

Ein internationaler Trend: Spitalseelsorge wird empirisch geprüft

Im Zug der Bemühungen um Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird auch Seelsorge auf ihr Angebot und ihre Leistungen befragt. In vielen Ländern (Schweiz, Deutschland, Kanada, USA) wird Spitalseelsorge deshalb auch empirisch genau untersucht.¹ Diese Studien belegen mit vielen Daten Folgendes:

- Das Aufgabengebiet heutiger Spitalseelsorge umfasst ein breites Tätigkeitsspektrum: von der Seelsorge an Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Personal bis hin zur Mitarbeit in Ethikkommissionen, zur Begleitung ehrenamtlicher Besucher und Besucherinnen und zur Ausbildung von Personal.
- Spitalseelsorge geht auf elementare Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ein. Neben religiös-spirituellen Bedürfnissen sind existenzielle Fragen und emotionale Bedürfnisse ebenso wichtig.
- Spitalseelsorge wird von Patientinnen und Patienten positiv beurteilt und professionelle Begleitung in einer Krisenzeit als wichtig erachtet.
- Spitalseelsorge ist gut in die psychosozialen Angebote von Kliniken integriert.
- Spitalseelsorge unterstützt Menschen darin, sich mit ihrer Krankheit auch im religiösen Sinn konstruktiv auseinanderzusetzen. Zudem trägt sie zur Bewältigung von Glaubensproblemen bei, die durch die Krankheit ausgelöst werden.
- Spitalseelsorge erhöht das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten.
- Spitalseelsorge kann einen Klinikaufenthalt verkürzen und so zur Senkung der Gesundheitskosten beitragen.
- Kompetente Spitalseelsorge erhöht die Attraktivität von Spitälern und Kliniken und trägt zu einem guten Ruf in der Bevölkerung bei.

Seelsorge ist in den bernischen Spitälern präsent

Seit den 1980er-Jahren wurde das Angebot einer spezialisierten Spitalseelsorge stark ausgebaut. Patientinnen und Patienten werden heute in Spitälern professioneller begleitet als noch vor zwei Jahrzehnten. Im Kanton Bern werden von reformierter Seite 30 Stellen (im Umfang von insgesamt 1460 Stellenprozenten), von katholischer Seite 11 Stellen (im Umfang von 445 Stellenprozenten) unterhalten, die meisten davon in Akutkrankenhäusern, 5 in psychiatrischen Kliniken.

Dieses Seelsorgeangebot ist stationsweise organisiert. Ein Besuch durch eine Seelsorgeperson der eigenen Konfession wird nur dann vermittelt, wenn dies ausdrücklich gewünscht wird. Ökumenische Zusammenarbeit ist selbstverständlich. In grossen Spitälern sorgt ein Pikettdienst dafür, dass Seelsorge als Hilfsangebot rund um die Uhr beansprucht werden kann (was sie von den meisten Diensten, insbesondere im psychosozialen Bereich unterscheidet). Patientinnen und Patienten mit einer anderen Religionszugehörigkeit werden ebenfalls seelsorglich betreut, wenn sie dies wünschen, oder es wird ihnen ein Geistlicher ihrer Religion vermittelt. Zudem ist Seelsorge auch für Menschen ohne konfessionelle Zugehörigkeit offen, die in Krankheitszeiten ebenfalls mit existenziellen und religiösen Fragen kämpfen. Vermehrt wird dabei nicht nur eine mit der Kirche verbundenen Religiosität, sondern Spiritualität in einem weiten Sinn – verstanden als Beziehung zu etwas Umfassenden, Letztgültigen – zum Thema von Gesprächen und Begleitung. Neben Seelsorge wird deshalb der Begriff „Spiritual Care“ als Bezeichnung dieser Arbeit immer wichtiger.

Wer als Seelsorgerin oder Seelsorger arbeitet, verfügt in den allermeisten Fällen über ein

¹ Es können hier als Beispiele nur einige dieser Untersuchungen aufgeführt werden. Einen aktuellen Überblick über den Forschungsstand in den USA, wo besonders viele Studien durchgeführt wurden, vermittelt: Jankowski et al. 2011

abgeschlossenes Theologiestudium, Berufserfahrung und eine mehrjährige, berufsbegleitende Weiterbildung in Seelsorge und Pastoralpsychologie. Eine solche Weiterbildung umfasst ein intensives Training in seelsorgerlicher Gesprächsführung, die vertiefte Auseinandersetzung mit Krankheitsbildern und kritischen Lebenssituationen, ausgedehnte Supervision der eigenen Seelsorgepraxis und eine intensive Arbeit an den persönlichen Voraussetzungen für die Seelsorge. Heute wird in der Regel ein von der Universität Bern ausgestelltes Zertifikat, Diplom oder ein Master in Seelsorge und Pastoralpsychologie erworben.

Krankheit, Spiritualität und Religiosität

Diese Entwicklung der Seelsorge an Spitälern zeigt: Auch im Kanton Bern wird erkannt, wie wichtig es ist, Menschen in kritischen Lebenssituationen, insbesondere bei einem Spitalaufenthalt, kompetent zu begleiten und ihnen seelsorgliche Hilfe anzubieten. Kirchen und Staat ermöglichen in bewährter Kooperation dieses qualifizierte Angebot. Mit guten Gründen. In der empirischen Forschung wurde mit hunderten von Untersuchungen belegt: Menschen, die verunfallt sind, an einer schweren Krankheit oder hochbetagt an vielen Behinderungen leiden, am Sterben sind oder um einen geliebten Menschen trauern, aktivieren ihren Kampfgeist und ihre Lebensweisheit, bemühen sich um positives Denken, suchen die Unterstützung von Verwandten und Professionellen, greifen aber auch auf ihre persönlichen spirituellen und religiösen Ressourcen, Glaubensformen und Praktiken zurück (de Faye et al. 2006; Reinke et al. 2008). Patienten zeigen dabei ein breites Spektrum psychosozialer, religiöser und spiritueller Bedürfnisse (Murray et al. 2004). Sie und ihre Familien möchten, dass diese berücksichtigt werden (Balboni et al. 2007), nehmen aber nicht selten eine Unterversorgung wahr, was eine geringere Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Pflege zur Folge hat (Astrow et al. 2007). Auf der anderen Seite ist spirituelle Unterstützung mit höherer Lebensqualität (Balboni et al., 2010) und Patientenzufriedenheit verbunden (Winter-Pfändler/Morgenthaler 2010). „Spiritual Care“ ist in der Sicht der Betroffenen gar ebenso wichtig wie die Linderung physischer Symptome, wenn Patienten mit einer unheilbaren Krankheit konfrontiert sind (Just, Käppeli, & Rist, 2007).

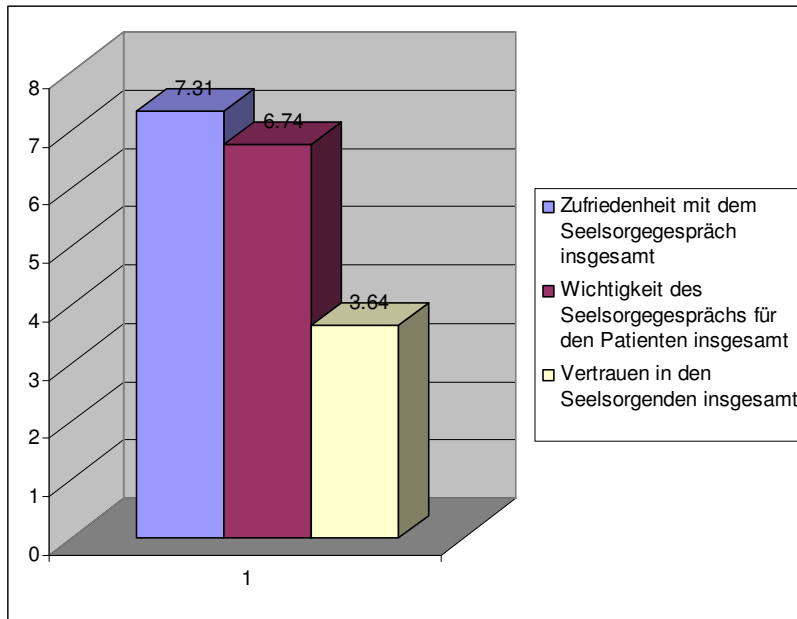
Religiosität ist in Krankheitszeiten aber nicht für alle Menschen hilfreich. Manche Patienten hadern mit Gott, fühlen sich von ihm aufgegeben und verlassen und kommen mit ihren religiösen Überzeugungen nicht klar. „Spirituelle Schmerz“ und „spiritueller Kampf“ („spiritual struggle“, resp. negatives religiöses Coping) sind mit niedrigerer Lebensqualität verbunden (Fitchett & Risk, 2009). Solche Patienten fühlen sich von Gott aufgegeben und verlassen und glauben, dass Gott sie für ihr falsches Verhalten mit Krankheit strafe. Fitchett et al. (2004) zeigten, dass 15% der Kranken mit Diabetes, Krebs oder Herzinsuffizienz ein mittleres oder hohes Ausmass an spirituellen Schwierigkeiten zeigten.

Ein qualifiziertes Seelsorgeangebot ist in beiden Richtungen wichtig: Seelsorge hilft, Glauben und Religiosität als Quelle von Kraft, Trost, Zuversicht und Gemeinschaft zu stärken. Seelsorge leiht Menschen aber auch dort ein offenes Ohr, wo sie mit Gott hadern und mit religiösen Fragen kämpfen, sucht zur Klärung der Situation und zur Lösung spezifisch religiöser Schwierigkeiten beizutragen. Beides, das zeigt die empirische Forschung, trägt zum allgemeinen Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen bei und hilft bei der konstruktiven Bewältigung von Leiden, Verzweiflung, Einsamkeit und Gottesferne. Es ist also gut begründet, wenn „Spiritual care“ als eine der Grundsäulen der Palliativmedizin verstanden wird, die in den kommenden Jahren immer wichtiger werden wird (Bundesamt für Gesundheit, 2009).

Hohe Zufriedenheit: Wie Patientinnen und Patienten Seelsorge erfahren und beurteilen

Wie beurteilen Patientinnen und Patienten selbst das Angebot der Seelsorge? Neuere Untersuchungen aus der Deutschschweiz erlauben eine Antwort. So wurde in einer Studie 2009 die Patientenzufriedenheit mit der Seelsorge untersucht. 679 Patientinnen und Patienten, die mindestens einen Seelsorgebesuch erhalten hatten, beantworteten nach ihrem Spitalaufenthalt

halt einen Fragebogen (Winter-Pf\$ndler/Morgenthaler 2010).² Die Patientinnen und Patienten wurden unter anderem gefragt, ob sie insgesamt mit dem Seelsorgegespräch zufrieden waren, ob ihnen dieses Gespräch wichtig war und sie Vertrauen in den Seelsorgenden hatten.



Grundsätzlich besteht eine hohe Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen der Spitalseelsorge. Die Patienten waren insgesamt sehr zufrieden mit dem Seelsorgegespräch und fanden dieses Gespräch für sich sehr wichtig. Grundlage war eine vertrauensvolle Beziehung. Damit leistet Krankenhausseelsorge in der Sicht der Betroffenen einen bedeutungsvollen Beitrag zur Unterstützung in ihrer Krankheit. Eine Dame brachte es auf den Begriff: „Mit dem Pfarrer war ich sehr zufrieden. Gab mir Mut und Kraft und Humor“.

Seelsorge verfügt über ein vielfältiges Interventionsrepertoire und wird von Patientinnen und Patienten auch so wahrgenommen. Die Patienten wurden gefragt, ob die Seelsorgerin resp. der Seelsorger ihnen mit Respekt und Freundlichkeit begegnet seien³, ob sie religiös-spirituelle Handlungen ausführten⁴, spirituelle Themen anschnitten⁵, ihnen bei der Klärung der Situation und der Auseinandersetzung mit der Krankheit emotional halfen⁶ oder ihnen bei der Versöhnung mit der Situation beistanden⁷. Klärung, emotionale Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung der Krankheit wurden an erster Stelle genannt, gefolgt von religiös-spirituellen Gesprächen und Handlungen. Die Patienten wurden auch nach negativen Erfahrungen mit Seelsorge gefragt (hat mich durch seinen Besuch unnötig verunsichert; hat mich durch seinen Besuch zu sehr ermüdet). Diese fallen verglichen mit den positiven Erfahrungen kaum ins Gewicht.

Was ist für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Seelsorge besonders wichtig? Die Daten der Untersuchung zeigen, dass die Qualität der Beziehungsgestaltung – ob Menschen sich verstanden und akzeptiert fühlen – und psychosoziale sowie religiös-spirituelle Interventionen für die Zufriedenheit mit der Seelsorge, das Vertrauen in die Seelsorgenden sowie die Einschätzung der Wichtigkeit des Seelsorgegesprächs von besonde-

² In 32 Krankenhäusern der Deutschschweiz wurden 2250 Fragebogen an Patienten, die aus dem Spital ausgetreten waren, verteilt. Die Rücklaufquote betrug 30%. 679 Patienten resp. Patientinnen, davon 369 Frauen, mit einem Durchschnittsalter von 62 Jahren (18-94 Jahre) beantworteten den Fragebogen. Die Aufenthaltsdauer betrug im Schnitt 22 Tage. Die Patienten wurden durchschnittlich dreimal besucht.

³ Im Fragebogen: behandelte mich mit Würde und Respekt, ging auf meine Bedürfnisse und Anliegen ein, hatte mit mir Geduld.

⁴ Im Fragebogen: hat mit mir gebetet, hat mich gesegnet.

⁵ Im Fragebogen: half mir bei Glaubensproblemen.

⁶ Im Fragebogen: unterstützte mich, mit meiner Diagnose zu leben, tröstete mich.

⁷ Im Fragebogen: unterstützte mich, mit Vergangem abzuschliessen, eröffnete mir einen Weg zur Vergebung.

rer Bedeutung sind. Eine positive Beziehungsgestaltung beeinflusst dabei die positive Einschätzung der Seelsorge am meisten.

Aus dieser Untersuchung gehen weitere Erkenntnisse hervor, kurz zusammengefasst:

- Der Umgang der Patienten und Patientinnen mit ihrer Religiosität ist gesundheitsrelevant. Patientinnen und Patienten, die sich in einem religiös konstruktiven Sinn mit ihrer Krankheit auseinandersetzen, zeigen auch ein höheres allgemeines und spirituelles Wohlbefinden. Bei Patientinnen und Patienten, die ihre Krankheit in innere religiöse Kämpfe stürzt, erhöhen sich die Ängstlichkeit sowie Depressivität sehr stark oder doch erheblich.
- Die Kontaktaufnahme geschieht meist von Seiten der Spitalseelsorgenden, die die Patientinnen und Patienten in ihrem Zimmer besuchen. Kranke Menschen müssen nicht lange nach seelsorglicher Unterstützung fragen. Sie wird ihnen angeboten, bei Wahrung ihrer Entscheidungsfreiheit.
- Die Zufriedenheit mit der Seelsorge wirkt sich positiv auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt aus.

Dieses Bild stimmt mit ähnlichen Untersuchungen in der Schweiz und Deutschland überein. Am Kantonsspital Basel wurden 102 Personen mit einem standardisierten Fragebogen befragt und 23 Personen interviewt (Plüss/Schenker 2002). Die Seelsorge besitzt bei den befragten Patientinnen und Patienten im allgemeinen ein sehr gutes Image und genießt eine hohe Zustimmung (93% beurteilten sie als wichtig, 75,5% davon als sehr wichtig). Seelsorge soll nach der Meinung der meisten Befragten im Krankenhaus angeboten werden, selbst wenn sie persönlich dieses Angebot nicht beanspruchen würden. Vier Bedürfnisse werden genannt: das Bedürfnis nach einem ausführlichen Gespräch über Lebensfragen, einem langen religiösen Gespräch, einem konfessionellen Kurzbesuch und (religiösem) Zuspruch. Seelsorgerinnen und Seelsorger werden nicht nur als Vertreter der Kirche, sondern allgemeiner als Repräsentanten des Religiösen bzw. Heiligen wahrgenommen. Man erwartet von ihnen ein offenes Ohr, aber ebenso häufig religiöse Unterstützung. Für die Mehrzahl der Befragten sind Seelsorgende auch nicht durch psychologische Fachkräfte ersetzbar. In einer Studie in Deutschland (Lublewski-Zienau/Kittel/Karoff 2005) artikulierten die Patienten in erster Linie Erwartungen bezüglich therapeutisch-zwischenmenschlicher Aspekte der Seelsorge (z. B. Trost, Zuhören, Gedanken und Gefühle ordnen), in zweiter Linie solche im religiös-rituellen Bereich (z.B. Angebot eines Gottesdienstes, eines Gebets oder einer Krankensegnung). So wünschen über 80 % der 362 befragten Patienten einer kardiologischen Rehabilitation von der Seelsorge, dass ihnen mit Verständnis zugehört wird. 71 % wünschen sich Trost und ebenso viele Hilfe bei Problemen.

Multifunktionale Spitalseelsorge: Was Pflegende von der Seelsorge denken und erwarten

Wie wird das breite Angebot der Seelsorge aber von den anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Spital wahrgenommen? Besonders wichtig sind hier die Pflegenden, da sie am direktesten mit Patienten und Seelsorge in Kontakt stehen. Ihre Erwartungen wurden ebenfalls in einer breit angelegten Befragung erhoben (Winter-Pfändler/Morgenthaler 2010b). In zufällig ausgewählten Alters- und Pflegeheimen, Akutspitälern, Privatkliniken, Psychiatrischen Kliniken und Rehakliniken der Deutschschweiz wurden mittels einer Online-Befragung im Mai 2009 231 Pflegedienstleitungen befragt.⁸

61 % der Befragten gaben an, dass in ihrer Institution die Seelsorge durch hauptamtliche Spital-, Klinik- oder Heimseelsorger oder -seelsorgerinnen erfolgt. 33 % der Befragten berichteten, dass in ihrem Haus lokale Pfarrei- oder Gemeindeseelsorgende die Ansprechpersonen sind. Nur acht Stationsleitungen antworteten, dass bei ihnen kein seelsorgliches An-

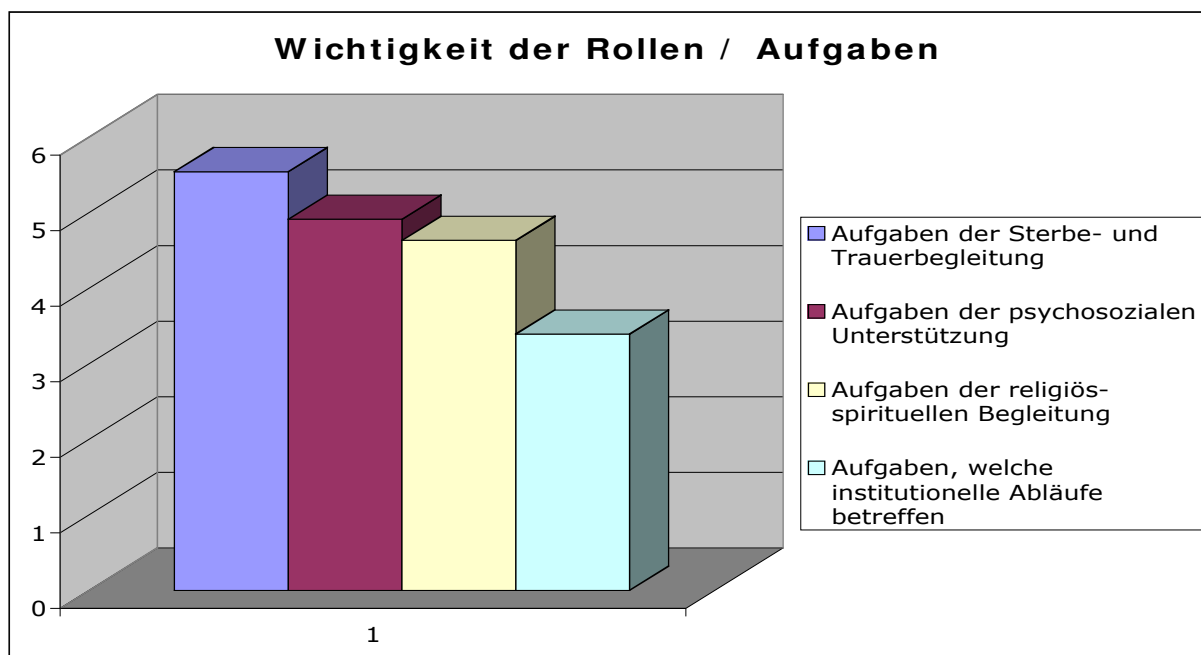
⁸ 75% der Personen, welche die Online-Umfrage beantworteten, waren Frauen. 177 Stationsleitungen, 25 Pflegedienstleitungen, 10 Pflegenden und 5 Heimleitungen waren vertreten (Restkategorie andere). 50% der Personen, die antworteten, arbeiteten in einem Akutkrankenhaus, 23% in einer psychiatrischen Klinik, 20% in einem Alters- und Pflegeheim und 7% in einer Spezialklinik (z. B. Rehaklinik).

gebot gemacht wird (3 %). Seelsorge ist in Krankenhäusern nicht nur präsent, sondern wird als präsent auch von den Pflegenden im Betrieb wahrgenommen.

Die Pflegedienstleitungen wurden zudem danach gefragt, wie wichtig sie vier unterschiedliche Aufgabenbereiche halten, deren Bedeutung die Umfrage zeigt:

- Aufgaben und Rollen in der psychosozialen Begleitung von Patienten resp. Bewohnern (...ihnen helfen, Gedanken und Gefühle zu ordnen, ...mit ihrer Lebenssituation besser umzugehen),
- institutionelle Rollen und Aufgaben (...in der Fortbildung tätig sein; ...bei Konflikten zwischen Patienten und Angestellten vermitteln),
- Aufgaben und Rollen im Zusammenhang mit Sterben und Tod (... Menschen im Sterben begleiten. ... Trauerbegleitung anbieten) und
- spirituelle resp. religiöse Rollen und Aufgaben (... Gottesdienste in der Institution feiern. ... Rituale und Sakramente spenden).

Die Aufgaben werden in folgender Reihenfolge für wichtig erachtet:



Insgesamt werden alle Aufgaben von den Pflegenden für ziemlich wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt. Am wichtigsten sind Aufgaben der Sterbe- und Trauerbegleitung, gefolgt von psychosozialer Unterstützung und religiös-spiritueller Begleitung. Auch die letzte Aufgabe – Hilfestellungen in institutionellen Abläufen und Konflikten – findet noch eine überdurchschnittliche Zustimmung. Insgesamt werden alle vier Aufgabenbereiche der Seelsorge als wichtig eingestuft, was auf eine gute Beziehung zwischen den Pflegenden und Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern hinweist. Aufgaben der psychosozialen Unterstützung sind in der Sicht der Pflegenden sogar wichtiger als Aufgaben der religiös-spirituellen Begleitung. Seelsorge wird also nicht nur als religiöses Nischenangebot betrachtet. Von ihr wird Unterstützung in einem breiten Spektrum von Anliegen und Tätigkeiten erwartet. Ein 44-jähriger Pflegeleiter einer medizinischen Abteilung eines Akutspitals formuliert: „In unserer Gegend hat es viele ältere Leute, welche den Glauben praktizieren. Besonders bei ernsthaften Erkrankungen und in der Endphase finden diese Leute Ruhe und Trost in der Begleitung der Seelsorge. Für die Pflege sind diese Personen eine grosse Hilfe und Unterstützung, ihre Rückmeldungen sind wertvoll.“

Die Erwartungen der Pflegenden unterscheiden sich je nach Typ der medizinischen Einrichtung. Sterbe- und Trauerbegleitung stehen in Akutkrankenhäusern, Alters- und Pflegeheimen und psychiatrischen Kliniken als Erwartung im Vordergrund, interessanterweise in psychiatrischen Kliniken und Akutkrankenhäusern stärker als in Alters- und Pflegeheimen. Die Erfüllung psychosozialer Aufgaben ist für die Pflegenden an Akutkrankenhäusern am wichtigsten,

in psychiatrischen Kliniken dagegen weniger wichtig (hier werden solche Aufgaben von anderen Berufsgruppen versehen). In psychiatrischen Kliniken wird religiös-spirituelle Begleitung hingegen am häufigsten erwartet. Die Wahrnehmung institutioneller Aufgaben ist in Akutkrankenhäusern wichtiger als in psychiatrischen Kliniken und Alters- und Pflegeheimen. In keinem der untersuchten Typen von Institutionen werden Seelsorge oder einzelne ihrer Funktionen als unwichtig betrachtet. In Häusern mit hauptamtlichen Seelsorgern wurden der Rollen aspekt der Sterbe- und Trauerbegleitung sowie die Aufgaben, die institutionelle Abläufe betreffen, als signifikant wichtiger eingeschätzt als in Institutionen, in welchen die seelsorgliche Betreuung durch Pfarrei- resp. Gemeindeseelsorgende übernommen wird. Spezialisierte, an Ort präsente Seelsorge wird von Pflegenden auch deshalb geschätzt, weil die Seelsorgenden so leicht gerufen werden können, wenn dies nötig ist.

Diese Resultate stimmen ebenfalls mit den Resultaten von Studien in anderen Ländern (Deutschland, Kanada und USA) überein (Jankowski et al. 2011). Durchgehend weisen die Pflegenden, aber auch Mitarbeitende der Sozialdienste und Ärzte der emotionalen Unterstützung der Patienten sowie der Angehörigen vor allem im Umfeld von Sterben und Tod die höchste Wichtigkeit zu, während die Bereiche Liturgie/Rituale, Anwaltschaft/Beratung, Kontaktpflege zu Gemeindeseelsorgern als „ziemlich wichtig“ oder „wichtig“ eingeschätzt wurden. In dieser Erwartung spiegelt sich auch die Erfahrung mit Seelsorgerinnen und Seelsorger, dass sie in diesem psycho-sozialen Bereich wichtige Aufgaben kompetent übernehmen können.

Hilft Spitalseelsorge, Geld zu sparen?

Der ökonomische Nutzen der Spitalseelsorge ist aufgrund der bis heute vorliegenden Daten nicht leicht einzuschätzen. Er ist aber nicht unerheblich:

Die Seelsorge leistet, wie viele Studien zeigen, einen Betrag zur Krankheitsbewältigung und zum Prozess der Genesung. Einzelne Studien zeigen, dass sie die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten dadurch verkürzt.

In einer Studie zeigte sich, dass Patienten, welche angaben, ihre spirituellen Bedürfnisse seien nicht angemessen wahrgenommen worden, mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit in der Intensivpflege starben. Deshalb waren die Kosten, die ihr Sterben verursachten, signifikant höher als bei Patienten, welche angemessen unterstützt wurden (Balboni et al., 2011).

Balboni et al. (2007) zeigten an einer Stichprobe von nordamerikanischen Krebspatienten, dass höhere Religiosität mit dem Wunsch verbunden war, alle nur möglichen Mittel zur Lebensverlängerung einzusetzen, was ebenfalls kostentreibend wirkt.

Kompetent versehene Seelsorge wird auch zum Argument im Marketing von Spitalleistungen: Das Angebot kompetenter Seelsorge erhöht nachweislich die Zufriedenheit, die Bindung ans jeweilige Spital und die Weiterempfehlung eines Aufenthalts (Gibbons et al. 1991).

Positive Folgen der Seelsorge (als Teil eines Gesamtkonzepts von Behandlung oder als spezifisches Angebot) wurden auch in Interventionsstudien getestet. William Ilner und sein Team (Ilner et al. 2001) analysierten beispielsweise die Wirksamkeit von Besuchen durch Spitalseelsorgende bei Patienten mit der Lungenkrankheit COPD in einem US-amerikanischen Spital und konnten nachweisen, dass sie den Spitalaufenthalt verkürzen und sich positiv auf die psychosoziale Gesundheit der Patienten auswirken.

Fazit

Spitalseelsorge ist heute gut ausgebaut und professionalisiert, sie nimmt im Gesundheitswesen wichtige Aufgaben wahr. Sie unterstützt Menschen bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen mit Gesprächen und religiösen Angeboten. Sie wird von Patientinnen und Patienten als hilfreich erfahren und auch von Seiten der Pflegenden geschätzt und beigezogen. Sie leistet dadurch einen wichtigen Beitrag zu einer ganzheitlichen Versorgung auch im Bernischen Gesundheitswesen.

LITERATUR

- ASTROW, A.B., WEXLER, A., TEXEIRA, K. ET AL. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perception of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol* 25(36), 5753-5757.
- BALBONI, T. A., VANDERWERKER, L. C., BLOCK, S. D., ET AL. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*, 25(5), 555-560.
- BALBONI, T. A., PAULK, M. E., BALBONI, M. J., PHELPS, A. C., LOGGERS, E. T., WRIGHT, AL. A., ET AL. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*, 28(3), 445-452.
- BALBONI, T. A., VANDERWERKER, L. C., BLOCK, S. D., PAULK, E., LATHAN, C. S., PETEET, J. R., ET AL. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555–560.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2009). *Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012*. Bern.
- DE FAYE, B. J., WILSON, K. G., CHATER, S., ET AL. (2006). Stress and coping with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 4 (3),239-249.
- FITCHETT, G., & RISK, J. L. (2009). Screening for spiritual struggle. *Journal of Pastoral Care and Counseling*, 63(1–2), 1–12.
- FITCHETT, G., MURPHY, P. E., KIM, J., GIBBONS, J. L., CAMERON, J. R., & DAVIS, M. S. (2004). Religious struggle: Prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(2), 179–196.
- GIBBONS, J., THOMAS, J., VAN DE CREEK, L., JESSEN, A. (1991). The value of hospital chaplains: Patient perspective. *Journal of Pastoral Care* 45(2), 117-125.
- JANKOWSKI, K. R.B., HANDZO, G. F./FANNELLY, K. J. (2011): Testing the efficacy of Chaplaincy care. *Journal of Health Care Chaplaincy*17(3-4), 100-125.
- JUST, A., KÄPPELI, S. & RIST, L. (2007). *Ich spreche mit ihnen, als ob sie noch lebten*. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.
- MURRAY, S. A., KENDALL, M., BOYD, K., ET AL. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med*, 18 (1), 39-45.
- PLÜSS, D., & SCHENKER, D.. Welche Seelsorge hätten Sie den gerne? Ergebnisse eine Patientinnen- und Patientenbefragung im Kantonsspital Basel, *Praktische Theologie* (37)2002, 22-33.
- REINKE, L. F., ENGELBERG, R. A., SHANNON, S. E., ET AL. (2008). Transitions regarding palliative and end-of-life care in severe chronic obstructive pulmonary disease or advanced cancer: themes identified by patients, families, and clinicians. *J Palliat Med*, 11 (4), 601-609.
- WINTER-PFÄNDLER, , & /MORGENTHALER, CHRISTOPH (2010a). Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhauseelsorge?. Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz, in: *Wege zum Menschen* 62(6) , 570-584.
- WINTER-PFÄNDLER, U., & MORGENTHALER, C. (2010b): Rollen und Aufgaben der Krankenhauseelsorge in den Augen von Stationsleitungen – eine Untersuchung in der Deutschschweiz, in: *Wege zum Menschen* 62(6), 585-597.