

LKH - Univ. Klinikum Graz

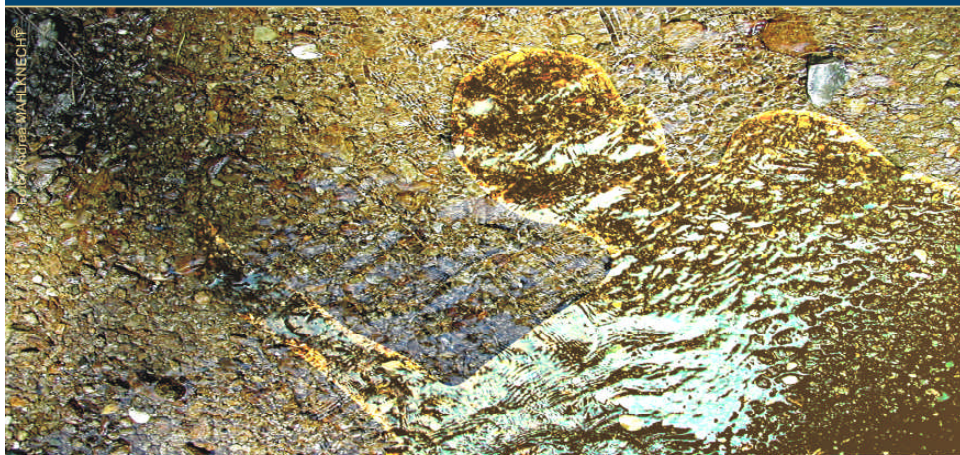
Univ.-Klinik f. Medizinische Psychologie und Psychotherapie

Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H.

Karl-Franzens-Universität Graz



„Heil werden“ Spiritualität im Krankenhaus



Texte

Auftakt

Das Thema Spiritualität im Krankenhaus ist gleichermaßen ursprünglichstes Anliegen der Heilkunde wie heikel umstrittenes Grenzgebiet. Die Frage nach dem Sinn des Lebens fordert gerade im Rahmen schwerer Erkrankung eine sehr persönliche Abstimmung von Religion, Konfession, Philosophie, Psychologie und Medizin.

Für ein Universitätsklinikum gilt es so als besonderes Anliegen, sich mit der Thematik Spiritualität zu beschäftigen, und diese sowohl für Leidende und Hilfesuchende als auch für Pflegende und Behandelnde so wesentliche Dimension menschlichen Seins interdisziplinär zu beleuchten. Krankheit bedeutet oft Grenzerfahrung, Erfahrung mit dem Transzendenten, mit dem Unaussprechlichen.

Diese Publikation versucht zweierlei:

Zum ersten über ein **Symposium** zu berichten, das am 13. November 2003 zum Thema „Heilwerden – Spiritualität im Krankenhaus“ stattgefunden hat. An diesem Symposium nahmen wesentliche VertreterInnen des Klinikums und der Universität teil und setzten einen gewichtigen Auftakt für das Thema, der gut rezipiert wurde. Organisiert wurde die Veranstaltung von der Arbeitsgruppe „Spiritualität im Krankenhaus“, die sich aus im Klinikum tätigen Vertretern unterschiedlichster Berufsgruppen zusammensetzt.

Zum zweiten gilt es, dem Thema auch weiterhin **Resonanz zu geben**, die verschiedenen Anliegen zu sammeln, Räume zu erkunden, Zeiten bereitzustellen, die dem Thema gewidmet sind, InteressentInnen und MitstreiterInnen zu finden, die sich angesprochen und aufgerufen fühlen, in ihrem Arbeitsbereich dem Thema auch in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Arbeitsgruppe stellt eine Schnittstelle in der interdisziplinären Arbeit dar und will auch in Zukunft mit Publikationen und Veranstaltungen folgende Grundgedanken weiterführen:

- Betonung der Bedeutung und Notwendigkeit von Spiritualität im Heilungsprozess der Patientinnen und Patienten
- Verständnis von Spiritualität als transzendente Dimension der menschlichen Erfahrung
- Notwendigkeit der Integration der spirituellen Komponente in das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit

Wir danken allen, die sich bis jetzt an der Bearbeitung dieser Thematik beteiligt haben ganz herzlich und hoffen, dass es auch weiterhin möglich sein wird im Universitätsklinikum diesem wesentlichen Bereich Raum zu geben.

Dr. Monika Glawischnig - Goschnik, Mag. Herwig Hohenberger
Univ. Prof. Dr. Walter Pieringer

Inhalt dieses Bandes

Begrüßungsstatement zum Symposium*

Dr. Monika Glawischnig - Goschnik, Psychotherapeutin 6

Referate

„Religionssoziologische und – psychologische Aspekte zur Thematik: Das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell“

Prof. Dr. Karl-Heinz Ladenhauf, Psychotherapeut, Pastoralpsychologe,
Graz 9

Spiritualität als Forschungsgegenstand der klinischen Religionspsychologie

Dr. Human-Friedrich Unterrainer, Psychologe, Graz 16

„Autonomie und Lebenswirklichkeit – Spiritualität als Teil des Heilungsauftrages im Krankenhaus“

Dr. Michael Peintinger, Medizinethiker, Wien 20

„Das Gebet als Vernetzung von Krankenhaus und Lebenshaus“

Benno Scheidt, Evangelischer Pfarrer, Pastoraltherapeut 28

Statements zur konkreten Situation im LKH/Universitätsklinikum Graz

Mag. Dr. H. Reinhofer, Verwaltungsdirektor 34

Priv. Doz. Dr. G. Bergmann, Ärztlicher Leiter 36

DGKS. Dir. H. Eibel, Pflegedirektorin 38

Dr. R. Heid, Qualitätsmanagement 40

Mag. K. Asbäck – Eder, Krebshilfe 41

DKGP. K. Deutschmann, Palliativpflege 42

Mag. U. Riedl, für die evangelische und römisch-katholische
Krankenhauseesorge 44

** Das Symposium fand am 13. November 2003 im Landeskrankenhaus / Universitätsklinikum Graz statt. Es wurde von Pfr. Mag. Herwig Hohenberger von der evangelischen Krankenhauseesorge moderiert und von StudentInnen des Vereins Live-Music-Now (siehe Seite 40) musikalisch begleitet.*

Eröffnungsstatement

Dr. Monika Glawischnig-Goschnik

Meine sehr geehrten Damen und Herren!
Ich freue mich von ganzem Herzen, dass Sie da sind, und ich freue mich, dass Sie so zahlreich gekommen sind.

Das Thema ist ein heikles.
Spiritualität ist ein heikles Thema, besetzt mit höchst persönlicher Lebensgeschichte, durchsetzt mit Dogmen und Ritualen, oft schwer beladen mit Erfahrungen von Macht und Zwang und einer großen Sehnsucht nach Befreiung und Leichtigkeit.

Das Thema ist hochaktuell, modern und uralt zugleich.
Laut Duden, Fremdwörterbuch, bedeutet „Spiritualität“ im wörtlichen Sinne die Geistigkeit im Gegensatz zum Materiellen.

Unsere Welt ist voll von materiellen Gütern und Ansprüchen und ebenso groß ist die Sehnsucht nach Transzendenz, nach Eingebundenheit in ein größeres Ganzes, was auch immer der einzelne darunter versteht.

Ich möchte einen Ausschnitt aus dem Buch von Carl A. Hammerschlag „Die tanzenden Heiler“¹ zitieren:
“Indianer besitzen ein ganz anderes Konzept vom Ort des Gebets. Die ganze Erde ist der Tempel. Jeder Ort, an dem man steht, ist eine Kirche. Das Tipi ist eine nestartige Umhüllung auf der Brust von Mutter Erde, ein Platz, der mit wenigen anderen geteilt wird. Hier kann jeder zu seiner Zeit beten, so wie ihn das Herz führt, in seiner eigenen Sprache....meine indianischen Freunde sagen, es spielt keine Rolle, in welcher Sprache man singt, es gibt immer mindestens zwei, die einander verstehen – du und dein Schöpfer.“

Spiritualität: Was ist das überhaupt? Was versteht der einzelne darunter?
Spiritus meint den Geist, den Atem, den Lebensgeist.

Wer sind wir, die wir dieses Thema hier in den Klinikalltag hineintragen wollen?

Diese Gruppe von Menschen, die dieses Symposium organisiert und geplant haben, ist ein buntes Häuflein.
Entstanden aus den Überbleibseln eines Ethikbeirates begannen wir, uns mit den Themen Ethik, Würde und Sinnsuche zu befassen. Das Thema Spiritualität war bald ein zentrales Anliegen dieser Gruppe. Wir kommen aus ganz unterschiedlichen Berufen und Arbeitsfeldern: als Schwestern und Pfleger, als

¹Carl Auer, Heidelberg, 2003

Ärzte und Psychologen, aus der Verwaltung, aus dem Palliativbereich, aus der Psychiatrie und Psychotherapie. Als Theologen, als Theoretiker, als Praktiker. Keinesfalls ist es unser Anliegen, bestimmte Konzepte, Ideologien oder Glaubensrichtungen mehr oder höher zu bewerten als andere. Es ist uns bewusst, dass in dieser heutigen Beleuchtung des Themas viele Konzepte und Fragen nicht behandelt sind.
Der heutige Nachmittag soll ein Auftakt sein.

Transzendenz bedeutet das Überschreiten von Grenzen, die Frage nach dem Jenseits, was auch immer wir darunter verstehen. Die Frage nach dem Jenseits ist immer eine Bilanz des Diesseits und wird erst in dieser deutlichen Polarität spürbar.

Peter Noll sagt in seinem Buch „Diktate über Sterben und Tod“:
„Nur die Musik ist abstrakt genug um Transzendentes ausdrücken zu können“.

In der therapeutischen Begleitung von zum Teil schwerstkranken PatientInnen wird die Frage nach Transzendenz und Transformation oft sehr deutlich spürbar. Beim Versuch, neue Räume zu erschließen, Unsägliches zum Ausdruck zu bringen, hat sich in meiner persönlichen Arbeit Musikalisches als sehr hilfreich erwiesen. Musik bedeutet gleichzeitig vermeintlich spürbare Zeitlosigkeit, Musik ist Geschehen in der Zeit, Musik ermöglicht, dass die Zeit stehen bleiben kann, die Bedeutung sich verändert, Resonanz spürbar wird und Eingebundenheit anklingt.

Wir alle sind direkt in die Betreuung und Behandlung von Menschen involviert, viele unserer Patienten sind schwerstkrank oder sterbend, und besonders dann, aber nicht nur in diesem Moment, stellt sich die Frage nach dem „Woher kommen wir? Wer sind wir? Und wohin gehen wir? ...“ ganz deutlich.

Wir wollen unseren PatientInnen und vor allem auch uns selbst ermöglichen, diese Fragen zu stellen.

Wir wollen versuchen, spirituelle Bedürfnisse wahrzunehmen und ihnen feinfühlig und offenherzig zu begegnen.

Wir wollen Vermittler sein zwischen den bei PatientInnen wahrgenommenen Glaubensvorstellungen und den dafür zuständigen Fachleuten und Begleitern.

Wir wollen die Fragen und Bedürfnisse unserer PatientInnen ernst nehmen und respektieren.

Religio im Sinne von Verbundensein, eingebettet sein in ein größeres Ganzes, das dem Subjekt seine Einzigartigkeit bewusst macht und gleichzeitig seine Verbundenheit mit seiner Mitwelt und seiner Umwelt, seiner persönlichen Vergangenheit, seinen Zukunftsvorstellungen sowie der Geschichte der Menschheit und des ganzen Kosmos spürbar macht.

Ich darf mich besonders bedanken bei allen KollegInnen dieser Arbeitsgruppe, die das Entstehen dieses Symposions möglich machten.

Besonderer Dank gilt auch den Verantwortlichen der Verwaltung und der Direktion, die durch ihre Anwesenheit und Unterstützung dazu beitragen, dass unsere Veranstaltung das nötige Gewicht erhält und ernst genommen wird. Nicht zu vergessen die Institutionen und Firmen, die durch weitere finanzielle Mittel unsere Idee unterstützt haben.

Ich arbeite selbst seit vielen Jahren im klinischen – und da vornehmlich im onkologischen Bereich – und möchte meinen vielen, zum Teil verstorbenen Patienten danken.

Aus diesen Gesprächen und Begleitungen resultieren die vielen Fragen und meine Suche nach Antworten und Zusammenhängen.

Für mich persönlich ist die Musik und der Versuch, sie auch therapeutisch einzusetzen, eine besonders wertvolle Ressource in der Auseinandersetzung mit Transzendenz.

An dieser Stelle möchte ich dem Verein „LIVE-MUSIC-NOW“ besonders für die musikalischen Beiträge danken.

Die MusikerInnen erleben gerade im sogenannten „Für-Spiel“ (Timmermann) für kranke Menschen außerhalb des sonst üblichen Konzertsaalgeschehens die Wirkung und Bedeutung von Musik am eigenen Leibe und spüren die Resonanz mit den Zuhörenden.

Ich möchte meine Gedanken nun mit einem Zitat von Peter Noll beenden und Sie herzlich einladen, zu hören, zu horchen, die Ideen dieses Symposions in sich aufzunehmen und sich an der geplanten Weiterführung dieses Themas auch in Zukunft aktiv zu beteiligen:

„Einen Schimmer Gottes finden wir in den Sinnoasen des Daseins.

Mehr kann man nicht sagen. Mehr kann höchstens die Musik ausdrücken, die so abstrakt ist, dass sie nahe an das Übersinnliche herankommt.“

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Monika Glawischnig-Goschnik

Religionssoziologische und religionspsychologische Aspekte zur Thematik: Gedanken zum bio - psycho - sozio - spirituellen Modell

Dr. Karl Heinz Ladenhauf

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Ankündigung eines Symposiums zur „Spiritualität im Krankenhaus“ wird innerhalb der Klinik vermutlich einige Überraschung oder Verwunderung ausgelöst haben. Man weiß von der Existenz einer Krankenhausesseelsorge und fallweise registriert man vielleicht auch, dass sich auf dem Klinikgelände eine katholische Kirche befindet. Dass es auch eine Kapelle der evangelischen Kirche und einen islamischen Gebetsraum gibt, dürfte nur wenigen bekannt sein. Im klinischen Alltag und im medizinischen Diskurs spielen Religiosität und Spiritualität wohl selten eine Rolle. In Spannung dazu steht die Realität vieler Patientinnen und Patienten. Sie sind durch ihre Erkrankung vor zentrale existentielle Lebensfragen gestellt, die nur in einem spirituellen und/oder religiösen Raum eine angemessene Resonanz erfahren können.

Die Frage nach der Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Krankenhaus wird in diesem Symposium, das eine erste öffentliche Auseinandersetzung mit diesem Themenfeld an unserer Klinik ermöglicht, aus vielfältigen Perspektiven beleuchtet werden.

In meinem Statement, das sich noch im Vorfeld der sehr praxisbezogenen Thematik unseres Symposiums bewegt, werde ich nach einer kurzen allgemeinen Überlegung zum Verhältnis von Heilung und Heil eine knappe Skizze der religiösen und spirituellen Landschaft, wie wir sie im Kontext unserer spätmodernen Gesellschaft vorfinden, anbieten.

Ich tue dies aus der Perspektive der Praktischen Theologie und Pastoralpsychologie, die auf der Grundlage des christlichen Welt-, Menschen- und Gottesbildes danach fragen, wie es um das Menschsein und die Menschwerdung der Menschen unter den jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen steht. Diese Frage spitzt sich immer dann besonders zu, wenn dieses Mensch-Sein in Frage gestellt oder bedroht ist oder vor radikalen Veränderungen steht. Für kranke Menschen und die sie Begleitenden und Betreuenden ist dies sehr häufig der Fall.

1. Grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis von Heilung und Heil

In der Begegnung mit kranken Menschen stellt sich für alle Beteiligten nicht nur die Frage nach der möglichen Heilung, sondern auch nach dem Heil. Dies legt auch der Titel unseres Symposiums nahe.

Nach dem Heil als einer die Heilung umfassenden Dimension zu fragen stellt allerdings keine Selbstverständlichkeit dar. So kommt eine soziologische Studie zu folgendem Schluss:

„Gesundheit ist als Folge des gesellschaftlichen Säkularisierungsprozesses mehr und mehr an die Stelle christlicher Heilserwartungen getreten. Was vom Jenseits nicht mehr erwartet werden kann, wird nun unbewusst aufs Diesseits projiziert: Freiheit von Sorgen und Beeinträchtigungen, von Krankheit und Leid – letztlich also Glückseligkeit und Unsterblichkeit. Tatsächlich scheint heute ...das Heil entthront worden und die Heilung an seine Stelle getreten zu sein“². Diese 1990 gestellte Diagnose würde heute so eindeutig vielleicht nicht mehr formuliert werden können, denn die Verkürzung des Heils auf ein eher magisch als religiös aufgeladenes Heilungs- und Gesundheitsverständnis wird zunehmend wieder kritisch reflektiert.

Wie kann das Verhältnis von Heilung und Heil angemessen verstanden werden? Ein „magisches Verständnis“³, das in der Heilung schon das Heil gegeben sieht und sich der Illusion der (medizinischen wie religiös-spirituellen) Machbarkeit der Heilung und des Heils hingibt, verstrickt sich leicht in einem Zirkel von Allmachts- und Ohnmachtserfahrungen. Die Gefahr einer daraus resultierenden Gewaltanwendung durch Medizin oder Religion kann nicht übersehen werden.

Wird die Verbindung von Heilung und Heil dagegen ausgeblendet, reduziert sich Heilung auf ein „materialistisches Verständnis“.

Dann besteht die Gefahr, dass kranke Menschen zum Objekt gemacht werden. Ihr subjektives Erleben und ihre persönlichen Deutungen der Krankheitserfahrung, ihre möglichen (nicht notwendigen!) Sinn- und Heilserfahrungen, die es auch in der Krankheit und im Sterben geben kann, aber auch ihre Unheilserfahrungen bleiben unberücksichtigt. Unter der Vorherrschaft eines materialistischen Krankheits- und Heilungsverständnisses wird der Gesamtpersönlichkeit und ihren sozialen, spirituellen und religiösen Lebensbezügen wenig Bedeutung beigemessen.

„Im Kontext des Medikalsystems geht es um das Individuum als Rollenträger, dessen Krankheit prinzipiell von ihm als Person ablösbar ist. Um ein Missverständnis zu vermeiden: Wir meinen nicht, dass der Kranke zwingend zu einer bloßen Nummer würde, sondern daß (sic!) im Zentrum der ärztlichen Bemühungen die Krankheit steht, für die es ein kanonisiertes Wissen gibt, das auch auf andere Patienten anwendbar ist. Die Biographie des Patienten steckt dabei nur den behandlungsrelevanten Rahmen ab, in dem anamneserelevante Informationen erfragt werden. Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung dieser Biographie ist im Medizinbetrieb nicht vorgesehen. Das Individuum selbst freilich wird durch seine Krankheit vor ein existentielles Problem gestellt –

² Mergner U. / Mönkeberg-Tun E. / Ziegeler G., Gesundheit und Interesse. Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit, in: Psychosozial 13(1990)Heft II (Nr. 42),7–20,18.

³ Vgl. dazu: Riess R., Heil und Heilung, in: Stollberg D., Riess R. (HG.), Das Wort, das weiterwirkt, München 1981, 221–236

jedenfalls kann dies immer der Fall sein, und dabei geht es dann eben nicht nur um Gesundheit und Krankheit als prognostizier- und therapierbare Objekte von medizinischem Spezialwissen, sondern um Sinn- und Identitätsprobleme und um die Suche nach Hilfe, welche die Medizin u. U. nicht zu bieten vermag.“⁴

Das „magische“ und das „materialistische“ Verständnis von Heilung und Heil führen dazu, dass deren pathische Qualität ausgeblendet wird und sie als ausschließliches Werk des Menschen angesehen werden. Heil wird dann entweder von der Magie aufgesogen⁵ oder als „Metaphysik“ abgewehrt oder abgewertet.

Damit wird aber eine Spannung aufgelöst, die wesentlich zum Leben des Menschen – und besonders des kranken Menschen – gehört: die Spannung zwischen dem „Schon-jetzt“ der möglichen Heilserfahrung und dem „Noch-nicht“ des zukünftigen, unverfügbaren Heils. Diese Spannung kann aus theologischer Perspektive nur in einem „eschatologischen Verständnis“ erfasst werden, das Gesundheit und Heilung auf einen weiteren Horizont hin transzendiert.

Diesem eschatologischen Verständnis entspricht eine Haltung der Demut gegenüber der menschlichen Lebensrealität. Sie umfasst den

- Mut zur Verlässlichkeit in unserem umfassenden⁶ Engagement für den kranken Menschen und den
- Mut zum Wissen um die Unverfügbarkeit des Heils und oft auch um die Unverfügbarkeit der Heilung.

2. Die gesellschaftliche Einbettung der Frage nach der „Spiritualität im Krankenhaus“

Anhand einiger Daten aus einem dreißigjährigen religionssoziologischen Forschungsprojekt „Religion im Leben der ÖsterreicherInnen 1970–2000“⁷ soll im Folgenden ein kurzer Blick auf die religiöse Entwicklung in unserem Land ermöglicht werden, denn die Frage nach der „Spiritualität im Krankenhaus“ ist in

⁴ „ R. Jacob, W. Eirmbter, A. Hahn, Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung , in: Z. f. Gesundheitspsychologie 7(1999)105–119, 108.

⁵ Es ist dies eine Gefahr, die manchen religiösen Heilungsgebeten oder esoterisch-therapeutischen Heilungsritualen innewohnen kann.

⁶ Bewusst vermeide ich den vielfach verwendeten Begriff eines „ganzheitlichen“ Engagements, der sicherlich ungewollt wieder in die Nähe totalitärer Ansprüche führen kann, die in der (Medizin)Geschichte verheerende Auswirkungen zeigten.

⁷ Zulehner P.M., Hager I., Polak R., Kehrt die Religion wieder? Religion im Leben der Menschen 1970–2000, Ostfildern 2001.

die globale kulturelle und religiöse Entwicklung der spät- oder postmodernen Gesellschaft eingebettet. „Schillernd, komplex und widersprüchlich ist die religiöse Befindlichkeit der Menschen.“⁸

2.1. Der Wandel der Religiosität in der spätmodernen Gesellschaft

Religion wird verschwinden, denn Religion und Moderne seien kaum vereinbar. Davon war die soziologische Forschung bis in die 70er und 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts überzeugt. Die Gesellschaft würde sich zunehmend „säkularisieren“ und die aufgeklärten, „rationalen“ Welt- und Lebensdeutungen der Wissenschaft würden die Religion ablösen. Man würde Religion einfach nicht mehr brauchen. Im Feld der Wissenschaft war Religion weitgehend tabu.

Seit Mitte der 90er Jahre muss diese „Säkularisierungshypothese“ differenziert werden. Die religionssoziologische Analyse erwies einen überraschenden Trend zur „Respiritualisierung“ (M. Horx).

Die sogenannten „religionsproduktiven Tendenzen“⁹ der spätmodernen Gesellschaft des Westens wurden immer deutlicher sichtbar.

Diese Entwicklung äußert sich in zweierlei Richtungen:

- a) Im Umfeld einer allgemeinen Tendenz zur Individualisierung und „Deinstitutionalisierung“ des Lebens zeigt sich auch ein Rückgang der institutionsbezogenen, verkirchlichten Religiosität bzw. ein deutlicher Verlust des Vertrauens in die etablierten Kirchen.
- b) Religiosität verschwindet nicht, sie wandelt sich! Sie entwickelt sich zunehmend als individuell gestaltete, autonom verantwortete und verinnerlichte Religiosität. Das Verhältnis der Menschen zu den religiösen Inhalten hat sich „subjektiviert“ (F. X. Kaufmann). „Jede(r) (ist) ein Sonderfall“ – so der Titel einer einschlägigen Studie¹⁰.

Die Religionsgemeinschaften verlieren zunehmend das Definitionsmonopol darüber, was Religion und Glaube ist.¹¹ Die Grenzen werden fließend und der

⁸ A.a.O., 9.

⁹ Vgl. Höhn H.J., Gegen-Mythen. Religionsproduktive Tendenzen der Gegenwart, Freiburg 1994.

¹⁰ Dubach A., Jede(r) ein Sonderfall. Religion in der Schweiz., St. Gallen 1992.

¹¹ Deinstitutionalisierung, Subjektivierung des Religiösen und neue „Religionsproduktion“ stellen allerdings – die Auswirkungen christlicher, islamischer oder hinduistischer Fundamentalismen erweisen es – gesellschaftlich hochambivalente Phänomene dar, die

individuellen Erfahrung kommt entscheidende Bedeutung zu. Diese Erfahrung wird heute bevorzugt als „Spiritualität“ bezeichnet.

In enger Verbindung damit steht die neue Nachfrage nach den nichtreligiösen psychosozialen Funktionen und Wirkungen von Religiosität und Spiritualität. So erklärt sich das wachsende Interesse z.B. der psychologischen Forschung an den therapeutischen Effekten religiöser Praxis.¹² Die Kirchen sind dadurch herausgefordert, in ihrer Praxis die mystischen, ästhetischen und therapeutischen Dimensionen der Religion wieder zu entdecken, die zunehmende Funktionalisierung und Instrumentalisierung des Religiösen aber auch (selbst-)kritisch zu reflektieren.

2.2. Einige Merkmale der religiösen Landschaft heute

2.2.1. Religion in Österreich

Die Wohnbevölkerung Österreichs betrug nach der Volkszählung 2001¹³ gesamt 8.032.926 Personen.

Die Religionszugehörigkeit ergibt sich wie folgt:

	Jahr 2001		Jahr 1991	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Römischkatholisch	5,92 Mill	74%	6,06 Mill	78%
Ohne rel. Bekenntnis	963.000	12%	668.000	8%
Evangelisch	376.000	4,7%		
Islamisch	339.000	4,2%	seit 1991 verdoppelt	
Orthodox	179.000	2,2%		
Andere christliche Gemeinschaften	70.000	0,9%		
Andere nicht-christliche Gemeinschaften	19.750	0,2%		
Israelitisch	8.140	0,1%		
Ohne Angabe	160.600	2%		

Die gravierendsten Veränderungen zeigen sich im Rückgang der Mitgliedszahlen der römisch-katholischen Kirche (minus 4%) und in der Zunahme der Menschen

aus theologischer Perspektive nicht einfach naiv begrüßt werden können, sondern eine kritische Auseinandersetzung erfordern.

¹² Vgl. Höhn H.J., „Religiöse Resteverwertung“, in: Furche Nr. 30, 25.7.02, S.

¹³ Quelle: Statistik Austria

ohne religiöses Bekenntnis (plus 4 %) sowie in der Verdoppelung der Angehörigen der islamischen Glaubensgemeinschaften seit 1991.

2.2.2. Verbreitung der Religiosität

In den Antworten auf die Frage „Wie würden Sie Ihre Religiosität einstufen?“ halten sich

- 8% für sehr religiös
- 59% als religiös
- 14% gleichgültig
- 10% eher nicht religiös
- 7% für nicht religiös¹⁴

Ältere Personen bezeichnen sich häufiger als religiös als jüngere; Männer sind im Schnitt weniger religiös als Frauen; nach Schulbildung aufgeschlüsselt zeigen sich nur geringfügige Unterschiede.

2.2.3. Weltanschauliche Haupttypen in Österreich¹⁵

Eine Analyse der religiösen Aspekte der Weltanschauung ermöglichte die Zuordnung zu vier großen Clustern:

1. Traditionelle Christinnen/Christen: 27 %:

Glauben an zentrale christliche Inhalte wie Auferstehung

2. Religionskomponisten: 30%

Übernehmen einzelne Positionen aus dem Christentum, assimilieren Fernöstliches (z.B. Reinkarnationsglaube).

3. Humanisten: 30 %

Gott ist – wenn es ihn gibt – nur im Herzen der Menschen. Um ein guter Mensch zu sein, braucht man nicht Christ zu sein. Humanisten sind eher nicht-christliche Naturalisten, die das Leben durch die Natur bestimmt sehen. Sie fangen auch mit Fernöstlichem und Atheismus nichts an. Die Sinnfrage wird eher als unnötig angesehen.

4. Atheisierende: 13 %

Es gibt keinen Gott, wenn es ihn geben sollte, ist davon nichts zu spüren; eher werden naturalistische und humanistische Positionen vertreten. Mit dem Tod ist alles aus.

¹⁴ Zulehner/Hager/Polak, 23.

¹⁵ Zulehner/Hager/Polak, 84.

2.2.4. Themen, die veranlassen, mit Gott in Kontakt zu treten¹⁶

Menschen, die mir wichtig sind	62%
Krankheit und ihre Überwindung	33%
meine Ängste und Hoffnungen	32%
Frieden und Gerechtigkeit in der Welt	25%
Notleidende in aller Welt	14%
Arbeit und Beruf	12%
meine Sünden und meine Rettung	9%
Wohlstand	3%

2.2.5. Ansichten über den Tod¹⁷

Zwei Fragen wurden gestellt. Es sollte erhoben werden, wie die Befragten grundsätzlich über den Tod denken und von welchen Vorstellungen sie sich dabei leiten lassen.

24% der Befragten gaben an, sich mit der Frage des Todes noch nicht beschäftigt zu haben, 28% betrachten die Frage nach dem Leben nach dem Tod als belanglos.

	trifft zu	teils-teils	lehne ich ab
Ich hoffe, dass es ein Weiterleben nach dem Tod gibt	68%	15%	17%
Mit dem Tod ist alles aus	25%	17%	58%
Die Menschen werden mit Leib und Seele von den Toten auferstehen	28%	21%	51%

Zulehner et al. resümieren: „Sehr religiöse Menschen hierzulande glauben zur Hälfte in christlicher Weise an die Auferstehung Jesu, ein Drittel an Auferstehung und Reinkarnation. Die religiösen Menschen verteilen sich schon anders. Hier sind gleich viele Reinkarnierer wie christlich Hoffende, die Hauptgruppe bilden Zweifler, die Komponenten aus verschiedenen Deutungssystemen aufweisen...Wer eher nicht religiös ist, kann weder mit einer Auferstehung noch mit einer Reinkarnation etwas anfangen. Zwei Drittel der Nichtreligiösen gehen davon aus, dass nach dem Tod nichts sein wird...Die Deutung des Todes im Sinn einer Relativierung vom Ende in einen Übergang erweist sich als eine der zentralen Leistungen der Religionen unter vielen anderen.“¹⁸

2.2.6. Die Bedeutung von Ritualen

¹⁶ Zulehner/Hager/Polak, 59.

¹⁷ Zulehner/Hager/Polak, 53f.

¹⁸ Zulehner/Hager/Polak, 53f.

Menschen wünschen sich biographisch verortete religiöse Rituale. Die in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen zu erfahrende große Bedeutung von Symbolhandlungen und Ritualen findet sich in den Forschungsergebnissen bestätigt.

Angesichts der starken Individualisierung überraschen die Ergebnisse auf die Frage nach der Wichtigkeit religiöser Rituale in bestimmten biographischen Situationen.

(Sehr) wichtig ist ein religiöses Ritual bei¹⁹

religiöse Selbsteinschätzung	Geburt	Heirat	Tod
sehr religiös	91%	87%	92%
religiös	88%	82%	90%
gleichgültig	75%	62%	72%
eher nicht religiös	60%	45%	67%
nicht religiös	32%	28%	44%

Die hohe Wertschätzung für religiöse Rituale bei (sehr) religiösen Menschen überrascht nicht. Beachtenswert ist aber die hohe Einschätzung der Wichtigkeit religiöser Rituale auch durch Befragte, die sich als „eher nicht religiös“ oder „nicht religiös“ einstufen. Die Bereitstellung von Möglichkeiten des Vollzugs von Ritualen im (klinischen) Alltag erweist sich aus diesen Daten als wesentliche Forderung und Herausforderung einer „spirituellen“ Begleitung.

Dr. Karl-Heinz Ladenhauf

Spiritualität als Forschungsgegenstand der klinischen Religionspsychologie
Dr. Human - Friedrich Unterrainer

Der interdisziplinäre Gegenstand der Religionspsychologie weist – von den Fächern Psychologie, Medizin, Theologie und Philosophie betrieben – eine über hundertjährige Forschungstradition auf. Dies betrifft vor allem den angloamerikanischen Bereich, doch auch im europäischen bzw.

¹⁹ Zulehner/Hager/Polak, 61.

deutschsprachigen Raum ist das Interesse an der Thematik vor allem von Seiten der klinischen Psychologie in den letzten Jahren stark angestiegen.²⁰

Die Religionspsychologie untersucht die psychologischen Gesetzmäßigkeiten religiöser Vorstellungen, Auffassungen, Empfindungen oder Gefühle, wie die religiösen Verhaltens insgesamt. Die Religionspsychologie forscht im Bereich der menschlichen Wirklichkeit, in der ein „Glaube“ – oder ein „Unglaube“ an eine göttliche Existenz beobachtet werden kann. Sie fragt nicht nach der göttlichen Wahrheit – dies ist eine Aufgabe der Theologie.²¹

Aufbauend auf dem schon in den 50er bzw. 60er Jahren von Allport und Mitarbeitern formulierten Ansatz der intrinsischen bzw. extrinsischen Religiosität, wurden zahlreiche Ansätze entwickelt,²² um Religiosität bzw. Spiritualität ein- bzw. mehrdimensional zu erfassen. Die intrinsische Form verweist auf eine tief empfundene Gläubigkeit, wohingehend die extrinsische Form eine Haltung ausdrückt, die in erster Linie darauf ausgerichtet ist, soziale Bedürfnisse zu decken. Anderes formuliert: Der intrinsisch religiöse Mensch pflegt seinen Glauben – der extrinsisch religiöse benutzt ihn.

Die Spiritualität im Rahmen der Religionspsychologie als ein von der Religiosität zu unterscheidendes Konstrukt zu betrachten, erscheint vor allem dahingehend gewinnbringend, als die Spiritualität als eine nicht an Traditionen gebundene, überkonfessionelle Form der Gläubigkeit betrachtet werden kann. Im Gegensatz dazu haftet die Religiosität als Merkmal der Religion an und verweist somit eher auf eine Gläubigkeit, die (zumindest in unserem Kulturkreis) im christlichen Kontext stattfindet.²³

Abseits esoterischer Strömungen kann die Spiritualität als Lebensgefühl konzipiert werden, welches durch ein „Sich-eingebunden-fühlen“ in die Natur, aber auch durch die Beziehung zu Gott beschrieben werden kann.

Davon ausgehend kann das erstmalig von Engel (1975) formulierte bio - psycho - soziale Modell von Gesundheit und Krankheit durch eine spirituelle Komponente erweitert werden, als hier besonders das individuelle Transzendenz erleben Berücksichtigung finden soll.²⁴

Die deutschsprachige Forschung zum Merkmal der Spiritualität ist aber nach wie vor als dürftig zu betrachten, wodurch es reizvoll erscheint, vorhandene und oftmals angewandte Konzepte der klinischen Psychologie durch den Bereich der Spiritualität zu ergänzen.

²⁰ vgl. z.B. Henning, Murken & Nestler, 2003

²¹ vgl. Utsch, 1998

²² 1966, zit. n. Huber, 1999

²³ Deusinger & Deusinger, 1996; Utsch, 1998

²⁴ vgl. Miller & Thoresen, 2000

Ist der religiös - spirituelle Mensch gesünder? Kann Religiosität bzw. Spiritualität vor Krankheit schützen? Verfügt der religiös - spirituelle Mensch über mehr Ressourcen im Umgang mit einer (existenziell bedrohlichen) Erkrankung?

Zahlreiche Studien zeigen positive Zusammenhänge von Religiosität bzw. Spiritualität und Gesundheit. So scheint der religiös - spirituelle Mensch sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht gesünder.²⁵

Leider finden sich auch hier wenige Studien, in denen Menschen über einen längeren Zeitraum zu mehreren Messzeitpunkten beobachtet bzw. befragt wurden (Längsschnittsuntersuchung), sondern meist nur zu einem Messzeitpunkt (Querschnittsuntersuchung), was nur bedingt Aussagen über eine mögliche protektive (schützende) Wirkung von Religiosität bzw. Spiritualität auf die Gesundheit zulässt.

Auch am Grazer Psychologieinstitut wurden (und werden) auf der Abteilung für Klinische Psychologie unter der Leitung von Prof. Helmuth Huber in den letzten Jahren immer wieder Diplomarbeiten und Dissertationen angefertigt, die die Untersuchung des Zusammenhangs von Religiosität bzw. Spiritualität und Gesundheit zum Thema haben. Im Zuge dieser Forschungsarbeit wurde auch ein Fragebogeninventar zur Erfassung der allgemeinen Religiosität entwickelt.²⁶

In eigener Forschung wird nun aufbauend auf den Erkenntnissen der Diplomarbeit²⁷ ein Fragebogeninventar zur Erfassung der Spiritualität entwickelt. Dieses Vorhaben ist eingebettet in ein interdisziplinäres Forschungsprojekt von Klinischer Psychologie und Pastoraltheologie (Prof. Karl-Heinz Ladenhauf) und soll neben der Testkonstruktion auch weitere Erkenntnisse über die Rolle der Spiritualität in der Krankheitsverarbeitung bringen bzw. klären, ob es möglich ist, die Sinnhaftigkeit der Erweiterung des bio - psycho - sozialen Ansatzes von Gesundheit und Krankheit durch eine spirituelle Komponente auch durch empirisches Datenmaterial zu belegen.

In einem letzten Schritt können die Ergebnisse an alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen als Beitrag zur Steigerung der spirituellen Kompetenz im Rahmen von Fortbildungen rückgemeldet werden.

Literatur:

Deusinger, F. L. & Deusinger, I. M. (1996). Religiöse Einstellungen – Gottesvorstellungen – ekklesiogene Neurosen. In H. Moosbrugger, C. Zwingmann, D. Frank (Hrsg.),

²⁵ vgl. Thoresen, 1999

²⁶ vgl. Grabner, 1998; Trinker, 2002

²⁷ vgl. Unterrainer, 2002

- Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie (S. 129 – 144). München; New York: Waxman.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Grabner, A. (1998). Religiosität und psychische Gesundheit. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Henning, C., Murken S. & Nestler E. (2003). Einführung in die Religionspsychologie. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Huber, H. P. (1999). Religiosität als Thema der Psychologie und Psychotherapie. In H. Schmidinger (Hrsg.), *Religiosität am Ende der Moderne – Krise oder Aufbruch?* (S. 93 – 123). Innsbruck: Verlagsanstalt Tyrolia.
- Miller, W. R. & Thoresen, C. E. (2000). Spirituality and Health. In W. R. Miller (Hrsg.), *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners* (S. 3 – 19). Washington: American Psychological Association.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health. Is there a Relationship?. *Journal of Health Psychology*, 4, (3), 291 – 300.
- Trinker, K. (2002). Religiosität und seelische Gesundheit. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Unterrainer, H. (2002). Spiritualität, Suizidalität & Sucht. Auswirkung der Therapiedauer auf das Ausmaß der Veränderung von spirituellem Erleben, suizidalen Gedanken und Depressivität bei männlichen Alkoholabhängigen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Utsch, M. (1998). *Religionspsychologie: Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

Dr. Human Unterrainer

Autonomie und Lebenswirklichkeit – Spiritualität als Teil des Heilungsauftrages im Krankenhaus

Dr. Michael Peintinger

„Spiritualität ist der Baustil, der die Architektur meines Lebenshauses bestimmt.“ Dieses Zitat eines deutschen evangelischen Theologen erweist sich als hilfreiches Bild, will man den Stellenwert der Spiritualität im medizinischen Heilungsprozess beschreiben.

Die Architektur des Lebenshauses wird von der persönlichen, emotional gefärbten Lebensgeschichte und den Erfahrungen und Überzeugungen gebildet. Sie ruht damit auf einer Hierarchie von Werten, Normen und Präferenzen. Spiritualität verhilft dazu, dieser individuellen Wertehierarchie eine konkrete Ausrichtung – einen bestimmten Stil – zu verleihen und sie damit maßgeblich im Sinne einer Lebenssinneinschätzung und Lebenszielorientierung auf ein größeres Ganzes hin zu ordnen. Sie ist es, die – fußend auf den inneren Wertungsprozessen – den je individuellen Hoffnungen Halt und den persönlichen Sehnsüchten Form gibt.

Es ist verständlich, dass diese individuelle Wertehierarchie insbesondere im Zuge von Krankheitsprozessen häufig Veränderungen unterliegt, die in dramatischen Fällen sogar bis zu einem gänzlichen Umbau des Gefüges führen können. Ändert sich also die Wert-„Architektur“, wird dies nicht ohne Einfluss auf den spirituellen Baustil bleiben. Andererseits werden Umbauten und Wiederherstellungen des Gefüges ohne Berücksichtigung des Baustils nicht sinnvoll erfolgen können. Um daher die Bedeutung der Spiritualität im Heilungsprozess zu beschreiben, muss ein wenig weiter ausgeholt werden.

Betrachtet man nämlich den medizinischen Alltagsbetrieb, so drängt sich der begründete Verdacht auf, dass Wertorientierung und Spiritualität des kranken Menschen, ebenso wie die Spiritualität, die dem Heilungsprozess innewohnen kann, im Krankenhaus nur selten wahrgenommen wird. Dafür lassen sich einige Faktoren verantwortlich machen.

Unbestritten ist, dass durch den weitreichenden Umbau der Werte in der Gesellschaft während der letzten Jahrzehnte eine allgemein gültige, gemeinsame Hinordnung auf ein größeres Ganzes grundsätzlich erschwert wurde. Allein die Wandlung des Bedeutungsinhalts des „Höchsten Gutes“, als welches ursprünglich das religiös begründete „Ewige Leben“ angesehen wurde, unter dem jedoch heute zumeist eher die „Gesundheit“ verstanden und mit dem Begriff Lebensqualität operationalisierbar gemacht wird, hat dazu beigetragen.

Denn die allgemeine, gleichgerichtete Hinordnung auf ein jenseitiges „Ganzes“ erleichterte neben der Einordnung des krankheitsbedingten Zustandsbildes in

das Lebenskonzept auch eine kollektive Ausrichtung. Die individuellen Wertehierarchien unterschieden sich deshalb oft nur unwesentlich von einander. Selbst wenn die je eigenen Auffassungen nicht explizit kommuniziert und dargelegt wurden, konnte von anderen darauf Bezug genommen werden. Wertbegründete Entscheidungen waren auf diese Weise leichter vorhersehbar und blieben auch mit je eigenen Vorstellungen kongruent, weshalb Abweichungen davon zum Teil auch einfacher als tatsächliche Fehlauflassung oder als durch eine psychische Alteration verursacht zu identifizieren waren.

Mit dem „Transzendenzverlust“ des „Höchsten Gutes“ und der durch ihn teilweise bedingten nachfolgenden Aufsplitterung und Pluralisierung von Wertorientierungen standen sich Arzt und Patient²⁸ als „moral strangers“ gegenüber.²⁹ Es konnte nicht mehr unreflektiert von gleichen hierarchischen Strukturen und Einschätzungen ausgegangen werden. Mit anderen Worten: Es wurde zunehmend notwendig, die je individuelle Auffassung der Kranken auszuloten. Indem man sich jedoch dieser Mühe selten unterzog und die persönlichen Präferenzen des Patienten vernachlässigte, wurde damit statt der Wertehierarchie des Patienten die je eigene – wertgestützte – paternalistische Einschätzung des Patientenwohls zum eigentlichen Maßstab von Entscheidungen gemacht.³⁰

Von besonderer Bedeutung für die Ausblendung der Wertorientierung im medizinischen Bereich hat sich weiters die durch den Aufschwung der naturwissenschaftlichen Medizin stattfindende Objektwerdung des Menschen erwiesen.

In der Zeit vor dem naturwissenschaftlichen Aufschwung wurden Begründungszusammenhänge zwischen krankheitsbedingtem Zustand und Leben gesucht, um daraus Therapien abzuleiten. Durch den zunehmenden Vorrang von „horizontalen“ Kausalitätsüberlegungen ging die „vertikale“ Wahrnehmung der Bedeutung des Krankheitszustandes für das Leben des betreffenden Menschen verloren und wurde durch die Suche nach einer naturwissenschaftlich erklärbaren Krankheitsursache ersetzt. Dies lässt sich beispielsweise anhand von Infektionskrankheiten veranschaulichen.

Mit der Entdeckung von Bakterien und Viren konnte die Krankheitsursache von Infektionen beschrieben und durch entsprechende Antibiotika kausal behandelt werden. Dabei war und ist zur richtigen Auswahl des Antibiotikums die Kenntnis des Erregers (Kausalität), nicht jedoch die Bedeutung der Erkrankung für den

²⁸ Die Verwendung der gebräuchlichen maskulinen Termini bezieht sich selbstverständlich sinngemäß auf Personen beiderlei Geschlechts und stellt nur eine Konzession an die Lesbarkeit des Textes dar!

²⁹ vgl. Rössler, D., Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns,

62

³⁰ weiterführend dazu: Peintinger, M., Therapeutische Partnerschaft, 193ff. und 272f.

Menschen (Vertikalität) maßgeblich. Der Erfolg der Strategie war insbesondere für die Infektionserkrankungen überwältigend und gilt weitgehend als unumstritten.

Das Problem, vor dem die naturwissenschaftliche Medizin jedoch ungeachtet ihres enormen und hilfreichen Fortschritts stand und noch steht, liegt allerdings darin, dass sie erstens nahezu alle Krankheitsbilder auf diese Weise beschreiben, erklären und behandeln will.³¹ Zweitens, dass etwa die Frage, weshalb bei gleicher Keimexposition einige Menschen erkranken, andere sich jedoch als resistent erweisen, damit auch weiterhin selten ausreichend geklärt werden kann. So weist beispielsweise allein die Diskussion um die Bedeutung emotionaler Faktoren für die Immunabwehr weiterhin auf diese „vertikalen“ Faktoren der Krankheitsgenese hin.

Wo aber alles auf der naturwissenschaftlichen Ebene begründet, erklärt und behandelt werden kann und will, wo jede Bedeutung des Krankheitserlebens für mechanistisch anmutende Therapiekonzepte als unerheblich eingestuft wird, stellt auch die Spiritualität im Sinne einer Hinordnung auf ein größeres Ganzes einen gänzlich verzichtbaren Fremdkörper dar.

Neben dieser ersten Objektwerdung, also der „Entwendung der Krankheit“ durch Ausblendung des persönlichen Krankheitserlebens, lässt sich jedoch noch eine „modernere“, mindestens ebenso wirkungsvolle Verobjektivierung feststellen, die erst mit der zunehmenden Selbstbestimmung des Patienten ins Bewusstsein rückte.

Das Prinzip der Selbstbestimmung wurde lange Zeit mit den übrigen so genannten mittleren medizinethischen Prinzipien³² – nämlich Fürsorgeprinzip, Nichtschadensverpflichtung und Gerechtigkeitsprinzip – als gleichrangig angesehen. Mit der fortgesetzten Entwicklung des Menschenbildes und der Gesellschaft wurde und wird das Prinzip der Autonomie des Kranken jedoch immer prominenter. Die übrigen Prinzipien, insbesondere das zumeist als im Spannungsfeld mit ihm stehend angesehene Fürsorgeprinzip, werden ihm immer deutlicher nachgeordnet.³³

Dabei muss allerdings zugleich eingeräumt werden, dass sich gegenwärtig die Bedeutung des Autonomieprinzips in der Medizin – wenn überhaupt! – nur in der

³¹ Erst vereinzelt setzen sich manche Konzepte durch, die beispielsweise bei malignen Erkrankungen vermehrt auf individuelle Faktoren Bezug nehmen. Diese Konzepte werden allerdings in der Regel von naturwissenschaftlich orientierten Medizinern nach wie vor als „romantisch“ und verzichtbar angesehen.

³² vgl. Beauchamp TL, und Childress, JF, Principles of Biomedical Ethics.

³³ vgl. Peintinger, M., Therapeutische Partnerschaft, 98ff.

Notwendigkeit der Zustimmung zu einer therapeutischen Handlung erschöpft.³⁴ In diesem Fall wird jedoch bloß auf das – noch – wertneutrale „Erkennen“ also das analytische Verstehen, nicht jedoch auf ein tatsächliches „Be-werten“ Bedacht genommen. Mit anderen Worten: Die Entscheidung des Patienten kann auch unter weitgehender Ausblendung seiner individuellen Werte und seiner auf Präferenzen basierenden Auffassung erfolgen.

Der eigentliche Sinn der Autonomie reicht jedoch weiter. Eine Entscheidung ist nämlich erst dann wahrhaft selbstbestimmt, wenn sie umfassend auf der individuellen Wertehierarchie aufbaut und damit tatsächlich mit der aktuellen Lebenswirklichkeit kongruent ist; wenn sie nicht auf der kritiklosen Annahme der vom Arzt angebotenen Werte beruht; wenn sie nicht auf einer durch strategische Manipulation erzeugten virtuellen Wirklichkeit aufbaut, wozu unter anderem etwa eine nicht wahrheitsgemäße Zustandsbeschreibung oder die bewusste Ausblendung anderer, vom Therapeuten weniger beherrschter Therapieverfahren im Aufklärungsgespräch zu zählen sind; wenn sie weiters nicht auf einer streng naturwissenschaftlichen, also „unreflektierten“ Analyse, und nicht bloß auf der jede weitere Überlegung hemmende fatalistisch-resignativen Frage „Was soll ich denn tun?“ beruht. Dementsprechend dient das Fürsorgeprinzip dazu, das Wohl des Patienten, welches somit um die gewährleistete und weitreichende Selbstbestimmung des Patienten erweitert wird, zu fördern. Schon dadurch lassen sich im Alltag zahlreiche vermeintliche Spannungsfelder zwischen den Prinzipien durchaus sinnvoll und heilsstiftend auflösen!

Damit besteht die zweite, „modernere“ Objektwerdung des Patienten darin, dass neben der Vernachlässigung des persönlichen, emotional gebundenen Krankheitserlebens durch eine bloße „Symptomenübersetzung“ in naturwissenschaftliche Termini auch die wertgesättigte Lebenswirklichkeit und damit die individuelle Wertehierarchie ausgeblendet werden.

Gerade diese zweite Objektwerdung – also die Vernachlässigung der individuellen Wertehierarchie des Kranken und die daraus folgende Einschränkung der Selbstbestimmung – steht jedoch dem Gesundheitsprozess des Patienten entgegen.

Denn die Heilsamkeit von Therapien und Genesungsvorgängen werden schon vom kranken Menschen selbst längst nicht nur hinsichtlich der Beeinträchtigung unter den einzelnen Therapieschritten und dem naturwissenschaftlichen Endergebnis bewertet, sondern beziehen sich darauf, wie sich der Mensch in seiner Gesamtheit am Ende des Verlaufes erfährt und inwieweit er sich selbst im umgangssprachlichen Sinn wieder als „gesund“ bezeichnen kann. Diese

³⁴ Schon bei der Zustimmung zu den diagnostischen Verfahrensschritten lassen sich heute noch große Defizite feststellen!

Einschätzung stellt dabei auf die je individuelle Wertorientierung ab und bezieht auch einen gegebenenfalls im Krankheits- und Gesundheitsprozess stattgehabten Hierarchieumbau mit ein. Diese neue Selbsteinschätzung stellt zugleich einen Beweis der (wiedererstarzten) Selbstbestimmungskompetenz dar.

Dieser Entwicklung haben auch die moderneren Gesundheitsdefinitionen, welche die utopische Gesundheitsdefinition der WHO endgültig und zu Recht abgelöst haben, Rechnung getragen. Sie sprechen – realistischer – davon, dass jeder Mensch als gesund anzusehen ist, der ungeachtet seiner Beschränkungen und Belastungen imstande ist, relativ autonom zu bleiben.³⁵ Demnach stellt die Zunahme einer Autonomiekompetenz, im Einklang mit den Überlegungen des belgischen Philosophen Malherbe, auch ein wesentliches zusätzliches Therapieziel dar.³⁶

Wer daher die Wertorientierungen im Krankheitsprozess nicht außer Acht lässt, ja mehr noch: Wer darauf drängt, diese von Anfang an in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, um dadurch wirklich authentische Entscheidungen zu ermöglichen, der trägt damit zur Förderung der Selbstbestimmungskompetenz des Patienten und – gemäß Malherbe'scher Definition – zu dessen eigener Gesundheit bei.

Damit aber obliegt es den die Kranken betreuenden Berufsgruppen, insbesondere dem Pflegepersonal und den Ärzten, die individuelle Wertorientierung des kranken Menschen wahrzunehmen, wollen sie nicht einen umfassenden, weit über den naturwissenschaftlichen Aspekt hinausreichenden Therapieerfolg gefährden.

Diese fürsorgliche Hilfe kann dabei bereits zu jenem Zeitpunkt einsetzen, indem sich der sich krank fühlende Mensch seiner Werte bewusst wird, die er – verleitet durch das als selbstverständlich empfundene „Schweigen der Organe“ (Gadamer) und ungeachtet der Tatsache, dass er in jeder alltäglichen Entscheidung auf sie Bezug nimmt – häufig ausblendet.

Der Patient sieht sich damit zugleich vor die Bewältigung zweier Probleme gestellt.

Zum einen wird ihm – vielleicht erstmals – seine eigene Wertewelt konkret und umfassend bewusst, zum anderen erlebt er sich selbst in der Einschätzung dieser Werte und in der Reflexion von Tatsachen an ihnen als unerfahren.

Erschwerend kommt hinzu, dass bei dramatischen Erkrankungen und Diagnosen die wohlgefügte Ordnung und Balance der Werte entweder häufig zerstört ist, oder – im Gegenteil – für den Augenblick extrem fixiert wird, um anhand dieser –

³⁵ vgl. Siegrist, J., Medizinische Soziologie, 202f.

³⁶ vgl. Malherbe, J.- F., Medizinische Ethik, 125.

letztlich nicht immer gewährleisten – Sicherheit die Orientierung nicht zu verlieren. Beide Zustände erschweren die sinnvolle Reflexion von Wünschen und Vorstellungen an den persönlichen Präferenzen und verhindern eine authentische individuelle Interpretation des augenblicklichen Zustandes, die jedoch die unverzichtbare Voraussetzung für eine wirklich selbstbestimmte Entscheidung darstellt.

Damit lässt sich der konkrete Beitrag, den die Gesundheitsberufe in diesem Prozess zu leisten vermögen, aufzeigen.

Er besteht darin, dem Patienten beim Bewusstwerden und der Adaptation der Wertorientierung behilflich zu sein und ihn auch zu dieser Reflexion zu ermuntern. Diese Hilfe beginnt bereits bei der ersten Begegnung. Schon in der Schilderung des Krankheitserlebens lassen sich in der Einschätzung des Zustandsbildes aktuelle und erinnerte Bewertungen feststellen, auf die nachfolgend Bezug genommen werden kann. Aus ihnen lassen sich überdies bereits erste Hinweise auf die gegenwärtige Wertehierarchie ableiten, die im Rahmen dieser Wertanamnese erhoben werden soll.

Dieses Wissen trägt dazu bei, dass nachfolgende Veränderungen in der Wertstruktur des Patienten im Laufe des therapeutischen Prozesses leichter wahrgenommen und auch angesprochen werden können. Der frühe Zeitpunkt dieser Kenntnisnahme, lange vor der Besprechung anstehender diagnostischer und therapeutischer Vorgehensweisen, fördert zudem auch die Einschätzungsmöglichkeit, inwieweit der Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt sein Recht wahrnehmen kann, eine authentische, wertegestützte Entscheidung zu treffen. Abgesehen davon, dass jede nachfolgende Aufklärung bezüglich diagnostischer und therapeutischer Schritte, jede Information von Ergebnissen den Bedürfnissen des Patienten besser angepasst werden kann, ermöglicht es die frühzeitige Kenntnis der Werte auch leichter, überraschende oder nicht nachvollziehbare Entscheidungen besser einzuordnen, hilfreicher zu hinterfragen und daran anknüpfende eigene Bedenken besser zu argumentieren.

Der Beitrag der Gesundheitsberufe zur Wertorientierung besteht weiters darin, dem Kranken beizustehen, wenn er in dramatischen Situationen eine neue Hierarchie zumeist nur aus wenigen zentralen Werten zu entwickeln beginnt, um überhaupt Entscheidungen treffen zu können. Dem in diesem Zusammenhang möglicherweise erhobenen Vorwurf, zum Leid des Patienten werde ihm offenbar auch noch eine „pädagogische Fleißaufgabe“ aufgebürdet, kann insofern begegnet werden, als ja der Patient, verleitet durch die „Verborgenheit der Gesundheit“ (Gadamer) schon durch die Wahrnehmung der ersten Symptome früher oder später von selbst in diesen Lern- und Adaptationsprozess eintritt.

Die Hilfe der Gesundheitsberufe besteht nicht zuletzt auch darin, dem kranken Menschen insbesondere bei schicksalhaft dramatischen Entscheidungen die Gewissheit zu bieten, dass meist genügend Zeit zur Verfügung steht, damit er

zunächst erst ein wenig Ordnung in seine Gedanken und Wertorientierung bringen kann, ehe er zu einer Entscheidung aufgefordert wird.³⁷

Wer sich dieser Hilfe nicht verschließt, muss sich zugleich auch einer Gefahr bewusst sein. Diese besteht darin, dass der ärztliche oder pflegerische Ansprechpartner dem Patienten, wohl oft mit der Intention, Entscheidungen aus Zeitersparnis rasch herbeizuführen, statt der möglicherweise weitgehend daniederliegenden Wertehierarchie des Kranken die eigene Wertorientierung – gewissermaßen als „Instant-Wertorientierung“ – anbietet.³⁸ Nützt der Kranke dieses Angebot unkritisch und trifft seine Entscheidung dann aufgrund dieser „Leih-Orientierung“, mag sein Willensakt möglicherweise selbstbestimmt erscheinen und wohl auch rechtlich unproblematisch eingeschätzt werden können. Als tatsächlich autonom in der umfassenden Bedeutung und daher authentisch wird sie jedoch kaum anzusehen sein.

Sowohl bei der Neoadaptation der Werte aufgrund der geänderten Lebensumstände als auch beim Umbau der Wertehierarchie wird sich der je individuelle Baustil – also die Spiritualität – verdeutlichen. Die durch sie bedingte Klarheit, wie ein individuelles Lebenskonzept aussehen könnte, auf das dann die je eigene Wertehierarchie ausgerichtet werden kann, wird jede Neustrukturierung erleichtern. Die spirituelle Hinordnung auf ein „Größeres Ganzes“ trägt damit zur Rehabilitation der vertikalen Bedeutung von Krankheitszuständen bei und fördert die Frage nach dem Sinn der Krankheit.³⁹ Sie äußert sich insbesondere darin, dass aus der Frage „Warum bin ich krank geworden?“ die Frage „Wozu bin ich krank geworden?“ entwickelt werden kann.

Allerdings lässt die Behandlung von Fragen, in denen die spirituelle Dimension des Lebenssinnes implizit mitschwingen, die Medizin mitunter auch als partiellen Ersatz von Religionen erscheinen.⁴⁰ So sehr die Fragen daher aus Gründen der Heilsamkeit in vertrauensvollen Gesprächen zu behandeln sind, so gefährlich ist

³⁷ Wer in diesem Fall immer gleich den „Notfall“ ins Spiel bringt, übersieht einerseits, dass die überwiegende Mehrzahl der Fälle keineswegs augenblickliche Entscheidungen oder Urteile innerhalb von Stunden und Tagen erfordern, was oft nur durch strukturelle Gegebenheiten und abteilungsspezifische Gewohnheiten, automatisierte Abläufe oder die Ungeduld der medizinisch handelnden Personen ausgelöst wird. Andererseits wird übersehen, dass mit zunehmender Einführung von Patientenverfügungen eine Möglichkeit zu einer Reflexion vorab geboten wird!

³⁸ Beispielsweise liegt dies in der typischen Aussage verborgen: „Wenn Sie meine Mutter/mein Vater wären...“. So sehr sie Nähe, Empathie und Mitmenschlichkeit ausdrücken soll, so sehr wird zugleich auch eine gänzlich andere Wertorientierung zur Entscheidung angeboten. Entscheidet sich der Patient daraufhin ohne weiteres Besinnen, lässt sich dies nicht ohne weiteres als tatsächlich authentisch bezeichnen.

³⁹ vgl. Häring, B., Heilender Dienst, 141.

⁴⁰ vgl. Jung, C.G., Gesammelte Werke, Band 11, 362.

es jedoch auch, wenn dabei die vorhandene medizinische Kompetenz mit einer Expertenkompetenz zur Sinndeutung gleichgesetzt oder sogar verwechselt wird.

Denn mangels Ausbildung und Einübung können sich Ärzte wie Pflegeberufe in unserer multiethnischen, multikulturellen und daher auch „multi-gnostischen“ Gesellschaft höchstens auf eine „Kompetenz der Mitmenschlichkeit“ berufen. In Anlehnung an Jaspers steht daher „bloß“ ein Mensch dem kranken Menschen zur Verfügung, der mit ihm gemeinsam durch diesen von den Gegebenheiten und Fakten erzwungenen Lernprozess zu schreiten versucht.⁴¹

Eine durch die je maßgebliche Spiritualität erleichterte Adaptation der Wertehierarchie kann so dazu führen, dass der Mensch am Ende des Krankheitsprozesses sein Leben – selbst unter den geänderten Umständen – nach Möglichkeit wieder selbstbestimmt zu gestalten vermag.

Malherbe schreibt: „Die Medizin ist die Kunst, die Wissenschaft und die biomedizinische Technik an der Entfaltung der Autonomie der Mitmenschen zu beteiligen.“⁴²

Wenn sich die Medizin des 21. Jahrhunderts – gestärkt durch ihre vielfältigen naturwissenschaftlichen Erfolge – weder dem Gedanken der Autonomieförderung von Patient und therapeutischem Partner verschließt und stattdessen selbstgenügsam bis „autistisch“ die Krankheitsprobleme rein sachorientiert zu lösen versucht, wenn sie darüber hinaus bereit ist, die Wertorientierung des kranken Menschen und seine individuelle Spiritualität vermehrt in das therapeutische Gesamtkonzept einzubeziehen, wird ihr Dienst über eine „Reparatur“ hinaus tatsächlich wieder das Attribut „heilsam“ verdienen können!

Dr. Michael Peintinger

⁴¹ „Der Arzt ist weder Techniker noch Heiland, sondern Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem anderen.“: Jaspers, K., Philosophie, Band I, 127.

⁴² Malherbe, J.-F., Medizinische Ethik, 125.

„Das Gebet als Vernetzung von Krankenhaus und Lebenshaus“

Benno Scheidt

Meine sehr geehrten Damen und Herren:

Zur Bedeutung von Spiritualität im Krankenhaus haben meine Vorredner Wesentliches gesagt.

Ich will nun – über das Gesagte hinaus – Ihre Aufmerksamkeit auf den Gebetsakt lenken, insbesondere auf dessen vernetzende und beziehungsstiftende Funktion.

Zunächst aber eine Bemerkung zum Gottesbegriff:

Etymologisch ist das Wort „Gott“ von einem Verb für „gießen“ abgeleitet. Zu denken ist an ein vorchristliches Opferritual, bei dem zum Beispiel Öl zur Verehrung und zur Anrufung eines höheren Wesens ausgossen wurde. Ursprünglich ist es also ein Tun, eine religiöse Handlung, die dann mehr und mehr zum Inbegriff und Namen des Heiligen substantiviert wird. Im Zuge der Christianisierung wird das Neutrum schließlich in ein Maskulinum verwandelt.

Wer nun betet – in welcher Weise auch immer – der entwickelt eine bestimmte, mehr oder weniger klare Vorstellung vom Träger dieses Namens, vom Adressaten, an den er sich wendet, zu dem er eine Verbindung herstellen will. Hierin steckt aber eine doppelte Problematik: einerseits die Unmöglichkeit, sich ein adäquates Bild von Gott zu machen: „Endliches vermag Unendliches nicht in sich zu fassen“ und schon das zweite der 10 Gebote mahnt: „Du sollst dir kein Bildnis noch Gleichnis machen...“

Andererseits kommen wir nicht ohne solche Bildnisse, Gleichnisse oder Personifizierungen aus, können von Gott nur in Metaphern, in männlich, weiblich oder sächlich / neutral getönten Bildern sprechen – so zum Beispiel, wenn wir Gott unseren „Vater“ oder „Herrn“ nennen, ihn als Inbegriff der Liebe oder Weisheit sehen – als das auffassen, „was uns unbedingt angeht“ (the ultimate concern – Paul Tillich) oder den Begriff „Gott“ allgemein für eine höhere Macht, das Ultimate, oder die Transzendenz schlechthin setzen.

Ähnlich wie die Vokabel „Gott“ – ist nun auch das Wort: „beten / Gebet“ ein vielschichtiger und vieldeutiger Begriff, der – über seine Grundbedeutung „bitten“ hinaus – mit den unterschiedlichsten Vorstellungen und Emotionen, Hoffnungen und Enttäuschungen, Erwartungen und Befürchtungen verbunden und noch dazu mit den vielfältigsten – angenehmen wie unangenehmen – Kindheitserfahrungen und Erinnerungen gefüllt und besetzt ist.

Solche ambivalenten Gefühle und Vorstellungen im Blick auf den Gebetsakt mögen ein Grund dafür sein, dass sich viele mit dem Beten als Ausdruck und Teil ihrer spirituellen oder geistlichen Lebenshaltung schwer tun.

Was tut man aber, wenn man betet? Und was soll mit dem Wort: „Gebet“ gemeint sein? Ich will es mit einer Metapher veranschaulichen:

Beten heißt: Explizit oder implizit Gedankenfäden auf Gott / die Transzendenz hin zu spinnen.

Der Impuls dazu entspringt dem Herzen / der Seele – „es“ drängt einen quasi dazu – das „Herz“ stellt sozusagen den „Rohstoff“ bereit, der dann auf dem Webstuhl des Geistes im Gehirn zu Gedankenfäden versponnen und zu einem Gebet gebündelt und verdichtet wird.

Die Anlässe und Ursachen, die einen ins Beten bringen – und wäre es nur mit dem bloßen Gedanken „Ach Gott!“ – sind vielfältig. Vielfältig und vielschichtig auch die Gründe und Motive, sich an Gott als transzendente Instanz oder „höhere Macht“ zu wenden, diese um etwas zu bitten oder für etwas zu danken. Schwierig auch, die einzelnen Gebetsanliegen ethisch/moralisch zu bewerten und in schickliche oder unschickliche Kategorien zu sortieren.

„Denn wir wissen nicht, was wir beten sollen und wie sich's gebührt; sondern Gottes Geist selbst vertritt uns mit unaussprechlichem Seufzen“, schreibt der Apostel Paulus im Römerbrief (→ Römer 8,26).

Der Gebetsakt ist so verstanden immer noch mehr und anderes als bloße religiöse Technik; ist eine überkonfessionelle, Religionen übergreifende und in seiner Tiefe nicht auszulotende mystische (geheimnisvolle) Lebensäußerung. Der Gebetsakt kann weder auf bestimmte Formeln, Gesten und Gebärden reduziert werden, noch gibt es eine klare Trennlinie, die zwischen denken und beten zu ziehen wäre. Eines geht ins andere über, verschränkt sich – bildet sozusagen eine Art Resonanz auf die Erfahrung des Lebens; mithin eine Resonanz auf dessen transzendenten Grund und Ursprung.

Ich will mich nun weiter mit den beziehungsstiftenden Wirkungen des Gebetsaktes befassen. Zum einen in seiner Funktion als innerem Dialog, zum anderen in seiner Funktion als Fürbitte.

Ich beginne mit dem Gebetsakt als Innerem Dialog:

Zum einen kann das bedeuten, dass man seine Gedanken in meditativer Weise auf wesentliche Aspekte seines Lebens richtet; diese aus unterschiedlichen Perspektiven heraus in den Blick nimmt und anschaut. Man besinnt und konzentriert sich auf das, was einem wichtig ist und setzt es in Beziehung etwa zu den Worten des Vaterunsers oder eines Psalms oder eines Musikstückes (im Blick auf die Musik, das Lied, den Gesang gilt übrigens, was Kirchenvater Augustin einmal bemerkte: „doppelt betet, wer singt“ – „bis ora, qui cantat“).

„Innerer Dialog“ kann aber auch heißen, stille zu werden, tiefer in sich hinein zu hören: „Ich will sitzen und schweigen und hören, was Gott in mir redet“, so hat es der Theologe und Mystiker Meister Eckehart einst formuliert.⁴³

In dieser stillen, unspektakulären Form kann der Innere Dialog das Grundvertrauen des Betenden stärken und vertiefen. Die spirituelle Dimension des Lebens mag sich einem dabei weiter erschließen und auch das Loslassen von Dingen und Zuständen erleichtern, die nicht in der eigenen Macht liegen und auch dem Wollen und Können medizinischer Fachkräfte letztlich entzogen sind. Man mag sich so auf Kommendes – eine Operation etwa – vorbereiten, auf das Beste hoffen und sich doch auch auf das Schlimmste gefasst machen; die Bereitschaft vergrößern, sowohl die erhoffte Genesung als auch das befürchtete Sterben-Müssen anzunehmen.

Vorbild mag die biblische Szene im Garten Gethsemane werden, wo Jesus betet: „Vater, ist's möglich, so gehe dieser Kelch an mir vorüber, aber nicht wie ich will, sondern wie du willst.“ (Matthäus 26, 39)

Diese Szene macht auch deutlich, dass das Gebet kein Wunderheilmittel, keine Zauberformel ist, mit der man eine Situation auf magische Weise beeinflussen und etwa eine schwere Krankheit einfach heilen könnte. Und doch wirkt der Innere Dialog beim „Heil-Werden“ mit; indem er zum Beispiel die Einstellung zu einer Erkrankung verändern hilft, das Blickfeld weitet – über die eigene Existenz und Endlichkeit hinaus und es einem erleichtert – wie es in Psalm 31 heißt – „seinen Geist in Gottes Hände zu befehlen“. (Ps. 31 / Lk 23,46).

Neben dieser eher stillen, meditativen Ausformung kann der Innere Dialog auch die Gestalt eines Seufzers oder eines Stoßgebetes annehmen – ein Aufschrei, wie er wohl auch hier im Krankenhaus öfters zu hören sein wird: „Mein Gott – warum hast du mich verlassen?“ Auch ein solcher Schrei der Verzweiflung ist ein Akt des Gebetes, mit dem man sich selbst in der äußersten Not noch auf Gott, die Transzendenz bezieht; sie anruft, es wagt, seine Stimme zu erheben und den empfundenen Treuebruch anzuklagen.

Die seelsorgerlich – therapeutische Wirkung des Inneren Dialoges kann als eine Bewältigungs- oder coping-Strategie beschrieben werden, die sich auch in schwierigen Situationen als hilfreich erweist.

Hilfreich sowohl die stille Meditation, in der Grundvertrauen vertieft und Loslassen eingeübt wird; hilfreich aber auch, wenn Seufzer, Stoßgebet und Schrei, Schmerz, Verzweiflung, Wut und Trauer mit Worten, Tönen, Gebärden oder Tränen Ausdruck verliehen wird und sie damit erlebnisaktivierend wirken.

⁴³ in: Der Weg der Meister / Bd. 1&2 Hrsg. P.E.Döll / 1988² / Meditationshaus St. Franziskus Dietfurt / Altmühltal

Ich werte das Gebet – im Sinne der Integrativen Therapie (IT) – als „kreatives Medium“, das spirituelle Erfahrungsmöglichkeiten erschließen hilft und sich auch als Mittel der Krisenintervention eignet. Manchmal ist Beten tatsächlich das Einzige was einem noch zu tun bleibt, und der Gedankenfaden zu Gott hin die letzte Verbindung, die man in diesem Leben noch knüpfen kann.

Ich komme zur Fürbitte:

Wirkt das Gebet als Innerer Dialog vor allem als Bewältigungshilfe, so ist die Fürbitte mehr als ein Akt der Solidarität zu begreifen, in dem man intensiv an einen oder auch mehrere andere Menschen denkt; sie wohlwollend und liebevoll in den Blick nimmt, sich für ihre realen oder vermuteten Anliegen stellvertretend vor Gott/der Transzendenz stark macht. Die Fürbitte ist eine imaginäre Unterstützung und Begegnung mit Anderen, die sich dann auch bei realen Begegnungen hilfreich und förderlich auswirkt, beziehungsweise zum Auslöser für eine reale Begegnung werden kann. Der Gedankenfaden zum Mitmenschen ist hier die erste Verbindung, die aufgenommen und geknüpft werden kann.

Manchmal sagen mir Menschen, die ins Krankenhaus müssen: „Denken Sie an mich“ oder: „Beten Sie für mich.“ Und immer wieder höre ich, dass intensive Gedankenverbindungen wahrgenommen und gespürt wurden, dass man während eines Klinikaufenthalts Trost und Zuversicht alleine schon aus dem Empfinden schöpfte, dass Menschen an einen gedacht, bzw. für einen gebetet haben; dass man ihnen trotz räumlicher und zeitlicher Distanzen "innerlich" nahe war und sie diesen Beistand regelrecht spüren konnten.

Neben einer „fernen“ Fürbitte steht das gemeinsame Gebet, wo man etwa zusammen mit einem erkrankten Menschen, an dessen Bett, in einer Kirche oder an einem anderen Ort betet. Der gemeinsame Gebetsakt fördert noch nachhaltiger Trost und Hoffnung und vermittelt das Gefühl, mit seinen Sorgen und Ängsten nicht auf sich alleine gestellt zu sein.

Nach meiner Erfahrung bitten kranke oder trauernde Menschen von sich aus aber eher selten um ein gemeinsames Gebet. Das belegt auch die Studie „Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Klinikseelsorge?“, die im letzten Heft „Wege zum Menschen“⁴⁴ veröffentlicht wurde. „Beten“ steht darin an der letzten Stelle – wenngleich diese Erwartung immerhin noch von 55 % – also 250 der 454 Befragten geäußert wurde. Ich werte dies als Indiz, dass „Beten“ eine sehr ‚intime‘ Angelegenheit ist und es an dieser Stelle eine Scheu und Verlegenheit gibt, die sich erst dort legen, wo Vertrauen gefasst und eine tragfähige Beziehung entstehen kann. Bei einer Verweildauer von durchschnittlich sieben Tagen und dem mangelnden Schutz der Intimsphäre in Krankenzimmern ist das kaum möglich. Wo es sich doch ergibt und das Angebot, gemeinsam zu beten gemacht wird – etwa zum Abschluss einer seelsorgerlichen

⁴⁴ Heft 7 / 2003 – S. 463ff

Begegnung – dort wird dies zumeist gerne angenommen und oft als besonders tröstlich gewertet. In der Regel spreche ich eine kurze Fürbitte, die dann in die Worte des Vaterunsers übergeht. Häufig ist es gerade am Krankenbett erwünscht, sich dabei die Hand zu reichen oder die Hand aufzulegen und so auch körperlich spürbar verbunden zu sein. Ein solcher Kontakt stärkt das Grundvertrauen zusätzlich, indem er ein Gespür für die Anwesenheit und Gegenwart des Numinosen vermittelt. Es ereignet sich, was Jesus den Nachfolgenden in Aussicht gestellt hat: „Wo zwei oder drei in meinem Namen versammelt sind, da bin ich mitten unter ihnen.“ (Matthäus 18,20)

Was nun die seelsorgerlich – therapeutische Dimension der Fürbitte anbelangt – so wird hier überwiegend der vierte Weg der Heilung und Förderung (im Sinne der Integrativen Therapie) beschritten –, heißt: Menschen einer bestimmten „Schicksalsgemeinschaft“ vergrößern die Solidarität untereinander, was den Prozess des „Heil-Werdens“ fördert und zu einem humaneren Miteinander von erkrankten und gesunden Menschen beiträgt. Zugleich erweitert sich dadurch auch das Bewusstsein für die sinnstiftende spirituelle Dimension des Lebens, vertieft sich das Grundvertrauen.

Beim Beten – sei es als Innerem Dialog oder als Fürbitte – können Gefühle von Trauer und Hoffnung, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zugelassen und ausgedrückt werden. Häufig lösen sich die Tränen und durch das Zulassen und Ausdrücken der Gefühle wachsen Trost und Zuversicht. Dass zu den bio-, psycho- und soziologischen Dimensionen des Lebens auch die spirituelle als vierte Dimension gehört, sieht man auch darin, dass sie in die anderen drei eingebunden, in sie verwoben ist.

Auch Denken, Beten und Handeln sind miteinander verwoben und bedingen einander. Das eine geht ins andere über, ruft es hervor – dient nicht als Ausrede oder Alibi. Eine Fürbitte erübrigt etwa nicht den Krankenbesuch; was aber kann umgekehrt ein Besuch, eine Begegnung ohne innere Anteilnahme am Schicksal eines Mitmenschen bewirken? In diesem Zusammenhang sei auch an einen Aufsatztitel von Šandor Ferenci erinnert; er lautet schlicht: „Ohne Sympathie keine Heilung“.

Der Akt des Betens wirkt Verbundenheit. Er verbindet Menschen miteinander und auch mit Gott / Transzendenz. Der Gebetsakt verbindet in horizontaler wie auch in vertikaler Hinsicht und bindet uns als Kranke und Gesunde ein in ein größeres Ganzes. Gefördert wird die Zuversicht, dass wir – wie es am Ende des 23. Psalms heißt – „bleiben werden im Hause des Herrn“ –; also einen Platz im Lebenshaus haben und diesen – in welcher Form auch immer – über unseren Tod hinaus behalten werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

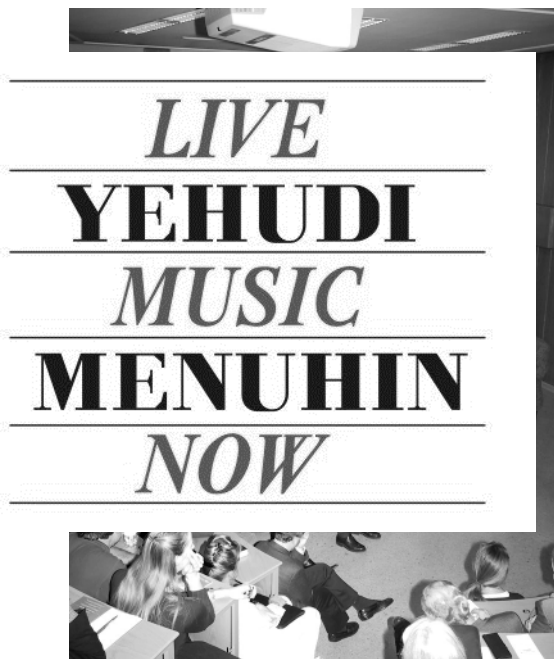
Benno Scheidt

LIVE MUSIC NOW Steiermark ...

... veranstaltet Konzerte in Seniorenheimen und Krankenhäusern, in Rehabilitationskliniken, in Sanatorien, bei Obdachlosen, im Gefängnis. Begabte junge Musiker spielen live bei all jenen, die aufgrund ihrer Lebensumstände nicht in einen Konzertsaal gehen können.

Musik wird damit Teil einer Therapie, denn Musik „heilt, Musik tröstet, Musik bringt Freude!“ Alle Mitarbeiter von LIVE MUSIC NOW arbeiten ehrenamtlich. Die Künstler, die am Beginn ihrer Karriere stehen, werden von der Organisation, die Yehudi Menuhin gegründet hat, nach anspruchsvollen Maßstäben ausgewählt und gefördert.

LIVE MUSIC NOW finanziert sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen, durch die Unterstützung von Sponsoren und aus den Einnahmen der jährlich stattfindenden Gala. Mehr Information über unseren Verein, unsere Arbeit, unsere Musiker und die Veranstaltungen finden Sie auf unserer Homepage unter www.livemusic.now



Statements zur konkreten Situation am Landeskrankenhaus / Universitätsklinikum Graz

Dr. Helmut Reinhofer, Betriebsdirektor

„Ein gesunder Körper durch einen gesunden Geist“

Der „gesunde Geist“, den jeder Patient benötigt um rasch wieder gesund zu werden, wird durch vielerlei Umstände während seines Krankenhausaufenthaltes beeinflusst. Damit diese Einflussfaktoren so positiv wie möglich ausfallen, sind die Rechte des Patienten in verschiedenen Rechtsnormen verankert. Die wesentlichsten Bestimmungen fußen dabei auf dem hierarchischen Gesetzesaufbau im Artikel 7 der Bundesverfassung, welcher auszugsweise lautet:

- (1) Alle Bundesbürger sind vor dem Gesetz gleich. Vorrechte der Geburt, des Geschlechtes, des Standes, der Klasse und des Bekenntnisses sind ausgeschlossen. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Die Republik (Bund, Länder und Gemeinden) bekennt sich dazu, die Gleichbehandlung von behinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens zu gewährleisten.

Von diesem so genannten „Gleichheitsgrundsatz“ werden die im Krankenanstaltenlandsgesetz (KALG) normierten Patientenrechte maßgeblich beeinflusst. Der Wahrung der Religionsfreiheit, dem Recht auf rücksichtsvolle Behandlung und der ausreichenden Berücksichtigung der Intimsphäre kommt sicher eine entscheidende Bedeutung für das Wohlbefinden der uns anvertrauten Patienten zu. Die wichtigsten Patientenrechte gemäß KALG in der geltenden Fassung lauten:

- Möglichkeit einer seelsorgerlichen Betreuung auf Wunsch des Patienten
- Möglichkeit einer psychologischen Unterstützung auf Wunsch des Patienten
- Recht auf ausreichende Wahrung der Intimsphäre auch in Mehrbetträumen
- Recht auf rücksichtsvolle Behandlung
- Recht auf ausreichenden Kontakt- und Besuchsmöglichkeit mit der Außenwelt sowie durch Angehörige und Vertrauenspersonen
- Recht auf Informationsmöglichkeit über die zustehenden Patientenrechte

Um die Wichtigkeit dieser Bestimmungen allen Betroffenen transparent zu machen, wurden die Patientenrechte zusätzlich in den §§ 56 ff der Anstaltsordnung verankert.

Alle Mitarbeiter des Klinikums sind verpflichtet, die Rechte der Patienten auf rücksichtsvolle Behandlung, das ist der Anspruch des Patienten auf umsichtige und respektvolle Vorgangsweise bei allen sie berührenden Handlungen, ferner auf Verschwiegenheit sowie schließlich das Recht auf Wahrung der Intimsphäre zu beachten.

Im Besonderen regelt die Hausordnung die Inanspruchnahme von katholischen bzw. evangelischen Seelsorgern, welche auf direktem Wege (eigener Telefonanschluss) oder über die Vermittlung der Pflegekräfte erreichbar sind. Für Angehörige anderer Glaubensgemeinschaften ist die Inanspruchnahme seelsorgerlicher Dienste im Sinne des bereits erwähnten Grundsatzes der Religionsfreiheit ausdrücklich gestattet. Die Organisation dieser Unterstützung obliegt jedoch dem einzelnen Patienten bzw. dessen Angehörigen.

In räumlicher Hinsicht wird die Ausübung spiritueller Aktivitäten im Klinikum Graz folgendermaßen unterstützt:

- Römisch katholische Anstaltskirche
- Evangelische Kirche
- Islamischer Gebetsraum
- Andachtsräume
- Meditationsräume

Sämtliche Rechtsvorschriften und infrastrukturelle Einrichtungen stellen jedoch lediglich Grundvoraussetzungen für ein gesundheitsförderndes Wohlbefinden der Patienten dar. Die allerwichtigste Komponente für eine erfolgreiche Heilung ist und bleibt nach wie vor der persönliche Kontakt und Umgang unserer Mitarbeiter mit den ihnen anvertrauten Patienten. Gemäß dem Unternehmensleitsatz der Steiermärkischen Krankenanstalten GmbH „Menschen helfen Menschen“ orientieren sich unsere Mitarbeiter ausschließlich am Wohl unserer Patienten und versuchen diese nach Möglichkeit aktiv in den Gesundheitsprozess einzubinden.

Dr. Helmut Reinhofer

Was meint Spiritualität? Spiritualismus?

Es ist die Bezeichnung für die Gegenposition zum Materialismus. Es ist eine mit unterschiedlichen philosophischen Konzeptionen verbundene Verteidigung eines Primats des Geistes. Die Vertreter des Spiritualismus sehen diesen Primat durch materialistische und positivistische Lehren bedroht.

Mit dem ontologischen und dem metaphysischen Spiritualismus versucht man nachzuweisen, dass die Wirklichkeit, d.h. alle existierenden Gegenstände und die ihnen zukommenden Eigenschaften, durch ein geistiges (immaterielles) Prinzip erzeugt oder geformt ist.

Für den psychologischen Spiritualismus geht es um den Nachweis, dass die Seele Geist ist. Die verwendeten Argumente sind dabei zum Teil der Tradition Platons, dem Neuplatonismus, dem Augustinismus, der Monadentheorie und dem deutschen Idealismus sowie zum Teil der christlichen Interpretation dieser Traditionen oder Existenz philosophischer Gedanken entnommen.

Geist:

Im vorphilosophischen Gebrauch bedeutet Geist den Seinsgrund des Lebendigen, er wird dabei wohl schon in mythischer Zeit, jedenfalls in einigen Hochreligionen, als ein besonderer Stoff charakterisiert (Luft, Hauch, Atem), dessen Fehlen die Aufhebung des Lebens selbst einschließt.

In philosophischer Reflexion bedeutet Geist eine als immateriell gedachte Substanz, die in einer weiteren Bedeutung – theologische Implikation – ursächlich für die Gesamtordnung der Welt ist – und in einer engeren Bedeutung die Gesamtheit bzw. den Grund der Erkenntnisleistung des Menschen umfasst.

Descartes gibt für die neuzeitliche Entwicklung dem Geistesbegriff eine zentrale Stellung:

Res cogitans, res extensa – Dualismus. Voraussetzung ist hierfür die Immaterialität des Geistes, der Einbezug des Willens und damit zusammenhängend die Problematik der Wirksamkeit des geistigen Vermögens in der äußeren Welt.

In F. Hegels „Philosophie des Geistes“ meint objektiver Geist das System aller Daseinsformen des freien Willens, das zwischen dem subjektiven Geist und dem absoluten Geist steht. Im Willen verlässt der Geist seine subjektive Sphäre.

Im subjektiven Geist ist die erste Stufe erreicht, in der der Geist in ein Verhältnis zu sich selbst tritt. Die Philosophie des subjektiven Geistes bezeichnet die

Übergangsstufe von der Philosophie der Natur zur Philosophie der Freiheit und hat demgemäß eine eigentümliche Spannung. Sie behandelt erstens den aus der Natur hervorgehenden Geist und ist hierin Anthropologie, sie behandelt zweitens den seine eigene Leibgebundenheit überwindenden Geist, der sich bewusstseinsmäßig als im Gegensatz zu einer vorgefundenen Welt stehend erfährt und sich als selbständige, wenngleich abstrakte und leere Identität erhält und ist hierbei Phänomenologie. In den Modi der „Intelligenz“ und des „Willens“ erkennt er sich selbst und ist hierin Psychologie.

Seele:

Seele ist in der philosophischen Tradition die Bezeichnung für die Einheit von körperlichen und nicht körperlichen Teilen eines Lebewesens, insbesondere das in seinem Subjektsein darstellende Lebensprinzip.

Die Seele wird entsprechend in unterschiedlichen Philosophieschulen variantenreich diskutiert. Bei Descartes entsteht das Leib-Seele-Problem, wobei er selbst eine interaktionistische Position vertritt.

Kant kritisiert die Substanzialität der Seele. Damit wird den bisherigen substanztheoretischen Forschungen der Seele der Boden entzogen, weshalb auch in der weiteren Entwicklung an die Stelle einer Substanztheorie der Seele Aktualitätstheorien treten. Damit wird die Seele nicht über den Begriff der Substanz, sondern über den Begriff der Tätigkeit bzw. des seelischen Geschehens definiert.

In der neueren philosophischen Entwicklung – nach Etablierung der empirischen Psychologie – tritt das Thema Seele, wenn auch inhaltlich nicht mehr vom Thema Geist geschieden, vornehmlich in der wissenschaftstheoretisch orientierten Behandlung des Leib-Seele-Problems und in der sprachphilosophisch und wissenschaftsphilosophisch orientierten Philosophie des Geistes auf.

Religion:

Religion ist die Gesamtheit der unverfügbaren Sinn- und Lebensbedingungen der menschlichen Existenz und Welt in Gestalt institutionalisierter kirchlicher, gemeindlicher, mönchischer und individueller, auch stammes- oder volksspezifischer Frömmigkeit.

Nach N. Luhmann ist Religion die Transformation von Kontext im lebbareren Sinn. In der Vergewärtigung bekommt der Lebenssinn konstitutive Bedeutung. Hierzu dienen oft über Jahrtausende rituelle und religiöse Ausdrucksformen. Grundform der ständigen Wiederholung von Texten in Gebet und Gesang ist die mythische Prägnanzbildung.

Als weitere Überlegungen für das Thema sehe ich:

- Das Trauma der (körperlichen) Krankheit: Bewältigung des Traumas
- Die Psychose als Sinn (Zusammenhang) - Verlust
- Das Krankenhaus als Ort der Seelenreinigung
- Das Krankenhaus als Ort der Rituale
- Spiritualität: Das Immaterielle im Krankenhaus?

Priv. Doz. Dr. G. Bergmann

DGKS. Dir. H. Eibel, Pflegedirektion

Sehr geehrte Damen und Herrn!

Ich freue mich, dass dieses Symposium stattfindet, dass „Spiritualität“ auch bei uns im Krankenhaus zum Thema wird und damit auch in einem großen Rahmen diskutiert werden kann.

Die WHO beschreibt in ihrer Definition die Gesundheit als einen Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. In dieser Definition sind alle drei Aspekte der Ganzheitlichkeit des Menschen niedergeschrieben.

Gerade für uns, die wir in der Pflege arbeiten und somit meist der direkte Ansprechpartner über 24 Stunden für unsere Patienten sind, hat auch die Dimension des Geistes des Menschen eine große und zentrale Bedeutung. Um unsere Pflege patientenorientiert ausrichten zu können, ist es besonders wichtig, den Menschen als „Ganzes“ zu sehen und nicht nur als die Summe seiner Teile. Nur so kann eine professionelle Beziehungsarbeit mit unseren Patienten aufgebaut und erreicht werden.

Diese Ganzheitlichkeit drückt sich auch in unserem Leitbild „Menschen helfen Menschen“ und in weiterer Folge in unserem Pflegeleitbild aus.

Der Patient, wenn er zu uns ins Krankenhaus kommt, ist geprägt von eigenen Wertvorstellungen, die durch seine Vergangenheit, seine Gegenwart, seine kulturelle und religiöse Einstellung, seinem sozialem Umfeld, seiner familiärer Situation und Traditionen entstanden sind.

Das wahrzunehmen und in die Pflegeplanung mit einzubeziehen ist die Kunst der Pflege. Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet immer eine Ausnahmesituation für den Menschen. Er wird aus seinem Lebensalltag herausgerissen und gerade dies ist für uns Pflegenden eine große Herausforderung. Aber nicht nur der Patient – oft sind es auch die Angehörigen, die unsere Aufmerksamkeit benötigen. Wir erleben es tagtäglich auf unseren Stationen.

Auch durch die Globalisierung ist wahrzunehmen: nämlich das Immer-offener-Werden der Landesgrenzen – Europa rückt immer näher zusammen, der Tourismus ist weiterhin im Steigen und somit die Möglichkeit für Menschen aus

den unterschiedlichsten Kulturkreisen, verschiedenen Sprachen und Religionen, aus unterschiedlichen Ländern sich bei uns behandeln zu lassen oder notgedrungen bei uns behandelt zu werden – oft auf sehr engem Raum.

Wenn wir auf die letzten Jahre zurückblicken, hat sich gerade bei uns in der Pflege sehr viel verändert – wir haben den Weg der klassischen Funktionspflege verlassen und gehen nun den Weg der Gruppenpflege, um einer ganzheitlichen Pflege näher zukommen. Unsere Vergangenheit war zusätzlich geprägt durch die geistlichen Schwestern, die wir und unsere Patienten nicht mehr zu Verfügung haben – sie haben uns sicher gerade in dieser geistigen Dimension einiges abgenommen. Mit 31. Dezember 2002 schieden die letzten geistlichen Schwestern in unserem Klinikum aus dem aktiven Arbeitsleben aus.

Aber nicht nur uns in der Pflege ist es ein Anliegen den Patienten ganzheitlich zu sehen, das habe ich gerade vorige Woche bei unserer Tagung in Bad Gleichenberg erlebt. Die neue Medizinische Universität, Vizerektor Prof. Dr. Samonigg spricht auch von einer ganzheitlichen Medizin und einer Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell.

Ich sehe gerade jetzt durch die stattgefundenen Diskussionen wie „KAGES neu“, „Medizinische Universität“ und „Wie könnte man diese beiden Unternehmen zusammenführen?“ bzw. „Wie könnte eine Zusammenarbeit aussehen?“ auch für uns eine große Chance.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

DGKS. Dir. H. Eibel, Pflegedirektion

Dr. R. Heid, Qualitätsmanagement

Zur konkreten Situation im Universitäts-Klinikum aus der Sicht einer Qualitätsbeauftragten

Wie kann Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement beitragen zum „Heil-Werden“ ?

1. Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung
2. Grundlage für Vertrauen und das Gefühl der Sicherheit

Zum 1.Punkt:

Die im Klinikum angestrebten und z.T. bereits aufgebauten Modelle für Qualitätsmanagementsysteme beinhalten vor allem die Forderung nach Kundenorientierung, das heißt Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung, das bedeutet Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten und Mitarbeiter.

In der praktischen Umsetzung werden Befragungen durchgeführt und daraus resultierende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Zum 2. Punkt:

Qualität bzw. Qualitätssicherung vermittelt Sicherheit.

Durch Informationsmanagement wird die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen gefördert. Verbesserte Kommunikation untereinander ergibt zufriedenere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und dadurch eine verbesserte Patientenbetreuung.

Ein Team, das sich selbstkritisch einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterzieht, Kompetenz durch Schulung und Fortbildungen aufrecht erhält, gibt dem kranken Menschen das Gefühl, in den richtigen Händen zu sein.

Ein gut eingespieltes Team von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vermittelt dem Patienten das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen; Vertrauen ist eine wichtige Basis für den Glauben, dass Krankheit bewältigt bzw. überwunden werden kann auf Grundlage der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen in den jeweils angewandten Therapien.

Zufriedene, ausgeglichene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind eine grundlegende Voraussetzung für das Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und Behandelnden und Betreuenden auf der anderen Seite.

Dieses Vertrauensverhältnis und die Qualität der Betreuung fördern das „Heil-Werden“.

Dr. R. Heid, Qualitätsmanagement

Grenzerfahrung und Spiritualität

Als psychologische Beraterin in der Krebshilfe Steiermark habe ich in meiner Arbeit mit den Patienten – schwer traumatisierten Menschen – erstaunt festgestellt, dass gerade das Trauma der lebensbedrohlichen Erkrankung paradoxerweise ein gewaltiges Wachstums- und Entwicklungspotential darstellt. Es ist die „Kraft der Verzweiflung“, die in traumatischen Krisen Reifung und Wandlung zustande bringt.

Diese Selbstentgrenzung und die Zerstörung des persönlichen Sinnkosmos durch das Trauma führen zu einer Erfahrung jenseits von Sprache, Raum und Zeit. Traumatisierte Menschen müssen schockartig erkennen, dass das Leben ein „Sein zum Tode“ ist. In dieser Grenzerfahrung wird jedoch eine Öffnung zu ganzheitlichen Dimensionen möglich. Es kann ein Stirb- und Werde-Prozess von Ich, Welt und Transzendenz stattfinden. Spirituelle Erfahrungen, ganz allgemein, sind durch das Erleben der eigenen „Nichtigkeit“ gekennzeichnet. Besonders die Mystik sieht in der Leidenskrise die Vorbereitung für den Heilsweg und die Erlösung.

Was hier wie schwacher Trost klingt, wird von vielen Patienten doch so berichtet. Dabei sehe ich als HelferIn viel Weisheit und existenzielles Expertentum. Überlebenskünste der PatientInnen können uns Helfende Essenzielles lehren: nämlich die Ehrfurcht vor der Seele und ihrer Selbstheilungskraft, Achtung vor der Innenwelt mit ihrer eigenen Dynamik und vor allem – Respekt.

In der Begegnung mit den Traumatisierten betreten wir den Raum des Wesentlichen und sehen die Bedeutung der Zerbrechlichkeit des eigenen Selbst. Dies erfordert eine liebende und tragfähige Beziehung. Es braucht dazu eine Rückbindung an einen transzendenten Hintergrund in uns, eine „über das Selbst hinausgehende“ Haltung wie sie zum Beispiel Paulo Coelho in seinem „Handbuch des Kriegers des Lichts“ metaphorisch beschreibt:⁴⁵ „Ein Krieger des Lichts teilt sein Wissen über den Weg mit anderen. Wer hilft, dem wird immer geholfen werden, und er sollte das weitergeben, was er gelernt hat.

Daher setzt er sich ans Feuer und erzählt von seinem Kampfestag. Ein Freund flüstert: "Warum sprichst du so offen über deine Strategie? Siehst du nicht, dass du Gefahr läufst, deine Siege mit anderen teilen zu müssen?"

Der Krieger lächelt nur und antwortet nicht. Er weiß, dass, wenn er am Ende des Weges in einem leeren Paradies anlangt, sein Kampf nichts wert war."

Mag. Katharina Asbäck-Eder

⁴⁵ Aus: Paulo Coelho, Handbuch des Kriegers des Lichts. Diogenes Verlag, 2001, 122.

Spirituelle Bedürfnisse aus der Sicht der Pflege

Im Aufnahmegespräch mit den PatientInnen werden nach dem Pflegeanamneseblatt unter der Frage zur Lebensaktivität: 10, Sterben und Sinnfinden, derzeit folgende Fragen gestellt:

- 1) Wie war bisher die häusliche Versorgung und Unterstützung?
- 2) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?
- 3) Wünschen Sie religiöse Betreuung ?
- 4) Welche Konfession haben Sie ?

Durch unser Evaluieren - und dazu sind wir alle immer wieder aufgefordert - haben wir erkannt, dass wir mit diesen Fragen nicht optimal die spirituellen Bedürfnisse unserer Kranken erfassen und betreuen, und es stellt sich auch die Frage, was mit den Kranken ist, die sich zu keiner Konfession zugehörig fühlen. Wie werden ihre spirituellen Bedürfnisse betreut? Die Vermutung ist da, dass viele Kranke in ihren spirituellen Nöten allein gelassen sind.

Viele Studien über die Spiritualität belegen, dass die Kranken ihre Spiritualität in ihrer Krankheitsbewältigung gebrauchen.⁴⁶

Können wir im Aufnahmegespräch durch Fragen die Spiritualität eines Kranken erfassen?

Was wissen wir, wenn wir die Konfession wissen? Religiöse Mitgliedschaft sagt nichts über den Grad der persönlichen Spiritualität aus.

Feigl⁴⁷ und Reed⁴⁸ stellen fest, dass in der Pflege weniger ein Bedarf an Kenntnissen über formale Religionen, sondern ein größerer Bedarf an Kenntnissen der persönlichen Religiosität und der persönlichen religiösen Ansichten der PatientInnen nötig ist. Diese Kenntnisse können aber nur in einem persönlichen und vertraulichen Gespräch erworben werden. Wer macht das? Wer nimmt sich die Zeit dafür?

⁴⁶ Etwa: Dr. H. König, Duke Univ. Medical Center Carolina USA

⁴⁷ Religious conviction and the fear of death among the healthy and the terminal ill. JSSR, 13 (1974),353-360

⁴⁸ op.cit (Anm.69) 35-41

Die Studie von Matthew J. Rowett⁴⁹ zeigt auf, dass sich die Kranken mit den Fragen nach: Sinn und Bedeutung, Hoffnung, Überzeugung und Glaube, Liebe – Beziehungen zu Anderen, zu sich selbst und zu Gott auseinander setzen.

Werden Gespräche über diese Themen geführt, so kann man erspüren ob diese/r PatientIn spirituelle Bedürfnisse hat. Diese Themen kann man auch mit den Kranken besprechen, die keiner Konfession angehören!

In Skandinavien haben 40% von Palliativ-Patienten in Interviews geäußert, dass das medizinische Personal das Gespräch abgeblockt hat, wenn es auf spirituelle Bedürfnisse kam. Folgende Gründe werden vermutet: Es scheint, dass sich das Personal als nicht zuständig, zu unsicher, zu unwohl und zu wenig ausgebildet fühlt und spirituelle Bedürfnisse als Privatsache ansieht. Es fehlt oft an Zeit und dem Raum, ein ungestörtes, persönliches Gespräch führen zu können.

Dem Personal ist oft nicht bewusst, wie wichtig geistliches Wohlbefinden ist, welche Kräfte frei werden können, die Hoffnung und Zuversicht, Ermutigung, Sinnstiftung bewirken.

Machen wir es zu unserem gemeinsamen Anliegen, den spirituellen Bedürfnissen unser PatientInnen mehr Unterstützung und Beachtung zu geben.

DKGP. K. Deutschmann, Palliativpflege

⁴⁹ Study Discussion on Spirituality in a Medical context and the Effects of Breast Cancer upon the Spirituell Well Being of a woman 25 Sept.1999. UK

Ökumenisches Statement für die römisch-katholische und evangelische Krankenhauseelsorge

- Wussten Sie eigentlich, dass es eine evangelische Kapelle im LKH-Gelände gibt und dass eine römisch-katholische Personalpfarre gibt und wo sie zu finden sind?
- Wussten Sie eigentlich, dass es für sterbende Patienten Notrufnummern (evangelisch und römisch-katholisch) gibt, die evangelische PfarrerInnen und römisch-katholische Priester herbeirufen?
- Wussten Sie eigentlich, dass auf allen Stationen Plakate und Handzettel mit den entsprechenden Telefonnummern aushängen?

Das alles sind Angebote mit spiritueller Dimension, die hier in unserem Landeskrankenhaus/Universitätsklinikum seit vielen Jahren angeboten werden.

Wenn Menschen als Kranke ins Krankenhaus kommen, dann hört die Entscheidungsmöglichkeit meist an der Bettkante auf:

- Ihre biologische Dimension wird von den Medizinern betreut,
- Ihre psychische Befindlichkeit von Psychologen,
- ihre soziale Dimension von Sozialarbeitern und/oder Verwandten und Freunden –
- Ihre existentiellen und damit spirituellen Lebensfragen bleiben:
- Was wird werden? Warum ich? Was kommt nach dem Tod? Wo bleibt Gott? Warum lässt Gott das zu?

Krankheit ist eine Zeit der Veränderung und wir erleben bei unseren Krankenbesuchen das Bedürfnis nach Gespräch, nach ganzheitlicher Annahme und versuchsweise Antworten auf diese Fragen.

Hier setzt die Krankenhauseelsorge an: Krankenhauseelsorger und Krankenhaus-seelsorgerinnen werden von den Kirchen zur Verfügung gestellt, um im Auftrag Jesu ganz für die PatientInnen da zu sein, zum Gespräch bereit zu sein,

- wenn Ängste drücken und Fragen brennen,
- wenn Menschen schwer an Krankheit oder drohendem Tod zu tragen haben,
- wenn Menschen das Vertrauen ins Leben verloren haben,

- wenn sie nach dem Sinn des Lebens und der Krankheit fragen.

Seelsorgerinnen und Seelsorger, Hauptamtliche und Ehrenamtliche, kommen ans Krankenbett, sie bieten Gespräch an, sie nehmen sich Zeit, mit den Kranken Schmerz und Zweifel auszuhalten. Ein geistliches Wort, ein Gebet, ein Ritual (Eucharistie und Heiliges Abendmahl, Krankensalbung, Handauflegung, Vergebungszuspruch) oder eine Segenshandlung kann sehr hilfreich und für den Kranken tröstlich und wohltuend sein.

- Krankenhauseelsorge ist spirituelles Angebot für alle, die im Krankenhaus liegen,
- aber auch für die, die hier arbeiten und an der Last ihrer Arbeit, der beständigen Präsenz des Todes und vielleicht der eigenen Ohnmacht dem Tod gegenüber ein „zur Ruhe kommen“ benötigen. Auch hier sind Gespräche und Rituale im KH oder im Zentrum für Pflegepersonal hilfreich.
- Und Krankenhauseelsorge ist Angebot für die Angehörigen, die kommen, um sich zu verabschieden, die betroffen sind von der oft überraschenden Dringlichkeit von Krankheit und Tod – und damit häufig überfordert sind: Auch hier gibt es Gespräch und Trauerbegleitung.

Krankenhäuser und Kliniken in Holland und den anglikanischen Ländern haben erkannt, dass die spirituelle Dimension zum ganzheitlichen Verständnis des Menschen gehört und psychische wie physische Heilung beschleunigen kann.

Selbst wenn Heilung nicht möglich und der Tod unausweichlich ist, gehört die spirituelle Begleitung zum adäquaten Umgang mit Menschen. Daher arbeiten an vielen Krankenhäusern Seelsorgerinnen und Seelsorger als bezahlte Angestellte der Krankenhäuser. Das spirituelle Angebot gilt dort als ein Beitrag zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.

Im LKH/Uniklinikum Graz versuchen Seelsorgerinnen und Seelsorger – manchen Erschwernissen in Verwaltung und Abläufen zum Trotz – diese Qualitätsebene, die letztlich neben den Patienten auch dem Krankenhaus und den Stationen zugute kommt, zu erbringen. Wir hoffen, dass dieses Symposium auch unsere Arbeit erleichtern hilft.

*Mag. Ulrike Riedl und Mag. Herwig Hohenberger
Für die evangelische und römisch-katholische Krankenhauseelsorge*