

Büssing  
Surzykiewicz  
Zimowski



# Dem Gutes tun, der leidet

Hilfe kranker  
Menschen –  
interdisziplinär  
betrachtet

Dem Gutes tun, der leidet

Arndt Büssing  
Janusz Surzykiewicz  
Zygmunt Zimowski  
(Hrsg.)

# Dem Gutes tun, der leidet

Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet

 Springer

*Herausgeber*

**Prof. Dr. Arndt Büsing**  
Universität Witten/Herdecke  
Herdecke, Deutschland

**HE Archbishop Zygmunt Zimowski**  
Pontificio Consiglio per gli Operatori S  
Roma, Vatican City

**Prof. Dr. Dr. Janusz Surzykiewicz**  
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Eichstätt, Deutschland

ISBN 978-3-662-44278-4      ISBN 978-3-662-44279-1 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-662-44279-1

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Planung: Susanne Moritz, Heidelberg  
Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg  
Lektorat: le-tex publishing services GmbH, Leipzig  
Projektkoordination: Cécile Schütze-Gaukel, Heidelberg  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Fotonachweis Umschlag: © thinkstock/idealstock  
Herstellung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Springer ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
([www.springer.com](http://www.springer.com))

# Geleitwort

---

*Gregor Maria Hanke OSB*

Die Perikope des barmherzigen Samariters ist für viele von uns ein von Kindheit an vertrauter Text. Wie oft hörten wir von dem friedvollen Fremden, der selbstlos und ohne Furcht dem Verwundeten am Wegesrand half. Und es waren die berufsmäßigen „Hauptamtlichen“, die ihren Dienst nicht taten und am Notleidenden vorbeigingen. So wurden das Bild des Samariters für uns zum Sinnbild für Nächstenliebe und die Tempeldiener zur mahnenden Erinnerung, der Not nicht gleichgültig oder ängstlich zu begegnen.

Spannend wird es, wenn nicht Theologen, sondern Fachdienste aus dem Gesundheitswesen die Kommentare und Deutungen zum barmherzigen Samariter geben, wie beispielsweise Mediziner und Gesundheitsökonom, Pflegeberufe und Therapeuten. Hierbei werden nicht nur die Fachspezifika näher beleuchtet und das Geschehen als Folie über die eigene Arbeit gelegt, sondern es wird ein Blick auf das Gesamt des Gesundheitswesens, der Finanzierung und Verteilungsgerechtigkeit, der Gesellschaft und auch auf eine Gesamtsicht des Menschen möglich. Eine Fülle an Aspekten und Impulsen wurden nun in diesem Sammelband zusammengetragen. Zwei Gedanken möchte ich vorab kurz aufgreifen.

Dass sich Fachlichkeit, Menschsein und Zuwendung nicht gegenseitig ausschließen, zeigt uns beispielsweise die Begegnung zwischen dem Samariter und dem Wirt. Professor Harald Mang benannte in seinem Beitrag die Beauftragung des Wirtes und die Zusage weiterer Honorierung bei Bedarf nach Rückkehr des Samariters als eine erste Form der Qualitätssicherung. *Am andern Morgen holte er zwei Denare hervor, gab sie dem Wirt und sagte: Sorge für ihn, und wenn du mehr für ihn brauchst, werde ich es dir bezahlen, wenn ich wiederkomme.* (Lk 10,35).

Schon seit längerer Zeit wird die Ökonomisierung der Medizin beklagt, die die Sorge um das körperliche Heil des Menschen nur als weiteren Teilbereich eines auf Gewinnmaximierung ausgerichteten Marktsystems begreifen will. Während der Samariter sagt: *„Wenn du mehr für ihn brauchst, werde ich es dir bezahlen“*, geht die Strategie der Kostendämpfung den umgekehrten Weg und versucht über Fallpauschalen finanzielle Obergrenzen für die Behandlung festzulegen. Personaleinsparungen in der Pflege sind die logische Folge. Schon die praktischen Gegebenheiten lassen auf diese Weise eine menschliche Zuwendung, die über das Allernötigste hinausgeht, kaum mehr zu. Gerade vor dem Hintergrund, dass wissenschaftlich immer deutlicher wird, dass zwischenmenschlicher Kontakt nicht nur die psychische Gesundheit unterstützt, sondern auch direkt der physischen Heilung zugutekommt, müssen wir uns fragen: *Was ist uns Menschlichkeit wert?*

Es lohnt sich also, den barmherzigen Samariter näher zu betrachten, von einer anderen Blickwarte aus, mit Kriterien des heutigen Qualitätsmanagements und dem Streben nach Gewinnmaximierung, der Monetarisierung der guten Tat, aus dem Blickwinkel der Personalnot und des Helfenden. Was sagt uns heute der barmherzige Samariter über unser Gesundheitssystem, welche Hinweise gibt er uns, was lässt uns den Blick schärfen für die aktuelle Not, mehr noch für Handlungsansätze und Perspektiven?

Den Notleidenden gibt es nicht, auch wenn wir in diesem Zusammenhang natürlich zuerst an den Patienten denken. Doch wie viel Not versteckt sich im Gesundheitssystem, bei den Samaritern? Wenden wir den Blick hier auf die Helfenden, wird sofort deutlich, was gemeint ist. Viele Frauen arbeiten in einem Pflegesystem, das kaum Luft zum Atmen lässt. Voller Empathie und Überzeugung in den Pflegeberuf gestartet, stellt sich heute der Pflegealltag als Marathon dar, der kaum mehr zu bewältigen ist. Wie viel Budget ist für Personal und Pflege zur Verfügung gestellt? Wie viel Dokumentation ist notwendig und verantwortbar? Wie viel ist uns Menschlichkeit und Zuwendung heute wert? Eine Krankenschwester berichtete, dass sie ihre Patienten beim Verlassen des Zimmers nicht mehr in die Augen blicke, um nicht den Eindruck zu erwecken, sie könne noch etwas aufnehmen, noch etwas für den Patienten tun. Der nächste und viele weitere Patienten warten doch bereits auf die Versorgung.

Auch Ärzte sind von diesem Leistungsdruck nicht ausgenommen. Kann und darf die Behandlung aufgenommen, fortgeführt werden? Liegt die Maßnahme im Budget? Kann die Operation verantwortet werden? Welche strafrechtlichen und finanziellen Konsequenzen können folgen, wenn dem Anspruch auf Gesundheit nicht entsprochen werden kann? Stellen IGeL-Leistungen einen Beitrag zur Chancenungleichheit oder zum Anspruch auf Gesundheit, gar auf das perfekte Kind dar? Wie sehr muss heute einem System entsprochen, funktioniert werden? Wie viel Individualität und menschliche Kreativität und Schaffenskraft lässt es zu?

Die Perikope des barmherzigen Samariters zeigt uns hier verschiedene Typen von potenziellen Helfern auf, die einfach vorbeigehen, weil sie ihren Dienst vermeintlich an anderer Stelle tun müssen. Eingekeilt in ein Denk- und Handlungssystem eines „berufsmäßigen Hauptamtlichen“, das kaum mehr Raum für Freiheit des Handelns und Seins gewährt, zeigt hier, dass es nötig ist, die Umstände zu hinterfragen – und dies in allen Systemen, nicht nur im Gesundheitswesen. Diese Gefüge sind aber nicht nur künstlich konstruiert, sondern von uns selbst mit befördert und gestützt. Hier stellt sich die Frage nach dem Verständnis des Berufsstandes, den Gründen für psychisches Ausbrennen, dem Handlungsspielraum und dem Vertrauen, der Verantwortung, die heute den Mitarbeitern zugetraut und gewährt wird.

Der Samariter ist frei in seinem Handeln. Er tut es aus einem ursprünglichen Sinn des Helfens, der von Fachdiensten im Gesundheitswesen immer wieder betont wird. Warum helfe ich Menschen in ihrer körperlichen und seelischen Not? Der Fremde hat scheinbar die Freiheit, dies zu tun. So gibt uns der barmherzige Samariter hier einen wichtigen Impuls, darüber nachzudenken, welche Bedingungen für konkrete Hilfen notwendig sind. Ein fremdes System, das eine Wegstrecke entfernt vom Notleidenden ist und über Gegebenheiten und Einsätze entscheidet, sicherlich nicht. Wie dankbar können wir sein, dass diese Systeme dennoch von so vielen barmherzigen Samaritern bereichert sind, dass Not gelindert, Menschlichkeit und Zuwendung erfahren werden kann.

Bei der Betrachtung der Perikope des barmherzigen Samariters durch die Brille der Fachdienste aus dem Gesundheitswesen stellen sich also aktuelle Fragen. Wie weit sind wir in Systemen gefangen genommen und lassen uns nicht mehr als „Fremde“ auf das Neue und Unmittelbare ein? Wieder Fremder unter Fremden zu sein, um sich neu begegnen zu können, welches Potenzial und welche Chance ist darin geborgen? Um dieses ursprüngliche Menschsein wieder entdecken und kennenlernen zu können, bedarf es aber eines zentralen Aspektes, eines Blickes auf den Menschen in seiner Ganzheit, seiner Gabe und seinem Vermögen, seiner Freiheit und Schaffenskraft, seiner in Gott begründeten Würde, der ihn mit allem ausgestat-

tet hat, dessen er bedarf. In dieser ganzheitlichen Sicht des Menschen, der Vertrauen und Zutrauen, Verantwortung und Schaffenskraft in sich birgt, liegt eine wichtige Botschaft des barmherzigen Samariters. Als Mensch wendete er sich einem Menschen in Not zu. Er gab seinem Nächsten die Hand zur Hilfe und seinem weiteren Nächsten das Vertrauen, die Hilfe fortzuführen. Und der Wirt vertraute dem Fremden, dass er wiederkommen und die Last mit ihm zusammen tragen werde. Die finanziellen Mittel dienen der Sorge um den Kranken und dem Auskommen des Wirtes. Und der Fremde wird nicht nur zum Helfer, sondern auch zum Vertrauten. Gemeinschaft entsteht und wächst. Möglicherweise ist es in der Realität nicht immer so einfach. Es lohnt jedoch allemal, sich näher mit diesen Impulsen zu beschäftigen, sich vertraut zu machen.

Der interdisziplinäre Dialog, der in diesem Sammelband seine Aspekte zum barmherzigen Samariter aufzeigt, bietet wertvolle Impulse für die Arbeit aller Fachdisziplinen im Gesundheitswesen. So bin ich dankbar für die Beiträge, die sowohl zur internationalen Tagung in Eichstätt anlässlich des Welttags der Kranken 2013 als auch hier in diesem Sammelband zur Thematik „Dem Gutes tun, der leidet“ gegeben wurden. Besonders danke ich allen Damen und Herren in den jeweiligen Fachdisziplinen und Berufsständen, die sich voller Engagement und Liebe dem Nächsten zuwenden, ihm helfen und beistehen. Ich wünsche Ihnen allen Gottes reichen Segen und das Vertrauen des vermeintlich „Fremden“ dem barmherzigen Samariter, der in uns allen angelegt, verborgen ist.

**Gregor Maria Hanke OSB**

Bischof von Eichstätt

3. September 2014

## Vorwort

---

*Janusz Surzykiewicz, Arndt Büssing und Erzbischof Zygmunt Zimowski*

Das vorliegende Buch ist auf der Grundlage einer internationalen Tagung zum Welttag der Kranken am 7./8. März 2013 in Eichstätt entstanden. Bewusst wurde das Leitmotiv des *barmherzigen Samariters* (Lk 10,25–37) gewählt. Bei der Zusammenstellung der Buchbeiträge wurde das Suchen nach Antworten aus unterschiedlichen Perspektiven in den Vordergrund gestellt, insbesondere wie einem Kranken unter den realen Gegebenheiten unseres Versorgungssystems bestmögliche Hilfe gewährt werden kann, wie in unserer modernen Kultur und Gesellschaft Leid wahrgenommen wird, welche Hilfen wir bereitstellen wollen und können, wie die Bedürfnisse der Leidenden und Kranken berücksichtigt werden sollen und wie wir mit den Helfenden umgehen, die in ihrem Engagement für den Leidenden oftmals selbst an die Grenzen der Belastbarkeit kommen und Hilfe bedürfen.

Mit Nachdruck betonte auch Papst Johannes Paul II. in seinem 1984 an die Kranken gerichteten Brief *Salvifici doloris*: „*Der Mensch muss sich in erster Person dazu aufgerufen fühlen, die Liebe im Bereich des Leidens zu bezeugen. Institutionen sind sehr wichtig und unentbehrlich; doch keine Institution vermag von sich aus das menschliche Herz, das menschliche Mitleid, die menschliche Liebe, die menschliche Initiative zu ersetzen, wenn es darum geht, dem Leiden des anderen zu begegnen. Das gilt für die körperlichen Leiden, aber noch mehr, wenn es sich um die vielfältigen moralischen Leiden handelt; vor allem, wenn die Seele leidet.* (29)“

Eine sich heute andeutende Tendenz zur Wegrationalisierung von Leiden, Krankheit, Altern und andere Aspekte der Brüchigkeit unsere *Conditio humana* ist inhuman und eines empfindenden Menschen nicht würdig.

Gerade deshalb stoßen abstrakte Reflexionen zum Thema Leid schnell an ihre Grenzen. Vielmehr ist einem Leidenden mit besonderer Demut und Respekt gegenüber seiner individuellen und einmaligen Leidenserfahrung zu begegnen. Leid und Leiden haben verschiedene Gesichter. Sie reichen von physischen bis hin zu psycho-emotionalen, sozialen und seelischen Leiden. Leid kennt kein Alter und keinen sozialen Status, ist geschlechts- und kulturübergreifend. Auch wenn jeder Betroffene und seine Umwelt Leid als etwas höchst Individuelles erfährt, so ist dieses individuelle Erleben zugleich auch durch seine soziokulturelle Einbettung bedingt, sein Deutungsrahmen kulturell, gesellschaftlich und religiös tradiert.

Als solches stellt Leiden eine große Herausforderung nicht nur für den einzelnen Menschen, sondern auch für die Gesellschaft und ihre Institutionen dar. Die Fragen nach einer ganzheitlichen Fürsorge für die Kranken und ihre Angehörigen, ihrer Organisier- und Finanzierbarkeit sowie dem grundlegenden philosophischen und theologischen Verständnis von Leid lassen sich ohne einen persönlichen Glauben nur bedingt beantworten. Deshalb ist Leid immer auch eine große Herausforderung des Glaubens. Aus theologischer Sicht stehen dem Glaubenden, der sein Vertrauen nicht nur auf sich, sondern auf Gott setzt, Gottes Möglichkeiten offen. Glaube ist somit im christlichen Verständnis Voraussetzung des Heilens und des Geheiltwerdens (Mt 9,28–29, Mk 5,34–36).



Jesu ursprüngliches Beispiel und seine Botschaft prägten unsere kulturelle Geschichte nachhaltig. Auch wenn die oft berechtigte Kritik dazu auffordert, an strukturellen und individuellen Missständen zu arbeiten, so ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass die ersten Fürsorgekonzepte, -einrichtungen und -methoden für Bedürftige und Kranke aus dem kirchlich-christlichen Verständnis des sinnbildlichen barmherzigen Samariters entstanden sind, dem sie bis heute verpflichtet sind – etwa in Gestalt einer hoffnungsvollen und aufopfernden Pflege eines Kranken durch Familienangehörige, in Gestalt eines Gemeinденetzwerks zur Krankenfürsorge mit vielen freiwilligen Helfern, in rituellen Formen der Tröstung und Stärkung, in verschiedenen Seelsorgeangeboten in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, durch das Personal der entsprechenden Einrichtungen selbst.

Dieses diakonische bzw. karitative Wirken der Kirche in der Sorge um Kranke und Menschen in Not wird aus der Sicht der praktischen Theologie als Grunddimension und Grundvollzug der Kirche selbst verstanden. Sowohl die Seelsorge an konkreten Menschen als auch die Ausgestaltung sozialer Strukturen und Institutionen ergibt hierzu wesentliche Prinzipien für die Pastoral und Sozialethik.

Die Vielfalt des Handelns spiegelt die unterschiedlichen Lebens- und Glaubenssituationen von Kranken auch in ökumenischer Hinsicht wider und vermittelt in der interreligiösen Zusammenarbeit ein besonderes Gewicht und Prägung für eine breite soziokulturelle Krankenfürsorge.

Es zeigt sich dabei, dass Religion und Medizin trotz vieler Interdependenzen unterschiedliche Perspektiven verfolgen und gerade Religionen und Spiritualität ein wichtiges umfängliches Heilsverständnis verdeutlichen.

Christliche Konfessionen – eingedenk allen Leides, das sie selber über Menschen gebracht haben – sind heute ein wichtiger Partner im Sozial- und Gesundheitswesen, indem sie auch Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen unterhalten und als Anwalt für Schwache, Bedürftige und Kranke vom Beginn bis zum Ende ihres Lebens eintreten.

Im Sinne des Patientenwohls wird für einen interprofessionellen Ansatz in der Seelsorge plädiert, der kommunikative Kompetenz, Sach- und Feldkompetenz sowie interprofessionelle Zusammenarbeit und Wertschätzung fördere. In diesem Zusammenhang wird auch die Tatsache bedacht, dass nicht selbst nur die Kranken bedürftig sind, sondern auch ihre Helfer, dass es ganze Teams von Menschen gibt, die selbst betroffen sein können.

Dabei bietet sie der Gesellschaft einen Raum für sozial- und bioethische Fragestellungen, zeigt, dass nicht nur die Frage nach „richtig“ und „falsch“ gestellt werden darf, sondern auch die Frage nach der Ganzheitlichkeit der menschlichen Existenz im Religiösen und Spirituellen.

Dennoch müssen wir uns auch selbstkritisch fragen, ob wir dem hohen Ideal, „*dem Gutes zu tun, der leidet*“, in seinem umfassenden Facettenreichtum tatsächlich gerecht werden – sowohl in den Sozialräumen und Einrichtungen als auch im Gesundheits- und Sozialsystem.

Die Herausgeber dieses Buches empfinden den interdisziplinären Dialog von Wissenschaft und Praxis unentbehrlich und möchten daher den verschiedenen Disziplinen und Professionen Raum geben, aktuelle Gegebenheiten aus Forschung und Handlungsfeldern in einem kritisch-reflexiven Austausch zu beleuchten.

Ausgehend vom biblischen Bild des *barmherzigen Samariters* befassen sich die unterschiedlichen Beiträge mit der Suche nach Antworten, wie einem Kranken unter den realen Gegebenheiten unseres Versorgungssystems bestmögliche Hilfe gewährt werden kann. Vor allem in den letzten Jahren haben Medizin, Pflege- und Sozialwissenschaften die spirituellen Bedürfnisse, Wünsche und Optionen ihrer Patienten und Klienten als eigene professionelle Aufgabe entdeckt, die nicht mehr nur an die Seelsorge zu delegieren ist, sondern künftig auch verstärkt interdisziplinär wahrgenommen werden muss. Die Beiträge dieses Buches sprechen in unterschiedlicher Weise genau dieses an, um entsprechende Synergieeffekte sowohl in der interdisziplinären Forschung zur Krankenfürsorge als auch im Rahmen des konkreten Tuns freizusetzen.

Wesentlicher Blickwinkel ist immer derjenige, der durch den Leidenden selbst eingenommen wird. Die Leidfrage ist die zentrale Bewährungsprobe für den Betroffenen, für seine persönlichen und spirituellen Ressourcen, für seine Glaubenswelt. Bedeutsam sind aber – der Vorgabe des Gleichnisses vom *barmherzigen Samariters* folgend – auch die strukturellen Gegebenheiten und Voraussetzungen, um spirituelle und religiöse Dimensionen in der Fürsorge um Leidende künftig stärker zu berücksichtigen. Gerade in den Zeiten der Fallpauschalen und des regulierenden Qualitätsmanagements, der ökonomischen Zwänge und Systematiken stellt sich provokativ die Frage, ob eine intensive spirituelle und religiöse Versorgung der Patienten überhaupt bezahlbar ist und sich in einer evidenzbasierten Evaluation auch „auszuzahlen“ vermag. Ausgehend vom Verständnis des Systemdenkens ist es ebenso wichtig zu betonen, dass in Anbetracht eines kranken Mitglieds stets auch seine Familie, Freunde und Gemeinde in Mitleidenschaft gezogen sind. Pastoral ergibt sich hieraus und insbesondere für die Lokalgemeinden der wichtige Auftrag einer umfassenden Unterstützung aller Betroffenen.

Die Herausgeber dieses Buches hoffen, dass diese Themen nachhaltig weiterdiskutiert werden und durch Multiplikatoren im Gesundheits- und Pflegesystem weiterreichende Umsetzung erfahren.

# Herausgeber

---

**Univ.-Prof. Dr. med. Arndt Büssing**, Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke

**Prof. Dr. phil. Dr. theol. Janusz Surzykiewicz**, Professur für Pastoraltheologie und Psychologie, Fakultät für Religionspädagogik & kirchliche Bildungsarbeit der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

**S.E. Erzbischof Zygmunt Zimowski**, Präsident des Päpstlichen Rates für die Pastoral im Krankendienst, Rom

# Inhaltsverzeichnis

---

## I Der Leidende und seine Bedürfnisse

<b>1</b>	<b>Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker</b> .....	3
	<i>Arndt Büssing, Eckhard Frick</i>	
1.1	Spiritualität als wichtige Ressource chronisch Kranker.....	4
1.2	Die vier Kategorien spiritueller Bedürfnisse.....	5
1.3	Zusammenfassung.....	11
	Literatur.....	11
<b>2</b>	<b>Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie: Passt das zusammen?</b> .....	13
	<i>Christian Zwingmann</i>	
2.1	Religiosität/Spiritualität und psychische Gesundheit.....	14
2.2	Wirkwege von Religiosität/Spiritualität auf psychische Gesundheit.....	15
2.3	Religiöse/spirituelle Bewältigungsstrategien (Coping).....	17
2.4	Gehört Religiosität/Spiritualität in die Psychotherapie?.....	18
2.5	Religiosität/Spiritualität bei deutschen Psychotherapeuten: Gibt es eine Religiositäts-/Spiritualitätslücke?.....	19
2.6	Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie: Vier typische Bezüge.....	22
2.7	Fazit und Ausblick.....	23
	Literatur.....	24

## II Auf dem Lebensweg angesichts von Leid und Glaube

<b>3</b>	<b>Die religiöse Deutung der Krankheit</b> .....	29
	<i>Eberhard Schockenhoff</i>	
3.1	Krankheit und Heilung im Alten Testament.....	31
3.2	Krankheit und Heilung im Neuen Testament.....	34
3.3	Religiöse Deutungsmuster des Krankseins.....	39
	Literatur.....	43
<b>4</b>	<b>Die psychoonkologische Dimension als dynamischer Prozess der Heilung</b> ....	45
	<i>Carola Riedner</i>	
4.1	Auseinandersetzung mit der Krankheit ist ein dynamischer Prozess.....	46
4.2	Krankheit als Chance.....	46
4.3	Krankheit als Krise.....	47
4.4	Trauer und Depression sind zu unterscheiden.....	47
4.5	Verlust der Selbstständigkeit.....	47
4.6	Hoffnung geben.....	48
	Literatur.....	48

<b>5</b>	<b>Sichtweisen zu Leid und Kranksein</b> .....	49
	<i>Thomas Wertgen</i>	
5.1	Wie werden Leid und Kranksein gesehen? .....	50
5.2	Wie begegnen sich Glaube und Medizin? .....	50
5.3	Was macht uns krank? .....	51
5.4	Hat Krankheit einen Sinn? .....	52
5.5	Ausblick und Erweiterung der Dimensionen .....	53
	Literatur .....	54

### III Der Samariter und sein Auftrag

<b>6</b>	<b>Barmherzigkeit und ärztliches Selbstverständnis in der modernen Gesellschaft</b> .....	57
	<i>Frank Ulrich Montgomery</i>	
6.1	Arztbild in der Öffentlichkeit .....	58
6.2	Verallgemeinerungen werden keinem gerecht .....	59
6.3	Gesundheitsversorgung in der modernen Gesellschaft .....	59
6.4	Das ärztliche Selbstverständnis ist vornehmlich, Arzt zu sein .....	60
6.5	Arzt als Schlüsselfigur für den sozialen Frieden .....	61
	Literatur .....	62
<b>7</b>	<b>Warum der Samariter nicht nach der Krankenkasse des Überfallenen fragte</b> .....	63
	<i>Uto Meier</i>	
7.1	Kleine Zeitdiagnose zu „Fortschritt und Unbehagen an der Medizin“ .....	64
7.2	Medizinkrise als Macht- und Vertrauenskrise? .....	64
7.3	Semantik und Geschichte(n) zum Arztsein .....	65
7.4	Ethik oder Effizienz? Notwendige Differenzierungen .....	65
7.5	Was die Stoa uns heute über Verantwortungsreichweiten lehren kann .....	66
7.6	Max Weber und sein Dioskurenpaar: Verantwortungsethik versus Gesinnungsethik als Helfer in ethischer Seenot .....	67
7.7	Der Utilitarismus – eine Gefahr für die Arzt-Patienten-Beziehung .....	68
7.8	Ärztliche Ethik als essentialistische Verpflichtung zum Heilen .....	69
7.9	Polarstern Hippokrates .....	72
7.10	Kritische Anfragen an heutige Medizinkultur .....	72
	Literatur .....	74
<b>8</b>	<b>Der Samariter und sein Auftrag</b> .....	75
	<i>Heribert Niederschlag SAC</i>	
8.1	Denkanstöße aus der Moderne .....	76
8.2	Wer ist mein Nächster? .....	76
8.3	Die Verbindung von Gottes- und Nächstenliebe .....	78
	Literatur .....	80

<b>9</b>	<b>Samariter – je nach Bedarf</b> .....	81
	<i>Reinhard Brandt</i>	
9.1	Hilfebedarf gestern und heute .....	82
9.2	Demografischer Wandel .....	83
9.3	Umgang mit Demenz gestern und heute .....	85
9.4	Zusammenfassung .....	86
	Literatur .....	86
<b>10</b>	<b>Wahrnehmung von Leid – Kirche in der Verantwortung</b> .....	87
	<i>Reinhard Kardinal Marx</i>	
10.1	Wahrnehmung von Leid und die Sehschule der Wahrnehmung .....	88
10.2	Auf Augenhöhe mit dem Leidenden und den anderen Professionen .....	89
10.3	Barmherzigkeit und Liebe .....	91
<b>11</b>	<b>Kirche unterwegs – Als Seelsorger den Menschen nahe sein</b> .....	93
	<i>Anne Rademacher</i>	
11.1	Beispiel Nachbarschaftshilfe .....	94
11.2	Ehrenamtliche mit besonderen Fähigkeiten .....	94
11.3	Ehrenamtliche als Glaubenszeugen .....	94
<b>12</b>	<b>Mit der ganzen Person: Billiger geht es nicht! – Salutogenese für Menschen in helfenden Berufen</b> .....	95
	<i>Christoph Jacobs</i>	
12.1	Wie werde ich zum Samariter? .....	96
12.2	Was sind die Handlungsmaximen für Samariter? .....	97
12.3	Wie gelingt das eigene Leben als „beruflicher Samariter“? .....	98
	Literatur .....	99
<b>13</b>	<b>Religiös-spirituelle Begleitung von Demenzkranken aus der Sicht von Pflegekräften</b> .....	101
	<i>Janusz Surzykiewicz</i>	
13.1	Demenz im Alter – eine stetig wachsende Herausforderung für die Pflege .....	102
13.2	Verschiedene Aspekte der Pflege bei Menschen mit Demenz .....	103
13.3	Religiöse und spirituelle Dimensionen der Pflege bei Menschen mit Demenz .....	104
13.4	Zur Notwendigkeit einer religiös-spirituellen Exploration in der Pflege .....	106
13.5	Bedarf einer umfassenden Pflege .....	107
13.6	Pflegekräfte und ihr Umgang mit Fragen der Spiritualität bzw. Religiosität .....	108
13.7	Spiritualität und Religiosität als Copingressourcen für das Personal .....	110
13.8	Studie zum Commitment von Pflegekräften hinsichtlich religiös-spirituelle Unterstützungsangebote in der Pflege .....	111
13.9	Schlussfolgerungen und Implikationen .....	118
	Literatur .....	119
<b>14</b>	<b>Der Samariter – eine schwierige Identifikationsfigur für Pflegeberufe</b> .....	127
	<i>Carl Heese</i>	
14.1	Leitbild für die Pflege .....	128
14.2	Samariter als Identifikation zeitgemäß? .....	128
14.3	Das Helfersyndrom .....	129

14.4	Positive Psychologie .....	129
14.5	Strategien zum Glück .....	130
14.6	Der Samariter und Mutter Teresa .....	130
	Literatur .....	131

<b>15</b>	<b>Der barmherzige Samariter und der unter die Räuber Gefallene in meinem Leben .....</b>	<b>133</b>
	<i>Marcellina Bihr OP</i>	

## **IV Der Wirt in seiner institutionellen und ökonomischen Herausforderung**

<b>16</b>	<b>Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen für Patienten und Ärzte .....</b>	<b>139</b>
	<i>Harald Mang</i>	
16.1	Historische Entwicklungen in der Medizin .....	140
16.2	Gesundheitspolitik .....	142
16.3	Ärztliche Profession .....	147
16.4	Hartmannbund und kassenärztliche Vereinigungen .....	149
	Literatur .....	151

<b>17</b>	<b>Zwischen Nächstenliebe, Sozialstaat und ökonomischen Zwängen. Die kirchliche Sorge um den kranken Menschen im Spannungsfeld aktueller Herausforderungen .....</b>	<b>153</b>
	<i>Peter Fonk</i>	
17.1	Eine Nebenrolle, die zeitweilig zur Hauptrolle wird .....	154
17.2	Zwischen Ökonomisierung und Nächstenliebe. Anmerkungen zu aktuellen Herausforderungen .....	156
17.3	Herausforderungen für kirchliche Gesundheitseinrichtungen .....	157
17.4	Bilanz und Ausblick .....	160
	Literatur .....	160

<b>18</b>	<b>Spiritual Care: Der Wirt in seiner institutionellen und ökonomischen Herausforderung .....</b>	<b>163</b>
	<i>Traugott Roser</i>	
18.1	Einleitende Gedanken zur verwendeten Begrifflichkeit .....	164
18.2	Beobachtungen am Gleichnis des barmherzigen Samariters .....	164
18.3	Hinweise des Gleichnisses an die „Wirte“ der Gegenwart .....	165

<b>19</b>	<b>Seelsorge in einer sich verändernden polnischen Gesellschaft .....</b>	<b>167</b>
	<i>Piotr Krakowiak SAC</i>	
19.1	Rückkehr zu den traditionellen Formen der spirituellen und geistlichen Fürsorge im Rahmen der Gesundheitsversorgung und des Sozialhilfwesens in Polen nach dem Umsturz des kommunistischen Regimes im Jahr 1989 .....	168
19.2	Neue Herausforderungen bezüglich der geistigen und religiösen Betreuung in der polnischen Gesellschaft im 21. Jahrhundert .....	169

19.3	<b>Gute Gemeinschaftspraktiken in der Palliativ- und Hospizfürsorge unter Berücksichtigung der spirituellen Bedürfnisse der Menschen am Ende ihres Lebens</b> .....	171
19.4	<b>Vorschlag des Seelsorgeteams in Kooperation mit dem Orden der Barmherzigen Brüder ab dem Jahr 2009</b> .....	173
19.5	<b>Forschung über spirituelle Bedürfnisse Schwerkranker als eine neue Stufe bei der Suche nach Methoden der spirituellen Unterstützung</b> .....	174
19.6	<b>Fazit: Hoffnung für die Entwicklung der Forschung im Bereich der spirituellen Bedürfnisse in Kinder- und Jugendheimen, Gesundheits- und Sozialhilfesystem und der Gemeinschaftsinstitution der spirituellen und religiösen Betreuung</b> .....	175
	Literatur .....	175

## **V Der Gasthof und die Seelsorgekultur**

<b>20</b>	<b>Wie kann „caritas“ systemisch werden? Zu einer zentralen Herausforderung an kirchliche Einrichtungen im Gesundheitssystem und im Dienst der Kirche</b> .....	181
	<i>Klaus Baumann</i>	
20.1	<b>Glaubhaft ist nur Liebe – sehr konkret</b> .....	182
20.2	<b>„caritas“ – die Berufung der ganzen Kirche zur Sendung im Dienst der Liebe (agape, caritas)</b> .....	182
20.3	<b>„systemisch“</b> .....	183
20.4	<b>Zuspitzung auf Herausforderungen für die Kirche und ihre Caritas</b> .....	185
20.5	<b>Fragen und Anmerkungen für weitere Konkretisierungen</b> .....	187
20.6	<b>Schlussbemerkung</b> .....	188
	Literatur .....	188
<b>21</b>	<b>Erfahrungsräume der göttlichen Barmherzigkeit gestalten</b> .....	191
	<i>Karl Bopp SDB</i>	
21.1	<b>„Das geknickte Rohr zerbricht er nicht ...“ (Jes 42,3): Die Reich-Gottes-Botschaft Jesu als Leitnorm der Krankenpastoral</b> .....	192
21.2	<b>Krankenseelsorge als biografie- und differenzsensible Pastoral</b> .....	193
21.3	<b>Das spezifisch kirchliche Kompetenzprofil</b> .....	193
	Literatur .....	194
<b>22</b>	<b>German Catholic Identity Matrix – Ganzheitliche Sorgeskultur im katholischen Krankenhaus</b> .....	195
	<i>Thomas Günther</i>	
22.1	<b>Einführung</b> .....	196
22.2	<b>Neue Organisationsstrukturen</b> .....	196
22.3	<b>Christliche Grundprinzipien</b> .....	197
22.4	<b>Self-Assessment</b> .....	199
22.5	<b>Ganzheitliche Sorgeskultur</b> .....	199
	Literatur .....	200



<b>23</b>	<b>Gesundheitsnetzwerk Leben für ein gesundes Berufsleben und Bürokratieabbau</b> .....	201
	<i>Helga Friehe</i>	

## **VI Professionelle Gesprächskultur in der Klinischen Sozialarbeit an Hand einer Fallstudie**

<b>24</b>	<b>Akutes Leid im Licht der Lebensgeschichte – eine Fallstudie</b> .....	209
	<i>Heinz-Alex Schaub</i>	
24.1	Fallbeispiel Teil I.....	210
24.2	Fallbeispiel Teil II.....	211
24.3	Fallbeispiel Teil III.....	213
24.4	Fallverstehende Hilfepraxis.....	215
24.5	Fallbeispiel Teil IV.....	216
24.6	Schlussbemerkungen.....	217
	Literatur.....	218

## **VII Die Familie und ihre Kranken**

<b>25</b>	<b>Familie und Pflegebedürftigkeit</b> .....	221
	<i>Enrique H. Prat</i>	
25.1	Familie und Pflegebedürftigkeit aus der anthropologischen Perspektive.....	222
25.2	Familie und Pflegebedürftigkeit aus der Public-Health-Perspektive.....	222
25.3	Familie und Pflegebedürftigkeit aus der Perspektive der Pflege.....	222
25.4	Familie und Pflegebedürftigkeit aus der spirituellen Perspektive.....	223
25.5	Familie und Pflegebedürftigkeit aus der gesundheits- und familienpolitischen Perspektive.....	224
	Literatur.....	224
<b>26</b>	<b>Familienassistenz als Dienst an der „kranken Familie“ am Beispiel Polen</b> .....	227
	<i>Andrzej Jacek Najda</i>	
26.1	Grundvoraussetzungen für Familienassistenz in Polen.....	228
26.2	Aufgaben des Familienassistenten.....	230
26.3	Situation und Bedürfnisse von Familien mit chronisch kranken oder behinderten Personen.....	232
26.4	Die Unterstützung des Kranken und seiner Familie durch den Familienassistenten.....	234
26.5	Fazit.....	235
	Literatur.....	236

<b>27</b>	<b>Nur ein Augenblick, der über den Umgang mit Leid entscheidet – Gedanken zum Menschsein in der Begleitung von Eltern bei Fehl- und Totgeburt</b> .....	237
	<i>Teresa Loichen</i>	
27.1	<b>Mensch von Anfang an</b> .....	239
27.2	<b>Achtung und Offenheit</b> .....	239
27.3	<b>Wort und Tat</b> .....	240
	Literatur .....	242

# Autorenverzeichnis

---

**Baumann, Klaus, Prof. Dr.**

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Platz der Universität 3  
79098 Freiburg  
[klaus.baumann@theol.uni-freiburg.de](mailto:klaus.baumann@theol.uni-freiburg.de)

**Bihl, Marcellina**

Kloster St. Peter  
St. Peterstraße 45  
6700 Bludenz  
[sr.marcellina@aon.at](mailto:sr.marcellina@aon.at)

**Bopp, Karl, Prof. Dr.**

Philosophisch-Theologische Hochschule  
der Salesianer Don Boscos Benediktbeuern  
Don-Bosco-Str. 1  
83671 Benediktbeuern  
[bopp@pth-bb.de](mailto:bopp@pth-bb.de)

**Brandt, Reinhard, Dr.**

Verstorben; letzte Institution:  
Diakonie Neuendettelsau  
Wilhelm-Löhe-Str. 23  
91564 Neuendettelsau

**Büssing, Arndt, Prof. Dr.**

Universität Witten/Herdecke  
Gerhard-Kienle-Weg 4  
58313 Herdecke  
[Arndt.Buessing@uni-wh.de](mailto:Arndt.Buessing@uni-wh.de)

**Fonk, Peter, Prof. Dr. Dr.**

Universität Passau  
Michaeligasse 13  
94032 Passau  
[Peter.Fonk@Uni-Passau.de](mailto:Peter.Fonk@Uni-Passau.de)

**Frick sj, Eckhard, Prof. Dr.**

Hochschule für Philosophie  
Kaulbachstr. 31a  
80539 München  
Universität München  
München  
[Eckhard.Frick@med.uni-muenchen.de](mailto:Eckhard.Frick@med.uni-muenchen.de)

**Friehe, Helga**

Audi BKK  
Porschestr. 1  
38440 Wolfsburg  
[Helga.Friehe@audibkk.de](mailto:Helga.Friehe@audibkk.de)

**Günther, Thomas, Dr.**

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.  
Am Stadelhof 15  
33098 Paderborn  
[t.guenther@caritas-paderborn.de](mailto:t.guenther@caritas-paderborn.de)

**Heese, Carl, Prof. Dr.**

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Luitpoldstr. 32  
85071 Eichstätt  
[carl.heese@ku.de](mailto:carl.heese@ku.de)

**Jacobs, Christoph, Prof. Dr.**

Erzbistum Paderborn  
Kirchborchener Str. 42  
33178 Borchlen  
[christoph\\_jacobs@compuserve.com](mailto:christoph_jacobs@compuserve.com)

**Krakowiak, Piotr, Dr.**

Nicolaus Copernicus University Torun  
ul. Gagarina 9  
87-100 Toruń  
[pkrawok@umk.pl](mailto:pkrawok@umk.pl)

## Autorenverzeichnis

**Loichen, Teresa**

Bischöfliches Ordinariat  
Hauptabteilung Pastoral  
Luitpoldstraße 2  
85072 Eichstätt  
[tloichen@bistum-eichstaett.de](mailto:tloichen@bistum-eichstaett.de)

**Mang, Harald, Prof. Dr.**

Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg  
Haferweg 24b  
91096 Möhrendorf  
[harald.mang@uk-erlangen.de](mailto:harald.mang@uk-erlangen.de)

**Marx, Reinhard, Prof. Dr. Kardinal**

Erzbistum München und Freising  
Vorsitzender der deutschen Bischofskonferenz  
Postfach 330 360  
80063 München

**Meier, Uto, Prof. Dr.**

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Pater-Philipp-Jeningen-Platz 6  
85072 Eichstätt  
[uto.meier@ku-eichstaett.de](mailto:uto.meier@ku-eichstaett.de)

**Montgomery, Frank Ulrich, Prof. Dr.**

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
[elke.boethin@baek.de](mailto:elke.boethin@baek.de)

**Najda, Andrzej Jacek, Prof. Dr.**

Kardinal Stefan Wyszyński Universität Warschau  
Dewajtis 5  
01-815 Warschau  
[andrzejn@4lomza.pl](mailto:andrzejn@4lomza.pl)

**Niederschlag SAC, Heribert, Prof. Dr.**

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar  
Pallottistraße 3  
56179 Vallendar  
[h.niederschlag@pthv.de](mailto:h.niederschlag@pthv.de)

**Prat de la Riba, Enrique H., Prof. Dr.**

Institut für medizinische Anthropologie  
und Bioethik  
Landstraßer Hauptstraße 4/13  
1030 Wien  
[ehprat@imabe.org](mailto:ehprat@imabe.org)

**Rademacher, Anne, Dr.**

Seelsorgeamt Bistum Erfurt  
Regierungsstraße 44a  
99084 Erfurt  
[ARademacher@bistum-erfurt.de](mailto:ARademacher@bistum-erfurt.de)

**Riedner, Carola**

Ammerseestr. 15  
82131 Gauting  
[carolariedner@aol.com](mailto:carolariedner@aol.com)

**Roser, Traugott, Prof. Dr.**

Westfälische Wilhelms Universität Münster  
Universitätsstraße 13–17  
48143 Münster  
[traugott.rosler@uni-muenster.de](mailto:traugott.rosler@uni-muenster.de)

**Schaub, Heinz-Alex, Prof. Dr.**

Institut für Sozial- und Gesundheitswissenschaften  
Emden  
Behrens-Ring 8  
26127 Oldenburg  
[ha.schaub@googlemail.com](mailto:ha.schaub@googlemail.com)

**Schockenhoff, Eberhard, Prof. Dr.**

Universität Freiburg  
Platz der Universität 3  
79098 Freiburg  
[eberhard.schockenhoff@theol.uni-freiburg.de](mailto:eberhard.schockenhoff@theol.uni-freiburg.de)

**Surzykiewicz, Janusz, Prof. Dr. Dr.**

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Pater-Philipp-Jeningen-Platz 6  
85072 Eichstätt  
[janusz.surzykiewicz@ku.de](mailto:janusz.surzykiewicz@ku.de)

**Wertgen, Thomas, Prof. Dr.**

OBERWAID – Kurhaus & Medical Center

Rorschacher Strasse 311

9016 St. Gallen

[Thomas.Wertgen@oberwaid.ch](mailto:Thomas.Wertgen@oberwaid.ch)

**Zimowski, Zygmunt, Dr. Erzbischof**

Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

Via della Conciliazione 3

00193 Roma

[opersanit@hlthwork.va](mailto:opersanit@hlthwork.va)

**Zwingmann, Christian, Prof. Dr. Dr.**

Evangelische Fachhochschule

Rheinland-Westfalen-Lippe

Immanuel-Kant-Str. 18–20

44803 Bochum

[zwingmann@efh-bochum.de](mailto:zwingmann@efh-bochum.de)

# Der Leidende und seine Bedürfnisse

**Kapitel 1**      **Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse  
chronisch Kranker – 3**  
*Arndt Büssing, Eckhard Frick*

**Kapitel 2**      **Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie:  
Passt das zusammen? – 13**  
*Christian Zwingmann*

# Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker

*Arndt Büssing, Eckhard Frick*

- 1.1 Spiritualität als wichtige Ressource chronisch Kranker – 4**
- 1.2 Die vier Kategorien spiritueller Bedürfnisse – 5**
  - 1.2.1 Ausprägung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse – 5
  - 1.2.2 Soziodemografische Variablen mit Einfluss auf die Ausprägung spiritueller Bedürfnisse – 7
  - 1.2.3 Psychologische und gesundheitsbezogene Variablen mit Einfluss auf die Ausprägung spiritueller Bedürfnisse – 8
  - 1.2.4 Spirituelle Bedürfnisse von areligiösen Skeptikern – 9
  - 1.2.5 Wer kümmert sich um die spirituellen Bedürfnisse? – 10
- 1.3 Zusammenfassung – 11**
  - Literatur – 11**

Im Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lk 10,25–37) wird deutlich, dass sich der Helfende, genau wie es in Krankenhäusern heute auch üblich ist, zuerst um die Grundversorgung des Leidenden gekümmert hat. Wir wissen nicht, ob er sich die Zeit genommen hat, den Leidenden nach seinem familiären, sozialen, biografischen oder spirituellen Hintergrund zu fragen, und ob er, nachdem er ihn im Gasthof hinsichtlich des Notwendigen versorgt wusste (genau wie in einem Krankenhaus), nachfragte, ob es noch Weiteres gäbe, was er für ihn tun könne, ob er weitere Bedürfnisse habe, die ihm wichtig sind. Vielleicht hatte er dafür auch keine Zeit und hat diese Aufgabe dem Wirt überlassen. Wir wissen es nicht.

**Heute: Mehr Möglichkeiten der Hilfe – aber keine Zeit** Aber wir können heute durchaus mehr über die Hintergründe und spezifischen Bedürfnisse kranker Menschen, jenseits der Grundversorgung und der Zurverfügungstellung von Details der Diagnostik, Therapie und Prognosen, wissen. Ähnlich wie in der neutestamentlichen Geschichte vom barmherzigen Samariter trifft es aber auch heute zu, dass die Zeitressource begrenzt ist, da die Helfenden noch anderes zu „erledigen“ haben, aber zumindest die Betreuung des Kranken sichergestellt ist. Hätte der spontan Helfende mehr tun können? War es nicht schon allerhand, dass er überhaupt innegehalten und sein Tagesgeschäft unterbrochen hat, um zu helfen? Ist es nicht auch heute so, dass selbstverständlich die „Primäraufgaben“ der Helfenden erfüllt werden, während alles Weitere zumeist anderen überlassen wird? – Wem eigentlich?

## 1.1 Spiritualität als wichtige Ressource chronisch Kranker

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Studien, die klar belegen, dass insbesondere für chronisch Kranke ihre Spiritualität eine wichtige Ressource ist, um mit Krankheit und Leid umzugehen (Übersicht bei Koenig et al. 2001, 2012). – Aber wer unterstützt die Patienten hinsichtlich dieser Ressource?

Als zuständig für diesen Themenbereich wird im Allgemeinen der Krankenhausseelsorger angesehen, während es die Aufgabe der medizinischen Berufe ist, sich um die „primären Bedürfnisse“ des Kran-

ken zu kümmern. Dementsprechend ist es wenig verwunderlich, dass sich in einer amerikanischen Untersuchung 72 % der Tumorpatienten hinsichtlich ihrer spirituellen Bedürfnisse durch das medizinische System nicht bzw. nur minimal unterstützt fühlten (Balboni et al. 2007). Man könnte argumentieren, dass diese Unterstützung ja auch nicht zu den Kernaufgaben der Medizin gehört. Dieselbe Untersuchung zeigte jedoch auch, dass sich 47 % aber auch nicht bzw. nur minimal durch eine/ihre Religionsgemeinschaft unterstützt fühlten, bei der man doch eine gewisse Zuständigkeit für diesen Bereich vermuten könnte. Da die spirituelle Unterstützung der Patienten mit einer signifikant besseren Lebensqualität assoziiert war (Balboni et al. 2007), wird der Befund bedeutsam.

Auch in Deutschland, das als eine sich zunehmend säkularisierende Gesellschaft angesehen werden kann, wünscht sich die Mehrheit der Tumorpatienten, dass sich ihr Arzt für ihre spirituelle Orientierung interessiert (Frick et al. 2006). In einer Untersuchung mit (ambulanten) Schmerzpatienten antworteten 23 %, dass sie mit einem Pfarrer/Seelsorger über ihre spirituellen Bedürfnisse sprechen, 20 % hatten keinen Ansprechpartner und für 37 % war es wichtig, mit ihrem Arzt über diese Bedürfnisse zu sprechen (Büssing et al. 2009). Der wird sich hierfür aber gar nicht zuständig und ausgebildet fühlen, und er wird vermutlich argumentieren, dass er für ein so persönliches Thema auch gar keine Zeit hat. – Viele Patienten werden also mit ihren spirituellen Bedürfnissen alleine bleiben.

Spirituelle Bedürfnisse werden am ehesten in der palliativen Begleitung chronisch Kranker thematisiert. Im Vordergrund steht hier der Wunsch nach Hilfe bei der Bewältigung von Ängsten, der Wunsch, mit jemandem über den Sinn des Lebens, das Sterben und den Tod sprechen zu können, sowie die Suche nach innerem Frieden, aber auch Hoffnung (Moadel et al. 1999).

🔍 **Es wäre aber ein Missverständnis, spirituelle Bedürfnisse im Sinne eines „letzten Strohhalms“ ausschließlich im Bereich der Palliativmedizin zu verorten, da diese Bedürfnisse auch für alle anderen Patienten mit chronischen Erkrankungen – auch schon nach einer Diagnosestellung – von Bedeutung sein können (Büssing et al. 2010, 2013a).**



## 1.2 Die vier Kategorien spiritueller Bedürfnisse

Die in der Literatur beschriebenen spirituellen Bedürfnisse lassen sich hinsichtlich vier miteinander verbundener Kerndimensionen differenzieren (Büssing und Koenig 2010):

1. Verbundenheit (Liebe, Zugehörigkeit, Partner-Kommunikation, Entfremdung etc.),
2. Friede (innerer Friede, Hoffnung, Ausgeglichenheit, Vergebung, Dysstress etc.),
3. Sinn/Bedeutung (Lebenssinn, Selbstverwirklichung etc.),
4. Transzendenz (spirituelle Ressourcen, Beziehung zu Gott/dem Heiligen, Beten etc.).

Diese lassen sich den Kategorien sozial, emotional, existenziell und religiös zuordnen und stellen einen konzeptionellen Bezugsrahmen für Forschung und Praxis dar. Die Bedürfnisse nach Frieden lassen sich entsprechend Alderfers ERG-Modell (Alderfer 1972) den Existenzbedürfnissen zuordnen, die Bedürfnisse nach Sinn/Bedeutung den Entwicklungsbedürfnissen, während sowohl die Bedürfnisse nach Verbundenheit als auch nach Transzendenz Bedürfnisse nach Bezogenheit sind (Büssing 2014).

### 1.2.1 Ausprägung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse

Entsprechend der vorangestellten Kategorisierung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse lassen sich diese systematisch erfassen. Hierzu kann der deutschsprachige *Spiritual-Needs-Fragebogen* (SpNQ) verwendet werden, der 25 unterschiedliche psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse erfasst und hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit quantifiziert (■ Tab. 1.1). Der Fragebogen kann als „diagnostisches“ Instrument verwendet werden, um Themenbereiche zu identifizieren, bei denen ein Bedarf besteht, auf den man reagieren kann und sollte, aber auch als Instrument für Forschungszwecke, bei dem jedoch nicht alle Items für die entsprechenden Hauptfaktoren (*Religiöse Bedürfnisse*, *Existenzielle Bedürfnisse*, Bedürfnis nach *Innerem Frieden*, *Geben/Generativität*) genutzt werden. Ob die jeweiligen Bedürfnisse tatsächlich immer „spirituell“

sind, hängt vom jeweiligen Kontext und dem weltanschaulichen Hintergrund des Patienten ab, aber auch vom Interpretationsrahmen des Betrachters. Das Bedürfnis nach Vergebung hat für einen religiösen Menschen sicherlich eine andere Bedeutung als für einen areligiösen, der dennoch den Wunsch nach psycho-emotionaler Entlastung haben kann.

**Religiöse Bedürfnisse** Die *religiösen Bedürfnisse* umfassen sowohl private als auch organisierte Aktivitäten, also Beten (für sich, für andere und mit anderen), die Teilnahme an religiösen Feiern, das Lesen religiöser/spiritueller Schriften/Bücher, aber auch Beziehungsbedürfnisse, wie sich an eine „höhere Präsenz“ (Gott) wenden zu können oder dass sich jemand aus der Gemeinde (Seelsorger, Pfarrer) kümmert. Diese religiösen Bedürfnisse sind bei den deutschen Patienten mit chronischen Erkrankungen zumeist sehr gering ausgeprägt; die meisten hatten diese Bedürfnisse entweder gar nicht oder nur gering ausgeprägt (Score 0–1), lediglich das Bedürfnis, selber zu beten ist für 27 % von Bedeutung (Score 2–3) (■ Tab. 1.1). Eine geringe Ausprägung in einer Gruppe von Patienten heißt aber nicht, dass diese Dimension für den Einzelnen nicht große Bedeutung haben kann. Hier steht selbstverständlich das Individuum im Vordergrund, das der Unterstützung bedarf.

**Existenzielle Bedürfnisse** Die *existenziellen Bedürfnisse* umfassen zum einen individuelle reflexive Aspekte (z. B. Lebensrückblick und Klärung bestimmter Aspekte, Vergebung und Sinnfindung), zum anderen kommunikative Aspekte, bei dem im Gespräch mit anderen die Auseinandersetzung mit den Fragen zum Sinn im Leben, zu eigenen Ängsten und Sorgen oder ein mögliches Leben nach dem Tod gesucht wird, aber eben auch eine größere (empfangende) Zuwendung durch andere. Am stärksten ausgeprägt war das Bedürfnis nach Zuwendung und mit anderen über die eigenen Ängsten und Sorgen zu reden, am schwächsten das Bedürfnis nach Gesprächen über den Sinn im Leben oder ein mögliches Leben nach dem Tod sowie das Bedürfnis, Vergebung zu erlangen (■ Tab. 1.1).

**Bedürfnis nach innerem Frieden** Bedürfnisse nach *innerem Frieden* thematisieren die Suche nach inne-