

Simone Ehm
Astrid Giebel
Ulrich Lilie
Rainer Prönneke (Hg.)

Geistesgegenwärtig behandeln

Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und
Selbstsorge in der ärztlichen Praxis



neukirchener
theologie

Simone Ehm / Astrid Giebel / Ulrich Lilie /
Rainer Prönneke (Hg.)

Geistesgegenwärtig behandeln

Existenzielle Kommunikation, Spiritualität
und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2016

Neukirchener Verlagsgesellschaft mbH, Neukirchen-Vluyn

Alle Rechte vorbehalten

Umschlaggestaltung: Andreas Sonnhüter, Niederkrüchten

Redaktion: Lydia Mehra

DTP: Lydia Mehra

Gesamtherstellung: Hubert & Co., Göttingen

Printed in Germany

ISBN 978-3-7887-3003-1 (Print)

ISBN 978-3-7887-3039-0 (E-Book-PDF)

www.neukirchener-verlage.de

Inhalt

<i>Simone Ehm / Astrid Giebel</i> Vorwort	9
<i>Ulrich Lilie</i> Geleitwort	13
<i>Frank Ulrich Montgomery</i> Geleitwort	14
<i>Rainer Prönneke</i> Geleitwort	15
<i>Jürgen Mathuis</i> Geleitwort	17
I. Spiritualität und Religiosität in der Medizin – Grundlegende Perspektiven	
<i>Eckhard Frick SJ</i> Tun sich Ärztinnen und Ärzte besonders schwer mit Spiritual Care?	21
<i>Claudia Bozzaro</i> Existenzielles Leiden im Krankenhaus	30
<i>Claudia Kohli Reichenbach</i> Spiritualität und Gesundheit	42
<i>Giovanni Maio</i> Die heilende Kraft der Zuwendung in der Medizin	57

Christian Spaemann

Den Patienten als Ganzes ernst nehmen
Wege zu einem sensiblen Umgang mit Religion und Glaube
im Gesundheitswesen 71

Arndt Büssing

Krankheitsneubewertung und Ehrfurcht
Dankbarkeit bei Personen mit Multipler Sklerose 87

Andrea Wiedner

Selbsthilfe und Patientenperspektive: Was erhoffen sich Patientinnen und Patienten hinsichtlich der religiösen Dimension in der ärztlichen Begleitung? 98

II. Geistesgegenwart in der Präventivmedizin

Susanne Hirschmüller

Selbstsorge in der ärztlichen Praxis 109

Martin Grabe

Ärzte und Burnout: Wie kann man vorbeugen? 121

III. Geistesgegenwart in der somatischen Medizin

Michael Rosenkranz

The House of God 137

Werner Vogel

„Was willst du, dass ich dir tun soll?“
Die Arzt-Patienten-Beziehung am Beispiel der Geriatrie 145

IV. Geistesgegenwart in der psychosomatischen Medizin

Elisabeth Grözinger

Geistesgegenwärtigkeit in der psychotherapeutischen Behandlung 161

Christoph Gerhard

Autonomie trotz neurologischer Erkrankung 173

Inhalt 7

Steffen Glathe
„Es ist auch ein Leben gewesen.“
Spirituelle Intervention in der psychiatrischen Therapie 185

Torsten Kratz / Albert Diefenbacher
Geistesgegenwärtig behandeln – Psychosomatische Medizin bei
verwirrten Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen
im demenzsensiblen Krankenhaus 199

V. Geistesgegenwart in der Palliativmedizin

Georg Schiffner
Patienten am Lebensende geistesgegenwärtig begleiten 217

Marianne Kloke
Geistesgegenwärtig behandeln in der Palliativmedizin
Auf die Haltung kommt es an 231

Barbara Schubert
Spiritual Care in der Diaspora
Es gibt keinen Unglauben 246

VI. Geistesgegenwart in medizinethischen Fragen

Fred Salomon
Ethischen Fragen geistesgegenwärtig begegnen 259

Ilse-Dore Grahe / Ralf Schild
Schwangerschaft im Konflikt nach auffälligem Befund –
ein Beratungsverfahren in der Klinik 273

VII. Rahmenbedingungen und Organisationsentwicklung im Gesundheitssystem

Hartmut Kreß
Gesundheitsgerechtigkeit als Impuls für eine patientenzentrierte
Medizin 289

Jochen Dutzmann

Geistesgegenwärtig behandeln:
Ein Thema in der ärztlichen Ausbildung?..... 301

Beate Hofmann

Diakonische Unternehmenskultur im Krankenhaus315

Michael Fischer

Entscheidungen finden im Management kirchlicher
Einrichtungen 325

Michael Karaus / Axel Halim

Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren in kirchlichen
Krankenhäusern 335

VIII. Geistesgegenwärtig behandeln – Geistesgegenwärtig leben

Volker Brandes

Patientengottesdienste in Hamburg
Vom Zusammenwirken von Gesundheitswesen und Gemeinde ... 355

Autorinnen und Autoren 367

Vorwort

Eine akute, chronische oder gar lebensbedrohliche Erkrankung stellt sehr häufig eine existenzielle Krise im Leben von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen dar. Fragen nach dem Warum der Krankheit, nach Schuld, Sinn und Leid können das Weltbild der Betroffenen erschüttern. Ein ganzheitlich orientiertes Gesundheitsverständnis schließt nicht nur die körperliche und psychosoziale Behandlung ein; es fordert zudem, Spiritualität – als sinnstiftende und begründende Dimension menschlichen Lebens – in das ärztliche Handeln zu integrieren. Eine solche auch spirituelle Begleitung von Kranken verlangt von Ärztinnen und Ärzten Aufmerksamkeit für entsprechende Bedürfnisse, eine Kompetenz in existenzieller Kommunikation sowie die Reflexion darüber, was ihnen im Berufsalltag selbst Orientierung und Kraft gibt.

Die Medizin, eigentlich Schirmherrin der Gesundheit, fokussiert in ihrer modernen Form – global gesehen – die traditionelle körperorientierte Krankheitsversorgung. Die soziale, die psychische und die spirituelle Dimension der Gesundheit werden, ebenso wie deren Entstehen, Erhalt und Ausbau, eher von anderen Wissenschaften definiert und abgedeckt. Es ist deshalb kein Zufall, dass nicht jene Ärztinnen und Ärzte, die sich der unbedingten Rettung, des Erhalts und der Verlängerung von Leben verschrieben haben, sondern Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe, insbesondere der palliativen und sogenannten *end-of-life*-Pflege, sich als erste mit den spirituellen und religiösen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten auseinandergesetzt haben. Spiritualität im Gesundheitswesen ist ein weitgehend noch unerforschtes Terrain, wenngleich zahlreiche in den vergangenen Jahren erschienene Studien sich dieser vierten (bio-psycho-sozial-spirituellen) Dimension von Gesundheit und Krankheit – zunehmend – widmen.¹ In Deutschland wollen viele Patienten und Patientinnen spirituelle Bedürfnisse, Sinnfragen, Ängste und Leid mit dem Arzt oder der Ärztin besprechen, unabhängig davon, ob sie mit einem Seelsorgenden in

¹ So beispielsweise Koenig, Harold A., *Spiritualität in den Gesundheitsberufen*, Stuttgart 2012; sowie Schaub, Walter/Platzer, Johann/Kröll, Wolfgang (Hg.), *Gesundheitsssorge und Spiritualität im Krankenhaus*, Innsbruck 2014 und passim.

Kontakt stehen oder nicht. Es besteht eine deutliche Übereinstimmung zwischen spirituellem Wohlbefinden und der allgemeinen Lebensqualität, auch bei Patientinnen und Patienten mit erheblich einschränkenden körperlichen Symptomen wie beispielsweise Schmerzen.

Eine hohe Arbeitsverdichtung mit einhergehender Zeitknappheit scheint der empathischen Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der ärztlichen Behandlung entgegenzustehen. Ein wichtiger Grund, warum sich Medizin mit Spiritualität schwer tut, liegt darin, dass die epidemiologisch dominierten Gesundheitswissenschaften unter der strengen Forderung nach empirischer Evidenzbasierung stehen. Aus ärztlicher Sicht sind Spiritualität und die spirituelle Dimension von Gesundheit und Krankheit bislang erst ansatzweise terminologisch definiert sowie in ihren Wirkungen erhoben worden. Als blockierend wirkt sich auch eine Vermengung der spirituellen Dimension mit der psychischen Gesundheit aus. Schließlich verstärken die gesellschaftliche Vermarktung des Lifestyle-Produktes „Spiritualität“ und die thematische Nähe zu Grenzgebieten und Grenzwissenschaften die vorhandenen Vorurteile. Diese wiederum verhindern eine sachliche Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Evidenz für die positive gesundheitliche Wirksamkeit spiritueller Interventionen. Ein anderer Grund liegt in der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der relevanten Wissenschaften, wodurch die Optimierung des materiellen Kosten-Nutzen-Verhältnisses in den Mittelpunkt gestellt wird. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt hingegen im Rahmen der Palliativmedizin, wo spirituelle Begleitung mittlerweile zu den ärztlichen Fertigkeiten gezählt wird, ganz pragmatisch fest, dass jeder Mensch spirituell sei, weil er sich spätestens angesichts des Todes existenziellen Fragen stellen müsse und Erfahrungen im Umgang damit mache. Spiritualität wird hier aus medizinisch-anthropologischer Sicht als die Reflexion der Erfahrungen verstanden, die im Umgang mit existenziellen Fragen gemacht werden. In jüngster Zeit gehen nicht nur von unterschiedlichen Fachdisziplinen, sondern auch von Institutionen und Organisationen Überlegungen aus, wie sie sich des Themas Spiritualität *als Querschnittsaufgabe* in fachlicher und wirtschaftlich-finanzieller Hinsicht annehmen können: zum Wohl der Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen, der Mitarbeitenden auf allen Fachebenen, ihrer Kooperationspartner, aber auch zur Gestaltung der gelebten Kultur ihrer Einrichtungen und der Erfahrung des Geistes, der sie prägt.

Ziel dieses Buches ist es, den Austausch darüber zu intensivieren, wie Spiritualität – als wichtige Dimension in der Sorge um Kranke – in der ärztlichen Praxis nachhaltig erfahrbar gemacht werden kann. Die Veröffentlichung vereint Beiträge aus ärztlicher und nichtärztlicher Per-

spektive. Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen berichten von ihren Erfahrungen und Erkenntnissen, auf existenzielle Bedürfnisse und die Sinnsuche von Kranken einzugehen, und reflektieren ihr eigenes Erleben im Umgang mit erschütternden Situationen oder tragischen Verläufen. Expertinnen und Experten aus nichtärztlichen Disziplinen beschäftigen sich mit der Frage, welche Rahmenbedingungen und Organisationsentwicklungsprozesse in Einrichtungen und Diensten förderlich sind, um eine spirituelle Dimension in der ärztlichen Behandlung und Begleitung von Kranken zu verankern.

Die grundlegenden Beiträge in Teil I der Veröffentlichung fragen nach der Bedeutung von Spiritual Care für Ärztinnen und Ärzte (Frick), beziehen Gesundheit und Spiritualität/Religiosität aufeinander (Kohli Reichenbach, Spaemann, Büssing), reflektieren existenzielles Leiden im Krankenhaus (Bozarro) sowie die heilende Kraft von ärztlicher Zuwendung und Begleitung (Maio, Wiedner).

Die zwei Beiträge in Teil II stellen – auch angesichts vergleichsweise hoher Suizidraten in der Ärzteschaft – die Bedeutung von Selbstsorge und Burnout-Prophylaxe im Arztberuf heraus (Hirsmüller, Grabe).

Teil III unterstreicht im Feld der somatischen Medizin, dass Ärzte hier nicht nur einen medizinischen, sondern auch einen diakonischen Auftrag haben (Rosenkranz) und die persönlichen Beziehungen der in Heilberufen Tätigen und der auf Heilung Hoffenden klar und offen gestaltet werden sollten: „Was willst Du, was ich Dir tun soll?“ (Vogel). Teil IV beleuchtet, wie in der Psychosomatik medizinische Behandlungen im „Geist der Liebe“ erfolgen (Grözinger), Sensibilität und Hellhörigkeit für spirituelle Aspekte stärkende Resonanz evozieren (Glathe) und existenzielle Begleitung angesichts neurologischer oder demenzieller Erkrankungen lebenspraktisch hoch wirksam sein können (Gerhard, Kratz / Diefenbacher).

Mit dem Fokus auf unterstützende geistliche Begleitung bei Sinnfragen am Lebensende und in einer Grundhaltung der Wertschätzung vermittelt Teil V Einblicke in geistesgegenwärtiges Handeln in der Palliativmedizin, die auch für andere medizinische Fachbereiche von hoher Relevanz sind (Schiffner, Kloke, Schubert).

Wie medizinethischen Fragen geistesgegenwärtig begegnet werden kann und was dazu beiträgt, einer professionsübergreifenden Beratung mit Patienten und Angehörigen festen Raum zu geben, ist Thema der Beiträge in Teil VI (Salomon, Grahe / Schild).

Die Autorinnen und Autoren aus nichtärztlichen Disziplinen, die sich in Teil VII dieses Bandes mit Rahmenbedingungen und Organisationsentwicklungsprozessen im Gesundheitssystem auseinandersetzen, vermitteln wertvolle Einsichten, was eine patientenzentrierte Medizin kennzeichnet (Kreß) und wie Räume für Spiritualität organisational

und strukturell im Hinblick auf die ärztliche Ausbildung (Dutzmann), diakonische Unternehmenskultur (Hofmann), Managemententscheidungen (Fischer) sowie Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren (Karaus / Halim) erschlossen werden können.

Unser großer Dank gilt den Autorinnen und Autoren, die ihre Beiträge für die Veröffentlichung zur Verfügung gestellt haben. Lydia Mehra danken wir für die äußerst sorgfältige Lektorierung der Artikel, Claudia Dubois für die kompetente Übersetzung der Abstracts ins Englische und Ekkehard Starke, Hans Hegner und Kristina Wilfert seitens des Neukirchener Verlages für die ausgezeichnete Betreuung bei der Erstellung dieses Bandes. Der Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen danken wir sehr herzlich, dass sie die Veröffentlichung dieses Bandes finanziell gefördert und unterstützt hat.

„Ehre den Arzt mit gebührender Verehrung, damit du ihn hast, wenn du ihn brauchst, denn der Herr hat ihn geschaffen und die Heilung kommt von dem Höchsten.“ Diese Worte des jüdischen Lehrer Jesus ben Sirach aus dem zweiten vorchristlichen Jahrhundert bündeln in eindrucksvoller Weise geistesgegenwärtige ärztliche Behandlung: „Es kann die Stunde kommen, in der dem Kranken allein durch die Hand der Ärzte geholfen wird; denn auch sie werden den Herrn bitten, dass er's ihnen gelingen lässt.“ (Sirach 38, 1.13)

Berlin, im Januar 2016

Simone Ehm und Astrid Giebel

ULRICH LILIE

Geleitwort

Krankheiten unterbrechen den Alltag. Schon ein verstauchter Fuß kann einen Menschen aus dem Gleichgewicht bringen – auch seelisch. Wie viel mehr eine lebensbedrohliche Erkrankung. Wem die innere Balance abhanden kommt, der spürt Gefährdung, erlebt die grundsätzliche Unsicherheit seiner oder ihrer Existenz. Der eigene Körper wird fremd, vielleicht sogar zum Feind. Wie fragil ist das Leben.

Ärztinnen und Ärzte begegnen bei ihrer Arbeit immer Menschen, die unfreiwillig aus der Balance geraten sind. Körperlich, aber eben auch seelisch. Sie haben es nicht nur mit kranken Körpern, sondern mit Männern, Frauen und Kindern zu tun, mit ihren individuellen Lebensgeschichten, mit ihren Welt- und Selbstentwürfen, mit ihren Träumen, Ängsten und Hoffnungen. Menschen sind mehr als die Summe der komplexen chemischen, biologischen oder physikalischen Prozesse, die sie gesund sein lassen. Das weiß jede Ärztin und jeder Arzt, dazu bedarf es keiner besonderen Spiritualität. Doch wie schwer ist es, angemessen mit diesem Wissen umzugehen und es ins ärztliche Handeln einfließen zu lassen. Noch mehr unter den Rahmenbedingungen eines Gesundheitssystems, das seine Protagonisten oft an die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit und darüber hinaus bringt.

Die Beiträge, die in diesem Band versammelt sind, stellen sich der Frage, wie es gelingen kann, in der Wirklichkeit eines Krankenhauses- oder Praxisalltags dieser Mehrdimensionalität menschlichen Seins im Heilungsprozess gerecht zu werden. Ich begrüße außerordentlich, dass es dabei nicht nur um die Interaktion zwischen Arzt und Patient in verschiedenen medizinischen Arbeitsbereichen geht, sondern auch um angemessene Arbeitsbedingungen, unter denen ein geistesgegenwärtiges Behandeln möglicher wird. Denn ein Gesundheitswesen, welches den Stellenwert existenzieller Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge erkannt hat, braucht nicht nur geistesgegenwärtige Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Rahmenbedingungen, die dieser Geistesgegenwart Raum und Zeit geben.

FRANK ULRICH MONTGOMERY

Geleitwort

Kommunikation ist zentraler Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg und die Sicherheit der ärztlichen Behandlung. Kommunikation ist mehr als ein Erlernen von Kommunikationstechniken. Sie ist eine Frage der ärztlichen Haltung gegenüber dem Patienten und dem Behandlungsteam.

Ganz besonders gilt dies für Menschen mit existenziellen physischen und psychischen Leiden. Sie benötigen Hilfe und menschliche Zuwendung. Jeder schwerstkranke Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Für diese situative Therapieziel-findung ist eine gelungene Kommunikation mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem interprofessionellen Behandlungsteam unerlässlich. Er muss darauf vertrauen können, dass er mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen in seinem Sinne getroffen werden. Die Verantwortung für hilfebedürftige Menschen darf aber nicht nur auf Ärztinnen und Ärzte begrenzt bleiben. Vielmehr benötigen Menschen in diesen schwierigen Situationen oft Hilfe von Angehörigen, Freunden, Nachbarn und möglicherweise ehrenamtlichen Begleitern. Solche Hilfsangebote sollten systematisch unterstützt und ausgebaut werden. Alle gesellschaftlichen Bereiche sollten sich dieser Herausforderung stellen. Es ist dringend notwendig, ein gesellschaftliches Klima der Unterstützung und des sozialen Miteinanders zu schaffen.

RAINER PRÖNNEKE

Geleitwort

Mitarbeitende im Gesundheitswesen werden regelmäßig mit emotional belastenden Krisen von Erkrankten und ihren Angehörigen konfrontiert. Erschütternde Fragen nach dem Sinn von Krankheit und Leid stehen im Raum und provozieren die Behandler zu einer berufs- und lebenslangen Stellungnahme und Bewältigungsstrategie. Wie aber soll diese aussehen angesichts

- einer Medizin, die sich vornehmlich auf die körperliche Instandsetzung konzentriert hat?
- einer zunehmend standardisierten Versorgung mit kontinuierlicher Qualitätssicherung als „doppelter Boden“?
- einem rasant zunehmenden demographisch begründeten und durch den medizinischen Fortschritt selbst induzierten Behandlungsbedarf?
- einer steigenden Komplexität verschiedener sich individuell beeinflussenden psychophysischen Störungen und Erkrankungen?
- einer daraus folgenden Arbeits- und Zeitverdichtung mit Konzentration auf das sogenannte Wesentliche?
- dem Versuch der Medizin, sich „zur Sicherheit“ auf evidenzbasierte Leitlinien zu verlassen mit dem Risiko, andere heilsame Therapieansätze auszugrenzen?
- einem gleichzeitig als sinnvoll erlebten ganzheitlichen Versorgungsansatz und -anspruch, der aber selten ausreichend erfüllt wird und zur dauernden Überforderung und Dysstress beiträgt?

Dieses Buch erfordert ein Innehalten aller in die Behandlung Eingebundener, da nur eine (regelmäßige) kritische Reflektion über unser Tun Chancen für notwendige Ressourcen und Kraftquellen in sich birgt.

Die Hinwendung zu einem bewährten ganzheitlich orientierten Versorgungsansatz mit Einbezug der physischen, psychischen, sozialen

und spirituellen Dimension kann nur nach eigener Auseinandersetzung mit diesen Dimensionen gelingen.

In der Publikation wurde ein besonderer Schwerpunkt auf die spirituelle Ebene gelegt. Spiritual Care hat sich als Themenbereich aus Erfahrungen der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt. Damit sind Fragen verbunden, die für unser gesamtes Gesundheitswesen von Relevanz sind:

- Gehört Spiritual Care als obligater Bestandteil zu einem ganzheitlich orientierten medizinischen Versorgungsansatz?
- Welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltung werden als Voraussetzung für eine professionelle Tätigkeit benötigt?
- Welche Wechselbeziehung besteht zwischen Religiosität und Spiritualität?
- Inwieweit dient ein systematischer Umgang mit existenziellen Fragen Kranken und Helfern?

Seitens des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes DEKV wünschen wir, dass dieses Buch durch die Betonung uns aller angehender existenzieller Fragen Solidarität erzeugt, Impulse für Prioritäten setzt und Kraft spendet!

JÜRGEN MATHUIS

Geleitwort

Die ärztliche Praxis und die medizinische Versorgung berühren immer auch existenzielle Fragen. Erkrankungen und medizinische Grenzsituationen sind oft Anlass, um Fragen nach dem „Warum?“, „Wozu?“ und „Wofür?“ zu stellen. Leid, Schmerz und Krankheit können das Selbst- und Weltbild der Patienten sowie deren Angehörigen erschüttern.

In einer hoch professionalisierten medizinischen Welt können solche existenziellen und spirituellen Fragen schnell an den Rand gedrängt oder von anderen Erfordernissen überlagert werden. Die Zeit ist zu begrenzt, um auf die Einzelnen einzugehen. Die Abläufe sind funktionalisiert und die Abrechnungsrealität lässt nur wenige Spielräume. Gleichzeitig wissen wir aber heute aus vielen Studien, dass das Eingehen auf die Bedürfnisse des Einzelnen, auf seine individuellen Wünsche, seine Wertvorstellungen und Orientierungen ganz erheblich den Heilungsprozess fördern und erleichtern kann.

In der Tradition christlicher Sorge um Kranke ist das Eingehen auch auf die spirituellen und existenziellen Bedürfnisse des Menschen charakteristisch: Zuhören und Zeithaben, Dasein und Nähe schenken, Leid aushalten und Wahrhaftigkeit wagen.

Ärzte und Therapeuten, Ärztinnen und Therapeutinnen, die im Sinne einer ganzheitlichen Fürsorge handeln wollen, benötigen daher diese Tiefendimension im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen – neben aller Professionalisierung, Fachlichkeit und moderner Technik. Persönliche Gespräche und Begegnungen, Achtsamkeit und Empathie, Lebensdeutung und Begleitung sind notwendig, um die Gesundung zu fördern und die Lebenskräfte zu stärken.

Der vorliegende Band macht dabei mehr als deutlich, dass Spiritualität sowie die Kommunikation über existenzielle Fragen nicht als Spezialfall zu sehen sind, sondern als eine Querschnittsaufgabe des medizinisch-therapeutischen Systems. Sie können nicht an die pfarramtliche Seelsorge delegiert und auch nicht als eine additive Zusatzaufgabe nach dem Motto „auch das noch!?!“ gesehen werden.

Das Thema „Geistesgegenwärtig behandeln“ wird daher zu Recht anhand verschiedener Themenfelder durchbuchstabiert: der Gesundheitspolitik und Medizinethik, des Managements und der Organisationsentwicklung, der Aus- und Fortbildung, der Unternehmenskultur und Werteorientierung sowie der Arzt-Patienten-Beziehung und der Selbstsorge des medizinischen Personals. Gemeinsam ist diesen Perspektiven die Einsicht, den existenziellen Fragen und spirituellen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen mehr Raum im alltäglichen medizinischen Denken und Handeln zu geben. Im Kern geht es um die Aufmerksamkeit für das, was unser Gegenüber braucht, ganz im Sinne der Frage Jesu in Markus 10,51: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“

Die Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen hat das Buchprojekt und auch die daran anschließende Tagung gerne unterstützt, um einen Beitrag dafür zu leisten, dass das Wohl der Patientinnen und Patienten bei allen fachlichen und technischen Bemühungen im Vordergrund steht.

Auf dem Weg zu einer Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis möge Ihnen diese Buchlektüre die notwendigen Impulse geben.

I.
Spiritualität und Religiosität in der Medizin –
Grundlegende Perspektiven

ECKHARD FRICK SJ

Tun sich Ärztinnen und Ärzte besonders schwer mit Spiritual Care?

Abstract

Spiritual Care ist in der Pflege schon vielerorts implementiert, sowohl was die spirituellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten angeht, als auch in der Selbstsorge der Pflegenden. Die große Herausforderung besteht darin, die Erfahrungen und Ansätze der Pflege auf die Ärzteschaft und andere Berufsgruppen zu übertragen und an die Besonderheiten der jeweiligen Profession anzupassen. Der Beitrag geht der Frage nach, welche hemmenden und welche förderlichen Faktoren auf Spiritual Care als ärztliche Aufgabe innerhalb eines multiprofessionellen Teams einwirken.

As far as nursing is concerned, Spiritual Care is already implemented in many institutions. This implementation encompasses the spiritual needs and preferences of patients and the carers' self-care. However, it is still a great challenge to bring experiences and approaches of Spiritual Care to medics and other health professionals, respecting the particular quality of each professional group. The following text examines barriers and facilitators towards Spiritual Care a medical task and responsibility within a multi-professional team.

Harald Thöml war ein psychosozial denkender und seinen Patienten zugewandter Onkologe. In einer personalisierten „Pathosemantik“ verstand er es, kranken Menschen das Fremde der Krankheit und der medizinischen Behandlungskonzepte zu erklären. Eine Spaltung zwischen moderner Medizin und der geistigen Dimension des Menschen wollte er nicht zulassen.

Thöml unterschied (1) die Situation guter Chancen für Heilung oder Langzeitremission von (2) der Situation evidenter Unheilbarkeit. Zu (1) bemerkte er:

Die gängige onkologische Schulmedizin ist überwiegend krankheitszentriert und reparativ. Ihr Menschenbild könnte man ein „synthetisches“ nennen. Die Ursachenfrage,

Wertfragen oder die Sinnfrage werden kaum gestellt. Ihre Bedeutung wird nicht geleugnet, aber sie scheinen nicht Aufgabe dieser behandelnden Medizin zu sein. Mit einem gewissen Heroismus rettet sie Leben und schafft Lebenszeit.¹

In der palliativen Situation (2) hingegen werde die „begleitende Medizin bereiter, auf Ressourcen und Angebote des Patienten zu hören“. Eindringlich warnt Theml vor der Instrumentalisierung des Spirituellen und vor der Überforderung der betroffenen Patienten:

Wo man mit Spiritualität – gleichgültig, welcher Art – Abweichung ins Lot bringen will, liegt eine Krankheitstheorie nahe, die die Ursache der Krankheit in unspiritueller Abweichung von Lot und Norm sieht. Kommt da nicht ein altes Muster hervor? Auf der einen Seite dieser Welt steht die Materie, der dumpfe Körper und seine Krankheit, und auf der anderen eine lichtere Geistesebene, die in manchen Vorstellungen sogar über transzendente Zugänge zu kosmischen Kraftquellen verfügt. Von hier aus soll nun der dumpfkranken Körper inspiriert werden. Wird hier nicht oft das Schicksalhafte, Kontingente und rätselhaft Dunkle der Erkrankungen ebenso wie das oft evidente und gewalttätige Einwirken von Noxen (zum Beispiel Rauchen, Abgase, Strahlungen) vernachlässigt durch eine Art Größenhoffnung wie: Das Spirituelle könnte das Materielle überwinden, wenn es nur effektiv und fit genug gemacht würde?²

Bei aller Aufgeschlossenheit spricht aus diesen Zeilen eine gewisse Skepsis gegenüber einer Spiritualität, die von außen an die Medizin herangetragen wird (v.a. wenn dies in spekulativer oder gar ausbeuterischer Weise geschieht) wie auch gegenüber Spiritual Care als einer ärztlichen Aufgabe. Wie werden hinderliche und förderliche Einflüsse auf die spirituelle Verantwortung des Arztes heute eingeschätzt, 15 Jahre nach Themls Votum?

1 „I would if I could“ – Empirische Befunde zu ärztlichem Spiritual Care

Ärzte und Pflegende sehen häufig den spirituellen Unterstützungsbedarf, z.B. in der Onkologie. Deutlicher als die Pflegenden führt jedoch die Ärzteschaft Zeitmangel und Zweifel an der Wirksamkeit spiritueller Unterstützungsmaßnahmen sowie Rollenunsicherheit an – mit der Tendenz, Spiritual Care an die Seelsorge oder auch an die Pflege abzu delegieren.³ Wie die Reihe *Geistesgegenwärtig pflegen*⁴ und erste Studien über die Implementierung von spiritueller Unterstützung von

¹ Theml 2000, 42.

² A.a.O., 44.

³ Siehe dazu: Kristeller/Sheedy Zumbrun/Schilling 1999.

⁴ Stockmeier/Giebel/Lubatsch 2012 und 2013.

Pflegenden⁵ zeigen, haben die Pflegenden einen gewissen Vorsprung vor der Ärzteschaft. Woran liegt das?

In den USA ist ein Kontrast zwischen dem hohen Anteil an Religionszugehörigkeit und Wertschätzung des Spirituellen, auch unter Ärzten, und deren Zurückhaltung im Übernehmen spiritueller Verantwortung zu verzeichnen. Die genannten Gründe sind vielfältig: Es geht nicht nur um den häufig fast reflexartig vorgebrachten Zeitmangel (95 % der Befragten), sondern auch um Mangel an Ausbildung in Sachen Spiritual Care (69 %), geringere Priorisierung im Vergleich zu (anderen) medizinischen Aufgaben (64 %), persönliches Unbehagen (57 %), Befürchtung, die Patienten zu verletzen (57 %) oder eigene Glaubensüberzeugungen auf sie zu projizieren (51 %). Ferner werden genannt: mangelnde Abrechenbarkeit zusätzlich aufgewendeter Zeit (37 %), die Befürchtung, von Kollegen (22 %) oder von der Verwaltung (21 %) kritisiert zu werden.⁶

Die spirituelle Zurückhaltung der Ärzte scheint ihre Wurzeln im Medizinstudium zu haben. Auf den ersten Blick ist es durchaus gelungen, nach der Abkehr vom ausschließlich paternalistischen Denken kommunikative Kompetenzen, ethische Reflexion und andere „soft skills“ in die Ausbildung angehender Ärzte zu implementieren, und dies trotz zunehmender Stofffülle. Wie Lernen in anderen Lebensbereichen auch, geschieht medizinisches Lernen jedoch nicht nur im explizit-bewussten Einüben von Wissen und Fähigkeiten. Insbesondere was die Haltungen und Werte der Studierenden betrifft, wird das Wesentliche implizit-unbewusst weitergegeben. Zu diesem „hidden curriculum“⁷ gehört ein Kontrast zwischen den ärztlichen Idealen, für die sich viele Studienanfänger begeistern, und der Härte des Studiums. Es gibt gute empirische Belege für den Zusammenhang zwischen den Studienanforderungen einerseits und wachsendem Zynismus andererseits. Neben der Erschöpfung zählt die Tendenz, den Patienten ausschließlich als Objekt von Diagnose, Forschung und Behandlung wahrzunehmen, zu den besonderen Burnout-Gefährdungen des ärztlichen Berufs. Balboni et al. führen die „toxischen“ Aspekte des *hidden curriculum* sowohl auf innere als auch auf äußere soziale Strukturen zurück:

Internal social structures include poor behavior modeling that devalues and objectifies patients and rigid hierarchical relationships that limit correction of abuses of power. External social structures shaping physician practice include market forces, a growing bureaucratization of the clinician-patient relationship, and the technological imperative.⁸

⁵ Ehm 2016.

⁶ Vgl. McCauley et al. 2005.

⁷ Balboni et al. 2015.

⁸ A.a.O., 2.

Im US-amerikanischen Kontext kann Religion/Spiritualität (R/S) vereinfachend als primäre Sozialisation, das Medizinstudium als sekundäre aufgefasst werden. Wie verhalten sich beide zueinander? Studierende, die in ihrer R/S-Sozialisation gefestigt sind, z.B. durch den Rückhalt in einer Kirchengemeinde, können die primäre Sozialisation als Schutz bei Identitätskrisen, Teamkonflikten, Work-Life-Imbalance und Belastungen durch die neue Rolle nutzen. Außerdem erschließen sie sich R/S-Ressourcen für den Umgang mit dem Leid der Patienten, nämlich Gebet, Glauben und Mitgefühl. Hingegen neigen Studierende mit unsicherer R/S-Sozialisation dazu, emotionale und kognitive Abschottung, Überspezialisierung sowie Affektisolierung als zentrale Elemente des *hidden curriculum* zu internalisieren. Balboni et al. weisen⁹ darauf hin, dass die R/S-Orientierung nicht statisch ist, sondern sich im Lauf des Studiums entwickelt. Wenn die Spiritualität mit der ärztlichen Ausbildung wächst, d.h. nicht infantil oder im Sinne einer Veräußerlichung abgespalten wird, kann sie sich zur Ressource entwickeln. Luchetti et al.¹⁰ belegen, dass die Lehrangebote der medizinischen Fakultäten zu wenig die Wünsche der Studierenden nach Ausbildung in Spiritual Care berücksichtigen.

Ein Lackmustest dafür, ob sich Ärzte für Spiritual Care *zuständig* fühlen, besteht in dem Unterschied zwischen einer reaktiven Einstellung (R/S wird thematisiert, wenn der Patient dies zur Sprache bringt) und einer proaktiven Einstellung (der Arzt initiiert den diesbezüglichen Dialog). Die S3-Richtlinie Palliativmedizin formuliert:¹¹

9.8.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Dem emotionalen Erleben und den spirituellen Bedürfnissen <i>sollen</i> ausreichend Raum gegeben werden. Beides <i>sollte</i> gezielt angesprochen werden, auch wenn der Patient es nicht zum Ausdruck bringt.

Begründet wird diese proaktive Vorgehensweise mit der Notwendigkeit, Ressourcen des Patienten zu erschließen, welche er (noch) nicht verbalisieren kann. Die Empfehlung greift zentrale Hindernisse auf, die Ärzte aus dem Weg räumen müssen, bevor sie mit ihren Patienten über Fragen des Lebensendes sprechen: Dazu gehören Probleme des

⁹ A.a.O.

¹⁰ Luchetti et al. 2013.

¹¹ Siehe <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/leitlinien.html> (06.11.15).

Verstehens über sprachliche und kulturelle Unterschiede hinweg, insbesondere, was R/S-Überzeugungen zu Tod und Sterben angeht.¹² Zugleich verweist die Richtlinie auf den dringenden Forschungsbedarf zu Spiritual Care, um Kommunikations-Modelle für den spirituellen Dialog zwischen Arzt und Patient zu entwickeln und zu evaluieren, diesbezügliche Hindernisse aus dem Wege zu räumen und patientenorientierte spirituelle Interventionen zu implementieren.¹³

In einer eigenen Befragung der in der Perinatalmedizin tätigen Gesundheitsberufe (Hebammen, Pflegende, Ärzte usw.)¹⁴ stellten wir zunächst die Frage: „Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen, über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, wenn ein Patient bzw. Patienteltern diese zur Sprache bringt?“ 96 % der Befragten bejahen diese Frage mit „immer“ oder „für gewöhnlich angemessen“ (reaktive Vorgehensweise). Fragten wir hingegen: „Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen, den Patienten bzw. Patienteltern zu seiner bzw. ihrer Religiosität/Spiritualität zu befragen?“, so antworten 59 % mit „immer“ oder „für gewöhnlich angemessen“. Die proaktive Weise des Umgangs mit Spiritualität ist also in diesem Feld der pädiatrischen Intensivmedizin erstaunlich gut verankert, wenn auch deutlich geringer als die herkömmliche reaktive.

In den existenziellen Grenzsituationen des Sterbens und des gefährdeten Lebensbeginns dürfte die Einfühlung in die spirituellen Belastungen und Ressourcen ein wichtiges Argument für die proaktive Vorgehensweise sein. Die Vermutung liegt nahe, dass sich Ärzte insgesamt an die Evidenz halten, d.h. Spiritual Care befürworten, wenn es „wirkt“. Allerdings zeigte sich in einer Studie mit Hausärzten, dass fast alle der reaktiven Vorgehensweise zustimmen (96.4 %), immerhin 39.1 % der proaktiven, allerdings unter der Voraussetzung, dass positive Gesundheits-Outcomes mit dieser verknüpft sind. Zum Vergleich: Über eine neue, in Studien als wirksam belegte Medikation würden 73.8 % mit ihren Patienten sprechen.¹⁵

Mehrere US-amerikanische Studien¹⁶ weisen auf den Kontrast zwischen der Erwartung von Patienten (mit dem Arzt über spirituelle Themen zu sprechen) und der Zurückhaltung der Ärzte hin. Banin et al.¹⁷ zeigen, dass die Schwierigkeiten im diesbezüglichen Dialog zwischen Arzt und Patient beidseitig sind: Viele Patienten halten ihre Ärzte für

¹² Vgl. Periyakoil/Neri/Kraemer 2015.

¹³ Vgl. Selman et al. 2014.

¹⁴ Wermuth i.V.

¹⁵ Saguil/Fitzpatrick/Clark 2011b.

¹⁶ Balboni et al. 2015; Best/Butow/Oliver; Saguil/Fitzpatrick/Clark 2011a; Saguil et al. 2011b.

¹⁷ Banin et al. 2014.

nicht genügend vorbereitet für Spiritual Care. Sie „trauen“ sich erst, ihre Ärzte auf diesen Lebensbereich anzusprechen, wenn die therapeutische Kommunikation sich bereits als tragfähig erwiesen hat.

Nicht nur in Palliative Care¹⁸, sondern auch in anderen Bereichen der Medizin dürfte die mangelnde Aus- und Fortbildung und die aus ihr resultierende Rollenunsicherheit in diesem Bereich das wichtigste Hindernis für ärztliches Spiritual Care darstellen. Spiritual Care kann nicht in der Dritten-Person-Perspektive gelehrt werden wie eine beliebige ärztliche Technik, mit welcher der Patient objektiviert wird. Dies würde eher dem „hidden curriculum“¹⁹ Vorschub leisten als dieses im Interesse von Arzt und Patient in Frage zu stellen. Vielmehr beginnt die Ausbildung in Spiritual Care in der Ersten-Person-Perspektive auf der Ebene des Individuums, also mit der Selbstvergewisserung über die *eigene* primäre Sozialisation und ihre Auswirkung der jetzigen spirituellen Suche auf die sekundäre Sozialisation durch medizinische Ausbildung und Berufserfahrung. Ferner zielen erfolgreiche Spiritual Care-Programme auf die institutionelle Implementierung und schließlich auf eine Verbesserung des Arzt-Patienten-Dialogs ab.²⁰

2 Diskussion

In diesem Beitrag gehen wir von Harald Themls Feststellung aus, dass sich die Medizin (nicht nur die Onkologie) schwer tut mit Spiritual Care, wohl schwerer als die Pflege. Dies kann sich darin zeigen, dass ein diesbezügliches Unbehagen, die Rollenunsicherheit und die Tendenz zum Abdelegieren klar geäußert werden. Viel häufiger sind jedoch rationalisierende Begründungen, vor allem durch den nicht zu leugnenden und allgegenwärtigen Zeit-, Bürokratisierungs- und Ökonomisierungsdruck.

Die Erfahrung durch Vorträge und Seminare in Krankenhäusern verschiedener Träger und auf Kongressen lehrt, dass das Problem der *Grenze* zentral ist. Ärzte *müssen* häufig und oft *invasiv* Grenzen ihrer Patienten verletzen: durch das chirurgische Skalpell, durch Endoskopie und Infusion oder schlicht durch die Untersuchung des unbedeckten Patienten. Andererseits *wollen* und *müssen* sie Grenzen schützen, z.B. Grenzen von Privatheit und Intimität. Das Signalgefühl bedrohter und zu schützender zwischenmenschlicher Grenzen ist die Scham.²¹ Es ist kein Zufall, dass die Beschäftigung mit der eigenen

¹⁸ Balboni et al. 2014.

¹⁹ Balboni et al. 2015.

²⁰ Vgl. Paal/Helo/Frick 2015.

²¹ Vgl. Frick 2015.

Spiritualität und mit jener der Patienten Scham auslöst, was in Ausbildungsgruppen immer wieder augenfällig wird.

In einer systemischen Betrachtungsweise darf das Problem professionsspezifischer Hindernisse gegenüber Spiritual Care (hier: der Ärzteschaft) nicht auf die Mikroebene des Individuums reduziert werden. Vielmehr sind Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen nur sinnvoll, wenn sie in die Kultur einer Organisation und ihrer Subsysteme (Stationsteams, Abteilungen, Kliniken, Arbeitsgruppen usw.) eingebettet sind.

Das *hidden curriculum* im Studium und im darauf folgenden Berufsalltag kann einerseits die Immunisierung gegenüber der spirituellen Dimension (der eigenen und der des Patienten) verstärken. Andererseits bietet sich Spiritual Care, verstanden als Spiritual Empowerment, nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Gesundheitsberufe als Korrektiv des *hidden curriculum* an. Wichtig ist es, dieses als Bewältigungsversuch angesichts enormer menschlicher und beruflicher Belastungen anzuerkennen, wenn auch als unzureichender Bewältigungsversuch.

In der Sprache der Arbeits- und Sozialmedizin lässt sich die Gesundheit der Mitarbeitenden durch den Quotienten aus Aufwand/Anstrengung (effort) und Gratifikation/Wertschätzung (reward) verstehen.²² Wenn im E-R-Index (ERI) die Belastung E zunimmt, muss auch R wachsen. Andernfalls kommt es zur Gratifikationskrise mit den bekannten Folgen, die auch in der Medizin gut untersucht sind.²³

Sowohl auf der individuellen als auch auf der institutionell-kollektiven Ebene kommt es darauf an, wo Spiritual Care im ERI-Quotienten verortet wird. Wird Spiritual Care dem Arzt vorwiegend als zusätzliches To-do abverlangt, in sein Pflichtenbuch geschrieben und damit in den Zähler des Quotienten, wird dies die Zurückhaltung gegenüber Spiritual Care trotz aller Einfühlung in die Wünsche und Nöte des Patienten verstärken. Die klassische Abdelegation des Spirituellen an die Seelsorge würde dadurch nur verstärkt.

Zweifellos ist der spirituelle Kompetenzerwerb *auch* ein To-do und gehört insofern in den ERI-Zähler. Vorwiegend stellt Spiritualität jedoch eine potenzielle Ressource dar, nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern auch für Ärztinnen und Ärzte. Systemisch gedacht und unter dem Gesichtspunkt der Implementierung folgt daraus, dass Räume und Zeiten bereitgestellt werden müssen, damit diese Ressource sich bei den einzelnen Personen und in den Teams entfalten kann. Es wäre also völlig kontraproduktiv, den Druck auf die Ärzteschaft zu erhöhen und im Sinne des *hidden curriculum* ausschließlich

²² Vgl. Siegrist/Dragano 2008.

²³ Siehe hierzu: Buddeberg-Fischer et al. 2009.

an spirituelle Anstrengungen im Zähler des ERI-Quotienten zu appellieren.

Johann Baptist Metz' berühmte Kurzdefinition der Religion („Unterbrechung“) heißt für Spiritual Care: Nicht nur die „Töne“ (explizites Reden über Spiritualität) gehören zur spirituellen „Musik“, sondern auch die „Pausen“ – das Aushalten des Schweigens, die Haltung des Respekts gegenüber der spirituellen Suche des Patienten und gegenüber der spirituellen Suche der Kollegin.

Die Medizin kann hier viel von der Pflege und ihrem Verständnis des *Carings* lernen, also des Sich-Kümmerns um andere, aber auch der *cura sui*, des Um-sich-selbst-Kümmerns. Die Ansätze für eine Implementierung von Spiritual Care in der Pflege sind ermutigend. Vielleicht tun sich Ärztinnen und Ärzte schwerer damit. Vielleicht brauchen sie deshalb Spiritual Care noch dringender als die Pflegenden.

In Erinnerung an Harald Thöml

(* 20. Oktober 1940 in Berlin; † 30. Oktober 2005 in Warngau)

Literatur

- Balboni, M.J./Bandini, J./Mitchell, C./Epstein-Peterson, Z.D./Amobi, A./Cahill, J. et al., *Religion, spirituality, and the hidden curriculum: Medical student and faculty reflections*, Journal of Pain and Symptom Management 2015, abrufbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.020> (30.09.15).
- Balboni, M.J./Sullivan, A./Enzinger, A.C./Epstein-Peterson, Z.D./Tseng, Y.D./Mitchell, C. et al., *Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life*, Journal of Pain and Symptom Management 48,3 (2014), 400-410.
- Banin, L.B./Suzart, N.B./Guimarães, F.A.G./Lucchetti, A.L.G./de Jesus, M.A.S./Lucchetti, G., *Religious beliefs or physicians' behavior: What makes a patient more prone to accept a physician to address his/her spiritual issues?*, Journal of religion and health 53 (2014), 917-928.
- Best, M./Butow, P./Oliver, I., *Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review*. Patient Education and Counseling, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017>.
- Buddeberg-Fischer, B./Stamm, M./Buddeberg, C./Klaghofer, R., *Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie*, Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 55 (2009), 37-50.
- Ehm, S., *Existenzielle Fallbesprechung – ein Führungsinstrument zur Entlastung Pflegenden. Ergebnisse einer qualitativen Studie*, Spiritual Care, January 2016, Band 5, Heft 1, 25–32, DOI: 10.1515/spircare-2016-0005.
- Frick, E., *Psychosomatische Anthropologie. Ein Lern- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium*, Stuttgart²2015.

- Kristeller, J.L./Sheedy Zumbrun, C./Schilling R.F., "I would if I could": How oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients, *Psycho-Oncology* 8 (1999), 451-458.
- Lucchetti, G./de Oliveira, L.R./Koenig, H.G./Leite, J.R./Lucchetti, A.L.G, *Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAME*, *BMC Med Educ* (2013), 13:162.
- Paal, P./Helo, Y./Frick, E., *Spiritual care training provided to healthcare professionals: A systematic review*, *Journal of Pastoral Care & Counseling* 69 (2015), 19-30.
- Periyakoil, V.S./Neri, E./Kraemer, H., *No easy talk: A mixed methods study of doctor reported barriers to conducting effective end-of-life conversations with diverse patients*, *PLoS ONE* 10 (2015), e0122321-e0122321.
- Saguil, A./Fitzpatrick, A.L./Clark, G., *Are residents willing to discuss spirituality with patients?*, *Journal of Religion and Health* 50 (2011a), 279-288.
- , *Is evidence able to persuade physicians to discuss spirituality with patients?*, *Journal of Religion and Health* 50 (2011b), 289-299.
- Selman, L./Young, T./Vermandere, M./Stirling, I./Leget, C., *Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians*, *Journal of Pain and Symptom Management* 48 (2014), 518-531.
- Siegrist, J./Dragano, N., *Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben*, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (2008) 51, 305-312.
- Stockmeier, J./Giebel, A./Lubatsch, H. (Hg.), *Geistesgegenwärtig pflegen. Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf*, Bd 1: Grundlagen und Werkstattberichte, Neukirchen 2012 und Bd. 2: Studien und Projektergebnisse, Neukirchen 2013.
- Theml, H., *Warum tut sich die Medizin schwer mit der Frage nach „Spiritualität und Krebs“?*, in: Neuwöhner, K./Sommerfeld, S. (Hg.), *Krankheit und Sinn: Die spirituelle Dimension in der Krebstherapie*, Idstein 2000, 39-48.
- Wermuth I. (i.V.), *Perinatalstudie*, o.A.