiertage, auf die bei älteren Menschen meist eine Phase der Müdigkeit oder depressiven Verstimmung folgt. Grund dafür ist die Tatsache, dass bald wieder ein Jahr zu Ende geht und die Lebenszeit vorangeschritten ist. Eine Feier in diesem Rahmen soll dabei den Blick auf die Dankbarkeit des Vergangenen richten und dazu ermutigen auf etwas Neues zuzugehen (Plieth 2011: 17).

2.4 Auswirkungen von Spiritualität auf die Gesundheit

In diesem Kapitel zu den Auswirkungen von Spiritualität auf die Gesundheit wird nun der Blick von der praktischen Umsetzung hin zu wissenschaftlichen Befunden gelenkt. Verschiedene Studien belegen die im vorangegangenen Abschnitt beschriebene Praxis teilweise, andere dagegen widerlegen sie.

In einer Studie, in welcher die Wirkung von Seelsorge auf den Stress und die psychische Gesundheit von Bewohnern im Altenheim untersucht wurde, haben Heidari et al. (2019: 1334) festgestellt, dass Therapie im Bereich der Spiritualität in Bezug auf die

Stressreduzierung und die Steigerung von psychischer Gesundheit eine wichtige Rolle spielen.³²

Ebenfalls belegt Davis (2005: 265), dass es eine positive Beziehung zwischen Spiritualität und Wohlbefinden gibt.³³

Durch das Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse der Bewohner kann die psychische Gesundheit im Rahmen von individuellen und geistlichen Programmen gesteigert werden. Heidari et al. (2019: 1337) fordern dazu auf, der spirituellen Gesundheit bei der Betrachtung von psychischer Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu schenken und die spirituellen Bedürfnisse in die ganzheitliche Versorgung mit einzubetten, da sie einen Beitrag zu therapeutischen und pflegerischen Zielen leisten können.

Vitorino et al. (2018: 3) untersuchten gesundheitliche Folgen von Spiritualität und Religiosität.³⁴ Dabei fanden sie heraus, dass mit höherer Spiritualität, aber nicht Religiosität, eine bessere soziale und ökologische Lebensqualität einhergeht. Dies sei allerdings auch mit mehr Angst verbunden. Bei geringer Spiritualität und Religiosität sind die Ergebnisse der gesundheitlichen Folgen auch negativer in Verbindung mit der Lebensqualität ausgefallen. Weiter fanden sie heraus, dass mit einem Spiritualitäts- und Religiositätszustand die Wahrnehmung von Lebensqualität, Optimismus und Zufriedenheit höher ist als von Menschen ohne eine diesbezügliche Verbindung. Jedoch scheint die religiöse Praxis für die Lebensqualität und die psychische Gesundheit wichtiger zu sein als die Höhe des Spiritualitätszustands.

Spiritualität als negative Coping-Strategie kann vor allem im Bereich Tod und Sterben auftreten. Menschen in Heimen sind diversen Stressoren ausgesetzt, sodass sie gehemmt sein können eine positive Strategie zur Bewältigung der letzten Lebensphase zu entwickeln (Vitorino et al. 2015: 256).³⁵ Lins (2019: 87) ergänzt, dass ein negatives oder strafendes Gottesbild Stress verursachen und nicht zur Bewältigung beitragen kann.

Mitarbeitende müssen sich mit Konzepten der Spiritualität wohlfühlen, um diese praktisch bei den Bewohnern umzusetzen. Es ist hilfreich zu wissen, dass die persönliche Spiritualität mit dem eigenen Wohlbefinden zusammenhängt. Dies kann eine positive Wirkung der Mitarbeitenden und der Bewohner erzielen (Davis 2005: 269).

Werden religiöse und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt, kann sich dies positiv auf die Lebensqualität auswirken. Auch haben Spiritualität und Religion Einfluss auf die

³² Diese Quelle wurde aus dem Englischen von der Autorin übersetzt.

³³ Diese Quelle wurde aus dem Englischen von der Autorin übersetzt.

³⁴ Diese Quelle wurde aus dem Englischen von der Autorin übersetzt.

³⁵ Diese Quelle wurde aus dem Englischen von der Autorin übersetzt.

psychische Gesundheit: sie äußern sich positiv auf das Wohlbefinden, können kognitiven Abbau verzögern und bewirken eine begünstigende Veränderung bzgl. Depressionen, Angstzustände oder Schlafqualität (Lins 2019: 86f).

Zwingmann und Hodapp (2018: 69) weisen darauf hin, dass es viele Studien im US-amerikanischen Bereich gibt, die einen leicht positiven Zusammenhang von Religiosität/Spiritualität und psychischer Gesundheit aufweisen. Wegen eines differenten religiös-kulturellen Hintergrunds können diese Forschungsergebnisse nicht auf den deutschsprachigen Raum übertragen werden. Daher führten sie dazu eine Studie in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz durch. Ein Ergebnis war u.a., dass Religiosität/Spiritualität und sehr leicht mit der psychischen Gesundheit im Zusammenhang steht. Jedoch weisen sie eine sehr hohe negative Korrelation von einem „negativen Umgang mit Religion oder Gott“ und psychischer Gesundheit nach.

Genauer waren weitere Ergebnisse u.a., dass Bereiche wie „extrinsische Religiosität“, „negatives religiöses Coping“ oder „negative/s Gotteskonzept/-beziehung“ in hoher Korrelation negativ mit psychischer Gesundheit zusammenhängt. Im leicht positiven Bereich finden sich hingegen Gruppen der „Spiritualität“, „[...] intrinsische Religiosität“ oder der „positive [...] Umgang mit Religion/Gott“ (Zwingmann/Hodapp 2018: 75).

III. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diskutiert und zusammengefasst. Anschließend wird der Mehrwert für Soziale Arbeit und Diakonie betrachtet und die Arbeit kritisch beleuchtet und Ausblicke gegeben.

3.1 Diskussion der Ergebnisse

Gegenstand der Arbeit ist das Ermöglichen von psychischem und spirituellem Wohlbefinden der Bewohner im Altenpflegeheim im Kontext der Gesundheitsförderung. Die Thematik weist eine hohe Komplexität und Bedeutung auf und bezieht sich auf die Situation einer speziellen Zielgruppe, welche sich in sich und in den Themenbereichen vielfach unterscheiden kann. In Anbetracht der Grenzen und Möglichkeiten der vorliegenden Bachelor-Thesis müssen Themenbereiche im Überblick behandelt oder unberücksichtigt gelassen werden. Dennoch wird versucht, Denkanstöße zu geben, welche weiter und tiefer behandelt werden können und zum Diskurs anregen sollen.

Zu Beginn werden notwendige Definitionen im Bereich Religion, Glaube und Spiritualität beleuchtet, auf deren Verständnis diese Arbeit aufbaut. Dabei werden verschiedenen Definitionen miteinander verglichen und eine für die Arbeit relevante Auffassung fest-

gelegt. Bei allen drei Bereichen wird auf die christliche Dimension eingegangen, dabei werden andere Glaubensrichtungen außer Acht gelassen, welche jedoch auch bei der Zielgruppe vorkommen können. Hier bedarf es eine genauere Betrachtung. Auch die Säkularisierung und der Rückgang von Mitgliedern der verfassten Kirche könnte hier weiteren Raum finden.

Anschließend wird Gesundheit in Abgrenzung von Krankheit versucht zu definieren. Speziell die psychische Gesundheit wird näher betrachtet. In allen Definitionen wird Gesundheit als ein vollkommenes Fehlen von Krankheit beschrieben und somit gehen sie von einem Idealzustand aus (Klemperer 2020: 52). Um der Auffassung von Gesundheit und Krankheit gerechter zu werden, werden unterschiedliche Modelle vorgestellt. Hier sei gesagt, dass es kein Modell gibt, welches alle Aspekte umfasst und beleuchtet (Klemperer 2020: 55).

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky stellt eine andere Sicht der vorangegangenen Modelle dar. Er fragt nicht, was den Menschen krank macht, sondern was ihn gesund hält (Klemperer 2020: 74).

Dieser Aspekt wird in der Gesundheitsförderung aufgegriffen, welche in Abgrenzung zur Krankheitsprävention erläutert wird. Dabei wird auf die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung eingegangen, welche die Basis für die Gesundheitsförderung in Deutschland ist. Hier wird der Fokus auf die Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens gelegt (Altgeld/Kolip 2018: 59).

Das Wohlbefinden wird in Verbindung mit der Lebensqualität beleuchtet, da das Wohlbefinden die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität ist (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021h).

Die Zielgruppe wird anschließend näher beleuchtet. Dabei werden Alter und zugehörige Wortfelder definiert. Ebenfalls wird auf die biblische Sichtweise eingegangen, welche positive und negative Aspekte beinhaltet. Gesundheitliche Entwicklungen zeugen von Multimorbidität und Chronizität der Erkrankungen (Martin/Kliegel 2014: 228). Es werden ausgewählte alterstypische Erkrankungen vorgestellt und anschließend der Fokus auf die Ressourcen gelenkt. Das Wohlbefindens-Paradox führt generell dazu, dass Verluste nicht automatisch mit einem geringeren Wohlbefinden einhergehen (Martin/Kliegel 2014: 206).

Zuletzt wird im Theorieteil der Zusammenhang von psychischem und spirituellem Wohlbefinden dargestellt. Eine Dimension des psychischen Wohlbefindens sind religiöse Bindungen (Röhrle 2017: 278). Generell liegt hier ein Ergänzungsverhältnis zwischen den Professionen der Psychologie und Theologie vor (Fraas 2000: 1809). Wich-

tig zu erwähnen ist hier die spirituelle Dimension im Kontext von Krankheit (Peng-Keller 2021: 94). Die zugehörigen Studien werden erst später beleuchtet.

Das Ermöglichen vom psychischen Wohlbefinden als Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung findet sich im Lebensraum des Altenpflegeheimes wieder. Wichtig hierfür ist u.a. das Gestalten von sozialen Beziehungen. So wird vermutet, dass enge Beziehungen, welche stabil sind und gepflegt werden, zu einem höheren Wohlbefinden älterer Menschen beitragen (Lang 2004: 364). Die Geragogik widmet sich der Bildung von Menschen im Alter (Brockhaus Enzyklopädie Online 2021a). Lernfelder sind hier u.a. Biografie, Spiritualität oder Gesundheit, welche später aufgegriffen werden (Buboltz-Lutz et al. 2010: 161-199). Die praktische Umsetzung wird anhand der Alltags- und Freizeitgestaltung, der Biografiearbeit und dem Nutzen von Humor anhand der Methode des Clowns dargestellt. Alle drei Themenbereiche leisten individuell ihren Beitrag zur Förderung des psychischen Wohlbefindens und tragen somit zur Gesundheit der Bewohner bei. Durch Mitarbeitende, wie Betreuungsassistenten, Fachdienste oder Ehrenamtliche, kann dies ermöglicht werden. Hier könnten Themenbereiche wie die Nutzung von digitalen Medien oder die genauere Rolle der Mitarbeitenden näher betrachtet werden.

Ein Teilbereich des psychischen Wohlbefindens ist auch die Spiritualität im Alter. Durch Beleuchten des spirituellen Wohlbefindens im Rahmen von Spiritual Care und der Altenheimseelsorge wird versucht dies zu ermöglichen und zu fördern. Beide Konzepte werden eingehend beleuchtet. Sie sind keine Konkurrenten, sondern können sich innerhalb einer Einrichtung ergänzen (Nauer 2015: 208). Sie unterscheiden sich bzgl. des Spiritualitätsverständnisses, da Seelsorge im christlichen Kontext stattfindet, wohingegen Spiritual Care demgegenüber neutral steht (Nauer 2015: 144f). Eine Besonderheit innerhalb der Spiritual Care ist die Methode der spirituellen Anamnese, welche ein erster Impuls für die Thematik von Spiritualität und Religion sein kann (Frick sj 2021: 18). Innerhalb dieser Konzepte finden sich auch Gottesdienste und Andachten, welche durch die spezielle Zielgruppe erhöhten, zeitlichen Bedarf und das Augenmerk auf zielgruppenspezifische Aspekte benötigt (Plieth 2014: 7). Durch Strukturen der christlichen Feste innerhalb des Kirchenjahres kann eine wohlbefindliche Atmosphäre geschaffen werden, welche auch Rituale der Bewohner von früher miteinbeziehen können (Plieth 2011: 9). Außer Acht wurde hier der mögliche Einfluss und die Voraussetzung der Spiritualität der Mitarbeitenden gelassen. Ebenfalls hätte hier das Thema der negativen Konnotation mit Spiritualität Raum haben können.

In den aufgeführten Studien wird vor allem von einer positiven Auswirkung der Spiritualität auf die Gesundheit gesprochen (Heidari et al. 2019: 1334; Davis 2005: 265). Allerdings kann sich diese auch negativ durch ein negatives Gottesbild oder als negative Coping-Strategie beim Umgang mit Tod und Sterben äußern (Vitorino et al. 2015: 256/Lins 2019: 87; Zwingmann/Hodapp 2018: 69).

3.2 Mehrwert der Arbeit für die Soziale Arbeit und die Diakonie

Die Altenhilfe gehört zu den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Sie ist ebenso Akteurin in einem Altenpflegeheim wie die Diakonie und findet sich in der sozialen Betreuung von Bewohnern wieder. Die Leistungen darin umfassen u.a. die „Gestaltung des persönlichen Alltags, einem Leben in der Gemeinschaft sowie der Orientierung zur Zeit, zum Ort und zur Person“ (Falkenroth 2011: 347). Sie agiert u.a. bei der Heimaufnahme, der Begleitung und Beratung von Bewohnern, organisiert Freizeitaktivitäten und kann auch den Kontakt zu einer Kirchengemeinde herstellen und fördern (Falkenroth 2011: 348f).

Auf der Grundlage aller bisherigen Erkenntnisse kann zusammengefasst gesagt werden, dass Soziale Arbeit das psychische Wohlbefinden fördern kann.

Da Kirche und Diakonie Träger einer Altenhilfeeinrichtung sein können, gestalten sie die Wohnformen der älteren Menschen mit. Aufgabe ist es hier, eine Kultur des Wohnens zu entwickeln (Raschzok/Kemnitzer 2009: 296). Die Diakonie in Bayern (2021) stellt die Würde des Menschen in der Ganzheitlichkeit und der Achtung der Person in den Vordergrund. Explizit nennt sie den Raum für Sinn- und Glaubensfragen in der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung. Als Trägerin vieler Altenpflegeheime ist sie für die Umsetzung der Ermöglichung von Wohlbefinden zuständig und Ansprechpartnerin für das spirituelle Wohlbefinden. Durch entwickelte Konzepte, welche auch interdisziplinär durchgeführt werden, soll das spirituelle Wohlbefinden ermöglicht werden. Dabei soll der Einbezug von Fachkräften nicht außer Acht gelassen werden. Auch hier muss kompetenzorientiert gehandelt werden, da es fachliche Ansprechpartner innerhalb der Diakonie dafür gibt oder von außen hinzugezogen werden können.

Die Beleuchtung des psychischen sowie des spirituellen Wohlbefindens und die Auswirkung der Spiritualität auf die Psyche weist eine unabdingbare Verschränkung beider Professionen innerhalb eines Altenpflegeheimes auf. Viele Bewohner sind religiös und haben spirituelle Bedürfnisse, welche erfüllt werden müssen und sich positiv oder negativ auf das psychische Wohlbefinden und infolgedessen auf die Gesundheit auswir-

ken können. Genauso ist es Aufgabe die psychischen Belange der Bewohner zu berücksichtigen und so eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen. Beide sollen im Spannungsfeld des Altenpflegeheimes die Verknüpfung von sozialen, psychischen, körperlichen und spirituellen Bedürfnissen agieren und diese befriedigen. Hierbei müssen beide Professionen interdisziplinär und netzwerkartig arbeiten, um handlungsfähig und kompetenzorientiert agieren zu können.

Es ist wichtig der Aufforderung nachzukommen, die Gesundheitsmodelle und -begriffe, um die spirituelle Komponente zu erweitern und diese dann in der Praxis anzuwenden. So wurde bereits vom Ökumenischen Rat der Kirchen und anderen kirchliche Institutionen versucht, die Gesundheitsdefinition der WHO neu zu formulieren (Peng-Keller 2021: 92).

Auch Altenheime ohne konfessionellen Träger müssen die spirituelle Dimension mit einbeziehen, um zielgruppenorientiert zu agieren. Für andere Konfessionen muss ebenfalls Raum geschaffen werden, um jedem Individuum gerecht zu werden. Eine Herausforderung kann auch der Umgang mit nichtgläubigen Bewohnern sein.

3.3 Kritik, Ausblick und Forschungsbedarf

Einige Kritikpunkte wurden bereits unter 3.1 angeschnitten, welche jetzt näher beleuchtet werden sollen.

Die Spiritualität ist nichts spezifisch Christliches, sie ist ein Begriff „unter den Bedingungen einer weltanschaulich und religiös pluralen, multikulturellen Gesellschaft“ (Schneider-Harpprecht 2007: 779). Mitarbeiter und Bewohner umfassen immer mehr eine Vielfalt der multikulturellen und -religiösen Gesellschaft (Schneider-Harpprecht 2007: 781). Neben der christlichen Spiritualität müssen dahingehend auch andere Religionen beleuchtet werden. Auch durch die Säkularisierung muss der Umgang mit Nichtgläubigen thematisiert werden und eine Vorgehensweise gefunden werden, um deren spirituelle Bedürfnisse zu befriedigen, da jeder Mensch ein spirituelles Wesen ist.

Christliche Spiritualität kann in diakonischen Einrichtungen Gespräche über eine spirituell geprägte Kultur fördern und den Umgang des Helfens hinterfragen, ebenso die eigenen Wurzeln und Lebensformen zu reflektieren (Schneider-Harpprecht 2007: 781). Die Rolle der Mitarbeiter und deren Spiritualität konnte nicht eingehender beleuchtet werden, jedoch sind sie diejenigen, die zur Förderung des spirituellen Wohlbefindens beitragen und Angebote ermöglichen. Wie die ganze Gesellschaft, sind auch sie von der Säkularisierung und Pluralisierung betroffen.

Innerhalb der aufgeführten Studien wurde herausgefunden, dass es eine starke negative Korrelation von einem negativen Gottesbild oder -beziehung und der psychischen Gesundheit gibt (Zwingmann/Hodapp 2018: 75). Jedoch konnten der Umgang und die Folgen davon nicht näher beleuchtet werden, obwohl diesem Thema mehr Zuwendung bedarf.

Um das psychische Wohlbefinden zu ermöglichen wäre auch die Nutzung von digitalen Medien erwähnenswert. Sie können die sozialen Beziehungen unterstützen, gerade wenn die Bewohner nicht mehr agil sind und Angehörige weit weg wohnen. Auch kann so ein anderer Bereich der Geragogik ermöglicht werden.

Die vorgestellten Kritikpunkte erweisen sich als vielfältig und komplex. Ihnen bedarf es große Aufmerksamkeit, damit notwendige Veränderungen umgesetzt werden können und um auf den Wandel der Gesellschaft zu agieren. Die Berücksichtigung dieser Themenbereiche ist notwendig, um professionsbezogene, gesellschaftliche, soziale und politische und zielgruppenorientierte Weichen zu stellen, sodass dem Menschen ganzheitlich mit Einbezug der psychischen und spirituellen Dimension, ein gesundheitsförderndes Leben in einem Altenpflegeheim ermöglicht werden kann.

3.4 Fazit

Es zeigt sich eine notwendige Verschränkung der Professionen der Sozialen Arbeit und Diakonik, um für Bewohner im Altenpflegeheim eine ganzheitliche Pflege zu ermöglichen und einen wohlfindlichen Lebensraum zu schaffen.

Die Soziale Arbeit ist in unterschiedlichen Bereichen präsent, um das psychische Wohlbefinden zu ermöglichen. Es gibt eine Vielfalt an Handlungsfelder, u.a. die Alltags- und Freizeitgestaltung oder der Umgang mit Humor in sozialen Beziehungen. Dabei ist es notwendig, ressourcen- und bedürfnisorientiert mit dem Individuum zu agieren.

Die Diakonie legt den Fokus auf die Spiritualität und Religion. Sie trägt durch Konzepte wie bspw. die Altenheimseelsorge oder Spiritual Care zum spirituellen Wohlbefinden eines Menschen bei. Eine wohlfindliche Spiritualität trägt ihren Anteil zu einer gesunden Psyche bei. Damit dies gelingt, muss darauf geachtet werden, welche Gottesbeziehung ein Individuum hat. Ist diese negativ, kann es sich gesundheitsschädlich und kontraproduktiv auswirken.

So individuell die Bewohner auch sind, steht ganz sicher fest:

Die Seele will und muss gepflegt werden!

Literaturverzeichnis

Abele, Andrea/Becker, Peter (Hrsg.) (1994): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik (2. Auflage). Weinheim/München: Juventa.

Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2018): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus et al. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5. Auflage). Bern: Hogrefe: S.57-72.

Amt für Gemeindedienst. Altenheimseelsorge: Mitarbeitende (2021). Online verfügbar unter <https://www.altenheimseelsorge-bayern.de/aktiv-in-der-seelsorge/altenheimseelsorge/mitarbeitende/> [Stand: 15.09.2021].

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).

Arbeitskreis Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2007): Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung.

Backes, Gertrud/Clemens, Wolfgang (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung (3. Überarbeitete Auflage). Weinheim: Juventa.

Becker, Peter (1994): Theoretische Grundlagen. In: Abele, Andra/Becker, Peter (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim/München: Juventa: S.13-50.

Bildungsakademie (2021): Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft. Online verfügbar unter <https://www.bak-die-bildungsakademie.de/kurse/gerontopsychiatrische-fachkraft-m-w-d/> [Stand: 09.09.2021].

Birkholz, Carmen (2017): Spiritual Care bei Demenz. München: Ernst Reinhardt.

Bischofberger, Iren (2008): Tipps für engagierte MacherInnen. In: Bischofberger, Iren (Hrsg.): Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege (2. Auflage). Bern: Hans Huber/Hogrefe: S. 333-340.

Bockenheimer-Lucius, Gisela/Dansou, Renate/Sauer, Timo (2012): Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption. Frankfurt: Campus.

Brockhaus Enzyklopädie Online (2021a): Altenbildung. Online verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/altenbildung> [Stand: 11.08.2021].

Brockhaus Enzyklopädie Online (2021b): Altern. Online verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/altern> [Stand: 06.04.2021].

Brockhaus Enzyklopädie Online (2021c): Biografie. Online verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/biografie> [Stand: 17.08.2021].

- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021d): Gesundheit. Online verfügbar unter <https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/gesundheit> [Stand: 14.03. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021e): Gesundheitsvorsorge. Medizinische Prävention. Online verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/gesundheitsvorsorge> [Stand: 09.03. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021f): Humor. Online verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/humor> [Stand: 18.08. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021g): Krankheit. Online verfügbar unter <http://brockhaus.de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/krankheit> [Stand: 06.03. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021h): Lebensqualität. Online verfügbar unter <https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/lebensqualität> [Stand: 10.03. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021i): Prävention. Medizin. Online verfügbar unter <https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/prävention-medizin> [Stand: 08.03. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021j): Risikofaktoren (Medizin). Online verfügbar unter <https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/risikofaktoren-medizin> [Stand: 03.03. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021k): Salutogenese. Online verfügbar unter <http://brockhaus.de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/salutogenese> [Stand: 06.03. 2021].
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2021l): Seelische Gesundheit. Online verfügbar unter <https://brockhaus-de.evhn.idm.oclc.org/ecs/enzy/article/seelische-gesundheit> [Stand: 14.03. 2021].
- Buboltz-Lutz et al. (2010): Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Buchka, Maximilian (2012): Das Alter. Heil- und sozialpädagogische Konzepte. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesgesundheitsministerium (2021): Pflege im Heim. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeimheim.html> [Stand: 09.09. 2021].
- Bundesministerium der Justiz und für den Verbraucherschutz (2021): Gesetze im Netz. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de> [Stand: 04.10.2021].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2017): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung (2. Auflage). Frankfurt am Main: Zarbock.
- Davis, Bonnie (2005): Mediators of the Relationship Between Hope and Well-Being in Older Adults. *Clinical Nursing Research* Vol. 14 No. 3: S. 253-272.

Diakonie Bayern (2021): Stationäre Pflege. Online verfügbar unter <https://www.diakonie-bayern.de/die-diakonie-in-bayern-die-arbeitsfelder/leben-im-alter/stationaere-pflege.html> [Stand: 09.08. 2021].

Duden (2021a): alt. Adjektiv. Online verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/alt> [Stand: 06.04.2021].

Duden: Gesundheitsförderung, die (2021b). Online verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheitsfoerderung> [Stand: 09.03.2021].

Duden: Glaube (2021c). Online verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Glaube> [Stand: 08.02.2021].

Duden: Religion (2021d). Online verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Religion> [Stand: 08.02.2021].

Duden: Spiritualität (2021e). Online verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Spiritualitaet> [Stand: 08.02.2021].

Egger, Josef (2015): Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell. Wiesbaden: Springer.

Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (2019): Leitlinien Altenheimseelsorge. Auftrag – Zuständigkeit – Aufgaben – Mitarbeitende – Qualifikation – Organisation.

Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern und Keysselitz (o.A.): Evangelisches Gesangbuch. Für Gottesdienst, Gebet, Glaube, Leben. München: Evangelischer Presseverband für Bayern.

Falkenroth, Anemone (2011): Soziale Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen – von der Versorgungseinrichtung zum Lebens- und Wohnort. In: Zippel, Christian/Kraus, Sybille (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch (2. Auflage). Frankfurt am Main: Mabuse: S.347-359.

Fraas, Hans-Jürgen (2000): Theologie und Psychologie. In: Betz, Hans Dieter et al. (Hrsg.): Religion in Geschichte und Gegenwart. Handbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Band 6 N-Q. Tübingen: J.C.B. Mohr: Spalte 1807-1809.

Frank, Renate (2017a): Den Störungsorientierten Blick weiten. In: Frank, Renate (Hrsg.): Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie (3. Aufl.). Berlin: Springer: S. 3-18.

Frank, Renate (2017b): Eudaimonisches Wohlbefinden: Erfüllung, vitale Lebendigkeit, Sinn und persönliche Entwicklung fördern. In: Frank, Renate (Hrsg.): Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie (3. Aufl.). Berlin: Springer: S. 62-77.

Frick sj, Eckhard (2021): Anamnese, spirituell. In: Frick, Eckhard/Hilpert, Konrad (Hrsg.): Spiritual Care von A bis Z. Berlin/Boston: De Gruyter: S. 16-18.
Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2015): Resilienz. München: Ernst Reinhardt.

Gerber, Christine/Vieweger, Dieter (2009): Alter. In: Crüsemann, Frank et al. (Hrsg.): Sozialgeschichtliches Wörterbuch zur Bibel. Gütersloh: Gütersloher: S.8-10.

GKV-Spitzenverband (2016): Richtlinien nach §53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016.

GKV-Spitzenverband (2021): Betriebliche Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/bgf/BGF_s.jsp [Stand: 04.10.2021].

Glatzer, Wolfgang (1984): Determinanten der Zufriedenheit. In: Glatzer, Wolfgang/Zapf, Wolfgang (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/New York: Campus: S.234-245.

Gratz, Margit/Roser, Traugott (2016): Curriculum Spiritualität für ehrenamtliche Hospizbegleitung. Mit einem Geleitwort von Monika Müller. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Grünschloß, Andreas (2000): Glaube. Religionswissenschaftlich. In: Betz, Hans Dieter et al. (Hrsg.): Religion in Geschichte und Gegenwart. Handbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Band 3 F-H. Tübingen: J.C.B. Mohr: Spalte 940-943.

Hamann, Bruno (1982): Pädagogische Anthropologie: Theorien – Modelle – Strukturen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Heidari, Mohammed et al. (2019): The Effect of Spiritual Care on Perceived Stress and Mental Health Among the Elderlies living in Nursing Home. Springer: Journal of Religion and Health: S. 1328-1339.

Hilpert, Konrad (2011): Der Begriff Spiritualität. Eine theologische Perspektive. In: Frick, Erhard/Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer: S.18-25.

Hirsch, Rolf (2012): Humor und Heiterkeit im Alter – Ressource und Schmiermittel. In: Bischofberger, Iren (Hrsg.): Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege (2. Auflage). Bern: Hans Huber/Hogrefe: S. 197-199.

Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Richter, Matthias (2016): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (6. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Juventa: S.661-691.

Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (autorisierte Fassung 1993): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Gamburg: G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung.

Jopping, Wolfgang (2006): Gruppenarbeit mit Senioren. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

Junkers, Gabriele (1995): Gerontopsychiatrische Betreuung alter Menschen im Heim. In: Junkers, Gabriele/Moldenhauer, Bernd/Reuter, Uwe: Stationäre Altenpflege. Entwicklung und Praxis (Band 1). Stuttgart: Schattauer: S. 59-76.

Kaba-Schönstein, Lotte (2018): Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-3-entwicklung-nach-ottawa/> [Stand: 04.10.2021].

Kaluza, Gert (2015): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Mit 88 Abbildungen und 15 Tabellen (3. Auflage). Berlin: Springer.

Karnath, Sigrid (2008): Methode: Clown. In: Effinger, Herbert (Hrsg.): Die Wahrheit zum Lachen bringen. Humor als Medium in der Sozialen Arbeit. Weinheim/München: Juventa: S. 109-130.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) (Hrsg.) (2007): Gott in der Stadt. Perspektiven evangelischer Kirche in der Stadt. Hannover: Kirchenamt der EKD.

Klemperer, David (2020): Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe (4. Auflage). Bern: Hogrefe.

Klie, Thomas (2009): Diakonie: Für(s) Alte(r) sorgen. Zwischen Betreuung und Altersmanagement. In: Dressler, Bernd et al. (Hrsg.): Praktische Theologie des Alterns. Berlin: Walter de Gruyter: S.575-595.

Köpf, Ulrich (2000): Spiritualität. Zum Begriff. In: Betz, Hans Dieter et al. (Hrsg.): Religion in Geschichte und Gegenwart. Handbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Band 7 R-S (4. Auflage). Tübingen: J.C.B. Mohr: Spalte 1589-1591.

Körtner, Ulrich (2011): Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: Eine interdisziplinäre Perspektive. In: Frick, Erhard/Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer: S.26-34.

Kohli Reichenbach, Claudia (2014): Spiritualität im Care-Bereich. Begriffsklärungen zu Palliative Care, Spiritual Care und Spiritualität. In: Noth, Isabelle/Kohli Reichenbach, Claudia (Hrsg.): Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie. Zürich: Theologischer Verlag Zürich: S.11-22.

Kolland, Franz (2012): Freizeitgestaltung. In: Wahl, Hans-Werner/Römer-Tesch, Clemens/Ziegelmann, Jochen Philipp (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer: S. 273-278.

Krause, Christin (2015): Mit dem Glauben Berge versetzen? Psychologische Erkenntnisse zur Spiritualität. Berlin: Springer.

Kretzer, Angelika (2010): Das Kirchenjahr im Seniorenpflegeheim Herz Jesu in Köln. In: Bromkamp, Peter (Hrsg.): Praxisbuch Altenheimseelsorge. Ostfildern: Patmos: S. 39-49.

Kryspin-Exner, Ilse/Pintzinger, Nina (2014): Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.):

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (4. Auflage). Bern: Hans Huber/Hogrefe: S.25-35.

Kühnert, Sabine/Ignatzi, Helene (2019): Soziale Gerontologie. Grundlagen und Anwendungsfelder. Stuttgart: Kohlhammer.

Labitzke, Karoline/Kuhn-Flammensfeld, Norbert (2017): Spiritual Care und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung. Konzept der Sektion Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Landeskirchenamt der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Kirchenjahr (2021). Online verfügbar unter <https://www.kirchenjahr-evangelisch.de/kirchenjahr.php> [Stand: 15.09.2021].

Lang, Bernhard (2021): Alter (AT). In: Das wissenschaftliche Bibellexikon im Internet. Online verfügbar unter <http://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/13057/> [Stand: 04.10.2021].

Lang, Frieder (2004): Soziale Einbindung und Generativität im Alter. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Hans Huber/Hogrefe: S. 362-372.

Lang, Frieder/Rohr, Margund (2012): Die Gestaltung sozialer Beziehungen im Alter. In: Wahl, Hans-Werner/Römer-Tesch, Clemens/Ziegelmann, Jochen Philipp (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer: S. 429-434.

Leppin, Anja (2018): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, Klaus et al. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5. Auflage). Bern: Hogrefe: S.47-55.

Lins, Daniel (2019): Altenhilfe braucht Spiritualität. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Lödel, Ruth (2012): Der Gottesdienst im Altenheim. Erfahrungen – Anregungen – Herausforderungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Martin, Mike/Kliegel, Matthias (2014): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. (4., durchgesehene und aktualisierte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Menke, Marion (2015): Gesundheit, Pflege, Altern. Grundwissen für heilpädagogische, soziale und pflegerische Berufe. Stuttgart: Kohlhammer.

Miethe, Ingrid (2017): Biografiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis (3. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz.

Murken, Sebastian (1998): Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Münster: Waxmann.

Nagel, Bärbel (2011): Andacht im Altenheim. Blickfelder, Beispiele, Gottesdienste. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Nauer, Doris (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? Stuttgart: Kohlhammer.

- Peng-Keller, Simon (2021): Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care. Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Plieth, Martina (Hrsg.) (2009): Leben mit dem Kirchenjahr. Ein Gang durch die Zeit im Altenheim. Anmerkungen zum Umgang mit der Arbeitshilfe. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Plieth, Martina (2011): Himmelsglanz für dich und mich. Gottesdienste im Altenheim zu Fest- und Feiertagen. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Plieth, Martina (2014): Seine Gnade ist bunt. Gottesdienste im Altenheim. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Raschzok, Klaus/Kemnitzer, Klaus (2009): Orte: Heim(e) und Mobilität. In: Dressler, Bernd et al. (Hrsg.): Praktische Theologie des Alterns. Berlin: Walter de Gruyter: S.283-310.
- Ratzmann, Wolfgang (1999): Kleiner Gottesdienst im Alltag. Theorie und Praxis evangelischer Andacht. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Riedner, Carola/Hagen, Thomas (2011): Spirituelle Anamnese. In: Frick, Eckhard/Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer: S. 234-241).
- Röhrle, Bernd (2017): Ressourcen aktivieren: Förderung von Wohlbefinden bei älteren Menschen. In: Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie (3. Aufl.). Berlin: Springer: S. 275-288.
- Roser, Traugott (2017): Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ruschke, Werner (2007): Spannungsfelder heutiger Diakonie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachweh, Sonja (2012): Noch ein Löffelchen? Effektive Kommunikation in der Altenpflege (3. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Schinzilarz, Cornelia/Friedli, Charlotte (2013): Humor in Coaching, Beratung und Training. Weinheim/Basel: Beltz.
- Schneider-Harpprecht, Christoph (2007): Diakonik. In: Schwier, Helmut/Grethlein, Christian (Hrsg.): Praktische Theologie. Eine Theorie- und Problemgeschichte. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt: S. 733-792.
- Schulz, Heiko: Glaube. Religionsphilosophisch. In: Betz, Hans Dieter et al. (Hrsg.) (2000): Religion in Geschichte und Gegenwart. Handbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Band 3 F-H. Tübingen: J.C.B. Mohr: Spalte 943-944.
- Schwöbel, Christian (2008): Glaube. In: Horn, Friedrich Wilhelm/Nüssel, Friederike: Taschenlexikon Religion und Theologie. Band 2: G-N (5. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: S.439-448.

Sele, Peter/Riedmann, Elke Maria (2008): Jenseits von Gelächter und Klamauk – Das Pilotprojekt „Humor in der Betreuung und Pflege“ im Wohnheim Resch, Schaan (FL). In: Bischofberger, Iren (Hrsg.): Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege (2. Auflage). Bern: Hans Huber/Hogrefe: S. 215-225.

Specht-Tomann, Monika (2012): Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken und Altenpflege (2. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer.

Specht-Tomann, Monika (2015): Ganzheitliche Pflege von alten Menschen. Berlin/Heidelberg: Springer.

Statistisches Bundesamt (2011): Religionszugehörigkeit der Deutschen nach Bundesländern im Jahr 2011. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201622/umfrage/religionszugehoerigkeit-der-deutschen-nach-bundeslaendern/> [Stand: 14.04. 2021].

Statistisches Bundesamt (2020): Personen, die Mitglied in einer Kirche/Religionsgemeinschaft sind nach Alter im Vergleich mit der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2020. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1037080/umfrage/alter-der-personen-die-mitglied-in-einer-kirche-religionsgemeinschaft-sind-2019/> [Stand: 04.10. 2021].

Stauss, Konrad (2010): Die heilende Kraft der Vergebung. Die sieben Phasen spiritueller therapeutischer Vergebungs- und Versöhnungsarbeit (5. Aufl.). München: Kösel.

Streller-Holzner, Anna (1991): Umzug ins Altenwohnheim? Eine Orientierungshilfe: München/Basel: Ernst Reinhardt

Tesch-Römer, Clemens (2012): Einsamkeit. In: Wahl, Hans-Werner/Römer-Tesch, Clemens/Ziegelmann, Jochen Philipp (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer: S. 435-440.

Theunissen, Georg (2013): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit (3. Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Vitorino, Luciano Magalhães et al. (2016): Spiritual Religious Coping is Associated with Quality of Life in Institutionalized Older Adults. *Journal of Religion and Health* 55: S. 549-559.

Vitorino, Luciano Magalhães et al. (2018): The association between spirituality and religiousness and mental health. Springer: *Sci Rep*.

Weltgesundheitsorganisation (1946; Stand am 08.05.2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.

Weyel, Birgit (2008a): Religion. In: Horn, Friedrich Wilhelm/Nüssel, Friederike: Taschenlexikon Religion und Theologie. Band 3: O-Z. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: S.1003-1005.

Weyel, Birgit (2008b): Spiritualität. In: Horn, Friedrich Wilhelm/Nüffel, Friederike: Taschenlexikon Religion und Theologie. Band 3: O-Z. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: S.1111-1113.

Weyel, Birgit (2009): Aszetik: Spiritualität und Religiosität im Alter. In: Dressler, Bernd et al. (Hrsg.): Praktische Theologie des Alterns. Berlin: Walter de Gruyter: S. 597-617.

Wild, Barbara (2008): Humor als psychologisch-medizinisches Phänomen. Über psychologisch-neurologische Grundlagen und die Bedeutung für das individuelle Wohlbefinden. In: Effinger, Herbert (Hrsg.): Die Wahrheit zum Lachen bringen. Humor als Medium in der Sozialen Arbeit. Weinheim/München: Juventa: S. 77-85.

Wingenfeld, Klaus (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, Adelheid/Schaeffer, Doris (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber: S.370-381.

Zwingmann, Christian/Hodapp, Bastian (2018): Religiosität/Spiritualität und psychische Gesundheit: Zentrale Ergebnisse einer Metaanalyse über Studien aus dem deutschsprachigen Raum. In: Islam im interreligiösen Kontext von Spiritual Care (Spiritual Care: Band 7 - Heft 1). Stuttgart: Kohlhammer: S.69-80.

Anhang

Anhang 1: Ausgewählte Gesetzestexte und Ergänzungen³⁶

Prävention und Gesundheitsförderung

§20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ (→ Anhang?? Mit den Nummern!)

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung.
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

Vollstationäre Einrichtung: Inhalt der Leistung

§43 SGB XI

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf eine Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

§43b SGB XI

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von §84 Absatz 8 und §85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Betreuungskraft Richtlinien

(GKV-Spitzenverband 2016)

§1 Zielsetzung

Diese Richtlinien regeln die Aufgaben und Qualifikationen von zusätzlich in stationären Pflegeeinrichtungen einzusetzenden Betreuungskräften im Rahmen der §§ 43b, 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI, damit diese in enger Kooperation und fachlicher Absprache mit den Pflegekräften und den Pflegeteams die Betreuungs- und Lebensqualität

³⁶ Insofern nicht anders gekennzeichnet, aufrufbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de> (Bundesministerium der Justiz und für den Verbraucherschutz 2021).

von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen verbessern. Ihnen soll durch mehr Zuwendung, zusätzliche Betreuung und Aktivierung eine höhere Wertschätzung entgegen gebracht, mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden.

§2 Grundsätze der Arbeit und Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräften

(1) Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen die Pflegebedürftigen betreuen und aktivieren. Zusätzliche Betreuungskräfte sind keine Pflegekräfte. Als Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen kommen Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können.

(2) Die Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es, die Pflegebedürftigen zum Beispiel zu folgenden Alltagsaktivitäten zu motivieren und sie dabei zu betreuen und zu begleiten:

- Malen und Basteln,
- Handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten,
- Haustiere füttern und pflegen,
- Kochen und backen,
- Anfertigung von Erinnerungsalben oder -ordnern,
- Musik hören, musizieren, singen,
- Brett- und Kartenspiele,
- Spaziergänge und Ausflüge,
- Bewegungsübungen und Tanzen in der Gruppe,
- Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen,
- Gottesdiensten und Friedhöfen,
- Lesen und Vorlesen,
- Fotoalben anschauen.

Die Betreuungskräfte sollen den Pflegebedürftigen für Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen zur Verfügung stehen, ihnen durch ihre Anwesenheit Ängste nehmen sowie Sicherheit und Orientierung vermitteln. Betreuungs- und Aktivierungsangebote sollen sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Biographie, ggf. einschließlich ihres Migrationshintergrundes, dem Geschlecht sowie dem jeweiligen situativen Kontext orientieren.

(3) Zur Prävention einer drohenden oder einer bereits eingetretenen sozialen Isolation sind Gruppenaktivitäten für die Betreuung und Aktivierung das geeignete Instrument. Die persönliche Situation des Pflegebedürftigen, z. B. Bettlägerigkeit, und seine konkrete sozial-emotionale Bedürfnislage kann aber auch eine Einzelbetreuung erfordern.

Anhang 2: Versteckte Beispielsätze der spirituellen Ebene

Beispielsätze	Spirituelle Ebene
„Womit habe ich das verdient?“	Transzendenz
„Ob sich all die Mühe gelohnt hat?“	Sinn
„Nun seh ich den Enkel nicht mehr aufwachsen“	Beziehung
„Ob ich das (Sterben) schaffe?“	Alle drei Ebenen

(eigene Darstellung nach Gratz/Roser zit. n. Kittelberger 2016: 117)

Tabelle 1: Versteckte Beispielsätze der spirituellen Ebene

Anhang 3: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation/Aktbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfall
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutupatienten/Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Tabelle 2: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
(eigene Darstellung nach Leppin 2018: 48)

Anhang 4: Strukturmodell des Wohlbefindens

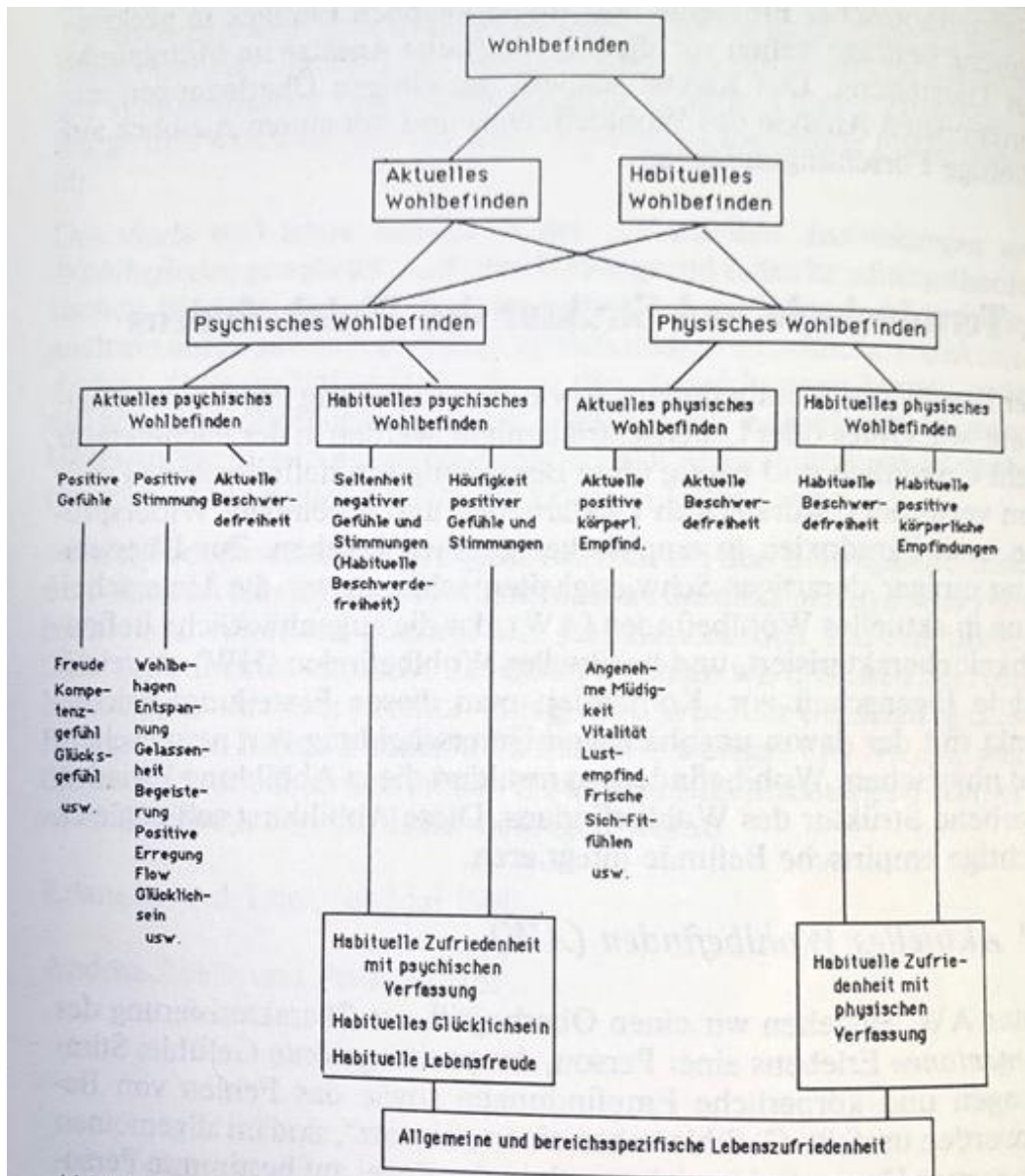


Abbildung 2: Strukturmodell des Wohlbefindens

(entnommen aus Becker 1994: 14)

Anhang 5: Phasen im Erwachsenenalter

Altersphasen	Lebensjahre
Spätes Erwachsenenalter	55-60
Ältere Menschen	61-75
Alte Menschen	76-85
Hochbetagte Menschen	Ab 86

Tabelle 3: Phasen im Erwachsenenalter

(eigene Darstellung nach Buchka 2012: 14)

Anhang 6: Mitglieder in der Kirche nach dem Alter

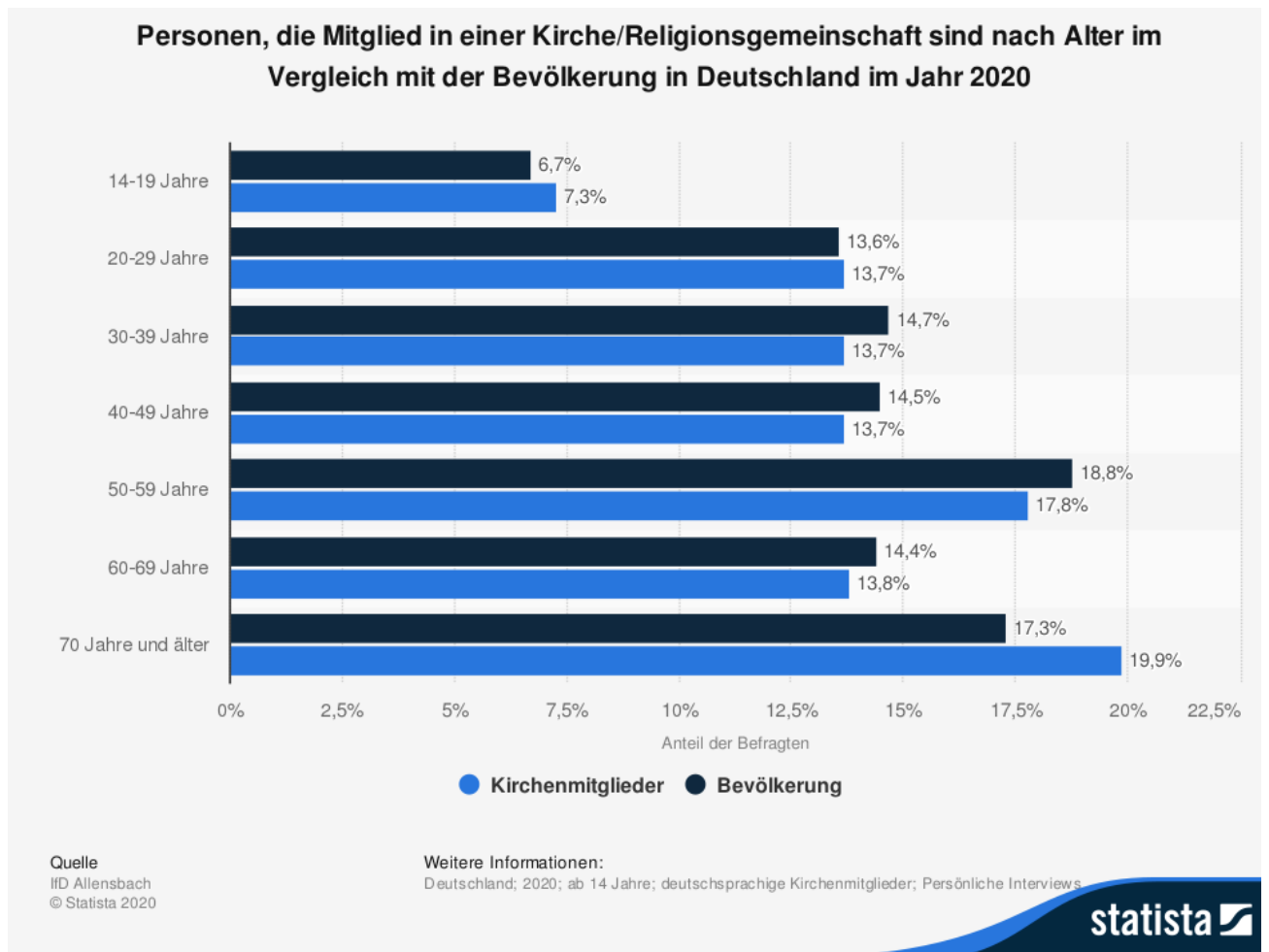


Abbildung 3: Personen, die Mitglied in einer Kirche/Religionsgemeinschaft sind nach Alter im Vergleich mit der Bevölkerung im Jahr 2020

(entnommen aus Statistisches Bundesamt 2020)

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 12.10.2021 _____
Alexandra Birsch