

Spiritualität am Krankenbett – Motivation, Grundlage, Kriterien und Ziel aus einer christlichen Perspektive

Sigrid Müller

I. Einleitung

Spiritualität als Faktor im Gesundheitswesen und damit als Thema medizinischer Reflexion verdankt ihre Aufmerksamkeit zum Teil einem gesundheitsökonomischen Kalkül: Wenn die Ausübung von Spiritualität zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit beiträgt, dann soll Spiritualität einen Ort im Krankenhaus haben und durch professionelles Personal gefördert werden. Diese „objektive“ Wirkung spiritueller Praxis ist auch ein guter Grund, weshalb manche österreichischen Bundesländer die Krankenhausesorge finanziell tragen.

Doch ist es sinnvoll, die Bedeutung von Spiritualität allein an ihrer empirisch feststellbaren medizinischen Wirkung und damit letztlich am ökonomischen Kalkül festzumachen? Es mögen durchaus gewisse Konsequenzen von Spiritualität, z.B. der mäßige Umgang mit Alkohol und Nikotin etc., die gesundheitsförderlich sind, empirisch-wissenschaftlich beobachtet werden können; doch gibt es zentrale Aspekte von Spiritualität, die zwar mögliche empirische und auch ökonomische Konsequenzen haben können,¹ aber nicht um dieser wegen, sondern um ihrer selbst willen gesehen und in die Diskussion über Spiritualität am Krankenbett eingebracht werden müssen. Auch wenn Heilung das zentrale Anliegen im Kontext des Krankenhausalltags ist, so steht im Zentrum von Spiritualität nicht Heilung, sondern Heil, und dieses gibt es aus theologischer Sicht auch ohne Heilung.²

¹ Vgl. z.B. *H.G. Koenig*, Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice, *Lebendiges Zeugnis* 62, 2007, S. 103f.

² *B. Grom SJ*, Spiritualität im Gesundheitswesen. Zwischen Schamanismus und „Heilender Gemeinde“, *Stimmen der Zeit* 226, 2008, S. 117-129, hier S. 124: „Krankenseelsorge und Krankensalbung schließen demnach die Bitte um physische Heilung ein, zielen aber vor allem auf die spirituelle Gemeinschaft mit Gott und versprechen nur dieses Heil.“

Ein zentraler Aspekt wird von der Seite des Rechts benannt und eingefordert: das Recht auf Religionsausübung,³ das auch im Bereich des Krankenhauses zu wahren ist. Dieses Recht gründet in einer ganzheitlichen Vorstellung der Person, welche den Transzendenzbezug des Menschen einschließt. Dieser hat aus rechtlicher Sicht konkrete praktische Konsequenzen: Im Namen der Religionsfreiheit sind religiös begründete Kleidungsweisen und weitere Formen des Ausdrucks gelebter Religiosität zu schützen. Der dem Gesetz zugrunde liegende ganzheitliche Ansatz stellt auch eine Grundlage in der Pflegewissenschaft dar: Weil Menschen anthropologisch gesehen schlichtweg nicht ohne Formen der Spiritualität auskommen, sind diese Formen der Spiritualität um der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen willen in der Pflege zu berücksichtigen. Die Achtung vor der konkreten Religionsausübung und der Respekt gegenüber durch die Religion geprägten Bedürfnissen von Menschen im Krankenhaus beruht auf anthropologischen und ethischen Grundlagen: auf dem unbedingten Respekt vor jedem einzelnen Menschen und auf einer ganzheitlichen Betrachtung dieses Menschen, die leibliche, geistige und seelische Vollzüge einschließt.

Diese grundsätzliche, im Recht anerkannte und in der Pflegeausbildung bereits berücksichtigte Grundlage stellt auch die Basis für die Beachtung von Spiritualität im Krankenhaus dar. Dabei wird sie freilich zu einer Frage, wo es nicht nur um nur passiven Respekt, sondern um die Reflexion und Einübung einer persönlichen, aktiven Haltung und in einem weiteren Schritt um die Praxis dieser Haltung in der Begegnung mit kranken Menschen im Krankenhausalltag geht. Spiritualität im Krankenhaus, verstanden als eine solche aktive Haltung, mündet in das Gebiet der theologischen Ethik, da sie nicht auf Handlungen bezogen bleibt, die unmittelbar und ausschließlich auf Gott gerichtet sind.⁴ Bei diesem aktiven Schritt muss der vage Begriff der Spiritualität jedoch inhaltlich gefüllt werden.

Erste Schritte einer solchen Konkretisierung möchte ich im Folgenden leisten. Diese sind verbunden mit der Einschränkung auf einen christlich-ethischen Zugang, doch wird aus der Darlegung zumindest ansatzweise deutlich werden, in welcher Hinsicht dieser Zugang für eine Verallgemeinerbarkeit offen steht. Eine explizite Behandlung dieser Frage würde in den grundlegenden interreligiösen Dialog führen und diesen Rahmen überschreiten. Daher geht es an dieser Stelle zunächst einmal allein darum, nach Motivation, Grundlagen, Kriterien und Ziel gelebter Spiritualität im Krankenhaus zu fragen, wie sie aus einer christlich-ethischen Sicht entwickelt werden können.

³ Staatsgrundgesetz 1867 Art. 14-16, auch Art. 9 der im Verfassungsrang stehenden Europäischen Menschenrechtskonvention.

⁴ Vgl. die enger gefasste Definition von Spiritualität bei *B. McGinn*, Zur Planung des ersten Bandes, in: *ders. u.a.* (Hg.), *Geschichte der christlichen Spiritualität. Von den Anfängen bis zum 12. Jahrhundert*, Würzburg 1993, S. 21-30, hier S. 21: „Spiritualität' [...] ist auch von der Ethik zu unterscheiden, da sie nicht jedes menschliche Tun in seiner Beziehung zu Gott betrachtet, sondern nur jene Handlungen, deren Beziehung unmittelbar und ausschließlich auf Gott gerichtet ist“.

Diese Grundfragen stellen sich im spezifischen Kontext einer zunehmenden Pluralisierung von Spiritualitätsformen, die weit über die großen Religionsgemeinschaften hinausgehen. Daher sollen ein paar Gedanken zu den Rahmenbedingungen für Reflexion und Praxis der Spiritualität im Krankenhaus am Anfang stehen.

II. Spiritualität und Religiosität – begriffliche Vorbemerkungen

Aus einer konfessionell gebundenen christlich-theologischen Sicht stellt sich zunächst die Frage, warum der Begriff der Spiritualität in den Mittelpunkt rückt und der Begriff der Religiosität im Rahmen der Frage nach transzendenten Haltungen im Krankenhausalltag nicht mehr zu genügen scheint. Der Begriff Religiosität steht in der Regel für die einer spezifischen Religion zuordenbare geistliche Haltung, die Weltdeutung und Weltumgang umfasst. So sind die Seelsorger und Seelsorgerinnen im Krankenhausalltag in der Regel einer Religionsgemeinschaft zugeordnet. Dieser aus der klösterlichen Formung des Menschen erwachsenen Bedeutung entspricht die französische Verwendung des Begriffs der Spiritualität (*spiritualité*).

In der deutschen Verwendung umfasst der Begriff der Spiritualität darüber hinaus auch den Bedeutungsgehalt, den er im angelsächsischen Bereich (*spirituality*) besitzt, nämlich die von der Religion losgelöste, „freie“ Spiritualität, als jede Art geistlicher Bezogenheit und Deutung. In dieser allgemeinen Form lässt sich Spiritualität als „Offenheit und Öffnung des Menschen für das Geheimnis des – rational nicht verrechenbaren – Lebens und einer sich daraus entwickelnden verinnerlichten Glaubenshaltung auch in der alltäglichen Lebensführung“ beschreiben.⁵ In dieser Allgemeinheit hat der Begriff der Spiritualität „die früher verwendeten Begriffe Frömmigkeit, Erbauung, Geistesleben, auch Aszetik umfassend ersetzt.“⁶

Dieser Begriff verweist daher im stärkeren Maß als der Begriff der Religiosität auf die zunehmende spirituelle Pluralisierung und auf eine Vielzahl von Mischformen der Spiritualitäten untereinander oder mit spezifischen Religiositäten. Nur noch rund 20% der Menschen bezeichnen sich als tiefgläubig, weitere 40% bereits als nicht ganz so tiefgläubig.⁷ Das bedeutet, dass

⁵ M.N. Ebertz, „Spiritualität“ im Christentum und darüber hinaus. Soziologische Vermutungen zur Hochkonjunktur eines Begriffs, ZfR 13, 2005, S. 193-208, hier S. 195.

⁶ H.-B. Gerl-Falkovitz, Hoffnung als Grundlage von Spiritualität, Diakonia 29, 1998, S. 390-396, hier S. 390.

⁷ Die genauen Verhältnisse sind in Österreich im Fluss. Die Verhältnisse jedoch scheinen anzuzeigen, dass man drei Gruppen unterscheiden kann: ca. 20% der Menschen sind sehr oder ziemlich religiös, 40% gar nicht oder wenig und weitere 40% lassen sich der Mitte zwischen den Extremen zuordnen. Jedoch gibt es auch

wir im Krankenhaus neben den „klassischen“ Gläubigen, die sich einer konkreten Kirche zurechnen, ein weiteres großes Spektrum von Menschen vorfinden, bei denen sich religiöse Prägung – die in sich auch schon unterschiedliche Formen von Spiritualität umfasst⁸ – in unterschiedlichem Grad mit säkularen oder esoterischen Denkformen mischt, und ebenso finden sich nicht religiös gebundene Ausdrucksformen von Spiritualität.⁹ Man könnte das Phänomen dieser Mischformen von Religiösem und Esoterischem als „Amalgamisierung des Religiösen“ bezeichnen. Diese Vermischung kann gerade im ernsthaften Krankheitsfall deutlicher zutage treten, wenn unabhängig von der Religionszugehörigkeit alle möglichen Heilungswege als Hoffnungsschimmer empfunden werden.¹⁰

Eine Konsequenz der Amalgamisierung und Pluralisierung des Phänomens Spiritualität, gepaart mit der speziellen, die spirituelle Bewältigung herausfordernden Lebenssituation des Krankenhauskontextes lässt vermuten, dass seelsorgerliche Gespräche sich bei einer Fortführung dieser Entwicklungen in Zukunft nicht auf die Menschen beschränken können, die der eigenen Religion oder Konfession des Seelsorgers angehören – diese Vielfalt könnte nicht institutionell abgedeckt werden. Dies deutet darauf hin, dass die spirituelle Begleitung kranker Menschen in zunehmendem Maß konfessions-, religions- und spiritualitätenübergreifend stattfinden wird. Im Zuge der Ausbildung von hauptberuflichen und nebenberuflichen oder nebenamtlichen seelsorgerlichen Begleitern wird aufgrund dieser Vielfalt von Spiritualitäten eine Entwicklung von Standards vonnöten sein.

Der weit gefasste Begriff von Spiritualität verweist aber auch darauf, dass sich eine spirituelle Begleitung nicht notwendigerweise auf professionelle Begleiter beschränken kann. Vielmehr legt ein ganzheitliches Verständnis des Menschen mitsamt seinen spirituellen Bedürfnissen nahe, dass auch in das ärztliche und pflegerische Handeln die Spiritualität betreffende Aspekte einfließen können und unter Umständen auch sollen.¹¹ Diese Zuwendung ohne Unterschied zu allen Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit ist eine wichti-

innerhalb dieser Gruppen „Buntheit“ und „Beweglichkeit“, also keine Uniformität, und es gibt zahlreiche Mischungen zwischen religiös gebundener Glaubenspraxis und anderen Praxisformen von „Spiritualität“. Vgl. die Hinweise bei *Paul M. Zulehner*, Spirituelle Dynamik in säkularen Kulturen? Deutschland – Österreich – Schweiz, in: *BertelsmannStiftung* (Hg.), *Religionsmonitor 2008*, Gütersloh 2007, 143-157.

⁸ *Ebertz* (FN 5), S. 197 verweist auf verschiedene Formen evangelischer Spiritualität; *G. Greshake*, Zum Verhältnis von Theologie und Spiritualität, *Studies in Spirituality* 10, 2000, S. 21-31, hier S. 27, geht von einer Vielfalt von Spiritualitäten innerhalb der einen christlichen Spiritualität aus, die miteinander im Streit über die rechte Weise von Anbetung Gottes u.a. liegen können.

⁹ Vgl. die Studie von *M.N. Ebertz* (FN 5).

¹⁰ Vgl. den Beitrag von *Walter Schaupp* in diesem Band.

¹¹ Praktische Wege zu einem ganzheitlichen Ansatz legt *T. Roser* dar in seinem Buch: *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*, Stuttgart 2007.

ge Konsequenz des christlichen Glaubens und soll im Folgenden zur Sprache kommen.

III. Die Motivation: Zuwendung zu jedem kranken Menschen

Eine erste, sich aufdrängende christliche Motivation der Sorge für kranke Menschen ist die auch in anderen Religionen wie dem Islam und dem Judentum übliche religiöse Pflicht des Krankenbesuchs. In der christlichen Tradition kann man sich besonders auf Mt 25,36.45 berufen: „Ich war krank, und ihr habt mich besucht [...] Was ihr einem der geringsten meiner Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“. Diese Aufforderung verweist auf eine spezifische Grundhaltung der Zuwendung zu anderen Menschen, auf die Fürsorge für die Kranken.

Die Gebotenheit einer solchen Haltung leuchtet unmittelbar ein, verbleibt aber zunächst auf der Ebene des biblischen Vorbilds und der aktualisierenden Nachahmung. Doch kann diese Haltung noch tiefer gedeutet werden. Es wird nicht nur eine vorbildliche Haltung nachgeahmt und in die Praxis umgesetzt. Vielmehr liegen der Zuwendung zum kranken Menschen der Glaube und die Erfahrung zugrunde, dass sich im konkreten Umgang mit dem Menschen zugleich zeigt, wie der oder die Handelnde zu Gott steht. Wer den Nächsten liebt, liebt Gott, und wer den Nächsten nicht liebt, bleibt Gott etwas schuldig. Die Einheit von Gottes- und Nächstenliebe wird hier exemplarisch deutlich.

Aus christlicher Sicht beschränkt sich diese Nächstenliebe nicht auf leibliche Brüder oder Schwestern oder auf Schwestern und Brüder im Glauben, sondern sie gilt universal.¹² Es gilt, keinen Unterschied zwischen Mensch und Mensch zu machen, sondern sich allen Menschen in Liebe zuzuwenden.

Folgende Bemühungen könnten eine solche Haltung und Praxis unterstützen:¹³

- Die Einübung einer persönlichen Spiritualität, die den „Fremden in uns“ nicht verleugnet, sondern die durch anders denkende und fühlende Menschen ausgelösten Ängste verarbeitet.

¹² Für ein Plädoyer für interreligiöse Offenheit vgl. *P. Casaldàliga/J.M. Vigil*, Spiritualität und Pluralität der Religionen, *Concilium* 43, 2007, S. 110-116.

¹³ Es handelt sich um eine Anwendung einiger Überlegungen von *Don Carlo Nanni* zum Kontext spiritueller Erziehung im multikulturellen Kontext an der Schule auf das Arbeitsfeld im Krankenhaus. Vgl. *C. Nanni*, Christliche Spiritualität und die Erziehung zur Spiritualität in einer multikulturellen Umgebung, Vortrag beim 54. Internationalen Jahrestreffen der Europäischen Föderation Christlicher Lehrer/innen (SIESC), 23.-28. Juli 2008 in Agrigent (Italien), 10 S., <http://www.siesc.eu/de/2008/it2008/> (23. 2. 2009).

- Die Ausbildung einer festen Identität, die fähig ist, selbst zu differenzieren und die von außen kommende Impulse, die aus den Gesprächen mit anderen Menschen herrühren, auf Verstandes- und Gefühlsebene in eine sinnvolle Verbindung mit den eigenen zu bringen vermag.
- Die Gewinnung eines Abstandes von sich selbst, den eigenen Ideen, Rollen und Bedürfnissen und das Bemühen, über sich hinaus zu denken. Dazu gehört auch die Fähigkeit, ein Minimum an Einsamkeit zu akzeptieren, welche das Wissen um den Abstand zwischen den eigenen Gefühlen und denen der Anderen mit sich bringt.
- Die Fähigkeit, Beziehungen zum Fremden aufzubauen, der dadurch zu einem hospes, einem Gast und Gastfreund wird, „den man aufnimmt oder von dem man aufgenommen wird, den man erkennt oder von dem man erkannt wird, dem man begegnet, mit dem man einen Dialog führt, diskutiert, ‚sich verbündet‘, um Problemen gegenüber zu treten und um Anzeichen von Sinn zu verfolgen, die man als interessant, göltig und menschenwürdig beurteilt.“¹⁴

IV. Die Grundlage: die transzendente Dimension menschlicher Begegnung

Für einen kranken Menschen, der viele Stunden auf sich allein gestellt ist, sind die Beziehungen zu den PflegerInnen, SeelsorgerInnen, den ÄrztInnen, natürlich auch den BesucherInnen, sehr wichtig; sie vermitteln ihm, wenn es gut geht, das Maß an Geborgenheit und Aufmerksamkeit, das er benötigt, um mit seinen Ängsten und Sorgen umgehen zu können. Doch auch für die Ärzte und Pfleger sind diese Beziehungen wichtig. So ist doch ein bedeutender Anteil der Motivation dieser Berufe die persönliche Befriedigung, die man aus der gelungenen Behandlung oder dankbaren Reaktion der Menschen erfährt. Auch wenn die Beziehungen oft asymmetrisch erscheinen, so sind sie elementar doch für alle Beteiligten wichtig.

Wenn man nun Spiritualität und Glauben nicht nur als Geschehen des Einzelnen mit seinem spirituellen oder religiösen Bezugspunkt auffasst, sondern diese Vorgänge in ihrer leiblichen Verwurzelung und ihren sozialen Bedingungen einbettet, dann gehören auch die Begegnungen und Beziehungen im Krankenhausalltag zum Bereich der Spiritualität. In der Begegnung kann Heilendes im medizinischen wie psychologischen und religiösen Sinn erfahren werden.

Aus einer theologischen Perspektive ereignet sich darin nicht nur eine Begegnung mit einem Menschen, sondern es kann auch Gott erfahren werden. Der konkrete Mensch kann dabei ein locus theologicus sein, ein Ort, an dem ich Gott erfahre oder über ihn lerne. Insofern ist es bedeutend, dass eine

¹⁴ Ebd., S. 6.

spirituelle Begleitung im Krankenhaus prinzipiell offen für alle Wege zu Gott sein soll, die die Menschen suchen, doch lässt sich als ein Kriterium gelingender Spiritualität festhalten, dass diese Wege offen sind für Begegnungen und Beziehungen zwischen kranken Menschen, ÄrztInnen, PflegerInnen und SeelsorgerInnen, also den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit betrachten. Wenn in einer solchen Begegnung eine Beziehung zu Gott und eine gelingende Spiritualität ermöglicht werden, trägt sie dazu bei, dass Gott „ankommt“, also im Kontext des Krankenhauses Offenbarung geschieht.¹⁵

Oft sind es die richtigen Worte und Gesten in den Begegnungen des Krankenhausalltags, die kranken Menschen dabei helfen, in der jeweiligen persönlichen Situation zu einem inneren Frieden zu finden. Die Umgangsweisen miteinander sind oft ausschlaggebend dafür, dass Kranke sich öffnen, Blockaden sich lösen und seelische und körperliche Ereignisse sich einstellen.¹⁶ Ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit trotz der Krankheitssituation hängt mit der Erfüllung spiritueller Bedürfnisse des Menschen zusammen, weshalb es auch von hoher Wichtigkeit ist, dass auch Ärzte für diese Dimension Offenheit zeigen und sich ihre Fähigkeit stärken, auch über diese Themen mit kranken Menschen sprechen zu können.¹⁷

V. Kriterien: die Einheit von Leib, Seele und Geist

Eine solche Zuwendung zum Menschen in spirituellen wie in leiblichen Anliegen nimmt die Ganzheitlichkeit des Menschen zum Kriterium ihres Vorgehens, die auch ihren sprachlichen Ausdruck findet in der Rede von der Leibhaftigkeit des Menschen. Diese Ganzheitlichkeit oder Leibhaftigkeit drückt sich in der christlichen Tradition darin aus, dass zwischen dem Körper, der Seele und dem Geist eines Menschen zwar theoretisch unterschieden werden kann, dass diese Elemente aber erst in ihrer Einheit den konkreten Menschen ausmachen.

Diese Einheit ist auch in der theologischen Tradition oft wenig beachtet worden. So wie heute in einer funktionalen medizinischen Betreuung allein die körperlichen Funktionen im Blick sind – was durch die ständige Ausdifferenzierung und Professionalisierung der medizinischen Bereiche teilweise

¹⁵ Zum Offenbarungsbegriff in diesem Kontext vgl. *G. Greshake* (FN) 8), hier S. 23.

¹⁶ Eindrückliche Beispiele gibt *R. Ebeling*, *Spiritualität im Krankenhaus, Wege zum Menschen* 46, 1994, S. 390-397.

¹⁷ *A. Büssing*, *Spiritualität, Religiosität und Krankheitsumgang. Bedeutung des Gott-Verlustes für den Krankheitsumgang, Lebendiges Zeugnis* 62, 2007, S. 88-102, hier S. 100: „26% der von uns untersuchten Schmerzpatienten sprechen mit einem Pfarrer über ihre spirituellen/religiösen Anliegen, aber 43% finden es wichtig, mit ihrem Arzt über diese zu sprechen. Dem Arzt kommt hier eine Bedeutung zu, auf die er nicht vorbereitet ist.“

bedingt und verstärkt wird –, stand in der christlichen Tradition oft zu einseitig allein der seelische oder geistige Aspekt des Menschen im Mittelpunkt, und die Sorge für den Leib und die Heilung von Krankheiten musste sich im Zuge der Geschichte in Debatten über die Ursachen von Krankheit und die Bedeutung des Leibes immer wieder neu als christliches Anliegen behaupten. Gerade aber die biblischen Heilungserzählungen verweisen uns auf die Einheit von Körper, Seele und Geist. Der Hinweis Jesu „Dein Glaube hat dir geholfen“ (Lk 17,19) für die Menschen, die er heilte, lässt sich im Sinne dieser notwendigen Leiblichkeit des Menschen deuten.

Im Kontext des Krankenhauses kann man diesen Zusammenhang in Anlehnung an Günter Pöltner folgendermaßen für die ärztlichen und krankenschwägerischen Tätigkeiten formulieren: Es geht zwar um ein medizinisches Verfügen über den Körper, doch das leitende Motiv sollte die Sorge um den Leib, um den ganzen Menschen sein. Christlich gesehen ist es die „Idee des umfassenden und vollständigen Menschlichen, die aufgrund der Inkarnation des Herrn verlangt, nicht mehr – wie in den alten Religionen oder anderen Religionen – eine Spaltung von Geist und Leib, die das Heilige vom Profanen, das Fleischliche vom Immateriellen zu trennen versucht. Vielmehr ist die Verheißung: „alles Fleisch wird das Heil des Herrn sehen“ (Jes 40,5).¹⁸

Diese Erkenntnis bedeutet innerhalb des Christentums, die Sorge um den Leib als Beitrag zur Sorge um den ganzen Menschen zu betrachten und zu integrieren. Sie widersetzt sich auch solchen gegenwärtigen philosophischen Menschenbildern, die sich bemühen, den Leib als abschaffungswürdig oder zumindest durch technische Eingriffe für verbesserungsnotwendig darzustellen. Diese sehen den Körper als so von der Person abgespalten, als könne diese Person ohne den Körper existieren und daher über ihn wie über ein außerhalb ihrer selbst stehendes Werkzeug verfügen. Dagegen ist daran festzuhalten, dass Verfügbarkeit und Unverfügbarkeit des Leibes für den Menschen zutreffen: Verfügbarkeit, denn „ich bin mein Leib, indem ich meinen Leib habe“, und Unverfügbarkeit, denn „ich habe meinen Leib, indem ich mein Leib bin. Das Leibsein markiert die Grenze des Verfügungkönnens.“¹⁹ Eine Person ist daher nicht mit ihrem Leib identisch, aber auch nicht völlig davon losgelöst. Mit G. Pöltner kann man formulieren: „der Leib ist das Wesensmedium personalen, d.h. weltoffenen Selbstseins – der ganze Leib, nicht bloß eines seiner Organe, z.B. das Gehirn.“ Wer über den Leib eines Menschen verfügt, verfügt immer auch über die Person selbst; darum impliziert die Achtung der Menschenwürde die Achtung der leiblichen Integrität.²⁰

Umgekehrt bedeutet dieser Ansatz für den professionellen Krankenhausalltag, dass die Aufmerksamkeit für die körperlichen Funktionen eines Menschen im Dienst am ganzen Menschen stehen muss. Es geht darum, auch

¹⁸ C. Nanni, a.a.O. (FN 13), hier S. 2.

¹⁹ G. Pöltner, Sorge um den Leib – Verfügen über den Körper, Zeitschrift für medizinische Ethik 54, 2008, S. 3-11, hier S. 7.

²⁰ Ebd., S. 8.

die kognitiven, emotionalen und geistlichen bzw. „spirituellen“ Aspekte des einzelnen Menschen anzusprechen. Je nach Situation (erstes Gespräch oder Folgegespräch) und je nach Krankheitsbild und Alter der Person kann das Verhältnis dieser Komponenten ganz unterschiedlich aussehen. Wichtig ist vielleicht, dass in einem gewissen Maß – wenn auch nicht immer von derselben Person – alle drei Dimensionen angesprochen werden müssen. Ein Mensch wird sich umso wohler fühlen, umso mehr er seine Identität im Kontext des Krankenhauses wahren kann.

Da aber das Identitätsempfinden gebunden ist an die Kohärenz der geistlichen, seelischen und körperlichen Vollzüge, bedarf es auch einer besonderen Rücksicht auf diese Elemente. Welche vitalen Voraussetzungen sind da? Welche seelischen Erlebniswelten und Akzeptanzwelten begegnen uns bei diesem Menschen? Wie stark ist die geistige Gestaltgebung bei dem jeweiligen konkreten Menschen gegeben? Diese Grundfragen²¹ können dann noch einmal konkretisiert werden: Wie werden Erfahrungen gedeutet? Welche Vorlieben hat ein Mensch, was findet er reizvoll, abträglich, ablehnenswert? Gibt es sinnliche Genüsse, die dieser Mensch vorzieht? Dies kann sich auch auf Gegenstände in der Umgebung des Krankenbetts beziehen, auf Musik etc. Welche Lebenserfahrungen und Erfahrungen mit Krankheit bringt dieser Mensch mit? Dass hier insbesondere bei stationären Patienten nur im Zusammenspiel von Pflegekräften, Ärzten und Seelsorgern, vielleicht auch noch Verwandten ein zutreffendes Bild von einem kranken Menschen gewonnen werden kann, ist allein aufgrund dieser wenigen Fragen deutlich. Wie sehr aber bereits kleine Details für das Wohlbefinden von Kranken einen positiven Aspekt haben können, das kann vermutlich jeder für sich selbst bestätigen.²²

VI. Ziel einer christlichen Zuwendung zum Kranken: dem Kranken helfen, seine spirituelle Aufgabe zu erfüllen

Spirituelle Begleitung zielt auf die Person in ihrer Leibhaftigkeit und ihrer spirituellen Offenheit. Die spirituelle Begleitung im Krankenhauskontext wird daher von ihrer Sozialform her als eine „kundenförmige“ und „person-bezogene“, d.h. nicht primär inhaltsbezogene und gemeinschaftsförmige Spiritualität beschrieben.²³ Die Person als Subjekt tritt in den Vordergrund, das bedeutet: „die Person auf der Suche nach ihrer Identität, nach Wachstum

²¹ Für Anregungen zu diesem Thema danke ich *G.W. Hunold*.

²² Die Krankenhausesseelsorgerin *Renate Ebeling* berichtet von der Bedeutung beispielsweise von Fuß- oder Rückenmassagen, die zur körperlichen Entspannung beitragen und Wege für Leib und Seele umfassende Prozesse ermöglicht. Vgl. *R. Ebeling* (FN 16).

²³ *M.N. Ebertz* (FN 5), hier S. 203.

und Reife, nach dem Sinn ihres Lebens“.²⁴ Daher ist auch der „Begriff ‚begleiten‘ [...] an die Stelle des Begriffs ‚Seelenführung‘ getreten, weil er eindeutig auf die suchende Person als Subjekt hinweist“.²⁵

Im Krankheitsfall kommt die persönliche Situation, die gesellschaftliche Rolle, die eigene Lebensform aufgrund der erfahrenen leiblichen Grenzen deutlicher ins Bewusstsein, und die Frage nach der inneren Stimmigkeit wird laut. In dieser nicht einfachen Situation kann nur eine ganzheitliche, spirituelle und leibliche Fürsorge eine angemessene Hilfe darstellen. Von einer Psychologie des Ausdrucks her formuliert geht es daher darum, Menschen in dieser Situation zu helfen, sich auf einen spirituellen Weg zu machen, d.h. eine aufnahmefähige körperlich-mentale Verfassung zu erlangen, in der ich Gottes Ausdruck in Jesus Christus auf mein Leben und meine konkrete Situation beziehen kann und Gottes Zuwendung als erlösend und befreiend empfinden kann. Das eigene Leben und die eigene Situation lassen sich dann auf diesem Hintergrund „primär als gnadenhaft verdankte zu erkennen geben.“²⁶

Dieses Geschehen geschieht in Begegnung oder vermittelt durch Begegnung. Insofern umfasst es nicht nur die betreuten Kranken, sondern auch die sich ihnen zuwendenden Menschen. So lässt sich als das Ziel der spirituellen Begleitung kranker Menschen benennen, „menschliches Leben – das der Kranken und Behandelnden sowie das eigene in seiner Verbindung mit Gott deutlich werden zu lassen.“²⁷

²⁴ *H.M. Stenger*, Andere begleiten. Die begleitende Person im Kraftfeld seelsorgerlicher Begegnung, Ordenskorrespondenz 44, 2003, S. 402-413, hier S. 406.

²⁵ Ebd., S. 406.

²⁶ Zu einem Ansatz aus der Psychologie des Ausdrucks vgl. *R. Lutz*, Identität und Ausdruck. Zu den Konstitutionsbedingungen von Identitätsprozessen, in: *G. Droeser/R. Lutz/J. Sautermeister* (Hg.), Konkrete Identität. Vergewisserungen des individuellen Selbst, Frankfurt a.M. u.a. 2009 (Moderne Kulturen Relationen 10), S. 13- 46, hier S. 22.

²⁷ *C. Zimmermann-Wolf*, Für eine Spiritualität der Seelsorge im Krankenhaus, Lebendige Seelsorge 42, 1991, S. 63-67, hier S. 65.