

Spiritualität und Gesundheit

Zeitschrift der Stiftung für Gesundheit, Religiosität und Spiritualität

ISSN 2813-2955 August 2024 | Jahrgang 03 | Heft 01



Schwerpunktthema

Spiritual Care Interventionen

Spiritual Care Interventions: What Healthcare Professionals Need to Know
Sachlichkeit statt Gastlichkeit? Den Geist der Zuwendung neu entdecken
Spiritual Care Interventionen bei neurologischen Erkrankungen

H. Koenig
M. Balboni
S. Lorenzl

Impressum

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

Fotos lizenziert aus Pixabay.com und Pexels.com. Weitere Fotos freigegeben von S. Lorenzl und M. Ackert oder gemeinfrei.

Unterstützen Sie uns!

Forschung auf dem Gebiet von Gesundheit, Religiosität und Spiritualität (Spiritual Care) findet bei staatlichen und wissenschaftlichen Organisationen bisher kaum Unterstützung. Gleichermaßen 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 Leserinnen und Leser!

Wohin geht die Reise im Gesundheitswesen? Dr. Michael Balboni hat als einer der Hauptredner bei der 9. European Conference on Religion, Spirituality and Health (ECRS), die Mai dieses Jahres in Salzburg stattfand, eindringlich dargelegt, dass sich das Gesundheitssystem seines Heimatlands, der USA, in die falsche Richtung bewegt. Lesen Sie dazu den Beitrag „Sachlichkeit statt Gastlichkeit?“ und den Konferenzbericht in der Rubrik „News“.

Leider spiegeln sich in Balbonis Analyse auch sehr deutlich die Verhältnisse bei uns. Er verwendet das Bild vom Zug, der in die falsche Richtung fährt. Viele Mitarbeitende im Gesundheitswesen sitzen mit dem Rücken zur Fahrtrichtung: Eigentlich idealisieren sie für sich selbst ein Ziel, das im direkten Gegensatz zur allgemeinen Entwicklung steht: Der Zug fährt in Richtung einer immer stärker werdenden Versachlichung kranker Menschen, bei der es sich faktisch um eine *Verdinglichung* der Person handelt, die zum Behandlungsobjekt reduziert wird und allenfalls (wenn sie genug Geld hat) als „Kunde“ im Sinne eines Geschäftspartners gilt. Mich erinnert Balbonis Bild vom Zug an Dürrenmatts Novelle „Der Tunnel“, wo der Zug hältlos zu rasen beginnt und schließlich ins Inferno stürzt.

Balboni behauptet, dass es einer sehr starken spirituellen Gegenbewegung bedarf, um das kranke Gesundheitswesen zu heilen, indem die persönliche Zuwendung dominiert und die Sachaspekte dienen statt zu herrschen.

Aber dürfen wir vielleicht doch hoffen, dass die Gegenbewegung schon im Begriff steht, den fatalen Trend umzukehren? Harold Koenigs Beitrag „Spiritual Care Interventions“ etwa ist ein systematisch erfreulich klarer Überblick der bereits vorhandenen Möglichkeiten, der Spiritual Care in diesem Gesundheitssystem den Raum zu geben, die ihr gebührt - man muss es nur tun. Dazu passt Stefan Lorenzls Artikel „Spiritual Care Interventionen bei neurologischen Erkrankungen“, der nicht nur auf den Punkt bringt, worauf es bei einer „subjektzentrierten“ Spiritual Care ankommt, sondern auch davon redet, wie das praktisch bereits geschieht. Das belegte Lorenzl bei der ECRSH mit ermutigenden Fallbeispielen. Sein Beitrag in diesem Heft wie auch der von Balboni basieren auf den Transskripten dieser beiden Vorträge in Salzburg.

Zeichnet sich womöglich ab, dass sich immer mehr verantwortliche Personen im Gesundheitswesen nicht nur theoretisch vertieft mit dem zentralen Aspekt des *Sorgens* (Care) beschäftigen, sondern es auch allen so genannten „Sachzwängen“ (dem scheinbaren Zwang, aus Menschen Sachen zu machen) zum Trotz schaffen, wenigstens Oasen gelebter Hospitalität (hospitality) dort zu verwirklichen, wo sonst nur noch die Bezeichnung „Hospit-

Inhalt

Hauptbeiträge

Harold Koenig

Spiritual Care Interventions: What Healthcare Professionals Need to Know 04

Michael Balboni

Sachlichkeit statt Gastlichkeit?

Den Geist der Zuwendung neu entdecken 09

Stefan Lorenzl

Spiritual Care Interventionen bei neurologischen Erkrankungen 15

News

18

9. ECRSH-Tagung 2024 in Salzburg: Rückblick Vorstellung Dr. Michael Ackert vom FISG

tal“ daran erinnert, wie das früher einmal gedacht war? Es könnte sein, dass sich die Zeichen dafür mehren. Dazu passt das exzellente neue Buch von Giovanni Maio, das auf S.14 vorgestellt wird, oder auch das Thema „Ich kümmere mich“ des 9. Christlichen Gesundheitskongresses in nächsten Jahr und das Thema „Unterwegs zu einer Kultur des Sorgens“ der anstehenden Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität (IGGS) (S.18). Auch die ausgezeichneten Beiträge in unserem vorletzten Heft vor einem Jahr mit dem Schwerpunktthema „Spiritual Care im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Fürsorge“ weisen in diese notwendige gute Gegenrichtung Sie finden das Heft zum freien Download auf der Seite www.spiritualitaet-und-gesundheit.de.

Wir brauchen angesichts der gefährlich starken Abkühlungstendenzen des sozialen Klimas eine apokalyptische Metaphorik wie Dürrenmatts Tunnel, um nicht aus dem mehr oder weniger gelingenden business as usual zu folgern, es sei doch alles gar nicht so schlimm. Aber wir brauchen das nicht, um in Panik zu geraten, sondern um entschlossener und mutiger zu werden. Davon waren die Vorträge bei der ECRSH geprägt und dem ist auch unsere Zeitschrift gewidmet.

Ein wichtiges Element der Gegenbewegung ist die Forschung. Ein weiteres erfreuliches Zeichen dafür, dass sich etwas tut, ist die neue leitende Mitarbeit des Religionswissenschaftlers Dr. Michael Ackert im FISG. Lesen Sie dazu seine Vorstellung auf S.19.



Hans-Arved Willberg

Harold Koenig

Spiritual Care Interventions: What Healthcare Professionals Need to Know¹

Abstract

Dieser Beitrag geht der Frage nach, was professionell Mitarbeitende im Gesundheitswesen brauchen, um Spiritual Care Interventionen integrieren zu können. Es ist hierfür davon auszugehen, dass sie dazu bislang eher nicht befähigt wurden. Also muss man ihnen Methoden zur Verfügung stehen, die sie trotzdem handhaben können. Wichtige Maßnahmen dieser Art sind Spirituelle Anamnesen (spiritual histories); das wird im Folgenden entfaltet und drei bereits vorhandene Instrumentarien werden vorgestellt. Im zweiten Teil des Artikels werden einige mögliche Interventionen beschrieben: Die Dokumentation der Daten aus der Spirituellen Anamnese, das Arangieren und Empfehlen spiritueller Unterstützung, das Wahrnehmen und Bestärken spiritueller Überzeugungen, das Beten mit Patienten, das Verschreiben gesundheitsfördernder religiöser Aktivitäten und die Vermittlung von Spiritual Care. Für all das können Partnerschaften von Gesundheitseinrichtungen mit religiösen Gemeinschaften hilfreich sein.

Introduction

How does a healthcare professional (HP) integrate spirituality into patient care or provide spiritual care to patients? How are spiritual needs identified? What is done with the information learned? How does the HP respond to questions from the patient about this? HP's are those without specific religious training, as might be obtained by a professional health care chaplain. Most important here is the "screening" spiritual history. I will provide specific recommendations on how to address spiritual needs that are uncovered. I will also make recommendations for addressing spiritual needs including, but are not limited to, active listening, showing respect for religious/spiritual (R/S) beliefs, supporting the patient's R/S beliefs, appropriate referral, and providing spiritual care.

Taking a Spiritual History

A spiritual history should be taken before referring patients to pastoral care and before other spiritual interventions such as prayer with patients. The spiritual history will set the stage for all future HP actions in this area and may impact the medical care plan. The reason for taking a brief spiritual history is to:

- (1) understand the role that religious or spiritual (R/S) beliefs play in the patient's coping with illness;
- (2) understand how R/S beliefs may be a source of stress or distress for patients;
- (3) become familiar with the patient's religious beliefs as they relate to decisions about medical care;
- (4) become aware of how much support those medical decisions are likely to receive from the patient's social network (which is often their religious community); and
- (5) identify spiritual needs that could affect the patient's health outcomes or use of health services.

Taking a spiritual history is actually an intervention in itself. First, it signifies that this aspect of the patient's identity is recognized and respected by the HP, and that the patient is valued as a whole person (beyond their physical health problems). Second, it provides important information about the motivation behind many of the patient's (or family's) decisions regarding their health care. Third, it provides information about patients' support systems and community resources that may help ensure compliance, adequate medical follow-up, and monitoring of the patient's medical condition. Finally, communicates to the patient that the HP is willing to talk about spiritual health and spiritual needs should these be important to the patient.

Several instruments have been used to take a spiritual history. Which instrument is used is not important; what is important is that certain information be collected and done so in a systematic manner. The choice of specific instrument for taking a spiritual history depends on several considerations. First, the questions making up the spiritual history should be brief and take only a minute or two to administer. Second, the questions should be easy to remember so that the HP does not miss important information. Third, the questions should gather information appropriate to the patient's particular healthcare situation (e.g., medical vs. psychiatric). Fourth, the spiritual history must be patient-centered, focused on the patient's beliefs not those of the HP. The information being gathered has nothing to do with what the HP believes or doesn't believe. The purpose of taking a spiritual history is to better understand the patient's beliefs and what role R/S play in the patient's health and illness, without judgment or attempts to modify those beliefs (or lack of belief). Finally, the scale used to acquire the spiritual history should be a credible one –that is, should be acknowledged as valid and appropriate by experts in the field. I now present three short spiritual histories that meet these criteria. Each has its advantages and disadvantages.

¹ This article is based on the book *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What* (3rd ed.). Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press, 2013

CSI-MEMO

This is a four-item spiritual history scale that was originally published in the *Journal of the American Medical Association* (JAMA) (Koenig, 2002). It was adapted specifically for a busy clinical setting—particularly for hospitalized patients with severe acute or chronic medical illness. The items are:

1. Do your religious/spiritual beliefs provide **Comfort**, or are they a source of **Stress**?
2. Do you have religious/spiritual beliefs that might **Influence** your medical decisions?
3. Are you a **MEMber** of a religious/spiritual community, and is it supportive to you?
4. Do you have any **Other** spiritual needs that you'd like someone to address?

The CSI-MEMO is brief, has a credible source, and will identify most issues that could affect medical decisions or trigger a referral to a chaplain or pastoral counselor. These questions may be administered all at one time, or they may be asked over several visits. The best time is during the initial history and physical illness with the new patient. CSI, a well-known criminal show on television, is a mnemonic that may help the HP remember the items.

ACP Spiritual History

A consensus panel of the *American College of Physicians* and *American Society of Internal Medicine* has come up with the following four questions specific for of patients in palliative care (Lo et al., 1999):

1. Is faith (religion, spirituality) important to you in this illness?
2. Has faith been important to you at other times in your life?
3. Do you have someone to talk to about religious matters?
4. Would you like to explore religious matters with someone?

This spiritual history has a very credible source (American College of Physicians) and has been published in a very credible medical journal (Annals of Internal Medicine). It is brief and easy to remember. It is also patient-centered and relatively impersonal. Unfortunately, it fails to gather information on more general spiritual needs, connections with a faith community community, and beliefs that might affect medical-decision making. Unfortunately, there is also no mnemonic that can be used to remember these questions.

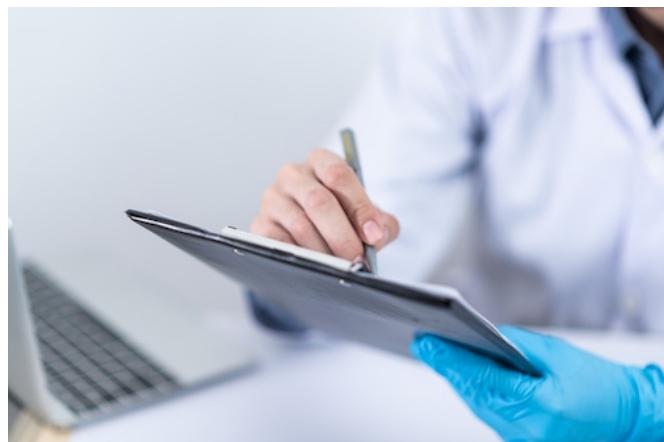
FICA Spiritual History

Originally developed by Internist Dr. Dale Matthews, and later publicized by internist Dr. Christina Puchalski and colleagues, is the FICA spiritual history scale. It consists of the following four questions that can be remem-

bered using the US income tax mnemonic FICA (Puchalski & Romer, 2000):

1. **F**—faith—What is your faith tradition?
2. **I**—important—How important is your faith to you?
3. **C**—church—What is your church or community of faith?
4. **A**—address—How might we address your spiritual needs?

The FICA is also brief, has good content, is patient-centered, has been published in a peer-reviewed medical journal, and is easy to remember. Unfortunately, it does not ask a question about how the patient's spiritual beliefs might influence their medical decision-making, which is critical for the HP to know about.



Single Question

All of the spiritual histories described above take time (1-2 minutes), which an HP may not have time to spare. In busy clinical settings, the clinician may only have time to ask one question. Here is one that I suggest: "Do you have any spiritual needs or concerns related to your health?" Such a question will at least acknowledge to the patient that this is an area that the HP is concerned about and therefore will open the door for any future conversations on spiritual issues should they be relevant to the patient's health care (Koenig 2013).

Preparing the Patient

Before beginning the spiritual history, the HP will need to prepare the patient by explaining why these questions are being asked. Otherwise, the patient may begin to panic, thinking that their medical illness is more serious than they had thought. Whenever HPs brought up the topic of religion or spirituality in the past, it was because the patient was getting ready to die. Because patients are always looking for cues about the status of their health from their health provider the HP does not want to give the wrong impression. Therefore, briefly explain why these questions are being asked, i.e., as a matter of routine, all patients are asked these questions in an effort to provide wholistic healthcare. Once it is clear that the patient understands why the questions are being asked, the spiritual history may proceed.

Non-religious Patients

If the patient indicates at the beginning of the spiritual history that they are not religious or spiritual, and this has nothing to do with their medical condition, the spiritual history should focus on how the patient is coping, what gives life meaning and purpose in the setting of the current illness, or there any cultural beliefs that might influence the treatment of the illness or medical decision-making, and whether there are social resources available to provide support at home. This will provide vital information without offending the patient or making the patient feel uncomfortable or pressured. It is unclear whether the HP should inform non-religious patients about spiritual resources available to them and whether they might wish to pursue them. One might question whether it is fair to deprive non-religious patients of information about available spiritual resources that other patients have access to (i.e., services offered by chaplains, chapel services, prayer with HPs, etc.). As a compromise, the HP might offer to have the chaplain stop by, explaining how a chaplain might help -- listen and serve as a support and resource, without bringing up religious or spiritual issues unless the patient requests.

Other Aspects of Integrating Spirituality

Besides taking a spiritual history, what does the HP do next as part of the integrating spirituality into patient care? There exists almost no research to help guide the answer to this question. Common sense is the rule here. The following HP activities might take place after the spiritual history if the patient is spiritual or religious: documentation, orchestrating pastoral care resources (referral), supporting the patient's spiritual beliefs, conducting a spiritual intervention (such as prayer), prescribing spiritual activities, and working together with the patient's religious community (if explicit and written permission is given by the patient) to optimize health care and ensure adequate monitoring once the patient is discharged back home. I now describe each of these briefly.

Documentation

A special section of the patient's medical record should be designated for documenting all information gathered from the spiritual history by the HP, by the chaplain, and by anyone else addressing the spiritual needs of the patient (included here would be any spiritual needs uncovered by the spiritual history, results of chaplain visits, etc.). Notes here can be quite brief, and include only information necessary in order to provide whole person care by the health care. This may help to avoid duplication of work, such as spiritual histories taken by multiple providers, which may be irritating to the patient.

Orchestrating Resources

In the event that spiritual needs are identified, the HP must decide whether they are capable of meeting the spiritual needs or whether a referral should be done to pastoral care. HPs will vary widely in terms of interest, qualifi-

cations, and training with regard to addressing spiritual needs. The *physician*, as the leader of the health care team, should ensure that spiritual needs are met by someone, whether those are meant by the physician or someone else. Such a responsibility should not be turned over to the nurse, chaplain or pastoral care provider. Nearly two-thirds of physicians would agree based on research conducted on 160 primary care physicians, which found that 69 percent disagreed with the statement, "Only clergy should address religious issues" (Koenig et al., 1989).

Listening with respect and concern may be all that is needed. If complex spiritual needs are present, however, in the physician does not have time, then a referral to pastoral care will be necessary. This is done after a brief description is given to the patient about why they think it would be beneficial for them to see a chaplain or pastoral care person, and what kind of services that person can provide. Alternatively, the nurse can arrange for a pastoral care referral after providing to the patient the same information above. Chaplains are the true specialists in this area, they should be fully utilized whenever possible. If not available, then pastoral counselors or a clergy person from the patient's religious denomination might be contacted, after permission is obtained from the patient.

Other resources that need to be orchestrated, depending on the needs of the patient, are religious reading materials (Bible, Qur'an, etc.), access to religious services (hospital chapel or television), help performing a religious ritual, opportunity to receive a sacrament such as the Eucharist or Holy Communion, or time to pray with clergy or member of their religious group or family. Institutions have an obligation to provide these resources because patients are often isolated from such religious help, just as our those in the military and in prison who must have similar access so that they can practice their religion.

Support Spiritual Beliefs

When the HP takes the spiritual history, it is important to be respectful and supportive of any religious beliefs that are important to the patient. If the patient's beliefs are unfamiliar to the HP, are different from what the HP believes, or conflict with the medical, nursing, or rehabilitation care plan, remember that the purpose is to *enter into the worldview of the patient* and establish a safe space where the patient can talk about their faith without restrictions or fear. Especially if the religious beliefs are not interfering with medical care, are used by the patient to cope with their illness, and are not obviously pathological or harmful, HP should support these religious beliefs and practices. The reason for doing so is because R/S beliefs have been shown in numerous studies to facilitate patients' coping with medical illness, which may ultimately influence compliance with treatment and medical outcomes (Koenig et al., 2024).

To enhance a *religious* patient's coping with an illness, the HP may even point out the scientific evidence suggesting that religious beliefs help patients to cope better and influence their health outcomes. Pointing this out to patients who are not religious, however, is not appropriate and should not be done. Remember that the HP is support-

ing beliefs and practices that are already being engaged in by the patient, not introducing new beliefs or encouraging practices that are foreign to the patient.

Pray with Patients

One of the most controversial areas when providing spiritual care is whether or not the HP should offer to pray with patients (Sloan et al., 2000). If the HP prays silently for patients without their knowledge, there is no problem. However, if the HP communicates to the patient that he or she will be praying for the patient, it is always important that permission be requested from the patient to do this. If the HP does not tell the patient that he or she is doing this, then, no permission from the patient is necessary (in my opinion). If the HP initiates the action of prayer with the patient, however, there is some degree of risk and permission is definitely required. On the one hand, praying with a religious patient who initiates the request for prayer can provide enormous comfort and support and strengthen the HP-patient relationship. On the other hand, if the HP initiates the prayer (asks the patient if they would like to pray) this can make the patient feel imposed upon, pressured, and uncomfortable. Some believe that this activity should never take place between a non-chaplain HP and a patient (Sloan et al., 2000), and there are reports of patients' family members actually suing and winning cases against HPs, or HPs losing their license to practice, when prayer was done inappropriately or indiscriminately. Prayer with patients should be made on a case-by-case basis, since "appropriateness" depends on the particular patient, the particulars situation, and the particular HP. Who initiates such activity is a critical factor, as is obtaining uncoerced consent from the patient (which may be difficult for the patient to give if the HP initiates the request because patients usually wish to please the HP providing them with medical care).

Many primary care physicians report that they have prayed with patients. In the primary care setting, integrating spirituality into patient care is less risky than in psychiatric settings, when considerable more care needs to be taken (Koenig, 2018). In primary care settings, spiritual and religious issues usually have to do with the patient's use of these beliefs and practices in coping with their medical illness, which is generally healthy. In psychiatric settings, clinicians need to be more careful given boundary issues between the counselor/psychologist/psychiatrist and the patient, which can easily be crossed over when prayer enters into the relationship. However, it is a different story in general medical settings.

For example, in a study of Illinois physicians, one-third indicated that they had prayed with a patient at some time or another and nearly 90 percent of those physicians felt that it had helped the patient (Koenig et al., 1989). In a study of seventy-eight physicians in departments of internal medicine, neurology, surgery, and family medicine at a St. Louis academic medical center, 55 percent indicated that a patient had requested to pray with them in a non-crisis situation (Chibnall & Brooks, 2021). In a study of 298 patients whose physician prayed with them prior to ophthalmologic surgery (a study which examined physician-initiated prayer), 85 percent said that the prayer affected the surgical result in a positive

way, and 74 percent said they believed the prayer positively affected their relationship with the physician (Siatkowski et al. 2008).

Prescribe Religious Activities

The effects of religious beliefs and practices on health are similar to those of not smoking cigarettes and regular physical exercise (Koenig et al., 2024), then perhaps HPs should prescribe religious activities (Sloan et al., 2000)? Perhaps HP's should recommend that nonreligious patients become religious, pray, meditate, attend religious services more regularly, or begin a study of religious scriptures to improve their health? In almost every case, this goes beyond what HPs should do. Especially when done with non-religious patients, such prescriptions have serious potential for coercion and infringement on patient rights. Religion is a sensitive and deeply personal area of patients' lives, and HPs cannot pressure patients to believe in a certain way. Furthermore, there is no evidence from clinical trials that if patients become more religious *only in order to be healthier* than this will result in better health. Instead, research shows that persons who are religious for religion's sake have better health outcomes. Better health may be an unintended benefit of being religious for the right reasons.

Provide Spiritual Care

What I have discussed above could be considered under the term "spiritual care." I'm primarily referring here to the activities in this area done by non-chaplain HPs. Spiritual care involves care of the *spiritual* dimensions of the person, and is different than the usual healthcare provided by physicians, nurses, and other non-chaplain HPs that focuses on physical care. Spiritual care is not the same as only addressing emotional and psychological needs of patients. Spiritual care is also different than addressing the social or family needs of patients. Spiritual care is different from these other aspects of care in addressing that aspect of the whole person that has to do with that person's relationship to what they understand as the transcendent and the spiritual needs that result from that relationship.

What does spiritual care involve? In my understanding, spiritual care involves four different aspects of care, some of which has already been covered: (1) taking a spiritual history (talking with patients about these issues), (2) identifying spiritual needs, (3) ensuring that spiritual needs are met by someone, and (4) and providing health care in a spiritual way. This fourth aspect of spiritual care is perhaps the most important and involves *the way* that health care is provided by physicians, nurses, social workers, counselors, physical therapists, occupational therapists, dieticians, and other non-chaplain HPs. The care provided is spiritual if it recognizes the sacred nature of the person and the holy obligation of the HP in providing care. This involves providing health care with respect for the patient as a unique individual; inquiring how the patient wishes to be cared for; providing care in a kind and gentle manner; providing medical care in a competent manner (using all of one's skills and knowledge); and taking extra time with patients who really

need it. Providing spiritual care is not easy for the HP, but can be life-giving for both patient and provider.

Faith Community-Healthcare System Partnerships

Because of the imperative to care for the needy, religious communities have often been the first to meet the needs of the poor, destitute, and downcast members of society. They were the first to meet the health care needs of persons in the community who couldn't afford medical care (Koenig et al., 2012, pp 15-34). Religious communities can be a source of volunteers to provide practical services for those with medical illness, as well as provide respite for their families (Koenig, 2004). Working with Congregational nurses (sometimes called parish nurses), i.e., registered nurses who are members of a religious community and provide leadership in healthcare programs, can help ensure that the medical plan for a patient is carried out, that worsening illness is identified early on, and that appropriate care can be obtained. Congregational nurses can also mobilize and train volunteers, as well as initiate health education and health screening to maintain wellness in their faith communities (Carson & Koenig, 2011).

Summary and Conclusions

HPs must learn to take a spiritual history in a manner that is patient-centered and respects the patient's beliefs and lack of beliefs. A spiritual history provides information about the spiritual needs of the patient that can help the provider tailor care to those needs. The spiritual history also communicates to the patient that they can talk about this topic with their HP, particularly if it relates to their healthcare. Non-chaplain HPs can often themselves address simple spiritual needs when arise. However, except for the simplest of spiritual needs, the HP should refer patients to professional healthcare chaplains or pastoral counselors with training in this area. At all times, HPs should support the religious beliefs and activities uses to cope with their illness and are not obviously harmful or conflicting with medical care. In some circumstances, the HP may consider praying with a patient, particularly if the patient requests the HP to do so. Offering prayer to patients, though, is riskier because it has the potential for coercion, which is never appropriate in healthcare settings. One of the most important aspects of spiritual care involves providing ordinary health care in a spiritual way; this involves treating every patient with kindness and compassion as a unique person, providing care in a competent manner, and taking extra time with patients who really need it. While often difficult, this aspect of spiritual care can be done with every patient regardless of their beliefs and carries no risk.

References

- Carson, V. B., & Koenig, H. G. (2011). *Parish Nursing: Stories of Service and Care*, 2nd edition. Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Chibnall, J. T., & Brooks, C. A. (2001). Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *Southern Medical Journal*, 94(4), 374-379.

- Koenig, H. G. (2002). An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Journal of the American Medical Association*, 288(4), 487-493.
- Koenig, H. G. (2004). *Faith in the Future: Healthcare, Aging, and the Role of Religion*. Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2013). *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What* (3rd ed.). Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2018). *Religion and Mental Health: Research and Clinical Applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Koenig, H. G., Bearon, L. B., & Dayringer, R. (1989). Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. *Journal of Family Practice*, 28(4), 441-448.
- Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*, 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., VanderWeele, T. J., & Peteet, J. R. (2024). *Handbook of Religion and Health*, 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Lo, B., Quill, T., Tulsky, J., & ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. (1999). Discussing palliative care with patients. *Annals of Internal Medicine*, 130(9), 744-749.
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137.
- Siatkowski RM, Cannon SL, Farris BK (2008). Patients' perception of physician-initiated prayer prior to elective ophthalmologic surgery. *Southern Medical Journal* 101 (2):138-141.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., VandeCreek, L., Hover, M., Casalone, C., Hirsch, T. J., ... & Poulos, P. (2000). Should physicians prescribe religious activities?. *New England Journal of Medicine*, 342(25), 1913-1916.



The Author

Harold G. Koenig, M.D., M.H.Sc.

Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences, Associate Professor of Medicine Duke University Medical Center, Durham, North Carolina; Adjunct Professor, Department of Medicine, King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia; Visiting Professor, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; Editor-in-Chief, *International Journal of Psychiatry in Medicine*

Michael Balboni

Sachlichkeit statt Gastlichkeit?

Den Geist der Zuwendung wieder entdecken

Abstract

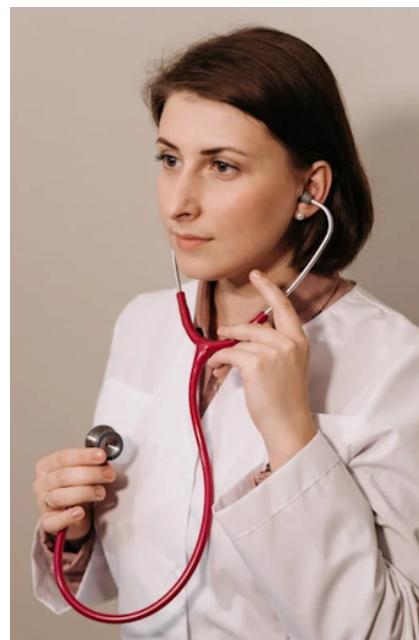
Dieser Beitrag setzt sich mit der Veränderung des Gesundheitswesens der USA auseinander, die sich auch für Europa konstatieren lässt: Immer mehr tritt die persönliche Anteil nehmende Nähe von Pflegenden und ÄrztInnen in den Hintergrund und wird durch unpersönliche Versachlichung ersetzt. Das bedeutet vor allem bei lebensbedrohlichen Krankheiten und im Sterben, dass auch das Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen viel zu kurz kommt. Mithilfe einer Meditation von drei Gemälden wird der geschichtliche Vorgang der Trennung von Spiritualität und wissenschaftlicher Medizin nachvollzogen, der bereits in der Aufklärung ansetzte. Eine kraftvolle Gegenbewegung wird gebraucht, um den Trend umzukehren. Hierfür bietet sich besonders die Rückbesinnung auf die benediktinische Idee einer von Hospitalität und Mitgefühl geprägten Kultur des Sorgens auf.

Der folgende Artikel besteht zum Teil aus Überlegungen, die aus der christlichen Tradition hervorgehen. Er ist aber auf den Dialog mit Menschen aus anderen religiösen und humanistischen Traditionen ausgerichtet wie auch mit solchen, die sich überhaupt keiner Tradition verbunden fühlen. Er soll jedoch auch dem Rahmen religiöser Traditionen nicht Gewalt antun, sondern als Beitrag zu einem Modell verstanden werden, spezifische Traditionen und die medizinischen Anliegen, um die es in diesem Heft geht, in fruchtbaren Bezug zueinander zu bringen. Außerdem bin ich der Ansicht, dass wir uns am besten verstündigen können, wenn wir dafür den Denkhorizont unserer je eigenen Tradition nicht preisgeben. Wesentlich ist, dass wir eine Haltung *für*einander einnehmen.

Meine Gedanken, die ich mit Ihnen teilen möchte, gehen auf das Buch mit dem Titel "Hostility to Hospitality" zurück, dass ich zusammen mit meiner Frau Tracy Balboni, Professorin der Harvard Medical School, geschrieben habe; veröffentlicht haben wir es 2018. Es war die Frucht unserer 20jährigen gemeinsamen Arbeit im Bereich "Spiritualität und Gesundheit". Wir haben uns sehr viel darüber ausgetauscht, wie die Themen "Spiritualität" und "Gesundheit" integriert werden können. Wir erkannten beide, dass es hierfür einen hohen Bedarf gibt, wir nahmen aber auch wahr, dass beide Welten voneinander abgetrennt werden und man nicht zulässt, dass sie zusammenkommen.

Diagnose: Das Gesundheitswesen ist krank

Diagnose 1: Die Spiritualität der Patienten wird ignoriert. Wenn im American Football ein Spieler seinen Gegner mit ausgestrecktem Arm von sich weg hält, nennt man das einen "stiff arm". Die Welt der Medizin und Wissenschaft tritt mit so einem "steifen Arm" der Abwehr gegen Spiritualität auf. Aber auch die spirituellen Gemeinschaften wissen oft nicht, was sie eigentlich mit dem Gesundheitswesen zu tun haben sollen, und nicht selten pflegen sie negative Sichtweisen von Wissenschaft und Medizin. Diese entgegengesetzten Mächte sind sehr starke getrennte Energien und das ist ein Problem für die vielen Mitarbeitenden in Medizin und Pflege, die sich häufig gerade aus spirituellen Gründen dort engagieren. Zumindest lässt sich das für die USA so feststellen.



Besonders problematisch ist es aber für sehr viele Patientinnen und Patienten, die angesichts ihres Zustands existentielle und religiöse Fragen bewegen. Sie machen die Erfahrung, dass so ziemlich alles im Gesundheitswesen einfach nur auf das Körperliche fixiert ist und die tieferen Bedürfnisse der Seele vernachlässigt werden. Sehr viele Patientinnen und Patienten verletzt das sehr, vor allem dann, wenn sie gerade ganz persönlich durch solche Fragen herausgefordert sind.

Darum stellten wir diesen Satz an den Beginn unseres Buchs: "Die amerikanische Medizin ist spirituell krank." Leider wird das in Europa kaum anders sein. Es scheint sich um eine übergreifende Krise der westlichen Kulturen zu handeln.

Diese Vereinseitigung führt zu einer Vergegenständlichung der kranken Menschen, die sich als zweites schweres Krankheitssymptom des Gesundheitswesens äußert:

Diagnose 2: Die Medizin wird immer unpersönlicher. Das geschieht nicht nur auf Kosten der Patientenbedürfnisse, sondern es hat auch erhebliche buchstäblich krank machende Auswirkungen auf das Personal; viele brennen aus. Daraus folgt:

Diagnose 3: Das Wohlbefinden des medizinischen Personals nimmt ab. Sie blühen nicht auf in ihrem Beruf, sondern verwelken wie schlecht behandelte Pflanzen.

Drei Bilder - drei Haltungen

Ich lade Sie ein, mit mir die folgenden Gemälde von Luke Fildes, Pablo Picasso und John Collier zu meditieren. In ihnen kommen drei verschiedene Haltungen zum Ausdruck, von denen das Verhältnis der medizinischen Fachperson zu einem sterbenskranken Menschen bestimmt sein kann.

Fildes: Der persönliche Blick

Jemand erteilte 1887 dem britischen Maler Sir Luke Fildes (1844-1927) den Auftrag, ein Bild ganz nach eigenem Gutdünken zu schaffen. Er nutzte die Gelegenheit, sich intensiv an das Sterben seines einjährigen Sohns zehn Jahre zuvor zu erinnern.

Am Bett sitzt der Arzt, der die ganze Nacht dort gewacht hat. Alles hatte er versucht; er konnte nicht mehr helfen.

Im dunklen Hintergrund sitzt die weinende Mutter, daneben steht der Maler selbst.

Wohin zieht das Bild Ihren Blick? Die Beziehung ist es, was ihn fesselt, die ganz persönliche Verbindung von Arzt und Kind. Tief betroffen ist der Arzt in den Anblick seines kleinen Patienten versunken.

In dieser persönlichen Beziehung konzentriert sich das ganze Licht des Bilds. Das blieb dem Vater als Trost in Erinnerung. Dieser Arzt nahm wirklich Anteil, er wandte seinen Blick mit ganzer Aufmerksamkeit dem kranken Menschen zu und war ihm und den Eltern dadurch ganz nah.



Picasso: Der klinische Blick

Dieses Bild malte Pablo Picasso (1881-1973) im Alter von 16. Es trägt den Titel "Wissenschaft und Nächstenliebe" und entstand bald nach dem Tod von Pablos siebenjähriger Schwester.

Picasso wird das Bild von Fildes wohl gekannt haben, denn es wurde berühmt, und nicht zuletzt sieht sein Doktor dem von Fildes auffallend ähnlich.

Das Zimmer scheint sich in einem Nonnenkloster zu befinden oder in einem kirchlichen Krankenhaus.

Die Nonne zeigt Fürsorge; sie hält das Kind der kranken Frau im Arm und gibt ihr etwas zu trinken.

Dorthin richtet sich der Blick der Patientin. Der Blick des Arztes ist ganz anders. Es ist der klinische Blick. Er gilt nicht der Patientin, sondern dem Messwert ihres Zustands. Er greift nach ihrer Hand, aber das ist keine tröstliche Berührung. Er fühlt nur ihren Puls. So ist es typisch für viele Ärzte und Ärztinnen auch in unserer Zeit: Sie stehen im Bann von Zeit und Effizienz.

Picasso weist ausdrucksstark auf die zunehmend unpersönliche Rolle des Arztes hin, und doch kann man sagen, dass die Patientin hier noch gut umsorgt wird. Wissenschaft und Zuwendung erscheinen hier auf duale Weise, aber sie wirken zusammen. Es gibt eine Trennung, aber es gibt auch eine Ergänzung. Und doch kehrt das Bild eindrucksvoll den klinischen Blick heraus, die Trennung, die Objektivität, die Neutralität und die Unzufriedenheit mit dem Fehlen der persönlichen Anwesenheit des Arztes. Aber es lagert sich der religiöse Kontext darüber, woraus eine Art Ganzheit des Sorgens hervorgeht.



Abbildung 01 - oben: Luke Fildes 1887

Abbildung 02 - unten: Pablo Picasso 1897

Abbildung 03 - nächste Seite: John Collier 1907

Collier: Der desillusionierte Blick

Weitere 10 Jahre danach hat John Collier (1850-1934) ein Bild gemalt, das nicht so bekannt wurde. Es gehört zur Kategorie seiner so genannten Problembilder, die Spannungszustände verschiedener Art darstellen.

Wieder hat sich der Kontext verändert. Erst kamen wir aus der Wohnung armer Leute in den religiösen Kontext und nun sind wir im rein klinischen Kontext der Arztpraxis angekommen. Hier sieht es nach Plüschen aus, was ein Hinweis darauf sein mag, dass es dem Arzt ziemlich gut geht. Das lässt uns an die heutigen finanziellen Verhältnisse denken.

Der Blick des Arztes scheint auf ein medizinisches Buch gerichtet zu sein, hier ist es Symbol der wissenschaftlichen Macht. Und doch hat diese Macht jetzt ultimativ versagt.

Das Bild verrät es nicht direkt, aber sehr wahrscheinlich vertieft sich der Arzt in sein medizinisches Wissen und seine Anwendungen, in seine Technologie. Und wieder hat sich der Blick vom Patienten abgewandt.

Und was zieht unseren Blick an? Wo ist das Zentrum dieses Bilds?

Schauen wir nochmals auf die beiden andern Bilder. Da ist der Patient im Mittelpunkt, aber nicht isoliert, sondern in einem Beziehungsgefüge. Doch hier gibt es kein Beziehungsgefüge. Der Arzt erscheint nicht nur am Rand, im Gegenteil: er nimmt sogar den meisten Raum ein, und trotzdem bleibt er draußen.

Es gibt keinen religiösen Kontext mehr. Der Arzt hat ihn ersetzt.

Auch hier steht der Patient im Mittelpunkt. Aus seinem Blick spricht Enttäuschung. Die Medizin hat versagt, also gibt es keine Hoffnung. Niedergeschlagenheit beherrscht die Szene.

Der Arzt lehnt sich weg vom Patienten, fast zusammengesunken auf dem Stuhl. Er hat nichts mehr anzubieten. Der Patient ist isoliert und allein. Und sein Blick sieht mich an mit der Frage des Todesurteils.

Die drei Bilder zeigen viel vom Wandel der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert. Und wo finden wir uns wieder? In diesem enttäuschten Blick, meine ich. Der verrät sich immer weiter in unserer unpersönlichen medizinischen Sprechweise.



Das Paradigma der Unpersönlichkeit

Die medizinischen Praktiker werden seit einem Jahrhundert für Wissenschaftler gehalten, in dieser Rolle finden sie sich vor. Ja, Wissenschaftler sind sie, und das heißt: Was sie *tun* ist Wissenschaft. Dem entspricht die Sprechweise im klinischen Kontext, von der die Patienten umgeben sind. Sie sind Objekte. Sie sind etwas, das man beobachtet, sie sind Fälle in der wissenschaftlichen Sprache: "Mein Fall in Raum 202." So hört sich der Transfer einer Patientin als Person in die Sprache der Wissenschaft an. Es ist ein wissenschaftliches Paradigma daraus geworden, das den Rahmen dafür gibt, wie die Leute über die Sorge für die Kranken denken und darüber, wer die Kranken sind.

Aber im Verlauf des 20. Jahrhunderts sind auch andere soziale Kräfte neben der Wissenschaft entstanden: Die ökonomischen und finanziellen Aspekte haben sich vorgedrängt, und auch das prägt die Sprechweise. Bei uns sagt man zu Ärztinnen und Krankenpflegerinnen "Provider". Auf Deutsch kann man das mit "Anbieter" oder "Dienstleister" übersetzen. Das Wort steht für eine kommerzialisierte und verschlichte Beziehung, die aus den medizinischen Fachpersonen so etwas wie Verkäufer und aus PatientInnen so etwas wie "User" macht. Die Sprechweise suggeriert, dass die Beziehung vornehmlich unter finanziellem Gesichtspunkt zu sehen ist, und dazu gesellt sich noch die bürokratische Sprechweise.

Geschichtlich bildet den Hintergrund dafür die jüdisch-christlich geprägte Unterscheidung der fürsorgenden Heilerpersonen auf der einen und der Patienten auf der andern Seite; nicht zu vergessen ist dabei, dass "Patient" aus dem Lateinischen kommt und eigentlich "Leidender" meint. Das macht aus den Patienten Gäste und aus ihren Helfern Gastgeber. Dort, wo der religiöse Kontext stark ausgeprägt war und das soziale Selbstverständnis der Beziehungen bestimmte, war auch die Sprechweise vom Grundgedanken der Gastfreundschaft (Hospitality) beeinflusst. Auch noch heute gelten die Patienten in den Hospitälern als Empfänger von Hospitalität: Sie erfahren die Fürsorge, die man Fremden gewährt, die sich auf einer gefährlichen Reise und in Not befinden. Aber man ist schon dazu übergegangen, nicht mehr von "Hospit

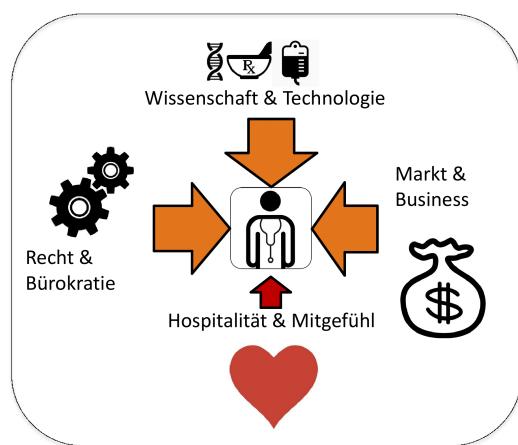


Abbildung 04: Die 4 sozialen Energien

tals" zu reden, sondern von "Medical Centers" und dergleichen.

Nicht nur die Sprache ändert sich, denn in der Veränderung der Sprache sind mächtige soziale Energien repräsentiert. Es gibt vier Bereiche der sozialen Energie, die verschiedene Formen der Beziehung zwischen Patientin und Ärztin hervorbringen (Abbildung 04).

"Hospitalität & Mitgefühl (compassion)", das war etwa 2.000 Jahre lang das Motiv dafür, sich um die Kranken zu kümmern. Bevor die ersten Hospitäler aufkamen, hatte die hippokratische Medizin der Griechen vorgeherrscht. Dort war die Beziehung von Arzt und Patient oft vom finanziellen Aspekt beeinflusst, weil sich die Gesellschaft nicht verpflichtet wusste, für die Kranken zu sorgen. Mit dem Aufkommen des Christentums und im Zusammenwirken mit der hippokratischen Medizin kam die soziale Verpflichtung der Sorge für die Kranken in den Blick, gerade auch die Sorge für Fremde. Das setzte sich im Lauf der Zeit in vielen Kulturen durch, so dass Hospitalität und Mitgefühl zur dominierenden sozialen Kraft wurde.

Warum sollte man sich medizinisch um einen kranken Fremden kümmern, zu dem es womöglich kein finanzielle Beziehung geben konnte? Weil man eine soziale Verpflichtung dafür empfand, die letztlich spirituell begründet war. Aber es gab immer auch schon die drei anderen Kräfte, auf die um der Praxis der Pflege und Medizin willen nicht verzichtet werden konnte. Es musste rechtliche und organisatorische Strukturen geben, wie auch eine wissenschaftliche und technologische Kultur, und natürlich ist das auch heute so. Wissenschaft und Technologie haben die Möglichkeiten des Heilens und die Lebensqualität verbessert und tun es weiterhin. Ebenso brauchen wir auch die ökonomischen Kräfte, denn irgendwie müssen Pflege und Medizin auch immer finanziert werden. Die soziale Verpflichtung der Gesellschaft beinhaltet also auch eine finanzielle Verpflichtung, die hohen Kosten für das Gesundheitswesen aufzubringen.

Je nachdem, welche von den vier Faktoren im Gesundheitswesen einer Gesellschaft den Ton angeben, entscheidet sich daran, wie das Sorgen (Care) praktiziert wird. In den vergangenen 100 Jahren trat der Faktor "Hospitalität und Mitgefühl" in den Hintergrund und die unpersönlichen Kräfte der Verordnungen, der Technologie und der Finanzen okkupierten die Bühne. Nicht dass Hospitalität und Mitgefühl verschwunden wären, aber ihre Substanz ist ausgehöhlt und viele Mitarbeitende im Gesundheitswesen lassen sich durch die unpersönlichen Kräfte motivieren. Eine besonders große Rolle im finanziellen Bereich spielen die Versicherungen, hier findet sich die derzeit größte soziale Energie, und deren Logik und Rationalität hat eine große Wirkung auf die Einrichtungen des ganzen Systems. Ebenfalls eine große Rolle spielt die Pharmaindustrie, in den Bereichen Technologie und Finanzen.

Die Synergien der vorherrschenden Bereiche formen das Gesundheitssystem. Dadurch ist eine zutiefst unpersönliche Medizin zustande gekommen.

Dieses Zusammenwirken, das die Einrichtungen bestimmt und formt, hat schon der Soziologe Max Weber beschrieben. Die Institutionen sind durch die vorherrschenden sozialen Energien miteinander verknüpft, obwohl alle für sich behaupten, dass sie Hospitalität und Mitgefühl verwirklichen wollen. Ja, wer möchte das nicht? Aber wenn wir uns das System an-

schauen und uns selbst in diesem System: Wohin bewegen wir uns denn? In Richtung Hospitalität und Mitgefühl oder in Richtung auf die andern sozialen Energien, nur um zu überleben? Und geht es da nicht vor allem um den finanziellen Aspekt?

Ja, so ist es, und somit wächst der unpersönliche Bereich, weil er am meisten Interesse auf sich zieht. Was fehlt, sind Einrichtungen im Gesundheitswesen, die trotzdem Hospitalität und Mitgefühl verteidigen und glaubwürdige Träger davon sind, abgesehen von ein paar medizinischen Ausbildungsinstituten, in denen es Trainings für so etwas gibt, aber die haben nur wenig Macht. Die müssen betteln, wenigstens einige Stunden für ein Curriculum zu diesem großen Thema organisieren zu dürfen. Das System schreibt vor, was unterrichtet wird.

Spirituelle und religiöse Einrichtungen kommen dagegen nicht mehr an, ihre spezifischen Motive sind abgeschnitten. Das geht auf die Aufklärung zurück, als das entstand, was der Soziologe Peter Berger "Plausibilitätsstrukturen" genannt hat. Man hat das Transzendentale nicht mehr im Bezug zu dem gesehen, was weltanschaulich plausibel erschien, man hat es abgeschnitten. Unser Denken, das davon geprägt ist, schneidet die Transzendentenz als Außerweltliches von dem ab, was der Welt innewohnt (Abbildung 05). Dazwischen steht eine hohe Grenzmauer.

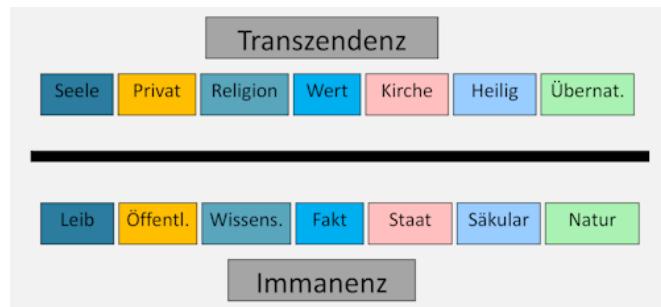


Abbildung 05: Unpersönliche Plausibilitätsstrukturen

Aber es ist nicht so, dass die berechenbaren Fakten die Werte ersetzen. Es gibt viel in der Welt der Werte, was sich nicht berechnen lässt. Es gehört zur andern Seite, der Transzendentenz.

Auch wenn wir die Spiritualität erforschen, halten wir uns zu diesem Zweck deutlich erkennbar in Räumen ohne erkennbaren Transzendentenzbezug auf und benehmen uns auch so. Wir reden darüber, aber das heißt nicht, dass wir es leben. Die Transzendentenz ist auf der andern Seite der Mauer und es gehört sich nicht, sie auf diese Seite herüberzuholen. Uns ist mulmig zumute bei den spirituellen Dingen, wir müssen das erklären, dass es nichts Gefährliches ist und so weiter.

Aber so kann es nicht weitergehen. Wir brauchen eine neue Sozialisation unter der Voraussetzung, dass die Grenzlinie neu definiert wird, so dass ein Wechselbezug von Immanenz und Transzendentenz entsteht. Was kann Integration in diesem Sinn bedeuten?

Wenn wir ernsthaft krank sind, ändert sich unser Verhältnis zur Transzendentenz: Wir fangen an, existenzielle und spirituelle Fragen zu stellen. Das geht fast allen so in dieser Lage. Aber als Patient findet man zur Behandlung

nur unpersönliche Plausibilitätsstrukturen vor. Da ist kein Platz für Spiritualität. Bei den Patientinnen und Patienten gilt es anzufangen, sie als Ganzes zu sehen mit ihrem Immanenz- und Transzendenzbezug. Wie lässt sich das verwirklichen?

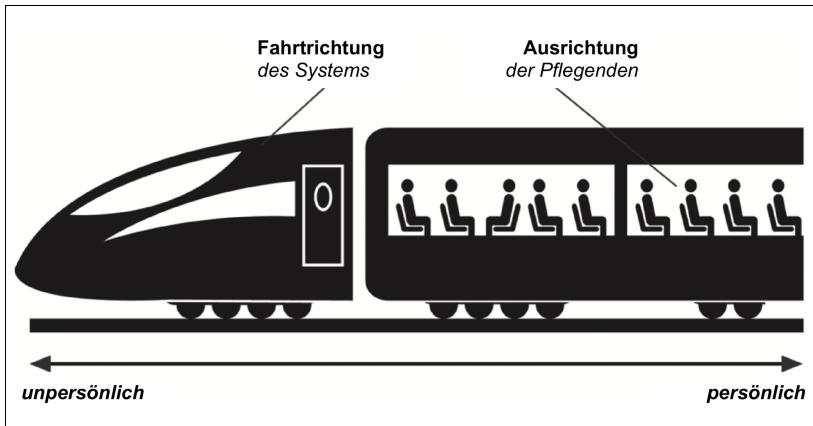


Abbildung 06: Der Richtungskonflikt im Gesundheitswesen

Wir sitzen im Hochgeschwindigkeitszug des Gesundheitssystems und wir schauen in Richtung Hospitalität und Mitgefühl, aber der Zug fährt in die Gegenrichtung (Abbildung 06). Wer stoppt den Zug?

Der individuellen Motivation nach sitzen die meisten Mitarbeitenden im Gesundheitssystem gegen die Fahrtrichtung. Alle wollen mehr Personalität - und was dabei herauskommt, ist mehr Technologie. Die Spiritualität hängt hinten am Zug wie ein altertümlicher Gepäckwagen und rast mit in immer größere Unpersönlichkeit. Er gehört irgendwie dazu, aber er spielt keine Rolle.

Wir brauchen etwas ganz anderes: Eine spirituelle Zugmaschine mit der Kraft, das System in die Gegenrichtung zu ziehen. Um dort hinzugelangen müssen wir erst einmal in unsere Traditionen zurückgehen. Wir brauchen eine Rückbesinnung. Das ist kontrovers, dieser Grenzmauer wegen. Wir müssen uns auch bewusst machen und dazu stehen, dass wir in unserer religiösen Geschichte viel Böses finden. Aber dort sind außerdem sehr wertvolle Kräfte zu entdecken, die uns zu neuen Ressourcen werden können. Das ist jetzt die Perspektive meines eigenen christlichen Glaubens, doch um Rückbesinnung geht es ebenfalls für die Andersgläubigen.

Eine heilige Beziehung

Ich gewinne aus unserer christlichen Tradition das Bild einer heiligen Beziehung zwischen Patient und Arzt. Alle anderen sozialen Energien sind da sekundär.

Das geht auf Jesus zurück. Wenn ihr euch den Kranken zuwendet, sagte er, dann wendet ihr euch damit auch zugleich mir selbst zu. Was ihr den "Allergeringsten" getan habt, das habt ihr mir getan. Die frühen Christen nahmen das sehr ernst. Einen Höhepunkt erreichte diese Ausrichtung unter Benedikt von Nursia (480-547). In seinem Orden spielte die Krankenfürsorge eine zentrale Rolle, und das breitete sich in ganz Europa aus. Einige Mönche waren nach dem damaligen Stand der Wissenschaft ausgebildete Ärzte. Wenn eine kranke Person ins Kloster kam, wurde sie vom Abt und der ganzen Klostergemeinschaft empfangen. So legte es die benediktinische Regel

fest. Sie knieten vor dem kranken Menschen nieder und gewährten ihm Gastfreundschaft, weil sie wörtlich nahmen, was Jesus gesagt hatte: Mit diesen Menschen nehmst ihr mich persönlich auf. Das war ein Beweggrund dafür, neue Hospitäler einzurichten.

Ehrfürchtig knien vor den Patienten? Können wir uns das vorstellen für heutige Ärzte? Sie glaubten, dass den Kranken zu begegnen etwas Heiliges war, weil sie an Gottes Gegenwart darin glaubten. Im kranken Mitmenschen glaubten sie den leidenden Christus zu erkennen. Aber sie glaubten auch an den Jesus Christus des Neuen Testaments, der selbst ein großer Arzt war. Durch den Glauben wohnte sein Geist in ihnen selbst, war ihnen zugesagt, und so wollte also der helfende Christus in ihnen dem leidenden Christus in den Kranken dienen. An diese mystische Verbindung glaubten sie.

Nicht an ihre eigenen Heilungsqualitäten glaubten sie, sondern an die Heilungskraft des auferstandenen Christus durch seinen Geist in ihnen.

Mit dieser Haltung ist es unwesentlich, ob man sich äußerlich in religiösen Verhältnissen befindet. Es muss nicht einmal äußerlich erkennbar sein. Es teilt sich denen mit, die, wie Jesus sagte, Ohren haben, um zu hören und Augen, um zu sehen, denen also, deren Blick sich davon fesseln lässt. Wenn das geschieht, kommt das Herz in Bewegung und der Mensch versteht, dass diese heilige Beziehung Schutz und Pflege braucht, weil sie viel wichtiger ist als alles sonst.

So wird der Arzt zum Gastgeber und der Patient zum Gast, das ist Hospitalität. Der Gast ist angewiesen auf den Gastgeber, der ihm das gibt, was er sich gerade nicht selbst geben kann.

Es ist nicht dasselbe wie eine Freundschaft, denn der Gast kommt als Fremder und der Gastgeber, auf den er angewiesen ist, begegnet ihm als Fremder. Und zugleich ist es eine spirituelle Beziehung.

Was ist zu tun?

Das Gesundheitswesen ist krank, wir wissen es. Wie lässt es sich heilen? Ich glaube nicht, dass es eine direkte Antwort darauf gibt, aber ich glaube, dass es Hoffnung gibt an Orten, wo Hospitalität und Mitgefühl entstehen darf.

Wir brauchen Seelsorger, ihr Dienst ist besonders wichtig. Ich denke an eine Ärztin, die den Beruf wechselte und Seelsorgerin wurde. Jetzt kümmerte sie sich seelsorgerlich um das medizinische Personal einer großen Klinik.

Wir brauchen religiöse Gemeinschaften, die sich um Kranke kümmern. Es muss viel mehr partnerschaftliche Zusammenarbeit von religiösen Gemeinschaften und Einrichtungen des Gesundheitswesens geben. Manches ist da schon gewachsen. Es muss ein ungezwungenes Miteinander sein.

Wir brauchen immer mehr Forschung zu diesem Thema, um auf diese Weise Hospitalität und Mitgefühl den Weg zu bahnen.

Wir brauchen spirituelle Bildungsinitiativen für Pflegende, Ärztinnen und Ärzten. Sie selbst brauchen spir-

ituelle Unterstützung, wenn sie sich mit schwerem Leid und Sterben auseinandersetzen müssen, weil sie es sonst nicht verkraften können.

Wir brauchen die Bereitschaft und Fähigkeit zu leiden, denn dieser Weg kann ein schmaler, steiler Pfad sein. Man kann ihn nicht gehen, ohne auf Hindernisse und Widerstand zu stoßen. Ja, auch das brauchen die Kranken von uns.

Redaktion und Übersetzung: H.A. Willberg

Der Autor

Dr. Michael J. Balboni wurde an der Boston University in Praktischer Theologie promoviert und ist zudem Sozialwissenschaftler. Er war Pastor der Congregational Church in Boston und einer internationalen Gemeinde von StudentInnen und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Heute arbeitet er an der Harvard Medical School in dem Forschungsbereich zur Palliativmedizin, dazu hat er mehr als 50 Fachbeiträge geschrieben, einige davon in wissenschaftlichen Zeitschriften.

Sein theologischer Schwerpunkt liegt in der Entwicklung einer Theologie der Medizin und konzentriert sich auf theologische Grundlagen zur Verwirklichung von Spiritual Care in einem pluralistischen säkularen medizinischen Kontext.

Bei der ECRSH-Konferenz in Salzburg Mai 2024 war er einer der Hauptredner. Dieser Artikel ging aus dem Transskript seiner Rede und den Präsentationsfolien hervor.



Dr. Balboni bei der ECRSH-Konferenz 2024 in Salzburg

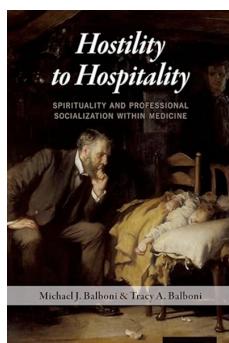
Michael J. Balboni, Tracy A. Balboni

Hostility to Hospitality

Spirituality and Professional Socialization within Medicine

Oxford University Press
Paperback

Erschienen im Jahr 2018
352 S., 27,00 €
ISBN: 9-7801-9932-576



Plädoyer für eine Kultur des Sorgens Giovanni Maios "Ethik der Verletzlichkeit"

Giovanni Maio ist Professor für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg i.B.. Seit Jahren mahnt Maio eindringlich eine Neubesinnung des Selbstverständnisses der Medizin an. Indem sie dazu übergegangen ist, sich das industrielle Wettbewerbsparadigma zu eigen zu machen, hat sie auf das falsche Pferd gesetzt, weist Maio mit der glasklaren Argumentation eines philosophischen Denkers nach, der sich genau überlegt, was er sagt und schreibt. Aber nicht nur die Kritik ist prägnant, sondern erst recht auch seine Darstellung der Alternative. In seinem neuen Buch zeigt Maio im Einklang mit den Erkenntnissen vieler Veröffentlichungen aus verschiedenen Disziplinen die ethische Notwendigkeit auf, die Verletzlichkeit des Menschen als wesentliche anthropologische Gegebenheit ernstzunehmen und gutzuheißen. Verletzlich sind wir alle und Unverletzlichkeit kann weder für die Gesellschaft noch für das Individuum ein gesundes Ziel sein. Maio definiert die Verletzlichkeit als einen Schwebestand in der Möglichkeit, verletzt zu werden oder nicht. Das liegt stets in der Verantwortung der andern.

Das große ethische Problem der heutigen Medizin liegt Maio zufolge im Menschenbild. Sie geht von der Fiktion einer Gesundheit aus, die an die Stelle der Verletzlichkeit das Defizit setzt. Menschen mit kategorisierten Defiziten werden in so genannte „vulnerable“ Gruppen zusammengefasst. Ihnen fehlt also was, wie man so sagt. Zielpunkt des Umgangs mit ihnen ist entweder die Behebung des Defekts oder, wenn das nicht geht, ihre bleibende Einstufung als nun einmal defizitär im Vergleich zu andern.

Das Schönste an Maios Buch ist die Antwort: Die Medizin muss sich unbedingt und dringend eine *Kultur des Sorgens* erschließen. Ziel des Sorgens ist die Anerkennung der *gemeinsamen* Verletzlichkeit, die nicht als Defizit, sondern als Kostbarkeit zu begreifen ist. Es gilt, „sich aufzuschließen für die Schönheit des Zerbrechlichen“ - das ist sehr schön ausgedrückt. Das Zerbrechliche ist nicht mit dem Mangel gleichzusetzen, aber auch die Mängel müssen keine Mängel mehr sein, wenn wir gleichberechtigt als Nehmende und Gebende für einander da sind. Aufeinander angewiesen sein heißt sich ergänzen dürfen. Gemeinsam stark können wir nur sein, wenn wir auch gemeinsam verletzlich sind.

Maios Buch taugt als Basis für ein Manifest. So sachlich das Buch geschrieben ist, so sehr kann es auch das Herz bewegen, um uns in Bewegung zu bringen.

H.A. Willberg

Giovanni Maio

Ethik der Verletzlichkeit

Herder: Freiburg i.B., 2024.
Gebunden, 160 S.,
ISBN 978-3-451-60132-3,
18.00 €



Stefan Lorenzl

Spiritual Care Interventionen bei neurologischen Erkrankungen

Abstract

Die Spiritualität überhaupt mit dem Gehirn in Verbindung zu bringen, ist ziemlich neu in der Wissenschaftsgeschichte. Heute wird erforscht, wie zum Beispiel neurologische Erkrankungen die Spiritualität einer Person beeinflussen, vice versa. Davon handelt dieser Beitrag und überlegt davon ausgehend, welche Kriterien für Spiritual Care mit neurologisch erkrankten Personen unbedingt zu beachten sind. Das Augenmerk liegt dabei vor allem bei auf neurogenerativen Erkrankungen.

Den Zusammenhang von Gehirn und Spiritualität hat man früher nicht gekannt. In der Bibel findet das Gehirn keine Erwähnung. Wenn in alten Zeiten von der Spiritualität die Rede war, dann wurde sie immer mit dem Herz assoziiert.

Mittlerweile gibt es sehr viel Literatur, die von der Lokalisierung von Spiritualität im Gehirn handelt. Meistens handelt es sich um Folgerungen aus Gehirnschädigungen. Sie können entweder zu einer Steigerung spiritueller Erfahrungen führen oder zu einer Verminderung. Eine besondere Rolle spielt der Temporallappen, der auch viel mit dem Zustandekommen von Epilepsie zu tun hat. Auch das so genannte Periaquärale Grau im Mittelhirn an der Verbindungsstelle von Gehirn und Rückenmark zeigt erhebliche Auswirkungen auf die spirituelle Wahrnehmung, wenn es beschädigt ist.

Wir wollen uns jetzt aber mit den Auswirkungen von Spiritual Care auf das Gehirn beschäftigen.



Abbildung 01: Prof. Lorenzl bei der ECRSH-Konferenz 2024

Subjekt-zentrierte Spiritual Care

In Anbetracht unseres Themas müssen wir uns erst einmal überlegen, was Spiritual Care im Kontext neurologischer Erkrankungen überhaupt bedeutet. Wir richten unseren Blick dabei vornehmlich auf neurodegenerative Erkrankungen, weil sie oft existenziell herausfordern.

Es kommt sehr darauf an, diese Patientinnen und Patienten nicht isoliert zu betrachten. Insbesondere sind die Angehörigen einzubeziehen. Sie sind die wesentlichen Wegbegleiter. Manche finden Sinn darin, dabei auch die Pflege ihrer Kranken zu übernehmen.

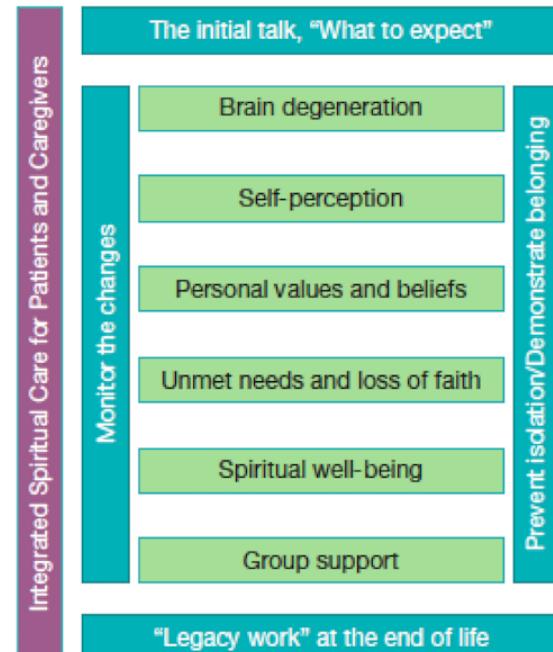


Abbildung 02: Spiritual Care bei neurogenerativen Erkrankungen

Die spirituelle Herausforderung bei neurodegenerativen Erkrankungen beginnt mit der *Diagnose*. Leider findet das so gut wie gar keine Berücksichtigung. Wir sollten aber wirklich den von der Diagnose Betroffenen ein bisschen mehr geben als ihnen den mutmaßlichen Ablauf der Erkrankung zu erklären und über die Medikation zu reden. Wir sollten unbedingt auch nach ihren spirituellen Ressourcen fragen.

Am meisten Bedeutung für ihr Leben messen die meisten Patientinnen und Patienten, die unter solchen Krankheiten leiden, der Familie, der Freizeit, den Freunden und den Lebenspartnern zu. Aus einer statistischen Bestandsaufnahme geht hervor, dass sie nicht nur der Spiritualität, sondern erstaunlicherweise auch der Gesundheit gar nicht viel Bedeutung geben. Das liegt wohl daran, dass sie sich zunächst einmal noch gar nicht überlegt haben, welche Ressourcen sie brauchen, um mit der Krankheit zurezukommen.

Abbildung 02 fasst die Komplexität der Veränderungen und der damit verbundenen Bedarfe im neurodegenerativen Krankheitsverlauf zusammen. Integrative Spiritual Care umfasst den gesamten Prozess, nicht erst das Ende oder besonders schwierige Durchgangsphasen, und es ist eine Care nicht nur von den »Caregivers«, sondern auch



Abbildung 03: Der Richtungskonflikt im Gesundheitswesen

für sie. Die mit der Diagnose gegebene Fragestellung »Was ist zu erwarten?« muss die existenzielle und damit auch spirituelle Herausforderung bereits aufnehmen, auch wenn die Betroffenen selbst noch nicht recht dafür disponiert sind. Sodann ist ein aufmerksames Wahrnehmen der Veränderungen im Prozess erforderlich, wobei es entscheidend darauf ankommt, der Isolation vorzubeugen, was nur dann gelingt, wenn beständig und glaubwürdig die Erfahrung des Dazugehörens vermittelt wird.

Damit dürfte deutlich genug sein, dass es bei neurogenerativen Erkrankungen besonders wichtig ist, für eine *subjekt-zentrierte Spiritual Care* zu sorgen. Abbildung 02 stellt dar, was genau damit gemeint ist.

Bereits bei der Mitteilung der ernsten Diagnose muss der Schwerpunkt des Gesprächs darauf liegen, die subjektive Reaktion der betroffenen Person zur Sprache zu bringen. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass sie niederschmettert und sehr deprimiert ist. Die Nachricht kommt ihr womöglich wie das Todesurteil vor. Dem schließt sich aber auch die anteilnehmende Frage nach den Ressourcen zur Bewältigung an. Vornehmlich geht es dabei um hilfreiche Beziehungen, aber auch darüber hinaus um die Frage, was letzten Halt und Trost geben kann. Das ist um so wichtiger, als nicht gesagt ist, dass die Person das selbst thematisieren würde. Es kann sein, dass ihr mehr Ressourcen zur Verfügung stehen als ihr bewusst ist. Hierzu kann auch die Information über Angebote zur Krisenunterstützung gehören, die dem Bereich der Spiritual Care zuzuordnen sind.

Medikation und Spiritual Care

Die eingangs angesprochenen unter Umständen signifikanten Veränderungen der spirituellen Wahrnehmung durch Gehirnschädigungen zeigen an, dass der spirituelle Einfluss gehirnorganischer Veränderungen generell nicht unterschätzt werden darf, und das ist ein Gesichtspunkt, der unbedingt auch bei der Medikation zu beachten ist. Zum Beispiel können bei neurologischen Krankheiten verwendete Medikamente Halluzinationen verursachen, so wie natürlich auch Halluzinationen durch die Erkrankung selbst verursacht werden können. Wir sollten uns daran erinnern, dass in früheren Zeiten, als man über die Gehirnfunktionen noch sehr wenig wusste, Halluzinationen ohne Weiteres als reale Erscheinungen aus der göttlichen oder der dämonischen Welt angesehen wurden. Hoch religiöse Menschen zum Beispiel können durch solche Erleb-

nisse verwirrt werden und sie entweder für eine höhere Wirklichkeit halten oder Angst vor ihren eigenen religiösen Praktiken bekommen, bei denen sie sich einstellen.

Noch andere spirituelle und existenzielle Fragen werden durch die Medikation aufgeworfen, wie etwa die Abwägung, ob daraus eine sinnlose Leidensverlängerung hervorgehen kann.

Die spirituelle Bedeutung von Medikamenten zeigt sich nicht zuletzt auch in der Kräutermedizin und Homöopathie, wozu immer wenigstens ein spiritueller »Touch« gehört.

Körpergefühl und Spiritualität

Ein wesentliches spirituelles Element der Beziehung zu neurogenerativ erkrankten Menschen ist der Körperkontakt. Taktvolle Berührung lässt die Patientinnen und Patienten nicht nur wissen, dass jemand da ist, sondern auch, dass sie dazugehören: »Ich gebe Dir nicht nur die Hand, ich halte Dich auch, hier, in dieser Gemeinschaft, bist Du gehalten und getragen.« Je weniger Bewegungsfähigkeit den Kranken verbleibt, desto weniger können sie das Gefühl des Dazugehörens selbst herstellen.



Dazu gehört auch, sich wieder draußen im Freien als Teil der Natur wahrnehmen zu können. Die Krankheit schneidet sie nicht nur von der Teilhabe der Gemeinschaft mit ihrer menschlichen Umwelt ab, sondern auch von der unmittelbaren Berührung mit der Natur. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Wahrnehmung des Atems, was wiederum hohe spirituelle Bedeutung hat. Auch an atemtherapeutische Maßnahmen ist dabei zu denken. Neurologisch Erkrankte erleben oft Einschränkungen ihrer Atemkapazität. An dieser Stelle Unterstützung zu erfahren kann ihre Bewältigungsfähigkeit insgesamt positiv beeinflussen.

Diese spirituellen Bedürfnisse benötigen zu ihrer Erfüllung keine Fachpersonen für Spiritualität. Jedes Mitglied des Teams kann dazu beitragen, indem es die Art von Nähe und Kontakt schenkt, die der kranken Person jetzt gerade gut tut und auf die sie angewiesen ist. Das sind eigentlich stets vorhandene spirituelle Ressourcen, man muss sich nur daran erinnern und daraus schöpfen.

Auch das Gebet kann Teil dieses Sorgens sein, wie auch die Teilnahme an Gottesdiensten, zum Beispiel im Fernsehen. Für viele Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist das etwas Wichtiges.

Ein weiterer Aspekt spiritueller Körpererfahrung ist das Trinken und Essen. Bei der Ernährung der Kranken geht es um viel mehr als nur um die Gewährleistung von Sättigung und Stoffwechsel, die auch durch Sonden und Infusionen erfolgen kann. Ich möchte behaupten, dass die erste spirituelle Erfahrung eines Neugeborenen darin besteht, von der Mutterbrust genährt zu werden. Darin wurzelt die spirituelle Bedeutung der Herstellung von Nähe durch das Darreichen und Teilen von Essen und Trinken. Das ist auch ein Hauptaspekt der Hospitalität.

Künstliche Ernährung und lieblose Nahrungsvermittlung kann Ausdruck der Abneigung sein. Der bedürftige Mensch mag sich dadurch von der Gemeinschaft ausgeschlossen erleben. Wir dürfen uns darum die Entscheidung, eine Person künstlich zu ernähren, nicht leicht machen. Die Sonde ist auch etwas Körperfremdes und das stört die Selbstwahrnehmung der Person.

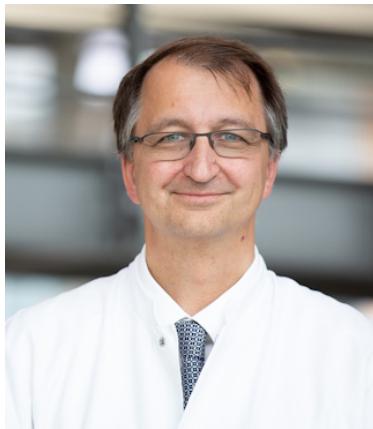
Der Zusammenhang von Spiritualität und Ernährung müsste noch viel besser erforscht werden.

Wir haben jetzt den Blick auf die spirituelle Bedeutung der Subjektzentrierung gerichtet und kamen von dorther auch auf spirituelle Aspekte des Körperkontakts und der Leibeswahrnehmung zu sprechen. Ich möchte aber nicht schließen, ohne auch noch die Chancen erwähnt zu haben, die sich durch digitale Technologie für Spiritual Care mit neurologisch Erkrankten ergeben. Es ist wichtig, diese Möglichkeiten auszuloten, und das geschieht auch bereits. Besonders für Menschen, deren Bewegungsfähigkeit stark reduziert ist, können sich damit hilfreiche Ergänzungen eröffnen. Das sollten wir unbedingt ausschöpfen.

Redaktion und Übersetzung: H.A. Willberg

Der Autor

Prof. Dr. Stefan Lorenzl ist Facharzt für Neurologie und Palliativmedizin. Er arbeitet als Chefarzt der Abteilung für Neurologie des Krankenhauses Agatharied bei Miesbach in Oberbayern und ist Professor für Palliativ Care an der Salzburger Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU).



Bei der ECRSH-Konferenz in Salzburg Mai 2024 war er einer der Hauptredner. Dieser Artikel ging aus dem Transkript seiner Rede und den Präsentationsfolien hervor.

Save the Date!



Interventionen gegen Einsamkeit

Anton Buchers "Einsamkeit - Qual und Segen"

Bucher ist als Professor für Praktische Theologie an der Paris Lodron Universität Salzburg insbesondere mit Religionspädagogik befasst, widmet sein Forschen mit Vorliebe den psychologischen Aspekten von Spiritualität und Religion, und ist nicht zuletzt als Autor vieler Veröffentlichungen zu Themen aus diesem Bereich bekannt.

Hier wird nicht behauptet, sich einsam zu fühlen sei zwar einerseits schmerzlich, andererseits könne man es doch aber auch genießen. Sich einsam zu fühlen kann eine wichtige Reifungserfahrung sein, aber dieses Gefühl zeigt immer einen Mangel an. Das Gefühl der Einsamkeit „ist wirklicher Schmerz, physisch und seelisch“ (S.7).

Bucher unterscheidet verschiedene Arten der Einsamkeitserfahrung, ausgehend von den wissenschaftlich allgemein anerkannten Grundformen der emotionalen und der sozialen Isolation. Soziale Isolation ist erzwungenes Alleinsein, aber sie äußert sich nicht unbedingt auch als emotionale Einsamkeit, obwohl das Beziehungsbedürfnis bei solchen Zuständen unerfüllt bleibt.

Wesentliche Sachverhalte gut strukturiert zu bündeln und prägnant zu beschreiben ist eine charakteristische Stärke Buchers. Das zeigt sich zum Beispiel im Kapitel über die vorhandenen Messinstrumente von Einsamkeit. Hier hat man sozusagen „alles auf einen Blick“. Informativ ist auch die empirisch psychologische Auffächerung der Ursachen problematischer Einsamkeit, ebenso der schlaglichtartig durchgeführte Überblick von Selbsthilfen und therapeutischen Maßnahmen zur Überwindung von Einsamkeit. In der kurz gehaltenen Rubrik „Therapeutische Interventionen“ kommen auch die heilsamen Ressourcen aus Religion und Spiritualität zur Sprache.

Analog zur Beschreibung der Gesundheitsschäden durch Vereinsamung listet Bucher auch die gesundheitsförderlichen Aspekte des Alleinseins ausführlich genug auf. Dadurch entsteht zum Ende des Buchs hin eine optimistische Perspektive mit dem impliziten Plädoyer, angesichts der sozialen Kälte nicht zu erstarren, sondern für Wärme zu sorgen, weil es nicht nur nötig ist, sondern weil es auch viele Möglichkeiten dazu gibt. In diesem Zusammenhang weist er unter der Überschrift „Alleinsein erleichtert spirituelles Wachstum“ zudem nochmals auf die förderlichen Quellen von Spiritualität und Religion hin.

H.A. Willberg

Anton Bucher

Einsamkeit - Qual und Segen:

Psychologie eines Gegenwartphänomens.
Berlin, Heidelberg: Springer.
ISBN 9783662670217,
181 S. 19,99 € Softcover; 14,99 € E-Book;
erschienen 2023-8.



News

Rückblick auf die Konferenz in Salzburg

9. Europäische Konferenz für Religion, Spiritualität und Gesundheit Mai 2024 in Salzburg



Die 9. Europäische Konferenz über Religion, Spiritualität und Gesundheit (European Conference on Religion, Spirituality and Health, ECRSH) fand vom 16. Bis 18. Mai 2024 in Salzburg statt. Durchgeführt wurde sie in Kooperation mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU). Zum Thema „Spiritual Care Interventionen in der modernen Gesundheitsversorgung“ trafen sich rund 130 Forschende, Lehrende, Studierende und Interessierte aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Theologie, Seelsorge und weiteren angrenzenden Disziplinen. Die Rednerinnen, Redner und Teilnehmenden stammten aus Europa, den Nord- und Lateinamerika, dem Iran, Indien, Malaysia und Australien.



Spiritual Care (SC) ist zum einen eine wissenschaftliche Disziplin und zum anderen eine Therapieform, die sich der spirituellen Not von Menschen widmet, die mit gesundheitlichen Krisen konfrontiert sind. SC ist bereits Bestandteil der Palliativmedizin, der Psychosomatischen Medizin und der Hospizarbeit. Darüber hinaus gibt es Ansätze, Spiritual Care in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren. Die Konferenz eröffnete denn auch Univ.-Prof.in Piret Paal, Leiterin des PMU-Forschungsinstituts für Palliative Care, mit einem Vortrag zur Bedeutung des Selbstverständnisses in der spirituellen Bildung

und Ausbildung. Prof. Stefan Lorenzl, ebenfalls PMU, informierte über den Stand der Dinge hinsichtlich seelsorgerischer Interventionen bei neurologischen Erkrankungen. Zudem gab es Referate aus der theologischen Perspektive, so z.B. von Pfr. Dr. Michael Balboni, der an der Harvard University an der Schnittstelle zwischen Theologie, Medizin und Kirche forscht, sprach zu „Hostility to Hospitality: Die Wiederentdeckung des Geistes der Fürsorge“. Prof. Dr. Harold Koenig, Duke University/USA, einer der weltweit führenden Experten für Religion, Spiritualität und Gesundheit, informierte über den Forschungsstand zu Thematik SC allgemein.



Aus der Fülle der Vorträge seien hier stellvertretend außerdem genannt: Spirituelle Interventionen in der Psychiatrie (Prof. Rogier Hoenders, Groningen/NL), Klinikseelsorge und die Digitalisierung des Gesundheitswesens (Dr. Fabian Winiger/CH), SC Interventionen im Islam (Zeinab Ghaem Panah, Washington DC/US), die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden im Bereich der SC (Prof. Eckhard Frick und Team, TU München/DE), Einsatz der WHO-Interventionen für die Seelsorge (Prof. Lindsay Carey, La Trobe University/AU) sowie SC in der Pflege (mehrere Vortragende zu unterschiedlichen Perspektiven). Die Konferenz findet alle zwei Jahre statt. Sie bringt Menschen aus aller Welt zusammen, die in der technisch-naturwissenschaftlich orientierten Medizin der Sinnfrage mehr Platz einräumen möchten. Das sehr umfangreiche Programm mit allen Themen, Rednerinnen und Rednern ist einsehbar unter <https://ecrsh.eu/ecrsh-2024>

Ulrike Streck-Plath

„Unterwegs zu einer Kultur des Sorgens“



27.-29.09.2024

Jahrestagung der *Internationalen Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität e.V. (IGGS)* in Schwerin

Einzelheiten und Anmeldung
<https://iggs-online.org/jahrestagung/>

Neue operative Leitung des FISG

Dr. Michael Ackert und seine Forschungsthemen

Seit Februar 2024 ist Dr. Michael Ackert in die operative Leitung am *Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit* (FISG) eingestiegen.

Sein Studium der Psychologie absolvierte er an der Berliner Humboldt Universität und ging dann für das Doktorat an die Universität Fribourg in die Schweiz. In seiner Zeit an der Universität hat er sich mit den Themen der Messung und der Verläufe der allgemeinen Religiosität und im klinischen Kontext mit den allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie beschäftigt.

Neben seiner neuen Aufgabe am FISG setzt Ackert seine vor einigen Jahren begonnene religionswissenschaftliche Forschungstätigkeit an der Universität Bern fort.

Michael Ackert ist ein Forscher im Bereich der Religionspsychologie, der sich mit den Wechselwirkungen zwischen Glauben und psychologischen Prozessen auseinandersetzt. Ein zentraler Schwerpunkt seiner Arbeit liegt auf der Anwendung und Weiterentwicklung des Modells der Religiosität nach Stefan Huber. Dieses Modell bietet eine differenzierte Perspektive auf die verschiedenen Dimensionen der Religiosität und versucht, die Komplexität individueller Glaubenssysteme zu messen und zu erklären.

Modell der Religiosität nach Stefan Huber

Das Modell der Religiosität nach Stefan Huber ist ein mehrdimensionaler Ansatz, der fünf Kernbereiche der Religiosität umfasst:

1. *Ideologie* (Glaube an spezifische religiös-spirituelle Lehren),
2. *Intellekt* (Wissen und Interesse über religiös-spirituelle Inhalte),
3. *Erfahrung* (religiös-spirituelle Erlebnisse und Gefühle),
4. *private Praxis* (private religiös-spirituelle Praktiken) und
5. *öffentliche Praxis* (öffentliche religiös-spirituelle Praktiken).

Ackert hat untersucht, wie diese Dimensionen interagieren und wie sie das individuelle und kollektive religiöse Verhalten beeinflussen. Durch empirische Studien in verschiedenen religiösen Kontexten hat er gezeigt, dass diese Dimensionen nicht isoliert betrachtet werden können, sondern in einem komplexen Wechselspiel stehen, das die Gesamtheit der religiösen Identität und Praxis ausmacht.

Zentralitätsskala

Ein weiteres zentrales Element in Ackerts Forschung ist die *Zentralitätsskala*, die ebenfalls von Stefan Huber



entwickelt wurde. Diese Skala misst die zentrale Bedeutung, welche der Glaube im Leben einer Person einnimmt. Sie geht über die bloße Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppe hinaus und gibt Aufschluss darüber, wie tief verwurzelt und einflussreich religiöse Dimensionen im alltäglichen Leben und Denken einer Person sind.

Ackert hat die Zentralitätsskala verwendet, um die Rolle der Religion in verschiedenen religiösen und kulturellen Kontexten zu analysieren und zu quantifizieren. Seine Forschung hat gezeigt, dass die Zentralitätsskala ein geeignetes und zuverlässiges Instrument darstellt, um religionspsychologische Fragen in unterschiedlichen Ländern und Religionen zu beleuchten sowie die Veränderung der Religionslandschaften zu erfassen.



Michael Ackert als Administrator bei der ECRSH 2024

Bindungstheorie in Beziehung zu Gott

Ein weiterer Schwerpunkt von Dr. Ackerts Arbeit ist die Anwendung der Bindungstheorie auf die Beziehung zu Gott. Die Bindungstheorie, ursprünglich von John Bowlby entwickelt, untersucht die emotionalen Bindungen zwischen Menschen und deren Bedeutung für die lebenslange Entwicklung von sozialen Beziehungen. Ackert hat diese Theorie in psychotherapeutischen Kontexten angeschaut und den Einfluss der Bindung auf die mentale Gesundheit untersucht.

Es zeigt sich, dass die Art der Bindung, die eine Person zu Gott entwickelt, ähnlich strukturiert ist wie die Bindung zu wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit. Eine sichere Bindung zu Gott kann demnach mit größerer psychologischer Resilienz und einem tieferen Gefühl von Geborgenheit und Unterstützung verbunden sein. Im Gegensatz dazu kann eine unsichere oder vermeidende Bindung zu Gott mit Gefühlen von Angst, Schuld und Isolation einhergehen.

Forschungswerkstatt AeF



8.-9.11.2024

2. Forschungswerkstatt des Arbeitskreises
für Empirische Forschung zu Glaube,
Psychotherapie und Seelsorge (AeF)
Internationale Hochschule Bad Liebenzell

Einzelheiten und Anmeldung <https://aef-gps.de/>

Spiritualität und Gesundheit August 2024 | Jahrgang 03 | Heft 01

Körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlergehen (WHO)

