



UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Diplomarbeit

Studiengang Pflegemanagement

Thema der Diplomarbeit:

**Die Integration von Spiritualität als herausfordernde Chance der
Gesundheits- und Krankenpflege in der Postmoderne**

**Heike Lubatsch
Stenhusenstr. 13
30625 Hannover**

Matrikel-Nr. 1075092

Prüfungskennzeichen:

PM-SKA-P99-061231

Erstgutachter:

Dipl-Pflegew. (FH) Beate Fuchs

Zweitgutachter:

Dr. rer. pol. Frank Stolze

Die Diplomarbeit ist bis zum 01.12.2006 einzureichen.

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite	2
I	Abbildungsverzeichnis	5
II	Tabellenverzeichnis	6
III	Abkürzungsverzeichnis	7
IV	Anlagenverzeichnis	8
1	Einführung in die Thematik	9
1.1	Erläuterung der Themenwahl	9
1.2	Zielsetzung, leitende Fragestellungen, methodisches Vorgehen	10
2	Leben unter den Anforderungen der Postmoderne gestalten	11
2.1	Die unterschiedlichen Deutungen der Moderne	12
2.1.1	Pluralistische Postmoderne gegen universalistische Moderne	13
2.1.2	Ganzheitliche Postmoderne gegen ausdifferenzierte Moderne	14
2.2	Kontroverse Konzepte der Postmoderne	15
2.2.1	Postmoderne als neue Epoche	15
2.2.2	Postmoderne als Bewusstseinsveränderung	16
2.2.3	Postmoderne als immanente Kritik der Moderne	16
2.2.4	Diffuser versus effizienter Postmodernismus	17
2.3	Zugrunde liegendes Verständnis der Postmoderne	17
2.4	Ausgewählte Merkmale der Postmoderne	18
2.4.1	Pluralität: Großer Gesang oder Stimmengewirr?	18
2.4.2	Ganzheitlichkeit: Ideal oder Illusion?	21
	Menschliches und „gemachtes Vermögen“: Psychoanalyse des postmodernen Menschen	24
2.4.4	Soziale Beschleunigung: Leben im rasenden Stillstand	26
2.5	Notwendige Kompetenzen in der Postmoderne	31
2.6	Schlussfolgerungen und weiterführende Fragen	34

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
3 Gesundheits- und Krankenpflege in der Postmoderne	37
3.1 Definitionen und zugrunde liegendes Verständnis	37
3.2 Paradigmen der Pflegewissenschaft	39
3.3 Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft	43
3.4 Ausgewählte Rahmenbedingungen	45
3.5 Errungenschaften	46
3.6 Problematiken	48
3.6.1 Menschenbilder im Gesundheitswesen und ihre Folgen	48
3.6.2 Arbeitsbelastungen und ihre Konsequenzen	51
3.6.3 Ökonomisierung und Ökonomismus	52
3.7 Ausgewählte Aufgaben in der Postmoderne	53
3.8 Schlussfolgerungen und weiterführende Fragen	55
4 Spiritualität in der Postmoderne	58
4.1 Annäherung an das Phänomen „Spiritualität“	58
4.1.1 Klärung des begrifflichen Rahmens	59
4.1.2 Kriterium der Differenzierung	61
4.1.3 Forschungsfeld der Spiritualität	62
4.1.4 Zugrunde liegendes Verständnis	64
4.1.5 Meditation und Kontemplation	65
4.2 Gesellschaftliche Verortung	66
4.3 Gesellschaftliche Ausprägung	68
4.4 Spiritualität: ein Rückfall vor die Aufklärung?	69
4.5 Spiritualität im interreligiösen Kontext	70
4.6 Spiritualität im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit	72
4.6.1 Spirituelle Erfahrungen in Krankheit, Leid und Sterben	72
4.6.2 Spiritualität als Komponente gesundheitsbezogener Lebensqualität	73
4.7 Schlussfolgerungen und weiterführende Fragen	75

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
5 Integration von Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege	77
5.1 Aktueller Stand zur Integration von Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege	77
5.2 Spiritualität in der Gesundheits- und Krankenpflege: Ein Schritt vor die Moderne?	79
5.3 Zugrunde liegende Menschenbilder und Verständnisse von Gesundheit und Krankheit	80
5.4 Basiskonzepte	83
5.4.1 Achtsamkeit (Gesundheitsförderung)	83
5.4.2 Dialog (Kommunikationskultur)	85
5.4.3 Sinnzirkel (Organisationskultur)	87
5.5 Spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege unter den Anforderungen der Postmoderne	89
5.5.1 Ziele	89
5.5.2 Voraussetzungen	90
5.5.3 Merkmale	90
5.5.4 Interventionen	91
5.6 Problematiken	92
6 Fazit und Ausblick	93
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	93
6.2 Ausblick	95
7 Literaturverzeichnis	97
8 Anhang	106
9 Eidesstattliche Erklärung	108

I	Abbildungsverzeichnis	Seite
	Abbildung 1: Haltungen und Dynamiken im Dilemmazirkel.	33
	Abbildung 2: Definitionen von Spiritualität.	59
	Abbildung 3: Begrifflicher Rahmen.	60
	Abbildung 4: Ausschnitt aus „Erschaffung Adams“.	64
	Abbildung 5: Spirituell-religiöse Verfassung der Deutschen.	69
	Abbildung 6: Bild vom Menschen.	81
	Abbildung 7: Dimensionen von Gesundheit.	81
	Abbildung 8: Existentielle Dimension von Gesundheit.	82
	Abbildung 9: Krankheitsverständnisse.	82
	Abbildung 10: Kernfähigkeiten des Dialogs.	87
	Abbildung 11: Sinnzirkel.	88

II Tabellenverzeichnis**Seite****Tabelle 1:** Pflegeparadigmen in der Gegenüberstellung.

41

Tabelle 2: Merkmale spirituell durchdrungener Pflege.

90-91

III Abkürzungsverzeichnis

BA	Bachelor
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
d.h.	das heißt
Dr.	Doktor
ebd.	ebendort
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EQ	Emotionale Intelligenz
et. al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera
HRQQL	health related quality of life
http.	Hypertext Transfer Protocol
ICN	International Council of Nurses
incl.	inclusiv
IQ	Intelligenzquotient
MA	Master
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
n	Größe der Stichprobe
NEXT	Nurses early exit study
phil.	philosophia
Psych.	Psychologie
RKI	Robert-Koch-Institut
SIGMA	Sozialwissenschaftliches Institut für Gegenwartsfragen in Mannheim
sog.	sogenannt
SQ	Spirituelle Intelligenz
St.	Sankt
TMS	Transkranielle Magnetstimulation
u.a.	unter anderem
URL	uniform resource locator
USA	United States of America
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WAI	work ability index
www.	World Wide Web
z.B.	zum Beispiel

IV Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen.

1 Einführung in die Thematik

Im ersten Kapitel erfolgt zunächst ein Einstieg in die Thematik sowie eine Fokussierung des Themas. Die Zielsetzung, die leitende Fragestellung sowie das methodische Vorgehen werden beschrieben.

1.1 Erläuterung der Themenwahl

Zu Beginn des 21. Jahrhundert stehen wir vor der Notwendigkeit unser Leben unter den Anforderungen der Postmoderne zu gestalten. Unsere Welt wird immer komplexer, unübersichtlicher und schneller. Dies löst bei uns vielfach Gefühle der Verunsicherung und des Unbehagens aus. Wir versuchen mit der Vielzahl und der Geschwindigkeit an Veränderungen Schritt zu halten und/oder suchen nach Orientierungspunkten, die unserem Leben Sinn, Halt und Tiefe geben.

Diese allgemeinen Anforderungen der Postmoderne sind auch in der Gesundheits- und Krankenpflege wieder zu finden und wollen bewältigt werden.

Unübersehbar ist, dass im 21. Jahrhundert grundlegende Neuorientierungen hinsichtlich der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen müssen. Der Pflegebedarf wird aufgrund des demographischen und epidemiologischen Wandels einerseits deutlich ansteigen – andererseits sind die einzelnen Pflegepersonen schon jetzt an den Grenzen dessen, was sie leisten können. 19% des examinierten Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern haben im Verlauf der letzten 12 Monate daran gedacht ihren Pflegeberuf aufzugeben. Der Krankenstand in den Pflegeberufen liegt deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufsgruppen. Psychischer Stress und mangelnde Arbeitszufriedenheit sind häufig auftretende Belastungsfaktoren bei Pflegepersonen (vgl. RKI 2004, 41; DAK 2005, 13-16).

MALRAUX¹ prognostiziert, dass das 21. Jahrhundert spirituell oder nicht sein wird. Man könnte schlussfolgern, dass auch die Gesundheits- und Krankenpflege des 21. Jahrhunderts spirituell oder nicht sein wird und die Frage anschließen, ob Spiritualität einen bedeutsamen Beitrag dazu leisten kann, Problemen der Postmoderne konstruktiv zu begegnen. Dieser Frage wird im Bezug auf die Gesundheits- und Krankenpflege nachgegangen.

Spiritualität ist unbestritten ein zentraler Faktor der Lebensqualität (ZWINGMANN 2005), der insbesondere in Krisensituationen relevant werden

¹ 1901-1976, französischer Schriftsteller und Politiker.

kann. In der derzeitigen Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland spielt er eine marginale Rolle und ist nur selten konzeptionalisiert. In anderen Ländern, beispielsweise den USA, stellt sich dies zum Teil anders dar. Dort sind sowohl verschiedene Konzepte für die Praxis als auch zahlreiche Forschungsergebnisse veröffentlicht, die in Deutschland als Ideenquelle genutzt werden können. Einen ersten Schritt soll die vorliegende Studie hierzu leisten.

Die persönliche Motivation mich diesem Thema ausführlich zu zuwenden, hat verschiedene Facetten. Ich erlebe es in meiner beruflichen Tätigkeit sehr deutlich, dass „etwas“ in der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland geschehen muss. Dies „etwas“ muss grundlegender Art sein. Sowohl das Pflegemanagement als auch die Pflegepersonen auf den Stationen² fragen sich immer eindringlicher nach dem Sinn ihrer Tätigkeit und sind zugleich sehr häufig an ihren körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen. Persönlich erlebe ich meine Spiritualität in den Anforderungen der Postmoderne als Quelle von Kraft, Lebensfreude und –tiefe.

Parallel zum Studium des Pflegemanagements habe ich eine zweijährige Weiterbildung besucht, bei der es um das Gestalten des eigenen spirituellen Weges und die Erlangung spiritueller Kompetenzen ging. Mit der Diplomarbeit möchte ich Inhalte des Studiums und der Weiterbildung verknüpfen.

1.2 Zielsetzung, leitende Fragestellungen, methodisches Vorgehen

Die Bearbeitung des Themas wird durch folgende Fragestellungen geleitet:

Gibt es Argumente, die dafür sprechen gerade unter den Bedingungen der Postmoderne Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege zu (re)integrieren? Ist der, in der Moderne eingeschlagene Weg, sich von religiösen Inhalten in der Krankenpflege zugunsten der Wissenschaftlichkeit zu trennen, in der Postmoderne zu korrigieren?

Das Forschungsfeld der Spiritualität soll explorativ innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege in ausgewählten Aspekten erschlossen werden. Eine systematische Annäherung an das Thema soll in Deutschland als Grundlage für weitere Schritte dienen.

Zur Beantwortung der leitenden Fragestellung referiere ich zunächst einige relevante Charakteristika der Postmoderne. Kriterien zur Auswahl dieser Kennzeichen

² Mein berufliches Arbeitsfeld ist im Krankenhaus angesiedelt - dies hat zur Folge, dass dieser Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege auch derjenige ist, der in der Diplomarbeit fokussiert wird.

sind zum einen eigene subjektive Erfahrungen, die grundlegend das Interesse an der Thematik geweckt haben und zum anderen besonders prägnante Gegenwartsdiagnosen. Es erfolgt eine Verknüpfung zur Gesundheits- und Krankenpflege in der Postmoderne.

Anschließend wird das Phänomen der Spiritualität beschrieben und untersucht, ob sie an Erfordernisse der Menschen in der Postmoderne anknüpft.

Somit wird der Frage nachgegangen, ob Spiritualität einen bedeutsamen Beitrag dazu leisten kann, Problemen der Postmoderne konstruktiv zu begegnen.

Abschließend wird aufgrund der vorausgegangenen Untersuchungen aufgezeigt, ob und wenn ja, unter welchen Bedingungen Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege integriert werden kann, bzw. sollte.

2 Leben unter den Anforderungen der Postmoderne gestalten

Im Oktober 1981 warnte die französische Tageszeitung *Le Monde* ihre Leser vor einem Gespenst, das in Europa umhergehe: dem Gespenst der Postmoderne.³

Man könne bei der Postmoderne- so *Le Monde* weiter - von einem Gespenst reden, da Gespenster sich bekanntermaßen gerne im Unbestimmten aufhalten. Im Lichte der Debatten und Polemiken, die sich von Amerika nun auch auf Europa ausgedehnt und dabei allerlei heterogene und widersprüchliche Konzeptionen hervorgebracht haben, werde es fast unmöglich diesen Terminus zu definieren. Ausgehend von der Architekturtheorie habe sich die Postmoderne auch in der Literatur, der Philosophie, den Sozialwissenschaften und der bildenden Kunst ausgebreitet und schicke sich nun an, auf die Straße herunterzusteigen, um zu einer öffentlichen Angelegenheit und Modeerscheinung zu werden (vgl. SCHNELL 1994, 1).

Wie kann man nun diese Postmoderne beschreiben, die so gespenstisch-vage erscheint und die dennoch nach vorherrschender Meinung die gegenwärtige geschichtliche Episode beschreibt? Und was bedeutet es, unter deren Bedingungen zu leben? Diesen Fragestellungen wird in den folgenden Kapiteln mit unterschiedlichen Akzentsetzungen nachgegangen.

³« Un spectre hante l'Europe: le post-modernisme. Il faut bien parler d'un spectre, car à la lumière des débats et des polémiques qui se déroulent aux Etats-Unis depuis une dizaine d'années et qui ont brusquement fait rage ces derniers temps en Italie, il est de plus en plus délicat de comprendre quels sont les fondements et les acceptions de ce terme qui fait fortune à des titres divers sinon contradictoires » (G.-G. LEMAIRE 1981, XIV in SCHNELL 1994, 1).

2.1 Die unterschiedlichen Deutungen der Moderne

„Post“ - Moderne steht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu dem Begriff, dem sie ihre Herkunft verdankt: der Moderne. Da die Postmoderne stets auf die Moderne verwiesen bleibt, ist die Postmoderne-Diskussion unvermeidlich auch eine Diskussion der Moderne (vgl. SCHNELL 1994, 130). Die gesellschaftlichen Bedingungen, die sich in der Postmoderne etabliert haben, finden ihren Ausgangspunkt in den kulturellen Errungenschaften der Moderne: Entwicklungen in Wissenschaft und Technik, Industrialisierung der Produktion, Demokratisierung der Nationalstaaten und das Wachstum städtischer Lebensformen prägen die moderne Kultur (vgl. SCHÄFERS 2004, 12). Die Wende zur Moderne bezeichnet zugleich einen Umbruch in allen Bereichen des individuellen, gesellschaftlichen und politischen Lebens gegenüber der Tradition.

In der Diskussion um die Postmoderne ergibt sich einerseits ein weitreichender *Konsens* über die Moderne, der sowohl von den Befürwortern wie auch Gegnern der Postmoderne getragen wird⁴. Andererseits wird ein *Dissens* deutlich, der sich aus den unterschiedlichen Deutungen der Moderne ergibt (vgl. SCHNELL 1994, 130).

Unter den verschiedenen Postmoderne-Versionen tritt immer wieder eine charakteristische Polarität hervor: Die einen plädieren für Pluralität⁵, die anderen für eine neue Ganzheit. Dieser Gegensatz gründet bereits in konträren Moderne-Diagnosen und ist deren logische Konsequenz. Als Pathologie der Moderne wird das eine Mal ihre Uniformierungstendenz, das andere Mal ihre Differenzierungssucht beschrieben. Daher verordnen dann – post-modern – die einen eine Therapie der Pluralisierung, die anderen eine der Homogenisierung. Im Folgenden wird dieser Dissens unterschiedlicher Deutungen der Moderne in Verbindung mit den spiegelbildlichen Postmoderne-Konzeptionen beschrieben (vgl. WELSCH 1997, 53).

⁴ Rationalisierung und Verwissenschaftlichung, Säkularisierung, optimistischer Fortschrittsglaube, Vorherrschen der Geldwirtschaft, Individualisierung und Linearität der Zeit gehören zum weitreichenden Konsens über die Moderne, der an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden kann.

⁵ 1) Philosophische Anschauung, Theorie, nach der die Wirklichkeit aus vielen selbständigen Prinzipien besteht, denen kein gemeinsames Grundprinzip zugrunde liegt. 2) Innerhalb einer Gesellschaft, eines Staates vorhandene Vielfalt gleichberechtigt nebeneinander stehender und miteinander um Einfluss und Macht konkurrierende Gruppen, Organisationen, Werte, Meinungen etc. (Duden, Das Fremdwörterbuch 1997, 634).

2.1.1 Pluralistische Postmoderne gegen universalistische Moderne

Viele Theoretiker der Postmoderne begreifen die grundlegende Intention der Moderne als Suche nach einem universalen und einheitlichen Prinzip, mit dem sich die „wahre Ordnung der Dinge“ feststellen lässt und das dem sittlichen Handeln und dem ästhetischen Schaffen eine feste Grundlage gibt.⁶ Sie findet sich in der Literaturwissenschaft genauso wie in der Architektur, der Philosophie und der Soziologie. Hier werden ausschließlich die erkenntnistheoretischen Grundüberzeugungen der Moderne betrachtet und nicht die gesellschaftlichen und individuellen Auswirkungen des Modernisierungsprozesses in den Blick genommen (vgl. SCHNELL 1994, 133).

Gegen die metaphysisch begründeten, totalisierenden Absolutsetzungen der Moderne (*die Wahrheit, die Vernunft, die Wirklichkeit, die Geschichte*) wehren sich vor allem der französische Philosoph LYOTARD⁷ und die Anhänger der Dekonstruktion, die mit dem Postulat von Pluralität, Inkommensurabilität⁸, Heterogenität, Differenz und Paralogie⁹ deutliche Kontrapunkte gegen die modernen Grundüberzeugungen setzen. Der Moderne werfen sie vor, durch die Erhebung eines Partikularen zum Universalen Tyrannei und Terror erzeugt zu haben. Dieser Terror soll durch die sprachphilosophisch und erkenntnistheoretisch begründete Einsicht, dass sich die Wahrheit nie eindeutig erfassen lässt, von einem prinzipiellen Pluralismus der Postmoderne überwunden werden. Aufgabe der Postmoderne ist nach LYOTARD also, die „Widerstreite“ ausfindig zu machen und die unterschiedlichen Positionen deutlich zu kennzeichnen, nicht aber, die Dissense in einen Konsens zu überführen oder in einer Synthese zu versöhnen (vgl. LYOTARD 1983 in SCHNELL 1994, 134).

Neben dieser radikalen Überzeugung gibt es moderatere Positionen¹⁰: Sie kritisieren „das absolute Heterogenitätsdogma des rigiden Postmodernismus“ und wenden dagegen ein, dass Übergänge zwischen den verschiedenen Rationalitätsgattungen und Diskursarten möglich sind und eine Verständigung per Konsens nicht

⁶ Diese Sicht der Moderne wird von den Philosophen RORTY, LYOTARD, JAMESON, VATTIMO, HABERMAS und SLOTERDIJK und den Soziologen KAUFMANN, TENBRUCK, BAUMAN geteilt (vgl. SCHNELL 1994, 133).

⁷ *1924 † 1998

⁸ Unvergleichbarkeit von Stoffen mit Messwerten wegen fehlender zum Vergleich geeigneter Eigenschaften (DUDEN, Das Fremdwörterbuch 1997, 362).

⁹ Vernunftwidrigkeit, Widervernünftigkeit (DUDEN, Das Fremdwörterbuch 1997, 593).

¹⁰ Vertreten beispielsweise durch WELSCH und WELLMER (vgl. SCHNELL 1994, 134).

von vornherein ausgeschlossen werden kann (vgl. WELSCH 1997, 312-315). Auch für sie ist ein radikaler Pluralismus für die Postmoderne signifikant. Sie vertreten einen Pluralismus, der das Viele so aufeinander bezieht, dass Austauschprozesse und Dialoge in Gang kommen, nicht um den Pluralismus zu überwinden, sondern um Verständigung und Konsens in erkenntnistheoretischer und praktischer Hinsicht zu verwirklichen (vgl. ebd., 261, 295-318).

2.1.2 Ganzheitliche Postmoderne gegen ausdifferenzierte Moderne

Die andere Strömung der Postmoderne sieht die Menschen der Moderne vor allem durch Ausdifferenzierung, Fragmentierung und Entfremdung charakterisiert. Mit dieser soziologisch-kulturellen Interpretation der Moderne korrespondiert ein Postmoderne-Programm, das die Erfahrung der Entfremdung, Orientierungslosigkeit und Fragmentierung im Lebenszusammenhang des modernen Menschen in eine neue, „ganzheitliche“ Synthese hinein aufheben will. Die Zerstreuung, Ausdifferenzierung und Heterogenität der modernen Gesellschaft soll überwunden werden, in dem die verschiedenen Sektoren der sozialen Lebenswelt und die mannigfaltigen Dimensionen menschlicher Erfahrung (wissenschaftliche, ästhetische und religiöse Erfahrung) miteinander versöhnt werden.¹¹ Der erkenntnistheoretische und kulturelle Pluralismus der Gegenwart wird auch von den ganzheitlichen Postmoderne-Konzeptionen – als Ausdruck der Möglichkeiten menschlicher Erfahrung - prinzipiell affirmiert. Sie wenden sich aber gegen einen Pluralismus der Anarchie, des Widerstreits und des „alles ist erlaubt“. Sie erteilen dem radikalen, unversöhnlichen Pluralismus der „französischen“ Postmoderne (LYOTARD, Dekonstruktion) eine klare Absage, weil dieser die moderne Fragmentierung nicht überwindet, sondern nur verschärft¹² (vgl. SCHNELL 1994, 134-135).

¹¹ Gegen die *exklusive* Moderne setzen PALMER, SPAEMANN, KOSLOWSKI, HÜBNER und ETZIONI eine *inklusive* Postmoderne: HÜBNER will die wissenschaftliche Realität mit der mythischen Erfahrung versöhnen; ETZIONI Anliegen ist es, die Menschen durch eine holistische Erziehung und Aktivierung zu einer ganzheitlichen Gesellschaft anzuleiten; SPAEMANN strebt die Entwicklung eines integralen Erfahrungsbegriff durch die Unbedingtheit der Religion, des Sittlichen und des Künstlerischen an und KOSLOWSKI fordert eine ganzheitliche Theorie der Gesellschaft, die die Ausdifferenzierung und Fragmentierung der modernen Gesellschaft als eine zu überwindende Fehlentwicklung ansieht (vgl. SCHNELL 1994, 134).

¹² SPAEMANN, KOSLOWSKI, ETZIONI und HÜBNER sind Vertreter dieser Position (vgl. SCHNELL 1994, 135).

2.2 Kontroverse Konzepte der Postmoderne

ZIMA¹³ erscheint McHALEs Überlegung plausibel, dass der Begriff „Postmoderne“ keinen nachweisbaren Gegenstand bezeichnet, sondern wie McHALE beschreibt, eine Konstruktion ist; eine Konstruktion, die nach ZIMA für den Zustand der zeitgenössischen europäischen und nordamerikanischen Gesellschaft symptomatisch zu sein scheint. Sie ist insofern symptomatisch, als nicht nur Vertreter der Postmoderne wie VATTIMO¹⁴, BAUMANN¹⁵, WELSCH in der sozialen Entwicklung Symptome einer Zeitenwende zu erkennen meinen, sondern auch Soziologen wie TOURAINE¹⁶, GIDDENS¹⁷ und BECK¹⁸, die den Postmoderne-Begriff aus verschiedenen Gründen ablehnen (vgl. ZIMA 2001, 19).

Im Folgenden werden grundsätzlich verschiedene Verwendungsweisen und Begriffsverständnisse für die Postmoderne differenziert.

2.2.1 Postmoderne als neue Epoche

Es liegt nahe, die „Moderne“ und „Postmoderne“ zunächst chronologisch als Perioden oder Epochen zu konstruieren. Schon das Präfix „post-“ deutet an, dass von einer Zeit die Rede ist, die der Moderne folgt und trotz aller Affinitäten von dieser abweicht (vgl. ebd., 23).

Dass die zeitliche Dimension von Moderne und Postmoderne nicht unterschlagen werden kann, liegt nach ZIMA auf der Hand (vgl. ebd., 36), auch wenn LYOTARD behauptet, die Postmoderne sei keine neue Epoche (LYOTARD in WELSCH 1988, 201).

Zugleich ist es problematisch, die Postmoderne als eine völlig neue Zeit aufzufassen, die die Spätmoderne ablöst. Auch gegenwärtig wirken vormoderne, moderne, spätmoderne und postmoderne Strömungen in Politik, Wissenschaft und Kunst zusammen, so dass es sinnlos wäre, von einer rein postmodernen Zeit seit 1950 oder 1960 zu sprechen (vgl. ZIMA 2001, 36).

¹³ ZIMA ist Ordentlicher Professor für Vergleichende Literaturwissenschaft an der Universität Klagenfurt und seit 1998 korrespondierendes Mitglied der philosophisch-historischen Klasse der Österreichischen Akademie der Wissenschaften im Inland.

¹⁴ *1936, italienischer Philosoph, Autor und Politiker

¹⁵ *1925, jüdischer Soziologe und Philosoph

¹⁶ *1925, französischer Soziologe

¹⁷ *1938, britischer Soziologe

¹⁸ *1944, deutscher Soziologe

Die Postmoderne wird als neue Epoche betrachtet, weil sich die gesellschaftliche Situation gegenüber der Moderne grundlegend verändert hat. Neben den Veränderungen, die mit dem inneren Umbau der Gesellschaft verbunden sind (postindustrielle Gesellschaft, Freizeitgesellschaft, Dienstleistungsgesellschaft etc.) werden vor allem Verschiebungen der globalen Situation, die auch Veränderungen im Bewusstsein der Menschen nach sich ziehen, für den Anbruch einer neuen Zeit angeführt (vgl. SCHNELL 1994, 137).

2.2.2 Postmoderne als Bewusstseinsveränderung

LYOTARD hat den Postmodernismus in Abhebung von einem simplen Epochenverständnis und Periodisierungsbegriff als „Gemüts- oder vielmehr Geisteszustand“ charakterisiert. „Postmodern“ ist, wer sich jenseits von Einheitsobsessionen der irreduziblen Vielfalt der Sprach-, Denk- und Lebensformen bewusst ist und damit umzugehen weiß“ (LYOTARD in WELSCH 1997, 35).

Die Ansicht, dass sich die moderne von der postmodernen Situation nicht grundlegend unterscheidet, findet sich in der Dekonstruktion ebenso wie in den pluralitätsbetonenden Postmoderne-Konzeptionen: Der Unterschied zwischen Moderne und Postmoderne besteht dann „nur“ in der unterschiedlichen Reaktion auf die prinzipiell gleiche Situation. Der „Umbruch“ von der Moderne zur Postmoderne wird hier als eine Veränderung des Bewusstseins und als eine andere Haltung gegenüber der prinzipiell gleichen Situation von Moderne und Postmoderne interpretiert. (vgl. SCHNELL 1994, 135-136).

2.2.3 Postmoderne als immanente Kritik der Moderne

Von vielen Theoretikern wird die Postmoderne als immanente Kritik der Moderne in Form einer Revision der Moderne aufgefasst. Nach WELSCH¹⁹ verabschiedet die Postmoderne nur die Neuzeit inklusive ihrer Projekte der wissenschaftlichen Weltbeherrschung und der universalen Heilsschaffung, nicht aber die einst elitäre (ästhetische) Moderne des 20. Jahrhunderts, als deren exoterisch-populäre Einlösung sich die Postmoderne versteht. Die Postmoderne ist dann die gegenwärtige Phase der Moderne. Folglich wendet sich WELSCH auch im Vorwort zur dritten Auflage von „Unsere postmoderne Moderne“ vehement gegen die „*Epochen-Suggestion in Sachen Postmoderne*“, die nur das „*trivialste Missverständnis von*

¹⁹ Professor der Philosophie an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena.

Postmoderne „ gewesen sei: *„In Wahrheit ging es um eine Durcharbeitung und Verwandlung der Moderne, in der zwar manche Züge dieser Moderne verabschiedet, andere aber erhalten und weiterentwickelt werden sollen“* (WELSCH in SCHNELL 1994, 136).

2.2.4 Diffuser versus effizienter Postmodernismus

WELSCH spricht zunächst von einem „diffusen Postmodernismus“: *„Das Credo dieses diffusen Postmodernismus scheint zu sein, dass alles, was den Standards der Rationalität nicht genügt oder Bekanntes allenfalls verdreht wiedergibt, damit auch schon gut, ja gar gelungen sei, dass man den Cocktail nur ordentlich mixen und mit reichlich Exotischem versetzen müsse. Man kreuze Libido und Ökonomie, Digitalität und Kynismus, vergesse Esoterik und Simulation nicht und gebe auch noch etwas New Age und Apokalypse hinzu- schon ist der postmoderne Hit fertig. Solcher Postmodernismus der Beliebigkeit, des Potpourri und der Abweichung um jeden (eigentlich um keinen) Preis erfreut sich gegenwärtig großer Beliebtheit und Verbreitung.“* WELSCH hat in seinem Buch „Unsere postmoderne Moderne“²⁰, den Versuch unternommen, den diffusen Postmodernismus in einen vertiablen, präzisen und effizienten Postmodernismus zu überführen. Der vertiable und effiziente Postmodernismus tritt für wirkliche Pluralität ein, wahrt und entwickelt diese, indem er einem Unterscheidungsgebot folgt. Statt die Vielfalt durch Mischmasch zu vergleichgültigen, potenziert er sie durch Zuschärfung (vgl. WELSCH 1997, 2-3).

2.3 Zugrunde liegendes Verständnis der Postmoderne

Wir leben im Zeitalter der Postmoderne und es ist mir ein Anliegen, dass wir uns als Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege bewusst in dieser Epoche verorten. Wir sind eine Berufsgruppe mit einem gesellschaftlichen Auftrag. Es gilt für uns zu klären, was diese Gesellschaft charakterisiert und was ihre Bedürfnisse sind, wenn wir diesem Auftrag gerecht werden wollen. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist derzeit deutlich durch Kennzeichen der Moderne geprägt. Diese Merkmale stellen einerseits klare Errungenschaften für die Berufsgruppe dar, beispielsweise die Verwissenschaftlichung und Professionalisierung. Es gilt an diesen Errungenschaften festzuhalten, bzw. sie kontinuierlich weiterzuentwickeln. Gleichzeitig rufen die Errungenschaften der Moderne in der Postmoderne vielfach

²⁰ Standardwerk für die Postmoderne-Diskussion im deutschsprachigen Raum.

auch ein Unbehagen hervor (vgl. BAUMANN 1999). Dies Unbehagen soll in der Form Ernst genommen werden, dass Positionen überprüft werden und ggf. eingeschlagene Wege korrigiert werden. Konkretisiert gilt es im Fall dieser Studie die Moderne dahingehend zu hinterfragen, ob eine Professionalisierung zwangsläufig damit einhergehen muss, religiöse Dimensionen aus unserem Beruf herauszunehmen, da sie mit Wissenschaftlichkeit nicht vereinbar sind oder ob dies ein Aspekt ist, den es in der Postmoderne reflektiert zu korrigieren heißt.

2.4 Ausgewählte Merkmale der Postmoderne

Im folgenden Kapitel werden vier ausgewählte Charakteristika der Postmoderne ausgeführt.

2.4.1 Pluralität: Großer Gesang oder Stimmengewirr?

Pluralität ist nach WELSCH nicht nur der Kampfruf, sondern auch das Herzwort der Postmoderne. Die Situation der Menschen in der Postmoderne ist durch die Konfrontation mit einer zunehmenden Vielfalt unterschiedlichster Lebensformen, Wissenskonzeptionen und Orientierungsweisen charakterisiert. Eine Praxis der Differenz, der Artikulation und der Präzision fördert einerseits Klarheit und andererseits Komplexität (vgl. WELSCH 1997, 322-323). Der Dialog des Differenten – nicht das Tohuwabohu des Einerlei macht die Signatur gelungener Postmodernität aus (vgl. ebd., 306).

Zur Dynamik der postmodernen Tendenzen gehört die Unaufhaltsamkeit der Pluralisierung. Wir haben sie in ihrer Faktizität anzuerkennen, um ihre unterschiedlichen Facetten zu wissen und einen konstruktiven Umgang mit ihr zu erlernen. Probleme, die sich aus ihr ergeben, können wir nur auf dem Boden dieser Pluralität - mit neuen, auf sie zugeschnittenen Strategien, lösen (vgl. WELSCH 1988, 43)²¹. Dieser Pluralis sichert uns eine Vielfalt von Gestaltungs- und Wahlmöglichkeiten hinsichtlich unseres individuellen Lebens wie noch nie. Die Vielfalt von Lebensformen ist legitim. Eine Vervielfältigung von Normalität mit der Auflösung der Unterscheidung von Norm und Abweichung ist die Folge. Beispielhafter Ausdruck der Pluralität unserer Lebenswelt sind die verschiedenen sozialen Milieus unserer Gesellschaft. Soziale Milieus sind ein konstitutives Element des kulturellen Pluralismus postindustrieller Gesellschaften, aus alltagsweltlicher Sicht das dominierende. Sie bewirken und garantieren auf der Ebene der Alltags-

²¹ siehe 2.5 und 5.4.

welt die Entfaltung des Vielen, die sich WELSCH, LYOTARDS Philosophie folgend, als „zukunftsfruchtige Glücksvision“, als eigentliche Verheißung der Postmoderne, darstellt (vgl. WELSCH 1990, 94 in UELTZHÖFFER 1999, 7)²².

Pluralität ist eng mit Individualisierung verwoben. Individualisierung bietet uns die Chance und Herausforderung, unser Leben individuell zu gestalten. Als postmoderne Menschen sind wir aus „veralteten“ Traditionen herausgelöst – weder religiöse und ständische Bindungen noch das Eingebundensein in Klassen, Familien und Geschlechterrollen sind für uns determinierend (vgl. VOLKMANN 2000, 33-36). Pluralität konfrontiert uns mit dem Verzicht auf Absolutheiten und verfolgt das Ziel, uns von jeglichem Zwang zu befreien. Die verschiedenen moralischen, ästhetischen und politischen Werte stehen gleichberechtigt nebeneinander. Es gibt keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit und Verallgemeinerungsfähigkeit: Es gibt keine christliche, liberale, sozialistische oder nationale Wertsetzung mehr, die unumstritten und konsensfähig wäre.

Der „Befreiung“ aus vorgegebenen Formen der Existenz steht jedoch zugleich der Zwang zur Autonomie gegenüber. Wir sind ein homo optionis: Leben, Tod, Geschlecht, Körperlichkeit, Identität, Religion, Ehe, Elternschaft und soziale Bindungen – alles ist mehr oder weniger entscheidbar, muss von uns entschieden werden (vgl. BECK/BECK-GERNSHEIM 1994, 16-17).

Der ungewohnte Stress, verursacht von der sich ausbreitenden Mentalität des einsamen Suchens, ohne autoritative Richtungsweisung, geprägt von einem Mangel an festen Lebenskoordinaten, ruft zugleich Fluchttendenzen jeglicher Art hervor. Die Pluralität der Ideen wirkt sich häufig als Ideenvakuum aus und ruft Ängste hervor, ihnen folgen Regressionen zu einer sektiererischen oder gar totemistisch-prämodernen Mentalität. Als Menschen in der Postmoderne stehen wir vor der Herausforderung, uns mit den Risiken dieser Autonomie, durch eigene Ressourcen auseinanderzusetzen (vgl. POLÁKOVÁ 2005, 15).

Nach WELSCH ist es die Herausforderung der Postmoderne, von massiven Einheitswünschen endgültig Abschied zu nehmen, weil sie als deren Kehrseite die

²² Die Milieuforschung versucht alle jene - subjektive wie objektive – Merkmale empirischer Analyse zugänglich zu machen, die die soziokulturelle Identität einer Gruppe konstituieren: Wertorientierungen, soziale Lage, Lebensziele, Arbeitseinstellungen, Freizeitmotive, unterschiedliche Aspekte der Lebensweise, alltags-ästhetische Neigungen, Konsumorientierungen etc. Die deutsche Empirische Sozialforschung kennt verschiedene Milieu-Modelle der deutschen Gesellschaft. Das Sozialwissenschaftliche Institut für Gegenwartsfragen in Mannheim (SIGMA) ordnet die deutsche Bevölkerung zehn sozialen Milieus zu (vgl. ESPE 2004, 4) - ebenso, allerdings mit anderen Bezeichnungen das SINUS-Institut (vgl. SINUS-INSTITUT 2006)

strukturelle Unterdrückung des Abweichenden und Widerstrebenden zur Folge haben (vgl. WELSCH 1997, 36). Postmodern verstehen wir das Verschiedene nicht mehr als Varianten eines Gleichen, sondern rechnen mit Grunddissenzen, Unvereinbarkeiten und Widerstreit. Inmitten solch grundsätzlicher Differenzen haben wir Kooperation zu leisten (vgl. WELSCH 1988, 38).

Wir bedürfen einer neuen persönlichen, einer nicht-anonymen intellektuellen Sensibilität. Das postmoderne Denken kann ein heilsamer Dialog zwischen verschiedenen Rationalitäten sein, die zu verstehen die moderne Rationalität unfähig ist. Die Frage nach der Wahrheit ist erneut offen, und im Grunde können alle möglichen Meinungen angehört werden. Die Beziehung zur Wahrheit kann auf diese Weise an eine demütige persönliche Suche geknüpft werden. Bei dieser Suche zeigt es sich, dass die menschliche Identität nicht „universal“ im modernen Sinne des Wortes ist, nicht systematisch erfassbar; sie ist eine unübersichtliche Pluralität wechselseitig nicht übertragbarer Subjektivitäten, die miteinander die vielfältigsten Beziehungen eingehen (vgl. POLÁKOVÁ 2005, 15).

Das Prinzip des Dialogs erlangt das Primat gegenüber dem Prinzip der Macht, das Recht auf Verschiedenheit und Unterscheidung wird höher bewertet als das Prinzip der Homogenität und Gleichheit (vgl. ebd., 17-18).

Dem Pluralismus wird vielfach vorgeworfen, Beliebigkeit und Oberflächlichkeit unserer Zeit zu bedingen. WELSCH konstatiert, dass dies nichts mit Pluralismus zu tun habe, sondern dass die Menschen den Pluralismus nutzen, um es sich „bequem“ zu machen (vgl. WELSCH 1988, 322). Bei „anything goes“ handelt es sich um eine kontraproduktive Praxis von Pluralität: Sie tilgt die Vielheit, auf die sie sich beruft, indem sie die beliebige Kombination von allem und jedem betreibt und so die Unterschiede zu einem indifferenten Brei verrührt. Demgegenüber setzt das Konzept der Pluralität auf die Beachtung und Schärfung der Differenzen.

Ein Grundmerkmal der *wirklichen* postmodernen Mentalität ist die Ehrfurcht. In ihrem Kontext wird das, was anders ist, mit Offenheit aufgenommen: Es bleibt in seiner letzten Dimension Geheimnis (vgl. POLÁKOVÁ 2005, 18).

ZIMA gibt zu Bedenken, dass der „normale“ Mensch bei dem Ausmaß an Komplexität unserer Welt fast keine andere Chance hat, als in einem gewissen Maß beliebig und oberflächlich oder aber ideologisch mit ihr umzugehen. Wenn wir täglich mit unzähligen kollidierenden Wahrheitsansprüchen, Moralbegriffen und Schönheitsidealen konfrontiert werden, haben wir als Nichttheoretiker oder Nichtwissenschaftler zwei Möglichkeiten: achselzuckend an diesem Überangebot

vorbeizugehen oder an einer (stets ideologischen) Wahrheit festzuhalten und sie für die einzig legitime, die einzig zulässige zu erklären. Der Theoretiker jedoch hat nach ZIMA die Möglichkeit, auf das Problem der Vielfalt oder Heterogenität dialogisch zu reagieren (vgl. ZIMA 2001, 15).

Die postmoderne Explosion des kulturellen Austauschs bringt so viele neue Bedeutungen in Umlauf, alle historisch und geographisch getrennten Kulturen treffen plötzlich nahezu innerhalb eines einzigen Augenblicks und an einem einzigen Ort zusammen, dass sich die Freude über die freigewordene Pluralität unter ihrem Speerfeuer in Müdigkeit und Resignation verwandeln kann. Das Wahrnehmen wird oberflächlich. Die Schärfung der Empfindsamkeit kann sich so in einen Verlust derselben umkehren und in eine neue Abgestumpftheit führen und zu instinktiv verkürzten Lösungen allzu komplizierter Probleme, am Ende in eine rein museale Einstellung zu Angelegenheiten, die uns sonst tief berühren könnten, und in eine Verfälschung des Dialogs durch eine Reduktion auf ein bloßes Spielchen (vgl. POLÁKOVÁ 2005, 17-18).

Wahrheit, Gerechtigkeit und Menschlichkeit erscheinen in der Postmoderne im Plural (vgl. WELSCH 1988, 5). Durch die Auflösung allgemein gültiger Werte stellt sich uns die grundlegende Frage, auf welcher Grundlage wir in ethischen Dilemmasituationen entscheiden sollen. Wie kann eine Annäherung an eine Lösung erfolgen, wenn alle Alternativen gleich gültig nebeneinander stehen? Ist die Sichtweise auf „Leben“ eines Saddam Hussein gleich gültig neben der eines Martin Luther King oder eines Gandhi?

2.4.2 Ganzheitlichkeit: Ideal oder Illusion?

Es entspricht dem Zeitgeist, ganzheitlich zu denken und zu arbeiten. Das Thema Ganzheitlichkeit ist im wissenschaftlichen Kontext, wie auch im pseudowissenschaftlichen und esoterischen Kontext populär. Die Naturwissenschaften fordern immer stärker eine Abkehr des kausalanalytischen Denkens und die Hinwendung zu vernetztem, ganzheitlichem Denken und Handeln (vgl. NETZWERK GANZHEITLICHKEIT 2006). Eine unüberschaubare Anzahl von Veröffentlichungen beschäftigt sich mit ganzheitlichen Gedanken und Ideen. Da der Begriff jedoch nicht klar gefasst ist, ist der Ganzheitsbegriff „exakt das, was ein Autor sich darunter vorstellt“ (vgl. NIEHOFF/SCHRADER 1989, 22 in REKITTKE 2003, 25). FISCHBACH und WIED unterscheiden sechs Formen von Ganzheit-

lichkeit²³. Bei der Literaturrecherche wird schnell deutlich, dass diese verschiedenen Formen der Ganzheitlichkeit beliebig, meist ohne Definition oder Beschreibung des eigenen Verständnisses, benutzt werden. So ist jeweils zu erahnen, was der jeweilige Autor oder Anbieter einer ganzheitlichen Leistung darunter versteht. REKITTKE²⁴ beschreibt die Krise der Wissenschaft und sieht die Entwicklung von ganzheitlichen Theorien in diesem Zusammenhang (vgl. REKITTKE 2003). Die Suche nach dem Ganzen bietet sich als Kritikfolie reduktionischen Denkens und macht damit auf deren Mängel aufmerksam. Der Blickwinkel der Moderne soll erweitert werden durch:

- die Verbindung von Leib, Seele und Geist;
- die Synthese als Erkenntnis, dass es sich bei allen scheinbaren Gegensätzen um die beiden Pole einer Einheit handelt;
- die Sehnsucht nach einem Geheimnis hinter den Dingen - dem „Unfassbaren“;
- die lange verdrängten Traditionen spiritueller „Weisheit“;
- den Mythos, das Ahnen und Spüren, das Gefühl, die Intuition (vgl. BETHKE 2005, 24-33).

Bei Definitionsbemühungen kristallisiert sich vielfach eine Formel heraus, die den Menschen als bio-psycho-soziales Wesen charakterisiert. Umstritten ist, ob damit der „ganze“ Mensch erfasst werden kann.

Problematisch ist, das Ganze über eine Festlegung von spezifischen Komponenten definieren zu wollen (vgl. STEMMER 1999, 88). WELSCH beschreibt nachvollziehbar: „es gibt keine Ganzheitsoption, in der alle Positionen sich aufgehoben fühlen“, d.h., es ist nicht möglich, das Ganze mit widerspruchsfreien Aussagen zu beschreiben und gleichzeitig alle möglichen Standpunkte zu umfassen, denn inhaltlich ist jede Position spezifisch und keineswegs ganzheitlich (vgl. WELSCH 1997, 62 in STEMMER 1999, 88).

Die *einheitliche* Denkrichtung geht demgegenüber von der Annahme aus, dass erst eine Sichtweise, die die Möglichkeit negiert, den Menschen als einheitliche Ganzheit in Einzelkomponenten zu unterteilen, dem Menschen gerecht wird. Mit dem Konzept der Ganzheitlichkeit sollen traditionell naturwissenschaftlich redu-

²³ Summative, übersummative, zweipolig-wechselseitige, entdifferenzierte Ganzheitlichkeit, Ganzheitlichkeit als sinnliche Wahrnehmung sowie Ganzheitlichkeit als Spiritualität (vgl. FISCHBACH/WIED in WIED/WARMBRUNN 2003, 252).

²⁴ Dipl. Pflegewirt (FH)

zierte Schemata überwunden werden. Bewegt sich die ganzheitliche Sichtweise jedoch in einem Rahmen, der das Ganze als in Einzelteile zerlegbar erachtet und im Umgang mit den Bestandteilen über eine Addition nicht hinauskommt, verbleibt sie in großer Nähe zu naturwissenschaftlich-analytischen Argumentationsstrukturen.

Die Schwäche des einheitlichen Ansatzes liegt jedoch in der Missachtung der Bedeutung der Teile. In dem Versuch, den Surplus des Ganzen durch den Blick auf die Einheit zu fassen, wird nicht beachtet, dass LUHMANN folgend, das Ganze doppelt gedacht werden muss, nämlich als Gesamtheit der Teile und als Einheit (vgl. STEMMER 1999, 88).

Ziel des Holismus²⁵ ist es, einen Mittelweg zwischen Reduktionismus und Monismus anzubieten, der den Komponenten ihren Eigenwert zugesteht und gleichzeitig dem Besonderen des Ganzen gerecht wird.

An dieser Stelle wird von Kritikern die Frage laut, ob dieses Ziel erreichbar ist. Theoretiker der Postmoderne unterstreichen die perspektivische Gebundenheit jedes Erkennens. In dem Bemühen um die Wahrnehmung eines Ganzen folgt daraus, dass in Abhängigkeit von dem Licht, das ein Betrachter auf einen Gegenstand wirft, immer nur ein Ausschnitt in den Fokus geraten kann. Wenn eine Seite gewählt wurde, ist der Beobachter für die Gegenseite blind. Da jede Beobachtung ihrerseits Gegenstand von Unterscheidung und Bezeichnung bleibt, folgern KNEER²⁶ und NASSEHI²⁷, dass es unmöglich ist, das absolut Wahre zu verfassen. STEMMER²⁸ folgert hieraus, dass die zentrale Forderung, die Totalität in den Blick zu nehmen, uneinlösbar ist (vgl. ebd., 88).

REKITTKE vertritt die These, dass es sich bei ganzheitlichen Ideen weniger um konkrete Handlungsanweisungen handelt, sondern mehr um Visionen, Ideale, einem „Bedürfnis nach einer neuen ‚Übersichtlichkeit‘“ (KÜHN in RETITTKE 2003, 1) bzw. um ideologische Denkweisen. Da Ganzheitlichkeit objektiv nicht leistbar ist, ist es somit nur möglich, an eine ganzheitliche Wahrnehmung und eine damit verbundene Anschauung zu glauben – oder dies nicht zu tun. Ganzheitlich-

²⁵ Dieser Terminus wurde von SMUTS in dem 1926 erschienenen Buch "Holism and Evolution" geprägt. Verfechter dieser „Totalitätsperspektive“ finden sich aber auch in früheren Epochen, etwa in den Schriften von LEIBNIZ, HEGEL oder ARISTOTELES („Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“) (vgl. WIED/WARMBRUNN 2003, 322).

²⁶ Professor für Soziologie der Gestaltung

²⁷ *1960, Professor für Soziologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München

²⁸ Professorin und Pflegewissenschaftlerin mit Lehrauftrag an der Katholischen Fachhochschule Mainz

keit kann helfen, Beschränktheiten, z.B. eines eindimensionalen Menschenbildes, aufzuheben – als Versuch die Bedeutung, die hinter Phänomenen steckt, zu ergründen (vgl. REKITTKE 2003, 61).

2.4.3 Menschliches und „gemachtes Vermögen“: Psychoanalyse des postmodernen Menschen

FUNK²⁹ beschreibt den technischen Fortschritt mit dessen Auswirkungen der umwälzenden Veränderungen auf die „gesellschaftliche Lebenspraxis“, die mit der Digitalisierung und den medientechnischen Innovationen einhergehen und -gehen Er tut dies aus psychoanalytischer Sichtweise und beschreibt dabei den „Postmodernen Menschen“ unter der Perspektive der „Ich-Orientierung“.³⁰

Er schreibt: *„Statt vom Gebrauch der eigenen Fertigkeiten wird das Ich-Erleben vom Gebrauch der Fertigkeiten seiner Produkte her definiert.“* Und: *„Das Vermögen der vom Menschen erfundenen und hergestellten Maschinen und Techniken – das technische Vermögen – hat das menschliche Vermögen auf so gut wie allen Ebenen überholt“* (FUNK 2005a). Der Mensch vermag um vieles mehr, wenn er nicht auf sein eigenes menschliches Vermögen setzt, sondern auf das „gemachte“ Vermögen, das heißt auf das Vermögen von Technik und Techniken³¹, Steuerungsinstrumenten und Programmen. Wird diese Ich-Orientierung dann zur Charakterorientierung, kommt es zu einer Verinnerlichung dieser Erfahrung (vgl. FUNK 2005, 105).

So skizziert Funk einen Entfremdungsprozess, durch den sich nach seinen Beobachtungen in den letzten Jahrzehnten der Typ des postmodernen, des ich-orientierten Menschen herausgebildet habe. Der ist immer „gut drauf“, denkt stets positiv, ist überaus tolerant, erträgt Kritik allerdings nicht gut, sondern fährt lieber mit Zynismus anderen in die Parade. Durch sein Lebensmotto: „Ich orientiere mich nur an mir, und keiner hat mir zu sagen, wer ich bin. Ich bin, der ich bin. Ich selbst kann und will auch nicht definieren, wer ich bin“, entfremdet sich der Ich-

²⁹ FUNK, Psychoanalytiker mit eigener Praxis in Tübingen, hat über Erich Fromms Sozialpsychologie und Ethik promoviert. Grundlage für seine Ausführungen ist die Mitarbeit an einer empirischen Untersuchung des Sozialwissenschaftlichen Instituts für Gegenwartsfragen in Mannheim (SIGMA) zum postmodernen Menschen (vgl. FUNK 2005, 7-8).

³⁰ FUNK beschreibt sie in seinem Buch „Ich und Wir“ als Psychoanalyse des postmodernen Menschen.

³¹ Eindrückliches Beispiel: Die Verlockung bei der Erstellung einer Diplomarbeit sich auf Habilitationen und andere Veröffentlichungen im Internet als „gemachtes Vermögen“ zu stürzen/stützen, statt sein eigenes Hirn zu verwenden.

Orientierte von der Bezogenheit auf andere Menschen. Ein „Wir“ ist für ihn nicht das Ergebnis von Beziehungen, sondern von „Kontaktpflege“. Mit seinem lässigen Hinweis, alles „im Griff“ zu haben, versucht er seine Ängstlichkeit zu verstecken. Wenn er aber nur durch Handy, Internet, Auto, Fernreisen, Kontaktpflege, Rhetorik, Events oder durch seine Position im Arbeitsleben sein Ich zu inszenieren weiß, fällt er in tiefe Depression, falls diese Objekte durch Stromausfall, Krankheit, Geldmangel oder Insolvenz sich von ihm entfernen. Nur wer aus seinem „menschlichen“ Vermögen schöpft, kann seine körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte zur vollen Entwicklung führen (vgl. FUNK 2005a).

Der Versuchung, menschliches Vermögen durch gemachtes Vermögen zu ersetzen, erliegen immer mehr postmoderne Menschen. Eigenes Vermögen ist eben auch begrenzt, anstrengend zu erwerben und anzuwenden oder enttäuschend. Es stellt sich die Frage, warum man sich mit Gefühlen des Versagens, der Schwäche oder gar der Ohnmacht konfrontieren soll, wenn man sich ganz ich-orientiert eine Welt des nur positiven Denkens und Fühlens schaffen kann? Diese "gemachte" Wirklichkeit ist illusionär. Sie ist wie ein Schutzraum, der davor bewahren soll, der Realität ins Auge sehen zu müssen. Und auf den man immer weniger verzichten kann (vgl. FUNK 2005a).

In psychoanalytischer Perspektive ist der hauptsächliche Grund für die Fehlkonstruktion das der Ich-Orientierung innewohnende Streben danach, „gemachtes“ Vermögen an die Stelle von menschlichem Vermögen zu setzen. Dieses Streben ist seinerseits die Ursache für weitere Fehlkonstruktionen, die für die Ich-Orientierung typisch sind. Zu nennen sind hier resümierend und beispielhaft:

- die Geringschätzung der Praxis der körperlichen, seelischen und geistig intellektuellen Eigenkräfte sowie die Überbewertung „gemachten“ Vermögens;
- die Entwertung von allem, was Anstrengung und Disziplin bedeutet sowie die Idealisierung von Wellness und Leichtigkeit;
- die Verdrängung von unverzichtbaren Wirklichkeitsaspekten wie etwa dem Durchleben von Krankheit und Leid, dem Nachlassen der Kräfte im Alter, dem Bewältigen von Krisensituationen sowie die Selbstsuggestion machbarer Wirklichkeit wie ewiger Jugend, aggressions- und leidfreier Selbstentwicklung, „gesundem“ Sterben;
- das Ausblenden von Gefühlen der Passivität, Ohnmacht, Schwäche, Hilflosigkeit und Isolierung sowie das Inszenieren von positivem Denken und

- Fühlen, uneingeschränkter Aktivität, grundsätzlicher Machbarkeit und allseitiger Verbundenheit;
- die Verleugnung negativ erlebter Grundaffekte wie Angst, Schuld, Scham sowie das kontraphobische Ausleben von Angstfreiheit, Schuld- und Gewissensfreiheit und Schamfreiheit in Gestalt von Angstlosigkeit, Schuldlosigkeit, Gewissenlosigkeit und Schamlosigkeit;
 - die Vermeidung des Konfrontiertwerdens mit Kritik und kritischen Situationen sowie das selbst gewählte Suchen und Herstellen von Harmonie und Risiko;
 - das Umgehen von frustrierenden Realitäten und Enttäuschungen sowie die Bevorzugung von illusionären Wirklichkeiten;
 - die Unlust gegenüber allem, was Abhängigkeit und Angewiesensein bedeutet sowie die Lust an der Kontrolle über sich und andere beziehungsweise über das „gemachte“ Vermögen (vgl. FUNK 2005, 212-213).

Hier wird deutlich, dass die postmodernen Möglichkeiten der Lebensgestaltung uns aus psychoanalytischer Sichtweise auch lebensuntauglicher machen können und sehr leicht in eine Realitätsflucht münden können. Das spricht nicht dagegen, "gemachtes" Vermögen zu nutzen, aber eben nicht auf Kosten von menschlichen Kompetenzen und Fähigkeiten (vgl. FUNK 2005a).

2.4.4 Soziale Beschleunigung: Leben im rasenden Stillstand

ROSA³² zeigt anhand zahlreicher Studien auf, wie sehr sich Zeitwahrnehmung und Temporalstrukturen in unserer Zeit beschleunigen sowie Unruhe und Zeitnot wachsen. Nicht Geld, nicht Macht, sondern Beschleunigung regiert unsere Welt. Die „stumme normative Gewalt“ der Beschleunigung ist es, die unsere Zeit und alles Leben maßgeblich bestimmt (vgl. ASSHEUER 2006).

Als leitende Hypothese dient ihm dabei die Vermutung, dass Modernisierung nicht nur ein vielschichtiger Prozess in der Zeit ist, sondern zuerst und vor allem auch eine strukturell und kulturell höchst bedeutsame Transformation der Temporalstrukturen und –horizonte selbst bezeichnet und dass die Veränderungsrichtung dabei am angemessensten mit dem Begriff der *sozialen Beschleunigung* zu erfassen ist. Ohne kategoriale und zentrale Berücksichtigung dieser Temporaldimensi-

³² *1965, deutscher Soziologe und Politikwissenschaftler; Professor an der Friedrich-Schiller-Universität

on, so seine These, sind die gegenwärtigen Veränderungen in den sozialen Praktiken und Institutionen sowie in den individuellen Selbstverhältnissen in westlichen Gesellschaften sozialtheoretisch nicht einzuholen. Zeithorizonte und -strukturen sind konstitutiv für Handlungsorientierungen und Selbstverhältnisse; zugleich entziehen sie sich der individuellen Verfügung insofern, als Zeit, ungeachtet ihrer sozialen Konstruktion und systemischen Produktion, den Akteuren gleichsam als „naturgegebenes Faktum“ erscheint. ROSA zielt auf eine kritische Diagnose der Temporalstrukturen oder Zeitverhältnisse ab, da diese den Ort bezeichnen, an dem systematische Imperative gleichsam „hinter dem Rücken der Akteure“ in kulturelle Handlungs- und Lebensorientierungen transformiert werden (vgl. ROSA 2005, 26).

Wir bilden nach ROSA drei unterschiedliche Zeitperspektiven und -horizonte zugleich aus, deren Verhältnis zueinander wir immer wieder neu reflektieren und in ihren Zeitpraktiken verarbeiten müssen. Zum ersten haben wir es mit Zeitstrukturen unseres Alltagslebens zu tun, etwa mit den wiederkehrenden Routinen und Rhythmen von Arbeit und Freizeit, Wachen und Schlafen etc. und mit den damit verbundenen Problemen der Synchronisation, der Geschwindigkeit, der Dauer und der Sequenzierung von Handlungen. Zum Zweiten entwickeln wir eine zeitliche Perspektive auf unser Leben als Ganzes. Zum Dritten erleben wir unsere Alltags- und Lebenszeit eingebettet in die übergreifende Zeit unserer Epoche, unseres Zeitalters, unserer Generation. Diese drei Zeitebenen und die damit verbundenen Zeithorizonte bestimmen in ihrem Zusammenspiel erst unser „In-der-Zeit-Sein“, und sie müssen immer wieder von neuem miteinander in Einklang gebracht werden. Philosophen wie C. TAYLOR und A. MacINTYRE haben betont, dass sich die Verknüpfung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in der je eigenen Lebensgeschichte stets vor dem Hintergrund der „Rahmengeschichte“ einer kulturellen Gemeinschaft bzw. einer erzählten Weltgeschichte vollzieht. Das Wissen um die Endlichkeit des je individuellen Daseins lässt dabei die Diskrepanz zwischen der begrenzten Lebenszeit und der perspektivisch unbegrenzten Weltzeit zu einem narrativen und lebenspraktischen Problem werden. Die Versöhnung dieser Diskrepanz wird in fast allen entwickelten Kulturen durch die Einführung einer vierten Zeitebene, die Konzeption der Sakralzeit, gelöst. Diese „heilige“ Zeit überwölbt die lineare Zeit des Lebens und der Geschichte, begründet ihren Anfang und ihr Ende und hebt Lebens- und Weltgeschichte in einer gemeinsamen höheren, gleichsam „zeitlosen“ Zeit auf. Alltagszeit, Lebenszeit und Weltzeit ver-

binden sich so mithilfe der Sakralzeit zu einem kultur- und handlungsorientierenden Sinn Ganzen, in dem kulturelle Muster und strukturelle Notwendigkeiten, systemische Erfordernisse und Perspektiven des Einzelnen zur Deckung gebracht werden (vgl. ROSA 2005, 30-36).

ROSA differenziert drei Dimensionen sozialer Beschleunigung, die sich in der gesellschaftlichen Praxis wechselseitig bedingen und verstärken.

Die technische Beschleunigung meint vor allem die technologische (maschinelle) Beschleunigung zielgerichteter Vorgänge. Unzählige technische Neuerungen haben es mit sich gebracht, dass immer schneller und immer mehr kommuniziert und produziert werden kann und dass sich Gegenstände, Menschen und Informationen immer rascher von einem Ort zum nächsten transportieren lassen (vgl. ebd., 466).

Die *Beschleunigung des sozialen Wandels* erleben wir dadurch, dass einmal Erlerntes schneller und häufiger veraltet. Die Zeiträume, in denen handlungsleitende Erfahrungen und Erwartungen adäquat anwendbar sind, verkürzen sich zusehends. Immer häufiger müssen wir uns umorientieren, müssen dazulernen und neue Handlungspraktiken einüben (vgl. ebd., 467-468).

Worauf wir mit einer *Beschleunigung des Lebenstempos* reagieren. Es soll und muss immer mehr in immer kürzeren Zeiteinheiten erlebt, verarbeitet und erledigt werden. Damit das überhaupt klappt, wird versucht, Leerzeiten zu vermeiden, Handlungen zu verdichten, gar mehrere simultan auszuführen (mittlerweile als „Multitasking“ geläufig) (vgl. ebd., 469).

Wie lebt es sich in der „Beschleunigungsgesellschaft“, von der ROSA spricht? Wie reagiert der Einzelne auf die Erfahrung permanenter Beschleunigung? Mit „reaktiver Situativität“!

Die Zeiten, in denen geplant und gestaltet werden konnte, sind nach ihm vorbei. Gefragt sind flexible Reaktionen, punktuell ansetzend, ohne Umwege und Zeitverlust ausgeführt. Notwendig ist die Konzentration auf den Augenblick, die geschrumpfte Gegenwart, von der aus Vergangenheit und Zukunft immer wieder neu gedeutet werden müssen.

Die strukturell „passende“ Identitätsform des Individuums könnte als „situative Identität“ beschrieben werden. Wer ich in einzelnen Situationen bin, wie ich auftrete, wie ich handle, entscheidet sich anhand des sozialen Kontextes, in dem ich mich gerade bewege. Das Leben fragmentiert sich, wird episodisch (vgl. ROSA 2005, 362-390).

Die Erfahrung gerichteter, fortschrittlicher Bewegung und individueller wie kollektiver Entwicklung der Moderne wird nun als richtungslose Bewegung und damit eines „rasenden Stillstands“, der sich sowohl in Erstarrungs- als auch in seiner Veränderungsdimension der intentionalen Gestaltung entzieht und damit dem Autonomieversprechen der Moderne widersetzt. *„Es bleibt nichts wie es ist, obwohl sich nichts Wesentliches verändert.“* (ebd., 479). Die umschriebene paradoxe Grundstruktur der Zeit, die Beschleunigungserfahrungen immer wieder in ihr diametrales Gegenteil umschlagen lässt, ist dabei nicht nur auf der Ebene der historischen Zeit, sondern ebenso auf den Ebenen der Lebenszeit und Alltagszeit beobachtbar. Auf der einen Seite stehen Klagen über die Erhöhung des Lebens tempos und ein immer hektischer werdender Gang des Lebens, mit verschiedenen krankmachenden Eigenschaften, vor allem in Form von Überreizung und Überforderung. Diese werden begleitet von einem entgegengesetzten „Subtext“, in dem die ereignislose Langeweile des Lebens beklagt wird. Pathologisch wird die Erfahrung der stillstehenden Zeit dabei in der klinischen Depression, von der nicht wenige Psychologen vermuten, dass sie eine Reaktion auf nicht erfüllbare Beschleunigungszumutungen darstellt. Depressionserkrankungen nehmen in der Gegenwartsgesellschaft nach vielen Erhebungen zu (vgl. ebd., 43).

Die minimal-restriktiven ethischen Codes der Postmoderne erzeugen die Illusion nahezu unbeschränkter individueller Freiheit. Zugleich besteht ein immer größerer Koordinationsbedarf für die komplexer werdenden und sich ungesteuert verselbständigenden Interaktionsketten sowie die Erfüllung, der aus ihnen resultierenden strukturellen Imperative, wie beispielsweise die Wachstums- und Beschleunigungszwänge. Die Zeitstrukturen scheinen dadurch ein privilegierter Ort für die Genese und die Analyse sozialer Fehlentwicklungen bzw. Leiden verursachender Pathologien dazustellen. Der ethisch und politisch unkontrollierbare Beschleunigungstrend entfaltet nicht nur eine wachsende normative Kraft, sondern birgt auch ein steigendes Potenzial zur Erzeugung von „Beschleunigungspathologien“.

In diesem Zusammenhang zeigt ROSA die stets präsente, angsterzeugende Möglichkeit des „Abgehängt-Werdens“ auf. Leistungen müssen unaufhörlich erneuert und verbessert werden, wenn sie ihre Funktion der Sicherung der sozialen Wertschätzung nicht verlieren sollen. Dies mag eine der wesentlichen subjektbezogenen Ursachen der oft konstatierten notorischen Unruhe und der Dominanz jener der Ideologie der Freiheit widersprechenden Rhetorik des „Müssens“ in unserer Gesellschaft sein (vgl. ebd., 469-470).

Hinter dieser Rhetorik kann sich in der Tat eine schleichende und unbemerkte Umstrukturierung der Wertordnung aus Zeitproblemen verbergen. Sie resultiert einerseits daraus, dass Subjekte ebenso wie Organisationen stets mit dem „Feuerlöschen“, d.h. mit der Bewältigung andrängender Probleme beschäftigt sind, so dass der Zusammenhang zwischen der Sequenzierung ihrer Handlungen und der Hierarchie ihrer Präferenzen dauerhaft gestört ist. Die individuellen Kosten-Nutzen-Kalküle orientieren sich aufgrund der hohen subjektiven und objektiven Instabilitäts- und Wandlungsraten zunehmend an kurzfristigen Erwartungen. Zahllose attraktive Erlebnismöglichkeiten mit sofortiger Befriedigung bei minimaler Zeit- und Energieinvestition verdrängen Handlungen, die nur unter langfristigen Stabilitätsbedingungen Früchte tragen und einen beträchtlichen Zeit- und Energievorschuss erfordern. Diese werden nicht mehr ausgeführt, obwohl sie im (empirisch messbaren) Erleben der Subjekte weit höhere Befriedigungswerte erzielen und daher als „wertvoller“ nicht nur beurteilt, sondern auch empfunden werden. Beides zusammen erzeugt das verbreitete Gefühl, für die „eigentlich wichtigen Dinge“ des Lebens – ungeachtet der Menge der Freizeitressourcen – keine Zeit mehr zu haben. Eine Erfahrung, die sich nur als Entfremdungserfahrung deuten lässt. Die Zeitstrukturen der Beschleunigung bringen uns dazu, „zu wollen, was wir nicht wollen“, d.h. aus eigenem Antrieb Handlungslinien zu verfolgen, die wir aus einer zeitstabilen Perspektive nicht präferieren (vgl. ebd., 483).

Die beschleunigungstheoretische Entfremdungskritik hat vielfältige Facetten. Die multidimensional hohen Instabilitäts- und Veränderungsraten verändern unsere Beziehungen zu den Orten, an denen wir leben, zu den materiellen Strukturen, von denen wir umgeben sind, zu den Menschen, mit denen wir Kontakt haben, zu den Institutionen, in denen wir uns bewegen, und schließlich unsere eigenen Gefühlen und Überzeugungen. Sie werden immer schneller ausgetauscht, und selbst dort, wo sie de facto über längere Zeit Bestand haben, wissen wir nie, wie lange der Zustand noch fort dauern wird. Je schneller sie sich ändern bzw. ausgetauscht werden, umso weniger lohnt es, sich mit ihnen vertraut zu machen. Je gleichgültiger wir gegenüber Inhalten werden, umso besser können wir uns den Beschleunigungs- und Flexibilitätserfordernissen unserer Zeit anpassen. Wo aber der Prozess des Heimisch- und Vertrautwerdens ausbleibt, stellt sich zumindest dann ein Gefühl der Entfremdung ein, wenn wir an der Idee einer „Tiefe“ von Beziehungen, Empfindungen und Überzeugungen festhalten.

Gegen die Preisgabe des Anspruchs, Erfahrungen eine Tiefe, Richtung und Bedeutung zu verleihen, spricht die Tatsache, dass wir Erfahrungen statt Erlebnissen benötigen. Reihem wir Erlebnis an Erlebnis, ohne sie zu unseren Erfahrungen zu transformieren, erschwert dies unsere Handlungs- und Orientierungsfähigkeit nachweisbar und führt zu einem deutlichen Anstieg von Depressionserkrankungen und depressiven Verstimmungen (vgl. ROSA 2005a).

2.5 Notwendige Kompetenzen in der Postmoderne

Im Folgenden werden beispielhaft Kompetenzen ausgeführt, die notwendig sind, um unser Leben in der Postmoderne gestalten zu können. Sie sind eng miteinander verwoben, fokussieren jedoch jeweils einen anderen Schwerpunkt.

In einer Welt der Pluralität ist der Dialog des Differenten gefordert. Einerseits vertreten Personen aus unterschiedlichen sozialen Milieus verschiedene Positionen und Blickwinkel. Diese müssen beispielsweise innerhalb einer Berufsgruppe kooperative Arbeitsbeziehungen über Barrieren unterschiedlicher Normen und Werte gestalten.

Andererseits beschreibt WELSCH, dass wir als postmoderne Subjekte auch in uns plural sind. Die resultierende Chaotik ist unvermeidlich, aber auch positiv geworden und produktiv zu nützen. Uns sind eine Mehrzahl von Lebensformen und Konzeptionen gleichermaßen vertraut, in ihrer Legitimation einsichtig und in ihren Gehalten zustimmungsfähig, so dass wir uns in derselben Situation mal so und mal anders verhalten können. Solch eine innere Pluralität ist für heutige Subjekte erforderlich. In einer Situation faktischer Pluralität hat nach WELSCH nur derjenige Handlungskompetenz, der auf diese Vielfalt einzugehen und mit ihr zu handeln vermag. *Pluralitätskompetenz* wird zur wesentlichen Fähigkeit. Es ist die Sensibilität für verschiedene Sinnformen zu entwickeln. In der Praxis soll eine Situation sich aus anderer Perspektive mit gleichem Recht ganz anders darstellen können. Hierbei ist nach WELSCH der Mut gefordert, zwischen Stabilität und Chaos zu operieren (vgl. WELSCH in GÖTZ 1998, 21-23).

Die Postmoderne, verstanden als Gemüts- und Geisteshaltung zur Reflexion der Moderne, bietet uns etwas, was die klassische moderne Wissenschaft nicht bieten kann: eine Sensibilität und Akzeptanz von widersprüchlichen, paradoxen und ambivalenten Situationen. Die postmoderne Wissenschaft findet ihre Legitimation u.a. in der Ambivalenzreflexion und in der Bereitstellung von Methoden und Hal-

tungen zum anregenden Aushalten bzw. Umgang mit widersprüchlichen Situationen (vgl. KLEVE in WIRTH 2005, III).

Während moderne Konzepte zusammenführen und Eindeutigkeit herstellen wollen, versuchen postmoderne Ansätze die Widersprüchlichkeit zu akzeptieren und Differenzen nicht nur auszuhalten, sondern nutzbar zu machen (vgl. WIRTH 2005, 38-39).

Die Fähigkeit zu einer ambivalenten Wirklichkeitswahrnehmung ist nach FUNK eine bedeutsame Funktion. Sie wird durch die Illusion des Konsumismus und der Grandiosität des Menschen partiell außer Kraft gesetzt. Jedes menschliche Leben, jede menschliche Entwicklung verlaufen als Prozess von Werden und Sterben, Bindung und Trennung, sind durch widersprüchliche Strebungen und Gefühle gekennzeichnet und müssen je neu bestimmte Balancen finden. Diese Ambiguität³³ menschlichen Lebens äußert sich darin, dass Wirklichkeit meistens positiv *und* negativ, befriedigend *und* versagend, beglückend und beängstigend ist und als solche wahrgenommen und erlebt werden muss. Will man diesem Anspruch der Wirklichkeit gerecht werden, benötigt man die so genannte „*Ambivalenzkompetenz*“. Ambivalenzkompetenz bedeutet, dass man zum Wahrnehmen und Erleben sowohl des Positiven als auch des Negativen in sich selbst, in einem anderen Menschen, in der uns umgebenden Wirklichkeit, fähig ist (vgl. FUNK 2005, 184-185).

Wenn wir auf neue Formen der Komplexität (bedingt durch Pluralität, vgl. 2.4.1) oder neue Zeitrhythmen (bedingt durch Beschleunigung, vgl. 2.4.4) stoßen, stehen wir in der Gefahr in Dilemmata zu driften. In diesem Fall übersteigt der Gestaltungsbedarf unsere Gestaltungsfähigkeit. Bei dilemmahaften Problemen sind in unserem Bezugsrahmen, in der Beschreibung unserer Probleme und in unseren Lösungsversuchen, Unlösbarkeiten enthalten. Das hat zur Folge, dass Anstrengungen innerhalb dieser Logik nicht zum Ziel führen, sondern weiter in die Verstrickung führen. Dilemmasituationen lassen sich an Haltungen erkennen. Diese Haltungen bei sich zu spüren, ist gleichzeitig das beste Diagnostikum für Dilemmadynamiken (vgl. SCHMID/HIPP 1998). In Abbildung 1 werden Haltungen im Dilemmazirkel zusammengefasst.

³³ Mehr-, Doppeldeutigkeit von Wörtern, Werten, Symbolen, Sachverhalten (vgl. DUDEN, das Fremdwörterbuch 1997, 55).

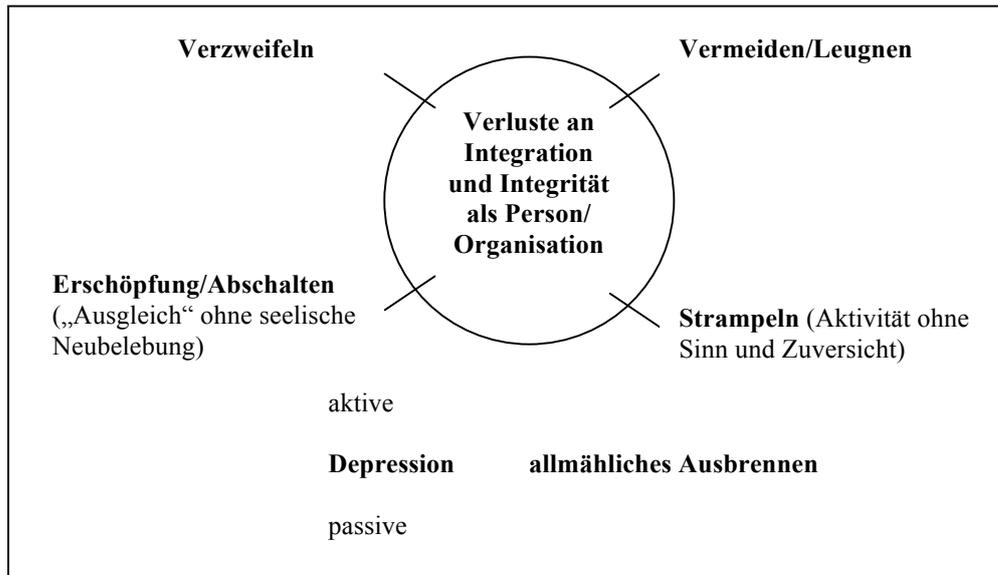


Abbildung 1: Haltungen und Dynamiken im Dilemma-Zirkel (SCHMID/JÄGER 1986).

Die erste Haltung im Dilemmazirkel (ebd.), in die Menschen oder Organisationen in Ahnung von Unlösbarkeiten geraten, ist die des Vermeidens und des Leugnens. Irgendwann reift die Erkenntnis, dass es so nicht weiter gehen kann. Man geht zunehmend in einen Aktionismus über, in ein Strampeln: Aktivität ohne Sinn und Zuversicht. Wenn man die Menschen in dieser Phase fragt, ob sie Zuversicht haben, schütteln sie den Kopf. Diese Diagnose, Aktivität ohne Zuversicht, ist ein relativ sicheres Zeichen dafür, dass sich Menschen in Dilemmazirkeln befinden. Damit dieses Rennen im Hamsterrad ohne Hoffnung nicht völlig kaputt macht, kommt es zwischendurch zu erschöpftem Anhalten. Dabei handelt es sich um einen Ausgleich, aus dem aber keinerlei seelische Neubelebung resultiert. Diese beiden Phasen wechseln sich nun in unterschiedlicher Weise ab. In der Psychotherapie kennt man diese Zustände als aktive und passive Depression. Es handelt sich dabei um ein inneres Ausbrennen in zweierlei Sinn: Zum einen geht der Sinn, der Gehalt, für den man sich aufreißt, immer mehr verloren. Zum anderen verliert man mit der Zeit das Gespür dafür, was eigentlich Sinn machen könnte. Je mehr einem dieses Gespür verloren geht, desto heftiger sucht man es - in der gewohnten Weise. Angemessen ist die vierte Haltung des Dilemmazirkels, das Verzweifeln. Verzweiflung wird oft vermieden, weil sie Panik oder existentielle Verlustgefühle aktiviert. Verzweiflung ist in dieser Situation aber nicht nur ein unangenehmes Gefühl, sondern vor allem die Kompetenz, Unlösbarkeiten zu identifizieren. Erst dadurch wird ermöglicht, die Logik der Lösungssuche zu verändern und unnötigen Kräfteverschleiß zu vermeiden. Die Verzweiflung muss gespürt und eine

Sprache dafür gefunden werden. Hier ist auch die Entwicklung einer Kommunikationskultur gefordert, die Sprechen über Verzweiflung ermöglicht.

Mit Verzweiflung umzugehen, ist entscheidend, um aus Dilemmasituationen herauszufinden.

Chancenreiche Haltungen bestehen darin, qualifiziert mit Verzweiflung umzugehen, Distanz zu gewinnen, zum Wesentlichen und zum menschlichen Maß zurückzufinden und sich von dort aus auf dilemmahafte Fragestellungen neu besinnen (vgl. SCHMID/HIPP1998).³⁴

2.6 Schlussfolgerungen und weiterführende Fragen

Pluralität und Individualisierung bieten uns als Gesellschaft und Individuen einen großen Reichtum an Möglichkeiten und Chancen der Lebensgestaltung, wenn wir lernen mit ihren Gefahren und Problematiken umzugehen. Wir sind gefordert mit unserer Freiheit, unseren Wahlmöglichkeiten und der Differenzierung umzugehen, indem wir die Vielzahl an Möglichkeiten und ihre Unterschiede wahrnehmen und benennen ohne sie zwangsläufig zu beurteilen, abzuwerten und auszugrenzen. Jeder Einzelne muss für sich einen Umgang finden, mit der Vielfalt an Leben umzugehen. Bezug nehmend auf unser Thema und die leitende Fragestellung stellt sich die Frage, welche Rolle Spiritualität hierbei spielen kann:

- Bietet Spiritualität eine Möglichkeit, konstruktiv mit der Komplexität des Lebens umzugehen, ohne uns zu überfordern und uns durch Oberflächlichkeit und „Abstumpfung“ schützen zu müssen;
- Bietet Spiritualität eine Grundlage, auf der wir in ethischen Dilemmasituationen entscheiden können?
- Bietet Spiritualität uns eine Möglichkeit klar zu unterscheiden, ohne zwangsläufig zu trennen?
- Fördert Spiritualität die Offenheit für das „Andere – uns Fremde“ und unsere Fähigkeit, über die Vielfalt von Leben einfach zu staunen?

Im Vorfeld der Beantwortung dieser Fragen wird es noch um die Positionierung der Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der Pluralität und ihrer Folgen gehen müssen.

Pluralität und Ganzheitlichkeit sind scheinbar konträre Ansätze in der Postmoderne (vgl. 2.1). Nach der Auseinandersetzung mit beiden Konzepten erscheint es mir

³⁴ Weitere Ausführungen zum Umgang mit Dilemmasituationen unter 5.4.3.

wesentlich, dass Einheit und Verschiedenheit zur Struktur von Mensch und Natur gehören und die Konzepte „Pluralität“ und „Ganzheitlichkeit, bzw. Einheit“ zusammen gedacht werden müssen³⁵.

Das Konzept der Ganzheitlichkeit kann uns helfen fragmentierende und kausal-analytische Denkpositionen und –methoden zu überwinden, indem es uns eine neue Orientierungsrichtung anbietet. Zugleich muss uns bewusst sein, dass eine ganzheitliche Wahrnehmung des Menschen nicht möglich ist und somit die Forderung hiernach eine Unmöglichkeit postuliert. Treffender wäre eine Bezeichnung wie beispielsweise „multidimensional“, mit der zum Ausdruck gebracht wird, dass verschiedene Dimensionen des Menschen wahrgenommen und berücksichtigt werden.

Sehr unbefriedigend ist die Tatsache, dass das Wort „Ganzheitlichkeit“ vielfach als Worthölse und unkonkretisiert verwandt wird. Im weiteren Verlauf ist zu klären, in welchem Verhältnis das Konzept der Ganzheitlichkeit zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Spiritualität steht. In beiden Zusammenhängen wird der Begriff auf vielfältigste Weise benutzt. Zu prüfen ist, ob Spiritualität das Konzept der Ganzheitlichkeit konkretisieren und für die Gesundheits- und Krankenpflege nutzbarer gestalten kann.

In der heutigen postmodernen Gesellschaft sind wir gefährdet unser eigenes menschliches Potenzial abzuwerten, da es auch anstrengend, begrenzt und enttäuschend ist. Wir stehen in der Gefahr, uns auf das Vermögen von technischen Ererungenschaften zu verlassen und uns von ihnen abhängig zu machen.

Es liegt uns nahe, die Nutzung unserer eigenen körperlichen, seelischen und geistig-intellektuellen Kräfte abzuwerten; Anstrengung und Disziplin zu vermeiden; unverzichtbare Aspekte unseres Lebens, wie das Durchleben von Krankheit und Leid, dem Nachlassen der Kräfte im Alter, dem Bewältigen von Krisensituationen zu verdrängen. Angesichts dieser Tatsachen ist hinsichtlich der leitenden Thematik zu fragen, ob Spiritualität uns unterstützen kann, unsere Eigenkräfte kreativ zu nutzen, obwohl diese begrenzt, anstrengend oder enttäuschend sind? Ebenso ist zu klären, ob Spiritualität uns helfen kann, Gefühle des Versagens, der Schwäche oder gar der Ohnmacht angemessen zu integrieren?

Nicht Geld, nicht Macht, sondern Beschleunigung regiert unsere Welt. Die „stumme normative Gewalt“ der Beschleunigung ist es, die unsere Zeit im Inner-

³⁵ Der Gedanke kann an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Eine Vertiefung erfolgt beispielsweise in BRÜCK in GÖTZ 1998.

sten zusammenhält und unser Leben maßgeblich bestimmt. Unsere Temporalstrukturen und -horizonte verändern sich - die Veränderungsrichtung wird treffend mit dem Begriff der sozialen Beschleunigung erfasst. Wir stehen vor der Herausforderung uns dieser sozialen Beschleunigung und ihrer Folgen bewusst zu stellen und einen selbst gewählten Umgang mit ihr zu finden. Im großen Rahmen der Diplomarbeit stellen sich folgende Fragen:

- Kann Spiritualität uns darin unterstützen aus Erlebnissen Erfahrungen erwachsen zu lassen sowie eine Balance zwischen situativer und langfristiger Lebensgestaltung zu finden?
- Kann Spiritualität uns dabei unterstützen aus dem Strudel des „Müssens“ und der Sorge „abgehängt“ zu werden – „nicht mehr mit zu kommen“ herauszutreten und unser Leben „frei“ zu gestalten?
- Können wir unser Leben auf der Grundlage von Spiritualität so gestalten, dass wir für die uns „eigentlich wichtigen Dinge“ des Lebens Zeit haben?
- Kann Spiritualität uns dabei unterstützen, trotz steter Flexibilisierungsnotwendigkeiten eine Vertrautheit mit unserem derzeitigen Lebensort, den uns umgebenden materiellen Strukturen, den uns bedeutsamen Menschen und schließlich mit unseren eigenen Gefühlen und Überzeugungen aufzubauen und/oder zu wahren?

Wir benötigen spezifische Kompetenzen, um unser Leben unter den Anforderungen der Postmoderne aktiv gestalten zu können.

Pluralitätskompetenz drückt die Fähigkeit aus, den Dialog des Differenten zu führen sowie Differenzen nutzbar zu machen.

Ambivalenzkompetenz beinhaltet die Fähigkeit zu einer Wirklichkeitswahrnehmung, die sowohl das Positive als auch das Negative in sich selbst, in anderen Menschen und der Umwelt erlebt sowie die Fähigkeit zum Aushalten widersprüchlicher Situationen.

Dilemmakompetenz beinhaltet die Fähigkeit in Situationen mit Unlösbarkeiten handlungsfähig zu sein.

Abschließend ist zu fragen, wie wir diese in der Postmoderne notwendigen Kompetenzen erlangen und fördern können. Im nächsten Kapitel ist zu prüfen, ob die benannten Kompetenzen für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege eine Relevanz haben. Sollte dies der Fall sein, ist anschließend der Bezug zur Spiritualität notwendig – fördert Spiritualität die notwendigen Kompetenzen der Postmoderne?

3 Gesundheits- und Krankenpflege in der Postmoderne

Eine klare Zuweisung des Adjektivs „postmodern“ an die Gesundheits- und Krankenpflege stößt auf einige grundsätzliche Schwierigkeiten.

WIESING weist darauf hin, dass die Medizin die postmoderne Philosophie noch nicht recht wahrgenommen und eine Auseinandersetzung noch nicht stattgefunden hat. Die Medizin nimmt nach seiner Einschätzung damit unter den akademischen Disziplinen eine Sonderstellung ein. Während die Architektur, die Literatur, die Soziologie und andere Disziplinen offen und geradezu selbstverständlich von einer Postmoderne in ihren eigenen Reihen sprechen und diese Ausrichtung auch theoretisch untermauern können, fehlen in der Medizin vergleichbare Selbstkenntnisse. Jeder Architekt, jeder Soziologe weiß um die Zuordnung „postmodern“, jedoch vermag kaum ein Arzt den Begriff in eine fruchtbare Beziehung zu seiner Tätigkeit zu setzen (WIESING 2004, 93). Hierbei lässt er unberücksichtigt, dass die Medizin sich in ihrem Wissenschaftsverständnis überwiegend den Naturwissenschaften zugehörig fühlt – in dieser Anlehnung wäre beispielsweise ein Vergleich mit der Physik zu suchen – eine postmoderne Physik wird man vergeblich suchen.

So gibt es auch keine postmoderne Gesundheits- und Krankenpflege im eigentlichen Sinn – jedoch wirken die Charakteristika der postmodernen Gesellschaft auf die Gesundheits- und Krankenpflege ein.

In den folgenden Abschnitten erfolgt eine Annäherung an die Bedeutung der Postmoderne für die Gesundheits- und Krankenpflege.

3.1 Definitionen und zugrunde liegendes Verständnis

Im folgenden Abschnitt wird die Gesundheits- und Krankenpflege definiert und unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet.

„Pflege“ ist eine personenbezogene präventive und therapeutische Dienstleistung³⁶, orientiert an der Erbringung von für die Gesellschaft bedeutsamen Aufgaben bei gleichzeitiger Existenzsicherung des Leistungserbringers (vgl. ROBERT-BOSCH-STIFTUNG 2000, 124). Zur weiteren Erläuterung von „Pflege“, wird das integrierte Pflegemodell von KÄPPELI³⁷ herangezogen. Nach ihr befassen sich Pflegepersonen einerseits mit der Gesundheit bzw. mit Krankheiten, Behinderun-

³⁶ Unsere Gesellschaft wird auch als Dienstleistungsgesellschaft bezeichnet. An dieser Stelle kann der Aspekt nicht weiter ausgeführt werden – siehe ausführlicher bei BENDER/GRAßL (2004) und GIRSCHNER (2003).

³⁷ Pflegewissenschaftlerin, Zürich.

gen, Krisen oder mit entwicklungs- oder altersbedingten Gesundheitsproblematiken (d.h. objektiven pathologischen Befunden) und deren Behandlung. In diesem Bereich gibt es messbare Normen und Werte. Andererseits setzten sich die Pflegenden damit auseinander, wie ein Mensch seine Gesundheitsproblematik und deren Behandlung subjektiv wahrnimmt, verarbeitet und darauf reagiert. Zu diesem Bereich gehört auch, welchen Sinn oder welche Bedeutung ein Mensch seiner Krankheit beimisst (Wert- und Glaubenssystem, Weltanschauung), wie er damit lebt und sie bewältigt (Lebensgestaltung, Aktivitäten des täglichen Lebens), ob er diesbezüglich Verantwortung übernimmt, aus seinem Zustand etwas lernt (daran wächst) oder wie ein Mensch seinen Gesundheitszustand und die therapeutischen Interventionen in sein soziales Umfeld integriert (wo er Hilfe braucht und ob er sie akzeptiert). In diesem Bereich gibt es keine Normen, sondern lediglich vergleichbare Tendenzen. Sie können nicht mit quantitativen Methoden erfasst, sondern nur beschrieben, verglichen und interpretiert werden.

Die Zielsetzung pflegerischer Interventionen besteht sowohl in der Gewährleistung des Überlebens der biologischen Strukturen und Funktionen bzw. des Organismus als Ganzem als auch in der Optimierung der Lebensqualität. Das heißt, den objektiven Befunden sowie der subjektiven Befindlichkeit der Kranken muss gleichermaßen Rechnung getragen werden.

Im bio-medizinischen Bereich, in dem man sich auf relativ objektive Daten stützt, können Pflegepersonen als Expertinnen betrachtet werden. Sie kennen Normalwerte und Abweichungen davon und können sie beurteilen. Im Bereich des subjektiven Erlebens ihrer Wirklichkeit sind die Kranken die Expertinnen und Experten. Pflege findet in Kooperation zwischen den Patientinnen und Patienten und den Pflegepersonen statt. Idealerweise werden die je unterschiedlichen Kompetenzen der kooperierenden Partnerinnen und Partner integriert (vgl. KÄPPELI 2006)³⁸.

³⁸ Weiterführende Informationen zu Definitionen professioneller Pflege: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel und International Council of Nurses ICN.

3.2 Paradigmen der Pflegewissenschaft

Der Wissenschaftstheoretiker KUHN³⁹ hat den Begriff „Paradigma“⁴⁰ maßgeblich geprägt. Unter Rückgriff auf MASTERMANN'S Analyse des Kuhnschen Paradigmabegriffs stellt HARDY zwei Typen von Paradigmen heraus, die für die Pflegewissenschaft von Interesse sind:

1. Metaparadigmen⁴¹ oder metaphysische Paradigmen und
2. Paradigmen als Vorbild oder Muster (vgl. FRIESACHER/RUX-HAASE 1998, 61).

Die zentralen Kategorien Person, Umgebung, Gesundheit und Pflege werden von FAWCETT⁴² als Metaparadigmen der Pflege bezeichnet. Sie sind die abstraktesten und generellsten Komponenten in der strukturellen Hierarchie pflegerischen Handelns (vgl. ebd., 62).

KIM hat einen Rahmen mit fünf Hierarchieebenen für die Analyse der Theoriearbeit in der Pflege entwickelt: Ebene der Wissenschaftstheorie, Ebene der Metaparadigmen, Philosophie der Pflege, Paradigmen der Pflege, Theorien der Pflege.

Die Ebene der Philosophie der Pflege ist eng an der ersten Ebene der Wissenschaftstheorie angelehnt. KIM erkennt divergierende Pflegephilosophien mit Orientierungen an solchen Positionen wie Rationalismus, Existentialismus, Instrumentalismus, Humanismus und Pragmatismus. Diese verschiedenen philosophischen Orientierungen haben Einfluss auf die zu entwickelnden Praxistheorien der Pflege (vgl. ebd., 62).

Als Beispiele für führende und leitende Paradigmen in der Pflegewissenschaft erwähnt KIM u.a. die allgemeine Systemtheorie von BERTALANFFY, die behavioristische Perspektive, die Phänomenologie und die interaktionistische Perspektive. Als weitere theoretische Richtungen, die in der Pflegewissenschaft zunehmend von Interesse sind, erwähnt KIM die kritische Theorie von HABERMAS und die hermeneutische und interpretative Perspektive von BENNER. WALTER

³⁹ Kuhn ist berühmt geworden mit seinem Buch „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ von 1962. Der Begriff „Paradigma“ ist mit seinem Namen verbunden. KUHN sieht die Wissenschaftsentwicklung nicht kumulativ, sondern geprägt durch Krisen und Revolutionen (vgl. MEYER 2000, 16).

⁴⁰ Bündelt neben nicht (mehr) hinterfragten zentralen Aussagen über das Fachgebiet vor allem Normen und Wertvorstellungen einer Forschergemeinschaft oder Disziplin (vgl. MEYER 2000, 16).

⁴¹ Sichtweise einer Disziplin, der breiteste gemeinsame Konsens innerhalb eines Fachs (vgl. FRIESACHER/RUX-HAASE 1998, 62).

⁴² Verfasserin der Monographie „Pflegetheorien im Überblick“ – nach MEYER eine der einflussreichsten Arbeiten zum Thema Pflgetheorien (vgl. MEYER, 2000, 17).

und AVANT sehen beispielsweise die feministische Theorie und die Kritische Theorie als alternative Paradigmen zu den vorherrschenden empirischen und historischen Paradigmen. Als weitere alternative Paradigmen erwähnen sie das holistische Paradigma und die postmoderne Philosophie (vgl. WALTER/AVANT in FRIESACHER/RUX-HAASE 1998, 63).

PARSE⁴³ hält die beiden Phänomene „Mensch“ und „Gesundheit“ für die beiden zentralen Aspekte der Pflege. Die Sichtweise über diese beiden Begriffe sieht PARSE in zwei Paradigmen innerhalb der Pflegewissenschaft vertreten: das Totalitätsparadigma und das Simultanitätsparadigma. In Tabelle 1 sind die beiden Paradigmen mit ihren spezifischen Merkmalen gegenübergestellt. Das Totalitätsparadigma ist das vorherrschende innerhalb der Pflegewissenschaft. Die hier vertretende Sicht vom Menschen steht in der Tradition der an der Naturwissenschaft orientierten Theorietradition mit einem mechanistischen Menschenbild. Dies hat Auswirkungen auf die Forschungsmethoden, die Zielsetzung und auch auf die praktische Umsetzung von Pflege. Hauptvertreter des Totalitätsparadigmas sind ROY, OREM und KING auch HENDERSON und ROPER sind in dieser Gruppe angesiedelt. Das Simultanitätsparadigma versteht sich als Alternative zum vorherrschenden und traditionellen Totalitätsparadigma. Es entstand als neue Sicht der Pflege in den frühen siebziger Jahren. Es geht maßgeblich auf ROGERS zurück und wurde von PARSE weiterentwickelt (vgl. ebd., 63).

⁴³ Rizzo Parse, Rosemarie (1993): Theory of Health as Human Becoming.

Tabelle 1: Pflegeparadigmen in der Gegenüberstellung (vgl. ebd., 63).

Totalitätsparadigma	Simultanitätsparadigma
Theoretische Grundlagen	
Descartes, Newton, Maslow, Helson, Selye	Bertalanffy, Polanyi, Einstein, Sullivan, Satre, Chardin, Merleau-Ponty, Heidegger
Überwiegender Forschungsansatz	
Quantitative Forschung	Qualitative Forschung
Menschenbild	
- Mensch als biopsychosoziales Wesen; - separat von der Umwelt beschrieben	- Mensch als Wesen im Austausch mit der Umwelt; - Beschreibung des Menschen und der Umwelt als Energiefeld
Lebensprozesse	
Analog einer Maschine	Als Ganzheit (nicht holistisch)
Fokus	
Teile	Ganzheit
Offenheit und Grenzen	
Geschlossene Grenzen, Kausalität, Entropie	Offene Systeme, Akausalität, Negentropie
Pflege	
Prävention und Gesundheitsförderung, Pflege und Behandlung von Krankheit, Förderung der Selbstpflege	Lebensqualität aus der Sicht der Pflegebedürftigen erhöhen
Standardpflegepläne	
Pflege mit systematischen Pflegeplänen und Standardpflegeplänen	Keine Standardpflegepläne

Anfang der achtziger Jahre nahm die US-amerikanische Pflegewissenschaft die Debatten der Philosophie und Wissenschaftstheorie für sich zur Kenntnis. Vor allem die Kuhnsche Wissenschaftstheorie fand besonderen Anklang in der Pflegewissenschaft.

Dabei fällt nach FRIESACHER/RUX-HAASE⁴⁴ eine eigentümliche Oberflächlichkeit und mangelnde Auseinandersetzung mit wissenschaftstheoretischen Grundfragen auf. Dies ist besonders auch innerhalb der deutschen Pflegewissenschaft auffällig, bei der die US-amerikanische Sichtweise überwiegend kritik- und kommentarlos übernommen wurde. FRIESACHER/RUX-HAASE stellen die vielfältige und diffuse Verwendung des Paradigmabegriffs anschaulich dar⁴⁵ (vgl. ebd., 61-70). Wird in einigen Publikationen *das* Metaparadigma der Pflege benannt, existieren in anderen *die* Metaparadigmen der Pflege.

⁴⁴ Zum Zeitpunkt der Artikelverfassung sind beide Autoren Studenten der Pflegewissenschaft an der Universität Bremen.

⁴⁵ Neben AMMENDE führen sie den Gebrauch des Paradigmabegriffs bei JUCHLI, BISCHOFF, WEIDNER, KROHWINKEL, MISCHO-KELLING, BARTHOLOMEYCZIK, STEPPE, MÜLLER und SCHNEPP aus (vgl. FRIESACHER/RUX-HAASE 1998, 64-65).

Die Identifizierung und Benennung verschiedener Pflegeparadigmen stellen „Weltsichten“ dar, welche individuell definiert sind. Was genau dann unter einem Paradigmenwechsel zu verstehen ist, bleibt dann in der Beantwortung eher spekulativ. Nach der Analyse der Begriffsverwendung durch FRIESACHER/RUX-HAASE stellen sie fest, dass der Paradigmabegriff in den meisten Fällen ohne wissenschaftlichen Diskurs verwendet wird.

Die Versuche zur Übertragung des Kuhnschen Paradigmabegriffs auf die Pflegewissenschaft ist nach FRIESACHER/RUX-HAASE durchaus als problematisch zu bezeichnen. KUHN steht in der Tradition der „philosophy of science“, also der exakten oder auch harten Wissenschaften.

Grundlegend ist die Frage, ob die Pflegewissenschaft die „Reife“ der Naturwissenschaften erreichen könnte und ob das Wissenschaftsideal der Naturwissenschaften für die Pflegewissenschaft ein anzustrebendes Ideal darstellt.

Die Pflegewissenschaft muss für sich klären, ob sie im Sinne KUNHS über *ein* Paradigma in ihrer wissenschaftlichen Gemeinschaft verfügen möchte und ob dieses Paradigma in der Lage ist, den Gegenstand von Pflege in all seinen Dimensionen zu erfassen. Mit der Akzeptanz eines Paradigmas würde sich die Pflegewissenschaft als angewandte Sozialwissenschaft mit den Naturwissenschaften identifizieren (SCHNEPP 1997, 98 in FRIESACHER/RUX-HAASE 1998, 67).

Die US-amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen haben den Kuhnschen Ansatz auf die Pflege übertragen, da sie hier einen wissenschaftstheoretischen Ansatz vorfinden, der Raum lässt für Diskussionen über Grundlagen des Fachs, wo Kontroversen und Unsicherheiten zugelassen und nicht als unwissenschaftlich abqualifiziert werden. Zudem steht KUHN in der Tradition der empirisch-analytischen Wissenschaftstheorie, die auch weiterhin eine starke Rolle innerhalb der Pflegewissenschaft in den USA spielen.

Nach FRIESACHER/RUX-HAASE scheint aber die Übertragung des Kuhnschen Ansatzes der Wissenschaftstheorie und seines Paradigmabegriffs auf die Pflegewissenschaft bei kritischer Betrachtung nicht sinnvoll. Aus dem Bestreben, möglichst schnell als Profession anerkannt und in den Kreis der etablierten Disziplinen aufgenommen zu werden, vernachlässigte man Diskussionen um die Grundfragen und Grundlagen der Pflegewissenschaft.

Pflege als angewandte Sozialwissenschaft und als Handlungswissenschaft benötigt nach FRIESACHER/RUX-HAASE neben einer Pluralität an Methoden auch eine Pluralität an Theorien und wissenschaftstheoretischen Positionen, will sie

ihrem Gegenstand gerecht werden (vgl. FRIESACHER/RUX-HAASE 1998, 67-68). Sie plädieren für eine gewisse Skepsis gegenüber den Metaerzählungen (LYOTARD). Sinnvoll erscheint ihnen die Entwicklung gegenstandsbezogener Theorien geringer Reichweite für die konkrete klinische Anwendung und die Lösung von Praxisproblemen. Die pflegewissenschaftliche Theoriebildung jedoch ausschließlich aus der (Pflege-)Praxis heraus normativ zu entwickeln und weitgehend auf innerwissenschaftliche theoretische Diskurse zu verzichten ist nach FRIESACHER/RUX-HAASE bezugnehmend auf verschiedene Pflegewissenschaftler⁴⁶ weder sinnvoll noch möglich (vgl. ebd., 68).

3.3 Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft

Aus dem im Lukas-Evangelium formulierten Postulat, unseren Nächsten zu lieben wie uns selbst, und aus der Mildtätigkeit des frühen Christentums abgeleitet, wird die Geschichte der Pflege nicht selten als eine kontinuierliche Entwicklung vom „barmherzigen Samariter“ zur „professionellen Pflegeperson“ beschrieben. Gespickt mit Hinweisen auf die mittelalterlichen Ordens- und Hospitalgemeinschaften wird über die an die Klöster angegliederten Hospize für Kranke, Sterbende und Alte berichtet, in denen „Dienst am Nächsten“ verrichtet wurde (vgl. SEIDLER 1993 in SCHROETER 2006, 43).

Die Anfänge der Krankenpflege waren geprägt vom biblischen Auftrag der Nachahmung Gottes, der „*imitatio Dei*“. Christen der Spätantike bemühten sich, durch Ausübung von Liebeswerken zum Abbild Gottes, zur „*icona Dei*“ zu werden. Wenn sie sich um die Pflege Leidender bemühten, nahmen sie sich die Daseins- und Wirkungsweisen des mit-leidenden Gottes zum Vorbild. Es wurde zu ihrem Hauptmotiv und es entwickelte sich eine eigentliche Spiritualität des Mit-Leidens in der Pflege, welche vom Christentum über Jahrhunderte tradiert wurde und nach KÄPPELI sowohl für die Leidenden als auch für die Pflegenden große Bedeutung hatte (vgl. KÄPPELI 2004, 19).

KÄPPELI beschreibt als minimalen ethischen Konsens über die Jahrhunderte hinweg, dass Krankenpflege ein auf die Heiligkeit bezogener, von Transzendente durchdrungener Prozess ist. Durch alle von KÄPPELI⁴⁷ untersuchten Pflegeauffassungen schimmert die Wahrnehmung einer der Krankenpflege inhärenten

⁴⁶ AXMACHER, DASSEN&BUIST, SCHAEFFER.

⁴⁷ Studie zur Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege, 2004.

Transzendenz. Damit ist die in der Pflege Leidender immer wiederkehrende Berührung mit dem Numinosen gemeint. In ihm mischen sich verschiedene Formen des Heiligen: Eine im Sinn von OTTO empfundene Erschütterung. Das Heilige als etwas, dem man Ehrfurcht entgegenbringt, dessen Verletzlichkeit einem bewusst ist und für dessen Schutz und Unversehrtheit man sich einsetzen will - oder das Heilige im Sinn von heil sein oder ganz sein. In diesen immer wiederkehrenden Berührungen setzt sich das geschöpfllich-religiöse Urverständnis der Krankenpflege bis heute fort.

Religiös motivierten Pflegenden und solchen, die sich von einem humanitären Ethos anderer oder ihnen unbewusster Art leiten lassen, geht es um die Bewahrung oder um die Restitution von etwas, das ihnen heilig ist, wie etwa die Unversehrtheit des Lebens. Dieses Unantastbare stellt sich für KÄPPELI als gemeinsamer Nenner aller Pflegeparadigmen und aller ethischen Normen heraus. Das Transzendieren von Eigeninteressen – tätiges Mit-Leiden – erweist sich als vielfältig gestaltete Grundkonstante der Krankenpflege (vgl. ebd., 400).

Die Pflege von Kranken war zu allen Zeiten eine biologische Notwendigkeit, die jedoch nie auf den menschlichen Organismus beschränkt war. Aus der Wahrnehmung heraus, dass jeder Kranke, Verletzte oder Sterbende auch ein emotional-geistiges Wesen ist, wurde die Krankenpflege immer aus einer bestimmten geistigen Haltung heraus gestaltet (vgl. ebd., 20).

Aufgrund des inneren Zusammenhangs zwischen dem Kranken und Gottes Gegenwart wurde der Pflegeberuf in der christlichen Spiritualität als Berufung gesehen. Den Pflegenden wurde lange Zeit auch eine dienende und aufopfernde Rolle zugewiesen. Aus der Motivation der Berufung und der dominierenden Rolle des Dienens löste sich die Krankenpflege in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts durch erste Professionalisierungsbestrebungen, die ihre Wurzeln in der langsam beginnenden Pflegewissenschaft sowie der emanzipatorischen Frauenbewegung und säkularisierenden Prozessen haben.

Konsequenterweise entwickelte sich die Pflege in eine Richtung, in der sie sich als Profession immer mehr über medizinische und technische Fähigkeiten und Fertigkeiten definierte.

Die Professionalisierung wurde überwiegend von einer medizinisch-wissenschaftlichen Herangehensweise gesteuert, die stark fragmentierend wirkte und die Krankenpflege zu einem medizinisch-biologischen Geschehen reduzierte.

Neben allen Errungenschaften war die Folge, dass die Spiritualität der Krankenpflege austrocknete (vgl. WAAIJMAN 2004, 104-105).

Pflegepersonen sind jedoch täglich mit Fragen konfrontiert, die das Leiden, den Tod, den Sinn oder eine Existenz eines Lebens „danach“ betreffen. Fragen, die Patienten an Pflegende herantragen oder die unausgesprochen im Raum stehen und auf ihre Formulierung warten. KÄPPELI formuliert die Hoffnung, dass eine Besinnung auf die religiöse Tradition der Krankenpflege dazu beitragen wird, dass sie ihre Identität, sowie ihre praktische und wissenschaftliche Bedeutung in der Betreuung Kranker und Leidender wieder erlangt (vgl. KÄPPELI 2004, 21).

3.4 Ausgewählte Rahmenbedingungen

Im folgenden Abschnitt wird auf ausgewählte Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflege eingegangen⁴⁸.

SÜSSMUTH stellt 2005 auf einem Kongress zum Thema „Pflege- eine politische Betrachtung“ fest, dass es derzeit nicht gut um die Pflege steht. Sie konstatiert, dass angesichts des zunehmenden Zeit- und Kostendrucks, der Überbürokratisierung, der lückenhaften Erstattung der Leistungen, die vom Gesetzgeber eingeforderte Qualität auf Dauer nicht zu erbringen sei. Weiterhin stellt sie fest, dass wir kaum um tief greifende Reformen umhinkönnen (vgl. DBfK 2006).

Die Entfaltung einer Profession, wie die der Pflege, ist eingebettet in gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse, die sich momentan durch demographische und epidemiologische Umwälzungsprozesse auszeichnen: Neue Krankheitsbilder, mehr ältere Menschen, abnehmendes Bevölkerungswachstum und notorisch knappe Staatskassen. Diese Entwicklungen kumulieren im Pflegeberuf in scheinbar unvereinbaren Anforderungen: harte Sparzwänge bei gleichzeitigen Höchstanforderungen an das Berufsprofil der Pflege sowie gesetzliche Festschreibungen von Qualitätssicherungen (vgl. SCHWERDT 2002 in UZAREWICZ 2003, 82).

Die Krankenhäuser unterlagen im Zeitraum seit 1991 deutlichen Veränderungen. Die Anzahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten, die durchschnittliche Verweildauer (1991: 14,6 Tage; 2001: 9,8 Tage = -32,9 %) sowie die Gesamtzahl der Pflegetage ist zurückgegangen, während die Anzahl der jährlich behandelten Patienten (Fallzahl) um etwa 19% zugenommen hat (vgl. RKI 2004, 30).

⁴⁸ Eine Zusammenfassung relevanter Rahmenbedingungen ist zu finden in: LUBATSCH 2004, 18.

Diese Leistungsverdichtung ist ein objektiver Indikator für die Arbeitssituation der Beschäftigten (vgl. GLASER/HÖGE in BADURA et.al. 2005, 52). Im internationalen Vergleich bestehen in Deutschland jedoch immer noch eine relativ hohe Krankenhausdichte und eine verhältnismäßig lange Krankenhausverweildauer (vgl. RKI 2004, 30).

Um tragfähige Konzepte für das Gesundheitssystem der Zukunft in Deutschland wird derzeit auf politischer Ebene gerungen. Hierbei ist der Gesellschaft jedoch meist nicht klar, dass Spitzenmedizin nicht automatisch einhergeht mit Spitzenpflege, bzw. sie sogar bei der Verteilung von Geldern deutlich konkurrieren und/oder einander ausschließen. Deutlich spürbar ist die ambivalente Einstellung der Gesellschaft zur Pflege. Große Teile unserer Bevölkerung haben eine hohe Erwartungshaltung gegenüber der pflegerischen Versorgung, sind aber gleichzeitig zahlungsmüde, bzw. es hängt der Pflege noch der „Liebesdienst“ an, der für „Gotteslohn“ und nicht für klar definierte Entlohnung getan wird.

In einer hochtechnisierten Gesellschaft, die Autonomie, Individualismus und Konkurrenzgeist idealisiert, ist pflegerisches Handeln stets von Geringschätzung bedroht. In der westlichen Tradition liegt die Betonung traditionell auf abstraktem, allgemeinem, theoretischem Wissen, während konkretes, spezifisches, praktisches Wissen und kompetente Urteile über konkrete klinische Situationen tendenziell eher abgewertet werden. Pflegerisches und anderes auf die Sorge für den Mitmenschen ausgerichtetes Handeln ist in einer hoch technisierten Kultur, die sich von radikalen technologischen Vorstößen Befreiung und Entlastung verspricht, fast zum Paradox geworden (vgl. BENNER/WRUBEL 1997, 16).

3.5 Errungenschaften

Beispielhaft für Errungenschaften der Gesundheits- und Krankenpflege wird deren Professionalisierung herausgegriffen.⁴⁹

Die Entwicklung von Pflegestudiengängen nahm in den 1990er Jahren einen rasanten Verlauf. Innerhalb von zehn Jahren sind ca. 50 Diplomstudiengänge mit Pflegebezug entwickelt worden. Auch wenn beachtet werden muss, dass der größere Teil dieser Studiengänge sich der Qualifizierung für Lehr- und Leitungsauf-

⁴⁹ Als weitere Errungenschaften können beispielsweise die Einführung von EDV, ein gesetzlich verankertes Qualitätsmanagement, Nationalen Expertenstandards, ein neues Gesundheits- und Krankenpflegegesetz mit Vorbehaltsaufgaben für Pflegepersonen etc. angesehen werden – wohl bedenkend, dass alle Errungenschaften auch Problematiken in sich bergen.

gaben in der Pflege widmet und nicht der Herausbildung von pflegerischer Expertise, kann und muss hier von einem großen Erfolg gesprochen werden (vgl. STEMMER 2004, 127-132).

Während der Konsolidierungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, kommen in Gestalt der Vereinbarungen von Bologna⁵⁰ bereits neue Herausforderungen auf die Studienstandorte zu.

Mit dem Ziel, bis 2010 einen europäischen Hochschulraum zu schaffen, sollen die in der deutschen Bildungstradition wurzelnden Diplomstudiengänge auslaufen und durch gestufte Studienstrukturen in der Form von Bachelor (BA)- bzw. Master (MA)-Abschlüssen ersetzt werden. Die Einführung der BA/MA-Strukturen markiert den Beginn einer Phase der Neukonstituierung pflegebezogener Studiengänge mit einem kaum zu unterschätzenden Innovationspotential.

Nach STEMMER eröffnet sich hiermit die Möglichkeit der „*originär wissenschaftlichen Qualifizierung in der Pflege von der Erstausbildung bis zur Promotion in einer angemessenen Zeit*“ (SIEGER 2001, 98 in STEMMER 2004, 127-132). Dies hat in der Bundesrepublik Deutschland eine grundlegend neue Qualität (vgl. STEMMER 2004, 127-132).

Es bestand und besteht ein Mangel an evidenzbasierten Handlungskonzepten sowie an Forschungsergebnissen aus dem Bereich der Grundlagenforschung. Diese prekäre Situation ist seit langem bekannt und hat dazu geführt, dass in den letzten Jahren Strukturen aufgebaut wurden, die qualifizierte und nicht nur qualifizierende Pflegeforschung ermöglichen soll. Dazu gehört die Einrichtung von Instituten und Lehrstühlen beispielsweise für Epidemiologie oder klinische Pflegeforschung an den Universitäten sowie auf Fachhochschulebene die Gründung von Pflegeforschungsinstituten. Bzgl. der Forschungsförderung zeigen sich deutliche Fortschritte. So wird von Seiten verschiedener Bundesministerien die Pflegewissenschaft als Partner wahrgenommen.

Die Qualität und der Wert einer Wissenschaft misst sich auch an ihrer gesellschaftlichen Wirkung. Die Pflegewissenschaft hat sich zu einer Wissenschaft entwickelt, die nicht nur die Pflegepraxis als unmittelbaren Adressaten im Auge hat, sondern sich auch politisch einmischt. Sie setzt sich dafür ein, dass in gesundheits- und pflegepolitische Entscheidungen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse

⁵⁰ Die Unterrichtsminister aus 29 europäischen Ländern ratifizierten im Juni 1999 das Bologna-Abkommen und legten damit den Grundstein für die größte gesamteuropäische Hochschulreform aller Zeiten. Das Ziel des Abkommens ist die Herausbildung des Europäischen Hochschulraumes bis 2010.

einfließen. Vertreterinnen und Vertreter der Pflegewissenschaft sind Mitglieder in Gremien und Kommissionen auf Bundes- und Länderebene. Sie sind am runden Tisch des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ebenso vertreten wie in Enquetekommissionen und Landespflegekonferenzen. Sie sind beteiligt an der Erstellung des Altenberichts oder des Qualitätsreports der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (vgl. ebd., 127-132).

3.6 Problematiken

Im folgenden Abschnitt werden charakteristische Problematiken der Gesundheits- und Krankenpflege im Krankenhaus ausgeführt.

3.6.1 Menschenbilder im Gesundheitswesen und ihre Folgen

Menschenbilder sind nicht nur Beschreibungen des Menschen aus einer bestimmten Perspektive - sie sind normativ und in hohem Maße handlungsleitend. Nach GEISLER⁵¹ verfügt die Medizin über kein konsistentes Menschenbild – er beschreibt ein konkurrierendes Ringen um die Deutungsmacht über den Menschen (vgl. GEISLER 2005). Im Folgenden wird insbesondere auf medizinische Menschenbilder eingegangen, da sie für alle Personengruppen im Gesundheitswesen den größten Einflussfaktor darstellen.

Nach GEISLER sind Biomedizin, Gentechnologie, Hirnforschung, Reproduktionsmedizin, Neurotheologie und Robotik dabei, den Menschen neu zu erschaffen. Der fragmentierte Mensch ist das bis heute vorherrschende Menschenbild in der Medizin. Es nimmt den Menschen nicht als sinnsuchendes und sinnkonstruierendes Wesen, sondern als Objekt wahr. Als Objekt, das ähnlich wie eine Maschine aus vielen Einzelteilen besteht. Diesem Menschenbild folgend, wird die Identität des Menschen nicht geachtet und er entfremdet sich von sich selbst. Menschen werden reduziert auf eine Eigenschaft („krank sein“). Diese reduktionistische Sichtweise ist Teil der naturwissenschaftlichen Tradition der Medizin. Die moderne Medizin ist entsprechend ihres Selbstverständnisses als Naturwissenschaft und (Anwendungs-)Technik anzusehen (vgl. BÜCHNER, 1946, zit. n. DEPPE, 1969, 289 in REKITTKE 2004, 14).

Viele Menschen vermissen Nähe und menschliche Zuwendung; eine Medizin, die die Aspekte der individuellen Lebensumstände wahrnimmt. Daher wenden sich

⁵¹ Professor der Medizin.

immer mehr Menschen denjenigen zu, die genau dies versprechen; die „nicht nur den Ablauf und den gegenwärtigen Zustand des Krankseins feststellen, sondern einen Sinn in der Entstehung suchen“ und eine Orientierung für ein glückliches Leben bieten. Sinnggebung, die Frage nach der eigenen Existenz, wird in einer Gesellschaft, in der alles zunehmend Verwertungsinteressen unterworfen wird und fundamentale Fragen wie der Beginn und das Ende des Lebens wirtschaftlich beeinflusst sind, zentral. Während es zu einer zunehmenden Abkehr von den christlichen Kirchen in Mitteleuropa kommt, können nur wenige Menschen ohne eine Sinnggebung ihres Daseins existieren, die Frage nach dem „warum“ und „wohin“ unbeantwortet lassen. Dies zeigt ein expandierender Markt an para- und pseudoreligiösen Bewegungen und eine Zunahme von esoterischen Krankheitserklärungen (vgl. REKITTKE 2004, 14).

2003 legte das oberste bioethische Gremium des amerikanischen Präsidenten, das „President’s Council on Bioethics“, G.W. BUSH einen bemerkenswerten Bericht vor. Der Titel des Berichtes zeigt die Stoßrichtung der neuen Forschungsaktivitäten auf: *Beyond Therapy – Biotechnology and the Pursuit of Happiness* (Mehr als Therapie – Biotechnologie und das Streben nach Glück) (vgl. PRESIDENT’S COUCIL ON BIOETHICS 2006). Die zu erobernden Claims werden in dem Bericht systematisch abgesteckt:

- Better Children (Bessere Kinder)
- Superior Performance (Überragende Leistungsfähigkeit)
- Ageless Bodies (Alterslose Körper)
- Happy Souls (Glückliche Seelen)

Die Medizin folgt hier nach GEISLER der Leitdevise: Steigerung menschlicher Möglichkeiten ohne Grenzen (vgl. GEISLER 2005).

Die Transplantationsmedizin steht beispielhaft für eine „Neunutzung“ des Körpers. Sie ist Extremmedizin - in ihr wird eine neue Dimension eröffnet: Heilung oder Linderung sind im Körper eines *Anderen* lokalisiert. Ohne Änderung des Menschenbildes ist ein reibungsloser Vollzug des Transplantationssystems nicht machbar. Neue Körperkonzepte sind zu entwerfen, die das Tabuisierte zulassen. Das körperliche Dasein wird umdefiniert in eine Ansammlung von Organen, in der das Ich für eine begrenzte Zeit seinen Platz findet. Die Vorstellung von der Un austauschbarkeit des Körpers und seiner Organe wird aufgegeben.

Das Diktat der Anspruchserfüllung ebnet Wege zur Ökonomisierung, in der die Marktmechanismen Priorität haben. Scheinbar folgerichtig propagieren Wirt-

schaftswissenschaftler monetäre Anreize auf einem Markt für Organtransplantate als legale Lösung des Problems „Organmangel“. Deutsche Gesundheitsökonominnen diskutieren weltweite Spotmärkte für Organe (vgl. ebd.).

Den größten medizinischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts, dem demographischen Wandel und der Zunahme chronischer Erkrankungen stellt sich das heutige Gesundheitswesen jedoch nur sehr halbherzig.

In einem Artikel der ZEIT werden eindrücklich zweierlei Arten von Pflegealltag in Deutschland beschrieben. Zum einen geht es um einen Patienten auf einer Intensivstation, der durch die moderne Technik am Sterben gehindert wird und zum anderen stirbt eine Bewohnerin in einem Altenpflegeheim, mit einer Nachtwache, die kaum deutsch spricht und für mehrere Pflegestationen zuständig ist. Zwischen beiden Beispielen wird eine Beziehung hergestellt: Der Intensivpatient verursacht, grob geschätzt, an jedem seiner letzten Lebensstage so viel Kosten wie eine gut geführte Altenpflegestation. Im Extremfall öffnen Pflegepersonen auf der Intensivstation Ampullen im Viertelstundentakt, deren jede das Monatsgehalt einer Altenpflegerin kostet.

Nun, da der Luxus einer umfassenden medizinischen Versorgung für alle zu teuer geworden ist, leisten wir uns als Gesellschaft den beträchtlich billigeren Luxus, diesen Zustand nicht zur Kenntnis zu nehmen. Statt die unbequeme Frage zu beantworten, wie viel Intensivstation, wie viel Altenpflege, wie viel Krankengymnastik und wie viele Präventionsprogramme die Deutschen brauchen, haben sich die Gesundheitsverbände und Politik stillschweigend auf eine Formel zur Verschleiерung des Mangels verständigt: „Das medizinisch Notwendige“, bleibe gewährleistet – was immer dies im Einzelfall bedeutet (vgl. DRIESCHNER 2004).

Chronisch Kranke benötigen neben einer guten Akutversorgung und Frührehabilitation, der anhaltenden Beobachtung und Langzeitversorgung. Und sie benötigen Leistungen, die ihre seelischen und sozialen Voraussetzungen berücksichtigen. Bewältigung einer chronischen Erkrankung ist ein hochkomplexes und längerfristig angelegtes Geschehen, in dem neben zahlreichen Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen die Betroffenen und ihre Bezugspersonen eine zentrale Rolle spielen. Dieser komplexen Aufgabenstellung, ihrer multiplen Zielsetzung und zeitlichen Strukturierung wird unser Gesundheitswesen nicht gerecht. BADURA/FEUERSTEIN zeigen eine zunehmende Diskrepanz zwischen den gesellschaftlichen Versorgungsbedürfnissen auf der einen und dem tatsächlichen

Versorgungsangebot auf der anderen Seite auf (vgl. BADURA/FEUERSTEIN 1994, 11-15).

3.6.2 Arbeitsbelastungen und ihre Konsequenzen

Pflegepersonal gilt europaweit als körperlich und psychisch besonders belastet. Aufgrund von Analysen der europäischen NEXT-Studie (n = 39898) wird aufgezeigt, dass in zehn untersuchten europäischen Ländern z.T. erhebliche Unterschiede in Bezug auf strukturelle Voraussetzungen für Pflegearbeit vorliegen (vgl. NEXT-STUDY 2006). Für examiniertes Pflegepersonal in Krankenhäusern (n = 26007) wurden Schlüsselindikatoren zum Arbeitsinhalt, sozialen Arbeitsumfeld, zu Aspekten der Arbeitsorganisation sowie zu relevanten Auswirkungen untersucht. Die Werte der deutschen Kollektivs (16 Krankenhäuser, n = 2524) lagen bei den meisten Indikatoren vergleichsweise ungünstig, insbesondere in Bezug auf quantitative Arbeitsanforderungen und die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten. Negative Abweichungen fanden sich hierzulande auch für die mittels work ability index (WAI) erfasste Arbeitsfähigkeit sowie die häufigere Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen.

Die höchsten nationalen Mittelwerte für quantitative Anforderungen⁵² wurden in Polen, Deutschland, der Slowakei und Finnland gemessen. Laut DAK⁵³ wird als stärkste Veränderung der letzten drei Jahre die Zunahme des Arbeitstempos genannt (siehe 2.4.5) (neben der Arbeitszeit, die auf Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben entfällt). Die häufigsten organisationsbedingten Belastungen sind Zeitdruck (für 38% sehr häufig), keine Möglichkeit Pausen einzuhalten (29%) und häufige Unterbrechungen (28%) (vgl. DAK 2005, 14-15). Dies wird durch eine Untersuchung von GLASER/HÖGE bestätigt (vgl. GLASER/HÖGE in BADURA et. al. 2005, 55-58).

Laut NEXT-Studie waren es in Deutschland 19% des examinierten Pflegepersonals in Krankenhäusern, die im Verlauf der letzten 12 Monate daran gedacht haben, ihren Pflegeberuf aufzugeben. Gleichzeitig wollten 81% der Antwortenden gerne im Pflegeberuf verbleiben – so dass eine hohe Bindung an den Beruf bestand. Als Gründe für den Wechsel des Berufs treten in Deutschland der Arbeits-Familien-Konflikt und die geringe Möglichkeit zur Weiterentwicklung hervor.

⁵² „Wie viel Arbeit muss pro Zeiteinheit verrichtet werden?“

⁵³ Schriftliche Befragung von DAK-Mitgliedern der Berufsgruppe „Krankenschwester/-pfleger, n = 4000, Beschäftigte aus Akutkrankenhäusern und Fachkliniken n = 1306)

Übertroffen werden diese Werte nur in England (36,2%) und in Italien (20,7%). Bei den potenziellen Aussteigern lassen sich die Gruppe der motivierten (jung und gut ausgebildet) und die Gruppe der resignierten (schlechte Gesundheit, niedrige Arbeitsfähigkeit, erschöpft) Aussteiger unterscheiden (vgl. GLASER/HÖGE in BADURA et. al. 2005, 39-42). Laut DAK ist die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen 2004 gegenüber 1999 teilweise deutlich gesunken (vgl. DAK 2005, 14). Der Krankenstand in den Pflegeberufen liegt deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufsgruppen. Pflegekräfte haben jeweils etwa doppelt so viele Krankheitstage wegen Muskel- Skelett-Erkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen als der Durchschnitt der Erwerbstätigen. (vgl. RKI 2004, 41; DAK 2004, 13-16).

3.6.3 Ökonomisierung und Ökonomismus⁵⁴

Die Veränderungen ärztlich-pflegerischer Handlungsorientierungen sind Erscheinungsformen struktureller Veränderungen im Krankenhaus, die auf eine Umkehr der Zweck-Mittel-Relation in der Institution Krankenhaus zusteuern. Bereits heute ist in Teilbereichen des Krankenhausbereiches Geld nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken ist Mittel zum Zweck der Erzielung von Einnahmen. Die Umkehr der Zweck-Mittel-Relation lässt es Beteiligten letztendlich legitim erscheinen, gegen das Wohl eines Patienten zu verstoßen, wenn es für das wirtschaftliche Wohl des Unternehmens erforderlich ist (vgl. SIMON 2001, 82).

Durch öffentliche Diskussionen und Meldungen über Bettenabbau, Stellenabbau, Verkauf von Krankenhäusern oder geplante Krankenhausschließungen erhielt die Befürchtung, durch Nichtbeachtung ökonomischer Ziele die wirtschaftliche Existenz des Krankenhauses und dadurch letztlich auch den eigenen Arbeitsplatz zu gefährden, immer wieder neue Nahrung.

Arbeitsplatzunsicherheit ist seit 1993 eines der prägenden Merkmale der Organisationskultur deutscher Krankenhäuser (vgl. ebd., 81).

Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses bedeutet, Leistungen unter ökonomischen Gesichtspunkten zu verbessern und konkurrierende Anbieter zu unterbieten,

⁵⁴ Ökonomisierung meint die ökonomische Gestaltung – etwas auf eine ökonomische Basis stellen (Duden, Fremdwörterbuch, 566).

Unter Ökonomismus versteht man die Betrachtung der Gesellschaft allein unter ökonomischen Gesichtspunkten (Duden, Fremdwörterbuch, 566).

die dann wiederum ihr Angebot „verbessert“ dem Markt präsentieren oder in Konkurs gehen. Mit der Weiterentwicklung eines solchen Prozesses, den THIELEMANN als „Spirale des Wettbewerbs“ bezeichnet, werden ökonomische Aspekte nicht mehr als ein Gesichtspunkt neben anderen behandelt, die es gilt, ethisch gegeneinander abzuwägen. Stattdessen werden sie zum entscheidenden, maßgeblichen Gesichtspunkt und zum Kriterium des richtigen und legitimen Handelns. Mit zunehmender Ökonomisierung ist nach THIELEMANN zu vermuten, dass der Mensch reduziert wird auf seine Bedeutung als Produktions- und Kostenfaktor bzw. auf sein „Humankapital“, d.h. dass der Mensch langfristig vollständig instrumentalisiert würde als „Mittel zum Zweck“ der Gewinnmaximierung. Die im Gesundheitswesen Tätigen tragen die Verantwortung dafür, dass nicht alles zum Mittel ökonomischer Selbstbehauptung wird. Der Markt- und Wettbewerbsprozess muss als ein Instrument verstanden werden, auf das Einfluss genommen werden kann und dessen Sinn nicht in einer völligen unternehmerischen Anpassung liegt. Wird mit der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung nicht das gewünschte Ziel erreicht, muss das Instrument modifiziert werden (vgl. THIELEMANN, Quelle unbekannt).

3.7 Ausgewählte Aufgaben in der Postmoderne

Pflege spielt eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen, steht aber nicht besonders im Fokus der fachöffentlichen Betrachtung. Pflegerisches Handeln ist traditionell Ausdruck sozialer und moralischer Werte, die durch die zunehmende Gewichtung der Faktoren „Zeit“ und „Geld“ sowie der Auflösung verbindlicher Werte wachsendem Druck unterliegen. Ein Hauptanspruch an das Pflegemanagement ist die Steigerung von Effektivität und Effizienz bei gleichzeitiger Bewahrung der Pflege als Dienstleistung humaner Ausprägung. Eine Aufgabe mit deutlichem Hang zur Unlösbarkeit - zur Dilemmasituation (siehe 2.5).

Für die Pflege stellt sich die Frage, was das berufliche Handeln konkret leiten soll – sind es Leitbilder, Grundsätze und moralische Werte? Insbesondere stellt sich die Frage, ob die Pflege überhaupt in der Lage ist, diesen „Leitwerten“ entsprechend zu handeln, da sie das Vorhandensein eines Minimums an Autorität, Anerkennung und Mitentscheidung innerhalb des Gesundheitswesens verlangen (vgl. KÄPPELI 1988, 20). Pflege hat die moralische Verpflichtung, sich für Bedingungen einzusetzen, unter denen professionelle Praxis möglich wird.

Die unbefriedigenden Umstände, unter denen Pflegende entgegen ihrer individuellen Werte handeln, bzw. im Rahmen eines Wertepluralismus agieren müssen, können nur durch die Weiterführung des Professionalisierungsprozesses der Pflege angegangen werden. Die Erweiterung ihrer Autonomie, ihrer Wissensbasis und der Freiheit, entsprechend ihrer individuellen Werte zu handeln, ermöglicht Pflegenden dem „Doppelten Mandat“ entsprechend zu agieren: Sie sind gegenüber der Organisation einerseits (im Hinblick auf ökonomische Gesichtspunkte) und gegenüber dem Patienten, aber auch den Berufsangehörigen (im Hinblick auf humane Gesichtspunkte) andererseits verpflichtet und müssen dabei – rechtlich, fachlich und inhaltlich – in der Lage sein, diese verschiedenen Aspekte gegeneinander abzuwägen. Hierbei sind Ambivalenzen unvermeidlich und die Kompetenz unabdingbar, die Widersprüchlichkeiten wahrzunehmen, auszuhalten und dabei gleichzeitig handlungsfähig zu bleiben (vgl. KÄPPELI)⁵⁵.

Mit der Technisierung, mit dem Wandel der Werthaltungen und mit der unhintergehbaren Reflexion der durch Arbeit erzeugten Risiken hat sich der Sinn- und Sinndeutungsbedarf von Unternehmen drastisch gesteigert. Neben den klassischen Formen beruflich-fachlichen Grundwissens, produktions-, informations- und kommunikationstechnischer Kenntnisse werden zunehmend Sinn- bzw. Wissen-serzeugungs- und Sinn- bzw. Wissensvermittlungskompetenzen verlangt. Herausgefordert durch eine in ihren brauchbaren wie störenden Möglichkeiten immer undurchschaubarer werdende Technologien, eine zum arbeitsorganisatorischen Alltag vielfach widersprüchliche, divergente und in sich mehrfach gebrochene Wertevielfalt, und schließlich herausgefordert durch die Rückbetroffenheit durch miterzeugte Risikopotentiale entsteht im Management die deutliche Tendenz, das Managementhandeln auch als Sinnarbeit zu verstehen. Das Unternehmen kann nicht mehr als eine sinnleere Maschinerie oder als ein seelenloser Funktionszusammenhang behandelt werden, sondern ist als komplexer, vielfältig vernetzter und pluralistischer Sinnzusammenhang ernst zu nehmen. In Arbeitsorganisationen muss, betroffen von allgemeinen und besonderen gesellschaftlichen Wertwandelprozessen, der Abfall von selbsterzeugenden Normalitäts- und Wertvorstellungen verarbeitet werden. Das Management von Organisationen muss sich fragen, ob sich die Wirklichkeitsannahmen und Wertorientierungen einer existierenden Organisationskultur mit denen der Umweltkulturen kommunikativ noch vermitteln

⁵⁵ siehe 2.5

lassen. Das Managementkonzept Organisationskultur steht vor neuen Aufgaben (BARDMANN 1994, 352 in BORSI/SCHRÖCK 1995, 255). Zur Bewältigung dieser Aufgaben ist eine Sensibilität für verschiedene Sinnformen von Nöten sowie die Fähigkeit zum Dialog über differente Sinnformen.⁵⁶

3.8 Schlussfolgerungen und weiterführende Fragen

Das integrierte Pflegemodell von KÄPPELI benennt deutlich die beiden Bereiche der Gesundheits- und Krankenpflege: den Bereich der objektiven Befunde und den Bereich der subjektiven Befindlichkeit der Patienten. Die Zielsetzung pflegerischer Interventionen besteht sowohl in der Gewährleistung des Überlebens der biologischen Strukturen und Funktionen bzw. des Organismus als Ganzem als auch in der Optimierung der Lebensqualität. Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität findet in der deutschen Gesundheits- und Krankenpflege bisher kaum Beachtung (vgl. BIMSCHAS 2003). BIMSCHAS zeigt in ihrer Diplomarbeit die Nutzung des Konzeptes zur Erfassung gesundheitsförderlichen Pflegehandels auf.⁵⁷ Es ist sowohl zu prüfen, welche Rolle das Konzept der Lebensqualität für die Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt spielen kann wie auch, welchen Einfluss Spiritualität auf die Lebensqualität hat.

Pflegepersonen befassen sich vorrangig mit Menschen in Phasen der Krankheit, Behinderung, Krise oder entwicklungs- oder altersbedingten Gesundheitsproblematiken sowie ihrer individuellen Verarbeitung und Integration in ihr Leben – heute insbesondere auch mit chronischen Verläufen.

Krisen, Behinderungen, Krankheiten und die damit einher gehenden Gefühle wie Ohnmacht, Schwäche etc. werden in unserer Zeit vielfach verdrängt und tabuisiert (siehe 2.4.3). Pflegepersonen befinden sich häufig in dem Dilemma, die Gefühle der Patienten, wie Ohnmacht, Hilflosigkeit etc. wahrzunehmen und gleichzeitig das Diktat „diese Gefühle dürfen nicht sein“ vor Augen zu haben.

⁵⁶ siehe 2.5 und 5.4.2

⁵⁷ Konzepte zur Lebensqualität sind in jüngerer Zeit nicht nur in der Gesundheitsforschung, sondern auch in anderen Wissenschaften (Ökonomie, Soziologie, Psychologie, Philosophie) entwickelt worden. Damit stellt die Lebensqualität ein übergreifendes interdisziplinäres Forschungsfeld dar, in das sich die "gesundheitsbezogene Lebensqualität" konzeptionell einordnen muss. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch den Probanden. Instrumente zur Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität sind in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielstellung sehr vielfältig und in großer Anzahl entwickelt worden (vgl. Robert-Koch-Institut 2006)

Kann spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege helfen, mit diesem Dilemma umzugehen?

Die Pflegewissenschaft ist noch auf der Suche nach wissenschaftlichen Fundamenten bzw. ihrer wissenschaftstheoretischen Ausrichtung. Zu klären ist, welche Bedeutung Spiritualität in diesem Zusammenhang zu kommen kann. Kann sie im Rahmen der Metaphysik eine pflegephilosophische Ausrichtung bieten? Wie positioniert sich die Metaphysik angesichts postmoderner Kritik? Was spricht für oder gegen eine Anbindung an die phänomenologisch-hermeneutische Wissenschaftstheorie im Rahmen der Existenzphilosophie (vgl. REMMERS/FRIESACHER 2000, 29)?

Welchen Einfluss hat Spiritualität auf die Metaparadigmen Person, Umgebung, Gesundheit und Pflege? Welche Pflege-theorien haben Spiritualität bereits integriert?

Nach erfolgter Auseinandersetzung mit der Pluralität in der Postmoderne erscheint es mir nicht angebracht, nach dem *einen* Paradigma der Gesundheits- und Krankenpflege zu suchen. Wir benötigen eine Streitkultur und einen Dialog über verschiedene Paradigmen, die wissenschaftstheoretisch angebunden und systematisch operationalisiert sind. Wesentliche Grundlage hierfür ist die Auseinandersetzung über das jeweils zugrunde liegende Menschenbild. Mir erscheint es wesentlich dieser Auseinandersetzung auf allen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) Raum einzuräumen, um uns mit dem Kern unserer Anliegen positionieren zu können.

Im Gesundheitswesen herrscht derzeit ein Menschenbild vor, das nur einen Teil der Bedürfnisse der Gesellschaft und ihrer Individuen aufgreift (z.B. Gesundheit um jeden Preis). Die Akteure fühlen sich meist ausschließlich für die Therapie und Versorgung des Körpers zuständig – was zu einer Vernachlässigung der Gesamtheit/Einheit des Menschen führt. Die Bewegung der „Ganzheitlichkeit“ greift diesen vernachlässigten Teil auf und stellt einen Gegenpol zum „fragmentierten Menschen“ dar.

Ganzheitlichkeit wurde lange Zeit als Paradigma der Pflege in Deutschland gehandelt und wird beispielsweise auch im Simultanitätsparadigma nach PARSE aufgegriffen. Als Berufsgruppe sollte es uns helfen, uns von der Medizin abzugrenzen - gesellschaftlich greift es ein postmodernes Bedürfnis auf. Mein Eindruck ist, dass „Ganzheitlichkeit“ häufig einen „Gegenpol“ darstellt, ohne jeweils konkret zu bestimmen und zu operationalisieren was es genau meint. Soll Ganz-

heitlichkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege als Paradigma oder Konzept weiterhin eine Rolle spielen, ist eine Definition und Operationalisierung unabdingbar. Im weiteren Verlauf ist der Zusammenhang zwischen Ganzheitlichkeit und Spiritualität zu klären.

Wir müssen uns die Frage stellen, was es für die Gestaltung der Gesundheits- und Krankenpflege in Zukunft bedeutet, wenn der minimale ethische Konsens der Krankenpflege über die Jahrhunderte hinweg, ein auf die Heiligkeit bezogener, von Transzendtem durchdrungener Prozess ist. Was spricht dafür, an diese Wurzeln anzuknüpfen – was spricht dagegen?

Die soziale Beschleunigung (vgl. 2.4.3) hat auch vor deutschen Krankenhäusern nicht halt gemacht. Die Leistungsverdichtung hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Eine der stärksten Veränderungen der letzten drei Jahre im Pflegealltag ist die Zunahme des Arbeitstempos. Die häufigsten organisationsbedingten Belastungen sind Zeitdruck, keine Möglichkeit Pausen einzuhalten und häufige Unterbrechungen. Pflegepersonal gilt europaweit als körperlich und psychisch besonders belastet. Der Krankenstand in den Pflegeberufen liegt deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufsgruppen. Pflegekräfte haben jeweils etwa doppelt so viele Krankheitstage wegen Muskel- Skelett-Erkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen als der Durchschnitt der Erwerbstätigen.

Tatsachen vor denen wir nicht die Augen verschließen können – insbesondere an Betracht der Tatsache, dass der Pflegebedarf in den nächsten Jahren aufgrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklung deutlich zunehmen wird. Es ist eine gesellschaftliche Frage und eine Frage an die Berufsgruppe, wie diese Herausforderung bewältigt werden soll. Wesentliche Voraussetzung hierfür wird die konsequente Umsetzung beruflicher Gesundheitsförderung sein.

Ich halte es für unabdingbar, dass wir als Berufsgruppe dafür einstehen an den Errungenschaften der Professionalisierung festzuhalten und auf diesem Weg voranzuschreiten. Nur so können wir unseren Beitrag zur Bewältigung der größten medizinischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts, dem demographischen Wandel und der Zunahme chronischer Erkrankungen, leisten. Es gilt uns weiterhin in politische Entscheidungsprozesse einzubringen.

Traditionell ist pflegerisches Handeln Ausdruck sozialer und moralischer Werte, die durch die zunehmende Gewichtung der Faktoren „Zeit“ und „Geld“ sowie der Auflösung verbindlicher Werte wachsendem Druck unterliegen.

Es gilt für Rahmenbedingungen einzutreten, die es uns erleichtern die Unantastbarkeit der Menschenwürde zu achten und dieser Achtung durch unser Handeln Ausdruck zu verleihen. Dies hat im Angesicht ökonomischer Notwendigkeiten zu geschehen, die nicht zu leugnen sind. Mit zunehmender Ökonomisierung besteht die Gefahr, dass der Mensch reduziert wird auf seine Bedeutung als Produktions- und Kostenfaktor bzw. auf sein „Humankapital“, d.h. dass der Mensch langfristig vollständig instrumentalisiert wird als „Mittel zum Zweck“ der Gewinnmaximierung. Wir tragen mit Verantwortung dafür, dass nicht alles zum Mittel ökonomischer Selbstbehauptung wird.

4 Spiritualität in der Postmoderne

Ob man nun Spiritualität für eine bloße Modeerscheinung, einen Indikator für wichtige Gesellschaftsveränderungen oder gar für ein erstes Anzeichen eines neuen besseren Zeitalters hält, eines ist sicher: Spiritualität ist „in“. Das Konzept hat „Erfolg“, und zwar nicht nur in alternativen Kreisen, sondern auch und gerade im „Mainstream“ (vgl. STOLZ in LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 121).

In den beiden schnell wachsenden, in vielem gegensätzlich akzentuierten religiösen Strömungen fundamentalistischer und spiritueller Prägung meldet sich das Religiöse gegenwärtig mit Macht zurück und erheischt Aufmerksamkeit (vgl. NÄGELI in ebd., 28).

Spiritualität ist ein gesellschaftliches und kulturelles Phänomen. Sie ist offenbar ein Grundbedürfnis vieler Menschen und wird unabhängig von Stand und sozialen Positionen gelebt (vgl. SCHWINGES in ebd., 9).

Augenscheinlich ist es ein unbelastetes Wort, das nicht von institutionellen Mustern eingenommen ist. Es überschreitet die Grenzen der etablierten Religionen und Weltanschauungen und erschließt neue Gebiete (vgl. WAAIJMAN 2005, 69). Im folgenden Kapitel erfolgt eine Annäherung an das Themenfeld der Spiritualität unter dem besonderen Gesichtspunkt der Postmoderne.

4.1 Annäherung an das Phänomen „Spiritualität“

Einen Überblick über das Feld der Spiritualität zu erlangen, gestaltet sich schwierig. Das Wort „Spiritualität“ zieht unterschiedlichste Bedeutungsvarianten mit Gemeinsamkeiten, Parallelen und/oder klaren Differenzen auf sich.

Es bedarf jeweils der grundsätzlichen Klärung, mit welcher Fokussierung ein Autor seine Begrifflichkeit verwendet (NÄGELI in LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 28).

4.1.1 Klärung des begrifflichen Rahmens

Die sprachlichen Wurzeln von Spiritualität bilden die lateinischen Begriffe „spiritualis“: geistlich, und „spiritus“: Geist. Spiritualität ist zu einem Zentralbegriff gegenwärtiger Religionskultur geworden (vgl. BERNHARDT 63-76 in ebd.). Der Begriff enthält durchgängig eine Komponente der Offenheit, persönlichen Entfaltung und Individualität. Während seine begrifflichen Vorläufer, v.a. „Religiosität“ und „Frömmigkeit“, zunehmend negativ bewertet werden, erhält der Spiritualitätsbegriff eine deutlich positive Konnotation. Dies lässt sich sowohl im englisch-, deutsch-, wie auch französischsprachigen Raum und sowohl mit qualitativer als auch quantitativer Methodik zeigen (ROOF 1994, ZINNBAUER 1997 in STOLZ in LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 121). Seit den sechziger Jahren wurde Spiritualität in nahezu allen Sprachen und für nahezu alle Weltanschauungen zum umfassenden Begriff für alles, was mit geistlichem Leben zu tun hat. Zur großen Verbreitung dieses Wortes hat wahrscheinlich die Tatsache beigetragen, dass Spiritualität ein unbelastetes Wort ist. Es steht für etwas Unbestimmtes – auf diese Weise kann es ein neues Lebensgefühl (beispielsweise in Verbindung mit New Age), eine Emanzipationsbewegung (z.B. Befreiungsspiritualität, feministische Spiritualität) oder globale Motivation andeuten, die sich nicht in die Artikulationen der herrschenden Glaubensinstitutionen einordnen lassen (vgl. WAAIJMAN 2005, 69). Definiert wird Spiritualität auf vielfältigste Weise.

In Abbildung 2 wird eine Auswahl von Definitionen vorgestellt:

<p>„Ein Mensch rechnet mit einer Wirklichkeit, die über Raum und Zeit hinausgeht, und verspürt ein sehndendes Suchen in sich, mit dieser Wirklichkeit eins zu werden“ (JANS in LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 28).</p>	<p>„Vita spiritualis“ bedeutet das vom Heiligen Geist bestimmte Leben oder genauer gesagt: Geistliches Leben ist eine vom Geist bestimmte Art des In-der-Welt-Seins (SEITZ in HERBST 2003).</p>
<p>„Spiritualität ist geformte Aufmerksamkeit. Sie ist eine Lesekunst – die Fähigkeit, das zweite Gesicht der Dinge wahrzunehmen: die Augen Christi in den Augen des Kindes; das Augenzwinkern Gottes im Glanz der Dinge. Nicht Entrissenheit, sondern Anwesenheit ist ihre Eigenart (STEFFENSKY 2005).</p>	<p>„Spiritualität ist die Offenheit und Durchlässigkeit für das Geheimnis der uns umgebenden Wirklichkeit. Sie ist die Achtsamkeit für das Kommen des Geistes, der in mir und durch mich die Tat vollbringen will, zu der ich von Gott gefordert bin. (vgl. MÖLLER 2003)</p>

Abbildung 2: Definitionen von Spiritualität.

In Abbildung 3 werden angrenzende Begrifflichkeiten zur Spiritualität miteinander in Beziehung gesetzt und kurz erklärt.



Abbildung 3: Begrifflicher Rahmen.

(vgl. POLÁKOVÁ 2005, 19; OHLIG, 1995, Band 22, S. 179 und Band 18, S. 180; WALDENFELS in POLÁKOVÁ 2005, 9; JANS in LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 28; SÖLLE 2000, 74; WENDEL 2004, 7; WAAIJMAN 2005, 50).

4.1.2 Kriterium der Differenzierung

Bei der Annäherung an das Feld der Spiritualität stellt sich die Frage nach den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der verschiedenen Ausprägungen von Spiritualität.

Hierbei scheint mir insbesondere ein Differenzierungskriterium von Bedeutung:

Der Gottesbezug und wenn vorhanden das dahinter stehende Gottesbild.

Die unterschiedlichen Ausprägungen der Spiritualität unterscheiden sich in der Art des Gottesbezugs (Liegt ein Gottesbezug vor? In welcher Form wird er gestaltet?) und des zugrunde liegenden Gottesbildes:

- personal (z.B. Vater) mit menschlichen Eigenschaften (z.B. strafend, barmherzig);
- apersonal (z.B. Quelle);
- gegenständlich (Brunnen, Schatz) oder
- abstrakt (beispielsweise göttliche Kraft oder Energie, „Stilles Geschrei“, Geheimnis)
- „Ich weiß nicht was“ (Johannes von Kreuz).

Die verschiedenen Arten von Gottesbildern können sich überlappen. Eine apersonale Gestalt kann durch die Anrede persönlich werden: „Du, Quelle allen Lebens...“ – auch abstrakte Kategorien können persönlich werden: „Du, Geheimnis meines Lebens...“. Auf der anderen Seite kann die Beziehung zum Gott-Vater unpersönlich sein.

Für dialogische Denker wie BUBER und LEVINAS besteht das Persönliche darin, dass sich Gott im menschlichen Leben abzeichnet und den Menschen nicht gleichgültig lässt: Gott lässt sich ablesen in der Antwort des Menschen. Dabei ist relativ welche Gestalt er annimmt: ob er eine Erscheinung ist oder ein Gebet, ein Traum oder eine Sehnsucht, eine Gestalt oder ein Wort, eine Raumwirkung oder eine Zeitdimension, eine Erfahrung oder eine Intuition. Nicht-persönliche Andeutungen des Transzendenten (Ganzheit, Befreiung, Frieden) können einen persönlich berühren, wodurch eine persönliche Beziehung entsteht, die die Person verändert.

4.1.3 Forschungsfeld der Spiritualität

Es bedarf der Abgrenzung zwischen der „Gelebten Spiritualität“ und dem Forschungsgebiet der Spiritualität.

Auf der epistemologischen Ebene besteht eine unauflösliche Verwobenheit zwischen der Lebenswelt und der Wissenschaft. Das spirituelle Leben hat einen ontologischen und existentiellen Vorsprung vor dem Studium der Spiritualität. Dieser Vorsprung ist als Vorverständnis (auch) konstitutiv für das Verstehen (Hermeneutik) des Wissenschaftlers.

Das Institut für Spiritualität formuliert für seine Grundlagenforschung folgende leitenden Fragestellungen:

- Was sind die fundamentalen Kennzeichen des Wirklichkeitsgebiets der Spiritualität?
- Welche Methodologie schließt sich an dieses Wirklichkeitsgebiet an?

Anhand von 13 Grundwörtern⁵⁸ tasten Mitarbeiter des Instituts das Wirklichkeitsgebiet ab, das sie beschäftigt. Grundworte bringen das Verständnis der Praxis zur Sprache⁵⁹. Anschließend erforschen sie die Blickwinkel, unter denen die eigene Disziplin (intradisziplinär) und die anderen Disziplinen (interdisziplinär⁶⁰) das Wirklichkeitsgebiet der Spiritualität untersuchen (vgl. ebd., 72-126).

Als Objekt der Spiritualität formulieren sie „das gott-menschliche Beziehungs-geschehen als Umformung“. Das Kerngeschehen, das durch die Spiritualität evoziert wird, ist die Beziehung zwischen dem göttlichen und dem menschlichen Geist.

SCHEIDERS definiert das Materialobjekt⁶¹ wie folgt: *„Die Erfahrung bewusst einbezogen zu sein in das Projekt der Lebensintegration durch Selbsttranszen-*

⁵⁸ Biblische Grundworte: Gottesfurcht, Heiligkeit, Barmherzigkeit, Vollkommenheit;

Hellenistische Bezeichnungen: Gnosis, Askese, Kontemplation, Devotion, Frömmigkeit;

Moderne Andeutungen: Kabbala, Mystik, Inneres Leben, Spiritualität.

⁵⁹ Andere Autoren benennen andere Grundworte der Spiritualität, beispielsweise Leiden, Hoffnung, Mitgefühl, Gnade, Vergebung (vgl. MAUK/SCHMIDT 2004, 7-12).

⁶⁰ Theologie, Philosophie, Religionswissenschaften, Geschichte, Literaturwissenschaften, Psychologie, Soziologie.

⁶¹ Besagt, was erforscht wird (WAAIJMAN 2005, 14).

denz⁶² in Richtung des letztendlichen Wertes, so wie man diesen auffasst“ (SCHNEIDER in WAAIJMAN 2005, 14). In dieser Definition entfaltet Spiritualität die folgenden Charakteristika:

- Spiritualität ist ein Projekt, in dem jemand sein Leben integrieren möchte;
- der Weg, über den dies geschieht, ist die Selbsttranszendenz, die sich auf den letztendlichen Wert ausrichtet, so wie man diesen auffasst;
- das Projekt wird innerlich von der Erfahrung bestimmt, bewusst darin einbezogen zu sein (vgl. WAAIJMAN 2005, 14).

Das entscheidende Kennzeichen ist die Erfahrung. Spiritualität ist das Forschungsfeld, das sich darum bemüht, auf interdisziplinäre Weise spirituelle Erfahrung als solche zu erforschen, d.h. als spirituell und als Erfahrung.

Der Begriff Erfahrung verschafft einen breiten Zugang zur Spiritualität: die Erfahrung der Personwerdung, die Erfahrung des eigenen Wesens, die religiöse Erfahrung, die Transzendenzerfahrung, die soziokulturelle Erfahrung.

Die Kategorie der Erfahrung bietet die Möglichkeit, die verschiedenen Ebenen im spirituellen Prozess zur Sprache zu bringen: Bewusstwerdung, Tiefgang, ekstatische Erfahrungen, ästhetische Erfahrungen, flüchtige und langandauernde Erfahrungen, unreife und erwachsene Erfahrungen etc.. Der Begriff der Erfahrung impliziert Emanzipation aus der ausschließlich theologischen Perspektive und führt die Humanwissenschaften ein (vgl. ebd., 92). Das Institut für Spiritualität sucht nach einer geeigneten Methodologie für das Forschungsfeld der Spiritualität. Voraussetzung hierfür ist, die Ausrichtung auf Erfahrung sowie die Orientierung an der gott-menschlichen Begegnung (Kontemplation). Diese beiden Bedingungen sehen sie in der Kombination der Phänomenologie mit dem dialogischen Denken erfüllt, die paradigmatisch im Denken von LEVINAS Gestalt annahm.

Hieraus aufbauend vollziehen sie einen nächsten Schritt mit entwerfendem Charakter: Innerhalb des ausgewählten Ansatzes entwerfen sie einen methodologischen Fahrplan mit vier zusammenhängenden Forschungssträngen: die beschreibende,

⁶² FRANKL, Anthropologe und Begründer der Logotherapie, hat gezeigt, dass im Menschen neben seinen biologischen Bedürfnissen auch zutiefst ein Bedürfnis nach Selbstüberschreitung, nach Selbsttranszendenz, verankert. Nach FRANKL kann der Mensch sich nur in dem Maße verwirklichen, in dem er sich selbst - d.h. sein kleines Welt-Ich - vergisst und übersieht. Die Möglichkeit zur Selbsttranszendenz ist schon im Menschen angelegt, als ein implizites Potenzial. Wie z.B. der Weizensame schon potenziell die Ähre in sich enthält, so ist auch im Menschen das Übermenschliche bereits enthalten. Selbsttranszendenz ist der Akt der Verwirklichung und Entfaltung des bisher noch Unmanifestierten und Eingefalteten (vgl. www.nsp-online.org/flowdance.html).

hermeneutische, systematische und mystagogische Spiritualitätsforschung (vgl. ebd., 220-221).

4.1.4 Zugrunde liegendes Verständnis



Abbildung 4: Ausschnitt aus „Erschaffung Adams“.

Das Gemälde „Erschaffung Adams“ von MICHELANGELO stellt die Begegnung der Hand Gottes mit der Hand Adams dar. Die Hände berühren sich nicht – in dem Raum zwischen den Fingern Gottes und denen des werdenden Menschen wird die Energie entfaltet- findet die Verwandlung statt. Dem Menschen wird durch die Begegnung mit Gott „GEIST“ gegeben (vgl. HARTKEMEYER 2005, 15).

Der Diplomarbeit liegt ein Verständnis von Spiritualität zugrunde, indem die eigene Sehnsucht nach „etwas“ jenseits der materiellen, zweckorientierten Welt ernst genommen wird und dieser Sehnsucht in der Gestaltung des Lebens Ausdruck verliehen wird (vita contemplativa und vita aktiva⁶³).

Spiritualität ist dabei der Weg der Beziehungsgestaltung zwischen Gott und mir als Person mit Körper, Gefühlen, Verstand und meinen Beziehungen zur Umwelt. Grundlage der Beziehungsgestaltung ist ein regelmäßiger Übungsweg, wie z.B. der Meditation oder der Kontemplation - Spiritualität ist dabei kein abgesonderter Lebensbereich, sondern ein alles durchdringender Bereich.

Einerseits geschieht im vita contemplativa die Einbindung in „etwas Größeres“ – verbunden mit der Möglichkeit „loszulassen“ – andererseits führt sie ins vita aktiva und ist beispielsweise mit der Übernahme von Verantwortung für mein Leben, meine Beziehungen und die Gestaltung der Umwelt im konkreten Alltag verbun-

⁶³ Die beiden Begrifflichkeiten werden sowohl in der Philosophie wie auch der Mystik verwandt. Vita aktiva meint das tätige, politische - praktische Leben – im Gegensatz dazu steht die Vita contemplativa, zu deutsch in Betrachtung versunkenes (beschauliches) Leben, als die Hinwendung zu Gott.

den. Ausdruck meines Verständnisses von Spiritualität ist die Einübung ins „Staunen“. Ein Staunen, das die Schleier der Trivialität zerreißt – als ein immer wieder erneutes Freiwerden von Gewohnheiten, Sichtweisen, Überzeugungen, die unberührbar und unempfindlich machen.

Die staunende Offenheit drückt sich in einer Kommunikationsform des Dialogs aus. In ihm wird das Neue erkundet und Differenzen ausgehalten. Voraussetzung sowohl für das Staunen wie auch für den Dialog ist eine gewisse Form der Langsamkeit und der Achtsamkeit.

Der Übungsweg der Meditation und/oder Kontemplation beinhaltet u.a. ein Innehalten, das uns ermöglichen kann die Welt mit staunender Offenheit wahrzunehmen.

Je mehr wir dem Staunen im Alltag Raum geben, desto sensibler nehmen wir auch Zerstörungen und Verletzungen jeglicher Art wahr (vgl. SÖLLE 2000, 122-128).

Diese Wahrnehmung führt in einem Fall zur Trauer und Klage über Unfassbares und in einem anderen Fall zum „Aufstehen“ gegen Ungerechtigkeiten.

4.1.5 Meditation und Kontemplation

Meditation ist wesentlicher Bestandteil vieler Religionen, in denen das Sich-Versenken als Übung zur Annäherung an ein höheres Wesen oder eine höhere Realität (Gott, Nirvana, Dao) oder einen höheren Bewusstseinszustand verstanden wird.

Menschen verfolgen verschiedene Motive mit der Hinwendung zur Meditation: Hilfe bei der Suche nach neuen Werten, Suche nach einem vertieften und sinnerfüllten Leben, Hilfe fürs Überleben im Alltagsstress, als Mittel zur Leistungssteigerung oder zur Flucht vor der Wirklichkeit, sind Beispiele hierfür. Viele, die erstmals einen Meditationskurs besuchen, suchen keine Gotteserfahrung, sondern einfach Ruhe, Stille und Zu-sich-selber-Kommen. Viele Kurse haben auch genau das zum Ziel – für alle die dies wollen, können die „Übungen“ auch schweigendes Gebet sein – als Teil der Gestaltung der Gottesbeziehung. Das lateinische Verb, das „Meditation“ zugrunde liegt, heißt „meditari“ und bedeutet sowohl „nachsinnen“ als auch „exerziermäßig üben“. „Nachsinnen“ erfolgt unter der Einbeziehung von Körper und Emotionen (vgl. ROMPF 2004, 2-3). Man kann zwei Grundhaltungen in der Meditation unterscheiden: der gegenstandsbezogenen und der gegenstandsfreien Meditation. Die gegenstandsbezogene Meditation richtet ihre Aufmerksamkeit auf einen Impuls, beispielsweise in Form eines Bildes, einer

Blume oder eines Symbols außerhalb des Menschen. Für viele Menschen ist die gegenstandsbezogene Übung ein hilfreicher Einstieg in die Meditation. Zwischen den beiden Grundformen gibt es einen fließenden Übergang. Die gegenstandsfreie Meditation verweilt im Inneren des Menschen und wird auch als Kontemplationsweg bezeichnet (vgl. MASCHWITZ 1990, 24-26).

In der Mystik bezeichnet „Kontemplation“ (von *contemplari*: „beschauen“, „betrachten“) ein Widerfähnis, das einem Menschen zuteil wird, dessen Ich soweit zurückgetreten ist, dass er den Grund des Seins, das Wesen Gottes oder Gottheit, die nonduale Wirklichkeit erfährt. (vgl. JÄGER 2006).

Kontemplativ beten heißt, in Gott ruhen – sich von seinem Geist berühren und bewegen lassen. Das kontemplative Gebet ist eine innere Sabbatfeier – es handelt sich um die Erfahrung, völlig im gegenwärtigen Augenblick präsent zu sein und kein Zeitbewusstsein mehr zu haben. Tiefe Kontemplation zieht uns für einen Augenblick in den Bereich des Ewigen hin, der die Zeit überschreitet. Eine derartige Gemeinschaft mit Gott ist ein Ziel in sich – kein Mittel zu einem noch weiteren Ziel. Der einzige Zweck der Kontemplation besteht darin, die Gegenwart Gottes zu genießen (vgl. THOMPSON 2004, 69-70).

Der mystische Zustand widerfährt dem Menschen: er kann nicht willentlich herbeigeführt, sondern nur durch Gebetsübung vorbereitet werden (vgl. JÄGER 2006).

Meditation im klassischen spirituellen Sinne ist zu unterscheiden von reinen Techniken, mit denen "Entspannung" oder "meditative Zustände" erreicht werden sollen. In Laboratorien ist Meditation intensiv erforscht worden und zum Teil auf einfache Formeln wie „Entspannungsreaktion“ reduziert worden. Die Bedeutung der spirituellen Dimension der Meditation erschließt jeder Einzelne für sich oder eben nicht.

4.2 Gesellschaftliche Verortung

Anders als die Rede vom „Megatrend Spiritualität“ vermuten lässt, ist die Entwicklung hin zur Spiritualität nicht nur eine Modeerscheinung - vielmehr liegen dem semantischen Wandel tiefe Umstrukturierungen der gesamten Gesellschaft zugrunde. Der religiöse Teilbereich der Gesellschaft wird durch die gleichen strukturellen und kulturellen Prozesse verändert, wie alle anderen Bereiche der Gesellschaft. Auch im religiösen Bereich wirken eine strukturelle Ausdifferenzierung und Individualisierung sowie ein kultureller Wertewandel hin zu Selbstent-

faltungswerten. Diese verändern die Art, wie Individuen sowohl über sich als auch über das nachdenken, was „ganz anders“, „göttlich“ oder „heilig“ ist. Wesentliche Aspekte sind individuelle Erfahrungen, Eigenverantwortung und Emotionalität (vgl. STOLZ in LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 131).

So erscheint es nur folgerichtig, dass Religiosität bzw. Frömmigkeit (= Pflicht und Akzeptanz) durch Spiritualität (= Selbstentfaltung) ersetzt wird. Je stärker die Individuen sich individualisieren, je mehr sie über alle möglichen Lebensbereiche selbst entscheiden müssen, je deutlicher sie sich Selbstentfaltungswerte zu eigen machen, desto eher werden sie „Religiosität“ als institutionell und unfrei ablehnen, um eine zu ihren Lebensumständen und sonstigen Werten besser passende „Spiritualität“ zu entwerfen.

Für RUTISHAUSER stellt das gegenwärtige auffällige Reden von Spiritualität ein „Krisenphänomen“ dar, das zeigt, wie der heutige Mensch am „Verlust der Religionen“ leidet. Der Zusammenbruch der großen religiösen und auch pseudoreligiösen Erzähltraditionen (incl. Marxismus und Nationalsozialismus) hat ein Sinnvakuum hinterlassen, in welches die Suche „nach den letzten Fundamenten des Lebens“ mit Macht einströmt und sich in zweifacher Weise ausprägt: Der religiöse Fundamentalismus in seiner „politisch, patriarchal und legalistisch“ geprägten Art ist „eindeutig ein Gegner der Moderne“. Die moderne Spiritualität dagegen wirkt „eher individuell, feministisch und charismatisch“ und zeigt „ein facettenreicheres Gesicht“. RUTISHAUSER stellt fest, dass sich „die gegenwärtig aufblühende Spiritualität“ relativ leicht in die „moderne ausdifferenzierte Gesellschaft“ einordnet und sie geradezu stabilisieren hilft und stellt die Frage, ob denn Spiritualität nicht noch eine tiefere Aufgabe habe, „als die Wunden und Fehler der aktuellen Gesellschaft zu heilen und zu lösen?“ (vgl. RUTISHAUSER in ebd., 35).

DELLSPERGERS zeigt auf, dass spirituelle Aufbrüche stets in einer gewissen Wechselwirkung zu gesellschaftlichen Umwälzungen stehen und im Verlauf der Jahrhunderte für unzählige soziale Initiativen verantwortlich gewesen sind. Die Aufbrüche geschehen in religiösen, sozialen und politischen Krisensituationen. Sie sind Sensoren wie Motoren gesellschaftlichen Wandels - sie sind Teil gesellschaftlicher Umwälzungen und stehen zugleich an den Wurzeln.

Spiritualität als bewusst gepflegtes geistliches Leben entfaltet sich in neuen Bewegungen und Institutionen und tritt in den unterschiedlichen Gesellschaftsberei-

chen, in Kunst, Psychologie, Wirtschaft etc. als Aspekt auf (vgl. DELLSPERGERS in ebd., 169).

4.3 Gesellschaftliche Ausprägung

Im April 2006 wurden Ergebnisse einer Studie der Düsseldorfer Identity Foundation⁶⁴, in Zusammenarbeit mit der Universität Hohenheim, zum Thema „Spiritualität in Deutschland“, veröffentlicht. Die Studie basiert auf 1000 persönlichen Interviews. Die Ergebnisse werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

Die spirituuell-religiöse Verfassung der Deutschen manifestiert sich in vier Typologien. Eine Ausführung erfolgt in Abbildung 5.

Spirituelle Sinnsucher

(ca. 10-15 Prozent der Bevölkerung)

Sie speisen ihren Sinnbezug aus Fragmenten des Humanismus, der Anthroposophie, Mystik und Esoterik. Ihre Suche ist getrieben von dem Wunsch, die eigene Berufung und innere Mitte zu finden. Sie interessieren sich für spirituelle Praktiken wie Yoga, Chi Gong und Meditation, aber auch für ausgefallene Disziplinen wie Trancereisen, Schamanismus oder Karten legen.

Charakteristisches Statement: Der Kosmos wird vom Sinn in sich, einem höheren Wesen oder von einem unpersönlichen „Spirit“ zusammengehalten.

Religiös Kreative

(ca. 35 Prozent der Bevölkerung)

Sie gehören zu den großen Glaubensgemeinschaften, grenzen sich jedoch in ihren Überzeugungen bewusst von christlichen Lehrmeinungen ab und entwickeln ihre religiösen Auffassungen durch eine Erweiterung des traditionellen Gedankenguts um philosophische und humanistische Ideen. Dazu nehmen sie Anregungen aus den verschiedenen Weltreligionen mit auf.

Charakteristisches Statement: Ich glaube an einen Gott, aber nicht, wie das Christentum ihn predigt. Meiner Meinung ist Gott nichts anderes als das Wertvolle im Menschen.

Traditions-Christen

(ca. 10 Prozent der Bevölkerung)

Sie finden Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Lebens und der Beschaffenheit des Seins in Religion und Glauben in enger Anbindung an die Kirchen. Religiöse Rituale geben ihrem Alltag Struktur, sie haben im Laufe ihres Lebens ihren Glauben vertieft und intensiviert und wünschen sich einen stärkeren Gottesbezug im öffentlichen Leben. Charakteristisches Statement: Ich glaube an einen persönlichen Gott, zu dem ich z.B. über das Gebet in Kontakt treten kann.

⁶⁴ Gemeinnützige Stiftung, die das Thema Identität begreifbar werden lassen will sowie es wissenschaftlich betrachten. Dabei geht es der Stiftung gleichermaßen um Erkenntnisse über die Identität von Personen wie auch von Dingen und sozialen Gruppierungen.

Alltags-Pragmatiker

(ca. 40 Prozent der Bevölkerung)

Sie sind vor allem an der eigenen Zufriedenheit und wirtschaftlichen Lage interessiert. Die gelegentlich aufkeimende Sinnfrage lösen sie über ihr Engagement im Beruf und über familiäre und freundschaftliche Beziehungen. Jeder Zweite von ihnen bezeichnet sich als überzeugten Atheisten. Zu den Erfahrungen, in denen das eigene Ich zurücktritt, gehören für sie vor allem zu lieben und geliebt zu werden, lustvoller Konsum und erfüllte Sexualität. Charakteristische Statements: Der Sinn des Lebens ist, dass man versucht, für sich das Beste herauszuholen. Der Mensch ist allein ein Produkt der Naturgesetze.

Abbildung 5: Spirituell-religiöse Verfassung der Deutschen.

Die spirituelle Praxis im Alltag variiert je nach Altersgruppe zum Teil sehr deutlich. Während die jüngere Generation besonders aufgeschlossen gegenüber neuen spirituellen Strömungen ist und beispielsweise bereits jeder Zehnte meditiert (20- bis 29-Jährige) oder Yoga macht (40- bis 49-Jährige), ist für die ältere Generation das Gebet oder der Kirchenbesuch wichtiger. Zu den gängigsten religiösen und spirituellen Praktiken gehören für die Befragten das Gebet und die Zwiesprache mit Gott (im Durchschnitt 26,5%; bei den über 70-Jährigen 45%), der Besuch von Kirchen, Kapellen und anderen Heiligtümern (Durchschnitt: 17,7%) und das Deuten von Träumen (Durchschnitt: 9,2%; bei den 20- bis 29-Jährigen 19,6%).

4.4 Spiritualität: ein Rückfall vor die Aufklärung?

In einer rational-naturwissenschaftlich basierten Gesellschaft über Spiritualität zu sprechen, konfrontiert häufig mit Ängsten und Vorwürfen, dass dies ein Abgleiten ins Romantisch-Irrationale oder einem Rückfall in eine vor-aufklärerische Haltung darstelle. Diese Ängste und Vorwürfe begleiten unsere Kultur seit der Aufklärung. Nach KANT ist Aufklärung:

„...der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache desselben nicht Mangel des Verstandes, sondern der Entschliebung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines andern zu bedienen“ (KANT in LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 24).

Die Begegnung von Spiritualität und Wissenschaft, die Öffnung zur jeweils anderen Weltansicht, das Kennenlernen des anderen Standpunktes schafft Voraussetzungen für spirituelle Mündigkeit. Auch KANT ging es um spirituelle Mündigkeit:

„Dass die Menschen...schon imstande wären oder darin auch nur gesetzt werden könnten, in Religionsdingen sich ihres eigenen Verstandes ohne Leitung eines anderen sicher und gut zu bedienen, daran fehlt noch sehr viel...“ (KANT in LEUTWYLER 25 in ebd.).

RICOEUR nennt drei Vertreter der Religionskritik, mit denen sich jede ernsthafte Annäherung an Religion nach der Aufklärung zu beschäftigen hat:

MARX nannte die Religion „das Opium für das Volk“, NIETZSCHE bezeichnete sie als „Platonismus fürs Volk“ und FREUD als eine „kollektive Neurose“. Die Frauenbewegung hat die Kritik aufgenommen und begreift Religion als Selbstverklärung des Patriarchats (vgl. SÖLLE 2000, 71).

Diesen kritischen Anfragen hat sich auch die Spiritualität zu stellen – das Verhältnis von Spiritualität und Vernunft ist unter Berücksichtigung verschiedener Rationalität zu beleuchten. Leider muss dies jedoch an anderer Stelle erfolgen.

4.5 Spiritualität im interreligiösen Kontext

Das Phänomen Spiritualität wird angesichts einer entstehenden Weltkultur heutzutage im pluralistischen, interreligiösen Kontext diskutiert. Da die monotheistischen Religionen unter den Verdacht geraten sind, mit ihrem Absolutheitsanspruch inhärent zu Aggression und Gewalt zu neigen, wird dabei in den mystischen Religionen Asiens ein neuer Religionstyp erhofft, der paradigmatisch für das friedliche Zusammenleben in einer globalisierten Welt sein könnte. Spiritualität wird dabei auf Mystik zurückgeführt und zuweilen behauptet, die mystische Erfahrung wäre der Grund und Zielpunkt aller Religionen. Die Religionen deuteten und ritualisierten die eine mystische Erfahrung in kulturell bedingten Sprachspielen. Die pluralistische Religionsphilosophie, die aus erkenntnistheoretischen Überlegungen zum Schluss kommt, dass alle Religionen um das unaussagbare Geheimnis der Transzendenz kreisen und letztlich das gleiche Ziel verfolgten, nämlich den Menschen von der Selbstbezogenheit zur Transzendenzbezogenheit zu führen, unterstützt auf ihre Art und Weise diese Mystik-These: Die Religionen seien unterschiedliche, letztlich jedoch kompatible und überführbare Symbolsysteme im Dienst der Transzendenzverwiesenheit des Menschen. Die Spiritualität als Entfaltung der Transzendenz Erfahrung in die unterschiedlichen Wirklichkeits-

bereiche hinein wird dabei zum transreligiösen und universalen Bewusstsein. RUTISHAUSER weist auf problematische Aspekte dieser im pluralistischen Umfeld populären Vorstellung von Spiritualität hin:

1. Sie vereinnahmt die Religionen und nimmt ihr Selbstverständnis nicht ernst, weder was ihre Weltdeutung betrifft, noch die sehr unterschiedliche Stellung der Mystik in ihnen. Die monotheistischen Offenbarungsreligionen Judentum, Christentum und Islam sehen sich zuerst „geschichtlichen“ Ereignissen verpflichtet – Exoduserfahrung; Leben, Tod und Auferstehung Jesu; Offenbarungen Mohammeds – und nicht individuell mystischen Erfahrungen. Da sie letztlich im Zwischenmenschlichen wurzeln, wird die letzte Wirklichkeit von ihnen auch in relationalen Begriffen, wie z.B. Liebe oder Gerechtigkeit gefasst, und die Ethik, die sich gerade den Schwachen, Armen, Behinderten und Zukurzgekommenen zuwendet, ist ein der Mystik ebenbürtiges, wenn nicht sogar grundlegenderes religiöses Entfaltungsgebiet.
2. Eine transreligiöse Spiritualität zielt einseitig auf eine Vereinheitlichung des religiösen Lebens ab. Sie tendiert dazu totalitär zu werden, obwohl eine universale Spiritualität gerade religiös motivierte Kriege und Imperialismus verhindern will und sich als Weg zu einem friedlichen Zusammenleben anbietet. Dem Umgang mit der Vielfalt und vor allem dem Anderen, dem der Mensch so leicht mit Gewalt begegnet – und mag diese noch so subtil sein – müssen sich alle Spiritualitätsformen positiv stellen, wollen sie nicht regressiv und weltflüchtig sein.

Die Identität einer spirituellen Lebensform – wie jede individuelle und wie jede kollektive Identität – nie monolithisch, sondern in ihrer historischen Form stets kontingent. Identität steht in einem dialogischen Prozess mit dem Fremden in sich und dem Andern der Umwelt, wobei Fremdes in Eigenes und umgekehrt verwandelt wird. Im multireligiösen Kontext ist dieser Vorgang im Dialog mit anderen Religionen und ihren spirituellen Lebensvollzügen zu gestalten. Der Dialog ist dabei die qualifizierte Form einer alle Lebensvollzüge umfassenden Kommunikation. Nur in diesen Dialogen wird es gelingen, die einzelnen Traditionen neu zu verorten, für die historischen Umstände der Zeit fruchtbar zu machen und ihren Reichtum als Teil einer multikulturellen Welt zu verstehen. „Heute religiös zu sein bedeutet, interreligiös zu sein, in dem Sinne, dass in einer von religiösen Pluralismus geprägten Welt eine positive Beziehung mit Gläubigen anderer Religionen unumgänglich ist“ (vgl. LEUTWYLER/NÄGELI 2005, 192-196).

4.6 Spiritualität im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit

Im folgenden Abschnitt geht es um den Zusammenhang zwischen Spiritualität und Gesundheit.

4.6.1 Spirituelle Erfahrungen in Krankheit, Leid und Sterben

RENZ⁶⁵ untersuchte spirituelle Erfahrungen im Zusammenhang mit Krankheit, Leid und Sterben. Woran lässt sich spirituelle Erfahrung erkennen? Und was ist ihr Gehalt, ihr Wesen? Fragen dieser Art lagen einem in den Jahren 2000 bis 2003 an der Abteilung für Psychoonkologie des Kantonsspitals St. Gallen durchgeführten Forschungsprojekt zugrunde (Grenzerfahrung Gott, RENZ 2003). Dabei wurde Spiritualität als Beziehungsgeschehen zwischen dem Menschen und einem unfassbar Andern definiert.

Gefragt wurde nach der Bedeutung des Spirituellen inmitten von Leid, Krankheit und Sterben. Von insgesamt 251 psychotherapeutisch begleiteten Patienten und Patientinnen kam es bei deren 135 Patienten zu Erfahrungen, für deren Erlebnisqualität nach übereinstimmender Meinung von Patient und projektverantwortlicher Therapeutin einzig das Wort „spirituell“ angemessen war. „Das war mehr als Musik, mehr als Therapie, da war Gegenwart schlechthin.“ Mit solchen Umschreibungen versuchten Patienten zu schildern, was war und sich doch letztlich nie genau verstehen oder erklären lässt.

Es ist die Wirkung einer solchen Erfahrung, die zum verlässlichen Hinweis auf die Tiefendimension des Geschehens wird: Oft sind Patienten während Tagen zutiefst ergriffen oder überglücklich. Schmerzen und Übelkeit lassen für kürzere oder längere Zeit nach. Ein zuvor beobachtetes zähes inneres Ringen ist plötzlich wie aufgelöst, überwunden. Körper- und Sinneserfahrungen sind von einer gesteigerten Intensität.

Interessant - auch mit Blick auf den derzeitigen interreligiösen Dialog - sind Aussagen darüber, was in einer Vision, bei einer Körper- oder Nahtoderfahrung, in einem besonders eindrücklichen Traum erlebt wurde. Längst nicht nur All-Einssein, Licht oder Engelnähe sind Themen spiritueller Erfahrungen. Nebst der vor allem in der östlichen Spiritualität beschriebenen Erfahrung von Einssein

⁶⁵ RENZ hat Psychopathologie, pädagogische Psychologie und Musikethnologie studiert und mit einem Doktorat beschlossen - ein Zweitstudium in Theologie folgte. Sie leitet seit 1998 die Psychoonkologie am Kantonsspital St. Gallen und hat verschiedene Lehraufträge inne.

werden hierzulande häufig Begegnungen mit einem äußersten Gegenüber, ja eigentliche Beziehungserfahrungen mit einem ewigen Du gemacht.

Benannt werden solche Erfahrungen etwa als personales Gemeint- oder zärtliches Geliebt- Sein, als Getragen- oder Gerufen-Sein. Besonders eindrücklich ist die Erfahrung Sterbender, gewürdigt und erkannt zu sein als die, die sie sind und geworden sind.

Für die Patienten und Patientinnen - darunter evangelische und katholische Christen, Atheisten, Muslime, Buddhisten - ist nach einer solchen Erfahrung eigentlich nur eines wichtig: dass das, was war, auch sein darf, dass es weder narzisstisch umgedeutet noch wegrationalisiert wird, sondern in seiner Unfassbarkeit ernst genommen. Gerade so entfalten spirituelle Erfahrungen ihre Wirkung über den Moment hinaus (vgl. RENZ 2006).

4.6.2 Spiritualität als Komponente gesundheitsbezogener Lebensqualität

In der Medizin werden nach ZWINGMANN⁶⁶ unter der Bezeichnung „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ zunehmend Patientenselbsteinschätzungen zum Gesundheitszustand berücksichtigt.

Die verstärkte Berücksichtigung der Patientenperspektive resultiert vor allem aus folgenden Entwicklungen:

- Angesichts erheblicher Nebenwirkungen einiger akutmedizinischer Behandlungsstrategien erscheint es erforderlich, den Gewinn der Lebenszeit an der Qualität des Überlebens zu relativieren. Hierfür müssen „patientennahe Effektivitätskriterien“ ergänzt werden.
- Bei chronischen Erkrankungen kann nur selten eine vollständige Heilung erreicht werden; die zentrale Zielsetzung der Behandlung besteht in der Bewältigung der Krankheitsfolgen. Wenn Rehabilitationsmaßnahmen primär darauf abstellen, das Leben erträglicher zu gestalten, stellt der Patient selbst die valideste Informationsquelle dar.
- Aufgrund begrenzter Ressourcen und des Reformdrucks wird es für Dienstleister im Gesundheitswesen immer wichtiger nachzuweisen, dass sie Ergebnisse erzielen, die von den Interessenträgern positiv bewertet werden (vgl. ZWINGMANN 2005, 68-69).

⁶⁶ Dr. phil.-Psych., Arbeitsgruppe Religionspsychologie des FPP der Universität Trier.

Es liegt keine allgemein verbindliche Definition des Begriffs „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ vor. Operationale Definitionsansätze betrachten die gesundheitsbezogene Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt, das verschiedene Komponenten der Gesundheit aus der Sicht der Betroffenen beinhaltet. Am häufigsten werden die folgenden vier inhaltlichen Bereiche als wesentliche Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität benannt: Physische, psychische, soziale und funktionale Aspekte.

Ein in der angloamerikanischen Literatur recht häufig zusätzlich genannter, von Autoren aus den Pflegewissenschaften für schwerst- und todkranke Patienten sogar als Kernkomponente vorgeschlagener Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist der Bereich „Spiritualität/Religiösität“ (vgl. ebd. 69-70).

Innerhalb der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung wurden und werden die Begriffe „Spiritualität“ und „Religiösität“ teilweise synonym verwandt – jedoch wird inzwischen überwiegend die Bezeichnung „Spiritualität“ bevorzugt. Trägt man verschiedene Beschreibungen zusammen, erscheint Spiritualität als multidimensionales Konstrukt mit verhaltenswirksamen, kognitiven und emotionalen Aspekten (vgl. ebd. 71).

In der Literatur werden vor allem drei Begründungen als stichhaltig angesehen, wenn es darum geht Spiritualität/Religiösität als zusätzliche Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu berücksichtigen:

- Spiritualität/Religiösität wird von den Patienten selbst als wichtiger Aspekt ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität benannt;
- Der spirituelle/religiöse Bereich stellt eine bedeutsame Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse dar; seine Erhebung ist daher klinisch nützlich;
- Die Erhebung der Spiritualität/Religiösität erbringt zusätzliche Informationen, die sich mit anderen, z.B. psychischen oder sozialen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht überlappen (vgl. ebd. 72).

ZWINGMANN hat die empirische Evidenz zu den drei Argumenten zusammengefasst. Im angloamerikanischen Bereich spricht die empirische Forschungslage für einen solchen Einbezug, aus Deutschland liegen erst wenige Ergebnisse vor (vgl. ebd. 72-77). Für die Erfassung von Spiritualität/Religiösität stehen mehrere

Kurzinstrumente⁶⁷ zur Verfügung, die mit herkömmlichen HRQQL⁶⁸-Fragebogen ökonomisch kombiniert werden können. All diesen Operationalisierungsansätzen ist gemeinsam, dass die Funktion des Glaubens als Hilfe bei der Krisen- und Krankheitsbewältigung in den Vordergrund gestellt wird (vgl. ebd.78-79).

4.7 Schlussfolgerungen und weiterführende Fragen

In der Postmoderne haben Selbstentfaltungswerte eine hohe Bedeutung. Auch im religiösen Bereich wirken eine strukturelle Ausdifferenzierung und Individualisierung sowie ein kultureller Wertewandel hin zu Selbstentfaltungswerten. Sie führen zu einer Veränderung wie wir über das nachdenken, was „göttlich“ oder „heilig“ ist. Spiritualität ordnet sich so leicht in die ausdifferenzierte Gesellschaft ein und hilft sie zu stabilisieren. Gleichzeitig sind spirituelle Aufbrüche jedoch immer wieder Sensoren und Motoren gesellschaftlichen Wandels. Kann Spiritualität derzeit Motor für notwendige Veränderungen in der Gesellschaft und der Gesundheits- und Krankenpflege sein und dabei gleichzeitig eine individuelle Stabilität bieten, um dem Wandlungsprozess gewachsen zu sein? Ist das Zusammenspiel von *vita contemplativa* und *vita activa* das, was unsere Gesellschaft benötigt, um die Herausforderungen der Postmoderne zu bestehen?

45-50 Prozent der Gesellschaft sind spirituell orientiert und ca. 10 Prozent geben eine religiöse Orientierung an. 15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind aktiv auf der Suche nach ihrer inneren Mitte. 8,9 Prozent der 20-29-Jährigen praktizieren einen spirituellen Übungsweg wie Meditation/Kontemplation. Eine Gefahr der Postmoderne besteht darin, dass die Energie/Kraft, die aus einem spirituellen Leben erwächst, nicht zur gemeinsamen Gestaltung unserer Gesellschaft gebündelt wird (wie beispielsweise beim Mauerfall zwischen Ost- und Westdeutschland), sondern individuell bleibt. Braucht die Spiritualität die Religion, um sich nicht in Individualität zu verlieren? Kann sie die Religionen beleben ohne dass ihr Feuer von Normen und Traditionen erstickt wird?

Spiritualität benötigt die kritische Reflexion und muss sich in diesem Zusammenhang auch kritischen Anfragen stellen – beispielsweise die „alte“ Frage, nach dem „Opium für das Volk“.

⁶⁷ Die deutsche Version des „Systems of Beliefs Inventory“ (SBI-15R-D) befindet sich in der Anlage. Die deutsche Kurzversion stellt ein ökonomisches und valides Instrument zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellungen dar (vgl. ALBANI et al. 2002, 306-313).

⁶⁸ health related quality of life

In der Moderne haben die Wissenschaft und die Säkularisierung den Glauben und die Religion verdrängt – in der Postmoderne stellt sich die Frage, ob Spiritualität und Wissenschaft sich auch einander ausschließen? – Wesentlich erscheint mir an dieser Stelle, dass sich beide Bereiche ergänzen können – bei gleichzeitiger Achtung der Tatsache, dass es im Bereich der Spiritualität wie auch der Gesundheits- und Krankenpflege relevante Bereiche jenseits der Messbarkeit gibt. Gleichzeitig ist es kritisch zu betrachten, wenn Spiritualität gezielt - ähnlich einem Medikament - genutzt werden soll. Sie birgt eine Offenheit in sich, die sich jeder Zweckrationalität verschließt.

Die Identität einer spirituellen Lebensform ist nie monolithisch, sondern in ihrer historischen Form stets kontingent. Identität steht in einem dialogischen Prozess mit dem Fremden in sich und dem Andern der Umwelt, wobei Fremdes in Eigenes und umgekehrt verwandelt wird. Im multireligiösen Kontext ist dieser Vorgang im Dialog mit anderen Religionen und ihren spirituellen Lebensvollzügen zu gestalten. Der Dialog ist dabei die qualifizierte Form einer alle Lebensvollzüge umfassenden Kommunikation. Nur in diesen Dialogen wird es gelingen, die einzelnen Traditionen neu zu verorten, für die historischen Umstände der Zeit fruchtbar zu machen und ihren Reichtum als Teil einer multikulturellen Welt zu verstehen.

Eine verwirrende Verwendung von Begrifflichkeiten umgibt den Begriff „Spiritualität“ – aufgrund dessen fällt es schwer, sich einen Überblick über das Feld der Spiritualität zu verschaffen. Soll sie zukünftig für die Gesundheits- und Krankenpflege eine Rolle spielen, bedarf es der Grundlagenklärung durch eine Verbindung der Grundlagenforschung im Feld der Spiritualität mit der Pflegewissenschaft. Es bedarf einer Operationalisierung von Spiritualität – insbesondere hinsichtlich des Bereichs der Gesundheits- und Krankenpflege. Als mögliches Konzept ist die „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ zu prüfen.

53,8 Prozent der Patienten erleben in Leid, Krankheit und Sterben spirituelle Erfahrungen und es ist ihnen wichtig, dass diese Erfahrungen in ihrer Unfassbarkeit ernst genommen werden. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist gefordert, die spirituellen Bedürfnisse wie auch spirituellen Erfahrungen der Patienten aufzugreifen.

FISCHBACH und WIED unterscheiden bei ihren sechs Formen von Ganzheitlichkeit auch die Ganzheitlichkeit als Spiritualität. Sie beschreiben, dass im christlichen Glauben das Ganze in dem einen, ganzen Gott aufgeht (vgl. FISCHBACH/WIED in WIED/WARMBRUNN 2003, 252). Bei der erfolgten

Literaturrecherche wurde kein Ansatz gefunden, der Ganzheitlichkeit und Spiritualität im Zusammenhang ausreichend definiert und konkretisiert.

Die verschiedenen Meditationswege und –formen führen alle dazu, dass der Meditierende zur Ruhe, zur Stille, zur Besinnung kommt. Ein Zustand, nach dem sich viele Menschen im Zeitalter des rasenden Stillstands sehnen (vgl. 2.4.4). Ob die Meditation bewusst spirituell gefüllt wird, ist dabei zunächst offen.

5 Integration von Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege

Spirituelle Haltungen, Übungen und Rituale zeigen – wie in unterschiedlichen Studien erwiesen – eine positive Auswirkung auf unsere Gesundheit und unser Gesundwerden. Der Forschungsüberblick zeigt, dass Spiritualität als Ressource betrachtet werden kann, die starke präventive Bedeutung hat (vgl. WALACH in EHM/UTSCH 2005, 34).

Nichts desto trotz wird diese Dimension in unserem von der Naturwissenschaft geprägten Verständnis von Gesundheit und Krankheit bisher weitgehend ausgeklammert (vgl. UTSCH in EHM/UTSCH 2005, 3).

Im folgenden Kapitel liegt der Fokus auf der Integration von Spiritualität.

5.1 Aktueller Stand zur Integration von Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege

Ist die Dienstleistung, für einen anderen Menschen mit Mitgefühl zu sorgen, ein spiritueller Akt? WRIGHT vermutet, dass vieles, was in der pflegerischen Praxis passiert, häufig intuitiv und stillschweigend spirituell ist (WRIGHT in BAUER/JEHL 2000, 30). Dagegen beobachtet STEVENS-BARNUM, dass die Fürsorge für das geistig-seelische Wohl bei den meisten Pflegepersonen großes Unbehagen auslöst (vgl. STEVENS-BARNUM 2002, 21/22).

Spiritualität spielt in der „öffentlichen“ Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland eine marginale Rolle und ist nur selten konzeptionalisiert. NAGAI-JACOBSEN und BURKHARDT (1989) sowie STUART, DECKRO und MANDLE (1989) thematisieren das Problem der spirituellen Defizite und die Unzulänglichkeit der spirituellen Kraftquellen bei den Pflegenden selbst (vgl. NAGAI-JACOBSEN/BURKHARDT (1989); STUART u.a (1989)in ebd., 28).

Auch CLARK, CROSS, DEAN und LOWRY blicken der Tatsache ins Auge, dass der pflegerische Bereich keinerlei Erfahrung mit einer spirituellen Pflege hat:

„Die Definition von spiritueller Pflege und spirituellen Bedürfnissen wurde bestenfalls flüchtig verfolgt. Sie sind nicht hinreichend entwickelt, um Studierenden und Praktikern klare Richtlinien für Interventionen zu geben und um Spiritualität als Bestandteil einer qualifizierten Pflegeleistung auszuweisen“ (CLARK, CROSS, DEAN, LOWRY in ebd., 28).

Der naturwissenschaftlich geprägte Gesundheits- und Krankheitsbegriff lässt die spirituelle Dimension von Heilung und Gesundheit außen vor. Es wird hingenommen, dass die Seelsorge primär als Vermittlerin von christlichen Tugenden wie Trost, Geduld, Vertrauen oder Hoffnung dient, ohne ihre kurativen Aspekte im Gesamtprozess des Heilungsgeschehens zu bedenken und bewusst einzubringen. Diese Entwicklung wird von beiden großen Kirchen ebenso wie von einem Großteil der öffentlichen Bereiche weitgehend akzeptiert. Eine Verknüpfung und konstruktive Zusammenarbeit von Spiritualität, Medizin und Pflege wird der Alternativmedizin/-pflege überlassen (vgl. UTSCH in EHM/UTSCH 2005, 3).

In anderen Ländern stellt sich dies ansatzweise anders dar. Dort sind sowohl verschiedene Konzepte für die Praxis als auch Forschungsergebnisse veröffentlicht, die in Deutschland als Ideenquelle genutzt werden können (vgl. TAYLOR 2002; MAUK/SCHMIDT 2004; O'BRIEN 2004).

In Deutschland liegen Studien zur Religiosität/Spiritualität im Zusammenhang mit Gesundheit und Lebensbewältigung vor – jedoch nicht explizit zur Spiritualität und Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. ZWINGMANN/MOOSBRUGGER 2004; EHM/UTSCH 2005).

Bis vor kurzem bedienten sich die meisten Pflege-theorien eher humanistischer als spiritueller Werte – laut STEVENS-BARNUM ist hier derzeit ein Wandel zu beobachten (vgl. STEVENS-BARNUM 2002, 55). Einige neue amerikanische Pflege-modelle integrieren bereits spirituelle Konzepte (vgl. STEVENS-BARNUM 2002, 32). DOSSEY, NEWMANN und WATSON repräsentieren als Pflege-theoretikerinnen eine neue Denkrichtung. Sie vertreten eine andere Sicht auf den Menschen sowie seine Stellung im Kosmos und fordern alle, die diese Sichtweise teilen auf, die Auswirkungen für die Pflege zu bedenken (vgl. ebd. 20).

Im Bereich der Pflegediagnosen nach NANDA sind vereinzelt Diagnosen mit spirituellem Bezug formuliert – so beispielsweise: „*Bereitschaft für ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden*“ (DOENGES u.a. 2002, 885). Es bedarf der Prüfung, in wieweit die Arbeit mit Pflegediagnosen im Bereich einer spirituell durchdrungenen Gesundheits- und Krankenpflege sinnvoll erscheint.

5.2 Spiritualität in der Gesundheits- und Krankenpflege:

Ein Schritt vor die Moderne?

UZAREWICZ fragt bzgl. der Gesundheits- und Krankenpflege, wie sich Tradition zur Moderne⁶⁹ verhält bzw. inwieweit die Wurzeln des Pflegeberufs in einer Zeit und einer Gesellschaft, die radikalem Wandel unterworfen ist, berücksichtigt werden müssen. Sie konstatiert, dass es natürlich keinen Sinn macht, die eigene Geschichte zu verleugnen, da sich aus ihr viele rezente Probleme erklären lassen. Zugleich macht sie deutlich, dass Strukturen, Inhalte, Probleme, Institutionen, Vergesellschaftungsformen in der heutigen modernen Gesellschaft andere sind als in der vormodernen. Die damaligen Prinzipien waren Gehorsam, Pflichtbewusstsein, Selbstlosigkeit, Demut für Gotteslohn.

Die heutigen Gesellschaftsbedingungen lassen es nach UZAREWICZ als logische Konsequenz erscheinen, dass Pflege im traditionellen herkömmlichen Sinne „ausgedient“ hat. Dieser traditionellen herkömmlichen Pflege stellt sie die Pflege mit einer wissenschaftlichen Basis gegenüber.

Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege besteht nach UZAREWICZ vor allem darin, zentrale Werte wie Gesundheit, Autonomie und Integrität – sicherzustellen, bzw. zu garantieren. Diese Werte sieht sie übereinstimmend mit grundlegendsten Wertorientierungen der westlichen Welt. Als abschließendes Fazit macht sie deutlich: *„Als moderne Dienstleistung, die der Gesellschaft gegenüber rechenschaftspflichtig bleibt, benötigt sie eine wissenschaftliche Basis.“*

Mein Verständnis unterscheidet sich von dem von UZAREWICZ hinsichtlich des Umgangs mit den Wurzeln unseres Pflegeberufs. Für mich lautet nicht die logische Schrittfolge Wissenschaft statt Tradition. Als moderne Dienstleistung haben wir zur Kenntnis zu nehmen, dass über 50% der Bevölkerung spirituelle Bedürfnisse angeben. So dass es nicht darum gehen kann, uns ersatzlos von den traditionellen Wurzeln zu trennen und sie durch Wissenschaftlichkeit zu ersetzen. Wir sind aufgerufen, das Anknüpfen an unsere Wurzeln unter heutigen Bedingungen neu zu definieren. Was sind die heutigen Prinzipien einer spirituell durchdrungenen Pflege? Beispielsweise kann ein wesentliches Prinzip die Wissenschaftlichkeit sein – allerdings eine Wissenschaftlichkeit, die in der Postmoderne anerkennt, dass es in der Gesundheits- und Krankenpflege auch relevante Bereiche jenseits der Messbarkeit gibt. UZAREWICZ weist auf die Übereinstimmung von moder-

⁶⁹ UZAREWICZ bezeichnet die heutige Zeit als Moderne.

nen Werten und den grundlegenden Zielen der Gesundheits- und Krankenpflege hin, wie Gesundheit, Autonomie und Integrität. Im postmodernen Sinn möchte ich hinzufügen, dass es der Gesundheits- und Krankenpflege *neben* Gesundheit, Autonomie und Integrität *auch* um die Lebensgestaltung in Krankheit und Abhängigkeit geht.

5.3 Zugrunde liegende Menschenbildern und Verständnisse von Gesundheit und Krankheit

Die Integration von Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege setzt eine Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Menschenbildern sowie Verständnissen von Gesundheit und Krankheit voraus. An dieser Stelle wird bewusst die Form des Plurals gewählt und an das Charakteristika unserer Zeit - der Pluralität - angeknüpft. Spirituell durchdrungener Pflege liegt nicht zwangsläufig ein einheitliches Menschenbild und Verständnis von Gesundheit/Krankheit zugrunde. Notwendig ist der Dialog und ggf. das Ringen um gemeinsame Handlungsformen, die Patienten und Mitarbeitern ermöglichen, ihren spirituellen Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen sowie diese in unserem pflegerischen (Management-) Handeln adäquat aufzugreifen.

Dieser Arbeit liegt ein Bild vom Menschen zugrunde, das an die Mystik anknüpft und von einem spirituellen Kern in jedem Menschen ausgeht. In diesem spirituellen Kern, auch als Wesenskern, Inneres des Selbst, Herz der Seele, Seelengrund oder Herzensgrund bezeichnet, ist Kontakt/Beziehung zum Göttlichen/Heiligen/Transzendenten möglich, bzw. ist das Göttliche/Heilige/Transzendente in jedem Menschen gegenwärtig. Jeder Mensch hat seine eigene spirituelle Gestalt - in der Beziehung geschieht es, dass Menschen etwas von dem eröffnen, was ihrem Leben Bedeutung gibt – ja, was ihnen heilig ist. Das spirituelle Potenzial ist im Patienten/im Mitarbeiter – es wird nicht von außen an ihn herangetragen. Es ist die Kunst, dieses Potential mit dem Patienten/mit dem Mitarbeiter zu erschließen. Wir können die Wahrnehmung für diese Ressourcen unterstützen und schulen.

Abbildung 6 dient der Veranschaulichung, ist jedoch stark vereinfachend, da die vielfältigen Facetten, die einen Menschen ausmachen, jegliche Abbildung sprengen würde⁷⁰.

⁷⁰ siehe 2.4.2

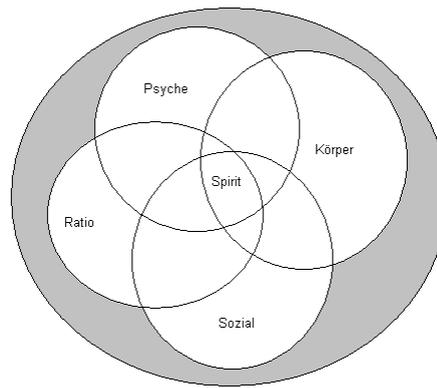


Abbildung 6: Bild vom Menschen.

Das zugrunde liegende *Verständnis von Gesundheit* beinhaltet unterschiedliche Dimensionen. LAUTERBACH unterscheidet die *körperliche, soziale, psychische* und *existentielle* Gesundheit (vgl. LAUTERBACH 2005, Seminarunterlagen Gesundheitscoaching). Abbildung 7 veranschaulicht die ausgeführten Dimensionen von Gesundheit.

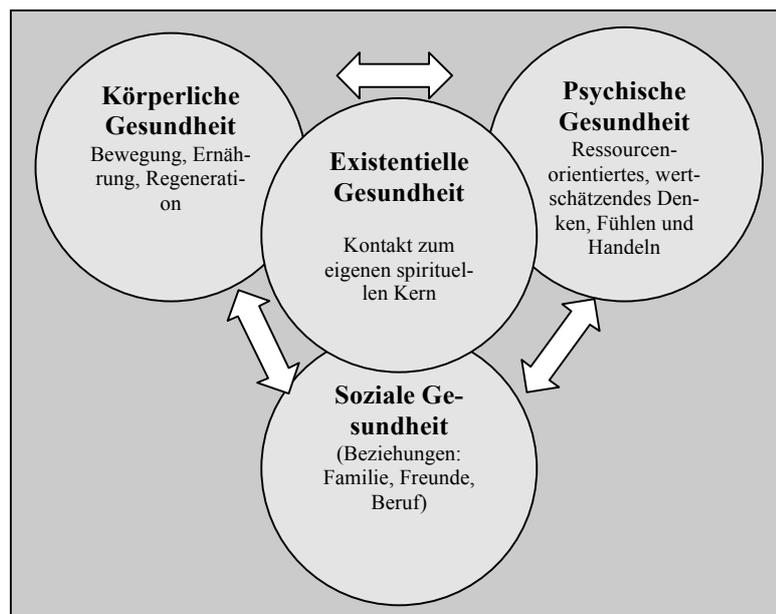


Abbildung 7: Dimensionen von Gesundheit (vgl. ebd.).

LAUTERBACH konkretisiert die existentielle Dimension in Abbildung 8.

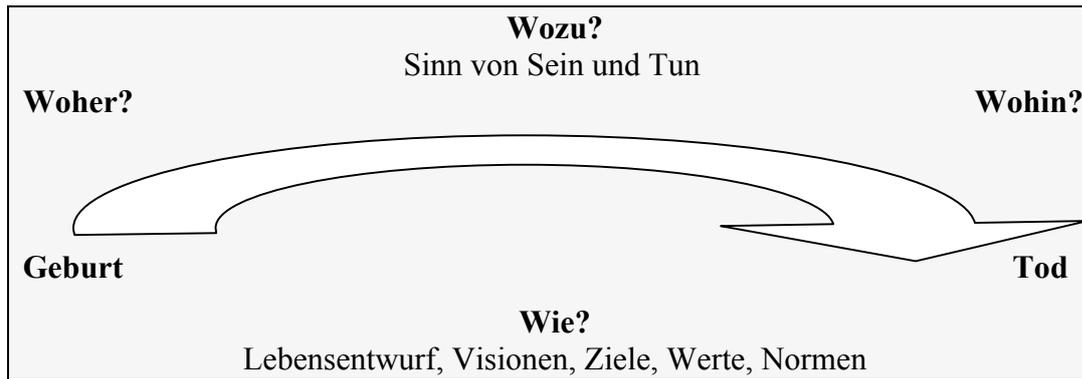


Abbildung 8: Existentielle Dimension von Gesundheit (vgl. ebd.).

Antworten auf diese existentiellen Fragen kann jeder Mensch für sich individuell im Kontakt mit seinem spirituellen Kern finden.

Pflegetheoretikerinnen, die spirituelle Elemente in ihre Theorien integrieren, vertreten folgende Verständnisse von Krankheit:

<p><i>„Ein Zustand seelischer Unruhe – hervorgerufen durch Entwicklungsprobleme, innere Not, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Verzweiflung, Verlust, Kummer, allgemeinen Stress oder besondere Stresssituationen – kann krank machen und diese Krankheit wiederum kann bestimmte Symptome verursachen. Auch das Unbekannte kann zur Krankheit führen; es kann nur durch Erfahrung erforscht werden und dafür ist möglicherweise eine innere Suche notwendig. Krankheit kann auch auf genetischen oder konstitutionellen Schwächen beruhen und in Zeiten der Disharmonie zum Vorschein kommen (...)“</i> (WATSON in STEVENS-BARNUM 2002, 20/21).</p>	<p><i>„Es gibt Zeiten, in denen ein Persönlichkeitsmuster immer disharmonischer wird, vergleichbar den Phasenverschiebungen der Biorhythmen. Diese Situation kann andauern, bis die Person im herkömmlichen Sinne krank wird. Die Krankheit sorgt für eine Art Schock, der zu einer harmonischeren Neustrukturierung der Persönlichkeitsmusters führt“</i> (NEWMAN in STEVENS-BARNUM 2002, 21).</p>
---	---

Abbildung 9: Krankheitsverständnisse.

Die Gefahr dieser Gesundheits-/Krankheitsverständnisse besteht darin, dass sie ausschließlich auf psychische Ursachen/Aspekte fokussieren (z.B. seelische Unruhe aufgrund psychischer Ursachen und disharmonischen Persönlichkeitsmuster). Krankmachende Umweltfaktoren werden beispielsweise vernachlässigt.

Erstrebenswert ist, dass die jeweils wesentlichen Dimensionen von Gesundheit/Krankheit eines Patienten erfasst werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass wir wieder in ein Extrem der Ausschließlichkeit verfallen. Statt der aus-

schließlichen Fokussierung des Körpers folgt dann die ausschließliche Fokussierung der Psyche oder des Geistes.

5.4 Basiskonzepte

Im folgenden Kapitel werden drei Basiskonzepte einer spirituell durchdrungenen Gesundheits- und Krankenpflege skizziert – sie operationalisieren Spiritualität, wirken gesundheitsförderlich und knüpfen an Erfordernisse der Postmoderne an.

Ansatzweise bilden sie Schnittenmengen: Achtsamkeit ist Voraussetzung für die Dialogfähigkeit – der Sinnzirkel kann den Dialog ergänzen. Sie fokussieren jedoch jeweils einen anderen Schwerpunkt.

Alle drei Basiskonzepte fördern notwendige Kompetenzen der Postmoderne und greifen spirituelle Elemente auf: Dialogfähigkeit ist ein wesentlicher Aspekt der Pluralitätskompetenz – Achtsamkeit fördert das Wahrnehmen und Aushalten von Ambivalenzen und Dilemmatasituationen – der Dilemmata- und Sinnzirkel verdeutlicht hilfreiche Haltungen im Umgang mit Komplexität, widersprüchlichen Situationen und Situationen mit Unvereinbarkeiten. Die Konzepte können hier nur skizziert werden- eine vertiefende Darstellung muss an anderer Stelle erfolgen.

5.4.1 Achtsamkeit (Gesundheitsförderung)

Ein Beispiel für die zunehmende Bedeutung von Spiritualität bzw. spirituell fundierten Therapiemethoden ist die Achtsamkeitsmeditation, die in einem speziellen verhaltensmedizinischen Programm als „Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR) an die Bedürfnisse und Verhältnisse postmoderner Behandlungen angepasst wurde. Mit dem MBSR hat KABAT-ZINN eine einfache, konfessionsübergreifende und weitgehend ideologiefreie Übungsmethode entwickelt, die Menschen aller Religionszugehörigkeit bzw. auch solche, die sich nicht spirituell oder religiös bezeichnen, praktizieren können. Neben vielfachen Praxisbeispielen und Studien, die es aus den USA zu dieser Behandlungsmethode gibt, hat sie sich auch im deutschen Sprachraum verbreitet. Vorliegende Wirksamkeitsstudien decken ein breites Spektrum chronischer Krankheiten ab und belegen Wirksamkeit von MBSR vor allem bei chronischen Schmerzsyndromen, bei atopischer Dermatitis, bei Angst und Panikstörungen, bei Begleitsymptomen von Krebs, bei Stress und Bluthochdruck. Es konnte nachgewiesen werden, dass Personen, deren Achtsamkeitswerte höher sind, weniger psychische Belastungssymptome aufweisen. Die Achtsamkeitsmeditation scheint vor allem die kognitive Fähigkeit, mit Belastun-

gen konstruktiv umzugehen, positiv zu beeinflussen (vgl. WALACH 2005, 27-31).

Achtsamkeit zu üben, bedeutet den gegenwärtigen Moment so bewusst und aufmerksam wie möglich zu erfassen und ihn ohne Bewertung, so wie er ist, anzunehmen. Bei der Schulung der Achtsamkeit lernen die Patienten/Mitarbeiter, präsent zu sein, innere und äußere Zustände möglichst umfassend wahrzunehmen und eine entspannte offene Grundhaltung gegenüber allem, was geschieht, einzunehmen. Dabei geht es darum, Achtsamkeit nicht nur den schönen und angenehmen Seiten des Lebens zu entwickeln, sondern gerade auch mit den schmerzhaften, stressigen und unangenehmen Aspekten in Kontakt zu kommen. Teilnehmerinnen am Achtsamkeitsprogramm lernen die äußeren Umstände ebenso mit nicht-wertender Aufmerksamkeit wahrzunehmen wie das innere Erleben. Paradoxerweise werden Menschen durch diese umfassende Wahrnehmung aller Geistes- und Körperzustände weniger in sie verstrickt. Es entsteht Raum, in dem sich erweiterte Copingmöglichkeiten eröffnen. Viele Dinge werden klarer und Entscheidungsspielräume werden deutlich. Es gelingt zunehmend, Probleme mit einem gewissen Abstand zu betrachten und von der gewohnheitsmäßigen Reaktionsweise auf ein bewusstes, präsenten Handeln umzuschalten. Bei regelmäßiger Übung hilft die Achtsamkeitsübung, auf dem Weg durch die Höhen und Tiefen des Lebens eine größere innere Festigkeit und einen Ort der Mitte zu finden (vgl. FRANKEN 2002, 89-92).

MBSR-Kurse können einen festen Platz im Rahmen der Gesundheitsförderung einnehmen. Kollegen aus Holland und Belgien berichten, dass das MBSR eine gute Ausgangsbasis darstellt, um das Gesundheitsbewusstsein von Pflegenden zu fördern und ihnen ein Methodenrepertoire zu vermitteln, mit dem sie auf einfache Weise aktiv zu ihrer Gesundheit beitragen können (vgl. FRANKEN 2002, 97-100). MBSR-Kurse umfassen acht Wochen und beinhalten einen regelmäßigen Body Scan⁷¹, verschiedene Formen der Meditation sowie Yoga-Übungen. Die Teilnehmer verpflichten sich zu einer täglichen Übungspraxis zwischen den gemeinsamen Treffen.

⁷¹ Übung zur Körperwahrnehmung

5.4.2 Dialog (Kommunikationskultur)

„Einer hat immer Unrecht: aber mit zweien beginnt die Wahrheit.“ NIETZSCHE

Eine spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege benötigt eine geeignete Kommunikationskultur. Verständigung und Kommunikation werden innerhalb der Postmoderne auf zwei gegensätzliche Arten betrachtet: universalistisch („modern“) und partikularisch („postmodern“) (vgl. ZIMA 2001, 384-385). Es ist an dieser Stelle nicht möglich auf die verschiedenen Kommunikationstheorien einzugehen⁷². Im Zeitalter der Pluralität benötigen wir eine qualitativ andere Kommunikationskultur – eine Kultur, die der Vielfalt von Differenzen gewachsen ist – indem sie Kooperation im grundsätzlich Differenten ermöglicht.

Wie gehen wir damit um, wenn Patienten und Pflegepersonen mit unterschiedlichen Paradigmen operieren oder grundlegend unterschiedlichen Religionsgemeinschaften angehören? Wie kann spirituell durchdrungene Pflege gestaltet werden, bei individuell sehr differenten Gottesbildern? Es bedarf einer institutionalisierten Kommunikationskultur, die den Anforderungen der Postmoderne und dem Wesen von Spiritualität gerecht wird.

Der Dialogbegriff hat viele ideengeschichtliche Wurzeln und Bezüge, die von der Philosophie und Psychologie bis zur Quantenphysik reichen (vgl. HARTKEMEYER 2005, 31). Der Ausgangspunkt der Dialogforschung liegt in den USA in den Jahren 1992-1994. Bedeutsame Grundgedanken zum Dialog stammen einerseits vom Quantenphysiker BOHM (1917-1992) und andererseits dem jüdischen Religionsphilosophen BUBER (1878-1965) – sie bilden die Grundlage für die Dialogtheorie wie sie von HARTKEMEYER/HARTKEMEYER vertreten wird (HARTKEMEYER/HARTKEMEYER 2005; HARTKEMEYER u.a. 1998).

BOHM verwendet den Begriff „Dialog“ im ursprünglichen Wortsinn: „Fließen von Sinn“, das Suchen und Entwickeln neuer, zuvor nicht bekannter Bedeutung in einer Gruppe um und durch die Menschen (dia: [hin-]durch, logos: Wort, Sinn, Bedeutung).

Für BOHM ist der Dialog geprägt von einer Vertiefung und Intensivierung des Gesprächs, in dem Gefühle, Wertungen, Vorannahmen, die das Denken und Handeln lenken sowie deren Erfahrungs- und Lebensgeschichte bewusst werden können. Daraus entsteht ein tieferes Verstehen der Dialogpartner und die Möglichkeit

⁷² siehe dazu ausführlich ZIMA 2002, 384-405.

eigene Standpunkte und Haltungen zu verändern. Gerade bei sehr kontroversen Themen bietet sich dadurch die Chance über das bloße Gegeneinander oder An- einandervorbeireden hinauszugehen. Durch die Verbindung mit meditativen An- sätzen war für BOHM der Dialog jedoch nicht nur eine Form der Kommunikati- on, sondern ein Weg zu grundlegender Transformation - nicht nur von einzelnen Menschen, sondern auch von Gruppen.

BUBER beschreibt den Dialog als Zwiegespräch (dia: zwei, logos: Wort, Sinn), als echtes Zusammentreffen von Menschen, „*die sich in Wahrheit zugewandt ha- ben, sich rücksichtslos äußern und vom Scheinewollen frei sind*“ (BUBER in HARTKEMEYER 2005, 34).

Es gibt zwei grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, einen Gesprächsprozess bewusst dialogisch zu gestalten: den *strategischen* Dialog und den *generativen* Dialog.

Der strategische Dialog hat von Anfang an ein Thema, zum Beispiel: "Wie wollen wir unsere Organisation umstrukturieren?" Eine Gruppe redet über das Thema, indem die dialogischen Grundkompetenzen geübt werden.

Der generative Dialog hat dagegen kein vorgegebenes Thema. Themen erscheinen während der Check-in-Runde und halten sich kürzere oder längere Zeit, um ein Thema geht es aber letztlich nicht. Der eigentliche Zweck des generativen Dialogs ist es, sich bewusst zu werden, *wie* wir miteinander und mit unseren eigenen Ge- danken und Gefühlen umgehen. Das wiederum ermöglicht uns, metakognitive Gruppenprozesse der Kommunikation erkennbar und besprechbar zu machen, uns sozusagen von einer übergeordneten 'Meta'-Ebene zu betrachten.

Während der Zweck des (zielgerichteten) Dialogs in Firmen normalerweise darin liegt, die Effektivität des Unternehmens zu erhöhen, geht es im generativen Dia- log stärker um grundsätzliche Fragen nach Kommunikationsstrukturen und die Art unseres Denkens. Im generativen Dialog können wir die individuellen Gren- zen der eigenen Wahrnehmung überschreiten und mit anderen an einem neuen, kreativen Erkundungsprozess teilnehmen – nicht um einem vereinbarten Ziel oder strategischen Zweck zu dienen, sondern um unsere Denk- und Kommunikations- möglichkeiten zu verbessern (vgl. HARTKEMEYER u.a. 1998, 119).

In Abbildung 10 sind notwendige Kernfähigkeiten des Dialogs zusammengefasst.

<u>10 Kernfähigkeiten des Dialogs</u>	
1.	Eine lernende Haltung einnehmen - Anfängergeist verkörpern - Interesse an neuen Sichtweisen, die unsere tradierten Denk- und Verhaltensmuster in Frage stellen.
2.	Radikalen Respekt zeigen - Die Gesprächspartnerin in ihrem „Sosein“ akzeptieren - Versuchen, den Gesprächspartner aus dessen Perspektive zu sehen
3.	Von Herzen sprechen - Von dem sprechen, was mir wirklich wichtig ist
4.	Generativ zuhören - aktiv und empathisch zuhören
5.	Annahmen und Bewertungen „suspendieren, in der Schwebelage halten“ - Sich die eigenen Annahmen und Bewertungen bewusst machen - Dies Annahmen und Bewertungen „in der Schwebelage halten“, sie „suspendieren“, also auf ihnen zunächst keine Reaktion gründen
6.	Erkunden - Aufrichtige Fragen stellen- in einer Haltung von Neugierde und Achtsamkeit - Das Bedürfnis entwickeln, wirklich verstehen zu wollen
7.	Produktiv plädieren - Die persönliche Sichtweise des Themas darlegen und die Beweggründe dieser Sichtweise, einschließlich der eigenen Unsicherheiten - Die Herkunft eigener Bewertungen deutlich machen, die anderen dadurch am eigenen Denkprozess beteiligen
8.	Offenheit - Sich von eigenen Überzeugungen lösen können
9.	Verlangsamung zulassen - Die „innere“ Verlangsamung zulassen, die sich durch das Erlernen und Beherrzigen der anderen Kernfähigkeiten von selbst einstellt
10.	Die Beobachterin beobachten - Sich bewusst machen, durch welche Gefühle und Vorannahmen unsere Haltung zum Gegenüber ausgelöst wird

Abbildung 10: Kernfähigkeiten des Dialogs.

5.4.3 Sinnzirkel (Organisationskultur)

Organisationen benötigen in der Postmoderne Instrumente, die die Mitarbeiter im Umgang mit Komplexität und Dynamik unterstützen.

Der Sinnzirkel – als Gegenstück zum Dilemmazirkel (vgl. 2.5) verdeutlicht hilfreiche Haltungen im Umgang mit den Grundbedingungen der Postmoderne. In Abbildung 11 sind seine Haltungen zusammengefasst.

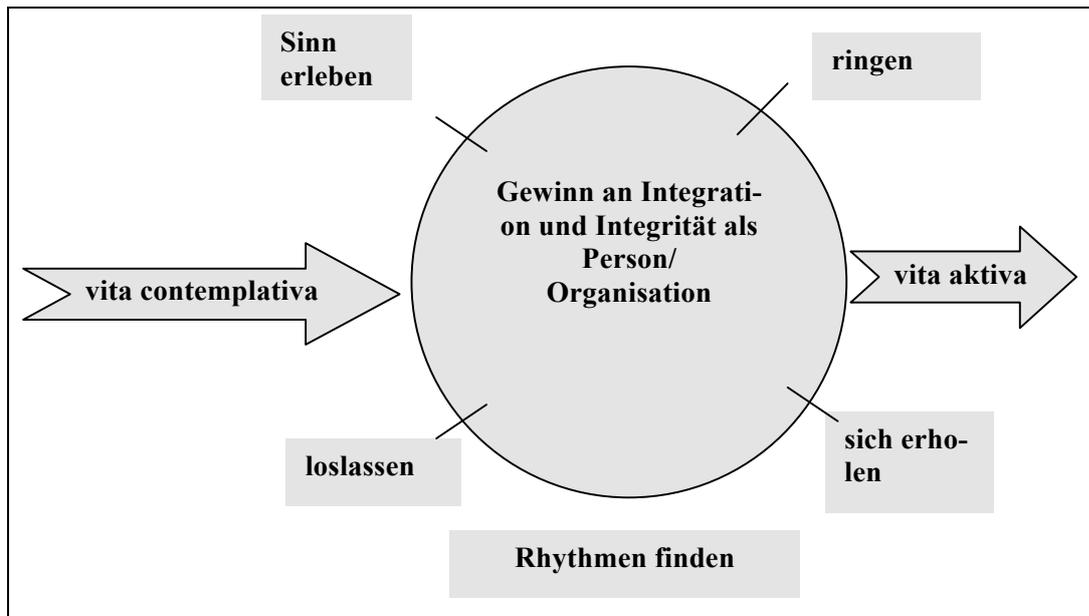


Abbildung 11: Sinnzirkel (vgl. SCHMID/HIPP 1998).

Vergleichbar zu den Stadien des Dilemma-Zirkels können auch im Sinn-Zirkel verschiedene Haltungen differenziert werden. Im Sinn-Zirkel werden spirituelle Haltungen der *vita activa* und *vita contemplativa* aufgegriffen und für Teilbereiche konkretisiert.

Zunächst kann statt des Strampelns ein Ringen um die Dinge gesetzt werden. Es ist wichtig, positive Haltungen zu einem Ringen mit der Komplexität der Fragen zu finden. Organisationen benötigen Menschen, die ringen. Die Kunst liegt hier in der Unterscheidung: Ringen wir noch angemessen und „sind nur noch nicht ganz durch“ oder strampeln wir schon. Teams können hier helfen, diese Unterscheidung zu treffen. Von diesem Ringen müssen wir uns auch erholen. Erholung meint das Gegenstück zu erschöpftem Abschalten. Wichtig sind Pausen und die Erlaubnis für Gär-, Schwel- und Reifeprozesse sowie für das Kraftschöpfen. Der Unterschied zum erschöpftem Abschalten ist, dass man aus der Erholung regeneriert zurückkehrt. Die anderen Stufen „loslassen“ und „Sinn erleben“ sind mehr der *vita contemplativa* zuzuordnen. Manchmal ist es notwendig, zunächst loszulassen. Es geht um ein konstruktives Aufgeben, sich die Ohnmacht eingestehen, Demut vor der Größe der Aufgabe entwickeln, unwissend, wie lange der Weg ist und ob die Kräfte überhaupt reichen. Der Begriff des „Sich Anheimstellens“ verdichtet diese Bedeutung, aktiv zu sein und dennoch darauf angewiesen zu sein, dass es sich fügt. Diese Idee lässt sich in der Metapher des Segelns illustrieren. Der Segler weiß zwar, wie er die Segel aufzuspannen hat, er ist aber darauf angewiesen, dass der Wind bläst und er kann nicht bestimmen aus welcher Richtung (vgl. SCHMID/HIPP 1998, 11-13).

ZECH beschreibt als Aufgabe der Individuen in der Postmoderne neben Kompetenzen des Tuns vor allem auch Kompetenzen des Lassens auszubilden: Geschehen lassen, sich einlassen, loslassen, weglassen... (vgl. ZECH 2002, 150.)

Wenn vieles glückt, kommen wir in eine Haltung, die es ermöglicht, sich in aller Komplexität immer wieder auf das Wesentliche zu besinnen. Was als wesentlich empfunden wird, ist für Menschen verschieden. Es lassen sich aber drei Dimensionen formulieren, in denen Wesentliches gefunden werden kann:

- Das Wesentliche in den Beziehungen
- Das Wesentliche in der Sache
- Das Wesentliche in Bezug auf den eigenen Lebensmythos

(vgl. SCHMID/HIPP 1998, 13).

5.5 Spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege unter den Anforderungen der Postmoderne

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine Annäherung an eine spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege. Es wird bewusst auf die Bezeichnung „Spirituelle Gesundheits- und Krankenpflege“ verzichtet – die Begründung liegt im zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheit mit einer Vielfalt unterschiedlicher Dimensionen.

5.5.1 Ziele

Spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege hat zum Ziel, dass Patienten mit ihrem spirituellen Kern in Kontakt bleiben oder mit ihm in Berührung kommen. Aus diesem Kontakt/dieser Berührung werden die Ressourcen mit denen Patienten ihr Leben *in* der Krankheit und *mit* der Krankheit aus einem freien inneren Geist heraus bestehen und gestalten, gestärkt und ggf. Heilung möglich. Kommen Pflegepersonen mit ihrem spirituellen Kern in Kontakt, werden die Ressourcen gestärkt, mit denen sie ihren Arbeitsalltag aus einem freien inneren Geist bestehen und gestalten.

5.5.2 Voraussetzungen

Um mit dem eigenen spirituellen Kern in Kontakt kommen zu können, bedarf es einer entsprechenden Sehnsucht und einer Achtsamkeit. Sehnsucht in dem Sinn, dass sich der Einzelne auf den Weg macht und seinen eigenen individuellen spirituellen Weg sucht. Achtsamkeit, um Erfahrungen des Kontakts mit dem spirituel-

len Kern wahrnehmen zu können. Unklar ist, inwieweit Pflegepersonen grundsätzlich Zugang zu ihrem eigenen spirituellen Kern benötigen, um spirituelle Interventionen durchzuführen. Es wird voraussichtlich zwischen Maßnahmen zu unterscheiden sein, bei denen die Pflegeperson Kontakt zum eigenen spirituellen Kern haben muss und anderen Maßnahmen, für die dies nicht notwendig ist.

Pflegepersonen benötigen den Mut zur Auseinandersetzung mit allen Facetten des Lebens, zur Wesentlichkeit und zur Tiefe von Beziehungen, wenn sie sich ganz auf spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege einlassen wollen. Als Kompetenzen benötigen sie neben Achtsamkeit im ersten Schritt Dialogfähigkeit und im zweiten Schritt Kreativität, um spirituelle Interventionen „zu entwerfen“. Hierfür ist ein gewisses Maß an Hintergrundwissen Voraussetzung.

5.5.3 Merkmale

In Tabelle 2 sind wesentliche Merkmale einer spirituell durchdrungenen Gesundheits- und Krankenpflege zusammengefasst.

Tabelle 2: Merkmale spirituell durchdrungener Pflege.

Merkm ^{al}	Erläuterungen
Dialogisch	Siehe 5.4.2
Transkulturell	Vgl. 4.5 ⁷³
Wesentlich - positioniert sich	Ist sich des „wesentlichen“ Auftrags bewusst, achtet das, was ihr heilig ist und vertritt ihre Werte gegenüber konkurrierenden Aufträgen (z.B. Ökonomisierung um jeden Preis) und setzt sich für die „wesentlichen“ Rahmenbedingungen ein, siehe auch 3.3 und 5.4.3.
Multidimensional	Siehe 5.3
Wissenschaftlich	Greift Forschungsergebnisse auf und formuliert Forschungsanliegen
Erkennt unerforschliche Aspekte an	Sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege wie auch der Spiritualität gibt es relevante Bereiche, die als „Geheimnis“ stehen bleiben sollten.
Fördert den Ausdruck spiritueller Erfahrungen von Patienten	Spirituelle Erfahrungen entfalten ihre Tiefenwirkung vermehrt, wenn sie ausgedrückt werden können.
Achtsam	Siehe 5.4.1
Übernimmt Verantwortung für gesellschaftlichen Auftrag	Vgl. 4.1.4
Schafft Räume der Stille, Ruhe, des „zu sich findens“	Vgl. 2.4.4

⁷³ siehe ausführlicher: UZAREWICZ 2002.

Merkmal	Erläuterungen
Nimmt spirituelle Erfordernisse wahr und sucht nach Wegen ihnen zu entsprechen; stellt spirituelle Angebote zur Verfügung	Siehe 5.5.4
Prüft esoterische Angebote	Spirituelle und esoterische Angebote haben Schnittbereiche – aber auch konträre Gesichtspunkte. ⁷⁴
Verzweiflung, Leiden und Sterben hat seinen Platz als Bestandteil des Lebens	Vgl. 2.4.3 und 2.5
„Sein ohne Aktivitäten“ hat einen festen Platz	Das Bedürfnis von Patienten „einfach zu sein“ wird ernst genommen –als Intervention hat es einen Platz in der Pflegeplanung, beispielsweise beim sterbenden Patienten „zu sein“.
Stellt sich ethischen Dilemmatasituationen	Siehe 5.4.3
Basiert auf der Erfahrung, dass Einheit, Verschiedenheit und Einzigartigkeit zur Struktur von Mensch und Natur gehört.	Vgl. 2.6
Ist von Religiosität unabhängig – religiöse Aspekte werden berücksichtigt, wenn angebracht	Vgl. 4.1.1
Nimmt Spiritualität als wesentlichen Faktor der Lebensqualität ernst	Vgl. 4.6.2
Achtet es, dass nicht alle Menschen über spirituelle Themen sprechen möchten.	Vgl. 4.3
Arbeitet mit Symbolen und Ritualen	Kann an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden (siehe Literatur im Literaturverzeichnis).

5.5.4 Interventionen

In folgenden Abschnitt sind beispielhaft Interventionen aufgezeigt, die auf spirituelle Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern eingehen. An dieser Stelle können die Interventionen nicht näher ausgeführt werden – sie dienen als eine erste Ideenskizze. Im Hinblick auf eine spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege sind Interventionen in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Seelsorge abzustimmen.

- Der Arbeit mit Ritualen und Symbolen wird in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung zu kommen. Denkbar sind Rituale zur Nacht vor einer Operation, zur Entlassung in ein Pflegeheim, zur Entlassung in den Alltag als „neue“ Familie nach der Geburt eines Kindes, zur Entlassung in den Ruhestand.
- Raum und Zeit für gewohnte Formen der spirituellen Beziehungsgestaltung der Patienten ermöglichen: z.B. mit einem Zettel an der Zimmertür:

⁷⁴ siehe ausführlich: BERNHARDT in KRECH/HAHN 2003.

„Patient/Patientin möchte in den nächsten 15 Minuten nicht gestört werden“.

- Karteikarten mit spirituellen Texten und/oder Motiven zu verschiedenen Themenbereichen für die Patienten zur Verfügung stellen – ggf. gezielt auf die Situation des Patienten ausgewählt;
- Arbeit mit Träumen;
- Die Frage nach dem Sinn von Krankheit und Leid zulassen, aufgreifen und aushalten und mit den Patienten um Antworten „ringen“;
- „Sein“ als Intervention;
- Spirituelle Büchern/Zeitschriften anbieten;
- Therapeutic touch;
- Achtsamkeitsübungen;
- Meditation;
- Körperübungen;
- Religiöse Elemente wie Sakramente feiern, Andacht/Gottesdienst feiern, Texte aus der Bibel anbieten;
- Kreative Ausdrucksformen ermöglichen;
- Musik;
- Reflexionsoasen zur Besinnung auf das „Wesentliche“.

5.6 Problematiken

Im folgenden Abschnitt werden Gefahren, die im Zusammenhang mit der Integration von Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege berücksichtigt werden müssen, stichpunktartig zusammengefasst:

- Spiritualität als Überforderung: Es besteht die Gefahr, dass die spirituelle Durchdringung der Gesundheits- und Krankenpflege als neue Anforderung an Pflegepersonen formuliert wird, ohne dass die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden;
- Spiritualität als Flucht vor der Realität: Spiritualität bietet einen absichtslosen Ruhepunkt in einer Welt voller Anforderungen – es ist verlockend, sich regressiv ausschließlich diesem Ruhepunkt zu zuwenden.
- Spirituelle Erfahrungen und Bedürfnisse sind schwer in Worte zu fassen und grundsätzlich nicht für alle anderen nachvollziehbar – hierdurch besteht die Gefahr der gegenseitigen Abwertung sowie die Schwierigkeit der Verständigung;

- Spiritualität als Bestandteil eines diffusen Postmodernismus (vgl. 2.2.4);
- Spiritualität als „Medikament“: In unserer nutzenorientierten Gesellschaft besteht die Gefahr, dass Spiritualität auf ein „Medikament“ verkürzt wird, das anzuordnen, zu verschreiben und abzurechnen ist;
- Spiritualität im Spannungsfeld zwischen ergebnisoffener Absichtslosigkeit und Nutzung als Ressource für Energie und Gesundheit;
- Spiritualität als diffuses Trendwort: Wird Spiritualität nicht definiert und konzeptionalisiert, besteht die Gefahr, dass es im ähnlich diffusen und wenig hilfreichen Raum bleibt wie die „Ganzheitlichkeit“;
- Spiritualität als Mittel zur Senkung des Krankenstandes;
- Spiritualität als Beruhigungsmittel mit dem ungute Strukturen ausgehalten werden;
- Betrachtung von Spiritualität allein unter marktrelevanten Gesichtspunkten.

6 Fazit und Ausblick

Abschließend soll es nun um die konkrete Beantwortung der leitenden Fragestellungen gehen:

- Gibt es Argumente, die dafür sprechen gerade unter den Bedingungen der Postmoderne Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege zu (re)integrieren?
- Kann Spiritualität einen bedeutsamen Beitrag dazu leisten, Problemen der Postmoderne konstruktiv zu begegnen?
- Ist der, in der Moderne eingeschlagene Weg, sich von religiösen Inhalten in der Krankenpflege zugunsten der Wissenschaftlichkeit zu trennen, in der Postmoderne zu korrigieren?

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Forschungsergebnisse weisen daraufhin, dass ein großer Teil der Gesellschaft sich spirituell orientiert sowie eine große Anzahl von Patienten in Krankheit, Leid und Sterben von spirituellen Erfahrungen berichtet. Studien weisen daraufhin, dass Spiritualität einen bedeutsamen Beitrag zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität leistet sowie eine Ressource mit präventivem Charakter darstellt.

Angesichts dieser Ergebnisse muss sich die Gesundheits- und Krankenpflege zukünftig dem Thema der Spiritualität zuwenden, will sie ihrem gesellschaftlichen Auftrag auf professionelle Weise nachkommen.

Der Krankenstand liegt in den Pflegeberufen deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufsgruppen – psychischer Stress und mangelnde Arbeitszufriedenheit sind häufig auftretende Belastungsfaktoren bei Pflegepersonen. Die spirituelle Einübung der Achtsamkeit entwickelt eine gesundheitsförderliche Wirkung hinsichtlich verschiedener Gesundheitsdimensionen. Sie ermöglicht eine Rückbesinnung auf das „Wesentliche“ – auch das für jeden Einzelnen Wesentliche in seiner beruflichen Tätigkeit.

Spiritualität knüpft zeitgemäß an Wurzeln der Krankenpflege an. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass durch alle Pflegeauffassungen die Wahrnehmung einer der Krankenpflege inhärenten Transzendenz schimmert. In der Pflege Leidender findet eine immer wiederkehrende Berührung mit dem Numinosen/Heiligen statt, die derzeit keinen Platz der Wahrnehmung und Artikulierung findet. Das Fehlen spiritueller Aspekte in der Pflegepraxis, könnte eine der treibenden Kräfte hinter der bedrohlichen Zunahme von Burnout, Krankheit und Berufsflucht sein.

In die ausdifferenzierte Gesellschaft ordnet sich Spiritualität leicht ein und hilft sie zu stabilisieren. Gleichzeitig kann Spiritualität derzeit Motor für notwendige Veränderungen in der Gesellschaft und der Gesundheits- und Krankenpflege sein und dabei zugleich eine individuelle Stabilität bieten, um dem Wandlungsprozess gewachsen zu sein.

Die verschiedenen Meditationswege und –formen führen alle dazu, dass der Meditierende zur Ruhe, zur Stille, zur Besinnung kommt. Ein Zustand, nach dem sich viele Menschen im Zeitalter des rasenden Stillstands sehnen. Bei aller Dynamik und Komplexität des Alltags ist eine Rückbesinnung auf das Wesentliche im Leben möglich.

Die Balance der spirituellen Prinzipien eines *vita activa* und eines *vita contemplativa*, in Form von Kontemplation und Achtsamkeit sowie einer verantwortungsvoll aktiven Lebensgestaltung, setzen Ressourcen frei, die (es) ermöglichen:

- in einer komplexen Welt nicht in Oberflächlichkeit und Abstumpfung abzuweichen;
- Offenheit ohne Bewertung für das Andere/das Fremde zu entwickeln;
- eine behutsame Hinwendung zu verdrängten/tabuisierten Aspekten in unserer Gesellschaft zu wagen;
- das Leben trotz sozialer Beschleunigung bewusst zu gestalten, Gelassenheit zu bewahren, die eigene Tiefe und Mitte nicht zu verlieren.

Angesichts der aufgeführten Ergebnisse sind wir als Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege aufgefordert, den in der Moderne eingeschlagenen Weg zu korrigieren. In der Postmoderne ist es angezeigt, Spiritualität als die zeitgemäße Form des Transzendenzbezugs in die Gesundheits- und Krankenpflege zu integrieren – dies erfolgt nicht in Abgrenzung zur Wissenschaft, sondern in Ergänzung und Kooperation.

Die Absicht Spiritualität in die Gesundheits- und Krankenpflege zu integrieren, erzeugt ein Spannungsfeld: Spiritualität ist eine gesundheitsbezogene Ressource, die „genutzt“ sein will – zugleich ist sie *absichtslos*, entzieht sich zweckorientiertem Denken und in der Wirkung grundsätzlich ergebnisoffen. Eine charakteristische Situation für die Postmoderne – eine herausfordernde Chance.

6.2 Ausblick

Der Weg zu einer spirituell durchdrungenen Gesundheits- und Krankenpflege erfordert noch eine Vielzahl von Schritten...

Als Berufsgruppe müssen wir zunächst anerkennen, dass Patienten und Pflegepersonen spirituelle Bedürfnisse und Erfahrungen haben und es zu unseren Aufgaben gehört, diese zu berücksichtigen. Hierfür ist Aufklärungs- und Visionsarbeit von Nöten. Aufklärung über Zahlen, Daten und Fakten zu der Thematik - Verbreitung einer Vision, wie Gesundheits- und Krankenpflege in der Postmoderne gestaltet werden kann.

Ist dies Bewusstsein geweckt, bedarf es einer deutlichen Prioritätensetzung. Diese Prioritätensetzung muss nicht universal für die gesamte Berufsgruppe erfolgen. Menschen mit der gleichen Vision schließen sich in einem Netzwerk zusammen, um der Vision langsam Gestalt zu geben – dies kann auf den verschiedenen Ebenen der Pflege (Forschung, Management, patientennah) gleichzeitig erfolgen und sich gegenseitig ergänzen und beleben.

Hierbei bedarf es der Klärung, wie Rahmenbedingungen/Strukturen implementiert werden können, die eine spirituell durchdrungene Gesundheits- und Krankenpflege ermöglichen.

Das Pflegemanagement muss Raum und Zeit zur Verfügung stellen, damit Pflegepersonen sich im dialogischen Prozess dem Erfahrungsfeld der Spiritualität nähern können. Dabei geht es nicht nur um einen verbalen Zugang zu Fragen der Spiritualität, sondern auch um die Erschließung von Erfahrungsräumen unterschiedlicher Ausprägungen der Spiritualität durch die Einbeziehung künstlerischer

Medien wie Poesie, Kunst, Musik und Tanz. Es bedarf vielfältiger Strukturen, die eine Integration von Spiritualität ermöglichen – die Gestaltung der Unternehmenskultur ist eine wesentliche Komponente. Des Weiteren ist die Förderung spiritueller Kompetenzen sowie die Evaluation spiritueller Interventionen Voraussetzung für die langfristige Integration von Spiritualität.

Die Pflegewissenschaft muss sich mit der Grundsatzfrage auseinandersetzen, was spirituell durchdrungene Pflege ist. Hierzu gehört die wissenschaftstheoretische Zuordnung sowie Formulierung des Paradigmas und einer Theorie sowie die konkrete Konzeptionalisierung und Operationalisierung. Hieraus werden sich konkrete Interventionen ableiten, die es auf ihre Wirksamkeit zu erforschen gilt.

Spirituelle Bedürfnisse in Krankheit, Leid und Sterben bedürfen der weiteren Erforschung, um sie adäquat berücksichtigen zu können.

Es wird Geduld, die Fähigkeit zum Ringen und immer wieder eine Portion Gelassenheit bedürfen, um unter den gegebenen Rahmenbedingungen an der Vision einer spirituell durchdrungenen Gesundheits- und Krankenpflege festzuhalten und diese Gestalt werden zu lassen...step by step...

7 Literaturverzeichnis

- ALBANI, C. et al. (2002): Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von HOLLAND et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2002; 52, S. 306-313.
- ASSHEUER, T. (2006): Atemlos. Online im Internet:
„[URL:http://www.zeit.de/2006/05/ST-Beschleunigung](http://www.zeit.de/2006/05/ST-Beschleunigung) [Stand: 28.11.2006]“.
- BADURA, B./FEUERSTEIN, G. (1996): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim und München: Juventa.
- BADURA, B. u.a. (Hrsg.) (2005): Fehlzeiten-Report 2004. Berlin, Heidelberg: Springer.
- BAUER, R./JEHL, R. (2000): Humanistische Pflege in Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- BAUMANN, Z. (1999): Unbehagen in der Postmoderne. Hamburg: Hamburger Edition.
- BAUMANN, Z. (2005, Neuauflage von 1992): Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Hamburg: Hamburger Edition.
- BECK, U. (1997): Kinder der Freiheit. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BECK, U./BECK-GERNSHEIM, E. (1994): Riskante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BENDER, C./GRAßL, H. (2004): Arbeiten und Leben in der Dienstleistungsgesellschaft. Konstanz: Uvk.
- BENNER, P./WRUBEL, J. (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Bern: Huber.
- BENNER CARSON, V./KOENIG, H.G. (2004): Spiritual Caregiving. Healthcare as a Ministry. Philadelphia, London: Templeton Foundation Press.
- BETHKE, R. (2005): Gott in uns selbst. Die Universelle Religion der Postmoderne. Neuried: ars una.
- BIMASCH, A. (2003): Das Konzept „Lebensqualität“ und seine Messung – ein Weg zur Erfassung gesundheitsfördernden Pflegehandelns? Diplomarbeit, Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- BODIAN, S. (2000): Meditation für Dummies. Für ein entspanntes und bewussteres Leben. Bonn: mitp.

- BORSI, G. M. (1994): Das „Gespenst der Postmoderne“ im Krankenhaus. Gedanken zu einem postmodernen Management-Ansatz. In: Journal für Psychologie, Jg. 2, H. 4, S. 48-58.
- BORSI, G. M./SCHRÖCK, R. (1995): Pflegemanagement im Wandel. Perspektiven und Kontroversen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- DAK-BGW: Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege.
- DBFK (2006): Online im Internet:
„URL:<http://www.dbfk.de/download/pflege.htm> [Stand: 10.11.2006]“.
- DOENGES, M.E. u.a. (2002): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 3. Auflage. Bern: Huber.
- DRIESCHNER, F. (2006): Helden von heute: Diese Frau hält das Land zusammen. Schwester Elviras Gespür für das Glück. In: Die Zeit, Nr. 18 v. 27. April 2006, 61. Jahrgang, S. 4-5.
- DRIESCHNER, F. (2004): Ende ohne Gnade. In: Die Zeit, Nr. 29 v. 08.07.2004.
Online im Internet:
„URL: <http://www.zeit.de/2004/29/Pflegenotstand?page=all> [Stand: 10.11.2006]“.
- DUDEN (1997): Das Fremdwörterbuch. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- EHM, S./UTSCH, M. (2005): Kann Glauben gesund machen? Spiritualität in der modernen Medizin. EZW-Texte Nr. 181/2005. Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen.
- ESPE, H. (2004): „Kommunikation entscheidet alles“. Online im Internet: „URL: <http://www.kleingarten-bund.de/aktuelles/details.php?cat=101&action=showArticle&articleNr=371> [Stand: 10.11.2006]“.
- ETZIONI, A. (1997): Die Verantwortungsgesellschaft. Individualismus und Moral in der heutigen Demokratie. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- FITCHETT, G. (1993): Assessing spiritual needs. A guide for caregivers. Augsburg, Minneapolis: Guides to pastoral Care.
- FRANKE, D. (2005): Neurotheologie. Hausarbeit an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Online im Internet: „URL: <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/39834.html> [Stand: 10.11.2006]“.
- FRIESACHER, H./RUX-HAASE, A. (1998): Der Paradigmabegriff in der Pflegewissenschaft, 2. Teil. In: Pflege 1998; 11, S. 61-70.
- FROMM, E. (1997): Haben oder Sein. 25. Auflage. München: dtv.

- FUNK, R. (2005): Ich und Wir. Psychoanalyse des postmodernen Menschen. München: premium.
- FUNK, R. (2005a): Das entgrenzte Ich. Welt am Sonntag, 02.01.2005. Online im Internet: „URL: <http://www.wams.de/data/2005/01/02/382433.html?s=2> [Stand: 10.11.2006]“.
- GEISLER, L. (2005): Das Menschenbild in der modernen Medizin. Online im Internet: „URL: http://www.linus-geisler.de/vortraege/0505dhmd_menschenbild.html [Stand: 10.11.2006]“.
- GEISLER, L. (2006): Spiritualität in der Medizin. Online im Internet: „URL: http://www.linus-geisler.de/art2006/200602universitas-spiritualitaet_medizin.html [Stand: 10.11.2006]“.
- GIRSCHNER, C. (2003): Die Dienstleistungsgesellschaft. Zur Kritik einer fixen Idee. Köln: Papyrossa.
- GÖTZ, K. (1998): Theoretische Zumutungen: Vom Nutzen der systemischen Theorie für die Managementpraxis. 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- GROSS, P. (1999): Ich-Jagd. Im Unabhängigkeitsjahrhundert. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- GRÜN, A. (1997): Geborgenheit finden – Rituale feiern. Wege zu mehr Lebensfreude. Stuttgart: Kreuz.
- HARTKEMEYER, J. F. u.a. (1998): Miteinander denken. Das Geheimnis des Dialogs. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HARTKEMEYER, J. F./ HARTKEMEYER, M. (2005): Die Kunst des Dialogs- Kreative Kommunikation entdecken. Erfahrungen, Anregungen, Übungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HEIDEGGER, M. (1993): Sein und Zeit. 18.Auflage. Tübingen: Niemeyer.
- HEß, A. (WS 2004/05): Supermarkt der spirituellen Angebote im säkularisierten Zeitalter der Postmoderne? Von der Wechselwirkung von Postmoderne und Spiritualität. Veröffentlichte Hausarbeit. Universität Augsburg.
- HERBERGER, G. S. (2003): Ganzheitlich beraten in der Pflege. Einsatz von Naturheilkunde, Qualifikation, Wege in die Selbstständigkeit. Hannover: Schlütersche.
- HESSE, H. (1972): Das Glasperlenspiel. Frankfurt: Suhrkamp.
- HINZE, D.F. (2001): Führungsprinzip Achtsamkeit. Heidelberg: Sauer.
- HOFMANN, B./SCHIBILSKY, M. (Hrsg.) (2002): Spiritualität in der Diakonie. Anstöße zur Erneuerung christlicher Kernkompetenz. Stuttgart: Kohlhammer.

- HOFFMANN, K. (1995): Das Jenseits ist jetzt. Zeitmanagement aus spiritueller Sicht. Sulzberg: JOY.
- IDENTITY FOUNDATION (2006): Online im Internet: „URL: <http://www.identityfoundation.de/pressemitteilungen.0.html> [Stand: 10.11.2006]).
- INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT, UNIVERSITÄT BASEL (2006): Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: PFLEGE 2006; H. 19, S. 45-51.
- IMBUSCH, P. (2005): Moderne und Gewalt. Zivilisationstheoretische Perspektiven auf das 20. Jahrhundert. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- HERBST, M. (2003): Spirituelle Aufbrüche. Perspektiven evangelischer Glaubenspraxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- JÄGER, W. (2006): Was ist Kontemplation? Online im Internet: „URL: <http://www.willigis-jaeger.de/kont/kontemplation.html> [Stand 23. 11. 2006].
- KABAT-ZINN, J. (2006): Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Frankfurt: Fischer.
- KÄPPELI, S. (2003): Prioritäten setzen ist nicht immer einfach. In: Pflege aktuell, Mai 2003, S. 264-269.
- KÄPPELI, S. (2004): Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege. Bern: Huber.
- KÄPPELI (2006): Online im Internet: „URL:<http://www.pflegedienst.usz.ch/german/Health> [Stand: 10.11.2006]“.
- KAIER, M. (2005): Rituale – Quellen der Kraft. München: Knauer.
- KARST, K./SEGLER, T. (1996): Management jenseits der Postmoderne. Wiesbaden: Gabler.
- KOSLOWSKI, P. u.a. (1986): Moderne oder Postmoderne? Zur Signatur des gegenwärtigen Zeitalters. Weinheim: Acta Humaiora, VCH.
- KOSLOWSKI, P./SCHENK, R. (2004): Ambivalenz, Ambiguität, Postmodernität. Begrenzt Eindeutiges Denken. Stuttgart: Frommann.
- KRECH, H./HAHN, U. (2003): Esoterik. Herausforderung für die christliche Kirche im 21. Jahrhundert. Hannover: VELKD.
- LAUTERBACH, M. (2005): Gesundheitscoaching: Strategien und Methoden für

Fitness und Lebensbalance im Beruf. Heidelberg, Neckar: Carl-Auer.

LEUTWYLER, S./NÄGELI, M. (Hrsg.) (2005): Spiritualität und Wissenschaft. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.

LEWKOWICZ, M./LOB-HÜDEPOHL, A. (2003): Spiritualität in der sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

LUBATSCH, H. (2004): Dekubitusmanagement auf der Basis des Nationalen Expertenstandards. Ein Qualität entwickelndes Pflegemanagement. Hannover: Schlütersche.

MASCHWITZ, R. (1999): Das Herzensgebet. München: Kösel.

MAUK, K. L./SCHMIDT, N. K. (2004): Spiritual Care in Nursing Practise. Philadelphia u.a.: Lippincott Williams & Wilkins.

MEYER, J.A. (2000): Pflegewissenschaft. Einführung in die Pflege-theorien. Hamburg: Fern-Fachhochschule.

MÖLLER, C. (2003): Der heilsame Riss. Impulse reformatorischer Spiritualität. Stuttgart: Calwer.

NAGEL, E./FUCHS, C.: Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart, New York: Thieme.

NETZWERK GANZHEITLICHKEIT (2006): Online im Internet:
[URL:http://www.netzwerk-ganzheitlichkeit.de](http://www.netzwerk-ganzheitlichkeit.de) [Stand: 10.10.2006]“.

NEXT-STUDY (2006): Online im Internet: URL: <http://www.next-study.net> [Stand: 10.11.2006]“.

O`BRIEN, M. E. (2004): A Nurse`s Handbook of Spiritual Care. Boston u.a.: Jones and Bartlett Publishers.

OLBRICH, C. (2006): Spiritualität in der Bedeutung für die Pflege. In: Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft, Februar 2006, 11. Jg., H.1, 31-44.

OHLIG, R. (1995): Meyers grosses Taschenlexikon in 24 Bänden. 5.überarbeitete Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: B.I. Taschenbuchverlag.

POLÁKOVÀ, J. (2005): Perspektive der Hoffnung. Transzendenzsuche in der Postmoderne. Paderborn: Schöningh.

PONGS, A. (2000): In welcher Gesellschaft leben wir eigentlich? Gesellschaftskonzepte im Vergleich, Band 2. München: Dilemma.

PRESIDENT`S COUCIL ON BIOETHICS (2006): Online im Internet: „URL: <http://www.bioethics.gov/reports/beyondtherapy> [Stand: 10.11.2006]“.

- RETTIKE, A. (2003): Ganzheitlichkeit als Ideologie? Diplomarbeit, Berlin.
www.diplomarbeiten24.de.
- RENZ, M. (2006): Ein Heilmittel namens „Spiritualität“? Vom Versuch, die therapeutische Wirkung immaterieller Kräfte zu quantifizieren. In: Neue Zürcher Zeitung, 6. Mai 2006. Online im Internet: „URL: <http://1035sys0.nzz.ch/2006/05/06/zf/articleDP1MK.html> [Stand: 10.11.2006]“.
- RICHTER, R. (2005): Die Lebensstilgesellschaft. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- ROBERT KOCH INSTITUT (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer.
- ROBERT KOCH INSTITUT (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege. Berlin.
- ROBERT-KOCH-INSTITUT (2006): Online im Internet: „URL: http://www.rki.de/cln_006/nn_225840/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Lebensqualitaet/lebensqualitaet_inhalt.html_nnn=true [Stand 25.11.2006].
- ROMPF, M. (1994): Aus der Stille leben. Einübung in die christliche Meditation und Kontemplation. Studienbrief Brennpunkt Gemeinde. Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste.
- ROSA, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- ROSA, H. (2005a): Depression – die „Eilkrankheit“ unserer Zeit? In: Pflege Aktuell, März 2005, S. 136-139.
- SCHÄFERS, B. (2004): Sozialstruktur und sozialer Wandel in Deutschland, 8. Auflage, Stuttgart: Lucius & Lucius.
- SCHÄFER-WALKMANN u.a. (2004): Ein Handbuch zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in sozialen Einrichtungen. Selbstpflegeprogramm. Augsburg: Neues Soziales Wissen e.V. Online im Internet: „URL: <http://www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/pdphandb.pdf> [25.11.2006].
- SCHAEPPPI, W. (2004): Braucht das Leben einen Sinn? Zürich/Chur: Rüegger.
- SCHAAL, G./HEIDENREICH, F. (2006): Einführung in die Politischen Theorien der Moderne. Opladen & Farmington Hills: Budrich.
- SCHIMANK, U./VOLKMANN, U. (2000): Soziologische Gegenwartdiagnosen I. Eine Bestandsaufnahme. Opladen: Leske + Budrich.
- SCHMID, W. (1998): Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- SCHMID, B./HIPP, J. (1998): Macht und Ohnmacht in Dilemmasituationen. Institut für systemische Beratung. Online im Internet: „URL: <http://www.systemische-professionalitaet.de> [Stand 11/02]“.
- SCHNELL, M. (1994): Die Herausforderung der Postmoderne-Diskussion für die Theologie der Gegenwart. Diss. Tübingen 1994.
- SCHROETER, K.R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim und München: Juventa.
- SCHULZE, G. (1993): Die Erlebnisgesellschaft: Kulturosoziologie der Gegenwart. Frankfurt/Main: Campus.
- SCHULZE, G. (2003): Die Beste aller Welten. Wohin bewegt sich die Gesellschaft im 21. Jahrhundert? München, Wien: Hanser.
- SENNETT, R. (1998): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. 8. Auflage. München: Goldmann.
- SIMON, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.
- SINUS-INSTITUT (2006): Online im Internet: „URL: <http://www.sinus-sociovision.de> [Stand: 10.10.2006].
- SÖLLE, D. (2000): Mystik und Widerstand. „Du stilles Geschrei“. 3. Auflage. Zürich: Piper.
- STEMMER, R. (1999): Ganzheitlichkeit in der Pflege – unerreichbar, da unerreichbar? In: Pflege und Gesellschaft, 4. Jg., Nr. 4, S. 86-91.
- STEMMER, R. (2004): Aktueller Stand und Perspektiven der Pflegewissenschaft. In: Pflege und Gesellschaft 9 (2004) 4, S. 127 – 132.
- STEFFENSKY, F. (2005): Schwarzbrot-Spiritualität. Stuttgart: RADIUS.
- STEVENS-BARNUM, B. (2002): Spiritualität in der Pflege. Bern: Huber.
- TAYLOR, E. J. (2002): Spiritual Care. Nursing Theory, Research and Practise. New Jersey: Pearson Education.
- THOMPSON, M. (2004): Christliche Spiritualität entdecken. Einübung in ein bewusstes Leben. Freiburg im Breisgau: Herder.
- UELTSCHÖFFER, J. (1999): Transnationale Soziale Milieus und gesellschaftliche Spannungslinien in der Europäischen Union. Europa auf dem Weg in die Postmoderne. Online im Internet: „URL: http://www.sigma-online.com/de/Articles_and_Reports/europa.pdf [Stand: 10.11.2006]“.

- UZAREWICZ, C./UZAREWICZ, M. (2002): Kultur und Pflege: Grundlagen und Konzepte. Studienbrief 5, Pflegewissenschaft II. Hamburg: Fern-Fachhochschule.
- UZAREWICZ, C. (2003): Pflege benötigt eine wissenschaftliche Basis. In: Pflege aktuell, Februar 2003, S. 82-86.
- VOLKMANN, U./SCHIMANK, U. (2000): Soziologische Gegenwartdiagnosen I. Eine Bestandsaufnahme. Opladen: Leske + Budrich.
- WAAIJMAN, K. (2004): Handbuch der Spiritualität. Band 1: Formen. Mainz: Matthias-Grünewald.
- WAAIJMAN, K. (2005): Handbuch der Spiritualität. Band 2: Grundlagen. Mainz: Matthias-Grünewald.
- WELSCH, W. (1988): Wege aus der Moderne. Weinheim: VCH.
- WELSCH, W. (1997): Unsere postmoderne Moderne, 5. Auflage. Berlin: Akademie.
- WELTZIEN, D. v. (1999): Rituale neu erschaffen. Elemente gelebter Spiritualität. Basel: Heyne.
- WENDEL, S. (2004): Christliche Mystik. Eine Einführung. Kevelaer: TOPOS plus.
- WIED, S./WARMBRUNN, A. (2003): Psychrembel® Wörterbuch Pflege. Berlin New York: Walter de Gruyter.
- WIESING, U. (2004): Wer heilt hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- WILBER, K. (2002): Ganzheitlich handeln. Eine integrale Vision für Wirtschaft, Politik, Wissenschaft und Spiritualität. Freiamt: Arbor.
- WIRTH, J. V. (2005): Helfen in der Moderne und Postmoderne. Fragmente einer Topographie des Helfens. Heidelberg: Carl-Auer.
- ZECH, R. (2002): Zukunftskompetenz. In: GÖTZ, K.: Bildungsarbeit der Zukunft. München: Hampp.
- ZENTRUM FÜR GERONTOLOGIE ZFG/DIAKONIEWERK NEUMÜNSTER: Spiritualität in der stationären Alterspflege, Forschungskooperation. Online im Internet: „URL: http://www.zfg.unizh.ch/projekt/spirit_de.print.html [Stand: 10.01.2006]“.
- ZIMA, P.V. (2001): Moderne/Postmoderne. Gesellschaft, Philosophie, Literatur. 2. Auflage, Tübingen und Basel: A. Francke.
- ZOHAR, D.; MARSHALL, I. (2000): SQ – Spirituelle Intelligenz. Bern, München, Wien: Scherz.

ZULEHNER, P.M. (2004): Spiritualität – mehr als ein Megatrend. Ostfildern: Schwabenverlag.

ZWINGMANN, C./MOOSBRUGGER, H. (Hrsg.) (2004): Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung, Münster: Waxmann.

ZWINGMANN, C. (2005): Spiritualität/Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In: Wege zum Menschen, Januar/Februar 2005, 57. Jahrgang, Heft 1, S. 68-80.

8. Anhang

Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen

(Deutsche Version des „Systems of Belief Inventory“ – SBI-15R-D)

Religiöse Überzeugungen und Praktiken	Trifft vollständig zu	Trifft teilweise/ etwas zu	Trifft eher/ teilweise nicht zu	Trifft gar nicht zu
Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben				
Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen				
Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert				
Ich glaube, dass Gott mir keine Last aufladen würde, die ich nicht tragen kann				
In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden				
Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren				
Ich habe durch meine Gebete oder Meditation innere Ruhe gefunden				
Das Leben und der Tod des Menschen wird von Gottes Plan bestimmt				
Ich glaube, dass Gott mich vor Schaden schützt.				
In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.				
Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft				
Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen				
Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich in Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann				
Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen				
Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen verlassen				
Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören				

(ALBANI et al. 2002, 306-313)

9 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angaben der Quellen gekennzeichnet.

Datum, Vorname Name