

Interview

Eckhard Frick*, Klaus Baumann, Erny Gillen, Jörg Lindenmeier, Lydia Maidl und Dieter Tscheulin

Spiritual Care, Trägerschaft und Management von Krankenhäusern

DOI 10.1515/spircare-2016-0223

F: *Wie greift die betriebswirtschaftliche Forschung das Thema Spiritual Care auf?*

T: Wir haben Wahrnehmungsunterschiede in Bezug auf Krankenhaus-Trägerschaften analysiert und festgestellt, dass im Vergleich zu privaten und öffentlichen Krankenhäusern gemeinnützige und kirchliche Hospitäler als vergleichsweise besser wahrgenommen werden, was soziale Kompetenz angeht (Drevs et al. 2012, 2015). Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob spirituelle Betreuung einen Einfluss auf die Performance der Organisation hat. Performance ist ein vielschichtiges Konstrukt. Arbeiten Ärzte, Ärztinnen und Pflegende besser, wenn ein kirchlicher Träger dahinter steht? Identifiziert man sich mehr mit der Organisation in kirchlicher Trägerschaft als bei einem privaten Träger, der seinen Shareholder Value maximieren möchte? Ist bei vergleichbaren Krankheiten der Gesundheitszustand besser, wenn der Patient geistlich betreut wurde?

L: *Die Frage ist, wie sich Spiritual-Care Maßnahmen auf ökonomische oder medizinische Outcomes auswirken. Das ist schwierig zu isolieren und ein langer, vielgliedriger Kausalzusammenhang. Bisher haben wir die Dreiteilung zwischen den Subsektoren (öffentliche, private, frei-gemeinnützige Trägerschaft) aus der Konsumenten-Perspektive betrachtet und gefragt, wie diese Trägerschaften sich auf Wahrnehmungen und Kaufabsichten oder Entscheidungen auswirken. Was ist hingegen mit dem medizinischen, kaufmännischen und pflegerischen Personal? Wie nehmen diese Stakeholder Spiritual Care wahr, was halten sie davon, Spiritual Care in ihren Einrichtungen zu implementieren?*

*Korrespondenzautor: Eckhard Frick, München,

E-Mail: eckhard.frick@tum.de

Klaus Baumann, Freiburg i.Br.

Erny Gillen, Luxemburg

Jörg Lindenmeier, Freiburg i.Br.

Lydia Maidl, München

Dieter Tscheulin, Freiburg i.Br.

F: Die Mitarbeitersicht, also das *spiritual empowerment* der Mitarbeiter, ist für unsere Fragestellung von besonderer Bedeutung. Was brauchen Mitarbeiter, um in der Arbeitsverdichtung, in der Ökonomisierung usw. fähig zu sein, ihre Antennen auszufahren und nicht nur die Zuständigkeit für Spiritual Care an andere Berufe zu delegieren? Was bedeutet dieser Stakeholder-Wechsel vom Patienten als „Kunden“ zu den Mitarbeitern als Handelnden in der Organisation methodisch?

L: *Eine Mitarbeiterbefragung durchzuführen, ist möglicherweise einfacher als individuelle Gesundheitsdaten zu generieren.*

M: Spiritualität lässt sich nicht in die individuelle Ecke verschieben. Wir müssen auf Leadership und Organisationen schauen.

T: *Sind die Mitarbeiter in einem kirchlichen Krankenhaus zufriedener und motivierter als in einem privaten oder öffentlichen Haus? Ziehen wir eine Parallele zum Fußball. Jürgen Klinsmann, damaliger Trainer von Bayern München, glaubte, dass das Aufstellen von Buddha-Figuren auf dem Trainingsgelände sich positiv auf die Performance der Mannschaft auswirkt. De facto hat die Mannschaft jedoch weniger erfolgreich gespielt als davor und danach.*

B: Kein Wunder.

T: *Ja, das ist die Frage. Das ist eine Steilvorlage für die Kollegen aus der Theologie. War das wirklich der Einfluss von Buddha? Ich stelle die Frage bewusst so ketzerisch. Das heißt, es gibt andere Faktoren, vielleicht die Qualität des Trainers, die hier möglicherweise ursächlicher waren als das Spirituelle.*

L: Das Beispiel aus dem Sport zeigt, dass man eine sogenannte Mehrebenen-Analyse machen sollte, indem man Kontexteffekte mitberücksichtigt. Neben der Mitarbeiter-Ebene erfasst man den Effekt des Krankenhauses oder der Kategorie des Hauses.

T: Die unterschiedlichen Träger spielen eine große Rolle: Die öffentlichen haben ein Gemeinwohlinteresse, die kirchlichen Träger ein ideelles, wiederum auch gemeinwohl-orientiert und ohne Profitabsicht, während die privaten natürlich das Interesse haben, die Gewinnmargen für die Shareholder zu sichern und zu vergrößern. Aber auch in einem privaten Krankenhaus findet Seelsorge statt, geistliche Betreuung. Dabei wäre zu unterscheiden: Wer macht welche Maßnahmen, weshalb? Wozu? Spielt das eine Rolle? Spielt es eine Rolle in der Art, wie es implementiert wird? Macht es einen Unterschied, ob die spirituelle Betreuung von einem konfessionellen oder einem privaten Krankenhaus durchgeführt wird?

M: Ich möchte von meinen Erfahrungen mit spiritueller Bildung in der Erwachsenenbildung berichten. Während theologische Bildung kaum mehr Zuspruch findet, erlebte ich dies mit spiritueller Bildung eklatant anders: Die Zahl an Unterrichtseinheiten und der Teilnehmer stieg in kurzer Zeit sprunghaft an. Während theologische Bildung zumindest katholischerseits eher mit Vorstellungen von Dogmatisierung, Indoktrination, verknöcherten Lehren und Lebensferne verbunden wird, finden Veranstaltungen, die Mystik und Meditation im Titel haben, Zuspruch über die Grenzen der Konfessionen hinweg und vor allem auch bei Menschen, die sich nicht mehr kirchlich gebunden fühlen oder die auch bereits über längere Zeit Wege in anderen Religionen gegangen sind, z. B. über regelmäßige Aufenthalte in Indien.

Diejenigen in unserem Kulturkreis, die zunächst christlich sozialisiert wurden und dann andere religiöse Wege beschritten, äußerten ein großes Aufatmen: Es tat ihnen sehr gut, sich nach weiten Wegen und Reisen mit der eigenen Suche wieder im Christlichen beheimatet zu finden. Denn lange Zeit hatten sie nicht mehr die Erwartung, dies unter dem Dach der Kirche und der christlichen Konfessionen zu finden.

Als zweiten Schwerpunkt neben Mystik und Meditation führte ich interreligiöse Veranstaltungen durch, vor allem christlich-muslimische: Von beiden Seiten her bestand große Bereitschaft, miteinander ins Gespräch zu kommen. Besonders auch von Seiten muslimischer Frauen gab es keine Schwellenangst. Zwei Ressourcen zeigten sich mir dabei: auf Seiten der Katholiken ihre oft sehr attraktiven Gemeindehäuser als Basis für Gruppenangebote und auf Seiten der Muslime die Gastfreundschaft samt Bewirtung, möglich durch ein großes Zusammenhelfen.

Trotz der großen räumlichen Ressourcen der Kirchen stießen ich und mein evangelischer Kollege auf eine klare Grenze: Es war schwierig, für Angebote der Meditation

geeignete Räume zu finden, und zwar regelmäßig zur Verfügung stehende. Wir mussten jeweils Gemeinderäume ad hoc umgestalten. Das heißt, wir konnten nicht auf einen geprägten Raum zurückgreifen, und es war notwendig zu wandern.

G: Eine Anekdote aus den USA zu dieser Raumfrage. In Boston ist man von Gebetsorten zu Gebets- oder Meditationszeiten übergegangen. Und das geht so: um $\frac{1}{4}$ vor 12 stehen alle im gesamten Krankenhaus für einige Minuten still. Und das hat einen unwahrscheinlichen Effekt.

F: Eben die spirituelle Unterbrechung mitten in den Funktionsräumen und Funktionsbereichen! Wenn nicht gerade jemand reanimiert werden muss. Ich vermute, dass da eine Ausnahme gemacht wird.

B: Der deutsche Caritas-Verband spricht seit einiger Zeit im Rahmen des Dialogs 2020 von der Notwendigkeit, eine institutionelle Spiritualität zu entwickeln. Wenn Spiritualität tatsächlich wirkt, muss sich die Organisation verändern. Ob allerdings die Organisation selbst Subjekt ist, das ist noch die Frage. Ich glaube, für Spiritualität braucht es immer ein Subjekt oder eine Person.

M: M. E. müssen wir uns von paternalistischen Denkformen bezüglich Spiritualität verabschieden und stärker von den Subjekten in den Organisationen aus denken, von denen viele sagen: Meinem Pflegeberuf kann ich nur nachkommen, weil ich eine Tiefendimension habe. Wie können wir diese spirituellen Kompetenzen nützen und sprachfähig machen? Worin bestehen die Werte und/oder Grundhaltungen, die verbinden? Wie lassen sie sich aus der Perspektive des Trägers, wie von den Subjekten her formulieren?

B: Ich möchte einen anderen Gesichtspunkt ins Gespräch bringen, nämlich das Entlass-Management, insbesondere als Übergangssituation für viele Patientinnen und Patienten, die alleine leben, aber häusliche Pflege benötigen. Wir haben immer kürzere Verweildauern in den Krankenhäusern. Wer im Krankenhaus ist, muss dann nach Hause entlassen werden und zu Hause eigentlich eine Care-Umgebung vorfinden. Ein zweiter Punkt kommt hinzu: Das Gesundheitswesen, besonders dort, wo es um Operationen geht, geht immer mehr dazu über, möglichst ambulant zu operieren. Auch dafür braucht es dann für die Vor- wie besonders Nachsorge auch wiederum eine Umgebung, in der die Patienten versorgt werden. Was machen nun solche Übergangssituationen mit den Patienten im Hinblick auf das Erleben ihres Lebens?

Spiritual Care orientiert sich klassischerweise am Modell der Krankenhausseelsorge, ist also an Institutionen orientiert. Die ambulanten Vernetzungsdienste mit Spiritual Care zu durchdringen, ist noch ein offenes Feld.

Gesundheitsmanagement hat eine offene Flanke im Blick auf die arme Bevölkerung. Das unterste Drittel unserer Gesellschaft, was den ökonomischen Status angeht, hat ganz andere Krankheiten als Menschen im höheren Drittel oder im mittleren. Und auch da ist die Frage, ob Spiritual Care möglicherweise auch in einer Bürgerlichkeitsfalle steckt und diese Ärmsten oder die Ärmeren mit ihren Krankheiten und auch der anderen Art, krank zu sein, gar nicht im Blick hat. Und das muss ich gerade als Wissenschaftler besonders in den Blick nehmen. Was ist eigentlich mit denen?

Zusammenfassend: Entlass-Management, Vernetzung ambulanter Organisationen und Aufmerksamkeit für Menschen, die aufgrund ihrer Armut anders krank sind als der bürgerliche Mainstream.

T: Welche Forschungsfrage verbinden Sie damit?

B: *Noch keine operationalisierte Forschungsfrage, sondern mehr eine Problemanzeige für Gesundheitsmanagement und Spiritual Care.*

G: Ja, auch für das Management der Religionen. Als Generalvikar von Luxemburg stellte sich mir die Frage: Wird das Krankenhaus pastoral von den Gemeinden her versorgt oder von hausinternen Spezial-Seelsorge-Einheiten? In Luxemburg wird der Patient relativ gut von einem System in das andere begleitet, nicht jedoch von der Seelsorge, weil einzelne Segmente überhaupt keine Seelsorge oder Spiritual Care anbieten.

B: *Wir sollten den Einsamkeitsfaktor nicht vergessen, das Fehlen von Strukturen. Das wird kaum thematisiert. Auch im Gesundheitswesen nicht.*

T: Willst du das eher deskriptiv beschreiben oder sollen wir da auch Kausalitäten überprüfen?

B: *Ich habe noch keine ganze konkrete Forschungs-idee. Ich habe eher eine Entwicklungs-idee für Spiritual Care.*

L: Sollen wir uns mehr auf den Krankenhausbereich fokussieren oder eher auf den Pflegebereich? Die ambulante Pflege stellt vor dem Hintergrund dieser Übergangs- und Einsamkeitsproblematik ein großes gesellschaftliches Problem dar, ein Bedürfnis, das im Sozialsystem nicht abgebildet oder noch nicht richtig wahrgenommen wird.

F: *Wir schreiten das gesamte Feld ab. Dazu gehören auch der ambulante Sektor, besonders Menschen, die schlecht versorgt sind und wenig soziale Unterstützung haben oder die verelenden und verwahrlosen.*

B: Die dann auch enorme spirituelle Nöte haben.

G: *Ich kann noch eine „Queridee“ sagen, die mir jetzt gerade eingefallen ist: Welche Rolle spielen gerade bei diesen armen Menschen Tiere im Bereich von Spiritual Care? Sind die nicht Partnerersatz? In der Caritas haben wir z.B. vielfach Menschen Tiere gegeben. Das hat die glücklich gemacht für die nächsten zwei Jahre, als sie mit ihrem Hund unterwegs waren oder mit ihrer Katze.*

F: Vielen Dank für diese „Queridee“!

Meinerseits möchte ich vier Fragen zur Diskussion stellen: 1. Was ist eigentlich Spiritual Care? 2. Zum Verhältnis workplace spirituality / religious work environment: Wie ist das Matching zwischen hochreligiösem Einrichtungsprofil und Mitarbeitern mit passender Spiritualität zu erklären (Seemann 2016). Wie ist das im deutschen Sprachraum? 3. Welches Matching zwischen Organisations-Umgebung und Team-, sowie persönlicher Spiritualität brauchen Mitarbeiter in Profit-Unternehmen / Non-Profit-Unternehmen? 4. Könnte die Implementierung der klinischen Ethikberatung ein Modell für die Implementierung von Spiritual Care sein?

Ad 1: Caring (sich kümmern um, sorgen für) kann als **TkP** formalisiert werden:

Therapeut (Ärztin, Pfleger, Psychotherapeut...) **k**ümmert sich um **P**atient(in)

Als „spirituell“ bezeichne ich ein Caring, in dem **Ps** spirituelle Bedürfnisse wahrgenommen und therapeutisch beantwortet werden. **k** ist nicht nur und nicht in erster Linie durch explizite Spiritualität „spirituell“, sondern durch Eigenschaften wie „gracious, merciful, benevolent“ (Hill & Hood 1999), die nicht exklusiv religiös / christlich sind. Schließlich ist auch **T** mehr oder minder spirituell: workplace spirituality, Spiritualität als Komponente der Arbeits- und Berufsmotivation.

Ad 2: In der Studie von Frau Seemann (2016) geht es um ein adventistisches Milieu und um das Matching zwischen Träger-Ausrichtung und einer hohen Motivation der Mitarbeiterschaft. Das, meine ich, gibt es im deutschen Sprachraum kaum. Am ehesten noch im freikirchlichen Bereich, also z.B. die Interventionen im Albertinen-Krankenhaus in Hamburg, wo gezielt den Pflegenden eine spirituelle Unterstützung angeboten wird und der Träger auch Geld dafür in die Hand nimmt (Ehm 2016). Ansonsten haben wir jedoch durch die Entkonnfessionalisierung auch

bei kirchlichen Trägern ganz wenig Entsprechung zwischen den hehren Ideen, die der Träger hat, und der Motivation der einzelnen Mitarbeiter. Wir haben sogar manchmal eine Kluft zwischen beiden. Für mich ist das von Seemann beschriebene adventistische Milieu ein Prototyp, an dem man gut zeigen kann, wie es bei uns nicht ist.

Ad 3.: Neben den kommunalen, freien und Profit-orientierten Trägern würden mich besonders die Universitätskrankenhäuser interessieren.

Ad 4: Die klinische Ethikberatung war zunächst einmal sehr fremd für die Medizin und für die Pflege. Also trotz heftiger Gegenbewegungen ist es gelungen, die klinische Ethik in die Organisationsentwicklung einzubringen.

L: *Ich habe nicht ganz verstanden, was der Unterschied zwischen Punkt 2 und Punkt 3 ist. Wie verhält sich beides zueinander und wie ist das Matching?*

F: Ich habe diese wichtige Arbeit aus einem adventistischen Milieu studiert und mich gefragt: Wie ist das mit dem Matching kirchlicher Träger versus Mitarbeiterschaft in unseren Breiten? Vielleicht findet man Ähnliches im palliativen Bereich oder in buddhistischen Institutionen (Frick im Druck), wo miteinander meditiert, gelebt und gearbeitet wird. Manche Träger, z. B. Krankenpflegeorden, versuchen ihre oft jahrhundertealte Spiritualität an die Mitarbeiter weiterzugeben. Es gibt auch Träger, die eigene Stabsstellen für Spiritualität eingerichtet haben. Aber das sind große Ausnahmen in der deutschsprachigen Landschaft.

G: *Seit der Einführung der Ethikberatung haben wir versucht, Ethikkomitees flächendeckend umzusetzen, obwohl wir wussten, dass dies nur ein Modell ethischer Beratung war. Aber, ich glaube, es war richtig, ein Modell mehr oder weniger flächendeckend zu forcieren, um überhaupt genügend Masse zu bekommen und anschließend dann Patientenberatung am Bett und alles Mögliche, was es da an Ethikberatung gibt, einzuführen.*

L: *Läuft dieser Implementierungsprozess noch oder ist er bereits abgeschlossen?*

G: *Es gibt Evaluationen nach 10 Jahren, d. h. im Zeitraum von 10 Jahren wurden diese Ethikkomitees eingeführt, dann haben wir eine Evaluation über Fragebogen gemacht. Das sind die klinischen Ethikkomitees. Das heißt, die sollen den Patienten bzw. den behandelnden Ärzten raten...*

B: *....ob eine bestimmte Intervention ethisch gerechtfertigt ist oder nicht.*

F: *Warum könnte dies als Modell für die Implementierung von Spiritual Care dienen? Ethik ist ein medizin-fremdes System, das auf Grund bürgerschaftlichen Drucks an die Medizin herantritt. Zunächst einmal stammt Ethik für einen evidenzbasierten Arzt von einem anderen Planeten. Ethische Kriterien sind ihm (als Professioneller, nicht als denkender Mensch) völlig fremd. Der Arzt braucht eine gewisse Grenzkompetenz, um die Ethik zu konsultieren, wenn die üblichen Algorithmen der Medizin an ihre Grenzen stoßen (Jobin im Druck). Man kann das auch mit der Ökonomie vergleichen, wobei die Ökonomie noch viel mehr gehasst wird als die Ethik. Dennoch hat die Ökonomie Einzug in die Medizin gehalten...*

T: *... Ich habe den Unmut auf mich gezogen. Anfang der 90iger Jahre war Ökonomie eine Provokation für die ärztlichen Kollegen, für die ganze medizinische Fakultät.*

F: *Dass ihnen jemand dreinredet.*

T: Die Denkweise in der Medizin war damals, dass man Gesundheitsmanagement den Ökonomiestudenten beibringen soll, nicht aber den Medizinern. „Die sollen Wichtigeres lernen.“

F: *Der relativ neue Bereich von Spiritual Care weckt nicht nur Aggressionen, sondern auch Ignoranz und vor allem auch sehr viel Scham, dass plötzlich so etwas Persönliches eine Rolle spielen soll, dass ich persönlich mich damit beschäftigen soll. Im Gegensatz zur US-amerikanischen Situation müssen wir mit einem erheblichen persönlichen und kollektiven Schamfaktor rechnen.*

G: Und es braucht eine Entscheidung auf der obersten Ebene.

F: *Top down und bottom up, beides.*

G: Bei der Vorbereitung habe ich mir jetzt überlegt, um was es eigentlich geht. Was ist die Intuition hinter diesen Worten Gesundheitsmanagement und Spiritual Care? Es geht um die Gesundheit als das Ganze des Menschen, nicht um einen Teil, nämlich eine Krankheit oder Verletzung, ein Handicap oder einen Schmerz. Es geht meines Erachtens auch um Leadership im Management der Gesundheit. Es geht um die Einheit des Menschen und das Nutzen von Konflikten für dessen Einheit, weil Konflikte eben auch Potential bergen, um weiterentwickelt zu werden (Gillen 2016).

Spiritualität habe ich für mich übersetzt als Selbstreflexion von Personen und Einrichtungen. Und es geht

um die Sorge *für* die Menschen *mit* den Menschen zusammen. Auf diesem Hintergrund sehe ich die Notwendigkeit, das genannte Feld mit seinen Anliegen zu erforschen und zu bebrüten und hoffentlich auch zu etwas Greifbarem zu kommen.

Sprache, Spiele und Sprachspiele: Ludwig Wittgenstein hat mich immer begeistert, und in der Spracherfassung vermitteln wir ja, was wir verstehen und was wir wollen bzw. wer wir überhaupt sind. Wittgenstein kleidet das in dieses Wort von Sprachspielen. In den heutigen Sprachverwirrungen und Wortfluten lösen sich alle Sprachspiele letztlich wieder auf. Es entstehen Banalitäten oder leere Worthülsen. Die Sprache scheint insofern zu einem Raum zu verkommen, in dem Graffiti dieselbe Berechtigung haben wie der Geruch nach Urin. Demgegenüber, denke ich, sollten wir als Forscher versuchen, semantische Felder zu beackern, die neukodierte Sprachspiele ermöglichen. Ich habe mich mit dieser Franziskus-Formel beschäftigt; Das wäre für mich ein Modell, wie man so ein kodiertes Sprachfeld schaffen könnte und damit eine gemeinsame Sprache für Patienten, Pflegende, Ärzte, Krankenhausleitung einführen könnte, um eben zu messen: Was passiert in diesem semantisch-kodierten Feld? Sprache kann verbinden, sie kann trennen. Also: Welche Sprachspiele und Methoden verbinden die Handelnden als Sprechende im Gesundheitsmanagement?

Provokativ formuliert, könnte man fragen: Wie gelangen wir von einem Leitbild zu einem operativen integrativen Sprachspiel, das offensteht und konkrete Handlungen fördert? Sprachspiele wagen den Wechsel von diesem Leitbild-fixierten Denken zu einem Sprachspiel-orientierten Wagnis.

Außerdem: Räume und Zeiten, in denen Spiritualität zum Tragen kommt. Meine Erfahrung geht zurück auf das St.-Josef-Krankenhaus in Berlin. Da gibt es ein Treppenhaus, aus dem wir bei der Einführung von ethischen Komitees einen Ausstellungs-, Begegnungs- und Diskussionsraum gemacht haben. Wir haben Plakate aufgehängt, wo dann jemand hinschrieb, ein Arzt: „Ethik ist gute Medizin“ und der Patient schreibt dann: „Gute Medizin braucht Ethik“. Das heißt, hier entsteht Diskussion im Treppenhaus, und ich glaube, dass man auch Orte finden muss, wo solche Gespräche geführt werden könnten.

Die Leitfrage könnte von mir aus gesehen sein: Wo sind die Orte, wo Fragezeichen gesetzt werden können? Die Fragen offen zu lassen, das ist sicher eine schwierige Situation, aber gerade in ethischen Belangen der Gesundheit und der Wirtschaftlichkeit gerät die oft alles auslösende Frage in Vergessenheit. Und diese Frage wieder freilegen, also, wie können wir eine ergebnisoffene und

angstfreie Kultur der Frage im Gesundheitsmanagement und Spiritual Care fördern.

T: *Gegenüber manchen Vertretern der Medizinethik bin ich sehr kritisch. Was gegen den gesunden Menschverstand verstößt, wird vielfach als unethisch deklariert. Wenn man einen Kontrapunkt setzen könnte, fände ich die Idee mit den Sprachspielen von Herrn Kollegen Gillen sehr anregend.*

G: Die Ethik als Reflexion lässt viele Moralen zu, Ethik ist Grammatik.

B: *Das stimmt, aber sie hat natürlich auch ihre Regeln, auf denen sie beharrt, dass das richtig ist oder falsch in der Grammatik. Grammatikregeln sind ja auch geschaffenes Sprachspiel. Mir gefällt das Insistieren auf den Fragen vor allen Antworten, auf den Forschungsfragen vor den Methoden.*

F: Die Gesundheitsökonomie scheint mir ein kontroverses Sprachspiel zu sein. Soweit ich das als Laie überhaupt verstehen kann, gehört zu einer modernen Managementtheorie nicht nur Geld zu zählen, sondern *value based* Menschen zum Handeln zu bringen, natürlich auch zum Wirtschaften oder zum Geld Verschleudern. Es gibt Werte, durch die der scheinbar unversöhnliche Gegensatz zwischen Geschäftsführer, der das Geld verwaltet, und dem ärztlichen Direktor, der Menschen gesundmachen will, überwunden werden kann.

T: *Vielleicht das noch einmal aus klassisch-ökonomischer Sicht. Der Shareholder Value Maximization-Ansatz ist typisch für privat-wirtschaftliche Organisationen. Bei öffentlichen Häusern, insbesondere aber auch bei konfessionellen, also frei gemeinnützigen Häusern, haben wir eine andere Zielsetzung. Bei einem konfessionellen Haus Barmherzigkeit, Unterziel die schwarze Null. Die schwarze Null ist, wie ich nochmals betonen möchte, in diesen Häusern nur ein Unterziel. So hat einmal die Chefin eines kirchlichen Krankenhauses gesagt: „Herr Tschulin, wenn der Patient aus Eritrea vor der Tür steht und keine Krankenversicherung hat, wird er bei uns dennoch behandelt. Natürlich bin ich mir dessen bewusst, dass wir bei anderen wieder Gewinne machen müssen, um dieses Minus auszugleichen.“*

B: Das ist ja auch das Imponierende, weshalb ich auch übrigens diese Public Non-Profit-Entwicklung in der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät so wichtig finde, dass da Wirtschaft nicht nur gedacht wird im Sinne des Gewinn Denkens oder eines Wirtschaftens zum Vorteil des

Wirtschafters, sondern: das Wirtschaften, das Management ist im Dienst einer Unternehmensidee.

T: *Genau, die jeweiligen Ziele sind unternehmensindividuell. Das kann Gewinnmaximierung sein, muss es aber nicht sein. Die Managementtechniken bleiben die gleichen.*

B: Ändern die sich nicht eventuell auch?

T: *Natürlich werde ich meinen Betrieb vielleicht anders führen, wenn das Ziel Barmherzigkeit ist oder Bedarfsdeckung der Bevölkerung. Natürlich habe ich dann vielleicht einen anderen Führungsstil. Aber für die Marketingtechnik macht das keinen Unterschied, ob ich diese für ein For-Profit-Ziel einsetze oder für ein Non-Profit-Ziel.*

F: Und die äußeren Rahmenbedingungen, also gerade mal als Strukturgesetz mit Marktberingung und Kaputtsparen kleinerer Krankenhäuser, hat doch für mich jetzt als ökonomischen Laien die Auswirkung, dass alle noch mehr auf die schwarze Null schauen müssen.

T: *In der Tat. Barmherzigkeit muss man sich leisten können.*

F: In der Tat. Kann man aber dann noch sagen, dass die schwarze Null ein untergeordnetes Ziel ist, wenn das so wichtig ist, dass die Existenz der barmherzigen Institutionen bedroht ist?

T: *Ja, es ist einfach ein Datum. Aber noch einmal: Private Träger haben ein Profitziel, es muss nicht nur eine schwarze Null rauskommen, es muss noch etwas übrig bleiben.*

B: Und zwar beträchtlich. 10 – 12 %.

T: *Jeder will als Kapitalgeber eine Verzinsung haben. Für 5 % kann ich es auch in Wertpapiere investieren.*

F: Und nichts bekommen.

B: *Ja, da kommen wir jetzt an einen wichtigen Punkt. Das private Unternehmen mit seiner Managementtechnik ist jemand anderem verpflichtet, nämlich den Shareholdern.*

T: Genau.

B: *... während die anderen Träger Stakeholdern wie Patienten, evtl. auch noch dem Personal mehr verpflichtet sind als die privaten.*

T: Muss nicht notwendigerweise sein. An diesem Punkt bin ich jetzt wieder vorsichtig. Wenn ich ein Gewinnmaximierungsziel habe, heißt es ja nicht notwendigerweise, dass der Patient schlechter behandelt wird. Kann ja sogar sein, ich muss ihn besonders gut behandeln, damit die Leute auch kommen und mir das Geld bringen.

F: *Vielleicht sogar spirituell.*

T: Ja. Wenn sich das Spirituelle rechnet.

B: *Möglicherweise wähle ich aber auch die Patienten anders aus. Das bildet sich ja bereits in der Krankenhausstatistik ab, dass private Krankenhäuser eine andere Klientel haben als die öffentlichen, die konfessionellen oder anderen freien. Sind die Managementtechniken wirklich indifferent im Blick auf das Unternehmen selber?*

T: Die reinen Techniken sind die gleichen, aber wie ich sie umsetze, mag vielleicht ein Unterschied sein (Tscheulin & Dietrich 2001, 2004, 2006).

G: *Ich glaube, die Leadership-Kultur kann eine andere sein.*

G: Die berühmte Formel von Georg Ohm über den Strom, die kannst du gebrauchen, um einen elektrischen Stuhl zu bauen. Oder du kannst sie gebrauchen, um...

T: *... eine Kirche zu beleuchten.*

G: Eine Kirche zu beleuchten.

F: *Ja, und dadurch werden die verschiedenen Organisationen auch vergleichbar. Man kann sich dieselbe Sache, also die Managementtechniken in verschiedenen Organisationen anschauen. Das macht es auch messbar und verstehbar.*

L: Also, das strategische Management ist im Endeffekt immer gleich aufgebaut.

B: *Strategische?*

L: Die Instrumente und Struktur des strategischen Managements bleiben gleich. Eventuell gibt es aber andere Strategie-Optionen, andere Entscheidungskriterien oder andere Kriteriengewichtungen bei Häusern in unterschiedlicher Trägerschaft.

F: *Spiritual Care und Marketing, das kommt nicht über die Techniken ins Marketing hinein, aber schon über die Ziele des Unternehmens.*

L: Das macht einen großen Unterschied.

T: *Das sage ich immer auch meinen Studierenden. Insofern macht es einen Riesenunterschied, ob ich jetzt ein öffentliches Krankenhaus an einen privaten oder einen anderen Käufer verkaufe. Weil sich die Zielsetzung verändert. Das heißt nicht notwendigerweise, der Patient wird schlechter behandelt, aber die Zielsetzung ist eine andere (Tscheulin 2008).*

M: Haben Sie über diesen Zusammenhang zwischen Zielsetzung und den beschriebenen Auswirkungen Studien gemacht?

T: *Die gibt es (Tscheulin et al. 2013 ; Tscheulin & Helmig 1999), aber da gibt es natürlich trotzdem noch Forschungslücken.*

M: Die Zielsetzung in gesundheitsökonomischer Hinsicht zu untersuchen, scheint mir für Spiritual Care besonders wichtig. Denn Spiritual Care kommt über die Ziele in das Unternehmen. Diese werden besonders offenkundig, wo Wertekonflikte zu lösen sind und Fragen offen bleiben.

Literatur

- Dreves F, Gebele C, Lindenmeier J (2015) Person–ownership status fit and employer attractiveness of hospitals: An empirical study among medical students in Germany. *International Journal of Healthcare Management* 8:112–121.
- Dreves F, Tscheulin DK, Lindenmeier J (2012) Do patient perceptions vary with ownership status? A study of nonprofit, for-profit, and public hospital patients. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 43:164–184.
- Ehm S (2016) Existenzielle Fallbesprechung – ein Führungsinstrument zur Entlastung Pflegender. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Spiritual Care* 5:25–32.
- Frick E (im Druck) „Ein Ort, der Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit bringt“. Interview mit Almut Göppert. *Spiritual Care*.
- Gebele C, Tscheulin DK, Lindenmeier J, Dreves F, Seemann AK (2014) Applying the concept of consumer confusion to healthcare: Development and validation of a patient confusion model. *Health Services Management Research* 27:10–21.
- Gillen E (2016) *gesund geführt im Krankenhaus. Die Papst-Franziskus-Formel*. Charleston, SC, USA: Create Space.
- Gillen E (2016) *Healthy Leadership in Healthcare. The Pope Francis Formula*. Charleston, SC, USA: Create Space.
- Haderlein R, Tscheulin DK (2003) Kirche als „global player“ – Ein Lernfeld für privatwirtschaftliche Unternehmen. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 26:55–64.
- Hill PC, Hood RW (1999) *Measures of religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.
- Jobin G (im Druck) Development of the connection between spirituality and medicine: Historical and current issues in clinical contexts. *Spiritual Care*.
- Seemann AK (2016) Religious work environment – benefit or challenge? A qualitative study on motivation at work in a religiously affiliated hospital. *Journal of Hospital Administration*. online 17.08.2016, abrufbar unter <http://dx.doi.org/10.5430/jha.v5n5p106>.
- Seemann AK, Dreves F, Gebele C, Tscheulin DK (2015) Are religiously affiliated hospitals more than just nonprofits? A study on stereotypical patient perceptions and preferences. *Journal of Religion & Health* 54:1027–1039.
- Tscheulin DK, Dietrich M (2008). Non-Profit-Organisationen zwischen Wachstums- und Ethik-Zielen. Eine kritische Analyse am Beispiel der katholischen und evangelischen Kirche. In: Bouncken R, Jochims T, Küsters EA (Hg.) *Steuerung versus Emergenz: Entwicklung und Wachstum von Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler. 367–384.
- Tscheulin DK, Dietrich M (2006) Zur Entwicklung und Bedeutung eines kirchlichen Marketings. In: Famos CR, Kunz R (Hg.) *Kirche und Marketing. Beiträge zu einer Verhältnisbestimmung*. Zürich: TVZ. 73–94.
- Tscheulin DK, Dietrich M (2004) Zur (Un-) Vereinbarkeit von Marketing und Kirche. *Marketing ZFP* 26:229–246.
- Tscheulin DK, Dietrich M (2001) Kirchenmarketing. In: Tscheulin DK, Helmig B (Hg.) *Branchenspezifisches Marketing: Grundlagen – Besonderheiten – Gemeinsamkeiten*. Wiesbaden: Gabler. 373–400.
- Tscheulin DK, Dreves F, Seemann AK (2013) Konfessionelle Krankenhäuser – überlebte Organisationen? Eine empirische Studie zur Wahrnehmung konfessioneller Krankenhäuser aus Sicht der deutschen Bevölkerung. In: Baumann K, Eurich J, Wolkenhauser K (Hg.) *Konfessionelle Krankenhäuser. Strategien. Profile. Potenziale*. Stuttgart: Kohlhammer. 81–102.
- Tscheulin DK, Helmig B (1999) Tue Gutes und sprich darüber. *Medical Economics* 1:108–111.