

Spiritualität und Gesundheit

Zeitschrift der Stiftung für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität

ISSN 2813-2955 Juni 2023 | Jahrgang 02 | Heft 01



Schwerpunktthema

Spiritual Care im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge

<i>Die betriebliche Logik im Spannungsfeld zur Sorgelogik</i>	G. Maio
<i>Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge - ist dies auflösbar?</i>	W. Widmer
<i>Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge - aus Sicht der Pflege</i>	C. v. Dach
<i>Spiritualität in der Pflege - Ressource auch für Pflegekräfte?</i>	A. Meussling-Sentpali

Impressum



Stiftung GRS
Gesundheit Religiosität Spiritualität

Die Zeitschrift „Spiritualität und Gesundheit“ wird von der Stiftung GRS für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität herausgegeben. Sie publiziert qualifizierte Beiträge aus dem interdisziplinären Forschungs- und Praxisfeld von Spiritual Care. Gerne nimmt die Zeitschrift solche Beiträge entgegen. Diese werden durch die Redaktion und den wissenschaftlichen Beirat begutachtet. Ein Peer Review Verfahren mit externen Reviewern ist nicht vorgesehen.

Herausgeber

Dr. med René Hefti; Dr. phil. Hans-Arved Willberg
Stiftung für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (GRS)

Weissensteinstrasse 30 | CH-4900 Langenthal
Fon +41 62 919 23 97 | E-Mail: info@stiftung-grs.ch

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Stefan Büchi, Universität Zürich, Schweiz
Prof. Dr. Jean-Marc Burgunder, Klinik Siloah, Schweiz
Prof. Dr. Stefan Huber, Universität Bern, Schweiz
Prof. Dr. Harold G. Koenig, Duke University, Durham/USA
Prof. Dr. Samuel Pfeifer, Evang. Hochschule Marburg, Deutschland

Erscheinungsmodus und Preise

Zwei Ausgaben jährlich. Abo-Preis 20 SFR / Euro. Gratis für Gönner der Stiftung GRS und Fördermitglieder des Netzwerks Christliche Lebensberatung (NCLB). Einzelpreis 12.50 SFR / Euro.

Stiftung für Gesundheit, Religiosität, Spiritualität

Die Stiftung GRS fördert interdisziplinäre Forschung auf dem Gebiet von Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (Spiritual Care), sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Psychotherapie, Sozialer Arbeit und Seelsorge im Grenzgebiet zwischen Gesundheitswissenschaften, Psychologie und Theologie. Um aktuelle Informationen und Forschungsergebnisse mit Gesundheitsfachpersonen und weiteren Interessierten zu teilen, hat die Stiftung dieses Publikationsorgan ins Leben gerufen.

Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit

Das Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) ist das aktive Organ der Stiftung GRS. Es setzt die interdisziplinären Forschungsprojekte in Kooperation mit Universitäten und akademischen Institutionen um und bringt die Erkenntnisse in Aus-, Weiter- und Fortbildung ein. Der Leiter des Forschungsinstitutes, Dr. med. René Hefti, ist Research Fellow und Dozent an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Klinik SGM in Langenthal. Das Forschungsinstitut FISG organisiert im Auftrag der Stiftung nationale und internationale Konferenzen. Diese dienen dem wissenschaftlichen Austausch und dem Aufbau eines internationalen Netzwerks.

Bildnachweise

Coverbild: Pexels lizenzfrei
Weitere Fotos lizenzfrei aus Pixabay.com und Pexels.com

Unterstützen Sie uns!

Forschung auf dem Gebiet von Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (Spiritual Care) findet bei staatlichen und wissenschaftlichen Organisationen bisher kaum Unterstützung. Gleiches gilt für Weiter- und Fortbildungsangebote für interessierte Gesundheitsfachpersonen. Deshalb sind wir auf **Ihre Unterstützung angewiesen**.

Konkrete Projekte und dringliche Bedürfnisse der Stiftung GRS finden Sie am Ende der Zeitschrift. Gerne geben wir Ihnen dazu auch persönlich Auskunft (Tel. +41 62 919 23 97).

Sie haben folgende Möglichkeiten

1. **Werden Sie Gönner** und unterstützen Sie die Arbeit der Stiftung mit einem jährlichen Gönnerbeitrag. Die Höhe des Beitrages bestimmen Sie selbst (minimal CHF 300). Alle Gönner erhalten die neue Zeitschrift, werden jährlich zu einem Gönneranlass eingeladen, bei dem sie Informationen zu aktuellen Themen und den laufenden Projekten erhalten.
2. Unterstützen Sie die Stiftung GRS mit einer allgemeinen oder **projektbezogenen Spende**. Aktuelle Projekte finden Sie am Ende dieser Zeitschrift oder auf unserer Webseite www.stiftung-grs.ch.
3. Berücksichtigen Sie uns **mit einem Legat**. Damit ermöglichen Sie nachfolgenden Generationen eine optimale und ganzheitliche Patientenbehandlung.

Die Stiftung GRS ist gemeinnützig und steuerbefreit, d.h. Gönnerbeiträge u. Spenden sind abzugsberechtigt.

Falls Sie weitere Fragen haben nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf. Wir sind gerne für Sie da:

Sekretariat Stiftung GRS

Weissensteinstrasse 30 | CH-4900 Langenthal
Fon +41 62 919 23 97 | E-Mail: info@stiftung-grs.ch
www.stiftung-grs.ch

Unsere Kontoangaben

IBAN: CH03 0079 0016 2641 5343 6

Wir forschen für die Gesundheit
„Körperliches, psychisches
und spirituelles Wohlergehen“
WHO-Definition von Gesundheit

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

Mit dieser dritten Ausgabe unserer Zeitschrift greifen wir das *Thema unserer Schweizerischen Tagung für Spiritual Care im Gesundheitswesen* auf, die am 30. März 2023 im Kantonsspital Aarau stattgefunden hat. Das Thema »Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge« hat höchste Aktualität. Die **Ökonomisierung** macht dem Gesundheitswesen und den Gesundheitsberufen massiv zu schaffen. Die »Betriebslogik dominiert die Sorgelogik«, so die Analyse von Prof. Giovanni Maio. Darunter leiden auch Spitaldirektoren, wie Anton Schmid, CEO des Kantonsspital Aarau. In einem eindrücklichen Referat machte er deutlich, dass das Finanzierungsmodell der Spitäler längerfristig so nicht funktionieren kann. **Pflegende** verlassen die Spitäler oder den Beruf, da sie sich mit der beruflichen Realität nicht mehr identifizieren können. Der Personalmangel selbst wird zu einem wirtschaftlich limitierenden Faktor.

Dr. Werner Widmer, langjähriger CEO verschiedener grosser Spitäler, sieht zwischen Ökonomie und Fürsorge **keine grundsätzliche Unvereinbarkeit**. Dafür zeigt er Beispiele auf, wie das Spital Neumünster, das er als CEO der Stiftung zuletzt geführt hat. Eine gute Patientenbetreuung (Care, kann sich positiv auf die Ökonomie auswirken.

Prof. Christoph von Dach, klinischer Pflegewissenschaftler an der Berner Fachhochschule und stellvertretender Pflegedienstleiter der Solothurner Spitäler, postuliert eine **personenzentrierte Pflege**, die »Caring Moments« ermöglicht und auch für die Pflegenden sinnstiftend ist. Dieser personenzentrierte Ansatz ist eine Annäherung an das Spiritual Care Modell, das zusätzlich die Spiritualität der Patienten in die Behandlung miteinschließt. Eine Ressource auch für Pflegende oder eine zusätzliche Belastung? Diese wichtige Frage beleuchtet Prof. Annette Meussling-Senpali in ihrem Beitrag, der nicht Bestandteil der Tagung war, sondern den sie uns auf Anfrage zusammengestellt hat (danke!).

Die **Tagungsbeiträge** können auf der Instituts-Webseite (www.fisg.ch/tagung/Beitraege-Tagung) eingesehen werden. Zudem findet sich im Newsteil der Zeitschrift eine Zusammenfassung der Tagung. Ebenfalls im Newsteil finden Sie weitere aktuelle Informationen zu Tagungen, Konferenzen und Buchprojekten. Ganz besonders möchte ich auf

Inhalt

Hauptbeiträge

Giovanni Maio
Die betriebliche Logik im Spannungsfeld zur Sorgelogik
Eine ethische Einordnung der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin 04

Werner Widmer
Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge - ist dies auflösbar? 07

Christoph von Dach
Spiritual Care im Spannungsfeld von Fürsorge und Ökonomie - aus Sicht der Pflege 11

Annette Meussling-Senpali
Spiritual Care in der Pflege - Ressource auch für Pflegekräfte oder zusätzliche Belastung? 16

News 23

*Tagung Spiritual Care im Spannungsfeld
Fachtagung Arbeitskreis Empirische Forschung
Buchreihe der Stiftung GRS bei der wbg
Wahlpflichtprojekt „Medizin und Spiritualität“
9. ECRSH-Tagung 2024 in Salzburg
Spirituelle Aspekte der Vereinsamung
Weiteres
Buchbesprechung*

unsere **nächste Europäische Konferenz** hinweisen. Diese findet im Mai 2024 in Salzburg statt. Das Konferenzthema ist »**Spiritual Care Interventions in Modern Health Care**«. Die Registrierung ist eröffnet. Profitieren Sie vom Frühbuchertarif: <https://ecrsh.eu/ecrsh-2024/registration>

Nun wünschen wir Ihnen viel Freude beim Lesen der dritten Ausgabe unserer Zeitschrift.

Herzlich

Dr. med. René Hefti
Präsident der Stiftung GRSGRS



Giovanni Maio

Die betriebliche Logik im Spannungsfeld zur Sorgelogik

Eine ethische Einordnung der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin

Abstract

Das Gesundheitssystem hat seine Priorität von der sozialen Verantwortung zur Gewinnmaximierung verschoben. Ärztliches Handeln, das sich dem anpasst und vom System dazu genötigt wird, verleugnet und verliert dadurch seinen ursprünglichen Sinn. Durch das Diktat der so genannten »Sachzwänge« wird den Ärztinnen und Ärzten suggeriert, diese fundamentale Werteververschiebung sei unabdingbar; scheinbar ungezwungen übernehmen sie je länger je mehr selbst die Scheinlogik des Primats der schwarzen Zahlen. Es ist an der Zeit, dass sich das Gesundheitswesen wieder auf eine Kultur des Sorgens besinnt.

Medizin als Wirtschaftsbetrieb

Die moderne Medizin ist politisch gewollt zu einem Wirtschaftsbetrieb geworden, mit der Konsequenz, dass die Krankenversorgung nach dem Vorbild industrieller Produktion erfolgt und der kranke Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen immer mehr aus dem Blickfeld verloren zu gehen droht. Die Tatsache, dass alle Krankenhäuser nur dann weiterexistieren dürfen, wenn Sie schwarze Zahlen schreiben, führt zu einem radikalen Identitätswandel der Medizin. Denn in einen solchen Verdrängungswettbewerb zueinander gestellt sind es nur die Erlöse, die am Ende über das Schicksal des Hauses entscheiden. Schwerwiegende Folge eines solchen Erlösdiktates ist es, dass die ursprüngliche und identitätsstiftende Orientierung der Heilberufe am Wohl des Patienten sukzessive zu einem Anliegen gemacht wird, auf das es gar nicht mehr primär ankommt. Innerhalb einer solchen betrieblichen Logik wird alles, was man tut, nicht mehr vorrangig von seiner konkreten Bedeutung für den Patienten her betrachtet, sondern immer mehr vor allem unter dem Gesichtspunkt der ökonomischen Rentabilität. Im Grunde findet gegenwärtig eine Kapitalisierung der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit statt mit dem impliziten Appell zur Übernahme einer ökonomischen Rentabilitätslogik, die einer sukzessiven Bedrohung des Sozialen gleichkommt. Wenn Ärztinnen und Ärzte für ihre Patienten da sein sollen und ihnen zugleich vom System beigebracht wird, gewinnwirtschaftlich zu denken, dann führt das unweigerlich zu Zielkonflikten, weil das Gewinnwirtschaftliche schlichtweg nicht deckungsgleich mit dem sozialen Anliegen ist. Es ist nun einmal ein Unterschied, ob man eine Handlung vornimmt, um einer Person zu helfen, oder ob man sie vornimmt, um damit eine positive Erlösbilanz zu erzielen. Es ist ein Unterschied, ob man Geld zur Verfügung gestellt bekommt, damit man es als Mittel verwenden kann, um hilfsbedürftige Menschen damit zu behandeln, oder ob man die Behandlung von Menschen als Mittel ansieht, um dadurch gute ökonomische Bilanzen zu erzielen. Diese stillschweigende Zweck-Mittel-Umkehr ist auch der Grund, weswegen die meisten Ärztinnen und Ärzte die Ökonomisierung zunehmend als eine Sinnentleerung ihres Tuns empfinden. Sie spüren, dass sie als deklarierte Mitunternehmer dazu angehalten werden, ihr Können und ihre Arbeitskraft für etwas einzusetzen, für das sie nicht angetreten waren.

Ganz subtil schleicht sich ein neues Denken ein, das die Behandlung von Patienten unter neuen Kategorien erscheinen lässt. Fortan wird nicht mehr allein der Bedarf des Patienten reflektiert, sondern dieser Bedarf wird immer in Abgleich gebracht mit dem Ressourcenverbrauch und der Rentabilität der Diagnose. Das ist die leise Form der Unterminierung rein ärztlicher Entscheidungskategorien durch betriebswirtschaftliches Denken. Vor allem dort, wo teure Diagnostiken und Therapien anstehen, hat der Unternehmer, also die Krankenhausleitung und die Kostenträger, ein besonderes Interesse daran, diese Ausgaben zu kontrollieren. Ziel dabei ist es, sie so zu managen, dass sie steuerbar erscheinen, um keinem Verlustrisiko aufzusitzen. Das Management hat also die Aufgabe, die Ausgaben und Einnahmen der Klinik vorherzusagen und zu kontrollieren. Durch dieses starke Bestreben, ärztliche Entscheidungen zu steuern, wird aber eine Bürokratie eingeführt, die eine ökonomisch-rationale Herrschaft erzeugt.

Keine andere Wahl?

Aus der Sicht der Organisation ist es vernünftig, hier zu steuern. Aber wenn diese Logik sehr wirkmächtig wird, dann gerät sie in ein Spannungsfeld mit der ärztlichen Logik. Die Ärztinnen und Ärzte haben die Aufgabe, für ihre Patienten und mit ihnen die bestmögliche Behandlung auszuwählen; ihnen geht es um das beste Resultat für den Patienten. Hierbei sind die Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich angehalten, jedwede Verschwendung zu vermeiden, also dort kostengünstiger zu behandeln, wo damit der gleiche Effekt erzielt wird wie mit aufwändigen und teuren Verfahren. Wenn aber das Einsparen dazu führt, dass die Versorgung des Patienten Einschnitte erfährt, dann bereitet so eine Entscheidung den Ärztinnen und Ärzten vom Prinzip her Bauchschmerzen; sie bekommen ein schlechtes Gewissen, weil sie sich als Ärztinnen und Ärzte primär als Verantwortliche für das Wohl ihrer Patienten verstehen möchten und nicht primär als Verantwortliche für die optimale Erlössituation des Spitals. In der gegenwärtigen Situation der Spitäler nimmt aber der Druck auf die Ärztinnen und Ärzte so zu, dass sie täglich spüren, ihrem eigentlichen Ziel, Anwalt des Patientenwohls zu sein, oft nicht mehr so gerecht werden zu können, wie es ihre grundsätzlich prosoziale Identität nahelegt. Häufig wird den Ärztinnen und Ärzten suggeriert,

keine andere Wahl zu haben. Sie müssen dafür sorgen, dass die Bilanzen stimmen, weil sie ansonsten um die Zukunft des Hauses bangen müssen. Und wenn den Ärztinnen und Ärzten dieses Szenario oft genug ausgemalt wird, dann beugen sie sich und handeln so, wie es die Rentabilitätslogik ihnen nahelegt.

Umprogrammiert durch das System

Das Präsenhalten der ökonomischen Zahlen wird sukzessive so selbstverständlich, dass die Ärztinnen und Ärzte es gar nicht merken, wie sie durch das System sukzessive innerlich umprogrammiert werden. Das ist vielleicht die folgenschwerste Veränderung durch die Ökonomisierung: Die Ärzte selbst verändern sich und machen Zug um Zug die eigentlich fremde Logik der Rentabilität zu ihrer eigenen. Ganz ohne äußere Verordnung übernehmen die Ärzte die betriebliche Gewinnmaximierungslogik und werden auf diese Weise innerlich gekapert. Das Gefährliche daran ist, dass die neue Wertehierarchie nicht einfach verordnet wird, sondern dass die Ärzte nur indirekt dazu gebracht werden, diese neue als Sachzwang ausgegebene Hierarchie so weit zu verinnerlichen, dass sie am Ende als eine freiwillige Übernahme in Erscheinung tritt.



Durch die Organisation der Krankenhäuser nach industriellen Gesichtspunkten erhalten die Ärztinnen und Ärzte Anreize, sich auf das Formale zu konzentrieren und die persönliche Betreuung ihrer Patienten und den zwischenmenschlichen Kontakt hintanzustellen. Die Beziehungsqualität wird stillschweigend zum supererogatorischen Luxus erklärt, auf den es nicht zentral ankommt, weil es in einem Betrieb vor allen Dingen um Reibungslosigkeit und Schnelligkeit geht.

Unübersehbar folgt die Ökonomisierung der Medizin einem mechanistischen Menschenbild, das als Modell für alle Abläufe fungiert. Daher werden alle Abläufe so vorgeplant, dass die Ärzte das Gefühl erhalten, ihre eigentliche Aufgabe bestünde darin, ihre Patienten so schnell wie möglich und vorzugsweise nach Schema F durch die Klinik zu schleusen. In einem System, in dem es vor allem um Effizienz gehen soll, kann die Beachtung der Individualität eines Menschen zur Bedrohung werden, weil sie den schnellen Fluss des standardisierenden Machens unterbricht und sozusagen den ganzen Betrieb nur aufhält.

Die unabdingbare ärztliche Qualität

Je mehr ein Arzt in die Patientengeschichte investiert und sich persönlich engagiert, sich auf den Patienten einlässt, desto mehr gilt gerade dieser Arzt als betriebswirtschaftlich unvernünftig. Ärzte werden heutzutage jederzeit zur Rechenschaft gezogen. Sie müssen Rechenschaft darüber ablegen, ob sie die vereinbarten Leistungsziele erreicht haben und die Erlöse stimmen, aber nicht darüber, ob sie sich auf ihre Patienten wirklich eingelassen haben, ob ihre Patienten gut versorgt worden sind und man ihnen auch wirklich geholfen hat. So kann es vorkommen, dass ein Arzt, der sich den Patienten ganz widmet und sie zufrieden nach Hause entlassen kann, strukturell dennoch sanktioniert wird, weil er die ökonomischen Leistungszahlen nicht vorweisen kann.

Zu wenig wird berücksichtigt, dass das qualifizierte Handeln der Ärztinnen und Ärzte eben nicht allein in der Anwendung von Regeln und Handlungsanleitungen besteht, sondern vielmehr in dem Bemühen, eine situationspezifische, kontextgebundene und an der Lebenswelt des Patienten orientierte Antwort auf den Kranken zu finden, eine singuläre Antwort, die erst in der Begegnung mit ihm generiert wird. Es geht hier also nicht nur um die Qualität der Prozesse, nicht nur um das Messbare, sondern letzten Endes um die Qualität des Zuhörens, des In-Beziehung-Tretens, des Sich-einlassen-Könnens, die Qualität der Begegnung mit dem kranken Menschen als Menschen. Die Ökonomisierung führt zu einer Abwertung dieser nicht messbaren, aber unabdingbar notwendigen Qualitäten, die nicht zuletzt ärztliche Erfahrung erfordern. Ein funktionaler und zweckrationaler Zugang zum Patienten ist nur ein unzureichender Ersatz für Anerkennung, Sorge, Anteilnahme – für einen Zugang, durch den der existentiellen Erfahrung der Hilfsbedürftigkeit angemessen Ausdruck verliehen werden muss.

Ärztlich tätig zu sein heißt, sich einem gemeinwohlorientierten Ziel zu verschreiben und eben nicht nur privatwirtschaftlichen Interessen nachzugeben. Gemeinwohlverpflichtung heißt nicht zuletzt, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre vom Staat finanzierte Ausbildung nicht dazu missbrauchen dürften, sie in den Dienst der Gewinnmaximierung zu stellen, weil das eine Zweckentfremdung wäre. Daher müssen Ärztinnen und Ärzte umso deutlicher markieren, dass sie als Vertreter öffentlicher Interessen nur dort und nur so arbeiten werden, wie es der Gemeinwohlorientierung ihres Berufs auch gerecht wird. Und es ist Aufgabe einer weitsichtigen Gesundheitspolitik, diese Gemeinwohlorientiertheit der Medizin strukturell zu sichern.

Eine neue Kultur des Sorgens fördern

Der kranke Mensch erhofft sich, als Mensch Beachtung zu finden in der Medizin. Daher ist der Kontakt der Ärztin, des Arztes zum Patienten und das Gespräch mit ihm gerade kein betriebswirtschaftlicher Luxus, sondern der Kern ärztlicher Tätigkeit. Denn nur das Gespräch ermöglicht am Ende eine Entscheidung darüber, was gut für den Patienten ist, und nur das Gespräch kann den Weg für das weitere Vorgehen bahnen.

Es muss nach Möglichkeiten gesucht werden, wie dieses Gespräch und die psychosoziale Betreuung des Patien-

ten wieder gestärkt und aufgewertet werden kann, damit Ärztinnen und Ärzte, die sich persönlich engagieren, nicht sanktioniert werden, sondern Wertschätzung erfahren. Gerade weil Patienten verletzte, angewiesene Menschen sind, darf die Beziehung zu ihnen nicht einer Herrschaft des bloßen Formalismus und der betrieblichen Unpersönlichkeit geopfert werden. Stattdessen muss eine neue Kultur der Sorge gefördert werden, durch die es den Ärztinnen, Ärzten und allen anderen Heilberufen ermöglicht wird, in der Verbindung von professionellem Können und gelebter Mitmenschlichkeit den Patienten eine sorgende Hilfestellung zu geben und sie auf diese Weise in den Mittelpunkt zu stellen. Daher muss allen Beteiligten wieder bewusst werden, dass ohne die Ermöglichung von Zuwendung und Zwischenmenschlichkeit auch das wirtschaftlich erfolgreichste Spital seinem genuin sozialen Auftrag nicht gerecht werden kann.

Der Autor

Prof. Dr. med. Giovanni Maio leitet das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.B., wo er seit 2005 Bioethik und Medizinethik lehrt. Er ist Direktoriumsmitglied des Interdisziplinären Ethik-Zentrums Freiburg und Mitglied des Ausschusses für ethische und juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer.

Literaturhinweis

Giovanni Maio

Werte für die Medizin

Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen

Kösel: München, 2018

207 Seiten, 20,00 €

IDBN 978-3-466-34688

Auch als E-Book erhältlich



Was Sklavenärzte und freie Ärzte unterscheidet

Platonische Grundsatzüberlegungen zum Wesen der Heilkunst

Was Platon im 4. Jahrhundert v.Chr. zu den beiden Grundmodellen des Arztberufs geschrieben hat, die es damals gab, liest sich fast wie ein Kommentar zu Giovanni Maios Plädoyer, vice versa. Der weite historische Abstand erlaubt es uns, Platons Ausführungen mit einem Schmunzeln zu lesen. Ach ja, wir sind ja heute so viel weiter. Und sogar die Sklaverei ist längst schon abgeschafft. Oder doch noch nicht so ganz?

„Nun kannst du doch folgendes beobachten: da die Kranken in den Städten teils Sklaven, teils Freie sind, so werden die Sklaven in der Regel zu- meist von Sklaven behandelt, die ihre Rundgänge machen oder sie in den Arztstuben erwarten; und kein einziger von solchen Ärzten pflegt auch nur irgendeine Begründung für die jeweilige Krankheit eines Sklaven zu geben oder sich geben zu lassen, sondern er verordnet ihm das, was ihm aufgrund seiner Erfahrung gut scheint, als wüßte er genau Bescheid, eigenmächtig wie ein Tyrann; dann springt er auf und begibt sich zu einem andern erkrankten Sklaven und erleichtert so seinem Herrn die Sorge für die Kranken. Der freie Arzt dagegen behandelt meistens die Krankheiten der Freien und beobachtet sie; und indem er sie von ihrem Entstehen an und ihrem Wesen nach erforscht, wobei er sich mit dem Kranken selbst und mit dessen Freunden bespricht, lernt er teils selbst manches von den Kranken, teils belehrt er auch, soweit er es vermag, den Patienten selbst und verordnet ihm nicht eher etwas, bis er ihn irgendwie davon überzeugt hat.“

Platon, Gesetze IV, 720 C-D

„Unser Vergleich [das meint den Text oben] war nicht übel, als wir alle diejenigen, denen heutzutage Gesetze gegeben werden, mit Sklaven verglichen, die von Sklaven ärztlich behandelt werden. Denn darüber muß man sich völlig im klaren sein: wenn einmal einer der Ärzte, welche die Heilkunst rein empirisch ohne theoretische Grundlage betreiben, auf einen freien Arzt träfe, der sich mit einem freien Kranken unterhält und sich dabei beinahe philosophischer Argumente bedient und die Krankheit bei der Wurzel packt, indem er auf die allgemeine Natur des Körpers zurückgeht, so würde jener gleich in lautes Gelächter ausbrechen und keine anderen Reden vorbringen als die, welche in diesem Fall die meisten der sogenannten Ärzte schnell bei der Hand haben; er würde nämlich sagen: ‚Du Tor, du behandelst ja nicht den Kranken, sondern belehrst ihn geradezu, als müßte er ein Arzt, nicht aber gesund werden!‘“

Platon, Gesetze IX, 857 C

Werner Widmer

Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge - ist dies auflösbar?

Leicht bearbeiteter Vortrag der 4. Schweizerischen Tagung für Spiritual Care im Gesundheitswesen im Kantnospital Aarau 30. März 2023

Abstract

Die Finanzierungspolitik des Gesundheitssystems verlangt von den Einrichtungen Einsparungen und Rationalisierungen, die sich nur schwer produktiv umsetzen lassen. Eine Schlüsselforderung der Finanzierung in Krankenhäusern sind die Bettenbelegungen. Der Beitrag zeigt am Beispiel einer Schweizer Klinik, dass es sich in dieser Hinsicht ökonomisch lohnen kann, den Praxisschwerpunkt auf die Qualität personenzentrierter Zuwendung und Mitarbeiterzufriedenheit statt auf die Quantität der Fälle zu setzen.

Einleitung

Ich beginne mit einer Zusammenfassung, damit Sie wissen, was auf Sie zukommt. Mein Beitrag hat zwei Teile, einen theoretischen und ein Beispiel aus der Praxis. Bei der Theorie geht es um den Umgang mit knappen Ressourcen:

1. THEORIE: Der Umgang mit knappen Ressourcen

«Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge» beschreibt die Tatsache, dass der gleiche Franken nicht gleichzeitig für Fürsorge und für etwas anderes verwendet werden kann. Die Zuteilung der knappen öffentlichen Mittel ist Aufgabe der Politik. Sie hat aber ein Problem: Die Kosten des Gesundheitswesens wachsen seit Jahrzehnten stärker als das Einkommen der Bevölkerung. Deshalb sollte es dem Gesundheitswesen, volkswirtschaftlich gesehen, finanziell eigentlich gut gehen. Im Spitalalltag hat man nicht diesen Eindruck. Was läuft hier schief?

Im Umgang mit knappen Mitteln kennt die Ökonomie zwei Kriterien: Erstens geht es um die Effektivität: Tun wir das Richtige? Das zweite ökonomische Kriterium im Umgang mit knappen Ressourcen ist die Effizienz: Tun wir das, was wir tun, richtig?

2. PRAXISBEISPIEL: Wie Fürsorge und ökonomischer Erfolg im Gleichklang sein können.

In der Schweiz sagt das Krankenversicherungsgesetz: Spitäler müssen einen «Gewinn» erzielen. Den wenigsten gelingt das. Es gibt aber erfolgreiche Ausnahmen. Ich erzähle von einem Spital, das keinen Aufwand scheut, Fürsorge als Merkmal seiner Betriebskultur zu fördern, und gerade deshalb seit Jahren auch ökonomisch erfolgreich ist.

1. THEORIE: Der Umgang mit knappen Ressourcen

«Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge» beschreibt die Tatsache, dass der gleiche Franken nicht gleichzeitig für Fürsorge und für etwas anderes verwendet werden kann.



Fürsorge braucht Ressourcen. Die wichtigste Ressource der Fürsorge ist die Arbeitszeit der Fürsorgenden. Die Arbeitszeit kostet. Das Geld steht bekanntlich nicht unbegrenzt zur Verfügung, und da auch andere Zwecke als die Fürsorge auf Ressourcen angewiesen sind, die etwas kosten, steht die Fürsorge in Konkurrenz zu anderen gesellschaftlichen Anliegen wie z.B. Bildung, Verkehr, Klimaschutz. Wenn also die Fürsorge unter knappen Mitteln leidet, steht sie in einem Spannungsfeld zu anderen Zwecken, welche die gleichen Mittel, z.B. Steuergelder, ebenfalls beanspruchen. Ebenso stehen die Spitäler, wenn sie unter knappen Mitteln leiden, in einem Spannungsfeld zu anderen Zwecken, welche ebenfalls mit Krankenkassenprämien finanziert werden, z.B. Spitex, Prävention, Hausärzte. Dieses Spannungsfeld erzeugt einen ökonomischen Druck. Ich würde dazu aber nicht «Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge» sagen. Ökonomie ist eine Disziplin, wie Jurisprudenz oder Theologie, keine Konkurrenz zur Fürsorge.

Die Zuteilung der knappen öffentlichen Mittel ist Aufgabe der Politik

Die Zuteilung des für gesellschaftliche Zwecke zur Verfügung stehenden Geldes (aus Steuern, Krankenkassenprämien) auf verschiedene gesellschaftliche Zwecke (Fürsorge, Bildung, Straßenbau etc.) ist eine ökonomische Aufgabe der Politik. In der politischen Praxis wird für einzelne Interessen stärker lobbyiert als für andere und die Mittelverteilung hängt auch von den Machtverhältnissen ab.

Sie hat aber ein Problem: Die Kosten des Gesundheitswesens wachsen seit Jahrzehnten stärker als das Einkommen der Bevölkerung

Das Gesundheitswesen beansprucht von Jahr zu Jahr mehr Geld. Die Politik versucht, das Kostenwachstum zu bremsen. Und deshalb hören wir:

«Was wir heute dringend brauchen, ist eine konzertierte Aktion gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen.» Das sagte vor 40 Jahren Bundesrat Hans Hürlimann. Seither sind die Kosten des Gesundheitswesens durchschnittlich um 4.4 Prozent pro Jahr gestiegen, während das Bruttoinlandprodukt nur auf durchschnittlich 3.0 Prozent Wachstum kam. Es gelang der Politik nicht, Reformen umzusetzen, die das Kostenwachstum genügend bremsen. Wir sprechen von einem Reformstau.

Deshalb geht es dem Gesundheitswesen, volkswirtschaftlich gesehen, finanziell eigentlich gut

1982 betrugen die Kosten des Gesundheitswesens 16 Mrd. Franken, ihr Anteil am damaligen Bruttoinlandprodukt lag bei 7%. Heute kostet das Gesundheitswesen 83 Mrd. Franken, 12% des Bruttoinlandprodukts. Für keine andere gesellschaftliche Aufgabe sind die Kosten in den letzten Jahrzehnten so stark angestiegen wie für das Gesundheitswesen.

Das Gesundheitswesen ist unterdessen zur größten Branche der Schweizer Wirtschaft geworden. Mit 12% des Bruttoinlandprodukts steht es deutlich vor der Pharma- und chemischen Industrie mit 7% oder den Banken mit 5%.

- ▶ In den Pflegeheimen und Spitälern gibt es mehr Übernachtungen als in der gesamten Hotellerie.
- ▶ Jede neunte Person in der Schweiz lebt von einem Einkommen aus dem Gesundheitswesen.
- ▶ Die Bevölkerung bezahlt einen langsam aber stetig wachsenden Teil ihres Einkommens für das Gesundheitswesen.

Und weil es der Politik bisher nicht gelungen ist, das Wachstum der Gesundheitskosten auf das Wachstum des Einkommens der Bevölkerung zu reduzieren, kommen regelmäßig neue - oder auch aufgewärmte alte - Vorschläge auf die politische Traktandenliste: Senkung der Medikamentenpreise, Globalbudget, Kostenbremse, schärfere Kontrolle der Spitäler durch die Krankenkassen etc.

Weil politische Maßnahmen zur Kostensenkung nur beschränkt Erfolg hatten, könnte man meinen, dass es dem Gesundheitswesen finanziell vergleichsweise gut gehe.

Das ist die volkswirtschaftliche Sicht, die Makro-Ebene. Ganz anders sieht es auf der Mikro-Ebene, im Alltag der Fürsorgenden aus:

Im Spitalalltag hat man nicht diesen Eindruck

In der Einladung zur 4. Schweizerischen Tagung für Spiritual Care im Gesundheitswesen heisst es, «Zeitdruck, Effizienzsteigerung und Versorgungsengpässe prägen die

aktuelle Situation. Wo bleibt Raum für Fürsorge, Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und Begegnung?»

Warum kommen Fürsorge, Patientenbedürfnisse und Begegnungen zu kurz, obwohl das Gesundheitswesen immer mehr Ressourcen verschlingt?

Dieser Frage will ich jetzt konkret in Bezug auf die Spitäler nachgehen. Auch für die Spitäler gilt aus volkswirtschaftlicher Sicht, dass sie noch nie so viel Geld zur Verfügung hatten wie heute. Noch nie arbeiteten so viele Ärzte und so viel Pflegende wie heute in den Schweizer Spitälern. Trotzdem hören wir von Fachkräftemangel, überforderten Mitarbeitenden, Berufsaussteigern. Dazu kommt, dass die meisten Spitäler finanziell nicht gut dastehen. Warum ist die Situation so unerfreulich?

Was läuft hier schief?

Wird die von Jahr zu Jahr steigende Summe - heute verschlingen die Spitäler mehr als 31 Milliarden Franken - nicht optimal verwendet, falsch eingesetzt? Wird zu viel für Bürokratie, Dokumentation, Absicherung oder für IT ausgegeben, ohne die Arbeit zu erleichtern, ohne die Qualität aus Patientensicht zu verbessern?

Der Umgang mit knappen Mitteln ist ein Thema der Ökonomie

Die Ökonomie kennt zwei wesentliche Kriterien für den Umgang mit knappen Ressourcen: Effektivität und Effizienz.

Effektivität: Tun wir das Richtige?

»Ich vermute, dass in vielen Fällen die Umsorgten nicht das gleiche Verständnis von Gesundheit haben wie die Fürsorgenden, weil die Health Professionals und die Patienten zu wenig miteinander über ihre ungleichen Zielvorstellungen sprechen. Wenn wir als Fürsorgende zu wissen meinen, was die Umsorgten nötig haben, laufen wir Gefahr, ihnen etwas zu bieten, das sie gar nicht wollen.«

Zuerst die Frage nach der *Effektivität*: Tun wir - im Hinblick auf ein gewähltes Ziel - das Richtige? Diese Frage lässt sich nur beantworten, wenn das Ziel bekannt ist. Das Ziel, der Zweck des Gesundheitswesens, sollte doch Gesundheit sein, aber was ist überhaupt Gesundheit?

➔ *Die Gesundheitsdefinition der WHO ist eine Vision, als Ziel des Gesundheitswesens aber ungeeignet.*

Sie kennen die Gesundheitsdefinition der WHO von 1946: «Gesundheit ist das vollkommene physische, mentale und soziale Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.»

Das war eine Vision, kurz nach dem zweiten Weltkrieg, die Welt stand vor einem Neuanfang. Nach dieser Definition sind wir aber kaum je gesund. Und mit Blick auf diesen unerreichbaren Zustand des vollkommenen Wohlbefindens kann eigentlich nie genug Geld für das Gesundheitswesen ausgegeben werden. Als Ziel für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik taugt die WHO-Gesundheitsdefinition nicht, sie führt eher in eine Sackgasse.

Ich vermute, dass in vielen Fällen die Umsorgten nicht das gleiche Verständnis von Gesundheit haben wie die Fürsorgenden, weil die Health Professionals und die Patienten zu wenig miteinander über ihre ungleichen Zielvorstellungen sprechen. Wenn wir als Fürsorgende zu wissen meinen, was die Umsorgten nötig haben, laufen wir Gefahr, ihnen etwas zu bieten, das sie gar nicht wollen.

Und tatsächlich kommt ein realistischeres Gesundheitsverständnis zum Vorschein, wenn man die Bevölkerung nach ihrem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand fragt und ihre Antwort mit ihrem objektiven Krankheitszustand vergleicht.

In jeder Altersgruppe bezeichnet eine Mehrheit ihren selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Bei 15-24-Jährigen sind das 95 Prozent, bei den 75 und mehr Jahre alten Personen immer noch 67 Prozent. In jeder Altersgruppe gibt es aber auch Menschen mit mindestens einer *chronischen* Krankheit, z.B. Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Seh- oder Hörbehinderung, Herz- Kreislafbeschwerden, psychische Leiden. Bei den 15-24-Jährigen sind das 17 Prozent, bei den 75 und mehr Jahre alten Menschen 50 Prozent. In jeder Altersgruppe ergibt die Summe der beiden Prozentzahlen (guter Gesundheitszustand bzw. chronische Krankheit) mehr als 100 Prozent. Das heisst, es gibt in jeder Altersgruppe Menschen, die sich trotz einer chronischen Krankheit als gesund bezeichnen. Für sie setzt Gesundheit also nicht die Abwesenheit von Krankheit voraus (wie in der WHO-Definition). Ein guter Umgang mit Krankheit ist für sie offensichtlich auch eine Form von Gesundheit.

➔ *Meikirch-Modell: Gesund ist ein Mensch, wenn er den wechselnden Anforderungen des Lebens genügen kann.*

Wenn ich sage, das Ziel des Gesundheitswesens sei die Gesundheit, verstehe ich Gesundheit deshalb gemäß dem sogenannten Meikirch-Modell von Johannes Bircher, einem emeritierten Schweizer Medizinprofessor:

«Gesund ist ein Mensch, wenn er den wechselnden Anforderungen des Lebens genügen kann. Zu diesem Zweck verfügt jede Person über ein biologisch gegebenes und ein persönlich erworbenes Potenzial. Beide Potenziale sind mit der sozialen und natürlichen Umwelt eng verbunden. Daraus resultiert ein komplexes adaptives System. Dieses ermöglicht dem Individuum, eine persönliche Identität zu entfalten und sie bis zum Ende des Lebens weiter zu entwickeln.»

Gesundheit ist hier nicht das Gegenteil von Krankheit. Gesundheit wird als labiles Gleichgewicht verstanden – zwischen den Anforderungen des Lebens und den eigenen

Ressourcen, bzw. den Ressourcen, die uns aus der sozialen und natürlichen Umwelt zukommen.

Ich denke, Fürsorge macht bei diesem Gesundheitsverständnis mehr Sinn als bei der WHO-Definition. Fürsorge ist eine Hilfe, mit den Anforderungen des Lebens, zu denen eben auch Krankheit gehören kann, zurechtzukommen. Fürsorge ist nicht das Rezept zum vollständigen Wohlbefinden.



Soviel zur Frage nach der Effektivität. Bei der Verwendung knapper Ressourcen sollten wir uns also einig sein, welches Ziel wir verfolgen, welches Verständnis von Gesundheit unserer Arbeit im Spital zugrunde liegen soll, und uns dann fragen: «Führt das, was wir machen, in diese gewünschte Richtung?».

Effizienz: Tun wir das, was wir tun, richtig?

Nun zum zweiten ökonomischen Kriterium im Umgang mit knappen Ressourcen, zur Frage nach der Effizienz: Tun wir das, was wir tun, richtig? Setzen wir die richtigen Ressourcen ein, sind die Mitarbeitenden für den konkreten Einsatz geeignet? Arbeiten die geeigneten Mitarbeitenden gut zusammen, oder gibt es unnötige Reibungsverluste oder Doppelspurigkeiten?

In den letzten 100 Jahren wurden die Berufe im Gesundheitswesen enorm spezialisiert. Umso wichtiger ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit. Dummerweise ist «interprofessionelle Zusammenarbeit» in all unseren spezialisierten Berufsausbildungen und Studiengängen kaum ein Thema. Die Mitarbeitenden werden weitgehend so ausgebildet, als ob das Spital eine Summe von Einzelsportarten wäre, dabei entspricht das Spital vielmehr einer Mannschaftssportart. Ich habe den Eindruck, dass die einzige Person im Spital, welche die Tätigkeiten der verschiedensten Berufsgruppen integrieren muss, oft die Patientin ist.

Effektivität und Effizienz sind ökonomische Kriterien. Sie können uns helfen, mit knappen Ressourcen umzugehen, zielgerichtet und haushälterisch. Sie können uns helfen, Prioritäten zu setzen. Und sie zeigen uns, was von dem, das wir bisher getan haben, weggelassen werden

»Ein guter Umgang mit Krankheit ist offensichtlich auch eine Form von Gesundheit.«

könnte, weil es nicht zum Ziel führt oder weil es kostenünstigere Alternativen gibt.

Das mag jetzt alles ziemlich theoretisch geklungen haben. Aber es war mir wichtig, zu erläutern, dass für mich Ökonomie kein Gegenpol zur Fürsorge ist, sondern im Gegenteil sogar anregen kann, die Fürsorge inhaltlich präziser auszurichten und in einer Welt der knappen Mittel besser umzusetzen.

2. PRAXISBEISPIEL: Fürsorge und ökonomischer Erfolg im Gleichklang

Im zweiten Teil meines Referats möchte ich jetzt, ausgehend von den finanziellen Rahmenbedingungen der Spitäler, anhand eines praktischen Beispiels zeigen, wie sich Fürsorge und ökonomischer Erfolg gegenseitig stärken können.

Ich beginne mit den finanziellen Rahmenbedingungen der Spitäler.

Spitäler müssen einen «Gewinn» erzielen

Seit 2012 werden die Spitäler für die Behandlung von stationären Patienten pro Fall/pro Aufenthalt bezahlt. Bei allgemein versicherten Patienten erhält das Spital im Durchschnitt knapp 10'000 Franken pro Patienten, für die aufwendigeren Fälle mehr, für die weniger aufwendigen Fälle weniger. In den allermeisten Spitälern reichen diese 10'000 Franken nicht, um die Personal- und Sachkosten zu decken. Man kann die zu tiefen Tarife beklagen, aber das löst das Problem nicht. Zum Glück gibt es noch die Zusatzversicherten Patienten (privat/halbprivat). Ihre private Versicherung zahlt zusätzlich zur obligatorischen Krankenkasse noch einige 1000 Franken pro Aufenthalt dazu. Mit dem Gewinn aus der Behandlung der Zusatzversicherten Patienten finanzieren die Spitäler das Defizit bei den allgemein versicherten Patienten. Hoffentlich bleibt dann aber noch etwas mehr übrig: Denn pro Patienten (allgemein und privat) sollte das durchschnittliche Spital mindestens 1000 Franken für die langfristige Erneuerung der baulichen Substanz und der grossen medizintechnischen Geräte behalten können. Das ist der Unterschied zur Spitalfinanzierung in Deutschland. Dort sind die Fallpauschalen viel tiefer und die Spitäler müssen damit nicht auch noch die Investitionen finanzieren. In der Schweiz müssen die Spitäler einen «Gewinn», korrekt gesagt: einen EBITDA, von durchschnittlich 1000 Franken pro stationärem Patienten erzielen, um langfristig überleben zu können.

Den wenigsten gelingt das

Das Problem ist, dass es den allermeisten Spitälern - auch mit Berücksichtigung der Privatpatienten - nicht gelingt, im stationären Bereich einen Überschuss von 1000 Franken pro Patienten oder 10 Prozent des Ertrags zu erzielen. Ihr Personal- und Sachaufwand ist größer als 90 Prozent des Ertrags. Es fehlen ihnen die 1000 Franken pro stationären Patienten für die langfristige Erneuerung der baulichen und apparativen Infrastruktur. M.a.W.: Sie leben von der Substanz und werden diese aus eigener

Kraft nicht erneuern können. Diese Spitäler werden nicht nachhaltig betrieben.

Will die Spitalleitung dann versuchen, einen EBITDA von 10 Prozent zu erreichen, gibt es zwei Wege: den Aufwand zu reduzieren und/oder den Ertrag zu steigern:

Den Aufwand zu reduzieren, ohne gleichzeitig den Ertrag zu mindern, also die Effizienz zu steigern, heisst z.B.,

- ▶ das wegzulassen, was dem gemeinsamen Gesundheitsverständnis nicht entspricht,
- ▶ nach kostengünstigeren Alternativen zu suchen, das Gleiche zu erreichen,
- ▶ zu prüfen, ob wir die richtigen Ressourcen einsetzen,
- ▶ zu prüfen, ob die Mitarbeitenden für ihre Aufgaben geeignet sind,
- ▶ und vor allem, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.

Zwei Drittel des Aufwandes eines Spitals ist Personalaufwand, nur ein Drittel ist Sachaufwand. Eine genügende Effizienzsteigerung nur durch eine Reduktion des Sachaufwandes ist selten möglich. Deshalb würde eine Aufwandreduktion oft einen Abbau von (unnötigen) Stellen bedeuten. Das ist eine Möglichkeit, aber davor scheuen sich die meisten Spitalleitungen. Sie versuchen lieber, den Ertrag zu steigern.

Problematisch ist es, wenn die Patientenzahl gesteigert wird, indem z.B. die Spitalleitung die Chirurgen anweist, die Indikation zur Operation zu lockern. Korrekt ist es, wenn es dem Spital gelingt, dass es von den Patienten, die wählen können, anderen Spitälern vorgezogen wird. Das ist der vom Krankenversicherungsgesetz angestrebte Wettbewerb: Die aus der Sicht der Patienten und/oder ihrer zuweisenden Hausärzte besseren Spitäler sollen mehr Patienten erhalten und ihren Ertrag so steigern können.

Es gibt aber erfolgreiche Ausnahmen

Vor drei Jahren habe ich ein Buch geschrieben mit dem Titel «Die Kunst der Spitalführung». Darin kommen eine Spitaldirektorin und drei Spitaldirektoren zu Wort, die alle schon mehr als zehn Jahre ihr Spital leiteten, das zumindest im Jahr 2019, in zwei Fällen schon seit mehreren Jahren, den erforderlichen «Gewinn» (EBITDA) von 10 Prozent erzielt hat. Interessant ist das Detail, dass drei von ihnen regelmässig selber Patienten besuchen, was auch eine Form von Fürsorge ist, und allen Mitarbeitenden zeigt, dass das Spital sich an den Patienten orientieren muss. Das machen die wenigsten Spitaldirektoren. Die vier Spitäler waren das Kantonsspital Chur, das Kantonsspital Winterthur, das Kantonsspital Stans und das Spital Zollikerberg, von dem ich im Folgenden erzähle.

Fürsorge als Merkmal der Betriebskultur

2011 kritisierte der Chefarzt Innere Medizin des Spitals Zollikerberg, die Trägerschaft des Spitals, die Stiftung Diakoniewerk Neumünster, würde zu sehr aufs Geld schauen, m.a.W.: die Fürsorge käme zu kurz. Also beschlossen wir, die Fürsorge zu stärken, und zwar die Fürsorge, wie sie aus der Sicht der Patientinnen und Patienten sein sollte. Um das herauszufinden, beauftragten wir eine externe Psychologin, Patientinnen zu interviewen,

die auch schon Erfahrungen in anderen Spitälern gemacht hatten. Sie fragte ein Dutzend solcher Patienten: «Was schätzen Sie hier in diesem Spital besonders?», und ließ sie einfach erzählen, nahm ihre Aussagen auf und transkribierte sie anschliessend zuhause. Das ergab 200 A4-Seiten. Ich bat sie, diese in einem Satz zusammenzufassen. Einige Tage später kam die Psychologin und brachte die extrem verdichtete Zusammenfassung ihrer Gespräche mit den Patientinnen: «Man fühlt sich wohl und ist in guten Händen».

➔ *Ein für alle Mitarbeitenden obligatorischer, Hierarchiestufen- und Berufsgruppen verbindender Workshop*

Jetzt fragten wir uns, was wir machen könnten, damit als Resultat unserer Arbeit dieser Eindruck bei den Patientinnen weiterhin entstehen oder noch verstärkt würde. In einer zwölköpfigen Gruppe mit Mitarbeitenden von fast allen Hierarchiestufen und aus unterschiedlichsten Berufen kamen wir über Brainstorming und Diskussion zum Ergebnis, dass wir in unserer Betriebskultur folgende fünf Werte stärken sollten:

- ▶ Wertschätzung,
- ▶ Partnerschaftlichkeit,
- ▶ Verbindlichkeit,
- ▶ Transparenz und
- ▶ das Ganze sehen.

Wir dachten, dass eine von diesen Werten geprägte Haltung zu einem Verhalten gegenüber und mit den Patienten führt, das diese positiv erleben.

In der zwölköpfigen Gruppe entwickelten wir einen zweitägigen Workshop, der dann 2013 etwa sechszigmal mit je 20 Mitarbeitenden durchgeführt wurde. Die Teilnahme war für alle 1200 Mitarbeitenden obligatorisch. Der Workshop hiess «Give me 5».

Die jeweils 20 Teilnehmenden wurde so zusammengesetzt, dass unterschiedlichste Hierarchiestufen und verschiedenste Berufe vertreten waren. Und so kam es, dass sich seit dem gemeinsamen Workshop z.B. ein Chefarzt und eine Reinigungskraft auf der Station duzen.

➔ *Zwei Millionen als Investition in eine fürsorgliche Betriebskultur*

Der Workshop hat sich positiv auf die Patientenorientierung und auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Spitalalltag ausgewirkt.

Wenn man auch die Arbeitszeit mitrechnet, welche die Mitarbeitenden für den Besuch des zweitägigen Workshops einsetzten, dann kostete die ganze Übung rund zwei Millionen Franken. Ich bin überzeugt, dass sich diese Investition in eine fürsorgliche Betriebskultur auch ökonomisch gelohnt hat. Warum?

➔ *Nebenwirkung: Stärkung der Position im Wettbewerb um Patienten*

In der Schweiz können die Patienten grundsätzlich selber entscheiden, in welches Spital sie gehen wollen. Sie berücksichtigen dabei die Empfehlung ihres Hausarztes, der sie in ein Spital einweist, sie berücksichtigen aber auch, was ihre Verwandten und Bekannten über die ver-

schiedenen Spitäler sagen, über die Erfahrungen, die sie dort selber gemacht haben.

Wenn ehemalige Patientinnen erzählen, sie hätten sich im Spital wohl gefühlt und in guten Händen, motiviert das künftige Patienten, das gleiche Spital zu wählen.

Gute Fürsorge - immer aus der Sicht der Patienten - wird so zu einem Alleinstellungsmerkmal des Spitals, mit dem es sich von der Konkurrenz abhebt. Und die Konkurrenz ist gross: Die Klinik Hirslanden liegt 3 km, das Universitätsspital Zürich 6 km von Zollikerberg entfernt. Für ein gutes finanzielles Ergebnis eines öffentlichen Spitals ist es unabdingbar, dass es gut ausgelastet ist, genügend Patienten hat. Wenn das Spital gut belegt ist und einen genügend hohen Anteil an Zusatzversicherten Patienten anzieht, erzielt es auch den erforderlichen Gewinn zur Erneuerung der Infrastruktur und kann sich sogar alle paar Jahre einen Workshop zur Weiterentwicklung der Betriebskultur leisten, der zwei Millionen Franken kostet.

Das Spital Zollikerberg zählt zu den ganz wenigen Spitälern in der Schweiz, sie seit 2012 jedes Jahr einen EBTIDA von mehr als 10 Prozent erreicht haben.

Und so komme ich zum Fazit:

➔ *Fazit: Wenn sich alle Mitarbeitenden eines Spitals an einer Fürsorge beteiligen, die den Bedürfnissen der Patienten entspricht, wird das Spital ökonomisch erfolgreich sein, weil alle Patienten in der Schweiz die Freiheit haben, ihr Spital selber zu wählen.*

Der Autor

Dr. rer. pol. Werner Widmer, CEO der Stiftung Diakoniewerk Neumünster (Vizepräsident) und u.a. Lehrbeauftragter an den Universitäten Luzern und St. Gallen. Widmer hat reiche Praxiserfahrung in verschiedenen hochrangigen beruflichen und ehrenamtlichen Leitungsaufgaben.

Literaturhinweis

Werner Widmer
Kunst der Spitalführung
 Inspirationen für ein erfolgreiches Management
 mit E-Book
 Careum: Zürich, 2020
 136 S., 26,00 CHF, 24,00 €,
 978-3-03904-156-5



Christoph von Dach

Spiritual Care im Spannungsfeld von Fürsorge und Ökonomie aus Sicht der Pflege

Abstract

Die Herausforderungen im schweizerischen Gesundheitswesen werden derzeit deutlich vielfältiger. Dabei stellt der Anstieg an älteren und hochaltrigen Patient:innen höchste Ansprüche an Pflegefachleute und führt zu deutlich höheren Kosten. Gleichzeitig verlassen Pflegefachleute in hoher Zahl ihren Beruf. Arbeitsplatzkulturen, in denen eine Kultur der pflegerischen Zuwendung und Personenzentrierung gefördert werden, können helfen. Dafür muss in ökonomischen Überlegungen die Personenzentrierung als zentraler Erfolgsfaktor zunehmend berücksichtigt werden.

Einleitung

Das Gesundheitswesen in der Schweiz steht aktuell vor sehr großen Herausforderungen. Ein treibender Faktor darin ist die Verschiebung der Altersverteilung, hin zu einem deutlichen Anstieg der hochaltrigen Patient:innen mit Mehrfachdiagnosen (Bundesamt für Statistik, 2022). In der Konsequenz wird die Pflege damit sehr viel arbeitsintensiver. Und daneben konfrontieren daraus entstehende Fragen sowohl Patient:innen also auch Pflegefachpersonal, mit diversen spirituellen Fragen, wie zum Beispiel Fragen nach dem Sinn einer Erkrankung oder dem Sinn des Weiterlebens (Lee & Loiselle, 2012; Noome et al., 2017).

Weiter führen einschneidende Veränderungen im Leben von hochaltrigen Patient:innen, wie neue Diagnosen oder die Auseinandersetzung mit dem nahenden Lebensende, viele Menschen hin zu spirituellen Fragen (Zumstein-Shaha & Alder, 2018; Ebenau et al., 2020). Pflegefachleute wissen, dass das Ansprechen solcher Fragen Zeit benötigt, die jedoch oft nicht zur Verfügung steht (von Dach & Osterbrink, 2013). Weiter fühlen sie sich zudem überfordert und ungenügend darauf vorbereitet. Die Erfahrungen der COVID-19 Pandemie haben viele Pflegefachleute ihre eigenen Belastungsgrenzen erleben lassen (Turale et al., 2020). Als Konsequenz daraus verlassen viele den Pflegeberuf. Und weniger junge Menschen wollen den Beruf der Pflegefachfrau bzw. -fachmanns erlernen. Dies führt zu einer sich öffnenden Schere, mit auf der einen Seite deutlich ansteigendem Arbeitsaufwand und Arbeitsintensität und immer weniger Pflegefachpersonal auf der anderen Seite. Die Konsequenz daraus wiederum ist, dass Pflegefachleute unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation werden und nicht mehr bereit sind, unter diesen erhöhten Belastungen zu arbeiten. Damit stellt sich für Institutionen im Gesundheitswesen die Herausforderung, nicht mehr in erster Linie notwendiges Geld für die Finanzierung von Fachpersonal zur Verfügung zu stellen, sondern genügend Fachpersonal zu finden, um Leistungen überhaupt erbringen zu können. Fehlt Pflegepersonal, muss das medizinische und pflegerische Angebot reduziert werden. Und damit fehlen wiederum dringend benötigte finanzielle Mittel. Hier müssen Lösungen gefunden werden.

Fürsorge als pflegerische Zuwendung

Im deutschen Wörterbuch finden sich zum Begriff Fürsorge Umschreibungen wie: 'sich für etwas verantwortlich fühlen', 'für etwas Verantwortung übernehmen' oder 'für etwas Sorge tragen' (Duden, 2022). Dies impliziert, dass Fürsorge eine Haltung umschreibt, für sich selbst, für das Gegenüber oder auch für einen Gegenstand. Bezogen auf den Beruf der Pflege ist Fürsorge hier dasjenige, was pflegerische Sorge oder Zuwendung bezeichnet. Diese pflegerische Zuwendung ist nicht einfach etwas nettes, das allenfalls als Teil professioneller Pflege passieren kann. Pflegerische Zuwendung ist notwendiger Teil von professioneller Pflege und findet sich auch beispielsweise in der aktuell in der Schweiz gültigen Definition von professioneller Pflege (Spichiger et al., 2006). Natürlich muss sich professionelle Pflege an aktuellen Guidelines, Evidenz und Best Practice orientieren. Und doch ist sie nur dann professionell, wenn sie basiert auf einer inneren Haltung der pflegerischen Zuwendung.

Caring als wissenschaftliche Theorie der pflegerischen Zuwendung

Patricia Benner (1989) hat in ihren Forschungsarbeiten aufgezeigt, wie zentral die pflegerische Haltung für die Interaktion mit Patient:innen ist. Benner hat den Begriff Caring für eben diese pflegerische Zuwendung verwendet. Sie fasst den Begriff sehr breit, in dem sie Caring als ein '...basic way of being in the world' bezeichnet (Benner, 1989, S.398). Damit umschreibt sie ihn als eine grundlegende Haltung. Caring wird auch in der deutschen Sprache verwendet. Dies hat damit zu tun, dass für Caring auf Deutsch kein synonymes Wort existiert. In der deutschen Sprache wird »Pflege« oder »pflegen« verwendet, im Englischen hingegen bezeichnen 'Nursing' (professionelle Pflege) und 'Caring' (pflegerische Zuwendung) unterschiedliche Aspekte der professionellen Pflege. Benner (1989) definiert Caring als eine umfassende, offene und wertfreie pflegerische Zuwendung den Patient:innen gegenüber (Benner, 1989). Diese wird dann sowohl von Patient:innen wie auch von der Pflegefachperson selbst erlebt. Patient:innen, die pflegerische Zuwendung in Form von Caring erleben, fühlen sich verstanden, ernst genommen, mit Respekt behandelt, umfassend gepflegt und sicher (Koloroutis, 2011). Und gerade der letzte Begriff ist

interessant: Eine erlebte Caring-Haltung führt unter anderem zum Erleben von Sicherheit.

Zur gleichen Zeit, in der Benner ihre Theorie des Carings entwickelte, stellte eine Pflegeethikerin fest, dass pflegerische Zuwendung als Basis der professionellen Pflege ein ethisches Ideal darstellt und nicht einfach ein 'nice to have' der Pflege ist (Fry, 1989). Die Caring-Theorie wurde dann unter anderem von Kristen Swanson (1991, 1993) als Basis für weitere Forschungsarbeiten herangezogen. Sie führte Interviews in drei unterschiedlichen Personengruppen. Diese waren: Frauen nach einer Fehlgeburt, Pflegefachleute auf Frühgeborenen-Stationen und Mütter in Riskoschwangerschaften. Hierbei ging es ihr darum, Caring weiter zu differenzieren und herauszufinden, welche Bedeutungen Caring oder eben diese Form der pflegerischen Zuwendung für die jeweiligen Personen der genannten Gruppen hatte. Als Ergebnis formulierte sie fünf Caring-Dimensionen und stellte fest, dass Caring, nach dem Erlebnis der Befragten, sich in diesen fünf Dimensionen abspielt (Swanson, 1991, 163-165). Die fünf durch sie erarbeiteten Dimensionen sind: Kennen, Mit-Sein, Handeln-für, Befähigen und Hoffnung erhalten.

Die professionelle pflegerische Beziehung

Pflegerische Zuwendung, bzw. Caring bedingt eine Beziehung der Pflegefachperson zur Patient:in. Ich bezeichne diese als professionelle pflegerische Beziehung. Nun helfen Swansons fünf Caring-Dimensionen in der Umschreibung dieser pflegerischen Beziehung. Eine professionelle pflegerische Beziehung ist auch mehr als nur ein 'Sich-gut-verstehen'. Sie kann bewusst aufgebaut werden, über die Dauer des Kontakts aufrechterhalten und dann schlussendlich wieder beendet werden. Erst durch den Aufbau einer pflegerischen Beziehung kann Caring gelebt werden. Um nun die pflegerische Beziehung genauer zu umschreiben, helfen die fünf Caring Dimensionen. Denn eine professionelle pflegerische Beziehung kann definiert werden als eine Beziehung, die sich in diesen fünf Dimensionen abspielt. Dies kann sich dann wie folgt in der Pflegepraxis zeigen:

1. Kennen

Hier ist gemeint, dass die Pflegefachperson die Biographie, die Krankengeschichte, die aktuelle Lebenssituation etc. der Patient:in kennt. Sie beurteilt diese nicht, sondern nimmt sie so zur Kenntnis, wie sie erlebt wird.

2. Mit-Sein

Diese Dimension meint, dass die Pflegefachperson die Patient:in begleitet und einfach dabei oder anwesend ist. Auch hier beschreibt es ein mit der Patient:in sein ohne zu werten.

3. Handeln-für

Diese Dimension umfasst Tätigkeiten, welche durch die Pflegefachperson ausgeführt werden, um Dinge, die nicht mehr durch die Patient:in selbst ausgeführt werden, un-

terstützend oder stellvertretend zu übernehmen. In der Fachsprache der Pflege wird hier von »Aktivitäten des täglichen Lebens« gesprochen.

4. Befähigen

Hiermit ist gemeint, dass die Pflegefachperson die Patient:in zum dem befähigt, was der Patient:in als Person zentral und wichtig ist. Damit befähigt sie die Person zum Bestmöglichen in ihrer individuellen Situation.

5. Hoffnung erhalten

Hoffnung wird als sehr zentral gesehen für die Situation, in der die Patient:in sich befindet. Hoffnung ist eine Kraft, die Selbstbestimmung und gegebenenfalls auch Selbstheilung fördert. Hier geht es darum, Hoffnung, welche durch die Patient:in formuliert wird, zu erhalten.

Die Bedeutung der pflegerischen Zuwendung

Oft sind sich Pflegefachleute der Bedeutung ihrer pflegerischen Zuwendung nicht bewusst. Es ist etwas, das einfach »auch noch so passiert«. Und doch ist diese zentral im Erleben der Pflegehandlung für die Patient:in und auch für die Pflegefachperson selbst. Fragt man nämlich Patient:innen nach dem Aufenthalt in einer Institution im Gesundheitswesen nach ihren zentralsten Erlebnissen, werden oft Momente beschrieben, in denen Caring, also pflegerische Zuwendung, wirklich geschehen konnte. Manchmal werden diese Erlebnisse als außerordentliche Erlebnisse beschrieben, in denen die Zeit einen Moment stillgestanden ist, in denen sich etwas Zentrales ereignet hat oder in denen die Person sich als wirklich wahrgenommen erlebte. Umgekehrt sind es auch diese Momente, die Pflegefachpersonen als zentrale Erlebnisse ihrer Berufslaufbahnen erlebten. Diese Momente sind es auch, die ihre Berufszufriedenheit positiv prägen und sie auch in ihrem Beruf behalten. Benner bezeichnet diese Momente als Caring Moments (Benner, 1989). Magnetspitäler, also Spitäler, in welchen sich Patient:innen behandeln lassen wollen und in denen Pflegefachleute arbeiten möchten, sind Spitäler, in denen unter anderem solche Caring Moments, eine Caring-Kultur oder eben eine Haltung der pflegerischen Zuwendung bewusst gefördert werden (Spirig et al., 2012). Unter anderem bringt genau das Pflegefachpersonen überhaupt dazu, den Beruf der Pflege zu erlernen und darin zu bleiben. Sie wollen Menschen helfen, für Menschen da sein oder etwas Sinnvolles tun. Damit sind es oft auch im weitesten Sinne spirituelle Beweggründe, den Beruf zu erlernen (Baldacchino, 2006)

Personenzentrierte Praxis als Ausdruck von Caring

In den letzten ca. 15 Jahren hat sich eine weitere Theorie entwickelt, die auf dem Modell von Caring basiert. Sie nennt sich *personenzentrierte Praxis* (McCormack und McCance, 2017). Sie stellt die Person ins Zentrum (siehe Abbildung).

Mit Person sind hier die Patient:in, die An- und Zugehörigen und damit alles, was die Patient:in als zu ihr oder ihm gehörig bezeichnet, gemeint. Daneben sind jedoch auch Pflegefachleute und alle anderen Menschen, die mit, an oder für die Patient:in arbeiten, gemeint und einbezogen. Das Ziel der personenzentrierten Praxis ist die gesundheitsförderliche Kultur (McCormack & McCance, 2017). Das bedeutet, dass alle Personen darin Gesundheitsförderung erleben. Diese Theorie greift Caring ideal auf. Um das Kernanliegen der gesundheitsförderlichen Kultur gliedern sich die personenzentrierten Prozesse, welche die Voraussetzungen sind, um das Ziel zu erreichen. Die Ringe rundherum zeigen die benötigten intrapersonalen und institutionellen Voraussetzungen auf. Sie zeigen, wie wichtig hier auch die Selbstreflexion und menschliche Werte sind. Personenzentrierte Praxis trifft den einen wesentlichen Zahn der Zeit. Denn personenzentrierte Kulturen, die gesundheitsförderlich wirken, sind Arbeitsplatzkulturen, die einem zentralen Bedürfnis des modernen Menschen entsprechen, und zwar sowohl der Patient:innen wie auch der Mitarbeitenden.

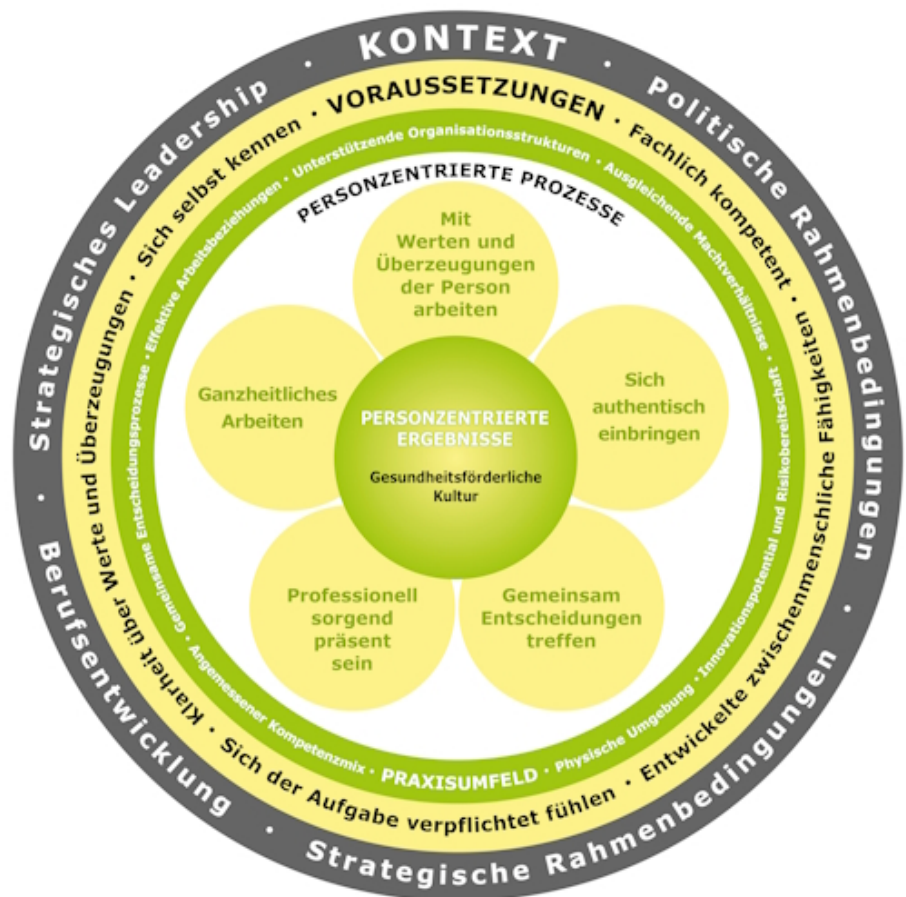


Abbildung: Personenzentrierte Praxis. Ein theoretischer Bezugsrahmen (Quelle: McCormack & McCance, 2017) Mit freundlicher Genehmigung.

Ökonomie und pflegerische Zuwendung

Wie bereits oben beschrieben, führt das Erleben von Caring-Momenten, welche auch als personenzentrierte Momente bezeichnet werden können, zu einem Erleben, als Person verstanden zu werden und auch als ganze Person ernstgenommen zu sein. Es geht darum, dass das, was wirklich zählt für sie, gesehen und gefördert wird (McCormack & McCance, 2017). Weiter ist es auch die Person, die wesentlich die Wirkung der Pflege ausmacht. Hierzu prägten Chinn und Kramer den Begriff 'the therapeutic use of the self' (Chin & Kramer, 2008, S.13) und sagen damit aus, dass das Selbst an sich eine therapeutische Wirkung haben kann. Damit geht es auch im weitesten Sinne um die Entwicklung von spirituellen, gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzkulturen. So können die drei Themenfelder pflegerische Sorge bzw. Zuwendung, Spiritualität und Ökonomie zusammengeführt werden und ein möglicher Lösungsansatz für die aktuell schwierigen Entwicklungen in unseren Institutionen im Gesundheitswesen skizziert werden.

Eine Lösungsansatz hin zu gesunden Institutionen

Die Lösung der aktuellen Probleme kann nicht gefunden werden, indem Personal im Ausland rekrutiert wird oder Prozesse in der Pflege rationalisiert werden, um mit weniger Pflegepersonal mehr zu leisten. Es müssen Lö-

sungen entwickelt werden, in denen Patient:innen sich wohl fühlen und gerne gepflegt und behandelt werden und Pflegefachleute gerne arbeiten. Dabei geht es um die Entwicklung von Arbeitsplatzkulturen, die positiv erlebt werden und auf allen Ebenen des Menschseins gesundheitsförderlich wirken. Und da Spiritualität zentral menschlich ist (Pesut, 2008), muss auch sie darin einbezogen werden.

Ein Lösungsansatz kann darin liegen, in den Institutionen personenzentrierte Kulturen, gemeinsam mit den Mitarbeitenden, zu schaffen und kontinuierlich zu entwickeln. Es ist zentral, dass Ökonomen und das Topmanagement erkennen, wie wichtig gerade diese Kultur ist, für die Patient:innensicherheit und -zufriedenheit einerseits. Andererseits bildet sie eine Voraussetzung für Pflegefachleute, die sich mit ihrem Beruf verbinden, ihre Arbeit gerne zu tun und in der Institution und im Beruf bleiben zu wollen. So kann sichergestellt werden, auch morgen und übermorgen noch ausreichend Pflegefachpersonen zu finden, die die Pflege auch in Zukunft sicherstellen. Es ist eine Notwendigkeit der heutigen Zeit, in solche Kulturen zu investieren und sie zu fördern, sodass alle Beteiligten Gesundheitsförderung erleben können und dadurch, dass sie dasjenige, was wirklich zählt, ernstnehmen und fördern, Kulturen entstehen lassen, die letztlich auch spirituell sind.

Quellenverzeichnis

- Baldacchino, D.R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* 15, 885-896.
- Benner, P. (1989). *From Novice to Expert: Promoting Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley
- Chinn, P. L., & Kramer, M.K. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 8. Aufl. Elsevier: Mosby.
- Ebenau A.; Groot, M.; Visser, A.; van Laarhoven, HWM.; van Leeuwen, R. & Garssen, B. (2020). Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients' perspectives and experiences. *Scand J Caring Sci* 34, 96-107.
- Fry, S.T. (1989). Toward a theory of nursing ethics. *Advances in nursing science* 11(4), 9-22.
- Lee, V.; Loiselle C.G. (2012). The salience of existential concerns across the cancer control continuum. *Palliat Support Care* 10, 123-133.
- Koloroutis, M. (2004). *Relationship-based care: A model of transforming practice*. Minneapolis: Creative Health Care Management.
- McCormack, B & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care*. Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Noome, M.; Beneken Genaamd Kolmer, D.M.; van Leeuwen, E.; Dijkstra, B.M. & Vloet, L.C.M. (2017). The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scand J Caring Sci* 31, 569-578.
- Pesut B (2008) A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. *Nurs Philos* 9, 98-109.
- Spichiger, E.; Kesselring, A.; Spirig, R. & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*, 19(1), 45-51.
- Spirig, R.; Martin, J.; Jenzer, R. & Staudacher, D. (2012). Die Kraft des Magnetismus: Magnetospitäler als Vorbilder- auch für den deutschsprachigen Raum? *Pflege*. 25(4), 241-3.
- Swanson K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research* 40, 161-166.
- Swanson K.M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image J Nurs Sch* 25, 352-357.
- Turale, S., Meechaman, C., Kunaviktikul, W. (2020). Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International Concil of Nursing*, 164-167.
- Von Dach C., Osterbrink J. (2013). Spiritualität der Pflege. *Spiritual Care* 2, 21-30.
- Zumstein-Shaha M. & Alder J. (2018). Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose? *Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen*, 7, 281-291.

Der Autor

Prof. Dr. Christoph von Dach ist Fachhochschuldozent und klinischer Pflegewissenschaftler an der Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, und bei der Solothurner Spitäler AG, Schweiz. Ferner lehrt er als Gastdozent an der Queen Margaret University von Edinburgh, UK.

Aktuelle Publikationen

- Von Dach, C., Schlup, N., Gschwenter, S. & McCormack, B. (2023). German translation, cultural adaptation and validation of the Person-Centred Practice Inventory—Staff (PCPI-S). *BMC Health Services Research* 23, 458. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09483-8>

- Von Dach, C.; Lendner, I., Cecini, R. (2022). Implementierung einer «Nurse Practitioner»-Rolle in der stationären Chirurgie. *Pflege*, 1-7. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000924>

- Von Dach, C., Zumstein-Shaha, M. (2022). Ohne Pflege keine Implementierung von Spiritual Care. *Spiritual Care*, 11(3), 226-236. <https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0040>

Zitate eines Vordenkers

Viktor von Weizsäcker über die Medizin

Viktor von Weizsäcker, einer der bedeutendsten Forscher im Bereich der Psychosomatik, lebte von 1886-1957. Er war auch ein scharfer, aber konstruktiver Kritiker des einseitig objektivierenden medizinischen Selbstverständnisses seiner Zeit, das den leidenden Menschen zum Behandlungsobjekt reduzierte. Es lohnt sich, ihm heute wieder zuzuhören.

„Die heutige Medizin lehrt Erscheinungen des Krankseins, aber sie lehrt nicht den kranken Menschen.“

„Wir können urteilen: dies ist krank. - Aber der Kranke kann sagen: ich bin krank.“

„Es zeigt sich, daß Jemand verstehen und Etwas verstehen zwei ganz unvergleichbare Fälle sind.“

„Das Verstehen von Jemand“ kann nicht objektiv sein, „weil und sofern dieser Jemand selbst ebenso ein Ich hat wie ich, und weil gerade das, was, weil es ebenso wie ich Subjekt ist, kein Objekt ‘werden’ kann; und doch kann man ihn (nicht es!) verstehen.“

„Die Physik und Psychologie des Kranken ist nicht seine Metaphysik, seine Erscheinung ist noch nicht sein Wesen. Wo ist es fassbar? Es tönt in der Bitte um Hilfe. Das wirkliche Wesen des Krankseins ist seine Not und äußert sich als eine Bitte um Hilfe.“

„Wir werden das bloße Objektivitätsgewissen als ein mißleitetes Gewissen einsehen. Es wird sich als ein Irrtum erweisen, in dieser Wahrheitsliebe zum bloßen Objektiven überhaupt irgendeinen für jedermann wahren und wirklichen Wert zu erblicken, denn das Objektive ist noch nicht das Wirkliche.“

Quelle:

Weizsäcker, V. v. (1987). *Der Arzt und der Kranke: Stücke einer medizinischen Anthropologie*, Bearbeitet v. P. Achilles. Gesammelte Schriften, Hg. P. Achilles et al., Bd. 5. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Annette Meussling-Sentpali

Spiritual Care in der Pflege - Ressource auch für Pflegekräfte oder zusätzliche Belastung?

Abstract

Die Begriffe Spiritualität und Spiritual Care sind in Zusammenhang mit Medizin und Pflege fast inflationär in Gebrauch. Es gibt inzwischen Standardwerke, unzählige Forschungsarbeiten, Praxisprojekte und Curricula. Spiritual Care sollte Bestandteil für eine professionelle Pflege sein und die positiven Auswirkungen, insbesondere in existenziellen Lebenssituationen, sind gut belegt. Ist Spiritual Care aber nicht nur für Kranke und Pflegebedürftige ein Gewinn, sondern auch für Pflegekräfte eine Ressource? Ist die Implementierung in der Pflegepraxis gelungen? Führt sie womöglich nicht sogar zu zusätzlichen Belastungen? Neuere Untersuchungen legen nahe, dass mit der Einführung ein moralischer Anspruch entsteht, der unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen nicht oder kaum von den Pflegekräften eingelöst werden und Moral Distress sogar noch erhöhen kann.



Nachdem Spiritualität in den letzten zwei Jahrzehnten einen Boom erlebt, Spiritual Care als Konzept seine Grundlegung erfahren hat, breit diskutiert wurde und eine Verankerung in Leitbildern, Curricula und Kompetenzkatalogen fand, soll hier die Frage nach der Relevanz, der Akzeptanz und den Folgen in der Pflegepraxis gestellt werden.

Die Forschung boomt

Eine kurze Recherche in Bibliothekskatalogen, Datenbanken und im Internet zeigt bereits die unüberschaubare Vielzahl und Bandbreite von Publikationen – angefangen von der Auseinandersetzung mit den Begriffen, einer Einordnung der Bedeutung von Spiritualität und der Einführung des Konzepts Spiritual Care in die Scientific Community bis zu Implementierungsstrategien für Gesundheitseinrichtungen. Es wurde über Abgrenzungen, Überschneidungen und Spannungsfelder zwischen Seelsorge und Spiritual Care diskutiert (z.B. Nauer, 2015), spirituelle Bedürfnisse und Spiritualität werden international beforscht, Assessments entwickelt (z.B. Frick, 2019) und in Netzwerken, Praxisprojekten und Weiterbildungsangeboten werden in dem Zusammenhang die Schärfung des christlichen Profils von Organisationen, die Erweiterung des Versorgungsangebotes, Personalentwicklungsprozesse, die Gesundheitsförderung durch Spiritualität als Ressource u.v.m. fokussiert (z.B. Gerundt, Büssing & Giebel, 2023; Linseisen, Frick & Mächler, 2020; Lubatsch, 2012; Maidl, Frick, Mayr & Voll, 2018; Reber, 2012; Utsch, 2010). In der Publikationslandschaft finden sich Forschungsarbeiten einschlägig bekannter Autorinnen und Autoren (z.B. Büssing, A., Frick, E.), Positionspapiere von Kirchen, Verbänden und medizinischen Fachgesellschaften (z.B. Die Deutschen Bischöfe - Pastoralkommission, 2021; Evangelische Kirche Deutschland, 2020) oder Curricula (z.B. Giebel, Lubatsch & Meussling-Sentpali, 2014). Besonders stark ist Spiritual Care im Palliative-Care-Setting verortet, wozu Cicely Saunders' Konzept vom „Total Pain“ beigetragen hat (Chilian, 2022) und was sich u.a. in der viel zitierten WHO-Definition von Palliative Care (World Health Organisation) und der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie, 2021) widerspiegelt, wo spiritueller Schmerz und spirituelle Bedürfnisse explizit Erwähnung finden.

Zur Begriffsklärung

Mit dem Begriff der Spiritualität setze ich mich in diesem Beitrag nicht näher auseinander, wohl wissend, dass es sich um einen Containerbegriff handelt, der sehr unterschiedliche Deutungsweisen haben kann und von einer

eher engeren Sichtweise als individuelle Glaubenspraxis, „subjektive Dimension und Kern einer religiösen Tradition“ (Heller, B. & Heller, 2014) bis zu „einer Art zu leben [...], die Verbundenheit mit sich, anderen, der Natur und/oder Umgebung und/oder einer höheren Macht beinhaltet, in der ein Lebenssinn identifiziert werden kann sowie Menschen über sich, den Alltag und/oder das Leiden hinauswachsen können“ (Weathers et al (2016) zit. nach (Zumstein-Shaha & Alder, 2018) reicht. Der interdisziplinäre wissenschaftliche Diskurs zu Spiritualität, Religion und Glaube incl. ihrer Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden wird bei den Leserinnen und Lesern als bekannt vorausgesetzt.

Umfängliche Begriffsklärungen von Spiritual Care liegen vor und sollen in diesem Beitrag ebenfalls nicht vorgenommen werden. Direkt übersetzt kann es sich bei Spiritual Care um „spirituelle Sorge“, um „Spiritualität der Sorge“ oder /und um „Sorge um die Spiritualität“ handeln. Hier werden von Autorinnen und Autoren unterschiedliche Akzente gesetzt (vgl. z.B. Chilian, 2022, oder Heller & Heller, 2014). Das diesem Beitrag zugrundeliegende Verständnis findet sich am ehesten in der Beschreibung von Peng-Keller als „bewusster Einbezug der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung“ (Peng-Keller, 2019) und in seiner Konkretisierung von „generalisierter Spiritual Care“ (vs. spezialisierter) durch die Einführung des Begriffs „gesundheitsberufliche“ (vs. seelsorgerliche) Spiritual Care (Peng-Keller, 2020). Stark verkürzt kann es also heißen: „Einbezug der spirituellen Dimension in die Pflege/durch die Pflege“.

Auch mit dem Pflege-Begriff sind unterschiedliche Implikationen verbunden und es liegt eine Fülle an Definitionen vor. Diese entstammen fast ausschließlich den Pflegetheorien des letzten Jahrhunderts und sind von der Absicht ihrer Verfasserinnen gekennzeichnet, das originär Pflegerische zu beschreiben, sich von der Deutungshoheit insbesondere der Medizin zu lösen, Pflegeverständnis und Aufgabenspektrum neu zu bestimmen und dadurch letztendlich einen Wandel der Pflegepraxis herbeizuführen (Giebel et al., 2014). Diese Definitionen haben ein hohes Abstraktionsniveau sowie normative Implikationen und stellen Pflege dar als das, was sie sein sollte. Für die Pflegepraxis hat das weitreichende Folgen. Es wird ein idealtypisches Bild gezeichnet, bei dem die Rahmenbedingungen weitgehend unberücksichtigt bleiben und deren Einfluss auf alle Aspekte der Pflege kaum bzw. sehr allgemein (beispielsweise als Umweltfaktoren) thematisiert wird. So entsteht eine Vorstellung von guter Pflege, der professionell Pflegenden kaum gerecht werden können. Vergleichbare Formulierungen finden sich auch in Pflegeleitbildern, wenn beispielsweise von „ganzheitlicher“ oder „umfassender“ Pflege die Rede ist (ebd.). Noch höhere Ansprüche finden sich, wenn von „diakonischer Pflege“

(ebd. S. 18) oder „christlicher Pflege“ (Meussling-Sentpali, 2011) gesprochen wird. „Ganzheitlichkeit“ halte ich im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit ebenfalls für einen normativ aufgeladenen Begriff, einen Euphemismus, der suggeriert, Menschen könnten in all ihren Befindlichkeiten, ihrem vielfältigen Schmerz, ihrer Geschichte usw. gesehen und verstanden (im biblischen Sinne „erkannt“) werden und es sei möglich, sie in Bezug auf alle Dimensionen angemessen zu versorgen und zu begleiten

(aus diesem Grund setze ich in den Begriff „ganzheitlich“ in Anführungszeichen). Versteht man Pflege als Care-Arbeit, so wird der Begriff zusätzlich mit deren Charakteristika verbunden und es können Linien zu Gendertheorien und care-ethischen Überlegungen gezogen werden, die zur Erklärung der Abwertung von Care-Arbeit (wie auch professioneller Pflege) wertvolle Beiträge liefern. Emshoff untersucht den Care-Begriff in der

Pflegetheorie von Benner und Wrubel und zeigt anhand feministischer Kritik bereits lange vor der Diskussion um Care-Arbeit in Deutschland auf, dass mit dem Care- bzw. Sorge-Begriff „traditionell geprägte Geschlechterrollen nicht aufgelöst, sondern eher reproduziert und dadurch verfestigt werden“ (Emshoff, 2000).

Spiritual Care in der Pflegepraxis

Insbesondere im palliativen Setting und bei Menschen mit Tumorerkrankungen werden spirituelle Bedürfnisse als bedeutsam und Spiritual Care als hilfreich für Patientinnen und Patienten angesehen. Im „Umgehen müssen“ mit Leid und Endlichkeit stellen sich für viele Menschen existenzielle Fragen und Spiritualität gewinnt für die Betroffenen an Bedeutung. Trotzdem wird bei Menschen mit Krebserkrankungen, für die sich häufig Fragen nach dem Lebenssinn stellen, kaum auf ihre spirituellen Anliegen eingegangen (Zumstein-Shaha & Alder, 2018).

Spiritual Care wird - ganz im Sinne einer hospizlichen Haltung - interdisziplinär gedacht und ist somit nicht allein der Seelsorge oder einem der Gesundheitsfachberufe wie der Pflege zuzuordnen, sondern schließt alle beruflich am Genesungsprozess, der Pflege oder der Sterbebegleitung Beteiligten mit ein. Was zunächst gut klingt, wirft jedoch Fragen auf, an denen sich kontroverse Diskussionen entzünden können. Als Beispiel sei hier nur die Frage nach dem Verhältnis von Klinischer Seelsorge und Spiritual Care genannt. Als Pflegewissenschaftlerin beschäftigen mich vor allem die Relevanz und die Übertragbarkeit von Spiritual Care in die Pflegepraxis und damit verbunden die fördernden und hemmenden Rahmenbedingungen, Kompetenzen und (gefühlten) Verantwortlichkeiten. Fällt Spiritual Care überhaupt in den Aufgabenbereich von Pflegekräften? „Sind wir jetzt auch noch fürs Beten da?“ sagte eine Interviewpartnerin zu mir in diesem Zusammenhang.





Oder anders formuliert: Weil Pflegekräfte den intensivsten Patientenkontakt haben – Pflege ein „Beziehungs- und Berührungsberuf“ ist (Uzarewicz, C. & Uzarewicz, 2005), muss darum Spiritual Care als selbstverständlicher Aspekt von Pflege – der Pflege inhärent – angesehen werden? Soll dem leidenden Menschen „ganzheitlich“ begegnet werden, können seine spirituellen Befindlichkeiten nicht abgespalten werden und müssen neben den körperlichen, psychischen und sozialen gesehen und berücksichtigt werden. Da es uns schwerfällt, zu verstehen, dass Menschen Körper, Seele und Geist *sind* (nicht *haben*), kann diese Fragmentierung als Hilfsmittel bei der Sicht auf den ganzen Menschen und seine Bedürfnisse dienen. Besonders gut eignet sich das Modell des „Total pain“ nach C. Saunders. Seine Bedeutung liegt m.E. darin, dass psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse gleichberechtigt neben den körperlichen Nöten stehen und damit besonders für Beginner im Palliative Care Bereich mit in den Blick genommen werden – erst, wenn ich etwas kenne, kann ich es erkennen. Trotz der Beschreibung dieser verschiedenen Dimensionen von Leid und ihrer Aufnahme in Curricula, Leitbilder, usw. scheint die Rezeption vor allem im hospizlichen Kontext und weniger in der Akutversorgung und der Langzeitpflege zu gelingen.

Die Berufsgruppe der Pflegenden kann für Spiritual Care zuständig sein, weil sie in der Sorge um Patientinnen und Patienten die qualitativ und quantitativ höchste Präsenz hat. Pflegenden sind sehr „nah“ am Leidenden und können Befindlichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse am besten wahrnehmen und entsprechend darauf reagieren. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der Unzulänglichkeit von standardisierten Erhebungsinstrumenten zur Er-

fassung von Spiritualität zu bedenken und auf dieses zum Teil implizite Wissen kann bei Teambesprechungen oder ethischen Fallbesprechungen zurückgegriffen werden.

Pflegerische Interventionsmöglichkeiten in Bezug auf Spiritual Care sind vielfältig und erstrecken sich sowohl auf das persönliche Handeln, die Entwicklung von Lösungsansätzen im interdisziplinären Team, das Hinzuziehen der Seelsorge, wie auch auf Maßnahmen auf der organisatorischen Ebene und die Sensibilisierung und die Wissensvermittlung. Wie kann aber Spiritual Care im pflegerischen Arbeitsfeld Gestalt annehmen und wie können Pflegekräfte für Spiritual Care verantwortlich sein?

Rückbesinnung auf die Wurzeln

Der „Spiritualitätsboom“ ist für den Pflegeberuf keine neue Entwicklung, kein moderner Trend, sondern kann eher als eine Hinwendung zu den Wurzeln und eine (Rück)Besinnung auf eine „ganzheitliche“ Ausgestaltung der Pflege gesehen werden. Die Geschichte der Pflege ist gleichzeitig Religionsgeschichte – sie kann zurück verfolgt werden bis in die biblischen Zeugnisse der Urgemeinde, sie wird weitergeführt in der Geschichte der Ordensgemeinschaften und der Diakonissenschwesternschaften, sie ist zu sehen in der Architektur von Gebäuden wie dem Hôtel Dieu in Beaune, sie findet ihren Niederschlag in den Biografien von Personen wie Florence Nightingale oder Cicely Saunders und zeigt sich noch heute in konfessionellen Einrichtungen wie evangelischen und katholischen Krankenhäusern. Die Pflegetätigkeit im europäischen und amerikanischen Raum kann als tief verwurzelt im christlichen Glauben bezeichnet werden. Inwieweit diese „tätige

Nächstenliebe“ als Wesensäußerung der Kirche deckungsgleich mit dem war, was heute unter Spiritualität in der Pflege verstanden wird, wäre zu diskutieren. Festzustellen bleibt, dass christlicher Glaube identitätsstiftend und Spiritualität der Pflege in unterschiedlichen Ausprägungen immer inhärent war. Der Bruch in der Geschichte der Pflege, der sich in einer Abkehr von der religiös geprägten Pflegepraxis vollzog, fand nicht plötzlich statt, sondern muss als ein sich in unterschiedlichen Geschwindigkeiten vollziehender Prozess gesehen werden, der durch vielfältige Faktoren beeinflusst wurde. Historische und aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen, die zunehmende Dominanz des biomedizinischen Paradigmas, die weniger werdenden christlichen Gemeinschaften und die Ökonomisierung im Gesundheitsbereich dürften nur einige dieser Einflüsse sein. Es wäre allerdings falsch, alle Veränderungen, die Pflegetätigkeit und Pflegeberuf durchlaufen haben, zu bedauern, trugen sie doch wesentlich dazu bei, dass aus der Pflegetätigkeit als Liebesdienst ein Beruf wurde, der sich auf dem Weg befindet, eine Profession zu werden (Meussling-Sentpali, 2019) und eine (wenn auch nicht vollständig erfolgte) Emanzipation der Pflege von den jeweils herrschenden Systemen wie Geistlichkeit und Medizin erreichte.

Der akademische Diskurs wird der Pflegerealität nicht gerecht

Dass man sich in der Pflegepraxis auf diese Wurzeln bezieht, die vormalig identitätsstiftenden Elemente des Berufsfeldes aufgegriffen werden und der viel beschriebene spiritual turn stattfindet, möchte ich zwar nicht bestreiten, aber zumindest in Frage stellen. Mir scheint die Auseinandersetzung mit Spiritualität und Spiritual Care ein sehr akademischer Diskurs zu sein, in dem man sich ansatzweise und mit viel Engagement einzelner Personen (z.B. Maya Zumstein-Shaha, Constanze Giese, Astrid Giebel u.a.) bemüht, die Perspektive der Pflege einzunehmen und Spiritual Care in die Pflegepraxis zu integrieren, der sich aber in den letzten Jahren immer weiter von der Lebensrealität von Pflegekräften entfernt und die Pflegepraxis nur punktuell erreicht hat. Es entsteht der Eindruck einer vorwiegend akademischen Rezeption, die dem pflegerischen Alltag nicht gerecht wird und demzufolge kaum in die Praxis diffundiert und nicht handlungsleitend wirksam wird. Mir ist bewusst, dass ich damit eine provokative These vertrete, weshalb ich sie im Folgenden argumentativ stützen will. Die Befunde, die meinen Überlegungen zugrunde liegen, sind zum Teil gut belegt, einige können als bekannt vorausgesetzt werden, teilweise gibt es aber „nur“ eine „anekdotische Evidenz“, die aus Erfahrungen in meinen Lehrveranstaltungen und mit den kooperierenden Praxiseinrichtungen resultiert.

1. Pflegewissenschaft und Pflegepraxis sind von dem Diskurs um Spiritual Care weitgehend ausgeschlossen, bzw. nehmen ihn wenig zur Kenntnis. Durch diese marginale Beteiligung in der Scientific Community überlässt die Pflege die Deutungshoheit teilweise anderen Berufsgruppen. Die Hauptakteure kommen aus der Medizin und der Theologie, was in der Natur des Gegenstandes liegt, aber nicht begründet, warum die Vertreterinnen des Care-Berufes schlechthin so wenig

beteiligt sind. Beides, Theologie und Medizin, sind Professionen (mit einer alten akademischen Tradition), die über die klassischen Professionsmerkmale verfügen – eine akademischen Tradition mit wissenschaftlichem Wissenskanon (Wissenschaftlichkeit), eine von der Gesellschaft akzeptierte Zentralwertbezogenheit, Autonomie (z.B. durch starke Ständesvertretungen) und Handlungsorientierung (Weidner, 1999). Bedenkenswert ist, dass es sich bei den Akteuren, die den Diskurs leiten und bestimmen, um die handelt, aus deren Zugriff sich die Pflege befreit hat, bzw. immer noch zu befreien versucht. Als weitere Ursache kann die nur geringfügig akademisch ausgebildete Berufsgruppe mit einer jungen Wissenschaft bezeichnet werden, die noch nicht über ausreichend Rollen und Ressourcen verfügt, um sich aktiv am wissenschaftlichen Diskurs beteiligen zu können. Auch wenn Spiritual Care für Medizin und Theologie ein randständiges Thema sein dürfte, zeigt allein die Zahl der jährlich promovierenden das Ungleichgewicht (1).



2. Als weiterer Grund für die marginale Rezeption von Themen um Spiritualität und Spiritual Care in der Pflegewissenschaft und den geringen Niederschlag in der Pflegepraxis sind die Rahmenbedingungen für die Pflegetätigkeit und insbesondere die Personalsituation anzusehen. Dem in den letzten Monaten von den Medien redundant kommunizierten Personalmangel gehen jahrelange, zum großen Teil ungehört verhallte State-

ments von pflegetherapeutisch aktiven Personen voraus, in denen sie auf den kommenden und damals in Teilen schon bestehenden Pflegenotstand aufmerksam machen. Der zu Versorgungsengpässen führende Pflegekräftemangel zeigt sich nicht nur quantitativ, sondern betrifft ebenso Kompetenzen und Qualifikationen – neudeutsch Skills und Grades. Besonders eindrücklich offenbarte sich der Notstand während der Corona-Pandemie. Das Ausmaß zeigt sich in der zahlenmäßigen Beschreibung des Bedarfs, die Bedeutung erschließt sich innerhalb der Gesellschaft allerdings vorwiegend durch persönliche Betroffenheit von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräften, wenn z.B. Patienten nicht entlassen werden können, weil kein Pflegeheimplatz zu bekommen ist, Kinder im Krankenhaus nicht aufgenommen werden können, weil die Hälfte der Betten wegen Personalmangel nicht zur Verfügung steht, oder pflegende Angehörige ihrer Berufstätigkeit nicht mehr nachgehen können, weil kein Pflegedienst kommen kann.

3. Ein mit dem Pflegenotstand eng verbundenes Problem ist die Unterfinanzierung von Pflege insbesondere im Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI). Sollte Spiritual Care ein reguläres Angebot innerhalb der Versorgung und eine der Pflege klar zugeordnete Aufgabe sein, müssten die Leistungen incl. der dafür notwendigen Voraussetzungen wie Qualifikationsprogramme refinanziert werden. Die Ständige Konferenz für Seelsorge (SKS) in der Evangelischen Kirche Deutschland empfiehlt, „[u]m Spiritual Care in diesem Sinn zu fördern, [...] die noch ausstehende Refinanzierung von kirchlicher Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care in der stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung sowie der SAPV [Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung] bei gleichzeitiger kirchlicher Entsendung anzustreben und entsprechende Modelle dafür zu entwickeln.“ (EKD 2020). Mir ist nicht bekannt, dass es ähnliche Forderungen aus der pflegerischen Berufsgruppe bzw. den Trägern von Pflegeeinrichtungen gibt und diese an die Kostenträger adressiert werden können.
4. Beim Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse wird von den Fachpersonen zunächst eine Haltung der Wertschätzung in Bezug auf die jeweils individuellen und nicht unbedingt den Erwartungen entsprechenden Bedürfnisse vorausgesetzt. Die Pflegepersonen sollten sich ihrer Haltung und Werte bewusst sein und sich mit ihrer eigenen Spiritualität auseinandergesetzt haben. Des Weiteren wird als selbstverständlich angesehen, dass es nicht darum gehen kann, Menschen von etwas überzeugen oder gar missionieren zu wollen. Außer persönlichen und sozialen Kompetenzen sollte das Wissen um Ausdrucksformen von Spiritualität und um spirituelle Nöte vorhanden sein. Um über diese Kompetenzen zu verfügen, reicht die pflegerische Berufsausbildung nicht aus. Sie können entwickelt werden, wenn ein persönliches Interesse besteht, zusätzliche Aus- oder Fortbildungen können wahrgenommen werden und innerhalb der Institution kann geklärt werden, welcher Stellenwert Spiritual Care beigemessen wird.

Bei allen Schulungsangeboten ist zu bedenken, dass es Themen gibt, die sich nicht einfach „didaktisieren“ lassen, und dass Lernmethoden an ihre Grenzen stoßen, weil das Ziel nicht allein Wissen bzw. ein bestimmtes Lernergebnis ist, sondern sich prozesshaft eine Haltung, eine Sensibilität und Bildung im Sinne von „Herzensbildung“ entwickeln. Gingen wir von einem eher engen, individuell bestimmten Spiritualitätsbegriff aus, wäre Spiritualität genau wie Glaube nicht nur nicht „lernbar“, überprüfbar und abfragbar, sondern gänzlich unverfügbar. Ebenso schwierig ist es, eine Kultur der Achtsamkeit mit sich und anderen zu entwickeln und eine Haltung der wertschätzenden Kommunikation einzunehmen. Eine mangelnde Lern- und Lebbarkeit ist allerdings nicht ausschließlich in der geringen „Didaktisierbarkeit“ der Gegenstandsbe-reiche, sondern auch in den schwierigen Rahmenbedingungen der pflegerischen Praxis zu sehen ist (Giebel et al., 2014). Zumstein-Shaha zitiert Kevern (2012) und Monareng (2012) mit der Aussage, dass Fachpersonen unabhängig von ihrem eigenen Glauben oder ihren Überzeugungen Spiritual Care anbieten können (Zumstein-Shaha & Alder, 2018). Auch wenn Pflegekräfte in der Pflicht stehen, Patienten individuell und würdevoll zu betreuen, und es in den Ethik-Kodizes der Pflege, in der Pflegecharta und diversen Leitbildern festgeschrieben ist, dass kulturelle, religiöse und spirituelle Bedürfnisse beachtet werden, möchte ich vor dem Hintergrund der oben genannten erforderlichen Kompetenzen und dem teilweise unverfügbaren Wesen von Spiritualität in Frage stellen, ob Spiritual Care etwas ist, was von jeder Fachkraft erwartet werden kann und darf. Nicht nur in Zeiten eines gravierenden Pflegekräftemangels gibt es immer wieder Bestrebungen, zu klären, was originär pflegerisch ist und welche Tätigkeiten nicht dazu zählen und an andere Berufsgruppen (zurück) delegiert werden müssten. In der Folge könnte sich deshalb gerade derzeit die Frage stellen, welche Spiritual Care-Aufgaben der Pflege zuzuordnen sind.

5. In Organisations- und Personalentwicklungsprojekten konfessioneller Einrichtungen wird Spiritual Care eingeführt, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur zu befähigen, Spiritualität von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wahrzunehmen und kompetent darauf eingehen zu können, sondern auch für sich selbst auf gesundheitsfördernde und gesunderhaltende Ressourcen zurückgreifen und präventiv gegen eine emotionale Distanzierung, eine Berufsunzufriedenheit und einen Berufsausstieg wirksam werden zu können (Gerundt et al., 2023). Spiritual Care dient somit auch als Ressource für die Organisation bzw. die einzelne Person. Ohne bezweifeln zu wollen, dass Spiritualität eine Kraftquelle sein kann, muss hier die Frage erlaubt sein, inwieweit es sich um eine Instrumentalisierung im Unternehmensinteresse und eine Technik zur Selbstoptimierung handelt und die Verantwortung für die psychische Gesundheit damit vorrangig der einzelnen Person zugewiesen wird.
6. Abschließend sollen an die unter 3. geschilderten Einflüsse aus den Rahmenbedingungen anknüpfend die

Belastungen aus moralischem Stress und moralischem Unbehagen in Verbindung zu Spiritual Care gebracht werden. Monteverde schlägt vor, zwischen moralischem Stress (moral distress) und moralischem Unbehagen zu unterscheiden und beide als Reaktionen zu verstehen, die aus einem Bündel an Wahrnehmungen – der moralischen Unerwünschtheit – entstehen (Monteverde, 2019). Die Reaktionen unterscheiden sich darin, dass in Situationen, aus denen moralischer Stress entsteht, den Pflegenden bewusst ist, welche moralischen Verpflichtungen sie hätten, allerdings kein Handlungsvermögen besteht. In Situationen, die moralisches Unbehagen auslösen, besteht hingegen keine Klarheit in Bezug auf die bestmögliche Vorgehensweise (ebd.). Beide Formen können eine Belastung darstellen, erfordern allerdings unterschiedliche Zugänge, um sie zu bearbeiten. Moralisches Unbehagen kann z.B. in ethi-



schen Fallbesprechungen oder in Fallanalysen reflektiert und bewältigt werden. Hierfür stehen Methoden wie etwa die Existenzielle Fallbesprechung zu Verfügung (Ehm, 2016). Bei moralischem Stress hingegen muss die Gültigkeit der verletzten Werte anerkannt und für Rahmenbedingungen gesorgt werden, die für die Betroffenen Handlungsfähigkeit ermöglichen oder wiederherstellen (ebd.). Den Unterschied zwischen beidem zu kennen kann Pflegenden helfen, Entlastung zu erfahren, genauso wie das Wissen, ob ein Problem auf sozialetischer oder individualetischer Ebene verortet ist. Es ist nicht verwunderlich, dass die Pflegewissenschaft den Begriff des „moral distress“ aufgriff, der inzwischen eine weite Verbreitung gefunden hat, und diverse Forschungsarbeiten dazu vorliegen (z.B. Hinzmann et al., 2022); ist es doch ein alltägliches Phänomen im Pflegealltag, den eigenen oder als richtig erkannten (moralischen) Anforderungen nicht gerecht werden zu können. In einem Forschungsprojekt der TU München soll in einer Mixed-Methods-Studie untersucht werden, wie hoch die Belastung durch Moral Distress ist, ob Spiritualität eine Ressource darstellen kann, um besser damit umzugehen, welche spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen bestehen und welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt (Frick & Schütte-Nütgen, 2022). Die Fragestellungen intendieren, dass Spiritualität bei der Bewältigung von moralischem Stress hilfreich ist, und es bleibt abzuwarten, ob die Ergebnisse diese Annahme bestätigen. Provokativ könnte auch behauptet werden, dass die Erwartung an

Pflegekräfte, sich mit Spiritualität, spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen auseinanderzusetzen und Spiritual Care anzuwenden, die Personen zusätzlich unter Druck setzt, den moralischen Stress erhöht und die Pflegetätigkeit noch unzulänglicher erscheinen lässt. Zu fragen wäre auch, ob Personen, für die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, von vornherein einen höheren moralischen Maßstab anlegen und daher in größerem Ausmaß an der Unerfüllbarkeit leiden. Frick et al. haben in den Vorarbeiten zu diesem Forschungsprojekt bereits Ergebnisse aus der internationalen Scientific Community gefunden, die darauf hinweisen, dass besonders bei diesen Personen moralischer Stress negative gesundheitliche Folgen haben kann (Wang, Al Zaben, Koenig & Ding, 2021).

Anmerkung

(1) Im Jahr 2021 gab es in der Humanmedizin 12.164 Absolventinnen und Absolventen und es wurden 7.514 promoviert, in evangelischer und katholischer Theologie beendeten 524 Personen ihr Studium und es gab 184 abgeschlossene Promotionen (Destatis 2022). In allen Gesundheitsberufen zusammen (Physiotherapie, Logopädie, Hebammenwissenschaft, Ergotherapie und Kombinationsstudiengänge) begannen 2019 ca. 200 Studienanfänger ein Masterstudium (Wissenschaftsrat 2022), für Promotionen sind keine Zahlen verfügbar, angesichts der wenigen universitären Studiengänge dürfte sich die Zahl im zweistelligen Bereich bewegen.

Quellenverzeichnis

- Chilian, L. (2022). *Ethik und Spiritualität im Gesundheitswesen. Spiritual Care in theologisch-ethischer Diskussion* (Ethik - Grundlagen und Handlungsfelder, Bd. 17, 1. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. Verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170420595
- Destatis. (2022). *Bildung und Kultur. Fachserie 11 Reihe 4.2.*
- Die Deutschen Bischöfe - Pastoralkommission. (2021). „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). *Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden* (Nr. 51). Bonn.
- Ehm, S. (2016). Existenzielle Fallbesprechung – ein Führungsinstrument zur Entlastung Pflegender. *Spiritual Care*, 5 (1), 25–32.
- EKD. Spiritual Care durch Seelsorge. Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD.
- Emshoff, G. (2000). Probleme des Sorge-Begriffs in der Pflegetheorie von Patricia Benner und Judith Wrubel unter besonderer Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. *Pflege und Gesellschaft*, 5 (3).
- Evangelische Kirche Deutschland. (2020). Spiritual Care durch Seelsorge. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD.
- Frick, E. (2019). Spirituelle Anamnese. In T. Roser (Hrsg.), *Handbuch der Krankenhausseelsorge* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 291–300). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Frick, E. & Schütte-Nütgen, K. (2022). Moral Distress und spirituelle Ressourcen in der Intensiv- und Notfallmedizin (MD_IN-Spir). *Spiritual Care*, 11 (1), 99.
- Gerundt, M., Büssing, A. & Giebel, A. (2023). SpECi – Spiritual und Existential Care interprofessionell: Kurzvorstellung eines Modellprojekts zur Spirituellen Begleitung am Lebensende,

- seiner Ziele und erwarteten Effekte. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 24 (02), 76-84.
- Giebel, A., Lubatsch, H. & Meussling-Sentpali, A. (2014). *DiakonieCare. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Pflege. Curriculum und Arbeitshilfe zur Organisationsentwicklung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6027299>
- Heller, B. & Heller, A. (2014). *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse* (Palliative Care, 1. Aufl.). Bern: Huber. Verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456953526/U1>
- Hinzmann, D., Schütte-Nütgen, K., Büssing, A., Boenisch, O., Busch, H.-J., Dodt, C. et al. (2022). Critical Care Providers' Moral Distress: Frequency, Burden, and Potential Resources. *International journal of environmental research and public health*, 20 (1).
- Leitlinienprogramm Onkologie (Hrsg.). (2021). *S3-Leitlinie Palliativmedizin*. Version 2.3. Zugriff am 30.06.2023. Verfügbar unter <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>
- Linseisen, E., Frick, E. & Mächler, R. (2020). MUTASPIR – Stärkung der Menschen in Pflege- und Gesundheitsberufen. *Spiritual Care*, 9 (2), 201-203.
- Lubatsch, H. (2012). *Führung macht den Unterschied. Arbeitsbedingungen diakonischer Pflege im Krankenhaus* (SI konkret, Bd. 5). Berlin: LIT.
- Maidl, L., Frick, E., Mayr, B. & Voll, K. (2018). Entwicklung eines Moduls zu „Spiritualität und Gesundheitsfürsorge“ für den Arbeitsschutz. *Spiritual Care*, 7 (3), 305-308.
- Meussling-Sentpali, A. (2011). "Christliche Pflege" oder "als Christen pflegen"? In R. Köller & G. Schiffner (Hrsg.), *Christliche Heilkunde, Zugänge. Mit Beiträgen aus Theologie, Medizin, Pflege, Psychologie, Diakonie, Weltkirche* (Erstaufl., S. 39-50). Ahnatal: Fornacon.
- Meussling-Sentpali, A. (2019). Professionalisierung und Geschlechterverhältnisse in der Pflege. In C. Rudolph & K. Schmidt (Hrsg.), *Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen* (Arbeit - Demokratie - Geschlecht, Band 26, 1. Auflage, S. 37-53). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik in der Medizin*, 31 (4), 345-360.
- Nauer, D. (2015). *Spiritual Care statt Seelsorge?* Stuttgart: Kohlhammer Verlag. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-1288567>
- Peng-Keller, S. (2019). Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. In S. Peng-Keller & D. Neuhold (Hrsg.), *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen* (S. 13-71). Darmstadt: WBG academic.
- Peng-Keller, S. (2020). Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmodelle und Entwicklungsperspektiven. *Spiritual Care*, 9 (2), 127-135.
- Reber, J. (2012). Spiritualität in sozialen Unternehmen - vom spirituellen Angebot zu einer (christlich-) spirituellen Unternehmenskultur. In J. Stockmeier, A. Giebel & H. Lubatsch (Hrsg.), *Geistesgegenwärtig pflegen. Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf* (S. 228-239). Band 1. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Theologie.
- Utsch, M. (2010). Spiritualität in Medizin und Pflege. In Kottnik, Klaus-Dieter, Giebel, Astrid (Hrsg.), *Spiritualität in der Pflege* (S. 21-33). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Uzarewicz, C. & Uzarewicz, M. (2005). *Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege* (Dimensionen sozialer Arbeit und der Pflege, Bd. 7). Stuttgart: Lucius und Lucius.
- Wang, Z., Al Zaben, F., Koenig, H. G. & Ding, Y. (2021). Spirituality, moral injury and mental health among Chinese health professionals. *BJPsych open*, 7 (4), e135.
- Weidner, F. (1999). Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Annäherung an einen strapazierten Begriff. In D. Sauter & D. Richter (Hrsg.), *Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern* (S. 18-38). Köln.
- Wissenschaftsrat (Hrsg.). (2022). *HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung*. Köln: WR Wissenschaftsrat Geschäftsstelle.
- World Health Organisation. *Palliative Care*. Zugriff am 30.06.2023. Verfügbar unter <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Zumstein-Shaha, M. & Alder, J. (2018). Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose? *Spiritual Care*, 7 (3), 281-291.

Die Autorin

Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali ist qualifiziert als Krankenschwester, Dipl.-Pflegerin (FH), Pflegewissenschaftlerin M.Sc. (univ.); sie arbeitet als Professorin für Pflegewissenschaft an der OTH Regensburg, Fakultät Sozial- und Gesundheitswissenschaften.

News

Struktur verändern und Haltung fördern Tagung zu Spiritual Care im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge

Maßgeblich vom Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) organisiert fand am 30. März im Hörsaalzentrum des Kantonsspitals Aarau die vierte Schweizerische Tagung für Spiritual Care im Gesundheitswesen zum brisanten Thema „Spiritual Care im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge“ statt, erstmals in Form einer Hybridveranstaltung durchgeführt. Einer der Hauptredner war Prof. Dr. med. Giovanni Maio, der seit 2005 den Lehrstuhl für Bioethik und Medizinethik der Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg i.B. innehat und dort das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin leitet.



Maio kritisierte an der momentanen Gesamtausrichtung des Gesundheitswesens den Paradigmenwechsel vom sozialen Schwerpunkt zum Hauptziel der Wirtschaftlichkeit. Indem die Medizin sich davon bestimmen lasse, verfehle sie ihr eigentliches Thema: den Menschen. Die reduktionistisch naturwissenschaftliche Sichtweise vom Menschen nehme derzeit aber eher zu. Vielfach würden bedürftige Personen wie zur Reparatur anstehende Mechanismen behandelt. Die Medizin müsse sich auch vergegenwärtigen, dass Gesundheit nicht produzierbar ist. Maio räumte ein, dass der objektivierende Aspekt sein Recht in Medizin und Pflege hat, aber er dürfe nicht dominieren. Voraussetzung angemessener Behandlung sei grundsätzlich, das Individuum wahrzunehmen und ernstzunehmen. Patientengerechte Fürsorge habe zur Bedingung, in Beziehung zu treten und das jeweils Hilfreiche dialogisch und „auf Augenhöhe“ zu erschließen, statt PatientInnen zu bevormunden. Dafür seien aber auch entsprechende Strukturen und Abläufe erforderlich, im Gegensatz zum Trend, immer mehr zu beschleunigen und funktional zu mechanisieren, um die gesetzten ökonomischen Ziele zu erreichen. Es könne nicht angehen, dass vorrangige personenbezogene Dienstleistungen wie sich Zeit zum Zuhören zu nehmen um der Wirtschaftlichkeit willen als minderwertig beurteilt würden. Eigentlich müssten Mitarbeitende, die das wagen, dafür belohnt werden, statt Reglementierung zu erfahren.

Dr. rer. pol. Werner Widmer, Vizepräsident der Stif-

tung Diakoniewerk Neumünster, pflichtete Maio bei, vertrat aber auch die Ansicht, dass es unternehmerisch effektiv sein könne, einer authentischen Patientenorientierung den Vorrang zu geben, weil sich dieses Merkmal einer Einrichtung in der Bevölkerung herumspreche und dadurch ein Wettbewerbsvorteil entstehe. Dass die meisten Einrichtungen des Gesundheitswesens eine von der Industrie entlehnte Konzeption verfolgten, sei der falsche Weg. Die existenziellen Bedürfnisse der Menschen, die sich der Fürsorge von Gesundheitseinrichtungen anvertrauen, seien nichts Exklusives.

In der abschließenden Diskussion wurde die Haltung der Mitarbeitenden in Pflege und Medizin als ein entscheidendes Element der atmosphärischen Veränderung in Richtung auf mehr glaubwürdige Fürsorglichkeit thematisiert. Allerdings reiche das nur hin, wenn dafür auch geeignete Ressourcen zur Verfügung gestellt würden. Es gehe darum, sich wieder mehr dem ganzen Menschen als Subjekt zuzuwenden und die fraktionierten Arbeitsabläufe darauf auszurichten, um weniger hierarchisch und mehr kooperativ zusammenzuwirken. Mitarbeitende sollten Bestätigung und Unterstützung darin erhalten, in der Arbeit Erfüllung ihrer Sehnsucht nach Sinn zu finden.

Eine wesentliche Bedingung dafür, dass die Haltung Einzelner identitätsstiftend auf die ganze Einrichtung wirken sind ermutigende Teamerfahrungen, die von Vertrauen bestimmt sind, ging aus der Diskussion hervor. Dadurch werde bei den Mitarbeitenden die Sehnsucht nach sinnerfüllender Tätigkeit geweckt und bestätigt. Hierfür gebe es auch hilfreiche Beispiele in Unternehmen der Wirtschaft.

Gian Domenico Barosio, Professor für Palliativmedizin an der Universität Lausanne, sprach sich dafür aus, hinsichtlich der Haltung auch nach evidenzbasierten Zugängen zu suchen, weil man Haltung lernen und entwickeln könne. Auch um spirituelle Kompetenz zu erreichen müsse die lernende Person damit beginnen, die eigene Spiritualität zu entdecken und zu pflegen, statt sich vorrangig auf die Spiritualität ihrer Patientinnen und Patienten zu fokussieren. Eine nachhaltig gute Arbeit im Gesundheitswesen zu leisten sei überhaupt sehr schwer, wenn man sich nicht mit der eigenen Endlichkeit auseinandergesetzt habe, behauptete Barosio, denn nur dann könne man wahrhaftig und authentisch sein.

Das Vorherrschen der Marktorientierung zu Lasten des sozialen Schwerpunkts lasse zu wenig Raum für Spiritual Care in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens, kritisierten Teilnehmer der Abschlussdiskussion. Im Zweifelsfall würden Kapazitäten schnell gestrichen. Das habe sich auch in der zurückliegenden Pandemie in Gestalt autoritärer Maßnahmen zu Lasten der spirituellen Bedürfnisse gezeigt. Tatsächlich sei aber nicht weniger, sondern mehr für die spirituelle Kompetenz der Mitarbeitenden zu investieren. Dafür bedürfe es besonders auch entsprechender Schulungsangebote.

➔ Link zu den Vorträgen und Präsentationsfolien:
<https://fisg.ch/tagung/Beitraege-Tagung>

Fachtagung des Arbeitskreises für Empirische Forschung zu Gnade und Vergebung



Die diesjährige Fachtagung des Arbeitskreises 20. und 21. Oktober im hessischen Butzbach widmet sich mit dem Thema „Gnade und Vergebung“ einem Forschungsbereich, der sowohl spirituell als auch psychotherapeutisch von hoher Relevanz ist. Das Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) gehört zu den Mitveranstaltern; Dr. med. René Hefti wird eine Übersicht der bisherigen empirischen Konzepte und Forschungsergebnisse über „Gnade“ geben. Eines der Highlights wird der Online-Vortrag von Everett Worthington sein, emeritierter Psychologieprofessor an der Virginia Commonwealth University und der womöglich bedeutendste empirisch psychologische Forscher im Bereich „Verggebung“. Die Tagungsthematik wird interdisziplinär durch renommierte Fachpersonen entfaltet.

➔ Nähere Informationen: <https://www.aef-gps.de>



Buchreihe der Stiftung GRS

„Religion, Spiritualität und Gesundheit“ bei der Wissenschaftlichen Buchgesellschaft

Das Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) und dessen Trägerstiftung GRS haben mit der Wissenschaftlichen Buchgesellschaft (wbg) die kontinuierliche Produktion einer wissenschaftlichen Buchreihe vereinbart. Herausgeber sind im Namen der Stiftung GRS Dr. med. René Hefti und Dr. phil. Hans-Arved Willberg. Den Schwerpunkt der Reihe sollen interdisziplinär ausgerichtete Veröffentlichungen bilden. Damit erweitern wir den Forschungsschwerpunkt des FISG im medizinischen Bereich.

Die Reihe soll eine Plattform für innovativ kooperatives Forschen bieten. Unterstützt wird das durch eine Lan-

dingpage und durch beständigen Informationsfluss zu den ca. 80.000 Club-Mitglieder dieses bekannten und renommierten Wissenschaftsverlags.



So wie es aussieht, ist eine wissenschaftliche Buchreihe zu diesem Themenbereich überfällig. Dafür sprechen jedenfalls die durchweg positiven Rückmeldungen der Fachpersonen, die für den Beirat angefragt wurden. Wenn auch manche, die sich die Herausgeber gewünscht hätten, anderer Prioritäten wegen bedauernd absagen mussten, haben sich doch bereits einige profilierte Forscherinnen und Forscher zur Mitarbeit bereit erklärt; weitere werden wahrscheinlich noch folgen. Mit der Arbeit „Trinitarische Anthropologie und Resonanztheorie“ von H.A. Willberg bahnt sich auch schon der erste Band an.

Bislang besteht der aus folgenden Mitgliedern:

● Dr. Michael Ackert, Institut für Empirische Religionsforschung, Universität Bern, ● Prof. Dr. Anton Bucher, Religionspädagogik im Fachbereich Praktische Theologie, Paris Lodron Universität Salzburg, ● Prof. Dr. theol. Corinna Dahlgrün, Praktische Theologie, Friedrich Schiller Universität Jena, ● Jun.-Prof. Dr. theol. Annette Haußmann, Praktische Theologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, ● Prof. Dr. phil. Stefan Huber, Empirische Religionsforschung und interreligiöse Kommunikation, Universität Bern, ● Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali, OTH Regensburg, ● PD. Dr. med. Herbert Scheiblich, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ● Dr. med. Georg Schiffner, Chefarzt für Geriatrie i.R., ● Prof. Dr. theol. Peter Zimmerling, Praktische Theologie, Universität Leipzig.

Wahlpflichtprojekt „Medizin und Spiritualität“ René Hefti im Masterprogramm der Uni Basel

Dr. med. René Hefti, Leiter des FISG, hat als Dozent und Research Fellow an der Klinik für Psychosomatik des Universitätsspitals Basel den Auftrag, das Wahlpflichtprogramm „Medizin und Spiritualität“ im Rahmen des Masterstudiums der Humanmedizin durchzuführen.

Das Projekt will die Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in verschiedenen medizinischen Kontexten beleuchten. Dies geschieht durch die Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur, verschiedenen Spiritualitätsmodellen und Fachbereichen sowie durch den direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten.



➔ Nähere Informationen: <https://www.rish.ch/de/veranstaltungen/wahlpraktika>



Internationale ECRSH-Tagung 2024 9. Europäische Konferenz für Religion, Spiritualität und Gesundheit in Salzburg

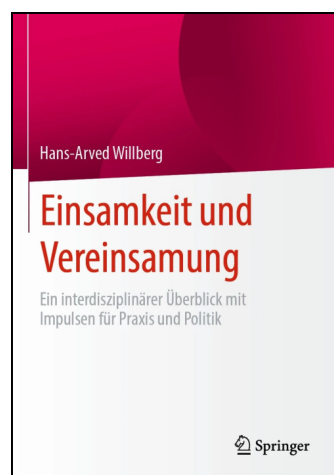
Für die nächste maßgeblich vom Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) initiierte und organisierte „European Conference on Religion, Spirituality and Health“ (ECRSH) können Sie sich bereits anmelden und das Programm einsehen. Sie findet vom 16.-18. Mai 2024 in Salzburg statt, in Kooperation mit der dortigen Paracelsus Medical University. Das Konferenzthema lautet „Spiritual Care Interventions in Modern Health Care“. Das Organisationskomitee besteht aus Dr. med. René Hefti, Prof. Dr. med. Arndt Büssing, Universität Witten-Herdecke, Prof. Piret Paal Ph.D. und Prof. Dr. Stefan Lorenzl, beide von der Paracelsus Medical University.

Alle Informationen und das Anmeldeformular finden Sie auf der ECRSH-Website unter

➔ <https://ecrsh.eu/ecrsh-2024>

Spirituelle Aspekte der Vereinsamung Ganzheitliche Differenzierung der Einsamkeit im neuen Buch von H.A. Willberg

Diese Arbeit stellt eine durchstrukturierte Phänomenologie des Vereinsamungsproblems dar, die sowohl die aktuellen Entwicklungen in Wissenschaft (Psychologie, Sozialwissenschaft, Philosophie) und Sozialpolitik aufzeigt und beurteilt als auch heranzieht, was schon frühere Denker und Forscher darüber zu sagen hatten. Daraus resultieren logische Schlussfolgerungen, was dringend zu tun ist, um die sehr relevante und bedrohliche gesellschaftliche Herausforderung des Vereinsamens zu bewältigen.



Hans-Arved Willberg.
*Einsamkeit und Vereinsamung:
Ein interdisziplinärer Überblick
mit Impulsen für Praxis und Politik.* Springer: Heidelberg, 2023.

Auch die spirituellen Aspekte des Vereinsamens kommen nicht zu kurz. Hierfür werden Platons Höhlengleichnis und mehrere Bibeltexte, in denen Vereinsamung eine zentrale Rolle spielt, vorgestellt und kommentiert.

Zielgruppen sind Fachpersonen verschiedener Berufsfelder im sozialen Bereich, im Gesundheitswesen, in Beratung und Politik.

➔ Nähere Informationen:
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-67162-7>

Weiteres

Aktualisierte Website der Stiftung GRS

Wir laden Sie ein, sich die neu aktualisierte Website der Stiftung GRS anzuschauen!

➔ <https://www.stiftung-grs.ch>

Fortsetzung der Reihe RSH-Publikationen

Im Jahr 2007 haben wir mit Beiträgen von Harold G. Koenig, Arjan Braam, Martin Grabe u.a. die Reihe RSH-Publikationen (Religion, Spirituality and Health) auf den Weg gebracht (s. Abbildung rechts). Die Mitarbeit von H.A. Willberg macht es nunmehr möglich, das Projekt fortzusetzen. Die in den nächsten Monaten zu erwartende zweite Ausgabe hat das Thema „Spiritualität in der Medizin - Luxus oder Notwendigkeit?“. Es ist geplant, danach regelmäßig weitere Veröffentlichungen in dieser Reihe folgen zu lassen, deren Sinn und Ziel es ist, mit vergleichsweise geringer Seitenzahl unkompliziert kurzfristig Arbeiten zu aktuellen Themen zur Verfügung zu stellen.

➔ <https://www.rish.ch/de/publikationen/rish-publikationen>



Buchbesprechung

Einsam sein - ein wachsendes Problem? Ein neuer Sammelband gibt unterschiedliche Antworten

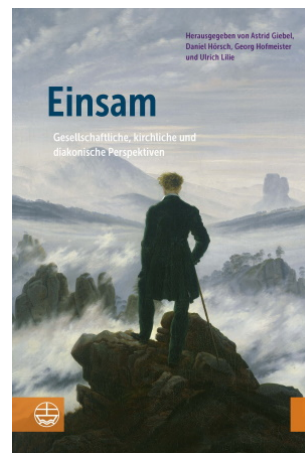
Giebel, Astrid, Hörsch, Daniel, Hofmeister, Georg, Lilie, Ulrich (Hg.). **Einsam: Gesellschaftliche, kirchliche und diakonische Perspektiven.** Im Auftrag der Diakonie Deutschland. Evangelische Verlagsanstalt: Leipzig, 2022.

332 S., Hardcover, 28,00 €, ISBN 978-3-374-07159-3.
Auch als E-Book erhältlich

Jürgen Stobbe, Vorstandsvorsitzender der „Versicherer im Raum der Kirchen“ (VRK), lässt in seinem Geleitwort keinen Zweifel daran, „dass ein bundesweiter Aus- und Aufbau von Strukturen und Hilfenetzen zur Bekämpfung von Einsamkeit nötig ist, in dem die Wohlfahrtsverbände, Vereine, Kirchen und auch kommunale Einrichtungen zum Wohle der Menschen zusammenarbeiten“ (S.18). Das Buch ist, explizit im Titel betont, im Auftrag der Diakonie Deutschland e.V. entstanden, dem Dachverband der diakonischen Einrichtungen in evangelischen Kirchen, dessen Dach sich laut Wikipedia über 17 Diakonische Werke mit fast 600.000 hauptamtlichen und etwa 700.000 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern spannt. Dieser Auftrag wird kräftig unterstrichen durch die Mitherausgeberschaft von Ulrich Lilie, dem Präsidenten der Diakonie Deutschland e.V.

Es handelt sich um einen Sammelband mit einem bunten Spektrum von Beiträgen aus den Federn unterschiedlicher Fachpersonen. Titel und Autorenverzeichnis lassen einen weiten Radius der Erörterung des Themas „Einsamkeit“ erwarten; „gesellschaftliche, kirchliche und diakonische Perspektiven“ zum Einsamkeitsthema können alles Mögliche enthalten. Das Coverbild, Caspar David Friedrichs „Wanderer über dem Nebelmeer“, deutet eher auf die schönen und erhabenen Seiten der Einsamkeit hin, es gibt andere Bilder des Malers, in denen die Ambivalenz oder auch die Last der Einsamkeit viel stärker zum Ausdruck kommt. Damit wird es manchen Beiträgen gerecht, andern eher nicht, worin sich spiegelt, dass die Ambivalenz schon im Begriff „Einsamkeit“ selbst enthalten ist.

Anscheinend haben sich die Herausgeber bewusst nicht darauf festlegen wollen, das Einsamsein zu problematisieren, anders als das im Übrigen ähnlich konzipierte „Einsamkeits-Buch“ von Thomas Hax-Schoppenhorst (2018). Die „kirchliche Perspektive“ kennt ja auch gute theologische Gründe dafür, und die entsprechenden Beiträge vermitteln zu Recht, dass es in der Welt des Glaubens durchaus gesegnete Einsamkeiten gibt. Bei manchen Lesern könnte aber der Gesamteindruck entstehen, dass Vereinsamung nicht wirklich zu einer sehr ernst zu nehmenden wachsenden gesellschaftlichen Herausforderung im Sinne von Stobbes einleitendem Statement geworden ist, sondern dass es zur Mode geworden ist, die Problematik dramatisch zu überzeichnen. Das schwerste Gewicht der Relativierung des Vereinsamungsproblems legt der Beitrag von Johann Hinrich Claussen auf die Waagschale, immer-



hin Kulturbeauftragter der Evangelischen Kirche in Deutschland, namhafter Publizist und Honorarprofessor. Er hatte schon 2021 mit Ulrich Lilje zusammen das Buch „Für sich sein“ geschrieben, als „Atlas der Einsamkeiten“ gedacht, gewissermaßen ein Reiseführer für Menschen, die persönliche Zufluchtsorte suchen, wo sie eben dieses finden: Ganz für sich zu sein. Der Werbetext des Verlags liest sich so romantisch wie die das Bild vom einsamen

Wanderer auf dem Gipfel. „Jeder scheint die Einsamkeit zu kennen“, heißt es da, „und doch ist sie wie ein unerforschter Kontinent.“ Claussen scheint die Einsamkeit besser zu kennen als die Vielzahl von Fachpersonen in Humanwissenschaft, Politik und Geisteswissenschaft, die auf diesem Kontinent nun schon seit geraumer Zeit forschend unterwegs sind und in ihren Forschungsberichten durchweg die guten Seiten der Einsamkeit nicht verschweigen, aber begreiflicherweise die schweren Probleme wachsender Vereinsamung um so deutlicher benennen. Claussens Kommentar dazu fällt erstaunlich sarkastisch aus.

Das geht auf Kosten der lesenswerten Beiträge über Einsamkeit als Problem, sehr schön übersichtlich und prägnant zum Beispiel von Martin Grabe, Chefarzt in der Psychiatrie, über die Pathologie der Vereinsamung, wie auch von dem bekannten Zukunftsforscher Horst Opaschowski, mit dem prognostischen Titel „Die größte Armut im Alter wird die Kontaktarmut sein“. Ganz aktuell aus der empirischen Forschung schöpft der Medizinprofessor Arnd Büsing unter der Überschrift „Empfundene Einsamkeit und soziale Isolation im Verlauf der Coronapandemie“.

Um dieser Artikel willen und einer Reihe weiterer, die einzeln aufzuführen den Rahmen sprengen würde, kann ich das Buch warm empfehlen. Zudem ist allein schon dankenswert, dass es überhaupt zu diesem Zeitpunkt herausgekommen ist. Es gibt bisher noch zu wenig umfassende Veröffentlichungen, die hilfreich für die „Bekämpfung von Einsamkeit“ sind, wie Stobbe das ausdrückt. Darin ist allerdings Claussen recht zu geben: Pauschal die Einsamkeit als solche zu bekämpfen wäre das falsche Ziel. Aber das ist ja auch nicht gemeint. Nur hat man sich in Wissenschaft, Politik und Medien noch nicht dazu durchgerungen, der Problemseite der Einsamkeit den Namen zu geben, der eigentlich angemessen ist: *Vereinsamung*. Denn *darum* allein dreht sich die große Sorge der vielen, die auch schon ein bisschen auf jenem Kontinent herumgekommen sind. Und dies völlig zu Recht.

Hans-Arved Willberg

Aktuelle Unterstützungsprojekte der Stiftung GRS



Junge Ärzte untersuchen die Ressource „Spiritualität“

Wir realisieren, was an Universitäten bisher nicht möglich ist. Medizinstudenten und junge Ärztinnen erforschen im Rahmen von Masterarbeiten und Promotionen den Einfluss von Spiritualität auf Krankheit und Heilung.

Micha Eglin: „An der Universität wäre es nicht möglich gewesen, diese Masterarbeit zu schreiben. Das Thema wird im Studium nicht behandelt.“

Was hilft psychiatrischen Patientinnen und Patienten?

In Zusammenarbeit mit der Klinik SGM Langenthal und anderen Institutionen untersuchen wir den Einfluss des Glaubens auf die Behandlung und den Verlauf von psychiatrischen Erkrankungen. In einer aktuellen Studie zusammen mit der Universität Zürich evaluieren wir die Bedeutung von religiös motivierter Dankbarkeit.

Salome Mezzadri: „Meines Glaubens wegen bin ich trotzdem sehr dankbar.“



Wie sehen Hausärzte den Zusammenhang?

In einer weiteren Studie untersuchen wir die Sichtweise der Hausärztinnen und Hausärzte: Wie erleben sie den Einfluss des Glaubens auf ihre Patienten? Stärkt oder behindert er Heilungsprozess und Krankheitsbewältigung? Wird in den Sprechstunden das Thema „Spiritualität“ einbezogen?

Dr. med. Christian Etter: „Der Glaube der Patientinnen und Patienten ist oft eine echte Ressource.“

Bezahlte Leitungsstelle für das Forschungsinstitut

Der aktuelle Leiter und Pionier des Forschungsinstituts arbeitet weitgehend unentgeltlich. Im Sinne der Nachfolgeregelung muss in den nächsten 2-5 Jahren **eine teilzeitliche, bezahlte Leitungsstelle** geschaffen werden. Dies ist ein vordringliches Anliegen des Stiftungsrats zur Existenzsicherung.

Werner Grylka: „Es geht dabei um 50-60'000 Franken pro Jahr.“



Der GRS-Stiftungsrat. Von links nach rechts: Dr. med. R. Hefti (Präsident), R. Hebeisen (Fundraising), Dr. med. H.R. Pfeifer (Public Relations), Dr. med. A. Seiler (Institutionen), W. Grylka (Finanzen)

Spiritualität und Gesundheit Juli 2023 | Jahrgang 02 | Heft 01

„Körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlergehen“ (WHO)



Stiftung GRS
Gesundheit Religiosität Spiritualität