**Fachvortrag anlässlich der Eröffnungsfeier
der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der
Philosophisch-Theologischen Hochschule
Vallendar
18.10.2007
PD Dr. Dr. Silvia Käppeli**

Aspekte des Transzendenten in der Pflege – Berührungspunkte und Grenzen zwischen Pflege und Seelsorge

1. Fragestellung

Pflegende und Seelsorgende befassen sich in ihrer klinischen Tätigkeit mit Aspekten des Transzendenten/mit Transzendenz. Die Frage ist, wo sie sich in ihrer diesbezüglichen Praxis berühren und wie sie sich unterscheiden,

2. Standpunkt und Material

Im Folgenden lege ich meinen Versuch einer Analyse dieser Frage aus pflegewissenschaftlicher Perspektive dar. Zur Seelsorge kann ich mich nur insofern äussern, als ich sie in meiner klinischen Tätigkeit erlebe. Die Beispiele, die ich zur Illustration verwende, stammen aus Forschungsinterviews, die ich in den letzten Jahren mit Patientinnen und Patienten oder mit Pflegenden durchgeführt habe (Käppeli 1998; Just, Käppeli, Rist 2007). Bei meinen Ausführungen geht es also um eine Exploration, nicht um Erklärungen.

3. Einige Herleitungen des Transzendenten in der Pflege

Warum ist das Transzendente überhaupt ein Thema in der Pflege? Dass der Mensch nicht nur ein biologisches Wesen ist, sondern dass auch Seele, Geist und eine relationale Dimension sein Wesen ausmachen, muss ich in dieser Runde nicht darlegen. Tugendhat (2006) präzisierte, dass der Mensch ein apriorisches Bedürfnis für das Transzendente hat. Er illustrierte dies in seinem vorzüglichen Artikel in der Neuen Zürcher Zeitung unter dem Titel „Wem kann ich danken?“ (2006). Dort geht es darum, dass wir – und ich bin sicher, Sie alle können auf eigene Erfahrungen zurückgreifen – dankend aufatmen, wenn wir noch einmal davon gekommen sind, oder wenn eine schwierige oder gefährliche Situation glimpflich abgelaufen ist. Paul Tillich (1967) wies darauf hin, dass der Mensch wegen der sterblichen Natur seines Körpers und wegen seiner Einbettung in die Geschichte zwar endlich ist, sich jedoch gleichzeitig in Selbst-Reflexion von sich distanzieren kann. Auch Giorgi (1992) stellte fest, dass das Transzendente in Betracht gezogen werden muss, wenn man die Menschen als mehr verstehen will denn als Teile der natürlichen Welt und als mehr als kontrolliert durch biologische, soziale und kulturelle Kräfte. Es gibt also anthropologische und philosophische Herleitungen des Transzendenten.

Die klinische Praxis bestätigt, dass trotz der rückläufigen Bedeutung der Religionen in unserer Gesellschaft und obwohl viele Schulmediziner weiterhin davon ausgehen, dass das biologische „Material“ die einzige Grundlage des menschlichen Lebens sei, viele Fragen, Entscheidungen und Reaktionen von Menschen – Patienten und Pflegenden – nicht verstanden werden könnten ohne Anerkennung individueller Spiritualität. Viele Patienten, Pflegende und Ärzte anerkennen Aspekte des Transzendenten, d.h. des Irrationalen, Übersinnlichen und Überbegrifflichen als wichtigen Bestandteil ihrer Lebensqualität wenn sie gesund und umso mehr, wenn sie krank oder am sterben sind. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass Aspekte des Transzendenten eine potenziell kraftvolle Ressource für die Wirksamkeit pflegerisch-therapeutischer und seelsorgerlicher Bemühungen sind. Darin liegt die primäre Begründung des Transzendenten als einer der Pflegewissenschaft inhärenten Dimension. Ohne ihre Anerkennung kann den Bedürfnissen der Kranken nicht adäquat Rechnung getragen und Pflege nicht zur vollen Entfaltung gebracht werden.

Eine zweite Wurzel des Transzendenten in der Pflege ist die theologische. Sie ist begründet in der biblisch vorgegebenen Einheit von Gottesliebe und Menschenliebe. Dieser ursprüngliche Gottesbezug aller pflegerischen Tätigkeit ist angelegt als reaktiver Akt auf Gottes Menschenliebe (gemäss 1Joh, 4,19: „Wir wollen lieben, weil er uns zuerst geliebt hat“.). In der jüdisch-christlichen Tradition macht der Gottesbezug die religiös motivierte Krankenpflege zur heiligen Pflicht jeder und jedes Gläubigen. Sie wird aktualisiert in der Bündnisbeziehung zwischen Patient und Pflegeperson. Der Bezug des hippokratischen Eids auf den Gott Asklepios bildet eine interessante Parallele dazu in der Medizin.

4. Was ist gemeint mit ‚Aspekten des Transzendenten/mit Transzendenz’ und wie zeigen sie sich im pflegerischen Alltag?

Im Folgenden versuche ich, zu präzisieren, was gemeint ist mit Aspekten des Transzendenten und wie sie sich im pflegerischen Alltag zeigen.

Wenn von Aspekten des Transzendenten die Rede ist, geht es nicht um Esoterik oder um eine Verklärung der oft sehr harten körperlichen Arbeit und der Notwendigkeit disziplinierten Denkens. Im Gegenteil: Aspekte des Transzendenten scheinen auf im Zusammenhang mit der alltäglichen Pflege, in Zusammenhang mit der Bewahrung des Lebens, mit Heilungen und Genesungen, in der Pflege Sterbender, in der Versorgung Verstorbener oder wenn Pflegende einem Menschlein helfen, zur Welt zu kommen. Pflegende erleben transzendente Momente, wenn sie in dramatischen Notfallübungen und umgeben von Technologie auf Intensivstationen oder im Operationssaal um die Erhaltung von Organfunktionen kämpfen oder versuchen, Menschen zu reanimieren. Sie kommen auch mit solchen Aspekten in Berührung, wenn sie – unspektakulär – versuchen, Demente und seelisch Kranke oder Verstörte zu verstehen. Pflegende erleben am eigenen Leib oder gemeinsam mit Patienten – was Rudolf Otto (1991) als *mysterium tremendum und faszinosum* benannte. Das Erleben dieses Numinosen versetzt Menschen in Ergriffenheit, in existenzielle Erschütterung, es bewirkt, dass ihnen eng wird im Hals, es rührt sie zu Tränen, es weckt Gefühle der Dankbarkeit, der Demut oder der Ehrfurcht und Feierlichkeit gegenüber dem „Grossen“. Krebspatienten beschreiben solche Gestimmtheiten im Moment, in dem ihnen ihre Diagnose mitgeteilt wird. Unfallpatienten erleben sie im Moment, in dem ihre Rettung gesichert scheint – wenn der Helikopter auf dem Spitaldach landet, die Am-

bulanz neben ihnen parkiert. Pflegende bezeugen sie angesichts der Mysterien des Lebens. Das Numinose macht ihnen ihre Geschöpflichkeit und das heisst auch ihre Nichtigkeit gegenüber der Realität des Transzendenten bewusst. Erwartungsgemäss gibt es sehr verschiedene theologische, philosophische, psychologische und pflegewissenschaftliche Interpretationen des Transzendenten.

Wenn im Alltag von Transzendenz oder vom Transzendenten die Rede ist, ist damit in aller Regel etwas Jenseitiges gemeint: das Erleben von etwas Göttlichem, ein Verweis auf etwas, das grösser ist als die erlebte Welt oder eine Kraft, die mächtiger ist als die menschliche. In dieser Wahrnehmung wird das Transzendente als etwas gesehen, das gänzlich verschieden vom Innerweltlichen und diesem Immanenten entgegengesetzt ist. In meiner Untersuchung religiöser Bewältigungsmotive bei krebskranken Christen und Juden drückte dies eine terminal kranke Nonne damit aus, dass sie sich mit der „anderen Welt“ tröstete. Sie sagte: „Die Erlösung hat ihren Zweck und ich vertraue in sie.“ Die religiöse Auffassung des Transzendenten ist verbunden mit einem Glauben an die Autorität, Kraft und an das Vergeltungspotenzial dieses Transzendenten und daran, dass diese in bestimmten Situationen zum Tragen kommen. Diese Wahrnehmung kommt in zahlreichen Deutungen ihres Krankheitsverlaufs oder ihrer Situation seitens von Patienten vor. So bezeichnen z.B. Überlebende von Lawinenkatastrophen und Opfer von Verkehrsunfällen ihr Überleben als Wunder, d.h. als Durchbrechung der natürlichen Ursachenkette (Otto 1991). Diese Beziehung zum Ausserweltlichen kann zu Gefühlen des begnadet Seins und zu einer Stärkung des Glaubens, aber auch zum Gegenteil führen.

Der französische Philosoph Merlau-Ponty (1962) geht davon aus, dass das Immanente und das Transzendente in den Alltagserfahrungen des Menschen konvergieren. So gebe es für Menschen, die an einen allmächtigen Gott glauben, keine Grenze zwischen dem Heiligen und dem Säkularen, und für sie bleibe nichts unberührt vom alles durchdringenden Wesen des Göttlichen. Die Welt, die Natur und der Mensch seien heilig-säkulare Ganzheiten. Anstelle einer Dichotomie zwischen Immanenz und Transzendenz bestehe eine Dialektik dieser Pole, die in Phänomenen wie Leiden, Hoffnung, Resignation, Freude oder in Feierlichkeit zum Tragen komme. Das Leben vereinige Göttliches und Weltliches. Diese geistige Disposition erlaube dem Gläubigen, negative Ereignisse, Krisen und schwere Krankheit zu transzendieren, indem sie ihnen einen immanent-transzendenten Sinn geben. Dieses Phänomen kommt bei vielen Mutmassungen von Patienten über die Ursachen der eigenen Krankheit zum Tragen. Ist es die Umweltverschmutzung, die Ernährung, die Konstitution, sind es die begangenen Sünden, ist es der böse Blick der Nachbarin oder das Verhalten gegenüber Mitmenschen? In diesem Zusammenhang beteuerte eine Patienten, dass sie Anderen immer geholfen und nie Tiere gequält habe, ihr Tumor also gänzlich unverdient sei. Die weltlich-heilige Dialektik kann jedoch auch zu schwerwiegenden Dilemmas führen. So z.B. bei einer sehr religiösen Mutter zweier kleiner Kinder, die sich entscheiden musste, ob sie sich wegen ihres Brustkrebses bestrahlen lassen sollte. Medizinisch sprach alles dafür. Auf dem Weg zur ersten Bestrahlungssitzung geriet sie in Panik, weil diese Therapie auch gesundes Lungengewebe in Mitleidenschaft ziehen konnte. Sie entschied, dass sie nicht das Recht habe, dieses ihr letztlich auch von Gott gegebene – und deshalb heilige – Organ zu gefährden. Diese Erklärung überreichte sie auf einem Zettel dem Spitalpförtner zuhanden der Strahlenabteilung und kehrte nachhause zurück. Bestrahlen liess sie sich erst, als Lungenmetastasen auftraten. Dass das Transzendente und das Weltliche konvertieren kann, zeigt sich auch, wenn Pflegende sagen, der Geist ihrer Patienten bleibe

im Krankenzimmer, nachdem die Bestatter den Körper wegtransportiert haben. Es geht um ein ähnliches Erleben, wenn Pflegende nicht zurecht kommen damit, dass sie verstorbene Brandverletzte – wegen dem Austreten grosser Mengen von Gewebsflüssigkeit – für den Abtransport in Plastiksäcke verpacken müssen; und ebenso, wenn sie im Anschluss an den Tod eines Patienten das Fenster öffnen, damit seine Seele das Zimmer verlassen kann.

Karl Rahner (1974) vertrat die Auffassung, das Transzendente sei gleichzeitig das zutiefst Menschliche und das vom Menschen Verschiedenste. Das Wesen des menschlichen Geistes treibe ihn aus der ihn umgebenden endlichen Welt hinaus ins Absolute. Dies zeige sich besonders wenn der Mensch von kritischen Lebensereignissen überwältigt wird und merkt, dass er nicht alles selbst kontrollieren kann. Dann erlebe er sein Dasein als Frage: Warum? Warum gerade ich? Warum immer ich? Was ist der Sinn des Ganzen und macht es überhaupt Sinn? In solchen „schicksalsbestimmten“ Momenten – die häufig die Gesundheit betreffen – akzeptieren die Menschen am ehesten, dass es etwas gebe, das jenseits von ihnen ist. Im Glücksfall – oft nach jahrelangen Prozessen – gelingt es den Betroffenen, angesichts des Unabänderlichen ihre innere Wirklichkeit zu transzendieren. Sie deuten sie um und schreiben ihrem Leiden eine positive Funktion zu. So z.B. die Patientin, die sagte, der Krebs habe ihr Leben gerettet. Sie hätte es mit ihrer masslosen Lebensweise zerstört. Oder der orthodox jüdische Patient, der erklärte, die Tumorzellen haben ihm gezeigt, was es bedeute, wie ein Parasit auf Kosten anderer Menschen zu leben. Das korrigiere er jetzt. Solche Beispiele zeigen, wie es den Betroffenen gelingt, ihre Krankheit eher als etwas zu betrachten, was ihre Entwicklung fördert statt als etwas, das sie bekämpfen müssen. Sie könnten sie auch lediglich als pathologische Veränderung von Zellen definieren. In diesem Zusammenhang kommt Carola Meier-Seethaler's (2001) Konzept des Menschen als Symbol schaffendes Wesen ins Spiel.

Im Unterschied zu Karl Rahner behauptet diese Philosophin und Psychotherapeutin, dass es infolge der gesellschaftlichen Säkularisierung keine Antworten mehr gebe auf die Frage, woher wir kommen und wohin wir gehen. Trotzdem ist auch sie der Meinung, das Konzept des Transzendenten sei nicht überflüssig geworden. Es habe bloss sein Wesen verändert: von etwas, das bisher gänzlich jenseits seiner Erfahrung war zu etwas, das in seiner Reichweite liegt. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf Menschen, die z.B. eher in der Natur als in der Kirche Trost finden.

Gelehrte, die einen innerweltlichen Standpunkt einnehmen, sprechen in der Regel von verschiedenen Möglichkeiten der Selbst-Transzendenz, des über sich Hinaustretens. Zu ihnen gehört Victor Frankl, der die Möglichkeit des Selbst-Transzendierens als die letzte der menschlichen Freiheiten bezeichnete (Allport 1959). Selbst-Transzendenz beinhaltet die Fähigkeit des Menschen, gedanklich Vergangenheit und Gegenwart zu überbrücken (Meier-Seethaler 2001; Tugendhat 1994), die Zukunft zu antizipieren und zu werden, was er werden kann, sein Potenzial zu realisieren bzw. sich selbst voraus zu sein (Merlau-Ponty (1962). Zu dieser letztgenannten Möglichkeit gehört der hoffnungsvolle Ausblick Leidender auf Heilung und auf ein Leben wie oder sogar besser als vor dem Ereignis. Chronische, degenerative und zum Tod führende Krankheiten gehen einher mit Verlusten und mit funktionellen Einbussen. Die Betroffenen befinden sich in einem Zustand permanenter Transition, welche von ihnen eine kontinuierliche Anpassung an neue – zunehmend schwieriger werdende Umstände fordert. Diese Adaptation ist einerseits praktischer Art und anderseits mental. Viele Betroffene versuchen, den Sinn des Geschehens zu

verstehen, sie legen sich Erklärungen zurecht, im Vergleich mit Anderen fragen sie sich nach der Gerechtigkeit des Lebens (Murphy 1987). Vieles kann niemand verstehen und gerade hier kommt die Selbst-Transzendenz zum Zug: Es bringt den Betroffenen Trost, Beruhigung und Hoffnung.

Verschiedentlich wird das menschliche Bewusstsein mit aktiver Transzendenz gleichgesetzt (Merlau-Ponty 1962). Sie kommt darin zum Ausdruck, dass der Mensch sich sein Nicht-Sein, sein Nicht-mehr-Sein und sein Noch-nicht-Sein vorstellen kann. So im vorwegnehmenden Trauern *("anticipatory grieving").* Patienten, Angehörige und Pflegende, wissen, dass ihr Leben anders sein wird, nachdem ihr Patient gestorben ist. Im Hinblick auf ihr Nicht-mehr-Sein pflanzte eine prä-terminale Leukämiepatientin pflanzte auf ihrem Fenstersims Tomatensamen. Sie fragte sich, ob sie wohl die Früchte noch selber werde ernten können. Der fliessende Übergang von Sein und Nicht-Sein kommt auch bei jenen Pflegenden zum Ausdruck, die die toten Körper verstorbener Patienten immer noch als ihre Patienten betrachten. Sie sprechen zu ihnen, als ob sie noch lebten. Nicht nur der Rückblick auf das Leben, sondern auch der Ausblick darauf ist Teil dieser transzendenten Möglichkeit. So kann die Erinnerung daran, wie gut es einem tat, jemandem zu helfen, einem in Zeiten der eigenen Abhängigkeit ermöglichen, anderen Menschen die Gelegenheit zu geben, einem selbst zu helfen.

Martin Heidegger (1986) bezog den transzendenten Aspekt des menschlichen Lebens auf dessen fundamental relationales Wesen. In diesem Zusammenhang bedeutet Selbst-Transzendenz existenzielles Bezogensein auf andere Menschen im Gegensatz zu einem Leben in Isolation. Sie zeigt sich als Schritt vom Eigeninteresse hin zur Aufmerksamkeit gegenüber und Anteilnahme am Schicksal anderer Menschen. An diese Auffassung schliesst ein Teil der amerikanischen Pflegewissenschafterinnen an. Sie übersetzen Heideggers Konzept der Sorge mit *caring* und ernennen es zum Herzstück der Pflege. Kristallisationspunkt dieser Beziehung ist das *caring moment*, dem eine transzendente Qualität zugeschrieben wird (Watson 1999; Halldorsdottir 1996). In einem solchen Moment berührten sich der Geist der Pflegeperson mit demjenigen des Kranken. Diese geistige Berührung sei das eigentlich heilende an der pflegenden Beziehung, verleihe ihr Tiefe und unterscheide sie von einer gewöhnlichen Dienstleistungsbeziehung (Benner-Carson 1989; Reed 1991). Tatsächlich bestätigen viele Pflegende, dass das Teilen transzendenter Momente mit Schwerkranken und ihren Angehörigen besonders wertvolle Erfahrungen sind und sie veranlassen zu sagen, pflegen bedeute für sie ein Privileg. Steen Halling (2000), ein phänomenologisch orientierter Psychologe, beschreibt das Leiden als ein Band, das die Gemeinschaft der Leidenden und ihrer *compassionate* (mit-leidenden) Betreuer verbindet und ihnen Solidarität und Trost vermittelt. Dieses Phänomen zeigte sich auch in unseren Untersuchungen. Viele Patienten schätzten, dass andere Menschen an sie denken oder für sie beten und viele Pflegende gehen mit einem schlechten Gewissen nach Hause, wenn sie ihre Patientinnen nicht ihren ethischen Vorstellungen entsprechend versorgen konnten.

Steen Halling's säkulares Konzept des Transzendenten im Alltäglichen (2000) stellt fest, dass wir in Bezug auf viele Dinge, Ereignisse und Personen unsere alltäglichen Wahrnehmungen haben. Aber plötzlich geschieht etwas – eine ernste medizinische Diagnose tritt auf oder jemand stirbt, und bestehende Annahmen und Vorurteile werden erschüttert. Das Vertraute erhält neue Qualitäten, das Normale wird speziell. So fragte sich eine Pflegende angesichts des ersten toten Menschen, den

sie sah, was diesem Körper denn nun eigentlich fehle. Halling's Feststellung gilt auch bezüglich der Zeitlichkeit. Normalerweise ist sie uns höchstens implizit bewusst. Aber konfrontiert mit einer lebensbedrohlichen Diagnose sprechen Patienten und Pflegende plötzlich von der „verbleibenden" Zeit. In der Pflege Sterbender wird es den Pflegenden plötzlich bewusst, dass sie bestimmte Handlungen „zum letzten Mal" ausführen. Dieses veränderte Bewusstsein bewirkt, dass diesen Handlungen eine besondere Würde verliehen wird. Ihm ist auch zu verdanken, dass die meisten von einer Tumorkrankheit Genesenen ihre Prioritäten verändern: sie schätzen andere Dinge, sie verändern ihre Loyalitäten oder sie werden aufmerksamer gegenüber Benachteiligten. In der Regel geht es um Veränderungen mit einer positiven Konnotation und dies ist, was viele Überlebende – für Aussenstehende unverständlicherweise – dazu bewegt, zu sagen, der Krebs sei eine positive Erfahrung gewesen. Manche sagen sogar, sie möchten sie nicht missen. Selbst-Transzendenz muss also nicht zu einer Flucht aus der Welt, sondern kann zu einer vertieften Teilnahme am Leben und zu einer Bewegung ins Immanente hinein führen (Halling 2000).

In der Pflegewissenschaft vertrat Martha Rogers (1970) die Ansicht, dass sich ein gesundes Individuum permanent und multidimensional selbst transzendiere, sich also in einem ständigen Prozess der Bewusstseinserweiterung, der die bisherigen Daseinsweisen einschliesst, befinde und so immer mehr sich selbst werde. Margaret Newman (1986) war eine der ersten, die Gesundheit als sich ständig erweiterndes Bewusstsein beschrieb. Sie stellte fest, dass die menschliche Entwicklung geschehe, indem sich das Individuum inneren und äusseren Beschränkungen überwindet. Störungen dieses Prozesses seien pathogen und müssten u.a. mit Hilfe der Pflege überwunden werden (vgl. auch Rosemarie Rizzo Parse (1992).

5. Die Relevanz der Selbst-Transzendenz, des Transzendenten für die Pflege

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass Aspekte der Transzendenz, wie sie im Pflegealltag vorkommen, religiös auf etwas Jenseitiges bezogen oder innerweltlich sein können. Die beiden Dimensionen stehen in einem dialektischen Verhältnis zueinander. Immer geht es darum, dass Menschen über sich selbst hinaus reichen.

Die Möglichkeit des Transzendierens seiner selbst, der Zeit und des Raumes kommt einer Expansion innerer und äusserer Grenzen gleich. Sie gibt Freiheit über das Gegenwärtige hinaus. Im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen oder Krisen, in Momenten der Einsamkeit oder Verzweiflung, bei anhaltenden Schmerz- und Angstzuständen oder nach erlittenen Verlusten kann Selbst-Transzendenz Erleichterung bringen. Sie führt viele Menschen näher zu sich selbst, zu Gott, zu ihren Mitmenschen, zu Verstorbenen oder zur Natur. Gerade die Dialektik zwischen Vergangenem und Gegenwärtigen im Erinnern kann sich positiv auswirken auf die seelisch-geistige Gesundheit. Weil die Selbst-Transzendenz die Wirklichkeit nicht ausblendet, sondern von ihr ausgeht, kann sie helfen, unerträgliche Lebensphasen auszuhalten. Insgesamt kann die Möglichkeit der Selbst-Transzendenz als Entwicklungsprozess und als entscheidende Ressource für Wohlbefinden und Heilung (im Sinne von *healing*, nicht von *cure*) oder zum Finden einer neuen Lebenshaltung (Neill 2002) führen. Sie hilft im wahrsten Sinn des Wortes, über den eigenen Schatten zu springen (Reed 1989; Reed 1991; Coward und Reed 1996; Käppeli 1998).

6. Einige Berührungspunkte und Grenzen zwischen Pflege und Seelsorge

Den wichtigsten Berührungspunkt von Seelsorge und Pflege stellen wohl die Patienten bzw. die von ihnen geäusserten Aspekte des Transzendenten dar. Sie bilden für Pflegende und Seelsorgende den Ausgangspunkt für Gespräche. Bekanntlich wählen Patienten ihre Gesprächspartner nicht nach dem Prinzip der disziplinären Ordnung aus. Sie loten ihre Vermutungen – z.B. bezüglich der Deutung ihrer Krankheit – mit Menschen aus, mit deren Persönlichkeit sie zu Recht kommen oder denen sie eine gewisse Toleranz zutrauen, von denen sie keine Moralpredigten, dogmatische Belehrungen oder missionarische Übergriffe befürchten müssen. Sie anvertrauen ihre Geheimnisse und Sorgen Menschen, die ihnen sympathisch sind, mit denen sie sich innerlich verwandt fühlen (eine ähnliche Wellenlänge spüren) und wählen nicht primär nach beruflichen Qualifikationen. Dies bedingt, dass Pflegende und Seelsorgende den Patienten genügend kontinuierlich nahe sind, so dass Patienten überhaupt Zugang zu ihnen haben. Seelsorgerliche Bedürfnisse halten sich nicht an Sprechstunden. Sie treten zu jeder Tages- und Nachtzeit auf, im Zusammenhang mit Pflegeverrichtungen und medizinischen Behandlungen. Manchmal sind es flüchtige unscheinbare Andeutungen, die durch den Alltag hindurchschimmern und auf die Sensibilität der Pflegenden angewiesen sind, manchmal unüberhörbare Signale oder Herausforderungen, um die man nicht herumkommt.

Historische Entwicklung

Dass Seelsorge zum Auftrag beider Disziplinen gehört, ergibt sich auch aus ihrer historischen Entwicklung. Bis heute ist Pflege im Rahmen der christlichen Tradition praktiziertes, theologischen und kirchlichen Dogmen verpflichtetes Bekenntnis. Mit dem Aufkommen der freiberuflichen Pflege wurde die Glaubensgeschichte der religiös motivierten Krankenpflege zu einer, religiöse Relikte enthaltende Profangeschichte. Das einst theozentrische System Krankenpflege wurde zum anthropozentrischen, moralisch-ethischen Werte-Pluralismus. Die Theologie ist heute eine Bezugswissenschaft der Pflege, deren Gegenstand mit mehr oder weniger Vorbehalt angewandt wird. In der Regel leiten Pflegende heute religiöse Anliegen ihrer Patienten an die Spitalseelsorgerin weiter. Die Theologen sind von Übervätern von Schwestern in Glaubenskongregationen zu Kollegen im multidisziplinären Team geworden (Käppeli 2003). Trotz dieser Profanisierung spricht Alistair Campbell (1984) von einer „*Theology of the caring professions*“, weil sie die Aufgabe haben, individuelle Ressourcen von Patientinnen zu fördern. Und dazu gehört eben das Transzendente.

Die disziplinäre Ordnung und die Lebenswirklichkeit

Parallel zur Säkularisierung hat auch die progressive Spezifizierung und Segmentierung der Wissenschaften und Professionen im Lauf der Zeit die Seelsorge kompliziert. *Ein* Auftrag der Wissenschaften besteht darin, ihre Gegenstände zu benennen (Anderegg 1996). In diesem Zusammenhang hat die Theologie die Seelsorge als Tätigkeit von Theologen festgeschrieben. Sie hat festgelegt, was Seelsorge ist und als was sie wahrgenommen werden soll. Damit hat sie auch die Grenze gezogen zu dem, was ausser Betracht bleiben soll. Diese Bestimmung des Praxisfeldes Seelsorge konstituiert eine interprofessionelle und gesellschaftliche Realität. Für den Laien hat ‚richtige' Seesorge etwas mit dem lieben Gott oder mit Spirituellem zu tun. Wenn ein Theologe davon spricht ist das normal. Wenn eine Pflegende von Gott spricht, ist es verdächtig. Zur Überraschung vieler Patienten können sie jedoch trotzdem mit vielen Seelsorgern auch über Weltliches und mit vielen Pflegenden über Religiöses

sprechen. Die Lebenswirklichkeit und der Praxisalltag relativiert also die disziplinäre Ordnung.

Ausbildung und Praxis

Pflegende und Seelsorgende haben verschiedene Bildungshintergründe. Die Seelsorger praktizieren aufgrund eines geisteswissenschaftlichen Studiums, die Pflegenden aufgrund einer stark körperzentrierten Ausbildung im Rahmen der Humanwissenschaften. Es wird ihnen nachgesagt, ihre Bildung sei reduktionistisch. In ihrer Praxis sind Pflegende auf möglichst schlüssiges Wissen angewiesen. Ohne solches fühlen sie sich nicht besonders wohl. Theologie und Philosophie schliessen schlüssiges Wissen weitgehend aus. Sie operieren aufgrund von Glaubenssystemen, Erfahrungen und Interpretation. Ihre wohl wichtigste Arbeitsmethode ist die Hermeneutik. In der Pflege ist es die systematische Entscheidungsfindung, die evidenzgeleitete Problemlösung und die konkrete Intervention. Pflegende sind zudem eher auf Antworten als auf Fragen eingestellt.

Berühren tun sich Theologen und Pflegende in der Kommunikation als seelsorgerlichem Mittel, aber auch dort aus unterschiedlichen Perspektiven und Rollen, mit verschiedenen theoretischen Konzepten und Zielen. Für die Seelsorger sind Gespräche zentrale Inhalte ihrer Tätigkeit, denen sie sich kontemplativ, diskursiv oder mittels liturgisch-ritueller Aktivitäten widmen. Für Pflegende sind Gespräche eher Begleitphänomene im aktivitätsorientierten und oft rigide strukturierten Alltag. Aus diesem Grund befassen sie sich lieber mit den von Schütz und Luckmann (2003) beschriebenen „kleinen oder mittleren " als mit den „grossen Transzendenzen". D.h. das Überschreiten räumlicher und zeitlicher und die Relativierung intersubjektiver Grenzen und Wirklichkeiten bereiten ihnen weniger Schwierigkeiten als religiöse Erfahrungen.

Das Krankenhaus als Bestimmungsfaktor der Seelsorge

Die Institutionen des Gesundheitswesens bilden aus verschiedenen Gründen zunehmend schwierige Rahmenbedingungen für die Seelsorge. Sie sind nicht angelegt auf Transzendentes. So wird die Pflegepraxis allmählich davon entleert und auch Spitalseelsorgerinnen finden es zunehmend schwierig, die ihnen übrig bleibenden strukturellen und funktionellen „Zwischenräume" sinnvoll zu nutzen (Weiher 2001). Für beide gilt es deshalb, neue Wirkungsformen zu finden.

7. Schlussfolgerungen

Im Transzendenten schwingt die innere Welt der Patienten mit: ihre Identität, ihre Gefühlswelt, ihre Denkbezüge, ihre Spiritualität, ihre Wertsysteme, ihre kulturelle Einbettung, was ihrem Leben Ordnung gibt. Wenn es den Seelsorgenden gelingt, auf diese einzutreten, fühlen sich Patientinnen und Patienten seelsorgerlich versorgt. Aus diesem Grund müssen Pflegende und Theologinnen trotz des klinischen Alltags wieder vermehrt Raum erhalten. Die Leidenssituationen, denen sie begegnen, aber auch die erheiternden und ermutigenden Erfahrungen gehen den Angehörigen beider Berufsgruppen gleichermassen unter die Haut und beide können sie am Ende des Arbeitstages nicht mit dem Namensschild an der Spitalpforte abgeben. Sie bewirken, dass sie sich dieselben Fragen stellen wie die Kranken: zu Sinnhaftigkeit, Gerechtigkeit, Hoffnung, Schicksal, Würde oder zu Grenzen der Machbarkeit. Vieles

verstehen weder Seelsorger noch Pflegende. In diesem Kontext bieten sich gemeinsame Reflexionen, gemeinsames Lernen und ab und zu gegenseitiger Trost an. Steen Halling (2000) stellte fest, dass die Auseinandersetzung mit Transzendentem zur persönlichen Transformation in Richtung auf *‚more mindful human beings'* beitrage, d.h. Menschen achtsamer werden lasse. Dies ist entscheidend für Pflegende und Seelsorgende. Es bedingt eine disziplinäre Durchlässigkeit und dass beide in ihrer Tätigkeit nicht primär von theologischen, kirchlichen oder pflegewissenschaftlichen Prinzipien und Definitionen, sondern von menschlichen Anliegen ausgehen.

8. Bibliographie

Allport G., Introduction, in: Frankl V. Man's search for meaning, New York, Pocket Books 1959

Anderegg J. Wissenschaft und Lebenswirklichkeit, Bulletin Schweiz. Akademie der Geistes- und sozialwissenschaften, Nr. 3, 1996, 28-35

Averill L., Transcendence and higher education, Presentation given at Seattle University spring 1997 in: Halling St., Meaning beyond heroic illusions? Transcendence in everyday life, J of Religion and Health, 39(2)2000, 143-157

Becker E., The escape from Evil, New York, the Free Press, 1975

Benner Carson V. Nursing Science and Service a historical perspective in: Benner Carson V., Spiritual Dimensions of Nursing practice, 1989, London 52-73

Bibel, Die heilige Schrift, Einheitsübersetzung, Katholisches Bibelwerk Stuttgart, 1981

Campbell A., Moderated Love a theology of professional care, London 1984

Coward D. D., The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer, Nursing Science Quarterly, 1990, 162-169

Coward D. D., Reed P.G., Self-transcendence: a resource for healing at the end of life, Issues in Mental Health Nursing, 17, 275-288, 1996

Cox R.H., Transcendence and Imminence in psychotherapy, American Journal of Psychotherapy, 51(1997)511-521

Dillon M.C., Merlau-Ponty's ontology, Bloomington IN, Indiana University Press, 1988

Gall T.L., Grant K., Spiritual disposition and understanding illness, Pastoral Psychology 53(2005)515-533

Giorgi A., Whither humanist psychology? The Humanistic Psychologist, 20(2&3) (1992)422-438

Halldorsdottir S.K Caring and Uncaring encounters in nursing and health care – developing a theory. Linköping University, Linköping, Sweden 1996

Halling St., Meaning Beyond heroic illusions? Transcendence in everyday life, Journal of Religion and Health, 39(2000)143-157

Heidegger M., The basic problems of phenomenology Bloomington: Indiana University Press, 1982

Heidegger M., Sein und Zeit, Tübingen, 1986

Heller A., Theorie der Gefühle, Hamburg, 1981

Hertz R., Das Sakrale, die Sünde und der Tod, UVK, Konstanz, 2007

Jones J.W., Contemporary psychoanalysis and religion: Transference and transcendence, New Haven, CT, Yale University Press, 1991

Just A., Käppeli S., Rist L., "Ich spreche mit ihnen als ob sie noch lebten." Forschungsbericht, Universitätsspital Zürich, 2007

Käppeli S., Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft, Huber, Bern, 2004

Käppeli S., Zwischen Leiden und Erlösung, Huber, Bern, 1998

Ladenhauf K.H., Unterrainer H., Die Menschen brauchen Geschichten, um zu überleben, Forschungsergebnisse der empirischen Religionspsychologie in ihrer Relevanz für die Klinische Praxis, Vortrag, Jan 2006, Spiritualität im Krankenhaus

Larner G., Through a Glass Darkly, narrative as destiny, Theory and Psychology, 1998, 8(4)549-572

Marcel G., Sketch of a phenomenology and metaphysics of hope. In: Homo viator pp 29-67, New York, Harper1962

Meier-Seethaler C., Jenseits von Gott und Göttin, Plädoyer für eine spirituelle Ethik, Beck, München, 2001

Merlau-Ponty M. Phenomenology of perception, New York, The Humanities Press, 1962

Murphy R.F., the body silent, Holt &Co., New York, 1987

Nabe C., Health Care and the transcendent, Death Studies 13(1989)557-565

Naef R., Bearing witness: a moral way of engaging in the nurse person relationship, Nursing Philosophy, 7(2006)146-156

Neill J. Transcendence and Transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis, ANS, 24(4) 2002 27-47

Newman MA Health as expanding consciousness 2.nd, New York, NLN

Otto R., Das Heilige, über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen, Beck, München 1991

Parse R.R. 1987 nursing science: Major paradigms, theories and critiques, Philadelphia: Saunders

Rahner K. The experience of God today, in: Theological reflections vol XI, 149-165 New York. Seabury, 1974

Rankow The transformation of suffering, Pastoral Psychology, 2006

Reed P.G. 1989 Mental health of older adults, Western J of Nursing Research, 11: 143-163

Reed P.G. 1991 Self-transcendence and mental health in oldest old adults, Nursing Research, 40(1)5-11

Reed P.G., 1996 Transcendence. Formulating Nursing Perspectives, Nursing Science Quarterly 9(1), 2-4

Rogers M., 1970 an Intriduction to the theoretical bais of nursing, Dvis, Philadelphia PA

Schneiders S.M. Theology and spirituality: Strangers, rivals or partners? Horizons, 13(1986)253-274

Tillich P., Systematic Theology vol.1-3, Chicago: University of Chicago Press, 1967

Tugendhat E., Vorlesungen über Ethik, Frankfurt a.M. 1994

Tugendhat E., Wem kann ich danken? Über Religion als Bedürfnis und die Schwierigkeit seiner Befriedigung, NZZ nr.287, 2006,71

Watson J.M. 1988 New dimensions of human caring theory, Nursing science Quarterly 1, 175-181

Watson J.M., Postmodern nursing and beyond, New York, 1999

Weiher E., Mehr als Begleiten, ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, 2. Aufl., Matthias Grünewald Verlag, Mainz, 2001