

Dorothee Bürgi

Spiritualität in der Pflege – ein existentieller Zugang

Spirituelle Fragen äußern sich im Krankenhaus zumeist in der Frage nach dem Sinn des Erlebten und Erlittenen. Der existenzanalytische Zugang ist eine Möglichkeit für eine Sprache und einen kategorialen Bezugsrahmen, der die Sinnfrage im konkreten Lebens- und Leidensbezug des fragenden Patienten aufnimmt. Sie kommt damit der Forderung von Pflegenden entgegen, Sinn in einer Weise zu thematisieren, die sowohl einem säkularen, konfessionell offenen und multikulturellen Pflegeverständnis entspricht, wie auch Zugänge zum eigenen spirituellen Erleben anbietet. Denn das ist die Voraussetzung für das Einbeziehen der spirituellen Dimension in die Praxis von Pflegenden.

Spiritualität, Krankenpflege, Existenzanalyse, Sinn, Spiritual Care

In hospital facilities spiritual questions arise primarily in relation to the question of the meaning of what is experienced, especially in regard to suffering. The approach of existential analysis offers a common language and provides a framework to transfer the question of meaning into the context of individual life. This approach allows to address the question of meaning against the backdrop of a secular, religiously neutral and multicultural comprehension of nursing and, at the same time, opens up access to the experience of personal spirituality. Such is the precondition for the integration of the spiritual dimension into the practice of nursing.

Spirituality, nursing, existential analysis, meaning, spiritual care

Spirituelle Anliegen und Bedürfnisse sind im Gegensatz zu körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen verborgener und daher nicht leicht fassbar. Und dennoch ist es für eine ganzheitliche Pflege außerordentlich wichtig, Patienten¹ und ihre Krankheit auch in ihrer spirituellen Dimension wahrzunehmen und auf sie

einzugehen. Im Bewusstsein, dass ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit dem Menschen nur teilweise gerecht wird, hat die explizite Nennung der spirituellen Dimension des Menschen seit langem ihren festen Platz in

¹ Bei allen Begriffen gilt sinngemäß auch die weibliche Form.

der Krankenpflege². Im Feld der Palliative Care³ ist diese Thematik besonders und seit längerem betont.

1 Spiritualität als Ausdruck eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses

Pflege ist heute eine säkulare⁴ Profession. In der westlichen Welt hat sie ihre geistesgeschichtlichen Wurzeln in der christlichen Tradition mit ihrer moralischen Verpflichtung zur Nächstenliebe. Die institutionelle Entwicklung der Pflege stand in engem Zusammenhang mit der Entwicklung und Ausbreitung des Christentums und dem christlich begründeten karitativen Engagement (vgl. Baumann-Hözle, 2010). Diese Historie zeigt, dass Spiritualität eine von jeher in der Pflege angelegte Dimension ist. Heute hat Spiritualität

ihren Stellenwert als Teil eines umfassenden Pflegeverständnisses, das auf die ganzheitliche Betreuung des Patienten ausgerichtet ist. Denn Krankheit ist ein Ereignis, das den Menschen ganzheitlich erfasst. Oder wie Elisabeth Kübler-Ross damals wegweisend meinte, „die Bauchspeicheldrüse in Zimmer 24 ist ein Vater mit drei Kindern“⁵.

Mit Krankheit verbunden ist die konkrete Erfahrung des Verlustes der eigenen Unversehrtheit. Im Gezwungensein zu einer Pause oder im Abschiednehmen vom bisherigen Leben kommen oft Fragen auf wie: Warum gerade ich? Wie kann ich mit diesen Einschränkungen weiterleben? Hat mein Leben so noch einen Wert? Wie kann für mich eine Zukunft angesichts dieser Krankheit aussehen? Habe ich überhaupt eine Zukunft? Viele Menschen stellen sich solche Fragen. Besonders drängend brechen sie auf, wenn Menschen mit Krankheit, Leid oder Krisen konfrontiert sind. Wenn Tragendes wegbricht, wenn wir ungefragt in neue Situationen gestellt werden, die es zu bewältigen gilt. In dieser Auseinandersetzung können Anliegen und Nöte zum Ausdruck kommen, die sich häufig in der Frage nach dem Sinn und der Bedeutung des Erlebten und Erlittenen äußern. Diese Fragen haben eine spirituelle Dimension, wenn die Frage nach dem Sinn und der Bedeutung des Erlittenen zu einer Frage des Umgangs mit dem mich übersteigenden Größeren wird. Leid und Krankheit können die Dimension von un-

2 Vgl. Juchli 1973. Darin bezeichnet die Autorin auch geistige Bedürfnisse als fundamental und thematisiert diese Bedürfnisse des kranken Menschen und ihre Beziehung zur Grundpflege.

3 „Palliative care is the active, total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount“ (<http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims>, Zugriff am 09.09.2011).

4 Der Begriff ‚säkular‘ wird hier vor dem Hintergrund eines allgemeinen Verständnisses von ‚Säkularisierung‘ verwendet, nämlich des Verwissenschaftlichens und Verweltlichens von Bereichen, die bis vor der Aufklärung in engem Zusammenhang mit Religion standen.

5 Quellennachweis nicht bekannt.

fasslich Großem haben. Manche Menschen beantworten diese Fragen vor dem Hintergrund eines Glaubensbekenntnisses, andere nicht. Ein Glaubensbekenntnis ist eine Möglichkeit, die eigene Spiritualität zu leben. Der Spiritualität liegt aber nicht zwingend ein Glaubensbekenntnis zugrunde; Spiritualität ist das Fühlen einer Unfasslichkeit, das Menschen zu einer spirituellen Auseinandersetzung führen kann. Diese Auseinandersetzung kann existentiell werden. Existentiell ist sie dann, wenn sie eine Entscheidung abverlangt, die Auswirkungen auf die Lebensführung hat. Bin ich bereit, mein Leben trotz des Leidens weiterzuführen? Sehe ich einen Sinn darin, dieses Leid auf mich zu nehmen? Kann ich es aushalten? Wozu soll ich es aushalten?

2 Spannungsfelder von Pflegenden

In Momenten, in denen Patienten solche Fragen konkret äußern, sind Pflegende oft die unmittelbaren Gesprächspartner. Dann, wenn es still wird im Krankenhaus, wenn die Hektik des Tages verklungen ist und es nurmehr wenig Ablenkung von existentiell drängenden Fragen gibt – nachts, wenn der Patient allein ist. Allein ist dann in der Regel auch die Pflegekraft vom Nachtdienst! Patienten nehmen sehr rasch wahr, ob Pflegende die Zeit, das Sensorium, die Bereitschaft, die Kraft und auch die Eigenständigkeit haben, um sich auf Tiefe und Nähe einzulassen, denn solche Gespräche sind intime Gespräche. „*Wofür* ich leide, ge-

hört zum Intimsten in meinem Leben. Was sonst kommt in dieser Einstellung zum Ausdruck als das Wesen meiner eigenen Person“ (Längle, 2002, S. 52). Gelingt es, sowohl Tiefe als auch Nähe zuzulassen und zu schaffen, wird aus einem Gespräch eine Begegnung. In der Praxis gehen damit für Pflegende jedoch erhebliche Spannungsfelder einher:

(a) Das Zuhören und Hinhören ist wichtiger als das Antwortgeben. Doch Zuhören braucht Zeit (vgl. Klingl & Frick, 2011). Der oft vorgebrachten Klage, dass spirituelle Anliegen und Gespräche darüber in einem technisch-rationalen Klinikbetrieb wenig Raum haben, steht die Erfahrung von Pflegenden gegenüber, dass es das ökonomische Primat ist, das Gespräche zu einem knappen Gut macht.

„Die größte Gefahr für ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis ist zurzeit nicht im reduktionistisch naturwissenschaftlichen Denkmodell, sondern im reduktionistischen Ökonomismus zu orten. Während die Erkenntnisse aus der reduktionistischen Naturwissenschaft ganzheitliches Handeln in der unmittelbaren therapeutischen Situation zulassen, wird dieses Handeln im Ökonomismus wegen nicht immer möglicher Quantifizierbarkeit ernsthaft in Frage gestellt“ (Hess, 2007, S. 107).

Für Gespräche gibt es im Krankenhausalltag immer weniger Zeit. Im Gegenzug nimmt der Anteil an administrativen Aufgaben der Pflegenden stetig zu. Richtlinien und aufwendige Dokumentationen beanspruchen viele Ressourcen, die auf Kosten des direkten Kontaktes mit dem Patienten gehen. An vielen Orten beginnt die Früh-



schicht mit dem Einlesen in die schriftlichen Pflegeberichte und nicht mehr mit einem mündlichen Pflegebericht. Wen wundert es, wenn da die Frage, was den Patienten beschäftigt, untergeht und es kein Ohr mehr gibt, das dem Patienten zwischen den Zeilen zuhört?

(b) Pflegende stehen vor der Aufgabe, auf Patienten in einer Tiefe einzugehen, die sowohl dem Ethos der Professionalität entspricht, wie auch dem, was die unmittelbare Situation zwischenmenschlich und emotional verlangt. Lesch (2007) weist in diesem Zusammenhang pointiert auf das Gebot von moralischem und religiösem Pluralismus hin. Nach ihm sind

„[...] gute Spitäler [...] nicht zuletzt das Ergebnis einer bewährten Arbeitsteilung. Von der klinischen Praxis erwarten wir nicht metaphysischen Trost, sondern professionelle Hilfe. Dies wird von den neuen Anhängern einer ganzheitlichen Sinnsuche manchmal leichtfertig vergessen. Es ist durchaus eine kulturelle Errungenschaft, wenn ich mich mit den weltanschaulichen Hintergründen des Klinikpersonals nicht auseinander setzen muss“ (Lesch, 2007, S. 12).

Dieser Anspruch auf Schutz vor Vereinnahmung des Patienten ist einerseits unwidersprochen gerechtfertigt, bringt andererseits aber auch einiges an Unsicherheit mit sich: Was dürfen und sollen Pflegende sagen? Ist es überhaupt möglich, bei einer solchen Begegnung die eigenen Anschauungen, Erfahrungen und die persönliche Stellungnahme in spirituellen Fragen neutral oder außen vor zu halten? Umgekehrt sind auch Pflegende vor einer Vereinnahmung zu schützen, wenn der

Anspruch an sie herangetragen wird, Patienten in ihren spirituellen Bedürfnissen wahrzunehmen und auf sie einzugehen. Auch Pflegende haben in spirituellen Fragen eine eigene Biographie, wie der persönliche Bericht einer Pflegenden zeigt:

„Ich habe mit dem Thema sehr große Schwierigkeiten. Das liegt vielleicht auch an mir selbst. Ich bin in einem Elternhaus aufgewachsen, da [...] musste [ich] jeden Sonntag in die Kirche gehen. Mit allem, was dazu gehörte. [...] Ich habe gegen so etwas einen echten Widerwillen entwickelt. Eine innere Sperre. Und umso schwerer fällt es mir, auch unseren Bewohnern in dieser Hinsicht [...] beizustehen, [...] mit ihnen ein gemeinsames Gebet sprechen oder diese ganzen Rituale über Rosenkranz, Vater unser, Mittagsgebet oder Osterfeier [...] das ist mir, ehrlich gesagt, wirklich zu viel. [...] Das ist doch alles nur zusätzliche Arbeit. [...] Ich kann nicht nachvollziehen, wie man daraus Hilfe und Stütze ziehen kann“ (Anonyma, 2010).

Ein Kernanliegen von Spiritual Care ist, dass die unterschiedlichen Lebenseinstellungen und Weltanschauungen aller Betroffenen und Beteiligten – und dazu gehören die Pflegenden gleichermaßen – beachtet und spirituelle Bedürfnisse und Wünsche angemessen einbezogen werden. Wie kann es gelingen, einen gemeinsamen Zugang zu Spiritualität – verstanden als den Umgang mit dem Unfasslichen – zu finden, der die Glaubenssysteme aller Beteiligten berücksichtigt⁶? Wie kann sichergestellt werden, dass es nicht zu einer Vermengung von Pflege und

⁶ Auch Nicht-Glauben ist Ausdruck eines Glaubenssystems.

Seelsorge kommt⁷, denn spirituelle Bedürfnisse und Anliegen sind von der Tradition her das Feld der Seelsorge. Kann die Sinnfrage, die ein wesenhafter Ausdruck spiritueller Auseinandersetzung ist, überhaupt wertfrei thematisiert werden?

3 Die Sinnfrage als Suche nach Spiritualität

Viktor Frankl (1905–1997), der Begründer der Logotherapie, entwickelte eine Richtung der Psychotherapie, welche die Sinnfrage ins Zentrum stellt. Mit seiner *Sinn-Lehre gegen die Sinnleere* (Frankl, 2005) steht er in der Tradition von Existenzphilosophen wie Kierkegaard, Jaspers und Heidegger. Nach Frankl finden Menschen Sinn nicht in sich, sondern nur über den Weg der Selbsttranszendenz. Selbsttranszendenz meint die intentionale Ausrichtung des Menschen auf etwas, das nicht wieder er selbst ist. Als sinnvoll erfahren Menschen ihre Existenz zum Beispiel erlebend in der Liebe zu einer Person oder schaffend im Dienste an einer Sache (Frankl, 2005). Frankls herausragender Beitrag war es, den Menschen – im Gegensatz zu anderen psychotherapeutischen Richtungen – in seiner Geistigkeit und Personalität zu verstehen und ihn nicht auf seine psychische Verfasstheit zu reduzieren. Mit Frankls Betonung auf

„[...] das Geistige als offen für und vom Wesen her ausgerichtet auf das Metaphysische“ (Längle, 2011) ist Sinn eine Frage der Wertfindung, die sich zwar zum einen in der Umsetzung auf die konkrete *Situation* bezieht, zum anderen aber in Relation zu einem *absoluten Wert* steht (Längle, 1994), der außerhalb der Person liegt. Der Sinn ist nicht durch einen Glauben bestimmt, aber das Erkennen, Aufgreifen und Verwirklichen des Sinnes in einer konkreten Situation kann einen Glauben zur Entfaltung bringen. Mit diesem Bewusstsein, dass der Mensch auf etwas Höheres ausgerichtet ist, kommen Weltauffassungen oder Glaubensrichtungen ins Spiel, die uns eingangs zur Umsicht aufgerufen haben, den Patienten nicht mit eigenen Wertvorstellungen zu vereinnahmen. Das kann im ungünstigen Fall soweit gehen, dass Pflegende aus einer möglichen Befürchtung heraus, Patienten in ihren persönlichen Überzeugungen oder ihrem Glauben zu brüskieren oder gar zu verletzen, lieber gar nichts sagen, als das Risiko einzugehen, etwas „Falsches“ zu sagen. Fast möchte man meinen: Aus lauter „spiritual correctness“ beginnen Menschen zu schweigen. Mitte der 1990er-Jahre vollzieht die Existenzanalyse einen entscheidenden Wechsel der Ebenen, indem sie den metaphysischen Bezugspunkt (die Gründe und Zusammenhänge, die über uns hinausgehen) in den Hintergrund stellt und sich konsequent am Erleben des Menschen orientiert. Es kommt – in der Literatur bekannt als personale Wende in der Existenzanalyse – zu einer Ausrichtung, die im

⁷ Frick (2009) weist auf die Problematik von Rollenkonfusionen und Vermengungen von Fachgebieten hin. Nach ihm ist deshalb der Inter-Diskurs ein wesentliches Charakteristikum von Spiritual Care.

Sinne der Phänomenologie (das, was unmittelbar erscheint) an der Erfahrung des Individuums in seinem konkreten Lebensbezug ansetzt. „Dadurch wird der existentielle Sinn eine psychologische Größe, die keinen Glauben zur Voraussetzung hat – jedoch ohne den Zugang zu ihm zu verstellen“ (Längle, 2011). Das eröffnet für die Sinnfrage neue Zugänge, indem der Bezugspunkt von Sinn die *ureigene Erfahrung*, die Frage nach Sinn *persönlich* und die Antwort darauf *einzigartig* ist⁸. Kann ich auf etwas Haltgebendes vertrauen, auch wenn ich nicht weiß, was mit mir und meiner Krankheit geschieht? Spüre ich mein Leben in mir? Auch wenn ich keine Erklärung für die Geschehnisse habe, kann ich ich selbst bleiben? Was gibt mir Mut?

In einem existentiellen Verständnis geht es bei der Sinnfrage darum, die eigene Existenz in ihren individuellen und konkreten Lebensbezügen als sinnvoll zu erfahren. Oder kurz gesagt: Existenz bedeutet „Leben mit innerer Zustimmung“ (Längle, 2008, S. 23). Zustimmung kann entstehen, wenn es gelingt, in dialogischer Auseinandersetzung mit der Welt, in der der Mensch steht (das In-der-Welt-Sein nach Heidegger) ein *inneres Ja* zu entwickeln – ein inneres Ja zu den Tatsachen, mit denen der Mensch konfrontiert ist. Mit Tatsachen sind hier nicht Tatsachen wie eine Krankheit, ein Leid

oder eine Krise gemeint, sondern fundamentale Tatsachen, mit denen Menschsein per se verbunden ist. Oder anders ausgedrückt: Ein inneres Ja ist das Ergebnis einer gelungenen Auseinandersetzung mit existenzbe gründenden strukturellen Gegebenheiten und den darin für das eigene Leben innewohnenden Lebensmöglichkeiten. Das Bild des ‚inneren Ja‘ ist eine Metapher, die in engem Zusammenhang mit spirituellen Qualitäten steht⁹ und deshalb im Folgenden vertieft betrachtet wird.

4 Der existentielle Sinn

Der österreichische Anthropologe und Existenzanalytiker Alfried Längle beschreibt dieses ‚innere Ja‘ vor dem Hintergrund von vier fundamentalen Tatsachen und entwickelt daraus vier existentielle Grundmotivationen. Sie sind die Grundlagen zu einer existen-

8 Campbell drückt diesen Bezug zum intimen Eigenen und Inneren aus, wenn er sagt, „Your sacred space is where you can find yourself again and again“ (Campbell, 2011, o. S.).

9 Zu den qualitativen Dimensionen von Spiritualität zählt Grom (2011, S. 15, zit. n. Bucher, 2007; MacDonald et al., 1995; Zwingmann, 2004): „Suche nach Sinn und die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz (Hingabe an Werte und Personen), Selbstakzeptanz und Selbstentfaltung, Positive soziale Beziehungen, Intensives Erleben der Schönheit bzw. Heiligkeit der Natur, Allgemeines Verbunden- und Einssein (connectedness) mit Menschen, Natur und Kosmos, Verbundenheit mit Gott (theistisch), dem absoluten All-Einen (pantheistisch) oder einer Gottheit (polytheistisch), Achtsamkeit und andere Meditationserfahrungen [...]“.



Tabelle 1: Überblick über die Grundmotivationen und ihren Bezug zu erlebter Spiritualität (modifiziert nach Längle, 2008, S. 33 f.)

| Existenzbegründende strukturelle Gegebenheiten | Grundmotiv | Grundfrage der Existenz | Voraussetzungen | Erlebte Spiritualität |
|--|--------------------------------|---|---|-----------------------|
| Die Welt – ihre Bedingungen und Möglichkeiten | Dasein | Ich bin da – <i>kann</i> ich sein? | Schutz Raum Halt | Staunen |
| Das eigene Leben – die eigene Natur und ihre erlebte Vitalität | Wertsein | Ich lebe – <i>mag</i> ich leben? | Beziehung Zeit Nähe | Dankbarkeit |
| Das eigene Personsein – das Selbst-Sein, die Echtheit, die Unverwechselbarkeit | Sosein | Ich bin ich – <i>darf</i> ich so sein? | Be-Achtung Gerechtigkeit Wertschätzung | Respekt/ Würde |
| Die Zukunft mit der damit verbundenen Aufforderung zum Handeln | Für-etwas/jemanden-Sein (Sinn) | Ich bin da – wofür <i>soll</i> ich da sein? | Tätigkeitsfeld Strukturzusammenhang Wert in der Zukunft | Ahnen |

tiellen Motivationstheorie (und eines existenzanalytischen Prozessmodells; vgl. Längle, 2000), mit der sich die Fragen von Menschen auf der Suche nach Sinn auf einer personalen Ebene verstehen und bearbeiten lassen. Tabelle 1 zeigt die vier Grundmotivationen im Überblick und ihren Bezug zu spirituellem Erleben.

Auch wenn es sich bei der Diskussion um Spiritualität in der Pflege nicht um ein psychotherapeutisches Setting handelt, ist die von Längle entwickelte Systematik hier von großer Bedeutung. Sie ermöglicht einerseits einen praktischen Zugang zur konkreten Lebens- bzw. Leidenssituation eines Patienten, denn Sinn will nahe an der Realität gelebt werden. „Sinn kommt durch die Welt an mich heran. Sein Ursprung

stammt nicht aus mir. Seine Erfüllung aber nur von mir“ (Längle, 2007, S. 124). Andererseits steht den Pflegenden als Gesprächsführende ein Bezugsrahmen zur Verfügung, mit dem sie auf Sinnfragen und auf spirituelles Erleben eingehen können, ohne dadurch in glaubens- oder weltanschauliche Spannungsfelder zu geraten. Darüber hinaus kann diese Landkarte in der Pflegeausbildung in Bereichen wie Gesprächsführung und Betreuung viel Orientierung bieten, denn sie erfasst den Menschen als Ganzes ohne ihn jedoch von vornherein auf etwas festzulegen – weder die Patienten noch die Pflegenden. Im Folgenden werden die einzelnen Grundmotivationen und ihr Bezug zu spirituellem Erleben in ihren Grundzügen vorgestellt.

4.1 Die Welt – ihre Bedingungen und Möglichkeiten

Der Mensch wird ungefragt in die Welt gesetzt. Dieses Faktum stellt ihn vor die Tatsache: Ich bin da (Längle, 1993) in einer Welt, die Möglichkeiten und Rahmen für Entfaltung, aber auch Begrenzungen und Bedrohliches mit sich bringt. Um da sein zu können, braucht der Mensch die Erfahrung von *Schutz*, *Raum* und *Halt*. *Schutz* erfahren Menschen im Angenommen- und Zugehörig-Sein. *Raum* bedeutet, einen Platz haben und ein tiefes Empfinden dafür, wohin man gehört – psychisch und physisch. Und schließlich *Halt* wie Strukturen oder Ordnungen, die festen Boden geben. Positive Erfahrungen von Schutz, Raum und Halt bilden die Grundlage für das Entwickeln von Vertrauen. Vertrauen ins Leben, Vertrauen in sich, Vertrauen darauf, dass Dasein auch angesichts einer Krankheit oder eines Leids möglich ist. Gibt es etwas, das auch *jetzt* trägt oder fühle ich mich wie im freien Fall? Ich bin da, aber kann ich da sein? Kann ich mich mit meiner Krankheit annehmen und meine Versehrtheit aushalten? Ist es möglich, da zuzustimmen, nicht zu weichen, meinen Platz zu halten und der Krankheit nicht einfach das Feld zu überlassen? Ist es vielleicht sogar möglich, der Krankheit *ihren Raum zu lassen*? Denn ich bin *mehr* als derjenige, der krank ist ...

Das tiefste Gefühl von Haltgebendem wird in der Existenzanalyse als Seinsgrund bezeichnet: Das tiefe – von äußeren Bedingungen unabhängige – Erleben eines Aufgehobenseins in jedem Fall, das Ahnen eines „[...] letzten,

umfassenden Gehaltenseins [...]“ (Längle, 2008, S. 37) und vielleicht das Staunen darüber, dass ich – mich betrachtend aus der Sicht des Größeren – trotz des Leidens da sein kann. Sich des Wunders der eigenen Existenz bewusst sein, ist ein spirituelles Erleben, das – analog der Intimsphäre auf der körperlichen Ebene – auf der geistigen Ebene Geborgenheitsräume (vgl. Baumann-Hözle, 2007) braucht – Schutz, Raum und Halt.

4.2 Das Leben, das der Mensch hat

Mit dem Dasein macht der Mensch die Erfahrung: Ich lebe. Aber ist es gut, dass ich lebe? Gut ist etwas, wenn ein Gefühl der Beziehung und Verbundenheit da ist, denn Leben wird erst lebendig, wenn der Mensch mit seiner Vitalität und seiner Emotionalität mit ihm gefühlsmäßig in einen Wertbezug tritt. Ohne Gefühle ist kein Werteerleben möglich; es sind die Gefühle, die uns sagen, was das eigene Leben wertvoll macht. Gefühle bringen aber auch das Erleben von Unwertem wie Leid oder Schmerzvolles mit sich. Das zeigt sich besonders deutlich in Phasen des Krankseins. Die Frage dieser Dimension lautet: Ich lebe, aber mag ich leben (Längle, 1993)? *Beziehung*, *Zeit* und *Nähe* sind die Voraussetzungen für das *Mögen*. *Beziehung* ist der schützende Rahmen, den es braucht, um sich jemandem oder etwas zuwenden zu können. Und ohne *Zeit* ist kein verweilendes Zuwenden möglich. Dieses Sich-Zuwenden kann nach außen gerichtet sein – auf Menschen oder Dinge – aber auch nach innen, wie zum Beispiel in der inneren Zwiesprache oder

im Gebet. Um sich vom Leben berühren lassen zu können, braucht es auch *Nähe*. Erst Beziehung, Zeit und Nähe machen eine Bezogenheit zu Wertigkeiten möglich, um eine Antwort auf die Frage zu finden: Wie fühlt sich mein Leben mit seinen Verletzungen und Schmerzen an? Mag ich mein Leben in meinem Kranksein so überhaupt tragen? Hier zeigt sich die Bedeutung von Zeit für Gespräche mit Patienten, bei denen sie ihr Fühlen zum Ausdruck bringen können, besonders deutlich.

Die Emotionalität ist für die Auseinandersetzung mit dem Faktum der Lebendigkeit (als eine der vier Strukturen der Existenz) von entscheidender Bedeutung, denn „[...] die existentielle Sinnsuche beginnt beim Wertfühlen des Menschen“ (Längle, 1994, S. 17). Lebenswichtiges kann einerseits in der situativen Berührung erlebt werden oder im Berührtsein vom Grundwert des Lebens, also dem staunenden Erkennen und Fühlen von Dankbarkeit für das Geschenk des Lebens in seiner Ganzheit und Fülle. Darin liegt der spirituelle Bezug dieser Dimension, nämlich das innerliche Sich-Öffnen „[...] für diese innerste Bewegung, für diese persönlichste, innerste Beziehung zum eigenen Leben, für dieses Berührtsein vom Sein und das, was sich dabei einstellt, offen und unvoreingenommen in Empfang zu nehmen“ (Längle, 2005, S. 48). Dieses Empfangen schließt die Erfahrung der Endlichkeit ein, ohne dabei versehrtes Leben von Patienten zu „spiritualisieren“, ohne den Druck zu erzeugen, es müsse gelingen, dem Leiden einen Sinn abzugewinnen. Aus

einer existenzanalytischen Sicht lautet die Frage nicht, ‚was ist der Sinn meines Leidens‘, sondern ‚für welchen Wert bin ich bereit, mein Leben trotz des Leidens zu leben‘“ (vgl. Längle, 2007).

4.3 Die Person, die der Mensch ist

Nach dem Weltbezug (Dasein-Können) und dem Lebensbezug (Leben-Mögen) bezieht sich die dritte Grundmotivation auf den Selbstbezug. Lebensraum und Lebenswert sind Voraussetzungen für das Überleben. Damit Leben zum *eigenen* Leben wird und sich der Mensch in seinen schöpferischen, ästhetischen und ethischen Lebensmöglichkeiten (Längle, 2008) entfalten kann, bedarf es der Stellungnahme. Das Gewissen, das Frankl als „Sinn-Organ“ (Frankl, 2005) bezeichnet, ist die innere Stimme, die dem Menschen sagt, was er zutiefst für richtig hält und wofür er steht. In der Stellungnahme bringt der Mensch sein Personsein und seine Authentizität zum Ausdruck. Die Tiefenstruktur dieser Dimension bezieht sich auf die *Unfasslichkeit* des Ichs, das der Mensch mit sich antrifft (Längle, 2005). Dieses Ich kann er fassen, wenn er die Stimme in sich wahrnimmt, die Stimme zu ihm spricht und er die Erfahrung macht, dass diese Stimme ihn meint. „Personsein heißt [...], sich in *Empfang nehmen*, als ein sich *Anvertrauter* sich gegenüber treten. Der ‚Ort‘ der Begegnung der Person mit sich selbst (des ‚ich mit mir‘), dort wo sie mit sich selbst zusammentrifft, ist der Ort ihrer Intimität“ (Längle, 2005, S. 49 f.) und der verletzbaren Identität gleichermaßen. Aus



der Tatsache heraus, dass jeder Mensch einzigartig ist und sich damit vom Anderen abgrenzt, erwächst die Frage: Ich bin ich – aber darf ich so sein wie ich bin? *Be-Achtung*, also die positive Erfahrung, von anderen gesehen zu werden, und das Erfahren gerechter Behandlung (*Rechtfertigung* – auch vor sich selbst) geben dem Menschen die Gewissheit, dass ihm das Eigene zugestanden wird. Und in der *Wertschätzung* erfahren Menschen, dass das Eigene nicht nur anerkannt wird, sondern auch wertvoll ist. Gerade bei medizinisch-pflegerischen Prozessen, die von standardisierten Behandlungsschemata geprägt sind, kann es leicht geschehen, mehr den *Patienten mit seinem Krankheitsbild* wahrzunehmen als die *Person in ihrem Sosein*. Aber gerade in seinem Sosein, also in der Begegnung mit seinem Ich und in seinem Sich-danach-Ausrichten, bringt der Mensch seine Ethik und seine Authentizität zum Ausdruck. In dieser Erfahrung der tiefen Bejahung liegt die Würde des Menschen begründet.

4.4 Die Zukunft mit der damit verbundenen Aufforderung zum Handeln

Neben der Motivation zum physischen Überleben (Dasein), der Motivation zum Werteerleben (Wertsein) und der Motivation zur personalen Authentizität (Sosein) gehört zu einer erfüllten Existenz ein Zukunftsbezug und das Sich-Vorfinden und Sich-Einbringen in die Zusammenhänge. Menschen erfahren Sinn in ihrem Leben, wenn sie sich, ihr Tun oder ihr Leiden in einem größeren Zusammenhang sehen, ver-

stehen und erleben. Menschen stellen oft dann die Sinnfrage, wenn sie nicht mehr wissen, *wozu sie etwas tun*. Wozu soll mein Leben jetzt noch gut sein? Worum soll es in dieser Krise für mich gehen? Der Zugang zu dieser Antwort führt über die phänomenologische Haltung der Offenheit. Offenheit bedeutet, sich von der Situation befragen zu lassen und der wahrgenommenen Aufforderung, in Übereinstimmung mit sich selbst, nachzukommen. So wird die Frage nach Sinn zu einer Anfrage an die Person, „[...] was das Leben *von einem* will, was die Situation ‚von mir‘ erwartet, was ‚ich jetzt tun kann und tun soll‘ – für andere Menschen wie auch für mich selbst“ (Längle, 2008, S. 57). Oder in den Worten des deutschen Philosophen Friedrich Nietzsche: „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie.“ Um sich dem Leben in dieser Weise hinzugeben, braucht es ein *Tätigkeitsfeld*. Wo werde ich gebraucht? Wo bin ich gefragt? Wo kommt es trotz oder gerade wegen meines Leidens entscheidend darauf an, dass ich mich einbringe? Kann es gelingen, den Horizont der Kontexte so zu erweitern, dass ich mich und meine Krankheit in einem *Strukturzusammenhang* weiß, der Perspektiven eröffnet und mich Zusammenhänge ahnen lässt, anstatt mich vor die unerfüllbare Forderung zu stellen: ich will mein altes Leben zurück? Denn das ist eine Forderung, die allen anderen Sinnmöglichkeiten den Zugang verstellt. Und schließlich braucht es einen *Wert in der Zukunft*, für den es sich lohnt, zu leben, und der mich in schwierigen Situationen aufrecht hält.

In einem existenzanalytischen Verständnis ist Sinn „die wertvollste Möglichkeit der Situation“ (Längle, 2008, S. 45) und widerspiegelt die Voraussetzungen für den existentiellen Sinn: Das „[...] Tätigkeitsfeld als Möglichkeit, [die] Situation als Strukturzusammenhang [und den] Wert in der Zukunft“ (Längle, 2008, S. 56). Indem Menschen der Situation das für sie Wertvollste entnehmen und danach handeln, sind sie auf das Geistige der Situation ausgerichtet und, im Transzendieren ihres Daseins, auf ihren persönlichen Ausdruck von Spiritualität; den „[...] Geist erfahren in Mitten des Lebens“ (Längle, 2005, S. 52).

Aus einer existenzanalytischen Perspektive können wir daraus schlussfolgern: Spiritualität kann eine Aufgabe und eine Ressource der Pflege sein, wenn es Pflegenden gelingt, den Patienten angesichts seiner Krankheit und seines Leidens darin zu unterstützen, dass er *dasein kann, leben mag, so sein darf und für etwas oder jemanden sein kann (Sinn)*. In allen vier Dimensionen liegen auch spirituelle Erlebnisqualitäten: Das *Staunen* darüber, dass es mich trotz des Schweren gibt (erste Grundmotivation), das *Dankbarsein* dafür, dass mir ein Leben geschenkt wurde, in dem ich trotz des Leidens Wertvolles erfahren kann (zweite Grundmotivation), der tiefe *Respekt* vor der Einzigartigkeit meiner Person, die ich auch als Patient bleibe (dritte Grundmotivation), und das *Ahnen* größerer Zusammenhänge, in denen ich mein Dasein trotz meiner körperlichen Verwehrtheit als sinnvoll erfahre (vierte Grundmotivation). Die Existenzana-

lyse hat hierfür einen ganzen Katalog von Schritten und Elementen entwickelt, mit denen sich auf jeder der vier Ebenen ein inneres Ja entwickeln lässt.

5 Eine existenzanalytische Standortbestimmung

Erlebte Spiritualität findet sich in allen vier Dimensionen des Existenzvollzugs (Dasein, Wertsein, Sosein und für jemanden/etwas Sein [Sinn]). Mit diesem Verständnis von Existenz lässt sich auch die Frage beleuchten, was Spiritualität in der Pflege aus Sicht der *Pflegenden* bedeuten soll. Hierfür können zwei verschiedene Wege eingeschlagen werden: Das von außen generische Übertragen bestehender Konzepte oder das genuin von innen heraus entwickelte Verständnis dessen, was Spiritualität in der Pflege heißt. Ersteres Vorgehen ist theoriegeleitet und darauf ausgerichtet, bestehende Theorien auf ihre Praktikabilität und Übertragbarkeit hin zu prüfen. Sicherlich ist es zielführend, von anderen Professionen zu lernen – allen voran die Professionen aus dem Bereich der Seelsorge, denn sie verfügen über eine lange Tradition im Umgang mit spirituellen Fragen. Aber mit dem Übertragen von Wissen aus anderen Fachbereichen geht die Pflege das Risiko ein, Wesenhaftes ihrer Profession pflegefremden Kriterien auszusetzen oder gar zu verlieren (die „Ökonomisierung“ der Pflege ist hierfür ein Beispiel). Der zweite Weg geht von der Frage aus, wie die Praxisgemeinschaft Pflege *selbst* ihr Verständnis von Spiritualität formuliert; ein Verständnis



und eine Praxis, die in einem säkularen, konfessionell offenen und multikulturellen Kontext anschlussfähig ist und integrativ¹⁰ wirkt und zugleich die Ganzheitlichkeit als wesenhafter Kern dieser Profession authentisch zum Ausdruck bringt. Auch hier kann aus einer existenzanalytischen Perspektive der Grundsatz angewendet werden: „Je mehr der Mensch Stellung bezieht zu den Gegebenheiten, desto mehr ist er er selbst [und] je tiefer [er sich] auf die Gegebenheiten bezieht und sie durchdringt, desto reifer wird er als Person“ (Längle, 2008, S. 28 f.).

Auch das Praxiskollektiv Pflege braucht eine Struktur oder ein System von Voraussetzungen, um eine der Pflege angemessene Form von Spiritualität im Alltag leben zu können. Dabei sind existentielle Aspekte zu berücksichtigen, die wiederum die vier existentiellen Dimensionen (Weltbezug, Wertbezug, Selbstbezug und Zukunftsbezug) umspannen: das *Können*, das *Mögen*, das *Dürfen* und das *Sollen*. Erst eine Antwort auf allen vier Ebenen macht ein wirkliches Wollen möglich, ein authentisches, mit der Welt abgestimmtes *Ja* zu einer Form von Spiritualität, die einem zeitgemäßen Pflegeverständnis entspricht.

a) *Können*: Was ist unter den gegebenen Bedingungen möglich (welche Handlungsoptionen, Kompetenzen

und Sensibilitäten bestehen bereits; was davon lässt sich ausbauen; wo liegen Ressourcen; wie kann mit den gegenwärtigen Restriktionen umgegangen werden; wo dürfen keine Kompromisse eingegangen werden)?

b) *Mögen*: Was wird als wertvoll erlebt und motiviert alle Beteiligten, sich in diesen Diskurs einzubringen (wer sind wichtige Partner in diesen Fragen; wie kann das Bewusstsein für das Thema geweckt werden; wie kann Spiritualität als professionelle Auffassung *und* als persönliche Auseinandersetzung in Zusammenhang gebracht werden; ist es überhaupt gut, dass sich Pflege mit Spiritualität befasst)?

c) *Dürfen*: Worin besteht die ethische Verantwortung, welche die Pflegeprofession kraft ihrer Unverwechselbarkeit wahrnehmen will? Worin besteht das wichtige Eigene, das die Pflege platzieren möchte (für welche Praxis steht die Pflege – früher, jetzt, künftig; welches Ansehen sucht der Pflegeberuf; wofür tritt er im Kern ein; dürfen Einzelne es auch ablehnen, sich am Thema Spiritualität zu beteiligen, ohne deshalb ausgeschlossen zu sein)?

d) *Sollen*: Welche Zukunftsvorstellungen haben Kraft genug, die damit verbundene Aufforderung zum Handeln anzunehmen (um welche Entwicklung geht es – für mich, den Patienten, die Profession; welche Verantwortung soll übernommen werden, welche nicht; besteht ein größerer Zusammenhang wie zum Beispiel berufspolitische und bil-

¹⁰ Interdisziplinäre Theoriebildungsprozesse stehen oft im Spannungsfeld von Abgrenzung und Integration. Daher ist die Plausibilität in der Praxis ein wesentliches Gütekriterium.

dungspolitische Ziele und Visionen des Pflegeberufes; welche Aufgaben stellt ein modernes und patientenzentriertes Gesundheitswesen an die Pflege)?

6 Schlussgedanke

In einer umfangreich angelegten Studie über die praktische Implementierung von Wissen und Instrumenten von Spiritual Care kommen Holloway et al. zu folgender Trend-Aussage: „The notion of spiritual care as ‚being‘ rather than ‚doing‘, of ‚companioning‘ and of ‚accompanying‘ on a spiritual journey, are some of the newer ideas being put forward amongst the secular professions“ (Holloway, Adamson, McSherry & Swinton 2011, S. 37). Mit der Unterscheidung zwischen einem *tuenden Begleiter* und einem *seienden Gefährten* (companioning; lat. cum pane = gemeinsam das Brot essen) zeigen sie einen essentiellen Aspekt für die hier geführte Diskussion auf: *Tuendes Begleiten* hat die Qualität einer professionellen Kompetenz. *Gefährte sein* hingegen signalisiert ein Beziehungsangebot und die Offenheit für eine tiefe und berührende Begegnung – vorausgesetzt, man kann, mag, darf und sieht in diesem Lern- und Entfaltungsprozess für sich einen Sinn.

„Jedes Lernen, so weltlich es auch sein mag, ist spirituell zu nennen, weil es uns zu etwas macht, das größer ist als zuvor“
(Smith, 1998, S. 96).

Literatur

- Anonyma (2010) Ich glaube nicht an einen gerechten Gott. In: *pflügen: Demenz* 17(4):23.
- Baumann-Hözle R (2007) Hommage an die Liebe. In: *Ethik-Forum des Universitätsospitals Zürich (USZ)* (Hrsg.) *Medizin, religiöse Erfahrung und Ethik*. 2. Aufl. Bern: Peter Lang. S. 109–121.
- Baumann-Hözle R (2010) Von der Heilpflege zur Gesundheitswerkstatt. *Prim Care* 10(17):324–325.
- Campbell J (2011) *A Joseph Campbell Companion – Reflections on the Art of Living*. Joseph Campbell Foundation (Hrsg.). San Anselmo, CA.
- Frankl V (2005) *Der Leidende Mensch – Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Frankl V (2006) *Ärztliche Seelsorge*. In: Batthyany A (Hrsg.) II. Aufl. Wien: Deuticke im Paul Zsolnay Verlag.
- Frick E (2009) *Spiritual Care – nur ein neues Wort? Lebendige Seelsorge* 4:233–236.
- Grom B (2011) *Spiritualität – die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive*. In: Frick E, Roser T (Hrsg.) *Spiritualität und Medizin*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S. 12–17.
- Hess C (2007) *Krankheitsverständnis im Wandel*. In: *Ethik-Forum des Universitätsospitals Zürich (USZ)* (Hrsg.) *Medizin, religiöse Erfahrung und Ethik*. 2. Aufl. Bern: Peter Lang. S. 89–108.
- Holloway M, Adamson S, McSherry W, Swinton J (2011) *Spiritual Care at the End of Life – a systematic review of the literature*. Universities of Hull, Staffordshire and Aberdeen (<http://www.dh.gov.uk>, Zugriff am 01.09.2011).
- Juchli L (1973) *Allgemeine und spezielle Krankenpflege – ein Lehr und Lernbuch*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Klingl S, Frick E (2011) *Chancen für Spiritual Care in einer materialisierten Medizin und Pflege*. In: Frick E, Roser T (Hrsg.) *Spiritualität und Medizin*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S. 157–161.



- Längle A (1993) Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Längle A, Probst C (Hrsg.) Süchtig sein. Tagungsbericht der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. S. 149–169.
- Längle A (1994) Sinn-Glaube oder Sinn-Gespür – zur Differenzierung von ontologischem und existentiellm Sinn in der Logotherapie. Bull Ges Logother Existenzanal 2:15–20.
- Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg.) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas. S. 9–37.
- Längle A (2002) Sinnvoll Leben: Logotherapie als Lebenshilfe. Freiburg i. Br.: Herder.
- Längle A (2005) Spiritualität in der Psychotherapie. In: Längle S, Sulz M (Hrsg.) Das eigene Leben – ein Lesebuch zur Existenzanalyse. Wien: Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. S. 41–56.
- Längle A (2007) Sinnvoll Leben – eine praktische Anleitung der Logotherapie. St. Pölten: Residenz Verlag.
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A (2008) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: facultas. S. 23–179.
- Längle A (2011) Geist und Existenz – Zur inhärenten Spiritualität der Existenzanalyse. Existenzanalyse. (2) (in Vorbereitung).
- Lesch W (2007) Moralischer und religiöser Pluralismus im Brennpunkt des klinischen Alltags. In: Ethik-Forum des Universitätspitals Zürich (USZ) (Hrsg.) Medizin, religiöse Erfahrung und Ethik. 2. Aufl. Bern: Peter Lang. S. 11–28.
- Siegmann-Würth S (2011) Ethik in der Palliative Care. In: Dialog Ethik (Hrsg.) Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen. Bern: Peter Lang.
- Smith R (1998) Die innere Kunst des Lebens und des Sterbens. Freiamt: Arbor Verlag.

Dorothee Bürgi,

PhD, dipl. Pflegefachfrau

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Institut Dialog Ethik – Interdisziplinäres Institut

für Ethik im Gesundheitswesen

dbuergi@dialog-ethik.ch
