

Interview

Fabian Winiger*

Spiritual Care im „Virtuellen Spital“: Ein Gespräch mit zwei Teleseelsorgern

Spiritual Care in the ‘Virtual Hospital’: A Conversation with two Telechaplains

<https://doi.org/10.1515/spircare-2022-0019>

Vorab online veröffentlicht 21.03.2022

Mercy ist ein mittelgroßes Spitalnetzwerk im U.S.-Amerikanischen Süden und Südwesten, das über 40.000 Angestellte beschäftigt. In den letzten zehn Jahren wurde Mercy zu einem Vorreiter in der Adoption von *Telehealth*. Im Jahr 2015 öffnete die Institution eine „virtual care facility“ in St. Louis, Missouri, das sich als „Spital ohne Betten“ bezeichnet. In diesem Gebäude arbeiten die meisten Mitarbeiter/-innen an Arbeitsstationen, die mit je sechs Bildschirmen ausgestattet sind. Durch sie kommunizieren die Betreuungsteams miteinander sowie mit den Patienten, und führen medizinische Untersuchungen und Behandlungen durch.

Ein zentraler Fokus des Zentrums in St. Louis ist die Fernüberwachung von chronisch kranken, ambulanten Patienten. Durch ein Programm namens „vEngagement“ erhalten sie ein Tablet mit Zubehör, das biometrische Daten erfasst und automatisch an das Betreuungsteam übermittelt. Dadurch kann eine etwaige Verschlimmerung des Gesundheitszustands frühzeitig erkannt und der Patient bzw. die Patientin in eine Klinik eingewiesen werden. Die Software erlaubt es Patienten, täglich Einschätzungen zu ihrer körperlichen Verfassung zu übermitteln und Videoanrufe mit ihrem Betreuungsteam zu tätigen.

Die Betreuung der Patienten in ihrem Eigenheim verspricht massive Ersparnisse: abgesehen von der Anfahrt kostet jede Nacht in einem Spitalbett schnell mehrere tausend US-Dollar und belegt wertvolle Kapazitäten. Seit 2010 gelten zudem landesweite Bestimmungen, die Spitäler finanziell benachteiligen, wenn Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Ersteintritt erneut stationäre Behandlung benötigen. Führende US-Amerikanische Spitalnetzwerke versprechen sich von *Telehealth* daher massive Vorteile in den drei ausschlaggebenden Maßstäben der

öffentlichen Gesundheitsversorgung: sie macht medizinische Betreuung bezahlbarer („affordable“), verfügbarer („available“) und zugänglicher („accessible“).

Als katholisches Spitalnetzwerk sind Seelsorger ein fester Bestandteil dieser Entwicklung und werden durch ein Programm namens „vSpiritual Care“ in die *Telehealth* Infrastruktur eingebunden. Das Programm zielt in erster Linie auf ältere Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten ab. Etwa 5.000 Patienten und/oder Familien werden jährlich virtuell von Seelsorgern betreut, mit einem alljährlichen Anstieg besonders seit der Covid-19 Pandemie. Zurzeit beschäftigt Mercy Virtual zwei Seelsorger die ausschließlich via *Telehealth* arbeiten.

Um die besonderen Fertigkeiten und Arbeitsumstände zu umschreiben hat sich im englischsprachigen Raum der Begriff „telechaplaincy“, auf Deutsch „Teleseelsorge“, eingebürgert. Aufbauend auf die WHO-Definition des „telehealth“ beschreibt dies die

Durchführung von *Spiritual Care*, wenn Patienten und Anbieter durch Distanz getrennt sind. Teleseelsorge verwendet Informations- und Kommunikationstechnologie für den Austausch von Informationen für spirituelles Assessment, die Unterstützung bei spirituellem Leiden und Verletzungen, Forschung und Evaluation, sowie für die Weiterbildung von Seelsorgenden (Winiger 2022b).

Da sich die Seelsorge im virtuellen Raum von herkömmlichen Methoden der Seelsorge aus der Distanz (Brief-, Telefonseelsorge etc.) unterscheidet, schlagen wir das Suffix „2.0“ vor. Während Teleseelsorge „1.0“ auf die (meist) gelegentliche und krisenbedingte Anwendung von Telefon oder Videotelefonie verweist, bezieht sich Teleseelsorge 2.0 auf die vollständige und nahtlose Integration der Spitalseelsorge in virtuelle *Telehealth*-Plattformen wie diejenige von Mercy, die in den letzten Jahren in vielen US-Amerikanischen Spitalnetzwerken Einzug gehalten haben, und vorerst zumindest in der Patientendokumentation auch in Europa Seelsorger/-innen vor neue Herausforderungen stellt (Winiger 2022a; Winiger & Peng-Keller 2021).

*Korrespondenzautor: Fabian Winiger, Universität Zürich,
E-Mail: fabian.winiger@uzh.ch

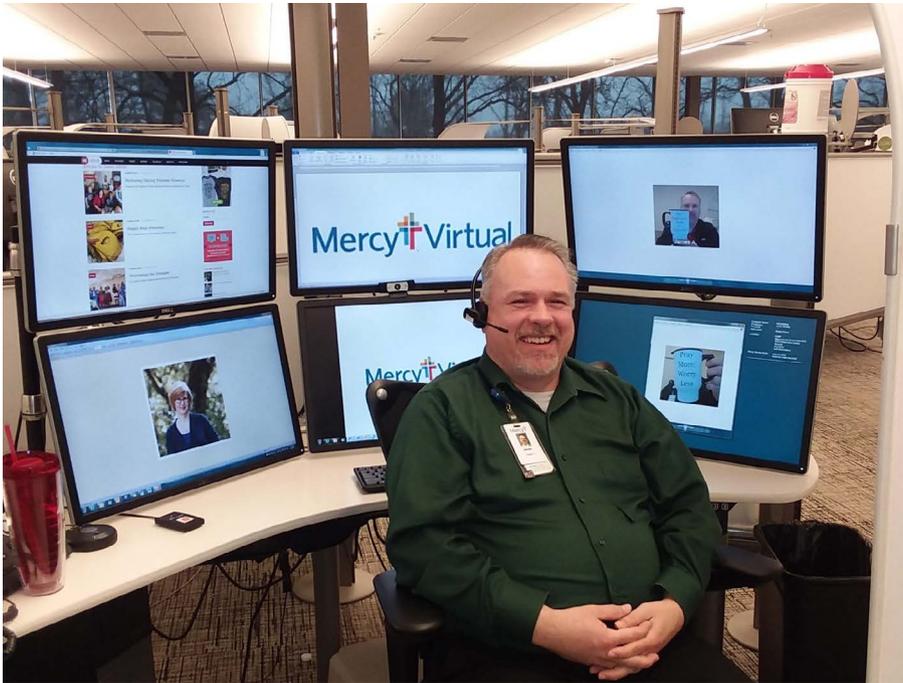


Abb. 1: James Austin an seiner Arbeitsstation im ‚virtuellen Spital‘ von Mercy in St. Louis, Missouri. Reproduziert mit Erlaubnis.

FW: *Kommen wir zurück zur Annahme, dass Technologie „entmenschlichend“ sei. Manchmal äußern Seelsorger Bedenken, dass Teleseelsorge die Qualität der Betreuung beeinträchtigt. Beispielsweise fehlt die körperliche Berührung.*

JM: Mir kommt dazu etwas in den Sinn, das wir immer wieder erleben. Ich weiß nicht, ob es eine kulturelle Eigenart des amerikanischen Mittleren Westens ist: häufig haben unsere Patienten eine Art „Hinterlassenschaftswand“ („legacy wall“) in ihrem Schlafzimmer, in der Küche oder Stube. Darauf sammeln sie Fotos und andere Erinnerungen von Familie, Haustieren, Ferien, usw. Und manchmal, wenn ich mit einem Patienten spreche, kann ich darauf zeigen und sagen: „Wer ist das hinter dir?“ Und es kommt zurück, „Oh, das ist mein Enkelkind. Und das ist meine Tochter hier“. Und so können sie sich öffnen und mit mir über ihre Familie oder ihre Betreuer sprechen, oder über ihre Hobbies und Ausflüge. Unsere klinischen Räume sind schön, aber sie sind sich alle sehr ähnlich. Wenn ich einen Patienten via Video betreue, kann ich die ganze Umgebung sehen, und ich erhalte Hinweise darauf, wer dieser Patient ist und was ihm wichtig ist. So kann ich Gefahrenherde im Eigenheim erkennen und das dem Team kommunizieren. Auch gibt es dem Patienten bzw. der Patientin Würde. Ich habe schon viele Familienmitglieder getroffen; der Patient sagt dann etwa, „Ich möchte, dass du meine Partnerin kennlernst“, und zieht sie ins Bild. Oder ich habe über die Legacy Wall die ganze Familie durch dreizehn Generationen in die Vergangenheit hinein kennengelernt. Für mich spricht das enorm für die Würde der Patienten als Mensch, nicht als Krankheit.

JA: Durch die virtuelle Betreuung fokussieren wir oftmals auf Symptome, bevor sie zu Problemen werden. Wir helfen den Patienten, langfristige Lösungen für chronische Krankheiten zu finden. Die stationäre Behandlung hingegen ist episodisch, sie ist „im Moment“ und passt häufig nicht gut zu jemandem mit langfristiger chronischer Krankheit. Was wir anbieten, ist die Möglichkeit, statt 12 Tagen im Spital, 12 Tage zuhause zu verbringen. Sie sind von der Familie umgeben und wir können mit ihnen sprechen, wenn sie im Park spazieren gehen oder auf der Terrasse sitzen und zuschauen, wie ihre Enkelkinder im Vorgarten spielen. Ich kann nicht sagen, wie viele Male ein Patient sagte, dass ihm das sein Leben wieder zurückgegeben hat: „Wir schauten gerade eine Serie im Fernsehen, bevor du angerufen hast, und sobald wir auflegen, schauen wir weiter“. Die Leute sind dankbar, dass wir sie ihr Leben leben lassen, statt sie in ihrer Krankheit gefangen zu halten. Das ist wirklich „menschlich machend“ („humanizing“). Obwohl es durch Video wirkt.

JM: Wir haben auch Patienten mit Behinderungen, die eine Stunde oder weiter von der nächsten Mercy Klinik entfernt wohnen. Einige haben Sauerstoffflaschen oder andere Geräte, und können kaum mehr in ein Auto einsteigen. Wenn solche Patienten einen Angehörigen bemühen müssen, jedes Mal, wenn sie einen Arzttermin haben, dann ist das enorm ermüdend für alle Beteiligten. Durch unsere virtuelle Betreuung kann das klinische Personal sehr viele Untersuchungen von Zuhause aus machen. Viele Patienten haben nicht mehr viel Zeit zum Leben und möchten sie nicht damit verbringen, Trans-

porte zu organisieren oder zur nächsten Klinik oder Apotheke zu gehen.

JA: Wenn wir als Teleseelsorger solche Patienten durch Videoanrufe in ihrem Eigenheim betreuen, dann sehen wir nicht den Rollstuhl oder das Bett. Wir sehen nicht die Schwäche und Behinderung, sondern eine Person, umgeben von ihren Mitmenschen. Wir kommunizieren und teilen und genießen eine gemeinsame Welt. Eine Patientin ist mir besonders in Erinnerung geblieben. Sie hatte in einem jungen Alter gravierende Verletzungen erlitten. Sie war in der Blüte ihres Lebens und völlig an ihr Bett gefesselt. Aber wenn wir per Video sprachen, war sie nicht an ihr Bett gebunden. Wir reisten zusammen in der virtuellen Welt umher. Sie war nicht jemand, der – ich kann diesen Begriff nicht leiden – „invalid“ war. Sie war nicht invalid. Sie war nicht gebrochen. Sie war eine Person, ich konnte Zeit mit ihr verbringen und sie wusste, dass ich diese Zeit mit *ihr* verbrachte, und nicht mit ihrem Bett oder ihrem Rollstuhl. Das ist „humanizing“. Das ist auf sie hören.

FW: *Sie sprechen von der Betreuung von Behinderten und chronisch Kranken, die sich von den episodischen Begegnungen mit stationären Patienten unterscheidet. Wie lange dauert die seelsorgliche Begleitung im Rahmen des Teleseelsorge-Angebots im Schnitt?*

JM: Um einen unserer Lieblingssätze zu bemühen: „Wir geben den Patienten die richtige Betreuung zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Häufigkeit.“ Einige unserer Patienten brauchen akute Betreuung und wir sehen sie jede Woche, um sie durch eine Krise zu begleiten. Andere, besonders wenn wir Trauerbegleitung durchführen, begleiten wir über Monate hinweg. Und dann gibt es solche, die wir für ein paar Jahre alle sechs Monate sehen. Wir finden die Kadenz, die sich für den Patienten am besten anfühlt. Keine zwei Patienten sind dieselben und so können wir nicht sagen, „jeder Patient kriegt vier Besuche und dann müssen wir weiter“. Alle Patienten im vEngagement-Programm kommen mit einem Seelsorger oder mit einer Seelsorgerin in Kontakt, wenn sie aufgenommen werden, quasi als Einführung in die Spiritual Care, und wir machen ein spirituelles Assessment. Dann planen wir auf dieser Basis. Und wenn der Patient an einem Punkt ankommt, an dem er sagen kann, „die Dinge sind wieder zurück in der Ausgangslage für mich“, lassen wir sie wissen, dass wir jederzeit erreichbar sind und beenden die Begleitung für den Moment. Ich hatte einen Patienten heute Morgen, mit dem ich seit sicher sechs Monaten nicht mehr gesprochen hatte. Er sagte zu mir: „Ich dachte nicht, dass ich dich wieder anrufen müsste, aber ich fühle mich sehr besorgt in letzter Zeit. Hast Du einen Moment?“ Und wir hatten ein gutes

Gespräch. Es war nicht eingeplant, aber der Patient fühlte, dass meine Gegenwart ihm helfen könnte.

FW: *Wir haben dieses Interview auf Ihre Einladung hin mit einem gemeinsamen Gebet begonnen. Haben Sie Strategien oder Angewohnheiten, mit denen sie eine Sitzung anfangen, um das Gefühl der virtuellen Präsenz zu stärken?*

JA: Diese haben wir. Vieles davon wurde geboren aus der Erkenntnis, dass wir manches in unserer herkömmlichen Werkzeugkiste nicht mehr anwenden können. Wir können nicht mehr einfach ins Zimmer kommen und in Stille mit dem Patienten sitzen. Das funktioniert bestens im Spital. Aber via Video starrt man sich dann einfach an. Nach etwa drei Sekunden wird es extrem unangenehm. Wenn man im gleichen Zimmer sitzt, kann man drei Minuten ruhig sein und man fühlt sich wohl dabei. Aber in einer virtuellen Umgebung müssen wir als Seelsorger unsere eigene Energie an den Tisch bringen, wir müssen mit den Mitarbeiter/-innen im Team sprechen, um uns auf die Begegnung vorzubereiten, damit wir wissen, woran wir sind und der Patient das Gefühl erhält, dass sich ein Team um ihn kümmert. Dass wir alle da sind und über ihn wachen. Ihn nicht überwachen, sondern zusehen, dass er erhält, was er braucht, um jeden Tag das Beste zu gewährleisten, das für ihn möglich ist. Wenn wir auf der Station einen „code blue“ (Herz- oder Atemstillstand) oder ein „Stufe 1“-Trauma haben, dann ist die Energie schon dort. Und der Seelsorger ist nur ein Medium und jongliert die Situation entsprechend. Verzeihen Sie mir diese Bemerkung, aber solche Vorfälle sind relativ einfach, wir müssen einfach nur dort sein. Aber wenn wir virtuelle Seelsorge anbieten, können wir nicht nur „dort“ sein. Wir müssen ganz dort sein. Wir schaffen diese Präsenz zum Beispiel, indem wir mit den Patienten Jahrestage und wichtige Ereignisse feiern. Wir sind uns bewusst, dass wir im privaten Raum des Patienten sind. Und wir erkennen, dass wir das Interesse des Patienten in jedem Moment verdienen müssen. Sie sind ja komplett ermächtigt, das Gespräch jederzeit per Knopfdruck zu beenden.

Und wir schaffen Augenkontakt durch die Kamera hindurch. Justin ist ein Meister darin. Ich weiß nicht, ob Sie ihn beobachtet haben. Aber auch wenn er gerade zuhört, erkennt man, dass er dabei ist, er hat einen angenehmen Gesichtsausdruck und er behält Blickkontakt. Das ist gut, besonders wenn die Kamera einfriert. Wenn man abgelenkt oder überdrüssig aussieht und das Bild bleibt minutenlang so stehen, dann wissen Sie, dass Sie die erhoffte Wirkung des Gesprächs verfehlt haben. Wir sind uns immer bewusst, wie wir gerade dreinblicken.

JM: Etwas anderes sehr Schönes an der Teleseelsorge ist, dass wir mit dem Patienten Blickkontakt halten, aber

gleichzeitig mit ihrem Arzt oder ihrer Pflegefachperson kommunizieren können. Oder wir suchen mit einer Suchmaschine nach etwas, das der Patient erwähnt hat, von dem wir nichts wissen. Vielleicht ist er zoroastrisch und wir wissen nichts darüber. Wir müssen auch nicht mehr sagen „Oh einen Moment bitte, ich hole kurz Ihren Arzt.“ Wir schreiben diesen einfach kurz im Chat an. Als virtuelle Seelsorger können wir mehrere Dinge für den Patienten gleichzeitig tun („multitasking“). Und es fühlt sich nahtlos an. So können wir in 15, 20 oder 30 Minuten viel erreichen. Begegnungen müssen nicht unbedingt Stunden dauern, um bedeutend zu sein und schöne Ergebnisse hervorzu-bringen.

FW: *Mit dem 21st Century Cures Act, der gerade in Kraft getreten ist, steigen die Anforderungen an die Dokumentation. Das Gesetz verlangt beispielsweise, dass Patienten ihre Daten ohne große Verzögerung einsehen können. Das beinhaltet auch die Dokumentation der Seelsorger.*

JA: Nicht nur das – die Patienten können auch den Änderungsverlauf einsehen. „Oh, das meinte ich nicht“ – zu spät, der Patient sieht den Fehler und die Korrektur. Das ist toll für sie, aber erfordert, dass wir angemessen und genau kommunizieren und dokumentieren und die Würde der Patienten und ihre Geschichte nicht verletzen.

JM: Unsere Patienten sind es sich gewöhnt, virtuell betreut zu werden, nicht nur durch die Seelsorge, aber vom ganzen Team. Wir müssen auch nicht mehr in ein Büro eilen, um die Begegnung detailgetreu zu dokumentieren, sondern machen es fortlaufend. Wenn wir in der „Patientenwelt“ sitzen, müssen wir uns auf unser Erinnerungsvermögen verlassen. Sie verlassen das Zimmer und denken, „Okay, wie hieß ihr Kind nochmal?“, oder „Wo hat sie gesagt, dass sie aufgewachsen ist?“. Als Teleseelsorger können wir viel leichter den ganzen Menschen mit seiner

Geschichte in der Dokumentation erfassen. Ich persönlich habe Mühe mit Namen. Ich weiß, das ist etwas seltsam für einen Seelsorger. Aber wenn ich mit einem Patienten bin und mir der Name entfällt, kann ich kurz auf meinen Schirm schauen, und „oh, ich spreche mit James“. Wenn ich neben dem Patientenbett sitze, muss ich andere Tricks anwenden, damit es nicht offensichtlich ist, dass ich den Namen vergessen habe.

JA: Aus diesem Grund platzieren wir die Kamera so nah wie möglich zur Dokumentation und schauen auf die Dokumentation im peripheren Blickfeld. Es ist eine Fähigkeit, die man lernen muss. Ich brauchte etwa sechs Monate als Teleseelsorger, bis ich es tun konnte. Geben Sie sich viel Gnade.

FW: *James, Justin, herzlichen Dank für das Gespräch.*

Acknowledgments: Wir danken dem Universitären Forschungsschwerpunkt Digital Religion(s) für die Finanzierung dieses Projekts.

Literatur

- Winiger F (2022a). Telechaplaincy 2.0: Electronic Medical Records. Digital Religion(s): Der Blog. (Zitierdatum 08.02.2022), abrufbar unter <https://www.uzh.ch/blog/digitalreligions/2022/01/20/telechaplaincy-2-0-electronic-medical-records/>.
- Winiger F (2022b). The changing face of spiritual care: Current developments in telechaplaincy. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 0(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2040895>
- Winiger F, Peng-Keller S, Neuhold D (2021) Digitalisierung seelsorglicher Spiritual Care. [Videobeitrag]. (Zitierdatum 08.02.2022), abrufbar unter <https://www.uzh.ch/blog/digitalreligions/2021/08/16/digitalisierung-seelsorglicher-spiritual-care/>.